Volker Hess/Chantal Marazia

Inside/Outside

Die Nervenpoliklinik in Berlin und Straßburg, ca. 1880–1930

Die Poliklinik ist ein Stiefkind der historischen Forschung – in der Geschichtsschreibung der Psychiatrie wie der klinischen Medizin. Das ist erstaunlich, denn seit bald zwanzig Jahren wird gefordert, der Geschichte der stationären Behandlung von Geisteskranken eine der ambulanten gegenüberzustellen.¹ Zwar sind in den vergangenen Jahren einige Anstrengungen unternommen worden, die blinden Flecken einer „asyl-fixierten“ Geschichtsschreibung zu tilgen. Wir wissen inzwischen mehr, wenn auch noch nicht genug, über die Funktion und Rolle der zahlreichen Privatsanatorien,² über die hindernisreiche Etablierung der Familienpflege³ und über die zunehmende Vernetzung der städtischen Fürsorgeeinrichtungen.⁴ Es gibt aber kaum Studien, die sich mit der Einrichtung der Poliklinik beschäftigen.⁵ In der aktuellen Forschungsdiskussion wird die Berliner Poliklinik –

¹ Peter Bartlett/David Wright (Hg.): *Outside the Walls of the Asylum. The History of Care in the Community 1750–2000*. London 1999; Akihito Suzuki: *Madness at home. The Psychiatrist, the Patient & the Family in England, 1820–1860*. Berkeley/Los Angeles/London 2006.

² Joachim Radkau: Die wilhelminische Ära als nervöses Zeitalter, oder: Die Nerven als Netz zwischen Tempo- und Körpergeschichte. In: GG 20 (1994), S. 211–241; Ralf Christoph Beig: *Private Krankenanstalten in Berlin 1869–1914. Zur Geschichte einer medizinischen Institution im Spannungsfeld zwischen privater Initiative und staatlicher Kontrolle*. Diss. med. FU Berlin 2003; Insa Eschebach u. a. (Hg.): *Maison de Santé. Ehemalige Kur- und Irrenanstalt*. Berlin 1989.

³ Thomas Beddies/Heinz-Peter Schmiedebach: Die Fürsorge für psychisch Kranke in Berlin in der Zeit der Weimarer Republik. In: Sigurd-H. Schmidt (Hg.): *Berlin in Geschichte und Gegenwart*. Berlin 2000, S. 81–99; Akira Hashimoto: Belgisches Geel, deutsche Psychiatrie und Brandenburger Ärzte. Diskussionen über Familienpflege um 1900. Aichi Prefectural University, Japan 2005, S. 35–45; Astrid Lerner/Holger Steinberg: Zur Geschichte einer sozialpsychiatrischen Versorgungsform: Die Familienpflege am Beispiel der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen. In: *Psychiatrische Praxis* 38 (2011), S. 274–279; vgl. auch die Beiträge von Thomas Müller und Felicitas Söhner in diesem Band.

⁴ Herbert Loos: Die psychiatrische Versorgung in Berlin im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Aspekte der sozialen Bewältigung des Irrenproblems in einer dynamischen Großstadtentwicklung. In: Achim Thom (Hg.): *Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Berlin 1984, S. 96–111; Beddies/Schmiedebach: *Fürsorge* (wie Anm. 3).

⁵ Eric J. Engstrom: Sozialpsychiatrische Prophylaxe: Zu poliklinischen Einrichtungen in der Universitätspsychiatrie des Kaiserreichs. In: Marc Schalenberg/Peter Th. Walther (Hg.): „... immer im Forschen bleiben“. Rüdiger vom Bruch zum 60. Geburtstag. Stuttgart 2004, S. 213–236; Volker Hess/Eric J. Engstrom: *Neurologie an der Charité zwischen medizinischer und psychiat-*

nicht zuletzt wegen der dominanten Stellung der Berliner Psychiatrie in den Jahrzehnten um 1900 – oft als Modell dieses Einrichtungstypus betrachtet, mit dem die strategische Rolle der „Stadtklinik“ bei der Verwissenschaftlichung und Professionalisierung des jungen Fachs veranschaulicht wird.⁶ Diese Funktionslogik argumentiert mit der Binnendifferenzierung des Krankenhauses in funktionale Räume durch selektive Aufnahme, Kostenerstattung und Entlassung beziehungsweise Verlegung. Demnach habe die Poliklinik vorrangig der Forschung und Lehre gedient. Mit ihrer Einrichtung wurden die restriktiven und vorrangig an sozialen Kriterien (Wohnsitz, Armenstatus) orientierten Aufnahmebedingungen unterlaufen. Wie Eric Engstrom gezeigt hat, erfüllte die Poliklinik den Zweck der Materialbeschaffung im Zusammenspiel mit der Beschränkung der Aufnahme „heilbarer Patienten“, der Einrichtung klinischer Freibetten, dem wechselnden Vorrecht der Auswahl neu aufgenommenen Kranker und schließlich der zügigen Verlegung in die seit den 1870er Jahren in rascher Folge errichteten Städtischen Anstalten.⁷ Die Poliklinik tat aber mehr als vorgesehen: Sie konfrontierte die Kliniker zugleich mit Erkrankungen, die ihnen bis dato nicht bekannt waren.

Historische Untersuchungen von Polikliniken oder gar Vergleiche mit denen anderer Fächer oder Universitäten liegen bislang nicht vor. Eine solche wollen wir mit dem Blick über den Rhein vornehmen und die Straßburger Einrichtung in den Mittelpunkt stellen. Dabei zeigt sich allerdings schnell, dass das Berliner Beispiel bereits wegen der exzeptionellen Quellenlage modellbildend ist. Um die Unterschiede zwischen den beiden Institutionen herauszuarbeiten, kommen wir nicht umhin, Berlin als Folie heranzuziehen. Das hat nicht nur heuristische Gründe. Vielmehr ist die Entwicklung der Straßburger Universitätspsychiatrie eng mit der Berliner Geschichte verflochten. Zum einen orientierte man sich 1872 bei Gründung der Straßburger Kaiser-Wilhelms-Universität am preußischen Muster,⁸ zum anderen lieferte das in Straßburg realisierte Modell einer Forschungsuniversität

rischer Klinik. In: Bernd Holdorff/Rolf Winau (Hg.): *Geschichte der Neurologie in Berlin*. Berlin/New York 2001, S. 100–110; Volker Hess/Sophie Ledebur: *Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als urbaner Schwellenraum*. In: ders./Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.): *Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne (= Kulturen des Wahnsinns (1870–1930), Bd. 1)*. Wien/Köln/Weimar 2012, S. 19–56; Sophie Ledebur: *Sehend schreiben, schreibend sehen. Vom Aufzeichnen psychischer Phänomene in der Psychiatrie*. In: Yvonne Wübben/Carsten Zelle (Hg.): *Krankheit schreiben. Aufschreibeverfahren in Medizin und Literatur*. Göttingen 2013, S. 82–108.

⁶ Eric J. Engstrom: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. London 2003, S. 107–110.

⁷ Ders.: *Disziplin, Polykratie und Chaos. Zur Wissens- und Verwaltungsökonomie der Psychiatrischen und Nervenabteilung der Charité*. In: *Jahrbuch für Universitätsgeschichte* 3 (2000), S. 162–180. Patienten, die in die innere Abteilung aufgenommen wurden, kamen zunächst in das Aufnahmezimmer. Dort wurden sie – nach Wochentag alternierend – jeweils von einer der drei beteiligten Kliniken, nämlich der medizinischen Universitätsklinik (später 1. Medizinische Klinik), der propädeutischen Klinik (später 2. Medizinische Klinik) und der Psychiatrischen und Nervenklinik nach ihrem Wert für Forschung und Lehre für die klinischen Säle selektiert.

⁸ Christian Bonah: *Instruire, guérir, servir. Formation, recherche et pratique médicales en France et en Allemagne pendant la deuxième moitié du XIX siècle*. Straßburg 2000.

wiederum ein wesentliches Moment für die Reorganisation der Berliner Hochschullandschaft.⁹ Sowohl Friedrich Althoff (1830–1908), der maßgeblich an der Gründung der Straßburger Reichsuniversität beteiligt war, als auch Friedrich Jolly (1844–1904),¹⁰ der den Neubau der Psychiatrischen Klinik verantwortete,¹¹ setzten ihre Straßburger Erfahrungen in Berlin erfolgreich ein – der eine als Ministerialdirigent im Kultusministerium, der andere als Leiter der Psychiatrischen und Nervenklinik. Aus diesem Grund werden wir unser Argument getreu der Devise einer *histoire croisée* in einem Krebsgang zwischen Berlin und Straßburg entfalten.

Dieser Perspektivwechsel eröffnet einen anderen Blick auf die Einrichtung der Poliklinik. Denn im Vergleich zeigen sich rasch die Grenzen eines „Berliner Modells“. Gerade weil die Notwendigkeit von Forschung und Lehre beide Einrichtungen gleichermaßen begründete und legitimierte, fallen Unterschiede umso stärker ins Gewicht. Angesichts des universalen Geltungsanspruchs medizinischer Forschung und einer reichsweit geregelten Approbationsordnung sind lokale Bedingungen für die auffallenden Differenzen ursächlich. Weder die wissenschaftliche Neugier der involvierten Wissenschaftler noch die Erfordernisse des klinischen Unterrichts, so unser Argument, sondern die Zwänge und Nöte der ambulanten Versorgung trieben die institutionelle Form und die wissenschaftliche Ausgestaltung der jeweiligen Poliklinik voran. Sie ist nur als Element eines weitreichenderen ambulanten Versorgungssystems zu verstehen, das heißt in unserem Falle: der Stadt und ihrer lokalen Prägung, Eigenschaften und Strukturen.

