

**Dominik Groß, Axel Karenberg, Stephanie Kaiser
und Wolfgang Antweiler (Hrsg.)**

Medizingeschichte in Schlaglichtern

Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“



Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker

Band 2

Herausgegeben von
Axel Karenberg

Dominik Groß, Axel Karenberg,
Stephanie Kaiser und Wolfgang Antweiler (Hrsg.)

Medizingeschichte in Schlaglichtern

Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“

Schriftleitung: Stephanie Kaiser

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 print: 978-3-86219-000-3

ISBN online: 978-3-86219-001-0

URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-30012>

© 2011, kassel university press GmbH, Kassel

www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design, Kassel

Printed in Germany

Vorwort

Im Jahr 2008 wurde die neue Schriftenreihe des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker begründet, um für Forschungen zur Vergangenheit von Gesundheit und Krankheit ein neues, wissenschaftlich geprägtes Forum zu eröffnen. Zwei Ziele standen bei diesem Vorhaben im Vordergrund: Zum einen sollte für Themen, die unmittelbar die Region Rheinland und ihre Umgebung betreffen, eine attraktive Publikationsplattform bereitgestellt werden. Zum anderen schien es sowohl eine reizvolle Chance als auch eine dringende Notwendigkeit zu sein, erstmals zwischen zwei Buchdeckeln einen aktuellen Querschnitt wichtiger Forschungsergebnisse aus dem Westen der Bundesrepublik und aus den angrenzenden Benelux-Staaten zu präsentieren.

Dabei rückten zwar akademische Projekte aus den einzelnen Instituten für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in den Mittelpunkt; gleichermaßen durfte und musste jedoch die historische Arbeit der hauptberuflich in Praxis und Klinik tätigen Kolleginnen und Kollegen Berücksichtigung finden. Diese langjährige Tradition des Rheinischen Kreises nimmt mittlerweile nahezu den Rang eines „Alleinstellungsmerkmals“ in der medizinhistorischen Landschaft ein und sollte, so lautete damals das Credo, unbedingt erhalten bleiben.

Die erfreulich große Resonanz, die der erste Band innerhalb wie außerhalb seiner Ursprungsregion gefunden hat, zeigte den Herausgebern, dass diese Leitideen richtig sind – und ermutigte sie, nun in kurzem Abstand einen weiteren folgen zu lassen. Den entscheidenden Anstoß gab nicht zuletzt ein Jubiläum: 2010 jährte sich der Geburtstag des herausragenden Chirurgen Fabricius Hildanus zum 450. Mal. Unter großer Anteilnahme der Öffentlichkeit wurde daher die Jahrestagung des Rheinischen Kreises im Wilhelm-Fabry-Museum Hilden abgehalten. Darüber hinaus fand dort im Rahmen eines umfangreichen Programms eine Serie von wissenschaftlichen Abendvorträgen statt, die grundlegende Aspekte vormoderner Medizin für ein breites Publikum darstellte und erläuterte. Diesen beiden Veranstaltungen verdanken sich wesentliche Teile des vorliegenden Bandes.

Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass sich im vorliegenden Sammelband gerade auch Beiträge zu Wilhelm Fabry und der Medizin seiner Zeit finden.

Doch den Anfang machen zwei Abhandlungen zur *Medizin in der Antike*. Während sich Siegwart Peters mit „Hygieneaspekten im *valetudinarium* an der römischen Rheinfront“ auseinandersetzt, beschäftigen sich Ferdinand Peter Moog und Daniel Schäfer auf der Grundlage ausgewählter literarischer Beispiele mit dem alten Mensch im Altertum.

Die zweite Sektion des chronologisch angelegten Buchbandes ist sodann der *Medizin zur Zeit Wilhelm Fabrys* gewidmet: Daniel Schäfer befasst sich in seinem Aufsatz mit Wilhelm Fabry und dem „Keyserschnitt“; dabei zeichnet er den zeitgenössischen medizinischen Diskurs zur *sectio caesarea* nach. Axel Karenberg nimmt seinerseits die Geschichte der Verstopfung in den Blick; auch er stellt hierbei die Arbeiten Wilhelm

Fabrys in den Mittelpunkt der Erörterungen. Shuhei Inoue beschäftigt sich anschließend mit der Kölner Barbierszunft in Spätmittelalter und Früher Neuzeit; er fokussiert hierbei auf Veränderungen in der Organisation und Selbstverwaltung der Zunft im Zeitverlauf. Am Ende der zweiten Buchsektion steht ein pharmaziehistorischer Beitrag von Peter Schantz und Dominik Groß: Die genannten Autoren untersuchen die traditionellen Anwendungsgebiete der Arzneipflanzen Weißdorn und Herzgespann; auch hier gilt der Frühen Neuzeit ein besonderes Augenmerk.

Medizin und Naturwissenschaften in der Neuzeit – so lautet die dritte Sektion des vorliegenden Bandes. Thomas T. Nagel und Dominik Groß beschäftigen sich in ihrem medizinhistorischen Beitrag mit den „Bewegungen des Gehirns“ – einem einst viel diskutierten und heute beinahe vergessenen Gegenstand der experimentellen Hirnforschung. Es folgt ein Aufsatz von Johannes Beckmann, der sich unter dem Titel „Die ganze Bewegung war die Bewegung aufsteigender Elemente“ mit dem familiären Umfeld und der Jugendzeit des deutsch-russischen Arztes Friedrich Joseph Haas (* 1780, † 1853) auseinandersetzt. Die wissenschaftlichen Aktivitäten des im Dienste des ostindischen Gouvernements stehenden Botanikers Caspar Georg Carl Reinwardt (* 1773, † 1854) untersucht Teunis Willem van Heiningen. Anschließend illustrieren Anne Kerber und Frank Leimkugel am Beispiel der „Dynastie Pappenheim-Mühsam“ den Akademisierungprozess jüdischer Heilkundiger im 19. Jahrhundert.

Sektion IV steht unter dem thematischen Motto *Medizin im „Dritten Reich“*: Ioanna Mamali nimmt zunächst die „Universitäts- und Anstaltspsychiatrie im Nationalsozialismus“ in den Blick; im Mittelpunkt der Ausführungen steht hierbei die regionale Einbindung der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität Münster. Lutz-Dieter Behrendt und Daniel Schäfer beschäftigen sich sodann mit Rudolf Grashey und der Röntgenologie im „Dritten Reich“. Dabei gehen sie insbesondere der Frage nach, ob Grashey zu den „Tätern“ gehört oder als „Mitläufer“ einzuordnen ist. Irene Franken und Daniel Schäfer liefern den dritten Beitrag zu dieser Buchsektion: Sie untersuchen unter dem Titel „Professionelles Handeln in der Diktatur“ die Verstrickungen von Hans Christian Naujoks und der deutschen Frauenheilkunde in die NS-Medizin während des „Dritten Reiches“.

Das nachfolgende Buchkapitel widmet sich *Rezente Entwicklungen in der Medizin*. Den Anfang machen Maria Lüttgenau und Tatjana Grützmann. Sie beschäftigen sich mit der Entstehungsgeschichte der Hospizarbeit in Deutschland; besondere Berücksichtigung finden in ihren Ausführungen die spezifischen Zielsetzungen und Bedingungen von Kinderhospizen. Klaus Peter Wahner und Christoph Schweikardt nehmen die Geschichte der Namensgebung des Florence-Nightingale-Krankenhauses der Kaiserswerther Diakonie in den Blick; ihr besonderes Augenmerk gilt hierbei den Rahmenbedingungen und dem (internen) Meinungsbildungsprozess. Gesa Fischer, Christoph Schweikardt und Stephanie Kaiser widmen sich ihrerseits der „Entwicklung der ‚Sektionsfrage‘ im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes“; dabei steht die Rezeption der 2005 veröffentlichten „Stellungnahme zur Autopsie“ des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer im Mittelpunkt ihrer Erörterungen.

Den Abschluss bildet ein Kapitel zur *Medizin im Spiegel von Literatur und Kunst*. Svenja Hein, Dominik Groß und Jean-Philippe Ernst beschäftigen sich in ihrem medi-

zinhistorischen Beitrag mit der Anstaltspsychiatrie im Spiegel des 1964 veröffentlichten Bestseller-Romans „I Never Promised You A Rose Garden“ von Joanne Greenberg. Demgegenüber nehmen Gloria I. Winterlich, Dagmar Schmitz und Dominik Groß die „Abtreibungsdebatte“ im Italien der 1970er Jahre in den Blick. Auch sie gehen hierbei aus von einem international bekannten belletristischen Werk: dem 1975 veröffentlichten Roman „Lettera a un bambino mai nato“ („Brief an ein nie geborenes Kind“) der Schriftstellerin Oriana Fallaci, in dem auch ärztliche Positionen zum Thema Schwangerschaftsabbruch thematisiert werden. Bianca Sukrow beschäftigt sich ebenfalls mit den Wechselwirkungen und Austauschprozessen von Literatur und Medizin: Unter der Überschrift „Der Hirnschaden im Rampenlicht“ analysiert sie Veränderungen im Verhältnis von Neuro-Medizin und Populärmedien. Am Ende der Sektion wie auch des vorliegenden Buchbandes steht schließlich ein Beitrag von Sandra Abend und Wolfgang Antweiler. Sie befassen sich mit den „Göttern in Weiß“; Ausgangspunkt ihrer Untersuchung ist die Darstellung von Arztmythen in der Kunst.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren herzlich für ihre Originalarbeiten und hoffen, dass auch dieser zweite Band der Reihe „Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“ dazu beitragen kann, den Dialog unter den Freunden des Fachs Medizingeschichte – innerhalb und außerhalb des Rheinischen Kreises – zu fördern.

Aachen, Hilden und Köln, im Oktober 2010

Die Herausgeber

Inhalt

| | |
|---|-----|
| Vorwort | 5 |
| <u><i>I. Medizin in der Antike</i></u> | 13 |
| SIEGWART PETERS Hygieneaspekte im <i>valetudinarium</i> an der römischen Rheinfront | 15 |
| FERDINAND PETER MOOG UND DANIEL SCHÄFER Der alte Mensch in der Literatur des Altertums – Ausgewählte Beispiele aus Poesie und Prosa | 33 |
| <u><i>II. Medizin zur Zeit Wilhelm Fabrys</i></u> | 53 |
| DANIEL SCHÄFER Wilhelm Fabry und der <i>Keyserschnitt</i> . Ein Schlaglicht auf die medizinische Diskussion in der Frühen Neuzeit | 55 |
| AXEL KARENBERG Wilhelm Fabry und die Geschichte der Verstopfung | 73 |
| SHUHEI INOUE Heilkundige in der Handwerkszunft: Die Kölner Barbierszunft und ihr organisatorischer Wandel in Spätmittelalter und Früher Neuzeit | 91 |
| PETER SCHANTZ UND DOMINIK GROB Traditionelle Anwendungsgebiete der Arzneipflanzen Weißdorn und Herzgespann. Eine pharmaziehistorische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Frühen Neuzeit | 99 |
| <u><i>III. Medizin und Naturwissenschaften in der Neuzeit</i></u> | 121 |
| THOMAS. T. NÄGEL UND DOMINIK GROB Die „Gehirnbewegungen“ – Historische Anmerkungen zu einem vergessenen Forschungsgegenstand und seinen maßgeblichen Protagonisten | 123 |
| JOHANNES BECKMANN „Die ganze Bewegung war die Bewegung aufsteigender Elemente.“ Neue Forschungen zur Familie und Jugend von Friedrich Joseph Haas (1780-1853) | 145 |

| | |
|--|-----|
| TEUNIS WILLEM VAN HEININGEN Caspar Georg Carl Reinwardt (1773-1854). Wissenschaftliche Aktivitäten im Dienste des ostindischen Gouvernements | 179 |
| ANNE KERBER UND FRANK LEIMKUGEL Die Dynastie Pappenheim-Mühsam – Zur Akademisierung der Juden im 19. Jahrhundert in den Naturwissenschaften und der Medizin am Beispiel einer Familie | 193 |
| <u>IV. Medizin im „Dritten Reich“</u> | 205 |
| IOANNA MAMALI Universitäts- und Anstaltspsychiatrie im Nationalsozialismus: „Personelle Querverbindungen“ | 207 |
| LUTZ-DIETER BEHRENDT UND DANIEL SCHÄFER Ein medizinischer „Mitläufer“? Rudolf Grashey und die Röntgenologie im „Dritten Reich“ | 227 |
| IRENE FRANKEN UND DANIEL SCHÄFER Professionelles Handeln in der Diktatur. Hans Christian Naujoks und die deutsche Frauenheilkunde während des „Dritten Reiches“ | 243 |
| <u>V. Rezente Entwicklungen in der Medizin</u> | 251 |
| MARIA LÜTTGENAU UND TATJANA GRÜTZMANN Zur Entstehungsgeschichte der Hospizarbeit unter besonderer Berücksichtigung von Kinderhospizen in Deutschland | 253 |
| KLAUS PETER WAHNER UND CHRISTOPH SCHWEIKARDT Wie das Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie zu seinem Namen kam: Rahmenbedingungen, Motive und interne Kritik | 269 |
| GESA FISCHER, CHRISTOPH SCHWEIKARDT UND STEPHANIE KAISER Die Entwicklung der „Sektionsdebatte“ im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes | 281 |

| | |
|--|-----|
| <i>VI. Medizin im Spiegel von Literatur und Kunst</i> | 301 |
| SVENJA HEIN, DOMINIK GROB UND JEAN-PHILIPPE ERNST US-amerikanische Psychatriegeschichte im Spiegel des Romans „I Never Promised You A Rose Garden“ von Joanne Greenberg | 303 |
| GLORIA I. WINTERLICH, DAGMAR SCHMITZ UND DOMINIK GROB Die italienische „Abtreibungsdebatte“ im Spiegel der belletristischen Literatur. Das Beispiel „Brief an ein ungeborenes Kind“ der Schriftstellerin Oriana Fallaci | 329 |
| BIANCA SUKROW Der Hirnschaden im Rampenlicht. Verschiebungen im Verhältnis von Neurowissenschaften und Populärmedien | 351 |
| SANDRA ABEND UND WOLFGANG ANTWEILER Götter in Weiß. Arztmythen in der Kunst | 363 |
| <i>Korrespondenzadressen der Autorinnen und Autoren</i> | 377 |

I. Medizin in der Antike

Hygieneaspekte im *valetudinarium* an der römischen Rheinfront

Siegwart Peters

1. Einleitung

Nach den Heeresreformen des Marius (vor 100 vor Christus) und des Augustus (nach 23 vor Christus) war aus dem republikanischen Milizheer eine schlagkräftige Berufsarmee geworden.¹ Einerseits verbesserten diese Umstrukturierungen ganz entscheidend die Effizienz der Truppe, andererseits erhöhten sich damit die Kosten, weil der Staat nun jeden einzelnen Legionär ausbildete und bewaffnete. Während noch bei der Eroberung Galliens Verwundete zur Pflege in Privathaushalten zurückgelassen werden konnten, war dies kurz vor der Zeitenwende in Germanien nicht mehr möglich.² Im Zuge der augusteischen Neuordnung ergab sich somit zwangsläufig die Notwendigkeit, verwundete und kranke Soldaten direkt im Militärlager medizinisch zu versorgen. Für diesen Bedarf wurde ein völlig neuer Bautypus zur fachgerechten Behandlung und Betreuung von Kranken und Verwundeten im Legionslager entwickelt, das *valetudinarium*.³ Gleichzeitig wurden Ärzte ausgebildet respektive angeworben, die in diesen Krankenhäusern fest angestellt und ständig präsent waren.⁴

Um die Zeitenwende wurden entlang des Rheins etliche Militärlager gegründet, von denen aus militärische Vorstöße nach Germanien vorgetragen wurden und wohin man sich danach wieder zurückzog. Ein wesentlicher Grund dafür war die kleinräumige Siedlungsstruktur der germanischen Stämme, die eher eine punktuelle Besiegung denn eine flächenhafte Eroberung möglich machte.⁵ Folglich wurden auch die ersten *valetudinaria* in engem zeitlichem Zusammenhang mit den jeweiligen regionalen Militäraktionen an der unruhigen Rheingrenze errichtet. Ihre Bauzeit fällt in die Zeit von circa 5 vor Christus bis circa 70 nach Christus (Tabelle 1). Da dieser Bautyp auch in anderen Regionen in der Folgezeit praktisch unverändert beibehalten wurde, sollen die ergrabenen Grundrisse der frühen Häuser von Bonn, Haltern, Neuss, Windisch (2) und Xanten (2) Grundlage dieser Diskussion sein.

¹ Sueton (2001a), S. 94; Junkelmann (1986), S. 85-89.

² Scarborough (1968), S. 255; Meyer-Steineg (1912), S. 35.

³ Künzl (1991), S. 200.

⁴ Engelhardt (1974), S. 28; Wilmanns (2003), S. 2592-2594.

⁵ Veh (2007), S. 262.

| Ort | Bau | Ereignis | Halle |
|--------------------------|----------------------------------|--|-------------|
| Haltern | ca. 5-1 v. Chr. | Feldzüge des Tiberius in Germanien, Ausbau punktueller Stützpunkte entlang der Lippe | ??? |
| Xanten I | ab 12 n. Chr. | Ausbau zur militärischen Operationsbasis gegen Germanien, Feldzüge des Germanicus | Halle |
| Windisch I (4. Periode) | ca. 14-16 n. Chr. | Neuordnung der Provinzen durch Tiberius, Gründung von Vindonissa | Keine Halle |
| Windisch II (5. Periode) | nach 47 n. Chr. | Militärische Sicherung der burgundischen Pforte | Halle |
| Xanten II | ab 54 n. Chr. | Weiterer Ausbau der niedergermanischen Lager | Halle |
| Neuss | ca. 43 n. Chr. - nach 70 n. Chr. | Verlagerung der Legio XVI nach Neuss. Mehrere Militäraktionen | Halle |
| Bonn | ca. 70 n. Chr. | Bataveraufstand | ??? |

Tabelle 1: Bauzeit der valetudinaria, Vorhandensein einer Eingangshalle und zeitgleiche militärische Ereignisse⁶

2. Das valetudinarium

2.1 Baukonzept

In Abkehr von der Bautradition des mediterranen Peristylhauses wurde ein völlig neuer Bautyp funktionsbezogen entworfen.⁷ In jedem Bauflügel umschlossen zwei Reihen fast identischer Zimmer, die oft durch kleine Seitenflure zugänglich wurden, einen zentralen Korridor. Drei solche Baukörper umfassten U-förmig einen vom Peristylhaus übernommenen Innenhof. Der frontale vierte, den Hof abschließende Eingangstrakt enthielt an Stelle des mediterranen Atriums entweder eine große Eingangshalle und benachbarte Versorgungs- und Verwaltungsräume oder aber ebenfalls eine doppelte Zimmerflucht samt Flur (Abbildung 1). Die Kosten für die Errichtung eines solchen *valetudinariums* wurden vom Militär getragen.⁸

⁶ Peters (2010).

⁷ Künzl (1991), S. 201.

⁸ Dyczek (2002), p. 686.

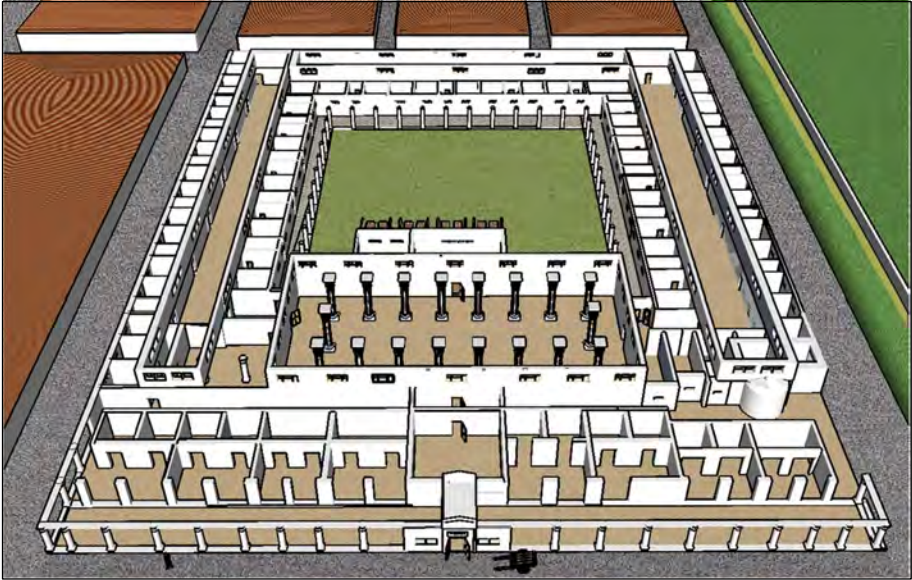


Abbildung 1: Virtuelles Modell eines valetudinariums (Gesamtansicht, Dach entfernt). Hinter einer vorgelagerten Reihe von tabernae nehmen eine große Eingangshalle (Mitte), die Thermenanlage (rechts) und ein weiterer hallenähnlicher Raum (links) den ganzen queren vorderen Bauflügel ein. Die beiden seitlichen und der hintere Baukörper werden zentral von einem Flur durchzogen, der beidseitig von Krankenzimmern flankiert wird. Der ganze Bau wird von Lagerstraßen umgeben, die an die Kasernenbauten angrenzen. Rechts neben der via sagularis sind Lagerwall und Mauer erkennbar (Grundlage der exemplarischen Rekonstruktion ist das neronische valetudinarium von Xanten).

Unter Hygienegesichtspunkten war die Aufgabe des in Privathäusern obligaten Wasserbeckens (*impluvium*) im Atrium am wichtigsten. Das Wasser in diesen Becken war eine Brutstätte für Anophelesmücken als Malariaüberträger.⁹ Durch den Verzicht auf dieses Baudetail war der Lebenszyklus des Malariaerregers empfindlich gestört und die Infektionskette weitgehend unterbrochen.

Die von diesen Mücken übertragene Malaria war eine allgegenwärtige Plage der Römer, ohne in ihren Ursachen erkannt zu sein; allenfalls wurden Infektionsursachen und -wege erahnt.¹⁰ Statt ursachenbezogen die Wasserbecken auch aus den Privathäusern zu verbannen, wurde lediglich die *dea Febris* um Hilfe gegen die Krankheit gebeten.¹¹ Das Fehlen solcher Wasserbecken in den *valetudinaria* trug wesentlich zur Eindämmung von Neuerkrankungen bei. Allein durch dieses Detail war der *Valetudinariums*-bau der Vorlage des privaten Peristylhauses in gesundheitlicher Hinsicht weit überlegen.

⁹ Winkle (1984a), S. 262.

¹⁰ Varro zitiert nach Winkle (1984b), S. 340.

¹¹ Eisenhut (1979), S. 526-527.

2.2 Korridororientierung

Ein Bauwerk auf einen Korridor hin zu orientieren, war um die Zeitenwende eine absolute Neuerung.¹² Das Zentrum des Gebäudes war nicht mehr eine der Muße dienende Ruhezone, sondern eine großzügig angelegte Verkehrsfläche, die mit einer Mindestbreite von circa 4,00 m (Windisch) selbst heutige Krankenhausflure mit etwa 2,00 bis 3,00 m in den Schatten stellte (Abbildung 2). Sogar die meisten Straßen Roms waren kaum breiter als 3,00 m.¹³

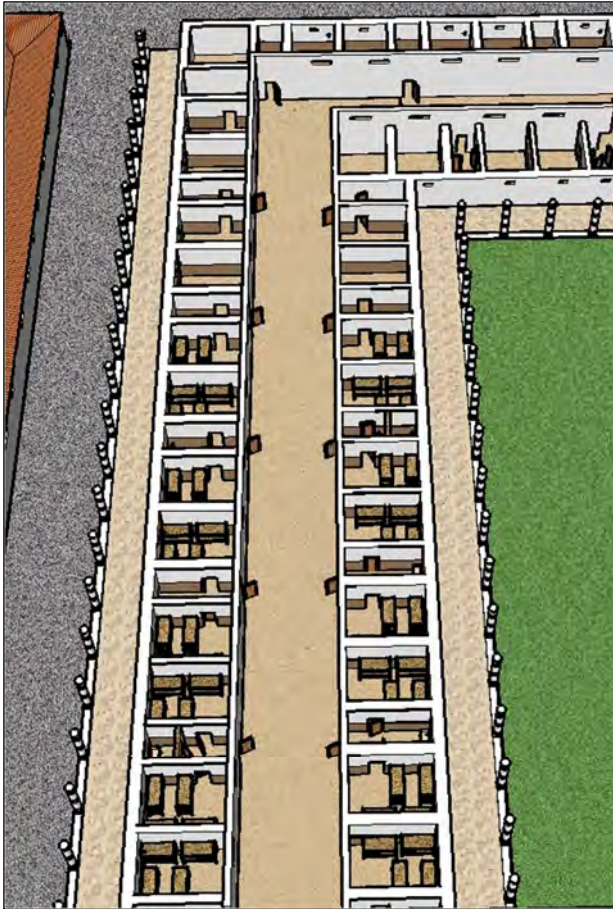


Abbildung 2: Virtuelles Modell eines valetudinarius (linker Flur, Dach entfernt). Der Fußboden des gesamten Bautrakts ist als Stampflehm dargestellt. Sowohl zur Straßenseite (links) als auch zum Innenhof (rechts) wird der Bau begleitet von einem säulenbegrenzten Laubengang.

¹² Künzl (1991), S. 201.

¹³ Winkle (1984a), S. 260.

Es entspricht dem Grundgedanken praktischer Bewegungsökonomie, dass die Korridore auf dem kürzesten Wege alle Krankenzimmer zugänglich machten. Mit knappen Personalressourcen musste maximale Bewegungsfreiheit und Betreuungseffizienz erzielt werden können. Breite Zentralflure waren und sind bis heute dafür die optimale Lösung. Die Ruhebereiche, die den Rekonvaleszenten die notwendige Ruhe versprachen, waren die Krankenzimmer selbst. So sind unter anderem auch die kleinen Nebenflure begründbar, von denen aus die einzelnen Räume erst zugänglich waren.

2.3 Innenhof

Auch der innere Hofraum, Entsprechung des privaten Peristyls, war einer anderen Nutzung freigestellt. Im Neusser *valetudinarium* wird hier ein Küchen- oder Arzneigarten vermutet, andernorts wurde ein kleiner Äskulaptempel gefunden.¹⁴ So diente diese Fläche nicht mehr der persönlichen Muße, sondern wurde nach Bedarf für die Heilbehandlung funktionalisiert.

2.4 Eingangsbereich (Halle)

Ähnlich wie in modernen Krankenhäusern darf auch in den römischen *valetudinaria* der Ambulanzbereich sofort hinter dem Eingang angenommen werden. Anderslautende Vermutungen, wie zum Beispiel für Bonn geäußert, können nicht haltbar sein, da sie funktionell „unlogisch“ sind.¹⁵

Die Grundrisse in Neuss, Windisch (Steinbau) und beiden Häusern von Xanten weisen im Eingangsbereich eine zentrale Halle auf (vgl. Abbildung 1). Ein Vergleich mit den Bauzeiten ergibt, dass diese Baugestaltung stets mit Perioden größerer kriegerischer Aktionen gekoppelt ist (Tabelle 1). Während der Holzbau in Windisch in einer Zeit relativer regionaler Ruhe errichtet wurde und wohl deshalb auch keine Halle aufwies, ist die Situation in Haltern und in Bonn aufgrund der bruchstückhaften archäologischen Befunde nicht klar.

Die Nutzung dieser Hallen könnte man sich dann ähnlich vorstellen wie in Klinikambulanzen, wo zum Beispiel bis in jüngere Zeit mehrere Untersuchungsplätze durch Wandschirme abgeteilt in einem Saal untergebracht waren.

2.5 Bettenstationen

Wie schon erwähnt, waren je zwei Krankenzimmer (Breite: 3,00-4,50 m; Länge: 3,40-6,50 m) durch einen kleinen, vom Hauptkorridor abgehenden Stichflur zugänglich. Unter Berücksichtigung einer Körpergröße von etwa 1,70 m zur frühen Kaiserzeit erscheint eine Bettengröße von circa 0,80 x 1,80 m wahrscheinlich.¹⁶ Somit hätten in den kleineren Zimmern maximal vier, in den größeren bis zu sechs Betten Platz gefunden. Wenn wir die Verwendung von Etagenbetten annehmen, so ergäbe sich eine mögliche Zimmerbelegung von acht Patienten, was der Stubenbelegung von acht Legionären in

¹⁴ Dyczek (1999), p. 495-500.

¹⁵ Gechter (2001), S. 154.

¹⁶ Koepke (2005), p. 21; Koepke/Baten (2005), p. 78.

der Kaserne direkt entsprechen würde (Abbildung 3).¹⁷ Damit wäre ein *valetudinarium* in der Lage gewesen, den durch die Vindolanda-Tafel Nr. 154 belegten Krankenstand von circa 10 Prozent der Truppe aufzunehmen.¹⁸

In einer Mannschaftsbaracke hatte jeder Legionär etwa zwei Quadratmeter Lebensraum zur Verfügung.¹⁹ Ausgehend von den genannten Zimmergrößen entspricht das in etwa auch der Fläche, die jeder Kranke in einem *valetudinarium* nutzen konnte. Daraus ergeben sich Konsequenzen. Selbst wenn wir den römischen Legionären ein geringeres Bedürfnis nach Privatsphäre unterstellen als heute beansprucht wird, so war dieses enge Miteinander unterschiedlich Kranker sicherlich nicht immer angenehm. Hinzu kommt, dass im Gegensatz zu der Situation in der Kaserne die Patienten die meiste Zeit des Tages im Zimmer verbrachten. Mit Sicherheit war im Falle eines kontagiös Erkrankten die rasche Verbreitung einer Krankheit fast unumgänglich.



*Abbildung 3: Virtuelles Modell eines valetudinariums
(Krankenzimmer, Dach abgehoben, flurseitige Wand als Grundriss angedeutet).*

Vom Zentralkorridor ist ein kleiner Seitenflur zugänglich, von dem aus Türen in die Krankenzimmer führen. Links Darstellung mit Etagenbetten, rechts Darstellung mit Einfachbetten. Vorn Kohlebecken zur Heizung.

¹⁷ Scholz (2006), S. 38.

¹⁸ Vindolanda Tablets (1994), Nr. 154.

¹⁹ Hartmann (1986), S. 59.

2.6 Gesamtbau

2.6.1 Geografische Orientierung

Vitruv beschreibt detailliert die Anlage von Straßen mit Rücksicht auf die vorherrschende Windrichtung und begründet dies ausdrücklich mit gesundheitlichen Aspekten. Dabei fordert er, dass so gebaut werde, dass die Winde, „wenn sie auf die Ecken der Häuserblöcke stoßen, gebrochen werden und zurückprallend sich zerstreuen.“²⁰ Im Rheinland weht der Wind vorherrschend aus westlicher Richtung. Alle *valetudinaria* entsprechen mehr oder weniger konsequent der Vitruvischen Forderung, dass der Wind auf eine Hausecke stoßen soll. Der dadurch erreichte abgemilderte und gleichmäßigere Luftaustausch kann positiv bewertet werden. Durch die Anlage des *prae-furnium* auf der Westseite der Thermen in Xanten sollte der Wind möglicherweise zusätzlich die warme Luft direkt in die Hypokausten drücken (Abbildung 4).²¹

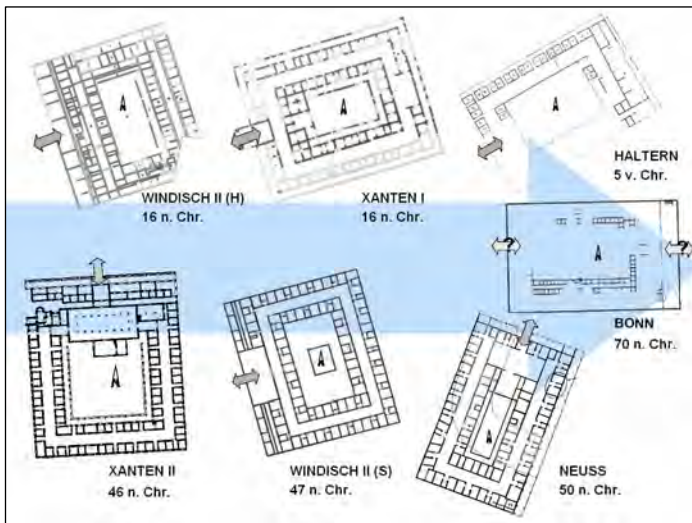


Abbildung 4: Orientierung der (hier nicht maßstabsgetreu wiedergegebenen) *valetudinaria* zur vorherrschenden Windrichtung (großer hellblauer Pfeil).

Alle Grundrisse sind genordet. Die Forderung Vitruvs, der Wind solle auf eine Hausecke prallen, ist bei allen Häusern in etwa eingehalten. Die kleinen grauen Doppelpfeile weisen auf die Eingänge der Häuser hin.

2.6.2 Fußboden

In keinem der rheinischen *valetudinaria* ist ein durchgängiger fester Zement- oder Plattenfußboden gefunden worden. Stattdessen berichten die Ausgräber von „gewachsenem Boden“ in Haltern oder vom „Urboden“ (Lehm) in Neuss.²² Nur in einem

²⁰ Vitruv (1987), S. 61-65.

²¹ Hanel (2000), S. 24.

²² Stieren (1930), S. 193; Koenen (1904), S. 181.

Raum von Xanten wurde ein Wasserestrichboden gefunden, während für die Latrine von Neuss ein Ziegelplattenbelag beschrieben wird.²³ Zwei zuverlässige Aussagen gibt es zu einem Vorgängerbau in Windisch sowie zu einem wesentlich späteren *valetudinarium* in Novae.²⁴ In beiden Fällen wird von sandbestreutem Stampflehboden berichtet. Es ist anzunehmen, dass alle Häuser solche Fußböden hatten. Da Stampflehm stets etwas elastisch bleibt, wärme- und schalldämmend sowie brandhemmend ist und außerdem gering antibakteriell wirkt, war er ein durchaus geeignetes Material für solche Bauten mit viel Personenverkehr. Andererseits ist Stampflehm aber auch empfindlich gegenüber Feuchtigkeit. Dem konnte durch eine gute Durchlüftung des Baus (s. o.) und die Sandstreuung teilweise begegnet werden. Wegen der durch das von Tacitus erwähnte feuchte Wetter bedingten Schimmelgefahr wird diese Sandschicht relativ oft zu erneuern gewesen sein, obwohl die Pflege von 3.000 bis 6.000 m² recht personalintensiv war.²⁵ Hygienisch gesehen ist eine solche Lösung als durchaus akzeptabel einzustufen.

2.6.3 Wasserversorgung

Für einen Krankenhausbetrieb erscheint eine ausreichende Wasserzufuhr unerlässlich. Angesichts der Unterbringung sehr vieler Kranker auf engem Raum ist neben dem Trinkwasser insbesondere an Reinigung und Toilettenspülung (sofern vorhanden) zu denken. Wenn wir sparsamst einen Wasserbedarf von etwa 20 Liter pro Tag und Person annehmen (von Petrikovits schätzt sogar nur 15 Liter pro Tag)²⁶, so müssten die hier vorgestellten Häuser für den Fall voller Belegung an eine auf circa 12.000 Liter pro Tag dimensionierte Wasserleitung angeschlossen sein. Abhängig von der Lage des Lagers kann die Versorgung mit Frischwasser aus einer Quelle mittels Wasserleitung gespeist, respektive über Schöpfräder aus einem Flusslauf oder aus Brunnen und Zisternen erfolgen. Wenn wir letztere als alleinige Wasserquelle für 6.000 Legionäre für unwahrscheinlich halten, bleiben nur die ersten beiden Möglichkeiten.

In Bonn endet eine etwa 10 km lange Wasserleitung aus dem Vorgebirge an der Südwestecke des Lagers.²⁷ Das Lager war somit an eine Quellwasserversorgung angeschlossen. Das Lager in Xanten liegt zwar vom Fluss entfernt, aber am Südhang des sogenannten Fürstenbergs.²⁸ Die Badeanlage mit integrierter Toilette in dem jüngeren Bau setzt zwingend ausreichend fließendes Wasser für deren Betrieb voraus.²⁹ Eine allerdings jüngere Wasserleitung wurde teilweise ergraben.³⁰

Einen außergewöhnlichen Sonderfall stellt Windisch dar. Obwohl 30 bis 40 m über dem Zusammenfluss von Aare und Reuß gelegen, konnte über zwei 2,4 km beziehungsweise 2,8 km lange Leitungen frisches Quellwasser herangeführt werden.

²³ Oelmann (1931), S. 225; Koenen (1904), S. 182.

²⁴ Simonett (1937), S. 10; Dyczek (2004), p. 162.

²⁵ Tacitus (2004a), S. 290-293; Tacitus (2004c), S. 71-72.

²⁶ Petrikovits (1975), S. 105.

²⁷ Hanel (2000), S. 27; Grewe (1988), S. 50-52.

²⁸ Lehner (1930), S. 179.

²⁹ Oelmann (1931), S. 225; Schultze (1934), S. 56.

³⁰ Hanel (2000), S. 25.

Ältere Schätzungen nennen eine Förderleistung von 480.000 bis 600.000 Liter Wasser.³¹ Die kürzere der Leitungen funktioniert noch heute und speist einen Springbrunnen vor der Klinik in Königsfelden mit 100.000 bis 576.000 Liter Frischwasser pro Tag. Wenn die Leitungen in Bonn und in Xanten eine ähnliche Menge liefern konnten, waren auch diese beiden Lager mit reichlich Wasser versehen.

Das Halterner Lager nimmt eine Anhöhe über der Lippe ein, wobei das *valetudinarium* sogar noch etwas höher liegt als das allgemeine Lagerniveau.³² Da es damit praktisch am höchsten Punkt der Umgebung stand, scheidet eine Wasserleitung aus einer höher gelegenen Quelle aus. Zur Versorgung sind daher Schöpfräder die wahrscheinlichste Lösung.³³

Bei Neuss sind auf einer Länge von 370 m Pfostenstellungen aus augusteisch-iberischer Zeit gefunden worden, die von der Erft auf das Lager zuführen und als hölzern aufgeständerte Wasserleitung gedeutet werden.³⁴ Auch hier kann das Wasser der Erft nur mit Schöpfrädern entnommen worden sein.

Noch heute werden in Möhrendorf an der Regnitz (nahe Erlangen) historische Wasserräder dieser Art betrieben. Der betreuende Verein gibt an, dass ein Rad mit 24 Schöpfkümpfen bei vier Meter Raddurchmesser und vier Umdrehungen pro Minute pro Stunde 60.000 Liter Wasser liefert (= 1,4 Millionen Liter pro Tag).³⁵ Da diese Baugröße auch für die Römerzeit realistisch erscheint, war sowohl mit den archäologisch gefundenen Wasserleitungen wie auch mit Schöpfrädern grundsätzlich eine reichliche Wasserzufuhr für die hier behandelten Lager gesichert.

Neben der ausreichenden Beschaffung ist ein weiterer Aspekt die gesundheitliche Unschädlichkeit des vorhandenen Wassers, worauf auch Vitruv schon detailliert eingeht.³⁶ Er beschreibt einige nachprüfbar, vorwiegend physikalische Kriterien, anhand derer die Wasserqualität beurteilt werden kann. Außerdem vertritt er nachdrücklich die Gepflogenheit, Bauplätze unter anderem nach der Eingeweideschau einheimischer Tiere, also ihrem Gesundheitszustand, zu beurteilen.³⁷ Auch die Reinigung des Wassers durch technische Anlagen, wie sie zum Beispiel für die Wasserleitung nach Köln belegt sind, sowie entsprechende Gesetze, die schädliche Einträge vermeiden sollten, zeigen den Wert, den die Römer sauberem Wasser zumaßen.³⁸ Wenn auch die gesamte Mikrobiologie um die Zeitenwende noch unbekannt war, so kann doch grundsätzlich eine gesundheitlich unbedenkliche Wasserqualität angenommen werden.

2.6.4 Badeanlagen/Thermen

Angesichts einer (heute) naheliegenden Hauptverwendung des Wassers zur Körperpflege erstaunt, dass sich in den Grabungsberichten keine Hinweise mehr auf direkte

³¹ Laur-Belart (1935), S. 92.

³² Watermann (1974), S. 120.

³³ Vitruv (1987), S. 481-485.

³⁴ Hanel (2000), S. 24.

³⁵ Dürschner (2008).

³⁶ Vitruv (1987), S. 389.

³⁷ Ebd., S. 51.

³⁸ CIL XIII 1623; Haberey (1972), S. 24-28; Thofern (1986), S. 260; Grewe (1986), S. 181-184.

Wasserzuleitungen zu diesen *valetudinaria* finden.³⁹ Jedoch führt aus den Latrinen von Neuss und Windisch jeweils ein kleiner Abflusskanal. Diese Kanalfragmente setzen fließendes Wasser voraus. Auch das Vorhandensein einer Thermenanlage, wie sie allerdings nur im steinernen Xantener *valetudinarium* nachgewiesen ist, impliziert die Verfügbarkeit fließenden Wassers.

Der Umstand, dass es eine solche Badeanlage nur in diesem Gebäude gab, verwundert allerdings, gehörten doch seit etwa 19 vor Christus, also schon weit vor der Entstehung dieser *valetudinaria*, in Rom Thermen zum täglichen Leben.⁴⁰ Das führt zwangsläufig zu der Frage, warum Thermen, die retrospektiv oft als hygienisch vorbildlich gelten, nicht in das Konzept dieser *valetudinaria* passten.

Machen wir uns von unserer Vorstellung von Hygiene frei! Waschen war für den Römer der Zeitenwende nur Entfernung von Schweiß und sichtbarem Schmutz, also eine eher ästhetisch-optisch begründete Aktion, die man bis zum Ende der Republik in einem kleinen kargen Badezimmer erledigte.⁴¹ Folglich waren Thermen auch keine Gesundheitstempel, in die man aus hygienischer Motivation ging. Vielmehr waren es luxuriöse Freizeit-, Wellness- und Vergnügungsanstalten, in denen der übliche Badeablauf lediglich den „organisatorischen“ Rahmen für eine Vielzahl sportlicher oder gesellschaftlicher Aktivitäten bildete.⁴² Vor dem Badegang ölte man sich ein und schabte danach das Öl und einen Teil des Schmutzes mit einer sogenannten *strigilis* wieder ab. Der verbleibende Rest löste sich dann im warmen Wasser, wo wir es uns als schmutzige Fettschicht vorstellen können. Lediglich die Tatsache, dass ständig frisches Wasser zu- und „altes“ dafür abfloss, mildert diesen negativen Eindruck.

Funde ärztlicher Instrumente belegen außerdem, dass hier auch kranke Menschen in direktem Kontakt zu Gesunden Vergnügen und Heilung suchten.⁴³ Viele pathogene Mikroorganismen werden in *tepidarium* und *caldarium* der Thermen ideale Lebensbedingungen gefunden und sich reichlich vermehrt haben: Desinfektion und Sterilisation waren noch unbekannt. So wird verständlich, warum sich trotz Einführung der Thermenkultur die Lebenserwartung der Römer unter anderem gemessen an der Körpergröße nicht verbesserte.⁴⁴

In der medizinischen Betreuung verwundeter und erkrankter Legionäre an der Front hatte das Luxuskonzept einer Thermenanlage gedanklich keinen Platz. Da auch heute noch Verwundete und infektiös Erkrankte öffentliche Gemeinschaftsbäder nicht aufsuchen sollten, erscheint der Verzicht auf Thermen im *valetudinarium* sehr wohl sachlich gerechtfertigt, wenn auch auf Grundlage modernen Wissens um Hygiene.

Eine Nutzung dieses Bades ausschließlich für die Kranken, wie vermutet wurde, lehnen wir daher ab.⁴⁵ Eher ist zu fragen, warum im jüngeren *valetudinarium* von Xanten eine solche Anlage überhaupt integriert wurde. Die praktische Möglichkeit, ihr Ab-

³⁹ Petrikovits (1975), S. 105.

⁴⁰ Fuchs (1979), S. 147.

⁴¹ Seneca (1953), p. 312-319.

⁴² Ebd., p. 312-319; Gechter (2001), S. 153.

⁴³ Künzl (1986), S. 491-509.

⁴⁴ Koepke/Baten (2005), p. 86.

