

Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker

Band 1

Herausgegeben von
Axel Karenberg

Dominik Groß, Axel Karenberg (Hrsg.)

Medizingeschichte im Rheinland

Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“

Schriftleitung: Sabine Müller

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

ISBN: 978-3-89958-197-0

URN: urn:nbn:0002-1978

© 2009, kassel university press GmbH, Kassel

www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design, Kassel

Druck und Verarbeitung: Unidruckerei der Universität Kassel

Printed in Germany

Vorwort

In Deutschland werden das Fach Medizingeschichte und seine Nachbarggebiete durch drei verschiedene Verbände repräsentiert: Zu nennen ist zunächst die bereits 1901 ins Leben gerufene *Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik*. Darüber hinaus gibt es die 1965 gegründete *Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte*, und schließlich existiert seit 1978 ein *Fachverband Medizingeschichte*, der sich in erster Linie mit berufspolitischen Fragen und der Weiterbildung des Nachwuchses befasst, in jüngster Zeit aber auch wissenschaftliche Tagungen organisiert.

Diese mittlere oder nationale Ebene ist in den vergangenen Jahrzehnten in mehrere Richtungen erweitert worden. Zum einen durch die als weltumspannende Organisation agierende *Société Internationale d'Histoire de la Médecine*, zum anderen durch die *European Association for the History of Medicine* mit Sitz in Strasbourg; beide Vereinigungen halten in regelmäßigem Rhythmus wissenschaftliche Treffen ab. Darüber hinaus wirkt in Deutschland seit langem auf lokaler und regionaler Ebene eine Reihe von Gesellschaften, die z. T. eine wesentlich größere Mitgliederzahl als nationale und internationale Gruppierungen aufweisen und zu ihren Jahresversammlungen einen stattlichen Kreis von Freunden und Förderern der Medizingeschichte begrüßen dürfen. Sie tagen mit beachtlicher Reichweite in Berlin, München, Würzburg und Freiburg – um nur einige wenige Orte hervorzuheben.

Zu dieser letztgenannten Gruppe ist auch der Rheinische Kreis zu zählen, der in seinen Anfängen auf die Zeit unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg zurückgeht. Dabei hat er sich stets als ein Forum verstanden, dessen vorrangiges Ziel in der Vermittlung medizinhistorischer Erkenntnisse für eine breitere Öffentlichkeit liegt – und genau diese Rolle füllt er auch bis zur Gegenwart aus. So ist es nach wie vor üblich, dass auf den Jahrestagungen ärztliche und zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen die Ergebnisse eigener Forschungen einem größeren Kreis von historisch Interessierten vorstellen. Spätestens seit der Institutionalisierung der Medizingeschichte an fast allen Medizinischen Fakultäten des Landes Nordrhein-Westfalen erfüllen die Jahrestreffen zusätzlich die Funktion, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der „rheinischen Institute“ auf wichtige Forschungsvorhaben aufmerksam zu machen sowie Ausgangshypothesen, Zwischenergebnisse und Schlussresultate wissenschaftlicher Arbeit in menschlich angenehmer und akademisch fruchtbarer Weise miteinander zu diskutieren.

Im Vergleich mit anderen regionalen Gesellschaften ist der Rheinische Kreis durch drei Besonderheiten gekennzeichnet, die rückblickend als Erfolgsfaktoren seines mehr als fünfzigjährigen Wirkens anzusehen sind:

1. Er versteht sich als eine Art lockerer Club – nicht als offizielle Gesellschaft – und verzichtet daher auf Mitgliedsgebühren, Aufnahmeantrag, Schriftführer, Kassensprüfer und auch auf das Amt eines Präsidenten. Damit entfällt die Notwendigkeit eines zurzeit allorts geforderten Bürokratieabbaus, weil es Bürokratie im Rheinischen Kreis nie gab und Jahrestagungen ausschließlich dem fachlichen Austausch dienten.

2. Die Definition des Rheinlandes war stets weit gefasst und orientierte sich mehr an geographischen bzw. kunstgeschichtlichen Markierungen als an politischen Grenzen. Ganz selbstverständlich zählten Belgien, die Niederlande und Luxemburg von Anfang

an dazu, ebenso Münster in Westfalen, das Ruhrgebiet oder das mittelrheinische Gebiet um Mainz. So verzeichnet die Chronik allein für das zurückliegende Jahrzehnt Tagungen in Eupen und Mechelen, Nijmegen und Luxembourg. Für 2009 ist Leiden als Treffpunkt vorgesehen.

2008 fand die Jahrestagung des Rheinischen Kreises in Aachen statt – der westlichsten Großstadt Deutschlands. Der vorliegende Tagungsband – der gleichzeitig eine neue Schriftenreihe des Rheinischen Kreises begründet – basiert in wesentlichen Teilen auf den Vorträgen dieser Aachener Tagung:

Dabei ist der erste von fünf Themenschwerpunkten der *Medizingeschichte Aachens und des Rheinlandes* gewidmet. Ferdinand Peter Moog beschäftigt sich in seinem Beitrag mit der Frage, ob bzw. inwieweit die Heilende Isis als Stammutter des Rheinischen Karnevals gelten kann. Manfred Breuer richtet anschließend seinen Blick auf das Aachener Leprosorium Melaten und das gleichnamige Hofgut. Dietmar Kottmann schließt Überlegungen zu möglichen Berührungspunkten zwischen dem Leprosenfriedhof Aachen-Melaten und dem nahen Aachener Hochgericht an. Schließlich liefern Andreas Kopytto und Michaela Thal eine Auswahlbibliographie zum Aachener Leprosenfriedhof Melaten.

Es folgt der Themenschwerpunkt *Psyche als Gegenstand von Medizin*: Während Sabine Müller den historischen Wandel des Intelligenz-Begriffs und die aktuelle Enhancement-Debatte zur Intelligenz beleuchtet, richtet Daniel Schäfer in seinem Beitrag den Blick auf Besonderheiten im Umgang mit Altern und Gedächtnis in der Frühen Neuzeit. Anschließend schlagen Christian Hick und Axel Karenberg eine Brücke von der Vergangenheit zur Gegenwart: Sie beschäftigen sich mit der Einordnung der ärztlich assistierte Selbsttötung bei psychisch Kranken zwischen „legitimer Leidensminderung“ und „neuer Euthanasie“, wobei auch sie „historische“ Argumentationsfiguren einbeziehen.

Auch dem Themenbereich *Zahnheilkunde und Zahnbehandler in historischer Perspektive* sind im vorliegenden Buchband mehrere Beiträge gewidmet: Antje Böber et al. beleuchten die zahnmedizinische Versorgung Memmingsens zwischen 1803 und 1914. Ihr besonderes Augenmerk gilt hierbei dem Dualismus zwischen approbierten und nicht approbierten Zahnbehandletern. Hideharu Umehara untersucht seinerseits die Entwicklung der Schulzahnklinik in Düsseldorf zwischen 1913 und 1923. Gereon Schäfer und Dominik Groß widmen sich sodann der Entwicklung der zahnärztlichen Profession in der Bundesrepublik Deutschland (1949-1989) aus genderspezifischer Sicht.

Ein vierter thematischer Schwerpunkt betrifft die *Medizinische Versorgung donauschwäbischer Aussiedler in historischer Perspektive*. Während Ilknur Gün, Gereon Schäfer und Dominik Groß die Versorgungslage und das Gesundheitsverhalten in den „donauschwäbischen“ Siedlungsgebieten Banat und Sathmar im vormaligen Ungarn (1700-1918) untersuchen, richten Mesut Gün und Dominik Groß ihr Augenmerk auf die medizinische Versorgung und Gesundheitswesen in den katholischen Siedlungsgebieten der „Schwäbischen Türkei“ (1800-1945).

Der letzte Themenblock dieses Buchbandes befasst sich mit *medizinischen und gesundheitspolitischen Konzepten*. Auch hier dominieren geschichtliche Aspekte. Während Rainer Brömer aus einer kulturhistorischen Perspektive Besonderheiten der osmanischen Medizin herausarbeitet, widmet sich Ralf Forsbach dem katholischen Gesund-

heitswesen des Kaiserreichs. Im Mittelpunkt seiner Betrachtungen stehen hierbei die Auseinandersetzungen mit Andersgläubigen, säkularen Einrichtungen und der innerkirchlichen Konkurrenz. Christoph Schweikardt wiederum untersucht die Hintergründe und Folgen der Einführung von Diakonissen am Deutschen Hospital der Stadt Philadelphia im Jahr 1884. Den Schlusspunkt setzt Arnd T. May: Er beschäftigt sich in seinem Beitrag mit Konzepten der Rettungsmedizin im Wandel der Zeit.

Wir danken den Tagungsteilnehmern wie auch den Autoren herzlich für ihre Beiträge und hoffen, dass dieser Band und die damit zugleich begründete neue Buchreihe den Dialog zwischen den Freunden und Förderern des Fachs Medizingeschichte im Allgemeinen und des Rheinischen Kreises im Besonderen nachhaltig befördern.

Aachen und Köln, im November 2008

Die Herausgeber

Inhalt

<i>Vorwort</i>	5
<u><i>A. Medizingeschichte des Rheinlandes</i></u>	9
FERDINAND PETER MOOG	
Die Heilende Isis – Stammutter des Rheinischen Karnevals?	13
MANFRED BREUER	
Aachener Melaten – Das Leprosorium und der Hof Gut Melaten in der Aachener Hospitalgeschichte	27
DIETMAR KOTTMANN	
Überlegungen zu etwaigen rechts- und medizingeschichtlichen Berührungspunkten zwischen dem Leprosenfriedhof Aachen-Melaten und dem nahen Aachener Hochgericht	42
ANDREAS KOPYTTO UND MICHAELA THAL	
Das Leprosorium Melaten in Aachen. Eine Auswahlbibliographie	55
MICHAELA THAL UND ANDREAS KOPYTTO	
Die Geschichte der Lepra im Mittelalter. Eine Auswahlbibliographie	60
<u><i>B. Psyche als Gegenstand von Medizin in historischer Perspektive</i></u>	67
SABINE MÜLLER	
Die Geschichte des Intelligenz-Begriffs und die aktuelle Debatte zum Enhancement der Intelligenz	69
DANIEL SCHÄFER	
Demenz vor Alzheimer? Altern und Gedächtnis in der Frühen Neuzeit	105
CHRISTIAN HICK UND AXEL KARENBERG	
Legitime Leidensminderung oder neue Euthanasie? Ärztlich assistierter Suizid bei psychisch Kranken	125

<i>C. Zahnheilkunde und Zahnbehandler in historischer Perspektive</i>	137
ANTJE BÖBER, HANS J. WINCKELMANN, GEREON SCHÄFER UND DOMINIK GROß Die zahnmedizinische Versorgung Memmingsens (1803 bis 1914) unter besonderer Berücksichtigung des Dualismus zwischen approbierten und nicht approbierten Zahnbehandlern	139
HIDEHARU UMEHARA Die Schulzahnklinik in Düsseldorf (1913-1923)	163
GEREON SCHÄFER UND DOMINIK GROß Die Entwicklung der zahnärztlichen Profession in der Bundesrepublik Deutschland (1949-1989) in genderspezifischer Perspektive	174
<i>D. Medizinische Versorgung donauschwäbischer Aussiedler in historischer Perspektive</i>	199
ILKNUR GÜN, GEREON SCHÄFER UND DOMINIK GROß Medizinische Versorgung und Gesundheitsverhalten in den „donauschwäbischen“ Siedlungsgebieten Banat und Sathmar im vormaligen Ungarn (1700-1918)	201
MESUT GÜN UND DOMINIK GROß Medizinische Versorgung und Gesundheitswesen in den katholischen Siedlungsgebieten der „Schwäbischen Türkei“ (1800-1945)	233
<i>E. Medizinische Konzepte und gesundheitspolitische Initiativen</i>	265
RAINER BRÖMER Kulturgeschichte der osmanischen Medizin: Anatomie von Ibn al-Nafis und Vesal zu Şanizade und Hasan al-‘Attār (ca. 1820)	267
RALF FORSBACH Das katholische Gesundheitswesen des Kaiserreichs im Wettbewerb. Zu Auseinandersetzungen mit Andersgläubigen, säkularen Einrichtungen und innerkirchlicher Konkurrenz	277
CHRISTOPH SCHWEIKARDT Die Einführung von Diakonissen am Deutschen Hospital der Stadt Philadelphia im Jahr 1884: ein entscheidender Schritt zu einer neuen Identität des Krankenhauses	289
ARND T. MAY Konzepte der Rettungsmedizin im Wandel der Zeit	306
<i>Kurzbiographien und Korrespondenzadressen der Autorinnen und Autoren</i>	319

A. Medizingeschichte des Rheinlandes

Die Heilende Isis – Stammutter des Rheinischen Karnevals?

Ferdinand Peter Moog

1. Einführung¹

Die ägyptische Göttin Isis in ihrer Erscheinungsform als Heilerin (lateinisch: Isis Medica oder Isis Salutaris) als Stammutter des Rheinischen Karnevals – diese Annahme mag auf den ersten Blick befremdend, beinahe kaum glaublich erscheinen. Betrachtet man allerdings den antiken Isiskult und das Frühlingsbrauchtum einiger katholischer Gegenden in Europa näher, so lassen sich aufschlussreiche Parallelen erkennen. Sie belegen, dass Religion, Volksglaube (früher: Aberglaube) und regionales Brauchtum oft in frühe Zeiten und manchmal wohl an den Beginn menschlichen Empfindens an sich zurückreichen mögen.

2. Die Isisverehrung der Germanen bei Tacitus

In seinem Werk „De origine et situ Germanorum“, kurz oft „Germania“ genannt,² wartet der römische Historiker Cornelius Tacitus im neunten Kapitel, in dem er über die Religion der Germanen berichtet, mit folgender merkwürdiger Notiz auf:

„Pars Sueborum et Isidi sacrificat; unde causa et origo peregrino sacro parum comperi nisi quod signum ipsum in modum liburnae³ figuratum docet advectam religionem.“⁴

Übersetzt heißt dies:

„Ein Teil der Sueben verehrt auch die Isis. Woher Anlass und Ursprung des fremden Kultes rühren, konnte ich nicht recht in Erfahrung bringen. Lediglich

¹ Die dieser Darstellung zugrunde liegenden Forschungen wurden ermöglicht durch die Förderung der NoMaNi Stiftung Dr. Norbert und Maria Nix, Köln (Vorsitzender des Vorstands: Dr. med. Christian Hick, M.A.).

² Vgl. zu Werk und Autor einführend Moog (1992).

³ Es ist nicht ausgeschlossen, dass hier das Carmen I 37 des Horaz fortwirkt. Der Dichter hat darin Kleopatra als eminent gefährliche Gegnerin der Römer geschildert, deren Niederwerfung man nicht ekstatisch genug feiern konnte. Implizit war dabei natürlich ihre so kühne Selbstdarstellung als „Nea Isis“ (s. u.), und Horaz spricht in V. 30 gerade auch von „saevis liburnis“. Vgl. zum Text Wickham/Garrod (1901), S. 31. Dieser Gesang mag Tacitus im Ohr geklungen haben, so dass er im Zusammenhang mit Isis dann auf das gesuchte Wort „liburna“ kam. „Navis“ oder „navigium“ wären viel eher zu erwarten gewesen. Das würde ein beachtliches Nachwirken der Inszenierungen der Kleopatra bestätigen. Vielleicht hat Tacitus als Großmeister der Kunstprosa aber auch ganz bewusst diese Anspielung für sein gebildetes Publikum eingeflochten, dem die Lieder des Horaz natürlich geläufig waren.

⁴ Text nach Winterbottom/Ogilvie (1975), S. 42. Vgl. kommentierend hierzu Müllenhoff (1900), S. 218-220, und Much/Jankuhn/Lange (1967), S. 178-181.

bezeugt das Kultbild selbst, das in Form einer Barke ausgeführt ist, dass die Religion von anderswoher gekommen ist.“

Da hätte also ein Teil der Germanen – „Sueben“ bezeichnet bei Tacitus kollektiv zahlreiche ostgermanische Völkerschaften zwischen Donau und Ostsee sowie in Skandinavien⁵ – der Isis als einer fremdländischen und dorthin eingeführten Gottheit gehuldigt. Bei aller unbestrittenen eifrigen Missionstätigkeit der Isisanhänger mag man freilich nicht recht glauben, dass ihre Priesterschaft gar bekehrend in die finsternen Wälder des Nordens ausgeschwärmt wäre. Aber aus den auf den ersten Blick wunderbar erscheinenden Worten des Tacitus lässt sich bei näherem Hinsehen mancherlei Aufschlussreiches entwickeln. Der zunächst befremdliche, weil zweifellos unerwartete Name der ägyptischen Gottheit Isis im Wortlaut des Historikers ist leicht erklärt. Es handelt sich um das nicht nur bei Tacitus⁶ häufige Phänomen der „interpretatio Romana“⁷. Unbekannte Gottheiten werden bevorzugt mit griechisch-römischen oder sonstigen bekannten identifiziert und gleichgesetzt, in vielen Fällen sogar von den Gläubigen selbst, so dass uns im keltischen Kulturraum etwa ein Heilgott Apollon-Grannus begegnet, der ja auch als Namensgeber von Aachen erhalten muss. Intimere Kenner der Materie wissen natürlich um die Crux bei diesem Vorgehen: Der Name Aquae Granni für Aachen ist erstmalig im 8. nachchristlichen Jahrhundert⁸ nachweisbar, und das ist wirklich recht spät. Zudem gibt es bis heute nicht einen einzigen archäologischen Hinweis auf die Verehrung des Grannus in Aachen.⁹ Welche germanische Gottheit sich hinter dem Namen Isis hier nun verbirgt, ist umfänglich und kontrovers diskutiert: Auf die friesische Toten- und Schifffahrtsgöttin Nehallenia wurde hingewiesen¹⁰, denn auf ihren Votivsteinen und Bildnissen finden sich tatsächlich bisweilen Schiff und Ruder¹¹, die auch typische Attribute der Isis sind. Ebenfalls wurde die von Tacitus im vierzigsten Kapitel der „Germania“ mit geheimnisvollen, blutigen Riten auf einer Ostseeeinsel verehrt geschilderte Nerthus¹² angenommen. Der Aspekt des Geheimnisvollen hat sicher-

⁵ Nach Lindauer (1975), S. 131.

⁶ So hat er unmittelbar vor der hier zu diskutierenden Textstelle die Gottheiten Mercurius, Hercules und Mars erwähnt, mit denen vermutlich Wotan/Odin, Donar/Thor und Ziu/Tyr gemeint sind. Vgl. Lindauer (1975), S. 101 f.

⁷ Begriffsprägend für die Religionsgeschichte ist dabei die Formulierung des Tacitus im dreiundvierzigsten Kapitel der „Germania“, in dem er das göttliche Brüderpaar der Alken in der Glaubenswelt der Germanen mit den Dioskuren der römischen Religion parallelisiert. Vgl. hierzu und einführend zur „interpretatio Romana“ auch Koepp (1928), S. 5-7.

⁸ Nach Maier (1994), S. 151 „erstmalig 765 n. Chr.“, nach Christoph B. Rüger bei Horn (1987) S. 323 „aus den Jahren 765/76“.

⁹ Eine Verehrung des Apollon im Bereich von Quellen in Aachen ist etwa durch den Weihstein des Lucius Latinius Macer aus Aachen-Burtscheid hinlänglich belegt. Vgl. Horn (1987), S. 328 f. Man möchte demzufolge gerne von einem Kult des Apollon-Grannus ausgehen, wie es etwa Horn (1987), S. 325 f. und 328 tut. Expressis verbis steht ein Beleg für Apollon-Grannus aus Aachen aber noch aus. Vgl. Maier (1994), S. 151.

¹⁰ Vgl. hinweisend, aber zurückhaltend hierzu Koepp (1928), S. 53.

¹¹ Vgl. einführend zu Nehallenia Simek (1995), S. 289 f. Informativ ist auch jüngst Swiers (2002).

¹² Vgl. einführend zu Nerthus Simek (1995), S. 290 f. Vgl. kritisch zur Deutung als Nerthus Müllenhoff (1900), S. 219 f.

lich gerade im Zusammenhang mit Isis seinen besonderen Reiz. Schließlich vermuten manche Freyja,¹³ und auch das hat Einiges für sich: Freyja, nach der sehr wahrscheinlich der Freitag benannt ist, gilt als die oberste Göttin der Germanen. Wie Isis in Osiris einen Brudergatten hat, so hat Freyja einen solchen in Freyr. Sie ist wie Isis eine gewaltige, unbezwingbare Kriegerin – die Hälfte der Gefallenen einer Schlacht fällt ihr anheim: Sie fungiert mithin wie Isis also auch als Totengöttin. So wie die ägyptische Himmelskönigin ist sie insbesondere auch als Liebesgöttin verehrt. Höchst überraschend ist schließlich, dass Katzen, die sprichwörtlichen heiligen Tiere Ägyptens, den Wagen der Freya ziehen. Es ist wirklich bedauerlich, dass Tacitus als Attribut der Isis genannten Göttin ein Schiff und nicht eine Katze erwähnt. Das hätte die Deutung wesentlich erleichtert.

3. Der Isiskult im Imperium Romanum

Im Grunde ist es aber für diese Erörterung – so reizvoll Deutungen der „interpretatio Romana“ auch immer wieder sein mögen – zweitrangig, welche Göttin hier mit Isis gleichgesetzt sein mag. Fragen muss man eher, warum Tacitus ausgerechnet auf Isis kam, eine der ältesten ägyptischen Gottheiten, gleichsam die Frau ins Absolute gesetzt: Zugleich in einer Person treue Gefährtin, zuverlässige Schwester, verführerische Liebhaberin, fürsorgliche Mutter, rettende Heilerin, geheimnisvolle Zauberin, Herrin der Magie, unbesiegbare Kriegerin, allherrschende Himmelskönigin, letztlich Totengeleiterin in eine ewige Seeligkeit. Zwar hatte sich ihr Kult bereits in der Zeit des Hellenismus im Mittelmeerraum zu verbreiten begonnen. Für Pompeji etwa wird ein erstes Heiligtum schon im zweiten vorchristlichen Jahrhundert angenommen.¹⁴ Doch hatte ihre Verehrung gerade unter den Römern rund hundert Jahre vor Tacitus einen gewissen Rückschlag hinnehmen müssen. Kleopatra VII. Philopator, neben Hannibal und Mithradates VI. von Pontos vielleicht der ernsthafteste Gegner Roms in der ganzen Phase der Republik, trat politisch, heraldisch und in der Öffentlichkeit als „Nea Isis“, gleichsam leibhaftige Erscheinung der Göttin auf Erden, auf.¹⁵ Zum erheblichen Befremden zahlreicher Römer und insbesondere der von Oktavian gelenkten „öffentlichen Meinung“ gelang es ihr zudem, den von ihr beeindruckten Triumvirn Marcus Antonius, der bald als Dionysos vorgestellt, bald aber auch mit Charakteristika des Herakles ausgestattet wurde, elegant in diese ambitionierte Selbstdarstellung, die ihren nicht ganz unberechtigten Weltherrschaftsanspruch klar an den Tag legte, mit einzubeziehen.¹⁶ Etwa

¹³ Hierfür setzt sich etwa Lindauer (1975), S. 102 ein, der die Deutung als Nehallenia oder Nerthus „kaum“ annehmen möchte. Vgl. einführend zu Freyja Simek (1995), S. 109-111. Much/Jankuhn/Lange (1967), S. 178 f. vermuten Nerthus bzw. S. 179 „die Vanengöttin Freyja-Nerthus“.

¹⁴ Tinh (1964), S. 30.

¹⁵ Vgl. zur Wahrnehmen und Darstellung der Kleopatra in der antiken, insbesondere auch zeitgenössischen Literatur grundlegend Becher (1966).

¹⁶ Michael Grant entwickelt detailliert und überzeugend, wie schon die schicksalsträchtige erste (Wieder-)Begegnung von Kleopatra und Antonius in Tarsos von der Königin ganz bewusst als Zusammentreffen von Isis und Dionysos inszeniert worden ist. Vgl. Grant (1977), S. 163-171. Vgl. zudem sehr detailliert zur „Isispolitik Kleopatras“ Stauffer (1984), S. 1472-1475.

Vergil schildert die ihm verhasste Ptolemäerin an pointierter Stelle mit der typischen Symbolik der Göttin, mit der sie sich ja tatsächlich in der Öffentlichkeit in Pose warf: Just in der Schlacht von Actium, die von der augusteischen Literatur zur Schicksalsstunde der Weltgeschichte hochstilisiert wurde,¹⁷ habe sie „mit ihrem heimischen Sistrum“ („patrio sistro“;¹⁸ Vergil, „Aeneis“ VIII 696) ihre bunt zusammengewürfelten Truppen ins Gefecht geführt und befehligt. Dies ist nun blanke Übertreibung, ja schiere Unmöglichkeit, denn das im Gottesdienst der Isis in der Tat unentbehrliche Sistrum mit seinem zimbelartigen Klang ist keinesfalls geeignet, Signale in einer Seeschlacht zu geben, in deren Getöse und Meeresrauschen bekanntermaßen selbst Hornsignale kaum wahrnehmbar sind, so dass die Marine seit alters her Flaggen-, Rauch- oder Lichtzeichen bevorzugt. Vergil erreicht aber sein Ziel: Die ganz offiziell als „Nea Isis“ auftretende und verehrte Kleopatra wird hier gleichsam zur wahnwitzigen Dirigentin des Schlachtengetümmels, zu ihrer eigenen Parodie, eine Charakterisierung die so recht in das Bild der Zeit passt und den Wünschen von Vergils Gönner, um nicht zu sagen Auftraggeber, Augustus entgegenkam.

Somit musste der Isis und ihrem Kult für den patriotisch gesinnten Römer etwas Fremdartiges, ganz und gar Unrömisches, ja unverhohlenen Feindseliges anhaften. Doch hat ihr das Verhalten der Kleopatra, die freilich auch unter den Römern viele Parteigänger hatte, offenbar kaum geschadet.¹⁹ Vielmehr nimmt sie unter den in der Zeit des sich ausbildenden Prinzipates ins Imperium Romanum massiv einbrechenden fremden Gottheiten geradezu eine Ausnahmestellung ein. Michael Grant kommt denn auch zu der Überzeugung:

„Hätte die christliche Religion im Mittelmeerraum nicht die Oberhand gewonnen, wäre Isis die einzige Gottheit gewesen, die zu einer ähnlich beherrschenden Stellung hätte gelangen können wie Jesus Christus.“²⁰

Ihre Verehrung verbreitete sich rasant in weiten Teilen des Reiches²¹, so dass es einem Tacitus nicht verwunderlich erscheinen mochte, wenn auch irgendwelche Germanen zu ihren Anhängern gehörten. Mehr noch: Das römische Rheinland war ein Gebiet intensiver Isisverehrung, so dass es glaubhaft erscheinen mochte, wenn auch die genuine Urbevölkerung Germaniens ihr anhing. Es ist nicht geklärt, ob Tacitus jemals selbst in Germanien gewesen ist, oder ob er nur Literatur und Augenzeugenberichte zusammen-

¹⁷ Vgl. ausführlich zur Schlacht und ihren Folgen Carter (1972).

¹⁸ Vgl. zum Text Mynors (1969), S. 304. Wenn Neuffer/Plankl/Vretska (1980), S. 225 „patrio sistro“ mit „auf heimischem Horne“ übersetzen, so beweisen sie zwar gewissen militärischen Sachverstand, haben aber die bitterböse Parodie des Vergil nicht berücksichtigt. Vgl. auch Stauffer (1984), S. 1475.

¹⁹ Gerade in den Zeiten von Augustus und Tiberius wurde der Isiskult offiziell behindert. Politisch Ambitionierte werden sich demzufolge eher zurückgehalten haben, während aber gerade Frauen und „kleine Leute“, die weniger entsprechende Rücksichten nehmen mussten, sich herzlich der Isis anvertrauten. Becher (1970), S. 234, kommt denn auch zu dem Schluss: „Die Hinwendung zu den ägyptischen Heilgöttern war daher in der Regierungszeit von Augustus und Tiberius ein persönlicher Willensakt und Opportunisten nicht zu empfehlen. Daß dennoch besonders Isis als Heilgöttin großen Zulauf fand, lehren die zeitgenössischen Dichter.“

²⁰ Grant (1977), S. 167.

²¹ Vgl. hierzu grundlegend Malaise (1984).

getragen hat. Sicherlich war der von ihm geschätzte Trajan in Germanien: Er weilte just als Oberkommandierender in Köln, als ihn die Nachricht vom Tode Nervas und damit seiner eigenen faktischen Erhebung erreichte. Köln war somit damals für kurze Zeit schon einmal Zentrum des Reiches, bevor es sich in der Zeit des Gallischen Kaiserreiches²² dann länger der Wertschätzung als Reichshauptstadt erfreuen durfte. Eins ist jedenfalls klar: Das Rheinland war zur Zeit der Adoptivkaiser bereits seitens des Isiskultes missioniert, und dies scheint dem Zeugnis des Tacitus zufolge sogar einigermaßen sprichwörtlich gewesen zu sein.

Auch der Blick auf archäologische Karten,²³ die Funde zum Isiskult verstreut im ganzen Imperium Romanum ausweisen, belegt, dass die Rheinschiene von Mainz bis Köln eine Region offensichtlich besonders intensiver Isisverehrung war: Für Köln werden mehrere Isisheiligtümer postuliert (s. u.). Das Mainzer Isaeum und ein benachbarter Tempel für die Magna Mater sind unlängst bei Grabungen aufgefunden worden und haben durch zahlreiche Funde das Wissen um den Isiskult bereichert. Erst jüngst konnte durch einen bereits 1974 in Aachen geborgenen, nun aber erst näher untersuchten Inschriftenstein auch hier ein Heiligtum für Isis und die Magna Mater (Mater deum) nachgewiesen werden.²⁴ Drei Hochburgen des Rheinischen Karnevals sind also unzweifelhaft auch Kultzentren der Isis gewesen. Wie konnte es aber nun zu der rasanten Verbreitung dieses ägyptischen Kultes im Reich und speziell am Rhein kommen? Hier wird neben Händlern und Kaufleuten insbesondere auf den Einfluss des römischen Militärs hingewiesen, das typischerweise im Reich weitläufig verschickt wurde. Nach ersten Problemen mit Aufständen im frühen Imperium, die dadurch eminent an Brisanz gewannen, dass einheimische Hilfstruppen und gar Legionäre zu den Insurgenten überliefen – man denke nur an das Paradebeispiel eines solchen Aufständischen, den großen Arminius –, war man dazu übergegangen, die Soldaten heimatfern einzusetzen: So taten Gallier in Anatolien Dienst, Britannier an der Donau, Germanen im Orient, Ägypter am Rhein usw. Für die Versetzung von Ägyptern an die Rheinfront gab es übrigens gute Gründe: Diese galten als sprichwörtlich erfahrene Seeleute, und solche brauchte die römische Rheinflotte, die ihre Flottenbasis im Bereich des heutigen Kölner Stadtteils Alteburg, der sogar nach den bemerkenswerten Ruinen benannt sein soll, hatte. Wir kennen beispielsweise auch den Grabstein eines Ägypters aus Alexandria mit Namen Horus, der als Untersteuermann möglicherweise²⁵ in dieser Eliteeinheit gedient hat.²⁶ Solche Soldaten mögen die Vorhut der Isismission gewesen sein.²⁷

²² Vgl. hierzu einführend Drinkwater (1987). Besonders der aussagekräftigen Münzprägung dieses Staatesbildes widmen sich etliche Monographien, auf die an dieser Stelle leider nicht näher eingegangen werden kann.

²³ Vgl. etwa Witt (1971), S. 56 f.

²⁴ Vgl. Schaub (2007).

²⁵ Eine Tätigkeit in der zivilen Seefahrt oder der Handelsschiffahrt ist freilich ebenso denkbar.

²⁶ Die Inschrift ist aufgeführt im CIL XIII 8322. Das Fundstück wird als Inv. Nr. 5 des Römisch-Germanischen Museums Köln geführt. Vgl. Kölner Römer-Illustrierte 1 (1974), S. 220. Dass der Grabstein bei St. Ursula gefunden wurde, mag eine Beziehung zum dortigen Isistempel nahelegen. Roeder (1916), Sp. 2113, vermutet gar, dass der Verstorbene „vielleicht der Priester des Heiligtumes war.“ Ibidem, Sp. 2130 führt er dies noch näher aus.

War die Saat dann aber erst einmal aufgegangen, so taten sich die Isisgemeinden offenbar nicht selten durch eine straffe Organisation und bemühte Missionstätigkeit hervor. Als Beleg hierfür wird oft Pompeji herangezogen, das einen auffälligen Befund hierzu bietet: Bekanntlich war die Stadt, ehe sie denn 79 n. Chr. endgültig vom Erdboden verschwand, bereits 62 n. Chr. von einem furchtbaren Erdbeben, geologisch gesehen sehr wahrscheinlich ein Vorbote des vernichtenden Vesuvausbruches, heimgesucht worden. Weite Teile der Stadt lagen 79 noch in Trümmern, darunter viele Tempel. Das Isisheiligtum hingegen erstrahlte schon wieder in neuem Glanz, weil sich für die Instandsetzung ein reicher Sponsor namens Numerius Popidius Ampliatus gefunden hatte. Dieser war freilich nicht ganz uneigennützig vorgegangen: Mit seiner außergewöhnlichen Großzügigkeit trieb er die politische Karriere seines Sohnes Numerius Popidius Celsinus voran, so dass dieser, obwohl erst sechs (sic!) Jahre alt, in den Stadtrat von Pompeji aufgenommen wurde. Der ganze Vorgang bestätigt die hohe allgemeine Wertschätzung des Isiskultes in Pompeji. Denn ein ambitionierter Sponsor, der mit seiner Vorgehensweise politisch ins Rampenlicht rücken wollte, wird sich für seine Restaurierung nicht ein unbedeutendes Gebäude ausgesucht haben, sondern vielmehr ein prestigeträchtiges Renommierobjekt, das weithin Aufmerksamkeit genoss. Man wird Witt daher nur zustimmen können, wenn er bemerkt: „Clearly, the Iseum was regarded as very important for the official life of the city.“²⁸

Auch für die vorliegende Untersuchung ist der Befund aus Pompeji hilfreich und wegweisend: War doch der Isistempe in einen baulichen Komplex mit einem Tempel für Äskulap und Salus eingebunden. Dies belegt, was sich vielerorts beobachten lässt: Isis trat außerhalb Ägyptens unter all ihren sprichwörtlichen „zehntausend“ Erscheinungsformen – „the one of the countless names“ (*myrionymos*)²⁹ – gerade auch als Isis Medica, also als heil- und segenspendende Göttin, auf.³⁰ Besonders ihre menschenfreundliche, hilfreiche Seite wurde betont, wofür auch Mainz ein beredtes Zeugnis aufweist. Unter zahlreichen Fluchtäfelchen, die im Umfeld der benachbarten Tempel für Isis und die Magna Mater gefunden wurden, findet sich nicht eines, auf dem Isis für Schadenzauber um Beistand angefleht wurde.³¹ Offensichtlich traten auch hier ihre

²⁷ In ähnlicher Weise spielten bei der späteren Verbreitung des Christentums ägyptische Soldaten der legendären Thebäischen Legion im Rheinland eine wichtige Rolle. In Köln wird etwa die Kirche St. Gereon auf diese Märtyrer zurückgeführt. Bei der Herkunftsbezeichnung wird natürlich Bezug auf der hunderttorige Theben (in Ägypten), nicht das siebentorige Theben (in Hellas) genommen. Vgl. Kier (1983), S. 15.

²⁸ Witt (1971), S. 82.

²⁹ Witt (1971), S. 112. Eine Kölner Inschrift mit just diesem Epitheton befindet sich noch heute in der Kirche St. Gereon im Nordpfeiler des Dekagons verbaut, und nicht zuletzt deshalb werden Beziehungen diese Gotteshauses zu einem Isaeum angenommen. Vgl. zur Begrifflichkeit auch Stauffer (1984), S. 1479.

³⁰ Becher (1970), S. 234, betont eben, dass trotz offizieller Behinderungen des Isiskultes „Isis als Heilgöttin großen Zulauf fand“.

³¹ Mündliche Information von Prof. Dr. Jürgen Blänsdorf, Emeritus für Klassische Philologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, bei einem öffentlichen Vortrag „Die Fluchtäfelchen des Mainzer Isis- und Magna-Mater-Heiligtums“ im Institut für Altertumskunde der Universität zu Köln am 19.11.2007.

magisch-geheimnisvollen und letztlich sogar bedrohlichen Charakterzüge zugunsten der mütterlich-fürsorgenden³² und heilenden Gottheit zurück.

4. Isiskult und Karneval

Der namhafte Isisforscher Reginald Eldred Witt (1907-1980) hat schon vor längerer Zeit den Karneval im Rheinland wie einigen Gebieten Italiens auf den antiken Isiskult zurückgeführt, insbesondere die Umzüge zu Ehren der Göttin, bei denen ein Schiff mitgeführt wurde. Er äußert sich wie folgt: „The carnival of medieval and modern times is the obvious successor of the *navigium Isidis*.“³³ Von diesem Gedanken ausgehend entwickelt der Gelehrte denn auch etymologische Überlegungen, die sich auf das Wort Karneval selbst beziehen.³⁴ Karneval leite sich nicht, wie weithin vermutet, von „Carne vale!“, also „Fleisch, ade!“ ab, was auf den Beginn der vorösterlichen Fastenzeit hindeuten würde. Vielmehr habe der in Form eines Schiffes gestaltete oder mit einem Schiff, eben dem der Isis, versehene Wagen hier Pate gestanden: Der „carrus navalis“.³⁵ Diese etymologischen Überlegungen sind bis heute heftig diskutiert. Eine endgültige Klärung scheint bei der momentanen Quellenlage nicht in Sicht. Die Ableitung von „Carne vale“ ist ohne Zweifel in sich schlüssig und sinnfällig, und zugleich lässt sich ein „carrus navalis“ erst sehr spät literarisch belegen. Dennoch ist die Herleitung vom Isiskult auch anhand anderer Details, die für Isisumzüge typisch waren und als Elemente im Karneval wiederkehren, festzumachen, zumindest aber erwägenswert. Zunächst einmal ist tatsächlich im Gebiet von Karnevalshochburgen in Italien und am Rhein der Isiskult nachweisbar. Dann verkleiden sich zu Karneval Männer als Frauen – man denke nur an die Jungfrau im Kölner Trifolium, ihre Lieblichkeit höchstselbst. Masken³⁶ von Tieren machen ihre Träger unkenntlich, geben ihnen eine neue zeitweilige Wesenheit: Bei den Isisprozessionen sollten solche, die natürlich besonders die heiligen Tiere des alten Ägypten wiedergaben, zugleich die Präsenz der Götter bezeugen wie heraufbeschwören. Blumen werden vielerorts gestreut oder geworfen: Auf den Blumenkorso in Nizza oder die „Strüssjer“, – kleine bunte Blumengebinde, besonders mit Mimosen – im Kölner Rosenmontagszug sei verwiesen. Musik von Kapellen und der Gesang der enthusiastisierten Teilnehmer machen das Ereignis unüberhörbar für jedermann. Diese

³² Vgl. hierzu Fleck (2006), S. 295, über Isis und Osiris: „Die Popularität des ägyptischen Götterpaares war durch seine allumfassende Macht und seinen mütterlichen bzw. väterlichen Charakter beträchtlich.“

³³ Witt (1971), S. 183.

³⁴ Vgl. für das Folgende Witt (1971), S. 183 f.

³⁵ Für den Großraum Aachen-Maastricht wird für das Jahr 1133 von einer merkwürdigen Schiffsprozession berichtet, die von den Menschen begeistert gefeiert, von der örtlichen Geistlichkeit dagegen heftig beargwöhnt wurde, die offenbar alte heidnische Gebräuche vermutete. Vgl. Grimm (1968), S. 214-218, Müllenhoff (1900), S. 219, Much/Jankuhn/Lange (1967), S. 180. In allen drei Werken wird dabei ein Bezug zum Isiskult und damit eine uralte Reminiszenz nicht ausgeschlossen. Dass ähnliche Vorgänge auch aus dem Ulmer Raum überliefert sind, belegen Grimm (1968), S. 218, und Much/Jankuhn/Lange (1967), S. 180.

³⁶ Vgl. einführend zur Bedeutung der Maske, gerade auch im Kult, Bieber (1930) und Niemeyer/Blume (1999).

Verhaltensweise der Isisjünger scheint sehr auffällig und typisch gewesen zu sein. Manche römischen Autoren, darunter etwa Seneca zu Beginn seiner scharfzüngigen Satire „Apocolocyntosis“³⁷, legen nahe, dass die nicht dem Isiskult anhangende Umgebung die musikalischen Darbietungen als lästig, wenn nicht gar als ruhestörenden Lärm empfunden zu haben scheint. Die musikalische Untermalung mit Tamburinen beim Fest der Heiligen Agatha in Catania auf Sizilien hat man mit dem Einsatz just dieser Instrumente bei Isisfesten parallelisiert. Zudem spielt bei den Zeremonien die Verehrung des Schleiers der heiligen Agatha, der die Urgewalt des Vulkans Ätna zu zähmen vermag, eine zentrale Rolle wie auch der Schleier der Isis von ihren Anhängern rituell besonders apostrophiert wurde. Witt kommt³⁸ infolge dieser und weiterer Befunde zu der klaren Aussage:

“Whatever the etymology of the word *carnival* may be, the festivities which it denotes can be convincingly traced back to those brought by Isis out of Egypt.”³⁹

5. Isis und St. Ursula

Die Ausführungen Witts für Köln lassen sich allerdings um einige aufschlussreiche Hinweise ergänzen. Witt hatte in seiner Monographie die Figur einer thronenden Isis mit der Weiheinschrift „Isidi invicta“, also „Der unbesiegten/unbesiegbaren Isis“, abgebildet, die in der Kirche St. Ursula in die Architektur verbaut gefunden worden war.⁴⁰ Weitergehend hat er sich zu dieser Heiligen und ihrem Kult nicht geäußert, sehr wahrscheinlich weil ihm nähere lokale Zusammenhänge nicht bekannt waren. Überhaupt gilt Köln nämlich – was in Anbetracht der Massen von Zeugnissen im Imperium Romanum, die zur Beschränkung zwingen, nachvollziehbar ist – nicht sein besonders

³⁷ Beim Eintritt in den Himmel begrüßt eine Schar von Personen, die der Kaiser Claudius hatte hinhängen lassen, den nun in die ewige Seligkeit Einlass heischenden Kaiser mit dem griechischen Gesang „Nun haben wir ihn gefunden; da freuen wir uns alle sehr!“ Was aus dem Munde der Isisjünger die entzückte Freude über die (fast) vollständige Bergung des Leichnams des Osiris wiedergibt, ist hier eine unverhohlene Drohung. Die Gemeinschaft der Opfer hat Claudius zur lang ersehnten finalen Abrechnung gestellt und will nun kollektiv an ihm Rache üben, zumindest seine Aufnahme in den Olymp verhindern. Vgl. näher hierzu Moog (2001a), S. 18 f.

³⁸ Zudem beobachtet Witt (1971), S. 184, auch Parallelen zwischen dem Isisdienst und bestimmten Riten der Ostkirchen.

³⁹ Witt (1971), S. 183.

⁴⁰ Witt (1971), S. 115. Es handelt sich um das Fundstück Inv. Nr. 29,306 des Römisch-Germanischen Museums Köln, zugleich mit der Inschrift CIL XIII 8190. Die Ähnlichkeit zu einer thronenden Maria betont auch der Katalogverfasser der Römerillustrierte 1 (1974), S. 227. Das Einmauern bzw. Zweitverwenden von Figuren und Denkmälern vorchristlicher Religionen mag eine Fülle von Beweggründen haben, die wohl öfter auch vergesellschaftet auftreten. Bei großen Werkstücken dürften meist rein praktische Absichten überwiegen: Behauener Stein war ein wertvolles Material. Durch das Einfügen können weiterhin Traditionen erhalten bleiben: Frühere Glaubensvorstellungen werden, wohl nicht zuletzt aus Rücksicht auf die neu gewonnene Anhängerschaft, einverleibt, und zugleich finden sich für besonders Empfindliche und nostalgisch Veranlagte einzelne vertraute Elemente wieder. Schließlich kann aber auch die Überwindung des alten Kultes so zum Ausdruck gebracht werden.

Augenmerk. Dabei hält Ristow diesbezüglich fest: „Köln war eines der wichtigsten Zentren dieses ägyptischen Kultes im römischen Reinland, das weisen aufschlussreiche Denkmäler und vor allem namentliche Weihungen aus.“⁴¹ Für CCAA werden insbesondere Isis-Heiligtümer in unmittelbarer Nähe zweier der berühmten romanischen Kirchen, wenn nicht gar darunter, angenommen: Es handelt sich dabei um St. Gereon und St. Ursula. Etwa Ristow konstatiert hierzu: „Sicherlich stehen die Kirchen St. Gereon und St. Ursula am Ort von Isisheiligtümern oder in deren unmittelbarer Nachbarschaft.“⁴² Irene Franken schreibt bezüglich der Kirche St. Ursula: „Die zunächst „Zu den heiligen Jungfrauen“, sent Tervylien, genannte Kirche stand auf den Grundsteinen eines röm. Isis-Tempels.“⁴³ Generell wäre dies nichts Ungewöhnliches. Man denke nur an die gleichfalls romanische Kölner Kirche St. Maria im Kapitol, die auf dem römischen Tempel der Kapitolinischen Trias (Jupiter, Juno und Minerva) thront.⁴⁴ Im Falle von St. Ursula sind die Zusammenhänge allerdings noch weitaus tiefergehend, so dass man von mehr ausgehen darf als der bloßen baulichen Übernahme eines nun schon einmal vorhandenen Kultbaus. Die Legende berichtet von einer frommen britannischen Königstochter Ursula, die von der Pilgerfahrt nach Rom rheinabwärts heimreisend geradewegs in eine Belagerung Kölns durch die Hunnen hineingeriet und dabei schließlich den Märtyrertod fand, zusammen mit elftausend Jungfrauen und weiteren Begleitern. Die auf einer in der Wand der Kirche eingemauerte spätrömische Urkunde, die sogenannte Clematius-Inschrift, fußende Legende wurde dabei im Laufe der Jahrhunderte immer wieder abgewandelt bzw. fortentwickelt.⁴⁵ Schon früh haben Historiker aufgezeigt, dass diese Legende so viele Unstimmigkeiten aufweist, dass man die Historizität der Ursula wohl wirklich ins Legendenhafte verlegen muss. Auch die Katholische Kirche hat sich dem angeschlossen und Ursula zum Jahresanfang 1970 mangels historischer Fassbarkeit aus dem römischen Festtagskalender gestrichen,⁴⁶ was aber die Verehrung nur unwesentlich beeinflusst hat. Mutmaßlich sind in die Heilengestalt mehrere vorchristliche Traditionen zusammengefloßen, darunter auch der Isiskult, dessen lokale Beziehung zur Kirche St. Ursula bereits ausgeführt wurde. Vom Mythos her ist des Weiteren Ursula wie Isis das Motiv der weiten, abenteuerlichen Reisen um einer höheren Bestimmung willen gemeinsam: Ursula möchte als fromme Christin

⁴¹ Ristow (1974), S. 149. Eine nützliche Einführung in die Fundlage für Köln bietet Parlasca (1955). Vgl. auch Malaise (1984), S. 1664. Die lokale Vormachtstellung des Isiskultes könnte auch das Fehlen eines Asklepiosheiligtums in Köln – nur für die Flottenkaserne in Köln-Alteburg ist ein solches durch Funde belegt – erklären. Die Asklepiospriesterschaft war für ihre wohlüberlegte Planung der Anlage von Tempeln und Heiligtümern bekannt. In Trier war ein großer Asklepiostempel, und mutmaßlich verlangte der Asklepioskult mithin dem Heilungssuchenden aus CCAA eine beträchtliche Wallfahrt ab, vielleicht auch unter dem Motto „Der Weg ist das Ziel!“ Möglicherweise hatte aber die Asklepiospriesterschaft in Anbetracht der Bedeutung bereits bestehender anderer Heilulte in Köln von einer Etablierung eines Asklepieions Abstand genommen und somit Isis, Sarapis und anderen von vornherein das Feld überlassen. Vgl. zur Planung der Asklepiospriester auch Moog (2001b), S. 207.

⁴² Ristow (1974), S. 149.

⁴³ Franken (2008), S. 550.

⁴⁴ Vgl. Kier (1983), S. 46-50.

⁴⁵ Vgl. hierzu die launige Schilderung bei Kier (1983), S. 111-113.

⁴⁶ Vgl. Franken (2008), S. 551.

nach Rom wallfahren. Isis hingegen hat eine geradezu schauderhafte Mission zu erfüllen: Sie muss die von Seth zerstückelte und in alle Winde verstreute Leiche ihres Brudergatten Osiris in aller Welt wieder zusammensuchen, um seinen Leib dann magisch wieder zusammenzufügen. Von daher wurde Isis in Ägypten auch die Funktion der Totengeleiterin zuteil. Und interessanterweise zählt Ursula zu den Heiligen, die um eine gute Todesstunde angefleht werden. Überhaupt erinnert ein Teil der Anliegen, in denen man Ursula um Beistand anflehte – nach Franken „Helferin in der Todesstunde, Bewahrerin vor dem Fegfeuer, Heilerin, als Patronin für eine gute Wahl der Ehegatten“⁴⁷ – sehr an Isis. Unverkennbar ist die Gemeinsamkeit des Schiffes als charakterisierendes Attribut: Ursula reist zu Schiff in Begleitung einer ganzen Flotte auf dem Rhein. Für Isis ist das Schiff oder auf kleineren Darstellungen das Ruder als *pars pro toto* geradezu sprichwörtlich. Man fühlt sich natürlich sogleich an die Worte des Tacitus zu Anfang dieser Darstellung erinnert. Geradezu frappierend ist in diesem Zusammenhang der lokale Brauch am 21. Oktober, dem immer noch freudig und festlich begangenen Namenstag der Ursula, ein Schiff, das übers Jahr in der Kirche steht, unter großer Anteilnahme der Gemeinde durch die Straßen rund um St. Ursula zu tragen.⁴⁸ Da lässt sich das sprichwörtliche *navigium Isidis* beinahe leibhaftig fassen.⁴⁹ Schließlich wird immer wieder betont, dass Ursula – wie sonst vor allem die Gottesmutter Maria selbst – als Schutzmantelheilige⁵⁰ dargestellt wird, d. h. dass sie zahllose Menschen, die sich ihr in frommer Weise anvertraut haben, unter ihrem weiten Überwurf birgt. Hier ist wiederum Isis als Ursprung bzw. gemeinsame ikonographische Wurzel anzusehen. Diese hüllt sich bisweilen – augenscheinlich als Himmelskönigin – in einen dunkelfarbigen Mantel, der mitunter von blauer Farbe ist.⁵¹ Weitaus detaillierter beschrieben ist das prachtvolle Kleidungsstück, in das gehüllt sich die rettende Isis in einer Vision dem in einen Esel verwandelten Lucius in den „Metamorphosen“ des Apuleius XI 3f. offenbart: Der Mantel ist schimmernd schwarz, geziert mit Sternen und Vollmond,⁵² mit einer üppigen Borte von Blumen und Früchten.⁵³ Dieses Kleidungsstück ist gleichsam ein in Stoff gearbeitetes Programm, Symbol der unbeschränkten Macht der Göttin wie der damit verbundenen Fähigkeit zur Hilfe in jedweder Lebenslage. Es gibt

⁴⁷ Franken (2008), S. 550 f.

⁴⁸ Vgl. auch Franken (2008), S. 551.

⁴⁹ Hier ist natürlich ein klarer Gegensatz zur Isisverehrung unverkennbar: Die Isisprozessionen – wie die Karnevalsumzüge – finden im Frühjahr statt. Besonderer Festtag der Isis war der 5. März, an dem die Eröffnung der Seefahrt feierlich begangen wurde. Vgl. Fleck (2006), S. 295. Eine Übertragung auf die Rheinschiffahrt wäre für das römische Köln denkbar. Letztlich wäre hier sogar ein sogenanntes Dromenon, ein Götterzwang, nicht auszuschließen. Durch das Umhertragen des Bootes, das das Schwimmen und Schwanken eines Bootes ganz leibhaft versinnbildlicht, wird die Gottheit gleichsam provoziert durch Beseitigung von Packeis und Eisschollen die Schifffahrt überhaupt erst wieder zu ermöglichen.

⁵⁰ Vgl. hierzu Franken (2008), S. 551: „Ihre üblichste Darstellung ist die als Schutzmantel-Heilige.“

⁵¹ So etwa auf einem Wandbild im Hause von Accepus und Euhodia in Pompeji. Vgl. Witt (1971), S. 83.

⁵² Der heutige Leser fühlt sich natürlich sogleich an die Himmelscheibe von Nebra erinnert, auf der ja zusätzlich auch noch eine Barke zu sehen ist!

⁵³ Vgl. zum Text Helm (1955), S. 268 f.

übrigens Hinweise, dass bei der Wahl der Heraldik der Europafahne, wie sie heutzutage verwendet wird, der Marienmantel bei der Suche nach einer für alle Beteiligten akzeptablen Symbolik herangezogen wurde. Sollte dies den Tatsachen entsprechen, so hätte Isis noch heute ihren Sternenmantel über das Abendland gebreitet. Auf die weiteren Gemeinsamkeiten von Mariendarstellung und Isisdarstellung kann hier freilich nicht näher eingegangen werden.⁵⁴ dass der Figur der Ursula und ihren Gefährtinnen aber zweifellos auch die Erinnerung an christliche Märtyrerinnen, die vor Ort ihren Glauben mit ihrem Blut bezeugten, zugrunde liegen – wir kennen freilich deren Namen nicht! –, kann hier leider nur in aller Kürze erwähnt werden. Auch mögliche Ursprünge der Legende in der keltischen oder germanischen Religion – eine Bärengöttin⁵⁵ namens Ursel (lat. ursula = kleine Bärin) wird postuliert⁵⁶ – können hier nur angedeutet werden.

6. Schlussbetrachtung

Nun bedarf es der Rückkehr zur Ausgangsfrage: Ist die Isis Medica, die heilende ägyptische Himmelherrscherin, eine Stammutter des Rheinischen Karnevals? Wer sich solche Fragen stellt, muss vorsichtig sein. Im Übergangsfeld von Religion, Magie und Medizin gibt es überraschende zufällige Parallelen über Länder-, Sprach- und Kulturgrenzen hinweg, wie jeder rasch erkennt, der etwa in Sir James George Frazers faszinierendem Werk „The Golden Bough: A Study in Magic and Religion“ oder im Handwörterbuch des Deutschen Aberglaubens nachschlägt. Dies mag sich vor allem dadurch erklären, dass bestimmte tief beeindruckende und wiederkehrende Lebensmomente und Naturereignisse wie Geburt, Hochzeit, Tod, Frühlingsbeginn, Sonnenwende etc. bei den Menschen, ganz gleich welcher Herkunft, ähnliche Empfindungen und Bedürfnisse hervorrufen, die sich dann in vergleichbaren Verhaltensweisen, Ritualen oder Zeremonien widerspiegeln.

Gleichwohl konnten im Vorausgehenden etliche Hinweise aufgezeigt werden, die eine Rolle des Isiskultes bei der Entwicklung des Karnevals, und insbesondere des Rheinischen Karnevals in und um Köln, nahelegen.⁵⁷ Ebenso konnten weitere Belege für eine Einflussnahme des Isiskultes auf die Ausformung der Ursula-Legende aufgezeigt werden, und Ursula ist unbestritten eine der volkstümlichsten kölnischen Heiligen. Ähnliches mag auch für St. Gereon und seine Krieger gelten, die der Überlieferung nach aus Ägypten stammten, und auch seine Kirche, eine der altesten von Köln, scheint ja mit einem Isaeum in Beziehung zu stehen. Folglich wäre es gar nicht

⁵⁴ Vgl. einführend etwa Herzog (1939), Langener (1996) sowie Watermann (1973), S. 188 f. und Ziegler (1994), S. 211, und schließlich für Köln einen Hinweis im Katalogteil der Kölner Römer-Illustrierte 1 (1974), S. 227.

⁵⁵ Inschriftlich wie figürlich belegt ist für die keltische Religion eine Bärengöttin namens Artio. Vgl. Maier (1994), S. 27 f.

⁵⁶ Vgl. Franken (2008), S. 550.

⁵⁷ Oelsner (2005), S. 235 spricht in seinem Artikel zum Karneval unter vielen möglichen Ursprüngen dieses Brauchtums auch „von vorderasiatischen u. nordafrikanischen Bräuchen (Isiskult)“, die aber eher nur mittelbar über römische Feste wie die Saturnalien oder Lupercalien Einfluss genommen hätten.

verwunderlich, wenn der Isisdienst, seine Riten und etliche Reminiszenzen tief im kölnischen Volkstum verwurzelt sind und auch im Karneval die Isis fröhliche Urständ feiert. Man möchte sich daher beim jetzigen Stand der Forschung nicht so ganz dem vollmundigen Urteil Witts anschließen, der sagt:

„Whatever the etymology of the word *carnival* may be, the festivities which it denotes can be convincingly traced back to those brought by Isis out of Egypt.“⁵⁸

Die Isis Medica und ihr Kult sind nicht der einzige Urgrund des Karnevals, spielen aber offensichtlich eine Rolle, deren Umfang es erst noch näher zu ermessen gilt. Die Frage nach der Urmutterschaft der Isis lässt sich folglich nach dem derzeitigen Stand der Dinge mit einem bestimmten „Nicht allein, aber auch!“ beantworten.

Literatur

1. Becher (1966): Ilse Becher, Das Bild der Kleopatra in der griechischen und lateinischen Literatur, Berlin 1966 (= Deutsche Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Schriften der Sektion für Altertumswissenschaft, 51).
2. Becher (1970): Ilse Becher, Antike Heilgötter und die römische Staatsreligion, in: Philologus 114 (1970), S. 211-255.
3. Bieber (1930): Margarethe Bieber, Maske, in: Paulys Real-Encyclopädie der Classischen Altertumswissenschaft, Neue Bearbeitung, Vierzehnter Band, Achtundzwanzigster Halbband, Stuttgart 1930, Sp. 2070-2120.
4. Carter (1972): John M. Carter, Die Schlacht bei Aktium – Aufstieg und Triumph des Kaisers Augustus, Wiesbaden 1972.
5. Drinkwater (1987): John F. Drinkwater, The Gallic Empire. Separatism and Continuity in the North-Western Provinces of the Roman Empire A.D. 260-274, Stuttgart 1987 (= Historia Einzelschriften, Band 52).
6. Fleck (2006): Thorsten Fleck, Isis, Sarapis, Mithras und die Ausbreitung des Christentums im 3. Jahrhundert, in: Klaus-Peter Johne, Thomas Gerhardt, Udo Hartmann (Hrsg.): Deleto paene imperio Romano. Transformationsprozesse des Römischen Reiches im 3. Jahrhundert und ihre Rezeption in der Neuzeit, Stuttgart 2006, S. 289-314.
7. Franken (2008): Irene Franken, Hl. Ursula, in: Kölner Personen Lexikon, Herausgegeben von Ulrich S. Soénus und Jürgen Wilhelm, Köln 2008, S. 549-551.
8. Grant (1977): Michael Grant, Kleopatra, Bergisch Gladbach 1977.
9. Grimm (1968): Jakob Grimm, Deutsche Mythologie, I. Band, Einleitung von Leopold Kretzenbacher (Um eine Einleitung vermehrter Nachdruck der 4. Auflage, besorgt von Elard H. Meyer, Berlin 1875-78), Wiesbaden 1968.
10. Helm (1955): Apulei Platonici Madaurensis opera quae supersunt, Vol. I: Metamorphoseon libri XI, Edidit Rudolfus Helm, Editio stereotypa editionis tertiae (MCMXXXI) cum addendis, Leipzig 1955.

⁵⁸ Witt (1971), S. 183.

11. Herzog (1939): Rudolf Herzog, Der Kampf um den Kult von Menuthis, in: Pisciculi – Studien zur Religion und Kultur des Altertums, Franz Joseph Dölger zum sechzigsten Geburtstag dargeboten von Freunden, Verehrern und Schülern, Herausgeber: Theodor Klauser und Adolf Rucker, Münster 1939, S. 117-124.
12. Horn (Hrsg.) (1987): Heinz Günter Horn (Hrsg.), Die Römer in Nordrhein-Westfalen, Stuttgart 1987.
13. Kier (1983): Hiltrud Kier, Die großen romanischen Kirchen, Köln 1983 (= Köln entdecken, 1).
14. Koepp (1928): Germania Romana – Ein Bilder-Atlas, herausgegeben von der Römisch-Germanischen Kommission des Deutschen Archäologischen Instituts, Zweite erweiterte Auflage, IV.: Die Weihedenkmäler, mit Erläuterungen von F. Koepp, Bamberg 1928.
15. Langener (1996): Lucia Langener, Isis lactans – Maria lactans, Untersuchungen zur koptischen Ikonographie, Altenberge 1996 (= Arbeiten zum spätantiken und koptischen Ägypten, 9).
16. Lindauer (1975): P. Cornelius Tacitus, Germania – Bericht über Germanien, lateinisch und deutsch, Übersetzt, kommentiert und herausgegeben von Josef Lindauer, München 1975.
17. Maier (1994): Bernhard Maier, Lexikon der keltischen Religion und Kultur, Stuttgart 1994 (= Kröners Taschenausgabe, Band 466).
18. Malaise (1984): Michel Malaise, La diffusion des cultes égyptiens dans les provinces européennes de l'Empire romain, in: Wolfgang Haase (Hrsg.), Aufstieg und Niedergang der römischen Welt (ANRW), Band II. 17.3: Religion (Heidentum: Römische Götterkulte, Orientalische Kulte in der römischen Welt [Forts.]), Berlin, New York 1984, S. 1615-1691.
19. Moog (1992): Ferdinand Peter Moog, Germanische Erziehung bei Tacitus – Rom vor dem Hintergrund germanischer Geschichte, Bonn 1992.
20. Moog (2001a): Ferdinand Peter Moog, Vettius Valens – Kaiserlicher Leibarzt und einziger römischer Schulgründer, in: Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 20 (2001), S. 18-35.
21. Moog (2001b): Ferdinand Peter Moog, Im Auftrag des Asklepios – Die wunderbare Mission der Anyte von Tegea, in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 7 (2001), S. 197-212.
22. Much/Jankuhn/Lange (1967): Die Germania des Tacitus, Erläutert von Rudolf Much (7. V. 1862 – 8. III. 1936), Dritte, beträchtlich erweiterte Auflage, unter Mitarbeit von Herbert Jankuhn, herausgegeben von Wolfgang Lange, Heidelberg 1967.
23. Müllenhoff (1900): Die Germania des Tacitus, Erläutert von Karl Müllenhoff, Berlin 1900 (= Deutsche Altertumskunde von Karl Müllenhoff, Vierter Band).
24. Mynors (1969): P. Vergili Maronis opera recognovit brevique adnotatione critica instruxit R. A. B. Mynors, Oxford 1969.
25. Neuffer/Plankl/Vretska (1980): Vergil – Aeneis – 12 Gesänge, Unter Verwendung der Übertragung Ludwig Neuffers übersetzt und herausgegeben von Wilhelm Plankl unter Mitwirkung von Karl Vretska, Stuttgart 1980.

26. Niemeyer/Blume (1999): Hans Georg Niemeyer, Horst-Dieter Blume, Maske, in: Der Neue Pauly, Enzyklopädie der Antike, Altertum, Band 7, Stuttgart, Weimar 1999, Sp. 974-980.
27. Oelsner (2005): Wolfgang Oelsner, Karneval, in: Jürgen Wilhelm (Hrsg.), Das Große Köln Lexikon, Köln 2005, S. 235-237.
28. Parlasca (1955): Klaus Parlasca, Die Isis- und Sarapisverehrung im römischen Köln, in: Kölner Jahrbuch für Vor- und Frühgeschichte 1 (1955), S. 18-23 und Tafel 9.
29. Ristow (1974): Günter Ristow, Das ägyptische Himmelsgötterpaar Isis und Osiris, in: Kölner Römer-Illustrierte 1 (1974), S. 149.
30. Roeder (1916): Günther Roeder, Isis Nr. 1, in: Paulys Real-Encyclopädie der Classischen Altertumswissenschaft, Neue Bearbeitung, Neunter Band, Achtzehnter Halbband, Stuttgart 1916, Sp. 2084-2132.
31. Schaub (2007): Andreas Schaub, Altfund von Gewicht – eine römische Tempelinschrift aus Aachen, in: Landschaftsverband Rheinland und Rheinisches Amt für Bodendenkmalpflege (Hrsg.), Archäologie im Rheinland 2006, Stuttgart 2007, S. 130-132.
32. Simek (1995): Rudolf Simek, Lexikon der germanischen Mythologie, Zweite, ergänzte Auflage, Stuttgart 1995 (= Kröners Taschenausgabe, Band 368).
33. Stauffer (1984): Ethelbert Stauffer, Antike Madonnenreligion, in: Wolfgang Haase (Hrsg.), Aufstieg und Niedergang der römischen Welt (ANRW), Band II. 17.3: Religion (Heidentum: Römische Götterkulte, Orientalische Kulte in der römischen Welt [Forts.]), Berlin, New York 1984, S. 1425-1499.
34. Swiers (2002): Robbert Jan Swiers, De Romeinen in Zeeland, in: Archeologie Magazine 10 (2002), Nr. 1, Februari/Maart, S. 6-12.
35. Tinh (1964): V. Tran Tam Tinh, Essai sur le culte d'Isis a Pompéi, Ouvrage publié avec le concours du Centre National de la Recherche Scientifique, Paris 1964.
36. Watermann (1973): Rembert A. Watermann, Medizinisches und Hygienisches aus Germania inferior. Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin und Hygiene der römischen Provinzen, Medizinische Habilitationsschrift, Köln 1973.
37. Wickham/Garrod (1901): Q. Horati Flacci opera recognovit brevisque adnotatione critica instruxit Eduardus C. Wickham, Editio altera curante H. W. Garrod, Oxford 1901.
38. Winterbottom/Ogilvie (1975): Cornelii Taciti opera minora recognoverunt brevisque adnotatione critica instruxerunt M. Winterbottom et R. M. Ogilvie, Oxford 1975.
39. Witt (1971): R. E. Witt, Isis in the Ancient World, Baltimore, London 1971.
40. Ziegler (1994): Ruprecht Ziegler, Aigeai, der Asklepioskult, das Kaiserhaus der Decier und das Christentum, in: Tyche – Beiträge zur Alten Geschichte, Papyrologie und Epigraphik 9 (1994), S. 187-212 und Tafel 27.

Aachener Melaten – Das Leprosorium und der Hof Gut Melaten in der Aachener Hospitalgeschichte

Manfred Breuer

1. Einleitung

Im Mittelalter wurden die an Lepra Erkrankten oder auch Personen, die der Erkrankung verdächtig waren, von der Gesellschaft ausgeschlossen. Nicht nur die des Latein kundigen Mediziner und Geistlichen nannten diese Ausgesetzten „Malade“. In der Aachener Region ging dieser Begriff auch in die Umgangssprache ein und hat sich mit dem ursprünglichen, allgemeinen Bedeutungsgehalt bis heute im Dialekt erhalten. Vielerorts trug auch der Ort vor den Stadttoren, wohin man die Aussätzigen verbannte, den Namen „Melaten“. Wohl am bekanntesten im Rheinland ist das Kölner Melaten, auf dessen Gelände 1810 ein Friedhof gleichen Namens eingerichtet wurde. Das Haus der Leprosen vor der Stadt Aachen ist 1295 eines der drei ersten in Aachen überhaupt urkundlich erwähnten Spitäler. In einer Urkunde von 1378 anlässlich eines Landverkaufs wird das Leprosenhaus erstmals „Melaten“ genannt.¹ Später benennt der Volksmund mit „Melaten“ nicht nur den Hof, sondern das gesamte ihn umgebende Gelände vor der Stadt Aachen. Viele der mittelalterlichen Leprosorien im heutigen Belgisch- bzw. Holländisch-Limburg und im Rheinland existieren gar nicht mehr, oder es sind nur noch Reste von ihnen erhalten. Mancherorts wurde an deren Stelle ein Krankenhaus errichtet, wie das Antwerpener Lepraheim, wo heute das Spital Stuyvenberg steht. An der Stelle der etwa im 11. Jahrhundert gegründeten Lütticher Leproserie in Mont Cornillon wurde ein heute noch existierendes Karmeliterinnen-Kloster gegründet.

Die Besonderheit des Aachener Melaten liegt darin, dass diese Einrichtung nach ihrer Schließung, vermutlich etwa Mitte des 16. Jahrhunderts, durch Eingliederung in das Stiftungsvermögen dem örtlichen Spitalwesen verbunden geblieben ist, wie wir dies sonst von keiner anderen mittelalterlichen Leproserie kennen. In Aachen sind die städtischen Hospitäler bis zur Übernahme 1966 als Universitätskrankenhaus durch das Land Nordrhein-Westfalen mehrfach innerhalb der Stadt Aachens verlegt und weiter entwickelt worden. Als Universitäts-Klinikum sind sie schließlich 1985 an einen ihrer Ursprungsorte zurückgekehrt. Dort, wohin die Aachener Leprakranken im Mittelalter aus Unkenntnis medizinischer Behandlungsmöglichkeiten ausgesetzt wurden, ist nun ein Ort entstanden, an dem auf höchstem Niveau Medizin erforscht und gelehrt wird, das Universitätsklinikum Aachen-Melaten.

In diesem Beitrag wird nicht die Historie des Leprosoriums beschrieben, sondern es wird die enge Verknüpfung des Ortes Melaten mit der Aachener Hospitalgeschichte

¹ Quix (1836), S. 63; Quix (1843), S. 5 f.

dargestellt. Der darüber hinaus an der Historie des Aachener Melaten interessierte Leser sei auf das einschlägige Schrifttum verwiesen.²

In der Aachener Volkssage ist tief verwurzelt, dass Melaten eine bis in die Karolingerzeit reichende Geschichte haben soll. Melaten geht in der lokalen Überlieferung natürlich auf den großen Kaiser Karl zurück. Dieser suchte ein Heilmittel gegen die wieder einmal grassierende Pest. Auf Geheiß eines ihm im Traum erschienenen Engels schoss er auf einem Feld vor dem Königstor einen Pfeil ab. Dort, wo der Pfeil niederhing und eine Pflanze durchbohrte, entdeckte er eine Heilpflanze gegen die Seuche, die nach ihm auch in der Botanik „*Carlina vulgaris*“ genannt wird. Er baute an dieser Stelle ein Hospital und eine Kapelle; dieser Ort soll Melaten gewesen sein.



Abb. 1: Gut Melaten, die ehemals mittelalterliche Leproserie Melaten in Aachen heute

Erste geschichtliche Nachrichten über Aussatz in Aachen stammen tatsächlich aus den Capitularien karolingischer Zeit: das „*edictum in Aquis palatio publico*“ vom 23. März 789 bestimmte, dass die „Leprosen und die Kranken, von denen man glaubte, sie seien Leprosen, von der Bevölkerung abzusondern sind“ und „verbot den Erkrankten jede Berührung mit der Bevölkerung“ (*de leprosis: ut se non intermisceant alio populo*).³ Aachen wird als Mittelpunkt des Karolingerreiches viele Erkrankte angezogen haben, da hier am ehesten Schutz und Hilfe durch kirchliche und weltliche Einrichtungen zu erwarten war. Die Lage der medizinischen Einrichtungen der Karolingerzeit in und außerhalb Aachens konnte allerdings bis heute weder in Schriftquellen noch archäologisch nachgewiesen werden.

So wie die Geschichte der Stadt Aachen in römischer und karolingischer Zeit wegen des Fehlens von schriftlichen Aufzeichnungen oder aufgrund des Verlusts vieler

² Vgl. Quix (1843); Bock (1870); Mummenhoff (1954/55); Schmitz-Cliever (1972); Murken (1992).

³ Monumenta Germaniae Historica, Capit. I, 121.

Urkunden durch mehrere große Stadtbrände und andere widrige Umstände weitgehend im Dunkeln liegt, sind auch die Nachrichten über Melaten verloren gegangen.

1. Erste urkundliche Erwähnungen

Das mittelalterliche Leprosenhaus bei Aachen wird erstmals im Jahre 1230 urkundlich erwähnt. Was sich dort in Melaten bei Aachen vor dieser Zeit befunden hat, welche baulichen Anlagen dort außerhalb der ehemaligen Stadtmauern gestanden haben, ist nicht überliefert und wurde auch nicht bei den drei vorgenommenen archäologischen Untersuchungen geklärt. Die vermögensrechtliche und wirtschaftliche Entwicklung von Melaten kann daher erst seit dieser ersten urkundlichen Erwähnung erfasst werden.

Diese ersten Urkunden sind:

- a) Das Ablassprivileg des päpstlichen Legaten Kardinaldiakon Otto von St. Nikolaus in Tournai, ausgestellt am 10. Mai 1230, das erstmals das Leprosorium bei Aachen in der Diözese Lüttich nennt (denjenigen, die die *Brüder des Aachener Aussätzigenhauses* [*Fratres domus Leprosorum Aquensis Leodiensis Diocesis*] in ihrer tiefen Armut unterstützen, wird ein Ablass von 20 Tagen gewährt).⁴
- b) Ein Ablassprivileg vom 24. Februar 1234, das sowohl das Leprosorium als auch die Kapelle von Melaten erwähnt, ausgestellt von Papst Gregor IX., das denjenigen Wohltätern 40 Tage Ablass verspricht, die den armen Leprosen, denen in Aachen am Königswege (*iuxta Aquis in via regia*) ein Aufenthaltsort angewiesen worden sei, in ihrer großen Not und Schuld helfen, die von den Ausgaben für die dort zu Ehren der glorreichen Gottesmutter und des hl. Bischofs Nikolaus gegründeten Kapelle herrührt. Sämtliche Bischöfe, Äbte, Prälaten und Pfarrer werden aufgefordert, die Abgesandten der Aachener Leprosen freundlich zu empfangen und die Gläubigen zur Hilfeleistung anzuhalten.⁵

Es gab also nachweislich seit 1234 vor den Mauern der Stadt Aachen eine Leproserie bestehend aus Spital, Kapelle und Friedhof. Das Leprosenhaus von Melaten ist das historisch älteste urkundlich nachweisbare Hospital und Gasthaus überhaupt in Aachen.

2. Die Gründung des mittelalterlichen Leprosoriums Melaten bei Aachen

Es ist nicht überliefert, wann das Leprosorium Melaten gegründet wurde und wer es gegründet hat. Die beiden genannten Ablassprivilegien von 1230 und 1234 lassen jedoch durch ihren Inhalt und den zeitlichen Bezug ihrer Entstehung Rückschlüsse auf den oder die Gründer zu.

⁴ Mummenhoff (1954/55), S. 30, Beilage I, Abschrift ca. 1500; Domarchiv Aachen (Sammelband o. Nr.); Meuthen (1972), Nr. 102.

⁵ Mummenhoff (1954/55), S. 31, Beilage II, Abschrift ca. 1500; Domarchiv Aachen (Sammelband o. Nr.); Meuthen (1972), Nr. 111.

2.1 Die Gründung des Leprosoriums durch den Rat der Stadt Aachen?

In einigen Publikationen über das Leprosorium vor der Stadt wird der Rat der Stadt Aachen als Gründer des Leprosoriums aus ureigenstem Interesse, nämlich der Gesundheitsfürsorge angenommen.⁶ Um 1230, als die genannten Ablassprivilegien verfasst wurden, zeichnet das mittelalterliche Aachen folgendes Bild:

Am 8. Januar 1166 verleiht Kaiser Friedrich I. Barbarossa Aachen zwar die Stadtrechte und 1176 muss die nach ihm benannte Stadtmauer um Aachen gestanden haben, aber erst im Jahre 1252 werden nach Einführung der Ratsverfassung erstmals zwei Bürgermeister an der Spitze eines Erbrates erwähnt, der sich noch einige Generationen lang ausschließlich aus den patrizischen Schöffenfamilien rekrutiert. Die Schöffen wahren ihren Einfluss im königlichen Schöffentuhl Aachen, der hauptsächlich für die freiwillige Gerichtsbarkeit, d. h. die einträgliche Beurkundung von Verträgen, und die hohe Strafrechtspflege zuständig ist.⁷ 1250 wird Aachen erstmals das Recht zugestanden, eigenes Recht zu setzen. Eine vom Rat, den Bürgermeistern und anderen Beamten getragene funktionierende Selbstverwaltung der Stadt bildete sich im Laufe der folgenden Jahrzehnte mehr und mehr aus. Das erste vom Magistrat der Stadt Aachen errichtete Spital war das 1336 gegründete Gasthaus am Radermarkt. Alle älteren Spitäler in Aachen gingen auf kirchliche Gründungen zurück und unterhielten sich aus eigenem Besitz und frommen Stiftungen.⁸

Zur Zeit der ersten urkundlichen Erwähnungen, als die genannten Ablassprivilegien ausgestellt wurden, gab es also in Aachen noch keine tragfähige städtische Administration. Das Leprosorium in Aachen kann daher kaum vom Rat der Stadt gegründet worden sein.

2.2 Die Gründung des Leprosoriums durch das Marienstift in Aachen

In Aachen spielte vielmehr neben den Schöffen und den königlichen Beamten das auf eine Gründung Karls des Großen zurückgehende Marienstift eine wichtige Rolle.⁹ Die beiden wichtigsten Dignitäre, der Propst und der Dekan, entstammten in jener Zeit noch durchweg dem hohen Reichsadel. Die meisten Präpöste waren in verantwortlicher Position in der königlichen Kanzlei oder als Bischöfe außerhalb Aachens tätig. Vertreten wurden sie von den Dekanen, die noch bis in das 13. Jh. das städtische Siegel verwahrten.

Wenn auch in keiner Urkunde die Gründung des Leprosoriums außerhalb der Mauer der Stadt Aachen durch das Marienstift belegt ist, gibt es doch Umstände, die den Schluss darauf zulassen:

2.2.1 Das Leprosorium auf Grund und Boden des Aachener Marienstiftes

Das Leprosorium Melaten wurde vor 1230 außerhalb des Banns vor den Aachener Toren im Pfarrsprengel der Kirche von Laurensberg gegründet. Die Kirche von Laurensberg wiederum war im Besitz der Kapitelmensa des Aachener Marienstiftes, wo sie

⁶ U. a. Schmitz-Dobbelstein (1922), S. 6.

⁷ Poll (1965), S. 43.

⁸ Brecher (1888), S. 235.

⁹ Nolden (1979/80), S. 23.

1218 urkundlich erwähnt wird (*de Berge Sancti Laurentii*). In dieser Urkunde bestätigt der am 29. Februar 1216 zum Erzbischof von Köln gewählte Engelbert von Berg, die von ihm zuvor als Propst im Aachener Marienstift vorgenommene Übertragung der Kirchen in Herstal und Laurensberg an die Kapitelmensa des Aachener Marienstiftes zu deren Nutznießung.¹⁰ Bis dato befanden sich diese beiden Kirchen im alleinigen Besitz des Propstes. Mit der Übertragung der Kirche von Laurensberg von der Propstei auf das Kapitel des Marienstiftes geht auch der Zehnt an das Kapitel über.¹¹ Es ist nicht zweifelsfrei geklärt, ob und wenn ja, in welcher Funktion das Marienstift das Leprosenspital und die Kapelle in Melaten gegründet und errichtet hat: als höchste kirchliche Instanz in Aachen, als Inhaber der Pfarrrechte von Laurensberg oder als Eigentümer von Grund und Boden. Möglich ist ihm die Gründung des Leprosoriums, weil das Marienstift genau in dieser Zeit alle genannten Funktionen innehatte.

2.2.2 Urkunden des Leprosoriums im Besitz des Aachener Marienstiftes

Die o. g. Ablassprivilegien befinden sich in einem Sammelband des Marienstiftes (heute Domarchiv). Während der Sammelband sonst nur Urkunden enthält, die den Besitz und Angelegenheiten des Marienstiftes betreffen, enthält er auch die Urkunden, die die Kapelle des Leprosenhauses betreffen.¹² Für den Bau und die Unterhaltung des Leprosoriums waren hohe Kosten zu bestreiten. Es war daher gängige Praxis, wenn kirchlichen Einrichtungen die notwendigen Einkünfte fehlten, diese durch „Ablassprivilegien“ zu sichern. Dies geschah durch einzeln gewährte Ablassprivilegien oder deren spätere Zusammenfassung in „bewilligten Sammelablass-Privilegien“. Die Gläubigen erhielten gegen eine festgelegte Spende 20, 40 oder mehr Tage Ablass nach dem Tod für ihre irdisch begangenen Sünden.

2.2.3 Beziehung des Rektors der Leprosenkapelle zur Aachener Marienkirche

Die engen Beziehungen zwischen der Melatenkapelle und dem Aachener Marienstift sind belegt und begründen ebenfalls die Vermutung, das Leprosorium sei durch die Initiative des Marienstiftes entstanden. Belegt ist der liturgische Brauch, der dem Rektor der Leprosenkapelle in besonderer Weise galt. Es wird in der ältesten Chorordnung (*Ordinatio chori*) des Aachener Münsterstiftes aus dem 14. Jahrhundert als „üblich“ erwähnt, dass in der Fastenzeit an allen Wochentagen der diensthabende Priester eine rituelle Händewaschung an zwei Priestern vornimmt.¹³ Der seit 1411 am Aachener Münster als Kanonikus tätige Gilenus de Sarto machte eine Stiftung, nach der jeder der zehn teilnehmenden Vikare, ihre Begleiter und der Rektor der Leprosenkapelle an jedem dieser Tage ein Weißbrot erhalten und die Händewaschung nun an drei Priestern erfolgen solle, weil sie früher nur dem Rektor der Leprosenkapelle gegolten habe.¹⁴ Hierdurch wird Bezug genommen auf das aus der 1. Hälfte des 13. Jahrhunderts stammende

¹⁰ Meuthen (1972), Nr. 65.

¹¹ Nolden (1979/80), S. 181.

¹² Mummenhoff (1954/55), S. 19.

¹³ Mummenhoff (1954/55), S. 21: Domarchiv Aachen, Lit. Handschriften des Münsterstiftes 1, Bl. 17.

¹⁴ Mummenhoff (1954/55), S. 20 f., Beilage V, Abschrift d. 15. Jahrhundert; Gatzweiler (1924), S. 145, Fußn 3; S. 189, 191; StAA acc. 1919/8 (jüngeres Totenbuch des Aachener Marienstiftes) Bl. 80.

„Kapitelbuch“ des Marienstifts,¹⁵ nachdem diese Zeremonie an dem Rektor der Kapelle der Leprosen vorgenommen wurde. Der Ursprung dieser Händewaschung und wie lange diese Tradition gepflegt wurde ist nicht bekannt.

Zahlen über die dort untergebrachten Leprosen sind nicht überliefert. Die Größe der Anlage spricht jedoch dafür, dass es für damalige Verhältnisse kein kleines Spital gewesen ist. Nach übereinstimmenden Nachrichten waren die Siechenhäuser gewöhnlich für nur acht bis zwölf Kranke eingerichtet; auch in den meisten Städten des Rheinlandes wird die Zahl zwölf (in Anlehnung an die 12 Apostel Christi) im Allgemeinen kaum überschritten worden sein.¹⁶

Neben den Ablassprivilegien zur finanziellen Unterhaltung des Leprosoriums gehörte es zum Alltag der Aussätzigen, um ihrer dürftigen Existenz willen, um Almosen in einen Bettelsack mit Klingel oder Opferstock bei den Vorüberziehenden auf der Via Regia zu betteln.

Auch durch private Spenden von Aachener Bürgern, fromme Stiftungen und Testamente wurde die Leproserie Melaten unterhalten; dank dieser verfügte sie über Ländereien. So weit vorhanden, bezogen die Leprosenspitäler später, wie alle Spitäler dieser Zeit, Einnahmen aus Grundbesitz, Kapitalzinsen oder Leibrenten.

3. Das Leprosorium fällt unter die Verwaltung des Rates der Stadt Aachen

Seit der Synode zu Vienne 1311 scheint die weltliche Verwaltung der Hospitäler immer mehr eingeführt worden zu sein, da auf dieser Synode wegen der eingerissenen Übelstände angeordnet wurde, dass die Verwaltung in Zukunft tüchtigen, vorsichtigen und „gutbelemundeten“ Männern, insbesondere aber Laien übertragen werde.¹⁷ Das mittelalterliche Spitalwesen, das sich ausschließlich als kirchliche Liebestätigkeit verstand, führte zur Zersplitterung der Kräfte und war die Ursache für den völlig desolaten Zustand der Spitäler in der Stadt.¹⁸ Die kirchlichen und karitativen Einrichtungen sammelten aber auch mit der Zeit ein beträchtliches Grundvermögen an, das nicht der weltlichen Besteuerung unterlag. Für die Städte wurde es auch aus diesem Grund wichtig, Sorge dafür tragen zu können, dass aus diesem Vermögen nicht etwa Pfründe an Kleriker gezahlt wurden, sondern dass die Mittel tatsächlich für karitative Aufgaben in ihrer Stadt genutzt werden konnten. In der Reichsstadt Aachen ist, wie oben ausgeführt, seit Mitte des 13. Jahrhunderts ein sich bildender Magistrat zu beobachten, der inzwischen soweit erstarkt ist, dass er die zersplitterten Zuständigkeiten der Fürsorge für die Armen, Kranken und Fremden in der Stadt an sich zieht und zentralisiert. Er zog die Verwaltung fast sämtlicher Wohltätigkeitsanstalten an sich und ließ die Verwaltung durch Hausmeister und Provisoren ausüben, die ihm über ihre Tätigkeiten, vor allem Einnahmen und Ausgaben Rechenschaft ablegen mussten.¹⁹ Darüber hinaus

¹⁵ Mummenhoff (1954/55), S. 21: Staatsarchiv Düsseldorf, Aachen Marienstift, Hs. und Rep. 4a (Kapitelbuch des Marienstifts Bi. 16).

¹⁶ Frohn (1933), S. 153; Schmitz-Cliever (1967), S. 204.

¹⁷ Biergans (1909), S. 82.

¹⁸ Brecher (1888), S. 235.

¹⁹ Biergans (1909), S. 82.

gründete der Rat zu diesem Zweck 1336 ein „*domum dei novam et hospitale commune*“ (ein neues Gotteshaus und Gemeindekrankenhaus), das „Gasthaus am Radermarkt“.

Auch die Leproserie in Aachens Melaten erfuhr im 14. Jahrhundert eine Änderung in den besitz- und verwaltungsrechtlichen Verhältnissen und ging aus stiftischer in die Verwaltung durch den Rat der Stadt über, wobei nicht genau geklärt ist, wie sich dieser Übergang vollzog. Aus dem 13. und 14. Jahrhundert liegen keine Nachrichten über diesbezügliche Streitigkeiten zwischen Stadt und Kirche vor, woraus aber nicht auf ein ungetrübtes gutes Einvernehmen geschlossen werden darf.²⁰ Auch wenn eine solch gravierende Änderung in den Besitzverhältnissen nicht ohne harte Auseinandersetzungen zwischen kirchlicher Institution und dem Magistrat der Stadt vor sich gegangen sein sollte, bedeutet die kommunale Verwaltung des Leprosoriums nicht gleichzeitig die Aufhebung der kirchlichen Autorität für das Spital; ist doch die mittelalterliche Spitalpflege ohne kirchlichen Zusammenhang nicht denkbar.²¹

Die oben erwähnte, noch im 14. und 15. Jahrhundert übliche rituelle Händewaschung des Rektors der Leproserie in der Marienkirche zeugt von den weiterhin bestehenden Beziehungen zur Kirche.

Urkundlich ist die Eigentumsübertragung und Vereinigung des Leprosenhauses mit dem Heilig-Geist-Spital anlässlich eines Landverkaufs im Jahre 1393 erwähnt, als erstmals urkundlich zwei Provisoren erwähnt werden, die seit einiger Zeit vom Rat der Stadt eingesetzt sind, um das Melatenhaus zu vertreten: Als „*der Hof Melaten mit seiner Kapelle schon lange mit dem Spital*“ (hl. Geist Spital) *vereinigt*“ war.²²

Aus den Stadtrechnungen des Jahres 1385 geht hervor, dass die Stadt im sechsten, achten und zwölften Monat des Kalenderjahres Weingeschenke an die „*Malaten*“ spendete.²³

Im 14. Jahrhundert erhielt die Leproserie von der Stadt an hohen Festtagen Weihnachten, Ostern und Allerheiligen eine Weinspende von zwei Vierteln (10 Liter) überwiesen und vom Heiliggeisthause erhielten „*die armen melaetischen*“ jährlich 20 Aachener Mark „*zu bilff ibres brants*“.²⁴ Anzunehmen ist, dass die Leproserie Malaten zum Zeitpunkt der Spenden durch den Rat der Stadt bereits eine städtische Einrichtung geworden war.

Es verblieb aber auch eine kirchliche Aufsicht und Fürsorge über das Leprosorium, denn es wird berichtet: Die Kapelle und das Spital wurden vernachlässigt, so dass 1475 der persönliche Legat Bischof Alexander von Forlì sich auf Ersuchen des Johannes Walteri, dem damaligen Rektor der Leprosenkapelle, an alle Gläubigen wandte und ihnen für die Unterstützung der Leprosen sowie für Gaben zur Wiederherstellung des Hauses und der Kapelle 140 Tage Ablass gewährte.²⁵

²⁰ Hoeffler (1901), S. 182.

²¹ Schmitz-Cliever (1963), S. 38.

²² Quix (1829), S. 68.

²³ Mummenhoff (1954/55), S. 24; Laurent, S. 315, 34re; S. 323, 32li; 338, 30re.

²⁴ Mummenhoff (1954/55), 66/67, S. 24; StAA (Handschr. 63, Bl. 61).

²⁵ Mummenhoff (1954/55), S. 33, Beilage IV, Abschrift ca. 1500, Domarchiv Aachen (Sammelband o. Nr.).

Der Rat der Stadt verpflichtete bei Vermietung städtischer Häuser den Nutzer, neben dem Zins auch Zahlungen an die Spitäler zu leisten. Im Jahre 1491, so erfahren wir, haben die Lüder auf Johannistag (24. Juni) vom Rat eine am Büchel gelegene Behausung, „Zum Keller“ genannt, für zehn Gulden jährlichen Zins nebst acht Gulden für die Armen von Melaten gemietet, um hier ihren ordentlichen Markt am Mittwoch und Samstag einer jeden Woche zu halten.²⁶

Trotzdem war der Zustand des Leprosoriums Melaten über lange Zeit aus finanziellen Gründen äußerst bedenklich. Es wurde immer wieder der Zustand der Leproserie beklagt und die Öffentlichkeit um finanzielle Unterstützung gebeten. Erst 1509 wurde die Melatener Kapelle durch den Dechanten des Mareinstifts neu geweiht, nachdem sie instandgesetzt wurde.²⁷ Offensichtlich wurde damals die gesamte Leproserie Melaten umfangreich wiederhergestellt.

4. Das Vermögen von Melaten wird Bestandteil der „allgemeinen Armengüter“ in Aachen

Ein Rückgang der Lepraerkrankungen führte 50 Jahre nach der umfangreichen Wiederherstellung zu strukturellen Änderungen im Aachener Melaten. 1550 wurde berichtet, dass die den „armen von Melaten“ zustehenden Zinsen und Renten nun dem Heiliggeisthaus, dem Spital auf dem Hof und dem Gasthaus am Radermarkt zufließen, dies mit dem Einverständnis des Rates der Stadt (*„mit consent, wist und will eines einsamen raths“*).²⁸

1557 wurde im Einnahmenbuch erstmals ein Pächter auf Melaten benannt, nämlich Nelles Ortman und seine Hausfrau Anna, und ihre zu zahlende Pacht in Form von Naturalien aufgelistet.²⁹ Melaten wurde Mitte des 16. Jahrhunderts als Spital außer Dienst gestellt, das genaue Jahr ist nicht bekannt, und die für die Leproserie betriebene Landwirtschaft wurde in einen Pachthof umgewandelt. Melaten wurde nicht mehr als Spital genannt, sondern als Bestandteil der Aachener „allgemeinen Armengüter“ erwähnt. Renten, Pachtzins, Naturalien und sonstige erwirtschaftete Gewinne aus dem Melatenhof flossen jetzt nachweislich in einen „Armenfond“, der zur Finanzierung der drei genannten Hospitäler in Aachen verwendet wurde. Diese vermögensrechtliche Stellung, nämlich das Eigentum am Melatenhof als Sondervermögen der Stadt Aachen und dessen Verwendung der Gewinneinnahmen für die Armen- und Krankenpflege in Aachen, sollte über 400 Jahre, bis 1966, anhalten.

5. Das Vermögen von Melaten wird mit dem „Elisabeth-Spital-Fonds“ verschmolzen

1622 beschloss der Rat der Stadt, wegen der schlechten Zustände in den Spitälern der Stadt das Spitalwesen nach dem Vorbild anderer Städte zu reformieren.

²⁶ Hermandung (1908), S. 26 f., Fußnote: Meyer, Handschriftliche Aufzeichnungen.

²⁷ StAA, Handschrift 16 (Chronik des Jesuiten Heinrich Thenen), S. 825.

²⁸ StAA, Handschrift 7, Bl. 60, 88, 91 und 136.

²⁹ StAA, Handschrift 7, S. 167.

Am 25. Mai 1622 wurden urkundlich die Reform des Gasthauses am Radermarkt vorbereitet und seine Verwaltung sowie die Krankenpflege durch noch zu berufende Ordensfrauen geregelt. In Aachen wurde Apollonia Radermacher als „Gasthausmeisterin“ eingesetzt. Als Vorsteherin einer Gemeinschaft von zunächst vier Damen aus Hertogenbosch, aus der 1625/26 die „Genossenschaft der Hospitalschwestern von der hl. Elisabeth“ hervorging, übernahm sie die Neuorganisation des Gasthauses am Radermarkt, das den Namen „St. Elisabeth-Spital“ erhielt. Zur ausschließlichen Finanzierung dieses Gasthauses wurde ein Fond eingerichtet: der „Elisabeth-Spital-Fonds“. Folgende Vermögen der allgemeinen Armengüter bestehend aus Höfen, Land, Benden, Pachten und Renten wurden zur Vermögensmasse des „St. Elisabeth-Spital-Fonds“ verschmolzen: die des ehemaligen Leprosen- und Heiliggeisthauses und des Gasthauses am Hof zusammen mit dem des Gasthauses am Radermarkt sowie eine beträchtliche Anzahl von Erbrenten an Grundstücken in der Stadt Aachen.

Das Vermögen des Leprosenhauses bestand u. a. aus dem Melatenhof und den 1393 vom „Hof und den Armen zu Melaten“ gekauften 17 2/3 Morgen Ackerland in der Nähe des Hofes. Die Einnahmen aus Zinsen und Renten sowie die Pachteinahmen aus dem Melatenhof flossen nun ausschließlich in diesen Fonds.³⁰

Die Einkünfte dieser Güter wurden den Schwestern zur Verpflegung der Kranken überlassen, insbesondere aber auch für die Instandhaltung des Hospitals und der anderen Güter. Zwei Ratsmitglieder als Aufseher führten zusammen mit der Vorsteherin der Ordensfrauen die Aufsicht über die Armengüter, die sie halbjährlich besichtigen und zum höchsten Preis verpachten,³¹ wogegen die Vorsteherin allein alle Einkünfte zu empfangen und jährlich den Provisoren Rechnung zu legen hatte.³²

Im Jahre 1632 musste der Pächter von Melaten rund 15 Mud Roggen, 2 Ferkel und 3 Wagen Kohlen an das Hospital am Radermarkt abführen.³³

1715 ist belegt, dass die Oberin der Schwestern zusammen mit den Provisoren des Gasthauses die Höfe visitierte, um nachzusehen, was dort zu reparieren wäre.³⁴

Als Pachthof wurde der Gebäudekomplex mehrfach umgebaut und erweitert. In der Folgezeit erhielt der Pachthof den Namen „Gut Melaten“.

Bis zum Ende der reichstädtischen Zeit lag die Administration der Armengüter bei den Ordensfrauen unter der Aufsicht der Provisoren. Das Stiftungsvermögen und die Einnahmen der Armenverwaltung vermehrten sich neben dem Elisabeth-Spital-Fonds durch weitere Stiftungen und vom Rat der Stadt festgelegte Einnahmen für die Armen beträchtlich,³⁵ so dass das Krankenhauswesen in der Folgezeit in Aachen aus diesem in Grundbesitz, Kapitalien und Wertpapieren angelegten Vermögen finanziert werden konnte.

³⁰ Schmitz-Dobbelstein (1922), S. 14.

³¹ Schmitz-Dobbelstein (1922), S. 13.

³² Pick (1900), S. 246.

³³ StAA Aachen, Akte 980, Bl. 70; Brans (1995), S. 165.

³⁴ Schmitz-Dobbelstein (1922), S. 121.

³⁵ Pick (1900), S. 250.

Der Elisabeth-Spital-Fonds bildete die reichste Stiftung im Stiftungsvermögen der Armenverwaltung. Gut Melaten wiederum war eine der größten Einnahmequellen des Elisabeth-Spital-Fonds.

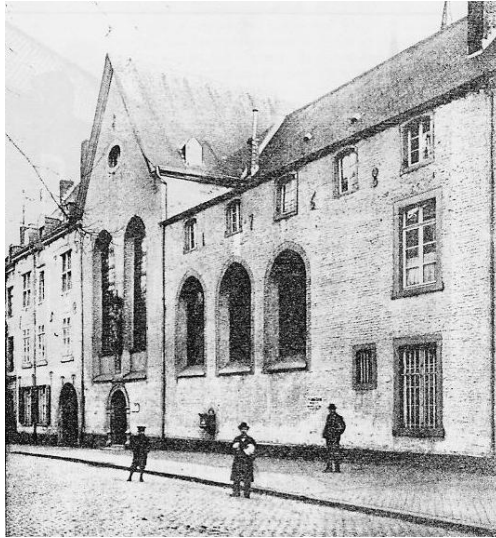


Abb. 2: Das nach dem Stadtbrand 1656 errichtete Elisabethspital am Radermarkt, heute Sparkasse Münsterplatz

Die Organisation und Verwaltung des Stiftungsvermögens der Armengüter in Aachen änderte sich erst nach der Besetzung des Rheinlandes durch die Franzosen 1792/94, da die Versorgung der Armen und Kranken nunmehr als staatliche Aufgabe betrachtet wurde. 1802 werden in Aachen die Klöster geräumt, nicht aber die klösterlichen Einrichtungen, die mit der Krankenpflege betraut waren: So das Elisabethspital am Radermarkt mit den Ordensfrauen der Elisabethinnen. Das Spital wird ein „Civilhospiz“, das der neu eingerichteten Verwaltung, einer aus fünf Mitgliedern bestehenden „Hospizien-Commission“ untersteht.³⁶ Auch der Elisabeth-Spital-Fonds als Teil des Stiftungsvermögens der Aachener Armenverwaltung wird nun von dieser Commission, einem Organ des Staates, das nicht zur der Munzipal-(Stadt)-Verwaltung gehört, verwaltet.

Diese Organisation aus französischer Zeit wurde in der folgenden preußischen Zeit zunächst beibehalten. Auf Antrag des Aachener Oberbürgermeisters und des Gemeinderates aus dem Jahre 1822 genehmigt die preußische Regierung die im gleichen Jahr die Neuordnung der Aachener Armenverwaltung in Form einer zu gründenden „Armen-Verwaltungs-Kommission“, einer selbständigen Behörde in direkter Zuständigkeit des Oberbürgermeisters. Grundlage für deren Tätigkeit ist die neue „Armen-Verwaltungs-Ordnung“ vom 30. Oktober 1822.³⁷ Die Mitglieder dieser Kommission

³⁶ Talbot (1900), S. 256.

³⁷ Salm (1888), S. 13.

werden vom Rat der Stadt berufen. Am 1. Januar 1823 wird Gut Melaten als Bestandteil des Elisabeth-Spital-Fonds der „Armen-Verwaltungs-Kommission“ unterstellt.

Die Grundbesitzungen des Elisabethspitals umfassen im Jahre 1830 u. a. zehn Ackerhöfe und zwei Häuser.

Der Melatenhof ist im Jahre 1843 mit 264 Morgen, 60 Ruthen und 40 Fuß an Ländereien und einer Jahrespacht von 810 Talern einer der drei größten Höfe des Elisabethspitalfonds.³⁸

1868 bestand das Vermögen des Elisabethspitals aus neun Ackerhöfen mit einer Größe von 1,401 Morgen, 63 Ruthen, 37 Fuß, weiteren 36 Ackerparzellen von 99 Morgen, 171 Ruthen, 42 Fuß, 2 Häusern mit Mietverträgen, einem Felsenkeller mit einer Steingrube und 25 Kapitalien.³⁹

Durch das Anwachsen der Bevölkerung in Aachen, besonders Mitte des 19. Jahrhunderts, wurden das Elisabethspital oder Gasthaus am Radermarkt für Frauen und das 1769 von Anna Maria von Wespien gegründete Maria-Spital für Männer ihrer Aufgabe, nämlich der Krankenpflege der Stadt durch die Elisabethinnen, lange nicht mehr gerecht. 1855 wurde daher das „Maria-Hilf-Spital“ außerhalb der Stadt im Spitalgarten aus dem Stiftungsvermögen der Armenverwaltung finanziert und geführt von den Ordensfrauen der Elisabethinnen seiner Bestimmung übergeben – eine für die damalige Zeit mustergültige „Kranken-Heilanstalt“.

Kraft Gesetzes vom 8. Mai 1871 wurde bestimmt, dass das Armenvermögen in den Gemeinden getrennt vom übrigen Gemeindevermögen zu verwalten ist. Dies führte in Aachen zur Auflösung der bisherigen Armen-Verwaltungs-Kommission; die Leitung des Armenwesens wurde der „Armenverwaltung“ übertragen. Auch die Pachtangelegenheiten von Gut Melaten im Elisabeth-Spital-Fond werden durch die Aachener Armenverwaltung geregelt.

Die beträchtliche Zunahme der im Maria-Hilf-Spital verpflegten Kranken führte bereits in den 1880er Jahren zu Überlegungen für ein weiteres neues Hospital. Am 21. Juni 1905 wurde daher ein neues Krankenhaus auf dem großzügigen Gelände an der Goethestraße im Südwesten der Stadt Aachen nahe dem Hangeweiher bezugsfertig.

Die Finanzierung des Neubaus und der Unterhaltung des Krankenhauses aus Geldern der Armenverwaltung, nämlich der Vermögensmasse des Elisabeth-Spital-Fonds, sowie die Leitung des Krankenhauses durch die Ordensfrauen der Elisabethinnen geben dem neuen Krankenhaus den Namen „Elisabethkrankenhaus“.

Das im Pavillonssystem von Baurat Ruppel aus Hamburg erbaute Krankenhaus entsprach den modernsten Anforderungen eines Krankenhauses seiner Zeit mit eigener Krankenhausapotheke.

Am 1. April 1923 wird das Elisabethkrankenhaus mit der Chirurgischen und Internistischen Klinik unter dem Namen „Städtische Krankenanstalten“ mit dem Maria-Hilfsspital vereinigt.⁴⁰

³⁸ StAA, Acta 1-2-1, S. 65 und 123.

³⁹ Salm (1888), S. 44.

⁴⁰ Poll (1965), S. 312.

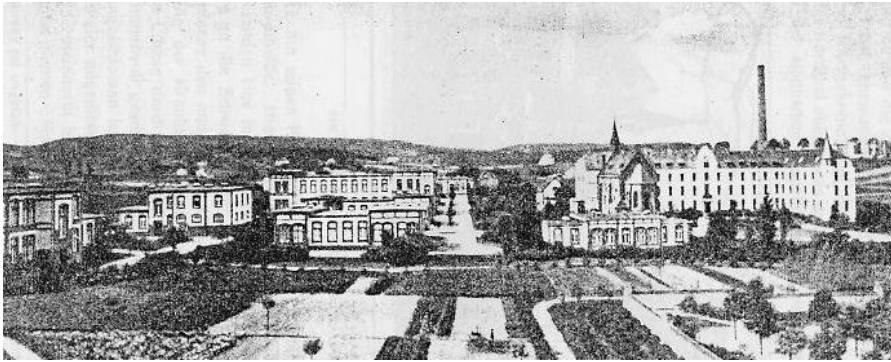


Abb. 3: Elisabeth-Krankenhaus Goethestraße in seinen Anfängen

Im Jahre 1928 gehören zu Gut Melaten rund 256 Morgen Land bei einer Jahrespacht von 5.120 RM. Die Gesamtjahreseinnahmen des Elisabeth-Spital-Fonds betragen im laufenden Rechnungsjahr 43.187 RM.⁴¹

6. Gut Melaten wird Eigentum des Landes NRW

Am 17. Dezember 1964 übereignet der Rat der Stadt Aachen mit Wirkung zum 1. Januar 1966⁴² die „Städtischen Krankenanstalten“ oder „Klinischen Anstalten der Stadt Aachen“ an der Goethe-Straße (1.000 Betten) dem Land NRW für die Medizinische Fakultät der TH. Die jetzt „Klinische Anstalten der RWTH“ werden in „Universitätsklinikum der RWTH Aachen“ umbenannt. Im gleichen Jahr wurde am 18. Juni das Aachener Universitätsklinikum vom Land Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen und die „Medizinische Fakultät – Medizin und Technik“ an der RWTH wird gegründet. Die Anfänge der wissenschaftlichen Medizingeschichte in Aachen fallen in die Planungsphase der Aachener Medizinischen Fakultät. So konnte zugleich der Grundstein für eine institutionalisierte, akademisch ausgerichtete Medizingeschichte gelegt werden.

Das Gelände an der Goethestraße ist für diese Aufgaben der Universitätsklinik nicht ausreichend, und das Land NRW erwirbt 1966 von der Stadt neben den alten Krankenanstalten auch Ländereien um Melaten als eine 1,5 Millionen Quadratmeter große Baulandfläche (Seffent/Hörn) für den Neubau eines Klinikums. Mit dem Bau des neuen Universitätsklinikums wurde 1971 begonnen und 1985 nach dem Prinzip „Alles unter einem Dach“ eingeweiht.

NRW wurde so 1966 auch Eigentümerin des Pachthofes „Gut Melaten“. Nach mehr als 630 Jahren ist der Melatenhof nicht mehr im Eigentum der Stadt Aachen und so nach 400 Jahren auch nicht mehr Einnahmequelle des Aachener „Elisabeth-Spital-Fonds“, der das Spitalwesen in Aachen finanzierte.

⁴¹ StAA, Abstellnummer 3984, unter 03.12.1928.

⁴² Poll (1965), S. 458.



Abb. 4: Universitätsklinikum Aachen

Der ehemalige Lepraspital, der spätere Pachthof „Gut Melaten“, liegt heute im Schatten des Universitätsklinikums. Gut Melaten wurde Ende der 1980er Jahre saniert und wird zurzeit durch die RWTH zu unterschiedlichen Zwecken genutzt.

Der Elisabeth-Spital-Fonds ist auch heute noch Bestandteil des Aachener Stiftungsvermögens. Da aber die Erfüllung der ursprünglichen Zweckbestimmung, nämlich die Unterhaltung eines städtischen Krankenhauses, nicht mehr zweckmäßig ist, weil sie durch andere Träger in ausreichendem Maße erfüllt wird, wurde die Verwendung der Erträge im Rahmen der Neuordnung des Stiftungsvermögens in Aachen 1987 wie folgt festgelegt:

„Der Elisabethspitalfonds verfolgt entsprechend seinen Bestimmungen ausschließlich und unmittelbar [...] den gemeinnützigen und mildtätigen Zweck, Maßnahmen und Einrichtungen zu fördern, die der Kranken-, Siechen- und Behindertenfürsorge, der Gesundheitsvorsorge sowie der Fürsorge für werdende Mütter und Wöchnerinnen dienen.“⁴³

⁴³ Stadt Aachen, Neuordnung des Stiftungsvermögens 30.09.1987, S. 7, Anlage 16 „Bestimmungen für den Elisabethspitalfonds“.

Dank

Mein herzlicher Dank gilt unserem Mitglied der Melaten-Gesellschaft Aachen Dietmar Kottmann für seine Hilfe und Unterstützung bei diesem Beitrag.

Verwendete Abkürzung

StAA: Stadtarchiv Aachen, Akte Nr.

Literatur

1. Biergans (1909): Joseph Biergans, Die Wohlfahrtspflege der Stadt Aachen in den letzten Jahrhunderten des Mittelalters, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 31 (1909), S. 74-148.
2. Bock (1870): Franz Bock, Die St. Quirinus-Kapelle am Melatenhof bei Aachen, in: Rheinlands Baudenkmale des Mittelalters, Dritte Serie, Köln, Neuß 1870, S. 1-6.
3. Brans (1995): Hans Otto Brans, Hospitäler, Siechen- und Krankenhäuser im früheren Regierungsbezirk Aachen von den Anfängen bis 1971, Hospitäler und Siechenhäuser bis zum Ende des 18. Jahrhunderts, Band 1, Herzogenrath 1995.
4. Brecher (1888): August Brecher, Die kirchliche Reform in Stadt und Reich Aachen, Aachen 1888.
5. Frohn (1933): Wilhelm Frohn, Der Aussatz im Rheinland, Jena 1933.
6. Gatzweiler (1924): Odilio Gatzweiler, Die liturgischen Handschriften des Aachener Münsterstiftes, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 46 (1924), S. 1-222.
7. Hermandung (1908): Alex Hermandung, Das Zunftwesen der Stadt Aachen bis zum Jahre 1681, Aachen 1908.
8. Hoeffler (1901): Heinrich Hoeffler, Entwicklung der kommunalen Verfassung u. Verwaltung der Stadt Aachen bis zum Jahre 1450, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 23 (1901), S. 171-289.
9. Laurent (1896): Josef Laurent, Aachener Stadtrechnungen aus dem XIV. Jahrhundert, Aachen 1896.
10. Meuthen (1972): Erich Meuthen, Aachener Urkunden 1101-1250, Bonn 1972 (= Publikationen der Gesellschaft für Rheinische Geschichtskunde, 58).
11. Mummenhoff (1954/55): Wilhelm Mummenhoff, Die Aachener Leproserie Melaten, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 66/67 (1954/55), S. 12-34.
12. Murken (1992): Axel Heinrich Murken, Die Geschichte des Leprosoriums Melaten vom Mittelalter bis zum Beginn der Neuzeit. 300 Jahre geschlossene Anstaltspflege für die Aussätzigen, in: Richard Toellner (Hrsg.), Lepra gestern und heute, Gedenkschrift zum 650-jährigen Bestehen des Rektorats Münster-Kinderhaus, Münster, Regensburg 1992, S. 48-56.
13. Nolden (1979/80): Reiner Nolden, Besitzungen und Einkünfte des Aachener Marienstiftes von seinen Anfängen bis zum Ende des Ancien Régime, Sonderdruck der Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 86/87 (1979/80).
14. Poll (1965): Bernhard Poll, Geschichte Aachens in Daten, Aachen 1965.

15. Pick (1900): R. Pick, Die Armenpflege in Aachen, Reichsstädtische Zeit, in: Festschrift zur 72. Versammlung der Naturforscher und Ärzte, Aachen 1900, S. 241-254.
16. Quix (1829): Christian Quix, Historisch-topographische Beschreibung der Stadt Aachen, Aachen 1829.
17. Quix (1836): Christian Quix, Die St. Peterskirche, Aachen 1836.
18. Quix (1843): Christian Quix, Die Kapelle zu Melaten, Aachen 1843.
19. Salm (1888): Anton Salm, Historische Darstellung des Armen-Wesens der Stadt Aachen und der Wirksamkeit der Armen-Verwaltungskommission daselbst, Aachen 1888.
20. Schmitz-Cliever (1967): Egon Schmitz-Cliever, Repertorium medicohistoricum Aquense. Ein Beitrag zur medizinhistorischen Topographie, in: Aachener Kunstblätter des Museumsvereins 34 (1967), S. 194-251.
21. Schmitz-Cliever (1963): Egon Schmitz-Cliever, Die Heilkunde in Aachen von römischer Zeit bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts, Aachen 1963 (= Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins, 74/75).
22. Schmitz-Cliever (1972): Egon Schmitz-Cliever, Das mittelalterliche Leprosorium Melaten bei Aachen in der Diözese Lüttich (1230-1550), in: Clio Medica 7 (1972), S. 13-34.
23. Schmitz-Dobbelstein (1922): Schwester Willibalda Schmitz-Dobbelstein, Die Hospitalschwestern von St. Elisabeth in Aachen 1622-1922, aus derselben Genossenschaft, Aachen 1922.
24. Talbot (1900): G. Talbot, Entwicklung der Armenpflege in Aachen im 19. Jahrhundert, in: Festschrift zur 72. Versammlung der Naturforscher und Ärzte, Aachen 1900, S. 254-262.

Abbildungen

Abb. 1: Manfred Breuer

Abb. 2: Dobbelstein S. 90, Abb.11

Abb. 3: Dobbelstein S. 141, Abb. 27

Abb. 4: Manfred Breuer

Überlegungen zu etwaigen rechts- und medizingeschichtlichen Berührungspunkten zwischen dem Leprosenfriedhof Aachen-Melaten und dem nahen Aachener Hochgericht

Dietmar Kottmann

1. Vorbemerkungen: Die räumliche Nähe zwischen der Leproserie Aachen-Melaten und der ehemaligen Richtstätte

Das Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen, das am 31. Mai 2008 die Jahrestagung des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker ausrichtete, liegt mitten in einer Flur, deren früherer Flurname „*Galgenfeld*“ seit der großen, für die Hochschulerweiterung durchgeführten Flurbereinigung nicht mehr gebräuchlich ist. Die Tagung klang mit einer Führung um Melaten aus, bei der der Verfasser mögliche Zusammenhänge zwischen der Richtstätte und dem ehemaligen Leprosenfriedhof nur kurz andeuten konnte.

Die Ausdehnung der an Melaten angrenzenden Flur „*Galgenfeld*“ ist aus der ersten vollständigen topografischen Darstellung von „*Stat und Reich Aachen*“ des Stadtvermessers Heinrich Copso aus dem Jahre 1772 zu ersehen. Sie ist durch folgende Wege begrenzt: „*Maladenweg, Mastrichterweg, Muffeterweg* [und den am] *Großen Neuenhof, Gut Kahlen* [und westlich an] *Maladen*“ vorbeiführenden Weg.¹ Der Abstand zwischen dem „*Gerichtsplatz*“ und der Kapelle von Melaten beträgt nach dieser Karte etwa 300 Ruthen, was ca. 1.000 m entspricht. Von einer Nutzung der Kapelle als „*Armesünderkapelle*“ für „das letzte Gebet“ der Delinquenten oder der Einbindung des Pächters in deren Transport zum Richtplatz wie z. B. in Köln-Melaten gibt es in den Quellen nicht die geringste Spur. Dennoch hat sich nach der aus Seffent berichteten Überlieferung bis zum letzten Jahrhundert bei den hier ansässigen Bauern eine merkwürdige Scheu vor diesem Ort gehalten. Auch scheint über Jahrhunderte ein Zusammenhang zwischen der Richtstätte und dem Leprosenfriedhof gesehen worden zu sein. So heißt es in einem Kaufvertrag zwischen dem Herrn Johann von Wittem und dem Aachener Stadtpatrizier Gerhard von Haaren, dem u. a. der Neuenhof gehörte:

„dit vorschreven Lant in dryn Stücken is gelegen des eyn Stücker geaicht vür dry Morgen, up der Stroissen gelegen benieden dem gericht zu Malaten [...], jnd tzwein Morgen synt gelegen aent gericht, [...]“ (Quix [1836], S. 65)

¹ Plan der Stadt Aachen und des sogenannten Aachener Reiches „...nach Inhalt hiesigen Protocolli ganz deutlich aufs allergenauet unterscheidet und angezeigt, auf Beförderung der hoch- wohl- und wohlgebohrenen, gestrengen, vesten, hochweisen, und fürsichtigen Herrn Joseph Xavier von Richterrich und Herrn Johann Lambert Kahr regierenden Bürgermeistern entworfen und ausgefertigt, so dann hochbemelten wie auch übrigen hochedelgebohrenen, hoch- und wohlledelen, gestrengen, hochweisen, gelehrten und fürnehmen Rath unterthänigst übergeben von Stadt Aachischer Berg- und Bauinspector Henrich Copso“, Tuschezeichnung Blattgröße 132,2 x 142,5 cm, Stadtarchiv Aachen Signatur Hu 39. Die o. g. Ortsangaben sind dieser Karte entnommen.

Der Flurname knüpft also offensichtlich an die alte Richtstätte des königlichen Schöffentuhls zu Aachen an, die sich bis Ende des 18. Jahrhunderts von allen Seiten sichtbar auf dem höchsten Punkt des Königshügels befand.

Im Folgenden soll nach einem kurzen Blick auf die Strafrechtsgeschichte in der ehemaligen Reichsstadt Aachen auf mögliche Beziehungen zwischen Melaten und der Richtstätte näher eingegangen werden.

2. Kurzer Einblick in die Aachener Strafrechtsgeschichte

Die Strafrechtspflege in der Reichsstadt Aachen war gekennzeichnet von einer historisch gewachsenen Mannigfaltigkeit – und zwar hinsichtlich der Zuständigkeit, des anzuwendenden materiellen Rechtes und der Rechtsanwendung, was hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden kann.²

Als städtisches Gericht der Strafrechtspflege fungierte in erster Linie der Rat selbst. Sein Urteil wurde nach Abschluss der vom sog. Bürgermeister- oder Verhörgericht geführten Ermittlungen gesprochen. Die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen dem Rat als Straegericht und dem Schöffentuhl wurde erst 1660 nach endlosen Streitigkeiten zwischen diesen beiden Inhabern der Gerichtsbarkeit dahingehend fixiert, dass dem Schöffentuhl grundsätzlich die Rechtsprechung über die Aachener Bürger für Strafen „über dem Schwert“ sowie über Fremde oblag – mit Ausnahme der öffentlichen Friedbrecher, gegen die der für die Sicherheit der Stadt verantwortliche Rat natürlich selbst vorgehen durfte.³ Für das Ratsgericht und das Schöffengericht wird die Peinliche Halsgerichtsordnung Karls V. nicht nur hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit, die sich aus der Art der für die verschiedenen Delikte jeweils angedrohten Todesstrafe ergab, sondern auch hinsichtlich des materiellen Strafrechts zumindest zur Orientierung gedient haben.

Eine einheitlich für alle Strafvollstreckungen dienende Richtstätte gab es nicht. Hinrichtungen mit dem Schwert fanden zumeist auf dem „Graß“, also im jetzigen Stadtarchiv, statt. Außergewöhnliche Hinrichtungen wie z. B. die Enthauptung der protestantischen „Rädelsführer“ im Jahre 1614 wurden wie ein Schauspiel auf einem eigens auf dem Aachener Markt errichteten Schafott öffentlich vollzogen. Die eigentliche Richtstätte des Rates für den Vollzug der Todesstrafe lag in den Wiesen vor dem Ros- und dem Jakobstor. Die Richtstätte des Schöffentuhles befand sich hingegen, wie bereits oben gesagt, weithin sichtbar auf dem Königshügel. Wie Quix berichtet, ist die Richtstätte des Schöffentuhls um 1794 von den Franzosen zerstört worden.⁴

Als letzter Delinquent ist dort nach dem Bericht von Rhöen im Jahre 1789 ein Raubmörder namens Gerro hingerichtet worden.⁵ Die alten Strafakten der ehemaligen Aachener Gerichte sind nicht erhalten geblieben. Das gilt auch für die Zeit nach dem großen Stadtbrand von 1656. Die Akten könnten gegen Ende des 18. Jahrhunderts

² Vgl. die knappe, übersichtliche und allgemein verständliche Darstellung bei Quix (1829), S. 151-164; ausführlicher die Beiträge von Graß (1920) und Wirtz (1921).

³ Vgl. Quix (1829) S. 153.

⁴ Quix (1829) S. 138 f.

⁵ Rhöen (1894) S. 129.

bewusst im Geist der Französischen Revolution vernichtet worden sein.⁶ Im „*Protocolum Criminale*“ finden wir unter dem 30. Oktober 1788 eine Person verzeichnet, bei der es sich um unseren letzten Delinquenten gehandelt haben könnte.⁷ Jean Claud Gerois wurde dieser Quelle zufolge aber aus der Haft entlassen, da der Tatverdacht für eine noch längere Inhaftierung nicht hinreichte. Dies schloss – wie nachfolgend an einem anderen Beispielfall aufgezeigt wird – keineswegs aus, dass Gerro – oder in wallonischer Schreibweise „Gerois“ – schon bald darauf erneut verhaftet und nunmehr angeklagt, überführt und verurteilt worden ist.

Die „*scharfe frag*“ und erst recht die „*scharfe frag durch alle graden*“ kam jedenfalls in Aachen nur dann in Betracht, wenn nach dem Verfahrensstand dringender Tatverdacht auf ein todeswürdiges Verbrechen bestand. Die Folter gehörte übrigens entgegen landläufiger Meinung noch zum sog. Erkenntnisverfahren und nicht etwa zur Strafvollstreckung. Man musste einen strafrechtlichen Sachverhalt ja erst einmal ermitteln, bevor Anklage erhoben und die gerichtliche Verhandlung stattfinden konnte. Die Folter diente dazu, den Verdächtigen zum prozessual notwendigen Geständnis zu bewegen.

Das oben bereits angekündigte Beispiel für ein erneutes, schärferes Verfahren unmittelbar nach einer ersten milderen Verurteilung ist der Fall des Joan Diederich Muller, der am 11. Februar 1771 wegen einfachen Diebstahls bestraft worden ist. Gegen diesen haben sich schnell weitere dringende, gravierende Verdachtsmomente ergeben, die dem Schöffenstuhl zu dem Beschluss Veranlassung gaben, die „*scharfe frag durch alle graden*“ anzuordnen. Zur „*Zeigung der Instrumente*“, dem ersten Akt der peinlichen Befragung, kam es gar nicht mehr, da er schon vor Eröffnung des vorgenannten Beschlusses unter dem Druck der Indizien – und wohl auch der drohenden Folter – gestand. Muller wurde mit seinem Komplizen Joan Justus Steeger, gegen den der Beschluss zur Anwendung der Folter am 7. Februar 1771 eröffnet und vielleicht auch die Folter angewandt wurde, wegen mehrerer Einbrüche verurteilt.⁸ Erschwerend wirkten die wiederholte und bandenmäßige Tatbegehung, das Mitführen von und Drohen mit Waffen und sinnlose Zerstörungen. Nach dem Urteil des Schöffengerichts im vorgenannten Verfahren vom 22. März 1771 waren Muller und Steeger deshalb

„von hier aus ins feld zu führen [...] daselbst ihnen zur wohlverdienten straff
anderen aber zum abschreckenden beyspiel am galgen ... zum Tode zu bringen.“

In diesem Zusammenhang finden sich aber nicht nur rechts-, sondern auch medizingeschichtlich interessante Quellen. Die Stadtrechnungen des Jahres 1777 enthalten z. B. den nachfolgenden Beleg für die Anwendung der Folter im Beisein eines Chirurgen, der nicht notwendig ein medizinisches Studium absolviert haben musste, und für 1779 im Beisein eines Arztes:⁹

⁶ Wacker (1890) S. 61-63, insb. S. 63 gibt den Wortlaut eines Erlasses über den Ablauf einer Siegesfeier vom 16.02.1795 wieder, wonach Akten und Unterlagen der alten Ordnung in einem Scheiterhaufen auf dem Markt demonstrativ verbrannt wurden.

⁷ Stadtarchiv Aachen G 24.

⁸ Ebd.

⁹ Unter den 13 Ärzten in der Reichsstadt Aachen ist nach dem Raths- und Staatskalender 1786, S. 44 f., ein Arzt Joseph Bardenheuer verzeichnet. Wundärzte, Bader, Barbieri und Chirurgen sind in diesem

„Auf Ersuchen Herrn Bürgermeister von Wiese habe ich zweymahl der Tortur des Christ Müller beygewohnt
Erstens, 21. Jan. 1777
Zweytens, 27. May eiusdem
wofür begehren 2 Ducaten,
daneben noch 4 Visiten gethan bey denen gefangenen 8 gulden aix
C. Bardenheuer, Medicus“ (Stadtarchiv Aachen Stadtrechnungen Bd. 45)

„Per ordre Regierenden Herrn Bürgermeister von Thymus habe ich undenbenannter 1779 den 29ten juli die Tortur des inquisitischen Müller beigewohnt [...]. Ferner denselben durch den spanischen Stiefel übel zugerichteten und offenen Beinen verbunden, und desfalls gethan 46 verbindungsvisiten, auch mit medicamenten, kräuter-umschlägen, lumpen, töpf versehen [...] Chirurgio Malbeck.“ (Stadtarchiv Aachen Stadtrechnungen Bd. 64)

Durch aktuelle Trends bei Kriminalfilmen ist der Rechtsmediziner als ein wichtiger Helfer der Strafverfolgungsbehörden in den Ermittlungsverfahren in das allgemeine Bewusstsein gerückt. Die reichsstädtische Gerichtsbarkeit war nicht nur durch das Kompetenzgerangel zwischen den verschiedenen Ermittlungsbehörden geprägt. Es gab ebenso ein umständliches Nebeneinander von studierten Ärzten und handwerklich-praktisch ausgebildeten Heilkundigen (in der nachfolgenden Quelle Barbieri):¹⁰

„Der Man will sie nicht einlassen, dringen aber mit Gewalt im haus ein und finden den guten Mensch schon todt und kalt. Die Leute wussten nicht, was sie darauf sagen sollten, machens ruchbar also dass es vor den Richter komt. Selben gehet hin mit Doktor und Barbier, lassen den Todten fisitiren und aufschneiden, finden dass er sich alles erbrochen oder übergeben, was er im Leibe hat gehatt, aber im Magen zieht sich gelbe, swartze Strimen und Flecken und sein Rückgratt war vom Genick an bis unten zu ganz swartz wie auch sein mannlich Glied, und ob er schon biü 4 Tagen todt gewesen. sein Gebluth noch gans Flüssig und umb das Herz stehen, dass so gar nicht von ihm lief, weil sie die Öffnung machte. Der barbier aber nimmt das Herz, Lung und Leber sambt den Magen mit in die stadt um dieses weiters zu examinieren, warmit er ist umgebracht worden. Nu wird man weiter hören, wass der Richter daraus macht.“

Dieser Fall der mutmaßlichen Ermordung eines gewissen Jan durch seinen Schwiegervater Niklas Müffang und die eigene Ehefrau konnte wahrscheinlich wegen der auf

„Who is who“ der ehemaligen Reichsstadt nicht als besonderer Stand, sondern nur vereinzelt bei den jeweiligen Spitälern aufgeführt. Diese standen jeweils unter ärztlicher Leitung. Biergans (1909), S. 92 ff., geht in seiner umfassenden Verwaltungsgeschichte auch auf die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen ein. Die Vita des als angeblicher Hauptmann der Bockreiter hingerichteten Chirurgen Joseph Kirchhoff aus dem benachbarten Herzogenrath wirft Licht auf die Ausbildung der Chirurgen; man konnte als Gehilfe bei einem örtlichen Chirurgen, vor allem aber auch als Feldscher beim Militär praktische Ausbildung erhalten; vgl. dazu Hermanns (1974), S. 169; Kahlen (1961), S. 15 ff. – Kirchhoff ist übrigens vom Aachener Erfolgsschriftsteller Joseph Ponten als Protagonist seiner 1919 bei der Deutschen Verlagsanstalt erschienen Bockreiter-Novelle gewählt worden; innerhalb des Handlungsrahmens lässt Ponten einen historisch nicht belegten, aber äußerst dramatischen Überfall auf den Pachthof Melaten stattfinden.

¹⁰ Vgl. Von Fürth (1882), S. 148; Auler (o. J.).

Kompetenzstreitigkeiten zurückgehenden Mängel der Beweisaufnahme nicht zur Überzeugung der Gerichte aufgeklärt werden.

3. Die Richtstätte auf dem Königsberg und Melaten

Das Mittelalter stellte an die Örtlichkeit von Gerichtsplätzen eine Bedingung, die auch an Leprosorien gestellt waren: Beide mussten gut sichtbar an belebten Hauptstraßen liegen. Den Leprosen sollte dadurch das Betteln erleichtert werden. Von der allgemeinen Wahrnehmung der grausam zur Schau gestellten, geschändeten Körper der Delinquenten versprach man sich eine größere Abschreckung. Es ist daher kein Zufall, dass sich viele Richtstätten in unmittelbarer Nachbarschaft von Leprosorien befanden.¹¹



Abb. 1: Darstellung des Aachener Hochgerichts auf der Karte von Cornelius Janson Fries (Museum Burg Frankenberg Aachen)

Bedeutsam erscheint auch, dass Melaten unmittelbar außerhalb des sog. Glockenklanges lag. Die Grenzen des sog. Glockenklanges um das ummauerte Aachen herum verliefen jeweils bis dort, wo man gerade noch die Bannglocke der Stadt vernehmen konnte.¹² Das Hochgericht hingegen lag noch innerhalb des mit dem Glockenklang übereinstimmenden engeren Bannbezirks. Zu vermuten ist, dass hier auch die Aachener Hochgerichtsbarkeitsgrenze verlief, die erst nach Anerkennung der reichsstädtischen Herr-

¹¹ Hier sei vor allem auf das wohl wichtigste rheinische Leprosorium in Köln-Melaten verwiesen; es wurde erst 1792 als Siechenhaus außer Dienst gestellt. Dort bestanden noch zu dieser Zeit neben dem Siechenhaus eine Kapelle, Wohnungen für die Siechen, Bedienstetenwohnungen und ein Wirtshaus. In der Nähe standen eine Windmühle, die im 19. Jahrhundert niedergelegt und in Titz bei Jülich wieder aufgebaut wurde, und das Hochgericht mit einem Rondell für Hinrichtungen auf dem Scheiterhaufen und dem Galgenberg. Der Pächter von Melaten war verpflichtet, die zum Tode Verurteilten mit einem Karren bei der „Hacht“ neben dem Dom abzuholen und zur Richtstätte zu fahren; vgl. Clemens (1968), S. 42 f. – Ähnlich war die Situation in Maastricht; vgl. Van Rensch (2000), S. 37 f.

¹² Haagen (1879), S. 43.

schaft über die im sog. Aachener Reich liegenden Dörfer durch König Ludwig den Bayern im Jahre 1336 weiter nach außen rücken konnte.