Berlin: Das Krankheitsspektrum in der Klinik und Poliklinik

Zu diesem Zweck wollen wir die Diagnosen der stationären mit denen der ambulanten Einrichtung vergleichen. Angesichts des langen Untersuchungszeitraumes von 1880 bis 1932 beschränken wir unsere Auswertung auf wenige Stichjahre, nämlich auf die Jahre 1880, 1885, 1890, 1900, 1914, 1917, 1920, 1923, 1926, 1929 und 1932.¹²

Für die Psychiatrische und Nervenklinik der Charité sind die Stammdaten von drei Viertel aller Patienten¹³ im Zeitraum von 1880 bis 1900 vollständig aus den

⁹ Bernhard vom Brocke: Hochschul- und Wissenschaftspolitik in Preußen und im Deutschen Kaiserreich 1882–1907. Das „System Althoff“. Stuttgart 1980.

¹⁰ Ernst Siemerling: Zur Erinnerung an Friedrich Jolly. Berlin 1904; eine neuere monografische Darstellung zu Friedrich Jolly liegt unseres Wissens bislang nicht vor; eine Dissertation zu Jolly ist in Vorbereitung (Leonora Kutscha).

¹¹ Friedrich Jolly: Erläuterungen zum Neubau der psychiatrischen und Nervenklinik der Kgl. Charité. In: Charité-Annalen 26 (1902), S. 336–347.

¹² Die Auswertung der ausstehenden Jahre 1895, 1905 (Wechsel von einer fünf- zu einer dreijährigen Stichprobe), 1908 und 1911 wird erst nach Abschluss des Manuskripts im Herbst 2014 abgeschlossen.

¹³ Aus Gründen des begrenzten Platzes wird die männliche Form generisch verwendet.

Abbildung 1: Das Diagnosespektrum der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik

Krankenakten erhoben worden ($n = 7862$).¹⁴ Für die Jahre 1911 bis 1933 wurde eine Stichprobe (jeweils jährlich für die Monate März, Juli und November) aus den Aufnahmeregistern und Findbüchern der Klinik erfasst ($n = 6211$).¹⁵ Diese breite Datenbasis ermöglicht, einigermaßen verlässliche Aussagen zur Entwicklung der psychiatrischen Klientel über den Zeitraum von etwa fünfzig Jahren zu machen – zu dem Einzugsbereich der Klinik, der sozialen Herkunft der Patienten, der diagnostischen Einordnung ihrer Erkrankung sowie dem Verlauf der Behandlung.¹⁶

¹⁴ Diese Arbeit wurde von der DFG im Rahmen des Forschungsprojektes „Wahrnehmung psychiatrischen Krankseins“ (He 2220-6) unterstützt und basiert wesentlich auf der Arbeit der Projektmitarbeiterin Annett Bretthauer und des Projektmitarbeiters Achim Elze († 2010). Erhalten sind für diesen Zeitraum nur die Akten der männlichen Patienten; vgl. dazu: Ulrike Klöppel: Das historische Krankenakten-Archiv der Nervenklinik der Charité. In: Jahrbuch für Universitätsgeschichte 12 (2009), S. 267–270.

¹⁵ Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen studentischer Hausarbeiten im Regel-, Reform- und Modellstudiengang der Humanmedizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin, wofür wir Anja Hesse-Imdahl, Konrad Kämpf, Sandra Kühnel, Anna Lübking, Natalie Müller, Lukas Seiß, Adriana Surugiu, Sebastian Uelzen, Paul Jetzschmann, Kristina Müller, Maria Schoenebeck, Gabriel Stöger sowie Milena Ullrich und Imke Schwietering (Rechtswissenschaften, Jena) herzlich danken. Einige Hausarbeiten (Hesse-Imdahl, Kämpf, Müller, Surugiu) sind von Alexander Friedland und Rainer Herrn betreut worden, wofür wir beiden zu großem Dank verpflichtet sind. Die verbleibenden Lücken sollen in den nächsten zwei Jahren geschlossen werden.

¹⁶ Erhoben wurden Name, Vorname, Alter, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Aufnahme- und Entlassungsnummer, berufliche Tätigkeit, Wohnadresse, Entlassungsdatum und Diagnosen (bis maximal drei Nebendiagnosen). Für das frühe Sample sind zusätzlich Geburtsdatum, Geburtsort, Entlassungsadresse, Anzahl und Art der einliegenden Dokumente (Briefe, Gutachten, Schriftproben, Zeichnungen etc.) sowie weitere

Abbildung 2: Das Diagnosespektrum der Nervenpoliklinik

In gleicher Weise werden seit Anfang 2014 die Stammdaten der Patienten der Poliklinik aufgenommen. Diese Arbeit steckt noch in den Anfängen. Um rasch einen vergleichbaren Überblick zu gewinnen, beschränkt sich die Stichprobe ($n = 8248$) – für die Monate März, Juli und August – auf jedes dritte beziehungsweise jedes fünfte Jahr.¹⁷ Damit ist, zumindest für die Stichjahre der poliklinischen Auswertung, ein direkter Vergleich zwischen den stationären und ambulanten Patienten möglich.

Wir beschränken uns in diesem Beitrag auf eine Analyse des diagnostischen Spektrums. Abbildung 1 und 2 (respektive Tabelle 1 und 2) zeigen in der direkten Gegenüberstellung die Diagnosen zu großen Kategorien gruppiert: Von oben (Poliklinik) beziehungsweise unten (Klinik) in schwarz gepunktet alle somatischen Erkrankungen – vom Vitium cordis über periphere Nervenlähmungen bis hin zur Epilepsie in allen Formen.¹⁸ Grau gepunktet sind alle Diagnosen, die aus heutiger Sicht syphilitisch bedingt sind – von der einfachen Syphilis bis hin zur Progressiven Paralyse. Weiß gepunktet folgen die Formen übermäßigen Rauschmittelkonsums (Alkohol, Morphin, Kokain). Schraffiert dargestellt sind alle Diagnosen,

Angaben zur institutionellen Karriere erfasst worden; vgl. hierzu: Annett Bretthauer/Volker Hess: Der Verdacht der Simulation. Eine psychiatrische Fallgeschichte zwischen Aneignung und Disziplinierung am Ende des 19. Jahrhunderts. In: NTM 17 (2009), S. 414–455.

¹⁷ Nach dem oben beschriebenen Muster sind die Jahre 1880, 1885, 1890, 1900, 1914, 1917, 1920, 1923, 1926, 1929 und 1932 transkribiert und in einem Tabellenkalkulationsprogramm erfasst.

¹⁸ Wir sind uns der Heterogenität dieser Kategorie sehr wohl bewusst. Sie definiert sich folglich auch nicht positiv, sondern ex negativo, nämlich als Sammelbegriff für alle nicht psychiatrischen Leiden.

die heute als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen klassifiziert werden würden: von links unten nach rechts oben Nervosität, Hysterie, Psychopathie und Neurosen;¹⁹ von rechts unten nach links oben Melancholie und Depression.²⁰ Schwarz-weiß kariert dargestellt sind jene Erkrankungen (Psychosen), die im Mittelpunkt dieses Bandes stehen: der Wahnsinn, ob nun in Form einer Paranoia, Katatonie, Manie, Schizophrenie oder einer primären Seelenstörung.²¹

Tabelle 1: Die Diagnosen der Psychiatrischen Klinik im Überblick (relativer Anteil) von 1880 bis 1932 für die Monate März, Juli und November

Jahr	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Aufnahmen	59	106	104	79	301	156	225	137	346	129	363
organisch	23,7	6,6	6,7	22,8	16,6	32,7	23,6	35,8	22,3	7,8	25,6
VD und Folgen	22,0	35,8	27,9	34,2	9,0	8,3	9,3	23,4	11,8	10,1	12,4
Sucht	1,7	9,4	9,6	11,4	14,3	5,1	8,4	19,7	9,8	3,9	8,3
Neurosen et al.	0	0	1,0	2,5	37,2	38,5	25,3	24,1	23,7	17,1	20,1
Depression	3,4	0	0	1,3	6,0	2,6	3,1	3,6	2,3	8,5	3,0
Psychosen	49,2	40,6	48,1	20,3	33,6	34,0	42,7	58,4	39,0	55,0	41,0

Tabelle 2: Die Diagnosen der Nervenpoliklinik im Überblick (relativer Anteil) von 1880 bis 1932 für die Monate März, Juli und November

Jahr	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Besucher	63	272	222	304	1417	636	1145	928	1309	1142	809
organisch	69,8	46,3	54,1	44,7	58,7	55,7	60,3	58,5	56,4	61,7	64,5
VD und Folgen	7,9	5,9	6,3	12,8	8,5	16,7	15,5	12,5	12,4	14,5	13,2
Sucht	1,6	1,1	3,6	3,3	0,7	0,6	0,3	0,5	1,3	0,5	0
Neurosen et al.	10	94	88	115	414	176	300	173	303	189	64
Depression	1,6	0	0	0	7,4	6,3	9,3	9,6	3,6	5,3	8,9
Psychose	1,6	3,3	3,2	3,3	3,0	1,7	2,6	4,3	4,0	3,0	4,1

Dieser methodische Zugriff mag manchen an die Sozialgeschichte der 1980er Jahre erinnern.²² Unser Ziel ist aber nicht, eine Aussage über das zeitgenössische Krankheitsspektrum, etwa im Sinne einer historischen Epidemiologie, zu gewinnen.²³ Auch sind wir uns der Gefahren der retrospektiven Diagnose ebenso wie

¹⁹ Hierzu wurden auch Neurasthenie (in verschiedenen Kombinationen) gezählt sowie alle Formen einer neurotischen Störung (Rentenneurose, Hypochondrie, Angst- und Zwangsstörungen).