⁴⁵ Petrikovits (1975), S. 101; Hanel (2000), S. 25.

wasser direkt unter der *via sagularis* und der Lagerwehr auf kurzem Wege nach außen zu leiten, kann kein allein ausschlaggebender Grund dafür gewesen sein. Es wäre jedoch vorstellbar, es vielleicht als Rehabilitationskurbad für Patienten vor der Entlassung anzusprechen. Nach den Dimensionen zu schließen, könnte gegebenenfalls auch an ein Offiziersbad gedacht werden, für das in anderen Gebäuden kein Raum war.

Die Frage, wo und wie dann die notwendige Körperreinigung der Kranken überhaupt stattfand, bleibt damit jedoch unbeantwortet. Als einziger Anhalt kann ein Raum mit einem dicken Estrichboden und Abfluss nach außen an der Südwestecke des steinernen *valetudinarius* von Xanten dienen. Schon Oelmann hat hier eine Benutzung für Badezwecke vermutet.⁴⁶ Denkbar wäre zum Beispiel die Verwendung von Holztubern (oder alten Weinfässern), wie es bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts noch weit verbreitet war.⁴⁷ Auch die Benutzung einfacher transportabler Waschsüsseln für die Krankenzimmer ist denkbar. In beiden Fällen ist die frühere Verwendung heute nicht mehr erkennbar.

2.6.5 Abortanlage/Latrine

Nur in Neuss und im Steinbau von Xanten (zwei späten Bauten) wurden Latrinen gefunden; vielleicht darf ein kleiner Kanal aus einem Seitenflur in Windisch ebenfalls als Teil eines Aborts gedeutet werden. Wie wurden die Ausscheidungen in den anderen Häusern entsorgt? Da Toilettenanlagen aufgrund ihrer spezifischen Bauweise klar erkennbar wären, muss auch hier eine heute nicht mehr nachweisbare Lösung des Problems existiert haben. Da selbst in Rom die meisten Mietshäuser (*insulae*) nicht an eine Kanalisation angeschlossen waren, gab es mit Deckel versehene Gefäße (*vasa obscoena*) vor der Tür, die in Abständen professionell geleert wurden.⁴⁸ Auch für die betreffenden *valetudinaria* ist daher die Benutzung von Eimern oder Bettpfannen, deren Inhalt vom Pflegepersonal beseitigt wurde, anzunehmen.

Diese Lösungsmöglichkeit des Fäkalienproblems ist ebenfalls nicht mit unseren Hygienemaßstäben zu messen. Schon die übliche abschließende Intimreinigung mit einem wieder verwendbaren Schwämmchen an einem Stock (*xylospogium*) widerspricht jeder heutigen hygienischen Grundregel. Die Weitergabe von Infektionen und Parasiten war damit ungehindert möglich. Die Handhabung der Fäzes in Bettpfannen und Eimern durch entsprechendes Personal bietet ebenfalls vielfältige Möglichkeiten der Verschmutzung und Infektionsweitergabe. Da viele abführende Kanäle aus Latrinen nur geringes Gefälle hatten und gelegentlich wie in Neuss nur aus nebeneinander gelegten Dachziegeln bestanden, ist in beiden Fällen außerdem mit ungenügender Spülung und einer deutlichen Geruchsbelästigung zu rechnen.⁴⁹

⁴⁶ Oelmann (1931), S. 225.

⁴⁷ Busch (1959), S. 542-549.

⁴⁸ Winkle (1984b), S. 334ff.

⁴⁹ Petrikovits (1975), S. 106; Koenen (1904), S. 182.

2.6.6 Heizung

Obwohl gerade um die Zeitenwende ein sogenanntes „römerzeitliches Klimaoptimum“ mit im Jahresdurchschnitt circa 1 bis 1,5° C höheren Temperaturen herrschte, erschien Germanien den Römern „von rauem Klima und zur Bewohnung wie für das Auge trübselig“.⁵⁰ Kranke brauchen zur Genesung aber möglichst angenehme Raumtemperaturen. Daher verwundert es, dass in praktisch allen *valetudinaria* der Rheinfront keine Hypokaustenheizung gefunden wurde, obwohl der Bautyp *valetudinarium* doch ursprünglich gerade für diese Region entwickelt wurde.⁵¹ Der einzige Hinweis auf die Lösung dieses Problems sind verzierte (rötliche) Kreise auf dem Fußboden eines frühen Vorgängerbaus in Windisch: sie werden als Standplätze für Kohlebecken gedeutet.⁵²

Steinkohle scheidet aus mehreren Gründen als Heizmaterial aus. Wegen des hohen Wassergehaltes frisch geschlagenen Holzes und des damit verbundenen niedrigen Heizwerts ist auch die direkte Verbrennung von Holz eher unwahrscheinlich.⁵³ In beiden Fällen würde viel Rauch, Ruß, CO₂ und Schwefeldioxid entstehen, was der Gesundheit eher gefährlich statt förderlich gewesen wäre.

Die heftigen Klagen der Legionäre gegenüber Germanicus über die Härte insbesondere auch des Herbeischleppens von Bau- und Brennholz machen deutlich, dass Holz tatsächlich die Basis für das Heizen darstellte.⁵⁴ Da eine direkte Verbrennung aus den oben genannten Gründen ausschied, blieb nur die Verkohlung zu Holzkohle.⁵⁵ Diese hat den Vorteil, bei kleinerer Flamme höhere Temperaturen zu erzeugen, weil sie zu etwa 90 Prozent aus Kohlenstoff besteht; außerdem ist sie leichter transportabel.⁵⁶

Um in einem circa 14 m² großen Raum eine einigermaßen patientengerechte Temperatur zu erzielen, kann mit einem Holzkohleverbrauch von mindestens 10 kg pro Tag gerechnet werden. Dennoch ist damit eher keine wohlige Wärme möglich gewesen. Bei einer Abschätzung der Wärmeleistung eines eingestellten Holzkohlebeckens spielt auch die Art des Fensterverschlusses eine entscheidende Rolle. Nur für das spätere *valetudinarium* in Xanten und das in Neuss wurden Fensterglasreste gefunden.⁵⁷ Für alle anderen Häuser müssen weniger effektive Verschlüsse der Fensteröffnungen angenommen werden. Wenn wir davon ausgehen, dass nicht nur nachts hölzerne Schlagläden geschlossen wurden, so kommen ölgetränkte Leinengewebe oder Tierhäute im Spannrahmen in Frage. Diese Lösungen lassen darauf schließen, dass der Aufenthalt in den Krankenstuben trotz des Versuchs, sie zu heizen, nicht sehr anheimelnd war.⁵⁸ Eher war wohl zusätzlich zur Primärerkrankung noch mit häufigen Erkältungen zu rechnen.

⁵⁰ Blümel (2002), S. 12; Tacitus (2004c), S. 71.

⁵¹ Künzl (1991), S. 199.

⁵² Simonett (1937), S. 12 u. 18.

⁵³ Lasselsberger (2000), S. 6.

⁵⁴ Tacitus (2004b), S. 313ff.

⁵⁵ Plinius (2007), S. 719.

⁵⁶ Lasselsberger (2000), S. 13.

⁵⁷ Komp (2005).

⁵⁸ Cruse (2004), S. 100.

Die für die Beheizung von 60 Krankenzimmern neben der Halle und den Verwaltungsräumen täglich mindestens benötigte Menge an Holzkohle von circa 600 kg ist beachtlich. Sie entspricht einer Einschlagmenge von 3.000 kg Holz⁵⁹ (Tabelle 2). Neben dem Fällen banden die Zerkleinerung, der Meilerbau, seine Kontrolle und Bewachung sowie der Transport insgesamt ständig etwa acht Mann (= ein *contubernium*).

Natürlich ist der ökonomische Vorteil dieser Heizungslösung nicht zu übersehen. Einerseits entfielen die deutlich höheren Baukosten für die Hypokausten, andererseits konnte man sich auf die Beheizung nur derjenigen Krankenräume, die wirklich belegt waren, beschränken. Obwohl Drosselklappen bekannt waren, hätte man bei schwacher Belegung des Lazaretts doch immer größere Abschnitte des Baus beheizen müssen. Zwar war eine Bevorratung von Holzkohle für plötzliche Bedarfsspitzen nötig, im Regelfall aber dürfte deutlich weniger verbraucht worden sein als für Hypokausten. Gleichwohl war ein erheblicher Personaleinsatz nötig, um eine akzeptable Versorgung sicherzustellen.

| Bedarf | 1 Tag | 1 Woche | 1 Jahr (= 200 Heiztage) |
|-------------------------------|--------------|-------------------------|--------------------------------|
| Menge Holzkohle für 1 Zimmer | 10 kg | 0 kg | 2.000 kg |
| Menge Holz für 1 Zimmer | 50 kg | 350 kg | 10.000 kg |
| Menge Holzkohle für 60 Zimmer | 600 kg | 4.200 kg | 120.000 kg |
| Menge Holz für 60 Zimmer | 3.000 kg | 21.000 kg | 600.000 kg |
| Menge Baum | | 1,5 große Eichen/Buchen | 40 große Eichen/Buchen |
| Menge Wald | | | ca. 2.000-4.000 m ² |

Tabelle 2: Geschätzter Materialbedarf für die Heizung der Krankenzimmer bei 200 Tagen Heizbedarf pro Jahr (Auch wenn es sich hier nur um angenommene Schätzwerte handelt, wird die Dimension des Holzverbrauchs sichtbar.⁶⁰)

3. Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit militärischen Aktionen an der Rheingrenze des römischen Imperiums wurden um die Zeitenwende bis zur Mitte des 1. Jahrhunderts in mehreren Standlagern Militärkrankenhäuser (*valetudinaria*) errichtet. In den Lagern von Bonn, Haltern, Neuss, Windisch (2) und Xanten (2) wurden Grundrisse dieser Bauten ergaben. Diese Bauten werden hier unter Hygieneaspekten untersucht.

Die Baugestaltung eines durch vier Baukörper gebildeten Rechtecks/Quadrats unter Einschluss eines geräumigen Innenhofes stellt sich im Gegensatz zum typischen

⁵⁹ Bühlmann (2003), S. 1.

⁶⁰ Eigene Darstellung.

mediterranen Peristylhaus ausgesprochen vorteilhaft dar. Das Fehlen eines *impluvium*s macht sich infektionsprophylaktisch positiv bemerkbar. Die geschickte Orientierung zur Windrichtung erlaubt eine gute Durchlüftung der Baukörper. Die Anlage eines breiten Zentralflores in jedem Bauflügel erlaubt ein ökonomisches Erreichen aller Krankenzimmer sowie ungehinderten Personenverkehr und Warentransport.

In Erwartung eines möglichen größeren Ansturms von Verwundeten bei umfangreichen Militäraktionen wurden gelegentlich dem Eingang große Hallen nachgeschaltet, die als „Ambulanz“ zur sofortigen medizinischen Versorgung dienen konnten.

Zu beiden Seiten der Zentralkorridore reihten sich die Krankenzimmer. Fast immer waren je zwei Zimmer über einen kleinen seitlichen Stichflur zugänglich. Das trug zu einer ruhigeren Atmosphäre in den Krankenstuben bei. Rechnerisch ergibt sich eine Belegungskapazität dieser Bauten von 1/10 der Legion. Die dafür notwendige enge Unterbringung von acht Kranken je Zimmer kann der Verbreitung von Infektionskrankheiten Vorschub geleistet haben.

Als Fußboden ist Stampflehm anzunehmen, der bei entsprechender Pflege als strapazierfähiges, fußfreundliches und relativ hygienisches Material anzusehen ist.

Für Ernährung und Hygiene ist eine ausreichende Verfügbarkeit von Wasser notwendig. Während einige Lager sich über Quellwasserleitungen versorgten, mussten andere ihren Bedarf mit Hilfe von Schöpfrädern decken. In beiden Fällen war eine großzügige Wasserversorgung möglich. Durch sorgfältige Auswahl der Wasserquellen sowie technische Maßnahmen war eine zufriedenstellende Wasserqualität gesichert. Direkte Zuleitungen zu und in den *valetudinaria* wurden bisher nicht aufgedeckt.

Da nur in einem der hier besprochenen Bauten Thermen gefunden wurden, kann eine solche Anlage nicht primär zum Zweck der Körperreinigung konzipiert gewesen sein. Vielmehr sind Waschräume anzunehmen, in denen gehfähige Kranke in Bottichen baden konnten. Bettlägerige werden im Bett gewaschen worden sein. Zu welcher Nutzung die Thermen im Xantener Steinbau angelegt wurden, entzieht sich bisher einer schlüssigen Deutung. Spekulativ kann an ein Rehabilitationsbad oder an Offiziers-thermen gedacht werden.

In zwei, eventuell drei der hier diskutierten *valetudinaria* wurden Latrinen, respektive deren Abwasserkanälchen gefunden. Auch wenn zwei Bauten so schlecht dokumentiert sind, dass die Existenz von Abortanlagen unsicher ist, scheint ihr Einbau nicht unbedingt zwingend gewesen zu sein. Der gelegentliche Fund von Abflusskanälen deutet aber auf die Verfügbarkeit fließenden Wassers hin, was hygienisch wichtig ist. Auch der lagebedingt rasche Abtransport der Fäkalien nach außerhalb des Lagers ist günstig. Trotzdem muss die häufige Benutzung von gedeckelten Eimern oder Bettpfannen und deren Entsorgung durch das Personal angenommen werden. Hierbei werden mögliche Hygienedefizite deutlich.

Da in allen Bauten keine Hypokausten gefunden wurden, ist die Beheizung der Zimmer mit transportablen Kohleöfen anzunehmen. Obwohl diese Lösung materialbezogen ökonomisch sinnvoll ist, bedeutet sie einen großen personellen und materiellen Aufwand. Als Heizmaterial kam vorwiegend Holzkohle in Frage, deren Herstellung und Lagerung vor Ort in ausreichendem Maße sicherzustellen war. Die Menge des dazu einzuschlagenden Holzes war sicherlich beachtlich. Dennoch wird die Raumtemperatur in

den Krankenstuben schon wegen ungenügenden Verschlusses der Fensteröffnungen nicht sehr hoch gewesen sein.

Es bleibt trotzdem festzuhalten, dass diese *valetudinaria* nicht nur in ihrer Existenz an sich, sondern auch durch die konsequente Anwendung des gesamten zeitgenössischen Wissens um Gesundheitsaspekte auf die Bauausführung einen Quantensprung in der medizinischen Versorgung an der Front darstellten. Diese strikte Befolgung aller bekannten Regeln sowie die erkennbar übereinstimmende Ausführung an allen Orten lassen den Schluss zu, dass irgendwann zwischen circa 15 und 5 vor Christus eine Expertengruppe diesen Zweckbau entworfen hat, dessen wesentliche Elemente dann reichsweit verbindlich einzuhalten waren.

Literatur

1. Blümel (2002): Wolf Dieter Blümel, 20.000 Jahre Klimawandel und Kulturgeschichte von der Eiszeit in die Gegenwart, in: Universität Stuttgart (Hrsg.), Wechselwirkungen. Jahrbuch aus Lehre und Forschung der Universität Stuttgart, Stuttgart 2002, S. 3-19.
2. Bühlmann (2003): Peter Bühlmann, Herstellung von Holzkohle, Liestal 2003.
3. Cruse (2004): Audrey Cruse, Roman Medicine, Brimscombe Port 2004.
4. Busch (1959): Wilhelm Busch, Werke. Historisch-kritische Gesamtausgabe. Band 1, Berlin 1959.
5. Dürschner (2008): Rolf Dürschner, Pers. Mitt. v. 11.11.2008.
6. Dyczek (1999): Piotr Dyczek, A Sacellum Aesculapii in the Valetudinarium at Novae. Roman Frontier Studies XVII/1997, Proceedings of the XVIIth International Congress of Roman Frontier Studies (1999), pp. 495-500.
7. Dyczek (2002): Piotr Dyczek, Remarks on supply of the Roman army from the point of view of the valetudinarium at Novae (Moesia inferior). Limes XVIII. Proceedings of the XVIIIth International Congress of Roman Frontier Studies held in Amman, Jordan (September 2000), Oxford 2002 (= BAR International Series 1084, 2), pp. 685-694.
8. Dyczek (2004): Piotr Dyczek, Why the legionary hospital in Novae is unique?, Ephemera Decoromane 12 (2004), 1, pp. 159-165.
9. Engelhardt (1974): Rudolf Engelhardt, Das römische Ärzteswesen, Binger Annalen, Zeitschrift für Geschichte und Kultur am Mittelrhein 4 (1974), S. 27-34.
10. Eisenhut (1979): Werner Eisenhut, Febris, in: Konrat Ziegler und Walther Sontheimer (Hrsg.), Der Kleine Pauly. Band 2, München 1979, Sp. 526-527.
11. Fuchs (1979): Günter Fuchs, Agrippianae thermae, in: Konrat Ziegler, Walter Sontheimer (Hrsg.), Der Kleine Pauly. Band 1, München 1979, Sp. 147.
12. Gechter (2001): Michael Gechter, Das Legionslager, in: Manfred van Rey (Hrsg.), Geschichte der Stadt Bonn von der Vorgeschichte bis zum Ende der Römerzeit, Bonn 2001, S. 140-155.
13. Grewe (1986): Klaus Grewe, Atlas der römischen Wasserleitungen nach Köln. Rhein. Ausgr. 26, Köln 1986.

14. Grewe (1988): Klaus Grewe, Römische Wasserleitungen nördlich der Alpen, in: Frontinus-Gesellschaft e. V. (Hrsg.), Die Wasserversorgung antiker Städte. Geschichte der Wasserversorgung. Band 3, Mainz 1988, S. 45-98.
15. Haberey (1972): Waldemar Haberey, Die römischen Wasserleitungen nach Köln, Bonn ²1972.
16. Hanel (2000): Norbert Hanel, Militärische Thermen in Niedergermanien, in: Carmen Fernández Ochoa, Virginia García Entero (Hrsg.), Termas romanas en el Occidente del Imperio. Coloquio International, Gijón 1999/2000, S. 23-33.
17. Hartmann (1986): Martin Hartmann, Vindonissa. Oppidum – Legionslager – Castrum, Brugg 1986.
18. Junkelmann (1986): Marcus Junkelmann, Die Legionen des Augustus, Mainz 1986.
19. Koenen (1904): Constantin Koenen, Beschreibung von Novaesium, Bonner Jahrbücher 111/112 (1904), S. 97-242.
20. Koepke (2005): Nikola Koepke, Anthropometric Decline of the Roman Empire? Regional differences and temporal development of the quality of nutrition in the Roman provinces of Germania and Raetia from the first century to the fourth century AD, Diss., Tübingen 2005.
21. Koepke/Baten (2005): Nikola Koepke, Jörg Baten, The biological standard of living in Europe during the last two millennia, European Review of Economic History 9 (2005), pp. 61-95.
22. Komp (2005): Jennifer Komp, Pers. Mitt., 2005.
23. Künzl (1986): Ernst Künzl, Operationsräume in römischen Thermen. Zu einem chirurgischen Instrumentarium aus der Colonia Ulpia Traiana. Mit einem Auswahlkatalog römischer medizinischer Instrumente im Rheinischen Landesmuseum Bonn, Bonner Jahrbücher 186 (1986), S. 491-509.
24. Künzl (1988): Ernst Künzl, Die medizinische Versorgung der römischen Armee zur Zeit des Kaisers Augustus und die Reaktion der Römer auf die Situation bei den Kelten und Germanen, in: Bendix Trier (Hrsg.), Die römische Okkupation nördlich der Alpen zur Zeit des Augustus. Kolloquium Bergkamen 1988, Bodentalertümer Westfalens 26, Münster 1991, S. 185-202.
25. Lasselsberger (2000): Leopold Lasselsberger, Kleinf Feuerungen für Holz, Wieselburg 2000.
26. Laur-Belart (1935): Rudolf Laur-Belart, Vindonissa. Lager und Vicus, Berlin/Leipzig 1935.
27. Lehner (1930): Hans Lehner, Die Ausgrabung von Vetera bei Xanten, in: Gerhart Rodenwaldt (Hrsg.), Neue deutsche Ausgrabungen, Münster 1930, S. 177-183.
28. Meyer-Steineg (1912): Theodor Meyer-Steineg, Krankenanstalten im griechisch-römischen Altertum, Jenaer medizin-historische Beiträge 3 (1912), S. 1-46.
29. Oelmann (1930): Franz Oelmann, Ausgrabung in Vetera 1930, Germania 15 (1931), S. 221-229.
30. Peters (2010): Sieewart Peters, Die stationäre Betreuung des kranken Legionärs an der Rheinfront zur frühen Kaiserzeit, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 29 (2010), im Druck.

31. Petrikovits (1975): Harald von Petrikovits, Die Innenbauten römischer Legionslager während der Prinzipatszeit, Opladen 1975.
32. Plinius (2007): Lenelotte Möller, Manuel Vogel (Hrsg.), Die Naturgeschichte des Caius Plinius Secundus, Wiesbaden 2007.
33. Scholz (2006): Markus Scholz, Zwei Kastelle – eine starke Truppe, Archäologie in Deutschland 1 (2006), S. 36-40.
34. Schultze (1934): Rudolf Schultze, Die römischen Legionslazarette in Vetera und anderen Legionslagern, Bonner Jahrbücher 139 (1934), S. 54-63.
35. Seneca (1953): Richard M. Gummere (Hrsg.), Seneca ad Lucilium epistulae morales. Band 2, London 1953.
36. Simonett (1937): Christoph Simonett, Vindonissa. Valetudinarium und Kasernen, Anzeiger für Schweiz, Altertumskunde 39 (1937), 2, Separatdruck, S. 1-29.
37. Stieren (1930): August Stieren, Die römischen Lager bei Haltern in Westfalen, in: Gerhart Rodenwaldt (Hrsg.), Neue deutsche Ausgrabungen, Münster 1930, S. 190-198.
38. Sueton (2001): C. Sueton Tranquillus, Augustus, in: Hans Martinet (Hrsg.), C. Sueton Tranquillus: Das Leben der römischen Kaiser, Düsseldorf 2001, S. 75-164.
39. Tacitus (2004a): P. Cornelius Tacitus, Historien, in: Wilhelm Bötticher, Andreas Schäfer (Hrsg.), Publius Cornelius Tacitus. Sämtliche Erhaltene Werke, Essen 2004, S. 93-294.
40. Tacitus (2004b): P. Cornelius Tacitus, Annalen, in: Wilhelm Bötticher, Andreas Schäfer (Hrsg.), Publius Cornelius Tacitus. Sämtliche Erhaltene Werke, Essen 2004, S. 295-641.
41. Tacitus (2004c): P. Cornelius Tacitus, Germania, in: Wilhelm Bötticher, Andreas Schäfer (Hrsg.), Publius Cornelius Tacitus. Sämtliche Erhaltene Werke, Essen 2004, S. 69-91.
42. Thofern (1986): Edgar Thofern: Die Hygiene der römischen Wasserversorgung, in: Klaus Grewe, Atlas der römischen Wasserleitungen nach Köln, Köln 1986, S. 255-261.
43. Veh (2007): Otto Veh (Hrsg.), Cassius Dio, Römische Geschichte. Band 4, Düsseldorf 2007.
44. Vindolanda Tablets (1994): Vindolanda Tablets Online, <http://vindolanda.csad.ox.ac.uk/tablets/index.shtml> (gesehen: 20.05.2010).
45. Vitruv (1987): Curt Fensterbusch (Hrsg.), Vitruv. Zehn Bücher über Architektur, Darmstadt 1987.
46. Watermann (1974): Rembert A. Watermann, Medizinisches und Hygienisches aus Germania Inferior, Neuss 1974.
47. Wilmanns (2003): Juliane Wilmanns, Die ersten Krankenhäuser der Welt, Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), 40, S. 2592-2597.
48. Winkle (1984a): Stefan Winkle, Die sanitären und ökologischen Zustände im alten Rom und die sich daraus ergebenden städte- und seuchenhygienischen Maßnahmen (I), Hamburger Ärzteblatt 6 (1984), S. 256-265.

49. Winkle (1984b): Stefan Winkle, Die sanitären und ökologischen Zustände im alten Rom und die sich daraus ergebenden städte- und seuchenhygienischen Maßnahmen (II), Hamburger Ärzteblatt 6 (1984), S. 332-343.

Abbildungen

Abbildung 1: Virtuelles Modell eines *valetudinariums* (Gesamtansicht, Dach entfernt), in: Siegwart Peters, Die stationäre Betreuung des kranken Legionärs an der Rheinfront zur frühen Kaiserzeit, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 29 (2010), im Druck.

Abbildung 2: Virtuelles Modell eines *valetudinariums* (linker Flur, Dach entfernt), in: Siegwart Peters, Die stationäre Betreuung des kranken Legionärs an der Rheinfront zur frühen Kaiserzeit, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 29 (2010), im Druck.

Abbildung 3: Orientierung der *valetudinaria* zur vorherrschenden Windrichtung, eigene Darstellung.

Abbildung 4: Virtuelles Modell eines *valetudinariums* (Krankenzimmer, Dach abgehoben, flurseitige Wand als Grundriss angedeutet), eigene Darstellung.

Der alte Mensch in der Literatur des Altertums – Ausgewählte Beispiele aus Poesie und Prosa

Ferdinand Peter Moog und Daniel Schäfer

1. Dichterische Zeugnisse der Antike – eine oft übersehene Realienquelle

Die alternde Gesellschaft Mitteleuropas ist als grundsätzliches Phänomen aus den meisten gesellschaftlichen und politischen Diskursen der Gegenwart nicht mehr wegzudenken. Zur Einschätzung desselben kann ein Blick in die Vergangenheit durchaus interessant, informativ und sogar belebend sein. Sagt doch schon das Sprichwort, dass derjenige, der nicht weiß, woher er kommt, auch nur schwer zu sagen vermag, wohin er will. Hier bietet es sich demzufolge an, grundsätzlich zu prüfen, inwieweit das Alter und die alten Menschen in den auf uns gekommenen literarischen Hinterlassenschaften des Altertums Berücksichtigung gefunden haben. Einige besonders aufschlussreiche Belege bezeugen gar, wie die Betroffenen selbst ihr Dasein fern der Jugendjahre empfanden. Wir werden uns dabei insbesondere auf dichterische Werke konzentrieren. Gerade die schöngestige Literatur bietet schließlich den unschätzbaren Vorteil, dass sie vor allem ohne fachliche Redaktion tradiert wird. Können wir etwa feststellen, dass die Rezepte und Empfehlungen eines Celsus, Plinius oder Galen im Mittelalter und der frühen Neuzeit aus Gründen der Nutzenanwendung von Abschreibern mit medizinischen Kenntnissen in bester Absicht überarbeitet und somit verändert wurden, so käme niemand auf den Gedanken, die Werke eines Homer, Horaz oder Vergil in ähnlicher Weise inhaltlich zu korrigieren. Nicht fachbezogene Literatur wird also unverfälschter weitergegeben und vermag daher ganz unvermerkt ein wesentlich authentischeres Bild der zeitgenössischen Gegenwart des Verfassers zu vermitteln. Außerdem gestatten uns poetische Werke – neben Briefen und den seltenen Autobiographien aus alter Zeit – Einblicke in das Seelenleben von einer Tiefe, wie sie sonst, insbesondere in medizinischen Schriften, kaum vorkommen.

Die Beschäftigung mit dem alten Menschen und seinem gesundheitlichen Befinden lässt sich tatsächlich nahezu seit dem Anbeginn der Überlieferung nachweisen. Dabei ist eine grundsätzliche Tatsache zu berücksichtigen: Bis etwa 1800 machten, von einigen örtlichen und zeitlichen Ausnahmen abgesehen, Personen von über 65 Jahren etwa fünf Prozent der Bevölkerung aus.¹ Menschen von 70, 80 oder gar mehr Jahren müssen daher seinerzeit vielen Zeitgenossen geradezu wie Wunder der Natur vorgekommen sein.² Hier sei etwa an den griechischen Dichter und Denker Xenophanes von Kolophon gedacht, der dem Vernehmen nach um 470 vor Christus mit fast hundert Jahren verstarb und zu allgemeinem Erstaunen offenbar bis ins höchste Greisenalter das Publikum mit seiner Vortragskunst zu fesseln vermochte.

¹ Vgl. Karenberg/Förstl (2003), S. 6; Schäfer (2008), S. 107.

² Vgl. hierzu grundlegend Kébric (1988); Scheidel (2001); Montagu (1994).

2. Greise in der Literatur des alten Orients

Schon im alten Mesopotamien schildern verschiedene Autoren das Alter und die Alten meist mit einem melancholischen, oft verzweifelten Unterton. Die letzten Lebensjahre sind eine Qual, zumindest eine schwere Bürde, weil Krankheit und Schwäche den Menschen niederringen.³

Aus dem alten Ägypten liegt uns eine dramatische Selbstdarstellung eines Mannes namens Ptahhotep vor, der im 24. Jahrhundert vor Christus, also vor über 4000 Jahren, lebte. Ptahhotep schildert seinen gealterten Leib, wobei leider offen bleibt, wie alt er denn wirklich war beziehungsweise was mit den 110 Jahren, die er vorgibt alt zu sein, nun wirklich gemeint ist:

Die Gebrechlichkeit ist eingetreten, das Alter ist hinabgestiegen, Altersschwäche ist dazugekommen, infantile Schwäche manifestiert sich erneut, wer wegen ihr tagaus tagein dahindöst, ist infantil. Die Sehkraft ist gering, das Hörvermögen ertaubt, die Kraft schwindet demjenigen, dem das Herz müde ist. Der Mund ist schweigsam, er kann nicht (mehr) reden. Das Herz⁴ läßt nach, es kann sich nicht (mehr) des Gestern erinnern. Die Knochen schmerzen wegen der Länge (der Jahre?). Was (früher) gut war, ist (jetzt) schlecht, jeglicher Geschmackssinn ist dahin. Was das Alter den Menschen antut? Übles in jeder Hinsicht! Die Nase ist verstopft, sie kann nicht (mehr) atmen, infolge des Aufstehens und Sichhinsitzens.⁵

Der Tenor seiner Klage ist ergreifend, kurzum eine entschiedene Absage an das Alter. Allerdings müssen wir die Umstände der Abfassung dieser Zeilen genauer berücksichtigen. Ptahhotep ist kein Romancier oder elegischer Dichter, der Grundsätzliches oder Fiktives zu Papier bringt. Er ist vielmehr ein hochrangiger Wesir des Pharaos, der seinen göttlichen Herrn mit diesen Worten anregen will, ihn zu entpflichten beziehungsweise ihm einen Assistenten an die Seite zu stellen, den er in seine vielfältigen Amtspflichten einführen und so als Nachfolger heranbilden kann. Da mochte es zweifellos Ptahhotep sehr sinnvoll erscheinen, blumig und wortreich zu betonen, wie sehr er sich im Dienst für König und Vaterland geradezu aufgerieben hat. Der larmoyanten Bitte konnte denn wohl auch Pharaos Djedkare-Isesi, der göttergleiche Dienstherr des Ptahhotep, nicht widerstehen und scheint ihm alsbald den ersehnten Adlatus gesandt zu haben. Was dieser alles zu berücksichtigen habe, wird dann im weiteren Teil der Schrift, die eine Lebenslehre für gebildete Ägypter darstellt, in allen Einzelheiten erörtert. Interessanterweise handelte es sich bei dem Adlatus dann um den Sohn des Ptahhotep, was auf die herzerreißende Klage des Alten ein weiteres bezeichnendes Schlaglicht werfen mag.

³ Vgl. einführend von Weiher (2002).

⁴ Im alten Ägypten galt es als Denkorgan.

⁵ Vgl. zur Übersetzung und Interpretation Fischer-Elfert (2002), S. 221-224.

3. Der Greis in der hellenischen Dichtung

Doch verlassen wir den alten Orient und wenden uns nun dem griechisch-römischen Altertum⁶ und seiner reichhaltigen literarischen Hinterlassenschaft zu, die zweifellos zu den wichtigsten Grundlagen der abendländischen Geschichte und Kulturgeschichte zählt.

Bereits der erste namentlich fassbare griechische⁷ Autor, der große Homer selbst, leistet einen herausragenden Beitrag zu unserem Thema. Begegnet uns doch in seiner *Ilias* Nestor von Pylos, der königliche Greis schlechthin, und man ist, wenn man die weitere Geschichte betrachtet, versucht zu sagen „der König der Greise“. Ist doch sein Name zum Inbegriff des würdevollen, geschätzten alten Mannes an sich geworden, so dass man noch heute den allseits geachteten Altmeister einer Gemeinschaft deren Nestor zu nennen pflegt. Nestor ist nun freilich eine Ausnahme, geradezu ein beidenswerter Glücksfall: Er erreicht zwar ein geradezu biblisches Alter, doch außer gewissen körperlichen Einschränkungen ist er in seinen königlichen Amtspflichten kaum beeinträchtigt. Über kleine Eigenheiten lässt sich in Anbetracht seiner eindrucksvollen Persönlichkeit hinwegsehen. Er ist eben *nicht* der schwierige, kranke, pflegebedürftige, vielleicht gar demente Greis. Was erfahren wir im Einzelnen über ihn?

Nestor, der Sohn des Neleus (II 20), ist Herrscher von Pylos, einer in der Tat uralten Feste im Westen der Peloponnes. Die Stadt beherrscht eine weite geschützte Bucht, die später Ort der legendären Seeschlacht von Navarino im Jahre 1827 werden sollte. Als Herr über einen riesigen natürlichen Hafen verfügt er über eine gewaltige Streitmacht zu Lande und zur See. Er führt ein Geschwader von neunzig Schiffen im Zug der Griechen gegen Troja, zählt allein von daher zu den herausragenden Anführern. Der Neleus-Sohn sieht bereits die dritte Generation (I 252), muss also nach damaliger Vorstellung tatsächlich wenigstens etwa siebzig bis achtzig Jahre alt sein. Sind doch etwa auch seine Söhne Antilochos und Thrasymedes ihrerseits schon gestandene Kriegerpersönlichkeiten. Es verwundert daher nicht, dass dieser wackere Greis auch und gerade von den so selbstbewussten bis hochfahrenden übrigen Heerführern als schlichtende und ratende Instanz akzeptiert wird. Nestor könnte schließlich mühelos Vater, wenn nicht Großvater eines Agamemnon, Menelaos, Odysseus, Ajax oder Achilleus sein. Gerade der stolze, seine Vorrangstellung so eifersüchtig hütende Agamemnon schätzt den Spruch Nestors sehr und ist gerne geneigt, ihm zu folgen.

Ganz spurlos sind die Jahre freilich nicht an ihm vorübergegangen. Vor allem ist eine gewisse Redseligkeit nicht von der Hand zu weisen. Nestor erzählt gern und viel, vor allem von längst vergangenen Zeiten, Abenteuern und Schlachten, die er selbst miterlebt hat. Doch lässt man ihn gerne gewähren, denn seine Berichte sind farbenfroh und packend. Seine Rede wird von Homer „süßer als Honig“ (I 249) genannt, eben jene Eigenschaft, die ihn auch in Verhandlungen so unersetzlich werden lässt. Nestor findet

⁶ Vgl. hierzu grundlegend Minois (1989); Schäfer (2004); Grmek (1958); Zeman (1979); Thane (2005); Keil (1983); Parkin (1998); Gnllka (1971).

⁷ Vgl. zum Alter in der griechischen Literatur insbesondere Richardson (1933); Orth (1963); Mattioli (1995a).

einen Weg zum verstocktesten Ohr und weiß nahezu jeden für sich einzunehmen. Körperlich ist er zweifellos rüstig, doch kann er nicht mehr mit den Besten mithalten. Dies zeigt sich, als Achilleus aufwendige Leichenspiele zu Ehren seines gefallenen Freundes Patroklos ausrichtet: Im Wagenrennen ist der fünfte Kampfpriis, eine prachtvolle zweihenkelige Schale, übrig geblieben. Achilleus nimmt diese und überreicht sie *coram publico* als Trostpreis und Erinnerungsstück dem alten Nestor mit den Worten (XXIII 618-623):

Dies möge dir, o Greis, ein Kleinod sein zum Gedächtnis
An des Patroklos Leichenfeier; denn nicht mehr ihn selber
Siehst Du bei den Argeiern; ich gebe dir hier diesen Kampfpriis
So, ohne Kampf; denn du kämpfst nicht mehr im Faust- und im Ringkampf
Wirst nicht mehr in den Speerwurf tauchen und nicht mit den Füßen
Laufen; denn schon bedrückt dich beschwerlich die Bürde des Alters.⁸

Nestor ist tief gerührt über so viel Ehrerbietung, nimmt mit Freuden das Geschenk entgegen und gesteht, dass Achilleus ganz Recht habe mit den Worten (XXIII 626-628):

Wirklich, das hast du alles, mein Kind, gebührend gesprochen;
Nicht mehr sind mir die Glieder fest, mein Freund, und die Füße,
Und die Arme rühren sich nicht mehr so leicht an den Schultern.⁹

Aber so ganz ohne Leistung will er offensichtlich doch den Pokal nicht entgegennehmen, und so hebt er sogleich an, episch breit zu schildern, welche Wettkämpfe er in grauer Vorzeit nicht alle gewonnen hat. Er ist gleichsam bereit, die Schale für sein Lebenswerk entgegenzunehmen.¹⁰ Außerdem hatte er seinen im besagten Wagenrennen erfolgreichen Sohn Antilochos als Trainer unterstützt, und auch das mag Achilleus gewürdigt haben.

Im Übrigen ist er trotz aller Beschwerden selbstverständlich in der Schlacht engagiert. Ausnahmsweise stürzt er sich auch schon mal in das dichteste Handgemenge, doch ist er vor allem auf seinem Streitwagen in der zweiten Linie präsent, die Schlachtreihen zu lenken und Reserven an bedrohte Punkte zu werfen. Seine medizinhistorisch große Stunde schlägt im XI. Buch der *Ilias*. Paris, der Entführer der Helena, hat Machaon, den Sohn des Asklepios und führenden Feldarzt der Griechen, angeschossen. Idomeneus, der König von Kreta, fürchtet um den Heilkundigen und spricht jene Worte, die standesbewussten Ärzten in den Ohren klingen und demzufolge ungemein oft als Wahlspruch, Kalenderblatt, Motto oder selbstbewusste Inschrift herhalten mussten (XI 514f.):

Denn ein Arzt wiegt auf den Wert von anderen vielen,
Pfeile herauszuschneiden und lindernde Kräuter zu streuen.¹¹

⁸ Übersetzung nach Hampe (1983), S. 492.

⁹ Ebd.

¹⁰ Dies erinnert im weitesten Sinne an die entsprechende Kategorie bei der heutigen Oscar-Verleihung im Filmschaffen.

¹¹ Übersetzung nach Hampe (1983), S. 218.

Idomeneus beschwört Nestor, sich des verletzten Machaon anzunehmen und diesen schleunigst aus der Gefahrenzone zu schaffen. Nestor lässt sich nicht zweimal bitten und in rasender Fahrt, wie es sich für einen Krankentransport gehört, bringt der Alte den Verwundeten zu seinem Zelt. Hier zeigt sich dann aber, dass Nestor trotz seines Alters von beneidenswerter Gesundheit ist und keinesfalls ein Fall für den Geriater. Denn er und der verwundete Machaon sind triefnass von Schweiß. Um sich und ihre Kleidung zu trocknen, stellen sie sich zunächst eine ganze Weile in die steife Küstenbrise.¹²

Nestor ist schließlich einer der wenigen Griechenfürsten, der nach dem Fall Trojas wohlbehalten nach Hause gelangt und sich dort noch viele Jahre genussvoll seines Lebens erfreut. Unverwüstlich scheint der älteste Teilnehmer des Trojanischen Krieges alle anderen überlebt zu haben. Kein Dichter berichtet von seinem Ende, und man kommt zu dem Schluss, dass es niemand hat übers Herz bringen können, diesen unvergleichlichen Greis sterben zu lassen.

Verlassen wir damit die idealisierende mythische Sagenwelt der griechischen Frühzeit, in der Götter und Menschen noch beinahe von gleich zu gleich verkehrten und selbst die Greise eigentlich nur alt an Jahren waren. Für viele antike Menschen haftete dieser viel besungenen Vorzeit ja auch etwas Real-Historisches an. Um 600 vor Christus begegnen uns aber zwei ganz irdische Persönlichkeiten, die das Alter wesentlich realistischer und denn auch pessimistischer betrachten: Die Dichterin Sappho von der Insel Lesbos und Solon von Athen, den man gemeinhin vor allem als Gesetzgeber kennt. Er war aber weit mehr und hat sich nicht nur als Staatsmann, sondern auch als Denker und Poet hervor getan.

Sappho, jene von zahlreichen Legenden umrankte Poetin aus der Ägäis, klagt in einem melancholischen Gesang über die Beschwerlichkeiten des Alters (Fragment 58 Voigt¹³). Neben dem bedrohlichen Empfinden der Nähe des Todes leidet sie vor allem darunter, dass ihr die festliche Geselligkeit junger Menschen, in der sie so oft voller Freude aufging, mehr und mehr verwehrt ist. Sie gehört einfach nicht mehr dazu. Insbesondere beklagt sie ihre verblühende körperliche Schönheit, ihre nachlassende Attraktivität. Schließlich (Fragment 121 Voigt) weist sie gar selbst ihren geschätzten Liebhaber von sich: Er solle sich einer Jüngeren zuwenden. Offenbar will sie unter allen Umständen vermeiden, gleichsam nur mehr aus Mitleid und unter Überwindung geliebt zu werden.

Solon von Athen hat in einem kunstvollen Gedicht das Leben des Menschen in Abschnitte von jeweils sieben Jahren eingeteilt. Für das ihm fortgeschritten erscheinende Alter von circa 60 Jahren merkt er den Rückgang der Kraft der Zunge wie des planenden Verstandes an:

Vierzehn Jahre hindurch, im siebten und achten Jahrsiebt,
blühen in Fülle und Kraft Rede ihm und der Geist.

¹² Das würde heute zweifellos kein Geriater seinen auch noch so ambitionierten Seniorensportlern zur Nachahmung anempfehlen.

¹³ Vgl. Voigt (1971).

Auch im neunten noch manches, doch sinkt herab von der Höhe
kraftvoll männlichen Muts Weisheit und Wort ihm herab.
Wem aber Gott das zehnte Jahrsiebt zur Neige vollendet,
ihn ereilt dann der Tod wohl zu schicklicher Zeit.¹⁴

Ein Fragment des Solon verdient weiterhin Beachtung, das sich – möglicherweise in einer autobiographischen Notiz – mit dem Alter beschäftigt:

Mehr und mehr werd' ich alt und lerne noch vieles hinzu.¹⁵

Dieser Vers ist in einer für die griechische Dichtkunst typischen Weise angelegt, die sich überlagernde Darstellungs- und Bewusstseins Ebenen so miteinander verknüpft, dass jeder Leser sich darin wieder finden kann.¹⁶ Vordergründig sind diese Worte hoffnungsfroh: Auch der alte Mensch kann noch lernen, und Solon, ein hoch gebildeter und vielgereister Mann, ist offensichtlich stolz darauf, dass dies bei ihm der Fall ist. Offenbar weiß er nur zu gut, wie oft dies in späten Lebenstagen eben nicht mehr so ist. Und auch wir kennen heute zur Genüge den typischen Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, der das Unvermögen, etwas Neues zu erlernen, nach sich zieht. Weiterhin hat der Fortschritt an Erkenntnis und Wissen für einen interessierten Gelehrten, und als solcher versteht sich Solon zweifellos, stets etwas Faszinierendes und Belebendes. Doch auch ein Wermutstropfen liegt in Solons prägnanter Zeile. Alte Menschen *müssen* oft Neues lernen, auch wenn sie das gar nicht wollen: Sie etwa von liebgewordenen Verhältnissen verabschieden oder Neuerungen in Staat und Gesellschaft hinnehmen, die sie vielleicht nie für möglich gehalten hätten. Viele leiden gerade darunter, dass ihre Welt, in der sie groß geworden sind, versinkt, etwa auch indem die Freunde und Weggefährten aus alten Tagen mehr und mehr dahinsterven.