Die Kirche des Aachener Marienstiftes war noch bis 1295, also weit über die Errichtung von Melaten hinaus, die einzige Pfarrkirche Aachens.¹³ Erst danach erstreckte sich der Pfarrsprengel von St. Jakob über den Aachener Westen – allerdings nur bis zum Glockenklang. Melaten lag bereits im Sprengel der Pfarre St. Laurentius, von der oben schon berichtet wurde, dass sie zunächst dem Propst und später dem Kapitel des Marienstiftes geschenkt wurde. Schließlich verlief hier die Grenze des vierten Aachener Zehntdistriktes, wobei der Zehnt im westlichen Teil des Aachener Reiches bis zur Wurm (sie war zugleich die Diözesangrenze zwischen den Bistümern Lüttich und Köln) dem Aachener Marienstift zustand.¹⁴

Der Richtplatz des Aachener Schöffenhofs ist auf der perspektivischen Karte von „*Stat und Reich Aach*“ von Cornelius Janson Fries von 1569 (Museum Burg Frankenberg) an der topografisch richtigen Stelle eingezeichnet. Die Darstellung eines Hochgerichts unten rechts auf dieser anschaulichen, in Temperafarben auf Leinwand gemalten Karte gibt als zeitgenössisches Dokument eine realistische Vorstellung von dem Vollzug der unterschiedlichen Todesstrafe zu jener Zeit. Insbesondere sind Rad und Galgen deutlich erkennbar. Neben den Delinquenten wirken in der zeremoniell, ja fast liturgisch anmutenden Szene nicht nur der Henker, sondern auch der Geistliche, die Repräsentanten des Gerichtes und städtische Militärs mit. Die herbei eilenden Zuschauer repräsentieren die Öffentlichkeit. Kunsthistorisch weist die Darstellung starke Parallelen zu Pieter Bruegels d. Ä. „*Triumpf des Todes*“ auf.¹⁵

Bei zum Rädern verurteilten Delinquenten wurden diese zuweilen zur Strafverschärfung enthauptet und der Kopf auf den Pfahl genagelt, mit dem man das Rad aufrichtete.¹⁶ Im Museum für Hamburgische Geschichte werden entsprechend präparierte Schädel von hingerichteten Seeräubern ausgestellt. Nachdem diese jahrzehntelang eher als volksculturelle Kuriosa betrachtet wurden, standen sie jüngst im Zentrum einer interdisziplinären Diskussion, für die sie genauestens paläopathologisch und rechtsmedizinisch untersucht wurden und bei der auch historische und archäologische Ergebnisse auswärtiger Forschungen Berücksichtigung fanden.¹⁷

Dass die verstorbenen Aussätzigen nicht mehr auf den Kirchhöfen ihrer Heimatpfarre bestattet werden durften, galt – wenn auch aus ganz anderen Gründen – ebenso für die Körper der Hingerichteten. Eine irgendwie geartete Bestattung der sterblichen Überreste durfte meist erst erfolgen, nachdem man sie unter Rad oder Galgen auflösen konnte. Als Straferleichterung – nicht aus Rücksicht auf den verurteilten Täter, sondern

¹³ Haagen (1879) S. 39.

¹⁴ Coels von der Brügghen (1952), S. 97.

¹⁵ Museo Prado, Madrid; vgl. z. B. Schutt-Kehm (1983), S. 14 f.

¹⁶ Graß (1920), S. 61.

¹⁷ Nach Wiechmann et al. (2001), S. 52-79, sind entsprechende Hinrichtungen nur in wenigen Fällen durch entsprechende archäologische Funde dokumentiert. Karll (1906) zitiert aus den von Koopmann in mehreren Bänden heraus gegebenen Hamburger Kämmererechnungen für das Jahr 1401 eine Ausgabe zur Beschaffung von 46 (!) großen Nägeln zur Befestigung der Schädel von Räubern „[...] pro 46 clavis magnis cum quibus affixa fuerunt capita spoliatorum.“

im Interesse seiner Familie, deren Ruf in der Öffentlichkeit damals noch stärker als heute durch das „*schwarze Schaf*“ in ihren Reihen litt – galt die Erlaubnis, den Körper eines Hingerichteten unmittelbar nach erfolgtem Vollzug der Todesstrafe zu bestatten. Eine Bestattung in geweihter Erde wurde nur höchst selten bei als nicht schimpflich und unehrenhaft geltenden Hinrichtungen, d. h. bei einer Enthauptung mit dem Schwert, gestattet.¹⁸ Selbstverständlich setzte die Bestattung in geweihter Erde auch voraus, dass der Delinquent zuvor seine Sünden bereute, sie einem Geistlichen beichtete sowie von ihnen freigesprochen und mit den Sterbesakramenten versehen wurde.

Die bei den Ausgrabungen 1988/89 geborgenen knapp 140 Skelette und Skelettreste sind Gegenstand anatomischer, pathologischer und osteoarchäologischer Untersuchungen von Prescher gewesen, der diese Frage vom medizinischen Befund der menschlichen Überreste her wie folgt beantwortet:¹⁹

„Es gibt keine Hinweise auf die Bestattung von Delinquenten des nahen Hochgerichts.“

Dieses Untersuchungsergebnis hat sicherlich schon in statistischer Hinsicht ein großes Gewicht, da die Anzahl der Bestattungen insgesamt auf nur etwa 300 Personen hochgerechnet worden ist.

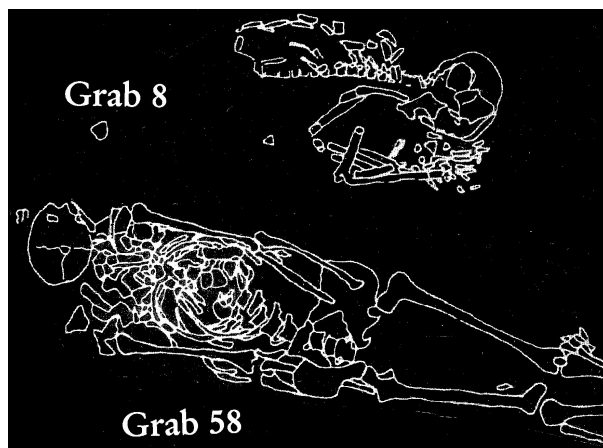


Abb. 2: Gräber Nr. 8 und 58 der Grabung Aachen-Melaten

Bei der Ausgrabung 1988 sind nach Koch aber drei bis vier Skelette gefunden worden, deren Zustand oder Lage in situ sie im gesamten Grabungskontext als Sonderbestattung auswies und die er als Hinweis auf bestimmte Hinrichtungsformen wertete:

„Die extrem von der kanonischen Bestattungsrichtung und -lage abweichenden Gräber, wie Bauchlagen, starke Seitenlagen oder Nordsüdlagen, müssen verstärkt

¹⁸ Vgl. Schué (1918), S. 153 f.

¹⁹ Vgl. Prescher (1995), letzte Seite (ohne Seitenzählung).

auf gerichtsmedizinische Gesichtspunkte hin untersucht werden.“ (Koch [1989a] S. 133)

In dem nach Abschluss der Grabungen vom Rheinischen Amt für Bodendenkmalpflege herausgegebenen Faltblatt heißt es zur Erläuterung der Abbildung der Schulter eines Skelettes mit einem in situ quer darunter liegenden Schädel:

„Da auch ein Geköpfter darunter war, liegt es nahe, hier Hingerichtete des im Mittelalter unmittelbar benachbarten Galgenplatzes zu sehen, die trotz der Schwere ihrer Tat nach der Hinrichtung noch die Gnade eines Grabes auf einem christlichen Friedhof erhielten.“ (Koch [o. J.], S. 7)

Dieses Zitat bezieht sich auf Grab 129. Als weitere Fälle einer Sonderbestattung sieht Koch nach mündlichen Erläuterungen gegenüber dem Verfasser Grab 8 wegen der Bestattung in Hockerstellung und umgekehrt zur kanonischen Bestattungsrichtung, Grab 37 wegen der gleichen abweichenden Ausrichtung, Grab 129 wegen eines vom Rumpf abgetrennten Schädels und Grab 58 wegen eines Loches im Schädel an. Schleifring, der die Grabung anthropologisch begleitet hat, äußert sich zu Grab 84, das man zunächst auch als Hinweis auf eine Hinrichtung gewertet hatte, das Koch aber nicht zu den drei bis vier von ihm postulierten Sonderbestattungen rechnet:

„Der Schädel lag auf der linken Beckenseite, der Unterkiefer im Fußbereich. War dieser Mann geköpft worden? Zwischen Schädel und Becken verlief eine dünne Erdschicht durch, d. h. dass der Kopf ursprünglich nicht auf dem Leichnam gelegen haben kann. Durch nochmaliges sorgfältiges Putzen des Planums sahen wir später die deutlichen Spuren der früheren Ausgrabungen; Grab 84 war gestört.“ (Schleifring [1989], S. 137)

Hinsichtlich dieser Bestattung wäre auch vorstellbar, dass sie u. U. erst einige Zeit nach seiner Exekution gestattet wurde und dass Schädel und Unterkiefer erst in das Grab gelegt wurden, nachdem man seinen Körper schon mit einer dünnen Erdschicht bedeckt hatte. Dabei könnte sogar eher eine durchgehende dünne Erdschicht über einem Skelett entstehen, als bei der Rückverfüllung von Grabungsschutt, bei der mit größerer Wahrscheinlichkeit Erd- und Gesteinsschichten so wieder zurück verfüllt werden, wie sie aufgedeckt wurden.

In Grab 58 lag der Schädel mit den ersten Halswirbeln ausweislich eines Lichtbildes vom Grabungsbefund, d. h. von der Lage in situ, das dem Unterzeichner von W. M. Koch zur Verfügung gestellt wurde, im Winkel von fast 90 Grad zum ansonsten intakten Skelett (siehe Abb. 3).

Der Schädel von Grab 129 (siehe Abb. 4) wies nach einem weiteren dem Verfasser überlassenen Lichtbild ein scharfkantiges, viereckiges Loch im os frontalis vergleichbar den Hamburger Seeräubern auf (siehe Abb. 5).

In Hamburg fand man nach eingehenden Untersuchungen als Erklärung für eine derartige Verletzung, dass der abgetrennte Schädel des Delinquenten seinerzeit mit einem langen, vierkantigen Nagel auf einen Pfahl oder Balken genagelt worden war.



Abb. 3: Grab Nr. 58

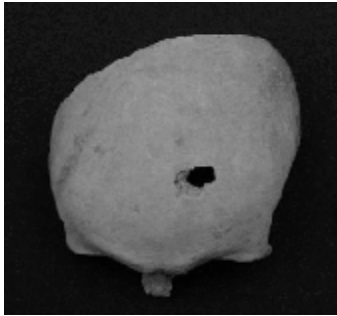


Abb. 4: Schädel aus Grab
Nr. 129



Abb. 5: Sog. Störtebecker-Schädel aus dem
Museum für Hamburgische Geschichte

Da bei den medizinischen Untersuchungen keine klaren Verletzungsspuren an den Halswirbeln festgestellt wurden, stellt sich die Frage, ob Hinrichtungen mit dem Richtschwert in jedem Falle zu später sichtbaren Schädigungen an der Halswirbelsäule und entsprechenden osteoarchäologischen Spuren führen müssen. Zu bedenken ist dabei, dass die Bandscheiben einen gewissen Abstand zwischen den einzelnen Halswirbelknochen herstellen. Über Scharfrichter teilt Schild Folgendes mit:

„Jedenfalls war die Ausbildung streng und umfassend. Man bedenke wie viele Tätigkeiten ein Scharfrichter können mußte: Die Folterung, die Verstümmelungs- und Tötungstechniken, vor allem das Enthaupten, dessen Beherrschung ausdrücklich bei einer Bewerbung nachgewiesen werden mußte. Es gehörte Körperkraft und beachtliches Geschick dazu, den Kopf des Verurteilten aus freier Hand zwischen zwei Halswirbeln hindurch mit einem Streich vom Rumpf zu trennen [...]“ (Schild [1980], S. 182).

Der Tarif des Aachener Scharfrichters weist minutiös die ihm zustehende Gebühr je nach Art der Leibes- oder Lebensstrafe aus.²⁰ Nach diesem Tarif muss die Hinrichtung mit dem Schwert zu den schwierigsten Exekutionshandlungen gehört haben, da sie mit dem höchsten Tarif von 15 Thl. vergütet wurde.²¹

Die medizinischen und anthropologischen Untersuchungen haben zwar keinen Nachweis für die Annahme der Sonderbestattung von hingerichteten Delinquenten des nahen Hochgerichts erbracht. Sie schließen sie aber auch nicht aus. Insbesondere die Befunde an den in den Gräbern Nr. 58 und 129 ausgegrabenen Skeletten sind nach Auffassung des Verfassers mit kaum einer anderen Todesursache als mit Hinrichtungen erklärbar. Es ist nicht eindeutig, ob sich die Nummern der Befundschablonen in der osteoarchäologischen Auswertung der Skelettbefunde durch Prescher mit den Grabnummern des Rheinischen Amtes für Bodendenkmalpflege decken.²² Die noch ausstehende Auswertung der Grabungsdokumentation erfordert wegen des notwendigen Abgleichs der Grabungsbefunde und der medizinischen Befunde ein interdisziplinäres Zusammenwirken der Archäologie und der Paläopathologie. Eine solche Kooperation ist schon wegen der vielfachen medizinischen Fragen erforderlich, und nur sie vermag die verbleibenden Zweifel hinsichtlich der Sonderbestattungen endgültig zu klären. Lichtbilder reichen für endgültige Aussagen keineswegs aus, machen nach Auffassung des Verfassers aber zumindest in den zwei genannten Fällen den rechtsgeschichtlichen Hintergrund einer Hinrichtung einzelner der auf dem Leprosenfriedhof Bestatteten wahrscheinlich. Spuren der Folter sind aber in keinem Falle gefunden worden. Das medizinisch-geschichtliche Interesse gilt natürlich in erster Linie den Skeletten der eindeutig als leprös erkannten oder den damals an einer erkennbaren anderen Krankheit erkrankten Verstorbenen. Die Sonderbestattungen machen nicht einmal fünf Prozent der Bestatteten aus. Aber auch rechtsgeschichtlich würde es sich bei den Sonderbestattungen um Sonderfälle handeln, da gewöhnlich die Bestattung in geweihter Erde nicht gestattet wurde.

4. Schlussbemerkung

Die im wahrsten Sinne entsetzliche Grausamkeit der peinlicher Verhöre und der Vollstreckung der verschiedenen Ehren-, Leibes- und Todesstrafen ist für uns heute unfassbar. Wir dürfen dabei aber nicht außer Acht lassen, dass der Glaube, dass Menschen, die vor ihrem Tode nicht gebeichtet hatten, ihre Sünden nicht bereut hatten und nicht die letzten Sterbesakramente empfangen hatten, als Geister umgehen könnten, noch lange verbreitet war. Nach dieser Darstellung über die Ausübung im wahrsten Sinne schrecklicher Gewalt durch Aachener Gerichte und das sogar bei weniger schweren Delikten, die heute noch nicht einmal ohne Weiteres Freiheitsstrafen nach sich ziehen, bedarf es daher einer kurzen Erklärung dazu, wieso Menschen ihren Mitmenschen solche Grausamkeiten zufügen konnten.

²⁰ Vgl. Meven (o. J.), S. 95.

²¹ Vgl. Pick (1886), S. 286.

²² Vgl. Prescher (1995), S. 13.

„Nur im Rahmen eines Weltbildes, in dem diese Einheit von Profanem und Sakralen noch wirklicher war, ist das Recht dieser Zeit zu begreifen. [...] Der Übeltäter war ein verabscheuungswürdiger Sünder, der die göttliche Ordnung gebrochen und im Kampf zwischen Gott und dem Satan, dessen Schauplatz die menschliche Gesellschaft und Geschichte war, die Seite des Bösen eingenommen hatte. Die Vernichtung des Verbrechers bedeutete den Sieg des Guten. [...] Der Sieg des Guten war noch herrlicher, wenn es gelungen war, den Übeltäter selbst aus den Klauen des Satans zu entreißen: Wenn er nämlich ein Geständnis abgelegt hatte, weil er damit zugleich dem Satan abgeschworen und zurück in den Schoß der Kirche gefunden hatte. [...] Was bedeuteten schon körperliche Qualen, wenn dadurch die Seele des Übeltäters gerettet werden konnte. [...] [Die] Hinrichtung im Zustand der Reue und Buße, versehen mit den Tröstungen des heiligen Sakraments, bedeuteten deshalb [die] Errettung vor den ewigen Höllequalen.“ (Schild [1984], S. 10)

Was die endgültige Klärung des hier angenommenen Zusammenhanges zwischen der Richtstätte und der Leproserie angeht, bleibt zu hoffen, dass nach der Wiederbelebung der Aachener Stadtarchäologie im Jahre 2006 dafür Sorge getragen wird, dass in absehbarer Zeit der abschließende Grabungsbericht vorgelegt werden kann.

Literatur

1. Auler (o. J.): Jost Auler, Richtstätten des ausklingenden Mittelalters und der frühen Neuzeit im Fokus moderner Archäologie, www.archaeologisch.de/forschung/richtstaetten/richtstaetten.html.
2. Biergans (1909): Joseph Biergans, Die Wohlfahrtspflege der Stadt Aachen in den letzten Jahrhunderten des Mittelalters, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 31 (1909), S. 74-137.
3. Clemens (1968): Hans Clemens, Müngersdorf im Spiegel seiner Geschichte, Köln 1968.
4. Cloot (1938): Joseph Cloot, Die Flurnamen in den ehemaligen Quartieren Berg, Orsbach, Soers und Vaals des alten Aachener Reiches, Laurensberg bei Aachen 1938.
5. Coels von der Brügghen (1952): Luise Freiin von Coels von der Brügghen, Die Lehnregister der Popsteilichen Mannkammer des Aachener Marienstiftes 1394-1794, Bonn 1952.
6. Fürth (1882): Ariovist, Frh. von Fürth, Beiträge und Material zur Geschichte der Aachener Patrizier-Familien, 3 Bd. Aachen 1882 und 1890.
7. Graß (1920) Fritz Graß, Der Aachener Schöffenstein. Ein Beitrag zur Verfassungsgeschichte der freien Reichsstadt Aachen, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 42 (1920), S. 1-89.
8. Haagen (1879): Friedrich Haagen, Historische Topographie Aachens, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 1 (1879), S. 31-50.

9. Hermanns (1974): Will Hermanns, Gesammelte Werke, Bd. 1 (Alles Erschienene), in: Annemarie Doemens (Hrsg.), Beiträge zur Kultur- und Wirtschaftsgeschichte Aachens und seiner Umgebung, Bd. 2, Aachen 1974.
10. Kahlen (1961): Ludwig Kahlen, Bockreiter im Lande von Herzogenrath, Teil II, Chirurg und Räuberhauptmann, Herzogenrath 1961.
11. Karll (1906), Alfred Karll, Aachener Reiseverkehr im Mittelalter, in: Aus Aachens Vorzeit, 20. Bd. (1906), S. 91-122.
12. Kempen (1912): Reiner von Kempen, Die Streitigkeiten zwischen den Kurfürsten von der Pfalz als Herzöge von Jülich und der Reichsstadt Aachen wegen der Vogtmeierei im 18. Jahrhundert, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 34 (1912), S. 227.
13. Koch (1989a): Wilfried Maria Koch, Archäologischer Bericht für das Jahr 1988-1989: Das Leprosorium Aachen-Melaten. Vorbericht der Grabungen 1988-89, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 96 (1989), S. 409-436.
14. Koch (1989b): Wilfried Maria Koch, Die mittelalterliche Leprastation Aachen-Melaten, in: Archäologie im Rheinland 1988, Köln 1989, S. 132-135.
15. Koch (o. J.): Wilfried Maria Koch, Die mittelalterliche Leprastation Aachen-Melaten, 8-seitiges Faltblatt des Landschaftsverbandes Rheinland – Rheinisches Amt für Bodendenkmalpflege, Bonn o. J.
16. Loersch (1871): Hugo Loersch, Aachener Rechtsdenkmäler, Bonn 1871.
17. Meven (o. J.): Walter Meven, Das Amt des Henkers in alter Zeit, in: Im Göhlthal, Heft 27, S. 90-105.
18. Oppenhoff (1924): Franz Oppenhoff, Die Aachener Gerichte, in: Albert Huyskens (Hrsg.), Aachener Heimatgeschichte, Aachen 1924, S. 186-192.
19. Pick (1886): Richard Pick, Die Gebühren des Aachener Scharfrichters um 1700, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 8 (1886), S. 286.
20. Prescher (1995): Andreas Prescher, Anatomische und pathologische Befunde an den Skelettresten der Gräber des Aachener Leprosoriums „Gut Melaten“, Diss. Med. Fak. der RWTH Aachen, Aachen 1995.
21. Prescher (1998): Andreas Prescher, Manuskript: Osteoarchäologische Untersuchungen an den Gebeinen aus dem Friedhof des Aachener Leprosoriums „Gut Melaten“, Aachen 1998.
22. Quix (1829): Christian Quix, Historisch-topographische Beschreibung der Stadt Aachen, Aachen 1829.
23. Quix (1836): Christian Quix, Die St. Peterskirche, Aachen 1836.
24. Rhoen (1894): Carl Rhoen, Zur älteren Topographie der Stadt Aachen, Aachen 1894.
25. Schleifring (1989): Joachim H. Schleifring, Anthropologische Untersuchungen an den Skelettfunde vom Gräberfeld des Leprosoriums Gut Melaten, in: Archäologie im Rheinland 1988, Köln 1989, S. 136-138.
26. Schild (1980): Wolfgang Schild, Alte Gerichtsbarkeit – Vom Gottesurteil bis zum Beginn der modernen Rechtsprechung, München 1980.
27. Schild (1984): Wolfgang Schild, Das Strafrecht als Phänomen der Geistesgeschichte, in: Hinckeldey (Hrsg.), Justiz in alter Zeit, Rothenburg o. d. T. 1984.

28. Schué (1918): Karl Schué, Das Gnadebitten in Recht, Sage, Dichtung und Kunst, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 40 (1918), S. 143-293.
29. Schutt-Kehm (1983): Elke Schutt-Kehm, Pieter Bruegel d. Ä. – Leben und Werk, Stuttgart, Zürich 1983.
30. Raths- und Staatskalender (1786): Heinrich Bülje, Buchhändler, Des Königlichen Stuhls und der freyen Reichs-Stadt Aachen Raths- und Staatskalender oder Schematismus auf das Jahr Christi 1786, Aachen 1786, Nachdruck 1997.
31. Van Rensch (2000): Th. J. van Rensch, „Arme Lazarussen“. Aspecten van de geïnstitutionaliseerde Leproenzorg in Maastricht, vooral in de 15e en 16e Eeuw, in: A. M. J. A. Berkvens, A. Fl. Gehlen (Hrsg.), Van Verminkingsstraf tot Vrede-rechter-Opstellen t.g.v. het 20-jarig bestaan van de Werkgroep Limburgse Rechts-geschiedenis, Maastricht 2000, S. 23-61.
32. Wacker (1890): C. Wacker, Ein republikanisches Siegesfest in Aachen, in: Aus Aachens Vorzeit 3 (1890), S. 61-63.
33. Willems (1991): Oswald Willems, Die Bockreiter – Korrektur einer Legende, Düren 1991.
34. Wiechmann et al. (2001): Ralf Wiechmann, Ellin Einfeldt, Klaus Püschel, „... men scholde en ere hove de afhoven und negele se uppe den stok ...“ – Die Piraten-schädel vom Grasbrook, in: Jörgen Bracker (Hrsg.), „Gottes Freund – aller welt feind“ – Von Seeraub und Konvoifahrt, Störtebecker und die Folgen, Hamburg 2001.
35. Wirtz (1921): Hermann Wirtz, Die städtische Gerichtsbarkeit in der Reichsstadt Aachen, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 43 (1921), S. 47-158.

Abbildungen

Abb. 1: Foto von Dietmar Kottmann

Abb. 2: Ausschnitt aus dem Grabungsplan von Wilfried Maria Koch

Abb. 3: Foto von Wilfried Maria Koch

Abb. 4: Foto von Wilfried Maria Koch

Abb. 5: Foto von Dietmar Kottmann

Das Leprosorium Melaten in Aachen. Eine Auswahlbibliographie

Andreas Kopytto und Michaela Thal

1. Jürgen Belker-van den Heuvel, Dokumentation 3: Mittelalterliche Leprosenhäuser im heutigen Nordrhein-Westfalen, in: Die Klapper 8 (2000), S. 9-12, und Anlage, S. 1-11.
2. Peter Betram, Dietmar Kottmann, Wanderungen in Laurensberg (1993-1996), in: Laurensberger Heimatblätter (1998), H. 2/3.
3. Brigitte Beyer, Leprosenstätten am linken Niederrhein, in: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Archäologie im Rheinland 1988, Köln 1989, S. 129-131.
4. Joseph Biergans, Die Wohlfahrtspflege der Stadt Aachen in den letzten Jahrhunderten des Mittelalters, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 31 (1909), S. 74-148.
5. Franz Bock, Die St. Quirinus-Kapelle am Melatenhof bei Aachen, in: Rheinlands Baudenkmale des Mittelalters, 3. Serie, Köln und Neuß 1870, S. 1-6.
6. Hans Otto Brans, Leprosorien im früheren Regierungsbezirk Aachen, in: Historia Hospitalium 14 (1981-1982), S. 17-33.
7. Hans Otto Brans, Hospitäler, Siechen- und Krankenhäuser im früheren Regierungsbezirk Aachen von den Anfängen bis 1971, Bd. 1, Herzogenrath 1995 (= Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens, 37).
8. August Brecher, Die kirchliche Reform in Stadt und Reich Aachen, Aachen 1888.
9. Bernward Clemens, Stellungsanomalien, Anlagen und Nichtanlagen der Weisheitszähne an 44 Schädeln des mittelalterlichen Gräberfeldes Melaten bei Aachen (1230-1550), Med. Diss. Aachen 1992.
10. Joseph Cloot, Die Flurnamen in den ehemaligen Quartieren Berg, Orsbach, Soers und Vaals des alten Aachener Reiches, Laurensberg bei Aachen 1938.
11. Luise von Coels von der Brügghen, Die Lehnregister der Propsteilichen Mannkammer des Aachener Marienstiftes 1394-1794, Bonn 1952.
12. Annemarie Doemens (Hrsg.), Beiträge zur Kultur- und Wirtschaftsgeschichte Aachens und seiner Umgebung Bd. 2, Aachen 1974.
13. Klaus Droste, Ober- und Unterkiefermaße der Schädel des mittelalterlichen Gräberfeldes Melaten bei Aachen, Med. Diss. Aachen 1998.
14. Werner Dümmler, Forscher aus mehreren Ländern suchten wieder Spuren der Lepra im Mittelalter, in: Aachener Nachrichten vom 22.08.1972.
15. Wilhelm Frohn, Der Aussatz im Rheinland, Jena 1933 (= Arbeiten zur Kenntnis der Geschichte der Medizin im Rheinland und in Westfalen, 11).
16. Odilio Gatzweiler, Die liturgischen Handschriften des Aachener Münsterstiftes, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 46 (1924), S. 1-222.

17. Heinz Goerke, Das „Møller-Christensen-Syndrom“ – eine für die klinische Leprologie bedeutsame osteoarchäologische Entdeckung, in: Jörn Henning Wolf (Hrsg.), *Aussatz, Lepra, Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel*, Teil 1: Katalog, Ingolstadt 1982 (= Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums, 4), S. 146-151.
18. Fritz Graß, Der Aachener Schöffenstuhl. Ein Beitrag zur Verfassungsgeschichte der freien Reichsstadt Aachen, in: *Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins* 42 (1920), S. 1-89.
19. Friedrich Haagen, Historische Topographie Aachens, *Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins* 1 (1879), S. 31-50.
20. Axel Hausmann, *Aachen im Mittelalter*, Aachen 1997.
21. Alex Hermandung, *Das Zunftwesen der Stadt Aachen bis zum Jahre 1681*, Aachen 1908.
22. Heinrich Hoeffler, Entwicklung der kommunalen Verfassung und Verwaltung der Stadt Aachen bis zum Jahre 1450, in: *Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins* 23 (1901), S. 171-289.
23. Alfred Karll, Aachener Reiseverkehr im Mittelalter, in: *Aus Aachens Vorzeit* 20 (1906), S. 91-122.
24. Reiner von Kempfen, Die Streitigkeiten zwischen den Kurfürsten von der Pfalz als Herzöge von Jülich und der Reichsstadt Aachen wegen der Vogtmeierei im 18. Jahrhundert, in: *Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins* 34 (1912), S. 227.
25. Manfred Kistermann, Mediziner und Archäologen suchen am Gut Melaten nach der Vergangenheit, in: *Aachener Volkszeitung* vom 18.11.1988.
26. Wilfried Maria Koch, Archäologischer Bericht für das Jahr 1988 – 1989: Das Leprosorium Aachen-Melaten, *Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins* 96 (1989), S. 409-435.
27. Wilfried Maria Koch, Die mittelalterliche Leprastation Aachen-Melaten, in: *Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Archäologie im Rheinland 1988*, Köln 1989, S. 132-135.
28. Wilfried Maria Koch, Eine Geißel Gottes, in: *Archäologie in Deutschland* 8 (1992) 1, S. 28-31.
29. Josef Laurent, *Aachener Stadtrechnungen aus dem XIV. Jahrhundert*, Aachen 1896.
30. Hugo Loersch, *Aachener Rechtsdenkmäler*, Bonn 1871.
31. Erich Meuthen, *Aachener Urkunden 1101-1250*, Bonn und Köln 1972 (= Publikationen der Gesellschaft für Rheinische Geschichtskunde, 58).
32. Dieter Meyers, *Zahnbefunde von 25 Schädeln des mittelalterlichen Gräberfeldes Melaten bei Aachen*, Med. Diss. Aachen 1974.
33. Vilhelm Møller-Christensen, Persönliche Mitteilungen über seine Ausgrabungen auf Leprosen-Friedhöfen und die Anfänge der Lepra-Osteoarchäologie, in: Jörn Henning Wolf (Hrsg.), *Aussatz, Lepra, Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel*, Teil 1: Katalog, Ingolstadt 1982 (= Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums, 4), S. 152-153.
34. Wilhelm Mummenhoff, Die Aachener Leproserie Melaten, in: *Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins* 66/67 (1954/55), S. 12-34.

35. Wilhelm Mummenhoff, Das Aussätzigenhaus Melaten zu Aachen, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 6 (1926), S. 324 ff.
36. Axel Hinrich Murken, Die Geschichte der Medizin in Aachen, in: Axel Hinrich Murken, Festschrift zum 25jährigen Bestehen der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Zülpich 1991, S. 1-20.
37. Axel Hinrich Murken, Die Geschichte des Leprosoriums Melaten in Aachen vom Mittelalter bis zum Beginn der Neuzeit – 300 Jahre geschlossene Anstaltspflege für die Aussätzigen, in: Richard Toellner (Hrsg.), Lepra – gestern und heute, Münster 1992, S. 48-56.
38. Reiner Nolden, Besitzungen und Einkünfte des Aachener Marienstiftes von seinen Anfängen bis zum Ende des Ancien Régime, Aachen 1981 (= Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins, 86/87).
39. Ingrid Peinhardt-Franke, Auf Melaten liegen Leprakranke, Pilger und Verbrecher, Aachener Nachrichten vom 11.9.2007.
40. Irene Pelzer (Bearb.), Vaalserquartier und seine Gehöfte, Ausst.-Kat., Aachen 1985, S. 54-59.
41. Richard Pick, Die Armenpflege in Aachen, in: Festschrift zur 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Aachen 1900, S. 241-254.
42. Richard Pick, Die Gebühren des Aachener Scharfrichters um 1700, Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 8 (1886), S. 286.
43. Bernhard Poll, Geschichte Aachens in Daten, Aachen 1965.
44. Josef Ponten, Der Überfall auf Melaten, Heimatblätter des Landeskreises Aachen 7 (1937), S. 37-40.
45. Andreas Prescher, Anatomische und pathologische Befunde an den Skelettresten der Gräber des Aachener Leprosoriums „Gut Melaten“, Aachen 1995.
46. Andreas Prescher, Osteoarchäologische Untersuchungen an den Gebeinen aus dem Friedhof des Aachener Leprosoriums „Gut Melaten“, Aachen 1998 (Typoskript).
47. Christian Quix, Historisch-topographische Beschreibung der Stadt Aachen, Aachen 1829.
48. Christian Quix, Die St. Peterskirche, Aachen 1836.
49. Christian Quix, Die Kapelle zu Melaten, Aachen 1843.
50. Carl Rhoen, Zur älteren Topographie der Stadt Aachen, Aachen 1894.
51. Anton Salm, Historische Darstellung des Armen-Wesens der Stadt Aachen und der Wirksamkeit der Armen-Verwaltungskommission daselbst, Aachen 1888.
52. Alexandra Schlachetzki, Inzidenz der Arthrosis deformans am mittelalterlichen Skelettmaterial Gut Melaten, Med. Diss. Aachen 1998.
53. Joachim H. Schleifring, Anthropologische Untersuchungen an den Skelettfunden vom Gräberfeld des Leprosoriums Gut Melaten, in: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Archäologie im Rheinland 1988, Köln 1989, S. 136-138.
54. Joachim H. Schleifring, Leprakranke wurden nicht in Massengräbern beigesetzt, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 23.02.1989, S. 10.
55. Joachim H. Schleifring, Michael Weiß, „Donnerkeile“ in den mittelalterlichen Gräbern beim Gut Melaten, in: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Archäologie im Rheinland 1988, Köln 1989, S. 139 f.

56. Joachim H. Schleifring, Michael Weiß, Pilger- und andere Schnecken, Molluskenfunde im mittelalterlichen Gräberfeld beim Gut Melaten in Aachen, in: Das Rheinische Landesmuseum 4 (1989), S. 49-53.
57. Egon Schmitz-Cliever, Die Heilkunde in Aachen von römischer Zeit bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts, Aachen 1963 (= Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins, 74/75).
58. Egon Schmitz-Cliever, Repertorium medicohistoricum Aquense, in: Aachener Kunstblätter 34 (1967), S. 194-251.
59. Egon Schmitz-Cliever, Repertorium medicohistoricum Aquense II, Aachener Kunstblätter 40 (1971), S. 165-185.
60. Egon Schmitz-Cliever, Zur Osteoarchäologie der Mittelalterlichen Lepra, Medizin-historisches Journal 6 (1971), S. 249-263.
61. Egon Schmitz-Cliever, Das mittelalterliche Leprosorium Melaten bei Aachen in der Diözese Lüttich 1230-1550, in: Clio Medica 7 (1972), S. 13-34.
62. Egon Schmitz-Cliever, Topographie und Baugeschichte des Leprosoriums Melaten bei Aachen, in: Sudhoffs Archiv 56 (1972), S. 197-206.
63. Egon Schmitz-Cliever, St. Jakobspilgermuscheln in einem mittelalterlichen Leprosengrab, in: Aachener Kunstblätter 44 (1973), S. 317-322.
64. Egon Schmitz-Cliever, Zur Osteoarchäologie der mittelalterlichen Lepra (II), in: Medizinhistorisches Journal 8 (1973), S. 182-200.
65. Willibald Schmitz-Dobbelstein, Die Hospitalschwestern von St. Elisabeth in Aachen 1622-1922, Aachen 1922.
66. Ute Schneider, Odontologische Untersuchungen an 59 Schädeln des mittelalterlichen Gräberfeldes des Leprosoriums „Gut Melaten“ zu Aachen aus der Zeit 1230 bis 1550, Med. Diss. Aachen 2000.
67. Karl Schué, Das Gnadebitten in Recht, Sage, Dichtung und Kunst, Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 40 (1918), S. 143-293.
68. Schummelei im Leprosorium, in: Geo 4 (1989), S. 199, 202.
69. G. Talbot, Entwicklung der Armenpflege in Aachen im 19. Jahrhundert, in: Festschrift zur 72. Versammlung der Naturforscher und Ärzte, Aachen 1900, S. 254-262.
70. Petra Trella, Gut Melaten, in: Rheinisches Ärzteblatt 43 (1989), H. 2, S. 89.
71. Leo Vallot, Melaten birgt noch Geheimnisse, in: Aachener Woche vom 29.11.1988.
72. Hartmut Vennen, Eine archäologische Sensation, in: Aachener Nachrichten vom 18.11.1988.
73. Stefanie Vogl, Abrasionsuntersuchungen an mittelalterlichen Zähnen von Skeletten aus dem ehemaligen Leprosorium Melaten bei Aachen unter Berücksichtigung der Ernährungsverhältnisse zu dieser Zeit (1230-1550), Med. Diss. Aachen 1999.
74. C. Wacker, Ein republikanisches Siegesfest in Aachen, in: Aus Aachens Vorzeit 3 (1890), S. 61-63.
75. Thea Winandy, Die Lepra-Toten von Melaten kommen jetzt aus der Grube, in: Aachener Nachrichten vom 12.07.1969.
76. Hermann Wirtz, Die städtische Gerichtsbarkeit in der Reichsstadt Aachen, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 43 (1921), S. 47-158.

77. Joachim Zinsen, Vor den Grabräubern kapituliert, in: Aachener Nachrichten vom 30.11.1988.

Die Geschichte der Lepra im Mittelalter. Eine Auswahlbibliographie

Michaela Thal und Andreas Kopytto

1. Josef Abt, Wolfgang Vomm, Der Kölner Friedhof Melaten. Begegnung mit Vergangenen und Vergessenem aus rheinischer Geschichte und Kunst, Köln 1980.
2. Erwin H. Ackerknecht, Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten, Stuttgart 1963.
3. Paul Alberdingk Thijm, Geschichte der Wohltätigkeitsanstalten in Belgien von Karl dem Großen bis zum sechzehnten Jahrhundert, Freiburg i. Br. 1887.
4. Johannes Gerhard Andersen, Studies on Mediaeval Diagnosis of Leprosy in Denmark. An Osteoarchaeological, Historical, and Clinical Study, Med. Diss., Kopenhagen 1969.
5. Johannes Asen, Das Leprosenhaus Melaten bei Köln, Diss., Bonn 1908.
6. Johannes Asen, Eine Leprosenordnung von Melaten bei Köln aus dem 16. Jahrhundert, Leipzig 1913 (= Separat-Abdruck aus: Lepra – Bibliotheca Internationalis 14 (1913), H. 2, S. 70-72).
7. Jürgen Belker, Münster-Kinderhaus. Eine alte Leprastation, Würzburg 1989.
8. Jürgen Belker, Aussätzige. „Tückischer Feind“ und „Armer Lazarus“, in: Bernd-Ulrich Hergemöller (Hrsg.), Randgruppen in der spätmittelalterlichen Gesellschaft, 2. Aufl., Warendorf 1994, S. 253-283.
9. Jürgen Belker, Dokumentation 8: Leprosenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern, in: Die Klapper 4 (1996), S. 7-14.
10. Jürgen Belker, Dokumentation 4: Leprosenhäuser in Hessen, in: Die Klapper 5 (1997), S. 7-9 und Anlage (S. 1-4).
11. Jürgen Belker, Dokumentation 9: Leprosenhäuser in Brandenburg und Berlin, in: Die Klapper 6 (1998), Anlage (S. 1-4).
12. Jürgen Belker-van den Heuvel, Dokumentation 5: Mittelalterliche Leprosenhäuser im heutigen Rheinland-Pfalz und Saarland, in: Die Klapper 9 (2001), S. 8-9, und Anlage, S. 1-2.
13. Jürgen Belker-van den Heuvel, Dokumentation 11: Mittelalterliche Leprosenhäuser im heutigen Thüringen, in: Die Klapper 10 (2002), S. 10-13.
14. Jürgen Belker-van den Heuvel, Dokumentation 6: Mittelalterliche Leprosenhäuser im heutigen Baden-Württemberg, in: Die Klapper 11/12 (2003/2004), S. 9-12, und Anlage, S. 1-8.
15. Françoise Bériac, Histoire des lépreux au Moyen Age. Une société d'exclus, Paris 1988.
16. Nicole Bériou, François-Olivier Touati, Voluntate dei leprosus, Spoleto 1991 (= Testi, studi, strumenti, 4).
17. Rolf Biniek, Der Aussatz in Bonn, in: Die Klapper 9 (2001), S. 1-7.
18. Rolf Biniek, Der Schellenknecht oder das organisierte Betteln im Mittelalter, in: Die Klapper 11/12 (2003/2004), S. 4-7.

19. Saul Nathaniel Brody, *The disease of the soul. Leprosy in medieval literature*, Ithaca, London 1974.
20. Helga Brömmelhaus, *Lepra und Leprosorien in England. Ergebnisse einer Studienreise*, in: *Die Klapper* 10 (2002), S. 1-9.
21. Neithard Bulst, Robert Delort, *Maladies et société (XIIe-XVIIIe siècles)*. Actes du colloque de Bielefeld, novembre 1986, Paris 1989.
22. J. l'Abbé Ceyssens, *Les doyens ruraux dans l'ancien diocèse de Liège*, in: *Bulletin de la Société d'art et d'histoire du diocèse de Liège*, 9 (1889), S. 203.
23. Hans Clemens, *Müngersdorf im Spiegel seiner Geschichte*, Köln 1968.
24. Albert Deibele, *Das Katharinenspital zu den Sondersiechen in Schwäbisch Gmünd*, Schwäbisch Gmünd 1966.
25. Paul Delaunay, *De la condition des lépreux au moyen âge*, in: *Hippocrate* 2 (1974), S. 456-460.
26. Luke Demaitre, *The description and diagnosis of leprosy by 14th-century physicians*, in: *Bulletin of the history of medicine* 59 (1985), S. 327-344.
27. Luke Demaitre, *Leprosy in premodern medicine*, Baltimore 2007.
28. Luke Demaitre, *The relevance of futility. Jordanus de Turre (fl. 1313-1335) on the treatment of leprosy*, in: *Bulletin of the History of medicine* 70 (1996), S. 25-61.
29. Gerd Dethlefs, *Leprosenhaus – Werkhaus – Armenhaus. Die stadtmünstersche Leprosenstiftung Kinderhaus als Objekt fürstbischöflicher Wirtschafts- und Sozialpolitik 1661-1686*, in: Helmut Lahrkamp (Hrsg.), *Beiträge zur neueren Stadtgeschichte*, Münster 1987, S. 1-33.
30. Gerd Dethlefs, *Pest und Lepra. Seuchenbekämpfung in Mittelalter und früher Neuzeit*, Münster 1989 (= *Geschichte original – am Beispiel der Stadt Münster*, 16).
31. Martin Dinges, *Frühneuzeitliche Armenfürsorge als Sozialdisziplinierung? Probleme mit einem Konzept*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 17 (1991), S. 5-29.
32. Martin Dinges, Thomas Schlich (Hrsg.), *Neue Wege der Seuchengeschichte*, Stuttgart 1995 (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, Beiheft, 6).
33. Ulf Dirlmeier, *Zu den Lebensbedingungen in der mittelalterlichen Stadt: Trinkwasserversorgung und Abfallbeseitigung*, in: Bernd Herrmann (Hrsg.), *Mensch und Umwelt im Mittelalter*, Stuttgart 1986, S. 150-159.
34. Alexandra Druzynski von Boetticher, *Die mittelalterliche Leproserie St. Nikolai in Bardowick*, *Architectura* 37 (2007), S. 83-94.
35. Susa Ebbinge Wubben, *Leven als doodverklaarden: Leproenzorg in Europa (500-1800)*, Zeist 1993.
36. Wilhelm Ebstein, *Zur Frage von der Lepra in der Malerei*, in: *Virchows Archiv* 189/3 (1907), S. 519-526.
37. Rod Edmond, *Leprosy and Empire. A Medical and Cultural History*, Cambridge 2007.
38. Stephen R. Ell, *Blood and sexuality in medieval leprosy*, in: *Janus* 71 (1984), S. 153-164.
39. Dietrich von Engelhardt, *Der Unglückliche ist überall. Wie Lepra – wohl eine der ältesten Infektionskrankheiten der Welt – die Dichter der Neuzeit inspirierte*, in: *Die Waage* 32/2 (1993), S. 53-57.

40. Anton Fahne, Das Ende der Siechenhäuser im westlichen Deutschland, in: Zeitschrift des Bergischen Geschichtsvereins 10 (1874).
41. Thomas Fischer, Städtische Armut und Armenfürsorge im 15. und 16. Jahrhundert. Sozialgeschichtliche Untersuchungen am Beispiel der Städte Basel, Freiburg i. Br. und Straßburg, Göttingen 1979 (= Göttinger Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte, 4).
42. Der Friedhof Melaten in Köln, Rheinische Heimatpflege N.F. 16 (1979), 1, S. 65.
43. Wilhelm Frohn, Lepradarstellungen in der Kunst des Rheinlandes, Berlin 1936.
44. Kristian Fredrik Grön, Lepra in Literatur und Kunst, in: Josef Jadassohn (Hrsg.), Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 10, Teil 2, Berlin, Heidelberg, New York 1930, S. 806-842.
45. Louis-Vincent Guillaud, Étude sur la condition des lépreux au moyen âge, Paris 1875.
46. Ingeborg Hecht, Der Siechen Wandel. Die Aussätzigen im Mittelalter und heute, Freiburg i. Br. 1982.
47. Philipp Gabriel Hensler, Vom abendländischen Aussatze im Mittelalter. Nebst einem Beitrage zur Kenntniß und Geschichte des Aussatzes, Hamburg 1790.
48. René Héry, Les léproseries dans l'ancienne France, Thèse, Paris 1896.
49. Hermann Hörger, Krankheit und religiöses Tabu – die Lepra in der mittelalterlich-frühneuzeitlichen Gesellschaft Europas, in: Gesnerus 39 (1982), S. 53-70.
50. Irmgard Hort, Aussätze in Melaten: Regeln zur Krankheitsdiagnose, um 1540/80, in: Johannes Helmrath, Joachim Deeters (Hrsg.), Quellen zur Geschichte der Stadt Köln, Bd. 2, Köln 1996, S. 168-173.
51. Nicolas Huyghebaert, L' origine ecclésiastique des léproseries en Flandre et dans le Nord de France, in: Revue d' Histoire Ecclésiastique 58 (1963), S. 848-857.
52. Johannes Ibach, H. R. Jung, Der Friedhof zu Köln-Melaten, Köln 1898.
53. Kay Peter Jankrift, Hagioskope. Unbeachtete Zeugnisse der Leprageschichte, in: Die Klapper 7 (1999), S. 1-3.
54. Kay Peter Jankrift, Etlicker notropftiger gebreckenn tho betteren... Streiflichter auf die Normsetzung im Leprosorium Münster-Kinderhaus zur Mitte des 16. Jahrhunderts, in: Die Klapper 9 (2001), S. 10 f.
55. Edouard Jeanselme, Comment l'Europe au moyen âge se protégea contre la lèpre, in: Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Médecine et de ses filiales 25 (1931), S. 1-155.
56. Gundolf Keil, Seuchenzüge des Mittelalters, in: Bernd Herrmann (Hrsg.), Mensch und Umwelt im Mittelalter, Stuttgart 1986, S. 109-128.
57. Gundolf Keil, Claudia Schott-Volm, Axel Hinrich Murken et al., Aussatz, in: Lexikon des Mittelalters, Bd. 1, München, Zürich 1980, Sp. 1249-1257.
58. Hermann Keussen, Beiträge zur Geschichte der Kölner Lepra-Untersuchungen, Lepra, in: Bibliotheca Internationalis 14 (1913), S. 80-112.
59. Leon de Keyser, Quelques considérations sur les léproseries belges au moyen âge, Brüssel 1912.
60. J. P. Kirch, Die Leprosorien Lothringens, insbesondere die Metzger Leproserie S. Ladre bei Montigny, in: Jahrbuch der Gesellschaft für Lothringische Geschichte und Altertumskunde 15 (1903), S. 46-109.

61. Gregor Heinrich Klövekorn, *Der Aussatz in Köln*, München 1966.
62. Huldrych M. Koelbing, Monica Schär-Send, Antoinette Stettler-Schär et al., in: *Beiträge zur Geschichte der Lepra*, Zürich 1972 (= *Zürcher Medizingeschichtliche Abhandlungen*, Neue Reihe, 93).
63. Werner Koppe, *Aussatz und Pest – Geißeln der Menschheit*, in: *Vestischer Kalender* 63.1992 (1991), S. 162-167.
64. Ludwig Wilhelm Johannes Kotelmann, *Gesundheitspflege im Mittelalter*, Hamburg, Leipzig 1890.
65. Barbara Krug, *Die Leprosen in Münster-Kinderhaus im 17. Jahrhundert. Bemerkungen zur Lebensform*, in: Nils-Arvid Bringéus et al. (Hrsg.), *Wandel der Volkskultur in Europa. Festschrift für Günter Wiegmann*, Münster 1988, S. 676-685 (= *Beiträge zur Volkskultur in Nordwestdeutschland*, 60/II).
66. Barbara Krug-Richter, *Leben in Armut? Lebensstandard und Nahrungsgewohnheiten im münsterschen Magdalenenhospital und im Leprosorium Kinderhaus 1539-1635*, Phil. Diss., Münster 1990.
67. Godefroid Kurth, *La lèpre en occident avant les croisades*, Paris 1891.
68. Clemens Lohmann, *Seuchenkrankenversorgung in Fritzlar. Ein Beitrag zum mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Krankenwesen*, in: *Die Klapper* 5 (1997), S. 10-12.
69. Rudolf Menn, *Deutschlands erstes Lepra-Museum. Die Geschichte einer bösen „Geißel der Menschheit“*, *Jahrbuch Westfalen*, Westfälischer Heimatkalender, N.F., 42 (1988), S. 146-150.
70. Rudolf Menn, *Kleine historische Leprakunde*, in: *Die Klapper* 4 (1996), S. 5 f.
71. Charles A. Mercier, *Leper houses and medieval hospitals*, London 1915.
72. Nikola Möller, *Auf die radsherren gestiftet. Das Leprosenhaus St. Nikolai zu Minden – Beispiel einer kommunalen Fürsorgeeinrichtung im spätmittelalterlichen Westfalen*, in: *Die Klapper* 8 (2000), S. 7 f.
73. Nikola Möller, *Bibliographie zur Leprageschichte*. Stand: Januar 2007, www.lepramuseum.de/bibliographie.pdf [Stand: 15.05.2008].
74. Vilhelm Möller-Christensen, *Ten lepers from Naestved in Denmark*, Kopenhagen 1953.
75. Vilhelm Möller-Christensen, *Bone changes in leprosy*, Kopenhagen 1961.
76. Vilhelm Möller-Christensen, *The history of syphilis and leprosy – an osteoarchaeological approach*, in: *Abbotempo* 7/1 (1969), S. 20-25.
77. Vilhelm Möller-Christensen, *Leprosy changes in the skull*, Odense 1978.
78. Irmgard Müller, *Sieche, Seuchen und Spitaldienst im Spiegel der Heiltätigkeit Elisabeths von Thüringen. Heilserwartung und Heilerfolge im Mittelalter*, in: *Hessisches Jahrbuch für Landesgeschichte* 32 (1982), S. 1-17.
79. Horst Müller-Bütow, *Lepra. Ein medizinhistorischer Überblick unter besonderer Berücksichtigung der mittelalterlichen arabischen Medizin*, Frankfurt a. M. 1981.
80. Axel Hinrich Murken, *Mit Bildern gegen den Tod. Die Seuchen im Spiegel der Kunst*, in: *Die Waage* 32/2 (1993), S. 79-88.
81. Axel Hinrich Murken, *Die beständigen Begleiter der Menschen. Seuchen im Spiegel der Kunst*, in: *Die Waage* 45/2 (2006), S. 73-80.

82. Heinz Muschel, *Das Spital der Reichen Siechen zu St. Katharina in Ulm. Eine rechtsgeschichtliche Untersuchung zu Inkorporation von Wohlfahrtsanstalten durch die Reichsstadt im ausgehenden Mittelalter*, Ulm 1965.
83. Dietrich Oeter, *Sterblichkeit und Seuchengeschichte der Bevölkerung bayerischer Städte von 1348-1870*, Med. Diss., Köln 1971.
84. Donald J. Ortner, J., Keith Manchester, Frances Lee, *Metastatic Carcinoma in a Leper Skeleton from a Medieval Cemetery in Chichester, England*, in: *International journal of osteoarchaeology* 1 (1991), S. 91-98.
85. Karl-Maria Ott, *Die Lepra und ihre Ausbreitung im Mittelalter*, Frankfurt a. M., Med. Diss., 1949.
86. Richard Palmer, *The church, leprosy and plague in medieval and early modern Europe*, in: William J. Sheils (ed.), *The church and healing*, Oxford 1982, S. 79-89.
87. Alois Paweletz, *Lepradiagnostik im Mittelalter und Anweisungen zur Lepraschau*, Leipzig 1915.
88. Helmut Prierer, Arno Schmidt, *Lepra am Mittelrhein*, Heimatjahrbuch des Landkreises Neuwied (2008), S. 120-126.
89. Christian Probst, *Das Hospitalwesen im hohen und späten Mittelalter und die geistliche und gesellschaftliche Stellung der Kranken*, in: *Sudhoffs Archiv* 50 (1966), S. 246-258.
90. Gernot Rathert, *Die Geschichte des Leprosenhauses in Kinderhaus bei Münster/Westfalen*, Med. Diss., Münster 1968.
91. Carole Rawcliffe, *Leprosy in medieval England*, Woodbridge 2006.
92. Siegfried Reicke, *Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter*, Nachdr. d. Ausg. Stuttgart 1932, Bd. 1-2, Amsterdam 1970 (= *Kirchenrechtliche Abhandlungen*, 111/112-113/114).
93. Th. Jacques van Rensch, *„Arme lazarusen“, aspecten van de geïnstitutionaliseerde leprozenzorg in Maastricht, vooral in de 15e en 16e eeuw*, in: A. M. J. A. Berkvens, A. F. Gehlen (Hrsg.), *Van verminkingsstraf tot vrederechter*, Maastricht 2000, S. 23-61.
94. Peter Richards, *The medieval leper and his Northern heirs*, Cambridge 1977.
95. Paul Richter, *Beiträge zur Geschichte des Aussatzes*, in: *Archiv für Geschichte der Medizin* 4 (1911), S. 323-352.
96. Martin Riegel, *Lepra, Pest und andere Seuchen. Krankheit und Krankenpflege in Kitzingen am Main zwischen Mittelalter und Früher Neuzeit*, Hamburg 2002 (= *Beiträge zur deutschen und europäischen Geschichte*, 29).
97. Helma Rombach-Geier, *Auf den Spuren der Leprosen des Mittelalters*, in: *Die Klapper* 15 (2007), S. 13-14, 19-23.
98. Katharina Christine Roskopf, *Die Lepra und ihre medizinische Behandlung im Mittelalter am Beispiel des Leprosenhauses zu Mülln bei Salzburg*, Salzburg, Univ., Dipl.-Arb., 2006.
99. Jacques Ruffié, Jean-Charles Sournia, *Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit*, Stuttgart 1987.
100. Antje Schelberg, *Leprosen in der mittelalterlichen Gesellschaft*, Diss., Göttingen 2000.

101. Heinrich Schipperges, *Der Garten der Gesundheit. Medizin im Mittelalter*, München, Zürich 1985.
102. Heinrich Schipperges, *Die Kranken im Mittelalter*, München 1990.
103. Josef Schork, Das Wormser „Gutleuthaus“ im Spätmittelalter und die besondere Rolle des Andreasstifts, *Die Klapper* 15 (2007), S. 15-18.
104. Werner Schreiber, Friedrich Karl Mathys, *Infectio. Ansteckende Krankheiten in der Geschichte der Medizin*, 2. Aufl., Basel 1987, S. 81-111.
105. Thomas Schwabach, Ein bemerkenswerter Lepra-Untersuchungsfall vor der Medizinischen Fakultät der Universität Köln in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts, in: *Die Klapper* 6 (1998), S. 8-10.
106. Charles Singer, A thirteenth century clinical description of leprosy, in: *Journal of the History of Medicine* 4 (1949), S. 237-239.
107. Dieter Staerk, Gutleuthäuser und Kotten im südwestdeutschen Raum. Ein Beitrag zur Erforschung der städtischen Wohlfahrtspflege in Mittelalter und Frühneuzeit, in: Werner Besch, Klaus Fehn (Hrsg.), *Die Stadt in der europäischen Geschichte. Festschrift Edith Ennen*, Bonn 1972, S. 529-553.
108. Wilhelm Steinhilber, *Die Lepra und das städtische Leprosorium im alten Heilbronn*, Heilbronn 1954 (= Veröffentlichung des Historischen Vereins Heilbronn, 21).
109. Antoinette Stettler-Schär, *Leprologie im Mittelalter*, Basel 1969.
110. Hans Sturzenegger, *Aussatz und Pest im Mittelalter*, Bern 1928 (= Schweizer Realbogen, 23).
111. Karl Sudhoff, *Aussatz – Aussatzhäuser*, in: *Reallexikon der germanischen Altertumskunde*, Bd. 1, Straßburg 1911-1913, S. 144-146.
112. Karl Sudhoff, *Dokumente zur Ausübung der Lepraschau in Frankfurt am Main im 15. Jahrhundert*, *Lepra – Bibliotheca Internationalis* 13 (1913), S. 141-170.
113. Richard Toellner (Hrsg.), *Lepra – gestern und heute*, Münster 1992.
114. François-Olivier Touati, *Archives de la lèpre. Atlas des léproseries entre Loire et Marne au moyen âge*, Paris 1996 (= *Mémoires et documents d'histoire médiévale et de philologie*, 7).
115. François-Olivier Touati, *Maladies et société au moyen âge. La lèpre, les lépreux et les léproseries dans la province ecclésiastique de Sens jusqu'au milieu du XIVe Siècle*, Paris 1998 (= *Bibliothèque du Moyen Age*, 11).
116. Hans Trümpy, *Die Aussätzigen in der mittelalterlichen Gesellschaft*, in: *Zeitschrift des Ciba-Geigy-Konzerns* 3(1973), S. 27-31.
117. Martin Uhrmacher, *Leprosorien in Mittelalter und früher Neuzeit. Geschichtlicher Atlas der Rheinlande*, Köln 2000.
118. Martin Uhrmacher, So vinden wy an euch als eynen krancken und seichen manne... Köln als Zentrum der Lepraschau für die Rheinlande im Mittelalter und früher Neuzeit, in: *Die Klapper* 8 (2000), S. 4-6.
119. Willi Varges, *Die Wohlfahrtspflege in den deutschen Städten des Mittelalters*, in: *Preußische Jahrbücher* 81 (1895), S. 250-318.
120. Manfred Vasold, *Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute*, München 1991.

121. Martijn Vergouw, „Zur Ehren Gottes und der Seligen Jungfrau von Eiteren“. Die Leprosen von Eiteren und ihre Bruder- und Schwesternschaft, in: *Die Klapper* 11/12 (2003/2004), S. 13-14.
122. Rudolf Virchow, Zur Geschichte des Aussatzes und der Spitäler, besonders in Deutschland, in: *Virchows Archiv* 18 (1860), S. 138-162 und 273-329; 19 (1860), S. 43-93; 20 (1861), S. 166-198 und 459-512.
123. Rudolf Virchow, Ein Aussatzbild des älteren Holbein, in: *Virchows Archiv* 22 (1861), S. 190-192.
124. Rudolf Virchow, von Hessling, Das Holbeinsche Aussatzbild, in: *Virchows Archiv* 23/1-2 (1862), S. 194-196.
125. Hans Vogts, Der Kölner Friedhof Melaten, Köln 1937 (= *Rheinische Friedhöfe, Sonderheft der Mitteilungen der Westdeutschen Gesellschaft für Familienkunde*, 2).
126. Ute Weyand, Neue Untersuchungen über Lepra- und Pesthäuser in Westfalen und Lippe. Versuch eines Katasters, Med. Diss., Bochum 1984.
127. Ralf Wiechmann, Ellin Einfeldt, Klaus Püschel, „... men scholde en ere hovede afhoven und negele se uppe den stok ...“ – Die Piratenschädel vom Grasbrook, in: Jürgen Bracker (Hrsg.), „Gottes Freund – aller welt feind“ – Von Seeraub und Konvoifahrt, Störtebecker und die Folgen, Hamburg 2001.
128. Marie-Luise Windemuth, Das Hospital als Träger der Armenfürsorge im Mittelalter, Stuttgart 1995 (= *Sudhoffs Archiv, Beihefte*, 36).
129. Jörn Henning Wolf (Hrsg.), Aussatz, Lepra, Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel, Teil 1: Katalog, Ingolstadt 1982 (= *Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums*, 4).
130. Jörn Henning Wolf (Hrsg.), Aussatz, Lepra, Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel, Teil 2: Aufsätze, Würzburg 1986 (= *Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums, Beihefte*, 1).
131. Albert Zink, Andreas Nerlich, Paläopathologische und molekulare Untersuchungen zum Nachweis von Lepra in einem Gebeinhaus von Rain am Lech, in: *Die Klapper* 8 (2000), S. 1-3.

B. Psyche als Gegenstand von Medizin in historischer Perspektive

Die Geschichte des Intelligenz-Begriffs und die aktuelle Debatte zum Enhancement der Intelligenz

Sabine Müller

1. Einleitung

Nach wie vor ist die Definition von Intelligenz im Sinne einer Wesensbestimmung umstritten, auch wenn sich die operationale Intelligenz-Definition, die Intelligenz über die Messung des Konstrukts Intelligenz definiert, weitgehend durchgesetzt hat. Aktuelle Forschungsfragen betreffen die grundsätzliche Möglichkeit und die Realisierbarkeit künstlicher Intelligenz, die Intelligenz von Tieren, die Entstehung von Intelligenz in der Evolution, genetische Faktoren von Intelligenzunterschieden, hirnorganische Voraussetzungen besonderer Intelligenz sowie Möglichkeiten der Steigerung der Intelligenz durch Pharmakologie, Gentechnik und Frühförderung. Diese Fragen zur Intelligenz enthalten einigen gesellschaftlichen Sprengstoff.

Dieser Aufsatz basiert auf einer noch unpublizierten historisch-systematischen, interdisziplinären Studie zum Intelligenz-Begriff, die den Bogen von den Intelligenz-Begriffen der klassischen Philosophie bis zur aktuellen empirischen Intelligenz-Forschung spannt.¹ Damit wird nicht nur ein historischer Rückblick bezweckt, sondern eine Analyse der philosophischen Konzepte, auf denen die moderne Intelligenz-Forschung basiert.

Ausgehend von der Etymologie des Intelligenz-Begriffs werde ich die beiden Traditionslinien des Intelligenzbegriffs in der Philosophiegeschichte kurz nachzeichnen: zum einen die idealistische, formalistische, zum anderen die voluntaristische, materialistische. Die Analyse der modernen Intelligenz-Forschung der Psychologie, Biologie, Anthropologie, Medizin, Künstliche-Intelligenz-Forschung und Sozialwissenschaften zeigt, dass diese beiden Traditionslinien der philosophischen Intelligenz-Begriffe die modernen empirischen Wissenschaften noch stark prägen. Anschließend werde ich deren Fortsetzung in der biologischen und medizinischen Intelligenz-Forschung skizzieren, die in der voluntaristischen Tradition steht. Schließlich werde ich kurz das Ergebnis der Studie darstellen, nämlich dass und inwiefern beide Traditionslinien des Intelligenzbegriffs wichtige Beiträge zur Erklärung der Intelligenz leisten, auch wenn sie in ihrer Verabsolutierung nicht haltbar sind.

2. Die philosophischen Traditionslinien der Begriffe ‚Intelligenz‘ und ‚Intellekt‘

Es ist unmöglich, *den* philosophischen Intelligenz-Begriff herauszukristallisieren. Da nahezu jeder Philosoph den Intelligenz-Begriff verwendet – allerdings i. d. R. ohne ihn zu definieren –, ist die Fülle des Materials enorm.

¹ Müller (2009).

Die Intelligenz-Begriffe der philosophischen Tradition lassen sich zwei Hauptströmungen zuordnen, je nachdem, ob sie vom Primat der Intelligenz oder vom Primat des Willens ausgehen. Vom Primat der Intelligenz, der Vernunft bzw. des Geistes geht die idealistische, rationalistische, formalistische Richtung aus. Vom Primat des Willens geht die voluntaristische, vitalistische, materialistische Linie aus, die den Intellekt als Produkt, aber auch als Widerpart des Lebens und des Willens betrachtet.

Um die beiden Traditionslinien des Intelligenz-Begriffs zu verstehen, lohnt es sich, auf seine Etymologie zurückzugehen: Der Begriff *Intelligenz* geht auf das lateinische Wort *intelligentia* zurück, das Abstraktum zu *intellegens* von *intellegere*. *Intellegere*, zusammengesetzt aus *inter* und *legere*, lässt sich mit „dazwischen lesen“ oder „dazwischen sammeln“ übersetzen. Im Begriff *legere* sind die Bedeutungen „sammeln“, „auflesen“, „aussortieren“ enthalten. Schon im klassischen lateinischen Sprachgebrauch sind sowohl *legere* als auch *intellegere* nicht nur zur Bezeichnung konkreter Handlungen, sondern auch zur Bezeichnung geistiger Tätigkeiten verwendet worden. Ebenfalls von *intellegere* abgeleitet ist der zunächst mit dem Begriff *intelligentia* synonyme Begriff *intellectus*, der von Quintilian und Tacitus zur Bezeichnung des höheren Erkenntnisvermögens verwendet wird.²

Als allgemeines Charakteristikum der Begriffe *Intelligenz* und *Intellekt* lässt sich also die Fähigkeit zur Differenzierung, also zum Unterscheiden und Trennen, festhalten. Im Akt des Differenzierens werden Grenzen und Unterschiede zwischen Phänomenen und Objekten wahrgenommen oder erst konstruiert. Die erste Differenzierung ist die Setzung einer Grenze zwischen innen und außen; damit konstituiert sich ein Subjekt als Subjekt gegen die Außenwelt. Anschließend lässt sich auch die Außenwelt in getrennte Objekte aufteilen, die sich benennen, ordnen und ggf. beherrschen lassen. Dann wird auch auf die Innenwelt ein differenzierender Zugriff möglich: Empfindungen, Wahrnehmungen, Vorstellungen und Gedanken können unterschieden, benannt, geordnet und ggf. beherrscht werden.

Ausgehend von diesem zentralen Begriffskern lassen sich die idealistische und die voluntaristische Traditionslinie schärfer in den Blick nehmen: Während in der idealistischen Linie die Intelligenz als Fähigkeit zur Differenzierung und Erkenntnis formaler Strukturen und ideeller Prinzipien betrachtet wird, begreift die voluntaristische Linie die Intelligenz als Fähigkeit zur Differenzierung der lebensrelevanten Strukturen und Merkmale, also als ein zwar notwendiges Erfordernis des Überlebens, aber keinesfalls als Mittel zur Erkenntnis der wirklichen Beschaffenheit der Welt.

Der Begriff der Intelligenz spielt vor allem in der idealistischen Tradition eine große Rolle, während der Begriff des Intellekts besonders in der voluntaristischen Tradition verwendet wird.

Die idealistische, formalistische Richtung betrachtet die *intelligentia* als Fähigkeit, die Welt ihrer Form nach, nicht ihrem Inhalt nach zu erkennen. Der Mensch transzendiert sich und die sinnlich wahrnehmbare, materielle, endliche und sterbliche Welt durch seinen Intellekt, der ihn teilhaben lässt an der stabilen, ideellen Welt, die den wechselhaften Phänomenen des irdischen Daseins zugrunde liegen soll. Die idealistische, formalistische Richtung beginnt in der römischen Antike und setzt sich in der Scholastik fort, die die Begriffe

² Vgl. Ritter/Gründer (1976), Sp. 445 f.

intellegentia und *intellectus* im Kontext einer idealistischen Metaphysik bzw. Theologie verwendet. Intelligenz wurde in der Scholastik nur Gott, den Engeln und Ideelles betrachtenden Menschen zugeschrieben, aber keinesfalls Tieren oder Maschinen. In dieser Metaphysik, die Materie und Form, Körper und Geist strikt trennt, werden Fragen nach der Erkenntnis ohne Anschauung, der Existenz angeborener Ideen und angeborenen Wissens, nach der Unsterblichkeit der Seele, etc. aufgeworfen. Die idealistische Richtung führt von der antiken Tradition über die Scholastik einerseits zum subjektiven Idealismus (Descartes, Kant, Fichte) und zum objektiven Idealismus (Schelling, Hegel), andererseits zur cartesianischen Naturwissenschaft. In der Moderne beeinflusst sie die psychologische Intelligenz-Forschung i. e. S., die Intelligenzdiagnostik, den Kognitivismus und die klassische Künstliche Intelligenz-Forschung.

Dagegen basiert die voluntaristische, materialistische Richtung auf einer Metaphysik, die die Welt als Chaos, als prinzipiell unerkennbar, unvernünftig und von rohen Kräften getrieben betrachtet. Diese auf Schopenhauer und Nietzsche zurückgehende Richtung geht vom Primat des Willens aus. Ursprung und Beherrscher des Intellekts sei der Wille. Der Intellekt sei Mittel zum Zweck und stehe im Dienst der Lebenserhaltung oder des Machtgewinns. Der Intellekt sei nur ein Werkzeug, um die Welt zu erkennen; allerdings gehe die Erkenntnis höchstens soweit, wie es dem Überleben dienlich ist. Objektive Erkenntnis könne der Intellekt nicht gewinnen; jede über die Überlebensnotwendigkeiten hinausgehende Erkenntnis sei überflüssig, Lüge und Selbsttäuschung. Schließlich kehre sich der Intellekt gegen das Leben, wie ein heimtückischer Parasit gegen seinen Wirt, den er letztlich zu Grunde richtet – so bezichtigen Nietzsches und Klages den Intellekt. Andere Autoren der voluntaristischen Richtung, insbesondere Schopenhauer und Hartmann, sehen im Intellekt die einzige Chance zur Transzendenz und zur Flucht aus dem ewigen Kreislauf der Natur. Die voluntaristische Richtung setzt sich in der modernen Biologie fort, wo die Intelligenz als Mittel im Kampf um das Überleben gesehen wird, als Werkzeug wie Flügel oder Schwanzflossen. Auch in der *Embodied AI* (verkörperte Künstliche Intelligenz), die den Nachbau künstlicher Lebewesen versucht, wirkt sie fort.

3. Die idealistische Tradition des Intelligenz-Begriffs

3.1 Intelligenz-Begriffe in Antike und Mittelalter

Die idealistische Tradition des Intelligenz-Begriffs beginnt in der römischen Antike, in der der griechische Begriff *nous* mit *intellegentia* bzw. *intellectus* übersetzt wird. Quintilian und Tacitus verwenden die Begriffe *intellegentia* bzw. *intellectus* zur Bezeichnung des höheren Erkenntnisvermögens. Marcus Tullius Cicero verwendet die Begriffe *intellegentia* und *intellectus* erstens als Fähigkeit zu erkennen,³ zweitens als das Erkennen selbst⁴ und drittens als die gewonnene Erkenntnis⁵.

Die philosophische Terminologie der Spätantike und des Mittelalters ist vor allem durch die Übersetzungen der Texte von Aristoteles, Porphyrios und Plotin durch

³ Cicero (1977): De divinatione I, 70.

⁴ Cicero (1976b): Tusc. disp. I, 51.

⁵ Cicero (1976a): De fin. II, 34.

Marius Victorinus beeinflusst worden, der *nous* mit *intelligentia* übersetzt hat. Im Mittellateinischen wurde *intelligentia* durch Abschwächung des Stammvokals zu *intelligentia*.⁶ In der mittelalterlichen Philosophie wird der Begriff *intellectus* i. A. im Sinne von Verständnis, Vernunft, Einsicht verwendet. Der Begriff *intellectus* steht für die Fähigkeit, die Gegenstände in ihrem Wesen, d. h. ihrer Form, nicht ihrem Inhalt nach, zu erfassen, denn nur die Form, nicht der Inhalt wird in der platonischen und aristotelischen Tradition als intelligibel gedacht.

Der Intelligenz-Begriff von Thomas von Aquin⁷ ist ein wesentlicher Baustein seiner Theologie und ist dort vielfach differenziert. Thomas bezeichnet Gott als *intelligentia divina* sowie als *intellectus purus*; diese Begriffe werden zur Darstellung des Dreifaltigkeitskonzepts weiter spezifiziert. Thomas verwendet den Begriff *intellectus* (bzw. *intelligentia*) meist als Gegensatz zu *ratio*, manchmal allerdings auch synonym, immer aber als Gegensatz zu *sensus*. Als *intellectus speculativus sive theoreticus* bzw. *intellectus principiorum* bezeichnet Thomas die spekulative Vernunft i. S. eines übersinnlichen intuitiven Erkenntnisvermögens oder geistigen Anschauungsvermögens, die im Gegensatz zum diskursiven Verstand (*ratio*) und zur Wissenschaft (*scientia*) die höchsten Prinzipien erkennen könne.

Nicolaus Cusanus, der weniger überzeugt von der Möglichkeit der vollständigen Vernunftserkenntnis und toleranter in Glaubensfragen war, wandte sich mit seiner Lehre des heiligen Nichtwissens (*sacra ignorantia*) gegen die Scholastik: Die Vernunft (*intellectus*) strebe zwar unersättlich nach der Wahrheit, aber diese könne immer nur näherungsweise erreicht werden, und der Versuch, sie festzulegen, lasse sie verschwinden.⁸ Cusanus nimmt eine Stufenleiter der Erkenntnis an: 1. *sensus* (Sinneswahrnehmung), 2. *ratio* (Verstand), 3. *intellectus* (Vernunft). Den Stufen der Erkenntnis seien jeweils spezifische Betätigungsfelder eigen: dem *intellectus* die theoretischen Wissenschaften, der *ratio* die angewandten Wissenschaften, dem *sensus* die praktischen Künste.⁹ Die Vernunftserkenntnis sei nicht zeitlich und weltlich, sondern universell, während die Sinneserkenntnis immer auf das Einzelne beschränkt sei.¹⁰ Auf der Ebene der *ratio* gilt nach Cusanus der Satz vom Widerspruch, auf der Ebene des *intellectus* könnten Gegensätze dialektisch zusammengedacht und deren Einheit (*coincidentia oppositorum*) erkannt werden.¹¹ Mit dieser Entgegensetzung von *ratio* und *intellectus* erfährt der Begriff des *intellectus* eine entscheidende Wandlung gegenüber seiner Etymologie: Nicht mehr die Fähigkeit zur Differenzierung, sondern die Fähigkeit, die Differenzen in einer Einheit aufzuheben, wird nun als das Wesen der Intelligenz gesehen. Die Intelligenz wird damit von einer analytischen und

⁶ Vgl. Forcellini (1865) 3, S. 559 f.

⁷ Vgl. Thomas von Aquin: *Summa theologiae*; Schütz (1895), S. 406-414, Stichworte *intellectus* und *intelligentia*; Ritter/Gründer (1976), Sp. 445-447; Mittelstrass (1984), Bd. 2, S. 254.

⁸ Vgl. Cusanus (1488), 1. und 4. Kapitel.

⁹ Vgl. Cusanus (ca. 1444), 2. Teil, 17. Kap., Abschnitt 178, S. 210 f.

¹⁰ Vgl. Cusanus (1488), 3. Buch, 4. Kap., S. 83 f.

¹¹ „Das geht über unsern Verstand, der Contradictorisches auf logischem Wege in seinem (dem contradictorischen) Prinzipie nicht verbinden kann [...]“ (Cusanus [1488], 1. Buch, 4. Kap., S. 8 f.)

diskursiven zu einer synthetisierenden Fähigkeit umgedeutet;¹² sie bleibt nichtsdestotrotz auf das Allgemeine, Abstrakte und Ideelle und Ewige bezogen.

Die Unterscheidung von *intelligentia* und *ratio* wird später ins Deutsche übernommen: Zunächst übersetzen Paracelsus, Meister Eckart und andere Mystiker sowie Luther *intellectus*, das höhere Vermögen, mit *Verstand* und *ratio*, das niedrigere Vermögen, mit *Vernunft*. Wolff und Kant kehren diese Zuordnung aber um: Das höhere Vermögen wird seitdem als Vernunft, das niedrigere als Verstand bezeichnet. Im deutschen Idealismus setzt sich die mittelalterliche Hierarchie von *intelligentia* und *ratio* fort: Die (intuitive) Vernunft wird als die höchste geistige Fähigkeit dem (diskursiven) Verstand gegenübergestellt, der mit dem Rationalismus der (französischen) Aufklärung (*Raisonnement*) in Verbindung gebracht und abgelehnt wird.¹³

3.2 Intelligenz-Begriffe in Renaissance und Neuzeit

In der Renaissance findet sich eine Zwischenposition zwischen der idealistischen und der voluntaristischen Tradition der Begriffe der Intelligenz bzw. des Intellekts, und zwar bei Giordano Bruno. Dieser rezipiert von der Scholastik die auf die Erkenntnis des Göttlichen bezogenen Begriffe *intelligentia* und *intellectus*, fundiert sie aber im Rahmen seiner pantheistischen Philosophie im Materiellen und Vitalen und beschreibt die wechselseitige Beeinflussung und den Kampf von Intellekt und Willen im Individuum.¹⁴ Die Zuordnung Brunos entweder zur idealistischen oder zur voluntaristischen Tradition fällt auch deswegen schwer, weil er von Autoren beider Tradition rezipiert wurde: von Leibniz, Schelling und Hegel ebenso wie von Spinoza, Schopenhauer, Haeckel, Engels, Feuerbach und Bloch.

Bruno wandte sich von der aristotelischen Tradition ab und zur pythagoreischen und (neu-)platonischen Tradition einer monistischen Naturphilosophie und Emanationslehre hin. Die Weltseele sei das universelle Prinzip, das die Natur gestaltet, und der universale Intellekt (*intellectus universalis*) ihr innerstes, wirklichstes Vermögen, das die natürlichen Gestaltungen hervorbringt. Den *intellectus universalis* bezeichnet Bruno als „inneren Künstler“, weil er die Materie von innen heraus forme und gestalte.¹⁵

Auf der „Stufenleiter der Intelligenzen“ steigt der individuelle Intellekt dieselben Stufen von der Vielfalt zur Einheit auf, die der universale Intellekt von der Einheit zur Vielfalt herabsteigt.¹⁶ Der menschliche Intellekt könne die Natur verstehen, weil er dem universalen Intellekt wesensgleich sei. Die Natur gebe dabei dem Verstand das Gesetz vor, nicht umgekehrt.¹⁷ Trotz der Korrespondenz von individuellem und universalem Intellekt ist Bruno relativ skeptisch bezüglich der Möglichkeit der Erkenntnis: Unser Intellekt könne weder sich selbst noch die Dinge an sich so erkennen, wie sie sind, sondern nur ihre

¹² Cusanus (ca. 1444), 2. Teil, 16. Kap., Abschnitt 160, S. 188: „[...] intelligentia vero sine sermone mentem intuetur [...].“ Die Intelligenz erkenne den Sinn ohne das Wort.

¹³ Vgl. Inwood (1992), S. 9 und 242-244.

¹⁴ Der Wille sei auf das Gute, der Intellekt auf das Wahre gerichtet (vgl. Bruno [1584 a], S. 46). Zur Frage, ob der Intellekt oder der Wille bedeutender sei, vgl. Bruno (1585a), 3. Dialog.

¹⁵ Bruno (1584b), S. 56-58.

¹⁶ Vgl. Bruno (1584b), S. 142.

¹⁷ „Naturaque sit rationi lex; non naturae ratio.“ (Bruno: De immenso, in: Bruno [1884], I, 2, S. 80.)

Abbilder („Schatten“) und Erscheinungen wie in einem Spiegel sehen. Höher als bis zur Erkenntnis der eigenen Blindheit könne man nicht gelangen.¹⁸

Den Intellekt betrachtet Bruno nicht nur als Vermögen der formalen Erkenntnis, sondern vor allem als schöpferisches Vermögen.¹⁹ Die Phantasie, also die Fähigkeit, wie die Natur immer neue Ideen und Gestalten hervorzubringen, bewertet Bruno ungleich höher als formale Fertigkeiten wie Logik, Grammatik, Mathematik, die er nur als Hilfsmittel der Wahrheitssuche betrachtet. Der Intellekt richtet sich bei Bruno auf die Erkenntnis der Welt, statt ausschließlich auf die Schau Gottes wie bei den scholastischen Philosophen.

Da der *intellectus universalis* in der gesamten Natur identisch sei, seien alle Geister und Seelen dem Wesen nach eins und von derselben Substanz. Es gebe eine unaufhörliche Metempsychose, also Wandlung und Transkorporation der Seelen. Der universale Intellekt bewirke in allen Lebewesen Wahrnehmung, Empfindung, Anschauung und Verständnis. Jedes Lebewesen habe eine besondere Intelligenz, und die Intelligenzen seien so vielfältig wie die Individuen. Das diskursive Denken der Menschen gehöre zu ihrer Natur, so wie die Instinkte zur Natur der Tiere gehörten. Alle Intelligenz stamme aus demselben Geist, so wie alle Körper aus derselben Materie stammten, und aus den verschiedenen Verhältnissen, Gewohnheiten und Maßen von Körper und Geist entstünden die verschiedenen Organe und Geistesarten der Wesen. Menschliche Seelen unterschieden sich nicht wesensmäßig von den Seelen anderer Tiere, sondern nur graduell.²⁰ Es gebe durchaus Tiere mit mehr Geist und Verstandeskraft als Menschen, aber ihnen fehlten die notwendigen Werkzeuge, die den Menschen erst zum Herrn der Erde machten: nämlich die Hände.²¹ Die Intelligenz hat für Bruno eine materielle Grundlage, deren spezifische Art von den konstitutionellen Merkmalen und existentiellen Verhältnissen der Lebewesen bestimmt werde. Bruno nimmt die evolutionäre Erkenntnistheorie im Prinzip schon vorweg.²²

Intelligenz existiert nach Brunos Überzeugung im ganzen Kosmos: Es gebe nicht nur unendlich viele Gestirne, sondern darauf könne es auch Leben und Intelligenz geben.²³

Der Begriff des *intellectus* ist nicht nur in Brunos Metaphysik und Kosmologie zentral, sondern auch in seiner Ethik: Durch den erkennenden und erschaffenden Intellekt werde der Mensch selbst göttlich.²⁴ Im Leitbild des *Heros* zeichnet Bruno den Menschen, der von intellektuellem Erkenntnisdrang ebenso getrieben wird, wie er von der Leidenschaft für das Gute und Schöne gefesselt und letztlich von seinem Gegenstand ergriffen und überwältigt wird.²⁵

Während Giordano Bruno einer der bedeutendsten Vertreter des organizistischen Paradigmas ist, gilt René Descartes²⁶ als der wichtigste Vertreter des mechanistischen, re-

¹⁸ Vgl. Bruno (1585a), S. 16.

¹⁹ Vgl. Bruno (1585a), S. 180.

²⁰ Vgl. Bruno (1585b), S. 41 ff.

²¹ Vgl. Bruno (1585b), S. 42 f.

²² Die Prinzipien der Evolutionstheorie kannte Bruno von Empedokles, Epikur und Lukrez. Ausführlicher hierzu: Müller (2008b).

²³ Vgl. Bruno (1584b), S. 54. – Vgl. auch Bruno (1584c), Vierter Dialog.

²⁴ Vgl. Bruno (1585a), S. 49 f. und 57.

²⁵ Vgl. Bruno (1585a), Vierter Dialog, S. 64 ff.

²⁶ Vgl. Descartes (1641 und 1649) sowie Cottingham (1993).

duktionistischen Paradigmas.²⁷ Descartes' Name steht einerseits für die Befreiung des naturwissenschaftlichen Denkens von Theologie und Okkultismus, andererseits werden mit ihm die Abwertung der Natur und der absolute Herrschaftsanspruch über die Natur verbunden. Descartes' mechanistisches Naturkonzept ist nicht nur auf die Kosmologie und die Physik bezogen, sondern auch auf die Biologie und Medizin. Tierische, insbesondere menschliche Körper betrachtet Descartes als Maschinen, die vollständig naturgesetzlich zu beschreiben sind, ohne die aristotelische Annahme einer vegetativen oder sensitiven Seele. Allein das Denken, die Sprache und das konzeptionelle bzw. intellektuelle Gedächtnis von Menschen nimmt Descartes von dieser reduktionistischen Sichtweise aus: Diese seien Funktionen der immateriellen, unkörperlichen, unteilbaren Seele, die in der menschlichen Körpermaschine wohne. Die Seele sei mit ihrem Körper zwar sehr eng verbunden, aber wesensmäßig von ihm verschieden, und sie könne ohne ihn existieren.²⁸ Ihren Hauptsitz habe die Seele in der Zirbeldrüse, von wo sie durch die „Lebensgeister“ (*spiritus animales*), d. h. durch „sehr subtile Teile des Blutes“,²⁹ die im Blut und im Nervensystem zirkulierten, die „Maschine unseres Körpers“³⁰ steuere.

Descartes unterscheidet strikt *res cogitans* und *res extensa*. Das cartesianische Ich ist nur *res cogitans*, also nur Geist, Seele, Intellekt oder Verstand (*mens, sive animus, sive intellectus, sive ratio*), aber nicht Empfindung, Gefühl, Leidenschaft und Körper. Der Intellekt wird als ganz und gar unkörperlich und ohne Emotionen gedacht, als *intellectus purus*.

Mit dem Diktum *Cogito ergo sum* stellt Descartes fest, dass an allem außer an der Tatsache des zweifelnden Geistes gezweifelt werden könne, auch am eigenen Körper, erst recht an allen Sinnesempfindungen. Gewissheit sei nur im reinen, d. h. von allen sinnlichen Vorstellungen freien Denken zu finden, also in der Mathematik.

Descartes hat den Geist-Körper-Dualismus der Scholastik übernommen. Trotzdem stellt sein Denken einen großen Fortschritt dar: Er erhebt das voraussetzungslose Denken und den methodischen Zweifel zur Grundlage der Erkenntnis und stellt das Denken nicht nur über die sinnliche Erkenntnis, sondern auch über den Glauben und die Überlieferung. Descartes vertritt erstmalig einen idealistischen Intelligenz-Begriff, der ganz der Logik, der Mathematik und den Naturwissenschaften verschrieben ist.

3.3 Intelligenz-Begriff des Deutschen Idealismus

Auch bei Kant ist Intelligenz ein formales, abstraktes, auf die Erkenntnis des Höchsten ausgerichtetes Vermögen, doch dieses Höchste ist bei ihm das Sittengesetz, also ein Gegenstand der Ethik, nicht der Erkenntnistheorie, der Naturphilosophie oder der Theologie. Intelligenz, Freiheit, Pflicht und Sittlichkeit bilden bei Kant eine Einheit; die Begriffe „intellektuell“ und „moralisch“ werden häufig synonym verwendet.

Kant referiert zwar den scholastischen Begriff der „höchsten Intelligenz“ zur Bezeichnung Gottes in seiner Kritik und Klassifikation der Theologie,³¹ aber er gründet seine Theologie weder auf die christliche Offenbarung noch auf Logik oder Naturphilosophie,

²⁷ Ausführlicher hierzu: Müller (2008a).

²⁸ Vgl. Descartes (1641), S. 130 ff.; vgl. auch Descartes (1649), Artikel 50.

²⁹ Vgl. Descartes (1649), Artikel 10.

³⁰ Vgl. Descartes (1649), Artikel 34.

³¹ Kant: KrV A 631.

sondern auf die Ethik.³² Damit wird auch der Intelligenz-Begriff von einem Begriff der Theologie oder der Naturphilosophie in einen Begriff der Ethik umgewandelt. Nach seiner „Ethikothologie“ sind die Menschen bzw. vernünftige Wesen überhaupt der Endzweck der Welt, ohne die die ganze Schöpfung umsonst und ohne Endzweck wäre. Nur der Mensch sei Zweck an sich selbst, da er durch seine Vernunft seine Zwecke selbst bestimmen könne.³³ Der Wert des Menschen bestehe in der Freiheit seines Willens, d. h. in seinem guten Willen. Als moralisches Wesen sei der Mensch der Endzweck der Schöpfung, und dadurch erhalte die Welt ihren Endzweck.

Kant übernimmt die Unterscheidung von Verstand und Vernunft der scholastischen Tradition. In seiner „Tafel der oberen Seelenvermögen“ stellt er eine Hierarchie der Erkenntnisvermögen auf: Verstand, Urteilskraft, Vernunft.³⁴ Der Verstand sei diskursiv. Er denke mittels Begriffen und könne nicht unmittelbar anschauen. Er sei das Vermögen der Regeln und strebe danach, alles Gegebene einheitlich zu verknüpfen und unter Regeln zu bringen. Dagegen treibe die Vernunft die Erkenntnis bis zu den letzten Ursachen und suche nach absolut notwendigen Gesetzen, die unabhängig von jeder Empirie gelten. In Absicht auf die Freiheit führe der praktische Gebrauch der Vernunft auf absolut notwendige Gesetze der Handlungen eines vernünftigen Wesens, nämlich auf den kategorischen Imperativ.³⁵ Ein vernünftiges Wesen müsse sich „als Intelligenz (also nicht von seiten seiner untern Kräfte), nicht als zur Sinnen-, sondern zur Verstandeswelt gehörig, ansehen“.³⁶ Als Intelligenz müsse sich der Mensch, auch wenn er zum Teil Sinnenwesen sei, dem Gesetz der Vernunft und damit der Autonomie des Willens unterwerfen. Durch die Idee der Freiheit werde der Mensch zu einem Glied einer intelligiblen Welt.³⁷ Der Wert des Menschen als einer Intelligenz werde unendlich erhöht, da das Sittengesetz ihr ein von der Sinnenwelt unabhängiges Leben offenbare.³⁸

Kants entscheidende Innovation besteht in der Fundierung des Intelligenz-Begriffs in der Ethik und in dessen enger Verknüpfung mit den Begriffen Freiheit und Sittlichkeit.

Johann Gottlieb Fichte übernimmt weitgehend Kants Intelligenz-Begriff. Motiviert ist Fichtes Philosophie durch das Gefühl der Kränkung durch eine materialistische Philosophie und Naturwissenschaft, die er als „kalt und frech“, „trocken und herzlos, aber unerschöpflich im Erklären“, als die menschlichen Gefühle und den Glauben an die Freiheit verspottend empfindet. Durch den Materialismus sieht er sich vor die Notwendigkeit einer existentiellen Entscheidung gestellt, von der der Sinn seines ganzen Lebens abhängt: entweder für den Materialismus oder für den Glauben an die Freiheit. Fichte entscheidet sich für den Glauben.³⁹

³² Kant: KdU § 86, B 410 ff.: Von der Ethikothologie; KdU § 87, B 418 ff.: Vom moralischen Beweise des Daseins Gottes.

³³ Kant: KdU, § 17, B 55 f.

³⁴ Kant: KdU, Einleitung, S. LVIII

³⁵ Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 128, S. 101

³⁶ Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 108, S. 88

³⁷ Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 111, S. 90

³⁸ Kant: KdpV, A 288, S. 300

³⁹ Vgl. Fichte (1800b), S. 40-43, 107 und 112.

Dieses Verlangen nach absoluter Unabhängigkeit, Autonomie, Bindungslosigkeit und Akausalität ist grundlegend für Fichtes Intelligenz-Begriff.⁴⁰ Nur in Intelligenzen gebe es Freiheit, und zwar in dem Sinne, dass weder äußere noch unbewusste innere Kräfte das Handeln des freien Individuums bestimmen.⁴¹ Jede Form von kausaler, naturgesetzlicher Bestimmung des Denkens und Wollens ist für Fichte unvereinbar mit seinem Anspruch, ein freies, vernünftiges Wesen zu sein. Freiheit ist für ihn Freiheit von der Natur, also nicht Freiheit von menschengemachten Vorschriften. Die Natur hat nach Fichtes Auffassung weder Intelligenz noch Freiheit.⁴² Das menschliche Individuum mache sich durch Freiheit und Bewusstheit zu dem, was auch seine Natur aus ihm gemacht hätte, doch geschehe dies freiwillig und aus eigenem Entschluss und nicht aus Notwendigkeit.⁴³

Fichte unterstellt in kantianischer Tradition den freien Willen ganz der Vernunft und der Moral. Die Freiheit des Ich äußere sich nicht in Willkür, sondern in sittlichem, vernunft- und pflichtgemäßem Handeln. Die Welt sei nur durch das Pflichtgebot für uns da, und das Leben diene nur zur Vorbereitung auf das ewige Dasein.⁴⁴

Die Intelligenz steht in Fichtes System im äußersten Gegensatz zur Natur, die er als unvernünftig, gewalttätig, sinn- und zwecklos immer Gleiches reproduzierend betrachtet. Die menschliche Intelligenz dagegen könne frei Zwecke setzen, in der Welt handeln und sei nicht von innerer oder äußerer Notwendigkeit bestimmt. Dies erreicht sie nach Fichte jedoch nur durch die Abkehr von allem Sinnlichem, durch absolute Unterordnung unter die Pflicht und durch den Glauben an Gott. Die freiheitlichen, individualistischen, sogar solipsistischen Züge, die in Fichtes Intelligenz-Begriff angelegt sind, werden damit ins Gegenteil verkehrt: Freiheit mündet in unbedingten Gehorsam, radikaler Zweifel in einfältigen Glauben. Fichtes entschiedener Wille zu Freiheit, Vernunft und Handlungsmächtigkeit, der Grundlage seines Intelligenz-Begriffs ist, zeigt sich schließlich nur noch in der Hoffnung auf die naturwissenschaftlich-technische Beherrschung der Natur und eine rechtsstaatliche Weltgemeinschaft – Ziele, die auch von den ihm so verhassten Materialisten vertreten werden.

Friedrich W. J. Schelling kritisiert den Dualismus von Natur und Geist, vor allem Fichtes absolute Entgegensetzung der Begriffe *Intelligenz*, *Geist* und *Subjektives* einerseits und *Natur*, *Sein* und *Objektives* andererseits, schon in seinen ersten Schriften.⁴⁵ Seine ganze Philosophie lässt sich als Versuch betrachten, die Gegensätze von realer (physikalischer) und idealer (geistig-seelischer) Welt wieder zu vereinigen, und Transzendentalphilosophie und Naturphilosophie in einer Identitätsphilosophie zusammenzuführen. Wie für Bruno ist für Schelling die Natur „nur die zu einem Sein erstarrte Intelligenz“. Dadurch, dass sie stets be-

⁴⁰ Vgl. Fichte (1800b), insbes. S. 106 f., 114 f. und 124.

⁴¹ Vgl. Fichte (1800a), S. 194.

⁴² Vgl. Fichte (1796), S. 37 f.

⁴³ Fichte (1800a), S. 256.

⁴⁴ Vgl. Fichte (1800b), S. 144-154.

⁴⁵ Vgl. Schelling (1798): *Von der Weltseele*, IV. Von der positiven Ursache des Lebens, 5. Von der Ursache der Irritabilität, II 564.

stimmte Ideen realisiere, werde die unendliche Potentialität des Geistigen in den Realisationen „getötet“.⁴⁶ Der Geist sei, zum Produkt geronnen, Materie.⁴⁷

Georg W. F. Hegel kritisiert im Anschluss an Schelling die begriffliche Entgegensetzung von Intelligenz und Natur als bloße Verstandesgegensätze⁴⁸ und fordert eine Synthese der Transzendentalphilosophie, die die Intelligenz als absolut und die Natur als davon abgeleitet betrachtet, mit der Naturphilosophie, die die Natur absolut und die Intelligenz als Akzidens betrachtet.⁴⁹ Dieses Ziel veranlasst Hegel im Gegensatz zu Schelling aber nicht, die *Identität* von Intelligenz und Natur zu behaupten. Vielmehr ist für Hegel die Natur ein Produkt der Freiheit der Intelligenz,⁵⁰ eine notwendige Durchgangsstufe des Geistes auf dem Weg zu sich selbst, also weder die Basis des Geistes noch mit diesem identisch. Notwendig sei die Natur, weil der Geist sich in die Natur „entäußern“ müsse, da er sich selbst erst durch seine Tätigkeit hervorbringe.⁵¹ Hegel bestreitet aber, dass die Entwicklung des Geistes sich in einem natürlichen Prozess vollzieht. Daher lehnt er die Prinzipien der Evolutionstheorie und der evolutionären Erkenntnistheorie, die das Entstehen der Intelligenz aus der Natur erklären, ausdrücklich ab, mit der Behauptung, Entwicklung gebe es nur im Begrifflichen, aber nicht in der Natur.⁵² Hegel glaubt insbesondere nicht, dass der Mensch sich im Verlauf der Naturevolution stufenweise aus tierischen Vorformen entwickelt hat.⁵³

Hegel ist der erste der idealistischen Philosophen, der von der metaphysischen Globalkategorie Intelligenz (als Gegensatz der Natur bzw. als Prinzip der Natur) zu einer wirklichen Intelligenz-*Theorie* gelangt ist, die – seinem Anspruch nach – allerdings nicht empirisch, sondern rein begrifflich ist.

Nach Hegel zielt die Intelligenz auf die theoretische Betrachtung der Dinge, ist grundsätzlich auf das Allgemeine, nicht auf das Individuelle und Einzelne ausgerichtet und strebt danach, die Dinge in ihrem inneren Wesen zu begreifen, deren Gesetzmäßigkeiten zu finden und ihrem Begriff nach zu erfassen. Das Wesen der Intelligenz bestimmt Hegel als Erkenntnis; daher sei sie frei von Willkür.⁵⁴

Der Ort innerhalb des Systems, an dem ein bestimmter Begriff behandelt wird, ist für das Verständnis von Hegels Philosophie entscheidend, denn Begriffe können nach Hegel nicht unabhängig von ihrem Ort im System und von ihrer Entwicklung verstanden werden. Die dialektische Entwicklung der Begriffe in Triaden („Selbstbewegung des Begriffs“) ist ein durchgängiges Prinzip. Dabei geht die Entwicklung grundsätzlich

⁴⁶ Vgl. Schelling (1907): *Ideen zu einer Philosophie der Natur: Die Konstruktion der Materie* (Zusatz zum 4. Kap.), Bd. 1, S. 322.

⁴⁷ Vgl. Schelling (1800), S. 74.

⁴⁸ Vgl. Hegel: *Differenz des Fichteschen und Schellingschen Systems der Philosophie*, Werke, Bd. 2, S. 21 und 42.

⁴⁹ Vgl. Hegel: *Differenz des Fichteschen und Schellingschen Systems der Philosophie*, Werke, Bd. 2, S. 101 f.

⁵⁰ Vgl. Hegel: Werke, Bd. 2: *Differenz des Fichteschen und Schellingschen Systems der Philosophie*, S. 66.

⁵¹ Vgl. Hegel: Werke, Bd. 10: *Enzyklopädie III*, § 443, S. 236–238.

⁵² Vgl. Hegel: Werke, Bd. 9, S. 31. – Zu Hegels Ablehnung des Evolutionsgedankens vgl. Wandtschneider (2000).

⁵³ Vgl. Hegel: Werke, Bd. 12, S. 74; ebd., Bd. 9, S. 349, Zusatz; ebd., Bd. 19, S. 176.

⁵⁴ Vgl. Hegel: Werke, Bd. 10, *Enzyklopädie*, Bd. III, § 445, S. 242.

von der Innenperspektive (*an sich*: innerlich, potentiell, latent, unentwickelt, unbestimmt) zur Außenperspektive (*für sich*: äußerlich, für einen äußeren Betrachter, wirklich) zur Integration beider Perspektiven, wobei der ursprüngliche Begriff auf einer höheren Ebene rekonstruiert wird (*an und für sich*: zu sich selbst gekommen im Anderen, vollständig entwickelt, konkret).⁵⁵ Zunächst ist also der Ort des Intelligenz-Begriffs in Hegels System zu betrachten: Hegel entwickelt den Begriff der Intelligenz in der *Philosophie des Geistes* (III. Band der *Enzyklopädie*). Hier beschreibt er die Entwicklung des Geistes als stufenweise Höherentwicklung: Die Entwicklung schreite dadurch voran, dass die inneren Widersprüche, die auf einer bestimmten Stufe auftreten, überwunden und auf einer höheren Entwicklungsstufe aufgehoben würden. Dabei würden die Stufen des *subjektiven*, des *objektiven* und des *absoluten Geistes* durchlaufen. Jede dieser drei Stufen des Geistes beschreibt Hegel wiederum als Abfolge von drei Entwicklungsstufen mit je drei Unterstufen.

Auf der Stufe des *subjektiven Geistes* vollzieht sich nach Hegel die Entwicklung des Geistes in den Stufen *Seele*, *Bewusstsein* und *Geist*. Auf der Stufe des *objektiven Geistes* durchlaufe die Entwicklung die Stufen *Recht*, *Moralität* und *Sittlichkeit*, wobei letztere die Unterstufen *Familie*, *bürgerliche Gesellschaft* und *Staat* umfasse. Auf der Stufe des *absoluten Geistes* vollziehe sich die Entwicklung in den historisch aufeinander folgenden Stufen *Kunst*, *geoffenbarte Religion* und *Philosophie*.

1. Der subjektive Geist
 - A: Anthropologie: Die Seele
 - B: Die Phänomenologie des Geistes: Das Bewusstsein
 - C: Psychologie: Der Geist
 - a. theoretischer Geist
 - α. Anschauung
 1. Empfindung
 2. Aufmerksamkeit
 3. Anschauung
 - β. Vorstellung:
 1. Erinnerung
 2. Einbildungskraft
 3. Gedächtnis
 - γ. Denken
 1. Verstand
 2. Urteil
 3. Vernunft
 - b. praktischer Geist
 - c. freier Geist
2. Der objektive Geist
3. Der absolute Geist

Hegel bestimmt drei Stufen des Geistes: (a) *theoretischer Geist* (freie Intelligenz, theoretisches, abstraktes, subjektunabhängiges Erkennen und Wissen); (b) *praktischer Geist*

⁵⁵ Vgl. Inwood (1992), S. 11, 14-16, 133-136.

(Wille, von subjektiven Zwecken und Interessen bestimmter Geist); (c) *freier Geist* (Aufheben des Gegensatzes von Subjektivem und Objektivem).⁵⁶

Dabei ist zu beachten, dass der Wille für Hegel nicht Trieb bedeutet wie etwa bei Schopenhauer, sondern, wie in der idealistischen Tradition üblich, als auf das Gute gerichtet gilt, so wie die Intelligenz auf das Wahre gerichtet ist. Auf der höchsten Stufe, auf der Intelligenz und Wille zur Einheit kommen, ist auch die Intelligenz auf das Gute ausgerichtet.

Hegels Intelligenz-Theorie ist, wie Hegel betont, keine psychologische oder anthropologische Theorie, sondern Teil einer Theorie der absoluten Erkenntnis, die vom subjektiven über den objektiven zum absoluten Geist führt.

3.4 Wirkungen der idealistischen Tradition des Intelligenz-Begriffs

Hegels Intelligenz-Begriff bildet den Abschluss der idealistischen Tradition des Intelligenz-Begriffs. Er verbindet die idealistische Überzeugung des Selbstzweckcharakters der Erkenntnis und die Konvergenz von Erkenntnis und Streben nach dem ethisch Guten. Hegels Intelligenz-Theorie hatte allerdings keinen großen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Intelligenz-Begriffs. Einflussreicher war der von der Scholastik überkommene und von Descartes in verweltlichter Form fortgeführte formalistische Intelligenz-Begriff. Dieser setzt sich in der psychologischen Intelligenz-Forschung i. e. S., im Kognitivismus und in der klassischen Künstliche-Intelligenz-Forschung fort. Intelligenz wird auch hier als formales, begriffliches, abstraktes Vermögen gesehen, das ebenso unabhängig von den Denkinhalten wie von der Natur des denkenden Subjekts sein soll. Der im heutigen Sprachgebrauch übliche, von der Psychologie bestimmte Intelligenz-Begriff steht in der idealistischen, formalistischen Tradition, ist aber durch eine Zäsur von seiner philosophischen Vorgeschichte getrennt. Hatte der Begriff *intelligentia* noch das Vermögen, die obersten Prinzipien zu erkennen, gemeint, meint *Intelligenz* heutzutage nur noch die allgemeine Fähigkeit, Dinge, Tatsachen, Beziehungen usw. zu erkennen. Im Zuge der Aufklärung wurde der Intelligenz-Begriff von der metaphysischen Sphäre abgekoppelt, ebenso wie von der Ethik, und wird seitdem rein instrumentell verwendet.

In der Psychologie wurde unter dem Paradigma des Operationalismus eine operationalistische Intelligenz-Definition etabliert, die die Uneinigkeit über die richtige Definition und die Wesensbestimmung der Intelligenz verdeckt. Einig ist man sich nur in der Ersetzung des alten philosophisch-theologischen Intelligenz-Begriffs durch einen Leistungsbegriff. Welche Intelligenzleistungen gemeint sind, ist aber ebenso umstritten wie die richtige Methode zu deren Messung. Intelligenz ist, was der Intelligenztest misst – so die operationalistische Intelligenz-Definition.⁵⁷

Von dem operationalistischen IQ-Konzept ist es nur noch ein kleiner Schritt zum Intelligenz-Begriff der Künstliche-Intelligenz-Forschung (KI), dem ein Als-Ob-Konzept der Intelligenz zu Grunde liegt: Intelligenz ist, was so wirkt, als sei es intelligent, bzw. was im sog. Turing-Test von echter Intelligenz nicht unterschieden werden kann. Die Ergebnisse der Künstliche-Intelligenz-Forschung haben eine neue Beschäftigung mit

⁵⁶ Vgl. Hegel: Werke, Bd. 10: Enzyklopädie III, § 443, S. 236-238.

⁵⁷ Ausführlicher zum Intelligenz-Begriff der Psychologie: Müller (2004), S. 256-275, und Müller (2009).

dem Wesen der Intelligenz erforderlich gemacht. Der Versuch der Abgrenzung von maschineller und menschlicher Intelligenz ist vielleicht prinzipiell zum Scheitern verurteilt. Das spezifisch Menschliche und die Sonderstellung des Menschen sind hier nicht gegenüber anderen Lebewesen, sondern gegenüber seinen eigenen technischen Produkten zu rechtfertigen. Schließlich ist ‚Künstliche Intelligenz‘ Teil, Ausdruck und Resultat menschlicher Intelligenz, so dass Ähnlichkeiten zwangsläufig der Fall sind. Auf jeden Fall ist eine solche Argumentation immer defensiv, indem sie sich immer auf *noch nicht* technisch Reproduzierbares beziehen muss. Die Fortschritte der Künstliche-Intelligenz-Forschung beeinflussen das Bild des Menschen von sich selbst, zum einen derart, dass er sich als informationsverarbeitende Maschine sieht, zum anderen ist auch eine Selbstdeutung in bewusster Absetzung von der ‚Künstlichen Intelligenz‘ verbreitet. Seit es Maschinen gibt, die angeblich intelligenter sind als Menschen, sind Menschen nicht mehr so stolz auf ihre im Tierreich einmalige Intelligenz, sondern etwa auf Phantasie, Kreativität, Emotionalität, Sozialität und Urteilsfähigkeit. Doch die Künstliche Intelligenz-Forschung hat sich auch diese Bereiche des Menschlichen vorgenommen.

4. Die voluntaristische Tradition des Intellekt-Begriffs

4.1 Schopenhauers Intellekt-Begriff

Schon bei Bruno beginnt die vitalistische Umdeutung des Intelligenz-Begriffs, aber erst Arthur Schopenhauer vollzieht die voluntaristische Wende, bei der die Intelligenz als *Produkt* des Willens aufgefasst wird. Im Gegensatz zur idealistischen Tradition betrachtet Schopenhauer den Willen als das Erste und Unbedingte, als Substanz, als Ding an sich, als metaphysisch, den Intellekt dagegen als Akzidenz, als Erscheinung, als bloß abgeleitet, als physisch.⁵⁸ Dies ist eine Umkehr des Verhältnisses von Absolutem und Akzidentiellem gegenüber der idealistischen Tradition. Der Wille objektiviere sich in der anorganischen und organischen Welt bis hin zum menschlichen Intellekt, in dem er sich eine Reflexionsinstanz schaffe und zur Selbsterkenntnis gelange. Der Intellekt sei eine Funktion des Gehirns und Nervensystems,⁵⁹ und dieses ein Parasit des übrigen Organismus, denn es diene nicht direkt dem Zweck der Selbsterhaltung des Organismus, sondern regle nur dessen Verhältnis zur Außenwelt.⁶⁰

Schopenhauer kritisiert alle philosophischen Ansätze, die „das allerletzte Produkt [des Erkenntnisprozesses], das abstrakte Denken, zum Ersten und Ursprünglichen“ machen und damit „die Sache am verkehrten Ende“ angreifen.⁶¹

Bei Schopenhauer und Nietzsche und deren Adepten, die alle nicht nur eine größere Affinität zur Biologie, Psychologie und Anthropologie als zur Mathematik und Physik haben, sondern sich auch vom Christentum abwenden und atheistische oder pantheistische Überzeugungen vertreten, wird der Begriff des *Intellekts* zu einem zentralen Begriff. Er

⁵⁸ Schopenhauer (1977), 2. Band, 19. Kapitel.

⁵⁹ Schopenhauer (1986), 2. Teil, S. 361.

⁶⁰ Schopenhauer (1977), 2. Band, 19. Kapitel.

⁶¹ Schopenhauer (1986), 2. Teil, S. 357 f.

dient diesen Autoren vor allem der Abgrenzung vom idealistischen und transzendental-philosophischen Begriff der *Intelligenz*.⁶²

Der Wille, nicht der Intellekt, sei die Basis des Ichs und das Wesentliche und die Basis jedes Bewusstseins.⁶³

„Nun aber ist der Wille allein das Beharrende und Unveränderliche im Bewußtseyn. Er ist es, welcher alle Gedanken und Vorstellungen, als Mittel zu seinen Zwecken, zusammenhält, sie mit der Farbe seines Charakters, seiner Stimmung und seines Interesses tingirt, die Aufmerksamkeit beherrscht und den Faden der Motive, deren Einfluß auch Gedächtniß und Ideenassociation zuletzt in Thätigkeit setzt, in der Hand hält: von ihm ist im Grunde die Rede, so oft ‚Ich‘ in einem Urtheil vorkommt. Er also ist der wahre, letzte Einheitspunkt des Bewußtseins und das Band aller Funktionen und Akte desselben: er gehört aber nicht selbst zum Intellekt, sondern ist nur dessen Wurzel, Ursprung und Beherrscher.“ (Schopenhauer 1977, 2. Band, 15. Kapitel, S. 162 f.)

Schopenhauer bestreitet Hegels These, dass das Denken die Voraussetzung des Willens sei, und dass Tiere, weil sie nicht denken, auch keinen Willen hätten – vielmehr zeige sich im Instinkt der Tiere ein Wille ohne Denken.⁶⁴ Alle Tiere besäßen den Willen zum Dasein, Wohlbefinden und zur Fortpflanzung; darin seien sie mit uns identisch, und wir verstünden sie unmittelbar. Die Kluft zwischen Tieren und Menschen bestehe nur in der Verschiedenheit des Intellekts. Dieser sei „ein bloßes Werkzeug zum Dienste des [Willens], welches, nach den Erfordernissen dieses Dienstes, mehr oder weniger vollkommen und complicirt ist.“ Die Kompliziertheit dieses Werkzeugs hänge von der Kompliziertheit des Organismus und dessen Bedürfnissen ab.⁶⁵

Der Intellekt gehorche dem Willen, aber eigentlich nie der Wille dem Intellekt. Dieser lege dem Willen nur Alternativen vor, aus denen jener auswähle. Der Intellekt sei „bloß der Ministerrath jenes Souveräns“.⁶⁶

Der Intellekt sei durch Unvollkommenheiten gekennzeichnet. Die wesentlichste Unvollkommenheit bestehe im Gebundensein an die Zeit. Daher könnten wir nur sukzessive erkennen; um das eine zu erkennen, müsse das andere fahren gelassen und vergessen werden. Das Bewusstsein sei wie ein „Teleskop mit einem sehr engen Gesichtsfelde“, wie eine „Laterna magica, in deren Fokus nur ein Bild zur Zeit erscheinen kann“. Unser Gedankenlauf sei daher notwendigerweise rhapsodisch und fragmentarisch; Zerstreuung und Vergesslichkeit seien unausweichlich. Kurzum: unserem Denken fehlten die „wahre Ganzheit und Einheit“.⁶⁷

Der rote Faden, durch den wir uns in dem scheinbaren Gemisch und Gewirr zu rechtfinden, könne nicht das Gedächtnis allein sein, da auch dieses wesentliche Beschränkungen habe. Vielmehr sei der Wille „das prius des Bewußtseins“, denn dieser sei „unwandelbar und schlechthin identisch“; er habe „zu seinen Zwecken das Bewußtsein

⁶² Vgl. Ritter/Gründer (1976), Sp. 435.

⁶³ Schopenhauer (1977), 2. Band, 19. Kapitel.

⁶⁴ Schopenhauer (1977), 1. Bd., 2. Buch, S. 159 f.

⁶⁵ Schopenhauer (1977), 2. Band, 19. Kapitel, S. 237 ff.

⁶⁶ Schopenhauer (1977), 2. Band, 19. Kapitel, S. 260.

⁶⁷ Schopenhauer (1977), 2. Band, 15. Kapitel, S. 161 f.

hervorgebracht“. Der Wille gebe dem Bewusstsein Einheit und sei der „durchgehende Grundbaß“, der alle Gedanken und Vorstellungen begleite. „Ohne ihn hätte der Intellekt nicht mehr Einheit des Bewußtseyns, als ein Spiegel, in welchem sich successiv bald Dieses bald jenes darstellte“. ⁶⁸

Der Zweck des Intellekts bestehe darin, einem individuellen Willen zu dienen; daher sei er immer individuell und subjektiv gefärbt: durch Neigung oder Abneigung, Wunsch und Hoffnung, Interesse oder Furcht. Der menschliche Intellekt sei nur eine Steigerung des tierischen, der ganz auf die Gegenwart beschränkt sei, und wie dieser trage auch der menschliche Intellekt starke Spuren dieser Beschränkung. Denn der Intellekt sei nur auf Erhaltung des Individuums berechnet und in der Regel selbst hierfür nur notdürftig ausreichend. ⁶⁹ Als „Tummelplatz der abenteuerlichsten und unsinnigsten Träume“ sei der menschliche Intellekt wenig geeignet „zur Ergündung des Rätsels der Welt“. ⁷⁰ Der Intellekt sei ein Werkzeug zur Sicherung und Fortpflanzung des Lebens und nicht dazu bestimmt, „das vom Erkennenden unabhängig vorhandene Wesen an sich der Dinge und der Welt wiederzugeben“; er sei „von durchaus praktischer Tendenz“. ⁷¹

Der Intellekt sei ein Werkzeug des Überlebens, und bei den Menschen sei er so hoch entwickelt, um andere Nachteile auszugleichen. Die Steigerung der Gehirnentwicklung werde durch die Steigerung und Verkomplizierung der Bedürfnisse des Willens herbeigeführt. Um die komplizierter werdenden Bedürfnisse zu befriedigen, seien ein größerer Gesichtskreis, eine genauere Auffassung und einer richtigere Unterscheidung der Dinge der Außenwelt erforderlich geworden. Dies sei die Ursache für die Vervollkommenung der Vorstellungskräfte und ihrer Organe, also von Gehirn, Nerven und Sinnen. Beim Menschen könne der Bezug der Erkenntnis zum Willen zeitweise aus dem Blick geraten und schließlich eine „reine Sonderung des Erkennens vom Wollen“ stattfinden. Zwar bezwecke und erreiche der Wille im Menschen im Wesentlichen dasselbe wie in Tieren, nämlich Ernährung und Fortpflanzung. Aber durch die Organisation des Menschen seien die Erfordernisse zur Erreichung dieser Ziele so sehr gesteigert und spezifiziert worden, dass dazu die enorme Erhöhung des Intellekts notwendig oder wenigstens das leichteste Mittel war. ⁷²

„Da nun aber der Intellekt, seinem Wesen zufolge, ein Werkzeug von höchst vielseitigem Gebrauch und auf die verschiedenartigsten Zwecke gleich anwendbar ist; so konnte die Natur, ihrem Geist der Sparsamkeit getreu, alle Forderungen der so mannigfach gewordenen Bedürfnisse nunmehr ganz allein durch ihn decken: daher stellte sie den Menschen, ohne Bekleidung, ohne natürliche Schutzwehr, oder Angriffswaffe, ja mit verhältnißmäßig geringer Muskelkraft, bei großer Gebrechlichkeit und geringer Ausdauer gegen widrige Einflüsse und Mangel, hin, im Verlaß auf jenes eine große Werkzeug, zu welchem sie nur noch die Hände, von der nächsten Stufe unter ihm, dem Affen, beizubehalten hatte. Durch den also hier auftretenden überwiegenden Intellekt ist aber nicht nur die Auffassung der Motive, die Mannigfaltigkeit der-

⁶⁸ Schopenhauer (1977), 2. Band, 15. Kapitel, S. 162 f.

⁶⁹ Schopenhauer (1977), 2. Band, 15. Kapitel, S. 165-170.

⁷⁰ Schopenhauer (1986), 2. Teil, S. 179.

⁷¹ Schopenhauer (1986), 2. Teil, S. 368 f.

⁷² Schopenhauer (1977), 2. Band, 22. Kapitel, S. 326 f.

selben und überhaupt der Horizont der Zwecke unendlich vermehrt, sondern auch die Deutlichkeit, mit welcher der Wille sich seiner selbst bewußt wird, aufs höchste gesteigert, in Folge der eingetretenen Klarheit des ganzen Bewußtseins, welche, durch die Fähigkeit des abstrakten Erkennens unterstützt, jetzt bis zur vollkommenen Besonnenheit geht. Dadurch aber, wie auch durch die als Träger eines so erhöhten Intellekts nothwendig vorausgesetzte Vehemenz des Willens, ist eine Erhöhung aller Affekte eingetreten, ja die Möglichkeit der Leidenschaften, welche das Thier eigentlich nicht kennt. Denn die Heftigkeit des Willens hält mit der Erhöhung der Intelligenz gleichen Schritt; eben weil diese eigentlich immer aus den gesteigerten Bedürfnissen und dringenden Forderungen des Willens entspringt: zudem aber unterstützen Beide sich wechselseitig.“ (Schopenhauer 1977, 2. Band, 22. Kap., S. 327 f.)

Das Ich entstehe, indem der Fokus der Gehirntätigkeit sich nach innen richtet und als Basis seiner eigenen Erscheinung den Willen erkennt und mit diesem in das Bewusstsein eines Ich zusammenfließt. Jener Brennpunkt der Gehirntätigkeit (das Subjekt der Erkenntnis) sei zwar einfach, aber keine Substanz (Seele), sondern ein bloßer Zustand des Gehirns. Das erkennende und bewusste Ich habe nur eine bedingte, bloß scheinbare Realität.⁷³ Bei der Untersuchung des Intellekts müssten zwei grundsätzlich verschiedene Arten in Übereinstimmung gebracht werden, nämlich die subjektive und die objektive.⁷⁴

Objektive Erkenntnis lasse sich nur durch Ablösung des Intellekts vom Willen, durch die „Sonderung des Erkennens vom Wollen“ erreichen. Das sei erst den Menschen mit ihrem hoch entwickelten Intellekt möglich. Für Augenblicke zumindest könne der Intellekt sich vom Willen emanzipieren und „dadurch reiner“ werden.⁷⁵ Die Freiheit vom Willen und damit die Möglichkeit objektiver Erkenntnis setzten aber einen außergewöhnlichen Intellekt voraus, wie er sich in Genies zeige.

„Was wir aber jetzt zwischen Pflanze und Thier, und dann zwischen den verschiedenen Thiergeschlechtern betrachtet haben, findet auch noch zwischen Mensch und Mensch Statt. Auch hier nämlich begründet das Sekundäre, der Intellekt, mittelst der von ihm abhängigen Klarheit des Bewußtseyns und Deutlichkeit des Erkennens, einen fundamentalen und unabsehbar großen Unterschied in der ganzen Weise des Daseyns, und dadurch im Grade desselben. Je höher gesteigert das Bewußtseyn ist, desto deutlicher und zusammenhängender die Gedanken, desto klarer die Anschauungen, desto inniger die Empfindungen. Dadurch gewinnt Alles mehr Tiefe: die Rührung, die Wehmuth, die Freude und der Schmerz. [...] Und auch hier ist, wie bei den Thiergeschlechtern, ein Zusammenhang zwischen der Vehemenz des Willens und der Steigerung des Intellekts nachweisbar. Genie ist durch ein leidenschaftliches Temperament bedingt, und ein phlegmatisches Genie ist undenkbar; es scheint, daß ein überaus heftiger, also gewaltig verlangender Wille daseyn mußte, wenn die Natur einen abnorm erhöhten Intellekt, als jenem angemessen, dazugeben sollte [...].“ (Schopenhauer 1977, 2. Band, 22. Kapitel, S. 329 f.)

⁷³ Schopenhauer (1986), 2. Teil, S. 359 f.

⁷⁴ Schopenhauer (1986), 2. Teil, S. 352-354.

⁷⁵ Schopenhauer (1986), 2. Teil, S. 376.

Schopenhauer nimmt eine Skala der Intelligenzen an, basierend auf dem Grad der Fähigkeit, das Allgemeine zu begreifen, unterschieden bezüglich der Qualität und Schnelligkeit des Denkens. Der Grad der intellektuellen Vollkommenheit zeige sich in der Klarheit des Bewusstseins der Außenwelt, der Objektivität und der Unabhängigkeit der Erkenntnis vom eigenen Willen. Die höchste Stufe werde erreicht, wenn die Erkenntnis philosophisch werde und das Ganze der Welt und des Lebens in seiner wahren Beschaffenheit intuitiv erfasse.⁷⁶ Erst wenn der Intellekt vom Willen befreit über den Objekten schwebe und dennoch energisch tätig sei, könne die Welt in ihren wahren Qualitäten erkannt werden. Diese für den Willen zwecklose, unter Umständen sogar störende und schädliche Tätigkeit des Intellekts sei der Grund der „Abnormität“ des Genies, in dem ein von außen kommender Genius tätig zu sein scheine. Für das Genie sei sein Bilden, Dichten oder Denken Zweck, während es für die gewöhnlichen Menschen Mittel sei. Im Verfolgen dieses objektiven Zwecks und in der Ausdehnung seiner Sphäre auf das Ganze, auf den Makrokosmos, liege die Größe des Genies. Die Werke des Genies seien nicht für praktische Zwecke da: Unnütz zu sein, gehöre zum Charakter der Werke des Genies: „es ist ihr Adelsbrief“.⁷⁷ „In Hinsicht auf den Intellekt“ sei „die Natur höchst aristokratisch“: Genies seien für das praktische Leben „so brauchbar wie ein Stern-Teleskop im Theater“ und dementsprechend selten.⁷⁸

Bei höchster Besinnung müsse der Intellekt den individuellen Willen negieren – obwohl von diesem abgeleitet –, und zwar durch die Liebe, deren Ursprung und Wesen „die Durchschauung des *principii individuationis*“ sei, die „zur Erlösung, nämlich zum gänzlichen Aufgeben des Willens zum Leben, d.h. alles Wollens, führt“. Und: „Alle Liebe (*agapé, caritas*) ist Mitleid.“⁷⁹ Da dies die *Erkenntnis* fremden Leidens voraussetze, könne somit der Intellekt, das Produkt des Willens, zu dessen Gegenspieler und potentielltem Überwinder werden.

Schopenhauers Intellekt-Begriff stellt einen radikalen Bruch mit der idealistischen Tradition des Intelligenz-Begriffs dar. Maßgeblich sind die Ableitung des menschlichen Erkenntnisvermögens aus den biologischen Existenzbedingungen, die Untersuchung der biologisch bedingten Erkenntnisbeschränkungen, die Erklärung individueller Intelligenzunterschiede aus hirnanatomischen Unterschieden sowie die Rückführung der rein begrifflichen Erkenntnis auf die Anschauung.

4.2 Nietzsches Intellekt-Begriff

Friedrich Nietzsche vertritt wie Schopenhauer die Auffassung, dass der Intellekt nur der Lebenserhaltung einer bestimmten Tierart diene und zur reinen Erkenntnis weder gemacht noch geeignet sei.⁸⁰ Der Intellekt sei nur ein Organ des Willens⁸¹ und stehe im Dienst der Triebe, er sei ein Werkzeug, ein Mittel der Täuschung,⁸² und entfalte seine Hauptkräfte in

⁷⁶ Schopenhauer (1977), 2. Band, 22. Kap., S. 341 f.

⁷⁷ Schopenhauer (1977), 2. Band, Kap. 31, S. 459

⁷⁸ Schopenhauer (1977), 2. Band, Kap. 15, S. 170.

⁷⁹ Schopenhauer (1977), 1. Band, 4. Buch, S. 464.

⁸⁰ Nietzsche, Bd. 78 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 9 der Dünndruckausgabe), S. 336.

⁸¹ Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 311.

⁸² Nietzsche, Bd. 83 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 11 der Dünndruckausgabe), S. 54.

der Verstellung.⁸³ Der Intellekt sei der Irrtum; sein Ehrgeiz sei, nicht mehr individuell zu erscheinen.⁸⁴ Es sei unwahrscheinlich, dass unser Erkennen weiter reichen sollte, als es knapp zur Erhaltung des Lebens ausreicht, denn unser Erkenntnisapparat sei nicht auf Erkenntnis eingerichtet, sondern auf die Bemächtigung der Dinge.⁸⁵ Der Intellekt fasse die Wirklichkeit nicht nur unvollständig, sondern auch einseitig und für die Zwecke der Lebenserhaltung verfälscht auf. Unser Intellekt sei ein Abstraktions- und Simplifikationsapparat, „eine Folge von Existenzbedingungen“.⁸⁶ Alle Wahrnehmungen seien durchsetzt mit Werturteilen.⁸⁷ Der Intellekt komme aus seinen perspektivischen Beschränkungen nicht heraus; er könne sich selbst daher nicht kritisieren.⁸⁸

„Alles, was uns bewußt wird, ist durch und durch erst zurechtgemacht, vereinfacht, schematisiert, ausgelegt – der wirkliche Vorgang der inneren ‚Wahrnehmung‘, die Kausalvereinigung zwischen Gedanken, Gefühlen, Begehrungen, zwischen Subjekt und Objekt ist uns absolut verborgen – und vielleicht eine reine Einbildung.“ (Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe, S. 331)

Nichts sei so sehr Täuschung wie die innere Welt.⁸⁹ Es gebe kein Denken und keinen Geist, schon gar keinen reinen Geist: „Sowohl das Tun, als der Täter sind fingiert.“⁹⁰ Der Glaube an das denkende Ich sei zwar eine notwendige Lebensbedingung, aber nichtsdestotrotz falsch.⁹¹ Ein einheitliches Subjekt des Denkens gebe es nicht; das Subjekt bestehe nur als Vielheit und sei vergänglich und flüchtig. Die Subjekt-Einheit könne man sich als „Regenten an der Spitze eines Gemeinwesens“ vorstellen. „Die gewisse Unsicherheit, in der der Regent gehalten wird über die einzelnen Verrichtungen und selbst Störungen des Gemeinwesens, gehört zu den Bedingungen, unter denen regiert werden kann.“⁹²

4.3 Intellekt-Begriffe in der Tradition von Schopenhauer und Nietzsche

Auch für Eduard von Hartmann steht der Intellekt ursprünglich in der „blinden Vasallenschaft“ des Willens.⁹³ Er könne aber als Bewusstsein daraus heraustreten: „Das Bewußtsein ist die Möglichkeit der Emancipation des Intellectes vom Willen“.⁹⁴ Je höher sich das Bewusstsein entwickelt, desto mehr emanzipiere es sich vom Willen und „desto mehr durchschaut es die zur Bemäntelung dieser Unvernunft vom Triebe in ihm erweckten Illusionen, desto mehr nimmt es gegenüber dem nach positivem Glück ringenden Willen eine feindselige Stellung ein“, bis „nach Zerstörung jeder Illusion nur die Erkenntniss übrig bleibt, daß jedes Wollen zur Unseligkeit und nur die Entsagung zu

⁸³ Nietzsche, Bd. 71 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 2 der Dünndruckausgabe), S. 606.

⁸⁴ Nietzsche, Bd. 72 II der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 74.

⁸⁵ Nietzsche, Bd. 78 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 9 der Dünndruckausgabe), S. 343-346.

⁸⁶ Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 344.

⁸⁷ Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 347.

⁸⁸ Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 331.

⁸⁹ Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 331-333.

⁹⁰ Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 333.

⁹¹ Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 338.

⁹² Nietzsche, Bd. 72 der Kröner Taschenbuchausgabe (Bd. 3 der Dünndruckausgabe), S. 341 f.

⁹³ Von Hartmann (1923), Bd. 2, S. 394.

⁹⁴ Von Hartmann (1923), S. 10.

dem besten erreichbaren Zustand, der Schmerzlosigkeit führt.“ Das Bewusstsein habe „die Bekämpfung und endliche Vernichtung des Wollens zum Resultat“. Damit erlöse es „den Willen von der Unseligkeit seines Wollens“; es sei überhaupt nur zu diesem Zweck durch „das allwissende und Zweck und Mittel in Eins denkende Unbewusste“ erschaffen worden, weil der Wille „selbst sich nicht erlösen kann“. Damit diene das Bewusstsein dem „Endzweck des Weltprozesses“ „als letztes Mittel“, um „den grösstmöglichen erreichbaren Glückseligkeitszustand, nämlich den der Schmerzlosigkeit, zu verwirklichen“.⁹⁵

Eine entgegengesetzte Position vertritt Ludwig Klages, der sich selbst in der Tradition von Nietzsches „wehrhafter Lebensreligion“⁹⁶ sieht. Klages hält Geist und Bewusstsein für lebensfeindlich. Das Bewusstsein gleiche „nur dem Wetterleuchten“, „welches wieder und wieder über den Wassern des Lebens aufflammt, jeweils einen engen Umkreis erhellend, die fernen Horizonte aber in ihrem bewußtseinsfernen Dunkel belassend“.⁹⁷ Der Geist trete, obwohl parasitär abhängig vom Leben, diesem sogar antagonistisch entgegen:

„Der Geist, aus der Knechtschaft des Lebens befreit, tritt selbstherrlich in die Erscheinung als zerstörerische Tat, und die Tätigkeit des Denkens ist fortan das Werkzeug des Willens zur Macht.“ (Klages 1929 a, S. 753)

„Der Geist ähnelt dergestalt einem in die Lebenszelle getriebenen Keil, dessen Ziel es wäre, sie zu halbieren oder [...] den Leib zu entseelen, die Seele zu entleiben und solchermassen das Leben selber zu töten.“ (Klages 1929 a, S. 755)

Das Bewusstsein entstehe mit der Störung der Lebensunmittelbarkeit, an den „Störungsstellen der Lebensbewegung“. Der Geist sei „Tatfähigkeit und sein Erwachen eine Widerstandsleistung“. Mit der Störung des Erlebens werde dem Erleben selbst ein Nein entgegengeschleudert; damit beginne das Ich bzw. der Wille. Während die Seele erlebe, setze der Geist „dem Wellenschlag des Erlebens von Stelle zu Stelle ein Halt entgegen“. Zwar könne der Geist die Seele nicht sofort vernichten, da sie „die Stätte seines Wirkens im Leben“ sei, aber er verenge doch ihren „Lebensspielraum“ durch ein „beständig dichter werdendes Netz von Ablaufschränken“.⁹⁸

Die Rationalisierung des Lebens durch den Geist sei parasitär und zerstöre mit dem Leben letztlich seine eigene Basis. Die „Hinkehr zum Geist als Abkehr vom Leben“ und „tausendjährige Maßregelung des Blutes“ macht Klages in der sokratischen Tradition und der Geistesgeschichte des Christentums fest, dem „stufenweise fortschreitende(n) Training in Selbstpeinigungen und Selbstverleugnungen“ bis zur „Selbstabtötung“.⁹⁹ Unser Zeitalter des „Fortschritts“, in dem Bräuche und Traditionen der globalen Vereinheitlichung zum Opfer fielen, sei „das Zeitalter des Unterganges der Seele“.¹⁰⁰ Der „Fortschritt“ gehe „in Wahrheit auf Vernichtung des Lebens aus“.¹⁰¹

⁹⁵ Von Hartmann (1923), S. 394-396.

⁹⁶ Klages (1929b), S. 61.

⁹⁷ Klages (1929b), S. 51 f.

⁹⁸ Klages (1929a), S. 747.