²⁰ Der Begriff „Depression“ kam in der Berliner Nervenlinik erst nach 1900 in Gebrauch. Zu dieser Kategorie zählen neben der Melancholie auch alle Formen einer depressiven Reaktion. Das „manisch-depressive Irresein“ ist der Gruppe der Psychosen zugerechnet.

²¹ Hierunter fallen auch die zeitgenössischen Diagnosen Verrücktsein, die manisch-depressive Erkrankung, die Hebefrenie sowie alle Formen einer Halluzinose.

²² Wir danken Flurin Condrau für seinen hilfreichen Kommentar.

²³ Vgl. z. B. in der optimistischen Variante: Jean Meyer: Une enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies (1774 jusqu'à 1794). In: Annales 21 (1966), S. 729-749; in der skeptischen Variante: Johanna Bleker/Eva Brinkschulte/Pascal Grosse: Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 72). Husum 1995.

der einer positivistischen Übernahme zeitgenössischer Begrifflichkeiten sehr wohl bewusst. So begreifen wir die zeitgenössischen Diagnosebezeichnungen nicht als „Erkenntnis der Krankheit“. Vielmehr kann eine solche Diagnose im klinischen Zusammenhang als Handlungsbegriff verstanden werden,²⁴ der die Leiden der Hilfe suchenden Kranken einerseits und die zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen andererseits auf einen gemeinsamen und möglichst eindeutigen Begriff und damit in Beziehung zu bringen sucht. Die „Diagnose“ repräsentiert die im damaligen Verständnis richtige institutionelle „Antwort“ auf eine drängende „Frage“, mit der Betroffene, Angehörige oder einweisende Behörden die Kliniker konfrontierten. In diesem Sinne schließt die zeitgenössische Diagnose einer Paralyse, Psychopathie oder Hebephrenie jeweils sehr unterschiedliche soziale Problemlagen, persönliche Nöte, institutionelle Umgangsweisen und therapeutische Verfahren ein – unabhängig davon, was wir heute unter diesen Krankheitszuschreibungen verstehen, und zum Teil auch unabhängig davon, was die Psychiater über die Genese oder Ätiologie der diagnostizierten Krankheitsbilder dachten. Die Gruppierung der zeitgenössischen Diagnosen verrät, für welche Probleme die Psychiatrie in Anspruch genommen wurde, welche Handlungsmöglichkeiten die Institution hierfür bereithielt und wie mit Patienten umgegangen wurde. Und in eben dieser Hinsicht ist eine Unterscheidung beispielsweise zwischen einer Manie und einer Epilepsie, zwischen einer Depression oder Psychopathie oder zwischen einer Syphilis und einem Alkoholdelir gut begründet.

Unter dieser Prämisse lässt sich die unterschiedliche Inanspruchnahme beider Einrichtungen beobachten. Besonders imponieren die folgenden drei Beobachtungen:

1. Die Nerven-Poliklinik war in der Tat eine Poliklinik für Nervenranke. Rund die Hälfte aller Patienten (zwischen 70 % im Jahr 1880 und 45 % im Jahr 1900) suchte sie wegen körperlicher Erkrankungen auf, seien es spezifisch neurologische oder allgemein somatische Beschwerden. Dabei wurde die Poliklinik, verstärkt ab den 1920er Jahren, zur Abklärung unspezifischer Beschwerden wie Kopf- oder Gliederschmerzen, Schwindel oder allgemeine Schwäche herangezogen, die in der Regel als „neurologisch o.[hne] B.[efund]“ diagnostiziert wurden.²⁵
2. Der Wahnsinn hingegen verblieb in der Klinik. Dort wurden rund ein Drittel der Patienten (1900: gut 20 %; 1923: knapp 60 %) unter der Diagnose einer Psychose hospitalisiert, die aus dem klassischen und zu diesem Zeitpunkt medizinisch längst obsoleten Begriff des Wahnsinns hervorgegangen war. In den Bandakten der Poliklinik findet man diese Krankheitsbezeichnungen hingegen selten. 1880 wurde diese Diagnose gerade einmal vergeben (= 1,6 %), doch selbst das

²⁴ Vgl. hierzu Volker Hess: Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 66). Husum 1993.

²⁵ Diese wurden von uns aber zur Kategorie der neurologischen Diagnosen gezählt, da auch eine Ausschlussdiagnose eine Diagnose im Sinne einer Handlungsanweisung ist.

- absolute Maximum von 53 Patienten dieser Kategorie stellt bei einer Zahl von knapp 750 Kranken im Jahr 1926 eine marginale Größe (= 4,0 %) dar. Die Patienten der Poliklinik waren folglich nicht nur leichter, sondern auch anders krank.
3. Während sich der Wahnsinn in der psychiatrischen Klinik konzentrierte (in der Tendenz stieg der Anteil der psychotischen Kranken von 1900 beständig an), wurde die Poliklinik bevorzugt von Menschen aufgesucht, deren Beschwerden heute als Verhaltens- und Persönlichkeitsstörung betrachtet würden. Verallgemeinernd ist festzustellen, dass bei rund einem Viertel bis einem Drittel der Patienten eine aus psychiatrischer Perspektive „weiche Diagnose“ vergeben wurde, obwohl sich innerhalb dieser aus heuristischen Gründen gebildeten Kategorie ein dramatischer Wandel vollzog, worauf im Folgenden noch eingegangen wird.

Mit einem Wort: Die Berliner Poliklinik darf nicht als Verlängerung der Klinik oder gar als Erweiterung der Anstalt in den ambulanten Bereich missverstanden werden. Vielmehr gab die Poliklinik der universitären Psychiatrie ein neurologisches Profil²⁶ und trug damit zur Konjunktur der Erkrankungen des „nervösen Zeitalters“ bei.²⁷ In diesem Sinne erfüllte die Poliklinik die Hoffnungen und Erwartungen ihrer Befürworter und Finanziers.

Ihren Zweck als Materialbeschaffer erfüllte die Poliklinik jedoch nicht. Statt die Konzentration des Wahnsinns in der Klinik zu steigern, trug sie zur Entgrenzung des institutionellen Behandlungsauftrages bei. So verweist der hier angestellte Vergleich auf eine andere Klientel der Poliklinik. Diese begriff die Stadtklinik offenbar nicht als Vorstufe oder als erleichterten Zugang zu einer stationären Behandlung. Stattdessen suchte sie die Poliklinik als Alternative zu anderen Formen der Behandlung und Versorgung auf. Mit Blick auf gängige Narrative könnte man etwas zugespitzt sogar behaupten, dass die universitäre Psychiatrie mit der Poliklinik nicht die Stadt „medikalisierte“, vielmehr brachte die Poliklinik die Stadt in die Psychiatrie und „urbanisierte“, wenn man so will, die traditionelle Anstaltspsychiatrie.

Straßburg: Die Poliklinik als Stadtklinik

Auch für die Nervenpoliklinik in der neuen Reichsstadt Straßburg spielte das Argument der Forschung und Lehre als dem eigentlichen Zweck ihrer Einrichtung eine zentrale Rolle. War die universitäre Ausbildung unter Krafft-Ebing auf die schweren, meist chronischen Fälle der regionalen Irrenanstalten Stephansfeld und Illenau angewiesen, so wurde den Studenten der Reichsuniversität unter Jolly die Gelegenheit geboten, auch die Anfangserscheinungen des Irreseins und die Übergänge zwischen den rein nervösen und den eigentlichen psychischen Störungen zu

²⁶ Hess/Engstrom: Neurologie (wie Anm. 5).