Vielleicht fünfzig Jahre später wirkte Anakreon von Teos. Er musste aufgrund der persischen Bedrohung seine Heimat verlassen, lebte fortan unstet hier und dort, durchaus nicht ohne Ehrungen und Annehmlichkeiten, denn er hielt sich bevorzugt als gefeierter Poet an zeitgenössischen Fürstenhöfen oder in bekannten Städten wie etwa Athen auf. Im beachtlichen Alter von wenigstens 85 Jahren ist er schließlich in seiner Heimat Teos verstorben. Für das Alter, das er selbst erlebt und, wie es scheint, erlitten hat, hatte er, ein Meister der schönen Worte, allerdings gar nichts übrig. Seine Altersklage ist so erschütternd, dass man vermuten möchte, Anakreon habe den – ihm, so weit wir wissen, unbekanntem! – eingangs zitierten Jammer des Ptahhotep in Verse gebracht:

Schon ergraut sind mir die Locken
An den Wangen, weiß das Haupthaar,
Und der holden Jugend Liebreiz
Ist dahin, vergreist die Zähne.
Von dem ach süßesten Dasein

¹⁴ Übersetzung nach Preime (1945), S. 39.

¹⁵ Übersetzung von Ferdinand Peter Moog.

¹⁶ Der unübertroffene Meister dieses doppelbödigen Spiels mit zwei oder mehr Sinn- und Bedeutungsebenen ist unzweifelhaft Euripides. Nicht umsonst wurden seine vieldeutigen Verse so oft zitiert.

Nur ein Restchen Zeit ist übrig.
Darum stöhn ich tief von innen
Immer auf, vorm Dunkel schauernd.
Denn unheimlich ist des Todes
Kammer, fürchterlich der Abstieg
In sein Haus; stiegst du hinunter
Kehrst du niemals, niemals wieder.¹⁷

Damit sind wir im fünften vorchristlichen Jahrhundert angelangt, jenem Jahrhundert der athenischen Klassik, von dem unter anderem die Tragödien eines Aischylos, Sophokles und Euripides und die Komödien des Aristophanes zeugen. Der Bezug zum Alter und den Alten ist dabei ungemein häufig und intensiv. Nur wenigen prägnanten Textstellen können wir uns zuwenden.

Die Komödie, so originell sie auch sein mag, muss leider weitgehend außen vor bleiben.¹⁸ Dies hat vor allem einen inhaltlichen Grund: Komödie bedeutet gerade im alten Athen bewusste, für uns Heutige die Grenzen des guten Geschmacks oft weit überschreitende Überzeichnung und Verzerrung. Bisweilen begegnen uns dabei auch hier gütige, verantwortungsvolle und liebenswerte Alte, die sich etwa als weise Lenker oder herzengute Großväter erweisen, eine Bereicherung für die Gesellschaft. Sehr häufig sind aber die Greise der Komödie geradezu ein Ausbund an Schlechtigkeit, eine Summation von Negativem und Abstoßendem: Neidisch und hasserfüllt auf die Jugend, raffgierig und geizig, rechthaberisch und weinerlich, lüstern bis obszön, trunksüchtig, Streit- und rauflustig, eidbrüchig und vieles mehr. Dass ihre Körperlichkeit in widerwärtigster Weise skizziert wird, ist dann nur nahe liegend: Zahnlos, sabbernd, un gepflegt, halbtaub, halbblind, schlurfend und schließlich auch im Kopf nicht mehr ganz richtig, so treten sie uns entgegen. Sicherlich gibt es auch in der Realität die eine oder andere Verschärfung und Pointierung früherer Charakterzüge, gesundheitliche Defizite und zuweilen auch das Abgleiten in früher persönlichkeitsfremde Verhaltensweisen. In der attischen Komödie wird all dies dann aber zur oft kaum erträglichen böswilligen Karikatur, die dadurch noch überhöht wird, dass in manchen Fällen für uns heute nicht mehr nachvollziehbare aktuelle Bezüge und persönliche Anspielungen mitschwingen. Es war eben auch eine Aufgabe der Komödie, die Bürger in ihren Verhaltensweisen zu kritisieren und so zu disziplinieren.

Bezüglich der Tragödie wird immer wieder auf die trübseligen Äußerungen im *Ödipus auf Kolonos* des Sophokles hingewiesen. In den trauervollen Worten des blinden, verbannten, vereinsamten, dem Tode nahen Königs wie dem Klagegesang des Chores wollen manche Gelehrte eine autobiographische Notiz des Sophokles erkennen. Schließlich stammte er aus dem Bezirk Kolonos. Unzweifelhaft wollte der Poet hier tatsächlich seiner geliebten Heimatgemeinde ein literarisches Denkmal setzen: Hier finden selbst die Hoffnungslosen und Geplagten eine schirmende Zuflucht. Aber dass Sophokles hier sein eigenes Dasein schildert oder auch nur sein Empfinden, ist kaum glaublich: Sophokles wurde in der Tat 90 Jahre alt, aber bei bis zuletzt offenbar kaum

¹⁷ Übersetzung nach Marg (1964), S. 58.

¹⁸ Vgl. etwa Byl (1977).

beeinträchtigt Gesundheit und vor allem in ungebrochener Schaffenskraft. Wenn er durch Athen ging, so umwogte ihn die Menge in Staunen und Verehrung – er war eine lebende Legende. Mit dem armen Ödipus hatte er wahrlich nichts gemein, wenn man ihm als einfühlsamem Poeten auch zubilligen möchte, dass er sich in die Rolle eines verzweifelten Greises wie auch zahlreicher anderer tragischer Charaktere mit allen Sinnen hineinversetzen konnte.

Euripides¹⁹, der jüngste der drei großen attischen Tragiker, hat uns in zahlreichen Bühnenstücken eine Fülle beeindruckender Figuren hinterlassen. Auch alte Menschen begegnen uns immer wieder.

Wie oft beklagen greise Patienten Schmerzen in ihren Knochen und Gliedern, etwa wenn sie unbequem liegen. Zweimal schildert uns genau dies Euripides: In den *Troerinnen* musste die gefangene alte Königin Hekabe am felsigen Strande nächtigen, die bisher wohl die feinsten Betten und Kissen gewohnt war. Folglich schmerzt es sie anderntags allenthalben und wie ein Arzt benennt sie *a capite ad calcem*, was ihr alles wehtut: Der Kopf, die Schläfen und die Flanken. Erst recht martert sie die Wirbelsäule, die ihr, wie sie sich auch dreht und wendet, keine Ruhe lässt (V. 115-119). Ganz ähnlich ergeht es dem alten König Amphitryon im Herakles (V. 52f.), dem die Rippen wehtun, nachdem er sich an der Asylstätte eines mächtigen Altares hat niederlassen müssen, um dem Tode zu entgehen. Und der treuherzige alte Diener der Elektra spannt im gleichnamigen Drama seine Herrin auf die Folter, als er ihr eine wichtige Nachricht übermitteln will (V. 489-492). Zunächst erklärt er nämlich redselig, wie er mühevoll mit runzeligem Fuß, schmerzdem Kreuz und wankenden Knien herangestapft ist.

Bei Euripides finden wir denn auch die ersten Berichte vom Werk des Geriaters, wenn man denn so will. Allerdings verbindet die dortigen Verfahrensweisen nur das Ziel, nämlich das Ideal der Verjüngung des alten Menschen, mit heutigen Therapieansätzen. Schon im ersten Werk, von dem wir wissen, den *Peliaden*, hat sich Euripides hiermit beschäftigt. Medeia, die gewaltige Zauberin, will den Feind ihres Gatten Iason, den greisen König Pelias, auf subtile Weise verderben. Sie lädt dazu dessen junge Töchter zu einer Zauberzeremonie unter Frauen ein und führt ihnen eine wundersame Verjüngung vor. Sie zerhackt einen alten Widder, wirft die Körperteile in einen Zauberkessel, gibt reichlich wundersame Ingredienzen hinzu, kocht das Ganze auf und zieht ein quicklebendiges strammes Böckchen aus dem Sud hervor. Diese Wohltat sollten die Mädchen doch ihrem alten Vater angedeihen lassen, schlägt sie vor, und verspricht, sie diese Kunst zu lehren. Pelias selbst lässt die als machtvolle Zauberin weithin respektierte, wenn nicht gefürchtete Medeia nämlich offensichtlich nicht in seine Nähe. Die begeisterten Töchter legen nun in bester Absicht Hand an ihren arglosen alten Vater, zerteilen ihn, und da sie eben nicht die Zauberkunst und -macht der Medeia besitzen, geht der König auf elendige Weise zugrunde: Seine Leichenteile schwimmen im brodelnden Sud. Was will uns Euripides hier vermitteln, wenn man einmal vom unzweifelhaft vorhandenen Motiv des unseligen Zauberverfahrens, das bis in die Gegenwart die Literatur durchstreift, absieht? Offensichtlich hält er die Verjüngung von Menschen für

¹⁹ Vgl. für das bezüglich des Dramenschaffens des Euripides zu den jeweiligen Textstellen Gesagte Moog (2005).

ein nahezu unmögliches Unterfangen, das nur Göttern und göttergleichen Heroen und Heroinnen, wie etwa Medeia, der größten Zauberin aller Zeiten, möglich ist.²⁰ Im Übrigen wurde schon seit dem Mittelalter versucht, diese Geschichte rational zu deuten.²¹ Medeia stammte schließlich dem Vernehmen nach aus Kolchis, dem heutigen Georgien, wo es zahlreiche heiße Quellen gibt, die seit Urzeiten von Heilungssuchenden geschätzt werden. Steht hinter dieser abscheulichen Bluttat etwa die Vorstellung von einer Art Badeärztin Medeia, die wusste, dass sich alte, gelenkschmerzengeplagte Menschen gerne in heißem Thermalwasser aufhalten? Tatsächlich wurde die bekannte Vorliebe alter Leute für warme Bäder und deren belebende Wirkung auch von der antiken Physiologie mitgetragen. Eine Vorstellung über das Altern war die, dass eine bei der Geburt dem Menschen eingepflanzte innere Wärme, der sogenannte *calor innatus*, im Laufe des Lebens verloren geht, weshalb sich greise Leiber steif, hart, kühl und trocken anfühlen. Diesen *calor innatus* konnte man durch heiße Bäder, so glaubte man, zurückbringen oder zumindest weiteren Verlusten entgegenwirken.

Die zweite Verjüngungskur bei Euripides ist zugleich nicht ohne komödienhafte Züge, die eben auch in der Tragödie vorkommen können. In den *Herakliden* werden die Nachfahren des Herakles, der inzwischen in den Himmel aufgenommen wurde, von dessen Peiniger Eurystheus durch die Welt gejagt. Nur das kleine Athen wagt es, den Flüchtlingen Asyl zu gewähren und muss sich dann der antiken Großmacht Mykene unter nämlichem Eurystheus in der Schlacht stellen. Iolaos, ein steinalter General, der noch mit Herakles selbst gekämpft hat, hört davon, wie sich vor Athens Mauern die Heere zum Entscheidungskampf formieren. Er ist schon sehr gebrechlich, doch sein Herz ist voller Mut, oder müssen wir eher sagen, ihn prägt eine unzweifelhafte senile Verkennung der Umwelt? Will er doch allen Ernstes an dieser letzten Schlacht teilnehmen. Alkmene, die ebenso uralte und gebeugte Mutter des Herakles, zweifelt an seinem Verstand: „Ja, bist Du völlig übergeschnappt?! Du hast ja nicht mal Waffen!“ „Oh“, so erwidert Iolaos, „daran soll es nicht mangeln! Da drüben im Tempel stehen alte Beutewaffen aus meiner Jugendzeit. Mit denen will ich mich wappnen.“ Er schickt einen reichlich verdutzten Diener sogleich los, diese Museumsstücke zu holen. Tatsächlich naht nach einer Weile, in der man vergeblich versucht, Iolaos sein irrwitziges Unterfangen auszureden, der Diener mit einem Haufen militärischen Plunders von Anno dazumal. Schon als der Alte damit gewappnet werden soll, geht er in die Knie, aber lässt sich nicht beirren. „Warum schon jetzt den Panzer anlegen? Ist es nicht ungleich praktischer, unbelastet zu wandern, und erst auf dem Schlachtfeld selbst die Rüstung anzulegen?!“ Also wird das Gerümpel dem Diener wieder aufgeladen, nur die Lanze wählt Iolaos statt eines Gehstocks. Frohgemut hakt er sich zu guter Letzt noch bei dem keuchenden Diener ein, und die zwei ziehen von dannen. „Auf geht’s!“ meint der Alte, und der Diener erklärt, er sei jetzt wohl gänzlich zum Irrenwörter – anders kann man hier das griechische Wort *paidagogein* (V. 729) kaum übersetzt werden, da der Greis gleichsam wieder zum Kinde geworden ist! – herabgesunken. Man befürchtet für dieses bizarre Paar natürlich das Allerschlimmste, sollten die beiden denn überhaupt

²⁰ Der Geriater von heute müht sich mithin in einer gleichsam göttlichen Kunst.

²¹ Vgl. hierzu Schäfer (2004), S. 297-300 u. ö.

noch auf dem Schlachtfeld eintreffen, und so kommt es auch beinahe. Völlig erschöpft gelangen beide auf der Walstatt an, wo es schon bald zur Sache geht. Ein mitleidiger Kommandeur hievt den alten Iolaos auf seinen Streitwagen, ehe er ganz schlappmacht. Die Rüstung ist wohl unterwegs schon irgendwo im Grase gelandet. Bald ist der Kampf in vollem Gange und Athens Phalanx hart bedrängt. Da gehen die Illusionen vollends mit dem Alten durch. Er beschwört die Götter, ihm für diesen einen Tag seine Jugend zurückzugeben, damit er die Schlacht gewinne – und die Götter sind gnädig. Zwei Sterne²² stehen plötzlich über dem Streitwagen, den eine Wolke, wie so oft Symbol der göttlichen Präsenz, umhüllt. Heraus schießt ein Wagen mit einem strahlenden Jüngling Iolaos, der die Mykener in die Flucht schlägt und den gefürchteten Eurystheus selbst gefangen nimmt. Euripides mutet uns allerdings diese Szenerie oder gar ein Erscheinen des Verjüngten auf der Bühne selbst nicht zu. Ein völlig faszinierter Bote berichtet all dies, und zur Bestätigung seiner Worte wird tatsächlich der zeternde Eurystheus hereingeschleppt. Wiederum lautet die Botschaft des Dichters: Verjüngung alter Menschen, das geht über Menschenkraft und ist nur Göttern möglich. Allerdings war Euripides der Ansicht, dass der Mensch erst dann zum Menschen wird, wenn er sich gerade auch an unmöglich Erscheinendes heranwagt.

4. Der Greis in der lateinischen Literatur: Überschwängliches Lob und widerwärtigster Spott

Die lateinische Literatur²³ schenkt uns das schönste Alterlob und die ekelhafteste Parodie. Zunächst sei, schon aus korrekter zeitlicher Abfolge des Schönen gedacht: Cicero hat in einer seiner letzten Schriften, dem *Cato maior de senectute*, aus dem Mund des greisen Censors ein unnachahmliches Loblied auf die Zeit der grauen Schläfen gesungen.²⁴ Cato schildert, wie auch der alte Mensch sein Leben genießen kann, wie er durch weise Lebensführung die Lebensqualität anhebt. Vieles aus der Jugendzeit interessiert ihn gar nicht mehr, und er ist froh, dass dies so ist. Jedes Alter hat eben seine Reize. Besonders für den Intellektuellen gilt: Nur im Geiste nicht nachlassen! Wer rastet, der rostet, verkündet Cicero und ist so einer der Väter des heute so viel beschworenen „Gehirnjoggings“. Vor übertriebenem körperlichem Sport hat er aber durchaus gewarnt. Allerdings klingen seine Worte insgesamt doch bisweilen so wie die des Fuchses, der die zu hoch hängenden Trauben als zweifellos zu sauer abqualifiziert.

In den *Thesmophoriazusai* des Aristophanes wollen die Frauen von Athen Euripides ans Leben, weil er sie so verleumderisch dargestellt habe. Unter einer derartigen Maxime hätten die Greise von Rom den Satiriker Juvenal nach altem Brauch vom Tarpeischen Felsen stürzen müssen. Denn er hat, so weit wir wissen, die widerwärtigsten Worte über alte Menschen gefunden, die im Altertum niedergeschrieben wurden. In seiner *Satura X* geht er von Glückwünschen in der Art von *ad multos annos* aus und fragt

²² Insbesondere mag die Zweifelt auf das getreuliche Helferpaar der Dioskuren hindeuten.

²³ Vgl. grundlegend hierzu Parkin (1992); Cokayne (2003); Harlow/Laurence (2003); Parkin (2003); Mattioli (1995b).

²⁴ Vgl. hierzu grundlegend Couch (1959); Powell/Dover (1988).

verwundert die Leserschaft, ob sie denn überhaupt wisse, was sie ihren Lieben mit derartigen Worten wünsche. Das seien doch viel eher Verwünschungen. Was bringe denn das Alter so alles mit sich? Und dann hagelt es Breitseiten von ausgesuchten Boshaftheiten, ja bisweilen geradezu menschenverachtenden Herzlosigkeiten. Juvenal überschüttet das Alter mit Häme, die bereits in Kostproben erschauern lässt: So heißt es von jungen Menschen, dass sie individuell und schön von Angesicht seien, während das Antlitz alter Leute uniform faltig, runzelig und durch Altersflecken hyperpigmentiert sei – ganz so wie bei den Affen! Selbst hartgesottene Erbschleicher halten es ob der körperlichen Widerwärtigkeit kaum in ihrer Nähe aus. Das zur Kohabitation nicht mehr fähige Zeugungsglied wird bei Juvenal so umfänglich erörtert wie in keiner uns erhaltenen ärztlichen Schrift des Altertums. Schließlich liefert Juvenal sogar einen ganz frühen Beleg²⁵ der heute in der Geriatrie so viel diskutierten Altersdemenz, natürlich voller Unflat (Satura X 232-239):

sed omni
membrorum damno maior dementia, qua nec
nomina servorum nec vultum agnoscit amici
cum quo praeterita cenavit nocte, nec illos
quos genuit, quos eduxit. nam codice saevo
heredes vetat esse suos; bona tota feruntur
ad Phialen: tantum artificis valet halitus oris
quod steterat multis in carcere fornicis annis.²⁶

Dies heißt übersetzt:

Doch schlimmer als jeder Schaden an den Gliedern ist der Schwachsinn, durch den er (sc. der Greis) 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. Denn in einem grausamen Testament schließt er sie als seine Erben aus, die Güter fallen ganz an Phiale: soviel bewirkt der Hauch ihres kunstfertigen Mundes, mit dem sie sich viele Jahre im Käfig des Bordells feilgebotten hatte.²⁷

Juvenal soll achtzig Jahre alt geworden sein. Da wüsste man doch gerne, wie er, dann selbst zum Greis geworden, seine Verse in der Rückschau beurteilt hat. Ob er etwa auch dann noch darüber lachen konnte?

5. Johannes Stobaios: Eine spätantike Quintessenz griechischer Texte zum Alter

Eine weitgehend unbeachtete, aber umso reichhaltigere literarische Quelle zum Greis und Greisenalter im Altertum, insbesondere in dichterischen Zeugnissen, stellen die

²⁵ Vgl. zur medizinhistorischen Würdigung unter anderem Karenberg/Förstl (2003), S. 12f.; Schäfer (2001), S. 295; Karenberg/Förstl (2006), S. 7f.

²⁶ Text nach Willis (1997), S. 143f.

²⁷ Übersetzung nach Adamietz (1993), S. 219 u. 221. Eine eingehende literarische und juristische Würdigung – mit umfangreicher Darstellung und Diskussion auch der reichhaltigen Sekundärliteratur zu den Versen des Juvenal – dieser pikanten Demenzschilderung bieten Moog/Schäfer (2007).

drei Bücher beziehungsweise Kapitel *Über das Alter*²⁸ des Johannes Stobaios²⁹ dar. Diese sind von der Altersgeschichtsforschung bislang eher außer Acht gelassen worden und werden selbst in grundlegenden Schriften wie denen von Bessie Richardson, Pat Thane und Mirko Grmek gar nicht oder kaum berücksichtigt. Etwas ausführlicher werden sie lediglich von Christian Gnilka³⁰ und Tim G. Parkin³¹ sowie intensiver von Sigismund³² und den Verfassern³³ in Augenschein genommen.

Der Verfasser Johannes Stobaios³⁴ ist einer der zahllosen spätantiken Träger des ursprünglich jüdischen Namens Johannes – dies ist die gräzisierte Form des hebräischen Vornamens Yochanan –, der wohl vor allem zur Unterscheidung von anderen Namensträgern den Zusatz „Stobaios“, der seinen Geburts- oder Herkunftsort, die nordgriechische Stadt Stoboi (nahe dem heutigen Veles in Makedonien) angibt, verwendet. Nur wenig wissen wir über die Person des Autors Stobaios selbst, und dies ist zumeist aus seinem Werk erschlossen. Vor allem aufgrund der letzten von ihm zitierten Autoren datiert man sein Schaffen ins 5. nachchristliche Jahrhundert. Über seinen geistigen und weltanschaulichen Hintergrund besteht keine Einigkeit. Sein Name legt an sich eine christliche Herkunft nahe. Da er, der selbst entlegene und ausgefallene Werke und Autoren zitiert, allerdings gegenüber christlichen Schriften ein beharrliches Schweigen an den Tag legt, könnte er dem christlichen Bekenntnis ferngestanden haben. Vielleicht war er sogar ein Heide oder Renegat. Unzweifelhaft ist seine Begeisterung für das Klassische Altertum, insbesondere die große Zeit Athens im 5. und 4. vorchristlichen Jahrhundert. Eine Nähe zum Neoplatonismus ist ebenfalls augenfällig, aus der sich sein Interesse für Platons Schriften erklärt. Nimmt man auch an, dass er viele Zitate schon bestehenden Florilegien entnahm, so gilt eine autoptische Einsichtnahme in die Originalschriften des großen Sokrates-Schülers als wahrscheinlich. Nach eigenen Angaben hat Stobaios einen Sohn namens Septimius gehabt, dem er seine Sammlung zur Erweiterung seines literarischen Allgemeinwissens zugeeignet haben will. Ob dies der Realität entspricht oder vielmehr ein im Altertum ganz gängiger Kunstgriff von Literaten war, muss letztlich offenbleiben. Viele haben schließlich ihre Schriften als Belehrung, Handreichung oder Vermächtnis an ihren Nachkommen dargestellt wie etwa der bärbeißige alte Cato.³⁵ Dessen böartige Ausfälle gegen griechische und mutmaßlich überhaupt ausländische Ärzte finden sich in den Ratschlägen an seinen Sohn Marcus, den er vor angeblichen bedrohlichen Machenschaften dieser Mediziner eindringlich warnte. Dabei ist seine brüske Ablehnung der griechischen Heilkundigen, die er gar der Verschwörung zum Morde bezichtigt, als typische Ablehnung einer professionalisierten Medizin, wie sie seinerzeit in Hellas bereits bestand, seitens einer bo-

²⁸ Vgl. zum Text die bislang einzige kritische Ausgabe von Hense (1912), S. 1020-1065.

²⁹ Vgl. orientierend zu Person und Werk Piccione/Runia (2001).

³⁰ Vgl. Gnilka (1971) *passim*.

³¹ Vgl. Parkin (2003), S. 58f.

³² Sigismund (2003).

³³ Moog/Schäfer (2008).

³⁴ Dieser Johannes Stobaios darf keinesfalls mit dem gleichnamigen preußischen Komponisten (06.07.1580-11.09.1646), der vor allem in Königsberg (heute: Kaliningrad) wirkte, verwechselt werden.

³⁵ Vgl. zur Bedeutung des Cato für die Medizingeschichte einfürend Moog (2004).

denständigen, auf Selbsthilfe fußenden Volks- und Hausvatermedizin zu verstehen, die sich fast allenthalben beobachten lässt.

Die Haupttätigkeit des Stobaios wird mit dem Begriff Kompilation charakterisiert. Er entnahm bemerkenswerte oder markige Zitate von ganz verschiedener Länge den Schriften zahlreicher Autoren, die er dann nach Themen und Sachgebieten sortiert zusammenstellte. Dabei hat er nach Meinung zahlreicher Gelehrter in vielen Fällen nicht die Originale eingesehen, sondern auf bereits bestehende Vers- und Spruchsammlungen zurückgegriffen. Dieser Mangel an Originalität hat seinem Ruf geschadet, so dass sein an sich interessantes und vielfältiges Werk noch heute in der Literaturforschung wenig beachtet wird. Immerhin zitiert er aus über 500 griechischen Autoren, darunter Dichtern, Philosophen, Historikern, Rednern und immer wieder auch Ärzten. Besonders angetan haben es ihm der Tragiker Euripides und der Komiker Menander, für deren verlorene Schriften er als wertvoller Zeuge und Überlieferer zahlloser Fragmente gilt. Die Exzerptensammlung mit dem griechischen Titel *Anthologia* bestand ursprünglich aus vier Bänden, hat eine bewegte Überlieferungsgeschichte und wurde im Mittelalter gar ohne erkennbaren Grund in zwei Teile zerrissen. Die moderne Philologie ist um eine Wiederherstellung des Urzustandes bemüht. Die vielfältige und spannende Überlieferungsgeschichte belegt jedenfalls das lebhafteste Interesse aller Zeiten an den gesuchten wie ausgesuchten Sprüchen und Formulierungen. Im 16. Jahrhundert schließlich nahm die Bekanntheit in Europa geradezu exponentiell zu, als der griechische Text unter anderem ins Lateinische, Deutsche und später auch ins Englische³⁶ übertragen und so einem breiteren Publikum zugänglich wurde. Ab dieser Zeit finden sich dann Zitate und Anspielungen aus dem Werk des Stobaios bei unzähligen Autoren.

Bereits eine cursorische Lektüre der drei Bücher *Über das Alter* relativiert die verbreitete Ansicht, Stobaios habe ganz unselbständig und ungelenkt seine Zusammenstellung vorgenommen. Vielmehr lässt sich eine sehr gewollte und durchaus originelle Komposition der Zitate, die zweifellos als Eigenleistung des Stobaios zu bewerten ist, beobachten. Es zeigt sich nämlich ein ungemein eingängiges und elegantes Ordnungsprinzip der Zitate: Stobaios ist nach dem bewährten Modell des dialektischen Dreischritts der Entwicklung eines Gedankens, dem verbreiteten Schema „These – Antithese – Synthese“ folgend, vorgegangen. Wir haben es also zumindest mit einem rhetorisch geschulten Autor zu tun – fast möchte man an einen Advokaten denken. Das erste Buch ist nämlich mit „Über das Alter – bezüglich dessen, dass es nicht wertlos ist“ überschrieben; dem zweiten Buch steht kurz und knapp „Schelte des Alters“³⁷ voran; schließlich heißt es zu Beginn des dritten Buches: „Es wird die Erkenntnis gewonnen, dass das Alter frei von Belästigung und mannigfacher Ehrfurcht würdig ist“. Damit ist das Ergebnis des Stobaios bereits vorweggenommen: Er gehört, im Verein mit Cicero im *Cato maior*, zu denen, die das Alter *in summa* positiv bewerten, freilich einer Minderzahl, die sich aber umso intellektueller und wortgewaltiger gibt.

³⁶ Vgl. etwa Taylor (1822).

³⁷ Nach Gnilka (1971), S. 7.

Innerhalb der Bücher befolgt Stobaios weiterhin eine typische Vorgehensweise aus der Gerichtsrede: Das schwerwiegendste Argument kommt jeweils am Schluss einer Argumentations- oder Beweiskette, da es auf diese Weise, gleich einem abschließenden Paukenschlag, am stärksten nachhallt und den Gesamteindruck bestimmt: So hat er am Ende des ersten wie zweiten Buches jeweils ein längeres Zitat aus Platons *Politeia* angeführt. Das mag einerseits seine persönliche Begeisterung und Verehrung für den athenischen Denker belegen. Vor allem aber darf sich der Verfasser sicher sein, dass Platon ein unumstößlicher Gewährsmann ist – bei Heiden wie Christen –, dessen Wort höchstes Gewicht hat. In gleicher Weise beschließt er das dritte Buch und damit den ganzen Sachzusammenhang mit einem sehr umfangreichen Zitat aus der verlorenen Schrift *Über das Alter* des Juncus. Dass dann ganz zum Schluss innerhalb dieses Zitates die Rede auf den alten Nestor kommt, ist ein geradezu genialer Schachzug. Man möchte bei der offensichtlichen Begeisterung des Stobaios für das Theater fast vermuten, dass er den edlen Nestor vor Troja fast gleich einem Schlussbild seiner drei kleinen Akte *Über das Alter* gewählt hat. Nicht nur, dass Stobaios damit zum Beginn der Überlieferung und zum würdigsten Autor der alten Welt, dem großen Homer selbst, zurückgeht. Zugleich ist inhaltlich kein besserer Beleg für ein würdevolles Alter denkbar: Nestor ist der edle Greis an sich, und solch ein unverwüstliches Alter wünscht sich Stobaios offenkundig für sich, seinen Sohn und seinen geschätzten Leser. Dabei dürfte ihm – schon aus eigener zeitgenössischer Erfahrung – bewusst sein, dass dies in den meisten Fällen ein frommer Wunsch wie eine trügerische Hoffnung bleiben dürfte. Nestor ist eben eine Gestalt des Mythos, wenn diesem auch in den Augen vieler Menschen des Altertums etwas Historisch-Reales anhaftete. Übrigens kam Stobaios offensichtlich auch nicht ganz umhin, dem römischen Inbegriff eines unverwüstlichen Greises, eben dem alten Cato, seine Referenz zu erweisen. Im zweiten Buch³⁸ ist ein auch andernorts (Plutarch, *Vita Catonis* 9) überliefertes Bonmot dieses *vir vere Romanus* überliefert. Er soll – möglicherweise selbst schon hochbetagt – einen Greis, der auf seine alten Tage üble Machenschaften anfang, angeherrscht haben, er solle doch zu den Beschwernissen des Alters nicht auch noch einen ruinierten Ruf hinzufügen.

Für den Medizinhistoriker ist auf den ersten Blick enttäuschend, dass Stobaios in diesen drei Kapiteln kaum Belege aus ärztlichen Schriften anführt, obwohl er ansonsten immer wieder aus den Werken des *Corpus Hippocraticum* und vergleichbaren Fachtexten zitiert. Offensichtlich war für ihn das Alter keine medizinische Fragestellung. Es galt vielmehr ganz persönlich und mental damit fertig zu werden, und aus dieser Intention erklärt sich das weitgehende „Schweigen der Ärzte“ in diesem Teil der Anthologie. Lediglich an einer Stelle kommt Parmenides von Elea zu Wort, der auch als Arzt bezeichnet wurde, freilich als Dichter und Philosoph ungleich bekannter war.³⁹ Entspre-

³⁸ Vgl. Hense (1912), S. 1049.

³⁹ Als Spross des Ouliaden-Geschlechtes stammt er schließlich aus einem alten Heiler-Clan, der sich auf Apollon als den ältesten griechischen Heilgott zurückführte. Parmenides befindet sich diesbezüglich gerade auch als Philosoph in keiner schlechten Gesellschaft, war doch etwa der Arztsohn Aristoteles stolz darauf, von Machaon und damit dem Heilgott Asklepios und letztlich so ebenfalls von Apollon abzustammen.

chend seiner medizinischen Profession bringt er denn auch eine in der antiken Physiologie geläufige Ätiologie des Alters mit ein: „Das Alter resultiert aus einem Dahinschwinden der Wärme.“⁴⁰ Schon nach hippokratischer Vorstellung (*Aphorismoi* I 14) werden Lebewesen mit einem Maximum an Wärme (Energie) und Feuchtigkeit geboren und verlieren davon im Laufe ihres Lebens immer mehr, bis sie kalt und ausgetrocknet sterben.⁴¹

Dennoch stellt das Werk des Stobaios für die Geschichte der Gerontologie und Geriatrie eine geradezu unschätzbare Quelle dar. Stobaios bezeugt nämlich, dass es zu seiner Zeit, also im 5. nachchristlichen Jahrhundert, bereits eine umfangreiche Literatur zum Thema „Alter, Alte und Altsein“, insbesondere auch umfangreiche Monographien, gab.⁴² Viele dieser Schriften sind heute verloren und wären ohne die Vermittlung des Stobaios sogar gänzlich vergessen. Drei, aus denen Stobaios umfänglicher zitiert, sind hier ganz besonders zu nennen:⁴³

Vor allem in der zweiten Hälfte des ersten nachchristlichen Jahrhunderts wirkte in Rom ein stoischer Philosoph namens Gaius Rufus Musonius. Seine sehr praxisnahen, auf das tägliche Leben bezogenen ethischen Empfehlungen trugen ihm einerseits die Verfolgung seitens des Nero, aber auch Ehrungen durch Titus ein. Er selbst scheint kaum etwas geschrieben zu haben, aber ähnlich wie im Falle des Aristoteles haben Schüler Mitschriften seiner Vorlesungen – vielleicht unter Zuhilfenahme seiner Aufzeichnungen? – überliefert. Aus einem entsprechenden Traktat mit dem Titel *Was ist die beste Altersversorgung?* referiert denn Stobaios umfänglich. In Übereinstimmung mit der stoischen, aber auch hippokratischen Lehre empfahl Musonius „ein Leben der Natur entsprechend“, das heißt, die Meidung von Extremen in jeder Hinsicht. Wichtig ist eine seelische Hygiene zur Dämpfung der Affekte, etwa auch der Daseinsangst oder Todesfurcht. Eine deutliche Absage erteilte Musonius der Habsucht und dem Geiz alter Leute, da Reichtum zwar das Leben erleichtere, wirkliche Sorgenfreiheit aber keineswegs verschaffe. Schüler des Musonius waren etwa der berühmte Epiktet und Dion von Prusa.

Einen Schüler des Dion von Prusa, Favorinus von Arelate, nimmt denn Stobaios ebenfalls zum Zeugen für seine Gedanken über das Alter. Somit lässt sich anhand seines Florilegiums auch Wissenschaftsgeschichte betreiben, denn Musonius und Favorinus stehen in einer durch die Schulzugehörigkeit begründeten geistesgeschichtlichen Abhängigkeit. Favorinus tat sich als fruchtbarer und höchst populärer Autor, Philosoph und Redner hervor, der zu zahlreichen Fragestellungen und Fachgebieten arbeitete. Er gilt als eine herausragende Größe der Zeit des Hadrian, pflegte Korrespondenz mit anderen namhaften Gelehrten seiner Zeit und hatte viele, später einflussreiche Schüler. Auch über das Alter hat sich Favorinus monographisch – der Titel wird kontrovers rekonstruiert – geäußert, wobei manche Gelehrte vermuten, dass er gerade die Bürden

⁴⁰ Vgl. Hense (1912), S. 1032.

⁴¹ Schäfer (2004), S. 47-52. Vgl. auch Schäfer/Karenberg (2005), S. 15f.

⁴² Vgl. hierzu ausführlich Moog/Schäfer (2008).

⁴³ Vgl. hierzu ausführlich Sigismund (2003).

der Betagten darin ausführlich erörtert haben mag. Doch konnte er offenbar auch gewisse reizvolle und befriedigende Aspekte ausmachen.

Als mutmaßlicher Zeitgenosse des Favorinus schrieb schließlich ein gewisser Juncus einen Dialog *Über das Alter*, in dem ein junger und ein älterer Mann die Vor- und Nachteile der Lebensalter disputierten.⁴⁴ So wird etwa für Feldherren und Staatsmänner ähnlich wie etwa bei Plutarch in der Erörterung *Soll man im Alter Staatsämter verwalten?* ein höheres Alter gefordert, damit sie abgeklärter ihre verantwortungsvollen Aufgaben versehen können. Doch werden auch der Jugend ihre spezifischen Vorzüge, etwa sinnliche Daseinsfreude, nicht abgesprochen. Ähnlich wie Favorinus und andere Gelehrte des Imperium Romanum bevorzugte auch er trotz seines typisch römischen Namens die griechische Sprache für seine Darstellung. So korrespondierte und parlierte man ja im Europa des 18. Jahrhunderts gern auf Französisch, gerade auch außerhalb Frankreichs, wie wir es etwa von Friedrich dem Großen oder Katharina der Großen wissen. Juncus soll sich nach dem Dafürhalten einiger Gelehrter vom Thema wie der Form der Darstellung her an Ciceros *Cato maior de senectute* angeschlossen haben. Andere verneinen dies. Dabei war der Dialog als literarisches Vehikel zur Wissensfindung wie -vermittlung natürlich schon von Platon vorgegeben worden, und dass Juncus diesem verpflichtet ist, ist unstrittig.

6. Fazit: Alter und Altsein – Ein wahrhaft zeitloses Thema

Das Alter, das Altern und die Alten beschäftigen seit den Anfängen der Überlieferung Philosophen und Mediziner ebenso wie Epiker, Dramatiker, Lyriker und Spötter. Dabei stehen sich zwei grundsätzliche Bewertungen des Alters diametral und oft unbarmherzig gegenüber: Zum einen die offensichtlich verbreitete und auch von den Betroffenen selbst oft voller Resignation so empfundene Vorstellung vom Alter als der Zeit des Verfalls, des Niederganges und der Krankheit. Zum anderen die idealisierende, aber auch recht kopflastige Verklärung als Zeit von Reife, Weisheit und „Alt“-Ehrwürdigkeit, wie sie besonders in Ciceros Schrift *Cato maior de senectute* vertreten wird. Das Bild des alten Menschen wird, je nach dem literarischen Sujet, durchaus differenziert wiedergegeben. Allgemein begegnet man dem rüstigen und weisen Greis mit Verehrung; der kranke, eigenwillige oder gar auffällige Alte ist sowohl Zielscheibe von Spott und Hohn wie er auch Bedauern und Mitleid erntet. Bei einer diachronen Betrachtung des Umgangs mit dem Alter zeigt sich, dass es diesbezüglich keine stringente Entwicklung gibt, dass beide Vorstellungen vielmehr stets nebeneinander existierten. Jede Generation musste und muss sich stets aufs Neue dieser Frage stellen. Allerdings gestaltet sich eben für unsere Gegenwart die Situation noch ungleich anders als in allen früheren Zeiten. Infolge der demographischen Entwicklung wird man die Auseinandersetzung mit dem Alter und den Alten derzeit als *die* Frage der mitteleuropäischen Gesellschaft schlechthin betrachten müssen.

⁴⁴ Wertvoll und die vorherigen Diskussionen zusammenfassend ist auch immer noch Faltin (1910).

Literatur

1. Adamietz (1993): Juvenal, Satiren. Lateinisch – deutsch. Herausgegeben, übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Joachim Adamietz, München/Zürich 1993.
2. Byl (1977): Simon Byl, Le vieillard dans les comédies d'Aristophane, *L'Antiquité Classique* 4 (1977), S. 52-73.
3. Cokayne (2003): Karen Cokayne, *Experiencing Old Age in Ancient Rome*, Oxford 2003.
4. Couch (1959): Herbert N. Couch, Cicero on the art of growing old. A translation and subjective evaluation of the essay entitled Cato the Elder on old age, Providence 1959.
5. Faltin (1910): J. A. A. Faltin, Die Iuncus-Fragmente bei Stobaeus, Diss. phil., Freiburg i. Br. 1910.
6. Fischer-Elfert (2002): Hans-Werner Fischer-Elfert, Aus alt mach jung: Medizinisches und Mentalitätsgeschichtliches zum Alter im Pharaonischen Ägypten, in: Axel Karenberg, Christian Leitz (Hrsg.), *Heilkunde und Hochkultur II: ‚Magie und Medizin‘ und ‚Der alte Mensch‘ in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes*, Münster/Hamburg/London 2002 (= *Naturwissenschaft – Philosophie – Geschichte*, 16), S. 221-244.
7. Gnilka (1971): Christian Gnilka, Altersklage und Jenseitssehnsucht, *Jahrbuch für Antike und Christentum* 14 (1971), S. 5-23.
8. Grmek (1958): Mirko D. Grmek, On Ageing and Old Age. Basic Problems and Historic Aspects of Gerontology and Geriatrics, Den Haag 1958 (= *Monographiae biologicae*, V 2).
9. Hampe (1983): Homer, *Ilias*. Neue Übersetzung, Nachwort und Register von Roland Hampe, Stuttgart 1983.
10. Harlow/Laurence (2003): Mary Harlow, Ray Laurence, Old Age in Ancient Rome, *History today* 53 (2003), 4, S. 22-27.
11. Hense (1912): Ioannis Stobaei anthologii libri duo posteriores. Recensuit Otto Hense. Volumen III, Berlin 1912.
12. Karenberg/Förstl (2003): Axel Karenberg, Hans Förstl, Geschichte der Demenz und der Antidementiva, in: Hans Förstl (Hrsg.): *Antidementiva*, München 2003, S. 5-52.
13. Karenberg/Förstl (2006): Axel Karenberg, Hans Förstl, Dementia in the Greco-Roman world, *Journal of the Neurological Sciences* 244 (2006), S. 5-9.
14. Kebric (1988): Robert B. Kebric, Old Age, the Ancient Military, and Alexander's Army: Positive Examples for a Graying America, *Gerontologist* 28 (1988), 3, S. 298-302.
15. Keil (1983): Gundolf Keil, Altern und Alter in der Antike, *Acta Gerontologica* 13 (1983), S. 47-52.
16. Marg (1964): Griechische Lyrik in deutschen Übertragungen. Eine Auswahl mit Anmerkungen und Nachwort von Walter Marg, Stuttgart 1964.
17. Mattioli (1995a): Umberto Mattioli, *Senectus. La vecchiaia nel mondo classico a cura di U. M.*, Vol. I – Grecia, Bologna 1995.