⁹⁹ Klages (1929a), S. 757 f. und 749.

¹⁰⁰ Klages (1929b), S. 28.

¹⁰¹ Klages (1929b), S. 25.

Die geistfeindliche Rhetorik setzt sich bei Theodor Lessing fort. Der Geist sei eine Sackgasse der Natur, er sei „überall gehaßt und unwillkommen“, es sei denn, er lasse sich „in den Dienst der irrationalen Gewalt [...] zurückverwandeln“.¹⁰² Es sei eine intellektuelle Täuschung, sich für ein Vernunftwesen zu halten, ebenso wie es eine Selbsttäuschung sei, der Geschichte Sinn zu unterstellen: das sei die „Sinnggebung des Sinnlosen“. Andererseits gehöre zum Leben auch die Fähigkeit zur Selbsttäuschung; ohne diese würde die Fähigkeit zum Leben erlöschen.¹⁰³

4.4 Wirkungen der Intellekt-Begriffe der voluntaristischen Tradition

Die philosophische Anthropologie hat den voluntaristischen Intellekt-Begriff übernommen. Arnold Gehlen hat von Schopenhauer die Theorie vom Intellekt als Werkzeug des Willens und vom Mängelwesen Mensch übernommen und ihr zur allgemeinen Verbreitung verholfen.¹⁰⁴ Nach der Mängelwesen-Theorie enthebt der Intellekt den Menschen vom Zwang zur organischen Anpassung an die Umwelt und befähigt ihn, die Umwelt an seine Bedürfnisse anzupassen. Magie und Technik, mit deren Hilfe der Mensch sich die Natur dienstbar macht und seinen Bedürfnissen anpasst, gehören damit zum Wesen des Menschen.¹⁰⁵ Mit Gehlen nimmt die voluntaristische Richtung eine Wendung, die die Intelligenz des Menschen zwar auch aus der Biologie ableitet, aber den menschlichen Intellekt und die Technik und Kultur der Menschheit als arterhaltend sinnvoll begreift. Diese Auffassung hat die moderne Anthropologie maßgeblich geprägt.

Neben dem in der idealistischen, formalistischen Tradition stehenden Mainstream der psychologischen Intelligenzforschung findet sich auch in der Psychologie eine an der Biologie orientierte voluntaristische, materialistische Richtung: Neuere Ansätze (Goleman, Greenspan, Benderly) betonen in Anlehnung an Erkenntnisse der Neurologie (vor allem von Antonio Damasio), dass die Affekte die Erfahrung und das Denken organisieren, und dass die Entwicklung der Intelligenz von der emotionalen Entwicklung abhängt. Diese Ansätze unterscheiden sich aber deutlich von den voluntaristischen Ansätzen der Philosophie dadurch, dass sie nicht antiethisch, sondern verantwortungsethisch argumentieren.

Auch in der Künstliche-Intelligenz-Forschung (KI) lassen sich die beiden Richtungen der philosophischen Intelligenz-Begriffe nachweisen: einerseits die idealistische, formalistische Richtung, die Intelligenz als unabhängig von allem Materiellen, insbesondere von der zu Grunde liegenden Gehirnorganisation ansieht, andererseits die voluntaristische Richtung, die Intelligenz als körperbasiert, abhängig von der materiellen Struktur des Gehirns, der Wahrnehmungsorgane und der Motorik versteht und als Funktion der Existenzsicherung betrachtet. Während die eine versucht, von den höchsten

¹⁰² Lessing (1921), S. 209.

¹⁰³ Lessing (1921), S. 206-208.

¹⁰⁴ Die Intelligenz des Menschen ist für Gehlen lebensnotwendig, weil „der Mensch infolge seines Mangels an spezialisierten Organen und Instinkten in keine artbesondere, natürliche Umwelt eingepaßt und infolgedessen darauf angewiesen ist, *beliebige* vorgefundene Naturumstände intelligent zu verändern. Sinnesarm, waffenlos, nackt, in seinem ganzen Habitus embryonisch, in seinen Instinkten verunsichert ist er das existentiell auf die *Handlung* angewiesene Wesen.“ (Gehlen [1957], S. 8).

¹⁰⁵ Vgl. Gehlen (1957), S. 9-15.

menschlichen Intelligenzleistungen ausgehend die Intelligenz nicht nur zu verstehen, sondern auch nachzubauen, versucht die andere den umgekehrten Weg: Die *Embodied Artificial Intelligence* versucht den Nachbau künstlicher Lebewesen, die Intelligenz als emergentes Phänomen hervorbringen sollen. Hier stehen sich zwei Paradigmen innerhalb der KI gegenüber: Cartesianismus versus Vitalismus und Konstruktivismus. Die klassische KI steht in der Tradition des (subjektiven) Idealismus, nach dem der menschliche Geist die Welt erschaffen oder wenigstens vollständig rekonstruieren kann; die *Embodied AI* steht dem Voluntarismus näher, nach dem der Intellekt sich stufenweise als Werkzeug im Kampf um Überleben und Fortpflanzung entwickelt hat.

Es hat sich gezeigt, dass die klassische KI weder in der Lage ist, menschliche Intelligenz angemessen zu modellieren, noch künstliche Intelligenz herzustellen. Der Versuch, eine quasi körperlose Intelligenz herzustellen, ist gescheitert. Weltbezug und Gefühle sind unerlässlich für die Entwicklung von Intelligenz; alles andere sind nur die abgelegten Produkte einer lebendigen Intelligenz. Andererseits ist auch die biologienahe *Embodied Artificial Intelligence* nicht in der Lage, mehr als die einfachsten Basisfunktionen der Intelligenz nachzubauen. Von der Erklärung, geschweige denn vom Nachbau der höheren Funktionen menschlicher Intelligenz ist sie noch weit entfernt. Somit besteht eine Patt-Situation zwischen den verschiedenen Paradigmen der KI.

Die Intelligenzforschung der Biologie steht in der voluntaristischen Tradition, wie im folgenden Kapitel ausgeführt wird.

5. Intelligenz-Forschung der Biologie und Medizin

Trotz der rasant zunehmenden Forschungsergebnisse der Biologie und Medizin zu psychischen, insbesondere zu kognitiven Funktionen haben diese Wissenschaften bisher keinen eigenen Intelligenz-Begriff ausgebildet, sondern sie übernehmen im Wesentlichen den der Psychologie.

Intelligenz ist aus Sicht der Biologie und Medizin ein natürliches Phänomen und daher naturwissenschaftlichen Untersuchungen zugänglich. Die Evolutionstheorie, die evolutionäre Erkenntnistheorie¹⁰⁶ und die Evolutionspsychologie beschreiben die Evolution der Intelligenz als einen Selektionsprozess, der von dem Drang meist unbewusster Lebewesen, zu überleben und sich fortzupflanzen, vorangetrieben wird. Eine solche Rückführung der Intelligenz auf den Überlebenswillen findet sich schon bei Schopenhauer. Die Evolutionstheorie beschreibt die Entstehung und Entwicklung von Emotionen, Selbstbewusstsein und Intelligenz als evolutionäre Anpassungsstrategie von Tieren, die sich in komplexen, instabilen Umwelten und unter einem hohen Selektionsdruck durch Konkurrenten, Fressfeinde, Klimaveränderungen etc. behaupten mussten. Unter dem evolutionären Druck sind demnach bei verschiedenen Tierarten Experimentierfreude, Lernfähigkeit, Soziabilität und Kommunikationsfähigkeit entfaltet worden, und damit ist die Basis zur Höherentwicklung der Intelligenz gelegt worden. Als wichtige Triebkraft für die Entwicklung der Intelligenz wird eine komplexe soziale Umwelt betrachtet, denn um sich in einer Gruppe zu behaupten, sind Selbstbewusstsein, Gedächtnis und Antizipations-

¹⁰⁶ Vgl. Lorenz (1987); Eibl-Eibesfeldt (1997) und (2000).

gabe erforderlich. Unter dem Selektionsdruck durch die physische und die soziale Umwelt überleben und vermehren sich die Tiere, die richtige Erkenntnisse gewonnen und richtige Entscheidungen getroffen haben, überdurchschnittlich stark. Somit geht die Evolution in komplexen Lebensräumen in die Richtung der Entwicklung immer intelligenterer Lebewesen.

Die Basis der Intelligenz verorten Biologie und Medizin seit der Neuzeit im Gehirn, nicht mehr im Herzen.¹⁰⁷ Wie die moderne Medizin hatte schon Schopenhauer individuelle Unterschiede des Gehirns für Intelligenzunterschiede verantwortlich gemacht.

Aus der empirisch erwiesenen Korrelation (zentral-)nervöser Prozesse mit Bewusstseinsprozessen folgt der Anspruch auf die naturwissenschaftliche Untersuchung der Intelligenz und anderer psychischer Phänomene. Zur biologischen Intelligenz-Forschung tragen vor allem die folgenden Bereiche bei:

1. Die *Gehirnforschung* an Menschen und anderen Tieren untersucht das materielle Substrat der Intelligenz, das Gehirn. Mit Hilfe der Neurochirurgie und Pharmakologie lässt sich dieses Substrat direkt manipulieren; dadurch sind nicht nur Korrelationen, sondern auch kausale Zusammenhänge zwischen psychischen und physischen Phänomenen nachgewiesen worden.
2. *Genetik* und *Gentechnik* sind für die biologische Intelligenz-Forschung relevant, da wahrscheinlich kein Organ abhängiger von der spezifischen Genkombination ist als das Gehirn.¹⁰⁸ Bisher sind zwar mehrere Gene bekannt, die einen Einfluss auf die Intelligenz haben, doch jedes einzelne hat nur einen geringen Einfluss. Die Intelligenz scheint durch eine Vielzahl von Genen bestimmt zu werden.¹⁰⁹ Bekannt sind allerdings bestimmte Gendefekte, die die Intelligenz drastisch verringern, z. B. Trisomie 21 (Down-Syndrom), das Fragiles-X-Syndrom und die Phenylketonurie.¹¹⁰
3. Mit Hilfe der *Evolutionstheorie* und der *evolutionären Erkenntnistheorie* beschreibt die Biologie die Entstehung und Entwicklung der Intelligenz. Sie kann die phylogenetische und die ontogenetische Evolution der Intelligenz zumindest qualitativ erklären, ebenso wie sie Intelligenz-Unterschiede sowohl zwischen verschiedenen Spezies als auch zwischen einzelnen Individuen einer Art plausibel machen kann.
4. Die *Zoologie*, insbesondere die Verhaltensforschung, liefert Erkenntnisse über die Intelligenz unterschiedlicher Tierarten.
5. Die *Anthropologie* schließlich untersucht die Entwicklungsbedingungen und die Evolution der menschlichen Intelligenz.

6. Beiträge der Gehirnforschung zur Intelligenz-Forschung

Von einem umfassenden Verständnis des Gehirns ist die Biologie zwar noch weit entfernt, aber schon ihre derzeitigen Ergebnisse sind für die Intelligenz-Forschung relevant. Bestimmte philosophische Theorien zum Leib-Seele-Problem können aufgrund der Erkenntnisse der Gehirnforschung bereits heute als widerlegt gelten: Die Tatsache,

¹⁰⁷ Vgl. Eidmann/Kühlhorn (1970), S. 252.

¹⁰⁸ Vgl. Miller (2001), S. 142-144.

¹⁰⁹ Vgl. Chorney et al. (1998); Comings et al. (2003); Butcher et al. (2008).

¹¹⁰ Vgl. Butcher et al. (2008), S. 436.

dass materielle Veränderungen des Gehirns die Intelligenz und die Persönlichkeit massiv verändern können, widerlegt den Substanzen-Dualismus. Und die umgekehrte Tatsache, nämlich dass geistige und seelische Prozesse das Gehirn verändern, widerlegt den Epiphänomenalismus. Leitender Grundsatz ist das Prinzip des vollständigen Parallelismus des Psychischen und Physischen.¹¹¹ Auch wenn *methodologisch* nach dem Prinzip des Parallelismus gearbeitet werden muss, gilt *ontologisch* das Identitätsprinzip. Daher können zur Erforschung der Gehirnleistungen sowohl psychologische und introspektive Methoden¹¹² als auch biophysikalische Verfahren eingesetzt werden.

Bisher ist relativ wenig über den Zusammenhang zwischen Intelligenz und Gehirnleistung bekannt. Das liegt unter anderem daran, dass sowohl Gehirnleistungen als auch intellektuelle Leistungen komplexe Vorgänge von miteinander in enger Wechselbeziehung stehenden Einzelleistungen sind. Von entscheidender Bedeutung ist daher, welche Art von Gehirnleistung mit welcher Art von Intelligenzleistung in Zusammenhang gebracht werden soll. Zu unterscheiden sind hierbei strukturelle und funktionale Aspekte: Die strukturellen Aspekte betreffen den Zusammenhang von Intelligenz und Gehirnanatomie sowie die Frage nach der Lokalisierbarkeit intellektueller Leistungen im Gehirn. Die funktionalen Aspekte betreffen die Verarbeitungsleistungen des Gehirns.¹¹³

6.1 Strukturelle Aspekte: Intelligenz und Gehirnanatomie

Ein Zusammenhang zwischen Gehirnvolumen und Intelligenz ist aufgrund evolutiver Befunde anzunehmen: Höher entwickelte Tierarten weisen im Durchschnitt ein wesentlich größeres Gehirnvolumen in Relation zur Körpergröße auf als weniger hoch entwickelte Tierarten.¹¹⁴ Bei den Hominiden hat das relative Gehirnvolumen im Verlauf der Evolution vom *Homo erectus* (vor ca. 2 Millionen Jahren) zum modernen Menschen fast exponentiell zugenommen. Das Gehirn moderner Menschen ist neunmal größer als bei einem typischen Säugetier gleicher Körpergröße.¹¹⁵

Noch entscheidender für die Intelligenz als die relative Gehirngröße ist der sog. „Cerebrotyp“. Mit diesem in Anlehnung an den Begriff „Genotyp“ von Samuel S.-H. Wang et al. eingeführten Begriff wird die Größenverteilung von elf bestimmten Gehirnarealen beschrieben. Tierarten mit ähnlichem Cerebrotyp stehen evolutionär nahe beieinander. In verwandten Spezies variiert zwar manchmal die Gesamtgröße des Gehirns um 100 Prozent, aber die relative Größe der Areale bleibt im Allgemeinen konstant. Veränderungen der Cerebrotypen korrespondieren mit der Entstehung neuer Spezies. Das Besondere am menschlichen Gehirn ist die außergewöhnliche Größe des Neocortex, der für kognitive Leistungen, insbesondere für soziale Interaktionen, verantwort-

¹¹¹ Praktisch alle zeitgenössischen Neurowissenschaftler nehmen eine strenge Parallelität zwischen Mentalem und Neuronalem an und lehnen den Substanzen-Dualismus ausdrücklich ab; vgl. z. B. Roth (1997), S. 274-284, und Damasio (2003), S. 217-222.

¹¹² Vgl. zur Verwendung der Introspektion für die Gehirnforschung Roth (1997), S. 274 f.

¹¹³ Vgl. Klimesch/Schimke (1998), S. 144.

¹¹⁴ Vgl. Klimesch/Schimke (1998), S. 144 f.

¹¹⁵ Vgl. Dunbar (1998), S. 12 und 77 ff.

lich ist. Während die Größenzunahme des Neocortexes im Lauf der Evolution bei Insektenfressern nur 16 Prozent beträgt, liegt sie bei Menschen bei 80 Prozent.¹¹⁶

Auch beim Vergleich einzelner Menschen wurde eine Korrelation zwischen relativem Gehirnvolumen und Intelligenz gefunden.¹¹⁷ Dieser Zusammenhang ist allerdings umstritten. Dagegen scheint zunächst die Tatsache zu sprechen, dass das Gehirnvolumen der Europäer seit der Steinzeit bis heute kontinuierlich abgenommen hat.¹¹⁸ Doch dieser Einwand lässt sich nicht überprüfen, da die Intelligenz der Steinzeitmenschen nicht mehr messbar ist. Man könnte sogar annehmen, dass die Steinzeitmenschen gerade wegen des niedrigeren kulturellen Niveaus und der härteren Lebensbedingungen intelligenter sein mussten als heutige Menschen,¹¹⁹ womit dieser Einwand entkräftet wäre.

Das relative Gehirnvolumen scheint nur ein grobes Maß für die intellektuelle Leistungsfähigkeit zu sein. Nach Ergebnissen von Richard Haier et al. ist für die Intelligenz nicht das Gesamthirnvolumen, sondern das Volumen der grauen Substanz in bestimmten Gehirnregionen entscheidend. Demnach sollen nur etwa sechs Prozent der gesamten grauen Substanz zur Intelligenz beitragen. Ein einzelnes Intelligenz-Zentrum sei unwahrscheinlich; vielmehr sollen mehrere über das ganze Gehirn verteilte Areale zur Intelligenz beitragen. Die individuellen Verteilungsmuster der grauen Substanz bestimmen demnach die individuellen Stärken der verschiedenen Intelligenzleistungen.¹²⁰

Die Frage der Lokalisierung von kognitiven Funktionen ist bis heute nicht einwandfrei geklärt. Empirische Belege gibt es sowohl für *Lokalisationstheorien*, nach denen kognitive Funktionen in bestimmten Gehirnarealen lokalisiert sind, als auch für *Distributionstheorien*, nach denen diese über das ganze Gehirn verteilt sind. Nach der Distributionstheorie von Lashley (1950) gelten die Prinzipien der *Äquipotenz* (danach kann jedes Gehirngebiet jede Funktion übernehmen) und der *Massenaktion* (die Gesamtmasse aller Neuronen ist an der Durchführung einer Aufgabe beteiligt). Diese Prinzipien gelten aber nach heutigem Erkenntnisstand zumindest nicht für sensorische, motorische und sprachliche Leistungen. Inzwischen sind viele Gehirnregionen, die auf bestimmte Funktionen spezialisiert sind, identifiziert worden. Beispielsweise führen Läsionen des rechten Schläfenlappens zu einer tonalen Agnosie, Läsionen des linken Schläfenlappens zur Aphasie.¹²¹ Aus der Art der Funktionsausfälle bei einer Läsion lässt sich auf die Lokalisierung der entsprechenden Funktion schließen. Man geht heute davon aus, dass nicht nur die Größe, sondern auch der Ort einer Gehirnläsion die Art und Schwere von kognitiven Störungen beeinflusst. Das Volumen des verlorenen Gehirngewebes spielt eine größere Rolle, wenn es um globale kognitive Fähigkeiten geht. Der Läsionsort ist dagegen ein signifikanter Indikator für den Verlust spezifischer kognitiver Fähigkeiten. Aber auch die Intelligenz und Bildung spielen eine Rolle für die kognitiven Fähigkeiten nach einer Gehirnschädigung, wahrscheinlich sogar eine größere als das Volumen des zugrunde gegangenen Gehirngewebes oder ein bestimmter strukturell relevanter Ver-

¹¹⁶ Vgl. Wang/Mitra/Clark (2002).

¹¹⁷ Vgl. Klimesch/Schimke (1998), S. 149; Willerman et al. (1991).

¹¹⁸ Vgl. Martin (2000), S. 78 f.

¹¹⁹ Vgl. Ramachandran/Blakeslee (2002), S. 309-318.

¹²⁰ Vgl. Dick-Pfaff (2004).

¹²¹ Vgl. Sacks (1990), S. 118-120.

lust von Gehirngewebe.¹²² Ein hoher „Vernetzungsquotient“ (Relation zwischen Synapsenzahl und Neuronenzahl) ist vermutlich das beste neuroanatomische Korrelat zur Erfassung der individuellen Intelligenz. Hinweise dafür liefern MRT-Untersuchungen.¹²³

Gehirnstruktur und Intelligenz sind also eng korreliert und in lebenslanger Entwicklung begriffen. Kognitive und emotionale Prozesse verändern die Gehirnstrukturen, und strukturelle Veränderungen des Gehirns verändern die Intelligenz und die Emotionalität.

6.2 Funktionale Aspekte: Intelligenz und Gehirnstoffwechsel

Intelligenzunterschiede sind offenbar auch mit Unterschieden im Gehirnstoffwechsel korreliert. Mit Hilfe der Positronenemissionstomographie (PET), mit der die Durchblutungsintensität sowie der Glucose- und Sauerstoffverbrauch lokalisiert werden können, lassen sich die Gehirnregionen ermitteln, die bei der Bewältigung bestimmter Aufgaben aktiv sind.

Schon ältere Untersuchungen haben nachgewiesen, dass höhere Intelligenz mit einer höheren Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit korreliert ist, insbesondere mit dem Alpha-Rhythmus des EEG. Personen mit gutem Gedächtnis und hoher Intelligenz weisen eine lokalisiertere Aktivierung (Alpha-Unterdrückung) auf als andere.¹²⁴

Dies bestätigen neuere PET-Untersuchungen: Intelligente Versuchspersonen weisen beim Lösen leichterer Aufgaben eine signifikant geringere metabolische Aktivierung und beim Lösen schwierigerer Aufgaben eine selektivere Aktivierungszunahme in der dafür relevanten Gehirnhemisphäre auf als weniger intelligente Personen. Die Gehirne intelligenterer Menschen müssen sich also beim Lösen leichter Aufgaben weniger anstrengen und können ihren Stoffwechsel für das Lösen schwierigerer Aufgaben besser aktivieren.¹²⁵ Einige biologisch orientierte Intelligenzforscher betrachten die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit als basale, stark genetisch bestimmte Intelligenzkomponente. Demnach bestimmt die neuronale Effizienz des Zentralnervensystems, also die Schnelligkeit, Zuverlässigkeit und Konsistenz der Impulsübertragung, das Intelligenzniveau. Auch das Kurzzeitgedächtnis und das Arbeitsgedächtnis werden als basale Intelligenzkomponenten diskutiert.¹²⁶

6.3 Risikofaktoren für die Entwicklung der Intelligenz

Mittlerweile sind zahlreiche Risikofaktoren bekannt, die die Intelligenz eines Individuums negativ beeinflussen können:

- Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft ist in westlichen Gesellschaften der Hauptgrund für nicht genetisch bedingte geistige Defizite bei Neugeborenen (*fötales Alkoholsyndrom, FAS*).¹²⁷

¹²² Vgl. Grafman et al. (1986).

¹²³ Vgl. Klimesch/Schimke (1998), S. 150.

¹²⁴ Vgl. Klimesch/Schimke (1998), S. 150-154.

¹²⁵ Vgl. Klimesch/Schimke (1998), S. 155 f.

¹²⁶ Vgl. Guthke (1996), S. 94-103. – Unter der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit wird die Verarbeitungszeit für ganz einfache Reize verstanden.

¹²⁷ Vgl. Drozella (2001).

- *Pränatale oder perinatale Hirnschädigungen* können die Gehirnentwicklung beeinträchtigen und zu einer geistigen Behinderung führen. Dazu zählen Schädigungen durch hormonale oder Stoffwechsel-Störungen, durch Unter- oder Überversorgung mit Sauerstoff, durch Toxine oder Entzündungen (z. B. Enzephalitis, Meningitis, Röteln, Toxoplasmose).
- *Jodmangel* der Mutter während der Schwangerschaft verringert den IQ.¹²⁸
- *Frühgeburt* ist ein Risikofaktor für die Intelligenzentwicklung. Die Entwicklung des Gehirns frühgeborener Kinder ist häufig stark beeinträchtigt. Ihr Gehirnvolumen liegt bis zu 35 Prozent unter dem Normalwert.¹²⁹
- Die Intelligenz kann durch eine Vielzahl von *nervenschädigenden Substanzen*, z. B. Nervengifte, Schwermetalle und andere Umweltgifte¹³⁰ verringert werden.
- *Infektionen, Gehirntraumata* und manche *Gehirntumoren* können einzelne kognitive Funktionen oder die generelle Intelligenz schädigen.
- *Stoffwechselerkrankungen* (z. B. Wilsonsche Krankheit, Hypoglykämie, Kretinismus), *Bluthochdruck* und andere Störungen, die zu einer schlechteren Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff oder Nährstoffen führen, können die Intelligenz verringern.
- Schwere *psychische Krankheiten* wie Schizophrenie können den IQ senken.¹³¹

6.4 Hirnorganische Besonderheiten von Savants¹³²

Savants verfügen über Hochbegabungen auf eng umgrenzten Gebieten, sind aber stark retardiert, meist unfähig, ein selbständiges Leben zu führen, und häufig autistisch. Savants zeigen beispielsweise ein extremes Zahlengedächtnis, die Fähigkeit zur Kalenderberechnung oder zur Bestimmung zwölfstelliger Primzahlen, ein eidetisches Gedächtnis¹³³ oder die Fähigkeit, lebenssechte Zeichnungen komplexer Szenen zu produzieren.¹³⁴ Der enge Zusammenhang zwischen den besonderen Fähigkeiten von Savants und deren speziellen Einschränkungen lässt hirnorganische Besonderheiten vermuten.

Norman Geschwind und Albert Galaburda (1987) haben festgestellt, dass „rechts-hemisphärische Hochbegabung“, also das besondere räumliche Vorstellungsvermögen, das einer Hochbegabung in Mathematik, Musik und bildender Kunst zugrunde liegt, mit Nicht-Rechtshändigkeit (Links- oder Beidhändigkeit), Sprachproblemen (Dyslexie, Stottern, verspäteter Spracherwerb), Autismus und Autoimmunkrankheiten korreliert ist. Die gemeinsame Ursache dieser Eigenschaften nehmen Geschwind und Galaburda in einem erhöhten Testosteronspiegel *in utero* nach der zwanzigsten Schwangerschaftswoche an. Dadurch werde das Wachstum der linken Hemisphäre behindert, was durch ein erhöhtes Wachstum der rechten Hemisphäre kompensiert werde. Ein erhöhter Testosteronwert während der Schwangerschaft findet sich grundsätzlich bei männ-

¹²⁸ Vgl. Haddow et al. (1999).

¹²⁹ Vgl. Peterson et al. (2000).

¹³⁰ Vgl. Grandjean/Landrigan (2006).

¹³¹ Vgl. Birbaumer/Schmidt (1996), S. 722 f.

¹³² Ausführlicher in Müller/Steinmetzer (2008).

¹³³ Vgl. Sacks (1990), S. 246-278.

¹³⁴ Vgl. zu diesem Abschnitt Ramachandran/Blakeslee (2002), S. 283-320.

lichen Föten, kann aber auch durch Rauchen und Stress der Mutter verursacht werden.¹³⁵ Für die These einer frühen Hirnschädigung von Savants spricht unter anderem die Tatsache, dass sich bei Savants-Musiker häufig die Triade Blindheit, Retardation und Musikalität findet als Folge von Frühgeburtlichkeit und künstlicher Beatmung.¹³⁶

Nach der Geschwind-Galaburda-Hypothese basieren die paradoxen Eigenschaften von Savants auf einer Superioritätspathologie. Durch die hohe Testosteronkonzentration kommt es zu Entwicklungsverzögerungen in Teilen der linken Hemisphäre, zugleich zur Stimulierung der rechten Hemisphäre, aber auch bestimmter Bereiche der linken Hemisphäre, insbesondere solcher, die für das Rechnen zuständig sind. Das würde die Sprachprobleme, die enormen visuell-räumlichen Fähigkeiten sowie die extremen Rechenfähigkeiten erklären. CT-Aufnahmen haben tatsächlich deutliche Hinweise auf linksseitige Schädigungen der Gehirne von Savants, insbesondere von Savant-Musikern, ergeben. Viele Savants waren Frühgeborene, was zur These der linksseitigen Hirnschädigung passt. Bei einer prä- oder perinatalen Schädigung der linken Hemisphäre (z. B. durch zu hohe Sauerstoffgaben bei der künstlichen Beatmung) kann die rechte Hemisphäre noch kompensatorisch wachsen, was in späterem Alter nicht mehr möglich ist. Das phänomenale Gedächtnis, die emotionale Distanz und die äußerst konzentrierte, eng begrenzte Aufmerksamkeit von Savants sind wahrscheinlich Folgen einer Hirnschädigung: Eine Verletzung des Cortexbereichs, der für ein bewusstes, bedeutungsvolles Erinnerungsvermögen erforderlich ist, könnte dazu führen, dass das Gedächtnis auf eine primitivere, vom kortiko-striatalen System vermittelte Stufe zurückfällt, die unbewusst, nicht kognitiv und automatisch ist.¹³⁷

Das Geschwind-Galaburda-Modell erklärt, warum es viel mehr männliche als weibliche Savants gibt: Zum einen weil männliche Föten viel höheren Testosteronkonzentrationen ausgesetzt sind, zum anderen weil sich deren Gehirne langsamer entwickeln und damit verletzungsanfälliger sind. Es erklärt auch, warum sich Savants nur in bestimmten Domänen finden, nämlich in solchen, die entweder durch die rechte Hemisphäre vermittelt werden (Zeichnen, Musik), oder durch linkshemisphärische Regionen, die an die hintere (bei Savants geschädigte) Sprachregion angrenzen (Rechnen).¹³⁸

Ramachandran nimmt an, dass bei Savants eine prä- oder perinatale Hirnschädigung besteht, der eine Umkartierung des Gehirns folgt (ähnlich wie beim Entstehen von Phantomgliedern nach Amputationen), so dass andere Bereiche des Gehirns größer und dichter an Neuronen würden. Die extremen mathematischen Fähigkeiten einiger Savants basieren demnach auf einem hypertrophen Wachstum des *Gyrus angularis* in der linken Hirnhemisphäre. Das Funktionieren dieser Region ist eine notwendige Voraussetzung für die Fähigkeit zum Rechnen, wie von Patienten mit Läsionen in diesen Bereichen bekannt ist. Eine Verdopplung der Größe des linken *Gyrus angularis* würde wahrscheinlich nicht zu einer Verdopplung der mathematischen Fähigkeiten führen, sondern zu deren logarithmischen Zunahme. Das Entsprechende könnte für den rechten *Gyrus angularis* und zeichnerische Fähigkeiten gelten.

¹³⁵ Vgl. Winner (1998), S. 151-163; Geschwind/Galaburda (1987).

¹³⁶ Vgl. Winner (1998), S. 129.

¹³⁷ Vgl. Winner (1998), S. 160-163; Geschwind/Galaburda (1987); Treffert (1989).

¹³⁸ Vgl. Winner (1998), S. 163; Ramachandran/Blakeslee (2002), S. 283-320.

6.5 Cognitive Enhancement – Medizintechnische Steigerung der Intelligenz¹³⁹

Die Kenntnis der biologischen Parameter, die die Intelligenz beeinflussen, eröffnet auch Möglichkeiten, die Intelligenz mit Hilfe biomedizinischer Technik zu steigern, unter Umständen sogar über das Normalmaß hinaus. Derartige Optionen werden unter dem Begriff *Cognitive Enhancement* diskutiert. *Cognitive Enhancement* ist ein Spezialfall des sog. *Neuroenhancement*. Dieses umfasst neben der Verbesserung der kognitiven Funktionen auch die Verbesserung anderer neuronaler Funktionen, insbesondere der Emotionalität und des Verhaltens. *Cognitive Enhancement* kann an Kindern und Erwachsenen versucht werden; aussichtsreicher ist es aber an (Labor-)embryonen oder an Föten. Je unreifer, also je entwicklungsfähiger ein Gehirn ist, desto größer sind die Manipulationsmöglichkeiten und damit die Chancen auf eine nachhaltige Leistungssteigerung.

1. *Genetische Auswahl der Eltern*: Die biotechnische Steigerung der Intelligenz fängt bei der gezielten Auswahl der biologischen Eltern an. *Cognitive Enhancement* durch Zuchtwahl hat schon Platon vorgeschlagen: In der *Politeia* skizziert er eine ständisch organisierte Gesellschaft, in der die Herrschenden auf geheime Weise dafür sorgen, dass innerhalb des Wächterstandes die besten Männer die meisten Kinder mit den besten Frauen zeugen.¹⁴⁰ Ähnliche Pläne wurden von Vertretern der US-amerikanischen Eugenik-Bewegung Anfang des 20. Jahrhunderts vertreten. Mit der Erfindung der Tiefkühlung für Samenzellen (1953) kam die Idee auf, hochintelligente Männer zur Zucht zu verwenden: Ähnlich wie Zuchthengste sollten sie Tausende von Nachkommen hervorbringen. Mit Einführung von Samenbanken wurde diese Idee im puritanischen Amerika salonfähig: Die massenhafte Zeugung von Elitekindern sollte dadurch ohne sexuellen Ehebruch möglich werden.¹⁴¹ Heute gibt es in den USA und in zahlreichen anderen Staaten Samenbanken, aus denen die Kundinnen einen Samenspender u. a. nach den Kriterien IQ und Beruf auswählen können.¹⁴²

Während Samenzellen sich relativ leicht erwerben lassen, auch solche von Spendern mit hoher Intelligenz, sind käufliche Eizellen, vor allem solche von intelligenten Frauen, Mangelware, da deren Entnahme eine hormonelle Hyperstimulation der Eierstöcke (mit erhöhtem Eierstockkrebsrisiko) und eine Operation unter Vollnarkose erfordert. In den USA, wo der Eizellhandel legal und weitgehend akzeptiert ist, besteht eine Nachfrage speziell nach Eizellen intelligenter Frauen; um diese zu befriedigen, werden gezielt Studentinnen zum Verkauf ihrer Eizellen angeworben.¹⁴³

Sowohl der Samen- als auch der Eizelltransfer ist praktisch immer eine Notlösung wegen Unfruchtbarkeit, Erbkrankheiten oder fehlendem Partner, aber nicht das Ergebnis eugenischer Überlegungen. Beide sind ethisch und juristisch problematisch, vor allem wegen möglicher Identitätsprobleme der Kinder sowie wegen unklarer Rechte und Pflichten der Keimzellendonatoren.

2. *Genetische Selektion der Embryonen*: Mittels PID und Pränataldiagnostik wird u. a. das Ziel verfolgt, Embryonen, die eine weit unterdurchschnittliche Intelligenz erwarten

¹³⁹ Ausführlicher in Müller/Steinmetzer (2008) und Müller (2008c).

¹⁴⁰ Vgl. Platon: *Politeia*, Buch 5, 457c-461e.

¹⁴¹ Vgl. Plotz (2005).

¹⁴² Z. B. www.thespermbankofca.org (The Sperm Bank of California).

¹⁴³ Vgl. Plotz (2005), S. 202.

lassen, wie etwa beim Down-Syndrom, zu erkennen und nicht zu implantieren bzw. abzutreiben. Dies ist aber nur negative Eugenik, kein Cognitive Enhancement. Dazu wäre es erforderlich, Embryonen, die auf eine besonders hohe Intelligenz hoffen lassen, schon im Embryonalstadium zu erkennen und bevorzugt zu implantieren. Da aber bisher die Gene, die für eine besonders hohe Intelligenz verantwortlich sein könnten, noch nicht bekannt sind, ist dies noch nicht möglich.

3. *Genetische Manipulation*: Viele Menschen haben den Wunsch, einerseits genetisch eigenen Nachwuchs zu bekommen, andererseits hochintelligente Kinder zu haben. Für dieses Dilemma könnte die gentechnische Manipulation ihrer Keimzellen oder ihres Embryos verlockend erscheinen. Da für die Intelligenz eine Vielzahl von Genen relevant ist, und da noch weitgehend unerforscht ist, welche Gene die kognitiven Fähigkeiten beeinflussen, sind gezielte gentechnische Manipulationen zur Intelligenzsteigerung derzeit noch weit von der Anwendung bei Menschen entfernt. Im Tierversuch ist aber damit schon begonnen worden.¹⁴⁴ Dabei haben sich allerdings unerwartete Zusammenhänge gezeigt, die zur größten Vorsicht bei genetischen Manipulationen mit dem Ziel der Intelligenzerhöhung mahnen sollten: So traten bei Mäusen, deren Intelligenz gentechnisch gesteigert wurde, gehäuft chronische Schmerzen bei Entzündungen und Verletzungen auf.¹⁴⁵ Offenbar gehören das Gedächtnis für bewusste Erinnerungen und das Schmerzgedächtnis zusammen. Bei Mäusen, deren Cdk5-Gen abgeschaltet wurde, verbesserte sich ebenfalls die Lernfähigkeit; der Grund dafür ist wahrscheinlich, dass diese Mäuse gegenüber ihrer Umgebung viel empfindlicher reagieren als normale Mäuse. Schon diese beiden Studien deuten darauf hin, dass mit unerwünschten Nebenwirkungen zu rechnen ist, wenn man ein so komplexes genetisches Merkmal wie die Intelligenz manipuliert.¹⁴⁶

4. *Hormonelle Manipulation von Embryonen*: Eine weitere Möglichkeit der pränatalen Intelligenzsteigerung ist die Injektion von bestimmten Hormonen oder Morphogenen in das Gehirn eines Embryos, die dieses zu außerordentlichem Wachstum anregen.¹⁴⁷ Die Größe des Gehirns lässt sich aber nicht steigern, ohne nicht gleichzeitig das Schädelvolumen zu vergrößern. Bei Menschen ist das Verhältnis von Schädelgröße des Neugeborenen und der Beckenbreite der Mutter bereits ausgereizt. Kinder mit extragroßen Gehirnen und extragroßen Schädeln müssten also per Kaiserschnitt entbunden werden. Statt die Größe des gesamten Gehirns zu manipulieren, könnte man versuchen, selektiv einzelne Gehirnbereiche zu hypertrophem Wachstum anzuregen, um spezielle Hochbegabungen zu erzeugen: Ein mathematisch oder musikalisch hochbegabtes Kind könnte man vielleicht dadurch erzeugen, dass man nach der zwanzigsten Schwangerschaftswoche den Testosteronspiegel *in utero* erhöht, um dadurch das Wachstum der linken Hemisphäre zu behindern und das Wachstum der rechten Hemisphäre zu begünstigen. Allerdings müsste man auch mit Sprachproblemen (Dyslexie, Stottern, verspäteter Spracherwerb), Autismus und Autoimmunkrankheiten rechnen.¹⁴⁸ Zur Zeit ist noch

¹⁴⁴ Vgl. Falk (2001); Hawasli (2007); Hilbert (2007).

¹⁴⁵ Vgl. Tang et al. (1999); Wei et al. (2001); Falk (2001).

¹⁴⁶ Vgl. Hawasli (2007); Hilbert (2007).

¹⁴⁷ Vgl. Ramachandran/Blakeslee (2002), S. 318.

¹⁴⁸ Vgl. zur linkshemisphärischen Hochbegabung (Winner) 1998, S. 151-160.

nicht viel darüber bekannt, welche hirnorganischen Besonderheiten einer besonders hohen allgemeinen Intelligenz bzw. den verschiedenen Spezialbegabungen zu Grunde liegen, und daher gibt es auch noch keine etablierten Methoden, um Hochbegabungen im Embryonalstadium zu erschaffen. Das ist aber nur eine Frage der Zeit, und dann könnten werdende Eltern über die Frage entscheiden, ob sie die Intelligenz ihres Kindes in einer bestimmten Richtung maximieren wollen. Jede Steigerung wird auf der einseitigen Vergrößerung bestimmter Gehirnbereiche und damit auf der Verkleinerung anderer basieren, so dass massive Behinderungen körperlicher, seelischer oder intellektueller Art zu erwarten sind. Es würden wahrscheinlich eher Idiots savants als Genies erzeugt.¹⁴⁹ Derartige Eingriffe in die Entwicklung von Embryonen oder Föten sind aus ethischer Sicht abzulehnen, da sie gravierende, höchst riskante Manipulation an einer werdenden Person sind, die völlig wehrlos ist und deren Einverständnis dazu kaum vorausgesetzt werden kann.

5. *Pharmazeutisches Cognitive Enhancement*: Die aktuelle Debatte um Cognitive Enhancement dreht sich vor allem um eine pharmakologische Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit dem Ziel der kognitiven Leistungssteigerung. Zunehmend werden Psychopharmaka (insbesondere *Ritalin*) an Kinder verabreicht, um deren Konzentrationsfähigkeit zu verbessern. Dabei besteht die Gefahr, dass die natürliche Gehirnentwicklung beeinträchtigt wird.¹⁵⁰ Auch Erwachsene verwenden zunehmend Psychopharmaka zur vorübergehenden Leistungssteigerung, vor allem Ritalin, aber auch das Alzheimer-Medikament *Aricept* (Wirkstoff *Donepezil*) zur Verbesserung der Gedächtnisleistung sowie *Modafinil*, ein Medikament zur Behandlung der Narkolepsie, das einige exekutive Funktionen bei Gesunden verbessern und die Wachphasen verlängern soll.¹⁵¹ Mit diesen Pharmaka wird jedoch keine dauerhafte Intelligenzsteigerung bewirkt, sondern allenfalls eine kurzzeitige Leistungssteigerung erreicht. Ob Folgen wie Substanz-Abhängigkeit oder Langzeitschäden des Gehirns oder anderer Organe zu erwarten sind, ist noch nicht hinreichend erforscht.

7. Fazit

In den modernen empirischen Wissenschaften, die sich mit Intelligenz befassen, lassen sich die idealistische und die voluntaristische Richtung der philosophischen Tradition nachweisen. Es zeigt sich, dass beide Richtungen jeweils Wesentliches zum Verständnis der Intelligenz beitragen können, aber beide ‚auf einem Auge blind‘ sind und daher keine befriedigende Intelligenz-Theorie liefern können. Die Gründe dafür sind bei den Idealisten die mangelnde Empirie und das Desinteresse für die materielle Basis und bei den Voluntaristen die Ignoranz gegenüber den Erkenntnisleistungen des Intellekts und die antiethische Haltung. Beide Intelligenz-Begriffe sind in ihrer Verabsolutierung falsch: Der Idealismus führt zu Hybris und zur Verachtung gegenüber allem, das endlich und nicht reine Vernunft ist. Der Voluntarismus dagegen verkleinert die Vernunft und entwertet jedes Denken, das über Existenzsicherung und Fortpflanzung hinaus-

¹⁴⁹ Zu Savants vgl. Sacks (1990), S. 246-278, und Ramachandran/Blakeslee (2002), S. 283-320.

¹⁵⁰ Vgl. Hüther (2006).

¹⁵¹ Vgl. Farah et al. (2004).

geht. Beide liefern nichtsdestotrotz wesentliche Einsichten in das Wesen der Intelligenz: Die idealistische Tradition leistet die Bestimmung der Richtung und des Ziels der Intelligenz: Die Intelligenz zielt auf die theoretische Betrachtung der Dinge, sie ist grundsätzlich auf das Allgemeine ausgerichtet und strebt danach, die ideellen Prinzipien und Gesetzmäßigkeiten zu finden und begrifflich zu erfassen. Die voluntaristische Tradition dagegen erklärt die Herkunft der Intelligenz, ihre Rückgebundenheit an das Leben, an den Willen des Individuums zu existieren, und erklärt daraus prinzipielle Einschränkungen der Intelligenz jedes Lebewesens, insbesondere ihre Subjektivität, Perspektivität und Endlichkeit.

Notwendig für ein umfassendes Verständnis der Intelligenz ist eine Synthese der idealistischen und der voluntaristischen Richtung des Intelligenz-Begriffs, die sich durch alle Wissenschaften ziehen, ohne jedoch deren Fehlentwicklungen mitzumachen.

Literatur

1. Birbaumer/Schmidt (1996): Niels Birbaumer, Robert F. Schmidt, *Biologische Psychologie*, 3. Aufl., Berlin u. a. 1996.
2. Bruno (1584a): Giordano Bruno, *Das Aschermittwochsmahl*, hrsg. von Ludwig Kühlenbeck, *Gesammelte Werke*, Bd. 1, Leipzig 1904.
3. Bruno (1584b): Giordano Bruno, *Über die Ursache, das Prinzip und das Eine*, Stuttgart 1986.
4. Bruno (1584c): Giordano Bruno, *Über das Unendliche, das Universum und die Welten*, Stuttgart 1994.
5. Bruno (1585a): Giordano Bruno, *Von den heroischen Leidenschaften*, Hamburg 1989.
6. Bruno (1585b): Giordano Bruno, *Die Kabbala des Pegasus*, Hamburg 2000.
7. Bruno (1884): Giordano Bruno, *Opera Latine conscripta*, hrsg. von V. Imbriani und C. M. Tallarigo, Bd. 1+2, Neapel 1884.
8. Bruno (1888): Giordano Bruno, *Le opere italiane*, hrsg. von Paolo de Lagarde, Göttingen 1888.
9. Butcher et al. (2008): L. M. Butcher, O. S. P. Davis, I. W. Craig, R. Plomin, Genome-wide quantitative trait locus association scan of general cognitive ability using pooled DNA and 500K single nucleotide polymorphism microarrays, in: *Genes, Brain and Behavior*, Vol. 7, Issue 4, 2008, p. 435-446.
10. Chorney et al. (1998): M. J. Chorney et al., A Quantitative Trait Locus Associated With Cognitive Ability in Children, in: *Psychological Science*, Vol. 9, Issue 3, 1998, p. 159-166.
11. Cicero (1976a): Marcus Tullius Cicero, *De finibus bonorum et malorum*, hrsg. von Th. Schiche, Stuttgart 1976.
12. Cicero (1976b): Marcus Tullius Cicero, *Tusculanae disputationes*, hrsg. von M. Pohlenz, Stuttgart 1976.
13. Cicero (1977): Marcus Tullius Cicero, *De divinatione*, hrsg. von W. Ax, Stuttgart 1977.

14. Comings et al. (2003): D. E. Comings, S. Wu, M. Rostamkhani, M. McGue, W. G. Lacono, L. S.-C. Cheng, J. P. MacMurray, Role of the cholinergic muscarinic 2 receptor (CHRM2) gene in cognition, in: *Molecular Psychiatry* (2003) 8, p. 10-11.
15. Cusanus (ca. 1444): Nicolaus Cusanus, *De coniecturis*. Mutmaßungen, Lat.-dt., Hamburg 1971.
16. Cusanus (1488): Nicolaus Cusanus, *Von der Wissenschaft des Nichtwissens*, Erst-druck: Straßburg, nach der ersten dt. Übersetzung von F. A. Scharpff von 1862, Freiburg im Breisgau.
17. Damasio (2000): Antonio Damasio: *Ich fühle, also bin ich*. Die Entschlüsselung des Bewusstseins, München 2000.
18. Damasio (2003): Antonio Damasio, *Der Spinoza-Effekt*. Wie Gefühle unser Leben bestimmen, München 2003.
19. Descartes (1641): René Descartes, *Meditationen über die Grundlagen der Philosophie*, Lat.-dt., hrsg. von Lüder Gäbe, Hamburg 1959.
20. Descartes (1649): René Descartes, *Über die Leidenschaften der Seele*, Hamburg 1996.
21. Dick-Pfaff (2004): Cornelia Dick-Pfaff, Quantität macht Qualität. Forscher: Je mehr kleine graue Zellen im Hirn, desto größer ist die Intelligenz, in: *Bild der Wissenschaft Online*, 21.07.2004.
22. Drozella (2001): Annika Drozella, Zum aktuellen Forschungsstand des fötalen Alkoholsyndroms, www.uni-essen.de/~ibp010/alkemb/Drozella/schwanger2.htm#_Toc419085457, Stand: 11.03.2001 [zuletzt abgerufen: 14.08.2008].
23. Dunbar (1998): Robin Dunbar, *Klatsch und Tratsch*. Wie der Mensch zur Sprache fand, München 1998.
24. Eibl-Eibesfeldt (1997): Irenäus Eibl-Eibesfeldt, *Krieg und Frieden aus Sicht der Verhaltensforschung*, 5. Aufl., München, Zürich 1997.
25. Eibl-Eibesfeldt (2000): Irenäus Eibl-Eibesfeldt, *In der Falle des Kurzzeitdenkens*, München, Zürich 2000.
26. Falk (2001): Marcel Falk, Hypergescheite Gentech-Mäuse von chronischen Schmerzen geplagt, in: *Bild der Wissenschaft Online*, 02.02.2001.
27. Farah et al. (2004): Martha J. Farah, Judy Illes, Robert Cook-Deegan, Howard Gardner, Eric Kandel, Patricia King, Eric Parens, Barbara Sahakian, Paul Root Wolpe, Neurocognitive enhancement: What can we do and what should we do?, in: *Nature Reviews Neuroscience*, Vol. 5, May 2004, p. 421-425.
28. Fichte (1796): Johann Gottlieb Fichte, *Grundlage des Naturrechts nach Prinzipien der Wissenschaftslehre*, Jena, Leipzig 1796, Nachdruck auf der Grundlage der 2. von Fritz Medicus hrsg. Aufl. von 1922, Hamburg 1979.
29. Fichte (1800a): Johann Gottlieb Fichte, *Die Bestimmung des Menschen*, 1800, in: *Fichte, Werke*, hrsg. vom Immanuel Hermann Fichte, Berlin 1971, photomechanischer Nachdruck der achtbändigen Ausgabe von 1845/46, Bd. 2.
30. Fichte (1800b): Johann Gottlieb Fichte, *Die Bestimmung des Menschen*, Nachdruck der Ausgabe von 1800 (Berlin, Vossische Buchhandlung), Stuttgart 1981.
31. Forcellini (1865): Egidius Forcellini, *Totius Latinitatis Lex*, Prato 1865.

32. Gehlen (1957): Arnold Gehlen, *Die Seele im technischen Zeitalter*, Hamburg 1957.
33. Geschwind/Galaburda (1987): Norman Geschwind, Albert M. Galaburda, *Cerebral lateralization*, Cambridge, MA; London, England 1987.
34. Goleman (1998): Daniel Goleman, *Emotionale Intelligenz*, 8. Aufl., München 1998.
35. Grafman et al. (1986): J. Grafman, A. Salazar, H. Weingartner, S. Vance, D. Amin, The relationship of brain-tissue loss volume and lesion location to cognitive deficit, in: *Journal of Neuroscience*, 1986, Vol. 6, S. 301-307.
36. Grandjean/Landrigan (2006): Philippe Grandjean, P. J. Landrigan, Developmental neurotoxicity of industrial chemicals, in: *The Lancet*, published online 8.11.2006, Vol. 368.
37. Greenspan/Benderly (1999): Stanley I. Greenspan, Beryl Lieff Benderly, *Die bedrohte Intelligenz. Die Bedeutung der Emotionen für unsere geistige Entwicklung*, München 1999.
38. Guthke (1996): Jürgen Guthke, *Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik*, Göttingen, Zürich 1996.
39. Haddow et al. (1999): J. E. Haddow et al., Maternal Thyroid Deficiency during Pregnancy and Subsequent Neuropsychological Development of the Child, in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 341, No. 8, p. 549-555, 19.08.1999.
40. Hartmann (1923): Eduard von Hartmann, *Philosophie des Unbewussten*, o. O. 1923.
41. Hawasli et al. (2007): Ammar Hawasli et al., Cyclin-dependent kinase 5 governs learning and synaptic plasticity via control of NMDAR degradation, *Nature Neuroscience*, 27.05.2007.
42. Hegel (1969 ff.): Georg W. F. Hegel, *Werke in 20 Bänden, Theorie-Werkausgabe*, Frankfurt a. M. 1969 ff.
43. Hilbert (2007): Claudia Hilbert, Wie man Mäuse schlauer macht. Ausschalten des Cdk5-Gens verbessert die Lernfähigkeit der Tiere, *Bild der Wissenschaft Online*, 30.05.2007.
44. Hüther (1998): Gerald Hüther, *Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden*. 2. Aufl., Göttingen 1998.
45. Hüther (2006): Gerald Hüther, Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen, in: Marianne Leuzinger-Bohleber, Yvonne Brandl, Gerald Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung*, Göttingen 2006, S. 222-237.
46. Inwood (1992): Michael Inwood, *A Hegel Dictionary. The Blackwell Philosopher Dictionary*, Oxford 1992.
47. Kant (1982): Immanuel Kant, *Werke*, hrsg. von Wilhelm Weischedel, 6. Aufl., Frankfurt a. M. 1982.
48. Kant (KrV): Immanuel Kant, *Kritik der reinen Vernunft*, Bd. I+II, in: Kant, *Werke*, hrsg. von Wilhelm Weischedel, Bd. 3+4, 6. Aufl., Frankfurt a. M. 1982.

49. Kant (KpV): Immanuel Kant, Kritik der praktischen Vernunft, hrsg. von Karl Vorländer, unveränderter Nachdruck der 9. Auflage von 1929, Hamburg 1969.
50. Kant (KdU): Immanuel Kant, Kritik der Urteilkraft, 1799, in: Kant, Werke, hrsg. von Wilhelm Weischedel, 1. Auflage 1974, Frankfurt a. M., Bd. 10.
51. Kant: Immanuel Kant, Metaphysik der Sitten, hrsg. von Karl Vorländer, unveränderter Abdruck der 4. Auflage von 1922, Hamburg 1966.
52. Kant: Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. in: Kant, Werke, hrsg. von Wilhelm Weischedel, 11. Auflage, Frankfurt a. M. 1991, Bd. 7.
53. Klages (1929a): Ludwig Klages, Der Geist als Widersacher der Seele, Leipzig 1929.
54. Klages (1929b): Ludwig Klages, Mensch und Erde, Jena 1929.
55. Klimesch/Schimke (1998): Wolfgang Klimesch, Hannes Schimke, Psychophysiologische Voraussetzungen von Intelligenzleistungen, in: Erwin Roth (Hrsg.), Intelligenz. Grundlagen und neuere Forschung, Stuttgart 1998, S. 144-160.
56. Lashley (1929): Karl Spencer Lashley, Brain mechanisms and intelligence, Chicago 1929.
57. Lessing (1921): Theodor Lessing, Geschichte als Sinngebung des Sinnlosen, München 1921.
58. Lorenz (1987): Konrad Lorenz, Die Rückseite des Spiegels. Versuch einer Naturgeschichte menschlichen Erkennens, 9. Aufl., München 1987.
59. Martin (2000): Robert D. Martin, Hirngröße und menschliche Evolution, in: Spektrum der Wissenschaft, Dossier: Die Evolution des Menschen, 3/2000, S. 72 ff.
60. Müller (2001): Geoffrey Müller, Die sexuelle Evolution. Partnerwahl und die Entstehung des Geistes, Heidelberg, Berlin.
61. Mittelstrass (1984): Jürgen Mittelstrass (Hrsg.) (1984), Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie, Mannheim, Wien, Zürich 1984, Bd. 2.
62. Müller (2004): Sabine Müller, Programm für eine neue Wissenschaftstheorie, Würzburg 2004.
63. Müller (2008a): Sabine Müller, Paradigma Organismus versus Paradigma Mechanismus – zwei wissenschaftstheoretische Leitbilder, in: Dominik Groß, Gertrude Cepl-Kaufmann, Gereon Schäfer (Hrsg.): Konstruktion von Wissenschaft, Kassel 2008, S. 13-28.
64. Müller (2008b): Sabine Müller, Giordano Bruno und die Evolutionäre Erkenntnistheorie, in: Dominik Groß, Gertrude Cepl-Kaufmann, Gereon Schäfer (Hrsg.): Konstruktion von Wissenschaft, Kassel 2008, S. 29-49.
65. Müller (2008c): Sabine Müller, Ist Cognitive Enhancement zur Steigerung der Intelligenz ethisch geboten? Diskussion utilitaristischer und idealistischer Argumente, in: Joachim Ach, Uwe Opolka, Bettina Schöne-Seifert, Davinia Talbot (Hrsg.), Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen, Paderborn 2008.
66. Müller (2009): Sabine Müller, Intelligenztheorien der Medizin und der Naturwissenschaften – eine wissenschaftshistorische und ethische Studie, in Vorbereitung, 2009.

67. Müller/Steinmetzer (2008): Sabine Müller, Jan Steinmetzer, Hochbegabung und Savant-Syndrom – eine Superioritätspathologie?, in: Dominik Groß, Sabine Müller, Jan Steinmetzer (Hrsg.): Normal – anders – krank?, Berlin 2008, S. 395-407.
68. Nietzsche (1964): Friedrich Nietzsche, Sämtliche Werke in zwölf Bänden, Kröners Taschenbuchausgabe, Stuttgart 1964.
69. Peterson et al. (2000): Bradley S. Peterson et al., Regional Brain Volume Abnormalities and Long-term Cognitive Outcome in Preterm Infants, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 284, 18.10.2000, p. 1939-1947.
70. Platon: Politeia, Reinbek 1958.
71. Plotz (2005): David Plotz, The Genius Factory. Unravelling the mysteries of the Nobel Price Sperm Bank, London 2005.
72. Ritter/Gründer (1976): Joachim Ritter, Karlfried Gründer (Hrsg.), Historisches Wörterbuch der Philosophie, Basel, Stuttgart 1976.
73. Roth (1997): Gerhard Roth, Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen, Frankfurt a. M. 1997.
74. Sacks (1990): Oliver Sacks, Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte, Reinbek 1990.
75. Schelling (1798): Friedrich W. J. Schelling, Von der Weltseele, eine Hypothese der höheren Physik zur Erklärung des allgemeinen Organismus, in: Schelling, Werke, Münchner Jubiläumsdruck, 1. Hauptband, München 1927.
76. Schelling (1800): Friedrich W. J. Schelling, System des transzendentalen Idealismus, hrsg. von Ruth-Eva Schulz, Hamburg 1962.
77. Schelling (1907): Friedrich W. J. Schelling, Werke. Auswahl in drei Bänden, hrsg. u. eingeleitet von Otto Weiß, Leipzig 1907.
78. Schopenhauer (1977): Arthur Schopenhauer, Werke in 10 Bänden. Zürcher Ausgabe, Zürich 1977.
79. Schopenhauer (1986): Arthur Schopenhauer, Die Welt als Wille und Vorstellung, hrsg. von Wolfgang Frhr. von Löhneysen, Frankfurt a. M. 1986.
80. Schütz (1895): Ludwig Schütz, Thomas-Lexikon. Sammlung, Übersetzung und Erklärung der in sämtlichen Werken des h. Thomas von Aquin vorkommenden Kunstaussprüche und wissenschaftlichen Aussprüche, Paderborn 1895.
81. Tang et al. (1999): Ya-Ping Tang, Eiji Shimizu, Gilles R. Dube et al., Genetic enhancement of learning and memory in mice, in: Nature 401 (1999), 02.09.1999, p. 63-69.
82. Thomas von Aquin (1934): Thomas von Aquin, Summa theologica, Dt.-lat., Salzburg, Leipzig 1934.
83. Treffert (1989): Darold A. Treffert, Extraordinary people, New York 1989.
84. Vaihinger (1927): Hans Vaihinger, Die Philosophie des Als-Ob, Neudruck der 9./10. Auflage von Leipzig 1927, Aalen 1986.
85. Wandschneider (2000): Dieter Wandschneider, Hegel und die Evolution, in: Olaf Breidbach, Dietrich von Engelhardt (Hrsg.), Hegel und die Lebenswissenschaften, Berlin 2000, S. 225-240.

86. Wang/Mitra/Clark (2002): Samuel S.-H. Wang, Partha P. Mitra, Damon A. Clark, Brain evolution (Communications arising): How did brains evolve?, in: Nature 415 (2002), 10.01.2002.
87. Wei et al. (2001): Feng Wei, Guo-Du Wang, Geoffrey A. Kerchner et al., Genetic enhancement of inflammatory pain by forebrain NR2B overexpression, in: Nature Neuroscience 4 (2001) p. 164-169.
88. Willerman et al. (1991): L. Willerman, R. Schultz, J. N. Rutledge, E. D. Bigler, In vivo brain size and intelligence, in: Intelligence 15 (1991), 223-228.
89. Winner (1998): Ellen Winner, Hochbegabt. Mythen und Realitäten von außergewöhnlichen Kindern, Stuttgart 1998.

Internet

90. www.thespermbankofca.org (The Sperm Bank of California) [11.11.2008]

Demenz vor Alzheimer?

Altern und Gedächtnis in der Frühen Neuzeit¹

Daniel Schäfer

Vor gut hundert Jahren, am 3. November 1906, berichtete der damals noch recht unbekannte Oberarzt Alois Alzheimer in Tübingen über eine merkwürdige Kasuistik. Fünf Jahre zuvor hatte er bei der 51jährigen Patientin Auguste D. eine fortschreitende Demenz diagnostiziert. Nach ihrem Tod untersuchte er ihr Gehirn und fand unter dem Mikroskop spezifische Veränderungen, die er später auch bei anderen Fällen mit ähnlicher klinischer Symptomatik nachweisen konnte. Sein Mentor, der bekannte Psychiater Emil Kraepelin, scheute sich schon kurze Zeit danach nicht, diese besondere Gruppe von Krankheitsfällen mit dem Namen seines Schülers zu verknüpfen: Der Morbus Alzheimer war geboren, letztlich ein klassisches Produkt klinisch-pathologischer Diagnostik, wie sie damals allgemein in der Medizin bereits seit etwa hundert Jahren etabliert war.

In diesem Beitrag wird näher untersucht werden, ob es denn eine Demenz vom Alzheimer-Typ schon vor Alzheimers Entdeckung gab, und wenn ja, wie Medizin und Gesellschaft damit umgingen. Bei der Erörterung dieser Fragen soll besonders die Frühe Neuzeit, also die vormoderne Epoche etwa zwischen 1500 und 1800 in den Blick genommen, aber bei Bedarf auch auf Texte aus der Antike und des 19. Jahrhunderts rekurriert werden. Dabei ist zunächst auf die Frage der Kontinuität oder Diskontinuität von Krankheit am Beispiel der Demenz einzugehen; dann werden etliche Kasuistiken präsentiert, einige frühneuzeitliche Konzepte zum Gedächtnisverlust innerhalb und außerhalb der Medizin dargestellt und zuletzt verschiedene Veränderungen angesprochen, die durch Cartesianismus und Aufklärung im 18. Jahrhundert auf das Demenzkonzept einwirkten.

1. Kontinuität von Krankheit?

Vielleicht erscheint die Überlegung, ob es die Alzheimer-Demenz vor Alzheimer gab, merkwürdig; sind wir es doch gewohnt, Krankheiten quasi als Naturphänomene oder gar biologische Konstanten anzusehen, die womöglich für alle historisch zu überblickenden Zeiträume nachgewiesen werden können, sofern geeignete Methoden dafür zur Verfügung stehen. Und in der Tat gibt es eine bemerkenswerte Kontinuität bei zahlreichen Krankheiten: Frakturen, Steinleiden, aber auch bestimmte Krankheitserreger wie Mykobakterien oder Parasiten können eindeutig über viele Jahrhunderte, oft sogar Jahrtausende nachgewiesen werden. Aber gerade bei Infektionskrankheiten kann nicht davon ausgegangen werden, dass ihre Erreger über lange Zeit genetisch konstant bleiben oder die Reaktion des Organismus auf sie heute dieselbe ist wie früher. Mit diesen Argumenten kann man leicht erklären, dass eine Syphilis im 16. Jahrhundert, die

¹ Überarbeitete Version eines Vortrags in Freiburg i. Br. vom 30.01.2008.

damals – ähnlich wie AIDS um 1980 – neu in Europa auftrat, ein ganz akutes Krankheitsbild entwickelte, das mit der heutigen Erscheinungsform der Seuche kaum etwas zu tun hat.

Außerdem muss der unterschiedliche Umgang mit Krankheit berücksichtigt werden: zum einen das Erkenntnisvermögen der medizinischen Profession einschließlich ihrer diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten; zum anderen aber auch das Zurechtkommen von Patienten, Angehörigen und Therapeuten mit der Krankheit (*Coping with sickness*), bei dem über biologische Konstanten hinaus gesellschaftliche Deutungen und Verhaltensweisen eine besondere Rolle spielen.

Dass Krankheitskonzepte entstehen und vergehen, ist aus historischer Perspektive zu betonen, und nicht selten wurden mit gesellschaftlichen Veränderungen auch neue Krankheiten diagnostiziert, die später wieder verschwanden, wie etwa die „Eisenbahn-Krankheit“ in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, bei der man neurasthenische Symptome in Zusammenhang mit der hohen Geschwindigkeit der Waggons brachte. Gab es diese Krankheiten nie? Waren sie bloße Erfindung früherer Kollegen oder Einbildung einstiger Patienten? Die Antwort hängt mit Sicherheit auch von unserer Krankheitsdefinition ab.

Wenden wir dieses historische Wissen auf Alzheimers Entdeckung an, so stellt sich auch hier die Frage, inwieweit sie zeitgebunden war: nicht nur aufgrund damals neuer Verfahren der Gewebepreparation und -darstellung; nicht nur wegen einer verhältnismäßig neuen wissenschaftlichen Blickrichtung, die um 1900 psychiatrische Erkrankungen im Gehirn nachweisen wollte und zur Geburt der Neurologie beitrug, sondern auch aufgrund eines harten Kampfes um wissenschaftliche Reputation und Meinungsführerschaft. So kann die Einführung des Eponyms Alzheimer-Krankheit mit guten Argumenten als „Erfindung“ Emil Kraepelins angesehen werden, denn die Basis von etwa fünf Kasuistiken war auch 1910 viel zu schmal, um eine Benennung zu rechtfertigen. Trotzdem – oder gerade deswegen – erhielt Alois Alzheimer zwei Jahre später das Ordinariat in Breslau.²

Wo eine bestimmte Krankheit in dem Kontinuum zwischen biologischer Konstante und bloßem gesellschaftlichen Konstrukt anzusiedeln ist, sollte in jedem Fall geprüft werden, bei dem man sich auf den schwankenden Pfad der retrospektiven Analyse begibt. Im Falle des Morbus Alzheimer und anderer seniler Demenzen erscheint aufgrund der morphologischen Veränderungen im Gehirn die Hypothese berechtigt, dass eine ähnliche klinische Symptomatik auch in früheren Jahrhunderten zu beobachten war. Ein heutiger Vergleich zwischen Entwicklungs- und Industrieländern deutet allerdings an, dass senile Demenzen aufgrund anderer Lebenswelten (Arbeit, Ernährung, Umwelt) in nicht industrialisierten Regionen durchschnittlich in späterem Lebensalter auftreten.³ Ob das auch in früheren Jahrhunderten galt, muss Spekulation bleiben, solange über den Einfluss dieser Faktoren zu wenig bekannt ist. Außerdem konnte man vor 1880 rein technisch noch keine gehirnpathologischen Korrelate feststellen, die für

² Vgl. Mauer/Volk/Geraldo (1997).

³ Ferri et al. (2005).

eine korrekte Alzheimer-Diagnose heute eigentlich unabdingbar sind: Insofern gab es in der Tat vor Alois Alzheimer noch keinen Alzheimer.

Auch andersartige demographische Grundlagen einer Erkrankung müssen berücksichtigt werden. Sinnvoll ist es in unserem Fall, die Altersgruppe ab dem 60. Lebensjahr anzuschauen. Die historische Demographie gibt ihren Anteil mit 7 bis 10 Prozent an, das ist etwa ein Drittel des heutigen Wertes, wobei die niedrigen Zahlen auch einem damals hohen Kinderanteil von bis zu 40 Prozent geschuldet sind. Aus eigenen Recherchen konnten ähnliche Zahlen für das Jahr 1900 (die Zeit Alzheimers) und die Periode um 1750 (aus frühneuzeitlichen Sterbetafeln) ermittelt werden.⁴ Wenn auch früher das steigende Lebensalter der Hauptrisikofaktor für Altersdemenzen war (derzeit gilt, dass sich nach 65 alle 5 Lebensjahre die Erkrankungshäufigkeit verdoppelt), so bietet sich die folgende hypothetische Zahlenanalyse an (vgl. Tab. 1):

Prävalenz von Demenz, 2004	2004, BRD	1900, Dt. Reich (hypothetisch)	1741, Preußen (hypothetisch)
< 65 Jahre: 0,03 %	20.000	16.000	700
65-69 Jahre: 1,2 %	62.000	14.000	700
70-74 Jahre: 2,8 %	101.000	22.000	1.100
75-79 Jahre: 6,0 %	180.000	29.000	1.400
80-84 Jahre: 13,3 %	285.000	27.000	1.600
85-89 Jahre: 23,9 %	190.000	13.000	1.200
> 90 Jahre: 34,6 %	215.000	3.000	600
Gesamtzahl	1.053.000	124.000	7.300
Anteil an der Bevölkerung	1,4 % von 82,5 Mio.	0,2 % von 56,3 Mio.	0,3 % von 2,4 Mio.

Tab. 1: Mögliche Verteilung der Demenzerkrankungen auf die Altersgruppen früherer Epochen (bei Übertragung der gegenwärtigen Prävalenzen)

Man könnte die heutigen Prävalenzen mit dem Altersaufbau früherer Gesellschaften in Verbindung bringen; daraus würde sich zum einen ergeben, dass diese Krankheitsgruppe insgesamt wesentlich seltener zu beobachten war: 0,2 % der Bevölkerung im Jahr 1900 gegenüber derzeitigen 1,4 % könnten dann von Demenz betroffen gewesen sein. Zum anderen würde sich schon allein aus der damaligen demographischen Verteilung der Altersstufen eine relative Häufung präseniler Demenzen ergeben, da Personen über 65 deutlich seltener als heute vorkamen. In der Abb. 1 sind die Zahlen der Tabelle in Prozente umgerechnet und graphisch dargestellt. Wenn die Kurven für die Jahre 1900 und 1750 tatsächlich nach links verschoben sind, lag auch der Altersdurch-

⁴ Vgl. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 29 (1908), S. 4; Schrader (1777), Anhang, S. 73-75, Tab. XXIV.

schnitt der Erkrankung um einige Jahre niedriger als heute: 2004 waren mehr als zwei Drittel der Kranken älter als 80 Jahre, um 1900 vermutlich etwa zwei Drittel der Kranken jünger als 80 Jahre.

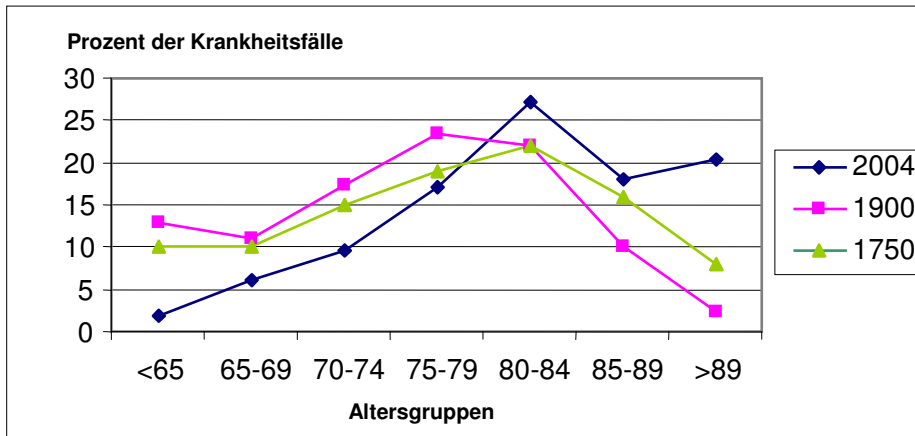


Abb. 1: Prozentualer Anteil der Altersgruppen an den Demenzerkrankungen

Das könnte auch leichter erklären, weshalb Alzheimer zufällig mit Auguste D. eine *prä-senile* Demenz beobachtete und daraus zunächst eine Regel für die neue Demenzform postuliert wurde – immerhin waren wohl 13 Prozent der Alzheimer-Kranken um 1900 unter 65, prozentual fast sieben Mal so viel wie heute.

Neben diesen möglichen quantitativen Unterschieden sind Veränderungen der Begrifflichkeiten bedeutsam, die keineswegs mit der Entwicklung der Krankheitskonzepte konform gehen. Der Begriff Demenz ist ein besonders schillerndes Beispiel, denn er ist über 2000 Jahre alt. Schon bei Cicero findet er sich; der römische Enzyklopädist Celsus verwandte ihn erstmals im medizinischen Sinne, allerdings nicht in der Bedeutung irreversiblen geistigen Abbaus, sondern einer länger anhaltenden Sinnestäuschung, z.B. bei Fieber.⁵ In der Folge erschienen *dementia* und *amentia* sporadisch als Oberbegriffe für jede Form geistiger Abnormität, vom angeborenen Schwachsinn über den Wahnsinn bis zum Delirium. Juristen der Frühen Neuzeit benutzten die Vokabeln gerne für eine funktionalistische Zustandsbeschreibung, aus der Unzurechnungsfähigkeit und fehlende Geschäftsfähigkeit geschlossen wurde.⁶ Schon auf der Begriffsebene dürfen wir also bei unserer Suche nach frühneuzeitlichen Beispielen nicht sämtliche Exempel von *dementia* einschließen; vielmehr offenbaren viele Fälle von *dementia* den Charakter einer akuten, oft reversiblen Erkrankung und ereigneten sich bei jüngeren Zeitgenossen. Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts gewann der Begriff *dementia* heutige Dimensionen: Philippe Pinel grenzte um 1800 die *démence senile* vom angeborenen Schwachsinn ab, und sein Schüler Jean Etienne Dominique Esquirol prägte den vielleicht berühmtesten Satz

⁵ Vgl. Moog/Schäfer (2007).

⁶ Vgl. Moog/Schäfer (2006).

der Psychiatriegeschichte zur Demenz: „Der Demente ist der Güter beraubt, deren er sich sonst erfreute, er ist ein Armer, der früher reich war.“ Dass Esquirol aber immer noch auch reversible Zustände darunter fasste, zeigt der folgende Satz: „Der Zustand des Dementen kann sich ändern, der des Idioten bleibt immer derselbe.“⁷ Typischerweise widmete sich auch noch am Ende des 19. Jahrhunderts die Fachliteratur besonders den „sekundären“ (also durch andere Krankheiten bedingten) Demenzen.

Während Demenz also bis 1900 als ein vielschichtiger Oberbegriff für Geistesstörung imponierte, schrieben in der Frühen Neuzeit Ärzte, wenn sie über Geistesschwäche im Alter extemporierten, seltener von *dementia* als vielmehr von *furiosi* (Verrückten), *phrenetici* (Wahnsinnigen), *lunatici* (Mondsüchtigen) oder *fatuitas* (Blödsinn); aber auch das sind umfassende Begriffe, die nur gelegentlich auch die Alteredemenz im heutigen Sinne einschlossen.

2. Demenzkasuistiken aus der Frühen Neuzeit

Wenn wir also nach medizinischen oder auch nicht-medizinischen Beschreibungen von Altersdemenz in der Frühen Neuzeit suchen, dann müssen wir weniger auf semantische Signale denn auf inhaltliche Angaben Acht geben: Wir suchen in erster Linie nach Texten, die Hinweise auf nicht therapierbare progrediente Gedächtnisschwäche und andere Symptome geistigen Abbaus im fortgeschrittenen Lebensalter bieten. Als Ergebnis dieser Suche werden im Folgenden einige anschauliche Kasuistiken vorgestellt.

Bei Durchsicht umfangreicher medizinischer Fallsammlungen, so genannter *Observationes medicae*, fällt auf, dass zwar zahlreiche Beispiele für Gedächtnisverlust verbreitet wurden, aber kaum solche, bei denen ein fortgeschrittenes Alter eine Rolle spielte.

Noch verhältnismäßig häufig zitiert wurde in frühneuzeitlichen medizinischen Texten (z. B. bei Iason Pratensis) das antike Exempel des patrizischen Redners Mesalla Corvinus. Nach dem spätrömischen Dichter Iuvenal litt er an einer *dementia*, durch die er „... weder die Namen der Sklaven noch das Gesicht des Freundes erkennt, mit dem er in der vergangenen Nacht speiste, noch jene, die er zeugte, die er aufzog ...“.⁸

Iuvenal mokierte sich in seiner Satire über diesen Greis, weil er durch eine schwachsinnige Heirat mit einer stadtbekannten Prostituierten seine Angehörigen um das Erbe brachte – offensichtlich ein Skandal in der augusteischen Gesellschaft und eine Warnung, die die Frühe Neuzeit auch im Blick auf die Altenhege gezielt einsetzte.⁹ Aus medizinischer Sicht bemerkenswert ist die klare Schilderung der Auffassungsstörung, aufgrund derer Freunde und Verwandte nicht mehr erkannt wurden.

Ein weiteres typisches Beispiel bietet der Freiburger Arzt Schenck von Grafenberg: Unter den elf *Observationes*, die er 1584 zum Gedächtnisverlust in Druck gibt, ist höchstens eine für unser Thema einschlägig: Demnach soll der venezianische Adelige und Humanist Francesco Barbaro seine Griechisch-Kenntnisse, die er zum Beurteilen und Kommentieren in hohem Maße besaß, im höchsten Alter vergessen haben, und auch

⁷ Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris 1838, Bd. II, S. 158 f.; Übersetzung nach Karenberg/Förstl (2003), S. 31.

⁸ Iuvenalis, *Satura* X 232-239; vgl. Pratensis (1549), S. 449 (*caput vigesimum-octavum de Memoriae detrimento*).

⁹ Vgl. Schäfer (2004), S. 198 f.

seinen Zeitgenossen, den Philosophen Georg von Trapezunt, soll um 1470 dieses Schicksal ereilt haben.¹⁰

Anstelle eines historischen Exempels mit berühmten Namen berichtet der päpstliche Forensiker Paolo Zacchia aus persönlicher Erinnerung von einem angeblich über hundertjährigen Goldschmied, der sich in seiner Heimatstadt verliebte und ohne fremde Hilfe nicht mehr nach Hause fand; solche Fälle seien gar nicht so selten.¹¹

1694 schilderte William Salmon in seiner *Iatrica* aus eigener Anschauung das erschütternde Beispiel des wahrscheinlich altersdementen Sir John Roberts of Bromley by Bow, der innerhalb einer Viertelstunde fünf oder sechs Mal dieselbe Frage („Was gibt es Neues in London“) stellen konnte und seinen Arzt, obschon mit ihm verwandt, nicht wiedererkannte. Salmons wortreiche Beschreibung offenbart freilich auch die Hilflosigkeit der damaligen Medizin, die Symptomatik klinisch adäquat einer bestimmten Störung zuzuschreiben; sie erschöpft sich in ebenso pauschalen wie vagen Urteilen:

“For Sir John was not mad, or distracted like a man in Bedlam, yet he was so depraved in his intellect, that he was become not only a perfect child in understanding but also foolish withall.”¹²

Einerseits war also der Patient nicht so verrückt wie die Menschen in Badlam, dem berühmten Londoner Irrenhaus, andererseits aber völlig närrisch und wie ein vollkommenes Kind – hier benutzt Salmon einen damals äußerst beliebten Vergleich für alte Menschen, auf den im folgenden Kapitel noch die Sprache kommen wird.

Viel differenzierter, weil den Krankheitsverlauf schildernd, berichtete schließlich ein anonymes Korrespondent 1785 im *Magazin zur Erfahrungsseelenkunde GNOTHI SAUTON*, das von dem an Psychiatrie interessierte Dichter Karl Philipp Moritz herausgegeben wurde, über einen gewissen

„Johann Christoph Becker, 1710 in Halberstadt geboren, mehr als 40 Jahre Probstei-Bote in Quedlinburg, immer etwas simpel, etc. ... seit ohngefähr 12 bis 15 Jahren hat das Gedächtnis angefangen ihn zu verlassen und dieser Fehler hat von Zeit zu Zeit merklich zugenommen. Sein Gedächtnis nahm endlich, seit fünf Jahren dergestalt ab, dass er unten im Hause schon alles wieder vergessen hatte, was ihm auf der Stube gesagt war ... Doch behielt er dabei noch übrigens immer seinen guten Menschenverstand, sahe auch diesen Fehler selbst ein, und bat immer, dass man nur mit ihm Geduld haben möge. ... und als er nun aus aller Tätigkeit gesetzt wurde, fing sein Verstand an, zu scheitern, und alle seine Seelenkräfte merklich abzunehmen. Das Gedächtnis verlässt ihn von Tage zu Tage immer mehr, wobei jedoch das etwas Auffallende ist, dass er sich solcher Dinge, die vor 30 bis 40 Jahren geschehen, und besonders ihm selbst wiederfahren sind, noch recht gut erinnert ... Seit einem Jahr hat er sich den unglück-

¹⁰ Schenck von Grafenberg (1584), *Observatio* CXVIII.

¹¹ Zacchia/Horstius (1666), S. 22 f.

¹² William Salmon, *Iatrica: Seu Praxis Medendi*, ..., Dritte, vermehrte Auflage, London 1694, S. 778-781, zit. nach Hunter/MacAlpine (1963), S. 258-261.

lichen Gedanken im Kopf gesetzt, dass er geschlachtet und aus seinem Fleische Würste gemacht werden sollten.“¹³

Bemerkenswert sind an diesem Fall nicht nur das gut dokumentierte Fortschreiten des geistigen Abbaus bei längerem Erhalt des Langzeitgedächtnisses und anfänglicher Selbstvergegenwärtigung der Ausfälle, sondern auch die sozialen Folgen der Altersdemenz: der Verlust der Arbeit (ein normales Rentenalter gab es damals nicht) und die zu wahnhaften Angstzuständen führende Desorientierung.

Neben diesen wenigen Beispielen aus der medizinischen Literatur sind noch einige aus der juristischen Fachprosa, aber auch aus der Belletristik bekannt. Aus der schöngeistigen Literatur sei noch ein letztes, fiktives Beispiel für Altersdemenz in der Frühen Neuzeit erwähnt: Kein geringerer als Jonathan Swift hat 1723 in „Gullivers Reisen“ eine Begegnung seines Helden mit den unsterblichen, aber dennoch alternden Struldbruggs arrangiert und letztere hauptsächlich mit mentalen Defekten ausgestattet. Durch ihre Vergesslichkeit verlieren „Gullivers Greise“, wie man sie aphoristisch nennen könnte, die Fähigkeit zur Kommunikation und insbesondere zum Lesen.

„Aus dem gleichen Grund können sie sich niemals mit Lesen vergnügen, denn ihr Gedächtnis trägt sie nicht von dem Beginn eines Satzes bis zu dessen Ende. Und durch diesen Mangel sind sie der einzigen Unterhaltung beraubt, deren sie sonst noch fähig wären.“¹⁴

Die von Swift detailliert geschilderten sozialen Konsequenzen, u. a. die völlige Entmündigung der vergesslichen und verhassten Struldbruggs sind die traurige, aber rational gut begründete Konsequenz aus ihrem körperlichen und geistigen Leiden. Darin liegt auch eine besondere Bedeutung dieser Episode, da in ihr medizinische, juristische, soziale und letztlich auch philosophische Aspekte des Themas gleichermaßen angesprochen werden. Dass ausgerechnet Swift selbst in hohem Alter möglicherweise einer demenziellen Erkrankung (vielleicht als Folge einer Serie von Schlaganfällen) zum Opfer fiel und unter Aufsicht gestellt werden musste, ist eine traurige Ironie der Geschichte. Insgesamt lässt sich nach 1700 eine deutliche quantitative wie qualitative Zunahme der Kasuistiken medizinischer und nicht-medizinischer Autoren feststellen. Trotzdem scheint die geringe Gesamtzahl an Berichten angesichts der schon damals beachtlichen absoluten Patientenzahlen erklärungsbedürftig, ein Grund, zeitgenössische medizinische Konzepte für Alter und Gedächtnisschwäche näher zu betrachten.

3. Medizinische Konzepte zur Altersvergesslichkeit und Demenz

Die Darstellung und Erklärung eines breiten Spektrums von Alterskrankheiten war fester Bestandteil frühneuzeitlich geriatrischen Schrifttums, also einiger umfangreicher Traktate aus der Zeit um 1600 sowie etwa 140 Dissertationen bis 1800.¹⁵ Was zu die-

¹³ Karl Philipp Moritz: GNOTHI SAUTON Magazin zur Erfahrungsseelenkunde 3 (1785); vgl. auch Förstl (2005); Förstl et al. (1991), S. 299-304.

¹⁴ Jonathan Swift, Gulliver's travels. London/Glasgow, Collins 1953, S. 234-249 (Buch 3, Kap. 10); hier S. 231 [Übersetzung D.S.].

¹⁵ Übersicht bei Schäfer (2004), S. 83, 172-176.

sem Kanon von Beschwerden rechnete, bestimmte keineswegs die aktuelle Erfahrung; als Richtschnur galt vielmehr lange Zeit die Aufzählung von angeblich alterstypischen Beschwerden im antiken hippokratischen Aphorismus III 31. Geistesschwäche oder Gedächtnisverlust sind darin jedoch nicht erwähnt. Neben diesem Kanon von Alterskrankheiten wurde in der Frühen Neuzeit zunehmend auch eine Abfolge von Metaphern aus dem letzten Kapitel des biblischen Buches Kohelet (Prediger Salomo) als Grundlage der Diskussion herangezogen. Dieser Bilderreigen wurde von Ärzten und Theologen häufig bis in einzelne Symptome hinein auf den hoffnungslosen Zustand des alten Menschen hin ausgedeutet.¹⁶ Aber auch unter diesen vielfältigen Deutungen findet sich bis nach 1650 kein Hinweis auf den Verfall geistiger Fähigkeiten.

Wenn also frühneuzeitliche Ärzte gelegentlich über Gedächtnisschwäche im Alter schrieben, so geschah dies weitgehend außerhalb der großen Ströme überlieferten geriatrischen Wissens. Vielmehr knüpfte man an spätantikes Fachwissen über altersunspezifischen Gedächtnisverlust bei akuten oder chronischen Krankheiten an, und insbesondere bei Geisteskrankheiten. Bedeutsam sind die systematischen Betrachtungen des spätromischen Arztes Galen zu diesem Symptom, das bei Greisen durch deren Kälte und nicht etwa durch Trockenheit oder Feuchte verursacht werde. Galens fraglicher Zeitgenosse Aretaios von Kappadozien unterschied im Rahmen eines Kapitels über Manie zwischen „heißem“ Wahnsinn (*mania*) und „kalter“ Altersdemenz mit Geschwätzigkeit, Stumpfsinn und Betäubung des Geistes. Caelius Aurelianus wiederum überlieferte im 5. Jahrhundert eine längere Passage über die Lethargie, einem Krankheitsbild, das nach der Vorstellung der Antike konstitutiv mit Fieber, Betäubung und Vergessen (griechisch *lēthē*) einhergeht und am häufigsten bei alten Menschen auftritt.¹⁷

Aus den genannten Quellen ist ersichtlich, dass Vergesslichkeit aus humoral- und qualitätsorientierter Sicht der Antike mit einer Dyskrasie des Gehirns begründet wurde, also einer pathologischen Verschiebung des Gleichgewichts zwischen den vier Qualitäten kalt – warm und trocken – feucht. Dabei wurde meist ein Übermaß an Kälte angenommen, seltener auch an Feuchtigkeit, Trockenheit oder gar Wärme.

Konkrete physiologische Vorstellungen, wie die Dyskrasie oder ein anderer pathologischer Vorgang den Verlust der Erinnerung bewirken sollen, waren innerhalb der spätantiken Medizin eher selten, im Unterschied zur älteren griechischen Naturphilosophie: Bereits Platon und insbesondere Aristoteles beschrieben die Gedächtnisschwäche primär als ausschließlich körperliche Affektion. Als materielle Grundlage und Voraussetzung geistiger Funktionen galten insbesondere die Organe der Sinnesempfindung und -verarbeitung: Hätte der Greis das Auge eines jungen Menschen, so könnte er wie der junge sehen, betonte Aristoteles.¹⁸ Gedächtnis und Erinnerung würden unmittelbar durch einen Stimulus, einen sinnlichen Eindruck von außen bewirkt. Dieser – wörtlich zu verstehende – Ein-Druck laufe bei einem Menschen mit wässriger Konstitution des Sinnesorgans (oder des Gehirns) quasi ins Leere, weil man im Wasser keine bleibende

¹⁶ Vgl. Schäfer (2000).

¹⁷ Vgl. Schäfer (2003); Karenberg/Förstl (2003), S. 12 f., 16 f.

¹⁸ Aristoteles, *De anima* I 4 (408 b22).

Impression hinterlassen könne; bei zu großer Trockenheit sei aber die Oberfläche des Gedächtnisses so hart, dass der Ein-Druck ebenfalls keine Spuren zurücklasse.¹⁹

In der Antike blieb die Frage, wo genau das Gedächtnis anzusiedeln sei, in der Regel unbestimmt. Im Unterschied zu diesen wenig ausgebildeten morphologischen Vorstellungen entwickelte die islamische und lateinisch-mittelalterliche Medizin differenzierte Lokalisationstheorien der verschiedenen Hirnfunktionen. Am bedeutsamsten war die so genannte Ventrikeltheorie, nach der nicht die Hirnsubstanz, sondern die Hohlräume im Gehirn, durch die der feinstoffliche Nervengeist ströme, entscheidend für geistige Prozesse seien. Konkret wurden *phantasia* und *vis imaginativa* im vorderen Bereich (den ersten beiden, lateralen Ventrikeln) lokalisiert, *ratio/intellectus* im mittleren (dritten) und *memoria* im hinteren (vierten) Ventrikel. Ein hochinteressantes Konzept entwickelte der in Bagdad lebende Philosoph Costa ben Luca im 9. Jahrhundert: Der Kleinhirnwurm – bei späteren Autoren die Epiphyse – dient darin als ventilähnliche Klappe zwischen dem dritten und vierten Ventrikel, die die Funktionen des Denkens und Erinnerns alternierend reguliere. Sobald man nachdenklich nach oben blicke, weiche der *vermis cerebelli* zurück, die Verbindung zwischen dem 3. und 4. Ventrikel werde geöffnet, und das Erinnern sei möglich.²⁰ Allerdings standen solche frühen Lokalisationstheorien seit ihrer Ablehnung durch den Anatomen Andreas Vesal um 1540 auf tönernen Füßen, da über längere Zeit kein überzeugendes morphologisches Konzept des Gedächtnisses als Ersatz gefunden werden konnte.

Trotz dieser lebhaften Diskussion von Physiologie und Morphologie des Gedächtnisses sowie möglicher pathologischer Vorgänge gingen die medizinischen Autoren der Antike und des Mittelalters auf das Alter als Ursache für Vergesslichkeit höchstens am Rande ein. Dies änderte sich auch in der Frühen Neuzeit bis etwa 1650 nicht wesentlich: Nur wenige Schriften zur Altenfürsorge diskutierten (jedoch nur kurz) die spärlichen Spuren antiker Tradition zur Altersvergesslichkeit.

Ein konkretes Beispiel für diese knappe medizinische Diskussion soll hier vorgestellt werden: Der überzeugte Galenist Aurelio Anselmi verfasste um 1600 den bis dahin wohl umfangreichsten Traktat zur Greisenfürsorge. Darin äußerte er sich zu diesem Thema bezeichnenderweise im überlieferten Kontext der bereits genannten altersunspezifischen Geisteskrankheiten: „heiße“ Phrenitis und insbesondere „kalte“ Lethargie, die im Alter auch ineinander übergehen könnten. Diese Krankheiten werden Anselmi zufolge durch ein konstitutives Abnehmen der inneren Wärme verursacht, was insbesondere im – ohnehin kalten – Gehirn überflüssige kalte Säfte, also zuviel Feuchtigkeit hervorrufe, die nicht verdaut werde und zur Fäulnis neige. Daraus entwickle sich zuletzt ein leichtes kontinuierliches Fieber. Neben dem Fieber wurden in die Krankheitsschilderung auch noch weitere Symptome aufgenommen, die überhaupt nicht zum heutigen Konzept der Altersdemenz passen, z. B. Halsschmerzen. Vergesslichkeit sei aber ein Hauptsymptom, die so ausgeprägt sein könne, dass, wenn ein Patient den Mund öffne, er ihn zu schließen vergesse. Appetitlosigkeit und Inkontinenz werden beiläufig erwähnt. Neben der endogenen, letztlich nicht zu beeinflussenden Ätiologie

¹⁹ Aristoteles, *De memoria et reminiscentiae* 1 (450 b6-8), 2 (453 a24, b5-8).

²⁰ Lokhorst/Kaitaro (2001), S. 13 f.

erkannte Anselmi weitere Ursachen der Altersvergesslichkeit in allen unausgewogenen Lebensumständen. Diese könnten ebenfalls Kälte im Körper befördern, beispielsweise durch einen Aufenthalt in kalter Umgebung, durch Essen und Trinken „abkühlender“ Nahrungsmittel, durch Müßiggang oder auch durch zusätzlichen Verbrauch innerer Wärme beim Geschlechtsverkehr. An diesen Punkten setzen dann auch diätetische und medikamentöse Ratschläge Anselmis zur Verbesserung des Gedächtnisses an: kein Koitus, erwärmende Speisen sowie Pflanzendrogen, die als erhitzen galten. Aber auch handfeste Vorschläge für ein Gedächtnistraining in der Tradition der *ars memorativa* werden gemacht. Damit erschöpfen sich aber bereits Anselmis Hinweise auf die Altersvergesslichkeit.²¹

Wie bereits erwähnt, wurde Vergesslichkeit von medizinisch-naturphilosophischer Seite aus im Allgemeinen mit einem (patho-)physiologischen Zustand von Kälte, Trockenheit oder auch Feuchtigkeit in Verbindung gebracht. Daher entwickelte der frühneuzeitliche Galenismus die entgegengesetzten Annahmen eines zu trockenen oder zu feuchten Gehirns als Ursache für die Altersvergesslichkeit und -demenz. Im 16. und 17. Jahrhundert nahm eine Mehrheit an, dass nur ein trockenes Gehirn zu intellektuellen Leistungen fähig sein könne (*sapientia in sicco residet*: Die Weisheit wohnt im Trockenen). Nur wenige Autoren sahen genau umgekehrt darin den Hauptgrund für die Vergesslichkeit. Jedoch gab im 18. Jahrhundert das neue iatromechanische Konzept der verhärteten (und zugleich ausgetrockneten) Altersfasern dieser gegensätzlichen These unerwarteten Auftrieb.

Weil die medizinischen Traditionen zur Altersvergesslichkeit spärlich waren und teilweise auch noch wankten, wurden mitunter – wie wir schon bei den Kasuistiken sahen – auch nicht-medizinische Quellen der Antike als Argumente herangezogen. Besondere Bedeutung für das Interesse der frühneuzeitlichen Heilkunde an altersbedingter Geistesschwäche besaß ein Sprichwort der Antike, das bereits Platon in den „Gesetzen“ erwähnte: „Im Blick auf die Vernunft sind die Greise zweifach Kinder.“²² Die lateinische Übertragung dieser Sentenz, *bis pueri senes*, wurde in der Frühen Neuzeit zu einem geflügelten Wort, nicht zuletzt auch in zahlreichen medizinischen und juristischen Hochschulschriften. In diesem Sinne verglichen Ärzte die Kinder und Greise häufig miteinander – nicht nur im Blick auf die Vergesslichkeit. Nach der galenistischen Medizin waren beide Altersgruppen gemeinsam mit den Frauen durch eine pathologische Dyskrasie (zu „feucht“) und durch einen Status zwischen Krankheit und Gesundheit gekennzeichnet.

Eine gewisse Beachtung widmeten frühneuzeitliche medizinische Texte schließlich dem quantitativen Auftreten und dem zeitlichen Beginn der Störung. Auch hier spielte die Rezeption antiker Zitate eine bedeutende Rolle. So behauptete etwa im frühen 16. Jahrhundert Heinrich Stromer von Auerbach, dass Vergesslichkeit am häufigsten im Alter gefunden werde; daher nenne man diese Lebensphase auch ein „Haus der Vergesslichkeit“. Diese pointierte Metapher, die das Alter als Ganzes der Geistesschwäche zuordnet, stammt wahrscheinlich von dem islamischen Arzt Haly Abbas aus dem

²¹ Anselmi (1606), S. 192-96, lib. III 1 u. 2, Kap. *De phrenitide* und *De lethargo*.

²² Platon, *Nomoi* I 14 (646a); vgl. auch Ps.-Platon, *Axiochus* (367 b7); Seneca Junior, *Epistolae morales ad Lucillum* 4, 2; Isidor von Sevilla, *Etymologiarum sive Originum libri XX*, lib. XI 2, 27.

10. Jahrhundert.²³ Einige Autoren stellen mit Galen und Seneca die Vergesslichkeit sogar als ein Frühsymptom des Alterungsprozesses heraus.²⁴ Andere Autoren verbinden hingegen den Hinweis auf die kindischen Greise mit einem gebrechlichen höchsten Alter; dementsprechend gilt Altersdemenz geradezu als Zeichen des bevorstehenden Todes. Dieser Widerspruch lässt sich jedoch mit dem unterschiedlichen Grad der Symptomatik leicht erklären – erste Zeichen einer Gedächtnisstörung versus komplexer dementieller Zustand.

4. Ideengeschichtlicher Einfluss

Jenseits dieser medizinischen Vorstellungen von Physiologie und Pathologie des Gedächtnisses im Alter soll noch kurz auf das ideengeschichtliche Umfeld des Themas eingegangen werden; denn hier leuchtet noch eine weitere, freilich aus heutiger Sicht schwer verständliche Dimension auf, die den Einfluss der gelehrten Umwelt auf die Medizin verdeutlicht.

Nicht nur die spekulative und keineswegs einheitliche pathophysiologische Begründung des altersbedingten Gedächtnisverlustes war für die frühneuzeitliche Medizin ein Problem. Wesentlich waren auch philosophisch-theologische Gegenpositionen. Wahrscheinlich liegt darin eine weitere Ursache verborgen, weshalb Ärzte das Symptom zwar gelegentlich erwähnten, aber nur selten ausführlich diskutierten. Zwar waren nach antiker Philosophie und Heilkunde Gedächtnis und unwillkürliche Erinnerung, die von einem äußeren Stimulus ausgelöst werde, Funktionen der empfindenden Seele (der so genannten *anima sensitiva*), die auch Tieren zugesprochen wurde. Doch diese Seele erklärte man für sterblich und zudem von äußeren Empfindungen und deren somatischer Weiterleitung bestimmt. Demgegenüber sah man das bewusste Erinnern des Vergangenen ohne äußeren Stimulus als eine Funktion der unsterblichen Vernunft-Seele des Menschen (der so genannten *anima rationalis*) an. Entsprechend hatten Platon und bis zu einem gewissen Grad auch Aristoteles betont, dass der Geist unzerstörbar sei, ja bei Älteren erst zu seiner vollen Entfaltung käme: das berühmte Konzept der Altersweisheit.²⁵ Bereits Galen äußerte sich aber vorsichtiger und indifferenter: Die Seele sei vielleicht unsterblich, aber dem Körper untertan und mit ihm vermenget; durch Feuchtigkeit werde die Seele unverständlich.²⁶

Das Christentum übernahm Platons idealistische Auffassung von einer unsterblichen Seele, doch manchmal auch ohne die subtilen Unterscheidungen verschiedener

²³ *Domus oblivionis*; Stromer von Auerbach (1537), Th. XI (o. S.); vgl. Bacon (1928), cap. 2, S. 27.

²⁴ Galen, *De symptomatum causis* II 7 (Kühn VII 201); Lucius Aeneas Seneca Senior, *Controversiae* lib. 1 (*memoria ex omnibus partibus animi maxime delicta et fragilis, in quam primum senectus incurrit*); vgl. auch Lucius Aeneas Seneca Junior, Oedipus 817 f. (*prima languescit senum memoria longo lassa sublabens situ*). Frühneuzeitliche Quellen bei Schäfer (2004), S. 321.

²⁵ *Corpus Hippocraticum*, *De diaeta* I 25 (Littré VI 498); Lukrez, *De rerum naturae* III 445-458. Aristoteles, *De anima* I 4 (408 b22); *Problemata* XXX 5 (199 b22 ff.); Platon, *Symposion* (219a); vgl. auch Seneca, *Epistolae morales ad Lucilium* 26, 2; Plutarch, *An seni sit gerenda res publica*, in *Moralia* X 28 (797 E). – Übersicht bei Florey (1993), S. 162-164.

²⁶ Galen, *Quod animi mores corporis temperamenta sequantur* 5 (Kühn IV 786 f.); vgl. auch Platon, *Timaos* 41 (87a).

Seelenanteile und -fähigkeiten. Mit Augustinus lehrte beispielsweise der Bibelkommentator Jacques Lefevre um 1500:

„Das Alter des natürlichen Körpers ist eine Krankheit, die auf den Untergang hin tendiert. Aber das Alter ist keine Krankheit der Seele.“²⁷

Und bereits um 1360 rühmte der Dekan der theologischen Fakultät der Pariser Sorbonne Jean Hesdin ausgerechnet das gute Gedächtnis der alten Menschen.²⁸ Dementsprechend ging Ciceros Lob der geistigen Fähigkeiten alter Menschen vor allem in frühneuzeitliche theologische Schriften zum Greisenalter ein, nicht dagegen in medizinische. Und umgekehrt mieden geistliche Autoren eher das Thema Geistesschwäche im Alter, noch viel mehr als ihre medizinischen Kollegen.

Dies gilt insbesondere für katholische Theologen: In Kardinal Paleottis Traktat *De bono senectutis* von 1595 finden sich zwar (entgegen dem Titel) durchaus auch Hinweise auf körperliche Übel und seelische Lasten des Alters, doch nur der Vollständigkeit halber als kritisch zu hinterfragende Meinung vorchristlicher Philosophen. Wie aber nun der kindische Greis aussehe und wodurch er entstehe, bleibt den Lesern völlig verborgen; stattdessen wird der Vorteil eventueller Sinnesschwäche herausgehoben: Durch sie werde nämlich Verwirrung vermieden, so dass *ratio* und *intellectus* sogar gestärkt würden: Das Alter sei deshalb geradezu die Seele des Lebens.²⁹ Entsprechend betonte der englisch-katholische Geistliche Thomas Sheafe in seinem Kommentar zum Buch Prediger von 1639, dass mit den biblischen Altersmetaphern (s. o.) in erster Linie körperliche Defekte angesprochen würden. Geistige Leiden seien nur insofern damit verbunden, als sie durch eine Schwäche der körperlichen Instrumente, insbesondere der Sinne entstünden – dies alles sei aber nur dem Körper zuzuschreiben und nicht der Seele.³⁰ Auch Jean Chokier de Surlet, Vikar und Kanonikus zu Lüttich, erwähnte in seinem umfangreichen *Tractatus de Senectute* von 1647 nur an einer Stelle und sehr kurz die *imbecillitas* (Stumpfheit) alter Menschen, die sie das Diesseits bereits vergessen lasse; dies sei jedoch viel besser als die seelische Impotenz der Jugend.³¹

Die Ursache all dieser Euphemismen liegt in der platonisch-aristotelischen bzw. thomistischen Auffassung von einer unsterblichen Seele, die niemals Alterungserscheinungen aufweise, weil sie unmittelbar von Gott stamme und zu Gott wieder zurückkehre. Die katholische Kirche hält an dieser idealistischen Lehre trotz all ihrer Bemühungen, den Leib-Seele-Dualismus zu überwinden, im Prinzip bis heute fest, und im Zeitalter der frühneuzeitlichen Orthodoxie zählte sie zu den unverrückbaren Glaubensgrundlagen.

²⁷ Zitiert nach Sprandel (1983), S. 113.

²⁸ Sprandel (1981), S. 164-186.

²⁹ Paleotti (1595), insbes. S. 81.

³⁰ „There is mention onely of bodely defects; or if of the mindes infirmities also, there are such as proceed from the deficiency of the bodily instruments, which (I confesse) decay by old age; so as neither the inward nor outward senses can doe their office so well as otherwise they might, but all this is to be inputed to the body, and not to the mind.“ – Sheafe (1639), S. 27.

³¹ Chokier de Surlet (1647), S. 62.

Etwas anders sah die Lage im protestantischen Raum aus, obwohl es schwierig ist, eindeutige konfessionelle Unterschiede in der frühneuzeitlichen Anthropologie festzumachen.³² Schon für Martin Luther war geistiger Abbau im Alter offensichtlich kein Tabu; in seinem lateinischen Kommentar zum Prediger Salomo erwähnte er wie selbstverständlich ein Fehlen körperlicher *und* geistiger Frische im Alter und titulierte den Greis als „lebendigen Leichnam“.³³ Anthropologisch vertrat der wittenbergische Professor der Theologie neben der traditionellen Dichotomie von Leib und Seele, die er als ehemaliger Augustinermönch nie explizit in Frage stellte, auch eine Trichotomie von Leib, Seele und Geist im Anschluss an neutestamentarische Aussagen. Dabei schrieb er der Seele das Wahrnehmen, Empfinden, Fühlen und Denken zu, also mehr oder weniger das ganze Spektrum immanenter geistiger Fähigkeiten, während der Geist einen unmittelbaren Bezug zu Gott habe. Seele und Leib rücken bei dieser Dreiteilung näher zusammen; sie sind letztlich beide sterblich, während der allein unsterblich gedachte Geist die Wiedergeburt erfährt – auch so konnte man Aristoteles deuten. Verhältnismäßig ausführlich ging auch der Heidelberger Theologieprofessor Daniel Tossanus in seiner 1599 gedruckten Trostschrift über das Alter auf die Vergesslichkeit ein; aber er versucht einerseits seinen Lesern mit Cicero Hoffnung zu machen, dass nur schläfrige und träge Greise davon betroffen seien und man mit Übung vieles verhindern könne; andererseits betont er aus geistlicher Sicht, dass wer sich an Gott erinnere, sich an alles erinnere, und empfiehlt deshalb den häufigen Gebrauch der Eucharistie auch als Mittel gegen die Vergesslichkeit.³⁴

Aufgrund dieser Hinweise ist anzunehmen, dass für die frühneuzeitliche protestantische Theologie die Vorstellung einer alternden Seele kein grundsätzliches Problem war. Zumindest in diesem Bereich kamen manche Reformatoren den Deutungen der materialistisch orientierten Medizin offensichtlich weiter entgegen als die katholische Lehre.

Ungeachtet aller konfessionellen und professionellen Unterschiede war es dennoch in der Frühen Neuzeit schwierig, den Verlust geistiger Fähigkeiten mit einem Niedergang der Seele zu erklären – zu tief wurzelte der Leib-Seele-Dualismus aus der antiken Metaphysik. Vielleicht gerade deshalb klammerte die frühneuzeitliche Medizin in ihrer Darstellung des Gedächtnisses und seiner Störungen primäre Defekte der *anima rationalis* aus. Die Ausfälle höherer geistiger Fähigkeiten (z. B. Schmerzempfinden oder bewusstes Erinnern) wurden lediglich als sekundäre Folgen von Veränderungen der niederen Seelenvermögen angesehen. Dagegen boten diese einfachen Seelenvermögen, auch „innere Sinne“ genannt, die Grundlagen für Wahrnehmung, Denken und Erinnerung und konnten eindeutig durch körperliche Schwäche in Mitleidenschaft gezogen werden. Der latente Widerspruch zwischen medizinischer und aristotelisch-thomistischer Seelenlehre, nach der eigentlich allein die alterslose *Anima rationalis* für geistige Leistungen des Menschen zuständig ist, wurde mittels solcher Konzeptionen zwar

³² Vgl. hier insbesondere Melanchthons Schrift *De anima*, in der der Mitstreiter Luthers eine tradierte Leib-Seele-Vorstellung vertritt.

³³ Luther (1559), S. 158^v; vgl. auch Luther (1858), S. 236-241.

³⁴ Tossanus (1599), S. 79; vgl. auch Cicero, Cato Maior De Senectute 36.

abgemildert; er blieb jedoch implizit weiterhin bestehen und wirkte sich auch auf die materialistischen Vorstellungen vom Gedächtnis innerhalb der Medizin aus.

Zusammenfassend können vier wesentliche Ursachen für die verhältnismäßig seltene Diskussion der Altersvergesslichkeit in der frühneuzeitlichen Medizin beschrieben werden:

1. ein gegenüber heute selteneres (aber nicht zu seltenes) Vorkommen in der Bevölkerung aufgrund niedrigerer Lebenserwartung,
2. fehlende fachliterarische Tradition im Blick auf diese Sonderform von Vergesslichkeit,
3. unzureichende physiologische und morphologische Kenntnisse über das Gehirn,
4. der Konflikt zwischen idealistischer und materialistischer Sichtweise der Seelenfunktionen und deren Zustand im Alter.

Konsequenterweise führten eine Veränderung der beiden letzten Faktoren und die zunehmende Bedeutungslosigkeit der Tradition nach 1650 zu einem wachsenden Interesse der Medizin an der Altersvergesslichkeit.

5. Veränderung medizinischer Konzepte nach 1650

Eine Schlüsselrolle bei der Veränderung medizinischer Konzepte spielte in mehrfacher Hinsicht die cartesianische Naturphilosophie. Sie konnte sich nach 1650 allmählich durchsetzen und lehrte primär eine scharfe Unterscheidung zwischen Seele und Körper. In diesen Rahmen fügte René Descartes die traditionelle Unterscheidung zwischen unwillkürlichem und willkürlichem Akt der Erinnerung ein. Im Gegensatz zur antiken und mittelalterlichen Psychologie ordnete er die niedrigen Vermögen des Gedächtnisses nicht mehr einer empfindenden Seele zu, die die Ströme von feinstofflichem Hirngeist innerhalb der Ventrikel steuere; vielmehr schrieb er die so genannte *mémoire corporelle* im mechanischen Sinne ausschließlich dem Abfluss von Nervenflüssigkeit zu. Dabei entstünden kleine Löcher in den nervenartigen Gehirnröhrchen, die zu einem späteren Zeitpunkt ein gleichsinniges Muster von Ausflüssen erzeugten. Als Vergleich zieht Descartes in der Schrift *L'Homme* ein mit Nadeln bestecktes Handwerkzeug heran, mit dessen Hilfe in einer Leinwand ein charakteristisches Lochmuster erzeugt werden kann.³⁵ Höhere (willkürliche) Gedächtnisfunktionen sollten dagegen der immateriellen *res cogitans* angehören; diese „Denksphäre“ war der einzige noch der Seele verbliebene Einflussbereich.³⁶

Diese radikale Dichotomie konnte sich jedoch zunächst in der Medizin kaum durchsetzen. Vielmehr ordnete beispielsweise der berühmte Hirnforscher Thomas Willis (bezüglich der Lehre von den Seelenvermögen ein Traditionalist) die *memoria* erneut einer „Körper-“ oder „Tierseele“ (*anima sensitiva*) zu. Die höheren geistigen Funktionen wanderten bei Willis zwar in Einklang mit Descartes endgültig „aus dem Gehirn in die immateriellen Regionen der Geist-Seele“; dort konnten sie aber weiterhin über

³⁵ Descartes (1969), S. 120-22 (*De homine*, 1632, Abb. 30). – Vgl. Florey (1993), S. 169-174.

³⁶ Descartes (1949), S. 185f., 199, 278 (Briefe an Pater Mersenne vom 1. April 1640 und 6. August 1640 und an Pater Desland vom 2. Mai 1644).

vermittelnde Zentralstellen (die Zirbeldrüse oder andere Lokalisationen) von körperlichen Affekten gestört werden.³⁷

Bei näherer Betrachtung zeigt sich also, dass sich das traditionelle medizinische Konzept von den zwei Gedächtnisarten bis zum Ende des 17. Jahrhunderts im Grunde nur wenig wandelte, genauso wenig wie die Lehre vom mittelbaren Einfluss des Körpers auf die höheren, der rationalen Seele zugeordneten Fähigkeiten. Doch mit dem Rückgang des Aristotelismus, dem Aufblühen der materialistisch-reduktionistischen Naturforschung und dem Beginn der Aufklärung änderte sich auch die Zurückhaltung von Ärzten beim Problem des geistigen Abbaus im Alter: Dieser wurde nun zunehmend in ähnlicher Weise erklärt wie andere im Gehirn lokalisierte somatische „Altersbeschwerden“, etwa Schlaganfall, Schlaflosigkeit oder Schwindel, und es wurden immer weniger Bedenken im Blick auf die alterslose Seele geäußert. Just im gleichen Jahr, als Descartes *L'Homme* verfasste, erklärte bereits der Kanzler der Medizinischen Schule von Montpellier, François Ranchin, lapidar: *senescit enim anima cum corpore* – es altert nämlich die Seele mit dem Leib.³⁸ Dem widersprach zwar kurz darauf noch eine medizinische Disputation aus dem konservativen Paris fast wörtlich: *Non ut corporis sic animae senectus*: Nicht wie der Körper altert die Seele.³⁹ Aber die Wende war nicht mehr aufzuhalten und führte zu einem neuen Interesse an den Phänomenen der geistigen Altersschwäche. In England zeigte sich dies bereits kurz nach Erscheinen der Hauptwerke von Thomas Willis. In einer Auslegung der schon mehrfach erwähnten biblischen Metaphernreihe ging nämlich der englische Arzt John Smith umfassend auf das Thema des kindischen Greises ein. Dabei modifizierte er die antik-christliche Seelenlehre entscheidend und scheute dabei keinen Konflikt mit der Religion: Die Theologen würden in ihrer Betrachtung der unsterblichen Seele ihre Verwobenheit mit dem Körper übersehen: beide bildeten eine Leidensgemeinschaft. Als *tabula rasa* käme *anima* in die Welt, als *tabula derasa* (gelöschte Tafel) würde sie sie wieder verlassen. Alle drei Hauptarten geistiger Fähigkeit, Phantasie, Verstand und Gedächtnis, gingen mit dem Körper im Alter zugrunde. Auf diese Weise komme der vollständige Zerfall des Menschen am Ende seines Lebens in besonderer Weise zum Ausdruck.⁴⁰

Schließlich konzedierte sogar der einflussreiche niederländische Theologieprofessor Hermann Witsius kurz vor 1700 als einer der ersten (allerdings protestantischen!) Geistlichen offen den Niedergang der geistigen Fähigkeiten im Alter und weigerte sich ausdrücklich, eine nähere Zuordnung dieser Eigenschaften zu bestimmten Seelenteilen noch zu vertreten.

Auf diese Weise vollzog sich schleichend der Abschied vom Gehirn als einem Organ der unsterblichen Seele.

Um 1700 übte der Cartesianismus einen bedeutenden Einfluss auch auf die morphologischen Vorstellungen vom menschlichen Gedächtnis und seinem Zerfall aus. Bereits Thomas Willis lokalisierte Gedächtnisleistungen vorwiegend in der oberflächen-

³⁷ Zum Vorstellungswandel im Blick auf die geistig-seelischen Funktionen unter besonderer Berücksichtigung von Descartes und Willis vgl. auch Hagner (1997), S. 25-32.

³⁸ Ranchin (1627), S. 554.

³⁹ Jacques Gavois, Claude Perrault, *Quaestio An ut corporis sic animae senectus*, Paris 1639 (o. S.).

⁴⁰ Smith (1666), S. 23-50, hier S. 26-28.

nahen Gehirnssubstanz und nicht mehr in den Ventrikeln.⁴¹ Damit wurde die Morphologie des Erinnerungsvermögens auf eine neue Grundlage gestellt. Ferner löste die neue iatromechanische Theorie die galenische Säftelehre allmählich ab; sie verstand im Sinne Descartes' den menschlichen Körper als eine Maschine, die durch Abnutzung schadhaft werde. Durch ständigen Gebrauch verhärteten Fasern und Gefäße. Und so erklärte beispielsweise der Veroneser Arzt Antonio Fracassini die Gedächtnisschwäche mit einer herabgesetzten Schwingungsfähigkeit der verhärteten und zugleich erschlafften Fasern des greisen Gehirns. Außerdem werde der ätherartige Seelengeist aus dem Blut weniger sezerniert, weil wiederum dessen Zufuhr durch die verengten Gehirngefäße eingeschränkt sei⁴² – das Konzept der Hirnarteriosklerose deutet sich hier schon an.

Mit dieser „Somatisierung“ des geistigen Verfalls emanzipierte sich die Heilkunde endgültig von der Metaphysik der Antike und der Frühen Neuzeit, soweit sie der mechanistischen Physiologie zuwiderlief. Entsprechend schwand auch der Einfluss antiker Autoritäten auf die medizinische Sichtweise des Alters. Zwar leiteten im 18. Jahrhundert animistische und vitalistische Strömungen eine Gegenbewegung zur kruden Iatromechanik ein, die in den ganzheitlichen Anschauungen der Romantischen Medizin um 1800 ihren Höhepunkt fand. Doch stehen sich Körper und Seele bei deren medizinischen Vorstellungen zur Rückbildung im Alter nicht mehr als Gegensätze gegenüber, sondern wirken gleichsinnig nebeneinander, jetzt freilich oft mit einer anderen Priorität als in der Frühen Neuzeit: Nicht durch den Niedergang des Leibes altere die Seele, sondern durch das Vergehen der Seele schwinde auch der Körper.⁴³

Zusammenfassend lassen sich medizinische Konzepte zu Demenz und Gedächtnisschwäche – bei aller Zurückhaltung gegenüber retrospektiven Diagnosen – in der Frühen Neuzeit durchaus nachweisen, wenn man Texte und darin enthaltene Traditionen zu lesen versteht. Die Vorstellungen lehnten sich eng an die zeitgenössische Altersphysiologie, -pathologie und -therapie an, wie ihre Bezüge zur Säftelehre und zur Iatromechanik offenbaren. Ferner lehrten vormoderne naturphilosophische Konzepte prinzipiell eine enge Verbindung von Sinneseindruck, Gedächtnis und Erinnerung und postulierten morphologisch fassbare Erinnerungsvorgänge und Gedächtnisspuren im Gehirn. Diese Hypothesen erscheinen heute wieder sehr aktuell, wenn beispielsweise in der Neurobiologie Phänomene des Langzeitgedächtnisses untersucht werden.

Parallel zu diesem materialistischen Ansatz versuchten Ärzte seit der Spätantike eine Trennung zwischen verschiedenen Gehirnfunktionen, indem sie beispielsweise unwillkürliches und bewusstes Erinnern voneinander unterschieden und differierenden Seelenanteilen zuordneten. Dieser eher psychologische Ansatz fragt bis heute nicht nach neurophysiologischen oder morphologischen Grundlagen, sondern nach verschiedenen Formen und Funktionen des Gedächtnisses und den damit verbundenen Vorgängen des Lernens. Wissenschaftshistorisch lassen sich also schon seit der Antike ver-

⁴¹ Zu den anatomischen Grundlagen vgl. Willis (1965), S. 91, 96 (Kap.10-11: Vorgang der Erinnerung entspricht Rückfluss der *spiritus animales* von der Hirnrinde zur Mitte).

⁴² Fracassini (1763), S. 79 f., 108-110.

⁴³ Nach Bichat (1955; S. 153-62) schwindet bei einem natürlichen Sterbevorgang im hohen Alter die *vie animale* vor der *vie organique*.

schiedene Erkenntnisinteressen und Erkenntniswege postulieren, die den Blick auf das Forschungsobjekt beeinflussten und variierten.

Idealistische Philosophie und mittelalterlich-neuzeitliche Theologie ordneten diesen zunächst körperbezogenen Seelenanteilen darüber hinaus metaphysische Eigenschaften (sterblich bzw. unsterblich) zu. Diese Hypothesen integrierte die frühneuzeitliche Medizin in ihr System und projizierte sie ebenfalls auf das Gehirn. Störungen der höheren Seelenfunktionen mussten allerdings mit Störungen auf der unteren Ebene erklärt werden. Dies war bei akuten Ausfällen (Delirium, Wahnsinn) leichter möglich als bei chronischem Abbau, insbesondere im Alter, dem traditionell eine Akkumulation von Weisheit und Erfahrung zugesprochen wurde. Vielleicht deshalb wurden in der frühen geriatrischen Literatur noch kaum konkrete altersspezifische Krankheitsbilder des geistigen Abbaus thematisiert oder gar differenziert. Die spärliche Behandlung in der medizinischen Fachprosa könnte zwar auch demographischen Ursprungs sein; sie lässt sich jedoch vor allem auf die Konflikte zwischen psychologischer und hirnbio-logischer Zugangsweise sowie zwischen Materialismus und Idealismus zurückführen. Diese Gegensätze führten über längere Zeit zu einer euphemistischen Verschleierung, wenn nicht sogar Tabuisierung des Krankheitsbildes.

Um und nach 1700 führten materialistische Konzepte in Philosophie und Medizin zu einer frühen Biologisierung höherer Hirnfunktionen, unter Abspaltung psychologischer und unter Ausblendung metaphysischer Fragestellungen. Dieser komplexe Vorgang leitete den Siegeszug der modernen Hirnforschung um 1900 ein, der über Alzheimers Entdeckung bis zu den neuesten molekularbiologischen Erkenntnissen reicht. Allerdings liegt die Frage nahe, ob mit dieser notwendigen Fokussierung auf materielle Vorgänge auch wesentliche Elemente geistigen Menschseins (Identität, Selbstreflexion, Kontingenzerfahrung etc.) ausgeblendet wurden, und inwieweit naturphilosophische Sichtweisen auch moderne Konzepte von Altersdemenz steuern: Rücken wir nicht mit den biologisch-materialistischen Erklärungen die Körperfunktion einseitig in den Vordergrund und reduzieren damit das dementielle Altern von einer Lebensphase zu einer Krankheit, die lediglich zwischen Tod und Therapie steht und deren personale und moralische Dimensionen medizinisch außer Acht bleiben?

Literatur

1. Anselmi (1606): Aurelio Anselmi, *Gerocomica sive de senum regimine opus*, Venedig 1606.
2. Bacon (1928): Roger Bacon, *De retardatione accidentium senectutis cum aliis opusculis de rebus medicinalibus*, nunc primum ediderunt A.G. Little/E. Withington, Oxonii [Oxford], e Typographeo Clarendoniano, 1928.
3. Bichat (1955): Xavier Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Reproduction fac-similé de l'édition de 1800 [1805], Paris 1955.
4. Chokier de Surlet (1647): Jean de Chokier de Surlet, *Tractatus de senectute, in quo illius elogia, privilegia, commoda, sive etiam incommoda ... explicantur*, Leodii, Streel, 1647.

5. Descartes (1949): René Descartes, Briefe 1629-1650, hrsg. von Max Bense, Köln, Krefeld 1949.
6. Descartes (1969): René Descartes, Über den Menschen (1632) sowie Beschreibung des menschlichen Körpers (1648), nach der ersten französischen Ausgabe von 1664 übersetzt und mit einer historischen Einleitung und Anmerkungen versehen von Karl E. Rothschuh, Heidelberg 1969.
7. Ferri et al. (2005): C. P. Ferri et al., Global prevalence of Dementia: A Delphi consensus study, in: *The Lancet* 366 (2005), p. 2112-2117.
8. Förstl et al. (1991): Hans Förstl, Mathias Angermeyer, Robert Howard, Karl Philipp Moritz' *Journal of Empirical Psychology* (1783-1793): an analysis of 124 case reports, in: *Psychological Medicine* 21 (1991), S. 299-304.
9. Förstl (2005): Hans Förstl, Demenz, literarisch, in: Hans Förstl (Hrsg.), *Demenzen – Perspektiven in Praxis und Forschung*, München 2005, S. 1-20.
10. Fracassini (1763): Antonio Fracassini, *Opuscula physiologico-pathologica, Dissertationes tres exhibentia* [I. De affectionibus infantiae ac pueritiae, II. De affectionibus senectutis III. De visionis sensorio, Veronae, Ex typographia Marci Moroni, 1763.
11. Hagner (1997): Michael Hagner, *Homo cereбрalis, Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn*, Berlin 1997.
12. Hunter/MacAlpine (1963): Richard Hunter, Ida MacAlpine (Hrsg.), *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860, A History Presented in Selected English Texts*, London et al. 1963.
13. Karenberg/Förstl (2003): Axel Karenberg, Hans Förstl, *Geschichte der Demenzen und der Antidementiva*, in: Hans Förstl (Hrsg.), *Antidementiva*, München 2003, S. 5-52.
14. Lokhorst/Kaitaro (2001): Gert-Jan C. Lokhorst, Timo Kaitaro, Descartes and the pineal gland, in: *Journal of the History of Neurosciences* 10 (2001), S. 6-18
15. Luther (1559): Der zwelfte und letzte Teil der Bücher des ehrnwürdigen Herrn D. Mart. Luthero: Nemlic: Die erste Auslegung über die Epistel an die Galater/ Ecclesiastes oder Prediger Salomo ... Wittenberg, Hans Lufft, 1559.
16. Luther (1858): Martin Luther, *Exegetica opera Latina*, Bd. 21, Erlangen 1858.
17. Maurer/Volk/Gerbardo (1997): Konrad Maurer, Stephan Volk, Hector Gerbardo, Auguste D and Alzheimer's disease, in: *The Lancet* 349 (1997), 9064, S. 1546-1549.
18. Moog/Schäfer (2006): Ferdinand Peter Moog, Daniel Schäfer, Die Demenzkaustiken in der *Gerontologia* (1705) des Theodosius Schöpffer, Ein Vergleich mit überlieferten Darstellungen aus Literatur und Medizin, *Neulateinisches Jahrbuch* 8 (2006), S. 201-226.
19. Moog/Schäfer (2007): Ferdinand Peter Moog, Daniel Schäfer, Aspekte der Altersdemenz im antiken Rom: Literarische Fiktion und faktische Lebenswirklichkeit, in: *Sudhoffs Archiv* 91 (2007), S. 73-81.
20. Paleotti (1595): Gabriele Paleotti, *De bono senectutis*, Rom 1595.
21. Pratensis (1549): D Iasonis Pratensis Zyricei medici clarissimi de *Cerebri morbis* ..., Basel 1549.

22. Ranchin (1627): François Ranchin, GEROKOMIKE; De senum conservatione & senilium morborum curatione, in: Idem, Opuscula medica, publici juris facta, cura et studio Henrici Gras, Lugduni, Apud Petrum Ravaut, Lyon 1627, S. 456-592.
23. Schäfer (2000): Daniel Schäfer, „Hebraeorum Hippokrates rei medicae peritissimus fuit“, Über die Rezeption der pseudosalomonischen Metaphern zum Greisenalter (Koh. 12, 1-6) in der frühneuzeitlichen Medizin, in: *Medizinhistorisches Journal* 35 (2000), S. 219-250.
24. Schäfer (2003): Daniel Schäfer, Gulliver meets Descartes, Early Modern Concepts of Age-Related Memory Loss, in: *Journal of the History of Neurosciences* 12 (2003), S. 1-11.
25. Schäfer (2004): Daniel Schäfer, Alter und Krankheit in der Frühen Neuzeit, Der ärztliche Blick auf die letzte Lebensphase, Frankfurt a. M. 2004.
26. Schenck von Grafenberg (1584): Johann Schenck von Grafenberg, *Observationes Medicæ de capite humano: Hoc est, exempla capitis morborum, causarum, signorum, evētuum, curationum. ut singularia, sic abdita & monstrosa ...*, Basel 1584.
27. Schrader (1777): Ludwig Albrecht Gottfried Schrader, Grundgesetze der Natur in der Geburt, dem Leben und Tode der Menschen: als ein freyer Auszug, aus Süssmilchs göttlicher Ordnung, in den Veränderungen des menschlichen Geschlechtes u.s.w. in veränderter Ordnung entworfen, Glückstadt [1777?].
28. Sheafe (1639): Thomas Sheafe, *Vindiciae senectutis, or A plea for old age, which is senis cujusdam cygnea cantio*, London, Printed by George Miller, 1639.
29. Smith (1666): John Smith, *The Pourtract of Old Age, Wherein is contained a sacred anatomy both of soul, and body and a perfect account of the infirmities of age incident to them both, Being a paraphrase upon the six former verses of the 12. Chapter of Ecclesiastes*, by John Smith, M.D, Second edition corrected, London 1666 [1676?].
30. Sprandel (1981): Rolf Sprandel, Altersschicksal und Altersmoral, Stuttgart 1981.
31. Sprandel (1983): Rolf Sprandel, Alter und Todesfurcht nach der spätmittelalterlichen Bibelexegese, in: Herman Braet, Werner Verbeke (Hrsg.), *Death in the Middle Ages*, Leuven 1983, S. 107-116.
32. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 29 (1908).
33. Stromer von Auerbach (1537): Heinrich Stromer [von Auerbach], [De Senectute], [Decreta aliquot medica], in: Lukianos von Samosata: *De senectute, habes hic primum Luciani Samosatani Macrobios, hoc est longævos, Vincentio Opsopoeo interprete ...* Adj. *Carmen Erasmi Roterodami de molestiis senectutis* [!]. Pra. quae Henricus Stromerus Aurbachius ed. [Decreta aliquot medica (de senectute) quae in disquisitionem publicam proponentur], Norimbergae/Nürnberg 1537.
34. Tossanus (1599): Daniel Tossanus, *De senectute tractatus christianus et consolatorius*. Heidelbergiae, Impensis Andreae Cambieri, 1599.
35. Willis (1965): Thomas Willis, *Cerebri Anatome*, London 1664, englished 1681 by Samuel Pordage, in: Idem, *The anatomy of the brain an nerves*, vol. 2, Montreal 1965 (Facsimile).

36. Zacchia/Horstius (1666): Pauli Zacchiae Romani, Totius status ecclesiastici Proto-medici generalis Quaestionum medico-legalium tomi tres, Editio nova, a variis mendis purgata, passimque interpolata, et novis recentiorum Authorum Inventis ac Observationibus aucta, curâ Joan. Danielis Horstii, Frankfurt a. M. 1666.

Legitime Leidensminderung oder neue Euthanasie? Ärztlich assistierter Suizid bei psychisch Kranken

Christian Hick und Axel Karenberg

1. Einleitung

Die *Hilfe zur Selbsttötung* ist eine der fünf Handlungsoptionen, die bei ärztlichen Entscheidungen am Lebensende intensiv diskutiert werden: Sterbebegleitung, passive, indirekte und aktive Sterbehilfe sind die anderen vier.¹

Diese bislang allgemein übliche Sprachregelung hat der Kölner Staatsrechtler Wolfram Höfling kürzlich vehement kritisiert.² Zu Recht verweist er auf die ganz unterschiedliche Bedeutung, die dem drei Mal genannten Begriff „Sterbehilfe“ jeweils zukommt. Weiter kritisiert er den missverständlichen Gebrauch der Attribute passiv, indirekt und aktiv. Beides zusammen verwische die ethische und juristische Bewertung der jeweils angesprochenen Handlung.³

Bringt man Höflings Ansatz auf einen nomenklatorischen Nenner, so gibt es lediglich zwei Hauptformen: Sterbehilfe als *Sterbenlassen* und Sterbehilfe als *Tötung* bzw. *Beihilfe zur Tötung*. Bei der Sterbehilfe als Sterbenlassen handelt es sich um ein Geschehenlassen des Sterbens im Rahmen der Erkrankung, bei der Sterbehilfe als Tötung koppelt sich das Handeln vom Krankheitsprozess ab: Der Patient, der Arzt oder ein anderer Dritter kommen dem Tod zuvor.⁴

Der folgende Beitrag will versuchen, für den Bereich der Beihilfe zur Tötung bei psychisch Kranken, dem assistierten Suizid, eine möglichst sachliche und ausgewogene Darstellung von Argumenten und Gegenargumenten zu geben, um die verschiedenen Positionen und ihre Begründungen nachvollziehbar zu machen. Dabei betreffen die meisten Argumentationen zum assistierten Suizid auch die Tötung von Patienten auf eigenen Wunsch durch einen Arzt („aktive Sterbehilfe“).⁵

¹ Vgl. hierzu auch Hick (2007) S. 55-116, Karenberg (2005), Bergdolt (2003); speziell zum ärztlich assistierten Suizid: Bondolfi (2000), Finzen et al. (2000), Bron (2003), Schildmann/Vollmann (2006); zum assistierten Suizid aus psychiatrischer Sicht: Fuchs/Lauter (1997), Strnad et al. (1999), Ebner/Kurt (2005).

² Höfling (2005).

³ Nomenklatorische Klarstellungen, wie sie zuletzt auch vom Nationalen Ethikrat (2006) vorgeschlagen wurden, sind wichtig. Jedoch darf nicht übersehen werden, dass sich diese Klärungen lediglich auf die *retorische* Ebene der Diskussion beziehen. Für die argumentative *ethische* Beurteilung ist es unerheblich, welche Terminologie verwendet wird, solange diese nur eindeutig genug bestimmt ist.