²⁷ Joachim Radkau: Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. München 1998; Volker Roelcke: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914). Frankfurt a. M. u. a. 1999.

beobachten.²⁸ Die explizite Unterrichtsfunktion der Poliklinik bringt der Bauplan der unter Jolly entworfenen Nervenklinik klar zum Ausdruck: Die Poliklinik war im ersten Stock unmittelbar neben dem Hörsaal untergebracht.²⁹ Das war für die Patienten zwar umständlich, aber für Unterrichtszwecke ideal, da Hörsaal und Sprechzimmer direkt miteinander verbunden waren. Allerdings erwies sich dies angesichts der rasch steigenden Besuchszahlen offensichtlich als nicht besonders praktikabel. In Berlin wurde die Poliklinik – abweichend von der strengen Symmetrieachse des 1904 eingeweihten Neubaus – mit einem eigenen Eingang im Erdgeschoss geplant und eingerichtet, um den bald nicht abbreißenden Besucherstrom besser steuern zu können und Störungen vom Hörsaal fernzuhalten.³⁰

Wir wissen noch nicht, welche Patienten in Straßburg behandelt und demonstriert wurden. Es gibt aber gute Gründe anzunehmen, dass sich die erste Klientel der Poliklinik vorwiegend aus epileptisch Erkrankten rekrutierte.³¹ Jolly unterstrich gegenüber Fachkollegen schon um 1880 die Vorteile der ambulanten Behandlung dieser Patienten. Diese Einschätzung könnte sich auf die Straßburger Poliklinik beziehen.³² Die Epilepsie bildete somit einen ersten Forschungsschwerpunkt der jungen Straßburger Psychiatrie.³³ Rasch erhöhte sich die Frequenz der Besucher und mit ihr die Anzahl der Krankheitsbilder. Binnen weniger Jahre stieg die durchschnittliche Besuchsfrequenz von einem Patienten pro Monat auf einen Patienten pro Tag. Drei Jahre nach der Einweihung der Klinik wurden schließlich weit mehr als 500 Patienten pro Jahr versorgt.³⁴

Tabelle 3: Patienten der Straßburger Nervenpoliklinik pro Jahr von 1880 bis 1886

Jahr	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
Patienten	13	47	153	138	178	236	341

²⁸ Friedrich Jolly: Vorgeschichte und gegenwärtige Einrichtung der Psychiatrischen Klinik in Straßburg. Rede zur Feier der Eröffnung des Neubaus der Klinik gehalten am 29. Oktober 1886 von dem Direktor derselben. Straßburg 1887, S. 20.

²⁹ Vgl. Sebastian Hausmann: Die Kaiser-Wilhelms-Universität Straßburg. Ihre Entwicklung und ihre Bauten. Mit Benutzung amtlicher Quellen bearbeitet. Straßburg 1887, S. 182.

³⁰ Vgl. Hess/Ledebur: Psychiatrie (wie Anm. 5), S. 27f.

³¹ Der Neubau der Straßburger Klinik wurde erst 1886 bezogen. Bis dahin war die Poliklinik vorübergehend zunächst im alten Hospital, dann in einem Provisorium untergebracht; Jolly: Vorgeschichte (wie Anm. 28), S. 9.

³² Friedrich Jolly: Über die staatliche Fürsorge für Epileptiker. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1882), S. 314. In Würzburg, wo Jolly habilitiert hatte, gab es keine derartige Gelegenheit, da die dortige Poliklinik erst 1903 gegründet wurde; vgl. dazu Engstrom: Sozial-psychiatrische Prophylaxe (wie Anm. 5), S. 233.

³³ Von den ersten acht Dissertationen, die Jolly vergab, sind zwei diesem Krankheitsbild gewidmet. Vgl. F. Hertz: Über den Status Epilepticus. Diss. med. Straßburg 1877; Georg Lehmann: Über den Einfluss epileptischer Anfälle auf das Körpergewicht. Diss. med. Straßburg 1881. Wegen der transitorischen Störung des Bewusstseins waren die Fälle von epileptischer Geistesstörung besonders interessant, in pathologischer wie auch in gerichtsmedizinischer Hinsicht.

³⁴ Vgl. Heinrich Laehr: Heil- und Pflgeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes im J. 1890. Berlin 1891, S. 182.

Der Erfolg der neuen Einrichtung lässt sich nur ermessen, wenn man die jährlichen Behandlungszahlen mit der zu versorgenden Einwohnerzahl in Beziehung setzt. In Straßburg wurden bei einer Bevölkerung von circa 112 000 Einwohnern im Jahr 1885 236 Patienten ambulant behandelt. Gleichzeitig hatten in Berlin von 1,3 Millionen Einwohnern 824 die Poliklinik aufgesucht. Das entsprach einem Anteil von gerade einmal 0,06 % der Stadtbevölkerung (Altberlin), während es in Straßburg 21 pro 10 000 Einwohner waren, also 0,21 %.³⁵

Die Ratio zwischen der Zahl der Einwohner und der Zahl der poliklinischen Patienten ist in Straßburg eindrucksvoll, zumal die dortige psychiatrische Poliklinik gerade erst eingerichtet worden war, während sie in der preußischen Kapitale schon seit fast 15 Jahren bestand. Obwohl die Poliklinik als solche der französischen Bevölkerung gänzlich unbekannt war, dürften die aus dem restlichen Reich, insbesondere aus Preußen, zugezogenen Deutschen bereits mit dieser Einrichtung vertraut gewesen sein.³⁶

Die rasch steigende Besuchsfrequenz galt den Psychiatern als Beweis, dass die neue Einrichtung dem „wirklichen Bedürfnisse“ der Stadtbevölkerung entsprach.³⁷ Das zeigt sich auch im Verhältnis von ambulanter zu klinischer Behandlung. Für das Geschäftsjahr 1884 kamen in Berlin auf 2121 stationäre Aufnahmen gerade einmal 843 Behandlungsfälle in der Poliklinik, das heißt eine ambulante auf zweieinhalb stationäre Aufnahmen.³⁸ In Straßburg hingegen war für den gleichen Zeitraum das Verhältnis rund eins zu eins. Im Jahre 1886 wurden bei 200 Aufnahmen sogar 341 ambulante Patienten registriert, ein Verhältnis von 1:1,6, das die Berliner Poliklinik erst nach Bezug des Neubaus, also erst nach 35-jährigem Bestand, erreichen sollte. An dieser Entwicklung war Jolly wiederum maßgeblich beteiligt.

Bereits diese dünnen Zahlen machen deutlich, dass der Poliklinik in Straßburg von ihrer Gründung an eine größere Rolle bei der ambulanten Betreuung von psychisch Kranken als der in Berlin zukam. Mehr noch: In Berlin boten sich den Kranken vielfältige Alternativen – angefangen von den zahlreichen Privatkliniken mit „poliklinischer Sprechstunde“ bis hin zu der großen Anzahl niedergelassener Ärzte mit einer psychiatrisch-neurologischen Spezialisierung.³⁹

Auch wenn wir Tabelle 1 mangels geeigneter Quellen nicht für einen größeren Zeitraum fortsetzen können, muss man davon ausgehen, dass die Behandlungs-

³⁵ 1885 war die Bevölkerung Altberlins mit derjenigen des gesamten Reichslands Elsass-Lothringen (1 564 335 Einwohner) vergleichbar.

³⁶ Nach dem Frankfurter Vertrag war die Bevölkerung in Straßburg stark gewachsen: Von 1871 bis 1910 war sie von 85 000 auf 178 000 Einwohner gestiegen. Die deutsche Einwanderung, vor allem aus Preußen, hat die starke französische Auswanderung mehr als kompensiert. Vgl. François Überfill: *L'immigration allemande (1871–1918)*. In: *Saisons d'Alsace* 128 (1995), S. 63–71.

³⁷ Jolly: *Vorgeschichte* (wie Anm. 28), S. 22.

³⁸ Hinzu kommt, dass Nervenranke zu einem nicht unerheblichen Ausmaß auch in den internistischen Abteilungen versorgt wurden, womit die Relation zwischen ambulanter und stationärer Betreuung für Berlin weiter sinkt.

³⁹ Hess/Ledebur: *Psychiatrie* (wie Anm. 5), S. 35.

zahlen auch in den folgenden Jahren hoch blieben. So wurde im von Hans Laehr herausgegebenen Anstaltsverzeichnis lapidar für das Jahr 1907 vermerkt: „stark besuchte Poliklinik“. ⁴⁰ Alfred Hoche (1865–1943) zufolge, der von 1891 bis 1897 als Assistent an der Klinik arbeitete, wurde die Sprechstunde so gut frequentiert, dass „alle drei Assistenten stundenlang in der Ambulanz beschäftigt waren“. ⁴¹ Carl Fürstner (1848–1906), Jollys Nachfolger, kam zur Verstärkung täglich vorbei. ⁴²

Trotz des regen Besuchs wurde die Straßburger Nervenpoliklinik nicht wie die anderen Polikliniken der Universität mit einem eigenen Lehrstuhl ausgestattet. Sie wurde auch im Adressbuch nicht wie diese eigens ausgewiesen. Es reichte offenbar der Hinweis auf die unentgeltliche Sprechstunde von 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr täglich, um ausreichende Anziehungskraft auf eine potentielle Klientel auszuüben. ⁴³ Ein besonderer Vorteil der Poliklinik in der neuen Reichsstadt dürfte, neben der üblichen kostenfreien Arznei und Behandlung, gewesen sein, dass ihr im Unterschied zur Hauptstadt keine Spezialisten Konkurrenz machten. Hoche war im Frühling 1898 der einzige in Straßburg niedergelassene Spezialist für Nerven- und Geisteskrankheiten. ⁴⁴

Als einzige Alternative zur poliklinischen Behandlung blieb somit die stationäre Aufnahme. Eine freiwillige Aufnahme in eine psychiatrische Anstalt war aber im Elsass für Geisteskranke – auch nach der Annexion – nicht denkbar. ⁴⁵ Nach wie vor galten die rechtlichen Grundlagen, die das französische Gesetz vom

⁴⁰ Hans Laehr: Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern. Berlin 1908, S. 201.