18. Mattioli (1995b): Umberto Mattioli, *Senectus. La vecchiaia nel mondo classico* a cura di U. M., Vol. II – Roma, Bologna 1995.
19. Minois (1989): Georges Minois, *History of Old Age, From Antiquity to Renaissance*, Cambridge 1989.
20. Montagu (1994): J. D. Montagu, *Length of life in the ancient world: a controlled study*, *Journal of the Royal Society of Medicine* 87 (1994), S. 25-26.
21. Moog (2004): Ferdinand Peter Moog, Marcus Porcius Cato Censorius, in: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil, Wolfgang Wegner (Hrsg.), *Enzyklopädie Medizingeschichte*, Berlin/New York 2004, S. 890-891.
22. Moog (2005): Ferdinand Peter Moog, *Hippokrates und Euripides – Interferenzen von dramatischer Dichtung und medizinischem Schrifttum in der griechischen Klassik*, Habilitationsschrift, Köln 2005 (Buchfassung in Vorbereitung).
23. Moog/Schäfer (2006): Ferdinand Peter Moog, Daniel Schäfer, *Die Demenzkasuistiken in der Gerontologia (1705) des Theodosius Schöpffer. Ein Vergleich mit überlieferten Darstellungen aus Literatur und Medizin*, *Neulateinisches Jahrbuch/ Journal of Neo-Latin Language and Literature* 8 (2006), S. 201-226.
24. Moog/Schäfer (2007): Ferdinand Peter Moog, Daniel Schäfer, *Aspekte der Altersdemenz im antiken Rom: Literarische Fiktion und faktische Lebenswirklichkeit*, *Sudhoffs Archiv – Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte* 91 (2007), 1, S. 73-81.
25. Moog/Schäfer (2008): Ferdinand Peter Moog, Daniel Schäfer, Johannes Stobaios. „On Old Age“: An Important Source for the History of Gerontology, *Journal of the American Geriatrics Society* 56 (2008), S. 354-358.
26. Orth (1963): Hermann Orth, *Diaita Geronton – die Geriatrie der griechischen Antike*, *Centaurus* 8 (1963), S. 19-47.
27. Parkin (1992): Tim G. Parkin, *Age and the Aged in Roman Society*, PhD-Thesis, Oxford 1992.
28. Parkin (1998): Tim G. Parkin, *Ageing in antiquity: Status and participation*, in: Paul Johnson, Pat Thane (Hrsg.), *Old age from antiquity to post-modernity*, London 1998, S. 19-42.
29. Parkin (2003): Tim G. Parkin, *Old Age in the Roman World. A Cultural and Social History*, Baltimore/London 2003.
30. Piccione/Runia (2001): Rosa Maria Piccione, David T. Runia, Stobaios, in: *Der Neue Pauly – Enzyklopädie der Antike, Altertum. Band 11*, Stuttgart/Weimar 2001, Sp. 1006-1010.
31. Powell/Dover (1988): J. G. F. Powell, Kenneth Dover, *Cicero. Cato maior de senectute*. Edited with Introduction and Commentary, Cambridge 1988.
32. Preime (1945): Solon, *Dichtungen – Sämtliche Fragmente*. Im Versmaß des Urtextes ins Deutsche übertragen von Eberhard Preime. Griechisch und deutsch, München 1945.
33. Richardson (1933): Bessie Ellen Richardson, *Old Age among the Ancient Greeks. The Greek Portrayal of Old Age in Literature, Art, and Inscriptions*, Baltimore/London 1933.
34. Schäfer (2001): Daniel Schäfer, *Ein Haus der Vergeßlichkeit, Medizinische Konzepte zur altersbedingten Gedächtnisschwäche in der frühen Neuzeit*, Schriften-

- reihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 7 (2001), S. 295-308.
35. Schäfer (2004): Daniel Schäfer, Alter und Krankheit in der Frühen Neuzeit, *Der ärztliche Blick auf die letzte Lebensphase*, Frankfurt/New York 2004 (= *Kultur der Medizin, Geschichte – Theorie – Ethik*, 10).
 36. Schäfer (2008): Daniel Schäfer, Demenz vor Alzheimer? Altern und Gedächtnis in der Frühen Neuzeit, in: Dominik Groß, Axel Karenberg (Hrsg.), *Medizingeschichte im Rheinland. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“*, Kassel 2008 (= *Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker*, 1), S. 105-124.
 37. Schäfer/Karenberg (2005): Daniel Schäfer, Axel Karenberg, Alter, Krankheit und Demenz – Historische Anmerkungen zu einem aktuellen Thema, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 51 (2005), S. 13-25.
 38. Scheidel (2001): Walter Scheidel, Roman Age Structure: Evidence and Models, *The Journal of Roman Studies* 91 (2001), S. 1-26.
 39. Sigismund (2003): Marcus Sigismund, Über das Alter. Eine historisch-kritische Analyse der Schriften „Über das Alter / Peri gērās“ von Musonius, Favorinus und Iuncus, Frankfurt a. M. 2003.
 40. Taylor (1822): Thomas Taylor, Political fragments of Archytas, Charondas, Zaleucus, and other ancient Pythagoreans, preserved by Stobæus; and also, Ethical fragments of Hierocles, the celebrated commentator on the golden Pythagoric verses, preserved by the same author, translated from the Greek, Chiswick 1822.
 41. Thane (2005): Pat Thane, *The Long History of Old Age*, London 2005.
 42. Voigt (1971): Sappho et Alcaeus. *Fragmenta* edidit Eva Maria Voigt, Amsterdam 1971.
 43. von Weiher (2002): Egbert von Weiher, Das Alter in Mesopotamien, in: Axel Karenberg, Christian Leitz (Hrsg.), *Heilkunde und Hochkultur II: ‚Magie und Medizin‘ und ‚Der alte Mensch‘ in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes*, Münster/Hamburg/London 2002 (= *Naturwissenschaft – Philosophie – Geschichte*, 16), S. 211-220.
 44. Willis (1997): D. Iunii Iuvenalis saturae sedecim. Edidit Iacobus Willis, Stuttgart/Leipzig 1997.
 45. Zeman (1979): Frederick Zeman, Life's later years: Studies in the medical history of old age (part I-XII), *Journal of the Mt. Sinai Hospital* 42 (1941) und 51 (1950), S. 8-17 (Nachdruck in: *Roots of modern gerontology and geriatrics*, 1979).

II. Medizin zur Zeit Wilhelm Fabrys

Wilhelm Fabry und der *Keyerschnitt*. Ein Schlaglicht auf die medizinische Diskussion in der Frühen Neuzeit

Daniel Schäfer

Kaum ein chirurgischer Eingriff ist in Geschichte und Gegenwart der Medizin so bekannt, so sagemumwoben und gleichzeitig in seiner Anwendung und Ausführung so umstritten wie die *Sectio caesarea*, der „Keyerschnitt“ (deutsche Benennung erstmals nachgewiesen bei Wilhelm Fabry!). Um die multidimensionale Frühgeschichte des Kaiserschnitts zu strukturieren, ist es im Folgenden sinnvoll, eine chronologische Gliederung von zwei wesentlichen Zeitabschnitten (Epoche bis 1580, Folgezeit bis 1880) vorzunehmen. Jenseits aller Einzelfakten sollen aber auch epochenübergreifende Zusammenhänge betont werden. Auf diese Weise entsteht am Ende ein zwar vielschichtiges, aber doch charakteristisches Bild von der vormodernen Operation und ihrem Kontext. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Person und dem Einfluss von Wilhelm Fabry, der für den Beginn der zweiten Phase charakteristische Überlegungen zu der Operation bietet.

1. „Der Seele mit dem Schnitt zu Hilfe zu eilen“: Operation an Leichen bis 1580

Der Kaiserschnitt erweist sich interkulturell (altindischer, persischer, römischer und jüdisch-christlicher Kulturkreis) bis weit in die Neuzeit hinein als eine Operation, die nur an verstorbenen oder sterbenden Schwangeren (*Sectio in mortua/in moribunda*) durchgeführt wurde und daher vor allem auf die Rettung des Kindes abzielte. Für diese Einschränkung sind in erster Linie biologisch-medizinische Gründe verantwortlich: Ohne suffiziente Analgesie, Blutstillung, Nahttechnik und -material sowie aseptisches Vorgehen sind Operationen am Uterus, selbst wenn sie extraperitoneal durchgeführt werden, nur selten mit dem Leben einer Frau vereinbar. Selbst periphere Unterbauch-Eingriffe wie Herniotomien und Zystotomien bei Blasenstein galten bis ins 19. Jahrhundert als extrem gefährlich und wurden fast nur von besonderen Spezialisten (Bruch- bzw. Steinschneidern) angegangen;² schon der „Hippokratische Eid“ untersagte eine entsprechende Tätigkeit und verwies auf die darin Erfahrenen.

1.1 *Chirurgisch-geburtshilfliche Diskussion*

Das technische Vorgehen der Operation beschreibt eine spätmittelalterliche Hebammenordnung vergleichsweise ausführlich.³ Trotzdem erfahren wir nur von einem Latearschnitt auf der linken Seite der Bauchwand, vom Abdrängen der Därme, von einer

¹ Fabry (1652), S. 1164. Die latinisierte Form *Sectio caesarea* lässt sich u. a. bei dem Theologen Theophil Raynaud (1637) nachweisen; vorher scheint die Bezeichnung *Partus caesareus* (Cäsarische Geburt) üblich gewesen zu sein.

² Vgl. Sachs (2000), S. 57-88.

³ Anonyme Crailsheimer Hebammenordnung, Übersetzung bei Schäfer (1999), S. 38-39.

Tief- und Schräglagerung der Frau, die das Operieren erleichtert, und von dem Verschluss der Bauchwand mit einigen Ligaturen und blutstillendem Pflaster. Medikamente und Wein als Stärkungsmittel sowie die Pflege des wahrscheinlich mutterlosen Kindes ergänzen die knappe Darstellung. Es fehlen insbesondere Angaben zur uterinen Schnittführung und zur Ablösung der Plazenta; eine Gebärmutternaht war bis weit ins 18. Jahrhundert hinein nicht vorgesehen.

Die Kürze dieser Darstellung ist insofern typisch, als die Mehrzahl der Quellen über den Kaiserschnitt bis 1500 nicht von Ärzten verfasst wurde: Hebammenordnungen, in denen er typischerweise erwähnt wird, stammen in der Regel aus der Hand eines Stadtschreibers oder Pfarrers. Auch die wenigen chirurgischen Lehrtexte des Hoch- und Spätmittelalters von Francesco di Piedimonte, Bernard de Gordon (beide um 1300) oder Guy de Chauliac († 1368), die die Operation erwähnen, tun dies lediglich kurz mit Rücksicht auf die Rahmenbedingungen.⁴ Ausführende waren in allen Fällen offensichtlich nicht die Schreiber selbst, sondern Hebammen, später auch Vertreter der niederen Heilberufe (Bader, Wundärzte etc.). Deren besondere Kenntnisse und Fähigkeiten wurden nur ausnahmsweise verschriftlicht.

Was Ärzte bis weit ins 16. Jahrhundert hinein offensichtlich mehr bewegte, waren Fragen um die Herkunft und den Nimbus der Operation (s. u.) und um die Möglichkeit eines kindlichen Überlebens im Bauch der Mutter. Daran wurde mit Rückgriff auf die Physiologie der antiken Medizin⁵ zunächst nicht gezweifelt: Das Kind könne durch die Arterien der Mutter Luft anziehen; deshalb müsse man den Mund der toten Mutter offen halten, bis die Operation vollzogen sei. Alternativ nahm man sogar an, dass der Fetus durch die Geburtswege atme, weshalb auch diese geöffnet werden sollten.⁶

Festzuhalten bleibt, dass sich die chirurgische Medizin von der Antike bis 1500 für einen Eingriff an toten oder sterbenden Schwangeren, der offensichtlich bei Hebammen bekannt und ihre Pflicht war, nicht näher interessierte. Dagegen beschreiben chirurgische Texte des Spätmittelalters ganz in der Tradition der antiken Geburtshilfe ausführlich die Embryotomie und -ulkie, also Maßnahmen zur Zerkleinerung und zum stückweisen Herausziehen des toten Feten bei Geburtsunmöglichkeit. Diese Methoden zur Rettung der Frau standen offensichtlich in mittelbarer Konkurrenz zur *Sectio in mortua* und waren Hauptgegenstand einer männlichen geburtshilflichen Chirurgie.⁷

Um 1500 ändert sich jedoch erstmals die Einstellung der Medizin: Etliche Kasuistiken über vollzogene Kaiserschnitte an Toten werden publiziert, wobei regelmäßig die Faszination einer kunstgewirkten Geburt nach dem Vorbild des Julius Cäsar aufscheint.⁸ So erfahren wir von dem Arzt Pietro d'Argellata, dass er selbst den Eingriff

⁴ Vgl. Schäfer (1999), S. 40-51.

⁵ Galen (1980), p. 404.

⁶ Bernard de Gordon (1559), pp. 638-639.

⁷ Vgl. Schäfer (1996).

⁸ Plinius der Ältere behauptete, dass neben Scipio Africanus und Manilius auch „der erste der Cäsaren“ aus der Gebärmutter geschnitten worden sei (*a caeso matris utero*). Spätromische Grammatiker leiteten von diesem Zitat zunächst eine allgemeine Etymologie des späteren Titels Cäsar (ursprünglich ein Beinamen, im Sinne von „Herausgeschnittener“) ab: Das günstige Omen der Schnittentbindung sollte auf diese Weise den regierenden Kaisern zu besonderem Nimbus verhelfen. Spätestens Isidor von Sevilla

unter Anwendung eines Medianschnitts von der Spitze des Brustbeins bis zum Schambein durchgeführt habe; die „ältere“ Schnittführung (Seitenschnitt) gefalle ihm jedoch besser.⁹ Parallel dazu berichten Anatomen in ihren Lehrschriften über Schnittverbindungen, teilweise sogar im Vorfeld von Leichensektionen. Dabei fließen in die Operationsberichte jeweils auch Details über den besonderen Körperbau von Schwangeren ein. Eine derartige geburtshilfliche *Sectio* schildert beispielsweise der französische Arzt und Buchdrucker Charles Estienne gemeinsam mit dem Chirurgen Étienne de la Rivière.¹⁰ Diesem Text ist auch erstmals eine großformatige Illustration mit Angaben über chirurgische und anatomische Schnittführung beigelegt (Abbildung 1).



Abbildung 1: Anatomische und chirurgische *Sectio*

(um 570-636) identifizierte jedoch den „ersten der Cäsaren“ als Gaius Julius Cäsar. Vgl. Schäfer (1999), S. 20-21.

⁹ Argellata (1531) p. 112^r.

¹⁰ Übersetzung bei Schäfer (1999), S. 63-65.

Die enge Verbindung von Anatomie und Geburtshilfe leitete einen Wendepunkt in der Geschichte des Kaiserschnitts hin zu exakt dokumentierten Operationstechniken ein, die sich im Detail am Körperbau orientierten; dieser Wissensvorsprung führte unter anderem zu einer Übernahme der operativen Entbindungskunst durch professionelle männliche Chirurgen. Dagegen wurde den meist semiprofessionellen Hebammen nach 1500 die *Sectio* in Lehrbüchern nur noch auf einem bereits veralteten Wissensstand präsentiert und später ganz untersagt. Als Operateurinnen erscheinen sie nur noch bei Darstellungen der widernatürlichen Geburt des Antichristen. Diese apokalyptische Geburtshilfe verlieh nicht nur dem Kaiserschnitt, sondern auch dem ganzen Hebammenwesen einen dämonischen Charakter und diskreditierte es nachhaltig.¹¹

1.2 Theologische Dimensionen

Zu dem weltlichen Nimbus des Kaiserschnitts, der in der Renaissance (als einer Epoche der „Wiedergeburt“) besondere Strahlkraft gewann, gesellte sich im Laufe des 13. Jahrhunderts eine geistliche Dimension, die für die Ausführung der *Sectio in mortua* in breiten Bevölkerungsschichten noch viel bedeutsamer wurde. Thomas von Aquin lehrte in der *Summa theologica*, dass ungetaufte Kinder mit ihrem Tod in die ewige Verdammnis eingingen. Dies gelte auch für Ungeborene, die mit der Schwangeren sterben. Da aber die Taufe nach Ansicht des Kirchenvaters Augustinus erst nach der Geburt – im Sinne einer Wiedergeburt – gespendet werden durfte, sollten fortan die Feten nach dem Tod der Mutter durch Schnitt entbunden und dann getauft werden. Die *Sectio in mortua* entwickelte sich daraufhin über viele Jahrhunderte zum wichtigsten geburtshilflichen Thema in kirchlichen Schriften. Konzile forderten mit teilweise präzisen medizinischen Hinweisen ihre Durchführung und belohnten sie mitunter sogar mit Ablässen. Neben Laien wurden insbesondere Hebammen aufgefordert, „der Seele mit dem Schnitt zu Hilfe zu eilen“.¹²

Anders als die spärlichen medizinischen Hinweise binden geistliche Texte den Eingriff eng an dogmatische und moraltheologische Überlegungen. Bereits Tertullian (um 200 nach Christus) machte am Beispiel der Ungeborenen, die durch Embryotomie getötet oder durch Schnitt entbunden würden, deutlich, dass Feten eigenständiges Leben, Sensibilität und folglich auch eine eigene Seele besitzen. Im Gegensatz zur Praxis in der römischen Gesellschaft sollte im Christentum auch den Kleinsten eine besondere Bedeutung zugemessen werden. Im Laufe der Kirchengeschichte führte diese Auffassung zur kirchenrechtlich bindenden Annahme zweier eigenständiger Personen innerhalb der Dyade von Schwangerer und Kind. Deren Ansprüche auf Hilfeleistung dürften nicht gegeneinander ausgespielt werden. Den eigentlich für finanzielle Streitfragen entwickelten Leitsatz des Mailänder Bischofs Ambrosius (4. Jahrhundert) übertrug man deshalb häufig auf Konflikte in der Geburtshilfe, insbesondere beim Kaiserschnitt: „Wenn der einen Partei nicht geholfen werden kann, ohne der anderen Schaden zuzufügen, ist es besser, keiner von beiden zu helfen.“ (*De officiis ministrorum* III 9, 59). Vor diesem Hintergrund forderte Thomas von Aquin, dass die Schwangere nicht durch

¹¹ Vgl. Blumenfeld-Kosinski (1990), pp. 125-142.

¹² Regensburger Hebammenordnung von 1452; nach Haberling (1940), S. 108.

den Schnitt zugrunde gehen dürfe und ihr Tod also vor der *Sectio* festgestellt werden müsse.¹³ Andererseits war die Position der Ungeborenen angesichts der virulenten Tauffrage, an der weniger ihr kurzes diesseitiges als vielmehr ihr ewiges jenseitiges Leben hing, deutlich gefährdet. Demzufolge sind trotz des thomasischen Verdikts Berichte und Anweisungen über Schnittentbindungen an Sterbenden auch im Mittelalter möglich; sie werden jedoch regelmäßig mit dem Hinweis eingeleitet, dass die Schwangere selbst um den Schnitt bitte. Dieser Wunsch – unter welchen Umständen er geäußert wurde, reflektierte man damals nicht – änderte den moralischen Charakter der Schnittentbindung radikal, denn jetzt opferte die Schwangere ihr Leben freiwillig für das Seelenheil ihres Kindes, ein Schritt, der von der Kirche als Ausdruck einer *Imitatio Christi* begrüßt werden konnte.

Bei all diesen Überlegungen spielte das physische Überleben des Kindes keine Rolle. Zum einen war es in dogmatischer Hinsicht zweitrangig, zum andern waren die Chancen auf ein Überleben der oft unreifen und meistens zu spät nach dem Tod entbundenen Kinder in der Tat minimal, nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer hohen Säuglingssterblichkeit. Aber auch in den medizinischen Texten ist von einer Rettung des Kindes kaum die Rede. Ohnehin deutet die Tatsache, dass Ärzte die „geistliche Indikation“ des Schnitts überhaupt nicht erwähnen, gemeinsam mit der weit verbreiteten Praxis der Embryotomie (offiziell nur bei verstorbenen Feten) eine andere Zielrichtung an: Offensichtlich stand für die Heilkunde aus der Tradition der Antike heraus das Leben der Schwangeren eindeutig an erster Stelle. Insofern lag es für die Medizin nahe, den Schnitt auch an noch Lebenden zu versuchen, um die Schwangere zu retten. Dabei war wie heute deren „Einverständniserklärung“ Voraussetzung. Diese Ausweitung der Indikation wurde jedoch erst Ende des 16. Jahrhunderts öffentlich diskutiert, in der Zeit davor aber vereinzelt auch schon praktiziert.

Trotz der sich abzeichnenden Gegensätze forderten beide Gruppen, Theologen wie Chirurgen, dass die Schnittentbindung so früh als möglich und unter allen bekannten Kautelen (Luftzufuhr für den Feten; schonende Schnittführung, um Verletzungen zu vermeiden) durchgeführt werden sollte: Die Praxis hatte offensichtlich schon gezeigt, dass ein zu spätes oder zu rohes Vorgehen nur noch tote Kinder hervorbrachte. Insgesamt kann jedoch angenommen werden, dass der Keiserschnitt zu jener Zeit „eher eine theologische, als medizinisch-obstetrische Veranstaltung“¹⁴ war, was freilich noch nicht auf medizinische Kritik stieß.

1.3 Juristische Aspekte

Seit vielen Jahrhunderten werden geburtshilfliche Themen in Rechtstexten behandelt, denn gerade in diesem medizinischen Bereich sind nicht nur private, sondern auch gesellschaftliche Interessen von Belang, die juristischer Klärung und Abgrenzung bedürfen. Dies gilt im Besonderen für den Keiserschnitt, bei dem der Operateur, die Schwangere und das Kind in einer Situation auf Leben und Tod in Beziehung zueinander treten. In den spätantiken Digesten (Rechtsordnungen) Kaiser Justinians I.

¹³ Thomas von Aquin, *Summa theologica*, Quaestio 68, 11.3.

¹⁴ Osiander (1821), S. 562.

(6. Jahrhundert) findet sich unter anderem eine *Lex Regia*, die angeblich während der Königszeit über tausend Jahre früher entstand, vielleicht aber auch erst im kaiserzeitlichen Rom. Sie verbietet die Bestattung einer verstorbenen Schwangeren, bevor der Fetus herausgeschnitten worden sei, denn sonst werde mit der Frau auch die Hoffnung auf etwas Beseeltes vernichtet.¹⁵ Diese *Lex Regia* fand sinngemäß ab 1200 Eingang in Texte des kanonischen Rechts. Zunächst geschah dies ohne Bezug zur Taufe und ebenfalls im Rahmen von Verordnungen zum Bestattungswesen. Als erster Mediziner erwähnt sie Guy de Chauliac im Sinne einer Rechtfertigung des Eingriffs.¹⁶

Um 1360 dokumentieren zwei Urkunden aus dem schwedischen Kalmar zum ersten Mal juristisch eine Schnittentbindung an der Toten und erlauben zugleich den Blick auf eine weitere bedeutsame „Indikation“ des Eingriffs. Da das Kind lebend und körperlich unversehrt zur Welt kam und durch den Prior eines Klosters getauft werden konnte, sprach König Magnus Eriksson dem Vater das reiche Erbe der verstorbenen Mutter zu.¹⁷ Das vermutlich kurz nach Geburt und Taufe verstorbene Kind war das Bindeglied dieser Erbfolge, denn schon das römische Recht der Kaiserzeit gewährte den Herausgeschnittenen volles Erbrecht. Wie weitere Beispiele zeigen, ließ der Wunsch nach Akkumulation von Besitz, aber auch Sicherung der Herrschaftsfolge offensichtlich in verschiedenen Adelshäusern die Bereitschaft zur Operation wachsen.

Lex Regia, Taufe und Erbrecht sollten auch noch in der Frühen Neuzeit, teilweise bis ins 19. Jahrhundert, die Praxis des Eingriffs mitbestimmen, wobei auch Ärzte auf diese Bestimmungen explizit rekurrierten.

2. Ein Akt der Grausamkeit? Debatten um den Kaiserschnitt an Lebenden und Toten zwischen 1580 und 1880

2.1 Chirurgisch-geburtshilfliche Aspekte

Viele frühneuzeitliche Berichte über die Schnittentbindung an Lebenden vor 1700 enthalten keine Details, so dass sich hinter den angezeigten Operationen auch simple Episiotomien oder andere Formen manueller und instrumenteller Geburtshilfe verbergen können. Im 16. und 17. Jahrhundert verstand man unter *Sectio caesarea* überdies auch Laparotomien zur Entfernung abgestorbener Feten aus Extrauterinschwangerschaften.

Obwohl die meisten Berichte erst nach 1700 detailliert und glaubwürdig werden, markiert bereits das Jahr 1581 einen Wendepunkt in der Geschichte des Kaiserschnitts. In Paris erschien aus der Feder eines weitgehend unbekanntes Arztes François Rousset in französischer Sprache die erste Monographie zur Schnittentbindung, der „Traité nouveau de l’Hysterotomotokie ou Enfantement Caesarien“. Darin prägte Rousset nicht nur die Bezeichnung *Sectio Caesarienne* („Cäsarischer Schnitt“, von dem Übersetzer Caspar Bauhin 1582 zu *Partus caesareus* latinisiert), die sich gegenüber dem gelehrten griechischen Fachbegriff *Hysterotomotokia* („Gebärmutterschnittgeburt“) rasch durchsetzte. Rousset propagierte auch vehement den Kaiserschnitt an lebenden Frauen

¹⁵ Digesten XI, 8, 2; ed. Th. Mommsen, Vol. 1, S. 213.

¹⁶ Guy de Chauliac (1585/1976), p. 356.

¹⁷ Vgl. Lindfors (1899/1900).

als neue Art der Schnittentbindung. Er hielt als Theoretiker, der lediglich einige fragwürdige Kasuistiken aus dem 16. Jahrhundert kannte, den Eingriff für verhältnismäßig ungefährlich und gab dementsprechend ein weites Feld von Indikationen an: abnorme Größe und Lage des Kindes, Zwillingsgeburt, Enge der Geburtswege, aber auch intrauteriner Fruchttod. Die operative Vorgehensweise (Paramedianschnitt neben dem *M. rectus abdominis*) und das angegebene Instrumentarium orientierten sich an anderen Unterbauch-Eingriffen, insbesondere der Harnblase, aber auch an Estiennes Darstellung der *Sectio in mortua* (s. o.), die Rousset gleichwohl als unbedeutendes Werk abtat.

Rousset griff in seiner Monographie zwar mit sicherem Gespür eine medizinische und gesellschaftliche Neuerung des 16. Jahrhunderts auf (*Sectio nova*), verharmloste sie aber, vielleicht aufgrund seines beruflichen und literarischen Ehrgeizes. Seine Propagandaschrift wurde deshalb in Fachkreisen teils mit Zurückhaltung, teils sogar erbittertem Widerstand aufgenommen; trotzdem oder gerade deswegen führte sie fortan zu einer lebhaften Diskussion des Kaiserschnitts in der geburtshilflichen Literatur. Die Mehrzahl der medizinischen Autoren, vor allem die damals führende französische Geburtshilfe, und hier insbesondere Ambroise Paré, Jacques Guillemeau, François Mauriceau, Pierre Dionis und Guillaume Mauquest de la Motte, lehnten die Operation als zu grausam und zu gefährlich ab; die meist nicht-französischen Befürworter (etwa Caspar Bauhin, Melchior Sebisch d. Ä., Roderico á Castro oder Hendrik van Roonhuyze) betonten zwar zunehmend auch die Gefährlichkeit, hielten aber dagegen, dass der Schnitt an der Toten meist kein lebendes Kind mehr hervorbringen könnte, da es vom Blut, *spiritus* und Lebenskraft der Mutter unmittelbar abhängig sei. Deshalb forderten Ärzte im Unterschied zu Moraltheologen (s. u. Abschnitt 2.4) seit dem 16. Jahrhundert immer wieder, dass nur reife Feten, deren Leben durch Bewegungen im Bauch spürbar sei, möglichst kurz nach (oder gar vor) dem Tod der Schwangeren herausgeschnitten würden.

2.2 Die Position Wilhelm Fabrys

In dieser Frühphase der Diskussion um die *Sectio nova* meldete sich auch der Wundarzt Wilhelm Fabry aus Hilden (Fabricius Hildanus, 1560-1634), zu dieser Zeit Stadtarzt von Lausanne in der Schweiz, aus aktuellem Anlass zu Wort. Sein Freund Michael Döring, Arzt und vormals Professor in Gießen, hatte ihm 1612 einen Brief mit einem Bericht über einen zwei Jahre zuvor in Anwesenheit seines Schwagers Daniel Sennert ausgeführten Kaiserschnitt in Wittenberg geschickt, von dessen Historizität und „Erfolg“ er sich persönlich überzeugt hatte: Das schnittentbundene Kind fand er im Alter von zwei Jahren mit einer Narbe an der Stirn vor, die angeblich von dem Schnitt herrührte; die Mutter sei trotz anfänglicher Genesung 25 Tage nach der Operation verstorben. Neben einigen speziellen Fragen zu diesem Fall interessierte Döring Fabrys Meinung, ob dieser Kaiserschnitt aufgrund der geburtshilflichen Prognose gerechtfertigt gewesen sei.¹⁸ Fabry antwortete seinem Freund im Jahr 1613 mit einem ausführlichen Schreiben, in dem er die besonderen Umstände des Wittenberger Falls unter Hinweis auf weitere Kasuistiken sorgfältig erörterte: Die Frau hatte nämlich infolge eines Unfalls einen

¹⁸ Fabry (1682), pp. 893-897; Fabry (1652), S. 1157-1164.

Bruch der Bauchwand erlitten, durch den vermutlich später die sich vergrößernde Gebärmutter direkt unter die Haut gelangt war (*Hernia uterina*); in einem solchen Fall hielt Fabry eine natürliche Geburt für unmöglich und das Vorgehen deshalb für gerechtfertigt.¹⁹ Auch das abschließende operative Verfahren (keine Gebärmutternaht, wohl aber Heftung der Hautwunde) hieß er unter namentlichem Verweis auf Rousset gut.²⁰ In gleicher Weise erwähnte Fabry vier Jahre später anlässlich des Falls einer gebärenden Frau, deren Gebärmutter aufgrund der Querlage ihres Kindes rupturierte, dass hier ebenfalls der Kaiserschnitt die einzige Rettung sei; allerdings fügte er hier hinzu, dass die Operation in diesem Fall sehr zweifelhaft sei,²¹ doch ohne Angabe näherer Gründe.

Es zeigt sich in beiden Fällen, dass Fabry keine eingehende ethische Beurteilung des Kaiserschnitts an der Lebenden vornimmt. Grundsätzlich hält er die Anwendung stärkster Mittel in verzweifelten Fällen für gerechtfertigt (*extremis morbis extrema sunt adhibenda remedia*).²² Aber offensichtlich gehörte der Kaiserschnitt an der Lebenden nicht zu seinem Erfahrungshorizont,²³ so dass er keine Abwägung zwischen Risiko beziehungsweise zugefügten Schäden und den Chancen überliefert. Was allerdings generell in seiner geburtshilflichen Ethik aufleuchtet,²⁴ ist die altkirchliche Norm, dass keinesfalls das Kind getötet werden darf, um die Gebärende zu retten (der umgekehrte Fall wird nicht erörtert). Deshalb verhält er sich bei schweren Geburten, bei denen das Kind noch lebt und die Schwangere nicht auf natürlichem Weg entbunden werden kann, abwartend, bis das Kind sicher tot ist, um es danach instrumentell zu extrahieren. Auch deutet er zumindest an, dass die von Gott verordnete Aufgabe der Frau, Kinder zu gebären, nicht durch die Therapie unmöglich gemacht werden darf – unter anderem deshalb verwirft er schließlich seine eigene im Antwortbrief an Döring diskutierte Alternative zur postoperativen Versorgung der Gebärmutter, nämlich deren teilweise Entfernung mit dem ligierten Bruchsack: Der verbleibende Rest sei zu klein, um eine weitere Schwangerschaft zu ermöglichen.²⁵

Wesentlich ausführlicher geht Fabry anlässlich des Wittenberger Kaiserschnitts auf andere geburtshilfliche Operationen ein, die zur Rettung von Mutter oder Kind durchgeführt werden können. Breiten Raum nimmt dabei die manuelle Extraktion der Feten

¹⁹ Fabry (1652), S. 1164-1186, hier S. 1168. Gleichzeitig war (aus heutiger Sicht) der Schnitt weniger gefährlich, weil außer der Gebärmutterwand keine Muskelschichten durchtrennt werden mussten und möglicherweise auch das Peritoneum nicht eröffnet wurde. Insofern war die Operation aus heutiger Sicht kein Kaiserschnitt im eigentlichen Sinne, allerdings aufgrund der Umstände (rechtzeitige Untersuchung des abnormen Situs) der erste im Voraus geplante.

²⁰ Fabry zitiert Rousset wesentlich ausführlicher in seiner Abhandlung über den Blasensteinschnitt; vgl. Marx/Schäfer (2011).

²¹ *Quae tamen in hoc casu valde suspecta est*; Fabry (1682), p. 330 (Obs. IV 57). Hinweis auf diesen Fall und knappe ethische Erörterung bei Schulz (1993).

²² Fabry (1965), S. 80-81 (zitiert Corpus Hippocraticum, Aphorismi I 6; vgl. auch Seneca, Epistolae morales 29, 3).

²³ So auch Franke (1954), S. 19.

²⁴ Schulz (1993), S. 29-33; Prestele (1980), pp. 68-70.

²⁵ Fabry (1652), S. 1168 u. 1169.

ein. In einem Fall berichtet Fabry von einer schon ins Auge gefassten *Sectio in mortua* entsprechend der *Lex Regia*, die jedoch Fabrys Frau auf Bitten der Angehörigen verhindern konnte, indem sie das Kind manuell entwickelte und die Gebärende rettete. In diesem Zusammenhang geht Fabry in einem ausführlichen Exkurs auf den Keiserschnitt an der Toten ein, den er vehement gegen Kritiker verteidigt: Unverschämt und unwissend würden sie ihn und die Ärzte, die ihn durchführten, für grausam und unmenschlich schmähen. Fabry verweist zum einen auf die *Lex Regia*, „die unsere Leuth... in acht nehmen“²⁶, betont aber vor allem den Nutzen, den *Medicus* und *Cheirurgus* von dieser Operation hätten: Einerseits würden sie lernen, in wie vielfältiger Art das Kind in der Gebärmutter liege, und dieses Wissen bei der Extraktion toter Feten aus der Gebärenden anwenden und außerdem den Hebammen entsprechenden Unterricht erteilen können. Andererseits könne man auf diese Art Kindern das Leben retten. Dass diese Motivation von Fabry nachgeordnet wird, ist kein Zufall: Zwar berichtet er im folgenden von verschiedenen Beispielen, die noch nach dem Tod der Mutter auf natürliche Art geboren wurden oder die im Mutterleib für tot gehalten und dennoch lebend geboren wurden. Doch macht er abschließend deutlich, dass er dies bei der *Sectio in mortua* eher für unwahrscheinlich hält:

Dann ob es gleich nicht allezeit geschicht / daß /wann die Mutter todt / das Kind noch lebend seye / so kann es doch gar oft geschehen / daß es noch lebendig gefunden wird... Ist derowegen besser man schneide hundert todtte Leiber der schwangern Frawen vergebens auff / als daß man nur einmahl zugebe / daß ein lebendiges Kind in Mutter Leib so jämmerlich zu Grund gehen und erstickten solle.²⁷

Fabrys Invektive gegen die ärztlichen Kritiker der *Sectio in mortua*, die ein Pendant im Widerstand der Angehörigen gegen die Operation hat, ist in verschiedener Sicht beachtenswert: Zum einen gibt sie die traditionelle Position wider, die den etablierten Eingriff an der Toten ernst nimmt (wesentlich mehr als die *Sectio nova!*), deshalb wie Guy de Chauliac auf die *Lex Regia* rekurriert und den anatomisch-didaktischen Wert der Operation herausstellt (vgl. Estienne). Zum anderen ist Fabry der erste Chirurg, der meint, die *Sectio in mortua* verteidigen zu müssen; denn die Stimmen der Zweifler – unter anderem auch der berühmte Ambroise Paré, der schon 1550 bestritten hatte, dass ein Kind selbstständig atmen und den Tod der Mutter überleben könne – wurden im frühen 17. Jahrhundert lauter.²⁸ Erst 1651, also lange nach Fabrys Tod wurde dieses entscheidende Argument durch keinen geringeren als William Harvey scheinbar widerlegt: Der Entdecker des Blutkreislaufs postulierte die physiologische Autonomie des Feten aufgrund seiner von der Mutter getrennten Blutzirkulation.²⁹ Damit verstummten die theoretischen Einwände gegen die Leichenentbindung für die nächsten 150 Jahre weitgehend.

Wohl um den Einwänden der Kritiker zu begegnen, schließt Fabrys Verteidigung mit dem Hinweis auf eine *vita minima* der Kinder im Mutterleib:

²⁶ Ebd., S. 1173.

²⁷ Ebd., S. 1175 u. 1176.

²⁸ Paré (1550), pp. 623-632.

²⁹ Harvey (1965), pp. 570 u. 571.

Es ist auch wol zu mercken / dass unterweilens ein zeitiges Kind zur Zeit der Geburth ein Tag oder etlich in Mutter Leib also ruhen könne / dass jedermann vermeint das Kind seye todt / welches ich auch selbst etlich mahl in acht genommen...³⁰

Damit nimmt er das im Zeitalter der Aufklärung gelegentlich verwandte Argument des kindlichen Scheintodes vorweg, mit dem vor einer zu frühen Embryotomie gewarnt wurde und das indirekt für einen Kaiserschnitt an der Lebenden oder Toten sprach. Hingegen erwähnt Fabry nicht die nach 1700 viel größere Furcht vor einem Scheintod der Schwangeren (s. u.), die als Argument gegen eine *Sectio in mortua* ins Feld geführt wurde.

Zusammengefasst bietet Wilhelm Fabry eine größtenteils typische Reflexion über den Kaiserschnitt im frühen 17. Jahrhundert: Als ein Chirurg, der vermutlich weder den Eingriff an der Lebenden noch an der Toten jemals ausgeführt hat, hält er sich mit fachlichen Äußerungen zurück, verteidigt ihn aber in besonderen Fällen als *Ultima Ratio*. Außergewöhnlich ist sein Einsatz für die *Sectio in mortua*, die auf zunehmenden Widerstand in der Bevölkerung und unter Kollegen stieß: Zwar erwähnt der zum Protestantismus konvertierte Fabry die Taufe als Indikation nicht mehr; an ihre Stelle treten aber die didaktische Funktion, die Einhaltung des Gesetzes und die Rettung des womöglich scheinotenen Kindes.

2.3 Weitere medizinische Entwicklungen bis 1880

Die fachliterarische Einführung des Kaiserschnitts an der Lebenden um 1581 führte vorübergehend zu etwas unterschiedlichen Operationstechniken gegenüber der traditionellen *Sectio in mortua*.³¹ Die geplante Schnittführung und spätere Nahtstellen wurden auf dem Bauch mit Tinte vorgezeichnet. Das Instrumentarium umfasste unter anderem besondere geknöpfte Messer und Scheren für den Uterusschnitt, Schwämme zur Trockenlegung des Bauchraums und gelegentlich ein Kännchen mit Taufwasser (vgl. Abbildung 2). Bereits von Paré wurde die Bauchwunde mit stumpfen Haken auseinander gehalten;³² dies scheint sich jedoch beim Kaiserschnitt lange Zeit nicht durchgesetzt zu haben. Die Gebärmutter schnitt man bis Ende des 19. Jahrhunderts jeweils in der gleichen Richtung wie die Bauchwand auf.

Wie bei anderen Bauchwunden nähte man einschichtig und nur an drei bis vier Stellen³³ oder adaptierte die Wundränder mit Heftpflaster. Die Wunde sollte nämlich zum Abfluss des Sekrets und zum Teil auch der Lochien bewusst offen bleiben, was häufig mit eingelegten Stoffstreifen unterstützt wurde. Gleiches galt für den Schnitt an der Gebärmutter, auf deren Eigenkontraktion man lange Zeit vertraute; im 19. Jahrhundert unterstützte man diesen physiologischen Vorgang durch Anwendung von Kälte oder Säure. Bisweilen wurden stark blutende Stellen auch ausgebrannt oder ohne bestimmte Methodik genäht. Nicht zu Unrecht befürchtete man, dass von einer

³⁰ Fabry (1652), S. 1175.

³¹ Vgl. Schäfer (2009), S. 11-15.

³² Paré (1550), S. 631.

³³ Etwa bei Heister (1719), S. 578-580.

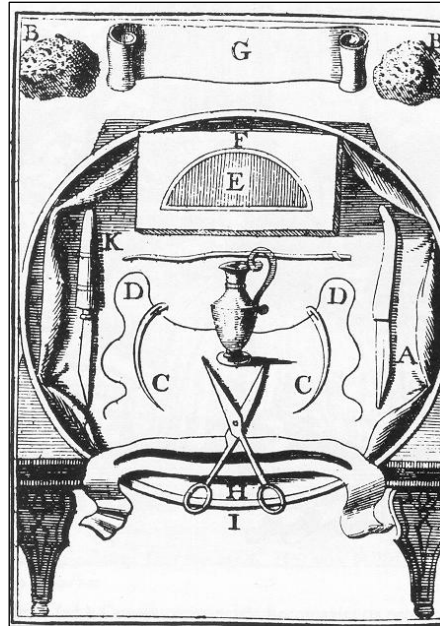


Abbildung 2: Instrumente zur Durchführung des Keiserschnitts

(aus heutiger Sicht unsterilen und ungenau adaptierten) Uterusnaht Entzündungen ausgehen.

Zur Sedierung der Schwangeren wurde, wenn überhaupt, Alkohol eingesetzt. Vor der Ära der Narkose mussten mehrere Helfer die Frau festhalten, solange sie nicht bewusstlos war, oder sie wurde an den Tisch gebunden. In jedem Fall war der Operateur durch diese Bedingungen einem zusätzlichen Zeitdruck ausgesetzt. Offensichtlich erst nach der Operation setzte man *Laudanum* und andere opiumhaltige Mittel sowie Stärkungsmittel (*Cordialia*) ein.

Die Zahl der europaweit (!) publizierten Keiserschnitte betrug noch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts im Durchschnitt lediglich drei bis vier pro Jahr. In den offiziell geführten Statistiken einiger Länder nach 1850 betrug die mütterliche und kindliche Mortalität immer noch 50 bis 80 Prozent, und noch 1860 wurden weltweit die meisten Keiserschnitte erst post mortem ausgeführt (im deutschen Sprachraum 80 Prozent der *Sectiones*, etwa jede 6.000ste Geburt³⁴). Erst umfangreiche statistische Auswertungen sowie neue physiologische Tierexperimente machten um diese Zeit deutlich, dass nur die wenigen Kinder, die innerhalb von 10 bis 20 Minuten nach plötzlichem Tod der Schwangeren entbunden werden, den Eingriff lebend überstehen können.

Die Zeit um 1880 und besonders die Erstbeschreibungen von Max Sänger und Adolph Kehrer werden in der Keiserschnitt-Historie gerne als zweiter Wendepunkt

³⁴ Vgl. Sickel (1859).

(nach 1580) dargestellt. Ohne die Verdienste dieser Protagonisten schmälern zu wollen, scheint es dennoch angebracht, wie im 16. Jahrhundert von einer längeren Übergangsperiode zwischen dem primitiven Kaiserschnitt und der modernen Schnittentbindung zu sprechen. Bereits vor 1880 waren Narkose und hygienische Grundregeln eingeführt und die Bedeutung der Uterusnaht erkannt; die Frequenz der Operation nahm bereits zu, und ihre Ergebnisse wurden nicht zuletzt durch sorgfältige Ausführung und wissenschaftliche Publikation besser. Andererseits währte die Weiterentwicklung der Antisepsis zur Asepsis durch die Erkenntnisse der Bakteriologie noch bis ins 20. Jahrhundert. Bluttransfusionen und Antibiose, um noch zwei weitere, heute fast obligate bauchchirurgische Rahmenbedingungen zu nennen, wurden sogar erst in den zwanziger beziehungsweise vierziger Jahren in nennenswertem Umfang eingesetzt.

Trotzdem hatte das Engagement für den Kaiserschnitt vor und um 1880 einen gewissen Pioniercharakter: Abgesehen von wenigen Ausnahmen – etwa Bauchnaht bei Traumatisierung, Operationen innerhalb eines Bruchsacks oder an Organen und Abszessen, die mit der Bauchdecke entzündlich verwachsen waren – wagten sich Chirurgen bis zu dieser Zeit nicht an intraabdominelle Eingriffe. Magenresektionen (Péan, Rydygier, Billroth; 1879-81) und Appendektomien (Tait, Krönlein, Mikulicz; 1880/84), die in der Anfangszeit meist letal endeten, wurden erst entwickelt, als der Kaiserschnitt, freilich immer noch im Sinne einer *Ultima Ratio*, und die Ovariectomie in der wissenschaftlichen Gynäkologie fest etabliert waren.

Die von Kehrer 1882 vorgeschlagene Methode der sicheren und abdichtenden Uterusnaht und deren zeitgleiche Variation durch Sänger wurde von der Fachwelt erstaunlich schnell aufgenommen: Die Zeit war offensichtlich reif für Veränderungen der operativen Verfahren *en gros* und *en détail*.³⁵

2.4 Kulturelle Aspekte

Neben der medizinischen Debatte, doch argumentativ durchaus in Wechselwirkung zu ihr, spielte der Kaiserschnitt in der religiösen Kultur der Frühen Neuzeit eine bedeutende Rolle. Protestantische Kreise erwähnten ihn freilich selten und nur im Zusammenhang mit einer realen Möglichkeit physischer Lebensrettung von Mutter und/oder Kind (vgl. die Position Fabrys), weil die evangelische Theologie bei Versterben der Schwangeren auch ungetauften Feten das Seelenheil zusprach. Dagegen propagierten katholische Stimmen im Kontext der Gegenreformation noch verstärkt den Eingriff an der Toten. Da in einer Bestimmung des *Rituale Romanum* von 1614³⁶ der Eingriff ohne Einschränkung der kindlichen Indikation (etwa anhand des Reifegrads oder des Vorliegens von Lebenszeichen) geboten wurde, sammelten Theologen wie Théophile Raynaud³⁷ eifrig Beispiele für geglückte Operationen an der lebenden und toten Schwangeren und negierten in ausführlichen Disputationen alle Einwände, die eine Grausamkeit oder Nutzlosigkeit nahe legten. In noch schärferer Form forderte etwa

³⁵ Ausführliche Darstellung bei Lehmann (2006), S. 188-199.

³⁶ Tit. de Bapt. parvul.; vgl. Pundel (1969), p. 83.