⁴ Vgl. hierzu auch Nationaler Ethikrat (2006), S. 49-57.

⁵ Dies liegt auch daran, dass die nomenklatorisch scheinbar klare Abgrenzung – Beihilfe zur Tötung/aktive Tötung – in der tatsächlichen Handlungssituation oft weniger eindeutig ist, als es scheint: Ist ein Arzt, der einem Patienten ein tödlich wirksames Medikament verschafft, es überreicht und seine Handhabung erklärt, nicht auch ein Mithandelnder bei der Tötung des Patienten durch „sich selbst“? Die Vorstellung, dass menschliche Handlungen von einem quasi autonomen, gegenüber Außeneinflüssen weitgehend abgeschotteten inneren Persönlichkeitskern ausgehen, ist aus philosophischer Sicht

In der Diskussion können drei Gruppen von Argumenten unterschieden werden:

(1) *Prinzipielle Argumente* versuchen zu zeigen, dass eine bestimmte Form von Sterbehilfe *an sich* moralisch zulässig oder unzulässig ist, ohne dabei auf zukünftige Folgen oder vergangene Erfahrungen einzugehen.

(2) „*Historische*“ *Argumente* ziehen ähnliche Handlungen aus der näheren oder ferneren Vergangenheit als Parallele heran, um daraus ein moralisches Kriterium zur Beurteilung der aktuellen Situation zu gewinnen.

(3) *Pragmatische Argumente* weisen auf mögliche *Folgen* hin, die sich aus der Zulassung oder Nicht-Zulassung einer bestimmten Handlungsweise ergeben können.

Status und Reichweite einzelner Argumente bzw. Argumentgruppen unterscheiden sich deutlich. Daher gewinnt die Debatte an Transparenz, wenn man sie voneinander abhebt.

2. Prinzipielle Argumente

Auf der Prinzipien-Ebene lässt sich die Zulässigkeit des assistierten Suizids mit drei Argumenten verteidigen:

1. *Die freie Entscheidung des aufgeklärten Patienten muss respektiert werden.* Aus diesem Selbstbestimmungsrecht resultiert die Freiheit, sowohl eine Behandlung zu verweigern oder sie abbrechen, als auch über den eigenen Tod bzw. Todeszeitpunkt zu verfügen. Für die Gültigkeit dieses Autonomie-Argumentes ist es unerheblich, ob der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat oder der Tod absehbar ist. Zu jedem Zeitpunkt hat ein Patient, der nach seiner subjektiven Einschätzung unerträglich leidet und dem der Arzt keine andere Hilfe anbieten kann, das Recht, Hilfe bei der Beendigung seines Lebens zu verlangen.

Eine kritische Erwiderung zu diesem Argument setzt an der unterstellten Entscheidungsfreiheit an, die schon bei Gesunden mehr oder weniger stark eingeschränkt sein kann und – vor allem natürlich bei Vorliegen einer psychischen Krankheit – möglicherweise nicht zu jedem Zeitpunkt gegeben ist (s. u.).

2. *Der Arzt hat die Pflicht, das Leiden seiner Patienten zu lindern.* Wenn eine Heilung und damit eine kausale und anhaltende Beseitigung des Leidens nicht möglich ist, muss zumindest eine symptomatische Leidenslinderung geleistet werden. Dies gilt auch für Situationen, in denen die Leidenslinderung zu einer Verkürzung der Lebenszeit führt. Eine Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken ist nach dieser Auffassung in bestimmten Fällen gerechtfertigt, weil in einer aussichtslosen Situation das Leiden des Patienten nur mit dem Tod enden wird.

Die Gegenposition akzeptiert selbstverständlich die Pflicht des Arztes, Schmerz und Leiden zu lindern. Diese Pflicht kann aber nicht soweit gehen, dass er als „Lebenserhalter“ und Verkörperung des „Prinzips Hoffnung“, sich an einer Tötungshandlung beteiligt oder diese selbst durchführt – zumal es effiziente Möglichkeiten palliativmedizinischer Leidenslinderung gibt, die nicht mit dem Mittel der Tötung arbeiten müssen.

naiv. Bei genauerer Analyse dürften sich für jede „Selbst“-Tötung eine mehr oder weniger große Zahl von „Mittätern“ finden lassen, deren Handlungsbeitrag zwar nicht juristisch, wohl aber ethisch relevant sein kann.

3. *Die ungleiche Behandlung von psychisch und körperlich Kranken ist ungerecht.* Handlungsoptionen, die bei somatisch Kranken zulässig erscheinen, dürfen psychisch Kranken nicht vorenthalten werden. Da seelisches Leiden genauso quälend und unerträglich sein kann wie körperliches, dürfen psychisch Kranke nicht benachteiligt werden, indem man ihnen die Hilfe zur Selbsttötung vorenthält.

Einwände gegen dieses Gerechtigkeitsargument zielen in zwei Richtungen: Zunächst muss vorab entschieden werden, ob Beihilfe zur Selbsttötung ethisch zulässig ist. Wenn dies nicht der Fall ist, würde das Gerechtigkeitsargument natürlich die Unzulässigkeit dieser Beihilfe für beide Patientengruppen zur Folge haben. Außerdem bleibt zu fragen, ob die Gleichsetzung von psychischer und körperlicher Erkrankung im Hinblick auf die Selbsttötung nicht eine naive Analogie ist, da sich beide Gruppen in relevanten Merkmalen unterscheiden. Bei primär psychisch Kranken besteht in der Regel keine terminale Lebenssituation; Suizidalität ist in den allermeisten Fällen ein vorübergehendes und behandelbares Phänomen. Keine nicht-organische psychische Erkrankung führt ohne menschliches Eingreifen zum Tode. Eine Therapiebegrenzung analog zur somatischen Medizin ist bei seelischem Kranksein so kaum möglich. Und der klinische Verlauf, seine Richtung und das Fehlen therapeutischer Optionen sind im psychiatrischen Kontext noch viel schwerer vorauszusehen als im somatischen Bereich. Es müssten mithin zunächst einmal jene Subgruppen psychisch kranker Patienten definiert werden, für die das Gerechtigkeits-Argument sinnvoll zutrifft, wenn es solche überhaupt gegeben sollte.

Gegen die moralische Zulässigkeit des assistierten Suizids können ebenfalls drei prinzipielle Argumente angeführt werden:

1. *Menschliches Leben muss in jedem Fall geschützt werden.* Das biologische Leben ist für jeden einzelnen Menschen die wesentliche Grundlage seines Daseins und Voraussetzung für alles Übrige. Dieser unvergleichliche Wert menschlichen Lebens lässt sich als Würde fassen, hinter der jeder andere Wert zurücktritt. Die Würde begründet ein unbedingtes Lebensrecht jedes Menschen, das sich einer Abwägung zu anderen Werten grundsätzlich entzieht. Das Recht auf Leben wiederum widersetzt sich der Tötung eines Menschen, welche noch so guten Gründe auch immer vorgebracht werden mögen. Diese Auffassung vom absoluten Wert menschlichen Lebens kann in einem religiösen Kontext formuliert werden – man spricht dann von der „Heiligkeit des Lebens“ –, aber auch ein nicht-religiöses Verständnis kann sich darauf berufen, dass die Tötung eines Menschen bzw. die Beihilfe dazu moralisch falsch sein muss: Niemand kann vernünftigerweise etwas tun oder in etwas einwilligen, was ihn selbst in Frage stellt. Die Selbsttötung wäre aus dieser Sicht ein Selbstmissverständnis, die „unvernünftige“ Missachtung der eigenen Würde. Menschliches Leben wäre aus dieser Sicht eines absoluten Lebensschutzes auch für den Betroffenen selbst unverfügbar.

Die Gegenposition argumentiert, dass Leben zwar ein hoher, aber kein absoluter Wert ist. Vor allem das eigene Leben ist keineswegs absolut unverfügbar, denn niemand kann gezwungen werden, zu leben: Die freie Selbstbestimmung, der Kern menschlicher Existenz, ist ein höherer Wert als das bloße biologische Leben. Wer sich deshalb nach reiflicher Überlegung gegen das Leben und für eine Selbsttötung entscheidet, ist hierzu kraft seiner Freiheit moralisch berechtigt. Die Beihilfe zum Suizid ist lediglich eine Aus-

dehnung dieser Freiheit auf Situationen, in denen der Einzelne nicht in der Lage ist, die Selbsttötung ohne fremde Hilfe vorzunehmen.

2. *Die freie Entscheidung ist oft eine Fiktion.* Die wenigsten Menschen dürften in der Lage sein, sich in schwierigen, gar lebensbedrohlichen Situationen so frei und unbeeinflusst zu entscheiden, wie es die These von der Patientenautonomie voraussetzt. Gerade bei psychisch Kranken sind vielfältige Einschränkungen wahrnehmbar: von innen durch die seelische Erkrankung, von außen durch Mitmenschen oder Zeitströmungen. Solche in der realen Situation bestehenden teils massiven Einschränkungen der Freiheit lassen die vermeintlich „freie“ Entscheidung zum Suizid als philosophisches Wunschenken erscheinen.

Befürworter des assistierten Suizids bei psychisch Kranken können dieses Argument bis zu einem gewissen Punkt jedoch durchaus zugestehen. Natürlich sind nicht alle Patienten zu einer selbstverantworteten und freien Entscheidung in der Lage. Genau deshalb dürfe in vielen Fällen die Beihilfe zur Tötung ja auch nicht vorgenommen werden. Doch gibt es eben auch psychisch kranke Patienten, die sehr wohl noch entscheidungsfähig im Hinblick auf ihren Wunsch zur Selbsttötung sind. Die Entscheidungen dieser Patientengruppe müssen dann respektiert werden. In Zweifelsfällen ließe sich ja auch über ein Gutachten klären, inwieweit Freiverantwortlichkeit vorliegt oder die Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt ist.

3. *Ein Arzt darf nicht beim Töten helfen.* Selbst wenn der Patient eine Tötungshandlung ernsthaft wünscht – und dieser Wunsch auch moralisch gerechtfertigt sein sollte – darf ein Arzt diesem Wunsch nicht entsprechen, da Tötungshandlungen mit dem ärztlichen Selbstverständnis unvereinbar sind. Das gleiche gilt für die Beihilfe zur Selbsttötung, da auch hier der Arzt aus ethischer Sicht, vor allem durch seine besondere Fachkenntnis, zumindest zum Mittäter wird, was mit der Arztrolle unvereinbar ist.⁶

Kritisch erwidern lässt sich auf dieses Argument, dass die radikal veränderte gesellschaftliche Situation der Moderne auch ein geändertes ärztliches Selbstverständnis erfordert. Das ärztliche Tötungsverbot kann im aktuellen Kontext der modernen Medizin nicht in gleicher Weise absolute Geltung beanspruchen wie in anderen kulturellen oder historischen Zusammenhängen. Zudem erhält gerade die oberste ärztliche Maxime, Leiden zu lindern, mit der Möglichkeit der Beihilfe zur Selbsttötung ein zusätzliches Instrument – ein Instrument, das auch in sonst aussichtslosen Lagen eine Leidenslinderung erlaubt.

An dieser Stelle kann eine erste Bewertung vorgenommen werden. Auf der prinzipiellen Ebene muss eine Entscheidung getroffen werden, ob der *Selbstbestimmung* des Patienten oder der *Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens* ein höherer Wert beigemessen wird. Im Spezialfall psychischer Krankheit kommt der Bewertung einer möglichen krankheitsbedingten Einschränkung der freien Selbstbestimmung zusätzlich eine entscheidende Bedeutung zu. Die moralische Präferenz zwischen diesen beiden Bewertungsoptionen hängt von den jeweiligen Welt- und Menschenbildern ab, die in einer modernen Gesellschaft in der Regel individuell unterschiedlich sein werden. Zwar lassen sich diese Weltanschauungen durch ethische Reflexion und Analyse aufklären. Die

⁶ So argumentiert z. B. die Bundesärztekammer, BÄK (2004): Beihilfe zum Suizid ist „unärztlich“.

Entscheidung jedoch, auf welches Menschenbild Einzelne oder auch eine Berufsgruppe wie Psychiater ihre Handlungen gründen wollen, ist ihrer eigenen moralischen Verantwortung überlassen. Ein „Wir“ im Sinne eines harmonischen Konsenses oder einer Überzeugung, die alle teilen, wird sich auf dieser grundlegenden Ebene angesichts der weltanschaulichen Diversität nicht erreichen lassen. Diese moralische Wahlfreiheit ist der Preis der Moderne; sie ist auch der Grund, warum es in grundsätzlichen Fragen die von ärztlicher Seite oft gewünschten „ethischen Algorithmen“ nicht geben kann und warum die Delegation der Entscheidung an ein Gremium („Ethikkomitee“, „Ethikrat“) das Risiko in sich trägt, die moralische Verantwortung des Einzelnen zu verschleiern.

Empirisch lässt sich allerdings untersuchen, wohin der Zeitgeist tendiert: 68 % aller Befragten wollten bei einer FORSA-Umfrage aus dem Jahr 2007 Sterbehilfe gesetzlich geregelt sehen. Einer EMNID-Befragung aus dem Jahr 2005 zufolge war die Bevölkerungsmehrheit (56 %) mehr der Palliativmedizin und weniger der aktiven Sterbehilfe (35 %) zugeneigt. Nach einer repräsentativen Befragung von 2001 war die (hypothetische) persönliche Inanspruchnahme bei jeder Form der ärztlichen Sterbehilfe deutlich geringer als die Zustimmung zur allgemeinen Freigabe für die Gesellschaft, d. h. für die anderen, was auf eine Zurückhaltung in der Bevölkerung gegenüber der konkreten Realisierung „am eigenen Leib“ schließen lässt. Die Inanspruchnahme einer Beihilfe zum Suizid konnten sich lediglich 6,2 % der Befragten für sich selbst vorstellen. Bei Personen über 60 Jahren nahm zudem die Zustimmung zu jeder Form der ärztlichen Sterbehilfe im Vergleich zu jüngeren Befragten deutlich ab.⁷

Auch wenn keine Umfragen zur Subgruppe der psychisch Kranken vorliegen und Umfragen grundsätzlich auftraggeber- und fragetypenabhängig und damit manipulierbar sind: Insgesamt scheint es, als habe die (theoretische) gesellschaftliche Akzeptanz, nicht aber der (tatsächliche) Wunsch nach persönlicher Inanspruchnahme von Sterbehilfe in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen.

3. „Historische“ Argumente

Sehr häufig wird in der deutschen Diskussion zur Sterbehilfe auf zwei historische Tatsachen verwiesen: den Eid des Hippokrates und die Krankentötungen während der NS-Zeit.

Gegner der Sterbehilfe berufen sich gerne auf den Hippokratischen Eid: „Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder dazu raten.“ Aus dieser Tradition ärztlicher Ethik leiten sie ein grundsätzliches Verbot der aktiven Sterbehilfe ab, weil ihre Durchführung seit jeher dem ärztlichen Selbstverständnis zuwiderlaufe. Historisch gesehen ist dies ein schwaches Argument. Der Eid ist vor etwa 2.400 Jahren in einem bestimmten kulturellen Kontext entstanden. Er führt keine Argumente an, sondern beschreibt lediglich ein Ethos, eine Selbstverpflichtung des ärztlichen Standes auf bestimmte Handlungsweisen. Andere Verpflichtungen aus diesem Text – die Ablehnung des Messers etwa oder die finanzielle Unterstützung des ärztlichen Lehrers – werden längst nicht mehr befolgt. Schon daraus wird deutlich, dass

⁷ Schröder et al. (2003).

der Eid keinesfalls eine quasi-automatische und in allen Teilen gültige moralische Autorität besitzt. Seine Geschichte beweist vielmehr das Gegenteil: Ärztliche Selbstverpflichtungen sind wandelbar. Zu fragen bleibt allerdings, ob die hinter diesem Standesethos stehenden ethischen Normen – etwa bezüglich der Beihilfe zum Suizid – wandelbar sind oder nicht. Dies muss jedoch durch ethisches Argumentieren und nicht durch die Berufung auf die historische Autorität des Eides geklärt werden.

Schwerer wiegen in der deutschen Diskussion die Krankentötungen unter der nationalsozialistischen Herrschaft, die weit über 100.000 Menschenleben gefordert haben, vermutlich sogar an die 300.000, wenn man das Hungersterben in psychiatrischen Einrichtungen und die außerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches liegenden Gebiete mit einbezieht. Die meisten getöteten Patienten litten an neurologisch-psychiatrischen Krankheiten; psychiatrische Institutionen waren bis hin zur Tötung maßgeblich eingebunden; Psychiater spielten im sogenannten Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten eine entscheidende Rolle.⁸ Überhaupt ist die deutsche Geschichte des Begriffs „Euthanasie“ eine Geschichte der missbräuchlichen und euphemistischen Verwendung des Wortes in der Zeit der NS-Diktatur. Noch im 19. Jahrhundert ein Synonym für die aktive Tötung durch Ärzte auf Wunsch des Patienten, benutzten die Mörder des Dritten Reichs und ihre Helfer den Begriff absichtlich, um die Unvorstellbarkeit des Massenmordes zu verschleiern. Aufgrund dieser historischen Vergiftung ist die „emotionale Abwehr“, wie der frühere Bundespräsident Johannes Rau es einmal treffend genannt hat, bei der Verwendung des Wortes „Euthanasie“ in der heutigen Debatte um die Sterbehilfe nur zu verständlich.

Dennoch muss es erlaubt sein, nach der wissenschaftlichen Legitimität dieses historischen Argumentes zu fragen. Dabei scheint ein Unterschied zur Gegenwart besonders bedeutsam. Das Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten kann gerade nicht als Ergebnis eines „Dammbruchs“ verstanden werden, der von einer aktiven Sterbehilfe auf Verlangen der Patienten in direkter Linie zur Ermordung von sogenanntem „lebensunwertem Leben“ führte. Die gezielten Tötungen waren vielmehr Teil der NS-Vernichtungsideologie und eigenständiges politisches Programm. Der Begriff Euthanasie diente vor allem dazu, dieses Vernichtungsprogramm in der Öffentlichkeit zu tarnen und eine faktisch nicht bestehende Kontinuität zur ärztlichen Verwendung des Begriffs im 19. Jahrhundert herzustellen. Schärfer formuliert: Die gegenwärtige Sterbehilfe-Debatte hat mit der NS-Vernichtungsideologie wenig bis nichts zu tun. Sie unter diesem Gesichtspunkt zu führen wäre ein vielleicht unvermeidlicher, aber irreführender deutscher Sonderweg.

4. Pragmatische Argumente

Die dritte Gruppe von Argumenten ist auf der pragmatischen Ebene angesiedelt. Hier kommt es nicht auf die Grundüberzeugungen oder auf den „Blick zurück“ an, sondern es geht um die Konsequenzen, die sich aus einer Zulassung von Sterbehilfe-Maßnahmen bei psychisch Kranken ergeben würden: Es geht um den „Blick nach vorn“. Da

⁸ Vgl. hierzu Benzenhöfer (1999).

vor allem die Gegner einer Freigabe solche Folgen fürchten, finden sich in der deutschen Debatte eine Fülle dieser pragmatischen Gegenargumente.

1. *Furcht vor einer Zerstörung der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung.* Auch wenn die Suizidbeihilfe nur auf ausdrücklichen Wunsch von Patienten durchgeführt werden dürfte, würde sich, so der Kern dieser Argumentation, die Beziehung zwischen Ärzten und ihren Patienten nachhaltig verändern. Psychisch Kranke müssten befürchten, dass der Arzt nicht mehr in allen Fällen die Erhaltung des Lebens zum obersten Ziel seines Handelns macht, sondern in bestimmten Fällen auch eine Tötung in Erwägung zieht. Für die Patienten wäre damit, trotz aller denkbaren Absicherungen, das grundsätzliche Vertrauen zum Arzt in Frage gestellt.

Auch für den Arzt – gerade für den Psychiater – wäre die Zulässigkeit von Tötungs-Maßnahmen eine schwere Belastung seines Rollenverständnisses. Sollte er bereit sein, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, würde er dadurch in einen Gewissenskonflikt zu seinem Heilauftrag getrieben. Daraus ergäben sich zudem auch unauflösbare Widersprüche zur Suizidprophylaxe als einer Kernaufgabe der Psychiatrie. Dem Argument einer „beidseitigen“ Zerstörung des Arzt-Patienten-Verhältnisses lässt sich jedoch die folgende Überlegung entgegenhalten: Die Bedürfnisse von Ärzten und Patienten sind so verschieden wie Ärzte und Patienten selbst. Ein allgemein geteiltes Ideal einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung existiert nicht. Daher dürften bestimmte Patienten gerade mit einem Arzt, von dem sie in aussichtslosen Situationen Hilfe zur Lebensbeendigung erwarten, eine besonders tragfähige Beziehung aufbauen. Im Übrigen bleibt es jedem Patienten überlassen, einen Arzt zu wählen, der keine Sterbehilfe in diesem Sinn leistet, so wie es bisher in jedem Land, das die aktive Tötung legalisiert hat, einem Arzt freigestellt ist, Sterbehilfe zu leisten oder nicht.

Hierzu wiederum einige empirische Daten. 2002 haben Vollmann und Herrmann eine Untersuchung zur Haltung von Psychiatern in den USA, Großbritannien und den Niederlanden publiziert.⁹ Daraus geht folgendes hervor:

- 32-69 % der befragten Psychiater befürworteten die ärztliche Beihilfe zum Suizid.
- 64 % der holländischen Psychiater befürworten den begleiteten Suizid bei psychischen Störungen.
- 38-68 % befürworteten die Legalisierung in bestimmten Situationen.
- 20-40 % waren unter bestimmten Voraussetzungen persönlich zur Durchführung bereit.

Bei aller notwendigen Vorsicht hinsichtlich der Interpretation: In anderen Ländern scheint zumindest ein Teil der Psychiater die Auswirkungen der Zulassung von Sterbehilfe-Maßnahmen auf die Beziehung zum Patienten anders einzuschätzen als in Deutschland.

Speziell im Fall des assistierten Suizids bei psychisch Kranken stellt sich – wie aktuell in der Schweiz diskutiert – das heikle Problem des psychiatrischen Gutachtens. Zwar hat die Informed-consent-Forschung herausgearbeitet, dass bei psychischen Erkrankungen die Einwilligungsfähigkeit keineswegs grundsätzlich aufgehoben sein muss.

⁹ Vollmann/Herrmann (2002).

Somit schlosse das bloße Vorliegen einer psychischen Störung einen selbstbestimmten und freiwilligen Todeswunsch nicht aus. Offen bleibt jedoch die Frage der Diagnosefindung: Wie stellt man das Vorhandensein oder Fehlen von Wohlerwogenheit, Urteilsfähigkeit, Freiverantwortlichkeit und Selbstbestimmungsfähigkeit mit hinreichender Sicherheit fest? Gerade die Arbeiten der Berliner Psychiaters Hanfried Helmchen haben unter den Stichwörtern Kriteriums- und Beobachtungsvarianz mehrfach verdeutlicht: Es gibt bislang weder inhaltlich klar definierte, abgrenzbare und allgemein anerkannte Kriterien zur Feststellung der Selbstbestimmtheit, noch gibt es beim gleichen Fall notwendig eine Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen verschiedener Psychiater. Solange hierzu keine gesicherten empirischen Erkenntnisse vorliegen, so schließt Helmchen seine Überlegungen, ist aus psychiatrischer Sicht die Beihilfe zum Suizid nicht vertretbar.¹⁰

2. *Folgen für die Gesellschaft als Ganzes und die Situation der Kranken: Schiefe-Ebene-Argument.* Würde das allgemeine Tötungsverbot auch nur teilweise aufgehoben, so stünde zu befürchten, dass Tötungshandlungen auch in anderen Bereichen zunehmend Akzeptanz fänden: „Dammbruch“. Zunächst würde die Sterbehilfe nur bei voll entscheidungsfähigen Patienten zugelassen. In der Praxis finden sich jedoch Patienten in ähnlichen Leidenssituationen, die nicht in gleicher Weise frei entscheiden können. Zu befürchten wäre also, dass das Ziel der Leidenslinderung dann auch bei diesen Patienten verfolgt wird. Aus der Tötung auf Verlangen würde so eine Tötung ohne ausdrückliches Verlangen und schließlich eine Mitleidstötung ohne jede Willensäußerung des Patienten.

Dieses Abgleiten auf der schiefen Ebene könnte sich weiter fortsetzen, so dass nicht mehr die Leidenslinderung, sondern ganz andere Ziele die Tötung motivierten. So könnte es dazu kommen, dass Patienten aus ökonomischen Gründen oder auf Druck der Angehörigen im dann vorhandenen „Sterbehilfe-System“ getötet werden. Die Tötung unter ärztlicher Verantwortung stünde im Dienst gänzlich fremder Interessen: Aus der ursprünglich reklamierten Patienten-Selbstbestimmung wäre eine Fremdbestimmung geworden. Allein die Gefahr dieser katastrophalen Ausweitung, so die Essenz des Schiefe-Ebene-Arguments, rechtfertigt das grundsätzliche Verbot jeder Tötungshandlungen auf der ersten Stufe.

Die Gültigkeit dieses Schiefe-Ebene-Argumentes steht und fällt mit der empirischen Nachweisbarkeit eines tatsächlichen Abgleitens.¹¹ Die kontrovers diskutierten Daten aus den Niederlanden¹² zeigen zweierlei: Ein völliges Abgleiten auf einer schiefen Ebene ist bislang nicht eingetreten. Andererseits hat es eine Ausweitung gegeben, zum Beispiel um die Gruppe der psychisch Kranken, die ursprünglich nicht „berücksichtigt“ worden waren. Zweifelsfrei gibt es zudem in Holland Fälle nicht-freiwilliger aktiver Sterbehilfe, wohl sogar mehrere hundert pro Jahr. Ob jedoch diese Fälle auf die Zulassung aktiver Sterbehilfe zurückgehen oder auch ohne diese Zulassung vorkommen würden, lässt sich nicht sicher entscheiden, da vergleichende epidemiologische Daten aus

¹⁰ Helmchen (1992); Helmchen/Vollmann (1999).

¹¹ Guckes (1997).

¹² Groenewoed (2002); Onwuteaka et al. (2003).

Ländern ohne gesetzlich zugelassene Sterbehilfepraxis bislang fehlen und aus methodischen Gründen auch kaum zu beschaffen sein dürften.

3. *Stellung der Kranken in der Gesellschaft.* Würde Suizidbeihilfe zugelassen, dann müssten sich chronisch Kranke fragen, ob es nicht für sie – und für ihre Angehörigen oder die Gesellschaft insgesamt – besser wäre, von dieser Möglichkeit auch Gebrauch zu machen. Schon die bloße Verfügbarkeit einer Möglichkeit zur Lebensbeendigung setzt diese besonders vulnerable Patientengruppe unter einen nur schwer erträglichen Druck. Von einer freien Entscheidung kann in einer solchen Situation dann kaum noch gesprochen werden. Es entstünde vielmehr ein Klima aus Angst und Selbstvorwürfen: Wie sollten sich die Kranken dafür rechtfertigen, dass sie noch am Leben festhalten und nicht die schmerzlosere (und auch billigere) Alternative wählen? Endergebnis wäre eine Gesellschaft, in der eine Atmosphäre der leichten Todesverfügbarkeit herrscht und in der die Selbsttötung von Kranken als definitive Lösung aller krankheitsbedingten Probleme angesehen wird.

Befürworter des assistierten Suizids wenden hier ein, dass durch restriktive Anforderungen an die Zulässigkeit eines assistierten Suizids einem Druck auf Kranke wirksam begegnet werden kann. Der durchführende Arzt müsse sich eben vergewissern, dass die Entscheidung des Patienten tatsächlich seine eigene sei und nicht auf Außeninflüssen beruhe. Im Zweifelsfall bleibe die Option, der Bitte um Lebensbeendigung nicht zu entsprechen.

4. *Versorgungssituation für schwer kranke Patienten.* Nimmt die Verfügbarkeit des assistierten Suizids zu, kann dies zu einer deutlichen Verschlechterung der medizinischen Versorgung von schwerkranken Patienten führen. Warum bei knappen Ressourcen viel Geld für Palliativmedizin und Hospizarbeit, für gemeindenahе Psychiatrie und eine oft langjährige und teure Psychopharmakatherapie ausgeben, wenn doch eine kostengünstigere Lösung zur Verfügung steht? Die scheinbare Freiheit, sich zwischen dem eigenen Tod und der Weiterbehandlung zu entscheiden, würde so durch den strukturellen Zwang der reduzierten Versorgungsstrukturen zur Fiktion. Zudem wäre zu erwarten, dass Zustände unerträglichen Leidens jetzt auf Grund von insuffizienten Versorgungsstrukturen zunehmen. Es entstünde ein *circulus vitiosus* aus Unterversorgung, Leiden und vermehrtem Todeswunsch, so dass es für immer mehr schlecht versorgte Patienten die einzige Option bliebe, ihr Leben zu beenden. Aus dem Recht zu sterben, würde ein Zwang zu sterben.

Kritisch bleibt zu dieser Argumentation jedoch festzustellen, dass es immer eine politische Entscheidung bleibt – und keine aus der bloßen Zulassung des assistierten Suizides folgende Fatalität –, ob die Ressourcen für Palliativmedizin und Psychiatrie tatsächlich reduziert werden oder nicht.

Die vorläufige Abwägung der pragmatischen Argumente führt zu folgendem Ergebnis: Die antizipierten Negativ-Folgen einer institutionalisierten Praxis des assistierten Suizids scheinen so schwerwiegend, dass die meisten deutschen Autoren vorwiegend aus diesen pragmatischen Gründen eine Zulassung dieser Praxis ablehnen. Gerade für die Psychiatrie erscheinen sowohl die Missbrauchsgefahr mit dem Risiko von Tötungen ohne Einwilligung des Patienten als auch der vorhersehbare gesellschaftliche Druck auf chronisch Kranke als nicht hinnehmbar.

5. Prinzipiell, historisch, pragmatisch: Bewertung der Argumentationen

In der deutschen Debatte um die Sterbehilfe konnten drei Klassen von Argumenten identifiziert werden, die für die ethische Bewertung des assistierten Suizids eine maßgebliche Rolle spielen. Diese Argumente wurden zusammen mit den auf sie möglichen kritischen Erwiderungen in aller Kürze vorgestellt. Welche Schlussfolgerungen sind hieraus zu ziehen?

Prinzipielle moralische Grundüberzeugungen sind zwar für den einzelnen Arzt als Grundlage seines Handelns unverzichtbar. In einer werthepluralen Gesellschaft bestehen jedoch auf prinzipieller Ebene *gegensätzliche* ethische Grundüberzeugungen, die sich im Hinblick auf die Zulässigkeit eines assistierten Suizids bei psychisch Kranken nicht zu einem Konsens auflösen lassen.¹³ Ob der Selbstbestimmung des Patienten oder dem Schutz menschlichen Lebens höchste Priorität eingeräumt wird, gründet im Menschenbild jedes Einzelnen und bleibt seiner eigenen moralischen Verantwortung überlassen.

Der immer wieder vorgebrachte Vergleich mit den Krankentötungen der NS-Zeit erscheint argumentativ nicht überzeugend. Ausgangssituation, Motivation und politischer Kontext unterscheiden sich diametral von der derzeitigen Situation in Ländern, die aktive Euthanasie eingeführt haben, wie auch natürlich von der aktuellen Situation in Deutschland selbst. Dennoch bleibt das Wissen um den Missbrauch wie auch um die damalige Haltung einiger Psychiater eine historische Hypothek. Die Beteiligung heutiger deutscher Psychiater an Tötungshandlungen erscheint hinsichtlich ihrer eigenen professionellen Identität und hinsichtlich des Bildes, das sie dadurch ins Ausland vermitteln würden, aufgrund dieser historischen Belastung nur schwer vorstellbar.

So leidenschaftlich und kontrovers der Streit auf der Prinzipien-Ebene auch ist – es scheint, dass sich die Debatte zurzeit auf die Folgen zuspitzt und damit eine pragmatische Richtung nimmt. Hierbei wird in Deutschland über antizipierte (negative) Folgen überwiegend spekuliert – die tatsächlich vorliegenden empirischen Daten sind noch unzureichend. Ob die Erfahrungen in anderen Ländern hilfreich und übertragbar sein werden, bleibt abzuwarten. Auf der pragmatischen Ebene erscheint der mögliche Schaden bei Zulassung einer institutionalisierten Praxis des assistierten Suizids jedenfalls größer als der Schaden bei einer Nicht-Zulassung und der Beibehaltung der aktuellen Regelungen.

6. Assistierter Suizid bei psychisch Kranken?

Psychiater haben viel Erfahrung mit chronisch kranken Menschen. Sie wissen, dass es weder in einer vollkommenen Gesellschaft noch mit Hilfe der besten Medizin gelingen wird, jeden, wenigstens im Angesicht des Todes, mit seinem Leben zu versöhnen. Den Patienten aber wird medial tagtäglich der Glaube vermittelt, es sei machbar, menschliches Leiden abzuschaffen. Das selbstbestimmte „freie“ Sterben ist vor diesem Hintergrund der radikalste Versuch die Leidensfreiheit zu realisieren – und sei es auch um den Preis des eigenen Lebens.

¹³ Vgl. hierzu auch Hick (1998).

Die Idee der freien Selbstbestimmung ist ein hohes Ideal, dem demokratische Gesellschaften weiten Raum geben müssen und gegeben haben. Ob aber dieses Ideal der Selbstbestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung – und noch mehr: in der Beziehung zwischen Arzt und psychisch krankem Patienten – allein entscheidungsrelevant sein kann, darf bezweifelt werden. Deshalb sprechen, aus unserer Sicht, nicht nur pragmatische Gründe gegen den assistierten Suizid bei psychisch Kranken. Als Leitmotiv der Gegenwart ist die Selbstbestimmung zu stark, als dass sie sich wie in der Vergangenheit durch ärztliche Autorität „überwältigen“ ließe. Und das ist auch gut so. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass neben der *Selbstbestimmung* des Patienten auch die *Verantwortung* des Arztes für den Patienten ein ethischer Grundwert ist, der die Arzt-Patienten-Beziehung strukturiert.¹⁴ Diese Verantwortung dürfte bei psychisch kranken Patienten deutlich höher liegen, als bei „nur“ somatisch Erkrankten oder bei Gesunden. Ein ärztlich begleiteter Suizid wäre daher besonders bei psychisch Kranken das falsche Signal: Eine Flucht aus der ärztlichen Verantwortung aus Angst vor einer Verletzung der Selbstbestimmung des Patienten.

Literatur

1. BÄK (2004): Bundesärztekammer, Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 95 (2004), S. A2366-2377.
2. Benzenhöfer (1999): Udo Benzenhöfer, Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München 1999.
3. Bergdolt (2003): Klaus Bergdolt, Historische Reflexionen zur Sterbehilfe, in: Volker Schumpelick (Hrsg.), Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde, Freiburg i. Br. (2003), S. 97-119.
4. Bondolfi (2000): Alberto Bondolfi, Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme, in: Ethik in der Medizin 12 (2000), S. 262-268.
5. Bron (2003): Bernhard Bron, Beihilfe zum Suizid – ethische, juristische und psychiatrische Aspekte, in: Fortschritte Neurologie Psychiatrie 71 (2003), S. 579-589.
6. Ebner/Kurt (2005): Gerhard Ebner, Hans Kurt, Suizidbeihilfe bei Psychischkranken, in: Schweizerische Ärztezeitung 86 (2005), S. 880-882.
7. Finzen et al. (2000): Asmus Finzen, Tanja Schenker, Andreas Frei et al., Beihilfe zum Suizid und Sterbehilfe bei körperlich und psychisch Kranken, in: Spektrum 3 (2000), S. 58-66.
8. Fuchs/Lauter (1997): Thomas Fuchs, Hans Lauter, Der Fall Chabot. Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht, in: Der Nervenarzt 68 (1997), S. 878-883.
9. Groenewoud (2002): Johanna H. Groenewoud, End-of-life decisions in medicine. Empirical studies on practices and attitudes in the Netherlands, Enschede 2002.

¹⁴ Vgl. hierzu Hick (2007), S. 304-317.

10. Guckes (1997): Barbara Guckes, Das Argument der schiefen Ebene: Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion, Stuttgart 1997.
11. Helmchen (1992): Hanfried Helmchen, Tötung auf Verlangen aus psychiatrischer Sicht, in: *Fundamenta Psychiatrica* 6 (1992), S. 58-62.
12. Helmchen/Vollmann (1999): Hanfried Helmchen, Jochen Vollmann, Ethische Fragen in der Psychiatrie: „Tötung auf Verlangen“, in: Hanfried Helmchen et al. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Band 2, 4. Aufl., Berlin 1999, S. 550-562.
13. Hick (2007): Christian Hick, *Klinische Ethik*, Berlin 2007.
14. Hick (1998): Christian Hick: Unter „moralisch Fremden“. Medizinethische Wertfindung in der werthepluralen Gesellschaft, in: Klaus Bergdolt (Hrsg.), *Ethik und Klinik*, Eupen 1998, S. 59-71.
15. Höfling (2005): Wolfram Höfling, Integritätsschutz und Patientenautonomie am Lebensende, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130 (2005), S. 898-900.
16. Karenberg (2005): Axel Karenberg, Suizid und Suizidprävention: Historische und ethische Aspekte, in: *Suizidprophylaxe* 32 (2005), S. 3-9.
17. Nationaler Ethikrat (2006): Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme vom 13.07.06, www.ethikrat.org/stellungnahmen.
18. Ontwuteaka-Philipsen et al. (2003): Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Paul J. van der Maas, et al.: Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001, in: *Lancet* 362 (9381) (2003), p. 395-399.
19. Schildmann/Vollmann (2006): Jan Schildmann, Jochen Vollmann, Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung – ethische, rechtliche und klinische Aspekte, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131 (2006), S. 1405-1408.
20. Schröder et al. (2003), Christina Schröder, Gabriele Schmutzer, Antje Kläiberg et al., Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53 (2003), S. 334-343.
21. Strnad et al. (1999): Jindrich Strnad, S. Grosjean, Brigitte Schüpbach et al., Suizide in der stationären Psychiatrie unter Beihilfe einer Sterbehilfevereinigung, in: *Der Nervenarzt* 70 (1999), S. 645-649.
22. Vollmann/Herrmann (2002): Jochen Vollmann, Eva Hermann, Einstellungen von Psychiatern zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid, in: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 70 (2002), S. 601-608.

**C. Zahnheilkunde und Zahnbehandler
in historischer Perspektive**

Die zahnmedizinische Versorgung Memmingsens (1803 bis 1914) unter besonderer Berücksichtigung des Dualismus zwischen approbierten und nicht approbierten Zahnbehndlern

Antje Böber, Hans J. Winckelmann, Gereon Schäfer und Dominik Groß

Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrages steht die zahnmedizinische Versorgung der Stadtbevölkerung Memmingsens vom Ende der Reichsstadtzeit (1803) bis zum Vorabend des Ersten Weltkriegs (1914). Dabei gilt es die soziale Situation der Zahnbehndler und deren beruflichen Hintergrund ebenso zu erfassen wie der Einfluss der politischen Veränderungen und der wechselnden Gesetzgebung auf deren Tätigkeitsfeld.¹

Nach einer Darstellung und Differenzierung der verschiedenen, im Untersuchungszeitraum nachweislichen zahnbehandelnden Berufsgruppen (Kapitel 1) verengt sich der Fokus auf die Stadt Memmingen. Hierbei wird zunächst auf die politische Entwicklung der Stadt Memmingen eingegangen (Kapitel 2), bevor die zahnmedizinische Versorgung der Stadtbewohner näher beleuchtet werden soll (Kapitel 3). Ein besonderes Augenmerk soll hierbei dem Dualismus zwischen nicht approbierten und approbierten Zahnbehndlern gelten.

Der Beitrag stützt sich vor allem auf Quellen des Stadtarchivs Memmingen und des Archivs der Memminger Zeitung; daneben wurden Akten aus dem Stadtarchiv Augsburg ausgewertet. In den Akten des Stadtmagistrats Memmingen konnten als ergänzende Quellengruppen Briefe und Sitzungsprotokolle eingesehen werden. Um Angaben über die zahnheilkundlich tätigen Personen zu erhalten, wurden zudem Adressbücher zugrunde gelegt.

1. Die Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung bis zum Ersten Weltkrieg

1.1 Gesetzliche Grundlagen der zahnärztlichen Ausbildung

Am Anfang des 19. Jahrhunderts war die Ausbildung der Zahnärzte in den einzelnen deutschen Bundesstaaten nur unzureichend geregelt. In Bayern genügte zu diesem Zeitpunkt für die Zulassung als Zahnarzt meist eine oberflächliche Überprüfung der Kenntnisse des Anwärters durch die zuständige Gesundheitsbehörde. Viele konnten nur eine Lehrzeit bei einem Zahnarzt vorweisen, da es an zahnärztlichen Ausbildungsstätten fehlte.² Bayern erließ erst am 31. Januar 1853 eine einheitliche Prüfungsordnung für Zahnärzte.³ Demnach war nur den zur Praxis berechtigten Ärzten und Chirurgen die Ausübung der Zahnheilkunde gestattet sowie Personen, die eine besondere theoretische und praktische Vorbildung nachweisen konnten. Die praktische Ausbildung

¹ Der vorliegende Beitrag entstand im Rahmen eines von H. J. Winckelmann (Referent) und D. Groß (Korreferent) betreuten Promotionsprojekts zur medizinischen Versorgung Memmingsens von Antje Böber. Vgl. auch Böber (2008). Für Vorarbeiten siehe auch Löffler (1991).

² Maretzky/Venter (1974), S. 17.

³ Weber (180-1919), Band 4, S. 560.

sah das Verfertigen, Einsetzen und Befestigen künstlicher Zähne vor.⁴ Die Prüfungsordnung wurde 1869 geändert:⁵ Die Prüfung der Zahnärzte sollte fortan vor einer aus Ärzten bestehenden Kommission stattfinden, welcher für den praktischen Teil auch ein Zahnarzt zugeordnet war. Zulassungsvoraussetzung war neben dem Abschluss der Prima und dem Nachweis praktischer Übung in den technischen zahnärztlichen Arbeiten auch eine zweijährige Ausbildung.

Mit der Einführung der Kurierfreiheit, die ab 1871 für das gesamte Deutsche Reich und damit auch für Bayern galt, konnte jedermann Patienten behandeln, ohne eine Eignungsprüfung nachweisen zu müssen;⁶ lediglich die Führung arzt- bzw. zahnarztähnlicher Titel blieb Approbierten vorenthalten.⁷

Ein Erlass im Jahre 1873 sah die Immatrikulation der immaturren Zahnmedizinstudenten an einer Universität des Deutschen Reiches vor, allerdings nicht an der medizinischen, sondern an der philosophischen Fakultät.⁸ Die bestehende Prüfungsordnung für Zahnärzte wurde 1883 nochmals revidiert: Voraussetzungen zur Zulassung waren fortan die Reife der Prima, eine mindestens einjährige praktische Tätigkeit bei einer zahnärztlichen höheren Lehranstalt oder einem approbierten Zahnarzt sowie ein zahnärztliches Studium von mindestens vier Halbjahren an deutschen Universitäten. Ein Erlass des Oberlandesgerichtes München vom 28. Juli 1883 stellte zudem fest, dass die Bezeichnung „Zahntechniker“ nur für approbierte Zahnärzte zulässig sei.⁹ Im Krankenversicherungsgesetz von 1883 wurde nahezu zeitgleich bestimmt, dass die Entscheidung, ob ein Patient zahnärztlich behandelt werden muss, allein der Kassenarzt trifft.¹⁰ Den Versicherten wurde zwar ein Rechtsanspruch auf „freie ärztliche Behandlung“¹¹ eingeräumt; die Begriffe „Zahnheilkunde“ und „Zahnarzt“ wurden jedoch im Gesetzestext nicht erwähnt. Dementsprechend blieb die zahnärztliche Behandlung von Kassenpatienten zunächst die Ausnahme.

Die bereits bestehende Prüfungsordnung für Zahnärzte wurde 1889 nochmals revidiert.¹² Doch erst mit der neuerlichen Revision der Prüfungs- und Studienordnung für Zahnärzte im Jahr 1909 wurde das Abitur als Studienvoraussetzung eingeführt; die Immatrikulation erfolgte nicht mehr wie bisher an der philosophischen Fakultät, sondern an der medizinischen.¹³

⁴ Weber (1880-1919), Band 6, S. 406.

⁵ Weber (1880-1919), Band 8, S. 280 ff.

⁶ Groß (1990), S. 34 ff.; Groß (1996).

⁷ Ebd.

⁸ Groß (1994), S. 229.

⁹ Weber (1880-1919), Band 10, S. 712.

¹⁰ Javaheri-Büschel (2003), S. 65.

¹¹ Groß (1994), S. 276.

¹² Groß (1994), S. 475.

¹³ Groß (1994), S. 237.

Jahr	Voraussetzungen	Prüfung
1853	zur Praxis berechnigte Ärzte und Chirurgen; Personen mit spezieller theoretischer und praktischer Vorbildung	Prüfung im Anschluss an die Ausbildung bei den medizinischen Fakultäten der Landesuniversitäten

Jahr	Voraussetzungen	Prüfung			
1869	Primäreife, Nachweis praktischer Übung in den technischen zahnärztlichen Arbeiten, zweijähriges Universitätsstudium	Erster Teil Diagnostik eines Krankheitsfalles, Anfertigen einer schriftlichen Arbeit	Zweiter Teil schriftliche Beantwortung von zehn Fragen aus dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, allgemeinen Pathologie und Therapie, Heilmittellehre	Dritter Teil Nachweis praktischer Kenntnisse im Anfertigen künstlicher Zähne, Anwendung verschiedener Zahninstrumente an einer Leiche oder skelettier-tem Kopf	Vierter Teil mündliche Prüfung u. a. über Anatomie, Physiologie, Pathologie und Diätetik der Zähne und des Zahnfleisches, über Zahnarzneien und Zahnoperationen
1889	Primäreife, mind. einjährige Tätigkeit (zahnärztliche Lehranstalt oder approbierter Zahnarzt), Studium von vier Halbjahren	Schriftlicher Bericht über einen Krankheitsfall mit Anamnese, Diagnose und Prognose	Beantwortung von je zwei schriftlichen Fragen zu (1) Anatomie und Physiologie, (2) Allgemeine Pathologie, Therapie & Heilmittellehre, (3) spezielle Pathologie & Therapie	Nachweis praktischer Kenntnisse betr. Zahninstrumente und Zahnoperationen; Füllungstherapie, Extraktionen, Reinigung	mündliche Prüfung u. a. über Anatomie, Physiologie, Pathologie und Diätetik der Zähne und des Zahnfleisches, über Zahnarzneien und Zahnoperationen

Jahr	Voraussetzungen	Prüfung	
1909	Abitur, Studiendauer: sieben Semester, kein praktisches Jahr, Immatrikulation an der medizinischen Fakultät	Zahnärztliche Vorprüfung Frühestens nach drei Halbjahren des zahnärztlichen Studiums an einer deutschen Universität in Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie, Zahnersatzkunde	Zahnärztliche Prüfung Nachweis über Besuch der Kurse Konservierende Zahnheilkunde, Zahnersatzkunde, der Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten, Klinik für Haut- und Syphilitische Krankheiten des Kursus für klinische Untersuchungsmethoden. Prüfungsfächer: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, Zahn- und Mundkrankheiten, Konservierende Zahnheilkunde, Chirurgie der Zahn- und Mundkrankheiten, Zahnersatzkunde, Hygiene

Tab. 1: Übersicht über die gesetzlichen Vorschriften zur zahnärztlichen Ausbildung

Seit 1909 war das Examen in eine Vor- und eine Abschlussprüfung unterteilt. 1911 wurde die zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Reichsversicherungsordnung in den Katalog der Kassenleistungen mit aufgenommen; zahnmedizinische Leistungen durften auch von „Hilfspersonen“ erbracht werden, wenn kein Arzt oder Zahnarzt hinzugezogen werden konnte. Die Entscheidung darüber, welche Hilfspersonen selbst-

ständig Patienten behandeln dürfen, sollte von den Verwaltungsbehörden getroffen werden. Die Behandlung von Zahnkrankheiten mit Ausschluss von Mund- und Kieferkrankheiten durften mit Zustimmung des Versicherten auch Zahntechniker durchführen.¹⁴

1.2 Kenntnisse und Leistungsstand der Zahnbehandler

Der Leistungsstand der deutschen Zahnärzte war zu Beginn bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts durchweg niedrig; die Behandlung beschränkte sich vielfach auf die (mehr oder weniger vollständige) Extraktion schmerzender Zähne. Die zahnerhaltende Therapie steckte zu diesem Zeitpunkt noch in den Anfängen, die Kavitäten wurden nur mit Handinstrumenten gesäubert, Füllungsmaterialien waren Gold, Zinn und Blei.¹⁵ Amalgam war zwar bereits in Amerika entwickelt worden, doch in Deutschland kaum bekannt. Auch die Behandlung der erkrankten Pulpa war nicht weit verbreitet; freiliegendes Pulpengewebe wurde mit dem Glüheisen kauterisiert.¹⁶

Neben kleineren chirurgischen Verrichtungen standen prothetische Maßnahmen im Vordergrund, welche erst durch die Erfindung des Porzellan Zahnes und die Verwendung von Metallplatten als Basis für Prothesen vorangebracht wurden.¹⁷ Entwicklungsimpulse kamen hierbei vor allem von ausländischen Zahnärzten.¹⁸ Ohnehin war der Entwicklungsstand der Zahnmedizin in Deutschland dem in Frankreich, England und den USA weit unterlegen.¹⁹

Andererseits erfolgte ab 1873 im Deutschen Reich die rasche Verbreitung der Fußtretbohrmaschine.²⁰ Die Fluoridprophylaxe (1874) und die Einordnung von Karies als chemisch-parasitärer Prozess (1889) brachten die konservierende Zahnheilkunde voran, ebenso wie die Entwicklung eines Zinkoxid-Eugenol-Zementes zur direkten Pulpenüberkappung (1894).²¹ 1899 erfolgte in Deutschland der Durchbruch des Amalgams als Füllungswerkstoff.²² Mit der erstmaligen Anwendung von Röntgenstrahlen im Bereich der Zahnheilkunde 1896 begann die Verbreitung dieses diagnostischen Hilfsmittels,²³ und mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts konnte auch die zahnärztliche Anästhesie Fortschritte verzeichnen: dank der Entwicklung des Anästhetikums Procain 1905 und einer zahnärztlichen Injektionsspritze im Jahre 1914 wurde die Schmerztherapie wesentlich verbessert.²⁴

¹⁴ Groß (1998).

¹⁵ Maretzky/Venter (1974), S. 16 ff.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Maretzky/Venter (1974), S. 17.

¹⁸ Groß (1994), S. 258 ff.

¹⁹ Maretzky/Venter (1974), S. 19.

²⁰ Groß (1994), S. 263.

²¹ Groß (1994), S. 264.

²² Groß (1994), S. 265.

²³ Groß (1994), S. 264 f.

²⁴ Groß (1994), S. 266 f.

1.3 Die Berechtigung zu Zahnbehandlungen

Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes war die Anzahl der approbierten Zahnärzte außerordentlich niedrig. Allerdings waren neben Zahnärzten auch Ärzte sowie Wundärzte 1. und 2. Klasse zur Durchführung zahnärztlicher Behandlungen berechtigt, sofern sie die praktischen Kenntnisse, die zu deren Ausübung erforderlich waren, nachweisen konnten.²⁵ Aber auch nicht approbierte Personen wie Bader, Barbieri und Gebissarbeiter betätigten sich auf diesem Gebiet, wobei etwa das Reinigen und Ausziehen von Zähnen zu den üblichen Tätigkeiten eines Baders gehörte. Der Mangel an approbierten Heilpersonen war letztlich Ursache dafür, dass sich nach der Einführung der Kurierfreiheit (1871) der Berufsstand der nicht approbierten Zahnkünstler, der späteren Dentisten, entwickeln konnte.²⁶

Im Folgenden sollen die einzelnen zahnärztlichen Berufsgruppen und ihre Tätigkeitsbereiche näher differenziert werden:

1.3.1 Zahnärzte

Von einer zahnärztlichen Berufsgruppe kann man mit Blick auf Deutschland frühestens ab ca. 1845 sprechen:²⁷ 1846 erschien die erste deutsche zahnärztliche Zeitschrift mit dem Titel „Der Zahnarzt“,²⁸ und ein Jahr später gründete sich der erste zahnärztliche Verein Deutschlands, der „Verein der Zahnärzte Berlins“.²⁹ Da sich viele Nichtapprobierte mit dem Ausüben der Zahnheilkunde befassten, war das Niveau der Zahnbehandlung teilweise sehr niedrig. Hierunter litt auch das Prestige der approbierten Zahnärzte³⁰, die gemeinhin als nicht wissenschaftlich gebildet galten.³¹ Zum Zeitpunkt der Einführung der Kurierfreiheit in den Ländern des Norddeutschen Bundes sahen sich die Zahnärzte summa summarum mit einer schlechten Ausbildungssituation, uneinheitlichen Prüfungsregularien, der Existenz von Laienbehandlern, einer geringen sozialen Geltung, einer begrenzten Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen und einer wirtschaftlichen Abhängigkeit von einem kleinen, sozial übergeordneten Klientel konfrontiert.³²

Nach der oben bereits erwähnten Einführung der Kurierfreiheit (1871) bemühten sich die deutschen Zahnärzte rasch um eine Beschränkung der Rechte Nichtapprobierter. 1883 erging das Verbot der Ausübung der Heilkunde durch Nichtapprobierte im Umherziehen.³³ Die Aussichten für Zahnärzte, inländische Dokortitel zu erwerben, waren äußerst begrenzt. Manch approbierter Zahnmediziner erwarb daher einen ausländischen Dokortitel, um sich dadurch gegen die titellosen Nichtapprobierten abzugrenzen.³⁴ Nachdem das Abitur 1909 als Studienvoraussetzung eingeführt worden war,

²⁵ Groß (1994), S. 32.

²⁶ Maretzky/Venter (1974), S. 16.

²⁷ Groß (1994), S. 50 ff.

²⁸ Groß (1994), S. 51.

²⁹ Groß (1994), S. 52.

³⁰ Groß (1994), S. 46 ff.

³¹ Groß (1994), S. 49.

³² Groß (1994), S. 55.

³³ Groß (1994), S. 84.

³⁴ Groß (1994), S. 190.

sank die Zahl der Zahnmedizinstudenten. Der Grund hierfür war darin zu sehen, dass nun die gleichen Voraussetzungen wie für die Aufnahme eines Medizinstudiums gefordert wurden, es andererseits aber keine Möglichkeit gab, in der Zahnmedizin zu promovieren. Ein Studium der Medizin erschien daher Abiturienten vielfach attraktiver.³⁵ Erst 1919 wurde die Möglichkeit geschaffen, den Dr. med. dent. zu erwerben.³⁶

1.3.2 Ärzte/Wundärzte

Ärzte sowie Wundärzte 1. und 2. Klasse³⁷ hatten zur Ausübung der Zahnheilkunde die dazu notwendigen Kenntnisse nachzuweisen, die sie an den medizinisch-chirurgischen Lehranstalten erwerben konnten. Nach deren Auflösung Mitte des 19. Jahrhunderts mussten die Kandidaten ohne Immatrikulation Vorlesungen an den Universitäten besuchen.³⁸ Mit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1883 oblag es der Einschätzung des Arztes, ob ein Patient zahnmedizinisch zu behandeln war. Der Kassenarzt durfte notwendige Zahnbehandlungen selbst vornehmen; es gab außerdem Spezialärzte für Zahn- und Mundkrankheiten, wodurch die Vormachtstellung der Ärzte in der Zahnmedizin weiter verstärkt wurde.³⁹

Mit dem Abitur als Studienvoraussetzung (1909) und dem Recht der Promotion zum Dr. med. dent. (1919) erfolgte eine weitgehende akademische Gleichstellung der Zahnärzte mit den Ärzten. Der Diskussion um den Stellenwert der zahnärztlichen Behandlung war der Boden entzogen worden.⁴⁰ Die ärztliche Konkurrenz verlor bis 1919 durch die zunehmende Verwissenschaftlichung an Bedeutung; letztere führte zu immer mehr Spezialisierungen auf dem Gebiet der Heilkunde und machte Zahnbehandlungen für die Ärzte uninteressant.⁴¹

1.3.3 Nicht approbierte Zahnbehandler, Zahnkünstler, Zahnartisten, Dentisten

Die nicht approbierten Zahnbehandler wiesen einen sehr verschiedenen beruflichen Hintergrund auf:⁴² Ein Teil der Nichtapprobierten war ursprünglich als Barbier oder Goldarbeiter tätig. Nach der Freigabe der Heilkunde durften, wie ausgeführt, auch Laien als nicht approbierte Zahnbehandler ihrem Gewerbe nachgehen, sofern sie sich nicht „Zahnarzt“ nannten. Die Titel „Zahnkünstler“ und „Zahntechniker“⁴³ blieben meist straflos, strafbar waren dagegen u. U. Bezeichnungen wie „Zahnoperateur“ oder „american dentist“.⁴⁴ Auch mit dem Erwerb eines ausländischen Dokortitels sollte

35 Groß (1994), S. 237 f.

36 Groß (1994), S. 190.

37 Für Details zur Berufsgruppe der Wundärzte vgl. Sander (1989) und Groß (1999b).

38 Groß (1994), S. 44.

39 Groß (1994), S. 219 ff.

40 Ebd.

41 Groß (1994), S. 226.

42 Groß (1994), S. 163; Groß (1999a).

43 Die Bezeichnungen „Zahntechniker“ und „Zahnkünstler“ wurden im Untersuchungszeitraum teilweise synonym verwendet. Auch Zahntechniker waren meist prothetisch tätig, sie fertigten Prothesen auf Anweisung des Zahnarztes an. Viele waren ursprünglich bei Zahnärzten angestellt und ließen sich nach Einführung der Kurierfreiheit 1871 in eigener Praxis nieder.

44 Groß (1994), S. 183 f.

häufig der Eindruck erweckt werden, der Inhaber habe eine dem Zahnarzt adäquate Ausbildung.⁴⁵ Der Reklamewert eines amerikanischen Dokortitels war keineswegs zu unterschätzen, denn die amerikanische Zahnheilkunde besaß in Deutschland einen guten Ruf.⁴⁶ Der beschriebenen Praxis wurde 1897 mit der gesetzlichen Regelung, wonach erworbene ausländische Dokortitel genehmigungsbedürftig seien, teilweise ein Riegel vorgeschoben – zuerst in Preußen, später zogen die anderen Länder des Deutschen Reiches nach.⁴⁷ Dennoch kannte der Großteil der Bevölkerung den Unterschied zwischen einem approbierten und einem nicht approbierten Zahnbehandler nicht.

Die Zahnärzte versuchten, ihren Monopolanspruch auf dem Gebiet der Zahnheilkunde zu stärken und gingen wiederholt gegen Nichtapprobierte vor. Diese reagierten frühzeitig mit organisatorischen Zusammenschlüssen: 1880 erfolgte die Gründung des zentralen „Vereins deutscher Zahnkünstler“⁴⁸, der sich 1908 in „Verein deutscher Dentisten“ umbenannte.⁴⁹ Im Jahre 1882 wurde die erste deutsche zahntechnische Fachschule gegründet.⁵⁰ Die Nichtapprobierten bemühten sich mit weiteren, regionalen Vereinsgründungen um bessere Organisation und einheitliche Ausbildungsstandards. Aus folgenden Gründen konnte sich nach der Freigabe der Heilkunde neben den Zahnärzten ein zweiter auf Zahnbehandlungen spezialisierter Berufsstand etablieren:⁵¹

- Die Zahnärzte bremsten den Zustrom in ihren Berufsstand selbst durch ihre Forderung nach einer Akademisierung des Faches und eine höhere schulische Vorbildung.
- Auf dem Land waren die Nichtapprobierten den Approbierten zahlenmäßig deutlich überlegen.
- Nichtapprobierte Zahnbehandler boten ihre Dienstleistungen meist günstiger an als die Zahnärzte.
- Die meisten Patienten kannten den Unterschied zwischen Zahnarzt und nicht approbiertem Zahnbehandler nicht – dieser Umstand wurde verschärft durch eine oft undurchsichtige Titelführung auf Seiten der Nichtapprobierten.

Mit Einführung der Reichsversicherungsordnung (RVO) 1911 wurde die rechtliche Grundlage für die Durchführung einer staatlichen Dentistenprüfung geschaffen. Die RVO sah mit den §§ 122 und 123 die Beteiligung von Dentisten an der Versorgung Krankenversicherter vor; die Zulassung zur Kassenpraxis war mit Eignungstests verbunden.⁵² Ursprünglich als Zweckprüfung zum Schutz der Versicherten eingeführt, wurde diese bald nach außen als „kleine“ Approbation interpretiert.

Der Dualismus im Beruf des Zahnarztes wurde erst durch ein Gesetz vom 31. März 1952 beseitigt: Die Dentisten und die universitär ausgebildeten Zahnärzte wurden für die Belange ihrer Berufsausübung gleichgestellt. Die bis dahin ausgebildeten Den-

⁴⁵ Groß (1994), S. 85.

⁴⁶ Groß (1994), S. 190.

⁴⁷ Groß (1994), S. 194.

⁴⁸ Groß (1994), S. 169; Groß (2006).

⁴⁹ Groß (1994), S. 172; Groß (2006). Zu den Hintergründen vgl. auch Mair (1987), passim.

⁵⁰ Groß (1994), S. 169 ff.

⁵¹ Groß (1994), S. 210 ff.

⁵² Groß (1994), S. 173.

tisten erhielten eine Approbation als Zahnarzt, wenn sie erfolgreich an einem Fortbildungskursus über Mund- und Kieferkrankheiten sowie Arzneimittellehre teilgenommen hatten; gleichzeitig wurde der Ausbildungsgang zum Dentisten eingestellt.⁵³

1.3.4 Bader

Nach 1843 war den Badern das Reinigen und Ausziehen von Zähnen gestattet, ebenso wie das Erbringen chirurgischer Hilfeleistungen.⁵⁴ Seit 1885 durften Laien, welche bei einem Zahntechniker einen dreiwöchigen Kurs besucht hatten, anschließend selbstständig Zahnoperationen ausführen.⁵⁵ Im Jahre 1899 wurden die chirurgischen Verrichtungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde, zu deren selbstständiger Vornahme die approbierten Bader in Bayern befugt waren, mit einer königlichen Verordnung bekräftigt. Angesprochen waren damit lediglich das Reinigen und Ausziehen von Zähnen.⁵⁶ Ein Bader, der andere als die ihm nach dieser Verordnung gestatteten chirurgischen Verrichtungen vornahm, überschritt seine Befugnisse, und es konnte ihm die Berechtigung zur Führung des Titels „Bader“ entzogen werden.⁵⁷ Erst die Reichsversicherungsordnung von 1911 brachte eine gewisse Verbesserung, da die Bader nach § 123/II der RVO unter der Erfüllung bestimmter Bedingungen als Zahntechniker anerkannt wurden. Diese waren ein Mindestalter von 25 Jahren, der Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte, eine Lehrzeit von drei Jahren bei einem Zahnarzt oder Zahntechniker, eine Gehilfenzeit von drei oder hauptberufliche Tätigkeit als Zahnarzt von vier Jahren.⁵⁸ 1913 durften sie im Auftrag der Krankenkassen das Reinigen und Ausziehen von Zähnen selbstständig vornehmen.⁵⁹ Aussagen zur sozialen Stellung der zahnbehandelnden Bader sind schwierig zu treffen: Die in Memmingen zahnheilkundlich tätigen Personen bekleideten keine wichtigen öffentlichen Funktionen. Einzig Bader Michael Müller war bei den Landtagswahlen von 1899 Kandidat bei der Wahl der Wahlmänner für die katholische Zentrumsparterie,⁶⁰ Zahntechniker Ernst Schieß unterschrieb bei diesen Wahlen einen Wahlauf Ruf zugunsten der Liberalen.⁶¹

2. Die Entwicklung der Stadt Memmingen

Mit dem Frieden von Lunéville im Jahre 1801 sicherte sich Frankreich das linke Rheinufer. Einzelne Fürsten wurden für den Territoriumsverlust mittels Säkularisierung von Kirchengütern und durch Übergabe der meisten schwäbischen Reichsstädte entschädigt. Memmingen wurde dem damaligen Kurfürstentum Bayern zugesprochen. Am 2. September 1802 rückten 300 bayrische Feldjäger ein und besetzten die Stadt; sie

⁵³ Maretzky/Venter (1974), S. 255 ff.; Groß (2006).

⁵⁴ Weber (1880-1919), Band 3, S. 490 ff.

⁵⁵ Gump (1983), S. 26.

⁵⁶ Weber (1880-1919), Band 26, S. 756.

⁵⁷ Sta Memmingen, EAPL 505 (Bader-Gewerbe).

⁵⁸ Gump (1983), S. 31.

⁵⁹ Gump (1983), S. 30 f.; Javaheri-Büschel (2003), S. 66.

⁶⁰ Memminger Volksblatt vom 8. Juli 1899, Nr. 151.

⁶¹ Memminger Zeitung vom 8. Juli 1899, Nr. 156.

wurden am 17. September 1802 durch 119 Mann des Linieninfanterieregimentes Herzog Wilhelms ersetzt.⁶² Damit endete die Reichsstadtzeit,⁶³ und ab 1803 galten die Gesetze des Königreichs Bayern. In den Napoleonischen Kriegen diente Memmingen im Jahr 1804 den Österreichern als einer der Hauptstützpunkte für die Verteidigung des süddeutschen Raumes. Sie veranlassten den Wiederaufbau der Befestigungsanlagen, die zuvor von den Bürgern mit viel Geld und Mühe zum Teil in Gärten und Parkanlagen verwandelt worden waren.⁶⁴

In der Zeit vom Ende der Napoleonischen Kriege bis zur Revolution im Jahr 1848 blieb Memmingen von den großen überregionalen Entwicklungen nur vordergründig unberührt. Zwar regte sich in der Stadt zu Beginn der Dreißiger Jahre des 19. Jahrhunderts kein öffentlicher Widerstand gegen die Willkürherrschaft des Bayerischen Königs Ludwig I.; gleichwohl waren eine nationale Begeisterung und ein allgemeines Interesse an politischen Reformen spürbar.⁶⁵ Der konservative Magistrat meldete allerdings jede kleinste politische Aktivität an die Kreisregierung in Augsburg und ließ sogar die Predigten der Pfarrer überwachen.⁶⁶ Am 6. März 1848 beschloss eine Volksversammlung in der Stadt eine von 540 Personen unterzeichnete Adresse an den König, welche folgende Forderungen der Memminger Bürger enthielt:⁶⁷

- Wunsch nach Vereidigung des Militärs auf die Verfassung
- Pressefreiheit
- neues Wahlrecht zum Landtag und Gemeindevertretungen
- Öffentlichkeit und Mündlichkeit der Justiz
- Geschworenengerichte
- Religionsfreiheit und konfessionelle Gleichberechtigung
- gleiche Besteuerung aller Staatsbürger, Wegfall aller Privilegien
- Ministerverantwortlichkeit
- Reform der Landwehr und
- Vertretung des Volkes durch Abgeordnete im Parlament.

König Ludwig I. musste unter dem Druck der Verhältnisse nachgeben und erließ am gleichen Tag eine Proklamation, in der er liberale Reformen in eben diesem Sinne versprach.⁶⁸ Bald darauf dankte er zugunsten seines Sohnes Maximilian II. ab. Am 30. November 1848 fanden erstmals Wahlen zur Kammer der Abgeordneten nach dem neuen Wahlrecht statt, das keine ständischen Kriterien mehr kannte.⁶⁹

Am 2. März 1849 wurde in Memmingen wie in vielen anderen deutschen Städten ein demokratisch orientierter „März-Verein“ gegründet, zu dessen Vorsitzendem der Arzt Dr. Baumann aus Buxheim gewählt wurde.⁷⁰ Baumann wollte eine Kampagne zur

⁶² Hoser (2001), S. 20.

⁶³ Hoser (2001), S. 17 ff.

⁶⁴ Hoser (2001), S. 37 ff.

⁶⁵ Hoser (2001), S. 51 f.

⁶⁶ Hoser (2001), S. 52.

⁶⁷ Ebd.

⁶⁸ Hoser (2001), S. 52 ff.

⁶⁹ Hoser (2001), S. 58.

⁷⁰ Hoser (2001), S. 59 f.

Annahme der Reichsverfassung in Gang setzen, deren Ziel die Vereinigung Deutschlands war. Baumann initiierte verschiedene Aktionen, so z. B. eine Unterschriftensammlung zur Anerkennung der Reichsverfassung. Der Märzverein blieb jedoch die einzige politische Vereinigung und war nicht einmal ein halbes Jahr lang aktiv. Das politische Klima wandelte sich mit der militärischen Besetzung des Allgäus, auch die liberalen Strömungen verebbten mit dem Scheitern der Revolution, und man wandte sich wieder den unmittelbaren Interessen der Stadt zu.⁷¹

Mit der Gründung des Norddeutschen Bundes (1867), dessen Kanzler Bismarck wurde, war die Vormachtstellung Preußens in Deutschland besiegelt. Der Ausgang des Deutsch-Französischen Krieges 1870/71 gab den Anstoß zur Gründung des Deutschen Reiches unter Führung Preußens. Bayern trat 1871 dem Deutschen Reich bei.

Als am 1. August 1914 die Mobilmachungsorder verkündet wurde, hielt der Erste Weltkrieg auch in Memmingen Einzug. Rund einhundert junge Männer meldeten sich sofort freiwillig zum Eintritt in die Armee, etwa drei Wochen später trafen die ersten Verwundeten ein. Städtisches Krankenhaus und Distriktskrankenhaus sowie die Turnhalle mussten als Lazarette dienen.⁷²

3. Dualismus zwischen nicht approbierten und approbierten Zahnbehandlern

Wie in vielen deutschen Städten und Regionen, war auch in Memmingen die zahnmedizinische Versorgung im Untersuchungszeitraum geprägt durch den Dualismus zwischen den nicht approbierten und den approbierten Zahnbehandlern. Anhand archivalischer Quellen soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, die zugrunde liegenden berufspolitischen Auseinandersetzungen an den Beispielen Schulzahnpflege und Umgang mit Befugnisüberschreitungen zu verdeutlichen.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Anzahl und die Ausbildung der in Memmingen tätigen Behandler.

⁷¹ Hoser (2001), S. 65.

⁷² Hoser (2001), S. 93.

Bezeichnung	Jahr									
	1870	1875	1880	1885	1890	1895	1900	1905	1910	1915
Ärzte	5	5	7	6	7	10	7	7	7	11
Apotheker	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Hebammen	2	1	3	5	5	5	4	4	5	4
Wundärzte	1									
Bader	5	5	6	6	6	7	7	8	8	7
Bader & Zahnarzt		2	2	1	1					
Wund- & Zahnarzt										
Zahntechniker				1	1	3	3	5	5	4
Zahnärzte									2	1

Tab. 2: Anzahl der in Memmingen tätigen Behandler (1870-1915)

Tabelle 3 gewährt einen Überblick über Zahnbehandler in Memmingen im Untersuchungszeitraum. Die Daten stammen aus den Memminger Adressbüchern; es wurden jeweils das erste und das letzte Buch angegeben, in welchem die betreffende Person erwähnt wurde.

Name	Berufsbezeichnung(en)	Beginn der Tätigkeit	Ende der Tätigkeit
Walcher, Gabriel	Bader und Zahnarzt	1871	1884
Bieg, Joh. Andreas	Wund- und Zahnarzt	1873	1894
Kohn, Franz Seraphin	Zahnartist, Zahntechniker	1885	1911
Schieß, Ernst	Zahntechniker	1891	bis nach 1914
Zett, Alois	Zahntechniker, Zahnartist, Dentist, amerikanischer Zahndentist	1894	bis nach 1914
Müller, Karl	Zahntechniker, Dentist	1901	bis nach 1914
Schmid, Alfred	Zahntechniker, Dentist	1901	bis nach 1914
Bach, Ludwig	Zahnarzt	1909	bis nach 1914
Engel, Max	Zahnarzt	1909	1911

Tab. 3: Überblick über Zahnbehandler in Memmingen im Untersuchungszeitraum

Der königl. bayer. privilegirte



Hofmann'sche Zahnbalsam,

welcher die heftigsten Zahnschmerzen in einer Minute stillt, das Zahnfleisch kräftigt, die wackelnden Zähne befestigt, die gesunden sehr schön erhält, die angegriffenen vor gänzlichem Verderben schützt und einen angenehmen Geruch im Munde hervorbringt ist zu haben in Memmingen bei Christian Gufer.

Preis des Glases 36 fr.

Bei auswärtigen Bestellungen wolle man den Betrag nebst 3 fr. Zustellgebühr franco einsenden.

Zahnarzt Lomer von Augsburg

macht die ergebenste Anzeige, daß sich sein diesmaliger Aufenthalt dahier bis auf Montag den 3. April erstreckt.

Empfehlung.

Indem ich für das meinem seligen Manne in so hohem Grade geschenkte Vertrauen danke, bemerke ich, daß ich mit einem tüchtigen Gehülfen versehen bin, der die Verrichtungen der niedern Chirurgie auch ferner ausüben wird, und bitte um weitem wohlwollenden Zuspruch.

Memmingen den 4. Juli 1854.

Justine Karrer,
Wund- u. Geburtsarzte Wittwe.

Abb. 1: Geschäftsanzeigen aus dem „Memminger Wochenblatt 1854“ (Archiv der Memminger Zeitung): 1. Werbeanzeige Hoffmannscher Zahnbalsam, 2. Geschäfts-empfehlung Zahnarzt Lomer/Augsburg, 3. Geschäftsempfehlung Wundarzt-Wittwe Karrer

Dr. Suin de Boutemard's	
3/4 Päckchen	1/2 Päckchen
a	a
42 fr.	21 fr.
Zahn-Pasta	
gewinnt vermöge ihrer anerkannten Zweckmäßigkeit zur Conservirung der Zähne und des Zahnfleisches und ihrer wesentlichen Vorzüge vor all den verschiedenen Zahnpulvern, eine sich immer steigende rühmliche Anerkennung in den weitesten Kreisen und ist auf den gutachtlichen Antrag des Königl. Ober-Medicinal-Ausschusses neuerdings auch von dem Königl. Bayer. Staats-Ministerium privilegiert worden. — Das alleinige Depot von Dr. Suin de Boutemard's Zahn-Seife für Memmingen befindet sich bei	
Apotheker Nehm.	

Bahnärztliche Praxis & Empfehlung.

Mit kgl. Regierungs-Bewilligung wurde mir die zahnärztliche Praxis in dem Kreise Schwaben und Neuburg gnädigst erteilt.

Ich erlaube mir zur Anzeige zu bringen, daß ich in einigen Tagen, nach Schluß der Praxis in Kempten, in Memmingen eintreffe und im Gasthaus „zur Krone“ wohnen werde.

Künstliche Gebisse, einzelne Zähne, theilweise und ganze Gebisse werden elegant, unkenntlich, zweckdienlich und billig gefertigt, sowie in Behandlung der gesammten Zahnheilkunde mich bestens empfehle.

Den Tag meines Eintreffens werde ich später bekannt machen.

Steyrer,

absolvirter pract. Zahnarzt aus München.

Die Zahnarzt Steyrer'schen Zahnpräparate sind geprüft und begutachtet vom kgl. bayer. Obermedicinal-Ausschusse und vom k. Ministerium des Innern und des Handels zum freien Verkaufe genehmigt.

Die Zahntinktur stillt die heftigsten Zahnschmerzen, reinigt und erhält die Zähne, entfernt den üblen Geruch vom Munde etc., per Glas 24 und 16 fr.

Feinstes aromatisches Zahnpulver, unschädlich, macht die Zähne perlweiß, per Schachtel 24 und 16 fr.

Zahnpfombe zum Selbstausfüllen von hohlen schmerzhaften Zähnen, per Glas 12 fr.

Sämmtliche Präparate sind mit Gebrauchs-Anweisung und mit dem Namenssiegel versehen und allein zu haben bei

1

J. Derpsch zum Kaufhaus.

Abb. 2: Geschäftsanzeigen aus der „Memminger Zeitung 1868“
(Archiv der Memminger Zeitung): Werbeanzeige Zahn-Pasta, Geschäftsempfehlung Zahnarzt Steyrer/München, Werbeanzeige Steyrersche Zahnpräparate

3.1 Beispiel 1: Die Schulzahnpflege

Die zahnmedizinische Versorgung in Memmingen lag lange Zeit in den Händen umherreisender Zahnbehandler; es handelte sich hierbei um Personen, die eine Genehmigung hatten, die Zahnheilkunde durch Besuchsreisen an jenen Orten auszuüben, an denen sich kein Zahnarzt befand. In den Stadtarchiven Memmingen und Augsburg liegen derartige Genehmigungen für den Zeitraum zwischen 1850 und 1871 vor.⁷³ Aus den Unterlagen geht nicht hervor, wann die genannten Zahnbehandler Memmingen besuchten, da im Archiv jeweils nur eine Abschrift der erteilten Genehmigung aufbewahrt wurde. Es ist anzunehmen, dass sie die Stadt ein- bis zweimal im Jahr aufsuchten, was vorher durch eine Anzeige in der Zeitung bekannt gegeben wurde.⁷⁴

Der erste für Memmingen nachweisbare Zahnarzt war der Sohn des Wundarztes Gabriel Walcher, der als Bader und Zahnarzt auftrat,⁷⁵ vermutlich von 1871 bis 1884. Die zweite Person, die sich offiziell als „Zahnarzt“ bezeichnete, war Andreas Bieg. Er meldete sein Gewerbe im Jahre 1873 an und führte zu diesem Zeitpunkt die Bezeichnung „Wund- und Zahnarzt“.⁷⁶ Er war zudem kurzzeitig als Spitalwundarzt tätig, bevor er die Stadt 1894 wieder verließ. Da keinerlei Approbationsunterlagen nachweisbar sind und auch nicht bekannt ist, wann er seine Ausbildung beendete, ist aufgrund der Berufsbezeichnung davon auszugehen, dass er ein Wundarzt war, der ggf. eine Zusatzausbildung im Bereich der Zahnbehandlung absolviert hatte.

1891 ließ sich der erste Zahntechniker in Memmingen nieder und meldete hier sein Gewerbe an (vgl. Tabelle 3).⁷⁷ Der erste approbierte Zahnarzt, Ludwig Bach kam demgegenüber erst 1908/09 nach Memmingen.⁷⁸ Um 1910 kamen auf rund 11000 Einwohner zwei Zahnärzte und fünf nicht approbierte Zahnbehandler (Dentisten, Zahnkünstler). Zahnärztliche Vereine waren in Memmingen bis 1914 nicht nachweisbar.⁷⁹

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Konkurrenz unter den – unterschiedlich qualifizierten – Zahnbehandlern stärker. Dies lässt unter anderem der erbitterte Kampf um die Zahnpflege der Memminger Schulkinder erkennen. Anhand eines im Stadtarchiv Memmingen aufbewahrten Briefwechsels an den Stadtmagistrat lässt sich dieser Streit nachzeichnen:⁸⁰ Letzteres hatte 1906 beschlossen, der Pflege der Zähne der Schulkinder eine größere Bedeutung zuzumessen und demzufolge unter den Memminger Volksschülern 500 Exemplare einer Broschüre mit dem Titel „Die Zähne des Menschen, ihre Erkrankungen und deren Bekämpfung“ nach Prof. Dr. med. Julius Wedel verteilt.⁸¹ Im Rahmen einer Diskussion über die Einführung von Schulärzten und die regelmäßige Untersuchung der Zähne der Memminger Schulkinder unter-

⁷³ Sta Memmingen, EAPL 501 (Zahnärzte); StAA, 9175 Haupt-Akten des Bezirksamts Memmingen.

⁷⁴ Archiv der Memminger Zeitung, Jahrgangsbände.

⁷⁵ Sta Memmingen, Personenbogen von Gabriel Walcher.

⁷⁶ Sta Memmingen, Gewerbeanmelderegister Buch bis 1882.

⁷⁷ Sta Memmingen, Gewerbeanmelderegister 1882-1893 (Ernst Schieß).

⁷⁸ Sta Memmingen, Personenbogen von Ludwig Bach.

⁷⁹ Sta Memmingen, Adressbücher: Verzeichnis der Gesellschaften, Verbände und Vereine.

⁸⁰ Sta Memmingen, EAPL 513 (Schulhygiene im Allgemeinen, Zahnärztliche Untersuchungen).

⁸¹ Ebd.

breitete der Memminger Zahntechniker Albert Schmid am 19. Februar 1908 folgendes Angebot: „Der Unterzeichnete erbietet sich die Zähne der hiesigen Schulkinder jährlich zweimal unentgeltlich zu untersuchen u. arme Kinder auch unentgeltlich zu behandeln.“⁸² Der Kommentar des k. Bezirksarztes Dr. Grahammer lautete: „[...] Schmid ist (soweit) uns bekannt, ein tüchtiger Zahntechniker, nur werden sich seine Konkurrenten darüber beschweren, daß Schmid durch obige Maßnahmen auch seinen geschäftl. Interessen mehr oder weniger dient.“⁸³ Das Angebot Schmidts wurde zunächst nur für das Jahr 1908 angenommen; es wurde ihm zur Auflage gemacht, die Untersuchungstage dem Stadtmagistrat mitzuteilen und die unentgeltliche Behandlung armer Kinder genau so durchzuführen wie die der zahlenden.⁸⁴ In jenem Jahr war Schmid zufolge „der Andrang zur unentgeltlichen Behandlung derart enorm, daß nur die allerbedürftigsten Kinder behandelt werden konnten.“⁸⁵ Er führte im Jahr 1908 zwei Untersuchungen durch und sammelte statistisches Material; hiernach wurden 167 arme Kinder unentgeltlich behandelt.

Auch im darauf folgenden Jahr bat der Zahntechniker Schmid um die Übertragung der Memminger Schulzahnpflege und schlug vor, eine feste Einrichtung daraus zu machen – mit einem städtischen Zuschuss von 300 M pro Jahr, um die Materialkosten zu decken.⁸⁶ Der k. Bezirksarzt Dr. Grabhammer reagierte darauf wie folgt:

„Das Angebot des Herrn Schmid ist nur zu begrüßen u. kann nach den bisherigen Erfahrungen auch Ersprießliches erwartet werden. Der Betrag hierfür von 300 M ist gewiß ein sehr bescheidener, der wohl nur die Kosten decken wird. [...] Nachdem sich in Memmingen zwei Zahnärzte befinden, dürfte es angezeigt sein, diese von Obigem in Kenntnis zu setzen.“⁸⁷

Mit Beschluss des Stadtmagistrates vom 22. April 1909 wurde Schmid wieder die Schulzahnpflege in den Volksschulen übertragen und für den Rest des Jahres ein Zuschuss von 200 M bewilligt.⁸⁸

Bereits am 14. April 1909 hatten die beiden approbierten Zahnärzte Engel und Bach ein Schreiben an den Stadtmagistrat gerichtet, in dem sie anboten, die Schulzahnpflege in den Memminger Volks- und Gemeindeschulen zu übernehmen: „Da bis jetzt Herr Zahntechniker Schmid in diesem Sinne gewirkt hat, liegt es nicht in unserer Absicht, dessen Wirken vorläufig auszuschalten, und wir überlassen einem sehr verehrlichen Stadtmagistrat, die am besten erscheinende Regelung vorzuschlagen.“⁸⁹ Und auch der amerikanische Dentist A. Zett wandte sich mit der Bitte an den Stadtmagistrat, ihn bei der Überlegung, diese Aufgabe zu besetzen, mit einzubeziehen, da er schon seit 15 Jahren in der Stadt wohne und ein Haus besitze, d. h. auf absehbare Zeit in

⁸² Ebd.

⁸³ Ebd.

⁸⁴ Ebd.

⁸⁵ Ebd.

⁸⁶ Ebd.

⁸⁷ Ebd.

⁸⁸ Ebd.

⁸⁹ Ebd.

Memmingen sesshaft sei.⁹⁰ Ein ähnliches Schreiben ging auch an die Rektoren des Progymnasiums und der Realschule.⁹¹ Die Antwort des Stadtmagistrats, gerichtet an die beiden Zahnärzte sowie den amerikanischen Dentisten, besagte, dass die Zahnpflege an den Volksschulen bereits unwiderruflich an Schmid vergeben sei und höchstens noch die Mittelschulen bleiben würden, die Gemeinde aber bezüglich der Mittelschulen keinerlei Zuständigkeit habe. Die Herren sollten sich direkt mit den Rektoraten in Verbindung setzen.⁹²

Im Jahr 1910 erhielt der Stadtmagistrat ein Schreiben des zahnärztlichen Kreisvereines von Schwaben-Neuburg, das die Position der beiden approbierten Zahnärzte zu stärken suchte:

„Diese Betrauung eines Nichtapprobierten mit einer amtlichen Funktion mag bei Beginn des vorigen Jahres dadurch gerechtfertigt gewesen sein, daß damals ein approbierter Zahnarzt in Memmingen noch nicht ansässig war. Gleichwohl verstößt dieselbe gegen § 29 I der Gewerbeordnung, wonach einer Approbation, welche auf Grund eines Nachweises der Befähigung erteilt wird, bedürfen: Apotheker und diejenigen Personen, welche sich als Ärzte, Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Tierärzte / oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen, oder Seitens des Staats oder der Gemeinde als solche anerkannt oder mit amtlichen Funktionen betraut werden sollen etc.“⁹³

Der zahnärztliche Kreisverein bat darum, derartige Aufgaben künftig den beiden approbierten Zahnärzten zu überlassen, und drohte im Ablehnungsfalle mit einer Beschwerde bei der kgl. Kreisregierung von Schwaben.⁹⁴ Der kgl. Bezirksarzt vertrat seinerseits die Ansicht, dass die Tätigkeit des Herrn Schmid als amtlich zu betrachten sei.⁹⁵ Daraufhin beschloss der Stadtmagistrat in seiner Sitzung vom 27. Januar 1910, die Zahnpflege an den hiesigen Volksschulen den beiden approbierten Zahnärzten Bach und Engel zu übertragen.⁹⁶ Der Zahntechniker A. Schmid fühlte sich übergangen, da der Stadtmagistrat ihn nicht persönlich vom Stand der Dinge unterrichtete, und reagierte entrüstet:

„Ich möchte mir höflichst erlauben, dem [...] Magistrate in Erinnerung zu bringen, daß ich persönlich und ohne Anregung von Seiten der Stadt im Jahre 1908 die bewußten Untersuchungen ins Leben rief. [...] Das Zählen von gesunden und kranken Zähnen kann ... wohl kaum als amtliche Funktion bezeichnet werden. Ferner ist klar, daß eine amtsärztliche Funktion mit einem Gehalt verbunden ist. Wie bekannt führte ich die [...] Untersuchungen und auch Behandlungen (technischer Art) bis zur heutigen Stunde unentgeltlich aus [...] Paragraph 29 hat mit meiner Angelegenheit nichts zu thun und zwar deshalb: Die Stadt Memmingen hat mich niemals als Angestellten beauftragt, mich nie bezahlt noch war man

⁹⁰ Ebd.

⁹¹ Ebd.

⁹² Ebd.

⁹³ Ebd., Unterstreichungen in der Quelle.

⁹⁴ Ebd.

⁹⁵ Ebd.

⁹⁶ Ebd.

sich im unklaren es mit einem Arzt oder Dentisten oder Zahntechniker zu tun zu haben. [...] Die Heilkunde ist nach der Gewerbe-Ordnung frei und hat weder der Staat noch eine Stadt die Berechtigung eine nicht approbierte Heilperson in ihrem Gewerbe zu hindern. [...] Es gibt nur einen Punkt an welchen sich der zahnärztliche Kreisverein halten könnte. Wenn die Stadt mich öffentlich als Schulzahnarzt betiteln wollte oder ich mich als solcher bezeichnen wollte [...].⁹⁷

Der Stadtmagistrat blieb jedoch hart, selbst als sich die bayerische Dentistenvereinigung einschaltete und zu Gunsten ihres Mitgliedes zu intervenieren suchte. Während die Zahnärzte bemüht waren, sich gegenüber den nicht approbierten Zahnbehandlern abzuheben, versuchten die Ärzte sich ihrerseits gegenüber den noch um ihre Akademisierung ringenden Zahnärzten zu distanzieren. Anlass hierzu war ein vermeintliches Schreiben des Ärztlichen Kreisvereins von Schwaben und Neuburg, in dem dieser sich für die Anstellung von Zahnärzten ausgesprochen haben sollte. Die Ärzte stellten die Existenz einer solchen Stellungnahme in Abrede:

„Daß der ärztliche Kreisverein in einer derartigen Angelegenheit Schritte unternehmen sollte zu Gunsten von Zahnärzten ist vollständig ausgeschlossen. Ärztliche Vereine haben mit Zahnärzten nichts gemein, denn letztere sind eben nur Zahnärzte und keine Ärzte, also keine Vollmediziner. Betreffendes Schreiben kann also nur vom zahnärztlichen Verein ergangen sein und das klingt ganz anders [...].“⁹⁸

Des ungeachtet bekräftigte der Stadtmagistrat in einem Beschluss vom 10. März 1910 nochmals seine Entscheidung vom 27. Januar 1910.⁹⁹ Mit dem Jahr 1910 übernahmen die beiden approbierten Zahnärzten Bach und Engel unentgeltlich diese Aufgabe. Sie erhielten eine Pauschale von jeweils 100 M pro Jahr für ihren Materialaufwand.¹⁰⁰ Engel und Bach teilte sich die Reihenuntersuchung der Memminger Schulkinder: Engel untersuchte die Kinder der alten Volksschule, Bach die der neuen Schule. Offenbar gab es zur damaligen Zeit keine einheitliche Regelung, wie die Befunderhebung der Schulkinder durchzuführen sei, denn die drei Behandler erstellten ganz unterschiedlich gearbete Statistiken. Obwohl man die Ergebnisse nur bedingt vergleichen kann, stellte Zahnarzt Bach im Jahre 1911/12 bereits eine leichte Besserung gegenüber dem Vorjahr fest, ein Jahr später sogar eine sehr bedeutende. Diese führte er darauf zurück, dass zwischenzeitlich sehr viele Zähne behandelt worden seien. Für das Jahr 1914 seien weitere Fortschritte festzustellen, wie auch eine bedeutende Vermehrung der behandelten Zähne, namentlich bei den Mädchen.¹⁰¹

⁹⁷ Ebd.

⁹⁸ Ebd., Unterstreichungen in der Quelle

⁹⁹ Ebd.

¹⁰⁰ Ebd.

¹⁰¹ Ebd.

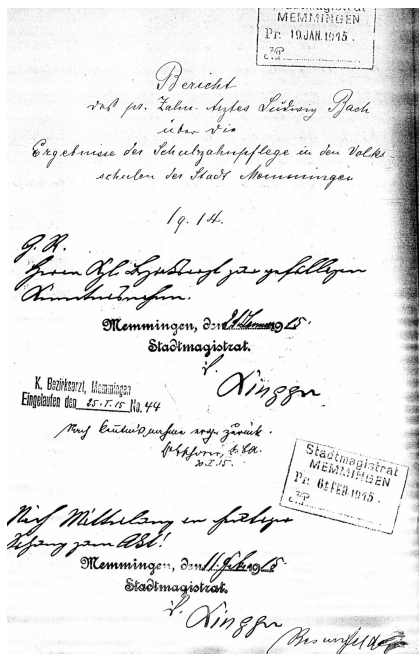


Abb. 3: Bericht zur zahnärztlichen Untersuchung der Memminger Schulkinder aus dem Jahr 1914 (Sta Memmingen, EAPI 513)

Zahnarzt Engel erstellte 1910 ebenfalls eine ausführliche Statistik, in der auch Zahnfehlstellungen, Angaben über das Zahnfleisch, Zahnstein, Fisteln, rachitische Veränderungen sowie Missbildungen der Zähne und Kiefer erwähnt wurden. Seine Statistik umfasste die Untersuchungsergebnisse von 692 Schulkindern der alten Volksschule.¹⁰² Engel kam seinerseits zu folgendem Ergebnis: Die Kinder wiesen durchschnittlich neun erkrankte Zähne auf. Dieses Ergebnis lag Engel zufolge weit über dem Durchschnitt anderer Städte mit einem Wert von 5,6 erkrankten Zähnen pro Kind. Füllungen seien nur bei 74 Kindern zu finden, welche durchweg dem vermögenden Bevölkerungsteil angehörten.¹⁰³ Engel verteilte gratis Zahnbürsten und Zahnpulver unter den Schulkindern, hielt Vorträge über Mundgesundheits und erweiterte die unentgeltliche Behandlung Bedürftiger auch auf die Kinder, welche „bücherfrei“¹⁰⁴ waren. Seitens des Stadtmagistrats war gewünscht worden, nur sehr arme Kinder kostenlos zu behandeln. Für die Behandlung führte er mit Rücksicht auf die schulfreie Zeit eine tägliche Sprechzeit von 12 bis 13 Uhr ein.

¹⁰² Ebd.

¹⁰³ Ebd.

¹⁰⁴ Angesprochen waren damit Kinder, die zwar nicht in die Kategorie „bedürftig“ fielen, aber doch so arm waren, dass die Stadt die Schulbücher bezahlte.

3.2 Beispiel 2: Der Umgang mit Befugnisüberschreitungen

Die Maßnahmen gegen Befugnisüberschreitungen betrafen im Wesentlichen zwei Kollektive: Diejenigen Zahnbehandler, die ihre Tätigkeit im Umherreisen ausübten, sowie ortsansässige, aber nicht approbierte Heilpersonen. Beide Gruppierungen sollen im Folgenden beispielhaft in den Blick genommen werden.

3.2.1 Reisende Zahnbehandler

Wie kritisch reisende Zahnbehandler beäugt wurden, belegt folgendes Schreiben der Regierung im November 1838:

„Wenn sich auch die Polizeibehörde mit Zustimmung der Gerichtsphysikate hie und da veranlaßt finden, reisenden Zahnärzten und Hühneraugen - Operateurs, welche ihre Kunstfertigkeit mit ausgezeichneten Zeugnissen zu belegen im Stande sind, auch einige Zeit die Ausübung ihrer Kunst zu bewilligen, so ist denselben hiedurch noch keineswegs die Befugnis eingeräumt, auch Arzneimittel, als Zahntinkturen, Pulver und dgl. zu verkaufen [...] Obige Befugniß ist [...] um so weniger zu ertheilen, als dieselben, wie die Erfahrung lehrt, ihre Arzneien in der Apotheke um billigen Preiß verfertigen laßen und solche dann mit dem unverhältnismäßigsten Profite an das Publikum verkaufen, und als sie unter dem Deckmantel der bloßen Ausübung ihrer Kunst auch heimlich Arzneien für sonstige innerliche und äußerliche Übel anzubringen suchen. Sollten dergleichen Leute zur Bemäntelung ihrer Handlungsweise auch vorgeben, im Besitze von Geheimmitteln zu sein, so kann ihnen der Verkauf derselben nach den bestehenden allerhöchsten Verordnungen über den Verkauf von Geheimmitteln ohne höchste Ministerial – Bewilligung nicht gestattet werden [...].“¹⁰⁵

Zu widerhandelnden Zahnärzten und Hühneraugen-Operateurs drohte eine hohe Strafe und – falls sie Ausländer waren – die Ausweisung.¹⁰⁶

Auch zwei französische Zahnärzte namens Karl und Johann Zimmermann aus Birtenbach, Department du Bas-Rhin, welche seit Mai 1867 mit ihren Familien im Königreich umherzogen, wurden wegen unbefugter Ausübung der Zahnheilkunde aufgegriffen und vom k. Bezirksamt Memmingen aus Bayern ausgewiesen.¹⁰⁷ Sie waren mit verschiedenen Bewilligungen von Distrikts- oder Orts-Polizeibehörden oder von Bezirksärzten zur zeitweiligen Ausübung der zahnärztlichen Praxis im Inlande versehen. Allerdings stand die Erteilung solcher Genehmigungen laut dem §15 der KAV vom 29. Januar 1865 (die Ausübung der Heilkunde betreffend) nur der betreffenden königlichen Kreisregierung zu, so dass die den betreffenden Zahnärzten erteilten Genehmigungen ungültig waren. Es erging die Weisung an alle Polizeibehörden, sich danach zu richten und nicht unbefugt in die Kompetenzen der Kreisregierung einzugreifen.¹⁰⁸

Besondere Aufmerksamkeit wurde einem Tübinger Zahntechniker namens Stoll zuteil, welcher im Jahr 1869 im Verdacht stand, die Stadt Memmingen schon seit Jahren aufzusuchen und dort unberechtigt die Zahnheilkunde auszuüben – laut einer der

¹⁰⁵ Sta Memmingen, B API 1827 F14 (Fremde Ärzte und Operateurs).

¹⁰⁶ Ebd.

¹⁰⁷ Sta Memmingen, EAPI 501 (Zahnärzte).

¹⁰⁸ Ebd.

Kreisregierung in Augsburg vorliegenden Anzeige.¹⁰⁹ Der Stadtmagistrat bezog sich mit folgendem Schreiben auf den Fall:

„Es ist dem Stadtmagistrate [...] bekannt, daß der Zahntechniker Stoll die zahnärztliche Praxis dahier ausübt. Derselbe kommt zwar alljährlich einige Male hieher u. logirt in dem Gasthause zur blauen Traube, hält sich aber jedesmal nur wenige Tage hier auf. Derselbe hat weder [...] durch Ausschreibung in einem hiesigen Blatt noch in sonstiger Weise die Ausübung der zahnärztlichen Praxis angezeigt, ebenso wenig wurde von einem Kunden die Anzeige gemacht, daß derselbe unbefugt die zahnärztliche Praxis ausübe. Sobald derselbe wieder hieher kommt (durchgestrichen) wird Sorge dafür getragen, daß er genügend überwacht und, falls derselbe in der That zahnärztliche Praxis unbefugt ausüben sollte, Strafverfolgung gegen ihn deßhalb eingeleitet wird. Schließlich wird bemerkt, daß [...] auch kein [...] Zahnarzt schriftlich oder zu Protokoll eine Anzeige gegen Stoll gemacht hat.“¹¹⁰

Die Polizeimannschaft wurde beauftragt, Friedrich Stoll, sobald dieser nach Memmingen kommen sollte, vorzuladen, da er wegen medizinischer Pfuscherei zu zehn Gulden Geldbuße verurteilt worden war. Stoll wurde im Februar 1871 auf seinen Antrag hin die unbefristete Bewilligung¹¹¹ erteilt, die zahnärztliche Praxis mittels Besuchsreisen im Regierungsbezirk Schwaben und Neuburg auszuüben.

3.2.2 Nicht approbierte Zahnbehandler

Der Konflikt zwischen approbierten und nicht approbierten Zahnbehandlern fand einen vorläufigen Höhepunkt, als im Jahre 1913 das Gerücht aufkam, ein Kind sei in Folge einer Zahnbehandlung gestorben. Ein Zahnarzt namens Tugendreich richtete eine Anfrage an den Stadtmagistrat, die offensichtlich das Ziel hatte, nicht approbierte Zahnbehandler in die Nähe von Kurpfuschern zu rücken:

„[...] Mir wird soeben mitgeteilt, daß vor Kurzem in Memmingen der Tod eines Kindes infolge unsachgemäßer Zahnfüllung (Plombierung) eingetreten sei. Darf ich, im Falle sich diese Mitteilung bewahrheiten sollte, das k. Bezirksamt höfl. Bitten, mir Näheres darüber [...] mitzuteilen, besonders auch darüber, ob die Behandlung durch einen Zahnarzt od. durch einen nicht approbierten Zahnbehandler (Z.–techniker, Dentist, „amerik.“ ZA etc.) ausgeführt worden ist.“¹¹²

Die Antwort des Bezirksarztes Dr. Bschorer lautete:

„Nach meinen Erkundigungen bei einem mit der Angelegenheit vertrauten prakt. Arzte ist das in Ihrem [...] Schreiben erwähnte Gerücht vollständig unbegründet.

¹⁰⁹ Sta Memmingen, EAPL 501 (Zahnärzte; extra enthalten Acta des Stadtmagistrates Memmingen (Friedrich Stoll Zahnarzt aus Tübingen 1869).

¹¹⁰ Ebd.

¹¹¹ Ebd.

¹¹² Sta Augsburg, Bezirksamt Memmingen 5682 (Befugnisüberschreitung durch Bader, Zahntechniker usw. Aneignung falscher Titel), Unterstreichungen in der Quelle.

Etwaige Verbreiter des Gerüchts haben voraussichtlich Strafeinschreitung zu erwarten.“¹¹³

4. Schlussbemerkungen

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts waren in Memmingen keine auf die Zahnheilkunde spezialisierten Behandler tätig. Auch finden sich keine archivalischen Hinweise, dass die ortsansässigen Bader und Barbieri die Zahnheilkunde ausübten. Die Versorgung der Memminger lag vielmehr in den Händen reisender „Zahnärzte“, welche die Genehmigung erhielten, im Rahmen von Besuchsreisen die Zahnheilkunde in Orten auszuüben, in denen sich kein Zahnarzt befand. Sie suchten die Stadt mehrmals im Jahr auf. Genehmigungen dazu sind im Stadtarchiv für die Jahre 1850 bis 1871 fast lückenlos vorhanden,¹¹⁴ so dass anzunehmen ist, dass ein Mindestmaß an zahnmedizinischer Versorgung der Stadtbevölkerung durch diese Besuche gewährleistet war.

Nach Einführung der Kurierfreiheit konnten sich auch in Memmingen einige Nichtapprobierte etablieren. Die Zahnbehandler, die sich in die Stadt niederließen, waren – bis auf zwei Ausnahmen – zugereist. Die Spezialisierung auf die reine Zahnheilkunde musste den ortsansässigen Badern wenig attraktiv erscheinen, war sie doch eher als eine Einschränkung ihres Betätigungsfeldes anzusehen und zudem kaum lukrativ.¹¹⁵

Im Jahr 1885 waren ein Wundarzt, der als Zahnarzt auftrat, und ein Zahntechniker für die zahnmedizinische Versorgung von ca. 8.700 Einwohnern zuständig. Hieraus ergibt sich ein Verhältnis von 1 zu 4.350. Außerdem existierte eine unbekannte Anzahl von Laien, die sich in der Zahnheilkunde betätigten, aber auch Ärzte und Bader übten dieses Handwerk vermutlich nach wie vor aus.¹¹⁶

Der erste approbierte Zahnarzt war Ludwig Bach, der sich 1908 in Memmingen niederließ.¹¹⁷ Ein Jahr später folgte Zahnarzt Max Engel; er verließ die Stadt allerdings bereits 1911.¹¹⁸ Bis dahin hatten sich insgesamt fünf nicht approbierte Zahnbehandler in Memmingen niedergelassen. Den verfügbaren Quellen lässt sich nicht entnehmen, welchen Berufen diese Zahnbehandler entstammten. Auch existierten in Memmingen keine Gold- und Silberschmiede, die sich zusätzlich der Zahnheilkunde widmeten.

¹¹³ Ebd.

¹¹⁴ Sta Memmingen, B API 1827 F14 (Fremde Ärzte und Operateurs); Sta Augsburg des Bezirksamtes Memmingen 9175 (Zahnärzte, Augenärzte 1832).

¹¹⁵ Sta Memmingen, B API 1827 F14 (Fremde Ärzte und Operateurs).

¹¹⁶ Im selben Jahr übernahmen zum Beispiel in Nürnberg 31 Zahnbehandler die zahnmedizinische Versorgung für ca. 116.000 Einwohner - ein Zahlenverhältnis von 1 zu 11.613: vgl. Javaheri-Büschel (2003), S. 88.

¹¹⁷ Sta Memmingen, Personenbogen von Ludwig Bach.

¹¹⁸ Sta Memmingen, Personenbogen von Max Engel.

Frauen blieben in Memmingen im Wundarzt-, Bader oder Zahnarztberuf ebenfalls Ausnahmen.¹¹⁹

In Memmingen sind erst vergleichsweise spät approbierte Zahnärzte nachzuweisen, so dass die Nichtapprobierten offensichtlich zunächst keine Konkurrenz vorfanden. Im Übrigen war keiner der Memminger Zahnbehandler promoviert.

Anhand der – im Jahre 1908 von Schmid, für das Jahr 1910 von Engel und Bach, späterhin nur noch von Bach – erstellten Statistiken lässt sich relativ genau die Entwicklung der Schulzahnpflege bis zum Jahr 1914 verfolgen.¹²⁰ Dabei ist ein Vergleich der Schuljahre schwierig, da die Anzahl der untersuchten Schulkinder von Jahr zu Jahr deutlichen Schwankungen unterworfen war. Doch schon die regelmäßige zahnmedizinische Betreuung der Memminger Schulkinder und die unentgeltliche Behandlung der Armen hatten eine Verbesserung der Zahngesundheit zur Folge.

Über die Verdienste von Chirurgen, Zahntechnikern und Zahnärzten liegen keine aussagekräftigen Quellen vor. Eine Aussage über deren wirtschaftliche Situation ließ sich jedoch anhand der Adressbücher treffen: Bereits im Jahr 1911 verfügten zwei der Zahntechniker – namentlich Zett und Schmid – sowie der erwähnte Zahnarzt Engel über einen eigenen Telefonanschluss,¹²¹ welcher mit 150 M jährlich ausgesprochen teuer und nur gut verdienenden bzw. wohlhabenderen Stadtbewohnern möglich war.

Archivalische Quellen

Stadtarchiv Memmingen

Akten des Stadtmagistrats Memmingen

B API 1827, F14 Fremde Ärzte und Operateurs

B EAP1 501 Zahnärzte, Jahrgänge 1867/1871

B EAP1 505 Bader-Gewerbe, Jahr: 1866

B EAP1 513 Schulhygiene im Allgemeinen, Zahnärztliche Untersuchungen

B Gewerbean- und Abmelderegister

Gewerbeabmelderegister 1868 – 1887; 1888 – 1901

B Einwohnerunterlagen

Personenbögen

Adressbücher

1813-1917

¹¹⁹ Eine Chirurgenwitwe führte das Geschäft weiter: Justina Karrer, der Witwe des Chirurgen Christian Karrer: vgl. Archiv der Memminger Zeitung: Jahrgangsband Memminger Wochenblatt 1854; siehe auch Abb. 1 dieses Beitrages (Anzeige vom 4. Juli 1854).

¹²⁰ Sta Memmingen, EAP1 513 (Schulhygiene im Allgemeinen, Zahnärztliche Untersuchungen).

¹²¹ Sta Memmingen, Adressbücher ab 1911.

Staatsarchiv Augsburg

Akten des Bezirksamtes Memmingen

5682 Befugnisüberschreitung durch Bader, Zahntechniker usw.
9175 Zahnärzte, Augenärzte, 1832

Archiv der Memminger Zeitung

Memminger Wochenblatt, Jahrgangsband 1854

Memminger Zeitung, Jahrgangsband 1868

Literatur

1. Böber (2008), Antje Böber, Die medizinische Versorgung Memmingsens unter besonderer Berücksichtigung der Zahnmedizin vom Übergang der Stadt an Bayern im Jahr 1803 bis 1914, Diss. med.dent. Ulm 2008.
2. Groß (1990): Dominik Groß, Die dynamisierende Wirkung der Kurierfreiheit (= Edition Wissenschaft, Reihe Geschichte, 7), Marburg 1990/1996 (zugleich Magisterarbeit Saarbrücken 1990).
3. Groß (1994): Dominik Groß, Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919). Europäische Hochschulschriften, Reihe III Bd. 609, Frankfurt a. M. 1994 (zugl. Diss. phil. Saarbrücken 1993).
4. Groß (1996): Dominik Groß, Zur Freigabe der Heilkunde vor 125 Jahren. Zahnärzte kontra Dentisten: Die Geschichte des Dualismus auf dem Gebiet der Zahnheilkunde in Deutschland. ZWR, 105/12 (1996), S. 728-731.
5. Groß (1998): Dominik Groß, Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Der Stellenwert zahnbehandelnder Maßnahmen in den Anfängen der gesetzlichen Krankenversicherung (1883-1919), in: Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 17 (1998), S. 31-46.
6. Groß (1999a): Dominik Groß, Die Handwerkschirurgen als Gründer des Zahnarztberufs: Legendenbildung oder historische Realität? In: Würzburger medizinhistorische Mitteilungen Nr. 18 (1999) S. 359–374.
7. Groß (1999b): Dominik Groß, Die Aufhebung des Wundarztberufs - Ursachen, Begleitumstände und Auswirkungen am Beispiel des Königreichs Württemberg (1806-1918) (= Sudhoffs Archiv, Beiheft 41), Stuttgart 1999.
8. Groß (1990): Dominik Groß, Dominik Groß, Vom „Gebissarbeiter“ zum staatlich geprüften Dentisten: Der Berufsbildungsprozess der nichtapprobierten Zahnbehandler (1869-1952), in: Dominik Groß (Hrsg.), Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 99-125.
9. Gump (1983): Ulrike Gump, Der bayerische Bader (19. und 20. Jahrhundert), Diss. med. München 1983.
10. Hoser (2001): Paul Hoser, Die Geschichte der Stadt Memmingen. Vom Neubeginn im Königreich Bayern bis 1945, Stuttgart, 2001.

11. Javaheri-Büschel (2003): Haleh Javaheri-Büschel, Die Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung in Nürnberg vom Übergang der Stadt an Bayern im Jahr 1806 bis 1914, Diss. med. dent. Ulm 2003
12. Löffler (1991): Ute Löffler, Die Bader- und Barbierer-Ordnungen der Reichsstadt Memmingen vom 16. bis zum 19. Jahrhundert, Ein Beitrag zur Entwicklung der Chirurgie, Diss. med. Ulm 1991.
13. Mair (1987): Barbara Mair, Die Entwicklung des Standes der Dentisten unter besonderer Berücksichtigung des Dualismus zwischen Zahnärzten und Dentisten bzw. deren Vorläufer, Diss. med. München 1987.
14. Maretzky/Venter (1974): Kurt Maretzky und Robert Venter, Die Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes. Herausgegeben vom Bundesverband der deutschen Zahnärzte, Köln, 1974.
15. Sander (1989): Sabine Sander, Handwerkschirurgen. Sozialgeschichte einer verdrängten Berufsgruppe, Göttingen 1989.
16. Weber (1880-1919): Karl Weber, Neue Gesetz- und Verordnungen- Sammlung für das Königreich Bayern mit Einschluß der Reichsgesetzgebung, Band 1-42, München 1880-1919.

Die Schulzahnklinik in Düsseldorf (1913-1923)

Hideharu Umehara

1. Einleitung

Um 1900 entwickelte sich die deutsche Schulhygiene von der „Schulhaus-“ zur „Schüler-“hygiene. Die Schulärzte untersuchten nun regelmäßig den Gesundheitszustand jedes einzelnen Schülers und leiteten bei kranken und krankheitsverdächtigen Kindern die nötigen Therapien und Maßnahmen ein. Normalerweise wurden die Kinder an niedergelassene Ärzte überwiesen.¹ Im Falle der Zahngesundheitspflege entstanden allerdings auch eigene Institutionen. Schon vor dem Ersten Weltkrieg institutionalisierten nicht nur Großstädte, sondern auch kleine Städte in Deutschland die Schulzahnpflege.² Die Schulzahnpflege, so die These der bisherigen Forschungen, habe durch die Erweiterung des Berufsfelds von akademisch ausgebildeten Zahnärzten und die Etablierung ihrer Stellung im kommunalen und staatlichen Gesundheitswesen eine Grundlage für die Professionalisierung der Zahnärzte dargestellt.³

Im Verlauf der „schwierigen Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft“⁴ wurde die Schulzahnpflege von Stadt zu Stadt allerdings sehr unterschiedlich ausgestaltet. In vielen Großstädten spielte die Schulzahnklinik innerhalb eines Zentralkliniksystems oft eine zentrale Rolle. In Bonn übernahm die Schulzahnklinik Untersuchung und Behandlung (Bonner System), während die Klinik in Frankfurt am Main nur eine erste Versorgung leistete (Frankfurter System). In Mannheim existierte keine zentrale Zahnklinik zur Schulzahnpflege. Hier übernahmen niedergelassene Zahnärzte diese beiden Leistungen (Mannheimer System).⁵ Die Varianten der Schulzahnpflege stehen in einem engen Zusammenhang mit der allgemeinen, sehr heterogenen Entwicklung des kommunalen Gesundheitswesens.

Vor diesem Hintergrund zeigen sich im Folgenden die spezifischen Voraussetzungen und Besonderheiten der Düsseldorfer Schulzahnpflege. Dabei steht die Schulzahnklinik als eine zentrale Institution im Vordergrund.

In diesem Beitrag werden erstens der Gründungsprozess der Düsseldorfer Schulzahnklinik und die Entwicklung ihrer Tätigkeitsschwerpunkte bis zum Ende des Ersten Weltkrieges geschildert. Zweitens wird das Verhältnis der Schulzahnklinik zu den niedergelassenen Zahnärzten und zu der Ortskrankenkasse untersucht, um den Einfluss der Schulzahnklinik auf die Zahnärzteschaft vor Ort zu erläutern. Drittens werden die nur noch kurze Weiterentwicklung der Schulzahnklinik nach dem Ersten Weltkrieg und die anschließende Reorganisierung der Schulzahnpflege in Düsseldorf thematisiert. Vor allem wird skizziert, wie sich die Düsseldorfer Klinik in Zeiten wirtschaftlichen Not-

¹ Umehara/Halling (2006).

² Müller (1997).

³ Groß (1994 und 2006).

⁴ Groß (1994).

⁵ John (1974), S. 119 f. – Über die Frankfurter Schulzahnklinik siehe auch Kanther (1998).

stands entwickelte, während die Forderung nach einem Ausbau der Schulzahnpflege nicht nur auf der kommunalen, sondern auch auf der staatlichen Ebene stärker wurde.

2. Die Eröffnung der Schulzahnklinik in Düsseldorf

Die erste Schulzahnklinik im Deutschen Reich wurde 1902 in Straßburg eröffnet. In Düsseldorf dauerte dies noch einige Jahre. Erst 1910 stellten 29 Stadtverordnete bei den städtischen Behörden den Antrag, eine Schulzahnklinik zu errichten.⁶ Aufgrund des Antrags und wegen der Duisburger Schulzahnklinik, die die Bezirksregierung in Düsseldorf als ein Modell empfahl, richtete die städtische Schulverwaltung die Schulzahnklinik ein.⁷ Anfang Juli 1912 wurde die Klinik in Betrieb genommen.⁸

Zur Finanzierung diente wie im Duisburger Modell das so genannte Abbonnementssystem. In Düsseldorf bezahlten die Eltern im Abbonnement für die freie Behandlung eine Mark für das erste Kind pro Jahr und 50 Pfennig für jedes weitere Kind. Die Kinder mittelloser Eltern erhielten ein kostenloses Abbonnement, für das die Stadt die Kosten übernahm.⁹

3. Die Tätigkeit der Schulzahnklinik

In den ersten neun Monaten, nämlich vom Juli 1912 bis zum März 1913, abonnierten etwa 40 % aller Düsseldorfer Volksschüler diesen Gesundheitsdienst. Sie bekamen eine „Gebisskarte“, in die die Schulzahnärzte nicht nur den Zustand der Zähne und der Mundhöhle sowie Behandlungen eintrugen, sondern auch den allgemeinen Körperzustand.¹⁰ Diese Karten wurden an die einzelnen Schulen verteilt und in der Schulzahnklinik gesammelt. Sie waren für epidemiologische Studien der Zahnheilkunde hilfreich.

Die Schulzahnklinik übernahm hauptsächlich drei Aufgaben: Untersuchung, Behandlung und Aufklärung. Regelmäßige Untersuchungen des überwiegenden Teils der Volksschüler dienten der Feststellung des Zahnstatus, der Prophylaxe und Früherkennung.¹¹ Zu den Behandlungen zählten nicht nur Zahnextraktionen und vorbeugende Maßnahmen, sondern auch Füllungen beziehungsweise kleine Operationen.¹² Die Klinik legte den Schwerpunkt darauf, die Zähne der Kinder zu erhalten. Daher stellte die

⁶ Vgl. StAD III2862, Bl. 38-41, Bl. 53f, Bl. 68-73.

⁷ Vgl. Verfügung der Abteilung für Kirchen- und Schulwesen der Königliche Regierung Düsseldorf vom 23.07.1911, in: StAD III2862, Bl. 112.

⁸ Kehr (1913a). Die städtische Schulverwaltung lud die lokalen Zeitungen zur Eröffnung der Klinik ein, um sie die Klinik berichten zu lassen. Zu den eingeladenen Zeitungen gehörten der Düsseldorfer Generalanzeiger, das Düsseldorfer Tagesblatt, die Düsseldorfer Zeitung und die Düsseldorfer Volkszeitung. Vgl. Vermerk des Beigeordneten Herold vom 22.07.1912, in: StAD III2862, Bl.255.

⁹ Kehr (1913a), S. 8; ders. (1913b).

¹⁰ Bericht des Direktors der Schulzahnklinik in Düsseldorf Fritz Kehr vom 26.07.1912, in: StAD III2862, Bl. 261 f.

¹¹ Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der Schulzahnärzte und Lehrer unterstrichen auch die Schulzahnärzte anderer Städte wiederholt. Vgl. Friedemann (1911); Jessen/Stehle (1909), S. 50 ff.

¹² Kehr (1913), S. 15.

Extraktion das letzte Mittel der Behandlung dar.¹³ Die Eltern forderten aber häufig die Extraktion der bleibenden Zähne ihrer Kinder, obwohl diese Zähne nicht unbedingt gezogen werden mussten. Bei vielen Eltern, auch gebildeteren, war die Ansicht verbreitet, dass „man das Kindergebiss sich ruhig selbst überlassen könne, weil es ja doch später durch ‚bessere‘ Zähne ersetzt würde.“¹⁴

Die Aufklärung über die Zahnpflege in Schule und Familie war daher von besonderer Bedeutung.¹⁵ Um 1900 erfolgte die Aufklärung über Zahngesundheit und Zahnpflege in den Volksschulen noch fast ausschließlich mithilfe von Bildtafeln. In Düsseldorf wurde hierzu die so genannte Jessen-Stehle'sche Zahntafel verwendet.¹⁶ Innerhalb weniger Jahre fand eine erhebliche Innovation statt. Vielfältige Lehrmittel¹⁷ wurden eingesetzt, der Lichtbildvortrag wurde ein wichtiges Aufklärungsmittel.¹⁸ Dabei unterstrich der Leiter der Schulzahnklinik, Fritz Kehr, die Notwendigkeit der Zahnpflege in der Schule und zu Hause, vor allem das regelmäßige Zähneputzen. Für viele Kinder war dies jedoch sehr schwer durchzuführen, weil sie keine Zahnbürste besaßen. Vom Juli 1912 bis zum März 1915 gab die Stadt daher ca. 19.200 Zahnbürsten unentgeltlich ab.¹⁹

Der Gesundheitszustand der Zähne der Düsseldorfer Schüler war, wie in anderen Städten, sehr schlecht (vgl. Abb. 1). Nach der Untersuchung im Schuljahr 1913/14 hatten 94 % von den untersuchten 48.800 Kindern nach der zeitgenössischen Definition „kranke“ Gebisse. Im Schuljahr 1919 blieb der Prozentsatz bei 92 %.

Bemerkenswert ist, dass sich dabei der Anteil der Kinder mit „normalen“ Zähnen 1921 verdoppelte. Man könnte diese sprunghafte Zunahme auf verschiedene Ursachen zurückführen; etwa auf eine Veränderung der Definition von „krank“ und „gesund“ oder auf die Wirkung der Aufklärung der Zahnpflege.

Der Erste Weltkrieg veränderte die Arbeit der Düsseldorfer Schulzahnklinik erheblich. Schon im Schuljahr 1915/16 beschränkte die Schulzahnklinik die Erstunter-

¹³ Vgl. Dritter Jahresbericht der Städtischen Schulzahnklinik Düsseldorf (1. April 1914 bis 31. März 1915), in: StAD III2873, Bl. 51-58, hier bes. Bl. 55.

¹⁴ Klughardt (1911), S. 455.

¹⁵ Vgl. Kehr (1913a), S. 11. Aus hygienischer Hinsicht handelte es sich beispielsweise um mit Kopfläusen befallene Kinder, insbes. Mädchen. Vgl. StAD III2863, Bl. 89-92. Außerdem ließ die Schulzahnklinik anfangs zu, dass die Angehörigen der Kinder in das Operationszimmer eintraten. Aber wegen Raummangels und hygienischer Gründe wurde die Begleitung der Angehörigen 1913 verboten. Allerdings gab es auch nach dem Ersten Weltkrieg noch Eltern, die die Begleitung ihrer Kinder und die Beaufsichtigung der Behandlungen forderten. Vgl. Kehr (1913a), S. 11; StAD III2863, Bl. 93-96.

¹⁶ Vgl. Bericht des Stadtarztes Schrakamp vom 21.03.1907, in: StAD III2877, Bl. 6-8; Eröffnung der Städtischen Schulzahnklinik in Düsseldorf, in: StAD III2862, Bl. 260. Ernst Jessen war Straßburger Zahnarzt und gründete die erste Schulzahnklinik in Deutschland. Bruno Stehle war Schulrat in Straßburg.

¹⁷ 1916 fand die „Deutsche Lehrmittel-Ausstellung zu Düsseldorf“ statt, in der eine Abteilung der „Schulzahnpflege“ in dem Zweig der „Schulhygiene“ eingerichtet wurde. Diese Abteilung zeigte eine enge Verbindung mit der Schule und der Schulzahnpflege und stellte viele Lehrmittel zur Aufklärung der Zahnpflege vor. Vgl. Kanther (1998), S. 29.

¹⁸ Kehr (1912).

¹⁹ Dritter Jahresbericht städtischer Schulzahnklinik zu Düsseldorf (Etatjahr 1914/15), in: StAD III2873, Bl. 51-58, hier bes. Bl. 56.

suchung auf drei Klassen.²⁰ Die Zahl der Schuluntersuchungen und anderer Leistungen sank, und immer weniger Schüler bezogen ein Abonnement zur freien Behandlung.²¹

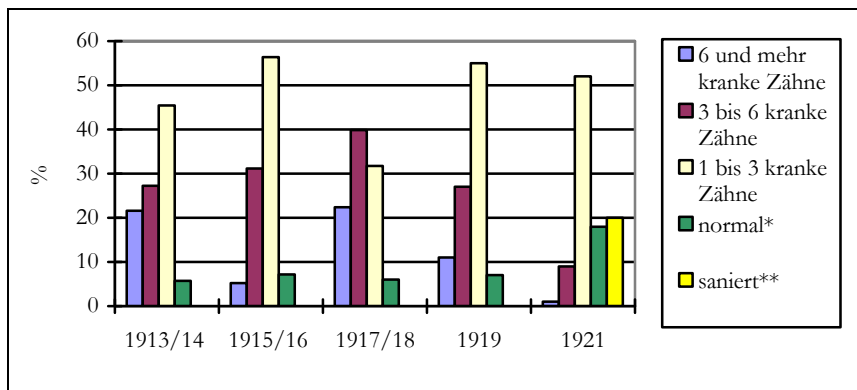


Abb. 1: Gesundheitszustand der Zähne der untersuchten Volksschüler 1913/14 bis 1921²²

* „normal“ bedeutet: „Nicht nur sämtliche Zähne sind dem Alter entsprechend vorhanden, sondern jeder einzelne Zahn ist auch tadellos und frei von Fäulnis“.

** „saniert“ umfasst alle Kinder, die in den Schuluntersuchungen als nicht mehr behandlungsbedürftig festgestellt wurden ohne Rücksicht auf erfolgte Behandlung.

Die Zahl der Abonnenten hatte aber schon vor dem Ersten Weltkrieg abgenommen, obwohl die Schülerzahl in Düsseldorf im gleichen Zeitraum noch zunahm (vgl. Abb. 2).

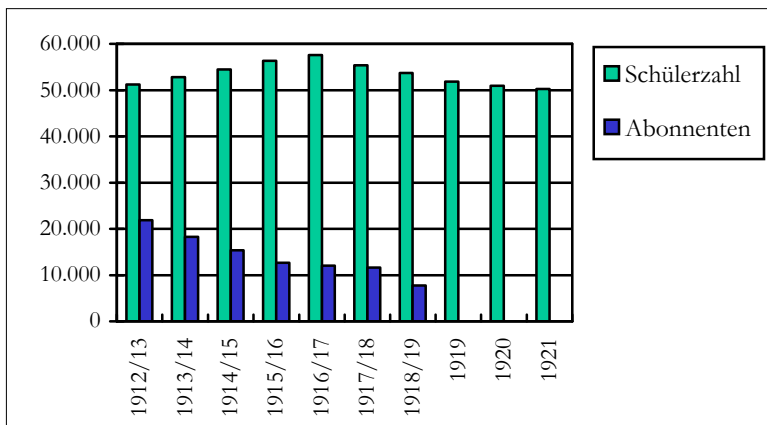


Abb. 2: Volksschülerzahl und Abonnenten 1912-1921²³

²⁰ Vierter Jahresbericht der städtischen Schulzahnklinik zu Düsseldorf (Etatjahr 1915/16), in: StAD III2873, Bl. 60-67, hier besonders Bl. 60.

²¹ Groß (2006), S. 157.

²² Jahresbericht der städtischen Schulzahnklinik 1912/13-1918/19, in: StAD III2873; Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1922), S. 95; dass. (1925), S. 86.

²³ StAD III1834-1840; Jahresbericht der städtischen Schulzahnklinik 1912/13-1921, in: StAD III2873.

Dies zeigt, dass das Abonnementsystem für die Kinder und ihre Eltern zunehmend unpopulärer wurde. Es entstanden andere Möglichkeiten der Zahnbehandlung; hier ist vor allem die unentgeltliche Behandlung von Kindern im Rahmen der Familienversicherung zu nennen.

4. Das Verhältnis der Schulzahnklinik zu privaten Zahnärzten und zur Ortskrankenkasse

4.1 Schulzahnklinik als wirtschaftliche Bedrohung – Schulzahnklinik und private Zahnärzte

In der Düsseldorfer Schulzahnklinik erledigten die beamteten Zahnärzte nicht nur die Untersuchung und die Beratung, sondern auch die Behandlung. Die ortsansässigen Zahnärzte setzten sich sehr heftig gegen diese Konkurrenz zur Wehr. Der Verein der Zahnärzte Düsseldorfs forderte 1911, die Tätigkeit der Schulzahnklinik auf Beratungen und Untersuchungen zu beschränken, und ausschließlich privaten Praxiszahnärzten die Behandlung zu übertragen.²⁴ Erfolglos forderte eine Gruppe opponierender privater Zahnärzte, die Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte, wiederholt von der Stadt den Kurswechsel vom Zentralkliniksystem zum so genannten „Mannheimer System“.²⁵

Der starke Widerstand und die Angst der privaten Zahnärzte waren auf den harten Wettbewerb um die Patienten zurückzuführen.²⁶ Im Juli 1910 eröffnete die Düsseldorfer Ortskrankenkasse eine eigene Zahnklinik für ihre Mitglieder.²⁷ Die privaten Zahnärzte mussten also nicht nur mit der Schulzahnklinik, sondern auch mit der Zahnklinik der Ortskrankenkasse konkurrieren. Dies verschärfte die Konkurrenz um die Patienten und verschlechterte die wirtschaftliche Lage der privaten Zahnärzte.²⁸

4.2 Zusammenarbeit der Schulzahnklinik mit der Ortskrankenkasse?

Neben der Kritik der privaten Zahnärzte war die Zusammenarbeit der Schulzahnklinik mit der Ortskrankenkasse in Düsseldorf von Bedeutung. Denn viele Volksschüler wurden bereits durch die Ortskrankenkasse mitversichert und in ihrer Zahnklinik unentgeltlich behandelt, in der der Leiter, vier approbierte Zahnärzte als Assistenten und Hilfspersonen tätig waren. Vor diesem Hintergrund schlug die Ortskrankenkasse der Schulverwaltung vor, dass sie zusammen mit der Stadt die Düsseldorfer Schulzahnklinik als eine städtische Einrichtung errichten könnten.²⁹

²⁴ Vermerk des ersten Vorsitzenden des Vereins Düsseldorfer Zahnärzte, A. Davermann, vom 9.11.1911, in: StAD III2862, Bl. 136 f.

²⁵ Die Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte (1912).

²⁶ Das galt nicht nur für Düsseldorf, sondern auch für andere Städte. Vgl. Müller (1997), S. 36 f.

²⁷ Schon vor der Eröffnung der Düsseldorfer Kassenzahnklinik gründete die Betriebskrankenkasse der Krupp'schen Werke in Essen 1903 die erste Kassenzahnklinik in Deutschland. Vgl. Müller (1997), S. 12 f.; Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1911), S. 102; Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1913), S. 114.

²⁸ Die Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte kritisierte auch die Zahnklinik der Ortskrankenkasse, war aber erfolglos. Vgl. StAD III17168, Bl. 2-10.

²⁹ Brief der gemeinsamen Ortskrankenkassen an den Beigeordneten HEROLD, in: StAD III2864, Bl. 92 f.

Der Vorbereitungsausschuss zur Errichtung der Schulzahnklinik und die Schulverwaltung lehnten den Vorschlag ab, weil ihres Erachtens die beiden Zahnkliniken verschiedene Ziele verfolgen sollten.³⁰ Die Schulzahnklinik legte den Schwerpunkt auf die Erhaltung des Gebisses. Aus ihrer Sicht schien dies aber keine zentrale Aufgabe der Kassenzahnklinik zu sein, weil es bei ihr vielmehr darum ging, sofort die Beschwerden der Patienten zu beseitigen, zum Beispiel Zähne zu ziehen.³¹ In der Tat besuchten die Kinder oft wegen ihrer Familienversicherung nicht die Schul-, sondern die Kassenzahnklinik, die die Zähne nicht erhielt, sondern vielmehr entfernte.³² Unter diesen Umständen war die Zusammenarbeit der Stadt und der Ortskrankenkassen schwierig.

5. Von der Einrichtung für Abonnenten zur Wohlfahrtseinrichtung für alle Schüler – die Düsseldorfer Schulzahnklinik (1919-1923)

Nach dem Ersten Weltkrieg wurden die Einrichtungen der Schulzahnpflege in Deutschland wieder geöffnet bzw. neu gegründet, so dass ihre Anzahl 1919 bereits 229 betrug. Das Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen in Deutschland beschloss 1919, das Abonnementsystem aufzugeben und an dessen Stelle die unentgeltliche Schulzahnpflege einzuführen.³³

Die kostenlose Behandlung von Volksschülern wurde 1919 in der Düsseldorfer Schulzahnklinik eingeführt und das Therapieangebot trotz knapper Kassen ausgeweitet. So wurde ab 1920 allen Volksschülern bis zur sechsten Klasse die systematische Sanierung ihrer Zähne ermöglicht.³⁴ Bei der Schuluntersuchung von 1921 wurden 20 % aller untersuchten Kinder als „saniert“ festgestellt. Dies weist darauf hin, dass nicht wenige Kinder durch zahnärztliche Behandlung ihre Zahngesundheit verbesserten. Die Erweiterung der Behandlung hätte vielleicht auch eine erhebliche Abnahme des Anteils von Kindern mit mehr als drei kranken Zähnen bewirken können. Die kostenlose Behandlung der Schulzahnklinik hatte sicherlich ihren Anteil daran.