⁴¹ Alfred E. Hoche: Jahresringe. Innenansicht eines Menschenlebens. München 1934, S. 139. 1897 wurden 554 Patienten poliklinisch behandelt. Vgl. Heinrich Laehr/Max Lewald: Heil- und Pflege-Anstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes am 1. Januar 1898. Berlin 1899, S. 271.

⁴² Acta personalia betr. Fürstner, Bleistiftnotiz des Kuratorial-Sekretärs, Archives Départementales du Bas-Rhin, 103 AL 375.

⁴³ Die Poliklinik war vier Tage in der Woche von 11 Uhr bis 12 Uhr geöffnet. Vgl. Adressbuch der Stadt Straßburg von 1899.

⁴⁴ Von 14.30 Uhr bis 16.00 Uhr hielt Hoche täglich eine gut besuchte Sprechstunde in seiner Privatwohnung am Dietrichstaden (heute Quai du Maire Dietrich), später am Brantplatz 3 ab. Vgl. Adressbuch der Stadt Straßburg von 1899. Für eine Konsultation verlangte er 5 Mark. Damit war seine Sprechstunde keine direkte Konkurrenz für die kostenfreie Behandlung der Poliklinik. Vgl. Hoche: Jahresringe (wie Anm. 41), S. 140.

⁴⁵ Vgl. Sammlung der in Elsass-Lothringen geltenden Gesetze. Zweiter Band. Französische Einzelgesetze. Straßburg 1881. 1899 wurden eine Reihe von Bestimmungen (Artikel 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40) des Gesetzes im Reichsland aufgehoben (Gesetz, betreffend die Aufhebung von Landesgesetzen). Bis 1919 wurde das Gesetz regelmäßig durch Präfektural- und Präsidialverfügungen ergänzt. Mit der Zeit wurde es dadurch auch möglich, die Anstalt freiwillig aufzusuchen. Diese Auflockerung der Vorschriften wurde später von der französischen Verwaltung als positiv begrüßt. Vgl. Paul Courbon/L. Spitz: Formalités d'internement dans les aliles d'aliénés d'Alsace-Lorraine pendant l'occupation allemande. In: Bulletin de la Société Clinique de médecine mentale (1919), S. 303–305.

Abbildung 3: Das diagnostische Spektrum stationär in Berlin (oben) und Straßburg (unten). In dieser Grafik ist Depression bei Psychosen eingerechnet.

30. Juni 1838 gelegt hatte.⁴⁶ Dieses räumte Dritten (dem Präfekt, einem Arzt oder dem *pater familias*) weitgehende Rechte bei der Einweisung, Unterbringung und Entlassung ein. Eine Aufnahme in die Anstalt war nicht nur bürokratisch aufwendig, sondern zugleich de jure mit einer sozialen Stigmatisierung verbunden.⁴⁷ Die

⁴⁶ Die Epileptikerabteilung stellte dabei eine Ausnahme dar, da sie als einfache Spitalabteilung den Bestimmungen des Irrengesetzes nicht unterworfen war. Hier wurden nicht nur Fälle eigentlicher Epilepsie, sondern auch solche von verwandten Nervenkrankheiten aufgenommen, „vor allem also von Hysterie in ihren mannigfachen Formen, dann von Veitstanz, ferner von allen möglichen anderen, nur gelegentlich mit Krampferscheinungen einhergehenden Erkrankungen des Nervensystems, und zwar sowohl der funktionellen wie der auf organischen Veränderungen beruhenden Zustände“. Jolly: Vorgeschichte (wie Anm. 28), S. 20.

⁴⁷ Robert Castel: *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris 1976.

Nervenpoliklinik stellte also für elsässische Geisteskranke eine wahrhafte Freizezone dar. In den wenigen erhaltenen poliklinischen Krankenakten findet sich nahezu regelmäßig der Eintrag, dass Kranke die Poliklinik vor allem deshalb besucht hätten, um der Internierung zu entgehen.

Die Auswirkungen der rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Klinik waren auch den Psychiatern bewußt. Charles Pfersdorff (1875–1953), der erste Direktor unter wieder hergestellter französischer Verwaltung, beklagte sich gegenüber dem Dekan über den prekären Status der Straßburger Klinik als „öffentliche Irrenanstalt“: Viele Patienten, „die nicht verrückt waren, aber dennoch unter psychischen Störungen litten[,] wie z. B. Psychastheniker, Psychopathen, Zwangsneurotiker, Hysteriker etc.“, würden ihm wegen der strikten Anwendung des Gesetzes von 1838 entgehen.⁴⁸

Was sind die Folgen? Hier lässt sich ein Vergleich zu Berlin nur indirekt über eine Triangulation herstellen: Wir haben einerseits gezeigt, dass sich in Berlin das Krankheitsspektrum der Poliklinik und das der Klinik komplementär verhalten. Während der Wahnsinn sich in der Klinik verdichtet, finden sich die „weichen Diagnosen“ vermehrt in der Poliklinik. Aus dem Beitrag zur Straßburger Klinik geht andererseits hervor, dass sich das Krankheitsspektrum dort deutlich von dem in der Charité unterschied. Wie die Abbildung 3 zeigt, konzentrierte die Straßburger Klinik den Wahnsinn stärker als die Berliner. Stellte dort die Gruppe der Psychosen (schwarz-weiß kariert) zunächst nur gut 20 % der stationär behandelten Patienten, so waren es in Straßburg stets rund 50 %. Vorausgesetzt die Straßburger waren nicht weniger neurotisch, hysterisch und psychopathisch als die Berliner, dann muss der Anteil der „weichen Diagnosen“ in der Straßburger Poliklinik entsprechend größer gewesen sein.

Berlin: Die Leiden der Poliklinik

Der Blick auf Berlin und Straßburg belegt, dass die Poliklinik nicht als Verlängerung der psychiatrischen Klinik in einen städtischen Versorgungsraum begriffen werden darf. Vielmehr ist sie als eine eigenständige Einrichtung, vielleicht sogar als Institution, zu betrachten.⁴⁹ Dabei lassen sich verschiedene Formen der institutionellen Umsetzung unterscheiden, die maßgeblich durch die lokalen Rahmenbedingungen, das sind Aufnahmemodalitäten, Kostenerstattung, Überweisungsbeziehungsweise Verlegungsroutinen, konkurrierende Kliniken etc. geprägt wurden. Wie wirkte sich diese soziale Verortung der Einrichtung auf die Beobachtung und Bewertung der dort präsentierten Beschwerden aus? Wie brachten die Psych-

⁴⁸ Charles Pfersdorff an den Dekan Weiss, 9. 1. 1923, zit. nach: Frédéric Gilch: *Soins et enseignement psychiatriques à Strasbourg*. Diss. med. Straßburg 1981, S. 62.

⁴⁹ Vgl. M. Rainer Lepsius: *Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung von Rationalitätskriterien*. In: Gerhard Göhler (Hg.): *Institutionenwandel*. Opladen 1997, S. 57–69; in der Anwendung auf das Krankenhaus: Eric J. Engstrom/Volker Hess (Hg.): *Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert*. Stuttgart 2000.

Abbildung 4: Die „weichen“ Diagnosen in der Berliner Nervenpoliklinik von 1880 bis 1932 anteilig an der jährlichen Gesamtpatientenzahl

iatier die ihnen unbekannten Leiden auf den Begriff? Und wie formte dieser Raum die Wahrnehmung und Deutung psychischer Erkrankung?

Zunächst ist festzustellen, dass sich Begrifflichkeit und Verständnis der poliklinischen Erkrankungen rasch änderten. Der Längsschnitt aus den Stichjahren veranschaulicht den relativen Anteil der oben beschriebenen Diagnosegruppen am Gesamtkollektiv. Dabei imponiert nicht allein der hohe Anteil der „weichen Diagnosen“ (vgl. Abbildung 2), sondern insbesondere der dramatische Wandel innerhalb dieser Kategorie des diagnostischen Spektrums.

Abbildung 4 differenziert diese Kategorie in die zeitgenössischen Diagnosen der Hysterie (von links unten nach rechts oben schraffiert),⁵⁰ Nervosität (horizontal schraffiert), Neurosen (von rechts unten nach links oben schraffiert), Psychopathie (vertikal schraffiert),⁵¹ funktionellen Störungen (weiß gepunktet) und traumatischen Neurosen (in schwarz).⁵²

⁵⁰ Hierzu wurden auch adjektivische Zuschreibungen wie „hysterisch“ gezählt.

⁵¹ Auch psychopathische Konstitution, Psychopathische Persönlichkeit.

⁵² Angesichts der Bandbreite der depressiven Krankheitsbilder (von Melancholie über depressive Reaktion bis hin zur Depression) wurden diese, abweichend von heutigen Gepflogenheiten, den Persönlichkeitsstörungen zugerechnet.