³⁷ Raynaud (1637).

hundert Jahre später Raynauds Kollege Francesco Cangiamila³⁸ selbst bei Embryonen die Durchführung von Schnittentbindung und Taufe unter Leitung des Ortspfarrers, der bei Bedarf womöglich selbst zum Messer greifen sollte. In den katholischen und medizinisch unterentwickelten Gebieten Europas und der Neuen Welt (etwa bei Franziskanern in Mexiko und USA) spielte diese Form der „Missionierung“ eine erhebliche Rolle.³⁹ Noch 1861 beschäftigte sich die Pariser Académie de médecine auf Antrag von Jean-Alexandre Le Jumeau de Kergaradec, dem Erstbeschreiber der Auskultation fetaler Herzöne, mit den Indikationen der *Sectio in mortua*. Dabei plädierten unter dem Eindruck von Cangiamilas Beispielen etliche Mitglieder für ein längeres Überleben auch unreifer Feten nach dem Tod der Schwangeren.⁴⁰

Noch eine andere kulturelle Debatte prägte den Diskurs um den Kaiserschnitt nachhaltig. Im Zeitalter der europäischen Aufklärung, die mit einem sukzessiven Verlust transzendenter Perspektiven einherging, grassierte die Angst vor dem Scheintod⁴¹, die auch auf die Geburtshilfe ausstrahlte: Zunächst wurde die Todesfeststellung bei Schwangeren hinterfragt und neben Lebensproben auch eine längere Frist bis zu ihrem Begräbnis oder einem operativen Vorgehen gefordert. Dies lief jedoch der in medizinischen Kreisen bereits erkannten Notwendigkeit zuwider, möglichst früh zu operieren. Andererseits fand man auch bei den schnittenbundenen Kindern Anzeichen eines Scheintodes, die den Spekulationen über ein längeres Überleben der Feten *in utero* und über die Chancen der *Sectio in mortua* neue Nahrung gaben.⁴²

Schließlich spielte der Kaiserschnitt auch für das Selbstverständnis der sich professionalisierenden Geburtshilfe eine wichtige Rolle. Georg Wilhelm Stein d. Ä. nannte ihn im ausgehenden 18. Jahrhundert das „Meisterstück der Entbindungskunst, ... die wichtigste, größte und gefährlichste Verrichtung eines Geburtshelfers“.⁴³ Gerade weil die Operation an der Lebenden in Fachkreisen so häufig diskutiert, gleichzeitig aber extrem selten ausgeführt wurde, verschaffte ihre Praxis dem Akteur einen besonderen Nimbus. Besonderen Anteil hatte der Eingriff an der Entwicklung der Geburtshilfe zu einer besonderen Disziplin innerhalb und zunehmend getrennt von der Chirurgie: Während berühmte Chirurgen wie Lorenz Heister (* 1683, † 1758) oder William Smellie (* 1740, † 1795) ihn persönlich an der Lebenden gar nicht durchführten, profilierten sich Spezialisten wie Stein oder Friedrich Benjamin Osiander nicht nur durch eigene Kliniken, sondern vor allem durch besondere Verfahren wie den Kaiserschnitt.

2.5 Ethische Aspekte der Indikationsstellung

Die seit 1580 einsetzende Reflektion über Sinn und Einsatz des Kaiserschnitts kreiste in erster Linie um die Überlebenschancen für Mutter und Kind und um die Grenzen des Erlaubten. Der Einfluss medizinischer Möglichkeiten, aber auch moraltheologischer

³⁸ Cangiamila (1745).

³⁹ Vgl. Schäfer (1999), S. 236-238, Anm. 62-67.

⁴⁰ Nachweis der Quellen ebd., S. 243, Anm. 50.

⁴¹ Vgl. Rüge (2010).

⁴² Vgl. Schäfer (1999), S. 115-118.

⁴³ Metzger (1784), p. 402.

und juristischer Regeln auf die Debatte ist unübersehbar. In der Anfangszeit (bis etwa 1700) gab es bei noch lebendem Kind praktisch keine Alternative zur *Sectio*, wenn die Möglichkeiten konventioneller Geburtshilfe (einschließlich einer Wendung auf die Füße) erschöpft waren. Voraussetzung war allerdings, dass die Mutter zustimmte, sofern sie noch lebte. Trotzdem verweigerten in solchen Fällen die meisten Chirurgen den Eingriff, weil er mit dem Leben der Mutter nicht vereinbar schien und zusätzlich als Grausamkeit angesehen wurde; bewusst wurde – etwa von Hendrik van Roonhuyze (um * 1625, † 1672) – der Tod der Schwangeren abgewartet, um dann ohne Gewissenskonflikte den Schnitt durchführen zu können.⁴⁴ Demgegenüber berief sich (wie auch Fabry im besonderen Fall der *Hernia uterina*) eine Minderheit auf den (pseudo-)hippokratischen Lehrsatz, dass in äußersten Notlagen auch zu äußersten Heilmitteln gegriffen werden dürfe: Das Leben der Mutter könnte ja vielleicht doch gerettet werden, also sei das auf Ambrosius und Thomas von Aquin sich stützende moraltheologische Verdikt (s. o.) hier nicht anwendbar. Außerdem gehe das Kind nach Ableben der Mutter fast immer verloren.

Da eine absichtliche Tötung des Feten nach geistlichem und weltlichem Recht geahndet wurde, stellte sich die Alternative zwischen dem Leben der Mutter und dem des Kindes vor 1700 noch nicht. Die Indikation zum Kaiserschnitt, wenn man ihn als äußerstes Heilmittel akzeptierte, war noch relativ unspezifisch, da Untersuchungstechniken zur Feststellung der pathologischen Ursachen (zum Beispiel verengtes Becken oder *Placenta praevia*) noch weitgehend fehlten.

Im 18. Jahrhundert änderte sich an dieser Ausgangssituation vieles: Die Geburtshilfe entwickelte zahlreiche diagnostische und therapeutische Verfahren und zog aus anatomisch-pathologischem Wissen geeignete theoretische Modelle über den Geburtsmechanismus und seine Hindernisse, insbesondere das enge Becken. Verschiedene Arten von Zangen und Haken sollten die schwierige Entbindung, die zunächst die Hauptaufgabe der männlichen Geburtshilfe war, bewältigen. Seit den 1760er Jahren diskutierte man die „Synchondrotomie“ (Schamfugenschnitt mit Durchtrennung der Symphyse und Erweiterung des meist durch Rachitis oder „Osteomalacie“ verengten Beckens) als Alternative für fast alle Fälle, die mit der Zange nicht erreichbar waren. Falls der Zustand der natürlichen Geburtswege schon während der Schwangerschaft eine normale Entbindung unmöglich erscheinen ließ, versuchte man vor allem in England (erstmal 1756), eine künstliche Frühgeburt durch Sprengung der Fruchtblase einzuleiten.⁴⁵

Parallel zu diesen therapeutischen Alternativen wurde die Indikation des Kaiserschnitts sukzessive konkretisiert und damit eingeschränkt. Dabei spielten zunehmend auch Statistiken eine Rolle, die das seltene Überleben von Mutter und Kind anzeigten und den Optimismus seiner Befürworter Lügen strafte. Im Zuge von Aufklärung und Säkularisation hatte jedoch ohnehin die Mehrzahl der renommierten Vertreter des Fachs wenig Bedenken, das Leben der Mutter mit allen Mitteln, auch durch Perforation des Kindes zu retten und auf diese Weise den lebensgefährlichen Kaiserschnitt oder die

⁴⁴ Roonhuyze (1674), Bd. 2, S. 15.

⁴⁵ Vgl. Schäfer (1999), S. 98-100 u. 109.

unmoralische, weil grausame Operation an der Sterbenden zu vermeiden. Als ethische Argumente für die zerstückelnden Verfahren führte man einen mütterlichen Notstand oder gar Notwehr und den untergeordneten Rechts- beziehungsweise Personenstatus des Feten an. Da der Fetus in den meisten Fällen ohnehin verloren sei, sei es besser, ihn für das Leben der Mutter zu opfern.

Vor diesem Hintergrund wurde der Kaiserschnitt um 1800 mehrheitlich nur noch bei einer selten eintretenden mütterlichen Indikation (extreme Beckenverengung; Geschwulste in den Geburtswegen; Uterusruptur) vorgeschlagen. Nur eine Minderheit der Experten akzeptierte ihn auch als Alternative zur Perforation des Kindes auf Wunsch der Eltern oder Betreiben des Geburtshelfers, wie es der Katholik Ignaz Düntzer – auch unter Berufung auf den „Hippokratischen Eid“ – propagierte.⁴⁶ Eine ausschließlich kindliche Indikation gab es weiterhin nur bei der *Sectio in mortua*.

2.6 *Juristische Aspekte*

Im Zuge der öffentlichen Scheintod-Debatte, vielleicht aber auch als Nebenerscheinung des öffentlichen Widerstands gegen Leichensektionen finden sich in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zunehmend Berichte über verhinderte Kaiserschnitte, meist bei toten Schwangeren. Andererseits besaß in vielen Teilen Europas die altrömische *Lex Regia* in ursprünglicher oder differenzierter Form wieder Gültigkeit – in Preußen beispielsweise bis 1851 – und verpflichtete Chirurgen und Geburtshelfer, eine tote Schwangere zu entbinden, nicht allein aus karitativen Erwägungen, sondern aus staatspolitischer Raison: Es galt, jeden zukünftigen Bürger zu erhalten, von dem eine Vermehrung der Staatswohlfahrt zu erwarten war. 1770 wurde einem Arzt in Königsberg der Prozess gemacht, weil er den Kaiserschnitt an einer Verstorbenen, der ihm von ihrer Mutter verwehrt worden war, nicht durchgesetzt hatte.⁴⁷ Um 1785 wurde in Köln über mehrere Instanzen der „Fall Arnold“ vor Gericht verhandelt: Der Vorschlag des Geburtshelfers Brocker, wegen Beckenenge der Gebärenden einen Kaiserschnitt durchzuführen, war von den Kollegen abgelehnt worden; stattdessen hatten sie eine Zangenentbindung, Synchronotomie und Zerkleinerung des Kindes versucht, worunter zuletzt auch die Schwangere zugrunde gegangen war.⁴⁸

Diese Beispiele zeigen, wie sehr Ärzte je nach lokalen Gegebenheiten in persönliche und juristische Schwierigkeiten kommen konnten, wenn sie den Kaiserschnitt ohne Genehmigung beziehungsweise Absicherung durch Kollegen durchführten oder auch nicht durchführten: Sowohl die nicht „aufgeklärte“ Bevölkerung als auch die Aufsichtsbehörden standen der rasch sich entwickelnden, aber immer noch grausam wirkenden operativen Entbindungskunst kritisch gegenüber. Gesetzlich geforderter Lebensschutz einerseits und rasche Lebensrettung andererseits schienen mitunter unvereinbar zu sein. Diffuse Ängste vor einer „Folterung der Toten“ oder der noch Lebenden nutzte beispielsweise der französische Geburtshelfer Jean-François Sacombe

⁴⁶ Düntzer (1842); vgl. Sahmland (1998), S. 69, 71, 75, 137, 152, 202, 232-33, 236-37, 250, 252, 254-255, 259-260, 268, 277, 279, 286, 291, 294-297, 300, 303, 304-308.

⁴⁷ Metzger (1784), S. 422-426.

⁴⁸ Vgl. Deeters (2010).

1797 zur Gründung einer auch von Hebammen unterstützten *École Anti-Césarienne* mit eigener Zeitschrift. Die öffentliche Sorge, dass auf die eine oder andere Art ein Totschlag in der Geburtshilfe geschehen könnte, ließen die Gesetze und insbesondere deren Entwürfe immer differenzierter werden: Mancherorts wurden im europäischen Vielstaaten-Gebilde bestimmte Indikationen und Eingriffe regelrecht vorgeschrieben. Medizinische, aber auch politische Entwicklungen sowie die Etablierung des Ärztestandes als ein sich selbst verwaltender Beruf, der selbstbewusst die Abschaffung sinnloser staatlicher Vorschriften forderte, führten jedoch dazu, dass nach 1850 die meisten dieser schnell überholten gesetzlichen Ausdifferenzierungen wieder verschwanden.⁴⁹

Dieser kurze Abriss der Frühgeschichte des Kaiserschnitts zeigt deutlich die reichen Wechselwirkungen zwischen den medizinischen, theologischen, ethischen, juristischen und soziokulturellen Implikationen dieser Operation im jeweiligen zeithistorischen Kontext. Die Stellungnahme Wilhelm Fabrys berührt viele dieser Aspekte, ohne sie (auch im Blick auf die Möglichkeiten seiner Zeit) erschöpfend zu behandeln. Im Gegensatz zur heutigen Geburtshilfe war der Kaiserschnitt für ihn eine absolute Rarität, die zwar Neugier weckte, aber mit seiner wundärztlichen Praxis kaum etwas zu tun hatte.

Literatur

1. Argellata (1531): Pietro d'Argellata, *Chirurgia Argelate cum Abulcasi*, Venedig 1531.
2. Bernard de Gordon (1559): Bernardi Gordonii, *Opus Liliū medicinae inscriptum*, Lyon 1559.
3. Blumenfeld-Kosinski (1990): Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Women Born. Representations of Cesarean Birth in Late Medieval Images of Antichrist's Birth*, Ithaca/New York 1990.
4. Cangiamila (1745): Francesco Emanuele Cangiamila, *Embriologia sacra, overo dell'ufizio de sacerdoti, medici et superiori*, Palermo 1745.
5. Deeters (2010): Joachim Deeters, *Der Fall Arnold. Eine missglückte Entbindung in Köln (1786) und ihre juristischen Folgen*, in: Daniel Schäfer (Hrsg.): *Rheinische Hebamengeschichte im Kontext*, Kassel 2010, S. 29-47.
6. Düntzer (1842): Ignaz Düntzer, *Die Kompetenz des Geburtshelfer über Leben und Tod*, Köln 1842.
7. Fabry (1652): Wilhelm Fabry, *Wundartzney*, Frankfurt a. M./Hanau 1652.
8. Fabry (1682): Guilhelmi Fabricii Hildani, ... *Opera quae extant omnia*, Genf/Frankfurt a. M. 1682.
9. Fabry (1965): Wilhelm Fabry, *Gründlicher Bericht vom heissen und kalten Brand*, Bern/Stuttgart 1965 (= Hubers *Klassiker der Medizin und der Naturwissenschaften*, 4).

⁴⁹ Vgl. Schäfer (1999), S. 151-153.

10. Franke (1954): Erich Franke, Die Bedeutung des Guilihelmus Fabricius Hildanus für die Geschichte der Geburtshilfe, Diss. med., Düsseldorf 1954.
11. Galen (1980): Claudius Galenus, De placitis Hippocratis et Platonis VI, ed. Philipp Howard de Lacy, Berlin 1980.
12. Guy de Chauliac (1585/1976): Guy de Chauliac, Chirurgia magna. Faksimile der Ausgabe von Lyon 1585, Darmstadt 1976.
13. Haberling (1940): Else Luise Haberling, Beiträge zur Geschichte des Hebammenstandes. I. Der Hebammenstand in Deutschland von seinen Anfängen bis zum Dreißigjährigen Krieg, Berlin 1940.
14. Harvey (1965): William Harvey, The Works of William Harvey, Translated from the Latin by Robert Willis, New York/London 1965 (= Sources of Sciences, 13).
15. Heister (1719): Lorenz Heister, Chirurgie, in welcher alles, was zur Wund-Artzney gehöret, nach der neuesten und besten Art, gründlich abgehandelt..., Nürnberg 1719.
16. Lehmann (2006): Volker Lehmann, Der Kayserliche Schnitt. Die Geschichte einer Operation, Stuttgart/New York 2006.
17. Lindfors (1899/1900): A. O. Lindfors, Om kajsarsnitt i Sverige, Upsala Läkareförenings Förhandlingar N.F. 5 1899/1900, pp. 340-362.
18. Marx/Schäfer (2010): Franz Josef Marx, Daniel Schäfer, Blasensteinschnitt in der Frühen Neuzeit: Die operative Technik des Wilhelm Fabry von Hilden, in: Heiner Fangerau, Irmgard Müller, Friedrich Moll (Hrsg.), Ein steiniger Weg: Der Harnstein und die Repräsentation des Unsichtbaren in der Medizin, Ulm 2010, im Druck (= Ulmer Werkstatt zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 1).
19. Metzger (1784): Johann Daniel Metzger, Vermischte medicinische Schriften, Band 3, Königsberg 1784.
20. Osiander (1821): Friedrich Benjamin Osiander, Handbuch der Entbindungskunst, Band II 2, Tübingen 1821.
21. Paré (1550): Ambroise Paré, La maniere de extraire les enfans tant mors que vivans le ventre de la mere... (Paris 1550), in: Ambroise Paré, Oeuvres complètes. Band 2, ed. J.-F. Malgaigne, Paris 1814, pp. 623-32.
22. Prestele (1980): Carlo Prestele, Ärztliche Ethik bei Guilihelmus Fabricius Hildanus 1560-1634, Diss. med., Zürich 1980.
23. Pundel (1969): Jean-Paul Pundel, Histoire de l'operation césarienne, Brüssel 1969.
24. Raynaud (1637): Théophile Raynaud, De ortu infantium contra naturam, per sectionem Cæsaream, tractatio: qua reliqui item conscientia nodi ad matrem alvo gerentem, ac foetum, ejusque partum spectantes, ... expediuntur, Lyon 1637.
25. Roonhuyze (1674): Hendrik van Roonhuyze, Historischer Heil-Curen in zwei Theile verfassete Anmerkungen, Nürnberg 1674.
26. Rüge (2010): Gerlind Rüge, Scheintod, in: Héctor Wittwer, Daniel Schäfer, Andreas Frewer (Hrsg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart 2010, S. 88-92.
27. Sachs (2000): Michael Sachs, Geschichte der operativen Chirurgie. Band 1, Heidelberg 2000.
28. Sahmland (1998): Irmtraut Sahmland, Alternativen zum Kaiserschnitt. Medizin-historische Untersuchung zur Sectio caesarea, Embryotomie, Symphyseotomie und

- künstlichen Frühgeburt im 18. und 19. Jahrhundert, Habilitationsschrift, Gießen 1998.
29. Schäfer (1996): Daniel Schäfer, Embryulkie zwischen Mythos, Recht und Medizin. Zur Überlieferungsgeschichte von Sectio in mortua und Embryotomie in Spätantike und Mittelalter, *Medizinhistorisches Journal* 31 (1996), S. 275-297.
 30. Schäfer (1999): Daniel Schäfer, Geburt aus dem Tod. Der Kaiserschnitt an Verstorbenen in der abendländischen Literatur, Hürtgenwald 1999.
 31. Schäfer (2009): Daniel Schäfer, Geschichte des Kaiserschnitts, in: Michael Stark (Hrsg.), *Der Kaiserschnitt. Indikationen – Hintergründe – Operatives Management der Misgav-Ladach-Methode*, München 2009, S. 1-26.
 32. Schulz (1993): Stefan Schulz, Zur Ethik des geburtshilflichen Handelns bei Wilhelm Fabry von Hilden, *Hildener Museumshefte* 5 (1993), S. 13-36.
 33. Schulz (2000): Stefan Schulz, Die schwere Geburt als moralisches Problem. Das Denkkollektiv der Wiener Geburtshelfer 1754-1838, Habilitationsschrift, Bochum 2000.
 34. Sichel (1859): Carl Sichel, Bericht über die Ereignisse in mehreren Gebäranstalten, geburtshilflichen Kliniken und Polikliniken, *Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin* 104 (1859), S. 105-116.
 35. Trolle (1982): Dyre Trolle, *The History of Caesarean Section*, Kopenhagen 1982.

Abbildungen

Abbildung 1: Anatomische und chirurgische Sectio, in: Charles d'Estienne, Etienne de la Rivière: *De dissectione partium corporis humani libri tres*, Paris 1545, S. 160.

Abbildung 2: Instrumente zur Durchführung des Kaiserschnitts, in: Pierre Dionis, *Traité général des accouchements*, Paris 1716, S. 136-153.

Wilhelm Fabry und die Geschichte der Verstopfung

Axel Karenberg

1. Einführung

Fabricius Hildanus, dessen 450. Geburtstag in diesem Jahr begangen wird, wirkte vor allem als Handwerkschirurg und Anatom.¹ Seine Fähigkeiten als Geburtshelfer, Steinschneider, Starstecher und Meister des Aderlasses sind oft und ausgiebig gewürdigt worden.² Darüber hinaus erlaubt sein breit gefächertes Œuvre auch Rückblicke auf Wissensbestände zu Symptomen und Krankheitsbildern, die heute primär der Inneren Medizin zugeordnet werden. Als prominentes Beispiel aus diesem Bereich dürfen seine Berichte zur Behandlung der Verstopfung gelten, die bislang nicht gesondert untersucht worden sind.

Die Geschichte der Obstipation stellt überhaupt ein stark vernachlässigtes Thema dar.³ Der Neglect der Forscher mag auf die psychologische Aura des Unappetitlichen und auf ein zusätzliches Scham-Tabu zurückzuführen sein; ebenso spielt eine Rolle, dass der „schwierige Bauch“ unter Medizinhistorikern lange als ebenso unbedeutendes wie wissenschaftlich unergiebiges Sujet galt. Um diesem Trend entgegenzuwirken, sollen auf den folgenden Seiten erste Linien der langen Geschichte der Obstipation nachgezeichnet und eine Einordnung Wilhelm Fabrys in einen solchen Kontext versucht werden.

Der Überblick sei durch eine These eingeleitet. Wie selten sonst erweist sich im Fall der Verstopfung die Geschichte als Ratgeberin für die Gegenwart. Seit 4.000 Jahren nämlich begleitet den Menschen eine Überzeugung, welche lautet: Eine verlangsamte Ausscheidung des Stuhls führt zwangsläufig zu einer beschleunigten Schädigung des Körpers! In paradigmatischer Weise kommt diese Vorstellung auf einem rund 50 Jahre vor der Geburt Fabrys entstandenem Holzschnitt zum Ausdruck (Abbildung 1): Derjenige, der sich soeben erleichtert hat („Purgatio“), sitzt gesund und munter auf einer Art Toilettenstuhl; der Verstopfte hingegen („Constipatio“), dessen Nachttopf trotz aller Bemühungen leer bleibt, wird optisch in enge Nähe von Krankenbett und Siechtum gerückt. Auf dieser Leitidee der Schädigung und Zersetzung baut eine reiche therapeutische Tradition auf, und es bleibt abzuwarten, ob und inwieweit zukünftige medizinische Fortschritte eine so weit verbreitete Überzeugung verändern werden.

¹ Groß (2010), S. A279.

² Vgl. dazu u. a. Jones (1959-1960); Marx (2010) sowie den Beitrag von Schäfer in diesem Band.

³ Eine populäre Übersicht bietet Frexinos (1992); einzelne Fragestellungen oder Epochen behandeln Messini (1974); Jeppe (1994); Padrón/Anía (1995); Boschung (1997); Whorton (2000b); Anagnostou (2008); zur Sozialgeschichte des Phänomens im 20. Jahrhundert siehe ausführlich Whorton (2000a).



Abbildung 1: Verdauung und Verstopfung, Holzschnitt

2. Ein kasuistischer Beitrag Wilhelm Fabrys

Betrachten wir zunächst die Observatio 75 aus Fabrys berühmter „Wund-Arztney“.⁴ Bemitleidenswerter Protagonist der Fallgeschichte mit dem Titel „Von einer wunderbaren Verstopfung deß Leibs bey einem Kind/unnd wunderbahrer Sachen Außwerfung durch den Stuhlgang“ ist ein zehn Monate alter Bauernjunge. Fabry berichtet, wie er gerufen wurde, weil der Säugling „schwerlich darniederlag“, nicht trank, offenbar an „sehr grossen Grimmen und Schmerzen“ litt sowie bei der Untersuchung einen harten und gespannten Leib bot, „als wann hin und wider Stein darinn beschlossen wären“. Der Chirurg erfuhr zudem von der Mutter, das Kind habe „in 15 Tagen nie kein Stuhlganglin gehabt.“

Als Behandlung verordnete Fabry zunächst ein Kräuter-Klistier, welches Eibisch und Binkelkraut, Kamille, Bockshorn- und Leinsamen, Öl, Fett, Milch und Eigelb sowie nicht zuletzt „gewaschne Regenwürmer die zerschnitten“ enthielt. Am nächsten Tag wurde dieses Regime durch Wärmepackungen gleichen Inhalts auf den Bauch und durch Einreibungen des Leibes mit Ölen und Fetten ergänzt. Nach wiederholter Anwendung zeigte sich ein Erfolg: Das Kind schied „erharteten Unrath und Excremente“ aus, die Schmerzen besserten sich. Nach etlichen weiteren Tagen der Behandlung gingen mit dem Stuhl schließlich „Federn, Stein, Faden und Stroh“ ab.

Die Therapie wurde über einen nicht näher angegebenen Zeitraum fortgeführt, und Fabry fasst den weiteren Verlauf mit folgenden Worten zusammen: „Endlich da die umstehende (Mutter) nicht anderst vermeint/als dass es (das Kind) widerumb zu seiner vorigen Gesundheit kommen/auch meiner nicht mehr begehrt worden.“ Die

⁴ Fabry (1652), S. 337 u. 338.

letzten Sätze der Observation enthüllen dann die dramatische Wendung zum Schlechten:

Die Mutter auch war vielleicht nicht fleissig genug in Haltung der Ordnung im Essen unnd Trinken/und Beybringung der Artzney/so verschrieben worden/ist es (das Kind) gestorben.

In der abschließenden „Anmerckung“ weist Fabry darauf hin, dass die im Titel der Kasuistik genannte „wunderbare“ – sprich merkwürdige oder wundersame – Verstopfung durch die genannten Fremdkörper verursacht gewesen und der tragische Ausgang dem unachtsamen Verhalten der Mutter anzulasten sei.

Die frühneuzeitliche Medizinerweisheit „Qui bene purgat, bene curat“ traf also in dem von Fabry geschilderten Fall leider nicht zu, was vermutlich am zarten Alter des Patienten und den besonderen Umständen lag. Es soll an dieser Stelle nicht der Versuchung nachgegeben werden, den geschilderten Verlauf aus heutiger Sicht zu beurteilen; stattdessen ist die Aufmerksamkeit auf die Symptomatik und vor allem auf die Therapie zu lenken: die Kombination einer im weitesten Sinn chirurgischen Maßnahme, dem Klistier, mit einer pharmazeutischen Strategie. Aus historischer Sicht stellt sich die Frage, wie weit solche kurativen Vorstellungen zurückreichen und auf welchen Überlegungen sie fußen.

3. Die Geschichte der Obstipation vor Wilhelm Fabry

Naturgemäß kann man kaum Aussagen zu den Jahrtausenden vor Auftauchen der ersten Bild- und Schriftquellen machen. Immerhin ist zu vermuten, dass die Verstopfung den Homo sapiens und andere frühgeschichtliche Hominiden seit eh und je begleitet – auch wenn Darminfektionen und Diarrhöe die häufigeren intestinalen Phänomene gewesen sein dürften. Deutlicher fassbar werden die Anfänge dieser Gesundheitsstörung erst in einer der frühen Schriftkulturen, dem alten Ägypten.

3.1 Ätiologische Vorstellungen und Rezepturen im pharaonischen Ägypten

Die Einwohner des Niltales waren möglicherweise die ersten, die eine bemerkenswerte Analogie herstellten zwischen dem Makrokosmos, ihrer Umwelt, und dem Mikrokosmos, dem anatomisch nur vage bekannten Körperinnern. Gemäß ihren Erfahrungen mit der jährlichen reinigenden Hochflut und dem periodischen Niedrigwasser des lebensspendenden Stromes gingen sie davon aus, dass reibungsloses Fließen einen ungestörten Transit bedeutete, während Stauungen den Vollzug vitaler Abläufe gefährdeten und zu Krankheit, Seuche und Zerfall führten. Diese fluviale Dynamik des Lebensraumes übertrugen sie auf das intestinale Geschehen im Leibesinnern, und somit ist hier erstmalig jene traditionelle Vorstellung greifbar, stagnierende Fäulnismassen in den Eingeweiden riefen unmittelbar eine Selbstvergiftung des Körpers und mittelbar Erkrankungen aller Art hervor.⁵

⁵ Zur Orientierung siehe Westerndorf (1992), S. 103-110 u. S. 115-118 sowie ausführlicher Westendorf (1999), Bd. 1, S. 192-201 u. S. 210-219.

Eine genau solche Auffassung spiegelt sich auch in den medizinischen Schriften des zweiten Jahrtausends vor Christus, denn gleich mehrere Dutzend Verschreibungen empfehlen pflanzliche Einzelstoffe und Drogengemische, um den Leib zu „öffnen“ oder „zu befreien“. In einem der frühen Zeugnisse altägyptischer Heilkunst, dem Papyrus Ebers (um 1550 vor Christus), ist folgende Verordnung niedergelegt:

Ein Mittel für das Entleeren des Bauches und das Beseitigen von Krankheitsercheinungen im Bauch des Mannes: Samen der Rizinuspflanze; werde gekaut, werde heruntergespült mit Bier, bis dass alles herauskommt, das in seinem Bauch ist (Ebers 25).⁶

Häufiger findet man in den Rezepten die Erwähnung von Feigen und Hülsen des Johannisbrotbaumes, die beide als den Stuhlgang fördernd angesehen wurden. Darüber hinaus galten die Ägypter als überaus erfahren in der Anwendung des Klistiers, sei es zur Spülung oder zur Beibringung von Arzneien, wie im Papyrus Berlin (ebenfalls um 1550 vor Christus) empfohlen:

Heilmittel für das Beseitigen von Schmerzstoffen im Bauch, Verhalten der Schmerzstoffe, Verstopfung des Afters: Honig 1/4, Behen-Öl 1/8, süßes Bier 10 ro (entspricht ca. 0,15 l), werde in den After gegossen an vier Tagen (Bln 164).⁷

Der griechische Historiker Herodot schließlich zeichnete am Ende des Neuen Reiches das Bild einer im wahrsten Sinn des Wortes „sauberen Gesellschaft“, als er aus Ägypten zurückkehrte und schrieb (Historien II, 77): „Jeden Monat gebrauchen sie an drei Tagen hintereinander Abführmittel und suchen überhaupt durch Erbrechen wie durch Klistiere ihre Gesundheit zu erhalten.“ Verdauungsstörungen waren im alten Land am Nil offensichtlich genauso verbreitet wie präventive und kurative Gegenstrategien, und die Heilkundigen hinterließen der Nachwelt einen großen Wissensschatz, von dem diese ausgiebig Gebrauch machte.

3.2 Hippokratische Konzepte und Therapien

Die griechische Medizin übernahm teilweise die theoretischen Vorstellungen und praktischen Erfahrungen des Orients, um sie in eine eigene Lehre von Gesundheit und Krankheit einzufügen. Gemäß der sich entwickelnden Lehre von Naturphilosophen und Ärzten galten Magen und Därme nun als „erste Wege“ (lat. *viae primae*), in denen aufgenommene Speisen mittels der eingeborenen Wärme einer Kochung (gr. *pepsis*, lat. *coctio*) unterworfen waren. End- und Abfallprodukte dieses Prozesses sowie weiterer Vorgänge stellten die vier bekannten Kardinalsäfte dar: Blut, Schleim, Gelbe Galle und Schwarze Galle; jedem dieser vier Säfte kam eine je eigene Relation zu den beiden kosmischen Qualitätenpaaren kalt-warm und trocken-feucht zu. In diesem doppelt-dichotomen System galt der Schleim als kalt und feucht, die Schwarze Galle als kalt und trocken und so weiter.

Der Magen-Darm-Kanal nahm in einer solchen ganzheitlich orientierten Humoralphysiologie eine zentrale Stellung ein. Daher mussten sich Lokalstörungen wie

⁶ Zitiert nach Germer (2002), S. 32.

⁷ Ebd., S. 30.

Durchfall oder Darmträgheit zwingend auf den Gesamtorganismus auswirken, und umgekehrt griffen Allgemeinerkrankungen, die mit einer Verschiebung des Säftegleichgewichts einhergingen, notwendigerweise auf das Teilsystem Darm über. Dieses holistische Verständnis von Verdauungsstörungen prägt auch die einschlägigen Stellen im Corpus Hippocraticum. So liest man in der Schrift „Die Winde“: „Die Anfüllung heilt die Entleerung, die Entleerung die Anfüllung. Derjenige, der das am besten zustande bringt, der ist der beste Arzt.“⁸ Überraschender erscheint die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Lebensalter und Exkretion, den ein hippokratischer Aphorismus postuliert: „Die in der Jugend flüssiges Gedärm haben, werden im Alter hartleibig; die aber in der Jugend trockenes Gedärm haben, bekommen, wenn sie bejahrter werden, feuchten Darm.“⁹ Gleichzeitig sind praxisnahe Anweisungen zu finden. Der untersuchende Arzt soll sich im Dienst diagnostischer Hermeneutik ausführlich mit Frequenz und Konsistenz der Faeces, auch mit deren Form und Farbe befassen:

Der Stuhl muss, der Menge der Nahrungszufuhr entsprechend, tagsüber zweibis dreimal, nachts einmal abgehen; der größte Teil soll frühmorgens abgehen... Ungünstig ist es, wenn er gering an Menge, zäh, weiß, gelblichgrün und glatt ist.¹⁰

Natürlich haperte es im Fall einer chronischen Obstipation oft mit den „harten Fakten“, die untersucht werden konnten. Aus diesem Grund war der Diagnostiker zunächst auf die Anamnese angewiesen – wie Wilhelm Fabry in der eingangs vorgestellten Kasuistik – und auf einfache Verfahren wie die Palpation des Abdomens; auch diese Methode begegnet in Fabrys Fallgeschichte.

Den hippokratischen Ärzten standen bei Vorliegen einer Verstopfung die zwei grundsätzlichen Optionen medizinischer Therapie der Zeit zur Verfügung: Gegenwirken und Ableiten. Weil die Hartleibigkeit primär dem kalt-zähflüssigen Schleim und der kalt-erdigen Schwarzen Galle angelastet wurde, prägten wärmende Umschläge und dampfende Speisen den Behandlungsplan (Option 1). Als hohe Kunst im Sinn der Humoralpathologie galt es aber, die blockierenden Massen gänzlich aus dem Körper zu entfernen und dadurch die „viae primae“ wieder freizumachen (Option 2); dieser Somatokatharsis dienten darmentleerende Drogen (Laxantien i. e. S.) sowie abführende Arzneien wie Brech- und Niesmittel (Purgantien).

Damit noch einmal kurz zurück zur Fallgeschichte des Wilhelm Fabry. Genau diese beiden Strategien – Gegenwirken durch lokale Wärme und Ableiten der verstopfenden Materie – sind auch bei ihm zu finden. Auch der Chirurg der Frühen Neuzeit steht somit als „internistischer“ Behandler noch ganz in der Tradition der Säftelehre. Und nicht nur er allein: Ein bekanntes Kräuterbuch des 17. Jahrhunderts, gewissermaßen eine „Rote Liste“ der Zeit, beschreibt ein gängiges Abführmittel mit den Worten: „Treibt die böse Phlegma, Choleram und Melancholey [aus].“¹¹

⁸ De flatibus/Die Winde I; Übersetzung nach Kapferer (1934), S. 16.

⁹ Aphorismus II 20; Übersetzung nach Kapferer Bd. 3 (1936), S. 30.

¹⁰ Prognostikon 11; Übersetzung nach Kapferer Bd. 2 (1936), S. 60 u. 61.

¹¹ Lonitzer (1679); zitiert nach Anagnostou (2008), S. 122.

In Umrisen ist sogar die konkrete Behandlung der Hippokratiker am Krankenbett zu rekonstruieren, die heute als Stufentherapie bezeichnet würde. Die Verordnung begann mit ballaststoffreicher Kost, das heißt, preiswerten und leicht zu beschaffenden Feld- und Gartenfrüchten wie Kohl, Mangold und Spinat, dazu Knoblauch, Zwiebeln, Petersilie und Binkelkraut; Letzteres kam auch in Fabrys Rezeptur vor. An zweiter Stelle standen Honig, süßer Wein, Öl und Eselsmilch, deren Effekt auf den hohen Zuckergehalt zurückgeht.¹² Erst bei Versagen dieser diätetischen Mittel kam die dritte Stufe zur Anwendung, die sogenannten Drastika – stark wirksame, seltene und teure Stoffe; dazu gehörten Rizinusöl, Skammoniawinde und die Schwarze Nieswurz, die aus Ägypten eingeführt wurde.

Somit bietet die griechische Medizin eine Erweiterung und Differenzierung des therapeutischen Spektrums, gleichzeitig eine solide und plausible theoretische Fundierung. Die ärztliche Kunst des Behandeln, auch eines scheinbar banalen Problems wie der Verstopfung, war geprägt von Wissenschaft und Erfahrung: Demzufolge lautete der wichtigste Rat:

Bei den Abführmitteln liegen die Verhältnisse nicht so, wie man gemeinhin glaubt... Manchmal reinigen andere (Mittel) als die, welche sonst zu reinigen (= abzuführen) pflegen. Manchmal reinigen sie aber zu stark, manchmal tun sie auch ihre (ordnungsgemäße) Schuldigkeit. Folglich kann man sich auf die Abführmittel nicht verlassen und sie aufs Geratewohl geben.¹³

3.3 *Antiobstipative Strategien römischer Ärzte*

Die römische Medizin baute die Errungenschaften der griechischen Heilkunde aus. Der Flottenarzt Dioskurides (um 50 nach Christus) zum Beispiel schuf ein umfassendes Arzneibuch, das zu jedem Mittel Anwendungsform und Indikation, benötigte Menge, Wirkungen und Nebenwirkungen angab und damit für Jahrhunderte zum Vorbild wurde. Zur Aloe, einem beliebten Laxans nicht nur der Antike, liest man in der „Materia medica“:

Mit Harz genossen, oder mit Wasser oder Honig gekocht und genommen löst sie den Bauch. Die Menge von 3 Drachmen reinigt gründlich. Mit anderen Abführmitteln gemischt bewirkt sie, dass diese den Magen weniger angreifen.¹⁴

Galen schließlich, der berühmteste Arzt der späteren Antike, bereicherte den Arzneischatz mit einer Fülle weiterer Drogenmixturen. Seine Komposita erreichten enorme Popularität – führten allerdings auch dazu, dass im ärztlichen Alltag bisweilen eine hemmungslose Arzneimischerei überhand nahm, frei nach dem Motto: „Viel hilft viel“. Hier wäre ein möglicher Ursprung von Fabrys Polypharmazie mit einer Rezeptur aus nicht weniger als zwölf pflanzlichen und tierischen Inhaltsstoffen zu suchen.

Immerhin bemühte sich der Wissenschaftler Galen, die spezifische Wirkung einzelner Arzneien zu ermitteln, sodass auch sein Text zu den „Bestsellern“ der vormo-

¹² Schmitz Bd. 1 (1998), S. 131-132.

¹³ „Die Abführmittel“; Übersetzung nach Kapferer Bd. 4 (1936), S. 101.

¹⁴ Übersetzung nach Berendes (1902), S. 276.

dernern Abführmittel-Literatur zählt. Vor allem aber verdankt die Nachwelt dem mächtigsten Mediziner jener Tage eine zeitlos gültige Weisheit: „Populus remedia cupit – Das Volk will Mittel.“¹⁵ Kein erfahrener Arzt würde dieser Einsicht, gerade beim Thema Verstopfung, widersprechen.

Nicht zuletzt bietet die schöngeistige römische Literatur einen ersten Hinweis auf die sozialpsychologische Dimension des Themas. Der Satiriker Martial schuf den herrlichen Vers (Epigramm III, 89):

Utere lactucis et mollibus utere malvis,
Nam faciem durum, Phoebe, cacantis habes.

Nimm Lattich, Phoebe, nimm mürbe machende Malven,
denn Du zeigst uns die verkniffene Visage des Verstopften (Übs. d. A.).

3.4 Diätetisches und Magisches aus mittelalterlicher Zeit

Die antike Tradition prägte auch die Medizin des Früh- und Hochmittelalters. Da kundige Ärzte ebenso rar waren wie Arzneipflanzen in heimischen Gärten, rückte die regulierende Kraft der Lebensführung in den Fokus der Aufmerksamkeit: Sich bewegen und ausreichend frische Luft atmen, Aufregungen vermeiden und genügend schlafen, maßvoll speisen... und ausreichend ausscheiden! Um 1200 stellte die Medizinschule aus dem süditalienischen Salerno Gesundheitsregeln zusammen, deren erste gleich die markante Sentenz enthielt:

Non mictum retine, nec comprime fortiter anum.¹⁶

Halte nicht Harn zurück,
noch verschließe den After mit allzu viel Kraft. (Übs. d. A.)

Wenig später dozierte Petrus Hispanus, einziger Arzt auf dem Stuhl Petri: „Je weniger Medikamente, desto besser.“ Alsdann riet er armen Leuten, bei hartnäckiger Verstopfung Zäpfchen aus Kohlmark und heiße Umschläge zu gebrauchen.¹⁷

Wenn diese Hausmittelchen nicht zum Ziel führten, stellten die Heiligen oft eine letzte Zuflucht dar. Gute Erfolgsaussichten bot im Fall des Bauchgrimms die Anrufung des heiligen Erasmus, welcher der Legende nach das Martyrium durch Ausdärmen erlitten hatte. In der longue durée der Obstipationsgeschichte war dem christlichen Schutzpatron aller Leibkranken großer Erfolg beschieden: Noch bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts opferten Patienten bei chronischen Darmleiden gerne die sogenannten Erasmuswickel, die sie für kleines Geld bei Wachsziehern erwerben konnten.¹⁸

Von ähnlichem Einfluss wie Glaube und Frömmigkeit waren Aberglaube und Weiße Magie, die seit den Zeiten der Schamanen und Zauberer nichts von ihrer Bedeutung verloren hatten. Frei nach dem Prinzip „Gleiches heilt Gleiches“ sollten den

¹⁵ Zitiert nach Ackerknecht (1970), S. 39.

¹⁶ Regimen Sanitatis Salernitatis; zitiert nach www.academiajtr.it/bibvirt/regimen.html (gesehen: 16.12.2009); ähnlich zitiert in Boschung (1997), S. 162.

¹⁷ Frexinos (1992), S. 17.

¹⁸ Anonym (1930), Sp. 707.

Verstopften warme Packungen aus frischem Schafsdung helfen, und das einfache Volk kannte eine breite Palette kostengünstiger Präparationen: Gänse-, Hühner- und Mäusemist, auch Elster-, Schwalben- und Sperlingsdreck wurden auf den Bauch geschmiert, als Zäpfchen gegeben oder gar als Trank verabreicht. Als wirksam galt auch die „transplantatio morbi“, bei welcher Exkremente der Kranken gut verpackt und von Beschwörungen begleitet in einen Fluss zu werfen waren. Ein Paradebeispiel solchen Heilzaubers findet sich in der frühneuzeitlichen Dreckapotheke des Christian Franz Paulini:

Nimm ein Bein (= Knochen) von einem todtten Menschen/fülle es mit Koth auß dessen/so purgieren soll/stopffs wieder fleissig zu mit Wachs/oder sonst/binde ein Seil dran/und schweiß es also in sieden heiß Wasser. So lang es darin ist/wird der/von welchem der Koth war/purgieren. Nimstu aber das Bein aus dem Wasser herauß/so wird er aufhören zu gehen.¹⁹

Diese magische Prozedur erinnert an Wilhelm Fabrys Gebrauch „gewaschener Regenwürmer“. Falls das animalische Heilmittel nicht als Bezug auf eine Parasitose als denkbare Ursache der Obstipation verstanden wird, dann kann der sich ringelnde Wurm mühelos als Form- und Funktionsanalogie zum menschlichen Darm angesehen werden: Wie das Tier mit krümmenden Bewegungen vorankommt, so soll auch die propulsive intestinale Motorik wieder in Gang kommen. Womit ganz nebenbei nachgewiesen wäre, dass Fabrys Therapieanweisungen auf diesem Gebiet (wie auch auf manchen anderen) nicht frei von abergläubischen Vorstellungen waren – auch wenn er selbst sein Vorgehen als „wissenschaftlich“ bezeichnet hätte.