Trotz oder gerade wegen dieses Ausbaus der Leistungen entstanden immer neue Forderungen nach einer Erweiterung des Angebots.³⁵ Schon 1919 beschloss der Verwaltungsausschuss der Schulzahnklinik, die Untersuchungen kostenlos überall in Düsseldorf durchzuführen, d. h. alle Kinder der Kleinkinder-, Volks-, Mittel- und Fortbildungsschulen sowie im beschränkten Maße auch der höheren Schulen zu behandeln.³⁶

³⁰ Vgl. Vermerk von Bruhn vom 8.12.1911, in: StAD III2864, Bl. 98.

³¹ Bruhn vom 8.12.1911, in: StAD III2864, Bl. 98. – Bruhn war Professor für Zahnheilkunde in der städtischen allgemeinen Krankenanstalten und Mitglied des Vorbereitungsausschusses.

³² Kehr (1913c), S. 22 f.

³³ Groß (2006), S. 158; Müller (1997), S. 28 ff.

³⁴ Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1921), S. 94.

³⁵ Vgl. StAD III2863, Bl. 140-150.

³⁶ Entwurf vom Brief des Direktors der Schulzahnklinik Kehr an den Oberbürgermeister, in: StAD III2863, Bl. 141. Bereits in einigen Städten behandelte und untersuchte die Schulzahnklinik nicht nur Volksschüler, sondern auch Schüler anderer Schulen. Zum Beispiel gehörten Kleinkinder- und Mittelsschüler in Straßburg schon vor dem Ersten Weltkrieg zu den Patienten der dortigen Schulzahnklinik. Vgl. Jessen (1910) S. 1-10.

Der Leiter der Schulzahnklinik Kehr war jedoch gegen die weitere Ausdehnung der Leistungen, weil die Institution weder personell noch finanziell in der Lage war, alle Schüler kostenlos zu behandeln.³⁷ Darüber hinaus betrachtete Kehr die Schulzahnklinik in erster Linie als eine Wohlfahrtseinrichtung für bedürftige Schüler.³⁸

Dennoch vereinbarten die städtische Armen- und Schulverwaltung, der Stadtarzt und die Schulzahnklinik im Juni 1921 die kostenlose Untersuchung und Behandlung von Volksschülern. Für therapeutische Maßnahmen bei Mittel- und höheren Schülern wurde ein Entgelt von 20 M festgesetzt.³⁹ Der Verwaltungsausschuss der Schulzahnklinik lehnte diese Vereinbarung jedoch wegen des finanziellen Notstandes ab.⁴⁰

Die Finanznot der Stadt bedrohte seit dem Herbst 1921 zunehmend die Schulzahnklinik.⁴¹ Die städtische Schulverwaltung und Schulzahnklinik erwarteten zur Kostendeckung einen Zuschuss der Krankenkasse und der Landesversicherungsanstalt. Aber wegen des komplizierten Verhältnisses der Schulzahnklinik zur Ortskrankenkasse und wegen der Finanznot der letzteren wurde diese Erwartung enttäuscht.⁴² 1922 reduzierte die Düsseldorfer Schulzahnklinik ihre Leistungen. Immer weniger Schüler besuchten in der Folge die Klinik.⁴³ Außerdem klagte eine Assistenz Zahnärztin der Schulzahnklinik den Leiter Kehr an, weil er seit längerer Zeit unter anderem ihre praktische Tätigkeit und ihre Forschungen beeinträchtigt habe. Durch Kehrs Vernehmung wurde offenbar, dass er sich ausschließlich mit statistischen und wissenschaftlichen Themen beschäftigt hatte, während er überhaupt nicht zahnärztlich tätig gewesen war. Dazu kam, dass Kehr offenbar die Statistiken verfälscht hatte.⁴⁴ Die Reorganisation der Klinik bzw. der Schulzahnpflege war daher unvermeidbar. Zum 1. April 1923 schloss die Stadt die Schulzahnklinik.

6. Die Düsseldorfer Schulzahnpflege nach Schließung der Schulzahnklinik

Aufgrund der Bedeutung der Schulzahnpflege für die so genannte Volksgesundheit führte die Stadt unmittelbar nach dem Ende der Schulzahnklinik eine neue Form der Schulzahnpflege ein. Vom Schuljahr 1923/24 an stellte die Stadt zwei Zahnärzte an, die von zwei Schulschwestern unterstützt wurden und deren Aufgaben in der Schuluntersuchung, der Überweisung und Aufklärung bestanden. Die ortsansässigen Zahnärzte, private Kliniken sowie die Klinik der Ortskrankenkassen und die Westdeutsche Kiefer-

³⁷ Vgl. Entwurf des Briefs von Kehr an die städtische Schulverwaltung vom 25.11.1920, in: StAD III2863, Bl. 152 f. Wegen der schwierigen Finanzlage führte die Stadt sogar die Schulzahnpflege in den Volksschulen kaum durch. Vgl. StAD III2863, Bl. 155.

³⁸ Kehr (1918/19).

³⁹ Vermerk von Lehr vom 15.06.1921, in: StAD III2863, Bl. 164.

⁴⁰ Vgl. StAD III2863, Bl. 88 und 165.

⁴¹ Vgl. Brief von Kehr an Lehr vom 21.09.1921, in: StAD III2863, Bl. 255-256. Die Düsseldorfer Lehrerschaft äußerte sich deutlich gegen die Einschränkung der Leistungen. Vgl. Vermerk des Lehrerausschusses der Stadt Düsseldorf vom 28.11.1921, in: StAD III2863, Bl. 258.

⁴² Vgl. StAD III2863, Bl. 202-204 u. 213; Brief des Verbands der Krankenkassen Düsseldorf Stadt und Land an die städt. Schulverwaltung vom 23.04.1921, in: StAD III2863, Bl. 214 und 217-219.

⁴³ Brief von Werner an die städt. Schulverwaltung vom 3.08.1922, in: StAD III2863, Bl. 336 f.

⁴⁴ Vgl. StAD III2863, Bl. 328 ff. und 338-365.

linik, die 1923 in die städtischen Krankenanstalten integriert wurde, übernahmen die Behandlung.⁴⁵

Die Schulzahnärzte untersuchten 1924/25 41.200 Kinder und diagnostizierten davon 84,4 % als zahngesund, 1926/27 sogar 83,5 % (vgl. Tab. 1).⁴⁶ Die Zahl der zahngesunden Kinder verdoppelte sich im Vergleich mit der Zeit vor der Schließung der Schulzahnklinik. Diese erhebliche Zunahme ist bedauerlicherweise nicht erklärbar. Davon abgesehen verdeutlichte die Schuluntersuchung, wie schlecht die Zahnbeschaffenheit der Kinder in den dicht bevölkerten Stadtteilen war. In den Bezirken mit vielen Arbeitern hatten die Einwohner wegen hoher Arbeitslosigkeit einen immer schwereren Zugang zu einer Zahnbehandlung. Darüber hinaus blieben viele Kinder durch das Ausscheiden aus den Krankenkassen bzw. aus der Familienversicherung unbehandelt. Diesen Kindern gewährte das Unterstützungsamt die notwendige Behandlung in der Westdeutschen Kieferklinik.⁴⁷

	Gesund (Zahnärztliche Behandlung nicht notwendig)	Krank (dem Zahnarzt zur Behandlung überwiesen)
1920/21	38,0	62,0
1924/25	84,4	15,6
1926/27	83,5	16,5

Tab. 1: Gesundheitszustand der Zähne der untersuchten Volksschüler 1920/21, 1924/25 und 1926/27 (Angaben in %)⁴⁸

In Düsseldorf übernahm das kommunale Krankenhaus schließlich an Stelle der Schulzahnklinik die Gesundheitsfürsorge für die armen Bevölkerungsteile und spielte dadurch eine wichtige Rolle für die Schülerhygiene im Speziellen und für die Gesundheitsfürsorge im Allgemeinen.

7. Fazit

Mit der Schulzahnklinik etablierte sich die Schulzahnpflege als ein zeitweise zentrales Element der Düsseldorfer Schulgesundheitspflege. Die Schulzahnärzte untersuchten regelmäßig alle Schüler, überwachten den Gesundheitszustand ihrer Zähne und behandelten gegebenenfalls, während die Behandlung den allgemeinen Schulärzten nicht erlaubt

⁴⁵ Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1925), S. 189 f.
⁴⁶ Jahresbericht der städtischen Schulzahnpflege vom Schuljahr 1924/25, in: StAD III4186, Bl. 23-25; Bericht der städtischen Schulzahnpflege vom Schuljahr 1926/27, in: StAD III4186, Bl. 45-46.
⁴⁷ Jahresbericht der städtischen Schulzahnpflege vom Schuljahr 1925/26, in: StAD III4186, Bl. 35-36. Die niedergelassenen Zahnärzte sowie Dentisten führten die Behandlungen, die die Schulzahnärzte forderten, kaum durch. Die Ortskrankenkasse bzw. die Betriebskrankenkassen wollten die überwiesenen Schulkinder nur in den ihnen angegliederten Kliniken behandeln. Vgl. Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1928), S. 229 und 268.
⁴⁸ Jahresbericht der städtischen Schulzahnklinik 1921 in: StAD III2873; Jahresbericht der städtischen Schulzahnpflege vom Schuljahr 1924/25, in: StAD III4186, Bl. 23-25; Bericht der städtischen Schulzahnpflege vom Schuljahr 1926/27, in: StAD III4186, Bl. 45-46.

war. Andererseits führte die Institution der Schulzahnklinik zu Spannungen mit der Zahnärzteschaft vor Ort. Der Streit weist darauf hin, dass die Schulzahnklinik für die Niedergelassenen eine wirtschaftliche Bedrohung darstellte. Die Schulzahnklinik war ferner nicht bereit, zur Zahngesundheit der Schüler mit der Zahnklinik der Ortskrankenkasse zusammenzuarbeiten, weil die beiden Kliniken andere Ziele verfolgten. Die Schulzahnklinik produzierte einen neuen Arbeitsbereich und brachte gleichzeitig auch neue wirtschaftliche und standespolitische Konflikte mit der Zahnärzteschaft vor Ort.

Die Düsseldorfer Schulzahnklinik erfuhr nach dem Ersten Weltkrieg eine große Veränderung. Eigentlich wäre sie ein Zentrum der erweiterten Schulzahnpflege geblieben. Aber infolge des wirtschaftlichen Notstands in den frühen 1920er Jahren wurde sie geschlossen, so dass die Düsseldorfer Schulzahnpflege vom Zentralkliniksystem zum dezentralisierten System übergehen musste. Im neuen System behandelten niedergelassene Zahnärzte, private Zahnkliniken, die Zahnklinik der Ortskrankenkasse und die Westdeutsche Kieferklinik an Stelle der Schulzahnärzte die kranken Schulkinder. Vor allem spielte die Westdeutsche Kieferklinik eine wichtige Rolle in der Behandlung der Kinder armer Familien, wie auch andere Kliniken der städtischen Krankenanstalten, wie die HNO- und Augenklinik.⁴⁹

In Düsseldorf wurde die Schulzahnpflege wie andere Gebiete der Schulgesundheitspflege in das Netzwerk des Gesundheitswesens integriert, in dessen Zentrum das kommunale Krankenhaus stand.⁵⁰ Und dies war in Düsseldorf in einem weit größeren Maße als in den meisten anderen Städten vergleichbarer Größe der Fall.

Danksagung

Ich danke meinen Kolleginnen und Kollegen im Institut der Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, insbesondere Thorsten Halling, der die Mühe des Korrekturlesens hatte und wichtige Kritik und Hinweise gegeben hat, sowie Dr. Thorsten Noack, der ebenfalls Korrektur gelesen hat. Darüber hinaus danke ich Dr. Wolfgang Woelk, inzwischen Studiendirektor und Fachleiter für Geschichte am Studienseminar für Gymnasien Koblenz, für sein Korrekturlesen und seine Kommentare sehr herzlich. Ich danke auch Teilnehmern des Forschungskolloquiums von Prof. Dr. Shingo Shimada im „Modernen Japan“ der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf für ihre Kommentare und Hinweise sehr herzlich.

⁴⁹ Vgl. Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1911), S. 115 f.

⁵⁰ Über dieses Netzwerk und seine Entwicklung siehe Halling/Vögele (Hrsg.) (2007).

Quellen und Literatur

Ungedruckte Quellen

Stadtarchiv Düsseldorf (StAD):

III1834-1840, III2862, III2863, III2864, III2873, III2877, III4186, III17168

Gedruckte Quellen

1. Friedemann (1911): Friedemann, Ueber die Mitarbeit der Lehrerschaft bei der Schulzahnpflege, in: Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift 14 (1911), S. 686-691.
2. Groß (1994): Dominik Groß, Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919), Frankfurt a. M. 1994.
3. Groß (2006): Dominik Groß, Die Anfänge der Schulzahnpflege: Eine Geschichte der Eigeninitiativen (120 Jahre zahnärztliche Reihenuntersuchungen), in: ders., Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 151-159.
4. Halling/Vögele (Hrsg.) (2007): Thorsten Halling, Jörg Vögele (Hrsg.), 100 Jahre Hochschulmedizin in Düsseldorf 1907-2007, Düsseldorf 2007.
5. Jessen (1910): Ernst Jessen, VIII. Jahresbericht der Städtischen Schulzahnklinik in Straßburg (Els.) 1910, in: Schulzahnpflege, 1 (1910), 9, S. 1-10.
6. Jessen/Stehle (1909): Ernst Jessen, Bruno Stehle, Kleine Zahnkunde für Schule und Haus, Straßburg i. E. 1909.
7. John (1974): Gert John, Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel der Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift 1920-1933, Diss., Düsseldorf 1974.
8. Kanther (1998): Barbara Kanther, Schulzahnarzt Hans Joachim Tholuck (1888-1972) und das Frankfurter System der Schulzahnpflege, Husum 1998.
9. Kehr (1912): Fritz Kehr, Zahnpflege in Schule und Haus, in: Schulzahnpflege 3 (1912), S. 1-12.
10. Kehr (1913a): Fritz Kehr, Erster Jahresbericht (Etatsjahr 1912/13) Städtischer Schulzahnklinik zu Düsseldorf, Düsseldorf 1913.
11. Kehr (1913b): Fritz Kehr, Städtische Schulzahnklinik, in: Düsseldorfer General-Anzeiger, 04.11.1913.
12. Kehr (1913c): Fritz Kehr, Erfahrungen der ersten Berichtsperiode der städt. Schulzahnklinik zu Düsseldorf, in: Schulzahnklinik 4 (1913), 3, S. 13-23.
13. Kehr (1918/19): Fritz Kehr, Schulzahnpflege und höhere Schulen, in: Schulzahnpflege 7 (1918/19), S. 76 f.
14. Klughardt (1911): A. Klughardt, Bedeutung und Aufgabe der Schulzahnpflege, in: Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift 14 (1911), S. 455-458.
15. Müller (1997): Karl Peter Müller, Schulzahnpflege von 1902 bis 1945 in Deutschland – Von der sozialen Fürsorge zur „Pflicht zur Gesundheit“, Diss., Göttingen 1997.
16. Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1911): Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf, Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1910 bis 31. März 1911, Düsseldorf 1911.

17. Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1913): Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf, Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1912 bis 31. März 1913, Düsseldorf 1913.
18. Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1922): Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf, Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1919 bis 31. März 1922, Düsseldorf 1922.
19. Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1925): Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf, Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1922 bis 31. März 1925, Düsseldorf 1925.
20. Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf (1928): Städtisches Statistisches Amt zu Düsseldorf, Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1925 bis 31. März 1928, Düsseldorf 1928.
21. Umehara/Halling (2006): Hideharu Umehara, Thorsten Halling, Die deutsche und japanische Schulhygiene im 19. und 20. frühen Jahrhundert, in: Jörg Vögele, Heiner Fangerau, Thorsten Noack (Hrsg.), Geschichte der Medizin – Geschichte in der Medizin. Forschungsthemen und Perspektiven, Hamburg 2006, S. 71-80.
22. Die Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte (1912): Die Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte, Offener Brief der Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte, in: Düsseldorfer General-Anzeiger, 12.06.1912.

Die Entwicklung der zahnärztlichen Profession in der Bundesrepublik Deutschland (1949-1989) in genderspezifischer Perspektive

Gereon Schäfer und Dominik Groß

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit den Kontinuitäten und Brüchen des Berufsbildes von Zahnärztinnen im Nachkriegsdeutschland. Der Untersuchungszeitraum reicht von der Gründung der Bundesrepublik (1949) bis zum Vorabend der Wiedervereinigung (1989). Dabei gilt es aus genderspezifischer Sicht quantitative und qualitative Veränderungen ebenso herauszuarbeiten wie etwaige Barrieren, die einem Wandel entgegenstanden.

Vorauszustellen ist jedoch eine kurze Analyse der Anfänge des Frauenstudiums im Fach Zahnheilkunde, der hierbei nachweisbar argumentativen Strategien und Widerstände und der hierdurch konturierten Rolle der Frau. Sie ermöglicht nachfolgend eine kritische Auseinandersetzung mit der Frage, inwieweit diese „ursprünglichen“ Argumentationsstrategien bzw. Aspekte des traditionellen Frauenbildes nach 1949 wirksam blieben.

1. Das Bild von der Zahnbehandlerin um 1900

Mit der Verfügung vom 20. April 1899, zukünftig Frauen zu den Studiengängen Medizin, Zahnmedizin sowie Pharmazie an den deutschen Universitäten zuzulassen,¹ schuf der Bundesrat die Voraussetzung für den Eintritt der Frauen in den zahnärztlichen Berufsstand.² Zu diesem Zeitpunkt hatte die eher verhaltene Debatte der deutschen Zahnärzteschaft über die „Frauenfrage“ zumindest in der zahnärztlichen Presse bereits ein Ende gefunden.³ Ganze 14 Artikel (inklusive zweier Artikel der „Zahnärztin Kowarski-Blanc“ aus Kiew)⁴ konnten zwischen 1888 und 1899 in der zahnärztlichen Standespresse zum Thema Studium und Ausübung der Zahnheilkunde von Frauen gefun-

¹ Hertelendy-Michel (1965), S. 510; Gabrys (1987), S. 68 f.; Huerkamp (1988), S. 205; Groß (1994), S. 341; Kuhlmann (1997), S. 124-130. In den folgenden Jahren wurde der Beschluss des Bundesrats nach und nach in allen Ländern des Deutschen Reiches umgesetzt. Vorreiter war hierbei Baden, welches die Immatrikulation für Frauen bereits im Wintersemester 1899/1900 einführte, während Preußen den Bundesratsbeschluss erst zum Wintersemester 1908/09 umsetzte. Vgl. auch die Bekanntmachung, Zahnärztliche Rundschau 17 (1908), S. 1511.

² Vgl. Nauck (1953), S. 19.

³ Erst 1908 und 1913 lassen sich in der zahnärztlichen Presse wieder Veröffentlichungen um die „Frauenfrage“ nachweisen: beim Streit um das Wahlrecht von Zahnärztinnen zur preußischen Zahnärztekammer. Vgl. Groß (1994), S. 345 f., Fußnoten 40 und 41.

⁴ Erschienen im Zahnärztlichen Wochenblatt (1896), S. 179-180 und 187 f. (nach Risch [1992], S. 91 f.). Über den Ausbildungsgang der „Zahnärztin“ ist jedoch nichts bekannt (nach Kuhlmann [1997], S. 82 f.).

den werden,⁵ was die Schlussfolgerung nahe legt, dass die zeitgenössischen Zahnärzte der „Frauenfrage“ keine besondere Bedeutung für ihren Berufsstand beimaßen.⁶

Auch die vom Vereinsbund Deutscher Zahnärzte 1898 verfasste kritische Resolution zu einer vom Deutschen Ärztetag in Wiesbaden ausgesprochenen Empfehlung zur Zulassung von Frauen zum Studium der Zahnheilkunde⁷ lässt erkennen, dass selbst die organisierte Zahnärzteschaft keine Strategie zum Umgang mit der „Frauenfrage“ erarbeitet hatte. Bei genauer Betrachtung des Textes fällt nämlich auf, dass die Vertreter des Vereinsbundes die Empfehlung primär deshalb kritisierten, weil ihrer Ansicht nach der Ärztetag nicht berechtigt war, Entschlüsse über zahnärztliche Belange zu treffen; dies fiel ausschließlich in den Kompetenzbereich des Vereinsbundes. Offen bleibt zudem die eigene Position zur „Frauenfrage“, denn einerseits ist hier der Text sehr vage formuliert („zur Zeit [...] unzuweckmäßig“, „empfindlich gestört werden könnten“) und andererseits lässt er offen, ob von der Zulassung von Frauen ein negativer Einfluss auf die Reformbestrebungen befürchtet wird oder vielmehr durch die Einmischung und Empfehlung der Ärzteschaft.

Dennoch lassen sich in den wenigen Meinungsäußerungen zur „Frauenfrage“ einige typische argumentative Strategien nachzeichnen, die zum Teil, wie wir in diesem Beitrag nachweisen wollen, bis heute aktuell geblieben sind.

Im Gegensatz zu den Auseinandersetzungen bei den Ärzten nahm in der Diskussion der Zahnärzteschaft die Behauptung, Frauen seien hinsichtlich ihrer geistig-kreativen und wissenschaftlichen Fähigkeiten den Männern unterlegen, eine eher untergeordnete Rolle ein.⁸ Auch die im Bildungsbürgertum tief verankerte Abscheu vor einer Berufstätigkeit der Frau lässt sich in der Zahnärzteschaft nicht in demselben Maße wie bei den Ärzten feststellen, was letztlich damit zusammenhängt, dass die Zahnärzte um die Wende zum 20. Jahrhundert nicht den bildungsbürgerlichen Schichten angehörten – erst 1909 wurde etwa die Ausbildung zum Zahnarzt an den Nachweis des Abiturs gebunden, und erst 1919 wurde den Zahnärzten ein Promotionsrecht zugestanden.⁹ Vielmehr konzentrierte sich die Gegenposition auf die fehlende Eignung von Frauen für

⁵ Siehe hierzu Kuhlmann (1997), S. 88-94, unter Zugrundelegung der Untersuchungen von Balschbach (1990), Monse-Schneider (1991) und Groß (1994).

⁶ In diesem Zusammenhang ist auch die folgende Einlassung von Lewinsky in seinem Artikel im Zahnärztlichen Vereinsblatt von 1895 interessant: „Vor einiger Zeit ging durch die Tageszeitungen eine kurze Notiz, es solle beabsichtigt werden, den Frauen die ‚Zulassung zum zahnärztlichen Staatsexamen‘ zu gewähren. Die meisten Kollegen werden diese Mitteilung wohl mit einem leichten Lächeln oder mit einem ironischen Ausruf wie: ‚Na, das kann ja schön werden‘ u. dgl. gelesen und darüber nicht weiter nachgedacht haben. [...] Da nun bis jetzt in Deutschland überhaupt nur 1 bis 2 Mädchengymnasien existieren, so ist die Gefahr der Überflutung mit weiblichen Zahnärzten augenblicklich noch nicht so sehr aktuell.“ (zit. nach Groß [1994], S. 339 f.).

⁷ Vgl. Groß (1994), S. 340 (Zitat): „Der Vereinsbund Deutscher Zahnärzte, der die Zahnärzte allein für berechtigt hält, in dieser Frage zu entscheiden, hält die vom Ärztetag in Wiesbaden empfohlene Zulassung der Frauen zum Studium der Zahnheilkunde zur Zeit für unzuweckmäßig, weil dadurch die in vollem Gange befindlichen Reformbestrebungen im zahnärztlichen Stande empfindlich gestört werden könnten.“

⁸ Vgl. Groß (2006), S. 194 f.; Kuhlmann (1997), S. 92; Monse-Schneider (1991), S. 36-45.

⁹ Vgl. hierzu Groß (1994), S. 239-255; Groß (2003).

die Chirurgie¹⁰ – sei es, dass behauptet wurde, dass Frauen die Pflichterfüllung dem Mitgefühl unterordneten,¹¹ sei es, dass unterstellt wurde, dass sie kein ausreichendes Maß an physischer Stärke und Widerstandskraft besäßen.¹² Auch bei der Beurteilung der manuellen Geschicklichkeit der Kolleginnen war sich die männliche Zahnärzteschaft wiederum uneins.¹³ Im Hinblick auf deren Einfühlungsvermögen, Geduld und Vorsicht sowie deren Kompetenzen beim Umgang mit Kindern und Jugendlichen wurden den Frauen dagegen Vorteile gegenüber den Männern eingeräumt, und in ästhetischen Fragen schien die größere Kompetenz des weiblichen Geschlechts nahezu unbestritten.¹⁴ Zudem lassen einige Äußerungen erkennen, dass auch Männer die Ansicht der bürgerlichen Frauenbewegung aus den späten 1880er Jahren übernommen hatten, dass Frauen sich möglicherweise lieber von ihren „Geschlechtsgenossinnen“ behandeln ließen.¹⁵

Offensichtlich sahen die Zahnärzte nicht die *Frauen* als primäre „Bedrohung“ ihres Berufsstandes und ihrer gesellschaftlichen Position an, sondern zum einen die Ärzte, die regelmäßig ihren Einflussbereich auf die Zahnheilkunde auszudehnen und die (immer noch „immaturen“¹⁶) Zahnärzte zu subordinieren suchten,¹⁷ und zum anderen die nicht-approbierten Zahnbehandler.¹⁸ Da zu diesem Zeitpunkt die Zahnärzteschaft weder die Kontrolle über den Berufszugang noch eine marktbeherrschende Position bzw. eine Monopolstellung im Bereich der Zahnheilkunde besaß und der Zugang der Frauen zum Studium der Zahnheilkunde dem Anschein nach ohnehin nicht zu verhin-

¹⁰ Monse-Schneider (1991), S. 36-41; Kuhlmann (1997), S. 120.

¹¹ So ein anonym er Autor im Zahnärztlichen Wochenblatt 6 (1892/93), S.73 f. (nach Monse-Schneider [1991], S. 38 und Kuhlmann [1997], S. 88).

¹² So bei F. Müller im Correspondenzblatt für Zahnärzte 25 (1896), S. 267-269 (nach Monse-Schneider [1991], S. 40 f. und Kuhlmann [1997], S. 89).

¹³ Im Journal für Zahnheilkunde 3 (1888) wundert sich ein anonym er Autor darüber, „dass man Frauen, welche meist von Jugend auf eine besondere Finger-Geschicklichkeit entwickeln, von verschiedenen Gebieten der operativen Branchen der Heilkunde auszuschliessen sich bemüht.“ (S. 53, zitiert nach Groß [2006], S. 196). Auch der Zahnarzt Blahy stellt in seinem Artikel im Correspondenzblatt für Zahnärzte 26 (1897), S. 37-40, fest: „Der tüchtige Zahnarzt muss sein Fach absolut beherrschen, exzellente, manuelle Geschicklichkeit, [...] besitzen. Jede Zahnärztin kann diese Tugenden ebenso, wenn nicht in höherem Maße sich aneignen.“ (S. 38; zitiert nach Groß [2006], S. 196 f.). Eine weitere Stellungnahme im Zahnärztlichen Wochenblatt 12 (1898/99), S. 167-169 stellt lediglich die Eignung der Frau für einen Teilbereich der zahnärztlichen Chirurgie in Frage, nämlich die Zahnextraktionen, die „häufiger ein die körperlichen Fähigkeiten der Frau übersteigendes Kraftmass erheischen als sonst die kleine Chirurgie“ (zitiert nach Kuhlmann [1997], S. 90).

¹⁴ Vgl. etwa Balschbach (1990), S. 81-117; Groß (1992), S. 58 f.; Groß (1994), S. 333-354.

¹⁵ Vgl. hierzu etwa Feyl (1983), S. 123, und Herold-Schmidt (1997), S. 69.

¹⁶ D. h. nicht das Abitur bzw. die Matura (maturitas = Reife) besitzend.

¹⁷ Schon vor der oben kurz dargestellten Empfehlung des Wiesbadener Ärztetages von 1898 gab es von Seiten der Ärzteschaft Einflussnahmen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde: so erstellten z. B. Ärzte zahnärztliche Fachgutachten, zahnärztliche Prüfungen fanden ohne Mitwirkung von Zahnärzten statt, Kassenärzte entschieden über die Notwendigkeit einer Zahnbehandlung und konnten diese auch selbst durchführen und schließlich bildeten sich auch Ärzte zum „Specialarzt für Zahn- und Mundkrankheiten“, die sich in direkte Konkurrenz zu den Zahnärzten begaben. Einzelheiten hierzu siehe Groß (1994), S. 219-224.

¹⁸ Hierzu ausführlich Groß (1994), S. 180-210.

dern war, versuchte man offensichtlich, dieser neuen Entwicklung eine nützliche Seite für den eigenen Berufsstand abzugewinnen: Selbst Zahnärzte, die einer Berufsausübung durch Frauen grundsätzlich negativ gegenüberstanden, sahen in der Zulassung von Frauen auch eine Chance, einen Teil der Patienten, nämlich Frauen und Kinder, dem Zugriff der nicht-approbierten Zahnbehandler zu entreißen und in die Obhut der Zahnärzteschaft zu überführen, um so die Marktposition der nicht-approbierten Konkurrenz zu schwächen.¹⁹

Obgleich in den wenigen vorhandenen Meinungsäußerungen und Stellungnahmen von Zahnärzten zur „Frauenfrage“ einzig die Eignung der Frau für die Chirurgie in Frage gestellt wurde, erscheint es doch gewagt, daraus einen strategisch verfolgten Alleinvertretungsanspruch der Männer für die zahnärztliche Chirurgie abzuleiten.²⁰ Erstens beziehen lediglich drei der zwölf aus der Feder von Männern stammenden Abhandlungen des betrachteten Zeitraumes diese Position. Zweitens ist die Argumentation, insbesondere die Ausübung der zahnärztlichen Chirurgie sei in diesem Zeitraum wirtschaftlich lukrativer gewesen, da sie als einziges Fachgebiet von den Krankenkassen vollständig akzeptiert war,²¹ nicht wirklich schlüssig. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1883 sah nämlich weder Zahnbehandlungen noch Zahnärzte in der Krankenversorgung vor. Die Notwendigkeit einer mundchirurgischen Maßnahme wurde vom zuständigen Kassenarzt festgestellt, der die Behandlung auch selbst vornehmen konnte.²² Ob überhaupt Zahnärzte für die Kassenversorgung nötig waren und ob lediglich chirurgische Maßnahmen oder auch konservierende Zahnbehandlungen übernommen wurden, lag letztlich im Ermessen der einzelnen Krankenkasse.²³ Dementsprechend spielte die zahnärztliche Behandlung von Kassenpatienten um die Wende zum 20. Jahrhundert für die Zahnärzte eine untergeordnete Rolle.²⁴

Wahrscheinlicher ist dagegen die Deutung, dass sowohl die Chirurgie als auch die konservierende (zahnerhaltende) und Zähne ersetzende (prothetische) Behandlung zu Beginn des 20. Jahrhundert noch stark handwerklich besetzt waren und dementsprechend von einer ausgesprochen männlichen Geschlechtsrolle auszugehen war. Die Ausübung der Zahnheilkunde durch Frauen schien nicht nur innerhalb der Zahnärzteschaft, sondern auch in einer männlich dominierten Gesellschaft, insbesondere innerhalb des männlichen Patientenkollektivs, schwer vorstellbar.²⁵

Folgt man den spärlichen Aussagen der wenigen zeitgenössischen Zahnärztinnen, so fällt auf, dass die Frauen selbst ihre besondere Eignung für die Behandlung von Frauen und Kindern herausstellten: Henriette Hirschfeld-Tiburtius, die ihre akademische Ausbildung zur Zahnärztin 1869 erfolgreich in den USA abgeschlossen hatte und

¹⁹ Vgl. etwa Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift 1 (1898), S. 167-169. In Hamburg betrug z. B. die Frauenquote unter den nicht-approbierten Zahnbehandlern 1904 31 %, Gabrys (1987), S. 42.

²⁰ Wie z. B. Kuhlmann (1997) auf S. 120 f. ausführt.

²¹ Kuhlmann (1997), S. 120.

²² Hierzu ausführlich Groß (1994), S. 273-305, und Groß (1998), S. 31.

²³ Groß (1998), S. 31.

²⁴ Groß (1998), S. 31 f.

²⁵ Entsprechende Vorbehalte von Männern finden sich in den Äußerungen von Hirschfeld-Tiburtius und Kowarski-Blanc; siehe Kuhlmann (1997), S. 76 und 82, sowie Risch (1992), S. 93.

anschließend mit behördlicher Genehmigung in Berlin praktizierte, verweist darauf, dass ihr Patientenklientel vor allem aus Frauen und Kindern bestand.²⁶ Die erste in Deutschland approbierte Zahnärztin, Ida Freudenstein, skizziert ein ähnliches Berufsbild:

„[Es] gibt [...] doch überall Leute, besonders Frauen, die sich lieber von einer Dame als von einem Herren behandeln lassen würden. [...] Besonders geeignet erscheint mir die Frau zur Behandlung von Kindern; ich glaube, dass [...] eine Frau, selbst mit den schlecht erzogenen Kindern besser fertig werden wird, als der Mann. [...] Es ist gewiß nicht ausgeschlossen, dass später auch Frauen [...] an Schulen angestellt würden.“²⁷

Die bereits erwähnte Zahnärztin Kowarsky-Blanc²⁸ attestierte zwar den Frauen eine besondere Eignung für die Kinderbehandlung, stellte jedoch zugleich klar, dass ihrer Meinung nach spezielle fachliche Schwerpunkte nach persönlichen Neigungen gesetzt würden und nicht geschlechtsspezifisch seien. Zu den notwendigen chirurgischen Fähigkeiten schrieb sie:

„Nicht Kraft, sondern Geschicklichkeit und etwas Kaltblütigkeit braucht man im zahnärztlichen Operationszimmer, und über beides kann die Frau auch verfügen, während es bei dem Manne ebenso vorkommen kann, daß beides fehlt.“²⁹

Da alle drei vorgenannten Frauen auf eine erfolgreiche Praxistätigkeit verweisen konnten, ist es unwahrscheinlich, dass sie ihr Behandlungsspektrum jeweils auf einige Teilaspekte der Zahnheilkunde beschränkten; ohnehin war auch bei einer überwiegend aus Frauen und Kindern zusammengesetzten Patientenklientel die Beherrschung aller zahnärztlichen Teilbereiche notwendig. Die Zeitschrift „Die Frau“ meldete im Jahr 1906, dass alle seit 1901 in Deutschland approbierten Zahnärztinnen in der zahnärztlichen Praxis tätig waren.³⁰ Dass der zahnärztliche Beruf gerade für die verheiratete Frau geeignet sei, da er ohne Nachteile bei der Kindererziehung gewissenhaft ausgeübt werden könne, betonten sowohl Freudenheim als auch Hirschfeld.³¹

Darüber hinaus erwies es sich für die in den zahnärztlichen Beruf strebenden Frauen als förderlich, dass um die gleiche Zeit zwei neue Tätigkeitsfelder in der Zahnheilkunde im Aufbau waren: die Kieferorthopädie³² und die Schulzahnpflege.³³ Von

²⁶ Groß (2006), S. 188 f., S. 197; Kuhlmann (1997), S. 81.

²⁷ Freudenheim (1904), S. 19 f.; zitiert nach Kuhlmann (1997), S. 83, und Groß (2006), S. 197.

²⁸ Vgl. Fußnote 4.

²⁹ Kowarsky-Blanc (1896), S. 187; zitiert nach Risch (1992), S. 93.

³⁰ Die Frau (1906), 13, S. 243; nach Kuhlmann (1997), S. 79.

³¹ Vgl. Risch (1992), S. 106, und Kuhlmann (S. 1997), S. 81 und 83.

³² 1907 wurde die „Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie“ ins Leben gerufen; vgl. Bernklau/Bertzbach (1981). Ausführliche Mitgliederverzeichnisse finden sich jedoch erst für die Zeit nach 1940.

³³ Eine Vorreiterrolle übernahm hierbei die 1902 gegründete Schulzahnklinik in Straßburg. 1909 bestanden 23, 1919 bereits 229 Schulzahnpflegestätten; vgl. Groß (1994), S. 317 f.

Anfang an gelang es den Zahnärztinnen, gerade in diesen neuen Bereichen Fuß zu fassen.³⁴

Insgesamt stieg der Anteil der weiblichen Studierenden der Zahnheilkunde in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nur langsam an. Waren am Vorabend des Ersten Weltkrieges (WS 1913/14) noch 3 % aller Studierenden weiblichen Geschlechts, so wuchs ihr Anteil bis zum Beginn des Zweiten Weltkrieges (WS 1938/39) auf 18,6 %. Nach Kriegsende fiel er vorübergehend wieder auf 13 % ab (WS 1947/48), um dann bis zum WS 1953/54 auf 26 % anzusteigen (vgl. Abb. 1).

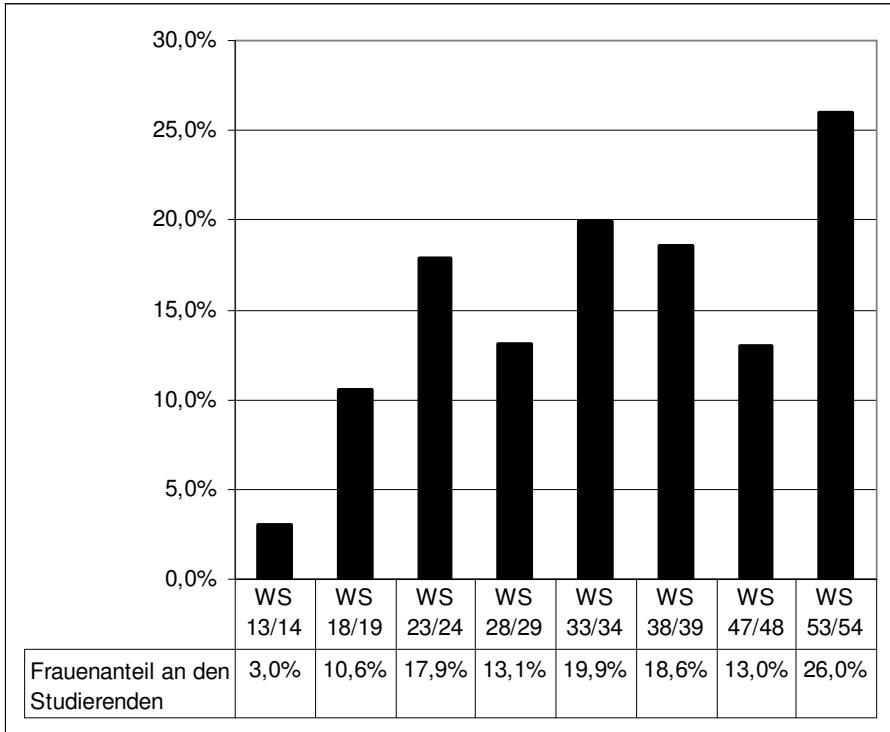


Abb. 1: Weibliche Studierende im Fach Zahnmedizin (1913-1953)³⁵

Zusammenfassend lässt sich die Geschlechterrolle der ersten approbierten Zahnärztinnen zu Beginn des 20. Jahrhunderts folgendermaßen umreißen: Da der zahnärztliche Berufsstand gleichzeitig an mehreren Fronten um Konsolidierung rang – um die Anerkennung und Kontrolle einer vollen akademischen Ausbildung ebenso wie um die alleinige oder vorrangige Kompetenz in der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheil-

³⁴ So hieß es in der Zahnärztlichen Rundschau zu den Schulzahnkliniken in deutschen Großstädten: „Unter den Assistenzärzten ist das weibliche Geschlecht sehr wesentlich vertreten. In Straßburg sind, wie schon erwähnt, die drei Assistenzärzte sämtlich Frauen.“ Vgl. Zahnärztliche Rundschau 17 (1913), S. 770 b.

³⁵ Nach Monse-Schneider (1997), S. 50-52.

kunde –, gab es gegen die Zulassung von Frauen zum Studium der Zahnmedizin keinen nennenswerten Widerstand, insbesondere kein ausgearbeitetes interessenpolitisches Konzept. Gegen die Eignung von Frauen zum Zahnarztberuf wurden von Seiten der Zahnärzteschaft, wenn auch nur vereinzelt, insbesondere folgende Behauptungen ins Feld geführt: (1) die unzureichende wissenschaftliche Befähigung (eine Argumentation, die bei einem noch nicht akademisierten Fach a priori nicht stichhaltig war) und (2) die fehlenden physischen und psychischen Voraussetzungen für die Ausübung der Chirurgie. Die Argumente für die Eignung von Frauen waren dagegen: (1) der Bedarf und die Eignung für die Behandlung von Frauen, (2) ihre vermeintlich natürliche Eignung für die Behandlung von Kindern (Einfühlungsvermögen, Geduld, pädagogische Fähigkeiten) und (3) ein ausgeprägter Sinn für Ästhetik.

Insbesondere das Argument der Eignung und Qualifikation für die Behandlung von Frauen und Kindern wurde von den Frauen selbst aufgebracht. Da diese geschlechtliche Deutung nicht nur von einem Teil der männlichen Zahnärzteschaft früh verinnerlicht wurde, sondern auch der gesellschaftlichen Frauenrolle jener Zeit entsprach, wurde den Zahnärztinnen zumindest die Kompetenz für einen bestimmten Bereich der Patientenklientel unterstellt. Damit eröffneten sich neue Perspektiven im Bereich der Kieferorthopädie und der Schulzahnpflege.

Nachdem wir bisher die Anfänge des Frauenstudiums in der Zahnheilkunde und die damit verbundenen Widerstände und Argumentationsfiguren beleuchtet haben, soll es im Folgenden um die zentrale Frage dieses Beitrages gehen: nämlich um die Rolle der Zahnärztin in der 1949 gegründeten Bundesrepublik Deutschland. Dabei gilt es zugleich zu überprüfen, welche der älteren Argumentationsstrategien bzw. welche Aspekte des traditionellen Frauenbildes nach 1949 noch wirksam waren.

2. Zahnärztliche Profession und Gender: Die Situation in der jungen Bundesrepublik

Als im Jahr 1949 die Bundesrepublik Deutschland gegründet wurde, hatte der so genannte Dualismus in der Zahnheilkunde – d. h. die Zweiteilung der Zahnbehandler in approbierte Zahnärzte und nicht-approbierte Dentisten – weiterhin Bestand. Der seit 1919 durch die Einführung der zahnmedizinischen Promotion endgültig akademisierten Zahnärzteschaft³⁶ stand mit den in Fachschulen ausgebildeten Dentistinnen und Dentisten eine zahlenmäßig gleich starke konkurrierende Berufsgruppe gegenüber. So waren 1949 11.921 Zahnärzte und 12.050 Dentisten registriert.³⁷

Das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde³⁸ brachte im Jahr 1952 das Aus für die Dentistenausbildung und legte somit die Grundlage für eine einheitliche akademisch ausgebildete Zahnärzteschaft. Dentistinnen und Dentisten erhielten im Rahmen einer großzügigen Übergangsregelung nach Ableistung einer 60-stündigen Fortbildung die Anerkennung als „Zahnärzte“ und die zahnärztliche Approbation.³⁹ Über 15.000

³⁶ Groß (2006b), S. 103.

³⁷ Groß (2006b), S. 106.

³⁸ BGBl. I, S. 221 ff.

³⁹ BGBl. I, S. 221 ff., hier Teil II: Eingliederung der Dentisten.

wurden dadurch offiziell als Zahnärztinnen und Zahnärzte anerkannt.⁴⁰ Gleichzeitig wurde die Kurierfreiheit in der Zahnheilkunde aufgehoben, was endgültig den Ausschluss der Zahntechniker von der Behandlung am Patienten bedeutete. Bis zu diesem Zeitpunkt war es den Zahntechnikern durchaus gestattet, Zahnersatz nicht nur herzustellen und zu reparieren, sondern diesen auch zu planen, die vorbereitenden Maßnahmen wie Abformungen durchzuführen sowie die Prothese schließlich dem Patienten einzugliedern.⁴¹

Die Integration der Berufsvertretungen der Dentisten auf Länderebene in die öffentlich-rechtlichen Landes Zahnärztekammern und die Gründung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte (BDZ, als Verein) im Jahr 1953 stabilisierte institutionell den neu gebildeten „Einheitsstand“.⁴²

Die fortlaufende Überarbeitung von Muster-Berufsordnungen durch den BDZ⁴³ und die Einführung von Berufsordnungen durch die Landes Zahnärztekammern trugen zudem zu einer Vereinheitlichung der Berufsauffassung und zur Etablierung berufsständischer Normen bei und untermauerte die Kompetenz der vereinigten Standesvertretungen. Die neue Prüfungsordnung für Zahnärzte aus dem Jahr 1955⁴⁴ legte durch die Anpassung des Studiums der Zahnheilkunde an das Medizinstudium die Basis zu einer weiteren Verwissenschaftlichung des Faches und beseitigte zum anderen durch die intensivere Vermittlung zahntechnischer Fähigkeiten eine bis dahin bestehende Schwachstelle des Universitätsstudiums.

Damit waren – zumindest nach dem in den Sozialwissenschaften weithin anerkannten Attributierungsmodell – wesentliche Merkmale einer erfolgreichen Professionalisierung erfüllt: Kennzeichnend für eine Profession ist hiernach ein wissenschaftlich begründetes Sonderwissen (spezielle Fachterminologie), ein lang andauernder, theoretisch fundierter Ausbildungsgang auf akademischem Niveau (staatliche Lizenzierung), explizite berufsständische Normen (Code of Ethics), Autonomie bei der Berufsausübung (Fach- und Sachautorität) sowie eine durch Berufsverbände (Interessenvertretung) sichergestellte Selbstkontrolle.⁴⁵

⁴⁰ Maretzky/Venter (1974), S. 260.

⁴¹ Vgl. Maretzky/Venter (1974), S. 246-248 sowie S. 266 f. In der ehemaligen DDR bzw. in der Sowjetischen Besatzungszone wurde bereits 1946 mit dem „Leipziger Abkommen“ die Grundlage für eine Vereinigung beider zahnbehandelnder Berufsgruppen geschaffen; vgl. Maretzky/Venter (1974), S. 244 f.

⁴² Vgl. Maretzky/Venter (1974), S. 240-242, und Tiemann/Klingenberger/Weber (2003), S. 25/p. 165: Der „Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen e. V.“ (VDZB) und der „Verband Deutscher Dentisten“ (VDD) wurden im Jahr 1953 zum „Berufsverband der Deutschen Zahnärzte“ (BDZ) vereinigt.

⁴³ Die erste Muster-Berufsordnung wurde bereits 1952 vom Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen e. V. erarbeitet. Zu den selbst gestellten Aufgaben des 1953 gegründeten BDZ gehörte u. a. die Schaffung einer einheitlichen Berufsauffassung durch die Ausarbeitung einer Muster-Berufsordnung. Vgl. hierzu Groß/Groß (2002), S. 47 (auch abgedruckt in Groß (2006a), S. 265-294).

⁴⁴ BGBl. I S. 37.

⁴⁵ Für Details zum Attributierungsmodell vgl. Schäfer/Groß (2007), S. 726. Weiterführende Literatur ebd.

Im Hinblick auf die angestrebte Vorrangstellung auf dem Markt für zahnmedizinische Dienstleistungen war durch die Subordination der Zahntechniker und vor allem durch die Ausschaltung des dentistischen Ausbildungsgangs die letzte Hürde genommen worden. Durch die Integration der Dentistinnen und Dentisten in den Zahnärztestand schien jedoch andererseits das Ziel der Zahnärzte, als eine homogene, akademisch ausgebildete Berufsgruppe anerkannt zu werden, gefährdet. Kurzfristig musste die vereinigte, nunmehr zur Hälfte aus nicht akademischen Dentisten bestehende Zahnärzteschaft mithin ein Berufsbild in Kauf nehmen, das durch eine Minderung sowohl der wissenschaftlichen Kompetenz als auch des Sozialprestiges gekennzeichnet war.⁴⁶ Zudem war der berufsspezifische Markt noch sehr begrenzt,⁴⁷ wobei sich die ehemalige Konkurrenz nun zudem innerhalb des Berufsstandes bewegte – ein Umstand, der – wie zu zeigen sein wird – die Berufszufriedenheit und das Selbstbild der akademisch ausgebildeten Zahnärzte negativ beeinflusste.⁴⁸ Gleichzeitig blieb die Handlungsfähigkeit der Standesvertreter über längere Zeit stark eingeschränkt, da man die nach Jahrzehnten erreichte Einigung nicht aufs Spiel setzen wollte.⁴⁹ Die Verdopplung der Zahnärztezahl wirkte sich zudem zwangsläufig auf die Einkommenssituation aus.

Wie aber wirkten sich diese schwierigen Bedingungen der zahnärztlichen Profession auf ihre weiblichen Vertreter aus? Ebendieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden.

3. Zahnärztinnen in der Bundesrepublik Deutschland (1950-1989)

Die Genderforscherin Ilse Costas⁵⁰ vertritt die These, dass Frauen gerade dann gute Chancen besitzen, sich in einer Profession zu etablieren, wenn (1) die Inszenierung männlicher Dominanz in der Berufsausübung und in der Lehre für die Profession keine große Rolle spielt, also auch als typisch „weiblich“ betrachtete Eigenschaften als positiv für die Berufsausübung gewertet werden, und (2) die Entwicklung der Profession noch nicht abgeschlossen ist. Der Grad der Professionalisierung bemisst sich insbesondere anhand der Einheitlichkeit der Ausbildung und der Zugangskontrolle zum Beruf. Schließlich führen (3) eine wenig entwickelte gesellschaftliche Anerkennung und das daraus resultierende geringe Sozialprestige dazu, dass eine Profession für Männer als

⁴⁶ Vgl. Schnelle (1968).

⁴⁷ Die Kassenversorgung bestand nur im Rahmen der zahnärztlichen Chirurgie und der konservierenden Zahnheilkunde sowie eingeschränkt beim Zahnersatz, während die kieferorthopädische oder parodontologische Versorgung von der Kassenleistung ausgeschlossen war. Die Einführung dieser Leistungen in die kassenzahnärztlichen Versorgung erfolgte erst in den 1970er Jahren; Liebold/Raff/Wissing (2005), S. BEMA-Z-Historie, S. 4 f. Vgl. auch Maretzky/Venter (1974), S. 273.

⁴⁸ Vgl. hierzu Kapitel 3 dieses Beitrages.

⁴⁹ Durch die Angleichung der Honorare der ehemaligen Dentistinnen und Dentisten an die der Zahnärztinnen und Zahnärzte waren die Kassenbudgets bereits stark strapaziert, so dass die akademischen Zahnärztinnen und Zahnärzte einen Verzicht auf Einkommenssteigerungen bis zum Ende der 1950er Jahre hinnehmen mussten. Vgl. Maretzky/Venter (1974), S. 273 f.

⁵⁰ Insbesondere in Costas (1992) und (1998).

nicht sehr attraktiv gilt, selbst wenn eine große Nachfrage nach den entsprechenden Dienstleistungen besteht.⁵¹ Ähnlich äußert sich Kuhlmann, wenn sie konstatiert:

„Festzustellen ist ein negativ wirksamer Zusammenhang zwischen dem Grad der Professionalisierung und den Handlungsmöglichkeiten von Frauen. Je weiter die Professionalisierung fortgeschritten und der Anspruch auf das Beschäftigungsfeld gegenüber anderen Berufsgruppen abgegrenzt und gesichert ist, desto geringer sind die Handlungsmöglichkeiten von Frauen. Der Grad der Professionalisierung ist ein zuverlässigerer Prädiktor für diese Handlungsspielräume als die Arbeitsmarktbedingungen der Profession.“ (Kuhlmann [1999], S. 123)

Aus den bisherigen Ausführungen zum Zahnarztberuf ergibt sich, dass zwar von staatlicher und institutioneller Seite wesentliche Grundlagen für die weitere Professionalisierung der Zahnärzteschaft geschaffen werden konnten, der wissenschaftliche und soziale Status jedoch noch weit von dem der Ärzteschaft entfernt war. Darüber hinaus traten innerhalb des neuen, noch weitgehend inhomogenen „Einheitsstandes“ erhebliche Spannungen auf, die unter anderem zur Gründung des Freien Verbandes führten, der bis in die 1960er Jahre in scharfer Opposition zu den öffentlich-rechtlichen Körperschaften stand und deren Legitimation als Interessenvertretung der Zahnärzteschaft anzweifelte.⁵²

Im Folgenden soll daher untersucht werden, welche Auswirkungen die weitere Entwicklung der zahnärztlichen Profession in den ersten Jahrzehnten nach der Gründung der Bundesrepublik Deutschland auf den Zugang von Frauen zum zahnärztlichen Beruf hatte und inwieweit die Zahnärztinnen hierbei einem geschlechtsspezifischen Rollenmuster folgten.

Um den tatsächlichen Zugang zum Beruf beurteilen zu können, wurden schwerpunktmäßig die Approbationszahlen der Jahre 1955 bis 1989 zugrunde gelegt. Durch die Wahl des Zeitraumes ist zum einen gewährleistet, dass Approbationen, die mit der Integration von Dentistinnen und Dentisten in Zusammenhang stehen,⁵³ nicht das Ergebnis verzerren; zum anderen werden am anderen Ende der Zeitskala Verschiebungen, die sich durch die Wiedervereinigung ergaben, ausgespart (vgl. Abb. 2).

⁵¹ Costas (1998), S. 145 f.

⁵² Siehe hierzu Maretzky/Venter (1974), S. 276 f.

⁵³ Denn, so Groß (1998), S. 137, „[a]uch die Aufhebung des Dentistenberufs führte dem Zahnarztberuf Frauen zu“. Nach Maretzky/Venter (1974) hatten bis Ende 1953 15.529 Dentistinnen und Dentisten (entsprechend 95 %) erfolgreich an den vorgeschriebenen Fortbildungskursen teilgenommen und daraufhin die zahnärztliche Approbation erworben, S. 260.

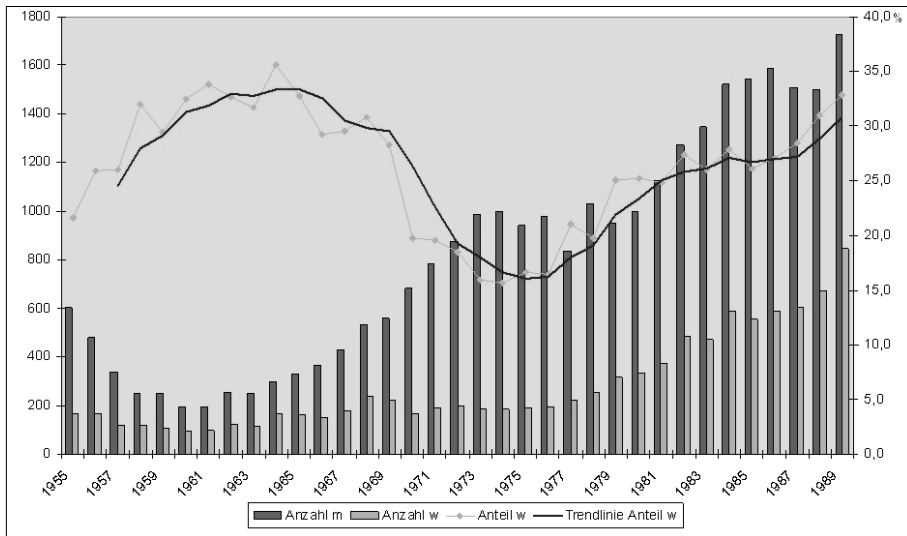


Abb. 2: Geschlechtsspezifische Entwicklung der jährlichen zahnärztlichen Approbationen in der Bundesrepublik Deutschland (1955-1989)⁵⁴

3.1 Phase 1: Erste „Feminisierungswelle“ (1958 bis 1964)

Bei Betrachtung der Entwicklung der Approbationszahlen in der Bundesrepublik Deutschland und der hieraus abgeleiteten Trendlinie (vgl. Abb. 2) fällt auf, dass ab 1957 ein massiver Rückgang der zahnärztlichen Approbationen zu verzeichnen ist – eine Entwicklung, die sich erst in der Mitte der 1960er Jahre wieder umkehrte. Erklärbar ist der Rückgang durch zwei Faktoren: (1) Durch die Bestimmungen des Zahnheilkundengesetzes von 1952 wurde eine Verlängerung der Ausbildungszeit um zwei Jahre für die noch in Ausbildung befindlichen Dentistinnen und Dentisten erlassen, so dass diese noch bis etwa 1955 in zahlenmäßig relevantem Umfang in die Approbationszahlen einfließen.⁵⁵ Anschließend wurden die dentistischen Lehrinstitute geschlossen und der zahnärztliche Nachwuchs kam ausschließlich aus den Universitäten, die ihre Ausbildungskapazitäten jedoch erst in den 1960er Jahren erhöhten. (2) Im Jahr 1955 war darüber hinaus das zahnärztliche Studium um zwei Semester auf fünf Jahre verlängert worden, was sich auch auf die Wahl des Studienfachs negativ ausgewirkt haben dürfte.

Nicht erklärt wird jedoch der Umstand, dass der Rückgang der Approbationen fast ausschließlich auf das Ausbleiben von *männlichen* Universitätsabsolventen zurückzuführen war: Ihre Zahl sank nämlich um über 400 von rund 600 im Jahr 1955 auf unter 200 in den Jahren 1960 und 1961. In derselben Zeit gingen die Bestellungen für Zahn-

⁵⁴ Quelle: BLK (2004), Statistischer Anhang, S. 10, Tabelle 1.6. Zur Legende: Anzahl m = Anzahl männlicher Approbierter pro Jahr; Anzahl w = Anzahl weiblicher Approbierter pro Jahr; Anteil w = Prozentualer Anteil weiblicher Approbierter an der Gesamtzahl der Approbierten; Trendlinie Anteil w = Trendlinie bezogen auf den prozentualen Anteil weiblicher Approbierter an der Gesamtzahl der Approbierten.

⁵⁵ Siehe hierzu genauer Maretzky/Venter (1974), S. 259 f.

ärztinnen nur um etwa 70 von etwa 170 auf knapp unter 100 zurück. Das bedeutet, dass die steigende Frauenquote bei den zahnärztlichen Berufsanfängern, die bis weit in die 1960er Jahre bei über 30 % lag, nicht durch den Anstieg der Anzahl der Frauen unter den Studierenden, sondern durch die Abnahme der Männeranzahl zustande kommt. Daraus lässt sich die *erste These* ableiten, dass der *hohe Frauenanteil an den zahnärztlichen Approbationen zwischen 1958 und 1964 vorrangig auf einen Attraktivitätsverlust des Zahnarztberufs beim männlichen Geschlecht zurückzuführen* war und nicht auf eine Öffnung der Profession für Frauen bzw. auf einen starken Zustrom von Frauen.

Wie aber lässt sich diese These untermauern? Berücksichtigt man einen durchschnittlichen Zeitraum zwischen dem Eintritt in das zahnmedizinische Studium und der Erteilung der zahnärztlichen Approbation von fünf bis sechs Jahren, so fällt auf, dass der Beginn des Einbruchs mit dem Inkrafttreten des Zahnheilkundegesetzes und der Integration der Dentistinnen und Dentisten in die Zahnärzteschaft zusammenfällt. Wie in Kapitel 2 dargelegt, führte deren Gleichstellung mit den akademisch ausgebildeten Zahnärzten zunächst zu einer deutlichen Abwertung des Zahnberufs. Zum ersten betraf dies die ökonomische Situation der akademischen Zahnärzte auf dem Markt für zahnärztliche Dienstleistungen. Sie verschlechterte sich dadurch, dass die Gruppe der Dentisten wirtschaftlich aufgewertet wurde; ihre zuvor um 20 % niedrigeren Honorarsätze wurden denen der Zahnärzte angepasst.⁵⁶ Für eine Anpassung des Honorarniveaus der Zahnärzteschaft an den allgemeinen Einkommenszuwachs blieb dagegen (bzw. demzufolge) lange Zeit kein Spielraum.⁵⁷ Zum zweiten wurde die Konkurrenzsituation durch die identische Berufsbezeichnung „Zahnarzt“ weiter verschärft; nur durch das Führen eines Dokortitels konnte fortan der Unterschied zwischen einem nichtakademischen und einem akademischen Zahnarzt kenntlich gemacht werden.⁵⁸ Zum dritten litt das wissenschaftliche Ansehen des medizinischen Fachs der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde durch die nunmehr inhomogen ausgebildete Berufsgruppe – mit der Folge, dass auch das Selbstverständnis der Zahnärzte, die sich eigentlich auf Augenhöhe mit den Ärzten sahen, empfindlich getrübt wurde. Wie sehr die akademischen Zahnärzte der 1950er Jahre ihr Berufsbild und ihr Sozialprestige mit dem der Ärzteschaft verglichen, zeigt eine soziologische Untersuchung von Schnelle aus dem Jahr 1964 zu Bezugsgruppenproblemen im Zahnarztberuf. Hierbei sind vor allem die Antworten auf die Frage „Wenn Sie noch einmal vor der Berufswahl ständen, würden Sie sich wieder für den Zahnarztberuf entscheiden?“ von Interesse: Fast die Hälfte der akademisch ausgebildeten Zahnärzte gaben an, einen anderen Beruf ergreifen zu wollen. Von diesen schrieben wiederum 50 %, stattdessen den Beruf des Arztes anstreben zu wollen.⁵⁹ Auch fühlten sich 60 % der akademisch ausgebildeten Zahnärzte von der Ärzteschaft lediglich als „Schmalspurmediziner“ eingestuft.⁶⁰ Insbesondere die älteren Zahnärzte sahen im Zusammenschluss mit den Dentisten „eine Beeinträchtigung der

⁵⁶ Maretzky/Venter (1974), S. 274.

⁵⁷ Zimmerlein (1956), S. 177 und 181; Conrady (1958), S. 42.

⁵⁸ Zu diesem Aspekt vgl. Groß (2002), S. 76.

⁵⁹ Schnelle (1968), S. 60 f.

⁶⁰ Schnelle (1968), S. 61.

sozialen Stellung des Zahnarztes“.⁶¹ Weitere Gründe für die Unzufriedenheit mit der Berufswahl waren die starke physische und psychische Belastung, der keine adäquate materielle aber auch immaterielle Belohnung gegenüber stände.⁶²

Die Geschlechtersymbolik in der Zahnheilkunde hatte sich bemerkenswerterweise nicht gewandelt. Unverändert hatte die Vorstellung Bestand, dass die Frau für einzelne Bereiche der Zahnmedizin besonders geeignet sei. Folgendes einer zeitgenössischen Dissertation von Jutta Christoph (1953) entlehntes Zitat kann dies untermauern:

„[...] so wird immer wieder mit einem gewissen Recht von den Eltern der kleinen Patienten angeführt, dass das mildere und sanftere Auftreten der Frauen die Kinder, besonders im zarten Alter, zutraulicher mache und dadurch die zahnärztl. Behandlung nach allen Richtungen hin erleichtere [...]. Die kosmetische Seite der Zahnmedizin scheint auf die Frauen eine besondere Anziehungskraft auszuüben, wie ja die Kosmetik überhaupt seit Jahrhunderten der intime Bereich der Frau ist.“⁶³

Tatsächlich stellte die Kinder- und Jugendzahnheilkunde ein Tätigkeitsfeld dar, das traditionell in besonderem Maße von Frauen ausgeübt wird.⁶⁴ Zugleich existierte mit der Kieferorthopädie ein zweiter zahnärztlicher Bereich mit einem besonders hohen Anteil an kindlichen und adoleszenten Patienten – ein Gebiet, das in der Bundesrepublik frühzeitig ein eigenständiges Profil entwickelte und entsprechend als Lehrgebiet universitär verankert war. In der Kieferorthopädie als dem ältesten Spezialgebiet innerhalb der Zahnheilkunde lag der Anteil von Frauen kontinuierlich weit über ihrem Anteil an allen zuvor betrachteten Qualifikationen. Bereits 1956 stellten Frauen 40 % aller Kieferorthopädinnen. Auch in der Folgezeit waren die Frauen gerade in diesem hochqualifizierten Professionssegment fast doppelt so häufig vertreten wie in der gesamten Zahnärzteschaft.⁶⁵

3.2 Phase 2: Rückgang des Frauenanteils zwischen 1970 und 1976

Ein Blick auf Tabelle 1 zeigt weiterhin einen starken Rückgang des Frauenanteils zwischen 1970 und 1976 bis auf unter 16 %. Auch hier handelt sich um eine *relative* Abnahme, die faktisch durch eine starke Zunahme der zahnärztlichen Approbationen bei den Männern bedingt ist. Die absoluten Approbationszahlen bei den Frauen blieben hingegen im betrachteten Zeitraum weitgehend unverändert. Dieses Ergebnis führt unmittelbar zu einer *zweiten These*, wonach *die sehr niedrige Frauenquote bei den zahnärztlichen Approbationen zwischen 1970 und 1976 aus einer in dieser Zeit außerordentlich gestiegenen Attraktivität des Zahnarztberufes für Männer resultiert*. Offensichtlich wirkte sich diese Anziehungskraft auf das weibliche Geschlecht nicht in gleicher Weise aus.

Auch diese These ist begründungspflichtig: Die 1970er Jahre brachten zum ersten die Überwindung des durch die Integration der Dentisten eingetretenen Prestigever-

⁶¹ Schnelle (1968), S. 63.

⁶² Schnelle (1968), S. 63.

⁶³ Christoph (1953), S. 27 f.

⁶⁴ Vgl. hierzu Groß (1994), S. 349 f.; vgl. auch Kapitel 1 dieser Arbeit.

⁶⁵ Vgl. Kuhlmann (1999), S. 134.

lustes. Die Gründung des Einheitsstandes lag mittlerweile ca. zwei Jahrzehnte zurück und spielte insbesondere in der Wahrnehmung der jungen Zahnärzte und der Studienanfänger keine Rolle mehr. Bezeichnenderweise hatte Schnelle in der vorgenannten Untersuchung 1964/65 ermittelt, dass sich von den unter 40-jährigen Zahnärzten über 80 % wieder für den Beruf entscheiden würden. Folglich sahen jüngere Zahnärzte den Berufsstand kaum noch kompromittiert.⁶⁶

Soziale Exklusivität und damit neue Attraktivität erfuhr das Studium der Zahnheilkunde zum zweiten auch durch die seit 1965 geltenden Zulassungsbeschränkungen (Numerus clausus), welche aufgrund der zu geringen universitären Ausbildungskapazitäten notwendig wurden.⁶⁷

Zum dritten erreichten die zahnärztlichen Interessenvertreter auch eine deutliche Erweiterung der Kassenzahnärztlichen Versorgungsleistungen, was den Zahnarztberuf auch in wirtschaftlicher Hinsicht deutlich attraktiver erscheinen ließ: Seit 1972 gehörten kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, seit 1974 die Behandlung von Parodontopathien und seit 1975 die Behandlung mit Zahnersatz zu den kassenzahnärztlichen Leistungen.⁶⁸ Auch hinsichtlich der Außenwahrnehmung des Berufs zeichnete sich ein Wandel ab: Demoskopischen Umfragen zufolge hatte sich seit den 1950er Jahren „das Image des Zahnarztes in der Öffentlichkeit dahingehend geändert, daß er heute weitgehend als Arzt und nicht – wie noch vor wenigen Jahrzehnten – als Zahnbehandler gesehen wird.“⁶⁹ Offensichtlich kam es durch die Übernahme eines Großteils des zahnmedizinischen Behandlungsspektrums in die kassenzahnärztliche Versorgung zu einer Aufwertung der Zahnheilkunde innerhalb des Gesundheitswesens. Die Zahnmedizin war nunmehr als „notwendige“ medizinische Versorgung in der Reichsversicherungsordnung verankert.⁷⁰ Gleichzeitig führte diese Entwicklung zu einer Erweiterung des Patientenkreises und – aus Sicht der Zahnärzte – zu wirtschaftlicher Prosperität. Beide Faktoren führten zu einem Prestigegewinn des Faches Zahnheilkunde.

Den geschilderten berufspolitischen Erfolgen waren indessen jahrelange, harte Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen und der Politik vorausgegangen. Doch dank eines geschlossenen Auftretens und langjähriger Erfahrungen in interessenpolitischen Fragen gingen die Zahnärzte aus diesem Machtkampf letztlich als Sieger hervor.⁷¹ Der ab 1962 bundesweit gültige BEMA⁷² und die uneingeschränkte Zulassung zu allen Kassen wurden auch von der Zahnärzteschaft als „durchgreifende Verbesserung der

⁶⁶ Siehe Schnelle (1968), S. 63.

⁶⁷ Vgl. hierzu Maretzky/Venter (1974), S. 277 und 279.

⁶⁸ Vgl. Liebold/Raff/Wissing (2005), S. BEMA-Z-Historie, S. 4 f.

⁶⁹ Bartscht (1973), S. 84.

⁷⁰ Vgl. Liebold/Raff/Wissing (2005), S. BEMA-Z-Historie, S. 4 f.; Maretzky/Venter (1974), S. 273.

⁷¹ Maretzky/Venter (1974), S. 269-274.

⁷² Liebold/Raff/Wissing (2005), S. BEMA-Z-Historie, S. 4: „Dieser BMV-Z [Bundesmantelvertrag Zahnärzte] trat nach jahrelangen Verhandlungen am 01.06.1962 in Kraft. Einer der wesentlichsten Teile dieses Vertragswerkes war der als Anlage zum BMV-Z vereinbarte Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen (BEMA-Z), der die bis dahin geltende, auf Teil IV der Preußischen Gebührenordnung (Preugo) vom 01.09.1924 aufbauende Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (Kazgo) und den Kassenzahnärztlichen Röntgentarif mit Wirkung ab 01.07.1962 ablöste.“ Vgl. auch Maretzky/Venter (1974), S. 274.

wirtschaftlichen Lage“ eingeschätzt.⁷³ Zu Beginn der 1970er Jahre standen das Kriterium der Freiberuflichkeit und die damit verbundene wirtschaftliche Unabhängigkeit unabhängig vom Alter und Geschlecht der Befragten an erster Stelle der Motive für eine zahnmedizinische Tätigkeit.⁷⁴ Das in anderen Gesundheitsberufen dominierende altruistische Ideal, „anderen Menschen zu helfen“, nahm demgegenüber Nippert zufolge eine weit nachgeordnete Stellung ein.⁷⁵ Unbestritten erlebte die Zahnärzteschaft eine wirtschaftliche Blütezeit, die ihren Mitgliedern auch im internationalen Vergleich hohe Verdienstmöglichkeiten sicherte und zugleich mit einem Zuwachs an Sozialprestige einherging. Die Einkommen hatten bis 1975 einen Spitzenplatz unter denen der vergleichbaren freien Berufe erlangt.⁷⁶ Die Zahnärzteschaft konnte ihre privilegierte Lage unter den Erwerbstätigen auch in der Folgezeit behaupten: Noch 1984 übertrafen die Einkommen aus Zahnarztpraxen diejenigen aus Arztpraxen um 17 %.⁷⁷

Doch während die Zahl der männlichen Approbierten in den 1970er Jahre stark anstieg, stagnierten die absoluten Zahlen der weiblichen Absolventinnen; entsprechend ging der relative Anteil der Frauen an den Approbierten sukzessive zurück.⁷⁸ Was waren die Hintergründe für die beschriebene Geschlechterdisparität? Anders als in der Deutschen Demokratischen Republik, in der „Kinderstomatologie“ zu einem wichtigen Teilgebiet wuchs, blieb die Kinder- und Jugendzahnheilkunde in der Bundesrepublik deutlich hinter den Teilbereichen Zahnerhaltung, Prothetik, Kieferorthopädie und zahnärztliche Chirurgie zurück. Obwohl die Schul- und Jugendzahnpflege hier bis in die 1960er Jahre ein von der Standespresse verfolgtes Thema war, geriet sie zunehmend in den Hintergrund.⁷⁹ Als im Jahr 1964 verfassungsrechtliche Bedenken das geplante „Bundesgesetz über die Jugendzahnpflege“ scheitern ließen,⁸⁰ wurde vielen, häufig erfolgreichen Initiativen zur „systematischen und organisierten Jugendzahnpflege“⁸¹ nach und nach die gesetzliche Grundlage entzogen. Demgegenüber blieb der Stellenwert der Kinder- und Jugendzahnheilkunde in der Deutschen Demokratischen Republik bis zur Wiedervereinigung unverändert hoch. Hier fand eine systematische Jugendzahnpflege mit kontrollierter Nachsorge statt, es bestand die Möglichkeit der Weiterbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kinderstomatologie, und es existierte eine wissenschaftliche Verankerung der Kinder- und Jugendstomatologie durch entsprechende Lehrstühle an den Hochschulen.⁸² Die beschriebene starke Gewichtung der Kinder- und Jugendzahnheilkunde kam insbesondere weiblichen Fachvertretern zugute, die in der Deutschen Demokratischen Republik traditionell stark vertreten waren: so waren in

⁷³ Maretzky/Venter (1974), S. 276.

⁷⁴ Die hohe Bedeutung der Selbständigkeit wurde auch für die 1980er Jahre nachgewiesen; Micheelis (1984), S. 14.

⁷⁵ Zitate aus Nippert (1988), S. 54.

⁷⁶ Vgl. Höhl (1995), S. 39.

⁷⁷ Siehe Alber (1992), S. 145.

⁷⁸ Kuhlmann (1999), S. 107.

⁷⁹ Kuhlmann (1999), S. 107 f.

⁸⁰ Ebd.

⁸¹ Vgl. hierzu Bürner (1956), S. 141, und Weiße (1977).

⁸² Kuhlmann (1999), S. 109.

den siebziger Jahren fast 70 % der Studierenden der Zahnmedizin Frauen.⁸³ In der Bundesrepublik wirkten sich unterdessen auch die niedrigeren Einkommen in der Jugendzahnpflege und eine Untergewichtung präventiver Maßnahmen in den Gebührenordnungen negativ auf die Akzeptanz der Jugendzahnpflege aus. Auch Weiße stellte für die 1970er Jahre fest, dass „die Honorierung der Prophylaxemaßnahmen und schlechthin aller Leistungen in der Kinderbehandlung“⁸⁴ zu niedrig sei – insbesondere, wenn man berücksichtige, dass die Behandlung von Kindern vielfach zeitaufwändig und komplexer ausfiele.⁸⁵

Die ungünstigen gesetzlichen Voraussetzungen und die fehlenden finanziellen Anreize beeinträchtigten auch die wissenschaftliche Akzeptanz der Kinderzahnheilkunde. Damit wurde ein traditionell Frauen zugestandenes Tätigkeitsfeld quantitativ relativ bedeutungslos. Zudem war dieses Fachgebiet neben der Kieferorthopädie das Terrain, auf dem Frauen erfolgreich agierten: Noch in den 1950er und Anfang der 1960er Jahre thematisierten die wenigen von Frauen verfassten Stellungnahmen in der Fachpresse nicht zufällig Fragen der Schul- bzw. Jugendzahnpflege.

Festzuhalten bleibt: Als in den 1960er und 1970er Jahren in der Bundesrepublik die Positionierung der verschiedenen zahnärztlichen Teilgebiete erfolgte, hatte die Kinder- und Jugendzahnheilkunde das Nachsehen. Dabei blieb der Bedeutungsverlust der Jugendzahnpflege nicht ohne Auswirkungen auf das Geschlechterverhältnis, da die Kinderbehandlung – anders als die handwerklich geprägte zahnärztliche Prothetik und die ebenfalls männlich geprägte zahnärztliche Chirurgie – zu den wenigen Teilbereichen gehörte, in denen Frauen eine besondere Zuständigkeit zugeschrieben wurde.⁸⁶ Wie wirkmächtig diese Stereotypen nach wie vor waren, zeigt eine zeitgenössische Aussage von Prof. Ann M. Lawrence aus den 1970er Jahren:

„Medizin ist offensichtlich eine Ausdehnung von Mutterschaft. Sie verlangt Mitfühlen, Geduld, Demut und die Fähigkeit zu lehren und mit anderen Menschen verständnisinnig zu sprechen. Das sind alles Eigenschaften, die angeborenen Eigenschaften und die Gesellschaft Frauen in hohem Maße haben entwickeln lassen.“ (Schweißheimer [1976], S. 10)⁸⁷

Diese Aussage macht deutlich, dass das Bild der Frau in der Gesellschaft traditionellen Klischees verhaftet blieb. Um so schwerer wog die Tatsache, dass mit der Kinder- und Jugendzahnpflege „gerade dasjenige Gebiet massiv an Bedeutung“ einbüßte, „in dem Frauen in größerer Zahl tätig waren und ihren Einfluß im Vergleich zur gesamten Profession am weitesten ausgebaut hatten.“⁸⁸

⁸³ Kuhlmann (1999), S. 108 f.

⁸⁴ Weiße (1977), S. 118.

⁸⁵ Ebd.

⁸⁶ Kuhlmann (1999), S. 107-109.

⁸⁷ Zitiert nach Risch (1992), S. 149.

⁸⁸ Kuhlmann (1999), S. 122.

3.3. Phase 3: Langsamer, aber kontinuierlicher Anstieg des Frauenanteils (1977 bis 1989)

Die nachfolgende Zeitphase bis 1989 war von einem weitgehend kontinuierlichen Anstieg der Approbationszahlen bei Frauen und Männern geprägt, wobei die Zahnärztinnen nunmehr stärkere Zuwächse verzeichneten als ihre Kollegen. Ende der 1970er Jahre überstieg der Anteil der Frauen an den Absolventen erstmals wieder die 20 %-Marke. Diese Entwicklung führt uns zu zwei weiteren Thesen, die nachfolgend näher begründet und erläutert werden sollen. *These 3* lautet: *Die seit 1977 kontinuierlich steigende Approbationsquote der Frauen ist auf eine Aufwertung der „typisch weiblich“ besetzten Gebiete der Zahnheilkunde seit der Mitte der 1970er Jahre zurückzuführen.* *These 4* lautet: *Demgegenüber untermauern die gleichzeitig ansteigenden absoluten Approbationszahlen bei den Männern die unverändert hohe Attraktivität des Berufes für dieses Geschlecht.*

Die Begründung für die dritte These scheint naheliegend: 1972 erfolgte die Erweiterung der kassenzahnärztlichen Versorgung auch auf die Kieferorthopädie⁸⁹ und damit auf einen Bereich, der traditionell im „weiblichen“ Kompetenzspektrum angesiedelt war. Ähnlich wie die Kinderzahnheilkunde war auch die Kieferorthopädie – noch weit mehr als heutzutage – durch die Behandlung von Kindern geprägt; zudem wurde sie in besonderer Weise mit zahnästhetischen Maßnahmen in Zusammenhang gebracht – auch dies ein Aspekt, bei dem Zahnärztinnen traditionell eine hohe Kompetenz zugesprochen wurde. Die beschriebene Aufwertung der Kieferorthopädie führte mit einer gewissen Zeitverzögerung zu einem Anstieg weiblicher Absolventen.

Gerade in diesem von hoher Spezialisierung geprägten Teilbereich waren Frauen bereits in den 1960er und 1970er Jahren mit einem Anteil zwischen 35 und 40 % – und damit letztlich nahezu doppelt so häufig wie in der gesamten Zahnärzteschaft – vertreten.⁹⁰ 1978 zeigte sich folgende Verteilung in der Kieferorthopädie: 42,7 % der berufstätigen Kieferorthopäden waren Frauen, bei den Praxisinhaberinnen betrug ihr prozentualer Anteil 44,1 %, bei den Assistentinnen 38,9 % und bei den Angestellten/Beamten nur 24,6 %.⁹¹ Noch deutlicher trat dieses Phänomen nach weiteren zehn Jahren hervor: Im Jahr 1988 betrug der Anteil der Zahnärztinnen innerhalb der Zahnärzteschaft 24,6 %.⁹² Unter den Fachzahnärzten für Kieferorthopädie wie auch unter den Lehrstuhlinhabern für Kieferorthopädie lag ihr Anteil nun bereits bei 50 %. Dagegen blieben die Frauen in der Oralchirurgie deutlich unterrepräsentiert: Noch 1988 betrug ihr Anteil hier lediglich 14,6 %.⁹³

Auch für Männer blieb der Zahnarztberuf attraktiv: Zusätzlich zur Kieferorthopädie wurden Weiterbildungsbestimmungen zum Fachzahnarzt für Oralchirurgie und (in einzelnen Kammergebieten) für Parodontologie erlassen. Zudem kam es zu einer weiteren Verschärfung und dauerhaften Etablierung des Numerus clausus, der zeitweise im aufstrebenden, technisch orientierten Fach Zahnheilkunde sogar strenger ausfiel als im bildungsbürgerlich geprägten Fach Humanmedizin.⁹⁴ Erhöhte die zunehmende

⁸⁹ Liebold/Raff/Wissing (2005), S. BEMA-Z-Historie 4.

⁹⁰ Vgl. Kuhlmann (1999), S. 107.

⁹¹ Kuhlmann (1999), S. 139.

⁹² Monse-Schneider (1991), S. 62.

⁹³ Kuhlmann (1999), S. 134.

⁹⁴ Schäfer/Groß (2008), S. 289.

Ausdifferenzierung und Spezialisierung des Fachs den wissenschaftlichen Anspruch der Zahnheilkunde, so bewirkte die zunehmende Exklusivität durch die Bindung des Fachs an überdurchschnittliche Abiturnoten einen Gewinn an Sozialprestige. Beide Entwicklungen waren flankiert von einer anhaltenden Aussicht auf wirtschaftliche Prosperität. Tatsächlich konnten die Zahnärzte ihre privilegierte Arbeitsmarkt- und Einkommenssituation lange Zeit behaupten.⁹⁵

Gleichwohl überrascht, wie stark die Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Teilgebiete noch Ende der 1980er Jahre den eingangs erwähnten traditionellen Zuschreibungen entsprach: Zu diesem Zeitpunkt lag der Anteil der Frauen innerhalb der deutschen Zahnärzteschaft bei ca. 25 %⁹⁶ (vgl. Abb. 3).

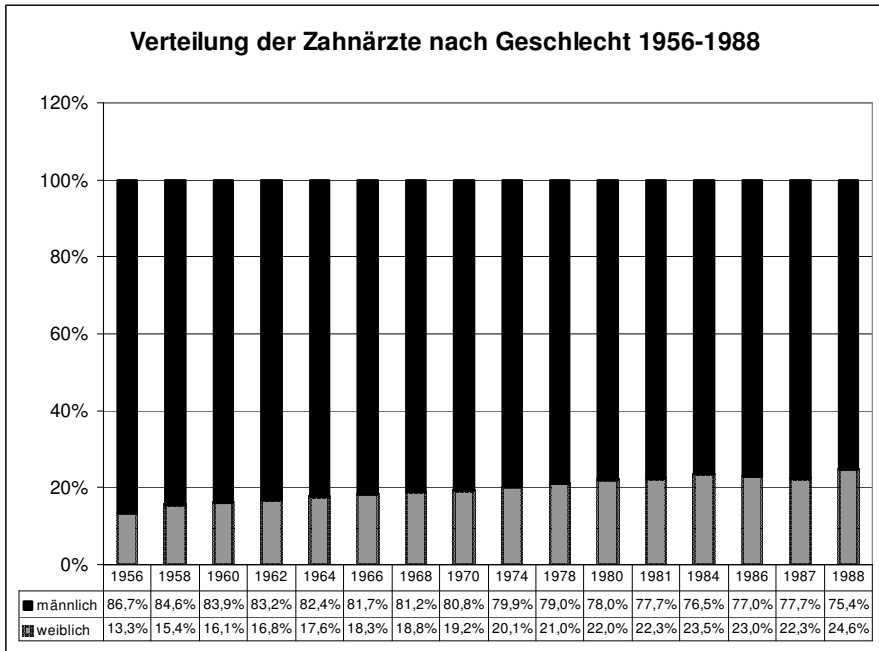


Abb. 3: Verteilung der Zahnärzte nach Geschlecht (1956-1988)⁹⁷

Die Karrierechancen in der Wissenschaft waren ähnlich disproportional: Unter den Professoren im Fach Zahnmedizin befanden sich zu jenem Zeitpunkt lediglich 7,3 % Frauen,⁹⁸ wobei eine Binnendifferenzierung zeigt, dass die Hälfte der weiblichen Lehrstuhlinhaber in der Zahnmedizin ihre Venia legendi im Fach Kieferorthopädie besaßen.⁹⁹ Ein ähnliches Bild zeigte sich in der ebenfalls traditionell männlich geprägten zahnärztlichen Standespolitik: Nur 2 von 75 Mitgliedern der Vertreterversammlung der

⁹⁵ Alber (1992), S. 145.

⁹⁶ Nach Monse-Schneider (1991), S. 62.

⁹⁷ Quelle: Ebd.

⁹⁸ Monse-Schneider (1991), S. 90.

⁹⁹ Balschbach (1990), S. 173.

Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren weiblich – in beiden Fällen handelte es sich um Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie.¹⁰⁰

Unberücksichtigt blieb bisher die Frage, inwieweit sich im Untersuchungszeitraum die Beschäftigungskategorien von männlichen und weiblichen Zahnärzten unterschieden. Risch verweist bemerkenswerterweise auf eine Untersuchung der American Dental Association aus dem Jahr 1985.¹⁰¹ Im Blickpunkt der Studie standen etwaige Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Zahnärzten. Ein zentrales Ergebnis lautete wie folgt:

“The female and male dentists did, however, differ significantly in five practice characteristics: practice setting, type of practice, number of part-time chairside assistants, number of part-time hygienists employed, and net income. *Males were more likely to be a solo proprietor or partner whereas females were more likely to be employed on salary or percentage basis or practice as an independant contractor.* More males (96 %) than females (91 %) were reported to be in private practice in contrast to other practice types such as dental school faculty, government service, and hospital practice.” (Wilson/Branch/Niessen [1988], S. 176)

Wenngleich sich die Studie auf die besonders stark männlich geprägte US-amerikanische Zahnheilkunde¹⁰² bezieht, stellt sich die Frage, inwieweit diese Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse übertragbar sind. Tatsächlich lassen sich auch in der Bundesrepublik in gesamten Untersuchungszeitraum mit Blick auf die Beschäftigungskategorien geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen: So waren etwa 1956 genau 27.938 von insgesamt 34.175 Berufsvertretern niedergelassen (= 87,6 %); 1974 waren es 26.951 von 38.357 (70,3 %) und 1988 31.959 von 51.545 (62,0 %).¹⁰³ Betrachtet man dagegen ausschließlich die Beschäftigungsfelder der weiblichen Berufsvertreter, so finden sich für die Beschäftigungskategorie „Niedergelassene Zahnärztin“ deutlich niedrigere Prozentzahlen: sie liegen bei 62,2 % im Jahr 1956 (gegenüber 87,6 %, bezogen auf die gesamte Zahnärzteschaft), bei 51,3 % im Jahr 1974 (gegenüber 70,3 %) und bei 49,9 % im Jahr 1988 (gegenüber 62,2 %) (vgl. Abb. 4). Insgesamt wuchs der Frauenanteil unter den niedergelassenen Zahnärzten von 1956 bis 1988 lediglich von 10,1 % auf 19,1 %, während der Frauenanteil an der Gesamtzahl der Zahnärzte von 13,3 % auf 24,6 % anstieg.¹⁰⁴ Überdurchschnittlich hoch war dagegen zu jedem Zeitpunkt der Frauenanteil unter den abhängig beschäftigten Praxisassistenten und -vertretern: er belief sich etwa 1956 auf 28,0 % und 1988 auf 39,4 %.¹⁰⁵

Es zeigt sich somit, dass Frauen im gesamten Untersuchungszeitraum deutlich seltener in selbstständiger Stellung und entsprechend häufiger unter den Praxisassistentinnen und -Vertretungen zu finden waren – ein deutlicher Hinweis auf eine noch fehlende Gleichstellung. Unter den Beamten und Angestellten waren Frauen vergleichsweise stärker vertreten. Während die entsprechende Interessenvereinigung – der „Ver-

¹⁰⁰ Monse-Schneider (1991), S. 92.

¹⁰¹ Wilson/Branch/Niessen (1988).

¹⁰² 1985 waren lediglich 5,7 % der Zahnärzte weiblich: Wilson/Branch/Niessen (1988), S. 173.

¹⁰³ Monse-Schneider (1991), S. 58-62.

¹⁰⁴ Ebd.

¹⁰⁵ Ebd.

band der beamteten und angestellten Zahnärzte“ – 1952 mit Bertha Weingart erstmals eine Frau an ihre Spitze wählte,¹⁰⁶ blieb die „große“ Standespolitik bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts eine Männerdomäne.¹⁰⁷

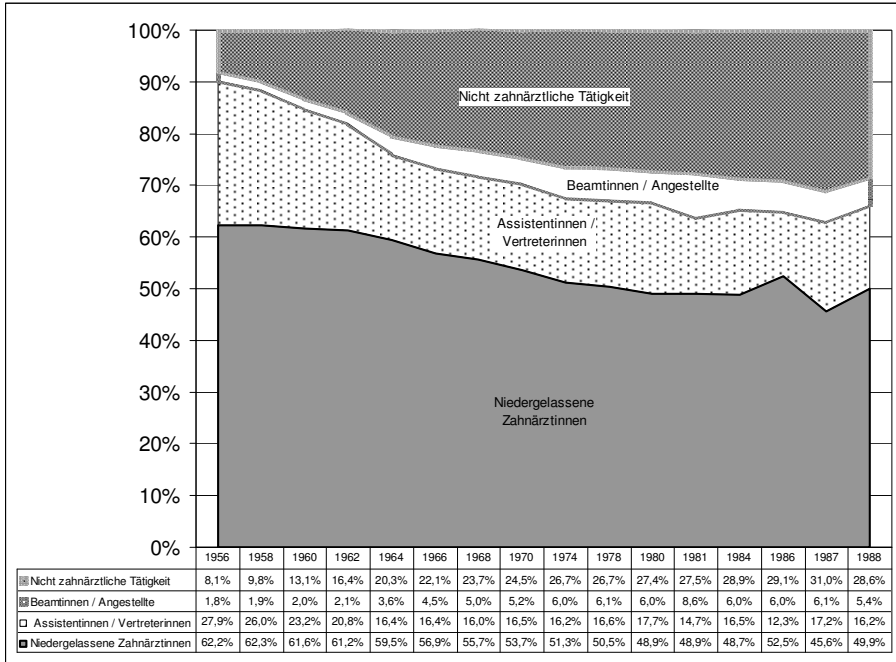


Abb. 4: Verteilung der Zahnärztinnen nach Beschäftigungskategorie (1956-1988)¹⁰⁸

Noch heute sind Frauen häufiger in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen anzutreffen.¹⁰⁹ Überdies zeigen die selbstständigen Zahnärztinnen eine Tendenz zu einer geringeren Praxisgröße bzw. ziehen häufiger als Männer die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis vor.¹¹⁰

Bis Mitte der 1970er Jahre lag der Anteil der selbstständigen Zahnärzte stets bei mindestens 70 % und stellte somit die dominierende Form der Beschäftigung dar. Danach fiel sie sukzessive auf 65,2 % (1978) bzw. 62,2 % (1988).¹¹¹ Da die Selbstständigkeit die prägende Beschäftigungsform im zahnärztlichen Berufsbild blieb und diese zudem

¹⁰⁶ Weingart (1954).

¹⁰⁷ Vgl. Groß/Schäfer (2008).

¹⁰⁸ Basierend auf den Zahlen von Monse-Schneider (1991), S. 58-62.

¹⁰⁹ Entsprechend erfolgten im Jahr 2003 – bei mittlerweile weitgehend ausgeglichenen Absolventenzahlen – in den alten Bundesländern 61 % der Existenzgründungen in der Zahnheilkunde durch Männer und 39 % durch Frauen: Groß/Schäfer (2008).

¹¹⁰ Vgl. Groß/Schäfer (2008).

¹¹¹ Monse-Schneider (1991), S. 58-62.

männlich geprägt war, ist es nahe liegend anzunehmen, dass die Berufsvertretungen vorrangig männlich dominierte Interessen verfolgten.

Kuhlmann führt schließlich noch einen weiteren Grund für die fehlende Gleichstellung der Zahnärztinnen im Untersuchungszeitraum an:

„Der über Jahrzehnte bestehende Zwang zu intraprofessioneller Geschlossenheit und einheitlichem Auftreten gegenüber anderen Berufsgruppen wurde auch von den weiblichen Mitgliedern befolgt. [...] So wurden auch die Impulse der sich Ende der 60er Jahre neu formierenden Frauenbewegung von den Zahnärztinnen nicht aufgegriffen. Die fehlende Sensibilität für geschlechtsbezogene Fragestellungen und die fehlenden eigenen Organisationen von Frauen erwiesen sich dann in vollem Maße zum Nachteil der Frauen, als sich die Konstellationen im Professionalisierungsprozeß zugunsten der Männer veränderten und kein Raum für Aushandlungsprozesse des Geschlechterverhältnisses vorhanden war.“¹¹²

5. Schlussbemerkungen

Unbeschadet der Tatsache, dass der Anteil der Frauen innerhalb der Zahnärzteschaft von 13,3 % im Jahr 1956 auf 24,6 % im Jahr 1988 gestiegen ist, blieben die beruflichen Bedingungen für beide Geschlechter ungleich. In der Mehrzahl der zahnärztlichen Teilgebiete lässt sich eine anhaltende Dominanz der männlichen Fachvertreter nachweisen.

Wer eine Karriere im außerwissenschaftlichen Bereich anstrebt, wählt im Fach Zahnmedizin – früher wie heute – in der Regel die Selbstständigkeit. Die Tätigkeit in niedergelassener Praxis gilt als zentrales Merkmal beruflichen Erfolgs. Umso aussagekräftiger ist die Feststellung, dass die weiblichen Berufsvertreter seltener als die Männer den Schritt in die Selbstständigkeit gingen bzw. häufiger in abhängiger Stellung – sei es als Assistentinnen, Praxisvertreterinnen oder als Angestellte im öffentlichen Dienst – tätig blieben. Und auch der Blick auf die zahnärztliche Standespolitik ist aufschlussreich: Als Interessenvertretungen der Profession kommt den Standesorganisationen für die Mehrheit der Zahnärzteschaft eine hohe Bedeutung zu, da hier berufspolitisch relevante Rahmenbedingungen formuliert und mit anderen Entscheidungsträgern ausgehandelt werden. Tatsächlich blieb auch die standespolitische Karriere eine Männerdomäne. Bezeichnenderweise wurde in der Bundesrepublik Deutschland erstmals Ende 1996 eine Frau zur Bezirkskammerpräsidentin gewählt.¹¹³

Auch wissenschaftliche Karrieren standen Frauen im Untersuchungszeitraum nicht in gleichem Maße offen wie Männern: so betrug der Anteil der Männern an den Lehrstühlen in der Zahnmedizin selbst am Ende des Untersuchungszeitraums, d. h. im Jahr 1988, noch 92,7 %.¹¹⁴

Steigende Frauenquoten haben mithin per se keine grundsätzliche Veränderung der geschlechtsspezifischen Beschäftigungsstrukturen und der Karrierechancen inner-

¹¹² Kuhlmann, S. 122 f.

¹¹³ Vgl. Meldung in: Zahnärztliche Mitteilungen 86 (1996), S. 2920.

¹¹⁴ Monse-Schneider (1991), S. XVI.

halb der Profession zur Folge.¹¹⁵ Weder das beschriebene geschlechtsspezifische Beschäftigungsmuster im Praxisbereich noch die Karrierebildung im hierarchisch strukturierten Wissenschaftsbereich wurden durch die beschriebenen quantitativen Zuwächse aufgebrochen. Offensichtlich existierten im gesamten Untersuchungszeitraum strukturelle Barrieren, die geschlechtsspezifische Wirkungen entfalten. Auffällig ist insbesondere, dass sich die betreffenden Frauen bei der Wahl ihrer Tätigkeitsbereiche wie auch hinsichtlich der gewählten Beschäftigungskategorie kaum von der bereits um 1900 referierten und skizzierten Rolle der Zahnärztin entfernten. Damit erwies sich die traditionelle Geschlechtersymbolik, wonach Frauen eine besondere Eignung für die Behandlung und Erziehung von Kindern und ein natürlicher Sinn für Ästhetik unterstellt wurden, noch neun Jahrzehnte später als wirkmächtiges Phänomen.¹¹⁶

Literatur

1. Alber (1992): Jens Alber, Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise, Frankfurt a. M. u. a. 1992.
2. Balschbach (1990): Eva Balschbach, Frauen in der Zahnheilkunde Deutschlands mit besonderer Berücksichtigung der standes- und bildungspolitischen Situation zur Zeit ihrer Zulassung zum Hochschulstudium um 1900, Med. Diss., Berlin 1990.
3. Bartscht (1973): Ulrich Bartscht, Berufsbild und soziale Stellung des Zahnarztes in Deutschland seit Erlaß des Preußischen Medizinalediktes von 1685, Med. Diss., Hamburg 1973.
4. Bernklau/Bertzbach (1981): Karl Bernklau, Kurt Bertzbach (Hrsg.), Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (1907-1978), München 1981.
5. Bleker (1998): Johanna Bleker (Hrsg.), Der Eintritt der Frauen in die Gelehrtenrepublik. Zur Geschlechterfrage im akademischen Selbstverständnis und in der wissenschaftlichen Praxis am Anfang des 20. Jahrhunderts, Husum 1998 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 84).
6. BLK (2004): Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung, Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Bericht der BLK vom 5. Juli 2004, Bonn 2004 (= Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, 117).
7. Christoph (1953): Jutta Christoph, Die Stellung und Bedeutung der Frau in der Zahnheilkunde Hamburgs, Med. Diss., Hamburg 1953.
8. Bürner (1956): Ilse Bürner, Die zahnärztliche Leistungsvergütung in der sozialen Krankenversicherung, in: Walter Weddingen (Hrsg.), Entwicklung, Struktur und heutige Situation des zahnärztlichen Heilberufes in der Bundesrepublik Deutschland. Soziologische und sozialpolitische Untersuchungen, München 1956, S. 89-141 und 193 f.

¹¹⁵ Vgl. Kaplan et al. (1996); Wennerås/Wold (1997).

¹¹⁶ Eine Untersuchung der Rolle der Zahnärztin seit der deutschen Wiedervereinigung bieten Groß/Schäfer (2008).

9. Conrady (1958): Sigrid Isabel Conrady, Die soziale Stellung des Zahnarztes in alter und neuer Zeit, Med. Diss., Düsseldorf 1958.
10. Costas (1992): Ilse Costas, Das Verhältnis von Profession, Professionalisierung und Geschlecht in historisch vergleichender Perspektive, in: Angelika Wetterer (Hrsg.), Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen, Frankfurt a. M. 1992, S. 51-82.
11. Costas (1998): Ilse Costas, Zwischen Anerkennung und Marginalität – Frauen in der Zahnmedizin, in: Johanna Bleker (Hrsg.), Der Eintritt der Frauen in die Gelehrtenrepublik. Zur Geschlechterfrage im akademischen Selbstverständnis und in der wissenschaftlichen Praxis am Anfang des 20. Jahrhunderts, Husum 1998, S. 145-149.
12. Feyl (1983): Renate Feyl, Der lautlose Aufbruch. Frauen in der Wissenschaft, Darmstadt u. a. 1983.
13. Gabrys (1987): Ilse Gabrys, Die Frau in Medizin und Zahnmedizin. Ein medizin-historischer und medizinsoziologischer Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung in Hamburg, Med. Diss., Aachen 1987.
14. Groß (1992): Dominik Groß, „Frauen haben zu wenig Hirn-Masse“: Unfähig zum Medizin-Studium?, in: Zahnärztliche Mitteilungen 82 (1992), S. 58-61.
15. Groß (1994): Dominik Groß, Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919), Frankfurt a. M. u. a. 1994, zgl. Phil. Diss., Saarbrücken 1993 (= Europäische Hochschulschriften, III: Geschichte und ihre Hilfswissenschaften, 609).
16. Groß (1998a): Dominik Groß, Neue Einflüsse auf den Zahnarztberuf: Die Zulassung von Frauen zum Studium der Zahnheilkunde, in: Johanna Bleker (Hrsg.), Der Eintritt der Frauen in die Gelehrtenrepublik. Zur Geschlechterfrage im akademischen Selbstverständnis und in der wissenschaftlichen Praxis am Anfang des 20. Jahrhunderts, Husum 1998, S. 123-144.
17. Groß (1998b): Dominik Groß, Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Der Stellenwert zahnbehandelnder Maßnahmen in den Anfängen der gesetzlichen Krankenversicherung (1883-1919), in: Würzburger Medizinhistorische Mitteilungen 18 (1998), S. 31-46.
18. Groß (2003): Dominik Groß, Titel ohne Wert? Zur Debatte um den Stellenwert des ‚Doctor medicinae dentariae‘ von den Anfängen bis zur Gegenwart, in: Dominik Groß, Monika Reininger (Hrsg.), Medizin in Geschichte, Philologie und Ethnologie, Festschrift für Gundolf Keil, Würzburg 2003.
19. Groß (2006a): Dominik Groß, Neue Einflüsse auf den Zahnarztberuf: Die Zulassung von Frauen zum Studium der Zahnheilkunde, in: Dominik Groß (Hrsg.), Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 187-203.
20. Groß (2006b): Dominik Groß, Vom ‚Gebißarbeiter‘ zum ‚staatlich geprüften Dentisten‘: Der Berufsbildungsprozess der nichtapprobierten Zahnbehandler (1869-1952), in: Dominik Groß (Hrsg.), Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde, Würzburg 2006, S. 99-125.

21. Groß/Groß (2002): Dominik Groß, Karin Groß, Die „Musterberufsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte“ in ethischer Sicht, in: Dominik Groß (Hrsg.), Zwischen Theorie und Praxis 3: Ethik in der Zahnheilkunde, Würzburg 2002, S. 51-79.
22. Groß/Schäfer (2008): Dominik Groß, Gereon Schäfer, Die Entwicklung der zahnärztlichen Profession im wiedervereinigten Deutschland in genderspezifischer Perspektive, in: Dominik Groß (Hrsg.), Gender schafft Wissen – Wissenschaft Gender. Geschlechtsspezifische Unterscheidungen und Rollenzuweisungen im Wandel der Zeit, Kassel 2008 (= Studien des AKWG, 4), im Druck.
23. Herold-Schmidt (1997): Hedwig Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914, in: Robert Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 43-95.
24. Hertelendy-Michel (1965): Ingeborg Hertelendy-Michel, Die Frau im zahnärztlichen Beruf, in: Zahnärztliche Mitteilungen 55 (1965), 9, S. 409-412, 11, S. 507-511 und 13, S. 616-620.
25. Höhl (1995): Joachim Höhl, Zahnmedizin in den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland 1965-1992. Eine Datensammlung über Ausbildung und Forschung an deutschen Hochschulen sowie über die Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung, Med. Diss., Köln 1995.
26. Huerkamp (1988): Claudia Huerkamp, Frauen, Universitäten und Bildungsbürgertum. Zur Lage studierender Frauen 1900-1930, in: Hannes Sigrist (Hrsg.), Bürgerliche Berufe. Zur Sozialgeschichte der freien und akademischen Berufe im internationalen Vergleich, Göttingen 1988 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, 80), S. 200-222.
27. Kaplan et al. (1996): Sherrie H. Kaplan, Lisa M. Sullivan, Kimberly A. Dukes et al., Sex differences in academic advancement. Results of a national study of pediatricians, in: The New England Journal of Medicine 335 (1996), 17, S. 1282-1289.
28. Kuhlmann (1999): Ellen Kuhlmann, Profession und Geschlechterdifferenz. Eine Studie über die Zahnmedizin, Opladen 1999 (= Geschlecht und Gesellschaft, 20)
29. Liebold/Raff/Wissing (2005): Rolf Liebold, Horst Raff, Peter Wissing (Hrsg.), Der Kommentar BEMA, St. Augustin 2005.
30. Maretzky/Venter (1974): Kurt Maretzky, Robert Venter, Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, Köln 1974.
31. Micheelis (1984): Wolfgang Micheelis, Merkmale zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung: Ergebnisse einer Fragebogenstudie, Köln 1984.
32. Monse-Schneider (1991): Elisabeth Monse-Schneider, Frauen im zahnmedizinischen Studium und Beruf. Historische Entwicklung und statistische Analyse – 1913 bis 1988, Med. Diss., Münster 1991.
33. Nauck (1953): Ernst Theodor Nauck, Das Frauenstudium an der Universität Freiburg i. Br., Freiburg i. Br. 1953 (= Beiträge zur Freiburger Wissenschafts- und Universitätsgeschichte, 3).
34. Risch (1992): Gabriele Erika Risch, Auf der Suche nach der Geschichte der Zahnärztinnen in Deutschland, Med. Diss., Münster 1992.

35. Nippert (1988): Reinhard Peter Nippert, Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Der Einfluß von Verhalten und Versorgungsmaßnahmen, Münster 1988, zgl. Habil.-Schr., Münster 1985 (= Medizin und Gesellschaft, 3).
36. Schäfer/Groß (2007): Gereon Schäfer, Dominik Groß, Zwischen Beruf und Profession: Die späte Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft und ihre Hintergründe, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 62 (2007), 11, S. 725-732.
37. Schäfer/Groß (2008): Gereon Schäfer, Dominik Groß, Von nicht akademischen Behandlern zu modernen Zahnärzten. Der Weg der zahnärztlichen Profession in Deutschland, in: Dominik Groß, Hans Joachim Winkelmann (Hrsg.), Medizin im 20. Jahrhundert. Fortschritte und Grenzen der Heilkunde seit 1900, München 2008, S. 281-293.
38. Schnelle (1968): Hildegard Schnelle, Bezugsgruppenprobleme im Zahnarztberuf, in: Heidrun Kaupen-Haas (Hrsg.), Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Köln u. a. 1968 (= Abhandlungen zur Mittelstandsforschung, 36), S. 51-84.
39. Schweißheimer (1976): W. Schweißheimer, Für Frauen ist der Arztberuf etwas Natürliches, in: Ärztin 7 (1976), S. 10 f.
40. Tiemann/Klingenberger/Weber (2003): Burkhard Tiemann, David Klingenberger, Michael Weber, System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – The System of Dental Care in Germany, Köln 2003 (= IDZ-Materialienreihe, 28).
41. Weiße (1977): Rolf Weiße, Die Geschichte und Methodik der Jugendzahnpflege in Deutschland und einigen Nachbarstaaten, Med. Diss., Bonn 1977.
42. Weddingen (1956): Walter Weddingen (Hrsg.), Entwicklung, Struktur und heutige Situation des zahnärztlichen Heilberufes in der Bundesrepublik Deutschland. Soziologische und sozialpolitische Untersuchungen, München 1956.
43. Weingart (1954): Bertha Weingart, Jugendzahnarzt oder Akkordarbeiter?, in: Zahnärztliche Mitteilungen 42 (1954), 2, S. 43-45, und 10, S. 323-325.
44. Wennerås/Wold (1997): Christine Wennerås, Agnes Wold, Nepotism and sexism in peer-review, in: Nature 387 (1997), S. 341-343.
45. Wilson/Branch/Niessen (1988): Ardell A. Wilson, Laurence G. Branch, Linda C. Niessen, Practice patterns of male and female dentists, in: Journal of the American Dental Association 116 (1988), 2, S. 173-177.
46. Zimmerlein (1956): Joachim Zimmerlein, Der Bedarf an zahnärztlicher Versorgung und die Einnahmen- und Kostenstruktur der zahnärztlichen Praxis in der Bundesrepublik Deutschland, in: Walter Weddingen (Hrsg.), Entwicklung, Struktur und heutige Situation des zahnärztlichen Heilberufes in der Bundesrepublik Deutschland. Soziologische und sozialpolitische Untersuchungen, München 1956, S. 143-191 und S. 194 f.

**D. Medizinische Versorgung donauschwäbischer
Aussiedler in historischer Perspektive**

Medizinische Versorgung und Gesundheitsverhalten in den „donauschwäbischen“ Siedlungsgebieten Banat und Sathmar im vormaligen Ungarn (1700-1918)

Ilknur Gün, Gereon Schäfer und Dominik Groß

1. Vorbemerkungen

Der vorliegende Aufsatz versteht sich als historischer Beitrag zur medizinischen Versorgung im so genannten Banat¹ und im Sathmarer Gebiet.² Der Fokus richtet sich auf die dort vor allem im 18. Jahrhundert angesiedelte Population der „Donauschwaben“. Beide Untersuchungsgebiete, Banat und Sathmar, gehörten bis zum Ende des Ersten Weltkrieges zu Ungarn. Nach diesem Krieg, aus dem (Österreich-)Ungarn zusammen mit dem Deutschen Reich als Verlierer hervorging, wurden sie im Zuge der so genannten Trianon-Verträge, die auch das Ende der österreichisch-ungarischen „Donaumonarchie“ besiegelten und diese in mehrere Einzelstaaten aufgliederten, größtenteils dem territorial erweiterten Staat Rumänien zugesprochen. Heute gehört die donauschwäbische Siedlungsregion Banat politisch weiterhin größtenteils zu Rumänien; nur einige wenige Landstriche des Banats erstrecken sich auf das aus dem vormaligen Jugoslawien hervorgegangene Serbien sowie auf südöstliche Teile des jetzigen Ungarns. Das Sathmarer Gebiet ist nahezu vollständig Rumänien zuzurechnen; einzelne Siedlungsgebiete der hier früher siedelnden Donauschwaben erstrecken sich auf das Territorium der heutigen Ukraine.

Mit Blick auf das Banat ist festzuhalten, dass bis in die 1970er Jahre hinein differenzierte Darstellungen zur Geschichte der deutschen Kolonisation dieser Gebiete fehlten. Dabei erwies sich das Banat trotz einer vergleichsweise hohen donauschwäbischen Population auch deshalb als schwach erforscht, weil das Material teils über verschiedene Archive zerstreut oder unter den Bedingungen des „Kalten Krieges“ in den südosteuropäischen Staaten kaum zugänglich war.³ Erst seit zwei Jahrzehnten bestehen verbesserte Möglichkeiten, die Archivbestände zur Geschichte der Donauschwaben vor Ort einzusehen. Hinzu kommen seit den 1970er Jahren Forschungseinrichtungen in Deutschland: So findet sich als modern ausgestattete Anlaufstelle für die donauschwäbische Forschung in der Bundesrepublik Deutschland das unter der Schirmherrschaft des Landes Baden-Württemberg stehende Haus der Donauschwaben in Sindelfingen.

¹ Der vorliegende Beitrag beruht auf der von D. Groß betreuten Promotionsschrift von I. Gün (2009). Beim Banat handelt es sich um eine Region am Südostrand der ungarischen Tiefebene zwischen den Flüssen Marosch, Theiß und Donau und den Südkarpaten. Die historischen Wurzeln der Namensgebung „Banat“, ungarisch Bánság, sind nicht völlig geklärt. Vermutlich geht die Bezeichnung auf „Ban“ zurück, mit der ein Führer oder König titulierte wurde.

² Das Sathmarer Gebiet ist im Nordwesten des heutigen Rumäniens in direkter Nähe zur ungarischen Grenze gelegen. Die Bezeichnung Sathmar stammt von dem regional zugehörigen und gleichnamigen urbanen Oberzentrum (rumänisch: Satu Mare), das als Ort und Festung „Castrum Zothmar“ erstmalig im 10. Jahrhundert urkundlich erwähnt wurde. Vgl. Ong (2005), o. S.

³ Vgl. Gün (2007).

Das Haus birgt zahlreiche Archivalien und eine umfangreiche Bibliothek mit themenbezüglicher Sekundärliteratur, darunter zahlreiche Ortschroniken. Auch steht in der Sindelfinger Bibliothek die Quellengruppe der Kirchenmatrikel zur Verfügung. Anhand dieser Matrikel lassen sich z. B. Schlüsse auf die Lebenserwartung und Kindersterblichkeit in den Untersuchungsgebieten ziehen.

Als weitere relevante Anlaufstelle ist die Stiftung „Gerhart-Hauptmann-Haus“ (Deutsch-Osteuropäisches Forum) in Düsseldorf mit der dort angeschlossenen, allgemein zugänglichen Fachbibliothek für wissenschaftliche Zwecke zu nennen. Auch diese Einrichtung bietet nicht nur fundierte, für historische Forschung relevante Literatur für Südosteuropa. Neben 80.000 Medieneinheiten, darunter rund 140 laufende Periodika, umfasst die Bibliothek auch Primär- und Sekundärquellen über Flüchtlinge, Vertriebene und Spätaussiedler im Europa des 20. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. In den Beständen zu donauschwäbischen Siedlungsgebieten im heutigen Rumänien konnten etliche medizingeschichtlich relevante Hinweise zur Fragestellung identifiziert werden. Ortschroniken und ähnliche Publikationen sind letztlich als Sekundärmaterial anzusehen, da darin Primärquellen, Archivalien etc. bereits aufbereitet worden sind.

Der vorliegende Aufsatz analysiert die medizinische Versorgungslage in den betreffenden Gebieten vom frühen 18. Jahrhundert bis in das 20. Jahrhundert.⁴ Die Durchdringung der beiden Untersuchungsregionen mit ärztlicher Versorgung, das mitgebrachte und weitergegebene ärztliche Wissen, die Erkrankungen der Kolonisten und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sind ebenfalls von besonderem Interesse. Im Hinblick auf das Überleben und Anwachsen der Population der eingewanderten Kolonisten werden schließlich auch Aspekte wie Geburtshilfe, Neugeborenenpflege sowie Kindersterblichkeit berücksichtigt.

2. Kennzeichen der donauschwäbischen Kolonisation und ihre Besonderheiten im Banat und im Sathmarer Raum

Die Einwanderung der überwiegend aus deutschen Gebieten stammenden Kolonisten in den ungarischen und angrenzenden Donauraum, bekannt geworden als „Großer Schwabenzug“ oder „Großer Schwabentreck“, fand in folgenden drei Phasen statt:⁵

- Karolinische Ansiedlung von 1718 bis 1737 (nach Karl VI., 1685-1740)
- Theresianische Ansiedlung von 1744 bis 1772 (nach Maria Theresia, 1717-1780)
- Josephinische Ansiedlung von 1782 bis 1787 (nach Joseph II., 1741-1790).⁶

⁴ Die Entwicklung nach 1918 sei nur kurz umrissen, da sie bereits im Kontext wissenschaftlicher Darlegungen zur Entwicklung des rumänischen Medizinsektors umfassender reflektiert wurde: vgl. insbesondere die sehr ausführliche Darstellung von Breier (2003), S. 52 ff., zur Situation des Banater Zentrums Temeschburg.

⁵ Vgl. Clarkson (2000), S. 51. Die Angaben variieren je nach Autor. Insbesondere die Theresianische Ansiedlung wird teilweise später angesetzt, da sich besonders ausgeprägte Kolonisationsbemühungen ab 1760 vollzogen. Nach Feldtänzer (2006), S. 35, sind die drei Kolonisationsperioden ohnehin schwerlich voneinander abzugrenzen.

Diese dreistufige Einteilung fasst allerdings lediglich die Hauptzüge der Kolonisation zusammen. Nach Scherer müsste beispielsweise auch noch von einem Leopoldinischen Vor-Zug gesprochen werden, da unter dem Habsburger-Kaiser Leopold I. (1640-1705) bereits Ende des 17. Jahrhunderts, also parallel zu der bzw. kurz auf die Zurückdrängung der Osmanen folgend eine gewisse Kolonisationstätigkeit in den ungarischen Gebieten festzustellen war.⁷ Um 1790 sistierte der Strom deutscher Kolonisten nach Ungarn. Dies war insbesondere durch die Einstellung der staatlich geförderten Besiedlung zu dieser Zeit bedingt. Vereinzelt sind aber noch bis 1829 neue Siedler in den ungarischen Territorien nachweisbar.⁸ Deutsche Siedler überwogen in der Habsburgisch koordinierten Kolonisation des ungarischen Donauraumes im 18. Jahrhundert zahlenmäßig bei Weitem. Allerdings zogen auch Angehörige anderer Nationalitäten in die anfänglich vergleichsweise dünn bevölkerten Gebiete, darunter Kroaten, Serben, Rumänen, Bulgaren und Slowaken. Unter den Siedlern befanden sich, soweit das Banat betroffen war, zudem italienische und spanische Reisbauern, griechische Tabakbauern, des Weiteren vereinzelt auch Franzosen sowie Wasserbauern aus den Niederlanden (Flamen). Die beiden letztgenannten Gruppen scheinen jedoch von der deutschen Bevölkerung zügig assimiliert worden zu sein.⁹ Insbesondere im 19. und 20. Jahrhundert waren Binnenwanderungen in den jeweiligen Siedlungsgebieten häufig. Hierzu trug das von den deutschen Kolonisten praktizierte Erbsystem bei, das keine Parzellierung der Hofstellen, sondern eine geschlossene Vererbung vorsah und somit Mobilität seitens ausgeschlossener Nachkömmlinge geradezu erzwang, da diese sich um eine eigene Wirtschaft bzw. eine handwerkliche Eigenständigkeit zu bemühen hatten.¹⁰ Die relative ethnische und konfessionelle Homogenität der meisten Gemeinden scheint aber durch diese Binnenwanderungen nicht beeinflusst worden zu sein. Auch nach 1800 gab es überdies einzelne Neugründungen von Dörfern in den donauschwäbischen Siedlungsgebieten. Diese Neugründungen waren aber vor allem dem Bevölkerungsüberschuss in bereits bestehenden Gemeinden geschuldet.¹¹

Der leopoldinische Vor-Zug und der erste Ansiedlungsschub unter Karl VI. umfassten für das gesamte transdanubische Gebiet, also die sich hauptsächlich auf das heutige Ungarn, Jugoslawien und Rumänien erstreckenden Regionen, etwa 15.000 bis

⁶ Erst unter der Regentschaft von Joseph II. vollzog sich eine „Entschärfung“ in der Weise, dass den nichtkatholischen Siedlungswilligen mehr Rechte gewährt wurden. Auf Joseph II. geht das konfessionelle „Toleranzpatent“ des Jahres 1781 zurück. Er setzte sich ferner für eine Rückführung katholischer Ordenshäuser unter die kaiserliche Kontrolle, für soziale Reformen und für die Abschaffung der Leibeigenschaft ein, was den erbitterten Widerstand katholischer Kreise gegen diesen als „Josephinismus“ bezeichneten Kurs herausforderte. In der Persönlichkeit von Joseph II. manifestierte sich eine Mischung aus Aufklärung und Absolutismus. Vgl. hierzu auch das historische Psychogramm von Fetjő (1987); aus allgemeiner und kirchenhistorischer Sicht: Schwarz (1992), Sp. 676 f.

⁷ Vgl. Scherer (1974), S. VII. Auf Leopold I. geht im Übrigen die eindeutige Bevorzugung katholischer Siedler zurück.

⁸ Vgl. Clarkson (2000), S. 52; Weidlein (1967), S. 85.

⁹ Vgl. Grisellini (1969), S. 12.

¹⁰ Vgl. Fata (1999), S. 388 f.

¹¹ Vgl. Casagrande (2003), S. 105.

30.000 Siedler.¹² Viele davon wurden allerdings bei wieder aufflackernden Kämpfen zwischen Habsburgisch-kaiserlichen Verbänden und den Osmanen bzw. bei neuerlichen Einbrüchen Osmanischer Truppen in die Siedlungsregionen getötet.¹³ Die etwa 75.000 deutschen Kolonisten der zweiten „Welle“ mussten zahlreiche Siedlungen, die zerstört worden waren oder brach lagen, neu aufbauen. Der dritte Siedlerschub in den 1780er Jahren umfasste circa 60.000 Personen, welche – unter relativ ungestörten Bedingungen – den ungarischen Ackerbau, die Viehzucht und das örtliche Handwerk nachhaltig stärken konnten und damit eine gewisse Prosperität erreichten.¹⁴

Diese für die drei Ansiedlungswellen recht unterschiedlichen Verhältnisse fanden später – in einer allerdings verkürzten Darstellung – in Versform wie folgt Eingang in den Sprachgebrauch der transdanubischen Bevölkerung: „Der Erste hat den Tod. Der Zweite hat die Not. Der Dritte erst hat Brot“.¹⁵ Unbestreitbar ist es, dass durch die Ansiedlungsmaßnahmen eine beträchtliche Steigerung vor allem der landwirtschaftlichen, aber auch gewerblichen Produktion in den ungarisch-donauschwäbischen Gegenden erzielt werden konnte:

„Den neuen Bauern war der Übergang von der ungeordneten Feldgraswirtschaft zu einer geordneten Dreifelderwirtschaft, von einer Viehwirtschaft mit halbwillden Herden auf sumpfigem Steppenboden zu einem modernen Ackerbau zu verdanken.“ (Senz [1987], S. 47)

Trotz aller Härten konnten in den ost- und südungarischen Siedlungsgebieten bis zum Abschluss der Kolonisationsbemühungen mehr als 1.000 Dörfer und weitere Klein- und Kleinstsiedlungen aufgebaut werden. Die Gebiete waren überwiegend agrarisch geprägt und boten der Bevölkerung, die neben dem Landbau handwerklicher Tätigkeit nachging, ein Auskommen.¹⁶ Eine deutsche Mittelschicht und ein vielseitiges kulturelles Leben entwickelten sich im Laufe des 18. Jahrhunderts vor allem in den donauschwäbisch dominierten Städten. Hier existierten auch deutschsprachige Zeitungen. Auch Konzerte und Bälle wurden abgehalten; das Zentrum der Banater „Schwaben“, Temeschburg, verfügte beispielsweise über ein weit über die Grenzen der Stadt hinaus bekanntes Theater.¹⁷ Die überwiegend im ländlichen Bereich lebenden Donauschwaben wurden von Madjarisierungsprogrammen, die seit der Mitte des 19. Jahrhunderts umgesetzt wurden und beispielsweise Ungarisch als alleinige Amtssprache durchsetzten, nicht durchgreifend betroffen. In ihren homogenen Dorfstrukturen blieben die donauschwäbischen Bewohner des Banats und Sathmarer Raumes dem agrarischen Lebensstil

¹² Die Einwanderungszahlen weichen je nach Autor teils erheblich voneinander ab. Exakt werden sie sich wohl nicht mehr rekonstruieren lassen, da vor allem für die erste Ansiedlungsphase Unterlagen und Zusammenschreibungen der Kolonisten untergegangen sind: vgl. Wilhelm/Kallbrunner (1936, S. III f.). Aber auch für spätere Zeiträume bestehen noch größere Lücken, die nur allmählich durch die Arbeit von öffentlich geförderten Verbänden wie etwa dem AkdFF aufgefüllt werden können.

¹³ Darüber hinaus gingen viele der frühen Kolonisten an Krankheiten wie etwa der Pest zugrunde: vgl. hierzu die ausführlicheren Darstellungen in der Folge.

¹⁴ Vgl. Clarkson (2000), S. 52; Feldtänzer (2006), S. 35.

¹⁵ Vgl. Clarkson (2000), S. 52.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Vgl. Fath/Senz (1997), S. 38 f.

verhaftet. Bedingt durch eine relativ hohe Geburtenrate war der Anteil von Personen deutscher Nationalität bis zur Wende zum 20. Jahrhundert in Ungarn auf rund 13 % angewachsen.¹⁸ Ein politisches oder Nationalbewusstsein war den meisten „Schwaben“ nicht zu Eigen, im Gegenteil, teils war man sogar auf die eigenen „Kinder stolz, die in die Stadt umgezogen waren und durch die Madjarisierung Erfolg hatten“.¹⁹

Die Hauptkolonisation in den ost- sowie südungarisch-transdanubischen Gebieten war Ende des 18. Jahrhunderts weitgehend abgeschlossen. Eine staatlich (Habsburgisch) geförderte Ansiedlung fand seitdem nicht mehr statt. Die in konfessioneller Hinsicht Gleichberechtigung herstellende Maßnahme Josephs II., das Toleranzpatent von 1781, wurde nach dem Tod dieses Regenten (1790) wieder verwässert.²⁰ Im Jahr 1867 konnte derartigen Zielvorstellungen durch die offizielle Einrichtung der österreichisch-ungarischen Doppel-Monarchie durchaus entsprochen werden. Verwirklicht wurden damit zwei Reichshälften, die nur den Regenten, die Außenpolitik und das Heer gemeinsam hatten, aber nach innen autonom waren. Bereits seit 1844 galt in Ungarn eine Sprachregelung, die das Madjarische zwingend als Amtssprache für das dortige Staatswesen, sowie für die Ausbildung und klerikale Angelegenheiten festsetzte. Diese Regelung wurde durch das „Nationalitätengesetz“ von 1868, das mithin allen Staatsbürgern auf ungarischem Boden gleiche Rechte einräumte, bestätigt und damit fortgeführt.²¹ Das ausgehende 19. Jahrhundert sah im donauschwäbisch-transdanubischen Raum wirtschaftliche Nöte und eine Zunahme der Verarmung, was dazu führte, dass sich dessen Bewohner auf den Weg in fremde Territorien machten, diesmal mit dem Ziel Amerika. Ein einschneidendes Ereignis für die Bewohner dieses Raumes stellte der Erste Weltkrieg dar, in dessen Konsequenz die Donaumonarchie in verschiedene Staaten aufgeteilt wurde. Die „Schwaben“, deren Familien bis dahin in Ungarn seit oftmals rund zwei Jahrhunderten ansässig waren, fanden sich nunmehr in neu definierten Staaten wie Rumänien und Jugoslawien wieder.²²

In der Zwischenkriegszeit, vor allem in den späten 1930er Jahren, breitete sich bei manchen Angehörigen der donauschwäbischen Population der deutsche Nazismus aus. Ganze Dorfgemeinschaften wurden in „deutschvölkische“ versus dem jeweiligen Staat „treue“ Bürger gespalten.²³ Der von den rumänischen Machthabern während der Verbündung mit dem Dritten Reich mitgetragenen antisemitischen Ideologie fiel im Banat die weit überwiegende Mehrheit der Juden zum Opfer.²⁴ Rumänien, dem seit 1920 das Banat zu großen Teilen und Sathmar vollständig zugehörte, scherte im September 1944,

¹⁸ Zu beachten ist, dass es sich hierbei um Ungarn als Bestandteil der Habsburgischen Doppelmonarchie handelte. Es war flächenmäßig weitaus größer als der heutige Staat Ungarn.

¹⁹ Vgl. Clarkson (2000), S. 54. Zu einer kritischen Reflektion deutschnationaler Bestrebungen vgl. Senz (1973).

²⁰ Im Jahr 1848 kam es auch in Ungarn, ähnlich der deutschen Märzrevolution 1848, zu einem Freiheitskampf, der jedoch von den herrschenden Kreisen gewaltsam niedergeschlagen wurde.

²¹ Vgl. Clarkson (2000), S. 53 f.

²² Vgl. Clarkson (2000), S. 54.

²³ In Ungarn etablierte sich als Bewegung gegen deutschvölkische und faschistoide Tendenzen die so genannte „Treuebewegung“ („Hűségmozgalom“, Treue zum ungarischen Staat) unter den Donauschwaben: vgl. Lauber et al. (1993), S. 127 ff.

²⁴ Vgl. Kasas (1998), S. 268.

als die bevorstehende deutsche Niederlage bereits unverkennbar war, aus dieser Fraktion aus und wechselte auf die Seite der Sowjets bzw. Alliierten. Mit dem Kriegsende befanden sich Angehörige der deutschen Population als (vermeintliche) Unterstützer des Nazismus in Südosteuropa vielfach in einer entrechteten Lage.

3. Die historische Entwicklung des donauschwäbischen Medizinalwesens

Bisherige Forschungen belegen, dass die Siedler in den ersten Jahrzehnten donauschwäbischer Kolonisation durch die schlechten hygienischen Bedingungen, sumpfig-ungesundes Klima, verunreinigtes Wasser und dergleichen erkrankten und vielfach starben. Typhusähnliche Infektionen stellten eine häufige Todesursache dar. Auch Pest und Blattern sind für das 18. Jahrhundert in Transdanubien historisch belegt.²⁵ Die ärztliche bzw. pharmazeutische Versorgung der transdanubischen Kolonisten war bis weit in das 19. Jahrhundert hinein sehr eingeschränkt. Die Lebenserwartung gerade der frühen Siedler war dementsprechend niedrig und es herrschte insbesondere eine hohe Sterblichkeit unter den Wöchnerinnen und Säuglingen.²⁶ Die sozialversicherungsrechtlichen Leistungen (Krankenkassen, Unfall- und Rentenversicherung) blieben bis ins späte 20. Jahrhundert hinein gering. Für ärztliche Behandlungen bzw. Operationen in Krankenanstalten galt letztlich das Selbstzahlungsprinzip. Unter derartigen Voraussetzungen wurden daher von den Kranken statt der Ärzte oftmals die nicht approbierten Heilbehandler aufgesucht, da deren Dienste preiswerter waren.

Was das Banat und auch die nördlicher gelegenen Siedlungsgebiete der „Schwabben“ im heutigen Rumänien anbelangt, so führt Josef Wolf aus, dass die im 18. Jahrhundert hohen Sterberaten frühzeitig ein Bild dieser Region als das „Grab der Deutschen“ geprägt hätten. Die historische Entwicklung des Gesundheitswesens im Banat und der Sathmarer Region wurde bislang wissenschaftlich nur wenig erforscht.²⁷ Vor diesem Hintergrund erscheint ein näherer Blick auf die medizinische Versorgung und Gesundheitssituation der „donauschwäbischen“ Bewohner besonders lohnend.

4. Medizinische Versorgung und Gesundheitssituation der „donauschwäbischen“ Bewohner vom frühen 18. Jahrhundert bis 1830

4.1 Banat

Nach der Rückgewinnung des Banats durch die Habsburgisch-kaiserlichen und verbündeten Kräfte und dem Frieden von Passarowitz (1718) wurde das Gebiet, wie beschrieben, zunächst direkt dem Wiener Hof unterstellt. Unter der Leitung des kaiserlichen

²⁵ Vgl. Clarkson (2000), S. 52; Feldtänzer (2006), S. 35.

²⁶ Vgl. die Arbeit von Gün (2007) zur Schwäbischen Türkei sowie den nachfolgend abgedruckten Buchbeitrag von Gün/Groß.

²⁷ Vgl. Merle (1988), S. 8. Im Fall der Sathmarer Donauschwaben sind keine explizit medizingeschichtlichen Quellen nachweisbar. Anhaltspunkte für die vorliegende Untersuchung liefern jedoch die 1988 von Petri zusammengefassten Beiträge zum Heilwesen im Banat sowie ein Buch von Thomas Breier zur Medizingeschichte der banatischen „Metropole“ Temeswar (Temeschburg). Vgl. Petri (1988); Breier (2003).