Tabelle 4: Die „weichen Diagnosen“ der Nervenpoliklinik (relativer Anteil) von 1880 bis 1932

Jahr	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Hysterie	3,2	18,0	12,2	9,2	7,6	2,5	4,5	1,3	1,0	0,6	0,1
Nervosität	3,2	4,8	13,1	20,1	6,4	1,1	0,8	0,4	0,7	0,1	0
Neurosen	9,5	11,4	7,7	8,2	2,7	0,6	2,4	2,0	1,3	1,8	2,1
Psychopathie	0	0	0	0,3	7,5	20,4	15,5	10,7	5,1	3,4	3,5
funktionelle Störungen	0	0	0,5	0	3,9	2,7	2,4	3,4	13,9	9,4	1,7
traumatische Neurose	0	0,4	6,3	0	1,2	0,3	0,6	0,8	1,1	1,3	0,5

Vor allem der Aufstieg und Fall der Modediagnosen lässt sich schön verfolgen: „Nervosität“ erfuhr mit der Rezeption Miller Beards (1839–1883) eine große Konjunktur, verschwand nach der Jahrhundertwende aber schnell.⁵³ Wurden im Jahre 1880 zwei von gut 60 Patienten als „nervös“ bezeichnet, war es zur Wende des Jahrhunderts bereits ein Fünftel aller Behandelten, die an dieser Zivilisationskrankheit litten. Nach dem Ersten Weltkrieg war die Nervenschwäche kein Thema mehr – zumindest kein psychiatrisches (vgl. Tabelle 4). An ihrer Stelle hielt die Psychopathie Einzug in die Poliklinik: Im Kriegsjahr 1917 wurde ein Fünftel aller Besucher unter dieser Diagnose behandelt. Zugleich hatten die Psychiater eine neue Kategorie für diejenigen Beschwerden etabliert, für die sie offenbar keine eindeutige Ursache fanden: „funktionelle Beschwerden“ (oder auch „psychogen“). Für psychisch verursacht gehalten wurden vielfach Anfälle, Zittern, Krämpfe, Reaktionen, Kopfschmerzen, aber auch depressive Beschwerden wurden mit „viel psychogen“ bewertet. Als „funktionell“ wurden Beschwerden nach einem Unfall, bei Struma, bei Lähmungen und allgemeiner Schwäche bezeichnet, aber auch bei depressiver Verstimmung. Meist hieß es aber nur „funktionelle nervöse Beschwerden“. Beide Diagnosen – „psychogen“ und „funktionell“ – lösten die alten Begriffe der „Hysterie“ und „Neurasthenie“ allmählich ab, ohne sie zu ersetzen. Diese „neuen“ Diagnosen blieben der Poliklinik vorbehalten. „Funktionelle Beschwerden“ wurden über den ganzen Untersuchungszeitraum in der Klinik insgesamt nur zweimal diagnostiziert, nämlich im Zusammenhang mit einer stationär vorgenommenen Begutachtung. Die Beurteilung als „psychogen“ wurde in der Klinik im Zeitraum von 1911 bis 1930 in den ausgewerteten Monaten insgesamt sechzehnmal vergeben – in einem Sample von über 5000 Patienten.

⁵³ Roelcke: Krankheit und Kulturkritik (wie Anm. 27).

Abbildung 5: Die „weichen“ Diagnosen in der Berliner Nervenpoliklinik von 1880 bis 1932 anteilig an der jährlichen Anzahl männlicher (oben) und weiblicher (unten) Patienten

Tabelle 5: Die „weichen Diagnosen“ der männlichen Patienten der Nervenpoliklinik (relativer Anteil) von 1880 bis 1932 für die Monate März, Juli und November

	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Männliche Besucher	34	129	118	167	657	497	568	430	698	552	691
Hysterie	0	1,5	2,3	0,7	1,1	2,0	1,5	0,3	0,2	0,2	0
Nervosität	0	2,9	5,9	10,9	4,9	0,8	0,6	0,3	0,6	0	0
Neurosen	4,8	6,6	5,0	2,6	1,5	0,2	1,2	1,1	0,8	0,8	1,9
Psychopathie funktionelle	0	0	0	0,3	4,1	19,0	7,9	6,1	3,2	1,6	3,2
Störungen traumatische Neurose	0	0	0,5	0	1,1	2,2	1,0	1,0	5,6	2,9	1,7

Tabelle 6: Die „weichen Diagnosen“ der weiblichen Patienten der Nervenpoliklinik (relativer Anteil) von 1880 bis 1932 für die Monate März, Juli und November

	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Weibliche Besucher	27	140	102	135	760	139	577	498	611	590	118
Hysterie	3,2	18,0	11,7	9,2	7,6	2,5	4,5	1,3	1,0	0,6	0,1
Nervosität	3,2	4,8	12,2	20,1	6,4	1,1	0,8	0,4	0,7	0,1	0
Neurosen	4,8	4,8	2,7	5,3	1,2	0,5	1,1	1,0	0,5	1,0	0,2
Psychopathie funktionelle	0	0	0,5	0	3,9	2,7	2,4	3,4	13,9	9,4	0,1
Störungen traumatische Neurose	0	0	0	0,3	7,5	20,4	15,5	10,7	5,1	3,4	3,5

Eine Überraschung bietet die geschlechtsbezogene Auswertung. Abbildung 5 zeigt an der x-Achse gespiegelt (oben die männlichen, unten die weiblichen Patienten) die geschlechtsspezifische Verteilung des relativen Anteils der Diagnosegruppen am Gesamtkollektiv, bei annähernder Geschlechterparität (außer 1917). Dass Frauen hysterisch und Männer Psychopathen sind, ist Gemeingut. Bemerkenswert ist aber, dass sich diese stereotypischen Zuschreibungen zunehmend nivellierten. So zeigt die grafische Gegenüberstellung eine bemerkenswerte Angleichung der Diagnosen – in Bezug auf den relativen Anteil an der Gesamtverteilung (absolut erhalten Frauen häufiger eine „weiche Diagnose“ als Männer). In der Tat blieb Hysterie für die Ärzte der Poliklinik bis zum Ende des Ersten Weltkrieges ein typisch weibliches Beschwerdebild,⁵⁴ während sie bei männlichen Klienten eher eine Psychopathie vermuteten.⁵⁵ Die „männliche Nervosität“ wurde schon

⁵⁴ George Didi-Huberman: *Erfindung der Hysterie*. München 1997; Karen Nolte: *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*. Frankfurt a. M./New York 2003.

⁵⁵ Thomas Boetsch: „Psychopathie“ und antisoziale Persönlichkeitsstörung: Die ideengeschichtliche Entwicklung von „Psychopathie“-Konzepten in der deutschen und angloamerikanischen Psychiatrie und ihr Bezug zu operationalisierten Klassifikationssystemen. Diss. med. München 2003.

um 1900 vorwiegend bei Frauen diagnostiziert,⁵⁶ auch die Psychopathie wurde nach dem Zweiten Weltkrieg zunehmend eine Diagnose für Patientinnen. Dafür galten die Beschwerden von Männern vermehrt als funktionell oder psychogen. Festzuhalten ist folglich, dass trotz der im fachwissenschaftlichen wie im populären Diskurs weithin verhandelten geschlechtsspezifischen Konnotation beide Diagnosen – Hysterie und Psychopathie – in der poliklinischen Praxis zunehmend unabhängig von der Variable „Geschlecht“ verwendet wurden.

Für das Berliner Beispiel lässt sich das „andere Kranksein“ somit in dreierlei Hinsicht spezifizieren:

1. Die Leiden und Beschwerden der poliklinischen Klientel stellten die klinisch trainierten Psychiater offenbar vor besondere Herausforderungen. Anders ist das große Spektrum diagnostischer Zuschreibungen kaum zu verstehen, mit denen in den Augen der Kliniker unspezifische und vor allem nicht somatisch begründbare Erkrankungen belegt wurden: Anämie (vor 1800) und klimakterische Beschwerden, Hypochondrie und nervöse Depressionszustände, Schreibkrampf und Beschäftigungsneurosen, Einnässen oder plötzliche Pollutionen, Impotenz und Onanie, Zwangsvorstellungen und nervöses Herzklopfen, Schreckneurosen und Angstzustände, Platzangst und andere Phobien. Die bunte Vielfalt der diagnostischen Beschreibungen reflektiert gleichermaßen die Bandbreite alltäglicher Beschwerdebilder wie die Mühen, diese auf einen rationalen medizinischen Begriff zu bringen. Mischformen wie hysteroneurasthenisch oder „pseudo-“ in verschiedenen Kombinationen sind ebenso Zeichen für die Verlegenheit der beteiligten Ärzte wie für die Unzulänglichkeit ihres psychiatrischen Vokabulars, um das Leiden, dem sie in der Poliklinik begegneten, zu bestimmen.
2. Vor diesem Hintergrund ist die Konjunktur der zeitgenössischen Modediagnosen Neurasthenie, Hysterie und Psychopathie im Diagnosespektrum der Poliklinik zu sehen. Der Rückgriff auf diese auch in der breiten Öffentlichkeit diskutierten Krankheitszuschreibungen markiert einerseits die Bereiche einer fachwissenschaftlichen Unsicherheit. Andererseits macht diese Konjunktur auch deutlich, dass die Erkrankungen der Poliklinik von den klinisch trainierten Ärzten dort vielfach nicht ernst genommen wurden. Aus der Perspektive der Psychiater dürften die Beschwerden, wegen derer die Poliklinik aufgesucht wurde, kaum einem Vergleich mit jenen Erkrankungen standgehalten haben, die sie in den Bettensälen der Abteilung zu behandeln hatten.
3. Umso bemerkenswerter erscheint es, dass diese pejorativen Diagnosen zunehmend durch neutralere Krankheitsbeschreibungen abgelöst wurden. Einerseits nahm der Anteil der „weichen Diagnosen“ generell ab, was vermuten lässt, dass manche der bislang als nervös, hysterisch oder psychopathisch beschriebenen Störungen nun als neurologisch oder somatisch begründete Erkrankungen ge-

⁵⁶ Heinz-Peter Schmiedebach: The Public's View of Neurasthenia in Germany – Looking for a New Rhythm of Life. In: Marijke Gijswijt-Hofstra/Roy Porter (Hg.): *Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War*. New York/Amsterdam 2001, S. 219–238.

deutet wurden. Andererseits spricht die Konjunktur der neuen Kategorie der funktionellen und psychogenen Störungen für ein aktives Bemühen, moralisch wertende Krankheitszuschreibungen zu vermeiden. Auffällig dabei ist, dass sich zugleich die geschlechtsspezifische Verwendung von Zuschreibungen wie hysterisch und psychopathisch verliert.