4. Therapeutische Vorstellungen zur Zeit des Wilhelm Fabry

4.1 Entwicklungen bis zum Ende des 16. Jahrhunderts

Eine Betrachtung der Jahrzehnte zwischen 1500 und 1700 muss zwangsläufig zunächst auf das Klistier zurückkommen. Natürlich wurde dieses nicht nur in Ägypten, sondern auch in griechisch-römischer Zeit und im Mittelalter angewandt. Doch nicht alle Ärzte der Alten Welt folgten dem Primat des fortwährenden Ableitens schädlicher Materie bedingungslos. Einzelne Skeptiker wandten sich zumindest gegen eine zu häufige Anwendung; als prominenter Kritiker sei an dieser Stelle der römische Enzyklopädist Celsus genannt. Er konstatierte: „Meistens müssen die Darmentleerungen durch Klistiere herbeigeführt werden“, mahnte dann aber: „Es ist die seltene Anwendung die beste. Man soll sich der Klistiere nicht oft bedienen, sondern sie ein- oder höchstens zweimal nehmen.“²⁰ Auch die schwierige Behandlung von Kindern mit hartnäckiger Verstopfung – siehe wiederum den Fallbericht des Wilhelm Fabry – forderte in jedem Fall äußerste Zurückhaltung. Orebasios, ein Arzt aus Byzanz, hatte lediglich die orale Gabe einer Abkochung aus Honig und Weizenmehl empfohlen. Und Aetios – im 6. Jahrhundert immerhin Leibarzt des Kaisers Justinian – hatte seine guten Erfahrungen

¹⁹ Paulini (1734), S. 160-161.

²⁰ Celsus (1906), S. 88; Übersetzung nach Scheller.

mit warmen Umschlägen auf den Nabel und mit Honigwasser per anum hervorgehoben.²¹ Bei der Therapie sehr junger und sehr betagter Patienten, das zeigten viele Berichte, war Vorsicht angebracht.

Gerade nach 1500 wurden solche Warnungen zunehmend in den Wind geschlagen, ja, die folgenden zweieinhalb Jahrhunderte dürfen als geradezu „goldenes Zeitalter“ des Klistierens gelten. Die wenigen überlieferten Zahlen sind beeindruckend. Ludwig XIV. beispielsweise litt wie auch einige seiner Vorgänger heftig am „verschlossenen Leib“; 212 reinigende Spülungen während eines frühen Regenschaftsjahres setzten eine Vorgabe, der Adel und wohlhabende Bürger nacheiferten. Den Rekord in puncto Frequenz soll ein Notar aus der französischen Provinz aufgestellt haben: Innerhalb von 24 Monaten brachte er es auf nicht weniger als 2.190 Anwendungen – das sind umgerechnet 100 im Monat oder rund drei pro Tag.²²

Teilweise mitschuldig an dieser Klistiermanie war der französische Königschirurg Ambroise Paré. Da die prophylaktische oder therapeutische Spülung in der Frühen Neuzeit keine Aufgabe eines Arztes oder Chirurgen, sondern des Apothekers war, weigerten sich schamhafte Damen, sich einen Einlauf verabreichen zu lassen. Paré sorgte für eine technische Innovation mit weit reichenden sozialen Folgen: Er bog den zuvor geraden Griff altmodischer Klistierapparaturen einfach um und ermöglichte damit die nahezu uneingeschränkte Selbstmedikation.

4.2 Die Obstipation und ihre Behandlung im Werk des Fabricius Hildanus

In Parés Fußstapfen trat nun auch Wilhelm Fabry, als er einen Abschnitt in seiner „Wundarztney“ betitelte: „Abbildung und Beschreibung deß Instruments mit welchem

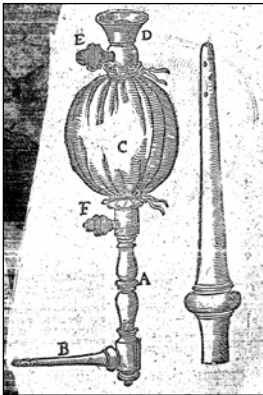


Abbildung 2:
Klistierapparatur
nach Wilhelm Fabry,
Holzschnitt

der Krancke ihm selbstn mit geringer Mühe ein Clystier beybringen kann.“²³ Hildanus eröffnete das Kapitel mit einem Lobgesang auf das Instrument: „Wie nötig und nützlich die Klistiere sowohl zur Erhaltung der Gesundheit als auch zur Erlangung derselben (sind), wissen alle Medici, weilen aber der mehrte Teil Leut, sonderlich Weibsbilder aus Scham sich darob entsetzen. So hab ich folgendes Instrument erdacht, mit welchem ein jeder ihm selbst mit geringer Mühe ein Klistier eingiessen kann“.

Im Folgenden demonstrierte Fabry seine offensichtlich auf Parés Überlegungen fußende „Erfindung“ mit allen Details (Abbildung 2): B stellt das Holzstück dar, das in den After eingeführt wird, wahlweise kurz oder lang (rechts im Bild), je nachdem, in welcher Darmregion die Spülung beginnen soll. C ist der Beutel, D der Einfüllstutzen. Zum Befüllen muss der Hahn F geschlossen, der Hahn E geöffnet werden, umgekehrt soll für die Anwen-

²¹ Hummel (1999), S. 289 u. 290.

²² Fexinos (1992), S. 65-67.

²³ Fabry (1652), S. 71f.

dung F geöffnet und E geschlossen sein. Fabry empfahl die Anwendung bei Bettlägerigen in Rechtsseitenlage, bei Leichtkranken und Gesunden im Sitzen in vorgebeugter Haltung. Den Abschnitt schloss er mit den Worten „Dieses Instrument ist sehr taugentlich“ und fügte in voller Offenheit hinzu: „Was ich an mir selbst vielfältig erfahren habe.“ Dem Chirurgen aus Hilden kommt damit sowohl in der Geschichte der Verstopfung wie auch bei der Entwicklung anti-obstipativer Instrumentarien ein wichtiger Platz zu – wenn auch dieser Platz vielleicht nicht ganz so prominent ist wie in anderen seiner Wirkungskreise.

4.3 Innovationen im 17. Jahrhundert

Drei weitere wichtige Veränderungen prägten die Behandlung der Obstipation nach 1600. Zunächst gelang eine erneute technische Verbesserung des Klistiers, die vor allem mit dem Namen des niederländische Arztes Reinier de Graaf verbunden ist: Er verkürzte das Holzstück zur Einführung in den After, machte durch einen flexiblen Schlauch die Anwendung bequemer und setzte die Spritze als Vorratsbehälter für die Spülflüssigkeit durch; seine Monographie „De clysteribus“ von 1668 entwickelte sich zu einem Standardwerk.

Nahezu gleichzeitig gelangten viele exotische Arzneidrogeen erstmalig auf den europäischen Markt und ergänzten die herkömmliche Pharmakopoe: Rhabarber aus China, Flohsamen aus Indien, die Senna aus Arabien und Jalapenwurzeln aus Südamerika.²⁴ Alle bestachen nach damaliger Auffassung durch hervorragende Wirksamkeit und einen horrenden Preis – und alle sind bis heute erhältlich.

Schließlich empfahl der Apotheker Johann Rudolf Glauber 1658 mit Natrium-Sulfat ein „Universal-Purgans“ und beendete damit die Ära rein pflanzlicher Therapeutika. Dem „Glauber-Salz“ folgten andere, oft als Geheimmittel angepriesene Zubereitungen. Den wissenschaftlichen Wirkungsnachweis für diese mineralischen Mittel erbrachte allerdings erst Justus von Liebig, als er das Prinzip der Osmose für den abführenden Effekt erkannte.

5. Die Geschichte der Obstipation nach Wilhelm Fabry

5.1 Zunehmende Kritik während der Aufklärung

Ein gewisses Umdenken bezüglich therapeutischer Maßnahmen setzte im Lauf des 18. Jahrhunderts ein. Vor allem der weit verbreitete und übermäßige Gebrauch von Laxantien und Klistieren rief Widerspruch hervor. In einer viel gelesenen Wochenschrift warnte der deutsche Arzt Johann August Unzer:

Es ist ein üble Gewohnheit derer, die mit Verstopfungen beschwert sind, daß sie immer zu Purganzen und Clystieren ihre Zuflucht nehmen. Denn diese können zwar einmal aus der Noth helfen. Allein sie bringen die Natur nie in Ordnung... und die erweichenden Clystiere machen endlich die untern Gedärme und die

²⁴ Anagnostou (2008).

Muskeln so schwach, daß sie nicht einmal die Blähungen mehr zurückhalten können...²⁵

Die Exzesse, die hier angeprangert wurden, hatte mehrere Jahrzehnte zuvor allerdings bereits Molière in seinem „Eingebildeten Kranken“ auf die Schippe genommen. Über den Rechnungen seines Apothekers brütend, murmelt der Hypochonder Argan:

„Item, den vierundzwanzigsten ein insinuatives, präparatives und erweichendes kleines Klistier für Herrn Argan, zur Schmeidigung, Anfeuchtung und Erfrischung der Eingeweide Wohldesselben... Item, von selbigem dato, ein gutes purifizierendes Klistier,... um Herrn Argans Unterleib auszufegen, zu spülen und zu reinigen... Item, am sechsundzwanzigsten, ein karminatives Klistier, um Herrn Argan die Blähungen zu vertreiben... am Abend wiederholt... Item, am siebenundzwanzigsten, eine wohltätige Medizin, um den Stuhlgang zu beschleunigen und Herrn Argan von seinen bösen Säften zu befreien.“

Nach 1750 wurden intestinale Insuffizienzen plötzlich zum Symptom für gesellschaftliche Fehlentwicklungen, für „Luxus und Weichheit“ mit falschem Bewegungsverhalten, absurden Ernährungsgewohnheiten und einem überhaupt vernunftwidrigen Lebensstil. Die Verstopfung rückte erstmals ins soziale Abseits, und Verstopfte sahen sich zur Zielscheibe einer massiven Zivilisationskritik gemacht, frei nach dem Rousseau'schen Motto: „Zurück zur Natur“! Innerhalb wie außerhalb der Heilkunde regte sich Kritik, zumal das Klistieren von der einst bisweilen sinnvollen Maßnahme zu einer medizinischen Mode verkommen war, deren sich junge Damen bedienten, um vor dem Ball den Teint aufzufrischen. Therapeutisch gesehen hätte dies alles zu einem Paradigmenwechsel führen müssen: Fasten und Fußmärsche statt Abführen und Aderlass. Doch die zähleibige Säftelehre und ihr sichtbares Symbol, das Klistier, hatten noch nicht ausgedient. Im Gegenteil: Der Lehre von der „Purifizierung“ des alimentären Kanals sollte eine erneute Blütezeit bevorstehen – dank der herausziehenden naturwissenschaftlichen Medizin.

5.2 Fortschritte und Irrtümer der Medizin im 19. Jahrhundert

„Keine Theorie als die der Fakten... Klar sehen wir nur da, wo wir zählen.“ Die unmissverständlichen Worte des Chirurgen Theodor Billroth kennzeichnen den unwiderflichen Wandel, durch den die Heilkunde nach 1800 zunehmend in einen bis heute anhaltenden Sog des naturwissenschaftlichen Fortschritts geriet. Doch mit Pathologischer Anatomie und Statistik, den methodischen Leitsternen des neuen Zeitalters, hatte es im Fall der Obstipation seine Tücken. Üblicherweise verlief das Leiden nicht tödlich, und damit waren Korrelationen der beim Patienten in vivo festgestellten Symptome mit post mortem gefundenen Läsionen schwer anzugeben. Zwar konnten durch Leichenuntersuchungen in einzelnen Fällen „Begleitpathologien“ wie Fremdkörper, Adhäsionen, Invaginationen oder ätiologisch fragwürdige Anomalien wie Enteroptose und Kottumore identifiziert werden.²⁶ Die ersten Atlanten zur pathologischen Anato-

²⁵ Unzer (1769), zitiert nach Boschung (1997), S. 170.

²⁶ Frexinos (1992), S. 28.

mie führten allerdings aus heutiger Sicht in der Rubrik „Obstipation“ eher kuriose Befunde an (Abbildung 3).

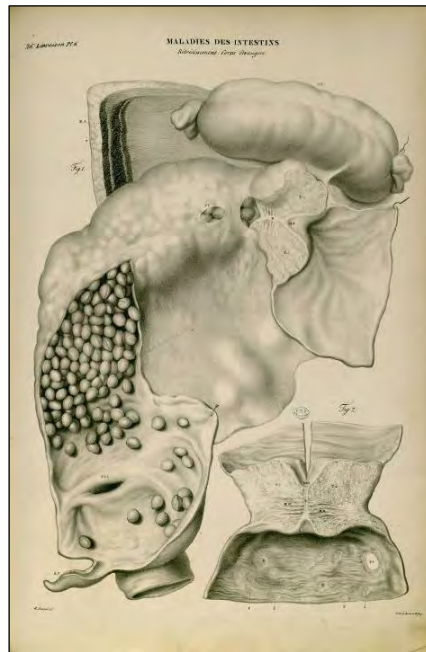


Abbildung 3: Darmstenose durch 617 Kirschkerne, Lithographie

Eine überzeugendere Analyse als die Morphologen boten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Hygieniker an. Die Experten der Gesundheitserhaltung hatten nämlich in überzeugender Weise bewiesen, wie durch Abwässerkanäle und öffentliche Toiletten ganze Städte von bestimmten Krankheiten zu befreien waren – „Assanierung“ lautete das Zauberwort der Epoche. Mit dem Aufkommen der Bakteriologie erhielt die Bewegung weiteren Schwung: Endlich stand fest, dass Mikroben die Ursache der seit Urzeiten bekannten Fäulnisprozesse darstellten. Und wenn man die Erkenntnisse der „äußeren“ Hygiene von Städten und Gewässern auf die „innere“ Hygiene im menschlichen Körper übertrug, dann war das menschliche Darmrohr nichts anderes als eine von Mikroben wimmelnde Jauchegrube, die bei Vorliegen einer Verstopfung weder regelmäßig entleert noch fachmännisch desinfiziert werden konnte.²⁷

Eine Serie naturwissenschaftlicher Experimente ließ die Grundlagenforscher schließlich Alarm schlagen. Offenbar baute die Darmflora im Fall einer Kotstauung verstärkt Proteinreste aus dem Stuhl ab, und genau diese Verbindungen erwiesen sich bei intravenöser Gabe für Versuchstiere als hochgiftig. Unter der Annahme, dass solche Eiweißkörper auch beim Menschen aus dem Verdauungskanal in den Kreislauf ge-

²⁷ Whorton (2000b), S. 1586.

langten, formulierten Wissenschaftler die Theorie der Autointoxikation – ohne wahrzunehmen, wie sehr diese Hypothese von der „Selbstvergiftung“ den Vorstellungen der angeblich verlassenen Humoralpathologie ähnelte. Die eindrucksvollsten Worte für das Drama, welches sich im Dickdarm des modernen Menschen abspielte, fand der französische Internist Charles Bouchard: „Der Obstipierte“, formulierte er, „arbeitet stets auf seine eigene Zerstörung hin; er unternimmt ständig Suizidversuche durch Vergiften“.²⁸

Wie in den Jahrhunderten zuvor konnte die praktische Schlussfolgerung nur lauten: Öffnen der „ersten Wege“ mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln. Weltweit gaben Ärzte und Gesundheitsratgeber die Devise aus: „Die tägliche Entleerung der Eingeweide hat absolute Priorität“; ein Abweichen vom Pfad der Tugend, so die allgemeine Überzeugung, müsse zu „Entgleisung und Untergang“ des gesamten Systems führen.²⁹

5.3 Diagnostik und Therapie im 20. Jahrhundert

So verwundert es nicht, dass um 1900 die hartnäckige Verstopfung fast wie zu pharaonischen Zeiten als Ausgangspunkt einer Vielzahl ernsthafter Leiden galt. Fast alle medizinischen Lehrbücher waren sich einig: Darmträgheit konnte Haarausfall, Sehstörungen und Depressionen verursachen oder vorzeitige Alterung, Nieren- und Herzkrankheiten nach sich ziehen. Eine Beobachtung allerdings erregte Aufsehen: Das Problem schien auf die industrialisierte Welt beschränkt. In den Kolonien, das ergaben wiederholt Untersuchungen britischer und französischer Ärzte, funktionierte das Kolon der dortigen Untertanen eindeutig besser – angeblich weil diese eine geeignetere Nahrung zu sich nahmen.³⁰

Die drohende „Autointoxikation aller zivilisierten Völker“ musste also mit medizinischen Mitteln eingedämmt werden. Zunächst setzte man auf diätetische Strategien: Joghurt startete seine Karriere als präventiv-kuratives Nahrungsmittel, Grahambrot und Weizenkleie erwarben ihren guten Ruf als Gesundheitsschützer. Darüber hinaus nutzten medizinische Moden das mechanistische Denken jener Jahre und propagierten Massagemaschinen, elektrische Stimulatoren, Rektaldilatatoren und vieles andere mehr. Das traditionsreiche Klistier demonstrierte einmal mehr seine Langlebigkeit, indem es über die Zwischenstufe des Irrigators zum modernen Klyisma mutierte, das bei bestimmten Indikationen bis heute angewendet wird.³¹

Geradezu erschreckend erscheinen im Rückblick die operativen Behandlungsversuche der „Selbstvergiftung“. Den Auftakt zu heroischen Eingriffen bildeten Hypothesen des russischen Biologen Ilja Metschnikoff. Damit möglichst viele Menschen eines natürlichen Todes in hohem Alter sterben können, forderte der Nobelpreisträger des Jahres 1908 angeblich die vollständige Entfernung des Dickdarms, und zwar möglichst im Kindesalter.³² In die Realität umgesetzt wurde diese Idee, wenn auch „nur“ bei

²⁸ Bouchard (1906), S. 15.

²⁹ Ausführlich dazu Whorton (2008a).

³⁰ Walker (1985), S. 149; Jeppe (1994), S. 856.

³¹ Zglinicki (1972); Doyle (2005).

³² Frexinos (1992), S. 26.

Erwachsenen, von einem Chirurgen in London. Bei hunderten Patienten führte Sir William A. Lane eine totale Kolektomie samt ileo-rektaler Anastomose durch; seine Schlussfolgerung, die „Begradigung des menschlichen Drainagesystems“ ermögliche „eines der zufriedenstellendsten Ergebnisse der Chirurgie“, entbehrte allerdings des statistischen Belegs.³³

Parallel zu diesem Exstirpations-Enthusiasmus und in weit weniger spektakulärer Weise entwickelte sich eine neue und effektive Pharmakotherapie. Längst hatten Forscher aus altbekannten Pflanzen wirksame Inhaltsstoffe isoliert und identifiziert. Gleichzeitig hatten sie mit Hilfe der nun bekannten chemischen Strukturen synthetische Arzneistoffe entwickelt. Das moderne Laxans des 20. Jahrhunderts unterschied sich deutlich von seinen Vorgängern aus der Kräutermedizin: Es wurde industriell aus definierten Reinsubstanzen produziert, war damit besser dosierbar und stellte sich als Fertigarzneimittel dem internationalen Wettbewerb. Gerade die Jahre zwischen 1920 und 1940 gelten als „goldenes Zeitalter“ der Abführmittel, denn Dutzende von Substanzen konkurrierten erfolgreich um die Aufmerksamkeit von Konsumenten und Ärzten; erstmalig startete die Industrie aufwändige Werbekampagnen, die auch das Kind als besonders attraktive Zielgruppe entdeckten.

Behandlung und Vorbeugung der Verstopfung waren somit wie in den Jahrhunderten zuvor eng mit gesellschaftlichen Entwicklungen verknüpft und wirkten auf diese zurück. Der oben erwähnte britische Chirurg Lane bemühte sich, über die operativen Interventionen hinaus seine Landsleute zu einer gesünderen Ernährung zu bewegen und kreierte den Slogan: „Je weißer dein Brot, desto rascher dein Tod.“ Mit solchen Parolen gelang es ihm und anderen, zumindest den Frühstückstisch der westlichen Welt nachhaltig zu verändern.³⁴ Doch langfristig blieben die Erfolge aus: Noch 1960 bezeichnete Dennis Burkitt, ein anderer Chirurg, die Obstipation als „häufigste Erkrankung der westlichen Zivilisation“.³⁵ Glaubt man aktuellen Studien, so bezeichnen sich 10 bis 20 Prozent der Bevölkerung in Industrienationen als „verstopft“.³⁶

Grundsätzlich gewandelt hat sich in den letzten 100 Jahren hingegen die Diagnostik. Einige Meilensteine auf diesem Weg fasst die folgende Aufstellung zusammen:³⁷

- um 1900 wurden Röntgen-Kontrastuntersuchungen des Darmes mit oral applizierten Wismutpasten, ab 1910 mit Bariumsulfat durchgeführt;
- etwa 1903 begann der „direkte Blick ins Innere“ mit Hilfe der Rektoskopie;
- um 1930 beendeten chemische und bakteriologische Untersuchungen in Stuhl und Blut die „Ära der Autointoxikation“;
- ab 1950 ermöglichten Darmbiopsien einen pathoanatomischen Gewebe-Befund;
- 1964 beschrieb Burhenne die Defäkographie;
- 1970 konnte das gesamte Kolon endoskopisch dargestellt werden;

³³ Lane (1909); Wiederabdruck in Anonym (1985).

³⁴ Whorton (2000b).

³⁵ Burkitt/Trowell (1960), S. 427.

³⁶ Müller-Lieser (2008), S. 130.

³⁷ Zu Einzelheiten siehe u. a. Cocheton et al. (1987); Müller-Lieser (2008).

1992-2006 wurden die Rom-Kriterien zur Standardisierung der Diagnose „Obstipation“ auf Konsensus-Konferenzen festgelegt.

Dennoch fällt der Rückblick auf die Jahrzehnte nach 1900 zwiespältig aus. Das Massenphänomen Darmträgheit ist so intensiv erforscht worden wie nie zuvor; auch die Ätiologie des komplexen Syndroms wurde immer besser verstanden. Und doch steht dem öffentlich diskutierten Thema Obstipation weiterhin das private Tabu Verstopfung gegenüber – auch und gerade bei Patientinnen und Patienten des 21. Jahrhunderts.

6. Schlussbetrachtung

Was lässt sich zum Abschluss dieses Überblicks zu vier Jahrtausenden Therapiegeschichte festhalten?

1. Zunächst fällt auf, wie ertragreich sich die Beschäftigung mit einem tabuisierten Thema der Medizinhistorie gestaltet. Viele unerforschte Einzelheiten und Zusammenhänge verdienen weitere Aufmerksamkeit, so dass zukünftige Arbeiten auf diesem Gebiet noch manche Überraschung erwarten lassen.

2. Es ist deutlich geworden, wie tief verwurzelt die Überzeugung des Menschen über die Jahrhunderte gewesen ist, die verzögerte Ausscheidung nicht nur als ein störendes Lokalphänomen und nachvollziehbares Beschwerdebild anzusehen, sondern sie als sichere Ursache drohenden körperlichen Ruins aufzufassen. Fast ist man versucht, hier von einer anthropologischen Konstante zu sprechen; eine gewisse historische Wandelbarkeit offenbaren lediglich die medizinischen Gegenstrategien.

3. Auf diese beängstigende Vorstellung von der Zersetzung gründeten und gründen mannigfaltige Behandlungsformen, die von der Zeit der Pharaonen bis zur Gegenwart reichen. Herausragende Bedeutung erlangten dabei zwei Ansätze: zum einen im weitesten Sinn chirurgische Verfahren, vor allem in Form des Klistiers und dessen Nachfolgern; zum anderen pharmazeutische Maßnahmen, entweder als Nutzung empirisch gefundener Heilpflanzen oder als Anwendung wissenschaftlich erprobter und industriell gefertigter Arzneien.

4. In der Behandlungspraxis des Wilhelm Fabry, der aus Anlass seines Jubiläumsjahres besondere Beachtung geschenkt wurde, sind sowohl die chirurgische wie die pharmazeutische Tradition nachweisbar. In seinen Rezepturen spiegelt sich darüber hinaus ein Nachhall magischen Denkens.

5. Aus dem Blick in die Vergangenheit lassen sich gewisse Erkenntnisse für die Zukunft ableiten. Gegen ein Leiden wie die Obstipation, das auf eine solche therapeutische Tradition zurückschaut, werden mit großer Wahrscheinlichkeit Menschen auch zukünftig alle anwendbaren Mittel gebrauchen – nicht zuletzt, um die Kontrolle über eine natürliche Körperfunktion in einer immer unnatürlicheren Welt zu erhalten.

Literatur

1. Ackerknecht (1970): Erwin H. Ackerknecht, Therapie von den Primitiven bis zum 20. Jahrhundert, Stuttgart 1970.
2. Anagnostou (2008): Sabine Anagnostou, Vom antiken Purgans zum modernen Laxans, Pharmazie Unserer Zeit 37 (2008), S. 121-129.
3. Anonym (1930): Eingeweide, in: Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens. Hrsg. v. Hanns Bächtold-Stäubli unter Mitwirkung von Eduard Hoffmann-Krayer. Band 2, Berlin/Leipzig 1930, Reprint 1987, Sp. 702-707.
4. Anonym (1985): Anonym, Classic articles in colonic and rectal surgery: Sir William Arbuthnot Lane 1856-1943. The results of the operative treatment of chronic constipation. Diss., Colon Rectum 28 (1985), pp. 750-757.
5. Berendes (1902): Julius Berendes, Des Pedanios Dioskurides aus Anazarbos Arzneimittellehre in fünf Büchern, Wiesbaden 1902.
6. Boschung (1997): Urs Boschung, Vom schwierigen Gang zum Stuhl – Historisches zur Obstipation, Therapeutische Umschau 54 (1997), S. 168-170.
7. Bouchard (1906): Charles Bouchard, Lectures on auto-intoxication in disease or self-poisoning of the individual, Philadelphia 1906.
8. Burkitt/Trowell (1960): Dennis P. Burkitt, H. C. Trowell, Western diseases: their emergence and prevention, London 1960.
9. Celsus (1906): Aulus Cornelius Celsus, Über die Arzneiwissenschaft in acht Büchern, übers. v. Eduard Scheller, Braunschweig 1906, Reprint 1967.
10. Cocheton et al. (1987): Jean-Jacques Cocheton, Jean Guerre, Henri Pequignot, Histoire illustrée de l'hépto-gastro-entérologie de l'antiquité à nos jours, Paris 1987.
11. Doyle (2005): D. Doyle, Per rectum: a history of enemata, The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 35 (2005), S. 367-370.
12. Fabry (1652): Guilhelmus Fabricius Hildanus, Wund-Artzney, Frankfurt a. M. 1652.
13. Frexinos (1992): Jacques Frexinos, Les ventres serrés: Histoire naturelle et sociale de la constipation et des constipées, Paris 1992.
14. Germer (2002), Renate Germer, Heilpflanzen der Ägypter, Düsseldorf 2002.
15. Groß (2010): Dominik Groß, Wilhelm Fabry: Wundärzte – die Geschichte einer verdrängten Berufsgruppe, Deutsches Ärzteblatt 107 (2010), S. A279.
16. Hummel (1999): Christine Hummel, Das Kind und seine Krankheiten in der griechischen Medizin, Frankfurt a. M. 1999.
17. Jeppe (1994): Cara Jeppe, Constipation, purgatives or the knife? A 19th-century dilemma, South Africa Medical Journal 84 (1994), S. 855-857.
18. Jones (1959,1960): Ellis Johns, The Life and Works of Guilhelmus Fabricius Hildanus (1560-1634), Medical History 3 (1959), S. 112-134 und Medical History 4 (1960), S. 196-209.
19. Kapferer (1934-1939): Richard Kapferer, Die Werke des Hippokrates. 5 Bände, Stuttgart/Leipzig 1934-1939.

20. Lane (1909): William Arbuthnot Lane, The operative treatment of chronic constipation, London 1909.
21. Marx (2010): Franz Josef Marx, Blasensteinschnitt in der Frühen Neuzeit: Die operative Technik des Wilhelm Fabry von Hilden, in: Heiner Fangerau, Irmgard Müller, Friedrich Moll (Hrsg.), Ein steiniger Weg: Der Harnstein und die Repräsentation des Unsichtbaren in der Medizin, Ulm 2010, im Druck (= Ulmer Werkstatt zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 1).
22. Messini (1974): Mariano Messini, Terapia della stipsi, La clinica terapeutica 70 (1974), S. 74-107.
23. Müller-Lieser (2008): Stefan Müller-Lieser, Pathophysiologie und Diagnose der Obstipation, Pharmazie Unserer Zeit 37 (2008), S. 130-134.
24. Padrón/Aniá (1995): Fernando Padrón, B. Aniá, Historical background, in: Fernando Padrón, B. Aniá (Eds.), Constipation is a disease, Barcelona 1995 (= El estreñimiento es una enfermedad).
25. Paullini (1734): Christian Franz Paullini, Neu-Vermehrte, Heylsame Dreck-Apotheke, Franckfurt a. M. 1734, Reprint 1969.
26. Schmitz (1998-2005), Rudolf Schmitz, Geschichte der Pharmazie. 2 Bände, Eschborn 1998-2005.
27. Walker (1985): A. R. P. Walker, Diet and bowel diseases – past history and future prognosis, South Africa Medical Journal 68 (1985) S. 148-152.
28. Whorton (2000a): James Whorton, Inner hygiene: Constipation and the Pursuit of Health in Modern Society, New York 2000.
29. Whorton (2000b): James Whorton, Civilisation and the colon: Constipation as the „disease of diseases“, British Medical Journal 321 (2000), S. 1586-1589.
30. Zglinicki (1972): Friedrich von Zglinicki, Kallipygos und Äskulap: Das Klistier in der Geschichte der Medizin, Kunst und Literatur, Baden-Baden 1972.

Abbildungen

Abbildung 1: Verdauung und Verstopfung, Holzschnitt, in: Ibn Butlan/Mithar, Tacuini sanitatis, 1531; wiedergegeben in Frexinos 1992, p. 51.

Abbildung 2: Klistierapparatur nach Wilhelm Fabry, Holzschnitt, in: Guilhelmus Fabricius Hildanus, Wund-Artzney, 1652, S. 71.

Abbildung 3: Darmstenose durch 617 Kirschkerne, Lithographie, in: Jean Cruveilhier, Anatomie pathologique, Tome 2, 1^{er} Partie, „Maladies des intestins“, 1842, nach p. 2.

Heilkundige in der Handwerkszunft: Die Kölner Barbierszunft und ihr organisatorischer Wandel in Spätmittelalter und Früher Neuzeit¹

Shuhei Inoue

1. Einleitung

Wilhelm Fabry von Hilden, einer der bekanntesten Chirurgen der Frühen Neuzeit, dessen Wirkungskreis sich von der Schweiz bis zum Niederrhein erstreckte, hielt sich Ende des 16. Jahrhunderts in der Stadt Köln auf.² Um in Köln arbeiten zu können, schloss er mit der Kölner Barbierszunft einen Vertrag ab und bezahlte eine Gebühr. Im Rechnungsbuch der Zunft steht der Eintrag:

„Anno 99 den 25 Junij ist meister Wilhelmus van hilden mit den Amptzmeister vnd meister der Cammeren veracordiert vnd das halb ampt oder des gerechtigkeit gegulden für 12 gult gulden 12 Rader albus j firdel weins 2 Rader albus für den Bodden [...]“³

Dies war ein übliches Verfahren bei Handwerkern in der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Stadt, in der es eine Handwerkszunft für das betreffende Gewerbe gab. Erst mit der Bezahlung einer Eintrittsgebühr an die Zunft oder durch den Kauf einer Lizenz für das Handwerk durfte man sein Gewerbe offiziell in der Stadt betreiben. So hielt es auch der Hildener Chirurg.

Wer waren aber die im Eintrag genannten Amtsmeister und die Meister der Kammer? Und was bedeutete der Begriff „Halbamt“? Wie organisierten die Kölner Barbier ihre Zunft? In der Medizingeschichte gilt der Barbier als repräsentativ für den Chirurgen der vormodernen Zeit und wird meistens nur in der Gegenüberstellung zu den gelehrten Ärzten beschrieben.⁴ Nicht zu übersehen ist aber, dass sich die Barbier, wie in anderen Handwerksberufen auch, zu einer Zunft zusammenschlossen und stets bestrebt waren, ihr Gewerbe in der Stadt zu kontrollieren. Ihr Charakter als Handwerker ist noch ausführlicher zu untersuchen, damit ihr Berufsbild in seiner Gesamtheit dargestellt werden kann.⁵

¹ Die vorliegende Arbeit ist ein erstes Zwischenergebnis meines Dissertationsvorhabens. Diese Ergebnisse werden ausführlicher in der Dissertation dargestellt und diskutiert. Die Dissertation wird von Prof. Dr. Manfred Groten (Universität Bonn) betreut. Ich danke Herrn Jochen Hermel (Bonn) für die Hilfe beim Korrekturlesen.

² Zum Leben Wilhelm Fabrys vgl. Jones (1960); Pies (2010).

³ Historisches Archiv der Stadt Köln (HASTK), Zunft A355, Bl. 165r. Vgl. Jones (1960), S. 115; Jütte (1989), S. 41; Pies (2010), S. 19. Die Transkription von Pies muss fehlerhaft sein.

⁴ Vgl. Schmitz (1982), S. 22f.; Lindemann (1999), S. 216ff.; Kintzinger (2000), S. 64f.; Jankrift (2003), S. 66-76.

⁵ Zum Medizinalwesen und zur medikalen Kultur in der frühneuzeitlichen Stadt Köln gibt es bereits eine umfangreiche systematische Untersuchung von Robert Jütte, wobei Barbier als ein Teil der

Im Folgenden soll zunächst ein kurzer Überblick über das Zunftwesen in der politischen Verfassung der Stadt Köln im Spätmittelalter und in der Frühen Neuzeit gegeben werden. Ebenso ist auf die Barbierszunft näher einzugehen – und zwar anhand des Zunftstatuts, des Rechnungsbuchs und des Amtsbuchs, die sich alle in der Obhut des eingestürzten Historischen Archivs der Stadt Köln befanden.⁶

2. Die Kölner Barbierszunft unter der Gaffelverfassung in der Stadt Köln

In der Stadt Köln entstand im Jahr 1396 eine neue politische Verfassung, die so genannte Gaffelverfassung.⁷ In diesem politischen System wurden alle Bürger und Einwohner in insgesamt 22 politische Einheiten (Gaffeln) eingeteilt, die jeweils einen oder zwei Vertreter in den Stadtrat entsandten und dadurch ihr politisches Mitspracherecht ausübten. Unter der Gaffelverfassung verbanden sich die Handwerker zunächst je nach ihrer Betriebsart zu einer Zunft, und mehrere Zünfte bildeten dann jeweils zusammen eine Gaffel.

Im Rahmen dieser Verfassung waren die Handwerkszünfte als Bestandteile der politischen Einheit „Gaffel“ in jedem Fall von Bedeutung. Auch Barbieri verbanden sich zu einer eigenen Zunft und bildeten zusammen mit drei anderen Zünften eine Gaffel: den Harnischmachern, den Beutelmachern und den Schwertschmieden. In diesem Sinne unterschieden sie sich nicht von anderen Handwerkern.

Auch anhand ihrer Zunftstatuten lassen sich Gemeinsamkeiten mit anderen Handwerkern feststellen. Das älteste Statut der Kölner Barbierszunft ist aus dem Jahr 1397 überliefert. In diesem Jahr, also kurz nach der Entstehung der Gaffelverfassung, erkannte der neue Stadtrat die Statuten von insgesamt 33 Handwerkszünften an, zu denen auch die Barbierszunft zählte.⁸ Die Tatsache, dass Vorwort und Nachwort der Statuten bei jeder Zunft identisch sind, zeigt die prinzipielle Gleichstellung der Zünfte, auch wenn sie nicht die Wirklichkeit widerspiegelte.⁹

Die Artikel des Zunftstatutes behandeln auch nichts anderes als die anderer Handwerkszünfte: Sie schreiben Bedingungen der Mitgliedschaft fest, die Ausgestaltung der Lehrverträge, den Schutz der Rechte und der Interessen jedes Meisters und das Gehorsamsprinzip gegenüber den beiden Leitern der Zunft.¹⁰

„Heiler-Hierarchie“ thematisiert worden sind. Zu ihrem Profil als Handwerker bedarf es noch weiterer Untersuchungen.

⁶ Zum Einsturz des Historischen Archivs der Stadt Köln am 3. März 2009 vgl. zuletzt: Schmidt-Czaia/Soénius (2010).

⁷ Loesch (1907), Bd.1, Einleitung, S. 143ff.; Herborn (1977), S. 301-336; Groten (1988), Einleitung. Der Verbundbrief ist ediert, u. a. in: Stein (1893), Bd. 1, S. 187ff. sowie in Huiskes (1996), S. 4-24. Vgl. auch eine gegenwartssprachige Übersetzung von Rudolf K. Weigand in Moeglin/Müller (2000), S. 258-271.

⁸ Ennen (1897), S. 507, Anm. 1.

⁹ Die so genannte „Unehrllichkeit“ des Handwerks, d. h. Diskriminierung, Marginalisierung oder Ratsunfähigkeit der Barbieri, können hier in diesem Beitrag nicht erörtert werden. Dazu vgl. zunächst Irsigler/Lassotta (1989), S. 97-125; Jütte (1994).

¹⁰ Loesch (1907), Bd. 1, Nr. 3 (S. 8-10).

Die Handwerkszunft wurde in Köln mit dem Wort „Amt“ bezeichnet, das gleichzeitig auch das Handwerk selbst titulierte.¹¹ So hieß die Barbierszunft in Quellentext auch „Barbiers-“ oder „Bartscherersamt“ und dem entsprechend waren die beiden Leiter der Organisation die Amtsmeister. Mehreren Einträgen im Rechnungsbuch von 1442 bis 1628 und im Amtsbuch des 16. Jahrhunderts zufolge, wurden diese Amtsmeister jährlich von den Zunftmitgliedern neu gewählt.¹² Sie trugen verschiedene Aufgaben in der Verwaltung der Finanzen, befassten sich mit der Aufnahme von neuen Mitgliedern und Lehrlingen und entschieden über die Bestrafung von Verstößen gegen das Zunftstatut. Darüber hinaus vertraten sie das Amt nach außen, bis hin zu Petitionen für einen Interessenschutz beim Stadtrat.¹³

Falls einer der beiden Amtsmeister während seiner Amtszeit starb, wurde ein neuer gewählt, der bis zur nächsten Wahl amtierte. Dieser hatte in der Regel bereits Erfahrung als Amtsmeister. Dieser Fall trat auch ein, wie die folgenden beiden Beispiele zeigen: 1492 starb der damalige Amtsmeister Clais van Botzbach, weshalb der Kassenbericht dieses Jahres von Hans van Kern verantwortet wurde, der im vorangehenden Jahr Amtsmeister gewesen war.¹⁴ Auch der 1546 gewählte Meister Gerlych van Raed verstarb im selben Jahr. An seine Stelle trat Claß van Offenborch, der drei Jahre zuvor zusammen mit dem Verstorbenen als Amtsmeister gedient hatte.¹⁵

Grundsätzlich stand die Amtsmeisterschaft allen Mitgliedern offen. Es scheint jedoch fraglich, ob wirklich jeder in diese Position gewählt werden konnte. Im 15. und 16. Jahrhundert macht die Zahl derjenigen, die nur einmal als Amtsmeister auftauchten, circa 40 Prozent der gesamten Amtsmeister aus. Die Mehrheit der Amtsmeister wurde also wiedergewählt. Die Wiederwahl eines Meisters wurde im 16. Jahrhundert häufiger und eine zweite oder dritte Wiederwahl war für die Mehrheit der Amtsmeister üblich (Tabelle 1).

¹¹ Vgl. Wissel (1971), S. 100ff.

¹² Im Rechnungsbuch (A355) sind Einträge über das Verwaltungswesen von 1442 bis 1628 überliefert, allerdings nicht vollständig. Es enthält große Lücken zwischen 1507 und 1529.

¹³ Vgl. Loesch (1907), Bd. 2, Nr. 216 (S. 38); Nr. 218, 219 (S. 39).

¹⁴ HASTK, Zunft A355, Bl. 53r.

¹⁵ Ebd., Zunft A355, Bl. 100r.

| Wahl | 1423-1506 | | 1530-1628 | |
|------|-----------|---------|-----------|---------|
| | Zahl | Prozent | Zahl | Prozent |
| 1 | 25 | 44,64 % | 31 | 41,89 % |
| 2 | 20 | 35,71 % | 13 | 17,57 % |
| 3 | 7 | 12,50 % | 15 | 20,27 % |
| 4 | 1 | 1,79 % | 8 | 10,81 % |
| 5 | 1 | 1,79 % | 3 | 4,05 % |
| 6 | 0 | 0,00 % | 2 | 2,70 % |
| 7 | 2 | 3,57 % | 1 | 1,35 % |
| 8 | 0 | 0,00 % | 0 | 0,00 % |
| 9 | 0 | 0,00 % | 1 | 1,35 % |
| | 56 | | 74 | |

Tabelle 1: Die Frequenz der Wiederwahl von Amtsmeistern¹⁶

Diese häufig wiedergewählten Meister bildeten im 16. Jahrhundert allmählich eine Führungsgruppe, die als die „Meister der Kammer“ bezeichnet wird. Seit den 1540er Jahren traten sie regelmäßig auf und hielten zusammen mit den beiden amtierenden Amtsmeistern Zunftsitzungen ab. Das erste Auftreten der „Meister der Kammer“ lässt sich für den 8. Januar 1544 anlässlich der Aufnahme eines neuen Meisters feststellen.¹⁷ Bis zu dieser Zeit wurden im Rechnungsbuch nur die Namen der Amtsmeister eingetragen, wie zum Beispiel bei der Aufnahme eines Lehrlings am 6. November 1543.¹⁸ Die Teilnahme der „Meister der Kammer“ an Zunftsitzungen wurde dann zu einer ungeschriebenen Regel. Seit den 1570er Jahren wurden anstelle der Namen der Beisitzenden bisweilen die Namen der abwesenden Personen notiert.¹⁹

Der Kreis der „Meister der Kammer“ bestand aus vier bis sieben Personen, die bis zu diesem Zeitpunkt zumindest einmal als Amtsmeister fungiert hatten oder mehrfach zum Amtsmeister gewählt worden waren. Bisweilen werden sie nämlich auch als „alden meisteren“ bezeichnet.²⁰ Die „Meister der Kammer“ im Jahr 1570/71 waren beispielsweise jene sieben Personen, die alle im vergangenen Jahrzehnt mindestens einmal zum Amtsmeister gewählt worden waren. Drei von ihnen hatten sogar zweimal in den vergangenen zehn Jahren das Amt übernommen.²¹ Wenn man die Tatsache berücksichtigt, dass die Zahl der mehrmals Wiedergewählten sukzessive zunahm, ist eine Neigung zur Monopolisierung der Zunftleitung durch den Kreis der einflussreichen Personen festzustellen.

¹⁶ Ebd., Zunft A355.

¹⁷ Ebd., Zunft A355, Bl. 98v.

¹⁸ Ebd., Zunft A355, Bl. 98r.

¹⁹ Ebd., Zunft A355, Bl. 125v.

²⁰ Vgl. Loesch (1907), Nr. 230 (S. 45).

²¹ HASTK, Zunft A355, Bl. 126v.

3. Fremdwahrnehmung und Klassifikation der Zunftmitglieder

Parallel zu dieser Tendenz zum Leitungsmonopol fallen seit dem 16. Jahrhundert auch Erwähnungen von Fremden deutlicher ins Auge. Wer in Köln sein Gewerbe betreiben wollte, musste einer Gaffel seiner Wahl beitreten. Handwerker, für deren Handwerk eine Zunft existierte, wurden gezwungen, sich dieser anzuschließen. Deshalb mussten Mediziner, die in die Stadt kamen und dort ihr Geschäft betreiben wollten, Mitglieder der Barbierszunft werden und Gebühr an sie zahlen, auch wenn ihr Aufenthalt nur von kurzer Dauer war.