Gouverneurs Graf Mercy konnte in den Folgejahren das „als erster Schwabenzug“ bekannt gewordene Kolonisationswerk vollzogen werden. Diese Besiedlung wurde gründlich geplant und im Hinblick auf Wohlergehen und Unversehrtheit der Kolonisten während der Überfahrt auf der Donau geordnet durchgeführt, und die verödeten Regionen ließen sich nach der Ansiedlung der Ankömmlinge auf effiziente Weise wieder urbar machen.²⁸ Doch etliche Menschen verkrafteten die Zustände während des Transports nicht oder kamen bei Unfällen mit den „Ulmer Schachteln“, den eingesetzten Donaufloßen, im „ersten Schwabenzug“ um, was insbesondere für die Jahre 1726 bis 1733 dokumentiert ist.²⁹ Zudem bestand vor allem in den Sommermonaten eine beträchtliche Gefahr der Ansteckung durch Malaria in den von Stechmücken verseuchten Uferbereichen und an den Anlegeplätzen der ungarischen Donau. Das bald berüchtigte „banatische Klima“ erforderte eine längere Akklimatisierung der Kolonisten an die neuen Verhältnisse, die mit weiteren Todesfällen einherging.³⁰ Von 1720 bis 1730 stellte das so genannte „Sumpffieber“, die Malaria, die „häufigste und gefürchtetste Krankheit“ dar.³¹ Ein Blick auf eine Karte des Banats und die darin eingetragenen Sumpfreionen verdeutlicht, dass es sich tatsächlich um eine problematische Region gehandelt haben muss (Abb. 1). Die Banater Tiefebene mit ihren „üblen Ausdünstungen“ und endlosen Sümpfen galt als „ein einziger Fieber- und Seuchenherd“.³²

Nach Angaben des Banatforschers Anton Valentin stand in der fraglichen Phase bis etwa 1730 die Medizin der Ausbreitung des Sumpffiebers weitgehend hilflos gegenüber; zwischen etwa 15 und 20 % der Bevölkerung im Temeschburger Großraum und im westlichen Banat verstarben, während die im Banat ansässigen und an das Klima gewöhnten Rumänen und Serben weitgehend von dem „gelben Fieber“ verschont geblieben sein sollen.³³

Neben den auf die ungewohnten klimatischen Verhältnisse zurückzuführenden Todesfällen war das frühe Siedlungswerk im Banat aber auch durch einen anderen Faktor gefährdet: Oftmals wurden Siedler von Grundherren bereits auf den zurückgewonnenen Habsburgischen Territorien westlich der Donau bzw. im Westen des Banats während der Zwischenstationen auf ihrer Reise „abgeworben“.³⁴

²⁸ Vgl. die bereits weiter oben thematisierten Registrationslistenauswertungen von Wilhelm/Kallbrunner (1936, S. III f.), ferner Kallbrunner (1958), S. 26 ff., sowie Jordan (1967), S. 21 ff.

²⁹ Vgl. Feldtänzer (2006), S. 168.

³⁰ Ebd.

³¹ Ebd.

³² Breier (2003), S. 25.

³³ Vgl. Valentin (1959/1984), S. 62.

³⁴ Vgl. Weifert (1966), S. 136 ff.

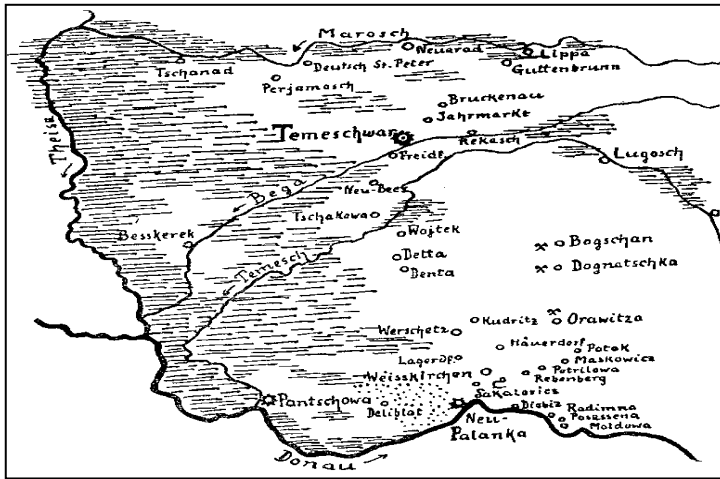


Abb. 1: Topographie des Banats um 1730 mit gestrichelter Markierung der seuchenhygienisch problematischen Gebiete³⁵

Das Gouvernement unter Mercy wirkte besonders auf den Ausbau der Festung und des Banater Zentrums Temeschburg hin. Dabei wurde auch auf Maßnahmen zur Seuchenprophylaxe Wert gelegt: Es erfolgten eine Instandsetzung, Säuberung und eine Erweiterung der Abwasserkanäle. Ferner wurden unter dem Blickwinkel der Hygiene Verordnungen für die in der Festungsstadt tätig werdenden Fleisshacker, Brauer, Bäcker und Wirte erlassen. Als Beleg für Mercys Engagement in sozialen Fragen ist auch der durch ihn erwirkte Erlass von Fürsorgeregeln für Witwen und Waisen zu nennen.³⁶ Allerdings ließ es sich trotz der Anstrengungen Mercys um Stabilität im Banat und namentlich Temeschburg nicht verhindern, dass die seuchenhygienische Konstellation in der Festung in den Anfangsjahren nach der Rückgewinnung des Banats durch das Haus Habsburg höchst problematisch blieb. Bis die Wasserregulierungsarbeiten Wirkung entfalteten, durchströmte der Fluss Bega das Temeschburger Gebiet in mehreren Armen und zahlreichen Mäandern. Mit Inseln versetzte Sümpfe existierten nicht nur außerhalb, sondern sogar innerhalb von Temeschburg.³⁷ Um 1720 wirkte in dieser Stadt neben einigen Feldschern³⁸ nur der Leibarzt von Graf Mercy, Dr. Boccino. Die Ausfälle durch Krankheit und Tod unter der 7.000 bis 8.000 Köpfe zählenden Zivilbevölkerung in den Festungsmauern waren sehr hoch; im Zeitraum von 1727 bis 1732 starb

³⁵ Quelle: Heimatgruppe Birda (Banat), München.

³⁶ Vgl. Mraz (1984), S. 234 ff.

³⁷ Vgl. Breier (2003), S. 25.

³⁸ Feldscher und Wundärzte stellten im 18. Jahrhundert Heilpersonen „niederen Ranges“ dar; keineswegs handelte es sich um akademisch ausgebildete Ärzte nach heutigem Verständnis. Eine verbesserte Qualifizierung dieser Berufsgruppen und endlich ihre Integration in die akademische Medizin erfolgte erst später: vgl. Bergmeier (2002), S. 10 ff., sowie Groß (1996), S. 459 ff.

die Hälfte der Einwohner. Dabei dürften vor allem Typhusepidemien eine Rolle gespielt haben.³⁹

Die nach 1720 initiierte Zuweisung weniger Zivilärzte in die Festung Temeschburg scheint keinen durchgreifenden Erfolg gezeitigt zu haben. In einem Bericht der kaiserlichen Administration von Temeschburg wurde unter dem 12. Dezember 1734 auf untragbare Zustände in und um die Festungsstadt hingewiesen, verbunden mit der Forderung nach der Errichtung einer für die Allgemeinbevölkerung nutzbaren Krankenanstalt.⁴⁰ Diese Forderung konnte tatsächlich wenig später mit dem in den Jahren 1735 bis 1737 errichteten „Barmherzigenhospital“⁴¹ vom Temeschburg, des ersten ordentlichen Allgemeinkrankenhauses der Festungsstadt, erfüllt werden. Bei anderen Krankenanstalten handelte es sich hingegen wohl nur um eine Art von Militär- und Behelfslazaretten, die nicht auf Dauer betrieben wurden und teils außerhalb der Festungsmauern lagen.⁴² Das 1849 während des ungarischen Freiheitskampfes bei Auseinandersetzungen in Temeschburg in Brand geratene, aber 1851 wieder aufgebaute Barmherzigenhospital verfügte allerdings nur über zwei Krankenzimmer für stationäre Aufenthalte und war somit vornehmlich auf ambulante Maßnahmen ausgerichtet.⁴³

Als Beispiel für ein frühes amtliches Erfassungssystem im gesamten Banat kann das Mercysche „Regulament“ gelten, in das auch Hinweise zur Versorgungslage sowie zu der Wohn- und Ernährungssituation der neu „Inpopulierten“ aufgenommen wurden. Mit diesen Daten sollte offenkundig auch ein Misserfolg des Kolonisationswerkes durch Auszehrung oder ein massenhaftes Sterben der ersten Siedler entgegen gewirkt werden.⁴⁴ Wie neuere Materialsichtungen zeigten, wurde dabei auch auf Viehseuchen und die hiermit verbundene Notwendigkeit einer gewissen Entlastung der Siedler von Abgaben abgestellt.⁴⁵

Mit den harten Rückschlägen für das von ihm koordinierte Kolonisationswerk wurde Mercy, der im Jahre 1734 verstarb, nicht mehr konfrontiert. Jedoch mussten seine Nachfolger miterleben, wie das Banat durch neuerliche kriegerische Konflikte mit den Osmanen und den Ausbruch der Pest Ende der 1730er Jahre verwüstet wurde. Die im Banat nach dem ersten Schwabenzug ansässig gewordene Bevölkerung musste in diesen Kriegsjahren Not und Elend erleiden. Das Land, vor allem dessen südlicher Teil, diente als unmittelbarer Kriegsschauplatz.⁴⁶

Große Teile der Bevölkerung flohen 1738 und im Folgejahr in den Norden des Banats. Das Banat wurde 1738 von der Beulenpest heimgesucht, welche die Heeres- und Flüchtlingszüge aus südlich und südöstlich gelegenen Regionen eingeschleppt

³⁹ Vgl. Straubinger (1923), S. 6; Stitzl (1931a), S. 11 f.; Breier (2003), S. 25.

⁴⁰ Zitiert nach Dilpich (1972), S. 88.

⁴¹ Benannt nach dem katholischen „Orden der Barmherzigen Brüder“, denen dort die Krankenpflege oblag; vgl. Wagner (1992), Sp. 376 f.

⁴² Vgl. Breier (2003), S. 28.

⁴³ Vgl. Milleker (1930), S. 100 f.

⁴⁴ Vgl. Mraz (1984), S. 195 ff.

⁴⁵ Zitiert nach Mraz (1984), S. 201.

⁴⁶ Diese Ereignisse wurden auch in der älteren Literatur des außerrumänischen Raums thematisiert; vgl. Böhm (1861), S. 234 ff., Kraushaar (1923), S. 116 ff.

hatten. Vor allem diese Pestepidemie, zu der nach Angabe von Breier⁴⁷ im Temeschburger Raum noch ein Erdbeben und Feuersbrünste hinzugekommen waren, scheint sich geradezu in das kollektive Gedächtnis der Banater Bevölkerung eingebrennt zu haben und fand Widerhall in der „banatischen“ Literatur.⁴⁸

In allen Teilen des Banats unternahm die hierfür eingesetzte Habsburgische Sanitäts-Hofkommission Anstrengungen, um der Pest Herr zu werden: Sie stellte zahlreiche Ärzte in den vorwiegend in und um Temeschburg neu geschaffenen Lazaretten ein, sorgte für Verpflegung der Kranken und für Medikamente, über deren Zusammensetzung jedoch wenig bekannt ist, und ließ die Leichen, als man mit üblichen Bestattungen nicht mehr nachkam, aus Seuchenschutzgründen verbrennen. So genannte „Siechknechte“ hatten darauf Acht, dass Häuser, in denen ein Pestfall aufgetreten war, 14 Tage versperrt und die gesamte Habe von deren Bewohnern verbrannt wurde.⁴⁹ Gemäß der auf die Pest im östlichen Ungarn und dem Banat bezogenen Resolution des Habsburgischen Kaisers Karl VI. vom 14. März 1738 sollte zudem aus oder in versperrte Ortschaften „kein Mensch mit oder ohne Pass bei Todtschiessen durchgelassen, die heimlich durchschleichende aber aufgehengt werden“.⁵⁰

Die Seuche konnte durch diese Maßnahmen jedoch kaum aufgehalten werden, wenngleich die genaue Zahl der Opfer nicht festgestellt werden konnte.⁵¹ Temeschburg hatte zur Pestzeit schätzungsweise 6.000 Einwohner, darunter 2.000 Soldaten. Nach defensiver Schätzung starben mindestens 1.000 Einwohner.⁵² Wie Lammert ausführt, wurde in Temeschburg im März 1739 der letzte Pesttote verzeichnet. In der Provinz sei jedoch der „Totentanz“ noch über Monate weitergegangen: So starben im nordbanatischen Perjamoscher Sprengel „die Leute ohne ärztlichen Beistand wie die Mücken dahin“ und in Arad praktizierte man nicht die Verbrennung, sondern karrierte die Pestleichen fuhrenweise zu einer großen Grube außerhalb der Stadt, „warf sie ohne Zeremonie hinein und bestreute sie mit Kalk“.⁵³ Für das im südlichen Banat lokalisierte und nach 1918 auf jugoslawischem Territorium gelegene Weißkirchen weisen Eintragungen in die Kirchenmatrikel darauf hin, dass hier offenbar jeder sechste Einwohner der Pestepidemie von 1738/39 erlag.⁵⁴

Die Furcht vor den eigens eingerichteten Pestspitälern und Lazaretten war in dieser Zeit sehr groß, teils kam es sogar zu Übergriffen der Bevölkerung gegen diese Einrichtungen und darin tätiges ärztliches Personal. In der Großen Palanka, einer Ansiedlung außerhalb der Temeschburger Festungsmauern, wurden 1738 Häuser in der Nähe des Pestlazarets in Brand gesetzt, offenbar in der Hoffnung, das als Seuchenmagnet

⁴⁷ Vgl. Breier (2003), S. 50.

⁴⁸ Vgl. die Gesamtdarstellungen bei Von Hammer (1839/1990) sowie Valentin (1938/39).

⁴⁹ Vgl. Lammert (1978), S. 12. Letzterer konnte auch Datensammlungen des aus Perjamosch im Nordbanat stammenden, donauschwäbischen Historikers Ludwig Grün (1856-1933; er nannte sich magyarisiert später Baroti-Grün) sowie Bestände der Staatsarchive Budapest und Wien einsehen.

⁵⁰ Zitiert aus der Resolution von Karl VI. nach Lammert (1978), S. 7.

⁵¹ Vgl. Weißkirchner Ortsgemeinschaft (1980), S. 43 f.

⁵² Vgl. Lammert (1978), S. 12.

⁵³ Ebd.

⁵⁴ Vgl. Weißkirchner Ortsgemeinschaft (1980), S. 44.

wahrgenommene Pestlazarett loszuwerden.⁵⁵ Vor allem unter Angehörigen der rumänischen Ethnie, den so genannten „Altsassen“, aber auch in der donauschwäbischen Population, gewannen uralte Vorstellungen von Vampirismus als Erklärungsversuch für das entsetzliche Geschehen und entsprechende magische Praktiken die Oberhand:

„In den Dörfern [...] wurde der Glaube an die magischen Kräfte des Pesthemdes wieder lebendig, das, unter bestimmten Riten angefertigt, als heilend oder einer Puppe angezogen und am Dorfrand aufgestellt, als pestvertreibend galt. Schuld an der Pest sollten Vampire sein, wiederkehrende Tote, die dem Dorf Verderben brachten. Als im September 1739 in Fenlak [im banatisch-transsylvanischen Bergland] neue Pestfälle vorkamen, schob der Chirurg dies dem Umstand zu, dass die Einwohner auf dem Pestfriedhof Kleider ausgruben. Es handelte sich aber nicht um Leichenfledderei, sondern vermutlich sollten Vampire ausgegraben und durch eine ‚zweite Tötung‘ unschädlich gemacht werden“. (Lammert [1978], S. 12)

Das Banat wies nach Beendigung der Seuchenjahre und kriegesischen Handlungen 1739 einen beklagenswerten Zustand auf (wobei es erst Ende 1740 für pestfrei erklärt wurde): Die Dörfer und Siedlungen waren bis in den Bereich von Temeschburg zum Großteil zerstört worden; die kaiserliche Verwaltung war zusammengebrochen und das Gebiet immer noch marodierenden Banden preisgegeben.⁵⁶ Nach Schünemann lag eine Ursache für von Seuchen begleitete militärische Desaster auch darin, dass sich die Habsburgische Verwaltung zu sehr auf das landwirtschaftliche Kolonisationswerk der ins Land geholten „Schwaben“ konzentriert und die mögliche Integration dieser Bewohner in (multiethnische) Truppenverbände vernachlässigt hatte.⁵⁷ Alles in allem stellte sich die Lage im Banat um 1740 in ethnischer, politischer und gesundheitlicher Hinsicht als schwierig dar. Die Inpopulationsbestrebungen unter Maria Theresia bauten in beträchtlichem Maße auf merkantilistischen Prinzipien auf:⁵⁸ Als oberste Ziele wurden Vollbeschäftigung sowie Nahrhaftmachung der „Unterthanen“ und eine weitestgehende Nutzung der Produktivfaktoren der Volkswirtschaft bzw. Partialwirtschaft in den Siedlungsgebieten verfolgt.⁵⁹ Bis dieser Maßgabe Erfolg beschieden war, mussten einige verwaltungsrechtliche und bürokratische Hindernisse überwunden werden.⁶⁰ Auch von Frucht- und Mehlmangel wurden für den Großraum Temeschburg bis in die 1750er Jahre berichtet. Über die Bewohner der Ortschaften Beschenowa, Mercydorf und Gut-

⁵⁵ Vgl. Lammert (1978), S. 7.

⁵⁶ Vgl. Schünemann (1933), S. 222; Näder (1976), S. 2.

⁵⁷ Vgl. Schünemann (1933), S. 223.

⁵⁸ Vgl. Feldtänzer (2006), S. 154.

⁵⁹ Vgl. Treue (1948), S. 173 f., Näder (1976), S. VI.

⁶⁰ Bereits Felix Milleker hatte 1930 in seiner Arbeit über die Besiedlung des Banats die kritische Frage aufgeworfen, inwieweit die in manchen bis zu dieser Zeit veröffentlichten Werken oftmals verklärt dargestellte theresianische Siedlungsgeschichte tatsächlich gut organisiert war: vgl. Milleker (1930), S. 3. Auch Ernst Schimscha (1939) beantwortete diese Frage negativ. Gemäß Näder (1976), S. 6 f., war die Stoßrichtung frühtheresianischer Kolonisation auf jeden Fall auf Effizienz ausgerichtet. Er führt jedoch aus, dass sich Maria Theresia in den 1740er und 1750er Jahren mit einem obstruktiven Beamtenapparat und Zuständigkeitsquerelen zwischen verschiedenen Verwaltungsinstanzen am Wiener Hof und im Ansiedlungsgebiet konfrontiert sah: vgl. Näder (1976), S. XI.

tenbrunn ist für das gleiche Jahrzehnt aktenkundig, dass nicht nur ein hoher Grad an Armut, sondern auch eine extreme Sterblichkeit unter der jüngeren Bevölkerung herrschte. Todesursache war offenkundig eine als „Sumpffieber“⁶¹ titulierte Seuche, die schließlich dadurch bekämpft werden sollte, dass in Senken liegende Behausungen aufgegeben wurden und die Bewohner in höher gelegene Orte umsiedelten.⁶²

Die medizinische Versorgungssituation im Banater Oberzentrum Temeschburg erfuhr zum einen durch die Eröffnung des dortigen „Bürgerspitals“ im Jahr 1757, der eine mehrjährige Planungs- und Bauzeit vorausgegangen war, positive Impulse.⁶³ Zum anderen hatten sich in den 1740er Jahren, nach der großen Pestepidemie, neue Mönche in Temeschburg niedergelassen und boten im Spital der Barmherzigen Brüder allgemeine ärztliche Leistungen sowie Chirurgie an. Diese Leistungen, über deren Qualität nichts Verlässliches überliefert ist, wurden ihnen allerdings durch ein Habsburgisches Dekret 1760 untersagt. Jedoch konnten die Mönche mit dem Betrieb einer eigenen Apotheke fortfahren. 1766 wurde in Temeschburg ein Garnisonskrankenhaus errichtet, das auch der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung stand und mit einer eigenen Apotheke ausgestattet war.⁶⁴

Die gesundheitliche Situation im Banat stellte sich in der Zeit des Siebenjährigen Krieges nach wie vor als außerordentlich problematisch dar: Im Zeitraum von 1758 bis 1761 war vor allem der Großraum Temeschburg von schweren Überschwemmungen betroffen, auf die in den Jahren 1762 bis 1763 eine extreme Dürreperiode folgte.⁶⁵ Dadurch wurde der Ausbruch einer Typhusepidemie begünstigt. Auch die Pest flackerte in diesen Jahren vereinzelt wieder auf. Besucher des Banats in der thesesianischen Zeit waren von den dortigen Zuständen geradezu schockiert. Der aus Siebenbürgen stammende Mineraloge und Forschungsreisende Ignatz von Born (1742-1791) wählte sich geradezu im „Reich der Toten“. Die Banater Menschen erschienen ihm wie Leichen und ihre Wohnungen als Grab. Bei seinen Tischgesellschaften in Temeschburg fand er niemanden, der nicht Anzeichen von oftmals malariabedingter Fiebrigkeit oder Entzündungskrankheiten aufgewiesen hatte.⁶⁶

Neben der Malaria war in der Phase der thesesianischen Besiedlung eine weitere Seuche, das so genannte „ungarische Fieber“, verbreitet. Hierbei handelte es sich um ein typhöses Fieber mit Auswirkungen auf das Nervensystem.⁶⁷ Derartige Krankheiten wurden offenbar gefördert durch den Umstand, dass die Behausungen von Neusiedlern nach dem Bezug nicht richtig austrockneten bzw. von vornherein auf schlechtem

⁶¹ Hiermit dürfte die durch Stechmücken übertragene Malaria gemeint sein: vgl. Petri (1988), S. 232 f.

⁶² Vgl. Näder (1976), S. 67.

⁶³ Vgl. Breier (2003), S. 29.

⁶⁴ Vgl. Breier (2003), S. 50.

⁶⁵ Vgl. Kraushaar (1923), S. 143, Schiff (1937), S. 112, Brandeisz (1975), S. 4.

⁶⁶ Vgl. Born (1774), S. 8.

⁶⁷ Die häufig durch keimhaltiges Wasser oder verunreinigte Nahrung ausgelösten typhösen Erkrankungen wurden in der älteren deutschsprachigen Literatur oftmals als „Nervenfieber“ bezeichnet, da die Betroffenen schwerste Benommenheit und Sinnestäuschungen aufwiesen. Die Benommenheit, das Umnebeltsein, hatte der Krankheit auch ihren Namen gegeben (typhos, griechisch: Nebel, Dunst).

Grund gebaut waren.⁶⁸ Nach einer Beschreibung des Oberleutnants Philipp Freiherr von Elmpt (1724-1795), der mit einer Gruppe Habsburgischer Offiziere und Fähnriche in den Jahren 1768 und 1769 eine „Mappierung des Banats“ durchführte, wurden „alle aus anderen Landen neu angekommenen daselbst [Banat] ohn Ausnahm mit dem Fiber befallen“.⁶⁹ Nach dem Hinweis von Junginger⁷⁰ fielen insbesondere die im Spätherbst 1769 im Zuge der theresianischen Kolonisation in Jahrmarkt angesiedelten Familien aus dem Luxemburger Raum dem Massensterben zum Opfer. Möglicherweise waren diese infolge einer noch nicht fortgeschrittenen Akklimatisierung an die neuen Lebens- und Wohnverhältnisse am anfälligsten. Dass nur ein einziger Feldscherer im Ort zur Verfügung stand, dürfte der Ausbreitung der Seuche Vorschub geleistet haben.⁷¹

Angesichts derartiger Zustände wurden seitens der Behörden am Wiener Hof in der 1772 erlassenen „Impopulations-Haupt-Instruction für das Banat“ die folgenden Paragraphen 96 bis 100 aufgenommen, mit denen die Rolle und Möglichkeiten des jeweiligen „Chyrurgus“ in den verschiedenen Siedlungen bzw. Ortschaften neu definiert und verbessert werden sollten:

„96. In einer jeden derley neuen Ortschaft, wo ein Chyrurgus angestellt ist, wird ein Krankenhaus zu erbauen sein, um die mit Krankheiten behafteten Inwohner des nämlichen, oder auch der weit entlegenen Örtern dahin zu bringen und gehörig versorgen zu können. 97. Ein solcher angestellter Chyrurgus muß mit einem kleinen Vorrath der nöthigsten Arzneyen versehen werden, damit er solche im Fall der Noth alsobald an der Hand habe, nicht münder muß demselben auch etwas Fleisch gegen Verrechnung passiret werden, damit er den Kranken Fleischbrühe geben könne. 98. Ein Chyrurgus kann 3, 4 oder mehrere Örter, darnach sie voneinander entlegen sind, zu besorgen haben.“⁷²

Die Praxis sah jedoch anders aus: Die in Paragraph 96 genannten „Krankenhäuser“ stellten kleine Unterbringungsanstalten mit einfachstem Inventar dar. Der Chirurg erschien zudem nur selten in kleineren Siedlungen und meist auch nur dann, wenn ihn Angehörige der Erkrankten mit einem Pferdegespann von seinem Amtssitz holten. Infolgedessen mussten die „Kurpfuscherei“ und das so genannte „Brauchen“, also die Anwendung verschiedenster volksheilkundlicher Prozeduren, geradezu aufblühen. Die Behandlung durch Nichtmediziner war offenkundig vor allem in den nichturbanen donauschwäbischen Siedlungsregionen des Banats – und diese überwogen – sehr stark

⁶⁸ Vgl. Demele (1913), S. 24 ff.; Petri (1988), S. 51 ff. Wie Petri ausführt, fehlte es während der theresianischen Kolonisation örtlichen Behördenvertretern oftmals an der notwendigen Sorgfalt. In verantwortungsloser Weise wurden demnach Neuankömmlinge in nicht fertig gestellte, mangelhaft ausgetrocknete Kolonistenhäuser eingewiesen.

⁶⁹ Zit. aus der oben genannten Mappierung des Frh. v. Elmpt gemäß Petri (2005), S. 269. Ob bei dieser Beschreibung speziell das „ungarische Fieber“ gemeint war oder die Bezeichnung „Fiber“ generell für verschiedenste fiebrige Erkrankungen einschließlich der Malaria verwendet wurde, blieb unbekannt.

⁷⁰ Vgl. Junginger (2007), o. S.

⁷¹ Ebd.

⁷² Zitiert nach Petri (2005), S. 269.

verbreitet und wurde über die nachfolgenden Generationen in dem Fall erfolgreicher Mittel geradezu über Generationen weitergegeben.⁷³

Mittels eines durchgreifenden „Hygiene-Patents“, das 1770 erlassen wurde, konnte die Situation allmählich verbessert werden. Das Lagern von Dung und Unrat im Bereich der Häuser war fortan untersagt. Bei Androhung strenger Strafen war es verboten, Nahrungs- bzw. Schlachtreste auf den Gassen und Straßen zu entsorgen. Haushaltsmüll musste nunmehr gesammelt werden und wurde wöchentlich zu festgesetzten Zeiten mit Fuhrwerken abgeholt. Neben weiteren Vorgaben hatten Hausbesitzer und Betreiber von Zuchten und Tierhaltungen ausreichend tiefe Senkgruben anzulegen, um ein – überschwemmungs- oder niederschlagsbedingtes – Übertreten der Krankheitskeime beinhaltenden Fäkalien in die Umgebung wirksam zu verhindern.⁷⁴ 1793 trat ein zweites Reinlichkeits-Patent in Kraft, das die Ablagerung von Unrat außerhalb der Stadt, beispielsweise an Ausfallwegen, regelte.⁷⁵ Allerdings war die Malariadurchseuchung im Banat auch gegen Ende des 18. Jahrhunderts so stark, dass enorme Mengen des gegen die Krankheit verordneten Chinins, des aus der „Chinarinde“ gewonnenen Hauptalkaloids, ihre Abnehmer fanden. Die in das Temeschburger Bürgerspital integrierte Hauptapothekeschänke verkaufte zum Beispiel nach Angabe des ungarischstämmigen Mediziners Geodeon Bécsi (1830-1899), der in den Jahren 1867-1898 als leitender Arzt in eben diesem Spital tätig war, neun Kilogramm Chinin pro Tag.⁷⁶

Während der Regentschaft von Josef II. konnten im Bereich der medizinischen Ausbildung Verbesserungen erzielt werden: Militärwundärzte und -chirurgen, die vor allem in dem banatischen Oberzentrum und der Garnisonsstadt Temeschburg angesiedelt waren, wurden seit 1785 am Wiener „Josefinum“ ausgebildet, das sich bald internationale Reputation verschaffte.⁷⁷ Auch die zivilen Chirurgen und Wundärzte mussten seit 1788 zumindest eine zweijährige medizinische Universitätsausbildung durchlaufen haben. Zudem hatte in der Josefinischen Phase im ganzen damaligen Ungarn und somit auch im Banat eine so genannte „Komitatseinteilung“ Gültigkeit: Bei diesen Komitaten handelte es sich um kleinere Verwaltungsbezirke, in etwa den Kreisen in der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar. Die Komitate hatten zumindest jeweils einen universitär ausgebildeten Arzt und einen subordinierten Chirurgen zu beschäftigen.⁷⁸ Amtssitz dieser Funktionsträger der Medizinalversorgung war das städtische Zentrum eines Kreises. Im ländlichen Bereich hielt sich hingegen ein intensives Wirken nichtapprobierter Heilkundler. Unter diesen ländlichen Heilbehandlern befanden sich auch die „empirischen Hebammen“,⁷⁹ d. h. Frauen, die selbst mehrfach entbunden hatten bzw. von anderen, meist älteren Frauen in die geburtshilfliche Praxis eingeführt worden waren.

⁷³ Vgl. Petri (2005), S. 269.

⁷⁴ Vgl. Breier (2003), S. 49.

⁷⁵ Vgl. Von Hammer (1839), S. 38.

⁷⁶ Vgl. Bécsi (1886), S. 270.

⁷⁷ Vgl. Pollak (1985), S. 134 f.

⁷⁸ Nach dem Hinweis von Petri (1988), S. 163, liegen allerdings nur sehr lückenhafte Daten zu diesen Komitatsmedizinerinnen vor.

⁷⁹ Der Begriff wurde von Arnold Huttmann, der die Grundzüge einer siebenbürgischen Medizingeschichte ausarbeitete, geprägt: vgl. Huttmann (1979), S. 91 f.

Examierte Hebammen, die in der Regel in den größeren Kommunen des Untersuchungsgebietes ansässig waren, lassen sich bereits seit Ende des 18. Jahrhunderts nachweisen.⁸⁰

4.2 *Sathmar*

Auch im Falle der Sathmarschen Besiedlung war die Frühphase von Rückschlägen, Nöten und Entbehrungen gekennzeichnet. So wurden 1711 für dieses Untersuchungsgebiet zunächst Überschwemmungen berichtet, auf die im Folgejahr eine Dürre folgte. Die landwirtschaftlich nutzbaren bzw. zur Bewirtschaftung neu erschlossenen Flächen hatten hierdurch beträchtlichen Schaden erlitten. Im Anschluss an die Dürre machte sich bald ein Mangel an Nahrungsmitteln bemerkbar; zum Hunger gesellten sich schließlich Krankheiten. Für die donauschwäbischen Sathmargemeinden Schinal, Kapp-lau und Schamagosch sowie die städtische Siedlung Großkarol wurden für das Jahr 1712 unter der männlichen Bevölkerung Sterberaten von rund zehn Prozent dokumentiert – offenbar zurückzuführen auf die Mangelerkrankung und resultierende Auszeh-rung. Die Quoten hier verstorbener Frauen und Kinder dürften noch höher ausgefallen sein.⁸¹

Letztlich waren die Neuankömmlinge auch im Rahmen der Sathmarer Kolonisa-tion in eine eher ungesunde Gegend berufen worden, die von weitflächigen unbegehbaren Moorlandschaften gekennzeichnet war. Eine Durchseuchung mit den Stechinsek-ten, gegen die auch das „Einschmieren mit [...] übelriechenden Stoffen“ kaum geholfen haben, dürfte wiederum dem Auftreten der Malaria Vorschub geleistet haben.⁸²

Eine weitere Parallele zwischen dem Sathmarer Raum und dem Banat betrifft die „große“ Pestepidemie. Doch während die Seuche wie beschrieben im Banat zwischen 1738 und 1740 wütete, fand sie ihren Höhepunkt im Sathmarer Raum offenbar erst ge-gen 1742.⁸³ Diese zeitliche Verzögerung war sicherlich auch auf die räumliche Entfer-nung zurückzuführen; die Seuche brauchte eine gewisse Zeit, um vom Süden, dem Banat, in die weiter nördlich gelegenen Regionen im Sathmarschen vorzudringen“ und dort zu kulminieren. Ähnlichkeiten zwischen dem Banat und der Sathmarer Region bestanden auch dahin gehend, dass hier im 18. Jahrhundert die Gesundheitsversorgung primär in den Händen der „Feldscher“ lag, die ihr heilkundliches Handwerk nebenberuflich ausübten.⁸⁴

Es ist davon auszugehen, dass auch die Sathmarer „Schwaben“ im 18. Jahrhundert gleich den donauschwäbischen Siedlern in anderen Gebieten an Seuchen und Hungers-nöten litten. Vor allem Heuschrecken scheinen eine wahre Plage für das Sathmarer Untersuchungsgebiet dargestellt zu haben; auch von häufigen Missernten wird berich-

⁸⁰ Vgl. Petri (1988), S. 126 ff.

⁸¹ Vgl. Schmied (1970), S. 4. Ähnliche Schilderungen finden sich bei Hauler (1996), S. 180.

⁸² Ebd. Der Autor weist an gleicher Stelle darauf hin, dass im Sathmarer Raum die Malaria noch bis in die 1930er Jahre Menschen dahin raffte, also häufig auftrat.

⁸³ Vgl. Hauler (1996), S. 182. Auch Koch (1984), S. 167, weist darauf hin, dass die Pest im Sathmarer Raum bis zum Jahre 1743 grassierte. Dagegen wurde das Banat Ende 1740 für pestfrei erklärt.

⁸⁴ Der erste mit Namen erwähnte Feldscher Andreas Syvy musste sich beispielsweise 1731 seinen Lebensunterhalt zusätzlich als Stallknecht verdienen; vgl. Vonház (1931), S. 81.

tet.⁸⁵ Festzuhalten ist, dass sich trotz der Widrigkeiten durch Seuchen und nur ansatzweise gegebener ärztlicher Versorgungsstrukturen während des 18. Jahrhunderts an die 2.000 „schwäbische“ Familien im Sathmarer Gebiet angesiedelt hatten, wobei die Population bis 1812 auf 18.000 Menschen angewachsen war.⁸⁶

5. Die Situation von 1830 bis zum Ersten Weltkrieg

5.1 Banat

In der Festungs- und Garnisonsstadt Temeschburg blieben die Verhältnisse auch nach dem Abschluss der externen Kolonisation schwierig.⁸⁷ Tatsächlich erwiesen sich neben der allgegenwärtigen Malaria vor allem auch auf Hygienemängel zurückzuführende Krankheiten wie Typhus und Magen-Darm-Infektionen als Haupttodesursachen. Den gefürchteten „Blattern“ (Pocken) konnte man hingegen bereits in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts durch die Durchführung von Pockenschutzimpfungen, für die in größeren Städten die approbierten Ärzte und in kleineren Gemeinden wohl der jeweilige „Gemeinde-Chirurgus“ zuständig waren, entgegen treten.⁸⁸ Bemerkenswert ist der für Banat und in Siebenbürgen seit dem 18. Jahrhundert überlieferte Volksbrauch, Kinder gegen die Pocken zu immunisieren, indem man ihnen Milch von Kühen, die von den „Kuhpocken“ befallen waren, zu trinken gab. Dieser Brauch war aber offenbar nur in der rumänischen, nicht aber in der donauschwäbischen Bevölkerung des Untersuchungsgebietes gegeben.⁸⁹

Was die hygienische Malaise anbelangt, so nahmen sich dieser schließlich spezielle Sanitätskommissionen an, die von den militärischen Kommandostellen der Festungsstadt Temeschburg eingesetzt wurden, und die Einhaltung der Vorschriften überwachten. Derartige Maßnahmen mussten allerdings erfolglos bleiben, solange das Problem der in den Festungsgräben vor sich hin faulenden Abwässer nicht nachhaltig gelöst war. Erst nach Verhandlungen zwischen Zivil- und Militärbehörden, die sich über nahezu 30 Jahre hingezogen hatten, wurde um 1830 dieser Missstand durch den Bau eines großen, durch die Stadt verlaufenden Abwasserkanals im wahrsten Sinne des Wortes bereinigt.⁹⁰

Gleichwohl brachen 1828 und vor allem 1836 Choleraseuchen⁹¹ aus, die Tausende von Opfern in Temeschburg und im gesamten Banat forderten. Bei der Versorgung der

⁸⁵ Vgl. Schmied (1970), S. 14. Die oben gemachten Ausführungen weisen darauf hin, dass sich die (land)wirtschaftlichen Möglichkeiten für die Sathmarsiedler im Unterschied zum Banat doch problematischer darstellten (woraus wiederum die enge Verschränkung zwischen gesundheitsbezogenen und sozioökonomischen Variablen für die vorliegende Thematik hervorgeht). Dies deckt sich mit den Forschungsergebnissen, wonach sich aufgrund ungünstiger Verhältnisse viele Sathmarer „Schwaben“ bereits in der Frühphase aus den Siedlungsgebieten wieder fortmachten: vgl. Clarkson (2000), S. 34.

⁸⁶ Vgl. Schmied (1970), S. 21.

⁸⁷ Vgl. Breier (2003), S. 33.

⁸⁸ Die „Vakzination“ mittels Kuhpocken wurde von dem englischen Mediziner Edward Jenner (1749-1823) erstmals 1796 öffentlich vorgestellt: vgl. Wolff (1996), S. 284 ff.

⁸⁹ Vgl. Breier (2003), S. 34.

⁹⁰ Vgl. Breier (2003), S. 33 f.

⁹¹ Gemeint ist die asiatische Cholera (*cholera asiatica*), deren Erreger, der so genannte „Kommabazillus“, durch Robert Koch (1843-1910) erst im Jahr 1883 identifiziert werden konnte.

Erkrankten ragte das Bürgerspital heraus, während sich hier das ältere Spital der Barmherzigen Brüder – auch aufgrund von allgemeinen und baulichen Unzulänglichkeiten – mit erheblichen Problemen konfrontiert sah.⁹² Die Seuche setzte sich im Zeitraum bis 1873 im Banat fest, sicherlich mitbedingt durch die klimatischen Verhältnisse und eine nachlassende Aufmerksamkeit bei der Prophylaxe. Als regelrechte „Cholerajahre“, die als „Schreckenszeiten in der Erinnerung des Volkes“ noch lange fortlebten, sind neben 1832 und 1836 auch 1848 bis 1849, 1866 und 1873 dokumentiert.⁹³

Von der Cholera waren neben dem Temeschburger Großraum das südwestbanatische Torontal sowie der Bereich der so genannten „Militärgrenze“ besonders betroffen.⁹⁴ In diesen beiden Schwerpunktgebieten verstarb gemäß des für die Seuchenschübe 1832 und 1866 lückenhaft vorliegenden Datenmaterials von den Cholerakranken mehr als die Hälfte. Auch in Temeschburg nahm die Krankheit für etwa ein Drittel der Betroffenen einen letalen Verlauf.⁹⁵

Bei der Bekämpfung der Cholera und ähnlicher Seuchen im 19. Jahrhundert wirkte eine Reihe von Ärzten, die teils donauschwäbische Wurzeln hatten bzw. deutschsprachig waren, tatkräftig mit.⁹⁶ Auch herrschte ein intensiver Austausch zwischen den banatischen Medizinern und den beiden Universitäten Wien und Budapest.⁹⁷ Hier hatten viele der im Untersuchungsgebiet praktizierenden Ärzte ihre Ausbildung genossen; auch im Fortbildungswesen und im laufenden Austausch hinsichtlich medizinischer Fragen kooperierte man im Banat bevorzugt mit diesen beiden Universitäten.⁹⁸ Deutsch war dabei auch an der Budapester Universität eine in der Medizin und in den Naturwissenschaften dominierende Sprache.⁹⁹

Die Krankenhäuser in Temeschburg stellten ein weites Einzugsgebiet für Auswärtige auch aus anderen vormals ungarischen Komitaten¹⁰⁰ dar, in denen eine geringe Dichte an Krankenanstalten herrschte. Im Falle von Temeschburg führte die Schere zwischen oftmals zahlungsschwacher Patientenklitel und hoher Nachfrage nach Behandlungsleistungen bis gegen Mitte des 19. Jahrhunderts dazu, dass die wirtschaftliche Situation der dortigen Krankenhäuser, namentlich des Bürgerspitals, immer prekärer wurde. Um einen Kollaps der Temeschburger Medizinalversorgung zu verhindern,

⁹² Vgl. Breier (2003), S. 36.

⁹³ Petri (2005), S. 271.

⁹⁴ An dieser Militärgrenze wurden bis zu deren Auflösung im Jahr 1873 intensive Maßnahmen zur Verhinderung der Einschleppung von Seuchen praktiziert, darunter das Räuchern und die Essigdampfdesinfektion einzuführender Waren. Verstöße gegen diese Prophylaxebestimmungen wurden mit harten Strafen geahndet: vgl. Stitzl (1943), S. 174 ff.

⁹⁵ Vgl. Petri (2005), S. 270 f.

⁹⁶ Ähnlich wie in der von Gün (2007) behandelten Schwäbischen Türkei gab es offenbar viele jüdische Ärzte auch im hier fokussierten Untersuchungsgebiet.

⁹⁷ Genauer gesagt: Pester Universität. Die sprachliche Teilung zwischen den auf unterschiedlichen Seiten der Donau gelegenen Städten bzw. späteren Stadtteilen Pest und Ofen (Buda) war bis in das 20. Jahrhundert hinein sehr gebräuchlich, wurde dann jedoch zunehmend fallen gelassen. Auch hier wird zum besseren Verständnis nur von Budapest gesprochen.

⁹⁸ Vgl. Breier (2003), S. 35 ff.

⁹⁹ Siehe auch Rósa (2001), S. 197 ff.

¹⁰⁰ Bezeichnung für die Verwaltungsgebiete im Königreich Ungarn.

wurde 1847 eine verwaltungsrechtliche Regelung zur Bildung eines Fonds erlassen. In diesen mussten auch umliegende Komitate Gelder einzahlen, die dann zur Aufrechterhaltung der Krankenanstalten in Abhängigkeit von deren Nutzung und Bedarf verteilt wurden.¹⁰¹ Dem Wesen nach ähnliche Regelungen galten seit der Mitte des 19. Jahrhunderts auch für andere Krankenanstalten des Banats.¹⁰²

Mit am besten dokumentiert und hinsichtlich der Lebenserwartungen bzw. des Sterbealters der donauschwäbischen Banatpopulation aussagekräftig sind in diesem Zusammenhang die Daten aus der Banatgemeinde Rekasch. Diese liegt etwa 20 km von Temeschburg entfernt. Im Jahre 1910 lebten hier insgesamt rund 4.300 Einwohner.¹⁰³ Die Gemeinde wuchs vom 18. bis 20. Jahrhundert somit in den Rang einer Kleinstadt hinein; sie repräsentiert ansatzweise eine banatistische Kommune zwischen dörflich-kleinstädtischer und urbaner Charakteristik. Die für diese Kommune 1931 veröffentlichte Statistik von Josef Stitzl belegt, dass von 1740 bis 1900 das durchschnittliche Sterbealter der dortigen Bevölkerung fast ausnahmslos in einer Spanne von 15 bis 25 Jahren lag.¹⁰⁴ Diese extrem niedrigen Werte werden allerdings in der Statistik dadurch verzeichnet, dass Säuglingstode mit einfließen (siehe Abb. 2).

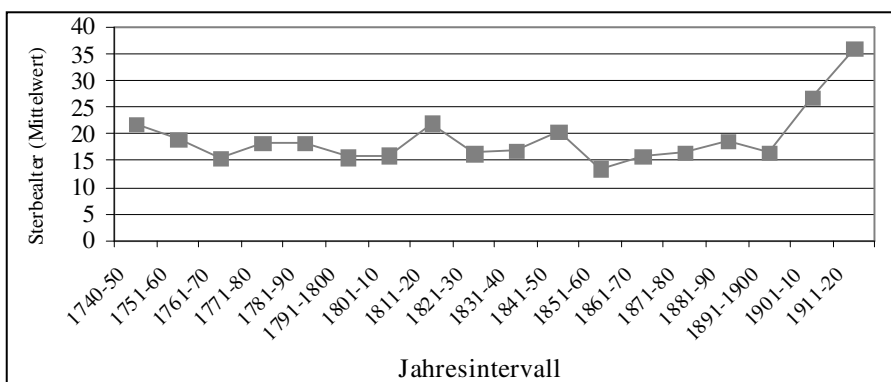


Abb. 2: Mittleres Sterbealter der donauschwäbischen Bevölkerung in Rekasch seit 1740 (einschließlich der Säuglingssterblichkeit, aber ohne Totgeburten)¹⁰⁵

Was die Sterbeursachen in der Phase nach Abschluss der externen Kolonisation um 1830 und bis zum Ersten Weltkrieg anbelangt, so hatte hier Petri erstmals den Versuch einer aussagekräftigen Erfassung unternommen, indem Sterbematrikel von 36 katholischen und evangelischen Banatgemeinden ausgewertet wurden (Tab. 1). Allerdings stammten die darin aufgelisteten Diagnosen oftmals nicht von Ärzten bzw. den „Chirurgen“ der jeweiligen Gemeinden, sondern von den matrikelführenden Priestern, so

¹⁰¹ Vgl. Bécsi (1886), S. 280.

¹⁰² Ein Beispiel bietet das Komitatskrankenhaus in Arad: vgl. Petri (1976), S. 17.

¹⁰³ Vgl. HOG Rekasch (2002), o. S.

¹⁰⁴ Vgl. Stitzl (1931b), S. 5 ff.

¹⁰⁵ Darstellung gemäß Stitzl (1931b), S. 5 ff.

dass hier die Diagnosen mit gewissen Vorbehalten zu betrachten sind.¹⁰⁶ Dennoch kann als eine Haupteinblendnis abgeleitet werden, dass Schwangerschaftserkrankungen bzw. Säuglingskrankheiten und die offenbar allgegenwärtige Malaria eine gewichtige Rolle bei den Todesursachen einnahmen. Tuberkulose und Lungenerkrankungen waren ebenfalls weit verbreitet, ebenso die „Phrenesis“,¹⁰⁷ wobei zu bedenken ist, dass dieses Krankheitsgeschehen sicherlich häufig begleitend zu anderen bzw. infektiösen Grunderkrankungen wie etwa typhösem Fieber („Nervenfieber“) aufgetreten sein muss.

Abdominaltyphus	4,8
Altersschwäche	6,7
Apoplexie	2,1
Arthritis	1,1
Blattern (Pocken)	1,6
Diphtherie	1,0
Dysenterie (Ruhrerkrankung)	1,5
Eklampsie, Schwangerschaftserkrankungen, Säuglingstode	12,4
Fieber (Malaria)	8,7
Gangrän (Brand)	1,2
Hydropsie	4,4
Masern	1,6
Pertussis, Keuchhusten	2,3
Pneumonie	5,2
Phrenesis (Hirnerkrankung) ¹⁰⁸	11,2
Scharlach	1,3
Tuberkulose	10,2
Andere	22,6
<i>Zusammen (geringe Abweichung durch Rundungseffekte)</i>	<i>100</i>
Einbezogene Banatgemeinden: Albrechtsflor, Dognatschka, Ebendorf, Fatschet, Franzdorf, Gertianosch, Glogon, Großscham, Homolitz, Kleinbetschkerek, Königshof, Marienfeld, Moritzfeld, Nakodorf, Neudorf, Niczkydorf, Oppowa, Orawitz, Rekasch, Ruskberg, Raderlach, Sanktandres, Sankthubert, Triebswetter, Tschiklowa.	

Tab. 1: Sterbeursachen (prozentuale Anteile) in dörflichen und kleineren bis mittleren donauschwäbischen Banatgemeinden im Zeitraum von der Beendigung der externen Kolonisation um 1830 bis zum Ende des Ersten Weltkrieges¹⁰⁹

¹⁰⁶ Vgl. Petri (1988), S. 335.

¹⁰⁷ Hirnerkrankung.

¹⁰⁸ Im 19. Jahrhundert bezog sich gemäß der Nomenklatur des Tölzer Balneologen und Volkskundlers Max Höfler (1848-1914) der Begriff auf verschiedene Formen von Hirnerkrankungen, „Hirnwut“ oder Delirien, die wiederum oftmals Folgeerscheinungen anderer Infektions- oder Grunderkrankungen waren: vgl. Höfler (1899), S. 492 und 611.

¹⁰⁹ Quelle: eigene Berechnungen unter Zugrundelegung von Petri (1988), S. 336 f.

Die bis hierhin gemachten Ausführungen könnten den Eindruck hinterlassen, das Banat sei von der Wiederurbarmachung im Rahmen der „Schwabenzüge“ bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts eine in gesundheitlicher bzw. seuchenhygienischer Hinsicht hoch problematische Region gewesen. Für weite Phasen des 18. und 19. Jahrhunderts und – nimmt man die topographische Komponente hinzu – insbesondere die Tiefen der Untersuchungsregion traf dies durchaus zu.¹¹⁰ Alles in allem hatte sich jedoch die Situation im gesamten Banat im Laufe des 19. Jahrhunderts deutlich verbessert, woran vor allem – wie die Ortschroniken der Banatgemeinden belegen – die Gründung neuer Krankenanstalten nach 1850 und die Eröffnung weiterer Apotheken ihren Anteil hatten.

Insgesamt erscheint die Schlussfolgerung vertretbar, dass sich das Banat und hierbei namentlich dessen donauschwäbische Siedlungsräume um 1900 nicht nur wirtschaftlich und sozial, sondern auch im Hinblick auf die medizinische Versorgung stabilisieren konnten. Diese Stabilisierung, die auch im medizinhistorisch relevanten Schrifttum wie beispielsweise in fast völlig unbekannt gebliebenen Reiseberichten des bedeutenden Berliner Chirurgen Prof. Dr. James Israel (1848-1926)¹¹¹ thematisiert wird, vollzog sich trotz der erheblichen wirtschaftlichen und sozialen Belastungen der ansässigen Bevölkerung durch die so genannte „Agrarkrise“.¹¹²

5.2 Sathmar

Das Untersuchungsgebiet Sathmar unterlag im weiteren Zeitraum bis zum Ersten Weltkrieg einem ausgeprägten Magyarisierungsdruck, der sich insbesondere gegen Ende des 19. Jahrhunderts immer stärker bemerkbar machte und dazu führte, dass Zugkräfte in Richtung einer ethnischen Homogenität weniger zum Tragen kamen als im Banat.¹¹³ Jedoch wurden hierdurch die Bemühungen um eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung und Apothekengründungen bzw. -erweiterungen nicht beeinträchtigt. Die Entwicklung der donauschwäbischen Populationsstärke war folgerichtig im Zeitraum

¹¹⁰ Schwere Diphtherieepidemien mit vielen Toten vor allem unter Kindern wurden beispielsweise aus der Banatgemeinde Giseladorf noch für die Jahre 1894 und 1899 berichtet: vgl. Packi (2008), o. S. Und in dem oben im Zusammenhang mit Choleraerkrankungen genannten Ort Sankt Georgen sowie in umliegenden Gemeinden am Begakanal brachen 1880 Scharlachepidemien aus, denen wiederum zahlreiche Kinder zum Opfer fielen: vgl. Horwath (1961), S. 26.

¹¹¹ James Israel durchreiste im Sommer 1915 auf seinem Wege von Berlin in die Türkei, wo er in Konstantinopel (heutiges Istanbul) Sultan Mehmed V. Reschad (1844-1918) wegen eines schweren Blasensteinleidens behandeln sollte, auch Rumänien, namentlich das Banat und Siebenbürgen: vgl. Israel, zitiert nach Huttmann (1984), S. 34 f. Noch im Jahr 1866 stellte sich englischen Reisenden, die das Siebenbürger Land einen Monat lang mit der Postkutsche bereisten, dieses als verarmt, wenig gastfreundlich und primitiv dar: vgl. Huttmann (1984), S. 31 f.

¹¹² Im Lauf des 19. Jahrhundert hatte sich das Banat geradezu zu einer „Kornkammer des Habsburgerreiches“ entwickelt; dadurch war es allerdings gegenüber einer Agrarkrise umso anfälliger: vgl. Mildner (2001), S. 247.

¹¹³ Wobei der rumänische Staat, dem das Sathmargebiet nach 1918 zugesprochen wurde, ganz anders als der ungarische Staat, an der Assimilierung der deutschsprachigen Volksgruppen kein nennenswertes Interesse hatte: vgl. hierzu auch Stephani (1993), S. 13.

von 1821 bis zum Ersten Weltkrieg sehr positiv: Lebten 1821 im Sathmarer Raum noch 18.000 Menschen, so waren es 1912 bereits 38.000.¹¹⁴

Es ist davon auszugehen, dass im gesamten Sathmarschen Siedlungsgebiet volksheilkundliche Praktiken eine entscheidende Rolle bei der Behandlung von Krankheiten spielten – nicht nur im 18. Jahrhundert, sondern bis in die Zeit nach dem Ersten Weltkrieg. Stefan Koch wies darauf hin, dass es sich dabei relativ häufig um Frauen handelte, die das Wissen wiederum von der eigenen Mutter übernommen hatten, wobei die Kenntnisse und Praktiken möglicherweise sogar noch aus der Urheimat der Ansiedler, im Falle von Sathmar also schwerpunktmäßig Oberschwaben, stammten. Namentlich handelte es sich um Kenntnisse in der Einbringung und Zubereitung von Heilpflanzen und der Zubereitung von Salben, die insbesondere aus Rindschmalz, Bienenwachs und Pflanzenteilen hergestellt wurden und bei der Therapie von Wunden und Furunkeln wohl tatsächlich einen hohen Nutzen hatten. Zudem gab es nach den Hinweisen von Koch in jeder Gemeinde Männer, die sich auf das Einrenken ausgekugelter Gelenke verstanden.¹¹⁵ Koch machte auch unmissverständlich klar, dass in die volksheilkundlichen Behandlungstechniken der Sathmarer „Schwaben“ oftmals abergläubische und von katholischen Ritualen, etwa dem Anrufen bestimmter Heiliger oder der Anwendung spezieller Gebetsformeln geprägte Gebräuche mit einflossen.¹¹⁶ Interessant ist dabei die Hypothese, dass sich die volksheilkundlichen Kenntnisse der Sathmarer Schwaben möglicherweise im Laufe der Zeit mit therapeutischen Erfahrungen und Vorstellungen aus benachbarten Ethnien mischten.¹¹⁷ Vor diesem Hintergrund scheint auch die im Sathmarer Volkstum offenbar verbreitete Angst vor „Wiedergängern“, also die Existenz eines geradezu archetypenhaften rumänisch-transsylvanischen Schreckensmotivs, erklärlich.¹¹⁸

6. Die donauschwäbische Medizinalversorgung im Banat und in Sathmar nach 1918

Die Bewohner der Gebiete Banat und Sathmar wurden 1918 mit einer völlig neuen Situation konfrontiert: Das frühere Ungarn, dem die Gebiete über so viele Jahrzehnte zugehört hatten, musste wesentliche Teile an Rumänien abtreten. In diesem Staat gestaltete sich der Neuaufbruch nach dem Ersten Weltkrieg zwar schwierig, jedoch blieben schwere revolutionäre Unruhen wie etwa 1919 in „Restungarn“, das sich im Anschluss zu einem regelrecht reaktionären Staatswesen entwickelte, aus.¹¹⁹

¹¹⁴ Vgl. Schmied (1970), S. 21.

¹¹⁵ Vgl. Koch (1984), S. 133.

¹¹⁶ Vgl. Koch (1984), S. 135.

¹¹⁷ Vgl. Koch (1984), S. 133.

¹¹⁸ Vgl. hierzu auch die Ausführungen von Koch (1984), S. 179, wonach die „Schwaben“ bei „Behexung mit Krankheiten“ kultische Unterstützung in benachbarten rumänischen Dörfern suchten, sowie S. 195ff., zu den „Toten im Volksglauben“ der Sathmarer.

¹¹⁹ In Ungarn bestand von Mai bis August 1919 unter der Führung von Béla Kun (1886-1937) nach sowjetischem Vorbild eine kommunistische Räterepublik, die jedoch niedergeschlagen werden konnte. An der Spitze des Staates setzte sich fortan die „Horthy-Regierung“ fest.

Die Periode von 1919 bis Mitte der 1930er Jahre kann als „Konsolidierung der Gesundheitsbetreuung“ insbesondere im Bereich der Chirurgie, der Inneren Medizin, Frauenheilkunde und Rehabilitation gelten. Hinsichtlich der Prophylaxe und Reihendiagnostik (Schuluntersuchungen, Tuberkulose-Röntgenaktionen) wurden ebenfalls Fortschritte erzielt, die vor allem die urbaneren Oberzentren wie Sathmar selbst und Temeschburg betrafen.¹²⁰ Interessanterweise wurden diese verbesserten Möglichkeiten der ambulanten und stationären Krankenbehandlung von Angehörigen der donauschwäbischen Population oftmals nicht in Anspruch genommen.¹²¹ Dieses Verhalten lässt sich dadurch erklären, dass fast alle Angehörigen der donauschwäbischen Volksgruppe keiner gesetzlichen Krankenversicherung angehörten und somit ärztliche Behandlungen selbst zu bezahlen hatten; daher „versuchte man es erst mit Hausmitteln, wenn diese nicht halfen, dann rief man den Arzt“.¹²² Ohnehin hatten sich nur wenige Ärzte in den „schwäbischen“ Gemeinden niedergelassen, offenkundig in Ermangelung eines vertretbaren Einkommens. Die nächste Arztpraxis war daher oft weit entfernt und konnte zu bestimmten Jahreszeiten mit Pferdegespannen auf den nicht ausgebauten Wegen nur mühsam erreicht werden.¹²³ Nach einem Bericht des Kulturwissenschaftlers und Mundartforschers Hugo Moser aus den 1930er Jahren blieb vor allem in abgeschlossenen östlichen Gebieten des Sathmarer Siedlungsraumes neben der Neigung zur „Selbstmedikation“ mit den verschiedensten Hausmitteln, Kräutern, Tinkturen und Salben noch alter Volksglaube wie die Furcht vor krankmachender „Behexung“, vor Geistern und Dämonen etc. lebendig.¹²⁴

Die deutschsprachige Ethnie hatte im nach 1918 territorial erweiterten Staat Rumänien mehr Möglichkeiten eigenständiger kultureller Betätigung – genannt sei das sprachlich differenzierte (und im Unterschied zu „ungarischen Epoche“ keine Sprache der verschiedenen Ethnien diskriminierende) Schulwesen.¹²⁵ Zudem gestaltete sich die wirtschaftliche Entwicklung in den donauschwäbischen Siedlungsregionen, namentlich im Banat, im Laufe der 1930er Jahre recht positiv, so dass hier für dieses Jahrzehnt sogar von einem „kleinen Wirtschaftswunder“ gesprochen wurde.¹²⁶

Als problematisch erwies es sich, dass Teile der deutschsprachigen Ethnie Rumäniens in dieser Phase vermehrt „deutschvölkischen“ Gedanken anhängen und eine verstärkte Orientierung an der Ideologie des „Dritten Reiches“ erfolgte. Dies galt auch für Teile der Ärzteschaft und donauschwäbische Wissenschaftler; die donauschwäbische Landbevölkerung – und diese stellte die Mehrheit der Population in den Siedlungsge-

¹²⁰ Vgl. Breier (2003), S. 58.

¹²¹ Vgl. Hild (1982), S. 226.

¹²² Vgl. Hild (1982), S. 226. Vgl. zum Fehlen eines Krankenversicherungswesens im Banat auch Wittje/Schwarz (1996), S. 85.

¹²³ Vgl. Koch (1984), S. 133.

¹²⁴ Vgl. Moser (1937), S. 144 ff. Die Konstellation im Banat dürfte in der Zeit zwischen beiden Weltkriegen diesbezüglich durchaus ähnlich gewesen sein: vgl. hierzu die ausführlichen Hinweise von Hans Hagel (1928), S. 119 ff., zum „Banater Krankheitsaberglauben“.

¹²⁵ Vgl. für das Banat etwa Mildnerberger (2001), S. 248 f., sowie Stephani (1993), S. 16 ff., S. 83 f.

¹²⁶ Vgl. Mildnerberger (2001), S. 249.

bieten Banat und Sathmar – war hingegen oftmals eher unpolitisch.¹²⁷ Eine ganze Reihe von Beiträgen donauschwäbischer Ärzte und Redakteure der lokalen Presse machen deutlich, dass seit den 1930er Jahren „völkisch“ ausgerichtete Denkweisen mit medizinischen Fragen vermehrt verknüpft wurden.¹²⁸ Dabei wurde auch ausdrücklich die Forderung nach einer Steigerung der Geburtenzahl der deutschsprachigen Population etwa im Banat vorgebracht, da diese ansonsten zur Bedeutungslosigkeit verurteilt sei.¹²⁹ Jene, die eine solche Ausrichtung vertraten, hatten möglicherweise nicht realisiert, dass in der Führung des „Dritten Reiches“ die donauschwäbische Population des Südostraumes durchaus nicht so positiv wahrgenommen wurde, sondern ihr sogar eine gewisse Abnormität durch „Inzucht“ unterstellt wurde, wobei nur die „Siebenbürger Sachsen“ laut Adolf Hitlers protokollierten „Tischgesprächen“ eine Ausnahme bildeten:

„Die Ungarn, das sind die durchkochtesten Nationalisten, die es gibt. Und wie schnell sie das Deutschtum absorbieren! Alle führenden Deutschen nehmen sie in ungarische Stellungen hinein. [...] Die kleinen deutschen Gruppen gehen an der Inzucht zugrunde, ausgenommen die Siebenbürger. Ich habe das bei den Volkstumsgruppen in Nürnberg gesehen: sie sind rassisch minderwertig. Alles Gute kommt in den ungarischen Staatsdienst. Macht man so eine Auslese durch Jahrhunderte, so bleibt nur ein Rest Dreck übrig.“¹³⁰

Im sozialistischen Rumänien wurden nach 1945 sämtliche Produktionsmittel verstaatlicht. Im Rahmen des zentral verwalteten Systems wurde die Kostenfreiheit der ärztlichen Pflege realisiert, was für das „Landvolk“ eine recht vorteilhafte Neuerung darstellte.¹³¹ In der Medizinalversorgung konnte eine Verbesserung der Standards erreicht werden, nicht zuletzt durch die 1947 begonnene Einrichtung einer bedeutenden Klinik für Augenheilkunde in den Gebäuden des nunmehr staatseigenen Barmherzigen-Spitals in Temeschburg.¹³²

7. Zusammenfassung

Unter systematischer medizinhistorischer Perspektive wurden donauschwäbische Siedlungsgebiete in Südosteuropa bisher kaum erforscht. Ortschroniken der verschiedenen donauschwäbischen Ansiedlungsgemeinden im Banat und im Sathmarer Gebiet gaben Aufschluss über Faktoren wie das Auftreten von Seuchen, sonstige Gesundheitsprobleme, vorherrschende Todesursachen, die Anzahl von Ärzten und nicht approbierten

¹²⁷ Teils vollzogen sich Spaltungen in donauschwäbischen Gemeinden, da viele Gemeindeangehörige der Fixierung auf das Dritte Reich mit Misstrauen gegenüberstanden: vgl. Lauber (1993), S. 127 f.

¹²⁸ Vgl. etwa Stitzl (1931a), o.V. (1941a), o.V. (1941b).

¹²⁹ Vgl. Vormittag (1943), S. 59 ff.

¹³⁰ Zit. nach Picker (1965), S. 183 f., Tischgespräche 1942. Ein Fokus auf möglichen Erbkrankheiten durch „Inzucht“ in der donauschwäbischen Bevölkerung (Südtransdanubien) findet sich bereits drei Jahre zuvor in einem Beitrag von Reinhard Lieske (1939), S. 972 ff., für die in Leipzig erschienenen „Südost-Forschungen“.

¹³¹ Vgl. Hauler (1996), S. 183.

¹³² Vgl. Breier (2003), S. 53.

Heilbehandlern, Heileinrichtungen und Hebammen sowie den Umgang mit Krankheitskosten.

Die Auswertungen zeigten, dass bereits während des Transfers der Siedler aus ihren angestammten Wohnorten in die ungarischen Ansiedlungszielorte erhebliche Probleme auftraten: Zwar waren die Siedler vor Aufnahme der Reise vorausschauend mit „Zehrungsspesen“ und den notwendigen Vorräten an Lebensmitteln bedacht worden, doch verkrafteten manche Menschen die Zustände während des beschwerlichen Transportes nicht oder kamen bei Unfällen mit den „Ulmer Schachteln“ um. Ferner war eine beträchtliche Gefahr der Ansteckung durch Malaria an den von Stechmücken verseuchten Uferbereichen und Anlegeplätzen der ungarischen Donau gegeben. Manche Siedler erreichten die Zielorte im Banat nicht, sondern ließen sich, nicht zuletzt aufgrund von Erschöpfung, von westlich des Banats ansässigen Grundherrschaften abwerben. Dazu gehörten auch Grundherrschaften in der Schwäbischen Türkei.

Überhaupt erlangte das von versumpften Siedlungsarealen ausgehende „banatische Klima“ bald einen berühmten Ruf. So stellte im Zeitraum 1720 bis 1730 in den Ansiedlungsregionen des Banats das so genannte „Sumpffieber“, die Malaria, eine häufig auftretende und gefürchtete Krankheit dar; nicht minder problematisch war die Lage im Sathmarer Raum. Hier war die Situation in den beiden Untersuchungsgebieten weitaus schwieriger als in den weiter westlich gelegenen donauschwäbischen Siedlungsregionen. Die medizinische Praxis stand der Ausbreitung dieser Erkrankung anfangs hilflos gegenüber; später verschaffte das den Malariakranken verabreichte pflanzliche Chinin eine gewisse Abhilfe. Neben der Pest, die auch aufgrund kriegerischer Handlungen um 1740 kulminierte, spielten typhöse Erkrankungen sowie die Cholera in beiden Untersuchungsregionen noch weit bis in das 19. Jahrhundert hinein eine bedeutende Rolle.

„Feldscher“ und volksmedizinische Anwendungen konnten solch gravierende Erkrankungen nicht wirksam bekämpfen. Allerdings hatte sich die seuchenhygienische Situation bereits in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts aufgrund von Trockenlegungsmaßnahmen in Sumpfgebieten und seitens der Verwaltungsorgane erlassener Hygienevorschriften in den Untersuchungsregionen verbessert.

Im Banat stellte Temeschburg (Temeschwar) bis zum Ende des Untersuchungszeitraums nicht nur das Verwaltungszentrum, sondern wegen der dort seit dem 18. Jahrhundert errichteten und im 19. Jahrhundert erweiterten Krankenanstalten und der Verfügbarkeit qualifizierter Ärzte auch den Anlaufpunkt für medizinische Behandlungen dar. Während der Regentschaft des Habsburgerkaisers Josef II. konnten überdies im Bereich der medizinischen Ausbildung Qualitätssteigerungen erreicht werden. Militärwundärzte und -chirurgen, die mehrheitlich in diesem Oberzentrum Temeschburg angesiedelt waren, wurden bereits seit 1785 am Wiener „Josefinum“ ausgebildet, das zügig internationale Anerkennung erlangte. Auch die zivilen Chirurgen und Wundärzte im Banat mussten seit 1788 zumindest eine zweijährige medizinische Universitätsausbildung durchlaufen haben.

Allerdings war die Therapie durch Nichtmediziner, die Anwendung volksheilkundlicher Mittel, in den nichturbanen donauschwäbischen Siedlungsregionen sowohl des Banats als auch Sathmars vom Beginn der Kolonisation an stark verbreitet.

Sowohl das Banat als auch der Sathmarer Raum waren von der Wiederurbarmachung im Rahmen der „Schwabenzüge“ bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts in gesundheitspolitischer bzw. seuchenhygienischer Hinsicht problematische Regionen. Allerdings begann sich die Gesundheitssituation seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu verbessern, wozu insbesondere die Gründung neuer Krankenanstalten und ebenso die Eröffnung weiterer Apotheken beitrugen. Nach dem Ersten Weltkrieg vollzog sich eine weitere Konsolidierung der Gesundheitsbetreuung insbesondere in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Rehabilitation, begleitet von Fortschritten auf den Gebieten Prophylaxe und Reihenuntersuchung.

Da für die meisten Angehörigen der donauschwäbischen Population in den beiden Untersuchungsregionen keine gesetzliche oder anderweitige Krankenversicherung bestand, wurden ambulante oder stationäre Therapien, nicht zuletzt wegen der Kosten, häufig nur als ultima ratio ausgeführt. Demgegenüber hielten sich volksheilkundliche Praktiken, durchsetzt mit religiös-rituellen und abergläubischen Vorstellungen, bis weit in das 20. Jahrhundert hinein.

Literatur

1. Bécsi (1886): Gedeon Bécsi, Magyar orvosok és természet vizgálok (XXIII), Temeschburg (Temeschwar), Vándor gyűlése 1886.
2. Bergmeier (2002): Oliver Bergmeier, Die sogenannte „niedere Chirurgie“ unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Halle an der Saale in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Diss., Universität Halle 2002.
3. Böhm (1861): Leonhard (Lénart) Böhm, Geschichte des Temesvarer Banats, Bd. I, Leipzig 1861.
4. Born (1774): Ignatz von Born, Des Ignatz, Edl. von Born, Ritters, K. K. Berg-Raths, der Königl. Akademie der Wissenschaften zu Stockholm, der Großherzogl. zu Siena, u. der Georg. gelehrt. Gesellschaft zu Padua Mitglieds etc. Briefe über mineralogische Gegenstände auf seiner Reise durch das Temeswarer Bannat, Siebenbürgen, Ober- u. Niederhungarn an den Herausgeber derselben, Johann Jacob Ferber, Mitglied der Königl. Großherzogl. Akademie der Wissenschaften zu Siena, und der Ackerbau-Gesellschaft zu Vicenza und zu Florenz, geschrieben, Frankfurt a. M. 1774.
5. Brandeisz (1975): Josef Brandeisz, Vierzig Jahre Festungsbau, in: Neue Banater Zeitung, 29.03.1975, S. 4.
6. Breier (2003): Thomas Breier, Die Medizingeschichte Temeswars 1718-1990, Schönböck 2003.
7. Casagrande (2003): Thomas Casagrande, Die volksdeutsche SS-Division „Prinz Eugen“ – Die Banater Schwaben und die nationalsozialistischen Kriegsverbrechen, Frankfurt a. M. 2003 (zugl. Diss., Universität Frankfurt a. M. 2002).

8. Clarkson (2000): Susan Clarkson, Die Geschichte der deutschen Ansiedlung in Südungarn, in: Arbeitskreis donauschwäbischer Familienforscher e.V. (Hrsg.), Handbuch des Arbeitskreises donauschwäbischer Familienforscher e.V. (AkdFF), Sindelfingen, AkdFF 2000, S. 50-58.
9. Demele (1913): Franz Demele, Temesgyarmat. Ein Beitrag zur Geschichte der Entstehung und Entwicklung dieser Gemeinde und Pfarre, Innsbruck 1913 (unveränderter Nachdruck des Originals: Heidelberg, WaRo-Verlag 2006).
10. Dilpich (1972): Hans Dilpich, Die Domkirche in Temeswar, München 1972.
11. Fata (1997): Marta Fata, Deutsche Immigration im ländlichen Ungarn, in: Mathias Beer, Dittmar Dahmann (Hrsg.), Migration nach Ost- und Südosteuropa vom 18. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1999, S. 385-404.
12. Fata (1997): Marta Fata, Von der Ansiedlung zur Auswanderung. Ein Beitrag zur sozialhistorischen Erforschung der Migration der Deutschen in Südosttransdanubien im 18. und 19. Jahrhundert, in: Marta Fata (Hrsg.), Die Schwäbische Türkei. Lebensformen der Ethnien in Südungarn. Ergebnisse der Tagung des Instituts für donauschwäbische Geschichte und Landeskunde in Tübingen vom 10. und 11. November 1994, Sigmaringen 1997, S. 15-42.
13. Fath/Senz (1997): Rudolf Fath, Ingomar Senz, Die ungarländischen Schwaben vom Ende des Hl. Römischen Reiches bis zum Beginn des Reformzeitalters (1806-1825), in: Ingomar Senz (Hrsg.), Donauschwäbische Geschichte. Wirtschaftliche Autarkie und politische Entfremdung 1806-1918, München 1997, S. 18-78.
14. Feldtänzer (2006): Oskar Feldtänzer, Donauschwäbische Geschichte. Das Jahrhundert der Ansiedlung 1689-1805, München 2006.
15. Fetjö (1987): Francois Fetjö, Joseph II. – Porträt eines aufgeklärten Despoten, München 1987.
16. Grisellini (1969): Franz Grisellini, Aus dem Versuch einer politischen und natürlichen Geschichte des Temeswarer Banats in Briefen 1716 bis 1778, München 1969 (Reprint der Originalausgabe von 1780).
17. Groß (1996): Dominik Groß, Die Aufhebung des Wundarztberufs im Spiegel zeitgenössischer wundärztlicher Quellen, in: Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 14 (1996), S. 459-473.
18. Gün (2007): Mesut Gün, Medizinische Versorgung und Heilwesen in den katholischen Siedlungsgebieten der „Schwäbischen Türkei“ vom Anfang des 18. Jahrhunderts bis 1945: Ein Beitrag zu einer „donauschwäbischen“ Medizingeschichte, Med. Diss., Aachen 2007.
19. Hagel (1928): Hans Hagel, Banater Krankheitsaberglaube, in: Hans Hagel, Die Banater Schwaben – Gesammelte Arbeiten zur Volkskunde und Mundartforschung, München, S. 119-133 (Reprint eines 1928 in den Banater Deutschen Kulturheften erschienenen Beitrages).
20. Hauler (1996): Ernst Hauler, Werden und Vergehen der Sathmarer Schwabensiedlung Maitingen, Dortmund, Forschungsstelle Ostmitteleuropa 1996 (= Veröffentlichungen der Forschungsstelle Ostmitteleuropa an der Universität Dortmund, hrsg. v. Johannes Hoffmann, Reihe B, Bd. 56).

21. Höfler (1899): Max Höfler, Deutsches Krankheitsnamenbuch, München, Piloty & Loehle 1899.
22. HOG Rekasch (2002): Heimatortsgemeinschaft Rekasch, Rekasch – Online-Publikation der Vereinigung Banater Schwaben, Landesverband Berlin und Neue Bundesländer e. V., Stand 2002, www.banater-schwaben-berlin.de/ Rubrik: Ortschaften/Rekasch.
23. Holder (1931): Gottlob Holder, Das Deutschtum in der unteren Baranya. Eine bevölkerungs- und siedlungsgeschichtliche Studie über die Schwäbische Türkei, Stuttgart, Schriften des Deutschen Auslands-Instituts Stuttgart 1931.
24. Horwath (1961): Peter Horwath, St. Georgen – Die Geschichte einer gemischt-sprachigen Gemeinde im Banat, Freilassing 1961.
25. Huttmann (1979): Arnold Huttmann, Grundzüge einer Medizingeschichte Siebenbürgens, in: Heinz Heltmann (Hrsg.), in: Naturwissenschaftliche Forschungen über Siebenbürgen, Bd. I., Köln 1979, S. 67-195.
26. Huttmann (1984): Arnold Huttmann, Reiseeindrücke aus Landstrichen des heutigen Rumänien – 1773 bis 1915, München 1984.
27. Jordan (1967): Sonja Jordan, Die kaiserliche Wirtschaftspolitik im Banat im 18. Jahrhundert (= Buchreihe der Südostdt. Historischen Kommission, Bd. 17), München 1967.
28. Junginger (2007): Franz Junginger, Publikation auf der Homepage der Heimatgemeinde Jahrmarkt im Banat: Jahrmarkt: Geschichte/Chronik – Aus der Geschichte einer banatdeutschen Gemeinde (Jahrmarkt mit Pfarrfiliale Überland), Stand 2007, www.jahrmarkt-banat.de/jahrmarkt_geschichte_chronik.html.
29. Junkers (2002): Günter Junkers, Blick über den Zaun – „Plautdietsch“ in Sibirien, in: Computergenealogie, 2002, Jg. 17, Nr. 2, S. 26.
30. Kallbrunner (1931/32): Josef Kallbrunner, Deutsche Siedlung in Serbien im 18. Jahrhundert, in: Deutsche Hefte für Volks- und Kulturbodenforschung, Jg. 2, 1931/32, S. 27-32.
31. Kallbrunner (1936): Josef Kallbrunner, Zur Geschichte der deutschen Siedlung in Südosteuropa – I. Die Banater Kolonisation unter Karl VI. und der jungen Maria Theresia bis 1753, in: Mitteilungen der Akademie zur wissenschaftlichen Erforschung und zur Pflege des Deutschtums, Jg. 11, 1936, S. 552-565.
32. Kallbrunner (1958): Josef Kallbrunner, Das kaiserliche Banat – I. Einrichtung und Entwicklung des Banats bis 1739, München 1958.
33. Kasas (1998): Aleksandar Kasas, Migracije i nasilna promena etnicke slike Vojvodine u Drugom svetskom ratu, in: Miomir Dasic, Petar Pijanovic, Deseti kongres istoricara Jugoslavije – Zbornik radova, Beograd (Belgrad), SIJ 1998, S. 267-272.
34. Koch (1984): Stefan Koch, Die Sathmarer Schwaben – Oberschwaben im Südosten, Laupheim 1984.
35. Kraushaar (1923): Karl Kraushaar, Kurzgefaßte Geschichte des Banats und der deutschen Ansiedler, Wien 1923.
36. Lammert (1978): Erich Lammert, „Die Krankheit mit denen Beülen“, in: Neuer Weg (Bukarest), 30.9.1978, S. 7-9, und 14.10.1978, S. 12.

37. Lammert (2003): Erich Lammert, Chronik der Gemeinde Perjamosch bis 1982, Stand 2003, www.hog-perjamosch.de/13912/13993.htm.
38. Lauber et al. (1993): Heinrich Lauber, Heinrich Müller, Jakob Rottenbiller, Heinrich Kah, Alsónána. Rückblick in die Geschichte einer deutschen Gemeinde in Ungarn, Ippesheim 1993.
39. Lieske (1939): Reinhard Lieske, Erbliche Psychosen und Inzucht, untersucht an einem donauschwäbischen Dorf (Nagynyárd/Majs), in: Südost-Forschungen, Bd. 4, 1939, S. 972-996.
40. Merle (1988): Nikolaus Merle, Vorwort, in: Anton Peter Petri, Beiträge zur Geschichte des Heilwesens im Banat, Marquartstein 1988, S. 7-8.
41. Mildenerberger (2001): Peter Mildenerberger, Das Banat – die unvergessene Heimat der Banater Schwaben, Neckarsulm 2001.
42. Milleker (1930): Felix Milleker, Die zweite organisierte deutsche Kolonisation des Banats unter Kaiserin Maria Theresia, in: Banater deutsche Kulturhefte, Jg. 4, 1930, S. 3-9.
43. Moser (1937): Hugo Moser, Schwäbische Mundart und Sitte in Sathmar, München 1937 (= Schriften der Deutschen Akademien München, Heft 30).
44. Mraz (1984): Henrike Mraz, Die Einrichtung der kaiserlichen Verwaltung im Banat von Temesvar, Diss., Universität Wien 1984.
45. Näder (1976): Michael Näder, Organisation und Verlauf der Einwanderung deutscher Kolonisten in das Temesvarer Banat in der thesesianischen Zeit (1740-1780), Diss., Universität Mainz 1976.
46. Ong (2005): Gruco Ong, Satu mare – Geschichte, deutschsprachiger Beitrag auf der offiziellen Internetseite der Stadt Satu Mare, Stand 2005, www.satu-mare.ro/despre/istorie.html.de.
47. o.V. (1941a): Redaktioneller Beitrag, Der deutsche Apotheker als Pionier im Südostraum – Teilnahme am Kampf gegen Geburtenbeschränkung, in: Südost-deutsche Tageszeitung, Ausgabe Banat, 15.06.1941, S. 7.
48. o.V. (1941b): Redaktioneller Beitrag, Der deutsche Arzt – Treuhänder der Volksgesundheit, Beitrag zur Hauptausschuss-Sitzung des Bundes deutscher Ärzte in Rumänien, in: Südostdeutsche Tageszeitung, Ausgabe Banat, 16.5.1941, S. 6.
49. Packi (2002a): Elisabeth Packi, Heilbäder, Online-Publikation der Vereinigung Banater Schwaben, Landesverband Berlin und Neue Bundesländer e.V., Stand 2002, www.banater-schwaben-berlin.de/ Rubrik: Das Banat – Sehenswertes im Banat.
50. Packi (2002b): Elisabeth Packi, Temeschburg – Hauptstadt des Banats, Online-Publikation der Vereinigung Banater Schwaben, Landesverband Berlin und Neue Bundesländer e. V., Stand 2002, www.banater-schwaben-berlin.de, Rubrik: Temeswar.
51. Packi (2008): Elisabeth Packi, Zeittafeln und Ortschroniken von Banatgemeinden, Online-Publikation der Vereinigung Banater Schwaben, Landesverband Berlin und Neue Bundesländer e.V., Stand April 2008, www.banater-schwaben-berlin.de/ Rubrik: Ortschaften.

52. Petri (1968): Die „Ölträger“ als wandernde Arzneimittelhändler in unseren Gemeinden – „Kauft in der Zeit, so habt ihr in der Not, wenn der Mann stirbt, ist er mausetot“, in: Donau-Schwaben-Kalender 1968, S. 141 f.
53. Petri (1976): Anton Peter Petri, Einige Bemerkungen zum Arader Krankenhaus, in: Banater Post, 15.05.1976, S. 17.
54. Petri (1988): Anton Peter Petri, Beiträge zur Geschichte des Heilwesens im Banat, Marquartstein 1988.
55. Petri (2005): Anton Peter Petri, Das Sanitätswesen, in: Franz Wolf, Peter-Dietmar Leber, Heimatbuch Großsanktnikolaus im Banat – Beiträge zur Geschichte der Deutschen im Ort, hrsg. im Auftrag der Heimatortsgemeinschaft Großsanktnikolaus in Rohrbach/Ilm, München 2005, S. 269-272.
56. Picker (1965): Henry Picker, Hitlers Tischgespräche im Führerhauptquartier 1941/42, 2. Aufl. (im Auftrag des Verlages neu hrsg. v. Percy Ernst Schramm in Kooperation mit Andreas Hillgruber und Martin Vogt), Stuttgart 1965.
57. Pollak (1985): Kurt Pollak, Josephinum und Pépinière – Der Beitrag des Militärsanitätswesens zur Vereinigung von Chirurgie und Medizin, in: Wehrmedizin und Wehrpharmazie, Jg. 9, H. 3, 1985, S. 134-136.
58. Preyer (1853/1995): Johann Nepomuk Preyer, Monographie über die königliche Freistadt Temeswar, Temeswar (Temeschburg), Rösch 1853 (Reprint in deutscher und rumänischer Sprache: Timisoara, Ed. Amarcord 1995).
59. Rósz (2001): Maria Rósz, Deutschsprachige Presse in Ungarn 1850-1920 – I. Teil: Zeitschriften und Fachblätter – Bibliographie, in: Berichte und Forschungen (hrsg. v. Bundesinstitut für Kultur und Geschichte der Deutschen im östlichen Europa), Nr. 9, 2001, S. 7-199.
60. Scherer (1966): Anton Scherer, Donauschwäbische Bibliographie 1935-1955. Das Schrifttum über die Donauschwaben in Ungarn, Rumänien, Jugoslawien und Bulgarien sowie, nach 1945, in Deutschland, Österreich, Frankreich, USA, Canada, Argentinien und Brasilien, München 1966.
61. Scherer (1974): Anton Scherer, Donauschwäbische Bibliographie 1955-1965. Das Schrifttum über die Donauschwaben in Ungarn, Rumänien, Jugoslawien und Bulgarien sowie, nach 1945, in Deutschland, Österreich, Frankreich, USA, Canada, Argentinien und Brasilien, München 1974.
62. Schieder (1961): Theodor Schieder, Das Schicksal der Deutschen in Jugoslawien (= Dokumentation der Vertreibung der Deutschen aus Ost-Mitteleuropa, Bd. 5), Bonn, Bundesministerium für Vertriebene, Flüchtlinge und Kriegsgeschädigte 1961.
63. Schimscha (1939): Ernst Schimscha, Technik und Methode der thesesianischen Besiedlung des Banats (= Veröffentlichungen des Wiener Hofkammerarchivs, Nr. 4), Baden bei Wien 1939.
64. Schmied (1970): Stefan Schmied, Scheindorf 1780-1970 – Geschichte einer sathmarschwäbischen Siedlung, Leubas/Kempton 1970.
65. Schünemann (1933): Konrad Schünemann, Banat, in: Carl Petersen, Otto Scheel, Paul Hermann Ruth, Hans Schwalm (Hrsg.), Handwörterbuch des Grenz- und Auslandsdeutschtums, Breslau 1933, S. 220-232.

66. Schwarz (1992): Karl Schwarz, Joseph II., in: Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon Bd. III., Nordhausen/Harz 1992, Spalte 676 f.
67. Senz (1973): Ingomar Senz, Die „deutschnationale“ Bewegung in Südungarn vor 1914, München, in: Südostdeutsches Archiv 15/16 (1973), S. 115-190.
68. Senz (1974): Josef Volkmar Senz, Donauschwäbische Siedlungsgebiete, München, Arbeitsgemeinschaft donauschwäbischer Lehrer im Südostdeutschen Kulturwerk 1974 (= Donauschwäbisches Archiv, Reihe 3: Beiträge zur Volks- und Heimatforschung, Nr. 21).
69. Senz (1997): Ingomar Senz, Zwischen nationaler Entfremdung und Selbstbesinnung – Die ungarländischen Schwaben im dualistischen Zeitalter der Monarchie (1867-1918), in: Ingomar Senz (Hrsg.), Donauschwäbische Geschichte. Wirtschaftliche Autarkie und politische Entfremdung 1806-1918, München 1997, S. 251-431.
70. Senz (1987): Josef Volkmar Senz, Geschichte der Donauschwaben, München, Donauschwäbische Kulturstiftung 1987.
71. Stitzl (1924): Josef Stitzl, Aus der Vergangenheit und Gegenwart der Großgemeinde Rekasch, Temesvar (Temeschburg) 1924.
72. Stitzl (1931a): Josef Stitzl, Die Bedeutung des deutschen Arztes für das deutsche Volksleben im Banat, in: Banater deutsche Kulturhefte, Jg. 5, Heft 3, 1931, S. 10-23.
73. Stitzl (1931b): Josef Stitzl, Durchschnittliches Sterbealter oder Lebensdauer der Rekascher deutschen Bevölkerung in der Zeit von 1740-1930, in: Medizinische Zeitschrift (Siebenbürgen), Jg. 5, H.5, 1931, S. 5-7.
74. Stitzl (1932): Josef Stitzl, Die Lues-Endemie im Banat im XVIII. Jahrhundert, in: Medizinische Zeitschrift (Siebenbürgen), Jg. 6, H.4, 1932, S. 17.
75. Stitzl (1943): Josef Stitzl, Das Gesundheitswesen der ehemaligen Militärgrenze, in: Der Arzt im Osten, Jg. 17, H. 11, 1943, S. 173-177.
76. Stephani (1993): Claus Stephani, Sathmarschwäbische Lebensgeschichten, Marburg 1993.
77. Straubinger (1923): Johannes Straubinger, Die Schwaben im Banat, Hamburg, St. Raphaelsverein e. V. 1923 (=Heftreihe des St. Raphaelsverein zur Auslandsarbeit, Nr. 2).
78. Treue (1948): Wilhelm Treue, Einflüsse des westeuropäischen Merkantilismus auf Nord- und Osteuropa, in: Blick auf die Wissenschaft (Bern), Jg. 1, 1948, S. 173-176, S. 190.
79. Valentin (1939): Anton Valentin, Die Pestseuche im Banat, in: Banater Monatshefte, Jahrgang 5, 1938/39, S. 15-22 (Heft 1), 55-59 (Heft 2), 79-84 (Heft 3), 118-123 (Heft 4), 161-163 (Heft 6).
80. Valentin (1955): Anton Valentin, Brief (Auszug) vom 5. September 1955 an Peter Ludwig, in: Anton Valentin, Die Banater Schwaben – Kurzgefasste Geschichte einer südostdeutschen Volksgruppe, Reprint des 1959 als Arbeitsheft 1 des Kulturreferates Banater Schwaben in München erschienenen Werkes unter Mitarbeit von Anton Peter Petri, Marquartstein 1984, S. 5 f.

81. Valentin (1959/1984): Anton Valentin, Die Banater Schwaben – Kurzgefasste Geschichte einer südostdeutschen Volksgruppe, Reprint des 1959 als Arbeitsheft 1 des Kulturreferates Banater Schwaben in München erschienenen Werkes unter Mitarbeit von Anton Peter Petri, Marquartstein 1984.
82. Von Hammer (1839): Anton v. Hammer, Geschichte der Pest, die von 1738 bis 1740 im Temeswarer Banate herrschte – Ein aus glaubwürdigen Quellen geschöpfter Beitrag zur Geschichte dieses Landes – Mit einer Planskizze und topographisch-historischer Beigabe, Temeswar, Verlag von Josef Reichel 1839 (als 1990 erstellte Kopie einsehbar im Institut für Kultur und Geschichte Osteuropas, München).
83. Vónház (1931): István [Stefan] Vónház, A szatmármegyei német telepítés, Pécs/Ungarn, Verlag Dunától Pécsi Egyetemi Könyvkiadó és Nyomda 1931.
84. Vónház (1933): István [Stefan] Vónház, Über die wirtschaftliche Notwendigkeit der deutschen Ansiedlung im Komitat Szatmár, in: Deutsch-Ungarische Heimatblätter, Jg. 5, 1933, S. 265-269 (= Petz-Festschrift).
85. Vónház (1987): István [Stefan] Vónház, Die deutsche Ansiedlung im Komitat Sathmar, Laupheim 1987 [= von Stefan Koch erstellte Übersetzung des 1931 in ungarischer Sprache durch Vónház publizierten Originals „A szatmármegyei német telepítés“ (Pécs/Ungarn).
86. Vormittag (1943): Stefan Vormittag, Die Frühehe – ein Mittel zur Hebung der Geburtenzahl, in: Der Arzt im Osten, Jg. 17, Heft 5 (1943), S. 59-61.
87. Wagner (1992): Harald Wagner, Johannes von Gott, in: Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon Bd. III, Nordhausen/Harz 1992, Spalte 376 f.
88. Wasserscheidt (2007): Philipp Wasserscheidt, Mehrsprachigkeit und Sprachwandel bei Ungarischsprechern im serbischen Banat, Bachelorarbeit, Humboldt-Universität Berlin 2007, <http://amor.rz.hu-berlin.de/~wassersp/>.
89. Weidlein (1967): Johann Weidlein, Die Schwäbische Türkei I. Beiträge zu ihrer Geschichte und Siedlungsgeographie, München 1967.
90. Weifert (1966): Ladislaus Michael Weifert, Beiträge zur Mercyschen Besiedlung des Banates, in: Theodor Mayer (Hrsg.), Gedenkschrift für Harold Steinacker (1875-1965), München 1966, S. 133-145.
91. Weißkirchner Ortsgemeinschaft (1980): Verein Weißkirchner Ortsgemeinschaft, Heimatbuch der Stadt Weißkirchen im Banat, Salzburg, Selbstverlag des Vereines Weißkirchner Ortsgemeinschaft 1980.
92. Wilhelm/Kallbrunner (1936): Franz Wilhelm, Ernst Kallbrunner, Quellen zur deutschen Siedlungsgeschichte in Südosteuropa (= Schriften der Deutschen Akademie und des Gesamtvereines der deutschen Geschichts- und Altertumsvereine, Heft 11), München 1936.
93. Wittje/Schwarz (1996): Margaretha Wittje, Peter Schwarz, Das Gesundheitswesen, in: Alexander Trautner (Hrsg.), Kikinda – eine Stadt im Banat, Sersheim 1996, S. 83-87.

94. Wolf (1999): Josef Wolf, Ethnische Konflikte im Zuge der Besiedlung des Banat im 18. Jahrhundert – Zum Verhältnis von Einwanderung, staatlicher Raumorganisation und ethnostrukturellem Wandel, in: Mathias Beer, Dittmar Dahmann (Hrsg.), Migration nach Ost- und Südosteuropa vom 18. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1999, S. 337-366.
95. Wolf (2007): Josef Wolf, Das Banat – Die vergessene Reise: Ein geschichtlicher Überblick, Online-Publikation der Vereinigung Banater Schwaben, Landesverband Berlin und Neue Bundesländer e.V., Stand 2007, www.banater-schwaben-berlin.de, Rubrik: Banat Geschichte.
96. Wolff (1996): Eberhard Wolff, Die Einführung der Pockenschutzimpfung in die akademische Medizin – Edward Jenner und die Folgen, in: Heinz Schott (Hrsg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund 1996, S. 284-290.

Medizinische Versorgung und Gesundheitswesen in den katholischen Siedlungsgebieten der „Schwäbischen Türkei“ (1800-1945)

Mesut Gün und Dominik Groß

1. Einleitung: Fragestellung und Forschungslage

Die donauschwäbische Kolonisation vollzog sich während der Regentschaft der habsburgischen Monarchen Karl VI., Maria Theresia und Joseph II. vom Anfang bis zum Ende des 18. Jahrhunderts. Während dreier „Schwabenzüge“ wurden vor allem Siedler aus dem deutschen Südwesten, aus Hessen, der Pfalz und Bayern für die Urbarmachung ungarischer und (süd-)osteuropäischer Gebiete gewonnen, die durch die früheren Auseinandersetzungen zwischen europäischen Herrscherhäusern verwüstet waren. Durch die Ansiedlungsmodalitäten trafen zunächst weit überwiegend katholische Kolonisten ein. Ende des 18. Jahrhunderts war die ungarisch-donauschwäbische Kolonisation im Großen und Ganzen abgeschlossen; es fand aber in den folgenden Jahrzehnten parallel mit einem Anstieg der Bevölkerungszahl noch eine Binnenwanderung der Siedler statt.

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, wie sich die medizinische Versorgung und der Gesundheitszustand der donauschwäbischen Population von der Erstbesiedlung bis zur Vertreibung nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelten.¹ Der Untersuchungsraum des vorliegenden Beitrags umfasst die sich über weite Teile des heutigen Südungarns erstreckende „Schwäbische Türkei“ mit den Komitaten Branau, Schomodei und Tolnau.

Zur Geschichte der Donauschwaben existiert ein gut zugänglicher Bestand an Literatur und weiteren Anschauungsmaterialien. In der jungen Bundesrepublik übernahm das Land Baden-Württemberg die Schirmherrschaft über die Donauschwaben und förderte die Gründung des „Hauses der Donauschwaben“ in Sindelfingen. Die Unterstützung seitens des Landes besteht nach wie vor. Das Haus der Donauschwaben veranstaltet regelmäßige Gruppenbesichtigungen, Ausstellungen und deutsch-ungarische Veranstaltungen. Auch existiert eine eigene Bibliothek mit einem großen Bestand an Fachliteratur.

Der Sindelfinger AkdFF (Arbeitskreis donauschwäbischer Familienforscher), eine weitere wichtige Anlaufstelle für Forschungen zu Donauschwaben beziehungsweise zur Schwäbischen Türkei, unterhält ebenfalls eine eigene Bibliothek. Beide Einrichtungen, die für die vorliegende Untersuchung genutzt werden konnten, waren ihrem Selbstver-

¹ Der vorliegende Beitrag beruht auf der von Dominik Groß betreuten Promotionsschrift von M. Gün (2007). Für die medizinische Versorgung und das Gesundheitsverhalten in den Siedlungsgebieten Banat und Sathmar vgl. auch den vorausgehenden Buchbeitrag von Gün et al. in diesem Band.

ständnis nach stets nonrevisionistisch und bemühen sich um einen lebhaften interkulturellen Austausch.²

Ferner verfügt das dem Innenministerium Baden-Württemberg unmittelbar nachgeordnete „Institut für donauschwäbische Geschichte und Landeskunde“ in Tübingen über eine Fachbibliothek sowie ein Archiv. Es führt eigene Forschungen zur Siedlungsgeschichte der Donauschwaben, aber auch zu deren Vertreibung und Integration in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg durch. Medizingeschichtliche Forschung wird dort jedoch nicht betrieben.

Eine weitere wichtige Institution zur Förderung des Bekanntheitsgrades der donauschwäbischen Kultur ist das „Donauschwäbische Zentralmuseum“ in Ulm. Es wird von der „Stiftung Donauschwäbisches Zentralmuseum“ getragen, in der sich das Land Baden-Württemberg, die Stadt Ulm sowie mehrere Fördervereine zusammengeschlossen haben. Das Museum bietet zwar keinen wissenschaftlich verwertbaren Literaturbestand, aber dafür eine Fülle von Abteilungen und Exponaten (u. a. Auswanderung, religiöses Leben der Neuankömmlinge, Ernährungssituation, soziale Aspekte und Wirtschaftsformen, Brauchtum), die für das Verständnis der in dieser Arbeit untersuchten Fragestellungen wichtig sind.³

In den Bibliotheken des Hauses der Donauschwaben und des AkdFF sowie des Instituts für donauschwäbische Geschichte und Landeskunde befindet sich eine große Anzahl an auch für die Schwäbische Türkei relevanten Büchern und Periodika sowie unveröffentlichtem Material. Ferner ist in diesem Zusammenhang das Privatarchiv des AkdFF-Vorstandes Dr. Günter Junkers zu nennen. Die interessierenden Bücher und Periodika lassen sich zwar grundsätzlich auch in anderen Büchereien, Universitätsbibliotheken usw. finden, doch aufgrund deren Konzentration in den drei erstgenannten Bibliotheken (an den Orten Sindelfingen und Tübingen) war es sinnvoll, den Schwerpunkt der Literatur- und Materialauswertung zunächst dorthin zu legen.

Ein Auswertungsfokus lag auf den in den Bibliotheken zugänglichen Ortschroniken von (katholischen) Gemeinden der Schwäbischen Türkei. Diese Ortschroniken enthalten in der Regel eine Übersicht der historischen Gemeindeentwicklung von den Ansiedlungsjahren im 18. Jahrhundert bis zur Vertreibung der deutschen Bevölkerung am Ende des Zweiten Weltkrieges und thematisieren dabei auch die Entwicklungen auf wirtschaftlichem, sozialem und teils medizinischem Gebiet.⁴ Eine Aufstellung der aus-

² So besteht beispielsweise eine enge Kooperation mit ungarischen und rumänischen Familienforschern und Historikern. Die Gastfreundschaft des „Hauses der Donauschwaben“ gegenüber interessierten Besuchern aus allen Ländern wird besonders hervorgehoben; vgl. AkdFF (2000), S. 10 f.

³ Das Museum gibt ferner einen informativen und umfassend illustrierten Museumsführer heraus, aus dem im weiteren Verlauf der Arbeit zitiert wird.

⁴ Darüber hinaus enthalten die Ortschroniken eine Vielzahl von Kopien sehr alten Quellenmaterials (zum Beispiel Ansiedlungsverträge zwischen den Einwanderern und der Grundherrschaft, Verordnungen, Auszüge aus Kirchenbüchern und Sterbelisten mit Hinweis auf die Todesursachen, sowie sog. „Zusammenschreibungen“, letztere zumeist aus dem 19. Jahrhundert). Bei diesen Zusammenschreibungen handelt es sich um Protokolle der in den einzelnen Gemeinden durchgeführten Befragungen und Dokumentationen der Besitzverhältnisse und Lebenssituationen, die wiederum von der „K.u.K“-Verwaltung angefordert worden waren. Dieses Quellenmaterial als Einzelperson durch Aufsuchen der

zuwertenden Ortschroniken konnte der Bibliographie des „Ostdeutschen Kulturrates“, einem Gremium der nach § 96 des Bundesvertriebenengesetzes gebildeten „Arbeitsgemeinschaft der Flüchtlingsverwaltungen der deutschen Bundesländer“, entnommen werden.⁵ Um jedoch auch die nach 1979 veröffentlichten Ortschroniken erfassen zu können, wurde zusätzlich vom AkdFF eine Liste *aller* Gemeinden und Siedlungen der Schwäbischen Türkei eingeholt, die ganz oder überwiegend römisch-katholisch geprägt waren. Diese Liste konnte mit den Angaben in der Bibliographie abgeglichen werden, womit eine lückenlose Erfassung gelang. Für rund drei Viertel der Gemeinden und Siedlungen liegen derartige Chroniken vor, so dass hier von einer erschöpfenden und aussagestarken Abdeckung gesprochen werden kann.

Eine andere wichtige Bibliographie, die für die systematische Suche nach relevanter Literatur herangezogen werden konnte, stammt von Anton Scherer.⁶ Scherer hatte in seiner dreiteiligen „Donauschwäbischen Bibliographie“ das Schrifttum über die deutschen bzw. deutschstämmigen Siedler in Ungarn und anderen Auswanderungsgebieten (u. a. USA und Kanada) zusammengetragen und nach verschiedenen Inhaltsrubriken geordnet. Eine dieser Rubriken umfasst das Gesundheitswesen.⁷ Hier finden sich Hinweise auf Einzelarbeiten, die sich mit speziellen Aspekten der dortigen Gesundheitssituation befassen (z. B. Krebs- und Tuberkulosesterblichkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Pest im 18. Jahrhundert).

Die Befragung von Zeitzeugen erschien ebenfalls sehr wichtig. Diese sind zwar in der Regel schon sehr betagt, können aber Auskunft über die medizinische Versorgung in den letzten Jahren des 1945 endenden Untersuchungszeitraumes erteilen. Der Mit Hilfe des AkdFF bei der Anbahnung solcher Kontakte zu Zeitzeugen bei den Repräsentanten ist es zu verdanken, dass die Befragungen überhaupt durchgeführt werden konnten. Mehrheitlich sind die Ansprechpartner im Raum Frankfurt-Gelnhausen sowie in Baden-Württemberg und Bayern beheimatet, den Schwerpunkten der Wiederansiedlung vertriebener Donauschwaben nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Befragungen erfolgten sowohl telefonisch als auch unmittelbar im Rahmen persönlicher Besuche. Es handelte sich um eine kategoriengeleitete Befragung nach einem zuvor festgelegten Abfrage-raster. Zeitvorgaben und jede Form einer Reglementierung bei der Beantwortung bzw. Diskussion der Fragen waren allerdings ausgeschlossen, so dass von einer halbstandardisierten Gesprächssituation ausgegangen werden kann.

Zur Konzentration der Untersuchung auf die Schwäbische Türkei ist schließlich anzumerken, dass dieses Gebiet eine große und repräsentative donauschwäbische Siedlungsregion darstellte⁸ und hierzu, wie geschildert, Dokumente in hoher Dichte vorliegen. Die Region bietet auch den Vorteil, dass sie – abgesehen von kleineren Randge-

Orts- und Kirchenarchive in Südungarn selbst zu erschließen, wäre angesichts der Zahl der Gemeinden und Siedlungen niemals praktikabel gewesen.

⁵ Stiftung Ostdeutscher Kulturrat (1979), S. 239 ff.

⁶ Scherer (1966; 1974; 2001).

⁷ Vgl. Gün (2007), Kapitel 1 und Fußnote 2.

⁸ Eines der Hautansiedlungsgebiete während der Kolonisation im 18. Jahrhundert; vgl. Hartmann (1935), Hengl (1983, 1985a, 1985b), Holder (1931), Kopp-Krumes (2004).

bieten – stets zu Ungarn gehörte⁹ und von den nach dem Ersten Weltkrieg beschlossenen Grenzveränderungen nicht betroffen war.¹⁰

2. Die Schwäbische Türkei im Überblick

Bei der so genannten Schwäbischen Türkei (vgl. Abbildung 1) handelt es sich um ein rund 4.000 Quadratkilometer umfassendes Gebiet, das fast vollständig im Süden des heutigen Ungarns liegt. Nur ein kleiner Teil des Gebietes gehört zur jetzigen Republik Kroatien. Die Schwäbische Türkei wird im Norden durch den Plattensee und im Süden durch den Fluss Drau begrenzt. Im Osten stellt die Donau eine natürliche Grenze dar, gegen Westen, also nördlich der Drau und südlich der Ausläufer des Plattensees, ist die Region offen.¹¹

Die Schwäbische Türkei entspricht den drei früheren ungarischen „Komitaten“ (Verwaltungsbezirken) Branau, Schomodei und Tolna.¹² Ihre Ausdehnung deckt sich weitgehend mit jener der katholischen Diözese Fünfkirchen.¹³ In physikalisch-geographischer Hinsicht kann die Schwäbische Türkei keineswegs als eine landschaftliche Einheit betrachtet werden. Vielmehr bestand ihr verbindendes Element über Jahrhunderte in der starken kulturellen Prägung durch die deutsche Besiedlung und somit in einer ethnischen Abgrenzung gegen andere ungarische Gebiete.¹⁴



Abb. 1: Lokalisierung der Schwäbischen Türkei¹⁵

⁹ Diese Randgebiete erstrecken sich auf Kroatien und Serbien.

¹⁰ Andere donauschwäbische Regionen wurden beispielsweise dem neu gebildeten Jugoslawien zugeordnet. Die historische Dokumentation dieser Regionen wurde dadurch erschwert. Noch im Jahr 2000 wurden Forschungsarbeiten über die Donauschwaben von den Behörden des damals noch existierenden Jugoslawiens in dortigen Archiven als unerwünscht betrachtet, vgl. AkdFF (2000), S. 10 (dies war zu diesem Zeitpunkt für Kroatien nicht der Fall).

¹¹ Fata (1997a), S. 9.

¹² Ungarische Bezeichnungen: Baranya, Somogy, Tolna.

¹³ Fünfkirchen, ungarisch Pécs, liegt in der Branau (Baranya).

¹⁴ Schuon (1936), S. 1.

¹⁵ Teile des heute zur Republik Serbien gehörenden Gebietes westlich der „Batschka“ und Donau sowie Teile Slawoniens (heute Kroatien), nordöstlich von Agram (Zagreb), werden ebenfalls der Schwäbischen Türkei zugerechnet. Vgl. auch Lauber et al. (1993), S. 271.

Die klimatischen Verhältnisse dieser Region zeichnen sich durch eine im Vergleich mit Deutschland höhere Sommertemperatur aus. Der Übergang von den eher kurzen Wintern zum Frühjahr erfolgt relativ rasch. Die Regenmaxima liegen im Frühsommer, was der landwirtschaftlichen Ergiebigkeit des Raumes förderlich ist.¹⁶ Das jüngere Landschaftsbild der Schwäbischen Türkei wird gekennzeichnet „durch sanfte Hügel und fruchtbare Täler, niedrige Bergrücken und kleine Becken“. Gebirgszüge fehlen; als einziger größerer Höhenzug ist das Schildgebirge (ung. Mecsek-Gebirge) mit seiner maximal 682 Meter hohen Erhebung zu nennen.¹⁸

In früheren Jahrhunderten waren weite Teile der Schwäbischen Türkei walddreich und teils auch sumpfig. In diesem Zusammenhang sind insbesondere Regionen in den Flussniederungen der Donau und ihrer Zuflüsse zu nennen. Als Beispiel kann auf den sog. Scharbruch verwiesen werden:¹⁹ Diese Gegend, in der südlichen Schwäbischen Türkei nahe der heutigen ungarisch-serbisch-kroatischen Grenze gelegen, wurde durch das Flüsschen Scharwitz²⁰ in früheren Jahrhunderten regelmäßig überflutet. Auf der einen Seite führte dies durch die Ablagerungen zu fruchtbaren Böden, andererseits wurde das Auftreten von Seuchen erleichtert.²¹ Vor dem Zweiten Weltkrieg fand sich in der Region kaum mehr eigentliche „Naturlandschaft“. ²²

3. Die Vorgeschichte: Von der „Karolinischen“ Ansiedlung bis zum ungarischen Freiheitskampf (1720-1848)

Historisch teilt man die Besiedlung der südungarischen und angrenzenden Territorien in drei „Schwabenzüge“ ein:

- „Karolinische“ Ansiedlung unter Karl VI. (1720 bis 1740)
- „Theresianische“ Ansiedlung unter Maria Theresia (1763 bis 1772)
- „Josephinische“ Ansiedlung unter Joseph II. (1781 bis 1787).

Die „Karolinische“ Ansiedlung lag ganz in den Händen privater Grundherren, die Bauern und Handwerker für ihre ungarischen Güter gewonnen hatten. Zwar wurden katholische Ansiedler bevorzugt, jedoch konnten in einigen Fällen auch evangelische

¹⁶ Der meiste Regen fällt im Monat Mai (83 mm durchschnittliche Niederschlagsmenge), gefolgt vom Monat Juni (75 mm durchschnittliche Niederschlagsmenge); vgl. Göbelt (1991a), S. 11.

¹⁷ Fata (1997a), S. 9.

¹⁸ Ebd.

¹⁹ In der Schwäbischen Türkei existierten zahlreiche „Überschwemmungsgebiete“, die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts teilweise ganzjährig versumpft waren; vgl. Göbelt (1991b), S. 13 f.

²⁰ Ungarisch: Sárvíz.

²¹ Diese für die menschliche Gesundheit nicht eben vorteilhaften Bedingungen (Mückenbefall, Ausbreitung von Krankheiten) wurden durch die Besiedlung, die im genannten Fall mit Flussbegradigungen (von 1820 bis 1854) verbunden war, aufgehoben; vgl. Lauber et al. (1993), S. 31 f. Eine zusammenfassende Darstellung zu den „Überschwemmungsgebieten“ in der Schwäbischen Türkei (Komitate Tolnau, Branau) findet sich bei Andrásfalvy (1976).

²² Schuon (1936), S. 6 ff. In der Branau, im Süden der Schwäbischen Türkei gelegen, fanden sich noch am Ende des 19. Jahrhunderts urtümliche Ried- und Auwälder in Überschwemmungsgebieten. Allerdings hatten auch hier zu diesem Zeitpunkt bereits umfangreiche Eindämmungsmaßnahmen stattgefunden; vgl. Ungarischer Landes-Agricultur-Verein in Budapest (1883), S. 38 ff.

Siedler in Abstimmung mit dem jeweiligen Grundherrn die Bewirtschaftung des Landes aufnehmen.²³ Auch zeigten calvinistische Grundherren Siedlungswilligen gegenüber offen.²⁴ Diese ersten Ansiedlungsversuche im Untersuchungsgebiet waren oftmals schlecht organisiert. Häufig sahen sich die Siedler, die in der Hoffnung auf Freiheit und einen gewissen Wohlstand in die Fremde gezogen waren, auch mit unerwarteten und ausbeuterischen Bedingungen in den sie aufnehmenden Grundherrschaften konfrontiert. Viele der Ansiedlungswilligen entschlossen sich daher zu einer Rückkehr in ihre Herkunftsregionen, sofern sie hierzu gesundheitlich noch in der Lage waren, denn durch das ungewohnte Klima waren manche der Ankömmlinge bereits geschwächt und für Krankheiten anfällig.

In der Schwäbischen Türkei zählten im Zeitraum zwischen 1720 und dem Beginn der „Theresianischen“ Ansiedlung im Jahr 1763 zu den häufigen Todesursachen solche Infektionskrankheiten, die auf schlechte hygienische Verhältnisse, verunreinigtes Wasser und Insekten zurückzuführen waren. Verbreitet war das typhusähnliche, bevorzugt durch Läuse übertragene „Fleckfieber“, aber auch die entstellenden Blattern traten häufiger auf. Eine der Seuchen mit den höchsten Mortalitätsraten war allerdings die in den Jahren 1739 bis 1744 im Untersuchungsgebiet grassierende Pest. Eine nennenswerte ärztliche bzw. pharmazeutische Versorgung der Schwäbischen Türkei fand in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts, abgesehen von den wenigen Gemeinden mit urbanem Charakter, nicht statt. So war auch während der Pestepidemie 1739 bis 1744 die Bevölkerung im Umgang mit der Seuche mehrheitlich auf sich gestellt und konnte sich nur dadurch helfen, dass die Verstorbenen so zügig wie möglich bestattet und bereits von der Seuche betroffene Siedlungen wegen der Ansteckungsrisiken gemieden wurden.

Auch nach 1763, im Laufe der „Theresianischen“ Kolonisation, waren zunächst nur wenige akademisch ausgebildete und geprüfte Ärzte im Untersuchungsgebiet ansässig. Vielmehr gehörte die Ausübung der Heilkunde in den betrachteten Siedlungen des Untersuchungsgebietes zu den Aufgaben von Barbieren und „Feldscheren“. Nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen, nämlich um das Bestehen der gegründeten Ansiedlungen zu sichern, ordnete Kaiserin Maria Theresia an, dass zumindest in größere Gemeinden „Ortschirurgen“ entsandt wurden. Diese waren jedoch wiederum keine umfassend ausgebildeten Ärzte, sondern Wundärzte, die offene Verletzungen, Frakturen etc. behandeln konnten. Hebammen waren auch in den kleineren Gemeinden der Schwäbischen Türkei ansässig. Noch bis weit in das 19. Jahrhundert hatten viele von

²³ Schuon (1936), S. 14.

²⁴ Insgesamt war allerdings die Situation für die katholischen Siedler wesentlich vorteilhafter: Beispielsweise wurden in der Schwäbischen Türkei durch den Titularbischof Baron Franz Jany „unbarmherzig alle Nichtkatholiken“ verfolgt. Namentlich im Bereich der Abtei Báticasék (Tolnau), wo der Bischof seinen Sitz hatte, fanden diese Drangsalierungen der Nichtkatholiken statt. Im Jahre 1720 wurde er von „Raizen“ (Serben), die er wegen ihrer Zugehörigkeit zur orthodoxen Kirche wiederholt malträtierte, ermordet; vgl. Zusammenschreibung von Sándor Schimatmoty, Notar, und Michael Regensburger, Richter, über den Marktflecken Báticasék anhand von 55 Fragen für den Beauftragten der K.u.K.-Verwaltung Frigyes Pesthy aus dem Jahre 1865, Frage 6. Das Original befindet sich in der „Handschriftensammlung der Széchenyi Nationalbibliothek Budapest, zit. wurde hier aus der deutschen Übers. gemäß Heimatverein Báticasék/Badesec (1991), S. 193.

ihnen allerdings keine kontrollierte Ausbildung genossen; Komplikationen bei Geburten und im Wochenbett waren die unausweichliche Folge.

Pockenschutzimpfungen, also die „Vakzination“ nach Jenner, wurde der dörflichen Bevölkerung bereits am Beginn des 19. Jahrhunderts von den ortständigen Chirurgen nahe gebracht und auch von diesen vorgenommen. Das Herrscherhaus der Habsburger, das selbst von Todesfällen und narbigen Verunstaltungen seiner Angehörigen durch Pocken betroffen war, hatte sich von der Einführung der Pockenschutzimpfung auch nicht durch den ablehnend eingestellten katholischen Klerus abhalten lassen. Bis zum ungarischen Freiheitskampf 1848 verharrte, nicht zuletzt aufgrund der periodisch auftretender Choleraepidemien und typhusartiger Erkrankungen, die Kindersterblichkeit auf einem hohen Stand; dies korrespondierte mit einer geringen durchschnittlichen Lebenserwartung.

4. Medizinische Versorgung und Gesundheitswesen in den katholischen Siedlungsgebieten der „Schwäbischen Türkei“ zwischen 1848 und 1945

4.1 Umbrüche der politisch-sozialen Verhältnisse und Lebenssituation der Bevölkerung in Ungarn und im Untersuchungsgebiet

Ein Ziel der sozialrevolutionären Unruhen in Ungarn 1848-49 war es, das dortige Feudalsystem in eine Bürgergesellschaft liberaler Prägung umzuwandeln. Es gelang, die endgültige Abschaffung der Leibeigenschaft zu verwirklichen und Grundfreiheiten verfassungsmäßig zu verankern.²⁵ Nationalen Bedürfnissen bzw. Autonomiebestrebungen nichtmagyarischer Ethnien wie etwa der Serben und Kroaten, deren Siedlungsräume sich über den Südrand der Schwäbischen Türkei hinaus erstreckten, wurde von der Habsburger Monarchie allerdings nicht nachgegeben.²⁶ Auch unter der donauschwäbischen Bevölkerung kam es zu vereinzelt Forderungen nach einer rechtlichen Aufwertung der Volksgruppe. Die Mehrheit der deutschen Siedler in den landwirtschaftlich geprägten Gebieten wie der Schwäbischen Türkei stand jedoch loyal auf der Seite des österreichisch-ungarischen Kaisertums.²⁷

Der nach 1848 geschwächte²⁸ Wiener Hof machte mit der „Doppelmonarchie“²⁹ dem ungarischen Teil des Habsburgerreiches umfassende Zugeständnisse, um nationalmagyarische Sezessionsbestrebungen einzuschränken. Diese Strategie war erfolgreich; durch die Doppelmonarchie konnte das ungarische Königtum staatspolitisch fest an Wien gebunden werden.³⁰ Zeitgleich wurden von Ungarns politischer und konfessioneller Führung jedoch Bestrebungen, die nichtungarischen Volksgruppen zu „magyarisie-

²⁵ Wassertheurer (2004), S. 23 f.

²⁶ Haselsteiner (1976), S. 20 ff.; Senz (1994), S. 44.

²⁷ Wassertheurer (2004), S. 23 f.

²⁸ Gebietsverluste: Lombardei (1859), Venetien (1866). Zudem unterlag 1866 die Habsburgische Monarchie im Krieg gegen Preußen.

²⁹ Im Jahre 1867 wurde der Ausgleich mit Ungarn geschaffen, indem die Habsburgische Monarchie in zwei Reichshälften gegliedert wurde (daher auch die seitdem übliche Bezeichnung „Österreich-Ungarn“). Diese Reichshälften hatten nur den Herrscher, die Außenpolitik und das Heer gemeinsam.

³⁰ Wassertheurer (2004), S. 22 ff.

ren“, unterstützt. In südungarischen Siedlungsgebieten wie der Schwäbischen Türkei betrieb der katholische Klerus, häufig selbst donauschwäbischer Herkunft, jedoch ähnlich wie viele Ärzte³¹ bereits assimiliert, „die Magyarisierung des geistigen Lebens mit großem Eifer“.³² Der Klerus hatte starken Einfluss auf das bäuerlich strukturierte Gemeinwesen, wobei er teils zwar auch „um eine Verbreitung geistlicher Literatur in deutscher Sprache für den privaten und häuslichen Zweck bemüht war, sich aber energisch gegen jede Form der Deutschtümelei richtete, weil gerade [...] im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts das Streben nach nationaler Eigenständigkeit als Verrat am Vaterland und als Gefahr für die Staatsmacht bekämpft wurde.“³³

Sezessionsbestrebungen fanden daher bei den Donauschwaben des ländlichen Bereiches wie beispielsweise in der Schwäbischen Türkei bis zum Ersten Weltkrieg meist keinen Anklang.³⁴ Assimilationen, etwa durch Heirat mit Magyaren, waren aber ebenfalls nicht sehr häufig.³⁵ Vielmehr zeigte sich in der Phase von 1848 bis zum Ersten Weltkrieg eine beträchtliche Konstanz des agrikulturellen Milieus und der Lebensform der Selbstversorgung³⁶ einschließlich der „Selbstmedikation“ und nur rudimentärer medizinischer Versorgung.³⁷ Der Grad der „Unpolitischen“ war hoch, nicht zuletzt, da die Schulausbildung nur einfachste Anforderungen erfüllte.³⁸

4.2 Medizinische Versorgung und Gesundheitsverhalten

Das System mit approbierten Ärzten in Großgemeinden und Städten und überwiegend „Ortschirurgen“ (Wundärzten) in den kleineren Ansiedlungen bestand nach 1848 fort.

³¹ Wohl bekanntestes Beispiel: der Donauschwabe Ignaz Philipp Semmelweis (allerdings nicht mit transdanubischer, sondern Budapest-Herkunft).

³² Wassertheurer (2004), S. 22.

³³ Wassertheurer (2004), S. 26 f.

³⁴ Eine Bündelung der Interessen war auch insoweit erschwert, als ja die donauschwäbische Population in keinem einheitlichen oder klar abgegrenzten, sondern vielmehr zersplitterten Siedlungsraum lebte (mit der „Schwäbischen“ Türkei als einer der in Südungarn gelegenen „Bevölkerungsinseln“).

³⁵ In der gesamten Schwäbischen Türkei lag 1900 die Quote der Siedler mit deutscher Muttersprache bei rund 70 % und im dortigen ländlichen Bereich noch wesentlich höher. Assimilation blieb im Wesentlichen ein Phänomen der urbanen Zentren.

³⁶ Auch die Ernährung in den dörflichen Gemeinden des Untersuchungsgebietes dürfte, folgt man den Hinweisen in den verschiedenen Ortschroniken, insgesamt sehr konstant geblieben sein. Die Hauptgerichte umfassten vor allem kohlehydratreiche Speisen sowie in Maßen auch Fleisch; vgl. Bachus (1986), S. 73 f.

³⁷ Die Bevölkerungsbilanz war im Zeitraum von der Einrichtung der Doppelmonarchie bis zum Ersten Weltkrieg im Untersuchungsgebiet in etwa ausgeglichen; vgl. Schuon (1936), S. 80 ff. Vgl. zur relativen Konstanz nach 1848, die mit dem Ersten Weltkrieg „einen jähen Abbruch fand“, auch Petri (1986), S. 94, sowie unter besonderer Berücksichtigung der Lebensverhältnisse der besitzlosen Landbevölkerung Mery (1957), S. 4 ff.

³⁸ Die „Volksschule“ war nach sechs Jahren beendet. Hierin ist auch ein Grund dafür zu sehen, dass aus der Schicht der Donauschwaben in den ländlichen Regionen nur wenig „Intellektuelle“ hervorgingen. Diese Einschätzung relativiert sich allerdings, wenn man bedenkt, dass jene, die den Milieusprung vollziehen konnten, sich zumeist (parallel oder danach) assimilierten und so nicht mehr als „Donauschwaben“ auftraten (beispielsweise viele Angehörige des katholischen Klerus) (persönliche Mitteilung von Dr. Günter Junkers, Leverkusen-Schlebusch).

Unter den in größeren Gemeinden der Schwäbischen Türkei ansässigen approbierten Ärzten scheint allerdings eine beträchtliche Fluktuation bestanden zu haben; teils waren sie nur ein halbes Jahr in den Gemeinden tätig und zogen es dann vor, sich andernorts niederzulassen.³⁹ Zur Sicherung der ärztlichen Versorgung wurde ab etwa 1870 in mehreren Kreisen der Schwäbischen Türkei schließlich eine Lösung gefunden, die eine erhöhte und vor allem stabile⁴⁰ materielle Anerkennung der Ärzte beinhaltete, das so genannte System der Arztkreise: Hierbei zahlten mehrere Dörfer eines Komitatskreises in einen gemeinsamen Fonds für einen ausgewählten Arzt ein, der dann die Verfügbarkeit für die medizinische Betreuung von Patienten zu garantieren hatte. Durch dieses System konnte die Fluktuation von Ärzten beträchtlich eingedämmt werden.⁴¹ Unter den für die Untersuchungsregion ausgewählten und namentlich dokumentierten Ärzten fanden sich auffallend viele Angehörige der Jüdischen Kultusgemeinden.⁴²

In der Geburtshilfe hatte sich die Situation im Vergleich zum Zeitraum vor 1848 nicht grundlegend geändert, denn weiterhin versahen auch nicht staatliche geprüfte Hebammen ihren Dienst.⁴³ Die Kindersterblichkeit war allerdings im Vergleich zu früheren Zeiträumen gesunken, wozu auch die Forschungsergebnisse von Ignaz Philipp Semmelweis zur Vermeidung des Kindbettfiebers beitrugen.⁴⁴ Besser gestaltete sich nun auch die Versorgung mit Medikamenten; diese wurde durch die in den Großgemeinden im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts verstärkt gegründeten und in den städtischen Zentren ohnehin bestehenden Apotheken gewährleistet.⁴⁵ Jede Gründung einer Apo-

³⁹ Neben wirtschaftlichen Gründen könnte hierzu auch eine mangelnde Anpassung an das agrikulturelle Milieu eine Rolle gespielt haben.

⁴⁰ Ein Krankenversicherungssystem bestand im 19. Jahrhundert und auch später im Untersuchungsgebiet nicht. Ärzte waren also letztlich auf Direktzahlungen ihrer Patienten in Geld oder Waren angewiesen.

⁴¹ Eppel (1988), S. 358.

⁴² Angaben laut Eppel (1988), S. 358. Kreißler starb im Jahr 1888, Geburts- und Sterbejahr der anderen Ärzte sind unbekannt. Mayer (1990), S. 150, berichtet, dass Diamant (er arbeitete seit 1909 als Kreisarzt in der Tolnau) die in Ungarn 1944 begonnenen Deportationen überlebte, seine Ehefrau jedoch umgebracht wurde. Die Abgrenzung zwischen Allgemein- und Zahnmedizin scheint in den Gemeinden der Schwäbischen Türkei übrigens nicht konsequent gewesen zu sein, denn Dr. Diamant zog laut Mayer (1990), S. 118, auch Zähne. Ansonsten seien Zähne häufig von den Barbieren gezogen worden.

⁴³ Eppel (1988), S. 359.

⁴⁴ Semmelweis (1818-1865) hatte die Berührungsinfektion als Auslöser des Kindbettfiebers richtig erkannt „und die ganze Frage auf exaktem Wege ein für allemal zur Erledigung gebracht“; vgl. Pagel (1901), S. 1582. Mit den auf ihn zurückgehenden Hygieneprinzipien in der Geburtshilfe sowie dem Einsatz von Lysol und Sublimaten in den meisten europäischen bzw. industrialisierten Ländern konnte die Problematik des Kindbettfiebers gelöst werden.

⁴⁵ Ohne dass jedoch ein Krankenversicherungssystem die Zahlungen für Medikamente übernommen hätte. Mayer (1990), S. 118, berichtet für diesen Zeitraum: „Doch die wenigsten Kranken konnten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, aus finanziellen Gründen, und so eine Behandlung konnte manchmal ein halbes Vermögen kosten.“ Insofern dürfte auch in diesem Zeitraum eine „Selbstmedikation“ mit Hausmitteln und konfessionell (katholisch) geprägten Heilzeremonien, wie sie noch für das 20. Jahrhundert dokumentiert sind, stark vertreten gewesen sein. Mayer bemerkt hierzu an gleicher Stelle kritisch: „[...] trugen falsche Ernährung, Erkältungen, das Zusammenliegen mehrerer Kinder unter milbenverseuchten Daunenbetten, sowie unzureichende Krankenpflege oft mit dazu bei, daß der Kranke, trotz manchem abergläubischen Hokus-Pokus („Brauchen“) nicht genas, sondern starb.“

theke musste allerdings von den Behörden genehmigt werden. Die Behörden hatten gutachterlich festzustellen, „daß die Errichtung der Apotheke aus dem Gesichtspunkt des öffentlichen Gesundheitswesens notwendig sei und die Existenz der bestehenden nicht gefährde.“⁴⁶

Die mittlere Lebenserwartung im Untersuchungsgebiet war seit der Mitte des 19. Jahrhunderts gestiegen und lag bei zusammenfassender Betrachtung beider Geschlechter bei 53 Jahren zwischen 1900 und dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges.⁴⁷ Neben vereinzelten Scharlachepidemien und einer zunehmenden Zahl von Tuberkulosefällen waren auch bis 1914 Erkrankungen des Verdauungstrakts häufig. „Typhus war allgegenwärtig“⁴⁸ und für jedes Jahrzehnt bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges wurden neuerliche Ausbrüche der Cholera in Gemeinden der Schwäbischen Türkei berichtet. Eine Reduzierung der Seuchengefahr konnte aber durch spezielle hygienische Maßnahmen erreicht werden. So inspizierte beispielsweise der Kreisarzt Dr. Alexander Hirsch Gemeinden und hielt jene Häuser fest, die über keinen Abort verfügten. Seine strengen Weisungen zur Abstellung von Mängeln „führten zur Verbesserung der allgemein-hygienischen Lage [...] und damit zur Verhütung der Choleraseuche, deren erstes und hauptsächliches Abwehrmittel die Sauberkeit der Wohnungen, die Reinlichkeit im Alltagsleben war.“⁴⁹

4.3 Gesundheitssystem und medizinische Versorgung in den katholischen Siedlungsgebieten der Schwäbischen Türkei vom Ersten Weltkrieg bis zur Vertreibung 1945/46

Bereits in der ersten Hälfte des Ersten Weltkrieges hatte sich in ganz Ungarn, vor allem in den größeren Städten, die Ernährungslage zugespitzt. Betroffen waren insbesondere kinderreiche Frauen, deren Männer eingezogen worden waren.⁵⁰ Da alle wehrfähigen Männer bis zum 60. Lebensjahr für militärische Zwecke rekrutiert wurden, musste „das Ackern, Säen, Mähen [...] von nun an von den Frauen und Kindern verrichtet werden.“⁵¹ In manchen Gemeinden der Schwäbischen Türkei wie etwa dem katholisch geprägten Bonyhád/Bonnhard wurden zur medizinischen Versorgung verwundeter oder rehabilitationsbedürftiger Soldaten Reservelazarette eingerichtet, zu deren Aufrechterhaltung die Bevölkerung außer Geld und Bettzeug auch Lebensmittel und Gemeindegelder beizusteuern hatte. Die wirtschaftlichen Verhältnisse hatten sich im weiteren

⁴⁶ Eppel (1988), S. 359.

⁴⁷ Auswertung der Daten in den Ortschroniken und der digitalisierten Matrikel von Gellert (2004); die durchschnittliche Lebenserwartung hatte damit einen nahezu asymptotischen Stand erreicht, stieg also in den folgenden Jahren nicht mehr wesentlich an. Einschränkung: unnatürliche Tode, etwa durch Unfälle sowie Suizide, konnten aufgrund fehlender Detailangaben nicht herausgerechnet werden.

⁴⁸ Mayer (1990), S. 118. Vgl. für das Komitat Branau (südlichste Region der Schwäbischen Türkei, nach 1918 teils in Jugoslawien gelegen) auch Pausz-Palotai (2000), S. 182 f. und S. 292. Laut dieser Autorin waren selbst nach 1940 Darmkatarrhe häufigste Ursache für den Kindstod: „Kühlschränke gab es noch keine. Die Nahrung der Kinder wurde im Keller aufbewahrt, sehr schnell vermehrten sich die Bakterien und verbreiteten sich im Darm des Kindes.“ Erst nach dem Zweiten Weltkrieg, also jenseits des hier betrachteten Untersuchungszeitraums, habe sich diese Situation grundlegend verbessert.

⁴⁹ Eppel (1988), S. 360.

⁵⁰ Lauber et al. (1993), S. 228.

⁵¹ Knabel (1972), S. 28.