Die Straßburger Poliklinik als gescheitertes Modell

Der erste Direktor der Straßburger Psychiatrischen Klinik nach dem Ersten Weltkrieg, Charles Pfersdorff, war über lange Jahre hinweg Assistent des letzten deutschen Klinikdirektors gewesen. Dieser Umstand dürfte entscheidend für den Fortbestand der Poliklinik nach Kriegsende gewesen sein.⁵⁷ Die Weiterführung des deutschen Systems stellte die französische Verwaltung jedoch vor große Probleme. War bis dahin die Kultusbehörde für den Unterhalt der klinischen Einrichtungen verantwortlich, so hatte diese Last nun das städtische Krankenhaus zu tragen.⁵⁸ Die Poliklinik wurde somit zur exklusiven Klinik der Stadt.⁵⁹ Unter kommunaler Trägerschaft verlor die Poliklinik jedoch ihren Status einer *institution scientifique*. Dabei wurde just jene Funktion der Poliklinik gestärkt, die das Straßburger Modell von Anfang an geprägt hatte, nämlich die städtische Orientierung.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Straßburger Poliklinik sich vorrangig durch eine ambulante Versorgungsfunktion auszeichnete. Dies war Ausdruck der gesetzlichen Rahmenbedingungen. In der Folge sammelten sich in der Poliklinik andere Krankheitsbilder als in der Klinik, wie das Beispiel der Epileptiker zeigt.⁶⁰ Diese Selektion einer anderen Klientel mag als Effekt mit dem der Berliner Poliklinik vergleichbar sein. Sowohl im Mechanismus als auch im Resultat unterschieden sich beide Einrichtungen aber deutlich. Die Straßburger Poliklinik stellt

⁵⁷ Jollys Nervenpoliklinik wurde dabei allerdings geteilt – in eine neurologische und psychiatrische Poliklinik.

⁵⁸ Contrat forfaitaire entre l'Université de Strasbourg et les Hospices Civils (1923) 4AH467, Archives de la ville et de l'Eurométropole de Strasbourg. Zu den komplizierten Verhältnissen zwischen der medizinischen Fakultät und dem Städtischen Krankenhaus nach dem Ersten Weltkrieg vgl. Tricia Close-Koenig: Betwixt and between. Production and Commodification of Knowledge in a Medical School Pathological Anatomy Laboratory in Strasbourg (mid-19th century to 1939). Diss. Straßburg 2011.

⁵⁹ In einem Bericht zu den Straßburger Polikliniken von 1890 gab der Direktor der Zivilhospizien Oscar Gerval an, dass ein Zehntel der ambulanten Patienten von auswärtigen Gemeinden stammten. Vgl. Brief vom 16. 1. 1890 an den Verwaltungsrat der Zivilhospizien, Beilage zum Bericht von Joseph Delpech in Rapport entre la Faculté de Médecine et l'Hôpital Civil 4AH357, Archives de la ville et de l'Eurométropole de Strasbourg. Dieser Anteil dürfte in den darauffolgenden Jahrzehnten dank der verbesserten Verkehrsmöglichkeiten gestiegen sein, und ähnliche Proportionen (1:3) wie für die stationäre Behandlung erreicht haben. Vgl. Roland Schwab: Les relations villes-campagnes. Un exemple de mise en place de la zone d'influence d'un service urbain: L'hôpital civil de Strasbourg (1840–1910). In: Revue d'Alsace 105 (1979), S. 151–158.

⁶⁰ Vgl. Anm. 46.

also eine eigene Form der Umsetzung der ambulanten Versorgung dar. Dies war bereits den Zeitgenossen aufgefallen. In einer Rezension zu Fürstners Broschüre zur „Fürsorge für Gemütskranke“ von 1899 verwies der Marburger Arzt Albert Buchholz (1859–1927), ehemaliger Assistent von Fürstner in Heidelberg, auf eine solche Differenz: So dürfte „für die engeren Fachgenossen [...] gerade die Schilderung der Verhältnisse der Straßburger Klinik von besonderem Werte sein, weil sie in manchen Beziehungen von den sonst üblichen abweichen“. ⁶¹ Ob man deshalb von verschiedenen poliklinischen Modellen sprechen darf, ist eine Frage, die anhand der zwei Beispiele Straßburg und Berlin allein nicht beantwortet werden kann.

Für die rechtliche Einbettung der psychiatrischen Versorgung – beziehungsweise die Umgehung des Gesetzes von 1838 – blieb die singuläre Stellung der Poliklinik jedoch folgenlos. Als Edouard Toulouse (1865–1947) am 1. Juni 1922 in Paris am Hôpital Sainte Anne den „service libre Henri-Rousselle“ als große Innovation einführte, hätte man erwarten können, dass er auf das Straßburger Modell einer solchen ambulanten Einrichtung Bezug nehmen würde. ⁶² Als Modell für die „dispensaires d'igiène mentales“, für eine „clinique en liaison permanente par des voies centrifuges et centripètes avec le milieu social polymorphe“ bezog man sich nicht auf die deutsche Poliklinik und auch nicht auf das näher gelegene Straßburg. Stattdessen verwiesen die französischen Psychiater auf eine US-amerikanische Einrichtung, nämlich die von Adolf Meyer errichtete Psychiatrie der John Hopkins University in Baltimore. ⁶³ Es ist bezeichnend, insbesondere wenn man bedenkt, dass in Frankreich gerade zu diesem Zeitpunkt Alternativen zu dem Gesetz von 1838 sehr lebhaft diskutiert wurden, dass Paul Courbon (1879–1958) in seiner Abhandlung von 1922 über die psychiatrische Praxis im Elsass nicht auf diesen Präzedenzfall einging. ⁶⁴

Doch ein kurzer Blick nach Straßburg hätte sich gelohnt. Die mit der Poliklinik entwickelte Struktur einer städtischen Versorgung hätte der Dritten Republik als Musterbeispiel für den Aufbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung dienen können. In dieser Hinsicht kann man die Straßburger Poliklinik als gescheitertes Modell begreifen. Dass gerade diese besondere Qualität der Straßburger Klinik damals „übersehen“ wurde, bleibt eine pikante Randnote in der deutsch-französischen Beziehungsgeschichte.

⁶¹ [Albert] Buchholz: Rezension zu Carl Fürstner, *Wie ist die Fürsorge für Gemütskranke von Aerzten und Laien zu fördern?* Berlin 1899. In: *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 5 (1899), S. 316.

⁶² Nur in einer Straßburger Dissertation wird die Modellfunktion der dortigen psychiatrischen Poliklinik anerkannt. Vgl. Fernand Pautrel: *Les modes actuels de traitement et d'hospitalisation des psychopathes*. Diss. med. Straßburg 1922, S. 17.

⁶³ Maurice Legrain: *Le projet Grinda et l'hygiène mentale*. In: *Annales médico-psychologiques* 1 (1922), S. 298–319, hier: S. 316.

⁶⁴ Paul Courbon: *La pratique psychiatrique en Alsace*. In: *Annales médico-psychologiques* 1 (1922), S. 193–210.