Wenn jemand ohne Bewilligung der Zunft als Mediziner praktizierte und es für die Barbierszunft eine Verletzung ihrer Interessen zu sein schien, konnte es schnell zum Konflikt kommen. So klagte die Barbierszunft 1514 beim Stadtrat, als zwei Mediziner aus Basel nach Köln kamen. Beide Basler bewarben ihre Fähigkeit zur Pockenheilung und hatten Einkünfte außerhalb der Zunft. Die Barbierszunft verlangte von ihnen eine Abgabe, um die Beeinträchtigung ihrer Interessen auszugleichen. Als die beiden Mediziner diese Forderung ablehnten, kam es schließlich zum Schiedsspruch des Stadtrates: Der Rat befahl den Fremden, entweder der Barbierszunft die Gebühr zu zahlen oder innerhalb von 14 Tagen die Stadt zu verlassen.²²

Bemerkenswerterweise werden solche fremden Meister erst seit dem 16. Jahrhundert deutlich als „vsswendyg“ im Rechnungsbuch bezeichnet.²³ Dies bedeutet jedoch nicht, dass im 15. Jahrhundert keine Fremden nach Köln gekommen waren. Man sollte vielmehr sagen, dass die Unterscheidung zwischen Ansässigen und Auswärtigen im 16. Jahrhundert klarer ins Bewusstsein trat. Wenn man der Tatsache Rechnung trägt, dass auch neue Lehrlinge seit 1530 bei der Aufnahme in die Zunft ihre eheliche Geburt entweder mit einem Geburtsbrief oder durch Bürgen nachweisen mussten,²⁴ ist hier eine Tendenz der Barbierszunft zur Vorsicht gegenüber den von außerhalb der Stadt kommenden Mediziner zu erkennen.

In Zusammenhang mit der zunehmenden Erwähnung von Fremden ist seit den 1570er Jahren auch eine klare Klassifikation der Mitglieder bekannt, nämlich die grundsätzliche Unterscheidung des Halbamts vom Vollamt. Bei der Aufnahme von einigen, meistens als auswärtig bezeichneten Meistern, wurde aufgezeichnet, „das er des halff amptz sal gebrauchen“ oder „er sal nit Mehr als das halb Ampt gebruchen“.²⁵

Robert Jüttes zufolge bedeutete das Halbamt Beschränkungen für die Ausübung als Meister, das heißt, Inhaber des Halbamtes durften „nicht in eigener Verantwortung Wundverbände anlegen und auch keine Lehrlinge ausbilden“.²⁶ Da aus der bisherigen Quellenanalyse noch keine klare Aussage über die Definition der beiden Ämter zu gewinnen ist, sind weitere Untersuchungen nötig, was genau unter dem Halbamt zu

²² Ebd., Zunft A356, Bl. 2v.

²³ Die erste Bezeichnung des auswärtigen Meisters im Rechnungsbuch lässt sich für das Jahr 1534 feststellen. HASTK, Zunft A355, Bl. 85v.

²⁴ Ebd., Zunft A356, Bl. 17v-18r.

²⁵ Ebd., Zunft A355, Bl. 149v; Bl. 150v.

²⁶ Jütte (1989), S. 42.

verstehen war. Es bedeutete zwar auf jeden Fall eine beschränkte Lizenz für die Berufspraxis als Mediziner, aber um welche Art der Beschränkung es dabei ging, scheint vom Kontext abzuhängen. Bei dem anfänglich zitierten Beispiel Wilhelm Fabrys handelte es sich anscheinend um eine zeitliche Beschränkung. Denn er schien während seines Aufenthaltes in der Stadt Köln sein Gewerbe als Chirurg wie im Normalfall zu betreiben, verließ aber die Stadt schon ein Jahr später und reiste in die Schweiz ab.

4. Schlussfolgerung

Im Laufe des 16. Jahrhunderts gelang den Barbieren eine zunehmende organisatorische Festigung der Handwerkszunft. Während dieses Etablierungsprozesses konnte auch der auswärtige Mediziner noch in der Stadt sein Gewerbe betreiben, sofern er die Auflage erfüllte, dafür Gebühren zu zahlen. Allerdings wurde seine Lizenz beschränkt. In diesem Sinne bedeutete die Unterscheidung zwischen Fremden und Ansässigen sowie zwischen halben und vollen Lizenzen nicht etwa den Ausschluss von Fremden. Sie stellte eher eine Absicht der Barbierszunft dar, Heilkundige in der Stadt in ihre handwerkswürdige Hierarchie zu integrieren.

Wie die organisatorische Struktur und ihr Wandel zeigen, verstanden sich die Kölner Barbieri als Handwerker. Ihr Verhalten gegenüber gelehrten Ärzten und nicht zur Zunft gehörenden Heilkundigen sowie ihre Stellung auf dem medizinischen Markt der vormodernen Gesellschaft müssen auch im Kontext ihres spezifischen Selbstverständnisses gesehen werden. Die Analyse dieses Gesichtspunkts kann sowohl aus Sicht des Faches Medizingeschichte als auch aus der Perspektive der Handwerksgeschichte einen wertvollen Beitrag leisten.

Quellen

Historisches Archiv der Stadt Köln (HASTK)
Zunft A355
Zunft A356

Literatur

1. Ennen (1879): Leonard Ennen (Hrsg.), Quellen zur Geschichte der Stadt Köln. Band 6, Köln 1879.
2. Groten (1988): Manfred Groten (Bearb.), Beschlüsse des Rates der Stadt Köln 1320-1550. Band 2, Düsseldorf 1989.
3. Herborn (1977): Wolfgang Herborn, Die politische Führungsschicht der Stadt Köln im Spätmittelalter, Bonn 1977 (= Rheinisches Archiv, 100).
4. Huiskes (1996): Manfred Huiskes, Kölns Verfassung für 400 Jahre: Der Verbundbrief vom 14. September 1396, in: Joachim Deeters, Johannes Helmuth (Hrsg.),

- Quellen zur Geschichte der Stadt Köln. Band 2. Spätes Mittelalter und frühe Neuzeit (1396-1794), Köln 1996, S. 1-28.
5. Irsigler/Lassotta (1989): Franz Irsigler, Arnold Lassotta, Bettler und Gaukler, Dirnen und Henker: Außenseiter in einer mittelalterlichen Stadt. Köln 1300-1600, München 1989 (erstmalig in Köln 1984).
 6. Jones (1960): Ellis Jones, The Life and Works of Guilhelms Fabricius Hildanus (1560-1634), Part I, Medical History 4 (1960), S. 112-134.
 7. Jankrift (2003): Kay Peter Jankrift, Krankheit und Heilkunde im Mittelalter, Darmstadt 2003 (= Geschichte kompakt).
 8. Jütte (1989): Robert Jütte, Patient und Heiler in der vorindustriellen Gesellschaft: Krankheits- und Gesundheitsverhalten im frühneuzeitlichen Köln, Habilitationsschrift, Universität Bielefeld 1989 (Maschinenschrift).
 9. Jütte (1994): Robert Jütte, Bader, Barbieri und Hebammen: Heilkundige als Randgruppen?, in: Bernd-Ulrich Hergemöller (Hrsg.), Randgruppen der spätmittelalterlichen Gesellschaft, Warendorf 1994, S. 89-120.
 10. Kintzinger (2000): Martin Kintzinger, Status medicorum: Mediziner in der städtischen Gesellschaft des 14. bis 16. Jahrhunderts, in: Peter Johanek (Hrsg.), Städtisches Gesundheits- und Fürsorgewesen vor 1800, Köln/Wien/Weimar 2000 (= Städteforschung, A50), S. 63-91.
 11. Lindemann (1999): Mary Lindemann, Medicine and Society in Early Modern Europe, Cambridge/New York 1999.
 12. Loesch (1907): Heinrich von Loesch (Bearb.), Die Kölner Zunfturkunden nebst anderen Kölner Gewerbeurkunden bis zum Jahre 1500. 2 Bände, Bonn 1907.
 13. Moeglin/Müller (2000): Jean-Marie Moeglin, Rainer A. Müller (Hrsg.), Deutsche Geschichte in Quellen und Darstellung. Band 2. Spätmittelalter 1250-1495, Stuttgart 2000.
 14. Pies (2010): Eike Pies, Wilhelm Fabry (1560-1634): Eine rheinisch-bergischer Chirurg von europäischer Bedeutung, Sprockhövel 2010.
 15. Schmidt-Czaia/Soénius (2010): Bettina Schmidt-Czaia, Ulrich Soénius (Hrsg.), Gedächtnisort: Das Historische Archiv der Stadt Köln, Köln 2010.
 16. Schmitz (1982): Rudolf Schmitz, Stadtarzt – Stadtapotheker im Mittelalter, in: Bernhard Kirchgässner, Jürgen Sydow (Hrsg.), Stadt und Gesundheitspflege, Sigmaringen 1982, S. 9-25.
 17. Stein (1893): Walter Stein (Bearb.), Akten zur Geschichte der Verfassung und Verwaltung der Stadt Köln in 14. und 15. Jahrhundert. 2 Bände, Bonn 1893, ND Düsseldorf 1993.
 18. Wissel (1971): Rudolf Wissel, Des alten Handwerks Recht und Gewohnheit, hrsg. v. Ernst Schräpler, Band 1, Berlin 1971 (erstmalig 1929).

**Tradierete Anwendungsgebiete
der Arzneipflanzen Weißdorn und Herzgespann.
Eine pharmaziehistorische Analyse unter besonderer Berücksichtigung
der Frühen Neuzeit**

Peter Schantz und Dominik Groß

Das Zusammenwachsen Europas mit dem Streben nach einer einheitlichen Gesetzgebung innerhalb der Europäischen Gemeinschaft macht eine Neuorientierung des Umgangs mit traditionellen Arzneipflanzen notwendig, denn die rechtliche Einstufung pflanzlicher Arzneimittel war in den einzelnen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sehr unterschiedlich geregelt. Erst eine europaweit einheitliche Gesetzgebung führte zur Harmonisierung der unterschiedlichen nationalen Zulassungs- und Registrierungsbedingungen für traditionelle Arzneipflanzen.¹

Traditionelle pflanzliche Arzneimittel haben in unserer Zeit eine ungebrochene Marktbedeutung und speziell in Deutschland eine lange Tradition. Sie sind in der Hand des verordnenden Arztes genauso wichtig wie für die Selbstmedikation. Der zwingend erforderliche Nachweis der traditionellen medizinischen Verwendung einer Arzneipflanze in Europa als Voraussetzung für deren Registrierung in Deutschland gemäß § 39a Arzneimittelgesetz zeigt aktuell die immense Bedeutung medizinhistorischer Forschungen auf dem Gebiet traditioneller Phytopharmaka. Doch selbst mit den heute verfügbaren Methoden der Wissenschaft ist ein zur Registrierung dieser Arzneimittelgruppe erforderlicher positiver Wirksamkeitsnachweis aufgrund historischer Quellen nur schwer zu erbringen. Auf der einen Seite ist also die Forschung nach tradierten Anwendungsgebieten in historischen Quellen ein Muss, um einen Marktzugang für ein traditionelles pflanzliches Arzneimittel zu erhalten. Auf der anderen Seite bietet die eingehende medizinhistorische Beschäftigung mit einer Arzneipflanze, als ein Teil der dokumentierten Erfahrung, durchaus die Chance einer „Wiederentdeckung“ vergessener Anwendungsgebiete und damit die Möglichkeit einer Erweiterung der Indikationsstellung einer Arzneipflanze.

Gerade die beiden herzwirksamen Arzneipflanzen Weißdorn und Herzgespann haben eine lange medizinische Tradition in Europa und sind sowohl als Einzeltherapeutika, als auch in Kombination miteinander, aufgrund ihrer wechselvollen Geschichte ein mustergültiges Beispiel für die traditionelle Phytotherapie. Es ist das Ziel des vorliegenden Beitrages, am Beispiel dieser beiden Arzneipflanzen deren traditionelle medizinische Verwendung in Europa seit dem Mittelalter medizinhistorisch nachzuzeichnen, um so den für einen Marktzugang notwendigen Traditionsnachweis traditioneller pflanzlicher Arzneimittel kritisch zu prüfen. Dazu müssen die relevanten mittelalter-

¹ Die folgenden Ausführungen basieren auf den Ergebnissen einer Dissertation von Peter Schantz, die im Rahmen eines von Bad Heilbrunner Naturheilmittel GmbH & Co. KG finanzierten Forschungsprojektes am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen durchgeführt und von Dominik Groß wissenschaftlich betreut wurde. Vgl. auch Schantz (2009).

lichen und neuzeitlichen Quellenwerke gesucht, gesammelt und gesichtet werden (Kapitel 1). Voraussetzung für eine medizinische Indikationsaussage ist eine eindeutige Identifizierung der beiden Arzneipflanzen (Kapitel 2). Hieran knüpfen folgende Fragestellungen an: Welche medizinische Verwendung hatten diese Arzneipflanzen, und basieren die damaligen Indikationen auf Erfahrungswissen oder stammen sie aus Aberglauben (Kapitel 3)? In Kapitel 4 sollen die beschriebenen Anwendungsgebiete, Zubereitungen und Dosierungen kritisch diskutiert und beurteilt werden, ob sich aus den Ergebnissen Erinnerungen an vergessene Indikationsgebiete herleiten lassen. Die Ergebnisse werden mit dem heutigen Erkenntnisstand verglichen, um zu zeigen, ob sie das heutige medizinische Indikationsbild stützen. Es folgen einige abschließende Bemerkungen (Kapitel 5).

1. Quellen und Methoden

Bei der Beschäftigung mit historischen Fachtexten gelten bestimmte Regeln, von denen die Präzision einer medizinhistorischen Studie in entscheidender Weise abhängt. An erster Stelle steht die sprachliche Untersuchung des Textes unter Bezeichnung seiner genauen Herkunft. Untersucht worden sind sowohl lateinische Texte aus der Spätantike und dem Mittelalter als auch mittelhochdeutsche und frühneuhochdeutsche Quellen. Historische Quellen dürfen jedoch niemals isoliert betrachtet werden, sondern sind immer vor ihrem zeitlichen Hintergrund zu sehen. Während der Wissenschaftsbegriff unserer Zeit mehr mechanistisch im Sinne des Descartschen „cogito ergo sum“ geprägt ist,² galten in der Spätantike und dem Mittelalter ganz andere Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Tätigkeit. Zum einen waren Naturwissenschaft und Medizin sehr stark an Kirche und Theologie gebunden,³ zum anderen bestand die Wissensvermittlung darin, Autoritäten zu zitieren und deren Texte als Publikationen erscheinen zu lassen. Diese Form der Wissensweitergabe erscheint dem modernen Betrachter zunächst fremd, ist aber grundlegend für das Verständnis mittelalterlich-neuzeitlicher Heilkunde.

Das Suchen, Sammeln und Sichten der für diese Arbeit relevanten mittelalterlichen und neuzeitlichen Quellen erfolgte überwiegend in Bibliothekskatalogen und hier besonders in der Bayerischen Staatsbibliothek in München. Über das zentrale Portal des digitalen Bibliothekskatalogs der Bayerischen Staatsbibliothek „Online Public Access Catalogue“ (OPAC) ist neben dem lokalen Suchdienst auch eine Suche in den Katalogen des Bibliotheksverbundes Bayern möglich, einem überregionalen Bibliotheksverbund mit über 100 Bibliotheken unterschiedlicher Größenordnung und Fachorientierung.

Als weitere Quellen dienen mittelalterliche Vokabulare, die vorrangig am Lateinischen orientierte Wörterbücher darstellen. Ausschließlich deutschsprachige Wörterbücher finden sich erst im Laufe des 16. Jahrhunderts. Mittelalterliche Vokabulare dienen

² Richter (1998), S. 12.

³ Der Abnabelungsprozess der Heilkunde von der Theologie im Frühmittelalter wird vor allem anhand des „Lorscher Arzneibuches“ deutlich: vgl. Stoll (1989); Keil (1991), Kap. 3.2.2.

gleichermaßen dem Sprach- und Wissenserwerb. Auf engstem Raum bieten sie eine Vielzahl von Informationen und stellen so eine reichhaltige Quelle für die Erforschung der mittelalterlichen Pflanzennamen dar.⁴

Da immer mehr Bibliotheken ihren schätzenswerten Bestand digitalisieren und im Internet bereitstellen, bot sich in Teilen die Möglichkeit der Nutzung mediävistischer Quellentexte aus dem Netz. Sehr hilfreich in diesem Zusammenhang waren verschiedene Online-Portale, zu der die „Manuscripta Mediaevalia“⁵ und verschiedene Handschriften-Datenbanken zählen, die spanische Datenbank „Biblioteca Digital Dioscórides“⁶ der „Biblioteca della universidad complutense de Madrid“, die vorwiegend Werke lateinischer, französischer und spanischer Provenienz führt, sowie aus Frankreich die digitale Büchersammlung „Gallica – bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France“⁷, der Dokumentenservice (SICD) der Universität Straßburg⁸ und die historische Sammlung der „Bibliothèque interuniversitaire de Médecine“⁹ in Paris, deren Schwerpunkt bei den medizinischen Autoren der Antike liegt.

2. Die Problematik der eindeutigen Identifizierung

2.1 Synonymenvielfalt

Eine der Hauptschwierigkeiten dieser Arbeit – wie auch anderer Forschungen auf dem Gebiet traditioneller Phytopharmaka – bestand in der eindeutigen Identifizierung der beiden Arzneipflanzen Weißdorn und Herzgespann in den mittelalterlichen Quellen. Obwohl die verschiedenen Übersichten und Nomenklaturen als Hilfsmittel zur Ermittlung der Synonyme dienten, ergaben sich erhebliche Schwierigkeiten, da die Arbeiten überwiegend nur singular überlieferte Texte zum Gegenstand hatten und man sich vor allem auf althochdeutsche beziehungsweise frühmittelhochdeutsche Textzeugen beschränkte. Spätmittelalterliche Texte, die eigentlich die Grundlage für diese Arbeit darstellten, blieben weitgehend unberücksichtigt. Einerseits wurde derselbe beziehungsweise der gleiche Name für verschiedene Pflanzen verwendet, andererseits existieren die unterschiedlichsten Bezeichnungen und Teil-Synonyme für ein und dieselbe Arzneipflanze. Die Pflanzennamen – und auch manchmal die Synonyme – stammen nicht ausschließlich aus dem Griechischen oder Lateinischen, sondern kommen aufgrund der Überlieferungsgeschichte auch aus Afrika, Gallien, Persien, Armenien oder Ägypten. Diese nomenklatorische Vielfalt führte zu einem „Synonymen-Wirrwarr“, das zum Teil bis heute anhält.

Beispielsweise ist der Weißdorn in den pharmazeutisch-botanischen Werken des Mittelalters und in den Pflanzenverzeichnissen, den Glossaren, oft schon unter den Namen Weiß- oder Hagedorn zu finden: Als „Spina alba“, „Acantis luce“, „Hagdorn“

⁴ Schnell (1992), S. 82f.

⁵ Die „Manuscripta Mediaevalia“ ist eine digitale Forschungsbibliothek mittelalterlicher Handschriften und Handschriftenfragmente.

⁶ http://cisne.sim.ucm.es/search*spi~S4 (gesehen: 01.03.2009).

⁷ <http://gallica.bnf.fr/> (gesehen: 01.03.2009).

⁸ <http://num-scd-ulp.u-strasbg.fr:8080/> (gesehen: 01.03.2009).

⁹ www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica.htm (gesehen: 01.03.2009).

oder „Hagen“. Freilich galten diese Namen nicht allein dem Weißdorn. So bezeichnete man mit „Bedegar“, „Spina alba“ und „Acantis leuce“ auch die Mariendistel (*Silybum marianum* L.) oder das Benediktenkraut (*Cnicus benedictus* L.) Auch mit der Heckenrose (*Rosa canina* L.) und der Berberitze (*Berberis vulgaris* L.) wurde er häufig verwechselt. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts ersetzte „Weißdorn“ die frühere Bezeichnung „Hagedorn“.

2.2 Die Bedeutung von Pflanzenillustrationen

Neben dem gedruckten oder geschriebenen Wort ist aus pharmaziehistorischer Sicht auch die Abbildung in einer Quelle von zentraler Bedeutung. Gerade etwaige Veränderungen der Pflanzenabbildungen im Spiegel der Jahrhunderte machen deutlich, wie stark auch externe Faktoren die Betrachtungsweise des Illustrators beeinflussen. Die Geschichte der Pflanzenikonographie schwankt hierbei zwischen den beiden Polen „Schematisierung“ und „Naturnähe“.

Die Entwicklung der Pflanzendarstellung in mittelalterlichen Kräuterbuchhandschriften verläuft, in großen Zügen betrachtet, von naturnahen Abbildungen in der Spätantike zu immer formelhafteren Gestaltungen, bis gegen Ende des Mittelalters ein erneuertes Naturstudium zu beobachten ist.¹⁰ Im Mittelalter veränderte sich das realistische Pflanzenbild der Spätantike. Dem damaligen Stilempfinden entsprechend wurde jede Pflanze vollständig und möglichst übersichtlich, das heißt symmetrisch und ohne Überschneidungen, dargestellt. Jegliche räumliche Tiefe des Pflanzenbildes ging verloren, die Pflanzendarstellung wurde streng zweidimensional. Auf diese Weise entstand ein Pflanzenbild, das sich vom natürlichen Vorbild weit entfernte. Fortgesetztes Kopieren überkommener Vorlagen verstärkte die Veränderungen des ursprünglichen, naturnahen Pflanzenbildes und ließ stark vereinfachte, reduzierte und schematisierte Pflanzendarstellungen entstehen.

Der entscheidende Durchbruch auf dem Feld der Pflanzenabbildung vollzog sich im 16. Jahrhundert mit dem Erscheinen der bebilderten Kräuterbücher. Bahnbrechend wirkten vor allem die Kräuterbücher von Otto Brunfels und Leonhart Fuchs, deren Qualität der Abbildungen aus medizinhistorischer Sicht den Beginn einer neuen Epoche markieren.

3. Traditionelle medizinische Indikationsgebiete von Weißdorn und Herzgespann

3.1 Medizinische Anwendung von Weißdorn

Während es unklar ist, ob der bei Theophrastos von Eresos im 3. vorchristlichen Jahrhundert den immergrünen Gewächsen zugeordnete Strauch *Οξύχανθος* mit Weißdorn gleichzusetzen ist, findet sich der erste gesicherte Hinweis auf die Verwendung von Weißdorn als Arzneipflanze um die Zeitenwende bei Dioskurides, der in seiner berühmten „Materia Medica“ um 77 nach Christus die perorale Anwendung von Weißdornfrüchten – höchstwahrscheinlich aufgrund des relativ hohen Gehalts an Gerb-

¹⁰ Vgl. Baumann (1974).

stoffen – als Antidiarrhoikum und gegen Fluor albus¹¹ sowie Umschläge aus der feingemahlener Wurzel zur Extraktion von Splitter und Dornen aus dem Gewebe empfiehlt.¹² Durch mehr oder weniger direkte lateinische Überlieferung dioskuridischer und pseudo-dioskuridischer Schriften wurden diese Anwendungsgebiete in den folgenden Jahrhunderten immer wieder genannt – von Autoren, die die „Materia medica“ für ihre eigenen medizinischen Werke benutzten, sofern sie eine pharmakotherapeutische Zielsetzung beinhalteten.

Plinius¹³ beschrieb in seinem 24. Buch eine „Spina alba“ genannte Pflanze, deren Früchte oder Samen er zur Behandlung von Skorpion- und Spinnenstichen empfahl. Im 22. Buch¹⁴ seiner Naturgeschichte empfiehlt Plinius den Saft des Weißdornsamens (*leukákantha*) gegen Zahnschmerzen, Seitenstechen und Lendenschmerzen. Die Pflanze soll ferner Brüche und Verstauchungen heilen. Bei dieser Pflanze handelt es sich nach der Beschreibung des Habitus sehr wahrscheinlich um *Crataegus azarolus* L., die italienische Mispel. Um das Jahr 1300 empfahl Petrus de Crescentiis (1230 oder 1233-1320/21) die Blüten des *Crataegus* gegen Gicht und Magenbeschwerden.¹⁵



Abbildung 1: Buch der Natur

¹¹ Berendes (1902), S. 54.

¹² Dioscorides/Ruellius (1546), 1. Buch, Kap. 122.

¹³ Schneider (1972), S. 53.

¹⁴ Vgl. Plinius Secundus/König (1993).

¹⁵ Vgl. Crescentiis (1486).

Aufgrund des Gerbstoffgehaltes nachvollziehbar ist die von Konrad von Megenberg in seinem 1478 veröffentlichten „Buch der Natur“ beschriebene Anwendung des Saftes bei Zahnbeschwerden und einer Zubereitung aus der Wurzel zur lokalen, temporären Behandlung schmerzhafter entzündlicher Zustände der Mund- und Rachenschleimhaut (zum Beispiel Aphthen), bei Magenerkrankungen und bei Fieber.

Da Hildegard von Bingen in ihrer, im 12. Jahrhundert verfassten, „Physica“ erklärt, dass weder der Saft noch die Frucht des Weißdorns zu Heilmitteln und zu anderem Gebrauch des Menschen dienen, spricht zwar einiges dafür, dass der Weißdorn vor dem 11. Jahrhundert keine besondere Rolle in der Heilkunde gespielt hat. Allerdings erscheinen die Synonyme für Weißdorn – „Bedegar“ und „Spina alba“ – in der im 12. Jahrhundert entstandenen Drogenliste „Tabulae magistri salerni“.¹⁶

Der Weißdorn fand dann erst wieder ungefähr 300 Jahre später stärkere Beachtung: 1485 wurde in Mainz mit dem „Gart der Gesundheit“ das erste gedruckte Kräuterbuch in deutscher Sprache herausgegeben, in dem in Kapitel 74 der Weißdorn, hier noch „Hagedorn“ genannt, abgebildet und beschrieben wird. In der Ausgabe von 1487¹⁷ werden die Früchte des „Hagedorns“ innerlich zur Lösung von Verstopfungen der Milz und der Leber und als Stomachikum bei Übelkeit und Erbrechen, sowie ein Getränk aus den Früchten als Antikonvulsivum empfohlen. Ein Getränk von der Wurzel bereitet, wirke als Diuretikum und gegen blutigen Auswurf.

Bereits 54 Jahre nach dem „Gart“ widmete Hieronymus Bock 1539 dem „Hagdorn“ ein Kapitel.¹⁸ Zur innerlichen Anwendung werden die Blüten des Weißdorn drei Tage lang in Wein mazeriert und anschließend destilliert. Der so erhaltene Branntwein helfe gegen Leibscherzen.¹⁹ Die gleiche Indikation hätten die getrockneten Früchte, die anschließend in Wein eingelegt und mit ihm verkocht werden. Das direkt aus den Blüten gewonnene und mehrmals täglich getrunkene Destillat stille den Bauchfluss.²⁰ Eine Abkochung der getrockneten Früchte in Wein empfiehlt er gegen Dysenterie.

Im „New Kreüterbuch“ des Leonhart Fuchs von 1543 wird der Weißdorn nicht beschrieben. Im Inhaltsverzeichnis der lateinischen Pflanzenbezeichnungen wird zwar unter Kapitel 206 „Oxyakantha“ aufgeführt, Fuchs benutzt diese Bezeichnung allerdings als Synonym für die Berberitze (*Berberis vulgaris* L.). Diese Verwechslung der Berberitze²¹ mit dem Weißdorn tritt auch bei Adam Lonitzer²² 1551 und noch 1663 bei Johann Joachim Berger auf.²³ Während in der lateinischen Erstausgabe seines „Kreuterbuchs“ mit „Oxycantha“ und den Synonymen „Spina acuta“, „Sawrach“ und „Saurdorn“ höchstwahrscheinlich noch eine Berberisart beschrieben wird, behandelt die 1678 erschienene vierte Auflage ausdrücklich den „Hagdorn“. Sowohl die Empfeh-

¹⁶ Vgl. Tschirch (1925), S. 1365.

¹⁷ Vgl. Cuba (1485).

¹⁸ Bock (1551), S. 371.

¹⁹ Wahrscheinlich ist mit der Indikationsaussage „Leibscherzen“ eine bakterielle Enteritis (Dysenterie) gemeint.

²⁰ Unklar ist, welche Art von Bauchfluss hier gemeint ist. Aufgrund der adstringierenden Eigenschaft der Früchte liegt eine Anwendung bei Durchfall oder Fluor albus nahe.

²¹ Auch Spina acuta, Sawrach oder Saurdorn genannt.

²² Becher et al. (1663), S. 67.

²³ Lonitzer (1551), S. 46.

lungen für die innerliche als auch für die äußerliche Anwendung sind mit der bei Hieronymus Bock identisch.



Abbildung 2: *Oxyacantha Berberis*

Auch der italienische Arzt Pietro Andrea Mattioli (* 1501, † 1577) beschrieb den Weißdorn in enger Anlehnung an Dioskurides.²⁴ Neu ist bei ihm die erstmalige Anwendung des Destillats gegen Lendensteine, womit die Empfehlung des Plinius gegen Seitenstechen und Lendenschmerzen wiederholt wird.

Erst Tabernaemontanus unterscheidet 1588 in seinem „Neuw Kreuterbuch“ explizit die beiden Pflanzen Weißdorn und Berberitze. Auch er beruft sich auf Mattioli und Dioskurides und berichtet von einer „subtilen“ und „durchdringenden Natur“ der Früchte, die aufgrund ihrer adstringierenden Kraft alle Arten von Ausflüssen stoppen können. Als Adjuvans diene das aus den Blüten hergestellte Destillat.

Die 1598 erschienene Schrift „The Herball or Generall Historie of Plantes“ des Arztes und Botanikers John Gerard ist mehr als ein weiterer Nachweis einer traditionellen medizinischen Verwendung des Weißdorns zu verstehen und weniger als selbstständige medizinische Erkenntnis des Autors, da er die als Illustrationen dienenden Holzschnitte von Tabernaemontanus und die Indiaktionen von Dioskurides übernommen hat.

Das 1698 veröffentlichte Kräuterbuch „Den Neder-Landschen Herbarius Ofte Kruid-Boeck“ von Stephan Blankaard und das „De Nederlandtse Herbarius of Kruydt-boeck“ von Petrus Nylandt aus dem Jahr 1682 liefern keine neuen Indiaktionen. Lediglich die Dosierungsangaben sind etwas präziser: Ein viertel Lot²⁵ getrocknete Weißdornfrüchte, in Rotwein gesotten, wären einzunehmen.

²⁴ Camerarium (1590).

²⁵ Vgl. Mildenerger/Trutmann (1997), S. 1103f.: Die alte Gewichtsbezeichnung Lot ist die Gewichtseinheit einer halben Unze, also etwa 15 Gramm, beziehungsweise 14,9075 Gramm (Basler Apothekergewicht).

Während in der umfassendsten deutschsprachigen Enzyklopädie des 18. und 19. Jahrhunderts, dem Universal-Lexikon von Johann Heinrich Zedler, unter „Hagedorn“ nur ein kurzer Hinweis auf eine antiarrhoische und hämostatische Wirkung der Früchte und des Holzes zu finden ist, befasst sich Phillip Lorenz Geiger in seinem 1829 erschienen „Handbuch der Pharmazie“ ausführlich mit dem Weißdorn. Die reifen Früchte würden gegen hartnäckige Durchfälle und gegen die Dysenterie verordnet. Damit befindet sich Geiger auch zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch in der Tradition eines Hieronymus Bock. Die Blätter dienen als Hausmittel zum Gurgeln, auch hier sicherlich aufgrund der adstringierenden Wirkung. Von ärmeren Bevölkerungsschichten würden die Früchte roh gegessen oder zu Mus gekocht. Durch Vergärung erhält man eine Art Wein oder Bier und nach einer Destillation einen sehr guten Branntwein. Erstmals wird ausdrücklich die Verwendungsmöglichkeit der Weißdornblätter und -blüten als Tee beschrieben.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts versuchte Georg Dragendorff das medizinische Erfahrungswissen über Weißdorn auf eine naturwissenschaftliche Grundlage zu stellen. In seinem Handbuch „Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten“ empfiehlt er die Frucht des Hagedorns oder Weiss- und Heckdorns als Mittel gegen Diarrhöe. Nach Dragendorff wird der Weißdorn bei Marcellus Empiricus (*De medicamentis*, um 400 nach Christus) als „Salutaris herba i.e. Spina alba, qua Christus coronatus est“ bezeichnet – also als die Pflanze, aus der die Dornenkrone Jesu Christi geflochten worden sei. Die Frucht der Italienischen Mispel gilt bei ihm als magenstärkend und könne gegen Erbrechen und Durchfall verordnet werden. Die Frucht des fünfgriffeligen Weißdorns würde als Laxans, Stomachicum und Antiscorbuticum verwendet.²⁶

Im 19. Jahrhundert geriet der Weißdorn mehr oder weniger in Vergessenheit, und die medizinische Anwendung der Pflanze verlor an Bedeutung. Zwar finden sich in der Zeit von 1800 bis 1860 noch vereinzelt Hinweise auf die frühere Verwendung als Arzneipflanze und auf die adstringierenden Eigenschaft der Weißdornblätter und -blüten, aber in den damaligen Enzyklopädien und Lehrbüchern werden sie kaum noch erwähnt. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts gewannen der Weißdorn und Zubereitungen daraus wieder an Bedeutung. 1919 wurde von der Firma Madaus unter der Bezeichnung „Essentia Aurea“ ein Kombinationspräparat hergestellt, in dem Weißdorn der Hauptbestandteil war. 1941 wurde dann von der Firma Dr. Willmar Schwabe erstmalig das auch heute noch gebräuchliche Präparat Crataegutt® in Umlauf gebracht – ein Arzneimittel, das als alleinigen Wirkstoff einen ethanolschen Trockenextrakt aus Weißdornblüten mit Blättern enthält. Noch in der sechsten Ausgabe zum Deutschen Arzneibuch (DAB 6, gültig von 1926-1968) sind keine Crataegus-Organe monographiert. Erst im ab 1941 gültigen Ergänzungsbuch zum DAB 6 werden Weißdornblüten (*Flores Crataegi*) erwähnt, die Teile von „Species antiscleroticae“ waren und zur Herstellung von „Extractum Crataegi fluidum“ genutzt wurden. Ab der achten Ausgabe ist dann die Monographie „Weißdornblätter mit Blüten“ offizinell und wird schließlich auch ins Europäische Arzneibuch übernommen.

²⁶ Dragendorff (1898), S. 273f.

In den Apotheken war der Weißdorn bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts wenig gebräuchlich.²⁷ Geiger berichtete 1830, dass Blätter, Blüten und Früchte „ehedem“ offizinell waren. Die erste Aufnahme in ein Arzneibuch fand der Weißdorn 1771 in die „Pharmacopoea Helvetica“. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts folgten dann die spanische²⁸, die französische²⁹ und die Thuriner³⁰ Pharmacopoen und einige andere nichtoffizielle Vorschriften.³¹ Die heutigen Kenntnisse über Weißdorn beruhen auf den zahlreichen pharmakologischen und klinischen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte, die schließlich auch zu einer offiziellen, von der Kommission E³² 1994 (ersetzt die Monographie von 1984) erstellten Monographie für Weißdornblätter mit Blüten³³ mit folgender Dosierung führten:

„Die Tagesdosis beträgt 160 bis 900 mg eines nativen, wäßrig-alkoholischen Auszugs (Ethanol 45% V/V oder Methanol 70% V/V; Droge-Extrakt-Verhältnis = 4-7:1; mit definiertem Flavonoid- oder Procyanidin-Gehalt) entsprechend 30 bis 168,7 mg oligomere Procyanidine, berechnet als Epicatechin, oder 3,5 bis 19,8 mg Flavonoide, berechnet als Hyperosid nach dem Europäischen Arzneibuch, in zwei oder drei Einzeldosen.“

Die Mitglieder dieser Kommission kamen zu dem Ergebnis, dass die oligomeren Procyanidine und Flavonoide als die für die Wirkung maßgeblichen (wenn auch nicht alleinigen) Wirkstoffe anzusprechen sind.³⁴

Für eine Teezubereitung werden 1 bis 1,5 g fein zerschnittene Droge mit kochendem Wasser übergossen und nach 15 Minuten abgeseiht. Die Anwendung erfolgt dreibis viermal pro Tag, kurmäßig über mehrere Wochen.³⁵ Bei der Teebereitung gehen aus circa 1,8 g Droge (das ist die empfohlene Einzeldosis der Standardzulassung) etwa 4 bis 10 mg Gesamtflavonoide in den Teeaufguss über, was innerhalb der von der Kommission E geforderten Dosierungsangabe liegt. Eine HPLC-Analyse ergab, dass das Flavonoidmuster im Teeaufguss exakt mit dem der Droge übereinstimmt.³⁶

Wenn man eine Einteilung der Herzinsuffizienz nach NYHA (New York Heart Association) vornimmt, ergibt sich für die oben beschriebenen Zubereitungen aus Weißdornblüten mit Blättern das Anwendungsgebiet der nachlassenden Leistungsfähig-

²⁷ Vgl. Bächler (1927).

²⁸ Pharmacopoea Hispanica 1803.

²⁹ Pharmacopoea Gallica 1803.

³⁰ Pharmacopoea Thurinensis 1833.

³¹ Zum Beispiel „Grays Supplement to the Pharm“ (London 1831) oder „Spielmanns Pharm. Generalis“ (1783).

³² Die Kommission E ist eine selbständige wissenschaftliche Kommission des ehemaligen Bundesgesundheitsamtes (BGA), das heutige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). In den Jahren von 1980 bis 1994 bestand die Aufgabe der Kommission E darin, wissenschaftliches und erfahrungsheilkundliches Material zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen pflanzlicher Drogen zusammenzutragen, auszuarbeiten und zu bewerten. Daraus entstanden die bis heute gültigen Monographien, die als Grundlage für die Neuzulassung und Nachzulassung pflanzlicher Arzneimittel gelten.

³³ Veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 133 vom 19.07.1994.

³⁴ Vgl. Ammon/Händel (1981a); Ammon/Händel (1981b); Ammon/Händel (1981c).

³⁵ 1 Teelöffel = etwa 1,8 g.

³⁶ Wichtl/Czygan (1997), S. 171.

keit des Herzens entsprechend NYHA-Stadium II: Bei beginnender Herzinsuffizienz (ohne Beschwerden bei körperlicher Tätigkeit), insbesondere Koronarinsuffizienz, bei leichten Formen der Herzmuskelinsuffizienz (Stadium I-II der NYHA), beim noch nicht herzglykosidbedürftigen Altersherz, bei Druck- und Beklemmungsgefühl in der Herzgegend und bei leichten Formen von bradykarden Herzrhythmusstörungen. Diese Anwendungsgebiete beinhaltet sowohl die 1999 veröffentlichte ESCOP-Monographie „Crataegi folium cum flore (Hawthorn Leaf and Flower)“ als auch die 2002 erschienene WHO-Monographie „Folium cum Flore Crataegi“, die für wässrig-alkoholische Extrakte zur Behandlung einer nachlassenden Leistungsfähigkeit des Herzens entsprechend den Stadien I bis II nach NYHA eine definierte tägliche Dosierung von 160 bis 900 mg oligomere Procyanidine oder Flavonoide und für alle anderen Darreichungsformen die Anwendungsgebiete nervöse Herzbeschwerden und Unterstützung von Herz- und Kreislaufunktionen vorsieht. Als Dosierung für einen Arzneitee wird in diesen Monographien drei- bis viermal täglich ein Aufguss mit 1 bis 1,5 g Droge empfohlen. Bei der Teebereitung gehen aus etwa 1,5 g Droge (empfohlene Einzeldosis der Standardzulassung) etwa 4 bis 10 mg Gesamtflavonoide in den Teeaufguß über,³⁷ was innerhalb der von der Kommission E geforderten Dosierungsangabe liegt.

3.3 Medizinische Anwendung des Herzgespanns

Das Echte Herzgespann (*Leonurus cardiaca* L.),³⁸ im deutschen Sprachraum auch Löwenschwanz, Herzspannkraut, Herzheil, Herzspan, Herzkraut, Bärenschweif, Engeltrank und Mutterwurz genannt,³⁹ ist eine Pflanzenart aus der Familie der Lippenblütler (*Lamiaceae*). Sie kommt in fast ganz Europa, Vorder- und Mittelasien vor und war früher eine häufige Zierpflanze des Bauerngartens. Der botanische Gattungsname *Leonurus* wurde erstmalig von dem Danziger Botaniker Jakob Breyné (* 1637, † 1697) verwendet und ist ein künstlich gebildeter Name aus dem griechischen λέων „Löwe“ und οὐρά „Schwanz“ und weist auf die Form der Blätter hin. Der bereits bei Theophrast vorkommende Artname *Cardiaca* stammt aus dem griechischen καρδιακός und bedeutet soviel wie „zum Herzen gehörig“ und ist wahrscheinlich zuerst von Fuchs oder Dodanaeus auf *Leonurus* übertragen worden. Die botanische Bezeichnung *Leonurus cardiaca* wurde später von Tournefort 1700 und Linné 1737 übernommen.

Es ist umstritten, ob Herzgespann bereits in der Antike verwendet wurde, obwohl bereits das erste gedruckte, in deutscher Sprache verfasste Kräuterbuch „Gart der Gesundheit“ (1485) das Herzgespannkraut mit „Cordiaca“ bei Dioskurides verbindet.⁴⁰ Sicher ist dagegen, dass Herzgespann in Mitteleuropa im späten Mittelalter Verwendung fand. Im „Gart der Gesundheit“ beruft sich der Autor⁴¹ auf Dioskurides und beschreibt

³⁷ Ebd., S. 171.

³⁸ Für Herzgespann werden teilweise auch folgende Synonyme verwendet: *Leonurus villosus* DESF. ex SPRENG., *Leonurus campestris* Andrz., *Leonurus canescens* Dumort., *Leonurus trilobatus* Dulac, *Cardiaca trilobata* und *Cardiaca vulgaris* Moench.

³⁹ Fälschlicherweise auch Wolfstrappkraut, doch dieser Name wird korrekterweise für das Kraut von *Lycopus*-Arten benutzt.

⁴⁰ Schneider (1974), S. 172.

⁴¹ Cuba (1485), Kapitel 106.

die medizinische Verwendung von „Cordiac hertzgespan“ folgendermaßen:⁴² „Herzgespann habe die Tugend, den Leib zu reinigen.“ Ein Dekokt aus Herzgespann soll bei Einnahme den Magen beruhigen und die Verdauung fördern. Der aus dem Kraut gewonnene Saft wirke gegen Herzschmerzen und fördere die Herzdurchblutung.

Bei „zitterndem“ Herz solle der Saft mit Zucker versetzt und auf nüchternen Magen eingenommen werden. Bei „Herzkrampf“ wird prophylaktisch die Einnahme einer Zubereitung aus Herzgespannkraut und Honigwasser empfohlen. Umschläge mit dem zerstoßenen Kraut, auf krampfende Körperstellen gelegt, würden den Spasmus rasch beseitigen. Der Saft aus dem Herzgespannkraut vertreibe die Müdigkeit aus den „lahmen Gliedern“, sofern die betroffenen Körperstellen damit eingerieben würden.



Abbildung 3:
Herzgespan

In dem in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts verfassten Kräuterbuch des Hieronymus Bock empfiehlt der Autor zur innerlichen Anwendung das mehrmals tägliche Trinken eines Dekoktes aus Herzgespannkraut in Weißwein, der sekretolytisch und hustenreizstillend wirken sollte, und beruft sich hierbei auf Dioskurides. Darüber hinaus zeige er kardiotope, antidepressive und antiepileptische Eigenschaften. Auf die mögliche Verwendung eines Klistiers wird hingewiesen. Das klein gehackte Mutterkraut, über Nacht in Weißwein eingelegt und anschließend destilliert, solle bei Menstruationsschmerzen und bei gastrointestinalen Beschwerden hilfreich sein, wenn von diesem Destillat drei bis vier Löffel voll getrunken würden. Darüber hinaus werden eine verdauungsfördernde Wirkung und eine lokale Anwendung als Mundtherapeutikum und bei trübten Augen angesprochen.

Die sehr schöne und künstlerisch wertvolle Abbildung von *Leonurus cardiaca* L. im „New Kreüterbuch“ des Leonhart Fuchs⁴³ lässt neben der Beschreibung eine eindeutige Zuordnung zu (Abbildung 4).

Sowohl Fuchs als auch Philippus Theophrastus Aureolus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus (* 1493, † 1541)⁴⁴, empfehlen in Wein eingelegtes Herzgespannkraut als vortreffliche Arznei gegen zu starkes Herzklopfen sowie gegen Krämpfe und Lähmung der Glieder, sofern davon mehrmals getrunken, oder warme Kompressen daraus hergestellt werden. Ein wässriger Dekokt wird gegen Epilepsie, als Diuretikum und bei sekundärer Amenorrhoe empfohlen.