Verlauf des Krieges mithin nicht nur in den Ballungsräumen, sondern auch im „Hinterland“, also Gebieten wie etwa der Schwäbischen Türkei, immer weiter verschlechtert, wozu auch die „endlosen Requirierungen von Getreiden und Lebensmitteln für die Front“ maßgeblich beitrugen.⁵²

Trotz dieser widrigen Lebensumstände war ein Einbruch von Seuchen wie etwa der im Jahrhundert zuvor so gefürchteten und verheerend wütenden Cholera in der Schwäbischen Türkei im Zeitraum zwischen 1914 und 1918 nicht zu verzeichnen; die bereits während des 19. Jahrhunderts eingeleiteten Maßnahmen zur Verbesserung der wohnhygienischen Situation und der Infrastruktur, insbesondere aber die verstärkte Trockenlegung sumpfig-morastiger Brutstätten von Krankheitsüberträgern hatten offenbar Wirkung gezeigt.⁵³ Zudem war das im gesamten 19. Jahrhundert in der Schwäbischen Türkei noch massive Auftreten rachitischer Erkrankungen, bedingt durch die Berücksichtigung modernerer Bauprinzipien, bereits seit Ende dieses Jahrhunderts deutlich zurückgegangen. Diese schwere Erkrankung, die gerade bei Kindern Verkrüppelung und Debilität hinterließ, hatte dann offenbar während und nach dem Ersten Weltkrieg gänzlich an Bedeutung verloren.⁵⁴

Die in Deutschland und Österreich-Ungarn am Anfang des Ersten Weltkrieges verbreitete nationalistische Euphorie verflog spätestens, als die militärische Lage an allen Fronten eine Niederlage ankündigte. Ungarn schloss am 3. November 1918 mit den Alliierten einen Waffenstillstand. Darauf folgte die Vereinbarung einer Demarkationslinie, welche die spätere Zuteilung ungarischer Hoheitsgebiete an das als neuer Staat entstehende Jugoslawien vorwegnahm. Die Bewohner in den südlichen Gebieten der Schwäbischen Türkei befanden sich nunmehr plötzlich in einer Grenzregion zu Jugoslawien.⁵⁵ Unter diesen Bedingungen kam es auch zu Konflikten zwischen katholischen Siedlern und Andersgläubigen.⁵⁶

In den Jahren 1918 bis 1919 waren weite Gebiete Ungarns von Anarchie und Gesetzlosigkeit gezeichnet. In der Schwäbischen Türkei, deren südliche Territorien durch Einbrüche marodierender Banden aus dem nun zu Jugoslawien gehörenden Serbien heimgesucht wurden, galten Naturalien, insbesondere Lebensmittel, Getreide und Mehl, als sicherste Zahlungsmittel.⁵⁷ Die Situation wurde zusätzlich verschärft, als in Ungarn nach sowjetischem Muster eine kommunistische Räterepublik ausgerufen wurde und

⁵² Ebd.

⁵³ Die letzte größere Durchseuchung der Schwäbischen Türkei mit der Cholera wurde in den Jahren 1872/73 verzeichnet, vereinzelte Ausbrüche der Erkrankung wurden in den katholischen Gemeinden des Siedlungsgebietes allerdings noch bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts dokumentiert; vgl. Csánki (1911), S. 37 ff.

⁵⁴ Vgl. Bachus (1986), S. 72.

⁵⁵ Lauber et al. (1993), S. 229.

⁵⁶ Spannungen bestanden insbesondere zwischen den orthodoxgläubigen Serben und den Katholiken (andere Jugoslawen bzw. Kroaten und weitere Nationalitäten). Diese Spannungen hielten sich jedoch noch in Grenzen und erreichten nicht jenes Maß des Grauens wie während des Zweiten Weltkriegs und danach sowie während des jugoslawischen „Bruderkrieges“ nach 1990.

⁵⁷ Lauber et al. (1993), S. 229. Geld war, ähnlich wie in Deutschland, als Kriegsanleihe beansprucht worden und hatte zum Ende des Krieges immer mehr an Wert verloren; vgl. Knabel (1972), S. 28.

sich bürgerkriegsähnliche Zustände einstellten.⁵⁸ Teils dürfte im Jahr 1919 die Situation in manchen ländlichen Gebieten der Schwäbischen Türkei aber noch wesentlich erträglicher gewesen sein als in den Hochburgen des revolutionären Geschehens bzw. des sich formierenden Gegenangriffs wie etwa Budapest.

Im Laufe des Jahres 1919 konnten unter der Führung des früheren Konteradmirals der österreichisch-ungarischen Armee, Nikolaus von Horthy,⁵⁹ nationalreaktionäre Kreise⁶⁰ allmählich in ganz Ungarn die Überhand gewinnen. Es setzte eine regelrechte „Säuberungswelle“ ein: Die meisten führenden Repräsentanten der vorigen Räterepublik wurden, soweit sie ergriffen werden konnten und sich nicht ins Ausland geflüchtet hatten, ohne Gerichtsverhandlung hingerichtet. Die „Gefängnisse waren auf das drei- bis vierfache überbelegt“ und „alle, die in der Nähe des Sozialismus angesiedelt waren, wurden verhaftet und verurteilt“.⁶¹

Unter Horthy wurde zwar die Monarchie in Ungarn formell wieder hergestellt, jedoch schied eine Rückkehr der Habsburger an die Spitze des Staatswesens vor allem aus außenpolitischen Gründen aus.⁶² Somit repräsentierte Konteradmiral Horthy während der gesamten Zwischenkriegszeit⁶³ die Führung des ungarischen Staates, wobei er sich zunächst eher in Richtung der Westmächte, vor allem Englands, später aber immer mehr an das faschistische Italien und schließlich „auf Gedeih und Verderb“ an

⁵⁸ Diese Räterepublik amtierte vom 21. März 1919 bis zum 1. August 1919 und wurde schließlich von – je nach Lesart – „konservativen“ oder „nationalreaktionären“ Armeekreisen gestürzt. Auch in der Schwäbischen Türkei hatte das Räteystem Fuß zu fassen versucht. Insgesamt scheint es sich hier jedoch – im Unterschied zu Großstädten wie Budapest – doch eher um kleinere Agitationen und Versammlungen, nicht jedoch um einen von einem substanziellen Bevölkerungsanteil gestützten revolutionären Aufstand gehandelt zu haben; vgl. Lauber et al. (1993), S. 232. Allerdings wurde in manchen Orten der Schwäbischen Türkei, so beispielsweise in Bonnhard (Bonyhád) in der Tolnau, ein konsequentes Räteystem nach sowjetischem Muster (Bauern-, Arbeiter- und Soldatenräte) errichtet. Nach der Niederschlagung der Räterepublik wurden auch in Bonnhard insbesondere Juden der „roten“ Agitation bezichtigt und verfolgt. Namentlich bekannt ist aus Bonnhard das Schicksal des jüdischen Arztes Dr. Emmerich Bokor, der wegen „Aufwiegelung“ und Agitation“ inhaftiert, aber schließlich wieder freigelassen wurde. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass solche Verhaftungen, ohne jedes Verhör und zunächst ohne Anklage oder Begründung, in dieser Phase häufig durch Denunziationen missliebiger Nachbarn oder Konkurrenten herbeigeführt wurden; vgl. Knabel (1972), S. 28 ff.

⁵⁹ Ung. Miklós Horthy, 1868-1957.

⁶⁰ Wie im Fall des russischen Bürgerkrieges nach der Machtübernahme durch Lenin wurde auch in Ungarn von diesen Kreisen als den „Weißen“ bzw. der „Weißen Armee“ gesprochen – dem Terror der Räterepublik war also, wenngleich wohl insgesamt merklich schwächer ausgeprägt, der Terror der „Weißen“ gefolgt; vgl. Knabel (1972), S. 30 f.

⁶¹ Lauber et al. (1993), S. 232.

⁶² Schließlich war die K.u.K.-Monarchie unter Führung der Habsburger an der deutschen Seite aus dem Ersten Weltkrieg als Verlierer hervorgegangen. Ungarn waren in den nachfolgenden Friedensverhandlungen erhebliche Gebietsverluste an die neu entstandenen Staaten wie etwa die Tschechoslowakei (Abtrennung von Regionen mit starken nichtmagyarischen ethnischen Gruppen) auferlegt worden (sog. Frieden von Trianon, 1920).

⁶³ Seine Führungsrolle bestand bis in das Jahr 1944. Bereits zuvor hatte er versucht, Ungarn durch Geheimverhandlungen mit den Westmächten einen Weg aus dem Krieg zu bahnen („Ungarische Schaukelpolitik“); vgl. Door (1976), S. 15 ff. 1944 entzog er sich durch Flucht in das Ausland dem Zugriff der Deutschen, die von dieser Strategie erfahren und daraufhin Ungarn besetzt hatten.

Deutschland anlehnte. Seine Herrschaft trug deutliche Charakteristika eines reaktionär-autoritären Regimes, wenngleich das Parlament nicht vollständig ausgeschaltet wurde.⁶⁴ Innenpolitisch zeigte sich während seiner Amtszeit ein starker und bisweilen aggressiver magyarischer Nationalismus; ethnische Minderheiten unterlagen einem gewissen Magyarisierungszwang.⁶⁵ Das ganze Streben der Horthy-Administration ging dahin, die durch die Erfahrungen der Räterepublik nur kurzfristig erschütterten, letztlich jedoch in manchen Bereichen noch geradezu feudalistischen Gesellschaftsstrukturen aufrecht zu erhalten.⁶⁶

Die relativen Aufwendungen für Leistungen aus den Sozialversicherungssystemen einschließlich der Zuwendungen für die Staatsbediensteten reichten andererseits in der Zwischenkriegszeit sogar an den europäischen Durchschnitt heran.⁶⁷ Bereits unmittelbar vor dem Ersten Weltkrieg war ein Rentenversicherungssystem für Ungarn gegründet worden, das zunächst nur für die öffentlich Bediensteten zuständig war, nach 1918 aber auch auf nicht-staatliche Angestellte ausgedehnt wurde. Industriearbeiter, Bergleute und Angestellte im Handel unterlagen der Kranken- und Invaliditäts- bzw. Unfallversicherung, konnten ab 1927 auch eine spezielle Berufskrankheiten-Versicherung in Anspruch nehmen und erhielten Familienbeihilfen.⁶⁸

Von diesem Leistungsangebot konnte jedoch die donauschwäbische Population im Untersuchungsgebiet, die sich ja nicht aus Angestellten des staatlichen oder industriellen Bereiches, sondern überwiegend aus in der Landwirtschaft und im nicht sozialversicherungsrechtlich relevanten Kleingewerbe Tätigen⁶⁹ zusammensetzte, letztlich kaum profitieren.⁷⁰ Vielmehr gestalteten sich die Bedingungen in Südungarn, namentlich der Schwäbischen Türkei, völlig unterschiedlich zu den industrieller geprägten Regionen Ungarns, etwa dem Budapester Großraum und dem Norden des Landes mit seinen Kohlegruben. In der Schwäbischen Türkei „gärte“ es vor allem in den 1920er Jahren; weite Teile der Bevölkerung verlangten eine allgemeine Landreform. Solche Forderungen waren aber den reaktionär orientierten Repräsentanten des Horthy-Regi-

⁶⁴ Door (1976), S. 6 ff.

⁶⁵ In den 1920er Jahren soll geradezu eine „Hetzkampagne“ gegen alles „Nichtmadjarische“ eingesetzt haben, von der auch die donauschwäbische Population betroffen war; vgl. Lauber et al. (1993), S. 232.

⁶⁶ Door (1976), S. 6 ff.

⁶⁷ Im Vergleich mit den damaligen Daten der modernen EU-Staaten (des Jahres 2003) mit Ausnahme von Spanien, Portugal, Griechenland (Länder des ärmeren Pols), sowie Luxemburg, Schweiz und Norwegen (Länder des reicheren Pols).

⁶⁸ Tomka (2003), S. 29 ff. Bei den Familienbeihilfen handelte es sich um Schwangerschafts- und Wochenbettzuwendungen.

⁶⁹ Die handwerklichen Berufe wiesen wiederum oft einen direkten, meist jedoch mittelbaren Bezug zu den landwirtschaftlichen Erwerbsmöglichkeiten) auf (z. B. Schmiede, Wagner, Sattler); vgl. Mayer (1990), S. 179 ff.

⁷⁰ Daran änderte auch nichts, dass 1923 in Pécs (Fünfkirchen) im Komitat Branau eine Universität mit medizinischer Fakultät gegründet wurde. Zunächst fungierte diese noch wie ein „Ableger“ oder eine „Außenstelle“ der berühmten Budapester Semmelweis-Universität und vereinte zeitweise nur etwa 1.000 Studenten auf sich. Gleichwohl ließen sich hier auch kompliziertere und aufwändige operative Eingriffe durchführen. Die ganze Härte des damaligen Sozialwesens dokumentiert sich darin, dass für solche Operationen von den ja nicht krankenversicherten Bewohnern des Umlandes Entgelt zu entrichten war.

mes suspekt, und es wurden staatlicherseits keine Maßnahmen ergriffen, um ihnen nachzukommen.⁷¹

Gerade eine solche Landreform wäre allerdings nach dem Ende des Ersten Weltkrieges aus sozialen Gründen dringend nötig gewesen: In vielen evangelischen Gemeinden der Schwäbischen Türkei waren die Gemarkungen viel zu klein, um die gesamte Bevölkerung zu ernähren. Industrie war kaum vorhanden und auch das Handwerk konnte den Menschen nicht genügend Einkünfte bieten. Durch die fortgeschrittene Parzellierung von Grund und Boden war eine bäuerliche Selbstversorgung in vielen Fällen unmöglich. Daher arbeiteten ärmere Menschen als Tagelöhner, indem sie sich entweder bei Bauern im eigenen Dorf verdingten oder in den Nachbargemeinden und landwirtschaftlichen Betrieben eine Möglichkeit des Broterwerbs suchten. In den 1920er Jahren dauerte der Arbeitstag eines Tagelöhners von morgens früh bis in die späten Abendstunden – bei einem Tageslohn von einem Pengö.⁷² Die Kosten für Bedarf des täglichen Lebens beliefen sich in dieser Phase auf einen Pengö jeweils für ein Kilogramm Fleisch, ein Kilogramm Schmalz oder ein Kilogramm Zucker. Ein Kilogramm Butter kostete 1,60 Pengö; 100 Kilogramm Weizen waren für 16 Pengö erhältlich.⁷³

Unter solchen Bedingungen – die sich nach 1927 etwas verbesserten⁷⁴ – war letztlich nur ein kümmerliches Leben zu führen.⁷⁵ Ein entscheidender Unterschied zur Situation in Ländern der Dritten Welt bestand allerdings darin, dass in Anbetracht dieser Lebenssituation unter der donauschwäbischen Bevölkerung die „Ein-Kind-Ehe“ und sogar „Kein-Kind-Ehe“ häufig waren und Kinderreichtum eher eine Seltenheit

⁷¹ Der Verlust der überwiegend durch bäuerlichen Klein- und Mittelbesitz geprägten Gebiete im Trianon-Frieden von 1920 führte zu einer Verstärkung der Rolle des in Zentralungarn ohnehin bereits dominanten Großgrundbesitzes; die Masse der Arbeit suchenden Landarbeiter und Kleinstlandwirte wirkte in dieser Situation wie sozialer Sprengstoff. Bauern und Lokalpolitiker in der Schwäbischen Türkei forderten 1920, von dem als erstickend empfundenen Großbesitz (meist adliger Familien) zumindest Teile zur Pacht oder als Kaufgrund zu erhalten, um eine lebensfähige Landwirtschaft betreiben zu können. Großgrundbesitzer wie etwa die Hunyady-Familie im Komitat Schomodei zeigten sich zunächst nicht abgeneigt gegenüber derartigen Maßnahmen. Im Endeffekt liefen die Maßnahmen aber auf keine durchgreifende Reform hinaus, sondern verstärkten nur die ohnehin bereits bestehende Parzellierung und ketteten die Kleinpächter geradezu an die Großgrundbesitzer; vgl. Kanyar (1964).

⁷² Diese Währung wurde zum 1. Januar 1927 eingeführt.

⁷³ Lauber et al. (1993), S. 232.

⁷⁴ Diese Verbesserung wurde auch durch die Währungsreform des Jahres 1927 bedingt. Knabel (1972), S. 32, bezeichnet die Phase zwischen 1927 und 1941 als „Konsolidierung“. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass im Zuge der Weltwirtschaftskrise zwischen 1930 und 1935 ein erheblicher Einbruch der gesamten ungarischen Wirtschaft erfolgte, der auch die Dörfer der Schwäbischen Türkei in Mitleidenschaft zog. Beispielsweise kam es zur Versteigerung von Grund und Boden, da manche Schuldner und Kleingewerbetreibende ihre Hypotheken nicht mehr bedienen konnten. Laut Toth (2001), S. 98, fand sich nach 1938 eine beträchtliche Zahl verarmter donauschwäbischer Siedler in dem bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges immer stärker von faschistoiden Doktrinen infiltrierten „Volksbund der Deutschen in Ungarn“ wieder.

⁷⁵ Beispielsweise lebte im Komitat Tolnau die verarmte Randschicht der Bevölkerung noch in den 1930er Jahren teilweise in höhlenartigen Behausungen, die in Hügelwände gebaut worden waren (persönliche Mitteilung von Daisy Junkers, Leverkusen-Schlebusch).

darstellte.⁷⁶ Die beiden Komitate Branau und Schomodei wiesen nur einen marginalen Geburtenüberschuss aus,⁷⁷ wobei sich die Situation in den katholischen Gemeinden etwas positiver als in den protestantischen ausnahm. Ob die niedrige Geburtenziffer im Untersuchungsgebiet auf konsequente Verhütung zurückzuführen war oder auch über (illegal praktizierte) Abtreibungen erzwungen wurde, ließ sich für das Untersuchungsgebiet nicht mit hinreichender Sicherheit ermitteln. Juristisch betrachtet galten Abtreibungen als schwere Straftat und durften in ganz Ungarn nicht von Ärzten vorgenommen werden.

Von einer auch nur ansatzweise „heilen Welt“ – und diese fast schon verklärte Grundstimmung tritt aus manchen Heimatbüchern hervor – kann für die Zwischenkriegsjahre 1918 bis 1941 kaum die Rede sein.⁷⁸ Darüber kann auch die Tatsache nicht hinwegtäuschen, dass in den Gemeinden der überwiegend ländlich-dörflich geprägten Schwäbischen Türkei auch nach dem Ersten Weltkrieg die tradierte Form der Großfamilie überwog.⁷⁹ In der Regel umfasste diese drei, in Ausnahmefällen sogar vier Generationen. Nicht nur die allgemeinen Lebensbedingungen, sondern auch die Situation der Kinder und Jugendlichen war indessen oft beklagenswert.⁸⁰

Es galt innerhalb der Familien im Untersuchungsgebiet als verpflichtend, die Älteren bis zu ihrem Tod zu achten. Dies schloss auch die gesundheitliche Pflege und Versorgung mit ein; „Altenheime“ oder eigene Wohnstätten für gebrechliche Senioren wa-

⁷⁶ Trotzdem waren relativ frühe Ehen sowohl in den katholischen als auch anderskonfessionellen Gemeinden der Schwäbischen Türkei nicht nur in der Ansiedlungszeit und im 19. Jahrhundert, sondern auch in der Zwischenkriegszeit (1918-1941) die Regel; in dieser Phase lag hier das durchschnittliche Heiratsalter gemäß der eigenständig ausgewerteten Heiratsmatrikel bei 23 bis 24 Jahren bei den männlichen und um 22 Jahre bei den weiblichen Bewohnern, während allerdings noch im 19. Jahrhundert „Bräute über 20 Jahre schon als ‚bejahrt‘ und als Ausnahmefälle galten“; Tafferer (1973), S. 172.

⁷⁷ Darüber hinaus fand hier zwischen 1920 und 1940 ein erheblicher Fortzug der Jüngeren statt.

⁷⁸ Dem steht wiederum nicht entgegen, dass Beschreibungen, wonach die Bewohner der Schwäbischen Türkei „arbeitsame, an Traditionen und Sitten festhaltende Menschen“ waren und diese „Leute sich nicht auf Moden einließen“, sicherlich zutreffend gewesen sein dürften; Simon (1973), S. 236.

⁷⁹ In den evangelischen bzw. nichtkatholischen Gemeinden dürfte dieser Familientypus vermutlich noch stärker dominiert haben als in römisch-katholischen Kommunen, da die Personen katholischer Konfession in der Schwäbischen Türkei doch eher in größeren Städten wie etwa Fünfkirchen lebten und unter den dort gegebenen, wenigstens ansatzweise „urbanen“ Bedingungen mehr vom Modus der zusammenlebenden „Sippe“ abgewichen werden konnte (das Überwiegen der Katholischkonfessionellen in größeren Gemeinden lag auch darin begründet, dass diese im Zuge der Ansiedlung durch die Habsburgische Krone zunächst eindeutig gefördert worden waren und sich insofern bezüglich Siedlungstätigkeit und auch Bevölkerungsballung einen gewissen Vorteil verschaffen konnten).

⁸⁰ Die ganze, auch viele sozialmedizinisch-psychologische Aspekte beinhaltende Misere der frühen 1920er Jahre wird aus folgender Beschreibung von Simon (1973), S. 239, zu den damaligen Schulbedingungen deutlich: „60-70 deutschsprachige Kinder mußten in einem Klassenraum ausschließlich in ungarischer Sprache unterrichtet werden. Eine kaum zu bewältigende Aufgabe für den Lehrer und eine schwere psychologische Belastung für die Schüler! [...] Bald mußte der Unterricht unterbrochen werden, da eine böse Krankheit, die Diphtherie, viele Kinder zwischen zwei und fünf Jahren dahinraffte.“ Simon schildert in diesem Kontext einen durch die Diphtherie verursachten Rückgang der Schülerzahlen bis auf 27 in einer Klasse.

ren nicht üblich.⁸¹ Nicht selten traten jedoch bei dieser Form des Zusammenlebens auch Konflikte auf, die sich auf die seelische Verfassung aller Beteiligten nachteilig auswirkten.⁸² Das soziale Leben in den Gemeinden war durch intensive nachbarschaftliche Beziehungen geprägt. Die Nachbarschaftshilfe galt geradezu als Institution, die sich bei den verschiedensten Problemen und Notlagen – darunter Krankheitsfälle – bewährte.⁸³

Wie beschrieben, war die nach dem Ersten Weltkrieg in Ungarn erfolgreiche „Horthy-Clique“ als reaktionär einzustufen. Diese Machthaber, die zunächst in opportunistischer Weise eine anglophile Außenpolitik versuchten, hatten sich seit etwa 1936 immer stärker an dem nationalsozialistischen Deutschland orientiert und Ungarn 1941 mit in den Krieg gegen die Sowjetunion geführt.⁸⁴ Bereits seit 1938 verschärfte sich in Ungarn „regierungsseitig der Druck auf die Juden, später kam der Entzug der Geschäfts- und Berufslizenzen“.⁸⁵ Die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit war Juden aber zunächst weiter möglich. Eine Wendung zum Schlimmsten vollzog sich jedoch in den letzten Monaten des Zweiten Weltkrieges, als die ungarischen Juden, unter ihnen viele Ärzte, in Vernichtungslager, vornehmlich Auschwitz, deportiert wurden.⁸⁶

5. Befragung von Zeitzeugen zum Stand der medizinischen Versorgung in den Jahren vor der Vertreibung (1945/46)

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde mittels Befragung von Zeitzeugen der Versuch unternommen, Forschungslücken zu schließen und offen gebliebene Fragen nach der medizinischen Versorgung zu beantworten. Allerdings können Angaben von Zeitzeugen naturgemäß nur einen begrenzten Ausschnitt des Untersuchungsgegenstandes abdecken – hier die letzten Jahre vor der Vertreibung der Donauschwaben aus den katholisch besiedelten Regionen der Schwäbischen Türkei.

Eine inferenzstatistische Differenzierung nach Klassifikationsmerkmalen wie dem Alter, dem Geschlecht und dem sozialen Status wäre nützlich gewesen, ließ sich jedoch

⁸¹ Solche Einrichtungen ließen sich auch in den Dörfern und kleinen ländlichen Gemeinden der Schwäbischen Türkei nicht nachweisen. Sie waren den Oberzentren wie etwa (dem katholisch geprägten) Fünfkirchen vorbehalten.

⁸² Bachus (1986), S. 68, beschreibt, dass die ältere Generation oftmals weiter den Ton angeben wollte und keine Akzeptanz für die Entscheidungen der nachwachsenden Generationen aufwies, obwohl es ja diese war, die den Lebensunterhalt sicherstellte.

⁸³ Bachus (1986), S. 68 f.

⁸⁴ Door (1976), S. 7 ff.

⁸⁵ Mayer (1990), S. 150.

⁸⁶ Mayer (1990), S. 150 f. Die Deportationen fanden auf deutschen Druck zwischen April und Juli 1944 statt. Im Herbst 1944, als sich die Horthy-Führung angesichts der zu erwartenden deutschen Niederlage mit geheimen Waffenstillstandsangeboten gegenüber den Westalliierten aus der Situation zu „retten“ versuchte, kam es zu einer weiteren Verschlimmerung: Deutsche Truppen besetzten Ungarn. Unter der eingesetzten ungarischen „Pfeilkreuzler“-Regierung kam es zu einer Forcierung antijüdischer Gewaltmaßnahmen (Ghettoisierung, Pogrome); vgl. Kovács (2000), S. 825.

nicht vornehmen, da sich die Personengruppe der Zeitzeugen trotz ihrer Anzahl als relativ homogen erwies.⁸⁷

Es handelte sich um 32 Ansprechpartner aus den katholischen Siedlungsgebieten der Schwäbischen Türkei. Hiervon waren 21 weiblichen und elf männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter lag bei 79 Jahren. Die Altersspanne erstreckte sich zwischen 75 und 88 Jahren. Das Komitat Tolnau dominierte mit 20 Befragten, wobei hier zwei Gesprächspartner Auskünfte für das urbane Zentrum Fünfkirchen (Pécs) erteilen konnten; die Branau und die Schomodei waren mit sieben bzw. fünf Personen vertreten. Die anteilmäßige Übergewichtung des Komitates Tolnau und des nicht urbanen, also dörflich-ländlichen Raumes, entsprach mithin durchaus der Besiedlungsstruktur vor der Vertreibung.⁸⁸

A. Versorgungs-„Infrastruktur“ und Abrechnungswesen

- 1) Existenz von Formen der Sozial- bzw. Krankenversicherung, Absicherungsprinzipien gegen Krankheiten und Unfälle und dgl.
- 2) Versorgungsstruktur: Durchdringung der Siedlungsregion mit Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern
- 3) Zahnmedizinische Versorgungssituation
- 4) Nichtärztliche Heilkundige
- 5) Honorierung für Diagnosen und Heilbehandlungen
- 6) Überweisungssystematik an andere Ärzte oder Krankenhäuser

B. Vorsorge

- 7) Durchführung von Impfungen
- 8) Prophylaxe, Reihenuntersuchungen, Schulmedizinalwesen

C. Praktische Aspekte

- 9) Selbstbehandlung von Erkrankungen
- 10) Schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen
- 11) Nutzung von volks- oder naturheilkundlichen Mitteln, Brauchtum
- 12) Geburten und Wochenbett

Tabelle 1: Thematische Kategorien für die Befragung der Zeitzeugen zur medizinischen Versorgung katholischer Siedlungsgebiete der Schwäbischen bis zur Vertreibung nach dem Zweiten Weltkrieg

⁸⁷ Diese empirische Realität musste hingenommen werden. Ein Grund dürfte allerdings auch darin gelegen haben, dass die Population in den untersuchten Siedlungsgebieten der Schwäbischen Türkei selbst relativ homogen strukturiert war und die Auswahl ein konzentriertes Abbild repräsentierte (Landwirtschaft bzw. dörfliches Umfeld).

⁸⁸ Schuon (1936), S. 5 ff.

Zweifellos besteht bei der Datenerhebung das Risiko, dass durch die Zeitzeugen erinnerte Episoden „geschönt“ oder „verzerrt“ dargestellt würden, beispielsweise, um die eigene Biographie stimmig erscheinen zu lassen. Derartige Verzerrungen müssen gemäß der Befunde aus der empirischen Sozialforschung und Sozialpsychologie nicht bewusst bzw. gezielt herbeigeführt werden, sie können sich vielmehr als unbewusste Regulationsmechanismen bei Befragten einstellen.⁸⁹ Da es im vorliegenden Fall nicht um Individualbiographien ging und sich die Abfragekategorien auf die Deskription sachbezogener und praktischer Aspekte der medizinischen Versorgungssituation in der Schwäbischen Türkei bis zur Vertreibung erstreckten, dürften derartige Artefaktisiken eine untergeordnete Rolle gespielt haben.

Die einzelnen Fragen (Tabelle 1) erschienen geeignet, wesentliche Bereiche der damaligen medizinischen Versorgungssituation mit ihren therapeutischen, ärztlichen wie auch nicht-ärztlichen, Parametern zu erfassen.

ad A. Versorgungs-, Infrastruktur“ und Abrechnungswesen

1) Existenz von Formen der Sozial- bzw. Krankenversicherung, Absicherungsprinzipien gegen Krankheiten und Unfälle und dgl.

Die Existenz von Formen der Sozial-/Krankenversicherung wurde von den Befragten fast ausnahmslos verneint. Lediglich die beiden Befragten aus dem urbanen Oberzentrum Fünfkirchen wussten von dem Bestehen einer Renten, Kranken- und Invaliditätsversicherung sowie einer Hinterbliebenenversorgung zu berichten, der sie als Angehörige des öffentlichen Dienstes (Eisenbahn) bzw. eines landwirtschaftlichen Getreidegroßhandels selbst angehörten.⁹⁰ Die in Ungarn in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg, unter dem autoritären Horthy-Regime, realisierten Sozialreformen⁹¹ hatten somit in der durch Landwirtschaft, Handwerk und kleinere Gewerbebetriebe geprägten Schwäbischen Türkei keinerlei Durchdringung gezeigt. Somit stellt sich die Frage, ob bzw. wie unverschuldet in Not geratenen Personen im untersuchten Siedlungsgebiet sozial und gesundheitlich überhaupt geholfen werden konnte. Nach Aussage von neun Befragten⁹² soll eine Art dörflicher Selbsthilfe im Rahmen der Gemeindegeldverwaltung

⁸⁹ Tedeschi (1981). Forgas (1995), S. 172, sieht das Konsistenzbedürfnis in der sozialen Interaktion sogar als regelrechtes Antriebsmotiv an: „Das Bedürfnis, anderen ein konsistentes Bild zu vermitteln, ist bei vielen Menschen so groß, daß sie [...] zu Dingen verleiten lassen, die sie sonst tunlichst vermeiden würden.“

⁹⁰ Diese Schilderung einer Alters- und Krankheits-/Unfallabsicherung deckt sich im Übrigen mit der Beschreibung bei Tomka (2003), S. 29 ff., bezüglich der Etablierung sozialer Standards in Ungarn nach dem Ersten Weltkrieg. Von diesen Impulsen „profitierte“ zunächst aber nur der öffentliche Sektor, später auch der Bereich der Privatindustrie (Angestellte in Unternehmen und Handelsbetrieben).

⁹¹ Ebd.

⁹² Die anderen Befragten führten auf die Frage nach einer Absicherung gegen Existenzgefährdungen und Nöte aus, dass es eine solche schlichtweg nicht oder zumindest nicht in brauchbarer Form gegeben habe. Zehn Befragte beschrieben vielmehr die Einbettung in die familiären Strukturen als damals einzig wirksame Absicherung gegen Nöte, schwere wirtschaftliche Probleme, Siechtum oder Hilflosigkeit im Alter. Ein Befragter erteilte die Auskunft, im Fall seiner Familie sei die wohl in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts eingeführte Möglichkeit, eine Feuerversicherung für die „Hausstatt“ (in

tung bestanden haben, die bei extremen Härtefällen, zum Beispiel Erwerbsunfähigkeit der Eltern und hungernde Kleinkinder, Unterstützung in Form von Geld- und Sachmitteln⁹³ gewährte. Die Befragten machten jedoch auf Nachfrage klar, dass es sich letztlich nur um „Almosen“ und keineswegs um eine ausreichende bzw. dauerhafte oder etwa eine mit den heutigen Standards in Deutschland vergleichbare Hilfeleistung handelte.⁹⁴

2) Versorgungsstruktur: Durchdringung der Siedlungsregion mit Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern

Zur Frage der Durchdringung des untersuchten Siedlungsgebietes mit Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern wurden von allen Befragten Informationen geliefert. Demnach waren Krankenhäuser, von einigen der Zeitzeugen auch durchgehend als „Hospitäler“ bezeichnet, in Städten, namentlich in Kreisstädten, vorhanden. Es handelte sich dabei nach Erinnerung der Befragten zumeist um kleinere Einrichtungen mit zwei bis vier Stockwerken.⁹⁵ Arztpraxen und Apotheken fanden sich auch in kleineren Städten und Dörfern.⁹⁶ Grundsätzlich dürfte also die Zugangsmöglichkeit zur medizinischen Versorgung gewährleistet gewesen sein.⁹⁷ Zudem war nach Meinung fast aller Zeitzeugen (26 Personen) das Aufsuchen von Ärzten, Apotheken oder auch Krankenhäusern ohne Bewältigung unvertretbar aufwändiger Wegstrecken möglich. Das Marschieren zu einem ärztlichen Termin über bis zu zehn Kilometer oder aber, was offenbar häufig notwendig war, die Organisation eines „Fuhrwerkes“ für nicht Gehfähige im Rahmen nachbarschaftlicher Hilfe wurde hierbei allerdings als „normal“ betrachtet.

3) Zahnmedizinische Versorgungssituation

Die zahnmedizinische Versorgung im Untersuchungsgebiet war mangelhaft. Die Verwendung von Zahnbürsten oder aber eine anderweitige, geregelte Mundhygiene, etwa Spülungen mit Mundwässern, Verwendung von Fäden nach Art heutiger Zahnseiden und dergleichen, wurde von weniger als der Hälfte der Befragten berichtet; verbreiteter war die Benutzung von hölzernen „Zahnstochern“ (Abb. 2). Die meisten Befragten

diesem Fall landwirtschaftlicher Kleinbetrieb mit Sattlergewerbe) abzuschließen, ein effektiver Schutz vor Nöten gewesen, denn wenn die Hausstatt abgebrannt wäre, dann wäre auch die Existenzmöglichkeit dahin gewesen. Wie stark die Nutzung von Feuerversicherungen im Untersuchungsgebiet verbreitet war, ließ sich letztlich nicht mehr ermitteln.

⁹³ Genannt wurden Nahrungsmittel, Holz und Briketts für die Herdbefuerung sowie Kleidung.

⁹⁴ Zudem scheint dieses Prinzip sich nur auf größere Dörfer mit einer damaligen Einwohnerzahl von mehr als 1.000 erstreckt zu haben.

⁹⁵ Ein Befragter wies darauf hin, dass es in Fünfkirchen eine „Medizinische Universität“ gegeben habe, die über eine Klinik verfügte. Die eigene Recherche ergab, dass tatsächlich eine solche Universität nach dem Ersten Weltkrieg gegründet worden war. Sie umfasste allerdings eine juristische und eine medizinische Abteilung. Diese Universität Fünfkirchen (Pécs), nunmehr als primär medizinische Ausbildungsstätte, besteht bis heute.

⁹⁶ Genaue Daten zur Anzahl der Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser im Untersuchungsgebiet sowie zu deren Ausstattungsmerkmalen ließen sich nicht mehr ermitteln.

⁹⁷ Inwieweit diese Möglichkeit tatsächlich wahrgenommen wurde, geht aus den Schilderungen weiter unten hervor.

gaben ein moderneres Zahnpflegeverhalten mit Bürsten erst für spätere Zeiträume, als sie bereits in Deutschland ansässig geworden waren, an.⁹⁸ 22 der 28 Auskunftsfähigen⁹⁹ berichteten, dass sich die zahnmedizinischen Maßnahmen auf das „Ziehen“ der betreffenden Zähne beschränkten.¹⁰⁰ Sieben Personen konnten sich daran erinnern, dass gegen Entgelt „Gebisse“, also prothetische Versorgungen, in Städten und an den urbanen Bezugspunkten, angefertigt werden konnten; dies sei aber selten geschehen. Dieser Hinweis stimmte mit den von diesen Ansprechpartnern auf Nachfrage erteilten Informationen überein, dass weitgehende Zahnlosigkeit im Alter den Regelfall darstellte.

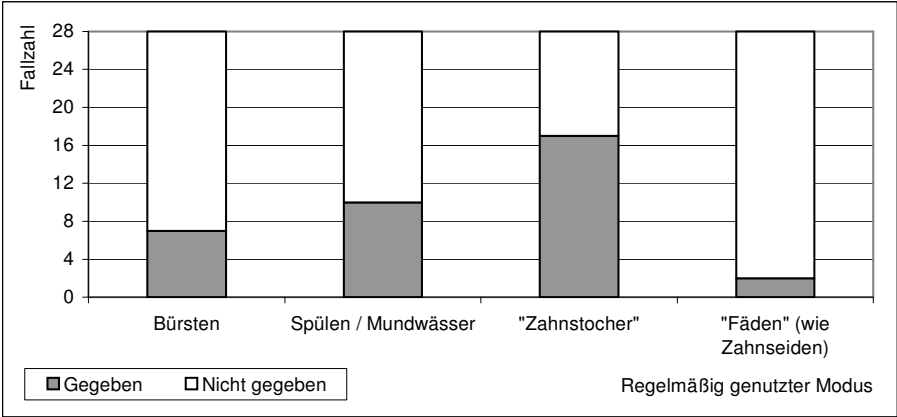


Abb. 2: Zahnpflegeverhalten (28 Befragte, Mehrfachnennungen möglich)

⁹⁸ Man sollte hier allerdings bedenken, dass in den Ländern Europas und den USA wohl erst Ende der dreißiger Jahre des letzten Jahrhunderts maschinell gefertigte Zahnbürsten zu erschwinglichen Preisen verfügbar waren. Die Benutzung derartiger Instrumente dürfte sich zunächst im urbanen Bereich durchgesetzt haben, hingegen erst verzögert in ländlich geprägten Gebieten wie etwa der Schwäbischen Türkei; vgl. auch Bauer (1998), S. 3 f.

⁹⁹ Ebd. – Bei vier Befragten hatte sich herauskristallisiert, dass sie sich an die damaligen Umstände der Zahnpflege nicht mehr erinnern konnten (Mutmaßungen, eigene Fragen „wie war denn das?“ etc.). Diese Ansprechpartner wurden deshalb nicht in die Auswertung einbezogen.

¹⁰⁰ Als ausführender Personenkreis wurden ausdrücklich nur Zahnärzte, jedoch keine anderen Heilkundigen, genannt. Unter den „Zahnärzten“ dürften sich jedoch auch so genannte „Dentisten“ befunden haben, die – ähnlich wie früher auch in Deutschland und Österreich – ohne fundiertes Universitätsstudium zahnheilkundlich praktizieren durften. In Ungarn unterhielten Dentisten vor dem Zweiten Weltkrieg nachweislich auch eine eigene berufsständische Fachzeitschrift („Fogászok Lapja“, teils mit deutschsprachiger Beilage). In den Regionen der ehemaligen K.u.K.-Monarchie bestand eine Kernaufgabe der Dentisten in der Anfertigung von Zahnersatz; nach Koffu (2006), S. 18, gingen hier die späteren „Zahntechniker“ aus der Dentistengruppe hervor.

4) *Nichtärztliche Heilkundige*

Auf die Frage, welche Heilkundigen neben den Ärzten Bedeutung für die Behandlung von Krankheiten im Untersuchungsgebiet hatten, nannten die Ansprechpartner drei Gruppen:

- Heilkundige: Diese sollen wasserheilkundliche Verfahren beherrscht haben und in der Lage gewesen sein, Kräuter bzw. „natürliche“ Mittel zu verabreichen (n = 5).
- „Einrenker“: In vier Fällen wurden hier ausnahmslos männliche Personen, die das Einrenken von „ausgesprungenen“ Gelenken bzw. Gelenkkapseln vorzunehmen wussten, benannt. Die Fähigkeiten dieser wohl am ehesten mit heutigen Chiropraktikern vergleichbaren Gruppe bezeichneten alle vier Zeitzeugen als hoch. Die Frage, wo die Angehörigen dieser Gruppe ihre Fähigkeiten erlernt hatten bzw. ob sie eine Ausbildung durchlaufen hatten, konnte von einem der Ansprechpartner nicht beantwortet werden; die anderen drei Befragten verneinten kategorisch eine Ausbildung und gaben an, dass die Fähigkeiten in der „väterlichen“ Linie weitergegeben bzw. geradezu „vererbt“ worden seien.
- „Brauchweiber“: Diese Personengruppe wurde von elf Befragten benannt. Dabei wurde sowohl der Begriff „Brauchweiber“ und das Verb „Brauchen“ verwendet als auch nur von „bestimmten Frauen“ bzw. „den besonderen älteren Frauen“ gesprochen. Die Personengruppe wurde nach übereinstimmender Auskunft der Befragten tatsächlich in vielen und darunter auch schwerwiegenden Krankheitsfällen aufgesucht.

5) *Honorierung für Diagnosen und Heilbehandlungen*

Die Honorierung für ambulante Termine, Diagnosen und Heilbehandlungen konnte nach Aussage von 30 Befragten¹⁰¹ auf verschiedene Weise vollzogen werden: durch Honorierung mit eigenen Geldmitteln, durch Vergütung mittels eigener Naturalstoffe oder durch die Übernahme der Honorierung seitens der jeweiligen Gemeinde. Letztgenannter Modus spielte allerdings kaum eine Rolle (Abb. 3).¹⁰²

Dabei beschrieben mehrere Ansprechpartner, die sich als Selbstzahler bezeichnet hatten, dass in den Jahren 1944/45 eine Abrechnung ärztlicher Leistungen in Geld immer weniger gewünscht wurde und schließlich gar nicht mehr möglich war. Stattdessen erfolgte auf ausdrückliches Gebot der Ärzte die Liquidierung von Leistungen

¹⁰¹ Zwei Zeitzeugen waren sich bei dieser Abfragekategorie nicht mehr sicher bzw. stellten Vermutungen an; sie wurden deshalb nicht für die Auswertungen zur fraglichen Kategorie berücksichtigt.

¹⁰² Es wäre zu erwarten gewesen, dass dieser Modus viel häufiger genutzt wurde, da die nach dem Ersten Weltkrieg bis zur Vertreibung gültigen Gemeindeordnungen und Selbstverwaltungsregularien vorsahen, dass ärmere Personen in dringlichen Fällen kostenfrei ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen konnten (Leistungen wie zahnärztliche Prothetik etc. wurden offenbar grundsätzlich nicht als dringlich angesehen). Diese Möglichkeiten waren wiederum aus Abgaben und Donationen reicherer Gemeindemitglieder bzw. „Honoratioren“ zu finanzieren; vgl. Lauber et al (1993), S. 65 ff. Zieht man die Auskünfte der Zeitzeugen heran, so lag jedoch zwischen diesem versorgungsrechtlichen „Ideal“ und der Realität ein großer Graben. Nachfragen bei einigen der überdurchschnittlich auskunftsfähig wirkenden Zeitzeugen ergaben, dass man um die Vorgaben zur Kostenfreiheit zwar wusste (sowohl Arzt als auch potenzieller Patient), dass aber gleichwohl die stillschweigende Übereinkunft zur Honorierung bestand. Es existierte offensichtlich keine wirksame Möglichkeit, Kostenübernahmen einzuklagen.

nunmehr in Naturalien, worunter in der Regel landwirtschaftliche Erzeugnisse verstanden wurden.¹⁰³

Diese für Außenstehende zunächst sehr ungewöhnlich erscheinende Situation¹⁰⁴ muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass zum Ende des Zweiten Weltkrieges und in den Nachkriegsmonaten in Ungarn eine Inflation einsetzte, deren Ausmaß den Zuständen während der Inflation in Deutschland 1923 vergleichbar war oder diese sogar noch übertraf.¹⁰⁵ Die ungarischen Buchgeldsummen waren im wahrsten Sinne des Wortes nach kürzester Zeit nicht einmal mehr das Papier wert, auf dem sie sich aufgedruckt fanden.

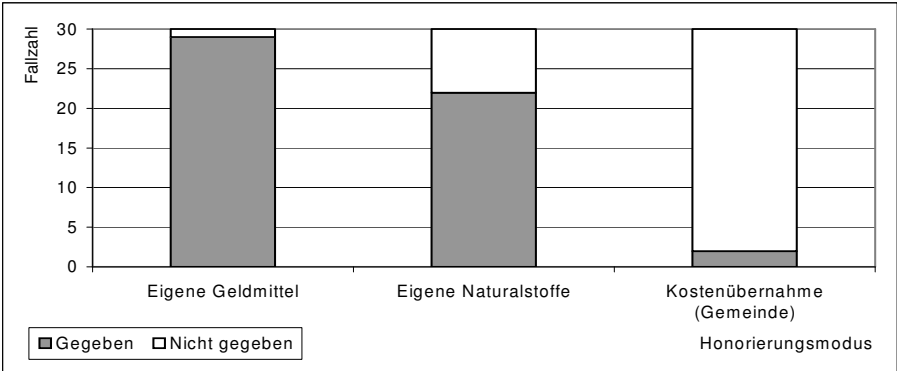


Abb. 3: Honorierungssystem für ärztliche Diagnosen/Behandlungen
(30 Befragte, Mehrfachnennungen)¹⁰⁶

6) Überweisungssystematik an andere Ärzte oder Krankenhäuser

Von einem Überweisungssystem, wie es mit den heutigen Maßstäben vergleichbar wäre, war den Befragten nichts bekannt. Die erteilten Informationen lassen sich dahin gehend zusammenfassen, dass – sofern überhaupt geregelte ärztliche Versorgung bzw. eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen wurde – diese in der nächstgelegenen Arzt- bzw. Zahnarztpraxis erfolgte. Eine Auswahl unter niedergelassenen Ärzten kam offenbar nicht in Frage. Operationen, sofern sie unumgänglich und bezahlbar waren,¹⁰⁷ wurden ebenfalls in dem nächstgelegenen Krankenhaus vorgenommen.

Eine Ausnahme von diesen Prinzipien bestand nur im Umfeld der medizinischen Einrichtungen der Universität Fünfkirchen. Hier berichteten zwei Ansprechpartner,¹⁰⁸

¹⁰³ Ausdrücklich genannt wurden Fleisch, Lebendgeflügel (Hühner, Gänse), Eier, Einkochtes, Getreide und Mehl, aber auch Wein und selbstgebrannte Spirituosen.

¹⁰⁴ Sie deckt sich letztlich mit der Honorierungssituation in heutigen Entwicklungsländern bzw. „emerging markets“; vgl. etwa Welisch (2005), S. 21, mit dem Beispiel Perus.

¹⁰⁵ Der Inflationsdruck war also weitaus stärker als nach der Inflation in der Folge des Ersten Weltkrieges. Teils waren monatliche Preissteigerungsraten sage und schreibe im Billionenbereich gegeben; vgl. Kupa (1964) zu dieser „größten Inflation der Welt“.

¹⁰⁶ Zwei Zeitzeugen konnten keine sichere Auskunft geben und wurden daher nicht berücksichtigt.

¹⁰⁷ Genau dies war jedoch häufig nicht der Fall.

¹⁰⁸ Es handelte sich um die beiden Zeitzeugen mit unmittelbarem Bezug zu Fünfkirchen, die – aufgrund ihrer untypischen beruflichen Stellung – auch bereits von der generellen Konstellation ab-

dass zwischen diesen Einrichtungen und einigen in Fünfkirchen niedergelassenen Ärzten regelmäßige Patientenüberstellungen vorgenommen wurden und die betreffenden Ärzte auch chirurgische Eingriffe in den Einrichtungen, also außerhalb ihrer eigenen Praxen, durchführten.

ad B. Vorsorge

7) Durchführung von Impfungen

Von systematischen Impfprogrammen im Untersuchungsgebiet wusste das Gros der Befragten nicht zu berichten. Lediglich die Schutzimpfung gegen die meist als „Blattern“ bezeichneten Pocken scheint regelmäßig im Schulalter durchgeführt worden zu sein, da sich 19 Befragte an eine solche Impfung erinnern konnten.¹⁰⁹ Ein Zeitzuge berichtete über eine Impfung gegen Wundstarrkrampf bei der Honved 1944;¹¹⁰ nach der Injektion sei schweres Fieber aufgetreten und die Injektionsstelle habe zwei Wochen lang geschmerzt.

8) Prophylaxe, Reihenuntersuchungen und Schulmedizinallwesen

Von gesundheitlicher Prophylaxe kann auf Grundlage der von den Befragten erteilten Rückmeldungen nicht gesprochen werden. Berichtet wurde lediglich von „Durchleuchtungen“ (Reihenuntersuchungen) der Lungen in den 30er und 40er Jahren des letzten Jahrhunderts, offenkundig mit der Zielstellung der Tuberkuloseerkennung.¹¹¹ Maßnahmen auf dem Gebiet des Schulmedizinallwesens hatten nur untergeordneten Stellenwert; sie erstreckten sich offenbar im Wesentlichen auf die Feststellung der körperlichen und geistigen Einschulungseignung (Abb. 4).

weichende Rückmeldungen zu den Kranken- und Sozialversicherungssystemen im Untersuchungsgebiet gegeben hatten.

¹⁰⁹ Dabei ließ sich aber nicht mehr mit hinreichender Sicherheit aufklären, ob es sich um ein wiederholtes (aufgefrishtes) Impfprinzip handelte. Im Übrigen trat die Diphtherie bei Kindern und Jugendlichen nach dem expliziten Hinweis von sechs Zeitzugen (Schomodei, Branau) häufiger auf; Impfungen gegen diese schwere Erkrankung wurden demgemäß jedoch nicht vorgenommen.

¹¹⁰ Donauschwaben dienten auch während des Zweiten Weltkrieges teils im ungarischen Heer (Honved). Diese Personen wurden jedoch nach dem Zweiten Weltkrieg ebenso vertrieben wie die Angehörigen der Wehrmacht oder als faschistisch deklarierter Organisationen.

¹¹¹ Die Hinweise zur Durchführung der „Durchleuchtungen“ decken sich im Übrigen durchaus mit dem historischen Kontext: Die Tuberkulose-Durchseuchung von südungarischen Siedlungsgebieten bzw. der Schwäbischen Türkei war höher als in anderen Gebieten Ungarns; vgl. Böß (1941). Daher war wohl der (ansonsten gegenüber gesundheitsbezogenen Interventionen und Prophylaxemaßnahmen eher zurückhaltend eingestellten) ungarischen Gesundheitsadministration zumindest an Maßnahmen zur präzisen Feststellung der Häufigkeit tuberkulöser Erkrankungen gelegen. Ob hieraus im Untersuchungsgebiet auch gezielte Programme zur medikamentösen Bekämpfung der Erkrankung abgeleitet wurden, ließ sich nicht mehr aufklären, erscheint aber eher fraglich. Letztlich wären ohnehin nur konservative Maßnahmen oder aber (teure und aufwändige) chirurgische Eingriffe in Frage gekommen, da die antibiotischen Behandlungsalternativen (Streptomycin) erst gegen Ende des Zweiten Weltkrieges (1943/44) verfügbar wurden; vgl. Meyer (1997), S. 92, sowie Fanconi (1948).

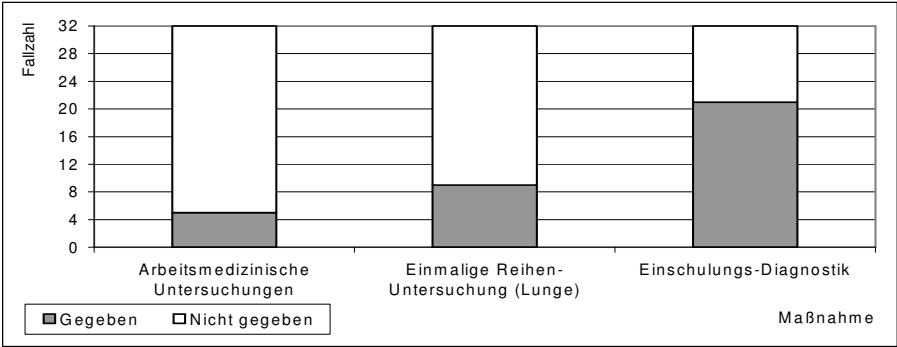


Abb. 4: Prophylaktische Maßnahmen und Untersuchungen (32 Befragte, Mehrfachnennungen möglich)¹¹²

ad C. Praktische Aspekte

9) Selbstbehandlung von Erkrankungen

Selbstbehandlungen mit einfachen Anwendungen und so genannten Hausmitteln¹¹³ stellten im Untersuchungsgebiet den Regelfall dar. Umgekehrt wurden die ja fast ausnahmslos kostenpflichtigen Heilbehandlungen bei Ärzten und in Krankenhäusern in – zieht man heutige Vergleichsmaßstäbe der medizinischen Versorgung heran – sehr geringem Ausmaß wahrgenommen. Knapp ein Drittel der Befragten hatte auf entsprechende Nachfrage angegeben, sich an keinen einzigen eigenen Arzt- oder „Hospital“-Besuch erinnern zu können (Abb. 5).

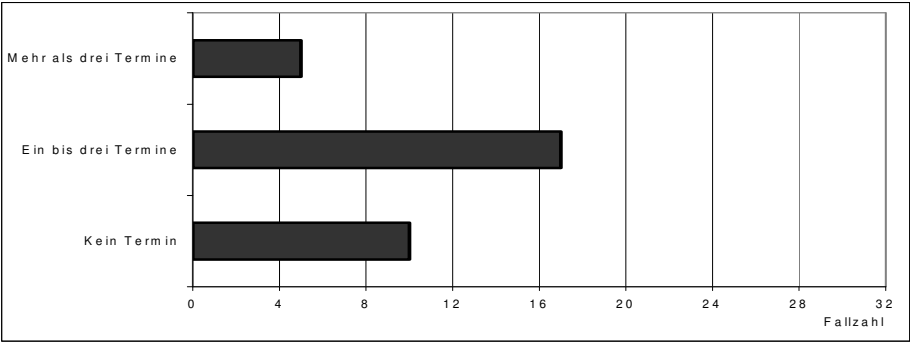


Abb. 5: Eigene Arzt- oder Krankenhausbesuche (32 Befragte)

¹¹² Arbeitsmedizinische Untersuchungen einschließlich derartiger Untersuchungen in militärischen Verbänden (Honved, Arbeitsdienst, Wehrmacht u. a., männliche Befragte).

¹¹³ In der heutigen Terminologie – vgl. etwa Bruch (2002), S. 12 ff. – würde man diese Mittel als „physikalisch“ oder „diätetisch“ bzw. als „volks-/naturheilkundlich“ bezeichnen.

10) Schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen

Schwerwiegende Erkrankungen führten nach Auskunft der Befragten in vielen Fällen mangels ärztlicher Versorgung unweigerlich zum Tode; dabei wurde von drei Zeitzeugen berichtet, dass Familien zum größten Teil oder sogar vollständig durch Lungentuberkulose ausgelöscht worden seien. Geschildert wurde zudem, dass die „Influenza“ nach dem Ersten Weltkrieg hohe Opfer unter der Bevölkerung des Untersuchungsgebietes gefordert habe.¹¹⁴ Fünf Befragte wussten zu berichten, dass erforderliche Operationen bzw. chirurgische Eingriffe in Krankenhäusern des Untersuchungsgebietes¹¹⁵ nur deshalb vorgenommen werden konnten, da zuvor von den Familien der Erkrankten Grundstücke veräußert wurden.

11) Nutzung von volks- oder naturheilkundlichen Mitteln, Brauchtum

Die Zeitzeugen wurden gebeten, die erinnerbaren Behandlungsansätze (Anwendungen, Kräuter, Tees, sonstige Mittel) möglichst genau zu beschreiben. Die erteilten Informationen erwiesen sich als sehr heterogen; sie umfassten teilweise auch exotisch wirkende Vorgehensweisen, etwa das Auflegen von Hautfetzen gehäuteter Schlangen zur Wundheilung oder das Umwickeln des entzündeten Halses mit einem mit erhitztem Salz gefüllten Strumpf.¹¹⁶ Fasst man die Informationen zu den im familiären Kreis oder selbstmedikativ durchgeführten Maßnahmen zusammen, so standen diätetische Prozeduren bzw. die Verabreichung pflanzlich-natürlicher Substanzen im Vordergrund (n=23).¹¹⁷ Mit beträchtlichem Abstand folgten die als „physikalisch“ einzuordnenden Prozeduren¹¹⁸ (n=12).

Die große Mehrheit der Befragten griff bei Erkrankungen auf Bräuche und auf religiös bzw. abergläubisch eingebettete Maßnahmen zurück: 26 der 32 Zeitzeugen räumten auf Nachfrage ein, dass dergleichen praktiziert wurde. Sie waren zudem in der Lage, diese Verfahrensweise zu illustrieren.¹¹⁹ Dem „Brauchen“ und außermedizinisch verankerten Vorgehensweisen kam ein eindeutig höherer Stellenwert zu als den „diä-

¹¹⁴ Dies jedoch nicht aus eigenem Erinnern der betreffenden beiden Befragten, sondern wiederum Bezug nehmend auf Schilderungen der eigenen Eltern und Großeltern. Mit „Influenza“ dürfte die Spanische Grippe gemeint gewesen sein, eine der schwerwiegendsten Grippeepidemien des 20. Jahrhunderts. Wie die Recherchen ergaben, hatte ganz Ungarn – in der Folge der verschlechterten Lebensbedingungen seiner Bevölkerung nach der Niederlage im Ersten Weltkrieg – tatsächlich extrem unter dieser Epidemie zu leiden; vgl. Henley (1975), S. 570 f.

¹¹⁵ Namentlich genannt wurden Krankenhäuser in Fünfkirchen und in Sechshard (ung. Szekszárd, Tolnau) sowie Kaposvar in der Schomodei.

¹¹⁶ Mitteilung von jeweils einem Befragten.

¹¹⁷ Genannt wurde beispielsweise die Gabe eingekochter Früchte bei Erkältungskrankheiten oder von abführenden Kräutertees bei Verdauungsproblemen. Vier Befragte wiesen übereinstimmend darauf hin, dass „geriebene“ Äpfel bei Kleinkindern gegen Durchfälle angewandt wurden. Die Betonung lag auf dem Zerreiben der Äpfel, da nur hierdurch die gewünschte Wirkung zu erreichen gewesen sei.

¹¹⁸ Insbesondere „Schwitzen“ – bei bereits fiebrigen Erkrankungen – sowie verschiedenartige wasserheilkundliche Prozeduren und Güsse, die an Kneipp'sche Prinzipien erinnerten, wurden beschrieben.

¹¹⁹ Somit kann auch den zu dieser Abfragekategorie erhaltenen Äußerungen eine hohe Wahrscheinlichkeit zugesprochen werden: Authentische, selbsterlebte Sachverhalte müssen stets auch hinreichend präzisierbar sein; vgl. Schütze (1983), S. 283 ff., sowie Schütze (1987), S. 14 ff.

tetischen“ und „physikalischen“ Methoden, die v.a. im familiären Kontext angewandt wurden. Das „Brauchen“ scheint in besonderer Weise von „bestimmten Frauen“, meist bereits in einem höheren Lebensalter befindlich, beherrscht worden zu sein. Es handelte sich dabei um Frauen, die spezielle Heilrituale ausführten, für Erkrankte beteten, Krankheiten „besprachen“ und die Ratsuchenden von dem Einfluss missgünstiger Anderer befreien sollten.¹²⁰ Daneben wurden dem Vernehmen nach von diesen Frauen Heilkräuter bzw. Heilsubstanzen „verordnet“. Ebenso sollen sie um Orte gewusst haben, die bei schweren Erkrankungen oder seelischem Kummer Kraft und Heilung spenden sollten.¹²¹ Die kirchlich-katholisch offiziell sanktionierte Brauchtumsalternative bei Krankheiten bestand im Wallfahren. Derartige Wallfahrten zu Gesundheitszwecken wurden von neun Befragten geschildert. Dabei fanden diese Exkursionen ausschließlich innerhalb Ungarns statt.

Es ist auf der Grundlage der erteilten Rückmeldungen schwer zu entscheiden, inwieweit die Befragten tatsächlich von der Wirkweise des „Brauchens“ und vergleichbarer Heilverfahren ausgingen. Bei vielen Befragten hatte man den Eindruck, dass sie – erkennbar tief religiös bis zur Gegenwart – wohl tatsächlich annahmen, dass Wallfahrten eine Lösung gravierender gesundheitlicher Probleme böten. Bei anderen dürfte Verzweiflung handlungsleitend gewesen sein.¹²² Insgesamt war der Aberglaube in der ländlichen Untersuchungsregion offenbar sehr verbreitet, vermutlich in einem weit stärkeren Maße als etwa zur gleichen Zeit in den industrialisierten Regionen des Deutschen Reiches. Dies deckt sich auch mit Schilderungen in der Literatur zu Kultur und Volkstum in dem südungarischen bzw. donauschwäbischen Raum in den letzten Jahrzehnten vor der Vertreibung.¹²³

12) Geburten und Wochenbett

Die Versorgungssituation hinsichtlich der Geburten wurde von den 32 Befragten mehrheitlich als geordnet beschrieben: Es überwogen Geburten, die mit Hilfe einer Hebamme erfolgten (n=22); Hausgeburten ohne Hebammenbegleitung waren weitaus weniger häufig vertreten (n=3). Hebammen selbst wirkten nach den Rückmeldungen – im Gegensatz zu der weiter oben geschilderten Situation der Arztpraxen und Apotheken –

¹²⁰ Auch wenn es sich bei den Aussagen der Zeitzeugen um Schilderungen handelte, die sich ja auf das bereits fortgeschrittene 20. Jahrhundert bezogen, war es doch so, dass in zwei Fällen tatsächlich von „Hexen“ gesprochen wurde.

¹²¹ In vier Fällen wurde der Begriff des „Bründel“ genutzt (Quelle „Brünnlein“ mit der Eigenschaft, dass dort getätigte Gebete „erfüllt“ würden). Zudem mögen gewissermaßen synkretistische Einflüsse in der Form der Vermischung von Katholizismus und Aberglauben vorgelegen haben, da in einem Falle auch von der Mitgabe heilenden Wassers durch „Brauchweiber“ die Rede war (nicht zur Einnahme, sondern zum „Versprengen“ in den Wohnräumen, also eine Analogie zum „Weihwasser“).

¹²² Dabei wiesen aber sechs Gesprächspartner kritisch darauf hin, dass die Maßnahmen der „Brauchweiber“ nicht in erkennbarer Weise gewirkt hätten. Eine Befragte meinte, man habe es mangels Möglichkeiten versäumt, Patienten ärztlich untersuchen und behandeln zu lassen und „als alles schon nichts mehr half“, sei schließlich der Wallfahrtsmodus gewählt worden.

¹²³ Vgl. etwa Kraushaar (1937) sowie Kriss (1937).

auch in kleinen Dörfern und Gemeinden.¹²⁴ Teils vollzog sich der Geburtsvorgang auch in den Krankenhäusern der Untersuchungsregion, dann aber unter der Voraussetzung der Eigenhonorierung (n=7).

Die tatsächlichen Vorgänge im Hinblick auf die Entlohnung der Hebammen ließen sich auf der Grundlage der Zeitzeugenbefragung nur annähernd aufklären: Offenbar wurden Hebammen jeweils von den Gemeindevertretern für eine längere Zeitperiode ernannt und erhielten Mittel aus den Gemeindehaushalten.¹²⁵ Ob dieses Prinzip auch für die kleinen Ansiedlungen galt, muss offen bleiben: Teils waren diese Obergemeinden zugeordnet und wurden daher mit jenen als eine verwaltungsrechtliche Einheit behandelt, in vereinzelten Fällen waren sie solitär und sollen zur Mittelzuweisung überhaupt nicht in der Lage gewesen sein.¹²⁶ Generell deuten die von den Befragten erteilten Informationen aber darauf hin, dass Hebammen für ihre Leistungen eine Honorierung aus dem familiären Kreis der Niederkommenden erwarteten, wobei es sich relativ häufig um Naturalien gehandelt haben soll.¹²⁷

6. Schlussbemerkungen

Bis zum ungarischen Freiheitskampf 1848 verharnte, nicht zuletzt aufgrund der periodisch auftretender Choleraepidemien und typhusartiger Erkrankungen, die Kindersterblichkeit auf einem hohen Stand; dies korrespondierte mit einer geringen Lebenserwartung. Mit fortschreitendem 19. Jahrhundert zeigte sich dann jedoch das Untersuchungsgebiet besser mit Apotheken durchdrungen und auch die Kindbettsterblichkeit ging aufgrund der Umsetzung der Forschungsergebnisse von Ignaz Philipp Semmelweis und dank besser qualifizierter Hebammen zurück. Ein flächendeckendes System der Kranken- und Sozialversicherung fehlte in den ländlichen Teilen der Schwäbischen Türkei jedoch noch in der Mitte des 20. Jahrhunderts. Jede schwere Erkrankung wurde damit auch zu einem wirtschaftlichen Risiko. Nur bei Angestellten in den urbanen Zentren machte sich die Einführung sozialversicherungsrechtlicher Elemente seit dem frühen 20. Jahrhundert positiv bemerkbar.

In dem vornehmlich landwirtschaftlich geprägten Untersuchungsgebiet spielten nicht nur Aspekte der Gesundheitsinfrastruktur, sondern auch religiöse und abergläubische Vorstellungen bei der Behandlung von Erkrankungen eine bedeutende Rolle. Die Tätigkeit so genannter Brauchwieber und religiös-zeremonielle Akte zur Überwindung von Krankheiten konnten nicht nur für das 18. und 19. Jahrhundert, sondern anhand der Zeitzeugenbefragungen auch für den Zeitraum bis zur erzwungenen Aussiedlung der donauschwäbischen Population 1945/46 nachgewiesen werden.

¹²⁴ Es lag keine einzige Rückmeldung vor, aus der die Unerreichbarkeit einer Hebamme hervorgegangen wäre. Allerdings war es bei Kleinstdörfern wohl so, dass Hebammen dann gleich mehrere derartiger Ansiedlungen betreuten.

¹²⁵ Diese Gemeindehaushalte wurden, wie bereits weiter oben geschildert, aus Donationen wohlhabenderer Bürger gespeist, dürften aber gleichwohl keinesfalls üppig gewesen sein.

¹²⁶ Rückmeldung von zwei Befragten.

¹²⁷ Unter den Bedingungen der gegen Ende des Zweiten Weltkrieges ausgebrochenen Inflation hatte Naturalzahlung ohnehin den höchsten Stellenwert.

Literatur

1. AkdFF (2000): Handbuch des Arbeitskreises donauschwäbischer Familienforscher e.V. (AkdFF), hrsg. zum Anlass des 25-jährigen Jubiläums, Sindelfingen 2000.
2. Andrásfalvy (1976): Bertalan Andrásfalvy, Duna mente népének ártéri gazdálkodása Tolna és Baranya megyében az ármentesítés befejezéséig (Die Bewirtschaftung im Überschwemmungsgebiet der Donau in den Komitaten Tolna und Branau bis zum Ende der Wasserschutzmaßnahmen), Szekszárd/Ung. 1976 (= Tanulmányok Tolna megye történetéből [Abhandlungen zur Geschichte des Komitats Tolna], VII).
3. Bachus (1986): Eva Bachus, Chronik der Gemeinde Szálka. Von der Entstehung bis zur Gegenwart, Hofheim 1986.
4. Balog (1978): Janós Balog, Évszázadokon át: Tolna megye történetének olvasókönyve (Jahrhunderte hindurch: Geschichte des Komitates Tolna), Szekszárd/Ungarn 1978.
5. Bauer (1998): Wolfgang Bauer, Bürger – Borsten – Bürsten: Historische Bestandsaufnahme der Schmöllner Zahnbürsten- und Kamminindustrie, Museumsverein Burg Posterstein, Schmölln 1998.
6. Csánki (1911): Desider Csánki, Monographie des Komitates Schümeg (Schomodei), Ofenpest (Budapest) 1911.
7. Door (1976): Rochus Door, Vorwort, in: Istvan Nemeskürty (Hrsg.), Untergang einer Armee (ungarischer Originaltitel 1972: Requiem egy hadseregért), Berlin 1976, S. 5-18.
8. Eppel (1988): Johann Eppel, Tevel. Zweieinhalb Jahrhunderte schwäbische Ortsgeschichte in Ungarn, Budapest 1988.
9. Fabritius (1989): Guido Fabritius, Verdienstvolle deutsche Apotheker aus Siebenbürgen, Stuttgart 1989.
10. Fanconi (1948): Guido Fanconi, Streptomycin und Tuberkulose, Basel 1948.
11. Fata (1997a): Marta Fata, Einleitung, in: Dieselbe (Hrsg.), Die Schwäbische Türkei. Lebensformen der Ethnien in Südungarn. Ergebnisse der Tagung des Instituts für donauschwäbische Geschichte und Landeskunde in Tübingen vom 10. und 11.11.1994, Sigmaringen 1997, S. 9-14.
12. Forgas (1995): Joseph P. Forgas, Soziale Interaktion und Kommunikation, Weinheim, 3. Aufl., 1995.
13. Gellert (2004): Albert Gellert, Bestände mikroverfilmter Kirchenbücher (AkdFF-Archiv und -Bibliothek), Sindelfingen 2004 (nur als CD-ROM).
14. Göbelt (1991a): Johannes Göbelt, Das Klima in der südöstlichen Tolna, in: Heimatverein Bátaszék/Badeseck (1991), S. 11.
15. Göbelt (1991b): Johannes Göbelt, Gewässerregulierungen und Wasserschutzbauten in der südöstlichen Tolna, in: Heimatverein Bátaszék/Badeseck (1991), S. 12-15.
16. Groß (1996): Dominik Groß, Die Aufhebung des Wundarztberufs im Spiegel zeitgenössischer wundärztlicher Quellen, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 14 (1996), S. 459-473.

17. Gün (2007): Mesut Gün, Medizinische Versorgung und Heilwesen in den katholischen Siedlungsgebieten der „Schwäbischen Türkei“ vom Anfang des 18. Jahrhunderts bis 1945. Ein Beitrag zu einer „donauschwäbischen“ Medizingeschichte, Med. Diss., Aachen 2007.
18. Gün (2009): Ilknur Gün, Medizinische Versorgung und Gesundheitsverhalten in den „donauschwäbischen“ Siedlungsgebieten Banat und Sathmar im vormaligen Ungarn (1700-1918), Med. Diss., Aachen 2009.
19. Hartmann (1935): Rudolf Hartmann, die Schwäbische Türkei im 18. Jahrhundert, Budapest 1935 (= Schriftenreihe der Neuen Heimatblätter, 2).
20. Haselsteiner (1976): Horst Haselsteiner, Die Serben und der Ausgleich – Zur politischen und staatsrechtlichen Stellung der Serben Südungarns in den Jahren 1860-1867, Wien, Köln 1976.
21. Heimatverein Bátaszék/Badeseck (1991): Heimatverein Bátaszék/Badeseck (Hrsg.), Heimatbuch der Großgemeinde Bátaszék/Badeseck im Komitat Tolnau (Ungarn). Band I: Erdkunde, Ortsnamen, Geschichte, Statistik, Pécs/Ungarn 1991.
22. Hengl (1983): Ferdinand Hengl, Deutsche Kolonisten im Komitat Baranya 1688-1752, Teil I, Sindelfingen 1983 (= Schriftenreihe zur donauschwäbischen Herkunftsforschung, 5).
23. Hengl (1985a): Ferdinand Hengl, Deutsche Kolonisten im Komitat Baranya 1688-1752, Teil II, Schriesheim 1985 (= Schriftenreihe zur donauschwäbischen Herkunftsforschung, 9).
24. Hengl (1985b): Ferdinand Hengl, Deutsche Kolonisten im Komitat Baranya 1688-1752, Teil III, Schriesheim 1985 (= Schriftenreihe zur donauschwäbischen Herkunftsforschung, 12).
25. Henley (1975): Cornelia Henley, The toxic second period of the 1918-1919 influenza panepidemic in Hungary, in: The Medical Journal of Australia 62-1 (1975), 18, S. 570 f.
26. Holder (1931): Gottlob Holder, Das Deutschtum in der unteren Baranya. Eine bevölkerungs- und siedlungsgeschichtliche Studie über die Schwäbische Türkei, Stuttgart 1931 (= Schriften des Deutschen Auslands-Instituts Stuttgart, A. Kulturhistorische Reihe, 29).
27. Holub (1939): Josef Holub, Tolna vármegye népessége a XVIII. század végén (Die Bevölkerung des Komitats Tolnau am Ende des 18. Jahrhunderts), Tolnamegyei Újság, 11.02.1939, S. 1.
28. Junkers (2005): Günter Junkers, Schwäbische Türkei – Geschichte, http://wiki.Genealogy.net/wiki/schwaebische_tuerkei.
29. Kanyar (1964): Josef Kanyar, Elsikkasztott földreform. Megvalósult földosztás Somogyban (Die unterschlagene Feldreform und die verwirklichte Feldaufteilung in der Schomodei), Budapest 1964 (= Abhandlungen aus dem Bereich der historischen Wissenschaften, Neue Reihe, 33).
30. Knabel (1972): Wilhelm Knabel, Geschichte Bonyhás von der Urzeit bis 1945, München 1972 (= Schriftenreihe der Landsmannschaft der Deutschen aus Ungarn in Bayern e.V., 6).

31. Koffu (2006): Richard Koffu, Gleichbehandlung und Wettbewerbsgerechtigkeit bei der Herstellung von Zahnersatzstücken, in: Österreichische Zahnärzte Zeitung (2006), 1/2, S. 18.
32. Kopp-Krumes (2004): Magdalena Kopp-Krumes, Historische Siedlungsgebiete der Donauschwaben auf beiden Seiten der mittleren Donau, vom Raabfluss im Nordwesten bis zum Eisernen Tor im Südosten – ab der Schwelle des 18. Jahrhunderts bis nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges, München 2004.
33. Kovács (2000): András Kovács, Ungarn, in: Julius Schoeps (Hrsg.), Neues Lexikon des Judentums, Gütersloh 2000, S. 825.
34. Kriss (1937): Rudolf Kriss, Die Schwäbische Türkei – Beiträge zu ihrer Volkskunde; Zauber und Segen, Sagen und Wallerbrauch, Düsseldorf 1937 (= Forschungen zur Volkskunde, 30).
35. Kupa (1964): Michael Kupa, Die größte Inflation der Welt in Ungarn 1945/1946, Dortmund 1964 (Sonderdruck der Rundschau der Geldzeichensammler).
36. Lauber et al. (1993): Heinrich Lauber, Heinrich Müller, Jakob Rottenbiller, Heinrich Kah, Alsónána, Rückblick in die Geschichte einer deutschen Gemeinde in Ungarn, Ippesheim 1993.
37. Mayer (1990): Anton Mayer, Závod in der Tolnau – Heimatbuch zur Geschichte des Dorfes Závod und dessen Bewohnern, Ettlingen 1990.
38. Meyer (1997): Bernhard Meyer, 24. September 1907. Gründung der Robert-Koch-Stiftung, in: Berlinische Monatsschrift 6 (1997), 9, S. 90-92.
39. Pagel (1901): Julius Pagel, Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts. Mit einer historischen Einleitung, Berlin, Wien, 1901.
40. Pausz-Palotai (2000): Erika Pausz-Palotai, Egy falu Baranyában: Kisjakafalva. II. kötet (Ein Dorf in der Baranya: Kisjakafalva. Band II), Budapest 2000 (zweisprachig: ungarisch und deutsch).
41. Petri (1986): Johann Petri, Die Geschichte von Véménd, Ettlingen 1986.
42. Scherer (1966): Anton Scherer, Donauschwäbische Bibliographie 1935-1955. Das Schrifttum über die Donauschwaben in Ungarn, Rumänien, Jugoslawien und Bulgarien sowie, nach 1945, in Deutschland, Österreich, Frankreich, USA, Kanada, Argentinien und Brasilien, München 1966 (= Veröffentlichungen des Südostdeutschen Kulturwerks, Reihe B: Wissenschaftliche Arbeiten, 18).
43. Scherer (1974): Anton Scherer, Donauschwäbische Bibliographie 1955-1965. Das Schrifttum über die Donauschwaben in Ungarn, Rumänien, Jugoslawien und Bulgarien sowie, nach 1945, in Deutschland, Österreich, Frankreich, USA, Kanada, Argentinien und Brasilien, München 1974 (= Veröffentlichungen des Südostdeutschen Kulturwerks, Reihe B: Wissenschaftliche Arbeiten, 30).
44. Scherer (2001): Anton Scherer, Donauschwäbische Bibliographie 1965-1975. Das Schrifttum über die Donauschwaben in Ungarn, Rumänien, Jugoslawien und Bulgarien sowie, nach 1945, in Deutschland, Österreich, Frankreich, USA, Kanada, Brasilien, Argentinien, Venezuela und Australien, Graz 2001.

45. Schimatmoty/Regensburger (1865), Sándor Schimatmoty, Michael Regensburger, Zusammenschreibung für den Marktflecken Báticasék anhand von 55 Fragen für den Beauftragten der K.u.K.-Verwaltung Frigyes Pesthy, Báticasék/Ung. 1865 (Original in der Handschriftensammlung der Széchenyi Nationalbibliothek Budapest).
46. Schuon (1936): Georg Schuon, Die nordöstliche Schwäbische Türkei. Ein Beitrag zur Geographie des deutschen Bauerntums im heutigen Südungarn, Stuttgart 1936 (= Schriften des Deutschen Auslands-Instituts Stuttgart, Neue Reihe, 3).
47. Schütze (1983): Fritz Schütze, Biographieforschung und narratives Interview, in: Neue Praxis (1983), 3, S. 283-293.
48. Schütze (1987): Fritz Schütze, Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: Erkenntnistheoretische Grundlagen – Teil I: Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können, Fernuniversitäts-Studienbrief, Hagen 1987.
49. Senz (1994): Ingomar Senz, Die Donauschwaben (Bd. V), Stiftung Ostdeutsches Kulturwerk, München 1994.
50. Simon (1973): Otto Simon, Memoiren gewidmet meiner ehemaligen Gemeinde Somogydöröcske, in: Heimatausschuss Nordschomodei (Hrsg.), Heimatbuch der Nordschomodei. Geschichte einer deutschen Sprachinsel der Schwäbischen Türkei in Ungarn, München 1973, S. 236-244.
51. Stiftung Ostdeutscher Kulturrat (1979): Stiftung Ostdeutscher Kulturrat, Ost- und südostdeutsche Heimatbücher und Ortsmonographien nach 1945. Eine Bibliographie zur historischen Landeskunde der Vertreibungsgebiete. Bearbeitet von Wolfgang Kessler, München 1979.
52. Tafferner (1973): Anton Tafferner, Die Dörötschker Heiratsmatrikel 1788-1831 als heimatgeschichtliche Quelle, in: Heimatausschuss Nordschomodei (Hrsg.), Heimatbuch der Nordschomodei. Geschichte einer deutschen Sprachinsel der Schwäbischen Türkei in Ungarn, München 1973, S. 152-172.
53. Tedeschi (1981): James T. Tedeschi (Hrsg.), Impression management. Theory and social research, New York 1981.
54. Tomka (2003): Béla Tomka, Szociálpolitika a 20. századi Magyarországon európai perspektívában (Sozialpolitik in Ungarn im 20. Jahrhundert in europäischer Perspektive), Budapest 2003.
55. Toth (2001): Agnes Toth, Migrationen in Ungarn 1945-1948 – Vertreibung der Ungarndeutschen, Binnenwanderungen und slowakisch-ungarischer Bevölkerungsaustausch, München 2001 (= Schriften des Bundesinstituts für ostdeutsche Kultur und Geschichte, 12).
56. Ungarischer Landes-Agricultur-Verein in Budapest (1883): Ungarischer Landes-Agricultur-Verein in Budapest (Hrsg.), Die Herrschaft Bélye, ein ungarischer Großgrundbesitz Sr. Kaiserl. Hoheit des Erzherzogs Albrecht, Wien 1883.
57. Wassertheurer (2004): Peter Wassertheurer, Geschichte der deutschen Volksgruppen in Südosteuropa – Ansiedlung, nationales Zusammenleben, Vertreibung, Integration, Dr. Karl Kummer Institut/VLÖ und Österr. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien 2004.

58. Welisch (2005): Eva Welisch, Medizinische Hilfe für Peru: Sonnenbrillen würden schon helfen, in: Westfälisches Ärzteblatt (2005), 11, S. 21 f.

Abbildungen

Abb. 1: www.terrasoft.hu/kultura/schwaben/schwturk.gif

Abb. 2-5: Gün (2007)

E. Medizinische Konzepte und gesundheitspolitische Initiativen

Kulturgeschichte der osmanischen Medizin: Anatomie von Ibn al-Nafis und Vesal zu Şanizade und Hasan al-‘Attâr (ca. 1820)

Rainer Brömer

In der westlichen Welt hat sich die Medizingeschichtsschreibung im letzten halben Jahrhundert methodologisch hochgradig differenziert und thematisch wesentlich verbreitert. Geblieben ist jedoch der Fokus auf Entwicklungen innerhalb des Westens, und zwar im Wesentlichen für die Zeit von der so genannten Wissenschaftlichen Revolution bis zur Gegenwart. In diesem Rahmen ist die einseitige Verherrlichung der Leistung erfolgreicher Vorfahren nebst Belächeln von Misserfolgen seit langem kein Leitbild mehr in der Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. „Wissenschaft“ in historischer Betrachtung ist nicht nur derjenige Tätigkeitsbereich, der in heutigen naturwissenschaftlichen und medizinischen Fakultäten betrieben wird, mit den entsprechenden Vorläufern, die nur insofern von wissenschaftshistorischem Interesse waren, als ihnen eine solche Vorläuferrolle zugeschrieben werden konnte. Heute interessieren wir uns für die kulturelle Bedeutung wissenschaftlicher Praktiken in verschiedenen Epochen, ihre sozioökonomischen Voraussetzungen und Auswirkungen, staatliche Regulierung von Prozessen, wie etwa der Sektion verstorbener Menschen oder der Vivisektion an Tieren. Kaum jemand würde noch ernsthaft erwägen, allein auf Grundlage der Lektüre veröffentlichter medizinischer Werke etwa die Ideengeschichte eines William Harvey zu beschreiben, ohne soziale Konflikte mit Humoralpathologen und die absolutistische Herrschaftsmetapher des Kreisens um ein königliches „Zentralgestirn“ einzubeziehen. Anders liegt jedoch weitgehend noch der Fall bei der historischen Erforschung von Wissenschaften außerhalb der westlichen Zivilisation oder aus vorneuzeitlichen Epochen.

In vielen Bereichen ist noch heute die vormoderne und vor allem die nichtwestliche Wissenschaftsgeschichte eine philologische Disziplin. Zwar gehörten die antiken und mittelalterlichen Wissenschaftssprachen der westlichen Welt, Altgriechisch und Latein, noch bis ins frühe zwanzigste Jahrhundert zum Kanon der höheren Schulbildung. Aber selbst die dort erworbenen Kenntnisse waren für den Bereich der Medizin von begrenztem Nutzen, da deren umfangreiches und oft nachklassisch entwickeltes Vokabular von den Altsprachlern kaum berücksichtigt wurde. Die Sprachen außereuropäischer Zivilisationen haben dagegen nie zum engeren Kanon europäischer Bildung gehört, so dass jede Beschäftigung mit Texten asiatischer oder nordafrikanischer Provenienz sehr weitgehendes sprachliches Spezialistentum erfordert. Zwar kommen Texte im Bereich der so genannten exakten Wissenschaften wie Mathematik, Astronomie und Physik oft mit einem sehr begrenzten Wortschatz und einfacher Grammatik aus, so dass westliche Forscher schon früh begonnen haben, diese Gebiete zu untersuchen.¹ Aber derart instrumentell begrenzte Sprachkenntnisse machen eine Beschäftigung mit

¹ Charette (1995).

Texten außerhalb der in Worten ausformulierten mathematischen Formeln praktisch unmöglich.

Dennoch soll natürlich der Wert dieser faktenpositivistischen, rein ideengeschichtlichen Arbeiten in keiner Weise herabgesetzt werden, da sie einen sehr wesentlichen Aspekt wissenschaftlicher Kenntnisse, vor allem in ihrer Vermittlung und Erweiterung, für weitere Arbeiten zugänglich machen. Ein solcher Schritt, der für moderne westliche Wissenschaften schon in den letzten beiden Jahrhunderten vollzogen worden ist, muss zweifellos auch bezüglich anderer Zivilisationen durchgeführt werden, wenngleich die kategorischen Äußerungen des Astronomiehistorikers Willy Hartner, die auch nach drei Jahrzehnten noch einen großen Bereich der nichtwestlichen Wissenschaftsgeschichte charakterisieren, eher problematisch erscheinen:

“For the time being, and for a long time to come, it has to be our foremost task to widen our knowledge of the sources. In particular, our present very limited familiarity with facts does not justify pompous reasoning about the interrelation of science and social or political conditions.”²

In dieser Aussage ist vor allem das Quellenverständnis zu hinterfragen: Was ist eine historische „Tatsache“, wenn wir beispielsweise die handschriftliche Kopie eines mittelalterlichen Manuskripts untersuchen? Ist es etwa eine Tatsache, dass Ibn al-Nafis um 1245 den Lungenkreislauf beim Menschen beschrieben hat? Wie problematisch eine derartige Einordnung ist, wird im Folgenden deutlich werden. Als „Quelle“ im Sinne Hartners kann man in diesem Fall eine Handschriftenkopie aus der Staatsbibliothek in Berlin bezeichnen, als deren Urheber Ibn al-Nafis angegeben ist. Kurz nach dem Ersten Weltkrieg entdeckte ein ägyptischer Doktorand des damals in Freiburg tätigen Medizinhistorikers Paul Diepgen, dass dieser Text entgegen der Lehrmeinung von Galen und Avicenna beschrieb, wie Blut von der rechten Herzkammer nur durch die Lungengefäße in die linke Herzhälfte gelangt, anstatt, wie bei den Autoritäten beschrieben, direkt durch die Herzscheidewand zu sickern.³ Diese „Tatsache“ sei, so die Geschichtsschreibung im Westen, für das dreizehnte Jahrhundert offenbar so unbedeutend gewesen, dass sie später in der islamisch-arabischen Tradition nicht mehr erwähnt worden sei. Die Renaissance-Anatomen Servetus, Colombo und Valverde hätten demnach unabhängig von Ibn al-Nafis, womöglich unabhängig voneinander, und achtzig Jahre vor William Harvey den Lungen- oder kleinen Blutkreislauf entdeckt und beschrieben. Man hat nun sehr detailliert die Textquellen analysiert und verglichen und ist zu einer komplexen Netzwerktheorie gelangt, die darauf beruht, dass der jahrzehntelang in Damaskus tätige venetische Arzt Andrea Alpago um 1520 eine Übersetzung des arabischen Textes angefertigt haben könnte, die allerdings ungedruckt geblieben sei.⁴ Heute kennen wir auch aus der muslimischen Tradition Erwähnungen von Ibn al-Nafis' Beschreibung – mit ausdrücklicher Nennung seines Namens –, wenn auch inhaltlich erheblich verzerrt, wie zum Beispiel in einem wichtigen türkischen Lehrbuch des 17. Jahrhunderts und in einer umfangreichen medizinischen Abhandlung auf Arabisch aus dem

² Hartner (1977), S. 10.

³ Meyerhoff (1931).

⁴ Buchs (1995).

frühen 19. Jahrhundert.⁵ Aber was sagt uns allein die Tatsache, dass in späteren Jahrhunderten in der islamischen Welt bekannt war, dass Ibn al-Nafis die überlieferten Vorstellungen vom Blutfluss in Frage gestellt hatte? Alternativ könnte man vielleicht eine weiter reichende Frage aufwerfen: Was können wir über die islamisch-arabisch-türkisch-persische Humananatomie des 13. bis 19. Jahrhunderts lernen, wenn wir über die reine Nachverfolgung von Theorieelementen hinausgehen?

Zunächst also einige Worte zur Verwendung der textimmanenten Ideengeschichte. An der Wende zum 19. Jahrhundert wurde das Selbstverständnis der muslimischen Welt nachhaltig erschüttert, als Napoleon Bonaparte Ägypten ohne nennenswerte Gegenwehr besetzte.⁶ Bis dahin hatte es muslimische Gebietsverluste fast ausschließlich in Europa gegeben, und Ägypten nahm neben seiner zentralen geographischen Lage auch intellektuell eine besondere Rolle im Bewusstsein der Muslime ein: bereits zehn Jahre nach dem Tod des Propheten von dessen Anhängern erobert, ist Kairo seit dem späten 10. Jahrhundert Sitz der Azhar-Universität, der wichtigsten sunnitischen Rechtsinstanz.⁷ Der Schock, den Napoleons Erfolg 1798 auslöste, führte in der islamischen Welt zu einer Reflexion des Verhältnisses westlicher und muslimischer Militärtechnologie und Wissenschaft im Allgemeinen. Seit Anfang des 19. Jahrhunderts finden wir dementsprechend eine apologetische Wissenschaftsgeschichtsschreibung zur Legitimierung muslimischer „Wiederbemächtigung“ der durch die europäische Renaissance „enteigneten“ klassisch-islamischen Wissenschaften.

Einer der ersten und wichtigsten Autoren in dieser Tradition war Rifā'a al-Tahtāwī, Imam der ersten Gruppe ägyptischer Studenten, die der Gouverneur Muhammad Ali Pascha im Jahr 1826 nach Paris entsandt hatte, um dort das Geheimnis von Frankreichs militärischer Überlegenheit zu ergründen und Ägypten gegen weitere Invasionen zu wappnen.⁸ Die apologetische Tradition lässt sich bis ins heutige Internetzeitalter verfolgen, wo eine Vielzahl von Webseiten die Rolle der Muslime in der Entwicklung der Wissenschaften betont, getreu dem im Westen längst als überholt angesehenen Klischee, dass die islamische Welt den Wissenschaften während des „dunklen“ Mittelalters Europas als Zufluchtsstätte gedient habe.⁹ Es ist inzwischen sehr wohl bekannt, dass wesentliche Impulse von der muslimischen Welt auf die europäische Renaissance ausgingen, gerade in Medizin und Astronomie.¹⁰ Es ist aber schon bemerkenswert, rhetorische Figuren zu verfolgen, mittels derer die westliche Technologie des 19. und 20. Jahrhunderts als „legitimes Erbe“ der Muslime reklamiert wird. Vor diesem Hintergrund versteht man vielleicht besser die Vehemenz, mit der arabische Medizin-

⁵ Itāqī (1990); Kāhya (1996); Uluçam/Gökçe (1995); Gran (1998).

⁶ Ġabartī (1989).

⁷ Eine amüsante Schilderung der Kluft zwischen Erwartung und vorgefundener Kompetenz an der Azhar-Universität liefert al-Ġabartī anlässlich der Begegnung eines neu eingeführten osmanischen Gouverneurs mit dem Rektor der Azhar Mitte des 18. Jahrhunderts, vgl. Philipp/Perlmann/Schwald (1994), Bd. I, S. 186-188 [Paginierung der arab. Ausgabe, Bulaq 1880].

⁸ Tahtawī (1988).

⁹ Hassani (2006).

¹⁰ Saliba (2007).

historiker immer wieder betonen, dass Ibn al-Nafis den kleinen Blutkreislauf entdeckt und Harvey ihm knapp vierhundert Jahre später die Priorität gestohlen habe.¹¹

Wenn wir dieses Beispiel etwas näher untersuchen, stellen wir allerdings fest, dass Ibn al-Nafis nirgendwo einen Begriff für „Kreislauf“ (*daura*) verwendet. Wenn wir Galens und Ibn al-Nafis' Modelle des Blutflusses vergleichen, so sehen wir einen einzigen, wenn auch bedeutsamen Unterschied: Für den Syrer ist die Herzscheidewand undurchdringlich. Das Blut, das aus der Leber in der rechten Herzkammer ankommt, fließt durch die Lungenarterie in die Lunge, wird durch das Lungengewebe gefiltert, sodann von der Lungenvene aufgenommen und gelangt in die linke Herzkammer, von der aus das in der Lunge mit *ruh*, pneuma, Geist, Hauch, Seele etc. angereicherte Blut über die Aorta in den Körper verteilt wird. Bei Galen dagegen gelangt das Blut unmittelbar durch die Scheidewand von der rechten in die linke Herzhälfte, die Vermischung von Blut und Geist findet direkt in der linken Herzkammer statt.¹² Von diesem Detail abgesehen, ist der Weg des Bluts bei Ibn al-Nafis derselbe wie bei den griechischen Autoren: das nährstoffreiche Blut wird in der Leber erzeugt, gelangt über die große Hohlvene zur rechten Herzkammer und von dort über die Venen in die Peripherie des Körpers, wo es bei der Ernährung der Organe aufgebraucht wird. Ein kleiner Teil wird mit Pneuma angereichert, entweder in der linken Herzkammer oder direkt in der Lunge, und verteilt wird dieses Pneuma über das Arteriensystem, wobei es aber ebenfalls in den empfangenden Organen aufgebraucht wird.¹³ Von Kreislauf kann also überhaupt nicht die Rede sein, und ist es auch nicht, weder bei Galen noch bei Ibn al-Nafis, und auch nicht bei Servet, Colombo und Valverde oder dem späteren Vesal Mitte des 16. Jahrhunderts. Vor William Harveys Arbeiten Anfang des 17. Jahrhunderts konnte von Zirkulation nicht gesprochen werden, denn in allen früheren Modellen floss das Blut nur in eine Richtung und wurde am Ende des Durchgangs aufgebraucht, so dass nichts davon jemals einen Kreislauf schließen konnte.

Ein zweiter Teilaspekt hat die moderne Diskussion um Ibn al-Nafis wesentlich geprägt, nämlich die Frage nach der Sektion von Menschen oder der Vivisektion an Tieren. Zweifellos hatte Ibn al-Nafis Herzen von geschlachteten Tieren gesehen. Er beschreibt die Scheidewand zwischen den Herzkammern als dick und fleischig, was für ihn ein relevantes, aber nicht das entscheidende Argument gegen die traditionelle Annahme des direkten Blutdurchgangs innerhalb des Herzen liefert.¹⁴ Was jedoch das Öffnen menschlicher Leichen oder lebender Tiere angeht, so haben wir – entgegen der jüngeren arabischen Literatur und Ikonographie – keinerlei Hinweise, dass irgendein muslimischer Anatom vor dem 19. Jahrhundert diese Praktiken durchgeführt hat. Erst im Rahmen der Einführung europäischer Technologien nach Napoleon kommt es in Ägypten, und wenig später in Istanbul, zur Einrichtung von Lehrkrankenhäusern im westlichen Stil, an denen Sektionen durchgeführt werden, mit Billigung der Rechtsgelehrten, deren Gutachten, *fatawa*, ebenfalls keinerlei Hinweise auf positive oder nega-

¹¹ Z. B. Hassani (2006), S. 168.

¹² Siegel (1968), S. 48-56.

¹³ Eine anschauliche graphische Gegenüberstellung findet sich bei Pormann/Savage-Smith (2007), S. 46.

¹⁴ Meyerhoff (1933), S. 75.

tive Präzedenzfälle enthalten. Ibn al-Nafis selbst distanziert sich explizit von der menschlichen Sektion:

“The [...] precepts of Islamic law (*shari‘ah*) have discouraged us from the practice of dissection (*tashrib*), along with whatever compassion is in our temperaments.”¹⁵

Etwas später spricht er über die Anatomie von Herz, Arterien und Zwerchfell, über deren Bewegung man sich informieren müsse, um herauszufinden, ob die Bewegung der Arterien mit dem Herzschlag synchron verlaufe oder nicht:

“It is a given fact that it can be learned only through dissection (*tashrib*) of the living, but that is difficult because of the disturbance of the living due to its feeling of pain.”¹⁶

Das Wort, das hier für „Störung“ verwendet wird, *idtirāb*, bedeutet allerdings eher „Unordnung“, „Verwirrung“, als „Leiden“ oder „Qual“ – insofern klingt hier mehr ein Bedauern über die praktischen Schwierigkeiten an als ein Mitgefühl wie im Fall der Sektion von Menschen.¹⁷

Ibn al-Nafis begründet sein Modell des Lungendurchgangs aber nicht nur empirisch über die augenscheinliche Undurchdringlichkeit der Herzscheidewand; wie Nahyan Fancy gezeigt hat, war für Ibn al-Nafis’ theologisch-philosophisch begründete Seelenphysiologie die Porosität des Herzens schon *a priori* unmöglich, genauso wie sie für Galens physiologisches System unabdingbar gewesen war. Ibn al-Nafis schrieb ausdrücklich, dass das feine Pneuma, das von der Lunge zum Herzen strömte, nicht durch das unreine Nährblut kontaminiert werden durfte. Vielmehr diene die Lunge als eine Art Sieb, in welchem das Rechtsherzblut gefiltert wurde, bevor es dann gemeinsam mit dem Pneuma durch die Lungenvene zum Herzen und von dort durch die Aorta in das Arteriensystem des Körpers fließen konnte.¹⁸ Eine solche naturphilosophisch-theologische Argumentation überrascht nicht bei einem Autor, der neben seiner ärztlichen Tätigkeit an Kairoer Hospitälern auch als wichtiger Vertreter der Schafī‘iten, einer der vier kanonischen Rechtsschulen des sunnitischen Islams, hervorgetreten ist. Dies ist natürlich kein schlüssiges Argument gegen Ibn al-Nafis’ Verwendung von Humansektion und Vivisektion, es zeigt aber zumindest, dass eine derartige Praxis, für die wir keinerlei Belege haben, nicht notwendig gewesen wäre für die Formulierung seiner Kritik an Galen. Dasselbe trifft nebenbei bemerkt für Servetus zu, dessen Postulierung des Lungendurchgangs in der *Christianismi restitutio* (1553) ebenfalls integraler Bestandteil eines theologischen Seelenkonzepts war, dessen gegen die Trinität Gott Vater, Sohn und Heiliger Geist gerichtete Argumentation zu seiner Hinrichtung durch Calvin in Genf führte.¹⁹ Wenn also gelegentlich behauptet wird, Servet sei ein Märtyrer der Wissenschaft, da er für die „richtige“ Beschreibung des Lungenkreislaufs verbrannt

¹⁵ Übersetzung: Savage-Smith (1995), S. 10.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Meyerhof (1933, S. 73) übersetzt „wegen des Zappeln“.

¹⁸ Fancy (2006).

¹⁹ Goldstone/Goldstone (2002).

wurde, dann ist das eine ebenso kreative Uminterpretierung geschichtlicher Ereignisse wie Ibn al-Nafis' vermeintlicher Prioritätsanspruch über William Harvey.

In der arabisch-islamischen Welt nach dem vierzehnten Jahrhundert geriet Ibn al-Nafis' Beschreibung allerdings keineswegs völlig in Vergessenheit. Der amerikanische Sozialhistoriker Peter Gran erwähnt in seiner Arbeit über Hasan al-ʿAttār, einen ägyptischen Gelehrten der Napoleonzeit, dass dieser um 1813 oder 1814 eine explizite Kritik von Ibn al-Nafis' Theorie des Lungendurchgangs formulierte.²⁰ Grans Buch, das zuerst 1979 erschien und 1998 als aktualisiertes Paperback herausgegeben wurde, scheint in der Medizingeschichte leider gar nicht wahrgenommen worden zu sein.

Wie kam al-ʿAttār nun zu seiner Kritik? Nach Napoleons Invasion gehörte dieser zu der nicht unbedeutenden Zahl der Gebildeten, die sich zu den exotischen Eindringlingen hingezogen fühlten.²¹ Nach Abzug der Franzosen 1801 kam es verbreitet zur Verfolgung von Kollaborateuren,²² so dass al-ʿAttār sein Heil in der Flucht nach Istanbul suchen musste, wo er sich offenbar im Alter von etwas über vierzig Jahren zum ersten Mal dem Studium der Medizin zu widmen begann. In Istanbul verkehrte al-ʿAttār im Haus des höchsten Aufsichtsbeamten der Ärzteschaft, des *bekimbaşı*.²³ Dieses Detail ist wichtig für die Frage, wie al-ʿAttār Ibn al-Nafis' Anatomiekommentar kennen lernen konnte: Zwar hatte der Sohn eines der Medizinalbeamten zu al-ʿAttār's Zeit unter anderem in Italien Anatomie studiert – aber selbst wenn er dort um 1800 sicherlich vom Blutkreislauf lernte, konnte er wohl nicht über Ibn al-Nafis erfahren, dessen Ansichten zu dieser Zeit in Europa nicht mehr diskutiert wurden. Wenige Jahre später publizierte der heimgekehrte Şanizade Ataullah das erste (lithographisch) gedruckte Anatomielehrbuch in türkischer Sprache.²⁴ Bisher, und wohl noch nach Erscheinen von Şanizades Lehrbuch wurde ein fast zweihundert Jahre älteres Werk im Medizinunterricht verwendet, nämlich Şirvanlı Şemsettin İtākîs um 1630 verfasste *Treatise on Anatomy of the Human Body and Interpretation of the Philosophers*.²⁵ Dieses Werk von al-İtākî birgt nun gleich einige interessante Überraschungen; so finden wir eine – allerdings verzerrte und unzutreffende – Darstellung der Struktur des Herzens mit Bezugnahme auf Ibn al-Nafis' Anatomiekommentar, die wohl auf eine äußerst ungenaue Lektüre seitens des Letzteren deutet. Darin stellt İtākî Ibn al-Nafis' Postulat einer blutundurchlässigen Herzscheidewand geradezu auf den Kopf, woraufhin er den Lungendurchgang gar nicht mehr annehmen muss:

“Ibn al-Nafis said that there was no cavity between the right and left ventricles. He also said that they were separated by a fleshy septum which resembled a sponge. The blood passed through this spongy flesh from the right ventricle to the left.”²⁶

²⁰ Gran (1998), S. 170 f.

²¹ Ebd., S. 189-191.

²² Livingston (1994).

²³ Gran (1998), S. 105 f.

²⁴ Şanizade (1820).

²⁵ Uluçam/Gökçe (1995).

²⁶ İtākî (1990), englisch S. 105, türkisch S. 205.

Weiterhin erscheint recht bemerkenswert, dass Itâkî Anfang des 17. Jahrhunderts in einem breiten Stilmix neben den im westasiatischen Raum etablierten Illustrationen der „Fünfbilderserie“ von Mansûr b. Ilyâs auch Figuren zeichnet, die ganz unzweideutig auf Vesals *Fabrica* (1543) bzw. Valverdes *Anatomia* (1560) zurückgehen.²⁷ Es ist zwar bekannt, dass die osmanischen Sultane westeuropäische Bücher gesammelt haben, insbesondere wenn sie spektakuläre Abbildungen enthielten.²⁸ Es gibt aber bislang wenige Belege für einen unmittelbaren Einfluss dieser, dem Palast vorbehaltenen, Sammlungen auf die osmanische Kultur, wobei sich diese Abschottung im 17. Jahrhundert bereits zu lockern beginnt, wie wir wiederum von astronomiegeschichtlichen Arbeiten der Gruppe um Ekmeleddin İhsanoğlu und anderen wissen.²⁹

Viele bislang ungeklärte Fragen ergeben sich aus diesen exemplarischen Beobachtungen. Wir wissen wenig über das Verhältnis zwischen dem Inhalt der gelehrten Kompendien und der ärztlichen Heilpraxis. Fallberichte werden nach dem 10. Jahrhundert selten, und auch in früherer Zeit betreffen sie nur einen sehr schmalen Bereich von Verfahren, im Verhältnis zu den Inhalten der Enzyklopädien. So kommt es durchaus vor, insbesondere in chirurgischen Texten, dass Verfasser ausdrücklich betonen, sie hätten ein überliefertes Verfahren weder beobachtet noch selbst angewendet, sondern nur der Vollständigkeit halber aufgeführt.³⁰ Aber, und dieser Punkt ist sehr stark hervorzuheben, die unmittelbare Anwendung von erworbenen Kenntnissen zur Behandlung individueller Patienten ist keineswegs die einzig denkbare Motivation gelehrter Mediziner. Hier kommen wir aber in einen Bereich, wo die verfügbaren Forschungsergebnisse nicht mehr viel weiter führen. Die medizinischen Texte selbst enthalten verständlicherweise wenige Auskünfte über die Motive ihrer Verfasser. Es ist aber anzunehmen, dass die Demonstration von Kenntnis um der Kenntnis willen eine wesentliche Rolle für das Ansehen eines Arztes gespielt haben dürfte, und zwar sowohl bei der Akquirierung von Patienten und Patronage als auch für die Ernennung auf feste Stellen im Hospital oder bei Hof.³¹ Eine solche Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin in der islamischen Welt ist bisher bestenfalls in Ansätzen greifbar, obwohl relevante Quellen dafür durchaus Verfügung stehen, die aber in der internalistischen Ideengeschichte der Medizin bislang praktisch keine Rolle gespielt haben.

Lediglich für die neuere Zeit gibt es Studien wie etwa eine Arbeit von Khaled Fahmy, der an Hand von Gerichtsakten Resultate medizinischer Behandlungen im 18. Jahrhundert untersucht hat.³² Entsprechende Archive existieren in der islamischen Welt noch zahlreich, sind allerdings oft nicht leicht zugänglich und wenig dokumentarisch erschlossen. Eine wichtige, aber wiederum recht akademische Quelle sind Prüfungshandbücher, mittels derer Marktaufseher den Kenntnisstand von frei praktizierenden Wanderärzten abfragten, was sich aber eben gerade wieder mehr auf Schulwissen als auf

²⁷ Russell (1992).

²⁸ Rogers (2005).

²⁹ İhsanoğlu (1992).

³⁰ Pormann/Savage-Smith (2007), S. 62.

³¹ Pormann/Savage-Smith widmen der Sozialgeschichte immerhin ein ganzes Kapitel, dies. (2007), S. 80-114.

³² Fahmy (1999).

praktische Anwendung bezog. Diese Prüfungen waren notwendig, weil es in der islamischen Kultur keine kurrikular geregelten Studienabschlüsse gab, sondern nur individuelle Diplome, *ijāzāt*, für das erfolgreiche (Auswendig-) Lernen einzelner Texte, deren Auswahl jedoch keinem formalisierten System unterlag.

Materielle Zeugnisse medizinischer Geräte sind kaum noch bekannt, mit Ausnahme zahlreicher Schröpfköpfe. Illustrationen, die etwa in einigen chirurgischen Texten vorkommen, erlauben keine sinnvolle Rekonstruktion der Geräte,³³ und zwar nicht nur wegen Ungenauigkeiten, die auf fachunkundige Kopisten zurückgehen, sondern vor allem, weil es gerade für die Chirurgie die deutlichsten Hinweise darauf gibt, dass die aus der klassischen Literatur übernommenen Verfahren oft nicht für praktikabel gehalten wurden, so dass bezweifelt werden kann, dass die zugehörigen Geräte überhaupt gefertigt wurden. Anders ist auch schwer zu verstehen, warum praktisch keine Geräte auf uns gekommen sind, während es nicht-medizinische Objekte ähnlicher Dimensionen und Beschaffenheit durchaus reichlich in verschiedenen Sammlungen gibt.

Wir stehen also noch ganz am Anfang der medizinhistorischen Erforschung der islamischen Welt, und wer wäre geeigneter als die Oxforder Medizinhistorikerin Emilie Savage-Smith, eine Entgegnung auf die eingangs zitierte Äußerung von Hartner zu geben, in der sie den Arbeitsbereich dieser Forschung entscheidend erweitert:

“The medieval Arabic medical literature, not to mention the Persian and Turkish material, is vast [...] Vaster still must be the legal/theological literature and *fatwā*-treatises [...] Many lifetimes of scholarship will be required to survey all the potentially pertinent material.”³⁴

Literatur

1. Buchs (1995): Mina Buchs, Histoire d’une découverte: Ibn al-Nafis et la circulation pulmonaire, in: *Medicina nei secoli – arte e scienza* 7 (1995), S. 95-108.
2. Charette (1995): François Charette, Orientalisme et histoire des sciences: L’historiographie européenne des sciences islamiques et hindoues, 1784-1900. Université de Montréal: MA thesis in History.
3. Fahmy (1999): Khaled Fahmy, The anatomy of Justice: Forensic medicine and criminal law in nineteenth-century Egypt, in: *Islamic Law and Society* 6 (1999), S. 1-48.
4. Fancy (2006): Nahyan Fancy, Pulmonary Transit and Bodily Resurrection, PhD thesis, Notre Dame IN 2006.
5. Ġabartī (1989): ‘Abd al-Rahmān al-Ġabartī, Bonaparte in Ägypten, München 1989.
6. Goldstone/Goldstone (2002): Lawrence Goldstone, Nancy Goldstone, Out of Flames: The Remarkable Story of Michael Servetus and One of the Rarest Books in the World, New York 2002.

³³ Sezgin (2003).

³⁴ Savage-Smith (1995), S. 105.

7. Gran (1998): Peter Gran, *Islamic Roots of Capitalism. Egypt, 1760-1840*, Syracuse NY 1998 [urspr. Austin TX 1979].
8. Hartner (1977): Willy Hartner, *The Role of Observations in Ancient and Medieval Astronomy*, in: *Journal for the History of Astronomy* 8 (1977), S. 1-11.
9. Hassani (2006): Salim T. S. Al-Hassani (Hrsg.), *1001 Inventions – Muslim Heritage in Our World*, London 2006.
10. İhsanoğlu (1992): Ekmeleddin İhsanoğlu, *Introduction of Western Science to the Ottoman World: A Case Study of Modern Astronomy (1660-1860)*, in: ders. (Hrsg.), *Transfer of Modern Science and Technology to the Muslim World*, Istanbul 1992, S. 67-120.
11. 'Itāqī (1990): Al-'Itāqī, *The Treatise on Anatomy of [sic] Human Body and Interpretation of Philosophers* [Übersetzung: Esin Kahya], Islamabad 1990 (= Great Book Series, 85a).
12. Kâhya (1996): Esin Kâhya, *Şemseddin-i İtākî'nin resimli anatomi kitabı*, Ankara 1996 (= Atatürk Kültür Merkezi Yayını, 95).
13. Livingston (1994): John W. Livingston, Shaykh Bakrī and Bonaparte, in: *Studia Islamica* 80 (1994), S. 125-143.
14. Meyerhoff (1931): Max Meyerhoff, 'El-Tatawi, Mohyi el-Din, *Der Lungenkreislauf nach el-Koraschi*, in: *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften* 30 (1931), S. 55-57.
15. Meyerhoff (1933): Max Meyerhoff, Ibn an-Nafīs und seine Theorie des Lungenkreislaufs, in: *Quellen und Studien zur Geschichte der Naturwissenschaften und der Medizin* 4 (1933), 1, S. 37-88 sowie 7+15 S. arab. Text.
16. Philipp/Perlmann/Schwald (1994): Thomas Philipp, M. Perlmann, G. Schwald (Hrsg.), *Al-Jabartī's History of Egypt*, 3 Bde., Stuttgart 1994.
17. Pormann/Savage-Smith (2007): Peter Pormann, Emilie Savage-Smith, *Medieval Islamic Medicine*, Edinburgh 2007.
18. Rogers (2005): J. M. Rogers, *Mehmed the Conqueror: Between East and West*, in: Deborah Howard, J. M. Rogers (Hrsg.), *Bellini and the East*, London 2005, S. 80-97.
19. Russell (1992): Gül Russell, "The Owl and the Pussy Cat" – The Process of Cultural Transmission in Anatomical Illustrations, in: Ekmeleddin İhsanoğlu (Hrsg.), *Transfer of Modern Science and Technology to the Muslim World*, Istanbul 1992, S. 180-212.
20. Saliba (2007): George Saliba, *Islamic Science and the Making of the European Renaissance*, Cambridge MA 2007.
21. Şanizade (1820): Şanizade Mehmed Ataullah, *Mir'ât ül-ebdân fî teşrîh-i âzâ ül-insân* [Spiegel der Körper in der Anatomie der Glieder des Menschen], Konstantinopel 1820.
22. Savage-Smith (1995): Emilie Savage-Smith, *Attitudes Toward Dissection in Medieval Islam*, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 50 (1995), S. 67-110.
23. Sezgin (2003): Fuat Sezgin, *Wissenschaft und Technik im Islam*, Bd. IV T. 7: *Medizin*, Frankfurt a. M. 2003.

24. Siegel (1968): Rudolph E. Siegel, *Galen's System of Physiology and Medicine*, Basel 1968.
25. Tahtawi (1988): Rifa'a Rafi' al-Tahtawi, *Ein Muslim entdeckt Europa*, München 1988.
26. Uluçam/Gökçe (1995): Enis Uluçam, Nilüfer Gökçe, 17. ve 19. Yüzyıl Osmanlı Dönemine Ait İki Anatomi Kitabındaki Dolaşım Sistemi Bilgisinin Karşılaştırılması [Vergleich der Kenntnisse vom Kreislaufsystem in zwei osmanischen Anatomiebüchern des 17. und 19. Jahrhunderts], *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları* 6 (1995), S. 87-94.

Anmerkung zur Transliteration arabischer und türkischer Worte

Aus satztechnischen Gründen konnten Diakritika für emphatische Konsonanten nicht dargestellt werden. Dies betrifft die Namen 'Attār, Tahtāwī, Mansūr und İtākī sowie die Begriffe rūh, tashrīh und idtirāb.

Das katholische Gesundheitswesen des Kaiserreichs im Wettbewerb. Zu Auseinandersetzungen mit Andersgläubigen, säkularen Einrichtungen und innerkirchlicher Konkurrenz

Ralf Forsbach

Ist im Zusammenhang mit dem katholischen Gesundheitssystem im Kaiserreich von Konkurrenzsituationen die Rede, wird man nicht nur an den Wettbewerb mit anderen Konfessionen sowie mit weltlichen Trägern von Einrichtungen des Gesundheitssystems denken; auch innerhalb der katholischen Kirche gab es Auseinandersetzungen, beispielsweise zwischen einzelnen in der Krankenfürsorge tätigen Priestern und Ordensangehörigen.

1. Der Wettbewerb mit Andersgläubigen

Die konfessionelle Wettbewerbssituation wird bei Betrachtung der gemischtkonfessionellen Gebiete Deutschlands oder der an Konfessionsgrenzen liegenden Regionen besonders deutlich, stärker jedenfalls als beim Blick auf die katholisch dominierten Gegenden oder die Landstriche, in denen die Katholiken in der Diaspora lebten. Außerhalb der katholisch geprägten Regionen Deutschlands wuchs in den Jahrzehnten des Kaiserreichs der gesellschaftliche Druck auf Katholiken in einer Weise, dem sie auch angesichts einer immer stärker werdenden Wanderungsbewegung aus Sicht der Kirchenoberen oft nicht gewachsen waren. Über eine Million Menschen seien in den vergangenen Jahrzehnten allein aufgrund der fortschreitenden Industrialisierung und der „Einwanderung so vieler Katholiken in protestantische Gegenden“ verloren gegangen, klagten immer wieder Priester unter Berufung auf frühe Erhebungen des Paderborner Bischofs Konrad Martin.¹ Es hört sich wie eine Klage über die Globalisierung der Gegenwart an, wenn es heißt, heute würden Tausende als Beamte oder Fabrikarbeiter „durch die ganze Welt geworfen“ und müssten „nun leben unter solchen, die zwar Christen, aber nicht ihres Glaubens“ seien.² In diesen Gebieten gebe es oft keine katholischen Kirchen, keine katholischen Schulen und auch keine katholischen Krankenhäuser. Folglich ging es der Kirchenführung nicht primär um Missionierung, sondern um die Festigung der Kirchlichkeit. Erst jüngst hat Armin Owzar für Hamburg zeigen können, wie sehr dort die kirchliche Bindung der Katholiken abnahm.³ Eine ähnlich detaillierte Studie liegt zu Berlin vor.⁴

Dem Gesundheitswesen kam in diesem Zusammenhang eine wichtige Werbewirkung zu. Die Strategien waren je nach Situation des örtlichen Katholizismus höchst unterschiedlich. In einer katholisch geprägten Stadt wie Bonn trat der Klerus selbstbewusst auf und es mangelte nicht an Invektiven gegenüber Andersgläubigen. Dennoch

¹ Zit. n. Owzar (2005), S. 190.

² Zit. n. ebd.

³ Vgl. Owzar (2005), S. 188 f.

⁴ Vgl. Hugh McLeod (1996), S. 23 ff.

sah man sich selbst hier in einer Defensivposition. In Bonn war freilich das katholische Gesundheitswesen so gut ausgebaut, dass man sich in erster Linie um die seelsorgerische Betreuung der Kranken sorgte. Der Pfarrer, in dessen Territorium das in Innenstadtnähe liegende Johanneshospital lag, formulierte 1894 ein Gesuch zur Anstellung eines eigenen Krankenhausgeistlichen, in dem sämtliche Gegner Berücksichtigung fanden, von den Altkatholiken über die Protestanten bis zu den verweltlichten Wissenschaftlern:

„Die Seelsorgearbeiten in der Pfarre Dietkirchen und den zu ihr gehörenden Anstalten haben einen solchen Umfang angenommen, daß die bis jetzt vorhandenen Seelsorgekräfte dieselben auf die Dauer nicht zu bewältigen vermögen. Bei den großen Schwierigkeiten, welche die Seelsorge in Bonn bietet, genügen die angestellten Seelsorgerpriester kaum für die große Pfarre. In Bonn ist der Hauptsitz des Altkatholicismus, der hier seine Hauptvertreter hat und noch immer sehr rührig ist. Der Protestantismus ist in den Jahren des Kulturkampfes zu einer Macht geworden, der wir nur mit der größten Anstrengung Paroli bieten können. [...] Dazu kommt, daß die Vertreter der Wissenschaft an der hiesigen Universität, abgesehen von der katholisch-theologischen Fakultät, fast alle auf Seiten unserer Gegner stehen, die obendrein noch über sehr große Geldmittel verfügen. Die Pfarargeistlichkeit von Dietkirchen hat nun außerhalb der Pfarrseelsorge auch noch die Krankenseelsorge in vielen Anstalten, nämlich den Universitätskliniken, dem St. Johanneshospital, der Provincial-Irrenanstalt, dem Männer-Asyl und theilweise im Noth- und Hülfshospital. In den Universitätskliniken sind im vorigen Etatjahr 1893/94 im Ganzen 3056 katholische Kranke verpflegt worden. Davon gehörten 1164 der chirurgischen Klinik an, welche wegen der vielen Verunglückten und der Operationsbedürftigen, die dort Aufnahme finden, in ganz besonderer Weise die Seelsorgethätigkeit in Anspruch nimmt. Im St.-Johannes-Hospital werden durchschnittlich immer über 100 Kranke und in der Provinzial-Irrenanstalt über 300 Personen katholischer Confession verpflegt. [...] Eine große Entlastung würde für uns herbeigeführt, wenn für die Krankenhausseelsorge in den Universitäts-Kliniken und dem St.-Johannes-Hospital ein eigener Geistlicher angestellt würde, der zugleich den Gottesdienst in der Kapelle des St.-Johannes-Hospitals versehen könnte. [...] Die für diesen Herrn nöthige Besoldung kann, wie ich annehmen möchte, erwirkt werden. Das St.-Johannes-Hospital könnte 1000-1200 Mark entrichten. Die Universitäts- resp. Staatskasse zahlt bis jetzt [...] 700 Mark.“⁵

Der Pfarrer erfuhr breite Zustimmung, auch vom Dechanten und vom Generalvikariat, so dass 1895 der zusätzliche Seelsorger angestellt wurde.⁶ Die Geistlichen dieser Bonner Gemeinde gewöhnten sich an, finanziell aufwändige Maßnahmen an den Krankenhäusern mit der als Bedrohung aufgefassten evangelischen Konkurrenz zu begründen.

⁵ Historisches Archiv des Erzbistums Köln (HAEK Köln), GVA überhaupt, Bonn überhaupt, 11 I, St. Johannes-Hospital der Schwestern vom hl. Karl Borromäus, Paulus/Pfarrer von Dietkirchen, „Gesuch um Anstellung eines eigenen Geistlichen für die Krankenseelsorge im St. Johanneshospital und in den Universitätskliniken“, 04.08.1894.

⁶ Ebd., Anmerkung Dechant Neu, 07.08.1894, und Antwortkonzept Generalvikariat an Paulus über Neu, o. D.

Noch im März 1918 bemerkte der Pfarrer, der für Krankenbetreuung zuständige Rektoratsgeistliche müsse jährlich 400 Mark für „Lesestoff“ aufwenden, „insbesondere für die gefallenen Mädchen der Frauenklinik“, „wenn er der rührigen Agitation der Protestanten entgegentreten soll“.⁷

Freilich war das konkrete Handeln nicht nur vom Anteil der Katholiken an der Gesamtbevölkerung abhängig. Denn in der benachbarten Kessenicher Pfarrgemeinde argumentierte man ganz anders. Dort hatte nämlich ein vermögender Protestant, der Hamburger Ministerresident Heeren, „eine bedeutende Quantität von Möbeln, Hausgeräthen, Leinwaren etc. geschenkt, sowie 350 Mark“ Sach- und Geldmittel zur Begründung einer Einrichtung gespendet, die unter anderem der Krankenpflege dienen und von den Olper Franziskanerschwestern betrieben werden sollte.⁸

Nachdem der Kessenicher Pfarrer vom Bonner Dechant Neu darauf hingewiesen worden war, dass formal die Initiative von den Franziskanerinnen auszugehen habe und die Bischöfe von Paderborn und Köln zugestimmt hatten, waren 1887 bereits sechs Schwestern „zur Krankenpflege & Leitung der Kinderbewahrschule“ in Kessenich gemeldet.⁹ Ganz im Sinne von Pastor Wolter und Dechant Neu verlief die Entwicklung jedoch nicht. Noch 1911 stellte der Kessenicher Pfarrer Franz Wolter fest: „Das Franziskushospital ist [...] wenig von katholischen Patienten besucht, wohl infolge der verschiedenen andersgläubigen dort tätigen Aerzte.“¹⁰

Ähnlich war die Gründungsgeschichte des nahen und bedeutenderen Marienhospitals verlaufen.¹¹ Hier war ein protestantischer Bürger namens Rudolf Jung der großzügige Spender. 1890 erhielten die Franziskanerinnen von ihm „ein großes 10-12 Morgen umfassendes Grundstück auf dem Wege zwischen Poppelsdorf und dem Venusberg [...] zur Erbauung eines Klosters und Krankenhauses geschenkt“.¹² Diese Tatsache berichtete der Bonner Dechant 1892 in einer Zusammenfassung zwar dem Generalvikariat ohne weiteren Kommentar, betonte dann aber die Notwendigkeit der Bauten und die mit ihnen verbundene Chance, mit den Einrichtungen der evangelischen Christen gleichzuziehen:

„Die Errichtung entspricht einem längst gefühlten dringenden Bedürfnisse. Die bisher von den Schwestern benötigten Räume waren für die große Zahl der Schwestern völlig unzureichend. Außerdem existierte bis jetzt für die ganze Bürgermeisterei Poppelsdorf kein Krankenhaus und wurden deshalb vielfach Kranke der Gemeinde und der industriellen Etablissements in das protestantische Krankenhaus gebracht. Außerdem fehlte bis jetzt für die Gemeinde u. Bürgermeisterei

⁷ HAEK Köln, GVA überhaupt, Bonn überhaupt, 11 I, St. Johannes-Hospital der Schwestern vom hl. Karl Borromäus, Pfarrer an Dietkirchen an Generalvikariat, 21.03.1918.

⁸ HAEK Köln, GVA überhaupt, Bonn überhaupt, 52, Filiale der Franziskanerinnen aus Olpe, Pfarrer Franz Wolter/Kessenich an Dechant Neu/Bonn, 10.11.1885.

⁹ Ebd., Dechant Neu an Ebf. Krementz, 29.12.1885; ebd., Ebf. Krementz an Dechant Neu, 4.01.1886; ebd., Pfarrer Franz Wolter an Dechant Neu, 10.11.1885; ebd., Schwester Maria Paula in Abwesenheit der ehrwürdigen Mutter an Ebf. Köln, 27.04.1886.

¹⁰ Ebd., Pfarrer Franz Wolter/Kessenich an Generalvikariat, 05.07.1911.

¹¹ Zur Bonner Krankenhausgeschichte vgl. Höpfner (1992).

¹² HAEK Köln, GVA überhaupt, Bonn überhaupt, 56, Marienhospital am Venusberg, Dechant Neu an Generalvikariat, 08.02.1892.

Poppelsdorf ein Waisenhaus. Das neu errichtete Gebäude kann diesem Bedürfnisse abhelfen und wird auch hoffentlich für solche Zwecke gebraucht werden. Ferner wird es einem andern [sic] Uebelstand abhelfen, welcher sehr beklagt wird. Die Protestanten in Bonn und Godesberg haben in letzterem Orte ein sog. ‚Kinderheim‘ seit vielen Jahren errichtet, worin schwächliche Kinder untergebracht werden. Darunter befinden sich nicht wenige kathol. Kinder aus Bonn und Umgegend, da hierorts eine derartige Veranstaltung nicht besteht. Die General-Oberin der Franziskanerinnen hat sich nun bereit erklärt, einige Räume für solche Kinder in dem neuen Kloster einzurichten und dieselben gegen billige Vergeltung aufzunehmen. Die Ausdehnung und prächtige gesunde Lage macht das Haus auch für diesen Zweck besonders geeignet.“¹³

Das vom Kölner Erzbischof 1892 genehmigte Poppelsdorfer Gesamtprojekt beruhte also wesentlich auf der Spendenbereitschaft evangelischer Bürger, wurde aber gleichwohl als Instrument betrachtet, Katholiken evangelischem Einfluss zu entziehen.¹⁴

Die Olper Franziskanerinnen gehörten offenkundig nicht zu denjenigen, die an der Spitze der die Konfessionen segregierenden Aktivitäten standen. Im Gegenteil gerieten sie in Konflikt mit dem für sie zuständigen Rektor Schwidden, der im Marienhospital antikatholische Einflüsse ausmachte, unter anderem weil er in einem Kinderkranken- und -zimmer evangelische Schriften gefunden hatte.¹⁵ Die Franziskanerin Schwester Hyacintha, sich offenbar in der Defensive wähnend, berichtete infolge der Anschuldigungen ausführlich an den Superior in Paderborn:

„Seit vielen Jahren wird wöchentlich für die protestantischen Kranken unserer Häuser, von einem sogenannten Diakon oder Missionar eine Bibelstunde gehalten und zwar in dem Speisesaal unserer Kranken III. Cl. und Arbeiter. Es wird dabei weder laut gebetet noch gesungen, sodaß [sic] keinerlei Störung dadurch entsteht. Auch hat noch nie ein kath. Patient versucht oder gewünscht, der Bibelstunde beizuwohnen. Wir haben uns damals der Einführung dieser Bibelstunde widersetzt, allein mit Rücksicht darauf, daß die kath. Kranken Gottesdienst im Hause hatten und die Protestanten die Gelegenheit des Kirchenbesuches sogar mißbrauchten, bestand Herr Prof. Witzel darauf. Da ferner in allen größeren Krankenhäusern Bonns und selbst im St. Johanneshospital, zu dessen Kuratorium auch der verstorbene Herr Dechant Neu gehörte, die Bibelstunde gehalten wurde, waren wir genöthigt, dieselbe gegen unseren Willen zu gestatten. Bis jetzt ist dieselbe noch von keiner Seite beanstandet worden. Protestantische Schriften sind von dem Prediger ebenfalls an die Kranken verteilt worden, doch wachen die Schwestern sehr darüber, daß keine Katholiken dieselben lesen.“

Der den katholischen Rektoratspfarrer alarmierende Vorfall wird von Schwester Hyacintha wie folgt beschrieben:

„Das protest. Kind, aus der [Bibel-]Stunde kommend, [hat] den [protestantischen] Kalender mitgebracht, als Herr Rektor eben das Kinderzimmer betrat. Er ließ sich darauf den Kalender von der Schwester bringen, da ihn der Inhalt

¹³ Ebd.

¹⁴ Ebd., Genehmigung des Erzbischofs, 17.02.1892.

¹⁵ Ebd., Dechant Neu an Generalvikariat, 08.02.1892.

interessiere. Als er denselben zurückgab, verbrannte ihn die Schwester sofort. Auch sonstige Schriften und Blättchen wurden sofort verbrannt. Öfter kam die Schwester in Verlegenheit, wenn der Prediger die Sachen zurück verlangte, deshalb hat sie den Kindern verboten, weder Bücher noch sonstige Schriften anzunehmen [sic], was auch befolgt wurde. Ferner erlauben wir noch zu berichten, daß wir drei kath. Assistenzärzte haben, nur Dr. Wenzel ist Protestant, seine Mutter ist katholisch.“¹⁶

Auch in Köln teilte man die Empörung des Rektors nicht und ordnete lediglich knapp an, man möge darüber „wachen, daß die aus Anlaß der Besuche protestantischer Diakone oder Missionare etwa vertheilte antikatholische Schriften nicht in die Hände von Katholiken, insbesondere von katholischen Kindern gelangen“.¹⁷

Das Generalvikariat ließ sich also nicht ohne weiteres in konfessionelle Kämpfe verwickeln. Zugleich reichte das konfessionelle Argument auch nicht zur Begründung eines jeden Wunsches nach katholischer Krankenpflege aus. Als sich 1894 eine Privatklinik für Frauenkrankheiten etablierte und dessen Leiter, ein Professor Krukenberg, zwei Franziskanerinnen erbat, unterstützte ihn der Bonner Dechant Neu energisch, „als sonst der Herr Professor genöthigt sein“ werde, „Laien zur Pflege zu nehmen oder gar prot. Diakonissen oder altkatholische Krankenschwestern (eine neuerdings ins Leben getretene Einrichtung), was im Interesse der vielfach katholischen Kranken nicht erwünscht“ sein könne.¹⁸ Das Generalvikariat antwortete knapp, Seine Eminenz erteilten eine entsprechende Erlaubnis nicht.¹⁹

So sehr sich die Bonner Geistlichkeit von anderen Konfessionen bedroht sah, so gefestigt musste am Rhein doch der Katholizismus zur Jahrhundertwende erscheinen. In einer anderen Situation befand er sich in den zu Wuppertal zusammenwachsenden Städten. Hier war der Katholizismus in einer Minderheitenposition, so dass man auch im Gesundheitswesen darum rang, an Einfluss zu gewinnen.

Typisch für die dortige Situation war das katholische Petrus-Krankenhaus, wo über die Hälfte der behandelten Patienten zur evangelischen Konfession zählten. Hier billigte man dem evangelischen Pfarrer 1906 gerne zu, „in einem besonderen Raume des Hauses die Kranken zu versammeln u. ihnen eine Ansprache zu halten“.²⁰ In anderen katholischen Krankenhäusern war dies längst Praxis und auch das Generalvikariat erhob keinerlei Bedenken.²¹ Diese Großzügigkeit war im konkreten Fall mit der Hoffnung auf ein Entgegenkommen der evangelischen Kirche beziehungsweise der protestantisch geprägten Stadt verbunden.

Der katholische Pfarrer argumentierte offen, katholisches Wohlwollen könne im Gegendruck „in dem städtischen Krankenhaus, in welchem, durch Krankenkassen u. Be-

¹⁶ Die Franziskanerin Schwester Hyacintha berichtete infolge der Anschuldigungen ausführlich an den Superior in Paderborn (ebd., 07.06.1903).

¹⁷ Ebd., Generalvikariat an Pfarrer Mennicken/Bonn (St. Martin), 12.06.1903.

¹⁸ Ebd., Dechant Neu an Generalvikariat, 01.09.1894.

¹⁹ Ebd., Generalvikariat an Dechant Neu, Randkonzept, 07.09.1894.

²⁰ HAEK Köln, GVA überhaupt, Barmen überhaupt, 3a, St. Petruskrankenhaus/Marienkrankenhaus, Pfarrer Taepper/Barmen an Generalvikar Kreutzwald, 26.02.1906.