Conclusio

Was machen wir mit diesen Befunden? Wir haben mit dem Vergleich der seriellen Daten aus Berlin mit denen aus der bislang weitgehend unbekannten Gründungsgeschichte der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Straßburg die Entwicklung der Poliklinik als einer eigenständigen Einrichtung nachgezeichnet. Gerade die Gegenüberstellung der beiden Beispiele veranschaulicht, dass diese Entwicklung nicht hinreichend als Geschichte der ärztlichen Nöte um Forschung und Lehre, der Professionalisierung des Faches oder der Verwissenschaftlichung der Disziplin erfasst werden kann. Das bekannte strukturfunktionalistische Argument wollen wir aufnehmen und wenden: Die Funktion der Materialbeschaffung für „Forschung und Lehre“ blieb weitgehend Rhetorik, die sich in Denkschriften und Absichtserklärungen aufseiten der Kliniker ebenso findet wie auf der Seite eines wohlwollenden Kultusministeriums. Stattdessen lässt sich die Poliklinik eher als Resultat einer anderen funktionalen Differenzierung begreifen, nämlich nicht des wissenschaftlichen, sondern des medizinischen Systems. Mit der Poliklinik integrierte sich die frühere Irrenanstalt in die ambulante Versorgung der Stadt. Aus der ursprünglich geplanten Anstalt außerhalb des Krankenhauses vor den Toren der Stadt (in Straßburg wie in Berlin) wurde nun ein integrales Element der urbanen Infrastruktur. Diese Funktion der Poliklinik möchten wir in drei Beobachtungen zusammenfassen:

1. *Entwicklung einer eigenen Terminologie.* Der Vergleich der Diagnosen in der Poliklinik mit denen der Klinik macht auf die andere Klientel der ambulanten Einrichtung aufmerksam. Er illustriert zugleich sehr anschaulich, in welcher Weise die akademische Psychiatrie diese neuen Leiden und Beschwerden als theoretische wie praktische Herausforderung begriff. Dafür steht nicht nur die Konjunktur der neuen Diagnosen, mit der der andere Charakter der poliklinischen Erkrankungen als soziale Devianz markiert wurde, sondern auch die Auflösung dieser Modediagnosen durch eine zunehmend feinere Differenzierung in Phobien, Affekt- und Zwangsstörungen.
2. *Differenz zwischen poliklinischer Praxis und öffentlichem Diskurs.* Der quantitative Anteil der entsprechenden Diagnosen reflektiert nicht die aufgeregten Debatten der Zeitgenossen um die Auswirkungen der modernen Zivilisation, nicht die Folgen einer urbanen, industrialisierten und technisierten Lebensführung und einer drohenden Degeneration. So findet sich in unserem Sample über den gesamten Untersuchungszeitraum nur sechsmal die Diagnose einer Degeneration. Auch der Eindruck eines „nervösen Zeitalters“ bestätigt sich empirisch nicht, wurden doch in fünfzig Jahren gerade einmal gut 200 Patienten der Berliner Poliklinik in dem Drei-Monats-Sample wegen eines „nervösen“ Leidens behandelt – mit einer imponierenden Konjunktur zwischen 1885 und 1914. Die Ablösung der moralisch wertenden Modediagnosen durch eine Ausdifferenzierung der Neurosen und funktionellen Störungen verweist auf eine eigenständige *moral economy* und Wissensordnung – in Differenz zum Diskurs. Ob dabei die alte Werteordnung zugleich in die neue Wissensordnung eingeschrie-

ben und überführt wurde, ist eine Frage, die nur eine qualitative Analyse wird beantworten können.

3. *Neue Diagnosen als spezifische Deutungsangebote.* Die alltäglichen Beschwerden und Leiden erhielten nicht nur einen fachwissenschaftlichen Namen, sondern auch eine wissenschaftliche Bedeutung. So stehen die neuen Krankheitsbezeichnungen wie Platzangst, Angstneurose, Angstpsychose oder sogar Angstmelancholie für jenen bislang namenlosen Bereich von Angstzuständen, -anfällen, -attacken sowie Unruhe und Zittern, von denen die Bewohner der rasch wachsenden Industriestadt geplagt wurden.

Ein Beispiel für diese funktionale Ausdifferenzierung ist die traumatische Neurose, deren auffällige Konjunktur um 1890 Abbildung 3 veranschaulicht.⁶⁵ Diese Konjunktur hat einen Namen: Hermann Oppenheim war in jenen Jahren Leiter der Poliklinik, und die Spuren seiner Arbeit lassen sich in den Bandakten gut verfolgen. Er hatte diese Diagnose bei der Behandlung und Begutachtung von Fabrikunfällen in Abgrenzung zur *Railway Spine* entwickelt. Als Ursache für die psychischen Auswirkungen solcher Verletzungen (Konzentrationsverlust, Leistungsabfall, Schwäche oder sogar Lähmungen) nahm er feinste Verletzungen des Nervensystems durch die Erschütterung des Traumas an.⁶⁶ Mit diesem neurologischen Erklärungsansatz wurde die traumatische Neurose ein Fall für die 1884 eingeführte Gesetzliche Unfallversicherung und begründete den Anspruch auf Rentenzahlung. Dieser wurde von vielen Zeitgenossen heftig bestritten, was in eine lange Debatte mündete.⁶⁷

Das Schicksal der traumatischen Neurose ist beispielhaft. Oppenheim mag das neue Leiden in der Poliklinik identifiziert haben, definiert hat er es jedoch im Referenzsystem der Klinik. Sein Begriff der traumatischen Neurose war auf den Apparat der Laborwissenschaften angewiesen, und zwar auf den Nachweis kleinster mikroskopischer Schädigungen. Das funktionierte in der Poliklinik nicht. Die Renten-neurose verschob zwar den klinischen Definitionsversuch ins Psychische, transportierte aber, wie hinlänglich bekannt, das Wertesystem der konservativen

⁶⁵ Diese Sammelkategorie vereinigt die Diagnosen „traumatische Neurose“, Renten-neurose und Unfallneurose.

⁶⁶ Hermann Oppenheim: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nerven-klinik der Charité in den 8 Jahren 1883–1891 gesammelten Beobachtungen. Berlin 1892; zu Oppenheim siehe Anja Pech: Hermann Oppenheim (1858–1919). Leben und Werk eines jüdischen Arztes (= Studien zur Medizin-, Kunst- und Literaturgeschichte, Bd. 58). Herzogenrath 2007.

⁶⁷ Paul Lerner: „Nieder mit der traumatischen Neurose, hoch die Hysterie“: Zum Niedergang und Fall des Hermann Oppenheim (1889–1919). In: Psychotherapie 2 (1997), S. 16–22; Mark S. Micale/Paul Lerner: Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930. Cambridge/New York 2001; Bernd Holdorff: Der Kampf um die „traumatische Neurose“ 1889–1916: Hermann Oppenheim und seine Kritiker in Berlin. In: Hanfried Helmchen (Hg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Berlin u. a. 2008, S. 213–238.

Ärztenschaft.⁶⁸ Der neue Begriff der funktionalen Störung, der sich auffällig häufig im Zusammenhang mit Begutachtungen findet, verzichtete auf genau diesen moralischen wie theoretischen Bias – und scheint, so die Arbeitshypothese, eine im Umgang mit den Patienten adäquatere Beschreibung der Beschwerden erlaubt zu haben.

Die diagnostische Abgrenzung von psychischen Unfallfolgen (siehe Abbildung 3) bewährte sich in der Praxis somit nicht, unabhängig davon, ob die Erkrankung nun als traumatische Neurose, Renten-, Unfall- oder Begehrnsneurose bezeichnet wurde. So kann man im überlieferten Material zwar sehr schön verfolgen, wie die traumatische Neurose durch den Begriff der Rentenneurose abgelöst wurde.⁶⁹ Zugleich macht die Übersicht aber auch die schwindende Relevanz dieser umstrittenen Kategorie deutlich. Beschwerden nach Arbeitsunfällen wurden nun ganz neutral als neurologische Erkrankungen oder als psychogene beziehungsweise funktionelle Störung klassifiziert.

Dieser letzte Exkurs soll das zentrale Argument dieses Beitrags unterstreichen: Die Poliklinik ist wesentlich durch ihre Einbettung in die jeweilige urbane Infrastruktur zur ambulanten Versorgung und Betreuung von psychisch Kranken geprägt. Diese Funktion ist, so möchten wir behaupten, entscheidend für die Entwicklung dieser neuen Einrichtung. Die Poliklinik mag als eine Einrichtung der Forschung und Lehre gedacht, initiiert und finanziert worden sein. Die gestaltenen Kräfte ihrer Entwicklung entsprangen jedoch nicht der akademischen Verpflichtung, sondern einem praktischen Versorgungsauftrag.

Abstract

The history of psychiatric care has so far been presented as a history of hospitalisation. A closer look to psychiatric polyclinics may afford a wider and more balanced perspective. The scant literature on this out-patient facility has concentrated only on its ties with the academia, presenting it as an instrumental appendix of the university clinic into the city, a filter for and a reservoir of scientifically interesting cases. This paper proposes a comparative analysis of the diagnostic spectrum of the clinic and of the polyclinic in Strasbourg and Berlin. A comparative appraisal of two lines of tension – the clinic vs. the polyclinic and the new-founded institution in Strasbourg vs. “first psychiatry” of the German Empire – will show the main differences in clientele, diagnostic grids, and distribution of the main diseases categories. Drafting the rough picture of the major differences in terms of complaints, troubles, and mental conditions with witch outpatients confronted the city-clinic the paper argues that the polyclinic was more than an exten-

⁶⁸ Esther Fischer-Homberger: Die traumatisierte Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Bern u. a. 1975.

⁶⁹ Ruth Kloocke: Psychological Injury in the Two World Wars. Changing Concepts and Terms in German Psychiatry. In: *History of Psychiatry* 16 (2005), S. 43–60.

sion of the asylum into the urban space. While policlinics may well have been conceived and financed as a means of research and teaching, they were shaped by the novel and specifically urban disorders, and developed along an interplay with the rapidly growing industrial city. In this sense, the policlinic grew into an autonomous institution strongly influenced by local legislative and administrative conditions, such as admission standards, remittance and transfer routines, reimbursement or competing facilities. Consequently, we argue that, instead of “medicalising” the town, the policlinic represented an “urbanization” of the traditional psychiatric institution.