²¹ Ebd., Vermerk Generalvikariat, 02.03.1906.

hörde gezwungen, sehr viele Katholiken unter stark protestantischer Leitung untergebracht u. verpflegt werden, eine günstigere Position für die seelsorgerische Behandlung derselben“ ermöglichen.²²

Es dauerte jedoch noch bis ins Kriegsjahr 1915, bis die katholische Sonntagsmesse in der evangelischen Krankenhauskapelle gestattet wurde. Katholisches Pflegepersonal gab es freilich in ausreichender Zahl. Die Statistik verzeichnet hier zwanzig katholische Rot-Kreuz-Schwesterinnen bei bis zu 60 katholischen Patienten.²³

Auch in der ambulanten Krankenpflege sorgten sich die minoritären Katholiken um eine adäquate Betreuung. Der Elberfelder Pfarrer berichtete 1897 nach Köln von der Notwendigkeit, sich mit einem Pflegeorden in Verbindung zu setzen, „sollen die Katholiken nicht auf die Dienste der Diakonissen angewiesen sein“.²⁴ Als Anfang des Jahrhunderts in Unterbarmen eine neue katholische, von Arbeitern geprägte Gemeinde gegründet wurde, war es ein prioritäres Anliegen, die ambulante Krankenversorgung durch Ordensschwesterinnen, hier Augustinerinnen, sicher zu stellen.²⁵

Ähnlich war die Situation zu gleicher Zeit in Düsseldorf-Oberbilk. Dort trug sich ein Arzt mit der Absicht, eine Privatklinik zu gründen, musste jedoch erfahren, dass Ordensschwesterinnen in der Regel keine bischöfliche Genehmigung für die Tätigkeit in derartigen Häusern erhielten. Der Arzt namens Fischer erklärte sich daraufhin bereit, als Angestellter in ein von den Vincentinerinnen selbst gegründetes und betriebenes Krankenhaus einzutreten. Mit dieser Lösung erklärte sich das Generalvikariat einverstanden. In unserem Fall interessiert, dass ein sozial engagierter und katholisch geprägter Arzt sehr deutlich die konfessionelle Konkurrenzsituation markierte. In seinem, das Kölner Generalvikariat endlich überzeugenden Schreiben heißt es:

„Ich bemerke noch, daß das Krankenhaus hauptsächlich der Oberbilkler Bevölkerung, also Fabrikarbeitern dienen soll, die ein solches Krankenhaus mit Freuden begrüßen würden, zumal bei den schweren Verletzungen, wie sie dort so häufig vorkommen, ein weiter Transport der Verletzten nötig ist. Uebrigens ist vom religiösen Standpunkte aus ein solches Unternehmen schon zu befürworten, zumal die Regierung die Zustimmung gegeben hat, weil es doch der kirchlichen Behörde nicht gleichgültig sein kann, wenn ein solches Liebeswerk nicht zu

²² Ebd.

²³ HAEK Köln, GVA überhaupt, Barmen überhaupt, 6, Städtische Krankenanstalten.

²⁴ HAEK Köln, GVA überhaupt, Elberfeld überhaupt, 12, Filiale der Augustinerinnen, Pfarrer Neumann/Elberfeld (St. Laurentius) an Generalvikariat, 27.07.1897; ebd., Genehmigung der Niederlassung durch das Generalvikariat, 14.09.1897.

²⁵ HAEK Köln, GVA überhaupt, Barmen überhaupt, 5, Herz-Jesu-Kloster in Unterbarmen, Pfarrer Schlösser/Barmen an Kardinal, 12.11.1909 („Ein dringendes Bedürfnis unserer neuen Pfarre, dessen Angehörige zur größeren Hälfte Arbeiter sind, ist die Einrichtung einer ambulanten Krankenpflege. Die Augustinerinnen aus dem Mutterhause zu Neuhs, an die Ew. Eminenz mich bei einer im vergangenen Frühjahr gnädigst gewährten Audienz gewiesen [sic], haben nunmehr für den Anfang des nächsten Jahres sich bereit erklärt, die ambulante Krankenpflege hierselbst zu übernehmen“); ebd., Antwortentwurf (Genehmigung), 15.11.1909; ebd., Pfarrer Schlösser/Barmen an Kapitularvikar, 27.09.1912 („Seit dem Jahre 1910 haben die Schwestern vom hl. Augustinus aus dem Mutterhause in Neuhs in unserer Pfarre eine Niederlassung, Vier Schwestern sind in der ambulanten Krankenpflege, Handarbeits- und Haushaltungsschule und in zwei Kinderbewahranstalten tätig“).

Stande kommt, ist doch jetzt schon auf einer Fabrik in Oberbilk eine Diakonissin von einer Fabrikkrankenkasse angestellt worden, welche auch Kranke in katholischen Familien besucht. In Oberbilk sieht jetzt bald die protestant. Kirche ihrer Vollendung entgegen. Da die Klinik derselben fast gegenüber zu liegen kommt, so wird es bald bekannt werden, weshalb katholischerseits das Unternehmen scheiterte u. es steht dann zu befürchten, daß dann, nachdem einmal der Gedanke einer Klinik besprochen ist, auf protestantischer Seite das Werk entstehen wird, was katholische Schwestern mit meiner Unterstützung u. meiner Tätigkeit in die Wege leiten möchten. Außerdem steckt für die Schwestern in dem Unternehmen gar kein Risiko, da sie für die ersten 3 Jahre keine Miete zahlen u. ich dem Unternehmen auch später nach besten Kräften zur Seite stehen werden. [...] Es handelt sich also auch um eine Bedürfnisfrage, da Oberbilk mit seiner großen katholischen Bevölkerung kein Krankenhaus hat, also auch keines, das speciell unter katholischer Leitung steht. In das neue städtische Krankenhaus werden Rote Kreuzschwestern berufen.“²⁶

In Düsseldorf hatten die Katholiken schon um 1870 Nachholbedarf gesehen. Der Vorstand der dortigen Cellitinnen stellte 1872 fest, dass es nach der Errichtung eines allgemeinen städtischen und eines evangelischen Krankenhauses an der Zeit sei, ein katholisches Haus zu errichten.²⁷ Die Vorbereitungen für ein solches Marienhospital hatten schon vor Gründung des Kaiserreichs begonnen und sahen trotz der üblichen Öffnung für nichtkatholische Patienten eine eindeutig katholische Führung des Hauses vor. So zählte das von König Wilhelm 1870 bestätigte Statut den Oberbürgermeister von Düsseldorf zwar zu den geborenen Mitgliedern des Krankenhausvorstands, sollte dieser jedoch einer anderen Konfession angehören, verfiel dieses Amt zugunsten des katholischen Stellvertreters.²⁸

2. Der Wettbewerb mit weltlichen Institutionen

Die mit dem konfessionellen Gesundheitswesen während des Kaiserreichs verbundene Dichotomie ist offenkundig und schon öfter beschrieben worden. Einerseits waren die weltlichen Behörden auf die Dienste der Kirchen im Gesundheitswesen angewiesen. Oder vielleicht besser: Man hatte sich an die christliche Caritas so sehr gewöhnt, dass eine mit einer adäquaten Bezahlung sämtlicher Pflegekräfte verbundene Vollfinanzierung des Gesundheitswesens durch Kommunen oder Staat nicht ernsthaft in Betracht gezogen wurde. Selbst Rudolf Virchow ist bekanntlich in seinem Eifer für ein säkularisiertes Gesundheitswesen nicht von einer Vollbezahlung der weltlichen Krankenschwestern ausgegangen. Andererseits galt gerade diesen sich als fortschrittlich gerierenden Kräften, die für eine klare Trennung kirchlicher und weltlicher Aufgabenge-

²⁶ HAEK Köln, GVA überhaupt, Düsseldorf überhaupt, 36, St. Josephskrankenhaus, Fischer/Düsseldorf an Generalvikar, 11.11.1897.

²⁷ Ebd., 6 II, Celliten-Kloster, Vorstand des Klosters der barmherzigen Schwestern/Düsseldorf an Generalvikariat, 10.02.1872.

²⁸ Ebd., 21, Marienhospital, Statut, am 02.10.1870 von König Wilhelm bestätigt.

bierte eintraten, das christliche Gesundheitswesen als ein fragwürdiges Instrument der Missionierung.

In gewisser Weise zu Gute kam dem katholischen Gesundheitswesen paradoxerweise der Kulturkampf. Das Klostergesetz von 1875 zwang die Ordensschwwestern, sich ganz auf die allein erlaubte Krankenpflege zu spezialisieren. Und auch Bismarcks Krankenversicherung (1883) bedeutete für die konfessionelle medizinische Versorgung einen Fortschritt. Sie sicherte die Finanzierung der entstehenden kirchlichen Krankenhäuser, deren Erträge aus Spenden kaum ausreichten.²⁹ Die grundsätzliche Kritik wurde deshalb nicht leiser. Andererseits wurde gerade in liberalen Kreisen ganz grundsätzliche Kritik an der konfessionell geprägten Krankenpflege laut. Rudolf Virchow hielt sie für unvereinbar mit der Idee der Trennung von Kirche und Staat.³⁰ 1869 kritisierte er, dass kirchliche Krankenpflege immer auch der Kirche dienen solle. In den konfessionellen Krankenhäusern würden „die Sachen“ nicht „rein sachlich angesehen“: „An die Stelle von technischen Personen“ träten „kirchliche Personen, an die Stelle von sachlichen Aufgaben kirchliche Aufgaben“.³¹ Vor dem Preußischen Abgeordnetenhaus wurde er 1875 im Ton noch schärfer. Die Bevölkerung müsse geschützt werden vor der „infektiösen Natur, welche in dem modernen Ordenswesen“ liege.³² Eine unabhängige (durchaus christlich inspirierte) Frau wie Florence Nightingale nannte Virchow immer wieder als vorbildlich für die Krankenpflege.³³ Auf jeden Fall sollte es zur Praxis der staatlichen oder kommunalen Krankenhäuser gehören, eine Krankenpflegeschule zur Ausbildung weltlicher Pflegerinnen und Pfleger geben.³⁴ Freilich nutzte – wie bereits angedeutet – auch Virchow den Idealismus junger Menschen, als 1876 der von ihm maßgeblich initiierte erste Kurs der Krankenpflegeschule am Berliner Städtischen Krankenhaus Friedrichshain begann. Christoph Schweikardt kritisiert:

„Anstatt unabhängig von einer christlichen oder humanitären Ethik attraktive Bedingungen hinsichtlich Lohn, Arbeitsbedingungen [sic], Karriereaussichten, Status und sozialer Absicht zu propagieren und durchzusetzen, forderte Virchow vom Krankenpflegepersonal, es sollte ohne entsprechenden Lohn, hauptsächlich mit der Aussicht auf innere Befriedigung tätig sein und propagierte damit ein säkularisiertes Dienstideal.“³⁵

Zur gleichen Zeit, also während des Kulturkampfes, gab es auch in der Provinz Bestrebungen zur Säkularisierung der Krankenpflege. Die Bezirksregierung Düsseldorf erließ 1875 eine Ausbildungsordnung und sorgte an kommunalen Krankenhäusern in Krefeld und Elberfeld für entsprechende Ausbildungsplätze.³⁶ Bald stellte sich jedoch heraus, dass die neuen Möglichkeiten auf wenig Interesse stießen. Für das Jahr fünf

²⁹ Vgl. Schatz (1986), S. 159; Gatz (1971), S. 604.

³⁰ Vgl. Schweikardt (2005), S. 62; zu Virchows humanistisch-naturwissenschaftlicher Ethik jenseits von Religion und Utilitarismus vgl. Gschler (2003), S. 358 ff.

³¹ Virchow (1869), S. 48; vgl. auch Virchow (1866), S. 20.

³² Zitiert nach Schweikardt (2005), S. 63.

³³ Vgl. Schweikardt (2005), S. 63 f.; Virchow (1869), S. 51; Virchow (1866), S. 20.

³⁴ Vgl. Virchow (1869), S. 57; vgl. auch Schweikardt (2005), S. 64.

³⁵ Schweikardt (2005), S. 66 f.; zum Verhältnis Virchows zur Religion vgl. Andree (2002), S. 169 ff.

³⁶ Vgl. ausführlich Schweikardt (2005), S. 76 f.

1880 bis 1885 hat Schweikardt durchschnittlich weniger als vier Personen pro Jahr gezählt, die sich in Elberfeld (auf städtische Kosten) oder in Krefeld (auf eigene Kosten) hatten ausbilden lassen wollen.³⁷ Hinzu kam, dass „die gewerbliche Krankenpflege im Gegensatz zu der von Ordensschwestern und Diakonissen nicht anerkannt“ wurde.³⁸ Für Virchow blieb freilich die nichtkonfessionelle Krankenpflegeausbildung ein Ideal. 1898 würdigte er etwa im Abgeordnetenhaus die nichtkonfessionellen „Victoriaschwestern“, die im 1883 gegründeten, und auf „Kaiserin Friedrich“ zurückgehenden Berliner Victoriahause ausgebildet wurden.³⁹

Auf katholischer Seite wurden die Anfangsschwierigkeiten der weltlichen Schwesternausbildung mit Schadenfreude kommentiert. Das „Sonntagsblatt für katholische Christen“ schrieb 1876 beispielsweise:

„Um zu beweisen, daß die Krankenpflege der Ordensschwestern leicht ersetzt werden könne, wurde liberalerseits sofort im Regierungs-Bezirk Düsseldorf eine weltliche Anstalt ins Leben gerufen, in welche weltliche Krankenpflegerinnen ausgebildet werden sollen. Eine heile, ganze Krankenpflegerin hat sich gemeldet. Der Bericht der Düsseldorfer Regierung über diese liberale Schmerzensangelegenheit ist etwas kleinlaut, und Cultusminister Falk hat jetzt an sämtliche Regierungen einen diesbezüglichen Erlass versandt, welcher ebenfalls zwischen den Zeilen läßt, wie wenig er selbst augenblicklich Hoffnung hat, daß bald weltliche Anstalten die Klöster in der Krankenpflege ablösen können.“⁴⁰

Der Paderborner Liboriusbote, ein wahres Kampfblatt, bemerkte 1883:

„Über Krankenpflege läßt sich Herrliches schreiben und raisonnieren, ihr Herren Liberalen, aber selbst mit Aufopferung der Gesundheit und oft des Lebens die Kranken pflegen – das ist etwas anderes. Eine nur des Verdienstes wegen am Krankenbett stehende Pflegerin mag echt liberal sein, aber opferwillig ist sie nicht. Zudem ist uns wohl klar, daß allenfalls sich ein Herr Freimaurer oder Gründer oder irgend ein anderer mit Geld versehener Reichsfreund auch für Geld eine solche Pflegerin verschaffen kann, wenn er krank wird. Allein wie steht es dann mit den Armen, mit dem Arbeiterstande, wo fremde Hülfe in der Krankheit, wenn nicht die ganze Familie verarmen soll, gerade am notwendigsten ist? Oder hört das die liberale Humanität auf?“⁴¹

Kostensparende uneigennützige Nächstenliebe war das Pfund, mit dem die katholische Krankenpflege wucherte. Da sie diese bei weltlichen Institutionen nicht erwartete, sah sie in jenen weit weniger eine ernsthafte Konkurrenz als in anderen religiös motivierten Krankenpflegeorganisationen, etwa der evangelischen Kirche.

³⁷ Vgl. ebd., S. 82.

³⁸ Ebd., S. 82.

³⁹ Vgl. Andree (2002), S. 255 f.

⁴⁰ Archiv der Barmherzigen Schwestern/Clemensschwestern Münster, Chronik der Barmherzigen Schwestern, 14, 1868-1878, 1. Bd. (zusammengestellt 1959), S. 130.

⁴¹ Ebd.

3. Interne Konflikte

Natürlich aber stellte die Krankenpflege trotz des karikativen Grundimpulses einen ganz erheblichen ökonomischen Faktor dar. Die Folge waren bisweilen auch innerkatholische Konkurrenzsituationen. Zur Veranschaulichung mag ein kleines Beispiel reichen. 1909 errichteten die Dominikanerinnen von Arenberg in Elberfeld eine Klinik, „um mit Hilfe der Einnahmen aus derselben unser Heim für Arbeiterinnen, Stellenlose, invalide u. gefährdete Menschen, überhaupt die ganze Fürsorgetätigkeit aufrecht halten zu können“.⁴² Zumindest kurzfristig gelang dieser Kostenausgleich nicht und man sah sich zu einer großen Sonderkollekte veranlasst.⁴³ Als dann noch Gerüchte aufkamen, die Dominikanerinnen wollten ihre Klinik erweitern, reagierte der für das 1857 gegründete katholische St.-Joseph-Hospital Mitverantwortung tragende Elberfelder Pfarrer Neumann in einem Schreiben an das Kölner Generalvikariat ungewöhnlich scharf und stellte das konkurrierende Haus als letztlich überflüssig dar:

„Bereits vor einigen Jahren gab ich dem Bedauern Ausdruck, daß es den hiesigen Dominikanerinnen gestattet worden sei, ein Krankenhaus zu errichten zu derselben Zeit, als das Kuratorium des St. Joseph Hospitals das letztere mit einem Kostenaufwande von 500.000 Mk erweitert hatte. Ein Bedürfnis zu dem Neubau eines Krankenhauses durch die Dominikanerinnen lag nicht vor, da im St. Joseph-Hospitale seit dessen Erweiterung auch in den Tagen der größten Inanspruchnahme noch immer eine stattliche Zahl von Betten frei und zur Verfügung standen. Nichtsdestoweniger besteht nach zuverlässigen Mitteilungen, welche der Vorsteherin des St. Joseph-Hospitals sind zuteil geworden, die Absicht, das Krankenhaus der Dominikanerinnen zu vergrößern.“

Eine entsprechende Genehmigung solle nicht erteilt werden, da man „ohnehin einen schweren Stand angesichts“ der großen städtischen Anstalten, sowie der privaten Krankenhäuser, welche von den Diaconissen u. dem Vaterländischen Frauen-Verein“ geführt werden, „nicht zu reden von den mannigfaltigen Privatkliniken“. Dabei war auch die ungerechte Verteilung betuchter Patienten ein Thema. Wörtlich schreibt Pfarrer Neumann:

„Nur nebenbei sei noch erwähnt, daß die Dominikanerinnen sich hauptsächlich auf die Pflege der besser situierten Kranken – der Kranken I. u. II. Klasse – verlegen u. durch die Wegnahme derselben es dem St.-Joseph-Krankenhaus unmöglich machen, arme Kranke in großer Zahl, wie bisher, unentgeltlich zu verpflegen, wodurch dem Seelsorger die Möglichkeit genommen wird, armen Patienten, die außer der leiblichen Pflege einer besonderen Fürsorge fürs Seelenheil bedürfen, unentgeltlich in einem katholischen Krankenhause unterzubringen und dadurch deren unsterbliche Seele vor dem ewigen Untergang zu bewahren.“⁴⁴

⁴² HAEK Köln, GVA überhaupt, Elberfeld überhaupt, 10, St. Marienheim, Schwester M. Theresia/Elberfeld an Generalvikariat, 23.12.1910.

⁴³ Ebd.

⁴⁴ Ebd., Pfarrer Neumann/Elberfeld an Generalvikariat, 20.09.1912.

Neumann unterstellte den Dominikanerinnen also nicht weniger als zumindest unwissentlich durch ihr Verhalten dem Teufel zuzuarbeiten. Ökonomische und seelsorgliche Aspekte blieben eng miteinander verknüpft. Indes konnte das Generalvikariat Neumann besänftigen. Aus finanziellen Gründen war an einen Ausbau der Dominikanerinnenklinik nicht zu denken.⁴⁵

Bereits dieser erste Blick in die Quellen, der noch der Ergänzung detaillierter und quantitativer Analyse bedarf, offenbart, dass trotz aller aus heutiger Perspektive bisweilen engstirnig erscheinenden Eifersüchteleien der Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Trägern dem Gesundheitssystem sicher nicht schadete. Das, was man heute Profilierung zu nennen pflegt, wurde befördert. Dies gilt auch, wie andere Quellenbestände zeigen, für den engsten Bereich der medizinischen Versorgung, wenn sich – etwa auf dem Gebiet der Hygiene – ein Wettbewerb entwickelte.

Literatur

1. Andree (2002): Christian Andree, Rudolf Virchow, Leben und Ethos einen großen Arztes, München 2002.
2. Gatz (1971): Erwin Gatz, Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert, Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preußischen Provinzen Rheinland und Westfalen, Paderborn u. a. 1971.
3. Goschler (2003): Constantin Goschler, Rudolf Virchow. Mediziner – Anthropologe – Politiker, Köln u. a. 2003.
4. Höpfner (1992): Hans-Paul Höpfner, Bonner Krankenhausgeschichte, 175 Jahre Universitätskliniken, Bonn 1992.
5. McLeod (1996): Hugh McLeod, Piety and Poverty. Working-Class Religion in Berlin, London and New York 1870-1914 (= Europe Past and Present Series, o. Bd.), New York, London 1996.
6. Owzar (2006): Armin Owzar, „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“, Konfliktmanagement im Alltag des wilhelminischen Obrigkeitsstaates (= Historische Kulturwissenschaft, 8), Konstanz 2006.
7. Schatz (1986): Klaus Schatz, Zwischen Säkularisation und Zweitem Vatikanum, Der Weg des deutschen Katholizismus im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M. 1986.
8. Schweikardt (2005): Christoph Johannes Schweikardt, Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik, Habil. Bochum 2005.

⁴⁵ Ebd., Randbemerkung Kapitularvikar an Neumann, 20.09.1912.

9. Virchow (1866): Rudolf Virchow, Ueber Hospitäler und Lazarette (Vortrag, gehalten im December 1866 im Saale des Berliner Handwerker-Vereins), in: Rudolf Virchow, Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre, 2 Bde., Berlin 1879, Bd. 2, S. 6-22.
10. Virchow (1869): Rudolf Virchow, Die berufsmäßige Ausbildung der Krankenpflege, auch ausserhalb der kirchlichen Organisationen (Rede, gehalten am 6. Nov. 1869 in der Conferenz der Frauenvereine zu Berlin), in: Rudolf Virchow, Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre, 2 Bde., Berlin 1879, Bd. 2, S. 47-56.

Die Einführung von Diakonissen am Deutschen Hospital der Stadt Philadelphia im Jahr 1884: ein entscheidender Schritt zu einer neuen Identität des Krankenhauses

Christoph Schweikardt

1. Einleitung¹

Das Deutsche Hospital der Stadt Philadelphia wurde 1860 von dortigen Bürgern gegründet, damit deutsche Einwanderer, die nur wenig oder kein Englisch sprachen, in ihrer Muttersprache im Krankenhaus versorgt werden konnten.² Die Neuausrichtung des Krankenhauses hin zur lutherischen Kirche wurde in den 1880er Jahren vom Mäzen des Krankenhauses, dem aus Deutschland eingewanderten Geschäftsmann John D. Lankenau (1817-1901), und seinen Mitstreitern im Verwaltungsrat des Deutschen Hospitals durchgesetzt. Die Einführung von Diakonissen aus Deutschland im Jahr 1884 zur Übernahme der Krankenpflege und der organisatorischen Leitung des Deutschen Hospitals war hierbei ein Kernelement.

Der vorliegende Beitrag befasst sich, ausgehend von der lutherischen Diakonissenbewegung in den USA,³ mit der Ankunft der Diakonissen in Philadelphia, der Vorgeschichte und den Folgen für das Deutsche Hospital. Hierbei konnte auf Jahresberichte, Jubiläumsbroschüren, Erinnerungen, Briefe und Sitzungsprotokolle der *Barbara Bates Collection der University of Pennsylvania School of Nursing* in Philadelphia, des *Lankenau Hospital Archive Center* in Wynnewood, Pa., des *Archivs der Evangelical Lutheran Church in America* in Elk Grove, Illinois, und des *Archivs der Fliedner-Kulturstiftung* in Düsseldorf-Kaiserswerth zurückgegriffen werden.

¹ Hier handelt es sich um Ergebnisse von Forschungen, die ich während meines Alice Fisher Society Summer Fellowship 2007 am Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing, University of Pennsylvania, Philadelphia, durchgeführt habe. Eine umfassendere Darstellung erscheint in der Zeitschrift *Nursing History Review*. Mein Dank gilt Professor Patricia D'Antonio, Dr. Friederike Baer, Archivar Götz Bettge, Archivarin Annett Büttner, M.A., Professor Bonnie Dorwart, Professor Julie Fairman, Kurator Gail Farr, Dr. Norbert Friedrich, Dr. Susanne Kreutzer, Archivarin Catherine Lundeen, Professor Joan Lynaugh, Archivarin Tanja Marschall, Archivarin Nancy Miller, Dr. Otto Plassmann, Archivar John Peterson, Dr. Robert Lamparter, Professor Heinz Rodegra, Schwester Marilyn Stauffer, Professor Barbra Mann Wall, Professor Jean Whelan und Doktorandin Lisa Zerull sowie dem Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing, University of Pennsylvania, Philadelphia, für das Alice Fisher Society Summer Fellowship 2007, das diese Forschungen ermöglicht hat.

² Frese (1891), S. 3.

³ Zur lutherischen Diakonissenbewegung in den USA vgl. Doyle (1929a), zu Diakonissenmutterhäusern anderer evangelischer Gemeinschaften vgl. Doyle (1929b und 1929c).

2. Zur Diakonissenbewegung in den USA

Nach ihrer Gründung durch Pastor Theodor Fliedner (1800-1864) in Kaiserswerth bei Düsseldorf im Jahr 1836 breitete sich die Frauendiakonie – wie die katholischen Frauenkongregationen – über Deutschland aus.

Im Jahr 1849 erreichte die Diakonissenbewegung die Vereinigten Staaten. William Alfred Passavant (1821-1894),⁴ ein amerikanischer lutherischer Geistlicher, der sein Leben in den Dienst der Gründung und Verwaltung evangelischer Wohltätigkeitsorganisationen stellte, führte Diakonissen aus Kaiserswerth in Pittsburgh ein. Er hatte allerdings nur sehr begrenzten Erfolg. Zwischen 1849 und 1891 taten nur etwa zwölf eingeseignete Diakonissen in Pittsburgh Dienst, und von diesen gehörte die Hälfte noch zum Kaiserswerther Mutterhaus.⁵

In den letzten beiden Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts hatte die Diakonissenbewegung in den USA mehr Erfolg. Bis 1899 waren sieben lutherische Diakonissenmutterhäuser errichtet worden, und zwar in Philadelphia, Brooklyn, Omaha, Minneapolis, Milwaukee, Baltimore und Chicago.

In Philadelphia erfolgte die Einführung der Diakonissen 1884 mit dem ausdrücklichen Zweck, die Krankenpflege am dortigen Deutschen Hospital zu übernehmen. Zwei Jahre später wurde das zugehörige Diakonissenmutterhaus gegründet. Es wurde bald zum größten Diakonissenmutterhaus in den Vereinigten Staaten und spielte eine führende Rolle in der amerikanischen Diakonissenbewegung.⁶ Die ersten Diakonissen der Mutterhäuser in Omaha und Baltimore wurden in Philadelphia ausgebildet.⁷ Seine größte Zahl an Schwestern erreichte das Diakonissenmutterhaus in Philadelphia mit 127 im Jahr 1936.⁸

3. Die Krankenpflege am Deutschen Hospital vor der Ankunft der Diakonissen

Im Deutschen Hospital oblag die Krankenhausverwaltung zunächst einem Verwalter bzw. einer Hausmutter. Ab 1878 beschäftigte das Krankenhaus Verwalterehepaare.⁹ Charles S. Turnbull, der in diesem Jahr dem *Medical Board* angehörte,¹⁰ erinnerte sich lebhaft an die damaligen Zustände in der Krankenpflege:

„Frau Salm, die Ehefrau des Verwalters ... sorgte für das Pflegepersonal. Dieses stellte sie von draußen an, oder sie rekrutierte es von der Krankenstation, als kurz zuvor angekommene Importe genasen. Diese deutschen Immigranten wurden übrigens in der Regel hervorragende Pflegekräfte und Diener, aber das war

⁴ Zu Passavants Bedeutung siehe z. B. Fischer (1997).

⁵ Weiser (1962), S. 56.

⁶ Nelson (2001), S. 138.

⁷ Lehfeldt (1938), S. 35.

⁸ Weiser (1999), S. 431. Weiser listet die Namen der Mutterhäuser und die Gesamtzahl der Diakonissen (eingeseignete Diakonissen und Probeschwestern) für 1899 und 1940 auf, außerdem das Jahr, in dem die maximale Anzahl an Diakonissen erreicht wurde, mit der entsprechenden Zahl an Diakonissen.

⁹ Frese (1891), S. 36.

¹⁰ Frese (1891), S. 35.

vor der Zeit einer besonderen Ausbildung, und zu einer Zeit, als Asepsis und Antisepsis unbekannte Größen waren. Viele Unzulänglichkeiten gab es auf Seiten des Mietlings, der aus der Not heraus angestellt worden war, und heute können wir lediglich annehmen, dass es – im Hinblick auf die Patienten – sich um das ‚Überleben der Widerstandsfähigsten‘ handelte.“¹¹

Pastor Adolph Spaeth (1839-1910), lutherischer Pastor an der St. Johanneskirche und Professor am Philadelphia Seminary,¹² erinnerte sich an eine kalte und distanzierte Beziehung zwischen Kirche und Krankenhaus. Ihm selbst war, als er zur Seelsorge für kranke oder sterbende Patienten außerhalb der Besuchszeiten das Hospital betreten wollte, der Zugang verweigert worden.¹³ Rückblickend stellte er als Hauptproblem des Krankenhauses heraus, dass in der Regel anstatt kompetenter und zuverlässiger Wärter nur „schiffbrüchige Existenzen“ als Lückenbüßer am Krankenbett angeheuert worden waren.¹⁴

John D. Lankenau und seine Mitstreiter waren entschlossen, die Zustände in der Pflege am Deutschen Hospital zu ändern. Lankenau hatte dabei eine Schlüsselstellung inne. Er wurde charakterisiert als „vielleicht der bedeutendste lutherische Nichttheologe im Amerika des 19. Jahrhunderts“.¹⁵ Er wurde 1817 in Bremen geboren und kam 1836 nach Philadelphia. Als wohlhabender Geschäftsmann heiratete er Mary J. Drexel, die einer reichen, erfolgreichen katholischen im Finanzwesen tätigen Unternehmerfamilie angehörte. Lankenau wurde 1866 in den Verwaltungsrat (*Board of Trustees*) des Deutschen Hospitals gewählt und amtierte als dessen Präsident von 1869 bis zu seinem Tod im Jahr 1901. Er finanzierte in den 1880er Jahren zum großen Teil den Ausbau des Krankenhauses.

Pastor Spaeth zufolge hatte Lankenaus katholischer Schwager diesen ermutigt, das Deutsche Hospital in den Einflussbereich der evangelischen Kirche zu lenken.¹⁶ Lankenaus Schwester, die in Bremen lebte, empfahl, Diakonissen aus Deutschland einzuführen.¹⁷ Wahrscheinlich kam Lankenau zu der Schlussfolgerung, dass die innere Verwaltung des Krankenhauses von Diakonissen übernommen werden sollte und dass dies vorbereitet werden musste. Änderungen des Freibriefs¹⁸ des Krankenhauses sollten

¹¹ Turnbull (1906), S. 164: „Mrs. Salm, the Warden’s wife ... looked after the nurses; these she hired from outside, or recruited from the ward as recent importations convalesced. These German immigrants by the way, usually made excellens [sic] nurses and servants, but this was before the days of Special Education, and at a time when asepsis and antisepsis were unknown quantities. Many were the shortcomings on the part of the hiring, necessarily employed, and now we can only suppose it to have been – for the patients – the ‚survival of the fittest‘“.

¹² Weiser (1960), S. 50.

¹³ Spaeth (1908), S. 5 f.

¹⁴ Spaeth (1908), S. 7.

¹⁵ ELCA (2008).

¹⁶ Spaeth (1908), S. 8. Vgl. auch die in die gleiche Richtung weisende Erinnerung von Gustave A. Schwarz in Mary J. Drexel Home (1924), S. 8.

¹⁷ Müller (1906b), S. 41.

¹⁸ Im Freibrief (Charter) des Deutschen Hospitals der Stadt Philadelphia waren der Zweck der Körperschaft und seine Leitung durch den Verwaltungsrat (Board of Trustees) festgeschrieben. Für Details wurde auf die Nebengesetze (by-laws) verwiesen.

lutherischen Pastoren ein Mitspracherecht im Verwaltungsrat des Krankenhauses geben.¹⁹ So machte sich eine Gruppe von kirchennahen Männern, darunter Lankenau, der deutsche Honorarkonsul Charles H. Meyer (gest. 1898)²⁰, andere Verwaltungsräte des Krankenhauses und Pastoren, daran, das Krankenhaus in eine enge Verbindung mit der lutherischen Kirche zu führen.²¹

4. Die Schaffung von Voraussetzungen für die Diakonissenkrankenpflege: neue Sitzverteilung im Verwaltungsrat und Suche nach Diakonissen in Deutschland

Im Jahr 1880 bat Meyer Pastor Spaeth, sich in den Verwaltungsrat wählen zu lassen. Spaeth akzeptierte nach einiger Bedenkzeit und erhielt das Amt im folgenden Jahr.²² Damit war ein Anfang gemacht. Lankenau initiierte dann weiterreichende Änderungen für den Freibrief von 1882. Drei der 16 Sitze im Verwaltungsrat sollten von Geistlichen besetzt werden, die vom *Evangelical Lutheran Ministerium of Pennsylvania and Adjacent States* anerkannt waren. Außer Spaeth wurden Dr. William Julius Mann (1819-1892), Pastor der Zionskirche und ebenfalls Professor am *Philadelphia Seminary*, sowie Frederick Wischan, Pastor der St. Pauluskirche in Philadelphia, in den Verwaltungsrat gewählt.²³

Bei ihrer Suche nach Diakonissen in Deutschland konnten Lankenau und Meyer allerdings keine Schwestern eines etablierten Diakonissenmutterhauses gewinnen. Schließlich wies Pastor Carl Wilhelm Theodor Ninck (1834-1887)²⁴ vom Hamburger Diakonissenmutterhaus sie auf eine kleine unabhängige Diakonissengemeinschaft in Iserlohn hin, die dort das städtische Hospital leitete.

Im Sommer 1883 erwogen die Diakonissen Meyers Ersuchen, nach Philadelphia zu kommen. Offensichtlich hatte Oberin Marie Krueger (1826-1887) Bedenken im Hinblick auf ihre zukünftige Position am Deutschen Hospital geäußert. In der Iserlochner Hausordnung von 1872 war die Verantwortung der Oberin für die innere Verwaltung des Hospitals festgelegt.²⁵ So versprach Lankenau Marie Krueger in seinem Schreiben vom 29. Oktober 1883, dass ihr die gesamte Leitung des Deutschen Hospitals übertragen würde, vorausgesetzt, sie sei in vollem Umfang dazu fähig, dieses schwere Amt in allen seinen Facetten und mit all seinen Anforderungen kompetent auszufüllen.²⁶ Er erklärte, dass der Verwalter und seine Frau ehrbare Arbeit leisteten. Sie täten dies entsprechend ihren Fähigkeiten, die aber begrenzt seien. Diese Grenzen seien so offensichtlich, dass der Verwalter bereits sein Amt niedergelegt habe und nur

¹⁹ Miller (1906b), S. 41, legt diese Interpretation nahe.

²⁰ Miller (1906b), S. 63.

²¹ Weiser (1960), S. 50.

²² Spaeth (1908), S. 5 f.

²³ Weiser (1960), S. 50 f.

²⁴ Zu Ninck siehe Voigt (2005).

²⁵ Hausordnung (1872), S. 3.

²⁶ Lankenau an Krueger (29.10.1883), S. 1.

aus Rücksicht auf Lankenau und die Institution noch bleibe, bis die Schwestern die Verwaltung übernehmen würden.²⁷

Schließlich erklärten sieben Schwestern, Marie Krueger, Magdalene von Bracht, Wilhelmine Dittmann, Alma Kohlmann, Marianne Kraetzer, Pauline Loeschman und Friedericke Wurzler, sich dazu bereit, nach Philadelphia zu kommen. Meyer, der Iserlohn im April 1884 besuchte, versprach ihnen freie Heimreise für den Fall, dass sie das Klima nicht vertragen sollten, und außerdem eine Ferienreise nach Deutschland nach fünf Jahren.²⁸

5. Die Auseinandersetzung mit dem *Medical Board*

Die sieben Schwestern kamen im Juni 1884 in Philadelphia an und machten sich daran, die Pflege im Krankenhaus zu übernehmen. Nach den Erinnerungen Magdalene von Brachts waren 27 Patienten im Krankenhaus, als die Schwestern ankamen. Auf den Männerstationen taten zwei Wärter Dienst, auf den Frauenstationen eine Wärterin. Die großen Krankenstationen waren im Rohbau fertig, aber noch nicht gestrichen. Schwester Marie übernahm die Verwaltung, Schwester Marianne Küche und Haushalt, Schwester Wilhelmine und Schwester Friedericke Operationen und männliche Patienten, Schwester Magdalene und Schwester Alma die Frauenstation. Schwester Pauline, als Kindergärtnerin ausgebildet, half überall. Schwester Pauline war nach einigen Wochen unzufrieden und schied aus dem Verband aus. Schwester Friedericke war häufig krank und kehrte nach einem Jahr nach Deutschland zurück.²⁹

Schwester Magdalene erinnert sich, dass die erste Zeit sehr schwer gewesen sei. Man habe keine Ahnung gehabt, wie Pflege von Diakonissen ausgeübt wurde. Sie lasen bei ihren Kranken jeden Morgen eine deutsche Andacht. Schwester Marie habe viele Änderungen durchgefochten. An Dr. Spaeth habe sie eine gute Hilfe gehabt.³⁰ Der Jahresbericht für 1884 würdigte die Diakonissen mit den Worten:

„Obgleich ermüdet von der Reise und ungewohnt des sehr heißen Wetters, fanden sie doch schon am folgenden Tage volle Beschäftigung in dem ihnen noch ganz fremden Haushalt, und in sehr kurzer Zeit hatten sie die Routine der ganzen Hausordnung inne. Mit welchem unermüdlichem Eifer sie immerwährend ihre Sorge für die Kranken und den Haushalt fortgesetzt haben, können nur diejenigen würdigen, die selbst Augenzeugen ihres regen gottesfürchtigen Eifers sind. [...] Da durch dieses ganz veränderte System in der Verwaltung des Deutschen Hospitals die Stellung eines Verwalters und einer Matrone entbehrlich geworden waren, so wurde es nothwendig, Herrn Richard D. Naumann und

²⁷ Lankenau an Krueger (29.10.1883), S. 2.

²⁸ Reminiscences Magdalene von Bracht (o. J.), S. 1 f.

²⁹ Reminiscences Magdalene von Bracht (o. J.), S. 5-7. Spaeth (1908), S. 10 f., zufolge verließ eine der Schwestern die Diakonissen nach einer Woche.

³⁰ Reminiscences Magdalene von Bracht (o. J.), S. 7 f.

Frau, welche dem Hospital bis dahin in dieser Eigenschaft nach besten Kräften gedient hatten, auf ehrenvolle Weise zu entlassen.“³¹

Nach der Ankunft der Diakonissen zogen sich Konflikte mit dem *Medical Board* bis 1886 hin. In den frühen 1880er Jahren bestand das *Medical Board* aus neun Ärzten: vier Internisten, vier Chirurgen, und einem Spezialisten für Augen und Ohren.³² Diese Männer kamen als *Visiting Physicians* ins Krankenhaus³³ und überwachten die „Hausärzte“ genannten jungen Ärzte, die im Krankenhaus nach ihrem Medizinstudium praktische Erfahrung erwerben wollten.³⁴ Assistenzärzte arbeiteten in der Arzneimittelausgabe bzw. Poliklinik der Chirurgischen Klinik, der Medizinischen Klinik, der Gynäkologischen Klinik und der Klinik für Augen- und Ohrenkrankheiten.³⁵

In diesem Zusammenhang ist der institutionelle Rahmen, der geschaffen wurde, um die Diakonissensache zu unterstützen, von besonderem Interesse. Bei einem Treffen des Verwaltungsrats – wahrscheinlich im Juni oder Anfang Juli 1885³⁶ – stellte Pastor Spaeth den Antrag, ein Diakonissenkomitee für die Angelegenheiten der Diakonissen am Deutschen Hospital zu ernennen.³⁷ Das Diakonissenkomitee wurde am 18. Juli 1885 gegründet. Acht der 16 Mitglieder des Verwaltungsrats waren Mitglied: Lankenau und Meyer, die drei Pastoren Spaeth, Mann und Wischan sowie John C. File, J. Henry Tilge und Gustave A. Schwarz. Diese Mitglieder waren diejenigen aus dem Verwaltungsrat, bei denen am ehesten Verständnis und Sympathie für die Diakonissensache zu erwarten war.³⁸ Bei der ersten Sitzung wurde die Oberin einstimmig zum Mitglied des Diakonissenkomitees gewählt.³⁹

Veränderungen mussten gegen den Widerstand derjenigen Verwaltungsratsmitglieder und Ärzte durchgesetzt werden, die Lankenaus Pläne nicht guthießen. Spaeth nannte das Diakonissenkomitee einen „Staat im Staate“. Das Komitee traf sich jeweils kurz vor den Sitzungen des Verwaltungsrats und bereitete die Strategie der kirchlich gesinnten Fraktion vor.⁴⁰ Auf der dritten Sitzung am 29. August 1885 wurde Lankenau zum Vorsitzenden des Diakonissenkomitees gewählt,⁴¹ wo er auch das Amt des Schatz-

³¹ Fünfundzwanzigster Jahresbericht 1884 (1885), Fünfundzwanzigster Jahresbericht des Verwaltungsraths des Deutschen Hospitals in Philadelphia, S. 4-8, hier S. 5 f.

³² Vierundzwanzigster Jahresbericht 1883 (1884), S. 5. Fünfundzwanzigster Jahresbericht 1884 (1885), S. 3.

³³ Vierundzwanzigster Jahresbericht 1883 (1884), S. 9.

³⁴ Vgl. Vierundzwanzigster Jahresbericht 1883 (1884), S. 5, und Fünfundzwanzigster Jahresbericht 1884 (1885), S. 3. Dort sind die Namen von zwei bzw. drei Hausärzten angegeben.

³⁵ Im Jahr 1883 arbeiteten vier sogenannte „Primärassistenten“ in den vier Kliniken. Vierundzwanzigster Jahresbericht 1883 (1884), S. 25. Frese (1891), S. 11, beschreibt nach der Einführung der Diakonissen vorgenommene Veränderungen.

³⁶ Miller (1906b), S. 44, gibt Februar 1885 als Zeitpunkt an, an dem die Mitglieder des Diakonissenkomitees benannt wurden. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass die Mitglieder Monate mit der formellen Gründung des Diakonissenkomitees gewartet hätten.

³⁷ Spaeth (1908), S. 12.

³⁸ Spaeth (1908), S. 12.

³⁹ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 1, Sitzung vom 18.07.1885.

⁴⁰ Spaeth (1908), S. 12 f.

⁴¹ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 4, Sitzung vom 29.08.1885.

meisters innehatte.⁴² Von Anbeginn verfolgte das Diakonissenkomitee die Gründung eines Mutterhauses nach dem Modell von Kaiserswerth.⁴³ Es bildete damit den Vorgänger des Verwaltungsrats des *Mary J. Drexel Home and Philadelphia Motherhouse of Deaconesses*.⁴⁴ Nach der Verleihung der Korporationsrechte hatte Lankenau auch das Amt des Präsidenten dieses Verwaltungsrats inne.

Am 31. Oktober 1885 beauftragte das Diakonissenkomitee Meyer, einen Plan für die Reorganisation des *Medical Board* vorzulegen: Nur Ärzte, die vorab völliges Einverständnis mit der Leitung des Krankenhauses durch die Diakonissen erklärten, sollten für den Dienst im Krankenhaus gewählt werden.⁴⁵ Meyer legte dieses Prinzip in einem Entwurf für ein Schreiben, das später vom Verwaltungsrat des Krankenhauses an das *Medical Board* gesandt wurde, ausdrücklich fest. Um als Mitglied des *Medical Board* zu amtieren, hatten die Ärzte eine schriftliche Erklärung vorzulegen, aus der ihre Bereitschaft hervorging, sich folgenden Regeln zu unterwerfen:

„Die Oberin muß als die geschäftsführende Leiterin von Hospital und Haushalt angesehen werden. Alle Aufnahmen und Entlassungen, oder auch die Erlaubnis zeitweiser Abwesenheit muß durch ihre Hände gehen, erwünschte Verlegungen von Patienten müssen von ihr angeordnet werden, Anschaffungen jeder Art müssen von ihr autorisiert werden; von daher ist es sehr erwünscht, daß das ärztliche Personal Empfehlungen der Aufnahme von Patienten, Beschwerden oder Beobachtungen jeder Art direkt an sie richten. ... Die gegenwärtigen Regeln und Vorschriften treten in allen Bereichen außer Kraft, wenn sie in Konflikt mit den obigen Regeln kommen.“⁴⁶

Kurzum, die *Visiting Physicians* standen vor der Wahl, sich den zugunsten der Oberin aufgestellten Regeln zu unterwerfen, zurückzutreten oder das Risiko einzugehen, vom Verwaltungsrat 1886 nicht wiedergewählt zu werden.⁴⁷ Das Diakonissenkomitee sah sich gegenüber den Ärzten in der stärkeren Position. Es war davon überzeugt, dass, selbst wenn das gesamte *Medical Board* zurückgetreten wäre, einige der besten Ärzte der Stadt bereit gewesen wären, sie zu ersetzen.⁴⁸

Schritt für Schritt verließen diejenigen Ärzte, die nicht mit den Diakonissen kooperieren wollten, das *Medical Board*.⁴⁹ Andere, die beim Diakonissenkomitee in Ungnade gefallen waren, gingen ebenfalls, und einige aus anderen Gründen. Dem Chirurgen James M. Barton war vorgeworfen worden, dass er zur Mittagszeit seine Besuche

⁴² PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 6, Sitzung vom 26.09.1885.

⁴³ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 1, Sitzung vom 18.07.1885.

⁴⁴ Am 21.11.1885 autorisierte das Diakonissenkomitee Lankenau, die „Incorporatoren“ des zukünftigen *Mary J. Drexel Home and Philadelphia Motherhouse of Deaconesses* zu ernennen. PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 10, S. 12, Sitzung vom 21.11.1885.

⁴⁵ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 9, Sitzung vom 31.10.1885.

⁴⁶ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 17. Dem Protokoll der Sitzung am 20.02.1886 zufolge war das Schreiben auf den 14.12.1885 datiert. Siehe PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 24.

⁴⁷ Spaeth (1908), S. 13 f.

⁴⁸ Spaeth (1908), S. 14. Siehe auch die Sitzung des Diakonissenkomitees vom 19.12.1885, S. 14 f.

⁴⁹ Spaeth (1908), S. 14: „So wurde denn allmählig unser medizinisches Kollegium von allen den Elementen gesäubert, die sich feindlich und unverbesserlich unsern Diakonissen entgegensetzten.“

machte und ekelerregende Wunden öffnete, so dass nicht nur der Patient selbst, sondern auch alle anderen den Appetit verloren.⁵⁰ Er gab sein Amt mit der Begründung auf, es sei für ihn nicht möglich, seine Besuche zwischen 9 und 11 Uhr morgens zu machen.⁵¹ Frank Woodbury, der als hartnäckiger Gegner der Diakonissen galt,⁵² verließ das *Medical Board* 1886. Marcus Franklin, *Visiting Surgeon* seit 1874⁵³ und in vieler Hinsicht beim Diakonissenkomitee unbeliebt, ging ebenfalls 1886,⁵⁴ als seine „ausgedehnte Privatpraxis seine völlige Aufmerksamkeit erforderte.“⁵⁵ J. Solis Cohen, der es als unter seiner Würde empfunden hatte, sich den Forderungen des Verwaltungsrats im Hinblick auf die Diakonissen formell zu unterwerfen, verließ das *Medical Board* 1887. James Collins, der in den Augen des Diakonissenkomitees chirurgische Patienten durch zögerliche, unentschlossene und falsche Behandlung unnötigem Leid ausgesetzt hatte und sie unangemessen lang im Krankenhaus gehalten hatte,⁵⁶ verließ das *Medical Board* ebenfalls im Jahr 1887.

Im Jahr 1885 entschied der Verwaltungsrat, den Posten des Oberhausarztes (*Chief Resident Physician*) zu schaffen.⁵⁷ Zu seinen Aufgaben gehörte, die Verantwortung für die Hausärzte und die Assistenten in den verschiedenen Polikliniken zu übernehmen.⁵⁸ Der kirchlich gesinnten Fraktion des Verwaltungsrats gelang es, den Posten mit Dr. George A. Bodamer, Mitglied der St. Johannesgemeinde, zu besetzen.⁵⁹ Bodamer amtierte als *Chief Resident Physician* bis 1889⁶⁰ und dabei als Verbindungsmann zwischen den Schwestern und den Hausärzten. Bodamer wiederum kannte John B. Deaver (1855-1931) als hervorragenden Chirurgen. Spaeth zollte Bodamer Anerkennung dafür, als erster mit allem Nachdruck auf Deaver aufmerksam gemacht zu haben. Deaver bewarb sich 1885 um den Posten als *Visiting Surgeon* am Deutschen Hospital mit der Perspektive, mit den Diakonissen bei der Versorgung der Krankenhauspatienten zusammenzuarbeiten. Das Diakonissenkomitee stimmte zu. 1886 wurde Deaver als Ersatz für Dr. Marcus Franklin ins *Medical Board* gewählt.⁶¹ Seine Leistungen am Deutschen Hospital machten ihn in den nächsten Jahrzehnten weltberühmt.

Das Deutsche Hospital änderte in der Folge seine Satzung, um die Leitung durch Diakonissen festzuschreiben. Die neue Satzung von 1887 lautete nun:

„Das Hospital soll durch Diaconissen geleitet werden, gemäß den Regeln des Ordens der Diaconissen, wie solche in Deutschland geübt werden, unter Direktion

⁵⁰ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 19, Sitzung vom 23.01.1886.

⁵¹ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 22, Sitzung vom 20.02.1886.

⁵² PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 23, Sitzung vom 20.02.1886.

⁵³ Miller (1906c), S. 94.

⁵⁴ Frese (1891), S. 35. Miller (1906c), S. 94, gibt das Jahr 1885 an.

⁵⁵ Miller (1906c), S. 94.

⁵⁶ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 14, Sitzung vom 19.12.1885.

⁵⁷ Miller (1906d), S. 112, nennt summarisch die Autoritäten des Deutschen Hospitals, wobei der Verwaltungsrat als entscheidungsbefugtes Gremium gemeint sein musste.

⁵⁸ Miller (1906b), S. 47. Nach Turnbull (1908), S. 164, waren unter *dispensaries* Arzneimittelausgabestellen zu verstehen, wo auch die Zubereitung von Arzneien stattfand.

⁵⁹ Spaeth (1908), S. 14.

⁶⁰ Miller (1906d), S. 113.

⁶¹ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 22-23, Sitzung vom 20.02.1886.

einer Oberin. [...] Die Oberin muß respectirt werden als das Oberhaupt des Hospitals und des Haushaltes. Sie hat nachzusehen, daß die Regeln und Verordnungen des Hospitals, sowie die Vorschriften der Aerzte prompt ausgeführt werden. Unter ihrer direkten Leitung stehen alle Diaconissen und Probeschwestern die im Hospital dienen. [...] Die Oberin soll anstellen und entlassen, alle Dienstboten, Wärter und Handwerksleute, die im Hospital nöthig sind. Alle Aufnahmen und Entlassungen von Patienten, alle Erlaubnißscheine für temporäre Abwesenheit, alle Veränderungen der Kranken, von einer Ward oder Zimmer in ein anderes, müssen von ihr autorisirt und vorbereitet werden. [...] Die Oberin soll, kraft ihres Amtes den monatlichen Versammlungen des Board of Trustees und des Diaconissen-Committees beiwohnen, ebenso bei den wöchentlichen Besuchs-Committees, als beratendes Mitglied, und alle Beschlüsse, betreffend die innere Verwaltung des Hospitals, sollen ihr für die weitere Ausführung mitgetheilt werden.“⁶²

6. Der Tod von Oberin Marie Krueger

Nach dem Konflikt mit dem *Medical Board* war der Aufruhr noch nicht vorüber. Im Jahr 1887 verstarb Marie Krueger plötzlich. Ihr Tod wurde einer „Herzlähmung“ zugeschrieben.⁶³ Dem Diaconissenkomitee zufolge hatte sie ein zu heißes Bad genommen, wodurch sie sich schwere Verbrennungen zugezogen hatte. Dies wiederum hatte eine latente vorbestehende Herzerkrankung akut werden lassen.⁶⁴ Als Ursache dafür, dass sie ein zu heißes Bad genommen hatte, hatte das Diaconissenkomitee „Verwirrung der Verstorbenen in Betreff des leidenschaftlichen Opium Genußes“ konstatiert.⁶⁵

Marie Krueger war Schwester des Kaiserswerther Diaconissenmutterhauses gewesen. Kaiserswerther Diaconissen hatten unter anderem die Sorge für arme Kinder in Iserlohn von 1856 bis 1867 innegehabt,⁶⁶ und Marie Krueger hatte zu ihnen gehört. Als das Mutterhaus diese Aufgabe aufgab und die Diaconissen zurückrief, trennte sich Marie Krueger vom Mutterhaus, um das Iserlohner Armen- und Krankenhaus eigenständig zu leiten.⁶⁷

⁶² Freibrief (1887), S. 13, Artikel 19.

⁶³ Meyer an Disselhoff (08.12.1887), S. 1, nennt als Ursache „Herzlähmung“.

⁶⁴ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 74, außerordentliche Sitzung vom 03.12.1887.

⁶⁵ Zwei Zeilen und Teile zweier weiterer Zeilen des Protokolls der außerordentlichen Sitzung vom 03.12.1887 sind getilgt. Allerdings blieb die Abschrift des Schreibens von Pastor Disselhoff an Charles H. Meyer vom 20. Dezember 1887, die dem Sitzungsprotokoll beigelegt wurde, erhalten. Disselhoff schrieb: „Die Nachricht von dem plötzlichen Tode der früheren Diaconissin Marie Krüger, welche Sie, verehrter Herr Consul, mir in Ihrem Schreiben vom 8 ds mittheilen, hat mich um so tiefer ergriffen, als die Wahrheit Ihnen gebot die Verwirrung der Verstorbenen in Betreff des leidenschaftlichen Opium Genußes anzudeuten.“ PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 77, Schreiben von Disselhoff an Charles H. Meyer vom 20.12.1887. Ein Entwurf des Schreibens ist erhalten in den Schwesternakten Marie Kruegers im Archiv der Fliegener-Kulturstiftung.

⁶⁶ Rodegra (1981/1982), S. 187.

⁶⁷ Das erste Iserlohner Adreßbuch, das 1866 veröffentlicht wurde, nennt Marie Krueger als „Diaconissin (Oberin) im Armen- und Krankenhaus“. *Email* von Tanja Marschall, Stadtarchiv Iserlohn, an den Autor vom 09.10.2007. PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 78, Schreiben

Meyer informierte den Vorsteher des Kaiserswerther Mutterhauses, Pastor Julius Disselhoff (1827-1896),⁶⁸ darüber, dass Krueger im Jahr vor ihrem Tod gedrängt worden war, ihr Amt aufzugeben, und dass die Suche nach einer Nachfolgerin in Deutschland bereits begonnen hatte.⁶⁹ In seiner Antwort an Meyer verurteilte Disselhoff Kruegers innere Haltung:

„Wir wissen aus früherer Zeit, daß die Verstorbene eine reich begabte Natur war. Diese Begabung war ihre Verführung. Sie hat wie Sie vielleicht durch Herrn Professor Dr Spaeth wissen, offenbarem Ungehorsam und in selbstsüchtiger Eigensinnigkeit seiner Zeit von unserm Diakonissen-Mutterhause mit Absicht und Bewußtsein sich losgesagt.“⁷⁰

In seinem Schreiben führte er zudem aus, dass sie, bevor sie nach Philadelphia aufgebrochen war, um Verzeihung gebeten und sie von ihm auch erhalten hatte, dass er aber nicht in der Lage gewesen sei, in eine amtliche Verbindung mit ihr zu treten.⁷¹

Offensichtlich fühlte sich Disselhoff noch immer von Krueger verletzt, denn seine Schlussfolgerung lautete:

„Von ganzem Herzen wünsche ich Ihnen, verehrter Herr Consul, daß Sie zur Vorsteherin Ihres jungen Diakonissenhauses eine christliche Jungfrau oder Witwe finden, welche nicht nur die nötige Begabung, sondern vor allen Dingen ungeschminkte Demut und durchsichtige Lauterkeit besitzt. Eine Diakonissin, welche ein Diakonissen Mutterhaus leiten soll, muß vor allen Dingen von der Sohle bis zum Scheitel Diakonissin sein, sonst kann sie keine Diakonissen erziehen.“⁷²

Es war Pastor Spaeth zugefallen, Disselhoff auf einer Reise nach Deutschland im Jahr 1886 zu überzeugen, dass die „vorgekommene Unregelmäßigkeit einer einzelnen Schwester“ nicht der Anerkennung des Mutterhauses in Philadelphia im Weg stehen dürfe.⁷³ Die Kaiserswerther Generalkonferenz nahm Philadelphia 1888, im Jahr nach Kruegers Tod, unter Vorbehalt als Mitglied auf.⁷⁴

Der Verwaltungsrat entschied, das Andenken von Marie Krueger in Ehren zu halten.⁷⁵ Im Jahr 1891 erwähnte Oberhausarzt Carl Frese eine „kurze Erkrankung“ vor

von Julius Disselhoff an Charles H. Meyer vom 20.12.1887 nennt das Jahr 1867. Das Datum Juli 1867 ist genannt in Pflegerinnenbuch (1836-76).

⁶⁸ Zu Julius Disselhoff siehe Bautz (1990).

⁶⁹ Meyer an Disselhoff (08.12.1887).

⁷⁰ PPDm, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 77, Schreiben von Julius Disselhoff an Charles H. Meyer, 20.12.1887.

⁷¹ PPDm, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 77 f. Schreiben von Julius Disselhoff an Charles H. Meyer, 20.12.1887.

⁷² PPDm, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 79. Schreiben von Julius Disselhoff an Charles H. Meyer, 20.12.1887.

⁷³ Spaeth (1908), S. 22.

⁷⁴ Weiser (1960), S. 55.

⁷⁵ PPDm, Diaconissen Comité (1885/1886), S. 74. Außerordentliche Sitzung des Diakonissenkomitees, 03.12.1887.

ihrem Tod zusammen mit ihren großen Verdiensten um die Weiterentwicklung des Krankenhauses, die „dankbar anerkannt“ wurden.⁷⁶

Während Marie Kruegers Rücktritt als Oberin hinter den Kulissen auf der Tagesordnung stand, wurde offensichtlich keine der Diakonissen am Mutterhaus in Philadelphia als geeignet befunden, ihre Nachfolge anzutreten. So wandten sich Lankenau und Meyer erneut nach Deutschland. Bereits zur Zeit von Marie Kruegers Tod hatte sich die Suche nach einer Nachfolgerin auf Wanda von Oertzen konzentriert.⁷⁷ Ein handschriftlicher Lebenslauf aus dem Jahr 1888 ist in ihrer Schwesternakte erhalten. So wissen wir, welche Qualifikationen sie nach Philadelphia mitbrachte.⁷⁸ Wanda von Oertzen war Tochter eines Barons, der im Jahr 1849 verstarb.⁷⁹ Sie arbeitete 13 Jahre lang im Stift Salem mit Diakonissen zusammen, ohne als Diakonisse eingeseignet worden zu sein. Von Oertzen hatte die Freiheit, reisen und ihre Familie besuchen zu können. Ihr älterer Bruder hatte keine Zustimmung zu ihrer Einsegnung gegeben, da er den moralischen Druck auf eingeseignete Diakonissen fürchtete, und weil er voraussah, dass die Zeit kommen würde, dass sie zurückkehren musste, um für ihre Mutter zu sorgen.⁸⁰ Wanda von Oertzen erhielt eine Krankenpflegeausbildung in Kiel in den Sommern 1885 und 1886 unter Friedrich von Esmarch (1823-1908), einem der berühmtesten Chirurgen des 19. Jahrhunderts. Offensichtlich hatte sie einen positiven Eindruck gemacht, denn sie wurde stellvertretende Stationsschwester auf der chirurgischen Station.⁸¹ Pastor Spaeth erhob zunächst gegen ihre Berufung Einspruch. In seinen Augen konnte sie keine reguläre Diakonissenausbildung in einer der anerkannten deutschen Diakonissenmutterhäuser nachweisen. Erst im Februar 1888 erklärte sie sich einverstanden, in das Diakonissenmutterhaus von Pastor Ninck einzutreten, um eine Diakonissenausbildung zu bekommen. Nach einer Ausbildung von weniger als drei Monaten brach sie im Mai 1888 in die Vereinigten Staaten auf.⁸² Spaeth zog seinen Einspruch zurück, nachdem sich ein deutscher Kollege sehr positiv über ihren Charakter und ihre Leistungsfähigkeit ausgesprochen hatte. Mehr als einmal hatte sie später Spaeth entgegnet: „Mir fehlt eben die Diakonissenschulung!“ Spaeth gab allerdings zu:

„Was sie hatte, und was sie in der Geschichte unsres Hauses zu einer für jene Zeit höchst bedeutenden, vielleicht unentbehrlichen Kraft machte, das war ihre vortreffliche Schulung als Krankenpflegerin, die sie unter Esmarch genossen, und die sie befähigte, im Hospital eine Stellung einzunehmen, die auch unsern Aerzten imponirte.“⁸³

Nach Wanda von Oertzens Tod im Jahr 1897 wurden ihre Aufgaben aufgeteilt: Schwester Emilie Schwarz wurde Oberin, und Schwester Magdalene von Bracht, eine

⁷⁶ Frese (1891), S. 10.

⁷⁷ Meyer an Disselhoff (08.12.1887).

⁷⁸ Lebenslauf Wanda von Oertzen (1888).

⁷⁹ Lebenslauf Wanda von Oertzen (1888), I.

⁸⁰ Lebenslauf Wanda von Oertzen (1888), II.

⁸¹ Lebenslauf von Wanda von Oertzen (1888), III.

⁸² Siehe Spaeth (1908), S. 29.

⁸³ Spaeth (1908), S. 29.

der sieben ersten Diakonissen, übernahm die Leitung des Krankenhauses.⁸⁴ Bis 1909⁸⁵ amtierte Magdalene von Bracht als Oberschwester des Deutschen Hospitals, eine Position, welche die Leitung des Krankenhauses wie auch des Pflegepersonals einschloss.⁸⁶ Dies zeigt, dass sich die Leitung des Hospitals durch Diakonissen etablieren konnte und in den 1880er Jahren aus Deutschland geholte Frauen über Jahrzehnte im Deutschen Hospital Leitungsfunktionen ausübten.

7. Schlussbemerkungen

Die Einführung der Diakonissen wurde 1906 als eine der radikalsten Veränderungen charakterisiert, die das Deutsche Hospital bis dahin erfahren hatte.⁸⁷ Die Diakonissen bildeten das Kernelement einer neuen Identität des Deutschen Hospitals, zu dessen Neuausrichtung ein erheblicher Wechsel im ärztlichen Personal wesentlich beitrug. Das Deutsche Hospital profitierte von der Expertise und der Erfahrung der ersten beiden Oberinnen, von Marie Krügers Erfahrung in der Krankenhausleitung wie auch von Wanda von Oertzens Fähigkeiten als chirurgischer Krankenschwester.

In den 1880er Jahren war die Mutterhausdiakonie eine hochgeschätzte und expandierende Institution des protestantischen Deutschlands, in der die Krankenpflege eine ihrer wichtigsten Arbeitsfelder war. Für die führenden Persönlichkeiten des Deutschen Hospitals war es attraktiv, Diakonissen aus Deutschland zu holen. Die mühsame Suche nach Diakonissen in Deutschland in den 1880er Jahren zeigt, wie dünn Diakonissen, die für die Neue Welt rekrutiert werden konnten, gesät waren. Die ersten sieben Diakonissen aus Deutschland waren Mitglieder einer „unabhängigen“⁸⁸ Diakonissengemeinschaft. Da Diakonissen außerhalb der traditionellen Mutterhausstrukturen in Deutschland eine seltene Ausnahme waren, zeigt dies, dass die Rekrutierung für Leitungspositionen des Mutterhauses in Philadelphia in der Anfangszeit nur außerhalb der etablierten deutschen Mutterhausstrukturen gelang.

Die Einführung der Diakonissen in Philadelphia wurde durch eine außergewöhnliche institutionelle und personelle Konstellation ermöglicht. Lankenaus Reichtum, seine Großzügigkeit als Mäzen des Deutschen Hospitals ebenso wie seine unbeirrte Unterstützung der Diakonissensache bis zu seinem Tod im Jahr 1901 waren ein entscheidender Faktor für die zukünftige Ausrichtung des Deutschen Hospitals.

Lankenaus Einsatz für die Diakonissen zusammen mit der Tatsache, dass er den Verwaltungsrat des Deutschen Hospitals, dessen Diakonissenkomitee und später den Verwaltungsrat des Diakonissenmutterhauses leitete, führte dazu, dass die Oberin eine starke Position innehatte – viel stärker, als von einer Oberin in Deutschland erwartet werden konnte. Lankenaus Schreiben aus dem Jahr 1883 zeigt, dass er als Person bereits vor ihrer Ankunft in den Vereinigten Staaten eine weitreichende Verpflichtung ge-

⁸⁴ Weiser (1960), S. 62.

⁸⁵ Weiser (1960), S. 73, gibt das Jahr 1908. Die Leichenpredigt von Januar 1942 nennt dagegen das Jahr 1909. Funeral Sermon (Jan. 1942), S. 3.

⁸⁶ West (1939), S. 446.

⁸⁷ Miller (1906b), S. 41.

⁸⁸ Mary J. Drexel Home (1924), S. 8.

genüber Marie Krueger eingegangen war, was ihre zukünftige Stellung als Oberin am Deutschen Hospital betraf. Er und das Deutsche Hospital ermöglichten Frauen eine Karriere als Oberinnen, die, zumindest in den Augen der zuständigen Pastoren, kontroverse Persönlichkeiten waren.

Es ist wahrscheinlich, wenn auch nicht leicht zu beweisen, dass das persönliche Band zwischen Lankenau und „seinen“ Diakonissen – ein Band durch gemeinsamen Glauben, gegenseitiges Vertrauen und einer gegenseitigen Verpflichtung – für deren Erfolg besonders wichtig war.⁸⁹ Eine Vertrauensbasis musste aufgebaut werden, damit die Frauen Deutschland verließen, um in die Vereinigten Staaten zu kommen und dort zu arbeiten.⁹⁰ So lassen sich die Anfänge gegenseitigen Vertrauens und gegenseitiger Verpflichtung bereits auf die Entscheidungsfindung in Deutschland zurückführen.

Ein weiterer Grund ist das Selbstverständnis des Diakonissenkomitees, in dem Lankenau und die lutherischen Pastoren des Verwaltungsrats Mitglieder waren. Das Diakonissenkomitee sah sich als die Basis für das Diakonissenprojekt in den Vereinigten Staaten.⁹¹ Dies bedeutete hohen Einsatz für ihre Mission, gerade gegenüber Widersachern, die ihre Vision nicht teilten.

Im Jahr 1917 wurde das Deutsche Hospital in „Lankenau Hospital“ umbenannt. Ein wichtiger Beweggrund war die antideutsche Stimmung in den USA, als die Vereinigten Staaten in den 1. Weltkrieg eintraten.⁹² Auf dasselbe Jahr fiel Lankenaus 100. Geburtstag, was einen willkommenen Anlass für die Namensänderung bot. In den 1950er Jahren zog das Lankenau Hospital nach Wynnewood in den Vorstadtgürtel Philadelphias.⁹³ Bis heute ehrt das Krankenhaus seine ersten Diakonissen: Zwischen den Porträts der „Führer der Vergangenheit“ John Lankenau and John Deaver, wird links vom Haupteingang ein Bild der ersten sieben Diakonissen gezeigt.

Quellen und Literatur

Ungedruckte Quellen

1. Funeral Sermon (Jan. 1942): Archives of the Evangelical Lutheran Church in America Archives, Elk Grove, Illinois (im Folgenden zitiert als ELCA Archives), ELCA 127/6/1, Deaconess Community of the ELCA, Personnel, Deceased Per-

⁸⁹ Hier bin ich Bonnie Dorwart, Marilyn Stauffer und Lisa Zerull für ihre in der *Email*-Korrespondenz im April 2008 vertretenen Standpunkte dankbar.

⁹⁰ *Email* von Lisa Zerull an den Autor, 07.04.2008.

⁹¹ PPDM, Diakonissen Comité (1885/1886), S. 2, Sitzung vom 18.07.1885: „Es wird hervor gehoben, daß unser Diakonissen Comité die Basis für die Entwicklung des Diaconissenwerkes in Amerika bilden muß.“

⁹² In den Sitzungsprotokollen des Verwaltungsrats des Deutschen Hospitals von 1917 nennt der Resolutionsentwurf vom 18.06.1917 als eines der Motive für die Namensänderung zu „The Lankenau Hospital“, dass trotz der Loyalität des gesamten Personals das Krankenhaus wegen seines Namens daran gehindert werden könne, seine Pflichten zu erfüllen. In der am 26.06.1917 angenommenen Resolution ist diese Passage nicht mehr erhalten. German/Lankenau Hospital, Minutes of the Board of Trustees (1917), Sitzungsprotokolle vom 18.06.1917 und 26.06.1917.

⁹³ LIMR (2008). Siehe auch Lankenau Hospital (2008).

- sonnel Files (im Folgenden zitiert als DPF) 1884-2003, Van – Wagner, L. Box 29, Folder: Von Bracht, Magdalene, 1850-1941, Funeral Sermon „He Leadeth Me“.
2. German/Lankenau Hospital, Minutes of the Board of Trustees (1917): Lankenau Hospital Archive Center (LHAC), German/Lankenau Hospital, Minutes of the Board of Trustees, 1916-1917, meetings 18.06.1917, 26.06.1917.
 3. Hausordnung (1872): ELCA Archives, ELCA 127/6/1, Deaconess Community of the ELCA, Personnel, DPF, 1884-2003, Van – Wagner, L. Box 29, Folder: Von Bracht, Magdalene, 1850-1941, Hausordnung und Dienstanweisung für die Diakonissen und Probeschwestern im städtischen Armen- und Krankenhause zu Iserlohn.
 4. Lankenau an Krueger (29.10.1883): ELCA Archives, PA 213/1 Personal Papers John Diederich Lankenau (1817-1901), Box 1 of 16; folder 24: JDL Business Correspondence, John D. Lankenau to Oberin Marie Krueger – Offering Deaconess work, Schreiben von John D. Lankenau an Marie Krueger, 29.10.1883.
 5. Lebenslauf Wanda von Oertzen (1888): ELCA Archives, ELCA 127/6/1, Deaconess Community of the ELCA, Personnel, DPF, 1884-2003, Van – Wagner, L. Box 29, Folder: Wanda von Oertzen. Biographical information, death notices, funeral sermon, program. Correspondence re: Sister von Oertzen, n. d., 1888, 1897, 1954, Lebenslauf von Wanda von Oertzen aus dem Hause Roggow, 19.03.1888.
 6. Meyer an Disselhoff (08.12.1887): Archiv der Fliedner-Kulturstiftung Düsseldorf-Kaiserswerth, AKD 329, Philadelphia, Diakonissen-Mutterhaus 1880-1894 (AKD 329 PDM). Schreiben von Charles H. Meyer an Julius Disselhoff, 08.12.1887.
 7. Pflegerinnenbuch (1836-76): Archiv der Fliedner-Kulturstiftung Düsseldorf-Kaiserswerth, Pflegerinnenbuch 1836-76, fortlaufende Nr. 185. Diakonissen-Verzeichnis 1836-76, fortlaufende Nr. 62.
 8. PPDM, Diaconissen Comité (1885/1886): ELCA Archives, ULCA 60/3/2, Minutes 1885-1922, Protocoll des Philadelphia Diaconissen Mutterhauses (zitiert als PPDM). Board of Directors Minutes. M. J. Drexel Home + Phila. Motherhouse of Deaconesses, hier: Sitzungsprotokolle des Diakonissenkomitees 1885 und 1886.
 9. Reminiscences Magdalene von Bracht (o.J.): ELCA Archives, ELCA 127/6/1, Deaconess Community of the ELCA, Personnel, DPF, 1884-2003, Van – Wagner, L. Box 29, Folder: Von Bracht, Magdalene, 1850-1941. ELCA Archives, DPF, Personal File Magdalene von Bracht. Some reminiscences of Sister Magdalene von Bracht. From Iserlohn to Philadelphia [Handschrift auf Deutsch; dies ist der Titel der englischen Version; es gibt keinen Titel der handgeschriebenen deutschen Version].
 10. Spaeth (1908): ELCA Archives, ULCA 60/1/1, Record Group 60, Mary J. Drexel Home and Philadelphia Motherhouses of Deaconesses, History, Historical Files 1860-1982, Box 1 of 1, Folder 3, [Adolph Spaeth]: Zur Geschichte des Diakonissen-Mutterhauses in Philadelphia aus den Erinnerungen eines Philadelphia Pastors/To the History of the Deaconess Motherhouse in Philadelphia from Remembrances of a Philadelphia Pastor, Original 1908, mit englischer Übersetzung, 1982.

Gedruckte Quellen

1. Frese (1891): Carl Frese, Geschichte des Deutschen Hospitals: Zum 25jährigen Jubiläum seiner Eröffnung 1866. Auf Anordnung des Verwaltungsrats zusammengestellt von Carl Frese, M.D., Oberhausarzt.
2. Freibrief (1887): Freibrief und Nebengesetze für das Deutsche Hospital der Stadt Philadelphia. Incorporirt den 2. April 1860. Philadelphia: Druck vom Globe Printing House, 112 und 114 Nord Zwölfte Straße, 1887.
3. Fünfundzwanzigster Jahresbericht 1884 (1885): Fünfundzwanzigster Jahresbericht des Deutschen Hospitals der Stadt Philadelphia: 1884. Philadelphia: Druck vom Globe Printing House, 1885.
4. Miller (1906a): Albert G. Miller (Hrsg.), History of the German Hospital of Philadelphia and its Ex-Resident Physicians, Philadelphia: J. B. Lippincott, 1906.
5. Miller (1906b): Albert G. Miller, History of the German Hospital, in: Albert G. Miller (Hrsg.), History of the German Hospital of Philadelphia and its Ex-Resident Physicians, Philadelphia: J. B. Lippincott, 1906, S. 17-66.
6. Miller (1906c): Albert G. Miller, 1870-1873 Marcus Franklin, in: Albert G. Miller (Hrsg.), History of the German Hospital of Philadelphia and its Ex-Resident Physicians, Philadelphia: J. B. Lippincott, 1906, S. 94 f.
7. Miller (1906d): Albert G. Miller, 1885-1889 George A. Bodamer, in: Albert G. Miller (Hrsg.), History of the German Hospital of Philadelphia and its Ex-Resident Physicians, Philadelphia: J. B. Lippincott, 1906, S. 112 f.
8. Mary J. Drexel Home (1924): The Mary J. Drexel Home and Philadelphia Motherhouse of Deaconesses: Fortieth Anniversary 1884-1924, 2100 S. College Ave. Philadelphia, 1924.
9. Vierundzwanzigster Jahresbericht 1883 (1884): Vierundzwanzigster Jahresbericht 1883 des Deutschen Hospitals der Stadt Philadelphia: 1883. Philadelphia: Druck vom Globe Printing House, 1884.
10. Turnbull (1906): Charles S. Turnbull, Reminiscences, in: Albert G. Miller (Hrsg.), History of the German Hospital of Philadelphia and its Ex-Resident Physicians, Philadelphia: J. B. Lippincott, 1906, S. 162-166.

Fachliteratur

1. Doyle (1929a): Ann Doyle, Nursing by Religious Orders in the United States. Part IV – Lutheran Deaconesses, 1849-1928, in: American Journal of Nursing 29 (1929), 10, S. 1197-1207.
2. Doyle (1929b): Ann Doyle, Nursing by Religious Orders in the United States. Part V – Deaconesses, 1855-1928, in: American Journal of Nursing 29 (1929), 11, S. 1331-1343.
3. Doyle (1929c): Ann Doyle, Nursing by Religious Orders in the United States. Part VI – Episcopal Sisterhoods, 1845-1928, in: American Journal of Nursing 29 (1929), 12, S. 1466-1484.
4. Fischer (1997): Robert H. Fischer, A Servant of all People. The Legacy of William Alfred Passavant (1821-1894), Pioneer in the Church's Ministry of Mercy, Chicago 1997.

5. Köser (2006): Silke Köser, Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein: Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen 1836-1914, Leipzig 2006.
6. Lehfeldt (1938): Martin Lehfeldt, Fifty Years Pioneer Work for the Female Diaconate within the Lutheran Church in U.S.A., Bachelor of Divinity thesis, Hartwick Theological Seminary, New York City, Mai 1938.
7. Meiwes (2000): Relinde Meiwes, „Arbeiterinnen des Herrn“. Katholische Frauenkongregationen im 19. Jahrhundert. Frankfurt a. M. 2000 (= Geschichte und Geschlechter, 30).
8. Meiwes (2008): Relinde Meiwes, Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert, *L'Homme* 19 (2008), S. 39-60.
9. Nelson (2001): Sioban Nelson, Say Little, Do Much. Nurses, Nuns and Hospitals in the Nineteenth Century, Philadelphia 2001.
10. Prelinger (2006): Catherine Prelinger, Charity, Challenge, and Change. Religious Dimensions of the Mid-Nineteenth-Century Women's Movement in Germany, New York 1987.
11. Rodegra (1981/1982): Heinz Rodegra, Zur Geschichte des Deutschen Hospitals in Philadelphia (USA), in: *Historia Hospitalium* 14 (1981/1982), S. 179-190.
12. Wall (2005): Barbra Mann Wall, Unlikely Entrepreneurs. Catholic sisters and the hospital marketplace, 1865-1925, Columbus, Ohio 2005.
13. Weiser (1960): Frederick Weiser, Serving Love. Chapters in the Early History of the Diaconate in American Lutheranism, Gettysburg, Pa., Department of Church History, Lutheran Theological Seminary, Theol. Diss., Mai 1960.
14. Weiser (1962): Frederick Weiser, Love's Response: A Story of Lutheran Deaconesses in America, Philadelphia 1962.
15. Weiser (1999): Frederick Weiser, The Origins of Lutheran Deaconesses in America, in: *Lutheran Quarterly*, 13 (1999) 4, S. 423-434.
16. West (1939): Roberta West, History of Nursing in Pennsylvania. Completed and Edited under the Direction of the Pennsylvania State Nurses' Association, Harrisburg, Pa. 1939.

Internet

1. Bautz (1990): Friedrich Wilhelm Bautz, Julius Disselhoff, in: Traugott Bautz (Hrsg.), *Biographisch-bibliographisches Kirchenlexikon*, Bd. I, BBKL Hamm 1990, Sp. 1331 f., www.bautz.de/bbkl/d/disselhoff_j.shtml [17.02.2005].
2. ELCA (2008): Evangelical Lutheran Church in America, The Deaconess Community of the ELCA, John Diederich Lankenau, www.elca.org/Growing-In-Faith/Vocation/Rostered-Leadership/Deaconess-Community/Our-History/Past-Deaconesses/Lankenau.aspx [23.05.2008].
3. Lankenau Hospital (2008): Homepage des Lankenau Hospital, Wynnewood, www.mainlinehealth.org/lh/ [23.05.2008].
4. LIMR (2008): [Lankenau Institute for Medical Research] History: A Tradition of Research. www.limr.org/PDF/NEWSQUICKLINKS/LIMRHistory.pdf [23.05.2008].

5. Voigt (2005): Karl Heinz Voigt, Carl Wilhelm Theodor Ninck, in: Traugott Bautz (Hrsg.), Biographisch-bibliographisches Kirchenlexikon, Bd. 24 (BBKL Nordhausen, 2005), Sp. 1121-1132, www.bautz.de/bbkl/n/ninck_c_w_t.shtml [24.01.2005].

Konzepte der Rettungsmedizin im Wandel der Zeit

Arnd T. May

1. Einleitung

Die Entwicklung der Rettungsmedizin ist mit dem medizinischen Fortschritt verbunden. Prägende Konzepte der Notfallmedizin weisen in der Analyse höchst unterschiedliche grundlegende Vorstellungen auf. Der Gedanke der Solidarität mit Notleidenden in der heutigen Zeit kann auf Traditionslinien zurückgeführt werden, welche nachfolgend dargestellt werden. Die Versorgung von Kranken und Notleidenden ist je nach Epoche in militärischen Zusammenhängen anders zu bewerten als in der Versorgung von zivilen Patienten. Die nachfolgend ausgewählten Situationen und Anwendungsbeispiele sollen keinen vollständigen historischen Abriss der Entwicklung der Rettungsmedizin bis zur heutigen Ausprägung zeigen, sondern dienen als Verdeutlichung unterschiedlicher Konzepte und Prinzipien der Hilfeleistung gegenüber Bedürftigen und Notleidenden.

2. Hilfeleistung zu Zeiten der Kreuzzüge und christliche Nächstenliebe

Die Geschichte der geistlichen Ritterorden ist eng verbunden mit den Kreuzzügen ab 1095/6. Bei der Eroberung Jerusalems 1099 entstand ein dem Hl. Johannes dem Täufer geweihtes Fremdenheim und Hospital, aus dem sich der heutige Malteserorden entwickelte. Die medizinisch-karitative Aufgabe und die militärische Verteidigung der Kranken und Pilger gebaren den typischen Doppelcharakter eines geistlichen Ritterordens. Dieser besteht zunächst aus Laien; Priester haben keine Leitungsfunktionen. Mit dieser Aufgabenstellung blieb der dem Hl. Johannes geweihte Orden nicht alleine. In der Folge entstanden zahlreiche geistliche Ritterorden, von denen heute noch der Deutsche Orden und der Orden vom Hl. Grab erhalten geblieben sind. Im Gegensatz zu diesen beiden Orden hat der Malteserorden (wie der Orden des Hl. Johannes seit 1530 genannt wird) nach wie vor einen religiösen Kern aus Rittern, die Armut, Ehelosigkeit und Gehorsam geloben und dadurch kirchenrechtlich zu Laienbrüdern werden. Der Malteserorden ist der einzige noch in ungebrochener Kontinuität bestehende Ritterorden. Die einstmalen wichtigen militärischen Aufgaben sind seit dem Ende der Ordensherrschaft auf Malta im Jahre 1798 zugunsten der caritativen Tätigkeit aufgegeben worden. Das Leitwort „Tuitio Fidei et Obsequium Pauperum“ des Malteserordens wird manifest: Bezeugung des Glaubens und Dienst an den Armen und Kranken.

Der Ordensregel des Johanniterordens von Raimund du Puy aus dem Jahr 1185 stellte Papst Lucius III. eine Präambel voran:

„Je mehr Ihr durch die Gnade Gottes aufmerksam in dem Dienste der Armen und in der Unterstützung und Tröstung der Kranken arbeitet, und Ihr von Tag zu Tag, wie es pflichtgemäß ist, die niedrigen Sachen vergessend, Euch auch über

kostbare Dinge und Werke christlicher Liebe ausbreitet, um so mehr lieben wir aufrichtig Euren Orden“.¹

Die Grundlegung der Hilfeleistung der Malteser und Johanniter ist in der Heiligen Schrift bei Matthäus zu finden: „Was ihr für einen der geringsten meiner Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“ (Matthäus 25,40).

Die Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH) wurde in Deutschland 1952 gegründet und ist auf dem Grundprinzip „dem Nächsten hilf...“ tätig. Die Johanniter-Unfall-Hilfe betrachtet sich als Teil der evangelischen Christenheit und gestaltet die Verbindung zu den Kirchen auf allen Ebenen so eng wie möglich. Nach dem Leitbild der Johanniter-Unfall-Hilfe ist die Aufgabe der JUH der Dienst am Nächsten. Die JUH will „dem leidenden Menschen unserer Zeit beistehen“.² Die JUH ist ein Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und als freiwillige Hilfsgesellschaft im Sinne des 1. Genfer Abkommens (Art. 26) vom 12. August 1949 anerkannt. Die Werte des Johanniterordens sind Fundament der JUH:

„Hilfe für in Not Geratene oder Hilfe für ganze Bevölkerungsgruppen oder auch Hilfeleistungen zur Vorbeugung von Leid und Not in enger Verbindung mit dem Eintreten für die Grundwerte des Christentums. Für den Johanniter bedeutet der Doppelauftrag, das nie versiegende Elend auf der Welt zu lindern und zu mindern.“³

Im Hinblick auf den Malteser-Hilfsdienst stellt von Landsberg-Velen fest: „Alles gemeinsame Tun wäre sinnlos, jede Gemeinschaft erstarrte früher oder später in hohlen Formen, würden die geistigen Grundlagen fehlen. Ja, eine wirkliche Gemeinschaft besteht erst und wird erst fruchtbar aus dem Gleichklang von innerer Haltung und äußerer Aktion. Dies gilt umso mehr dort, wo nicht eigenes Wollen, sondern selbstlose Hinordnung zum Mitmenschen das Denken und Handeln bestimmen sollen.“⁴

Die Ordensregel des Heiligen Benedikt von Nursia (um 480 bis 547) befasst sich in Kapitel 36 mit den kranken Brüdern:

- „1. Die Sorge für die Kranken muss vor und über allem stehen: Man soll ihnen so dienen, als wären sie wirklich Christus;
2. hat er doch gesagt: „Ich war krank, und ihr habt mich besucht“ (*Mt 25,36*),
3. und: „Was ihr einem dieser Geringsten getan habt, das habt ihr mir getan.“ (*Mt 25,20*)
4. Aber auch die Kranken mögen bedenken, dass man ihnen dient, um Gott zu ehren; sie sollen ihre Brüder, die ihnen dienen, nicht durch übertriebene Ansprüche traurig machen.
5. Doch auch solche Kranke müssen in Geduld ertragen werden; denn durch sie erlangt man größeren Lohn.“

¹ Schulenburg (1970), S. 515.

² Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH): Leitbild, www.johanniter.de/org/juh/wir/leitbild/deindex.htm.

³ Bangert (1999), S. 125.

⁴ Landsberg-Velen (1970), S. 564.

Der Heilige Benedikt sieht in der Krankenpflege eine herausragende Aufgabe für alle Mönche, wobei sich die Krankenversorgung nicht allein auf Mitbrüder der monastischen Gemeinschaft bezieht. Das Ideal der christlichen Krankenpflege ist geprägt von Unparteilichkeit und von Hilfe für Benachteiligte, was das Gleichnis vom Barmherzigen Samariter eindrucklich zeigt.

3. Hilfeleistung im militärischen Kontext

Zur Wiederherstellung der Schlagkraft der eigenen Armee wurden bereits in der Antike medizinische Hilfeleistungen Verletzten zur Verfügung gestellt. Das übergeordnete Ziel war dabei die Versorgung von Verletzten, die dann schneller wieder dem Herrscher zur Verfügung standen als ohne medizinische Hilfeleistung.

Kaiser Maximilian I. (1493-1519) gründete ein Heeressanitätswesen für seine gut organisierten Landsknechtsheere. Verwundete wurden so schnell wie möglich mit Schubkarren und Sänften schon während des Kampfes aus der Gefahrenzone herausgeholt und versorgt. Mit Blick auf kriegerrische Auseinandersetzungen verweist Hesse exemplarisch auf gesonderte Wagen bei der Schlacht um Fehbellin 1675, die „mit Stroh ausgelegt und mit Bügeln zum Befestigen schattenspendender Baumzweige überspannt waren“.⁵ Der Transport hinter die Linien wurde zur geordneten Versorgung durchgeführt, und damit wurde das Gefahrenpotential für Helfer reduziert.

In der Königlich Preußischen Armee hat Goercke erstmalig 1793 während der Rhein-Kampagne in Frankfurt ein fliegendes Lazarett für 1.000 Kranke eingerichtet. Jean Dominique Larrey war Leibarzt Napoleons I. und Generalinspekteur des Sanitätswesens. In dieser Funktion führte er 1803 „Fliegende Ambulanzen“ (frz. Ambulances volantes) ein, mit denen Schwerverletzte an vorderster Front versorgt werden konnten. Die bewegliche medizinische Versorgung nahm Larrey mit der Priorisierung nach dem Schweregrad vor. Die Sichtung der Patienten vor Transportentscheidung findet sich auch im Königlich-Preußischen Feld-Lazareth-Reglement von 1787.⁶

Nach dem Zweiten Weltkrieg baute die Army der Vereinten Staaten von Amerika in Frontnähe chirurgische Feldlazarette mit der Bezeichnung „Mobile Army Surgical Hospital (MASH)“, um Soldaten schnell medizinisch versorgen zu können. Die Hilfeleistung in eigenen Militäreinrichtungen wurde prioritär eigenen Soldaten zur Verfügung gestellt.

4. Rot-Kreuz-Bewegung

Der Krieg in Italien 1859 mit der für Henry Dunant prägenden Schlacht von Solferino führte im Großherzogtum Baden zur Gründung des „Badischen Frauenvereins“ durch Großherzogin Luise, der für verwundete und erkrankte Soldaten und Militärangehörige sorgen, aber auch bei allgemeinen Notständen helfen sollte. Die Gründung des „Badischen Frauenvereins“ markiert den Beginn des Wirkens einer konfessionell ungebundenen Vereinigung, die u. a. christlich orientierte Krankenschwestern ausbildete. Die

⁵ Hesse (1956), S. 6.

⁶ Rebentisch (2000), S. 31-34.

Bezugnahme auf die christliche Grundhaltung war ökumenisch angelegt. Zu Beginn des Preußisch-Österreichischen Krieges 1866 mit der Schlacht von Königgrätz trat der „Badische Frauenverein“ dem Deutschen Roten Kreuz bei.⁷ Unterstützung erfuhren die Frauenvereine vom Roten Kreuz durch das Engagement von weiblichen Mitgliedern des Hochadels als Vorsitzende oder durch Schenkungen bzw. Stiftungen. In Mutterhäusern erfuhren adelige Frauen oder Frauen aus gebildeten Ständen ihre Ausbildung, und als Grundsätze der Mutterhäuser des Roten Kreuzes galten: „gegenseitige Hilfe, Charakter der Personengemeinschaft und Förderung der Mitglieder ohne Gewinnabsicht“.⁸

Die Schwesternschaften waren dem Ideal einer „alle Völker umfassenden Humanität“ verpflichtet, aber das „Primat der Vaterlandsliebe und des Dienstes am Volk als Motiv vor dem religiösen“ führte zur „Notwendigkeit eines möglichst engen Anschlusses an die Staatsgewalt und seine Träger“.⁹

In der Darstellung der Leistung von Henry Dunant berichtet Hauke von dessen warmherzigen Appell an das „Gewissen der Menschheit“ und „das menschliche Gefühl aller Völker“.¹⁰ Der Schweizer Geschäftsmann Henry Dunant reiste im Juni des Jahres 1859 nach Norditalien und wurde dabei Zeuge, wie sich Österreicher, Franzosen und Italiener bei Solferino eine blutige Schlacht lieferten. Am Abend blieben zu Dunants Entsetzten rund 40.000 Verwundete unversorgt auf dem Schlachtfeld zurück. Diese schrecklichen Erinnerungen ließen Dunant nicht mehr los. Mit seinen Erinnerungen an Solferino trat Dunant für die Gründung von Hilfsgesellschaften schon in Friedenszeiten ein, deren ausgebildetes Pflegepersonal auch im Fall eines Krieges neutral bleibt und alle Verwundeten gleichermaßen betreut. Zum anderen setzte er sich für den internationalen Schutz dieses Pflegepersonals ein, damit es im Krieg geschützt werde und ohne Hindernisse Hilfe leisten könne. Es entwickelten sich durch die Initiative von Dunant die Rotkreuzbewegung und die Genfer Abkommen.

Rudolf Virchow hat sich auf einem Kongress 1869 für die „Friedenstätigkeit der Vereine vom Roten Kreuz“ eingesetzt und damit ist für Hauke das Rote Kreuz der „sichtbare Ausdruck des Empfindens, das alle Menschen gegenüber den Notleidenden vereint.“¹¹ Ziel der Hilfe des Roten Kreuzes ist die „Verhütung, Bekämpfung und Linderung gesundheitlicher, wirtschaftlicher und sittlicher Not, gleichgültig, wodurch diese Not entstanden ist“.¹²

Ausgehend von der Gründung der Rot-Kreuz-Bewegung wurde das humanitäre Völkerrecht weiterentwickelt. Dabei ist das humanitäre Völkerrecht ein für Situationen bewaffneter Konflikte geschaffenes Sonderrecht. Wenngleich es Kriege nicht zu verhindern mag, so kann die Einhaltung seiner Bestimmungen und Grundsätze das menschliche Leid im Krieg mildern. Das humanitäre Völkerrecht dient dem Schutz von Personen, die nicht oder nicht mehr an den Feindseligkeiten teilnehmen (wie Verwun-

⁷ Riesenberger (1996), S. 24 f.

⁸ Riesenberger (1996), S. 29.

⁹ Jubiläumsschrift (1932), S. 43, 37.

¹⁰ Hauke (1935), S. 3.

¹¹ Hauke (1935), S. 5.

¹² Ebd.

dete, Gefangene und Zivilisten), und legt den kriegführenden Parteien Beschränkungen hinsichtlich der Art und Weise der Kriegsführung auf. Das Kernstück des humanitären Völkerrechts ist in den vier Genfer Abkommen von 1949 und ihren Zusatzprotokollen von 1977 und 2005 verankert. An die Abkommen sind fast alle Staaten der Welt gebunden. Ende 2007 waren 194 Staaten Vertragsparteien der vier Genfer Abkommen, das I. Zusatzprotokoll hatten 167, das II. Zusatzprotokoll 163 und das III. Zusatzprotokoll 24 Staaten ratifiziert.

5. Zivile Hilffssysteme

Als Geburtsstunde der Notfallmedizin sehen Hellwig/Bauer den Befehl König Ludwig XV. im Jahr 1740 zur Hilfsverpflichtung bei Ertrinkenden.¹³ Mit der Aufklärung gewann die Sorge um das Leben der Bürger an Bedeutung.¹⁴ Florence Nightingale hatte während des Krim-Krieges 1853-56 „intensive nursing care“¹⁵ betrieben und die Einrichtung spezieller Räume für die postoperative Zeit vorgeschlagen. Im Jahr nach dem Theaterbrand in Wien im Jahr 1881 nahm die „Wiener Freiwillige Rettungs-Gesellschaft“ offiziell ihren Dienst auf.

Organisatorisch hat sich der Rettungsdienst am Ende des 19. Jahrhunderts aus Rettungsvereinen und Sanitätskolonnen entwickelt.¹⁶ Hesse beschreibt mit dem Krankenbeförderungswesen jenen Teil der „öffentlichen Gesundheitspflege, dem die Aufgabe zufällt, einen Verunglückten oder Erkrankten vom Unfall- oder Erkrankungsort unter Beachtung der im Einzelfall gebotenen Maßnahmen dorthin zu verbringen, wo die zur Behebung der gegenwärtigen Gefahr und für die Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Voraussetzungen gegeben sind.“¹⁷

Die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger (DGzRS) wurde 1865 gegründet. Bereits 1802 stationiert die Memeler Kaufmannschaft an der Ostsee ein erstes Ruderrettungsboot. Die Hilfeleistung erfolgt für alle in Seenot geratenen Menschen.

6. Moderne Notfallmedizin

Die Entwicklung der Intensiv- und Notfallmedizin geht einher mit entscheidenden Entdeckungen und Entwicklungen in der Medizin. Intensivmedizin beschreibt ein medizinisches Verfahren zur Überwachung, Wiederherstellung und Aufrechterhaltung gefährdeter oder gestörter Vitalfunktionen (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) bei lebensbedrohlich Verletzten und Erkrankten mit den dafür speziellen medizinischen Strukturen. Umgangssprachlich werden mit Intensivmedizin meist die neueren technischen Behandlungsmethoden künstliche Beatmung¹⁸ und Unterstützung der Vitalfunktionen

¹³ Hellwig et al. (2001), S. 603.

¹⁴ Ahnefeld/Brandt (2002), S. 607.

¹⁵ Nightingale (1863), S. 89.

¹⁶ Brinkmann (2002a), S. 444 f.

¹⁷ Hesse (1956), S. 1.

¹⁸ Hachenberg/Pfeiffer (2000), S. 434-445.

gleichgesetzt. Charakteristisch für die Intensivmedizin ist die breite Ausrichtung des Gebietes als „Querschnittsfach“, welches von Multidisziplinarität lebt.

Die Geschichte des Rettungsdienstes moderner Prägung in Deutschland ist eng mit der Entwicklung der Anästhesiologie verbunden. Die Techniken der Narkose sind wesentlich älter als die Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Anästhesiologie in Mainz 1962.¹⁹ Kirschner forderte als Chirurg in Heidelberg bereits 1938 eine institutionalisierte ärztliche Präsenz am Unfallort: *„Der Arzt soll also zum Verletzten kommen, nicht aber der Verletzte zum Arzt“*.²⁰ Diese Forderung wird trotz vereinzelter lokaler Vorläufer allgemein als Geburtsstunde moderner Notfallmedizin gesehen.²¹ Einen starken Einfluss auf die Überlegungen von Kirschner hatten besondere Überlegungen zur Situation im Krieg, da fahrbare Behandlungseinheiten flexibler reagieren können als Feldlazarette, die erst nach „Klärung der Kampfplage“²² eingerichtet werden können. Für Friedenszeiten sieht Kirschner neue Möglichkeiten der fahrbaren chirurgischen Klinik zur Durchführung von Operationen am Unglücksort bei „schweren Unglücksfällen, besonders beim Massenglück, wie es durch Eisenbahnen, Kraftomnibusse, Kraftfahrzeuge, Flugzeuge, Theaterbrände“²³ vorkommen kann. Die medizinische Kompetenz soll schon in der präklinischen Versorgung des Patienten Folgeschäden verhindern und Komplikationen minimieren. Gemäß dem Prinzip, den Arzt zum Patienten zu bringen und nicht darauf zu warten, dass der Patient zum Arzt kommt, wurde 1957 in Heidelberg mit einem umgebauten Omnibus ein „Clinomobil“ erprobt, welches an der Unbeweglichkeit im Straßenverkehr und den großen Abmessungen scheiterte. 1950 wurde in Bochum ein betriebsärztlicher Unfallwagen der Bergbauindustrie in Dienst gestellt. In Köln wurde auf Initiative des Kölner Chirurgen Hoffmann seit Mitte 1957 ein Lieferwagen als Notarztwagen eingesetzt. Der erste Notarztwagen-Einsatz war am 3.06.1957.²⁴ Als Vorläufer kann in Köln eine Krankenkutsche gelten, die seit 1899 einen Arzt aus dem Bürgerhospital mit zum Einsatzort brachte. 1870 wurde in Köln eine Rettungsgesellschaft für Notfälle gegründet.

Seit 1964 existierte in Heidelberg ein Arzteinsatzwagen als Notarztzubringer im Sinne des heute gebräuchlichen Rendezvous-Systems.²⁵ In Mannheim wurde 1964 ein „Arzt-Funkwagen“ mit einem „Unfallarzt“ eingesetzt. Die Alarmierung erfolgte in der Anfangszeit über die Polizei. Als Fahrer stand ein Polizist zur Verfügung, bis 1970 der Notarztwagen von der Berufsfeuerwehr übernommen wurde.²⁶ Anfang 1966 begann in München das organisierte Notarztwesen mit dem Betrieb eines Notarztwagens.²⁷

In Magdeburg wurde ein ärztlicher Dienst für „die außerklinische medizinische Erstbetreuung von in Not Geratenen organisiert“ und nahm unter dem Namen

¹⁹ Thierbach/Brachlow/Lipp (2000), S. 180.

²⁰ Kirschner (1938), S. 713.

²¹ Hellwig/Bauer (2001), S. 604.

²² Kirschner (1938), S. 713.

²³ Kirschner (1938), S. 715.

²⁴ Herzog (1988), S. 56.

²⁵ Knuth (1998), S. 305.

²⁶ Gröschel et al. (2001), S. 199.

²⁷ Huf et al. (2000), S. 539.

„Schnelle Hilfe“ Anfang 1960 seinen Dienst auf.²⁸ Im Oktober 1966 wurde in Dresden ein Krankenwagen mit der Aufschrift „Dringl. medizin. Hilfe“ (DMH) in Dienst gestellt, der mit Blaulicht und Martinshorn und zur besseren Erkennung auch mit Rot-Kreuz-Flagge ausgerüstet war.²⁹ 1967 wurde der Ausbau der außerklinischen Notfallmedizin durch die Dringliche Medizinische Hilfe forciert, bevor 1976 ein umfassendes und flächendeckendes System zur „*Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH)*“ in der ehemaligen DDR eingerichtet wurde.³⁰ Zur Begleitung des SMH-Arztbesatzes wurde zumeist Fachpflegepersonal für Anästhesie und Intensivtherapie eingesetzt. Das System der SMH war einheitlicher und umfassender organisiert als das länderspezifische Notarztsystem der alten Bundesrepublik. Ärzte der SMH hatten auf Kreis- und Bezirksebene Weisungsbefugnis und konnten so ihre Fachkompetenz in der Notfallmedizin direkt in die Entscheidungsabläufe und -gremien einbringen. Gorgaß, Ahnefeld, Rossi und Lippert bedauern nach der Wiedervereinigung das Verschwinden der SMH-Konzepte als zum Teil „notfallmedizinisch sinnvollere Strukturen“.³¹

Neben bodengebundenen Einsatzfahrzeugen wurde 1970 in München der erste Rettungshubschrauber „Christoph 1“ in Dienst gestellt und in Folge ein Intensivhubschrauber, der auch nachts flugtauglich ist.³² Die Nummerierung der Rettungshubschrauber mit dem Funkrufnamen „Christoph“ erfolgt nach dem Zeitpunkt der Eingliederung ins Rettungswesen. Im Jahr 1972 erfolgte die Indienststellung eines Notarztwagens und des Rettungshubschraubers „Christoph 4“ an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) als neuem Zentrum der medizinischen Maximalversorgung in Norddeutschland zu einer Zeit, in der die „arztbesetzte Luftrettung“ als auch die arztbesetzte Rettung innerhalb eines Stadtgebietes noch nicht etabliert und teilweise noch umstritten³³ waren. Nach dem Einsatz von tragbaren Telefonen seit Anfang der 1980er Jahre erfolgt heute regional die Datenübertragung von der Einsatzstelle zur Notaufnahme per Satellitennetz³⁴ und demnächst vielleicht als „Telehealth“.³⁵ Die im Rettungsdienst eingesetzte Technik dient der Versorgung des Patienten, die je nach Dringlichkeit und Verletzungsmuster unterschiedlich ausfällt.

7. Prinzipien der Hilfeleistung

Nach dem Blutbad des ersten Kreuzzuges 1099 galt es als Zeichen der „Ritterlichkeit“, einem Kranken ohne Frage nach Herkunft, Geschlecht und Religion zu helfen. Diese auf der tätigen christlichen Nächstenliebe gründende Hilfeleistung ist auch ohne Bezug auf christliche Quellen, wie das Gleichnis des Barmherzigen Samariters (Lukas 10,25-37), im humanitären Völkerrecht verankert. Der Grundsatz der Gleichheit der Men-

²⁸ Anderson et al. (2001), S. 596.

²⁹ Frank et al. (2004), S. 194.

³⁰ Lipp (2000), S. 148-150; Anderson et al. (2001), S. 597; Breckwoldt/Arntz (2002), S. 454-460.

³¹ Gorgaß et al. (2001), S. 15.

³² Huf et al. (2000), S. 541.

³³ Seekamp et al. (2000), S. 301.

³⁴ Seekamp et al. (2000), S. 304.

³⁵ Hanika (2003), S. 272 f.

schen ist in vielen Verfassungen der Staaten dieser Erde zu finden, und im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland sind die Gleichheit der Menschen vor dem Gesetz (Art. 3 Absatz 1 GG), das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Absatz 2 GG) und die Würde des Menschen (Art. 1 GG) als Schutzauftrag des Gemeinwesens verankert. Schon das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verweist in Artikel 1 Absatz 2 auf die unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechte als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt. Die Charta der Vereinten Nationen nimmt das Zusammenleben der Völker dieser Erde in den Blick, und diese verpflichten sich in der Präambel der Charta der Vereinten Nationen auf die Wahrung des Weltfriedens und der internationalen Sicherheit.

Das humanitäre Völkerrecht und die Genfer Konventionen regeln die Behandlung von Zivilisten und Kriegsgefangenen. In Artikel 3 der Genfer Abkommen ist dazu festgelegt:

„Personen, die nicht unmittelbar an den Feindseligkeiten teilnehmen, einschließlich der Mitglieder der Streitkräfte, welche die Waffen gestreckt haben, und der Personen, die durch Krankheit, Verwundung, Gefangennahme oder irgendeine andere Ursache außer Kampf gesetzt sind, werden unter allen Umständen mit Menschlichkeit behandelt, ohne jede auf Rasse, Farbe, Religion oder Glauben, Geschlecht, Geburt oder Vermögen oder auf irgendeinem anderen ähnlichen Unterscheidungsmerkmal beruhende Benachteiligung.“ (Art. 3 II GA I-IV)

Abweichend von den Grundsätzen der Genfer Konventionen sind Abgrenzungen der Hilfeleistungen zu finden. Einmal kann eine nach Nationalität vorgenommene Priorisierung der Hilfeleistung stattfinden: „Wir retten, wen wir kennen“. Weiterhin ist der Vorrang der Behandlung von Soldaten gegenüber Zivilisten zu finden.

Zwei weitere Prinzipien der Hilfeleistung werden im Zusammenhang des Untergangs der MS Birkenhead im Jahre 1852 deutlich: Beim Untergang des als Truppentransporter genutzten Schiffs am 26.02.1852 ließ der verbliebene ranghöchste Offizier die Mannschaft antreten und verkündete: „Frauen und Kinder zuerst“. Damit konnten die an Bord befindlichen 80 Frauen und Kinder die Rettungsboote besteigen. In der historischen Überlieferung überlebten alle 80 an Bord befindlichen Frauen und Kinder den Untergang der MS Birkenhead. Mit dem Vorrang der konstitutionell benachteiligten Frauen und Kinder folgt der Offizier einer geschlechter- und altersspezifischen Präferenz der Rettung oder auch Versorgung. Ein asymmetrisches Kräfteverhältnis kann durch die Privilegierung begründet ausgeglichen werden. Die Entscheidung zur Rettung von Kindern und Frauen ist für Kanter dem Selbsterhaltungstrieb verpflichtet, denn die „Zukunft ist nichts ohne unsere Frauen und Kinder“.³⁶ Wenn Alexander Erste Hilfe als „sozialen Faktor“³⁷ und als Betätigung „unseres von sozialen Idealen erfüllten Strebens“³⁸ charakterisiert, müssen die Bezugsgrößen gleichermaßen festgelegt werden.

Nach der Verbringung der Frauen und Kinder in die Rettungsboote gab der Offizier die Freigabe der individuellen Rettung aller („Every man for himself“, „Jeder für

³⁶ Kanter (2004), S. 108.

³⁷ Alexander (1906), S. 334.

³⁸ Alexander (1906), S. 335.

sich selbst“). In dieser Phase sind die Rettungsmittel dem freien Spiel der Kräfte überlassen, und der individuelle Egoismus der Selbsterhaltung greift Raum. Eine wie auch immer begründete Solidarität ist aufgehoben. Nun ist jeder auf sich selbst gestellt. Den Untergang der MS Birkenhead überlebten 113 Männer von insgesamt 643 Personen.

Ein Clubmodell der Hilfeleistung durch Mitgliedschaft in einem Club scheint in der zeitgenössischen Betrachtung fremd, aber die Abgrenzung der Hilfeleistung nur für Mitglieder oder anderweitig Berechtigte stellt ein Organisationsmodell dar. Speziell findet sich dies in den Begleitärzten und Hilfsstrukturen für Herrscher und Staatschefs. Bei Großveranstaltungen oder Staatsbesuchen sind noch heute Notärzte bestimmten Personen zugeordnet. In diesem Modell ist dann die gesellschaftliche Stellung für die Hilfeleistung ausschlaggebend und nicht die Nähe zu einem am gleichen Ort befindlichen Hilfebedürftigen, der dann von einem anderen nicht einer bestimmten Person zugeordneten Notarzt versorgt würde. Dieses Vorgehen garantiert dem Staatsgast eine medizinische Betreuung zu jedem Zeitpunkt. Unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit mag dieses System in Frage gestellt werden, wenn das reguläre Rettungssystem zu einer stark verzögerten Hilfeleistung des „normalen“ Patienten führt.

Ein anderes Modell stellt die Priorisierung nach der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit dar. Das Modell der Triage greift in Situationen z.B. des Massenanfalls von Verletzten, bei dem eine sonst übliche Individualversorgung aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist. Im Rahmen der Triage werden Verletzte bei Großschadensereignissen mit einem Massenanfall von Verletzten in verschiedene Gruppen eingeteilt. Die Versorgung ist auf eine Basisversorgung möglichst vieler Patienten ausgerichtet.³⁹ Patienten werden auf Basis der Schwere der Verletzung und der Bedürftigkeit medizinischer Versorgung in Gruppen eingeteilt. Bei mehreren Patienten liegt eine Pflichtenkollosion vor, bei der sorgfältig die Hilfsmöglichkeiten und Prioritäten der Hilfeleistung abgewogen werden müssen. In der Notfallmedizin ist das Hilfsgebot nicht unbegrenzt und „das medizinisch Machbare die Grundlage allen ärztlich sinnvollen Tuns“.⁴⁰ Im Katastrophenfall oder beim Massenanfall von Verletzten wird der größtmögliche Nutzen für möglichst viele Verletzte angestrebt. Diese utilitaristische Herangehensweise beruht auf einer rein an medizinischen Kriterien orientierten Bewertung. Andere Wertungskriterien wie sozialer Status, Geschlecht, Alter, Wartezeit, Versicherungsstatus o. ä. bleiben unberücksichtigt.

8. Fazit

Die Versorgung von Notleidenden und behandlungsbedürftigen Patienten stellt eine gesellschaftliche Aufgabe dar, die Handlungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen durch viele Akteure darstellt. Die dabei zugrunde liegenden Konzepte orientieren sich vorrangig an der medizinischen Dringlichkeit und Versorgungsnotwendigkeit von Patienten. Das Wunschbild der immerwährenden und zu jeder Zeit an jedem Ort möglichen optimalen Intensivversorgung mit modernsten Technologien und ausreichendem

³⁹ Paschen/Moecke (1999), S. 359.

⁴⁰ Rebentisch (2001), S. 14.

Personaleinsatz gerät immer wieder an Grenzen, die u. a. durch Wetterbedingungen, Umwelteinflüsse und geographische Gegebenheiten gesetzt werden.

Die Beurteilung der heutigen Rettungsmedizin muss einerseits der optimalen Versorgung des Einzelnen, andererseits der Finanzierbarkeit durch das Solidarsystem Rechnung tragen. Das Rettungssystem der Bundesrepublik Deutschland ist solidarisch finanziert und garantiert Hilfeleistungen im Bedarfsfall.

Aktuell bleibt die Feststellung von Michalsen und Dick:

„Schutz und Gesundheitsfürsorge in Notfällen sind aber soziale Güter, die sich primär nicht nach marktwirtschaftlichen Kriterien bemessen und beurteilen lassen. Vielmehr sind sie Ausdruck der Humanität einer Gesellschaft.“⁴¹

Auf die Folgen einer privatwirtschaftlichen Organisation der Krankenförderung als Teil des Rettungswesens macht Hesse 1956 aufmerksam, wenn die Krankenförderung als eine „im Interesse der Allgemeinheit so wichtige Einrichtung nicht Gegenstand gewerbsmäßiger Ausbeute“⁴² sein soll.

Die Arbeitsteilung in der rettungsdienstlichen Versorgung erfordert Akteure, die mit einer entsprechenden Einstellung zur eigenen Tätigkeit handeln. Körting sieht die Bereitschaft zur „reinsten selbstloser Menschenliebe“ als notwendige Voraussetzung zur Tätigkeit im Krankendienst.⁴³ Diese Hilfeleistung für Bedürftige geschieht Billroth zufolge nicht allein zum Broterwerb; vielmehr beschreibt er die Motivation zum Handeln in der rettungsdienstlichen Versorgung und in der Krankenpflege in der Einleitung zum Band „Die Krankenpflege in Haus und Hospital“ im ersten Satz mit: „Wer Anderen hilft, verhilft sich selbst zum Glück“.⁴⁴ Das Arbeiten mit und für Menschen weicht von einem reinen Dienstleistungsverhältnis ab, wenn die Selbstbestimmung des Patienten nicht mehr ausgeübt werden kann und die maßvolle und umsichtige Fürsorge des Helfers gefordert ist. Für den Einzelnen ist die solidarische Hilfeleistung eine beruhigende Garantie des menschenwürdigen Umgangs miteinander.

Literatur

1. Ahnefeld/Brandt (2002): Friedrich W. Ahnefeld, L. Brandt, Die historischen Fundamente der Notfallmedizin, in: Notfall und Rettungsdienst 5 (2002), S. 607-612.
2. Alexander (1906): S. Alexander, Die öffentliche Fürsorge für erste Hilfe, in: Robert Kutner (Hrsg.), Für das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, Jena 1906, S. 334-392.
3. Anderson et al. (2001): A. Anderson, K. Booß, U. Ebmeier et al., Notfallmedizinisches Zentrum Magdeburg, in: Notfall und Rettungsmedizin 4 (2001), S. 596-603.

⁴¹ Michalsen/Dick (1998), S. 5.

⁴² Hesse (1956), S. 130.

⁴³ Körting (1910), S. 2.

⁴⁴ Billroth (1905), S. 1.

4. Bangert (1999): Dieter Bangert, Die Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., in: Egbert Koolmann, Udo Elerd (Hrsg.), *Johanniter im Nordwesten. Zur Geschichte des Johanniterordens im nordwestlichen Niedersachsen*, Oldenburg 1999, S. 125-127.
5. Billroth (1905): Theodor Billroth, *Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale. Ein Handbuch für Familien und Krankenpflegerinnen*, Wien 1905.
6. Böhme (1988): M. Böhme, H.-J. Heidel, R. Ludewig, L. Melzer, *Schnelle Medizinische Hilfe. Ein Ratgeber für medizinische Notfälle*, Berlin 1988.
7. Breckwoldt/Arntz (2002): J. Breckwoldt, H. Arntz, *Das Notarztsystem in Berlin*, in: *Notfall und Rettungsmedizin* 6 (2002), S. 454-460.
8. Brinkmann (2002): H. Brinkmann, *Anmerkungen zur Institutionen-Geschichte des Rettungswesens: Kollektivierung der Barmherzigkeit*, in: *Rettungsdienst* 25 (2002), S. 444-448.
9. Esmarch (1906): Friedrich von Esmarch, *Katechismus zur ersten Hülfeleistung in Unglücksfällen. Eine Erinnerung an die Samariterschule*, Kiel 1906.
10. Frank et al. (2004): M. D. Frank, M. Müller, S. Weber et al., *Dresden*, in: *Notfall und Rettungsmedizin* 6 (2004), S. 193-199.
11. Gorgaß et al. (2001): Bodo Gorgaß, Friedrich W. Ahnefeld, Rolando Rossi et al., *Rettungsassistent und Rettungssanitäter*, 6. überarb. u. erw. Aufl., Berlin 2001.
12. Gröschel et al. (2001): J. Gröschel, H. Genzwürker, N. Russ et al., *Das Zentrum für Notfall- und Akutmedizin des Instituts für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Universitätsklinikum Mannheim*, in: *Notfall und Rettungsmedizin* 4 (2001), S. 199-205.
13. Hachenberg/Pfeiffer (2000): T. Hachenberg, B. Pfeiffer, *Folge 15: Beatmung, Tracheotomie und prolongierte Intubation*, in: *Anaesthesist* 49 (2000), S. 434-445.
14. Hanika (2003): Heinrich Hanika, *Telehealth – Herausforderungen für die Notfall- und Rettungsmedizin*, in: *Notfall und Rettungsmedizin* 6 (2003), S. 271-277.
15. Hauke (1935): Hugo Hauke, *Unterrichtsbuch für die weiblichen Hilfskräfte der Deutschen Frauenvereine vom Roten Kreuz*, in: *Reichsfrauenbund (Hrsg.), Deutsches Rotes Kreuz*, Berlin 1935.
16. Hellwig/Bauer (2001): H. Hellwig, M. Bauer, *Geschichte des Rettungsdienstes*, in: D. Kühn, J. Luxem, K. Runggaldier (Hrsg.), *Rettungsdienst*, 2. Aufl., München 2001, S. 602-606.
17. Herzog (1988): Wolfgang Herzog, *25 Jahre Notarztdienst im Oberbergischen Kreis. Gummersbacher Modell*, Bonn 1988.
18. Hesse (1956): Erich Hesse, *Das Krankenbeförderungswesen im Wandel der Zeiten*, München 1956.
19. Huf et al. (2000): R. Huf, E. Weninger, C. Lackner et al., *Das notfallmedizinische Zentrum München*, in: *Notfall und Rettungsmedizin* 3 (2000), S. 539-546.
20. Jubiläumsschrift (1932): *Jubiläumsschrift 1882-1932, Geschichte des Verbandes Deutscher Mutterhäuser*, Berlin 1932.
21. Kirschner (1938): Martin Kirschner, *Die fahrbare chirurgische Klinik*, in: *Chirurg* 10 (1938), S. 713-717.
22. Knuth (1998): Peter Knuth, *Präklinische Notfallmedizin im Wandel der Zeit*, in: *Intensivmedizin* 35 (1998), S. 304-306.

23. Körting (1910): Walther Körting, Unterrichtsbuch für die weibliche freiwillige Krankenpflege, im Auftrage des Zentralkomitees des Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz bearbeitet von Dr. Körting, 3. Aufl., Berlin 1910.
24. Landsberg-Velen (1970): Dieter Graf von Landsberg-Velen, Die Hospitalität der Johanniter und Malteser in der Gegenwart. Der Malteser-Hilfsdienst, in: Adam Wienand (Hrsg.), Der Johanniter Orden/Der Malteser-Orden, Köln 1970, S. 556-565.
25. Lipp (2000): R. Lipp, Das Rettungspersonal, in: R. Lipp, B. Domres (Hrsg.), Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin, Bd. 4 Berufskunde, Organisation und Einsatztaktik, Arbeitsplatz Rettungsdienst, 2. überarb. Aufl., Edewecht 2000, S. 133-150.
26. Meyer (1906): George Meyer, Das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen im Deutschen Reiche, Jena 1906.
27. Michalsen/Dick (1998): A. Michalsen, W. F. Dick, Ethik im Rettungsdienst, in: Notfall und Rettungsmedizin 1 (1998), S. 5-12.
28. Nightingale (1863): Florence Nightingale, Notes on Hospitals, London 1863.
29. Paschen/Moecke (1999): H. R. Paschen, H. Moecke, Führungsstrukturen bei einem medizinischen Großereignis, in: Notfall und Rettungsmedizin 2 (1999), S. 359-361.
30. Rebentisch (2000): Ernst Rebentisch, Ethik und Recht in der Katastrophenmedizin, in: Bundesministerium des Inneren (Hrsg.), Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall, Berlin 2000, S. 31-40.
31. Riesenberger (1996): Dieter Riesenberger, Im Dienst des Krieges – im Dienst des Friedens, in: Wolfgang U. Eckart, Christoph Gradmann (Hrsg.), Die Medizin und der Erste Weltkrieg, Pfaffenweiler 1996, S. 23-43.
32. Seekamp et al. (2000): A. Seekamp, T. Pohlemann, U. Schmidt et al., Das Rettungszentrum der Medizinischen Hochschule Hannover, Notfall und Rettungsmedizin 3 (2000), S. 2057 f.
33. Schulenburg (1970): Leopold Graf von der Schulenburg, Gliederung und Regel des Johanniter-Ordens in der Gegenwart, in: Adam Wienand (Hrsg.), Der Johanniter Orden/Der Malteser-Orden, Köln 1970, S. 515-518.
34. Thierbach/Brachlow/Lipp (2000): A. Thierbach, J. Brachlow, M. Lipp, Notfallmedizinisches Zentrum der Klinik für Anästhesiologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, in: Notfall und Rettungsmedizin 3 (2000), S. 180-184.

Internet

35. www.johanniter.de/org/juh/wir/leitbild/deindex.htm

Kurzbiographien und Korrespondenzadressen der Autorinnen und Autoren

Kurzbiographien

Dr. med. dent. Antje Böber, geb. in Dresden; Studium der Zahnmedizin an der Universität Ulm (2001 Zahnärztliche Prüfung, 2008 Promotion); seit 2006 Zahnärztin in Ertingen.

Manfred Breuer, geboren in Aachen; bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben bei der Deutschen Telekom AG als Beamter des gehobenen Technischen Dienstes tätig. Mitbegründer der Melaten-Gesellschaft Aachen e.V., die sich als gemeinnützig anerkannte Gesellschaft der Erhaltung und Pflege des Bau- und Bodendenkmals Gut Melaten in Aachen widmet. Weitere Schwerpunkte der Melaten-Gesellschaft Aachen e.V.: Erforschung und Veröffentlichung der euregionalen Geschichte des mittelalterlichen Leprosatoriums Melaten und späteren Gutshofes sowie der damit verbundenen historischen, bauhistorischen kunsthistorischen, kirchenhistorischen und medizinhistorischen Entwicklung.

Rainer Brömer, M.A., geboren in Köln; Studium der Biologie und Wissenschaftsgeschichte in Göttingen, Pisa und Jena; 2008 Promotionsschrift in Göttingen eingereicht; Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; *Forschungsschwerpunkte*: Kulturgeschichte der Medizin in der islamischen Welt, speziell: Humananatomie im Osmanischen Reich; kulturelle und ethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten im deutschen Gesundheitswesen; Medicine Studies.

Privatdozent Dr. phil. Ralf Forsbach M.A., geboren in Siegburg; Studium der Geschichte, der Politischen Wissenschaft und des Öffentlichen Rechts in Bonn (1990 Magister Artium; 1995 Promotion); 2006 Habilitation für Geschichte der Medizin; seit 1999 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Medizinhistorischen Institut der Universität Bonn; *Forschungsschwerpunkte*: Deutsche (Medizin-)Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts, speziell: NS-Medizin; Gesundheit im Wandel von 1945 bis heute; katholisches Gesundheitswesen im Kaiserreich (1871-1918).

Prof. Dr. med., med. dent. et phil. Dominik Groß, geboren in St. Wendel; Studium der Geschichte, der Philosophie und der Klassischen Archäologie (1990 Magisterprüfung, 1993 Promotion in Saarbrücken), der Zahnheilkunde (1989 Zahnärztliche Prüfung, 1991 Promotion in Homburg) und der Humanmedizin (2000 Ärztliche Prüfung, 2001 Promotion in Ulm), 1998 Habilitation in Würzburg; seit 2005 Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen; *Forschungsschwerpunkte*: Neuzeitliche und frühneuzeitliche Medizingeschichte (insb. Medizi-

nische Berufsgruppen), Thanatologie, angewandte Medizinethik (Verteilungsgerechtigkeit, Neuroethik, Transplantationsmedizin).

Dr. med. dent. Ilknur Gün, geboren in Berlin; Studium der Zahnheilkunde (2001 Zahnärztliche Prüfung und Approbation als Zahnärztin an der Freien Universität Berlin); Promotionsschrift in Aachen eingereicht; tätig als niedergelassene Zahnärztin in Düsseldorf.

Dr. med. dent. Mesut Gün, geboren in Lüneburg, Studium der Zahnheilkunde (2001 Zahnärztliche Prüfung und Approbation als Zahnarzt an der Freien Universität Berlin, 2007 Promotion in Aachen); tätig als niedergelassener Zahnarzt in Düsseldorf.

Dr. med. Christian Hick, M.A., geboren in Frankfurt a. M.; Studium von Medizin, Philosophie und Geschichte an den Universitäten von Mainz, Köln und Dijon (Promotion Medizin, Köln 1994; Magister/Maîtrise Philosophie, Mainz/Dijon 1996); seit 1998 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln; *Forschungsschwerpunkte*: Philosophische Grundlagen der Medizinethik, klinische Ethik, Gesundheitskonzepte und ihr historischer Wandel.

Prof. Dr. med. Axel Karenberg, geboren in Frankfurt a. M.; Studium der Medizin und Psychologie in Köln und Montpellier (1985 Ärztliche Prüfung, 1987 Promotion); Facharzt für Neurologie und Psychiatrie; 1994 Habilitation für Geschichte der Medizin; seit 2000 außerplanmäßiger Professor am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin in Köln und Professeur titulaire an der Université du Luxembourg; *Forschungsschwerpunkte*: Geschichte des Krankenhauses und der medizinischen Ausbildung, Entwicklung der Neurologie/Psychiatrie, Medizin und Film, Didaktik der medizinischen Terminologie.

Dipl.-Bibl. Andreas Kopytto, geboren in Königshütte; Magisterstudium (Bibliothekswesen und wissenschaftliche Information) an der Schlesischen Universität in Kattowitz mit dem Abschluss Diplom-Bibliothekar, seit 1993 Bibliothekar am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen.

Städt. Rechtsdirektor Dietmar Kottmann, geboren in Hardeggen-Üssinghausen, Kreis Northeim; Studium der Rechtswissenschaften an der Albertus Magnus Universität zu Köln (1975 I. Staatsexamen) und Referendariat in Köln (1978 II. Staatsexamen), seit 1979 juristischer Mitarbeiter der Stadt Aachen, seit 1984 Vorstandsmitglied des Aachener Geschichtsvereins; *Forschungsschwerpunkte*: Grenz- und Territorialgeschichte, Rechts- und Verfassungsgeschichte.

Dr. phil. Arnd T. May, M.A., geboren in Recklinghausen; Studium der Philosophie, Betriebswirtschaftslehre sowie des Öffentlichen Rechts in Göttingen und Bochum; (2000 Promotion); Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und Leiter der Geschäftsstelle des Klinischen Ethik Komitees

(KEK) des Universitätsklinikums Aachen; *Forschungsschwerpunkte*: Patientenautonomie und Fürsorge, E-Health, Ethikberatung im Gesundheitswesen, Organisationsethik.

Privatdozent Dr. med. Ferdinand Peter Moog M.A., geboren in Bergisch Gladbach; Studium der Klassischen Philologie und Geschichte (1994 Masterprüfung in Köln) und der Medizin (1990 Ärztliche Prüfung in Köln, 1995 Promotion in Gießen), 2005 Habilitation für „Geschichte der Medizin“ in Köln; seit 2005 Privatdozent am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln, zudem seit 2007 Lehrbeauftragter für Griechisch und Latein an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn; *Forschungsschwerpunkte*: Medizin der Antike, Medizin der Napoleonzeit, Geschichte der Zahnheilkunde, Isiskult und Marienverehrung.

Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine Müller, geboren in Bottrop; Studium der Physik (Diplom 1992 in Aachen) und der Philosophie (2004 Promotion in Aachen); seit 2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Fachkoordinatorin für Wissenschaftsethik und –theorie am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen; *Forschungsschwerpunkte*: Neuroethik, insbesondere ethische Probleme der Neurochirurgie; philosophische und naturwissenschaftliche Intelligenz-Theorien; biologische Grundlagen psychischer Phänomene.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Schäfer, geboren in Stuttgart; Studium der Humanmedizin (1994 Ärztliche Prüfung, 1996 Promotion in Freiburg), der Germanischen Philologie, Neueren Deutschen Literaturgeschichte und Geschichte der Medizin (1989 Masterprüfung, 1993 Promotion in Freiburg); 2002 Habilitation in Köln; seit 2007 außerplanmäßiger Professor; seit 2008 Akademischer Oberrat am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln; *Forschungsschwerpunkte*: Historische und ethische Aspekte aus den Bereichen Gesundheit, Gynäkologie und Geburtshilfe, Geriatrie, Sterben und Tod; Literatur und Medizin; Kölner Medizingeschichte.

Dr. med. dent. Gereon Schäfer, geboren in Frankfurt a. M.; Studium der Zahnheilkunde (1989 Zahnärztliche Prüfung, 1995 Promotion in Homburg); seit 2007 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen; seit 8/2008 Stellvertreter des Institutsdirektors und Lehrkoordinator; *Forschungsschwerpunkte*: zahnärztliche Professionalisierung 1919-1989 (historisches Promotionsprojekt), Medizin und Zahnmedizin im Nationalsozialismus, Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen.

Privatdozent Dr. med. Christoph Schweikardt, M.A., geboren in Wasserburg am Inn; Studium der Medizin (1994 Staatsexamen, 1996 Promotion in Gießen) und der Geschichte (1997 Master of Arts in Leiden); seit 1999 wissenschaftlicher Assistent an der Abteilung für Geschichte der Medizin, seit 2005 Abteilung für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum; 2006 Habilitation für das Fach „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“; *Forschungsschwerpunkte*: Historische Pflegeforschung, Geschichte des Gesundheitswesens.

Dipl.-Bibl. Michaela Thal, geboren in Aachen; Studium an der Fachhochschule für Bibliotheks- und Dokumentationswesen in Köln (1984 Diplomprüfung), seit 1984 Bibliothekarin im Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen.

Hideharu Umehara, M.A., geboren in Shizuoka (Japan); Studium der Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsgeschichte in Tokio (1996 Magister Artium in Tokio); Gastwissenschaftler und Doktorand des Instituts für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; *Forschungsschwerpunkte*: Sozialgeschichte im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stadtgeschichte, kommunales Gesundheits- und Schulwesen der Neuzeit.

Prof. Dr. rer. nat., Dr. de l'Univ. de Paris Hans Joachim Winckelmann, geboren in Illertissen; Studium der Pharmazie, Biochemie und Geschichte in München, Würzburg, Boston und Paris (1956 Staatsexamen, 1960 Promotion zum Dr. rer. nat, 1962 Promotion zum Dr. de l'Univ. de Paris); 1980 Habilitation in Geschichte der Medizin in Ulm (Dr. rer. nat. habil); seit 1972 Lehrtätigkeit an der Universität Ulm (Geschichte der Medizin, Geschichte der Naturwissenschaften, Geschichte und Struktur medizinischer Ethik); *Forschungsschwerpunkte*: Neuzeitliche und frühneuzeitliche Medizingeschichte (insb. der freien Reichsstädte), Gesundheitsökonomie.

Korrespondenzadressen

Dr. med. dent. Antje Böber

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Manfred Breuer

Melaten Gesellschaft e. V.
Melatener Str. 97b
D-52074 Aachen

Rainer Brömer, M.A.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Johannes-Gutenberg Universität Mainz
Am Pulverturm 13
D-55131 Mainz

Privatdozent Dr. phil. Ralf Forsbach M.A.

Medizinhistorisches Institut der Rheinischen Friedrichs-Wilhelm-Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
D-53105 Bonn

Prof. Dr. med., med. dent. et phil. Dominik Groß

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. med. dent. Ilknur Gün

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. med. dent. Mesut Gün

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. med. Christian Hick, M.A.

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Prof. Dr. med. Axel Karenberg

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Dipl.-Bibl. Andreas Kopytto

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Städt. Rechtsdirektor Dietmar Kottmann

Quellenweg 83
D-52074 Aachen

Dr. phil. Arnd T. May, M.A.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Privatdozent Dr. med. Ferdinand Peter Moog M.A.

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine Müller

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Schäfer

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Dr. med. dent. Gereon Schäfer

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Privatdozent Dr. med. Christoph Schweikardt, M.A.

Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin
Ruhr-Universität Bochum
Malakowturm, Markstr. 258a
D-44799 Bochum

Dipl.-Bibl. Michaela Thal

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Hideharu Umehara, M.A.

Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstraße 1
D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. rer. nat., Dr. de l'Univ. de Paris Hans Joachim Winckelmann

Medizinische Fakultät der Universität Ulm
Medizingeschichte
Oberer Eselsberg
D-89069 Ulm