Adam Lonitzer verwendet in seinem 1564 erschienenen „Kreuterbuch“ für Herzgespann erstmals den Ausdruck „Wolfstrapp“, der sich bis in die Neuzeit halten sollte. Heutzutage wird Herzgespann mancherorts fälschlicherweise noch Wolfstrappkraut genannt, doch dieser Name wird korrekterweise für das Kraut von Lycopos-Arten be-

⁴² Unter Berufung auf Platearius wird auch die Bezeichnung *Leonurus cardiaca* angegeben.

⁴³ Fuchs (1543), S. 149.

⁴⁴ Hohenheim/Sprengler (1530), S. 283.

nutzt. Wie im „Gart der Gesundheit“ empfiehlt Lonitzer das mit „Römisch Köl“ gekochte Herzgespannkraut als Stomachikum, da es „den Leib reinigen“ könne. Nach Marzell ist mit „Römisch Köl“ das Sommer-Bohnenkraut (*Satureja hortensis* L., Gartenbohnenkraut) gemeint.⁴⁵



Abbildung 4: Handkolorierter Holzschnitt des Herzgespanns

Fast wortwörtlich aus dem „Gart der Gesundheit“ übernimmt er auch die Anwendung des aus dem zerstoßenen Kraut gewonnenen Saftes gegen Herzschmerzen und zur Förderung der Koronardurchblutung. Der mit Zucker versetzte Saft, auf nüchternen Magen eingenommen, findet Anwendung bei „zitterndem“ Herz. Zusätzlich empfiehlt er allerdings die Verwendung der zerstoßenen Wurzel bei Herzbeschwerden in Form eines Brust-Umschlags. Lonitzer wiederholt auch die Empfehlung der Einnahme einer Zubereitung aus Herzgespannkraut und Honigwasser bei Krämpfen. Umschläge mit dem zerstoßenen Kraut auf die jeweilige krampfende Körperstelle würden den Krampf schnell lösen. Identisch mit dem „Gart“ ist auch die Aussage, dass der Saft aus Herzgespannkraut die Müdigkeit aus den Gliedern vertreibe, sobald die betroffenen Körperstellen damit eingerieben würden.

Tabernaemontanus empfiehlt in seinem 1588 erschienenen „Neuw Kreuterbuch“⁴⁶ die orale Anwendung eines alkoholischen Destillats bei Kindern, wenn letztere

⁴⁵ Marzell/Wissmann. (2000), S. 1241-1245.

⁴⁶ Theodorus/Bauhin (1625), S. 934.

unter „Herzgespann“ leiden.⁴⁷ Er deutet die Anwendung einer Wirkung bei Urolithiasis und bei Dysmenorrhoe an. In Wein gekocht und regelmäßig oral zugeführt, entfalte Herzgespann eine spasmolytische Wirkung. Gleiches gelte für Umschläge aus dieser Zubereitung.

Auch John Gerard (* 1545, † 1612)⁴⁸ empfiehlt Herzgespann gegen Herzbeschwerden und weist darauf hin, dass die Herzwirkung so stark sei, dass die Indikation namensgebend wurde (Cardiaca). Er weist außerdem auf die Anwendung der pulverisierten Pflanze in Wein als Diuretikum und bei Menstruationsbeschwerden oder problematischen Schwangerschaften hin.

Nach Nicolas Culpeper (* 1616, † 1654) könne Herzgespann ein fröhlicheres Gemüt verleihen, indem es die „melancholischen Dämpfe“ vom Herz vertreibe und das Herz stärke. Die englische Bezeichnung „Motherwort“ hat seinen Ursprung in der erfolgreichen Anwendung der Pflanze bei Beschwerden während der Schwangerschaft. Bereits ein Löffel voll Herzgespannpulver, mit Wein eingenommen, wäre eine wundervolle Unterstützung für werdende Mütter. Weitere Anwendungsgebiete nach Culpeper sind die Verwendung als Diuretikum und Antispasmodikum.

Stephan Blankaart (* 1650, † 1702) steht der Anwendung von Herzgespannkraut als Herztherapeutikum eher skeptisch gegenüber und sieht dessen Indikation eher als Anthelmintikum, Diuretikum und als Laxans.⁴⁹

Anfang des 18. Jahrhunderts erscheint in Johann Heinrich Zedler's Universal-Lexikon das Herzgespann unter „Branca Lupina, Cordiaca“⁵⁰, und im 1750 in England publizierten „Herbarium Blackwellianum“ rühmt ein Dr. Bowles einen abgesottene und mit Zucker versüßten Trank aus Herzgespann bei Herzbeschwerden und Herzklopfen, bei Milz- und Mutterbeschwerden. Ein Pulver aus der Pflanze mit Wein vermischt sei geburtseinleitend wirksam.⁵¹

Die erste Anwendungsempfehlung von Herzgespann *Leonurus cardiaca* L. (Léonure Cardiaque, Agripaume) in der Kardiologie gibt Henri Jean Antoine Rodet (* 1810, † 1875)⁵² in seinem „Botanique agricole et médicale“, während das Kraut von *Leonurus cardiaca* L. nach Dragendorff⁵³ 1898 als Tonikum, als Stimulans, bei Verschleimung und bei Herzklopfen verwendet und mit Baldrian verglichen wird.⁵⁴

Von Madaus werden 1938 als Anwendungsgebiete für *Leonurus cardiaca* L. genannt: Meteorismus mit Herzklopfen und Angstgefühl, Kardialgie bei Kindern, Dyspnoe, Angina pectoris, besonders bei Frauen. Weitere Heilanzeigen seien: Klimakterische Beschwerden, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Sterilität, „Bleichsucht“ und Blutarmut.⁵⁵

⁴⁷ Mit Herzgespann, Herzklopfen oder Herzangst bezeichnete man früher eine Art von Magenkrampf, der häufiger bei Kindern auftrat.

⁴⁸ Gerard (1597), Kap. 225, S. 569.

⁴⁹ Blankaart (1698), S. 157f.

⁵⁰ Vgl. Zedler (1732).

⁵¹ Blackwell et al. (1750), Tab. 171.

⁵² Rodet (1872), S. 633.

⁵³ Dragendorff nennt auch die Synonyme Herzgespann, Wolfstrapp und Bärenschweif.

⁵⁴ Dragendorff (1898), S. 574f.

⁵⁵ Vgl. Madaus (1938).

Erst mit Beginn des 20. Jahrhunderts, als sich das Forschungsinteresse auch wieder dem Herzgespänn zuwandte, wurden umfangreiche pharmakologische Untersuchungen an dieser Droge durchgeführt. Dabei haben sich vier Hauptindikationen herauskristallisiert: Uteruskontraktive,⁵⁶ sedative⁵⁷ und hypotonische Wirkungen⁵⁸ sowie herzirksame Eigenschaften.⁵⁹ Diese Annahmen werden auch aus der Volksmedizin übernommen, in der Herzgespännkraut unter anderem bei nervösen Herzbeschwerden bei Asthma bronchiale, bei klimakterischen Beschwerden, bei Amenorrhoe und als Sedativum genutzt wird. Die von der Kommission E erstellte offizielle Monographie⁶⁰ für *Leonurus cardiaca* L. sieht als Anwendungsgebiete nervöse Herzbeschwerden, auch im Rahmen einer Schilddrüsenüberfunktion (als Adjuvans), vor.

In jüngster Zeit untersuchten Wissenschaftler des Herzzentrums Leipzig und des Instituts für Pharmazie der Universität Leipzig einen Extrakt aus *Leonurus cardiaca* L. auf dessen bekannte Verwendung zur Linderung nervöser Herzbeschwerden. Der Extrakt zeigt eine antiarrhythmische Wirkung. Je nach Zusammensetzung bewirkt er bei Verabreichung entweder vorzugsweise eine Verlangsamung der Erregungsausbreitungszeit mit Wirkungen auf die Aktionspotentialdauer, die Dispersion der Potentialdauer und eine Verbesserung der Koronarperfusion. Hierbei wird keine akute proarrhythmische Wirkung beobachtet.⁶¹

3.4 Aberglauben, Legenden und Mythen in historisch-kritischer Sicht

Johann Bauhin (* 1541, † 1612) schreibt in seiner „Historia plantarum“, dass die Fischer den blühenden Weißdorn meiden sollen, da der Geruch seiner Blüten die Fische verscheuche. Noch im 18. Jahrhundert nimmt Zedler diesen Aberglauben in seine Enzyklopädie auf, in dem er darauf hinweist, dass der im Mai an den Wegen und Hecken blühende Weißdorn die Luft mit seinem Geruch die Fische verderben lässt.

Nach Czygan findet sich der Weißdorn auch in der darstellenden Kunst.⁶² So ist er in der Archivoltenzone des südlichen Portals der Westwand der Kathedrale von Reims (im 13. Jahrhundert errichtet) eindeutig zu identifizieren. Aber der Weißdorn war nicht nur Objekt von Steinmetzen und Malern, er ist auch in der mitteleuropäischen Sagenwelt nicht unbekannt.⁶³ So soll Weißdorn nur dort wachsen, wo ein „nur mit Mühen zu hebender Schatz“ ruht. Ein berühmter Weißdorn blühte einst im Klostersgarten zu Einsiedeln. Der Sage nach stammte er nämlich von einem Sproß ab, den Herzog Eberhard II. von Württemberg (* 1315, † 1393) von seiner Reise zum Heiligen Grab in Jerusalem mitgebracht haben soll. Vielleicht hängt mit der Sage um die heilige Herkunft dieses Baumes die heute noch in der Nähe von Stuttgart erzählte Mär zusammen, blühende

⁵⁶ Kong et al. (1976), S. 373-382; Gessner (1953).

⁵⁷ Kozlova (1967), S. 25.

⁵⁸ Schultz/Albers (1958), S. 394.

⁵⁹ Haag (1941), S. 89; Banaszkiwicz et al., *Annales Pharmaceut.* 12 (1976), S. 79.

⁶⁰ Veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 50 am 13.03.1986.

⁶¹ Prof. Dr. Stefan Dhein, Forschungsbericht 2006, Herzzentrum Leipzig.

⁶² Vgl. Czygan (1994).

⁶³ Perger (1864).

und fruchtende Weißdornzweige in der Vase seien ein Mittel gegen bösen Zauber, sie brächten den Menschen Glück und Wohlergehen.⁶⁴

Der deutsche Name „Hagedorn“ stammt von dem althochdeutschen „Hag“ ab, was so viel wie „Einfriedung“ bedeutet. Früher nutzte man den Weißdorn vielfältig als lebendige Hecke, die durch ihre festen Dornen einen undurchdringlichen Schutz bot. Die Abwehr galt nicht nur wilden Tieren, sondern auch Geistern und Dämonen, insbesondere der altnordischen Hexe, die „Hagazissa“ oder „Hagazussa“ genannt wurde. Das Wort „Hagazussa“ bedeutet soviel wie „die auf dem Zaun sitzende“ oder auch „reitende“ Hexe. Das „Hageweib“ war also ganz nah bei den Menschen und gleichzeitig Teil der Wildnis. Nach dem alten Volksglauben war der Weißdorn – wie auch andere dornenbewehrte Pflanzen (so auch die Schlehe) – eine magische Pflanze, die bösen Zauber abwehren konnte. Auch Dau schreibt, dass Weißdorn, als Zauberbusch vor den Hauseingang gehängt, die Hexen vertreiben sollte und dass er zu einem Zauber verwendet wurde, der einen Schützen unsicher machte und sein Ziel verfehlen ließ.⁶⁵

Bereits Gerarde berichtete 1597 von einem uralten Weißdornbaum, der in Glastonbury in England wächst und der der Legende nach der Wanderstab des Joseph von Arimathäa ist, der dort wurzelte. Joseph von Arimathäa soll den Abendmahlskelch vom Heiligen Land nach England gebracht haben. König Artus, der den Kelch als Heiligen Gral hütete, ließ sich jedes Jahr einen blühenden Zweig von diesem Weißdorn bringen. Bis zum heutigen Tag erhält das britische Königshaus zu Weihnachten einen Blütenzweig von diesem Baum. Dieser Zweig schmückt traditionell die Weihnachtstafel der Königin.

Herzgespann gibt im Vergleich zum Weißdorn aufgrund seines doch eher unscheinbaren Habitus weniger Anlass zu abergläubischen Aussagen.

Marzell bezeichnet das Herzgespann unter Berufung auf Franke (1930)⁶⁶ auch als „Beschreikraut“, also als eine Pflanze, die für einen Gegenzauber geeignet ist. Unter dieser volkstümlichen Bezeichnung ist die Pflanze auch im slawischen Sprachraum bekannt (*pódrjene želo*). Vielleicht gehört hierher auch das dänische „sejurt“, ein „Tryllenniddel“ (Zaubermittel). Herzgespann soll kleinen Kindern Schutz vor bösem Zauber bieten: „Die alten Weiber legten sie (die Pflanze) den Kindern in die Wiegen.“⁶⁷ „Wenn kleine Kinder Unruhe im Schlaf zeigen, dann nimmt man zuweilen an, dass sie behext sind, und legt ihnen das Kraut unters Kopfkissen, um den Zauber unwirksam zu machen.“⁶⁸ Nach Bocksch gab es in Mecklenburg einen volkstümlichen Heilzauber, bei dem Herzgespann in einer Kanne Bier zum Sieden gebracht wurde und gegen Geschwülste gebraucht wurde.⁶⁹

⁶⁴ Vgl. Czygan (1994): Persönliche Mitteilung von Bürgern Feuerbachs und Stuttgarts an Prof. Dr. F. C. Czygan.

⁶⁵ Vgl. Dau (1941).

⁶⁶ Johannes Franke, Hortus Lusatae, Bautzen 1594. Mit einer Biographie neu hrsg., gedeutet und erklärt von R. Zaunick, K. Wein, M. Militzer, Bautzen 1930.

⁶⁷ Vgl. Mattuschka (1777).

⁶⁸ Marzell/Wissmann (2000), S. 1241-1245.

⁶⁹ Bocksch (1998), S. 276.

4. Diskussion

Die medizinische Verwendung der beiden herzwirksamen Arzneipflanzen Weißdorn (*Crataegus*) und Herzgespann (*Leonurus*) reicht zurück bis in die Antike beziehungsweise ins Mittelalter. Bereits Dioskurides beschrieb den Weißdorn in seinem berühmten Werk im 1. Jahrhundert nach Christus, seine Herzwirksamkeit sollte allerdings erst in der Neuzeit erforscht werden. Schon der Name des Herzgespanns gibt einen Hinweis auf seine arzneiliche Verwendung. Tabernaemontanus empfahl die Arzneipflanze im 16. Jahrhundert bei Herzklopfen („Herzgesperr“):

„Es hat ein Art das grobe dicke Geblüt in den Adern dünn zu machen und zu verteilen.“

Um die traditionelle medizinische Verwendung dieser beiden Arzneipflanzen in Europa seit dem Mittelalter medizinhistorisch abzusichern, standen eine eindeutige Identifizierung der einzelnen Zubereitungen und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Anwendungsgebiete im Mittelpunkt dieser Untersuchung. Die Frage, ob sich die Plausibilität der medizinischen und pharmakologischen Wirkung oder Wirksamkeit aus der Tradition oder aus der Überlieferung ergibt, muss differenziert betrachtet werden. Beim Studium der historischen Quellen zur Phytotherapie des Mittelalters und der frühen Neuzeit bis hin zur Gegenwart wurde überprüft, ob die aufgeführten Indikationen tatsächlich auf Erfahrungswissen basieren, oder inwieweit sie aus anderen Traditionen oder sogar aus Aberglauben stammen. Als die Medizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts, nach einer Zeitspanne rein chemotherapeutischer Behandlungsmethoden, auch wieder den pflanzlichen Arzneischatz zu erforschen begann, erkannte man, dass für die meisten medizinisch verwendbaren Pflanzen nur ungenügende botanische, chemische und medizinische Unterlagen vorhanden waren, die eine rationale Phytotherapie begründen hätten können.

Für die heute arzneilich verwendeten Weißdornarten bleibt festzuhalten, dass das Hauptindikationsgebiet der Herzerkrankungen und insbesondere die Anwendung bei nachlassender Leistungsfähigkeit des Herzens im Vergleich zur jahrtausendlangen medizinischen Verwendung sehr kurz ist. Erst Ende des 19. beziehungsweise Anfang des 20. Jahrhunderts wurde diese Indikation entdeckt und in den zurückliegenden Jahrzehnten aufgrund der Forschungsinteressen verschiedener pharmazeutischer Unternehmer wissenschaftlich abgesichert. Allerdings wurden durch diese einseitige Verlagerung des Forschungsschwerpunkts die weiteren möglichen medizinischen Indikationsgebiete des Weißdorns ins Abseits gedrängt. So gibt es bis heute keine mit modernen wissenschaftlichen Studien abgesicherten Aussagen, welche die seit Dioskurides erstmals erwähnten und weiter über das Mittelalter bis in die Neuzeit mitgeführten Anwendungsempfehlungen vor allem der Weißdornfrüchte bei Diarrhoe und Fluor albus untermauern würden. Diese vergessenen Indikationsgebiete könnten neue Impulse für die Grundlagenforschung nach medizinisch wirksamen Pflanzeninhaltsstoffen geben. Der Gerbstoffgehalt des Weißdorns liefert hier erste Anhaltspunkte. Wie aus verschiedenen Untersuchungen hervorgeht, ist der Gerbstoffgehalt der *Crataegus*-Drogen nicht unbe-

trächtlich und kann in den Blüten bis zu 6,5 Prozent betragen.⁷⁰ Gerbstoffe haben adstringierende, antiinflammatorische und in einem bestimmten Konzentrationsbereich antibakterielle, virustatische und antitoxische Eigenschaften. Durch die adstringierende Wirkung der Gerbstoffe kommt es zu einer Abdichtung und Schrumpfung der obersten Zellschichten und einer damit einhergehenden Sekretionshemmung von entzündetem Gewebe. Daher ist auch das seit Meigenberg Mitte des 14. Jahrhunderts wiederholt empfohlene Gurgeln und Spülen des Mund- und Rachenraums mit dem Saft aus Weißdornfrüchten bei lokalen und temporären, schmerzhaft entzündlichen Zuständen der Mund- und Rachenschleimhaut, ebenso wie eine Anwendung bei unspezifischen, akuten Durchfallerkrankungen aufgrund des Gerbstoffgehaltes der Droge medizinisch durchaus plausibel und fand deshalb Eingang in die heutige wissenschaftliche Literatur.⁷¹

Das gleiche gilt für die traditionellen Hinweise auf die Verwendung von meist alkoholischen Weißdornzubereitungen aus Blättern und Blüten bei gastrointestinalen Beschwerden. Weißdorn enthält, je nach Pflanzenteil, einen relativ hohen Anteil Flavonoide. Es ist bekannt, dass Flavonoide spasmolytische Effekte auf den Gastrointestinaltrakt haben können. Es wäre daher durchaus angebracht, das wissenschaftliche Forschungsinteresse, das bisher den herz- und gefäßwirksamen Flavonoide galt, auf potentiell gastrointestinal wirksame Flavonoide auszuweiten.

Die in den mittelalterlichen Kräuterbüchern häufig erwähnte Anwendung diverser Weißdornzubereitungen bei gastrointestinalen Beschwerden ist aus heutiger Sicht begründbar. Weißdorn enthält 0,4 bis 1,0 Prozent oligomere Procyanidine aus der Substanzgruppe der Flavonole und 1,0 bis 2,0 Prozent Flavonoide. Flavonole und andere Flavonoide zeigten unter anderem in Tierexperimenten choleretische Eigenschaften und führten zur Reduktion von Magengeschwüren.⁷²

Je nach Zubereitungsart kennt man heute zwei verschiedene Anwendungsgebiete. Wässrig-alkoholische Extrakte⁷³ aus Weißdornblätter mit Blüten mit einem Drogen-Extrakt-Verhältnis von 4-7:1 und einem definierten Flavonoid- oder Procyanidingehalt in einer Tagesdosierung von 160 bis 900 mg werden im Anwendungsbereich des „well established medicinal use“⁷⁴ bei Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium II eingesetzt. Die pharmakologischen Effekte von Zubereitungen aus Weißdornblättern mit Blüten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Steigerung der Kontraktilität des Myokards (positiv inotrope Wirkung), Zunahme der Koronar- und Myokarddurchblutung, kardioprotektive Effekte, antiarrhythmische Effekte und Senkung des peripheren Gefäßwider-

⁷⁰ Dau (1941), S. 54.

⁷¹ Vgl. Blaschek et al. (2004).

⁷² Steinegger/Hänsel (1988), S. 397.

⁷³ Das Auszugsmittel ist entweder Ethanol 45 % (V/V) oder Methanol 70 % (V/V).

⁷⁴ Zur Unterscheidung „Traditional use“ (siehe 1.1 Problemstellung) von „Well established medicinal use“ gemäß Art. 10a der (geänderten) Richtlinie 2001/83/EC: „... ist der Antragsteller nicht verpflichtet, die Ergebnisse der vorklinischen oder klinischen Versuche vorzulegen, wenn er nachweisen kann, dass die Wirkstoffe des Arzneimittels für mindestens zehn Jahre in der Europäischen Gemeinschaft allgemein medizinisch verwendet wurden und eine anerkannte Wirksamkeit sowie einen annehmbaren Grad an Sicherheit gemäß den Bedingungen des Anhangs I aufwiesen. In diesem Fall werden die Ergebnisse dieser Versuche durch einschlägige wissenschaftliche Dokumentation ersetzt.“

stands (Nachlastsenkung). Die Droge selbst sowie wäßrige oder wäßrig-alkoholische Extrakte (sofern sie nicht der „well established medicinal use“-Definition entsprechen), weinige Auszüge und der Frischpflanzensaft werden traditionell zur Stärkung und Kräftigung der Herz-Kreislauf-Funktion eingenommen. Diese Angaben beruhen ausschließlich auf Überlieferung und langjähriger Erfahrung. Crataeguspräparate sind keine spezifischen Arzneimittel zur Behandlung akuter Krankheiten. Sie sind in erster Linie Mittel, mit denen der Weiterentwicklung einer kardiovaskulären Vorschädigung entgegengetreten werden soll.

Im Gegensatz zum Weißdorn ist eine medizinische Verwendung des Herzgespanns in Europa erst ab dem Mittelalter sicher nachweisbar. Allerdings ist Herzgespann ein Musterbeispiel dafür, wie sich eine tradierte medizinische Verwendung einer Arzneipflanze vom Mittelalter bis in die heutige Zeit fortsetzen, und auch mit modernen wissenschaftlichen Methoden abgesichert werden kann. Denn die medizinhistorische Indikationsaussage einer Anwendung bei nicht weiter differenzierten Herzbeschwerden und Herzklopfen⁷⁵ fand Eingang in offizielle Arzneimonographien und wurde auch durch jüngste Forschungsergebnisse bestätigt. Die medizinische und pharmakologische Wirkung des Herzgespanns erscheint folglich – aus traditioneller Sicht – plausibel. Erst recht, wenn man sie vor dem Hintergrund der als Roemheld-Syndrom bekannten, reflektorisch ausgelösten funktionellen Herzbeschwerden betrachtet. Typische Indikatoren dieses gastrokardialen Symptomenkomplexes sind Extrasystolie, Beklemmungsgefühle, Herz- und Magenschmerzen, eventuell sogar Angina-Pectoris-Anfälle, oft auch im Zusammenhang mit Magen-Darm-Erkrankungen, Blähungen im Oberbauch oder Zwerchfellhochstand. Die damaligen Indikationen lassen sich anscheinend auch aus heutiger Sicht durch aktuelle wissenschaftliche Studien absichern. So führt die offizielle Monographie der Kommission E⁷⁶ das Anwendungsgebiet der nervösen Herzbeschwerden auf. Somit kann der historische, auf Tradition und Überlieferung beruhende Indikationskomplex der Herzbeschwerden mit den heutigen zur Verfügung stehenden, wissenschaftlich abgesicherten Methoden als medizinisch plausibel angesehen werden.

Die seit dem Mittelalter und vor allem in der Neuzeit immer wieder auftauchenden Hinweise auf hypertone Wirkungen des Herzgespannkrauts wären im Hinblick auf eine adjuvante Therapie von kardiovaskulären Erkrankungen eine wissenschaftliche Überprüfung wert. Die mit alkoholischen Extrakten beobachtete tierexperimentelle Blutdrucksenkung konnte mehrmals bestätigt und klinisch abgesichert werden. Interessanterweise beschrieben die Patienten mit Herz- und Gefäßneurosen und essentieller Hypertonie eine Verminderung der „unangenehmen Gefühle“ in der Herzgegend, das allgemeine Schmerzgefühl und die damit zusammenhängende Schlaflosigkeit verschwanden. Damit werden die mittelalterlichen Wirkungsbeschreibungen fast wörtlich wiederholt und bestätigt. Die mittelalterlichen Hinweise auf eine Anwendung bei Herzklopfen, Engegefühle der Brust und bei gastrointestinalen Beschwerden könn-

⁷⁵ Mit „Herzgespan“ oder „Herzgespann“ bezeichnete man früher eine Art von Magenkrampf, von dem man annahm, dass er ursächlich auf Herzbeschwerden zurückzuführen ist.

⁷⁶ Hegi (1975), S. 725-735.

ten auch als Symptome einer Hypertonie interpretiert werden. Auch für das Herzgespannkraut kann also die über 500 Jahre alte traditionelle medizinische Verwendung in Europa als medizinhistorisch abgesichert gelten, die Arzneipflanze und deren Zubereitungen können seit dieser Zeit eindeutig identifiziert werden.

Aus der Vielzahl der medizinhistorischen Anwendungen des Herzgespanns in Europa seit dem Mittelalter lassen sich aus heutiger Sicht folglich nur die kardialen, gastrokardialen und mit Abstrichen die gynäkologischen Indikationsgebiete bestätigen. Im Vergleich zu anderen, weitaus populäreren Arzneipflanzen kam dem Herzgespann im Kontext der jeweiligen Zeitepoche nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Zwar gewann die Arzneipflanze in der Renaissance etwas an Ansehen, entdeckt wurde sie allerdings erst wieder in der Neuzeit. Die seit dem Mittelalter in fast jedem Kräuterbuch aufgeführte Heilpflanze wurde schließlich in das Ergänzungsbuch zum sechsten Deutschen Arzneibuch (Erg.-B. 6) aufgenommen und die medizinische Verwendung somit offiziell anerkannt. Die mittlerweile wissenschaftlich abgesicherten Indikationen des Herzgespanns beruhen also tatsächlich auf traditionellem Erfahrungswissen.

5. Schlussbemerkungen

Der Nachweis einer traditionellen medizinischen Verwendung ist eine Voraussetzung für die Verkehrsfähigkeit von Arzneimitteln, die nach § 39a AMG registriert werden sollen. Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern also direkte Hinweise darauf, welche Möglichkeiten und Chancen die regulatorische Zukunft für Weißdorn und Herzgespann bietet. Indirekt kann sie aber auch eine Hilfestellung für weitere Traditionsnachweise anderer Arzneipflanzen sein. Weitere Forschungsarbeiten dieser Art könnten somit echte Synergien zwischen medizinhistorischen Forschungseinrichtungen und der pharmazeutischen Industrie begründen.

Literatur

1. Ammon/Händel (1981a): Hermann Philipp Theodor Ammon, Markus Händel, Crataegus, Toxikologie und Pharmakologie. Teil II: Pharmakodynamik, *Planta Medica* 3 (1981) S. 209-239.
2. Ammon/Händel (1981b): Hermann Philipp Theodor Ammon, Markus Händel, Crataegus, Toxikologie und Pharmakologie. Teil I: Toxizität, *Planta Medica* 2 (1981), S. 105-120.
3. Ammon/Händel (1981c): Hermann Philipp Theodor Ammon, Markus Händel, Crataegus, Toxikologie und Pharmakologie. Teil III: Pharmakodynamik und Pharmakokinetik, *Planta Medica* 4 (1981), S. 313-322.
4. Bächler (1927): Louis Bächler, Chemische Untersuchungen über die Früchte von *Crataegus oxyacantha*, Colmar 1927.
5. Baumann (1974): Felix Baumann, Das Erbario Carrarese und die Bildtradition des *Tractatus de herbis*: ein Beitrag zur Geschichte der Pflanzendarstellung im Übergang von Spätmittelalter zu Frührenaissance, Bern 1974.

6. Becher et al. (1663): Johann Joachim Becher, Villanovanus Arnoldus, Philipp Johann, Parnassus Medicinalis Illustratus. Oder: Ein neues, und dergestalt, vormahl noch nie gesehenes Thier-Kräuter-Und Berg-Buch: Sampt der Salernischen Schul. Cum Commentario Arnoldi Villanovani und den Præsagius Vitæ & Mortis, Hippocratis Coj; Auch gründlichem Bericht vom destilliren, purgiren, schwitzen, schrepffen und Aderlassen. Alles in Hoch-Teutscher Sprach, so wol in Ligata als Prosa, lustig und außführlich in Vier Theilen beschrieben, und mit Zwölffhundert Figuren gezieret, Ulm 1663.
7. Berendes (1902): Julius Berendes, Des Pedanios Dioskurides aus Anazarbos Arzneimittellehre in fünf Büchern, Stuttgart 1902.
8. Blackwell et al. (1750): Elisabeth Blackwell, Christophorus Iacobus Trew, Nicolaus Fridericus Eisenbergerus, Herbarium Blackwellianum emendatum et auctum id est Elisabethae Blackwell collectio stirpium quae in pharmacopoliis ad medicum usum asservantur quarum descriptio et vires ex Angl. idiomate in Lat. conversae sistuntur,... Cum praef. Christophori Iacobi Trew. Excudit, fig. pinxit atque in aes indicit Nicolaus Fridericus Eisenbergerus, Nürnberg 1750.
9. Blankaart (1698): Stephan Blankaart, Den Neder-Landschen Herbarius Ofte Kruid-Boek, Amsterdam 1698.
10. Blaschek et al. (2004): HagerROM 2004. Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Heidelberg 2004.
11. Bock (1551): Hieronymus Bock, Kreuter Buch: Darinn Unterscheidt, Namen vnnd Würckung der Kreutter, Stauden, Hecken vnnd Beumen, sampt ihren Früchten, so inn Deutschen Landen wachsen...; Darüber findest du Drei volkommene nutzliche Register, Straßburg 1551.
12. Bocksch (1998): Manfred Bocksch, Das praktische Buch der Heilpflanzen: Kennzeichen, Heilwirkung, Anwendung, Brauchtum, München 1998.
13. Camerarium (1590): Joachimum Camerarium, Kreutterbuch desz hochgelehrten unnd weltberühmten Herrn D. Petri Andreae Matthioli, Frankfurt a. M. 1590.
14. Crescentiis (1486): Petrus de Crescentiis, Ruralia commoda, Straßburg 1486.
15. Cuba (1485): Johannes de Cuba, Gart der Gesundheit, Mainz 1485.
16. Czygan (1994): Franz-Christian Czygan, Crataegus-Arten – Weißdorn. Porträt einer Arzneipflanze, Zeitschrift für Phytotherapie 15 (1994), S. 117-122.
17. Dau (1941): Malve Dau, Der Weißdorn, Hamburg 1941.
18. Dragendorff (1898): Georg Dragendorff, Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten, Stuttgart 1898.
19. Gerard (1597): John Gerard, The Herball or Generall Historie of Plantes, London 1597.
20. Gessner (1953): Otto Gessner, Die Gift- und Arzneipflanzen von Mitteleuropa (Pharmakologie, Toxikologie, Therapie), Heidelberg 1953.
21. Haag (1941): Johannes Bernhard Haag, Een phytochemische en pharmakologische Studie van Herba Leonuri cardiaca, Leiden 1941.
22. Hegi (1975): Gustav Hegi, Illustrierte Flora von Mitteleuropa, München 1975.
23. Hohenheim/Sprengler (1530): Theophrast von Hohenheim, Lasarus Sprengler, Durch den Hochgelerten Herrn Theophrastum von Hohenheim/ beyder artzney

- Doctorem/ von der Frantzösischen krankheit Drey Bücher Paracelsi: Das Erst von der impostur der Artzney/ denen zwentzig sindt do durch die krankken verderbt sind worden. Das Ander vom corrigiren der selbigen/ ynn was weyß sie on verderbung zu brauchen sindt. Das Drit von den verderbte[n] krankheiten/ wie den selbigen widerumb zu helffen sey; Auch wie andere new verhört krankheiten/ aus jriger vnnd falscher Artzney entspringen, Nürnberg 1530.
24. Keil (1991): Gundolf Keil, Das Lorscher Arzneibuch und die frühmittelalterliche Medizin. Verhandlungen des Medizinhistorischen Symposiums im September 1989 in Lorsch, in: Medizinhistorisches Symposium der Arbeitsgemeinschaft der Geschichts- und Heimatvereine im Kreis Bergstraße, Geschichtsblätter Kreis Bergstrasse, Sonderband, Lorsch 1991, S. 7-28 u. S. 219-252.
 25. Kong et al. (1976): Y. C. Kong, H. W. Yeung, Y. M. Cheung, J. C. Hwang, Y. W. Chan, Y. P. Law, K. H. Ng, C. H. Yeung, Isolation of the uterotonic principle from *Leonurus artemisia*, the Chinese motherwort, *The American journal of Chinese medicine* 4 (1976), S. 373-382.
 26. Kozlova (1967): Ludmilla Kozlova, [On the phytochemistry of *Leonurus quinquelobatus* Gilib], *Farmatsiia* 6 (1967), S. 23-26.
 27. Lonitzer (1551): Adam Lonitzer, *Naturalis historiae opus novum: in quo tractatur de natura et viribus arborum, fruticum, herbarum, animantiumque terrestrium, volatilium & aquatiliium; item, gemmarum, metallorum, succorumque concretorum*, Frankfurt a. M. 1551.
 28. Madaus (1938): Gerhard Madaus, *Lehrbuch der biologischen Heilmittel*, Leipzig 1938.
 29. Marzell/Wissmann (2000): Heinrich Marzell, Wilhelm Wissmann, Heinz Paul, *Wörterbuch der deutschen Pflanzennamen. Band 2: Daboecia – Lythrum*, Köln 2000.
 30. Mattuschka (1777): Heinrich Gottfried Graf von Mattuschka, *Flora Silesiaca, oder Verzeichniß der in Schlesien wildwachsenden Pflanzen: nebst einer umständlichen Beschreibung derselben, ihres Nutzens und Gebrauches, so wohl in Absicht auf die Artzney- als Haushaltungs-Wissenschaft*, Leipzig 1777.
 31. Mildenerger/Trutmann (1997): Jörg Mildenerger, Anton Trutmann, Anton Trutmann's *Arzneibuch*, Würzburg 1997.
 32. Perger (1864): Anton von Perger, *Deutsche Pflanzensagen*, Stuttgart 1864.
 33. Plinius Secundus/König (1993b): Gaius Plinius Secundus, Roderich König, *Naturkunde: lateinisch-deutsch. Medizin und Pharmakologie: Heilmittel aus wild wachsenden Pflanzen*, München 1993.
 34. Richter (1998): Thomas Richter, *Melissa officinalis* L.: Ein Leitmotiv für 2000 Jahre Wissenschaftsgeschichte, in: Gundolf Keil (Hrsg.), *Würzburger medizinhistorische Forschungen. Band 64*, Würzburg 1998.
 35. Rodet (1872): Henri Jean Antoine Rodet, *Botanique agricole et médicale, ou Etude des plantes qui intéressent principalement les médecins, les vétérinaires, et les agriculteurs: accompagnée de 160 planches représentant plus de 900 figures intercalées dans le texte*, Paris 1872.

36. Schantz (2009): Peter Schantz, Weißdorn und Herzgespann. Medizinhistorische Untersuchungen zur europäischen Tradition dieser Arzneipflanzen vom Mittelalter bis zur Gegenwart, Diss. med., Aachen 2009.
37. Schneider (1972): Wolfgang Schneider, Geschichte der pharmazeutischen Chemie, Weinheim 1972.
38. Schneider (1974): Wolfgang Schneider, Lexikon zur Arzneimittelgeschichte. Sachwörterbuch zur Geschichte der pharmazeutischen Botanik, Chemie, Mineralogie, Zoologie: D – O. Band 5, Frankfurt a. M. 1974.
39. Schnell (1992): Bernhard Schnell, Mittelalterliche Vokabularien als Quelle der Medizingeschichte: Zu den „Synonima apotecariorum“, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 10 (1992), S. 81-92.
40. Schultz/Albers (1958): O. E. Schultz, R. J. Albers, Deutsche Apotheker Zeitung 98 (1958), S. 394.
41. Steinegger/Hänsel (1988): Ernst Steinegger, Rudolf Hänsel, Lehrbuch der Pharmakognosie und Phytopharmazie, Berlin 1988.
42. Theodorus/Bauhin (1625): Jacobus (Tabernaemontanus) Theodorus, Kaspar Bauhin, Neuw vollkommentlich Kreuterbuch: Mit schönen und künstlichen Figuren/ aller Gewächs der Bäumen/ Stauden und Kräutern/ so in Teutschen und Welchen Landen/ auch in Hispanien/ Ost- und West Indien/ oder in der Newen Welt wachsen/ derer uber 3000. eygentlich beschrieben werden/ auch deren Unterscheid und Wirkung/ sampt ihren Namen in mancherley Sprachen angezeigt werden..., Frankfurt a. M. 1625.
43. Tschirch (1925): Alexander Tschirch, Handbuch der Pharmakognosie, Leipzig 1925.
44. Wichtl/Czygan (1997): Max Wichtl, Franz-Christian Czygan, Teedrogen und Phytopharmaka: ein Handbuch für die Praxis auf wissenschaftlicher Grundlage, Stuttgart 1997.
45. Zedler (1732): Johann Heinrich Zedler, Grosses vollständiges Universal-Lexicon Aller Wissenschaftten und Künste, welche bißhero durch menschlichen Verstand und Witz erfunden und verbessert worden, Halle/Leipzig 1732.

Abbildungen

Abbildung 1: Buch der Natur, in: Handschriftliche Prologfassung der Universitätsbibliothek Heidelberg (Cod. Pal. germ. 300), Hagenau (Unterelsaß), 14. Jahrhundert.

Abbildung 2: Oxycantha Berberis, in: Lonitzer Adam: Naturalis historiae opus novum, Frankfurt a. M. 1551.

Abbildung 3: Hertzgespann, in: Johannes Kaup, Gart der Gesundheit, Mainz 1485.

Abbildung 4: Handkolorierter Holzschnitt des Herzgespanns, in: Leonhart Fuchs, New Kreüterbuch, Basel 1543, S. 403.

III. Medizin und Naturwissenschaften in der Neuzeit

Die „Gehirnbewegungen“ – Historische Anmerkungen zu einem vergessenen Forschungsgegenstand und seinen maßgeblichen Protagonisten

Thomas T. Nagel und Dominik Groß

Kaum ein Arzt oder Wissenschaftler weiß in der heutigen Zeit den Terminus „Gehirnbewegungen“ präzise einzuordnen.¹ Auch der Begriff „Liquorpulsation(en)“ ist nur noch wenigen spezialisierten Wissenschaftlern und Medizinern geläufig. Im 19. Jahrhundert stellten die Gehirnbewegungen jedoch über einen Zeitraum von etwa 50 Jahren hinweg einen viel diskutierten Gegenstand der experimentellen Forschung dar. Umso überraschender ist die Tatsache, dass bislang keine eingehende medizinhistorische Bearbeitung dieses interessanten Gebietes erfolgt ist.² Der vorliegende Aufsatz möchte dieses Desiderat aufgreifen und dazu beitragen, die bestehende Forschungslücke zu schließen. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen hierbei drei Wissenschaftler des 19. Jahrhunderts, die an der Erforschung der Gehirnbewegungen maßgeblichen Anteil hatten. Anhand der betreffenden Personen und ihrer Œuvres soll der Versuch unternommen werden, die Wissensentwicklung zu illustrieren und einen Eindruck von den Hintergründen zu vermitteln, die zum Aufkommen und späterhin zum nahezu völligen Erlöschen eines lebhaften Interesses an diesem Gegenstand führten. Jedem der drei Forscher ist ein eigenes Kapitel gewidmet, das sich jeweils in einen biographischen Teil und einen Abschnitt über den Beitrag zur Erforschung der Hirnbewegungen gliedert (Abschnitt 2 bis 4). In Abschnitt 5 wird die weitere Forschungsgeschichte bis in die heutige Zeit untersucht; ihm folgen abschließende Bemerkungen (Abschnitt 6).

Vorangestellt sei jedoch ein kurzes Kapitel zur Vorgeschichte des Untersuchungsgegenstandes.

1. Die Vorgeschichte

Archäologische Funde von mehr als 4.000 Jahre alten Schädeln belegen gelungene, teils mehrfache Trepanationen, bei denen wohl zwangsläufig die Bewegungen des freiliegenden Gehirns beobachtet wurden. Die ersten bekannten Erwähnungen von Gehirnbewegungen in Aufzeichnungen gehen auf die nach Hippokrates von Kos (* um 460 vor Christus auf Kos, † um 370 vor Christus in Larisa) benannten Schriften zurück. Hierin raten die Autoren zum Tragen von Bandagen, um bei perforierenden Schädelwunden einem drohenden Gehirnprolaps beim Niesen entgegenzuwirken. An einer Stelle des „De morbo sacro“ wird auf die Bedeutung der in die Hirnhöhlen dringenden

¹ Die folgenden Ausführungen basieren auf den vorläufigen Ergebnissen eines Promotionsprojektes von Thomas T. Nagel, das am Aachener Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin durchgeführt und von Dominik Groß wissenschaftlich betreut wird.

² Vgl. hierzu auch Nagel/Groß (2007).

Luft für die Gehirnbewegungen verwiesen.³ Auch Plinius (* um 61 nach Christus, † um 113 nach Christus) schildert die Beobachtung von Bewegungen des Gehirns.⁴ Rufus von Ephesos (* um 98 nach Christus, † um 117 nach Christus) sprach in Anlehnung an alexandrinische Lehren dem Gehirn selbst die Fähigkeit zur Bewegung ab, da seiner Ansicht nach lediglich die Gefäße der harten Hirnhaut dem Hirn ihre Pulsation und damit den Anschein einer tatsächlichen Eigenbewegung vermitteln.⁵

Galen (* um 129 nach Christus in Pergamon, † um 216 nach Christus in Rom) nahm an, dass das Gehirn, im Gegensatz zum Rückenmark, eine Pulsationsbewegung vollführt.⁶ Er notierte, dass sich das Gehirn bei Inspiration ebenso wie die Lunge mit Luft fülle. Beim Durchtritt durch die Löcher des Siebbeins werde die Luft erwärmt und gelange in die vorderen Ventrikel, wobei sich das Gehirn ausdehne. Durch Vermischung mit Schleim entstehe in den Hirnventrikeln der „*Spiritus animalis*“, welcher zunächst dem hinteren, dritten Ventrikel und von dort den Nerven zugeführt werde. Durch Nasenschleimhaut und Gaumen werden nach Galens Vorstellung überflüssige Schlackestoffe abgeschieden, die bei der Herstellung des „*Spiritus animalis*“ anfallen.

Bis weit ins 16. Jahrhundert beherrschten Galens Lehren die Medizin in West- und Mitteleuropa. Erst in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts geriet die Frage der Existenz von Gehirnbewegungen in den Blickpunkt wissenschaftlicher Diskussionen. Unter den Befürwortern der Gehirnbewegungen herrschte wiederum Uneinigkeit: Die drei Hauptlager vertraten wahlweise die Ansicht, die Pulsationen erfolgten ausschließlich im Rhythmus des Herzschlags, ausschließlich synchron zur Atmung, oder aber als ein „Nebeneinander“ beider Arten von Gehirnbewegungen.⁷ Es wurden auch erste Versuche unternommen, um die fraglichen Ursachen der Hirnbewegungen zu verifizieren. Der Einfluss Galens blieb zunächst stark, zumal eine große Zahl der Forscher von luftgefüllten Hirnventrikeln ausging. Diskutiert wurden als Triebkraft der Hirnbewegungen unter anderem die arterielle Pulsation der gesamten Hirnmasse, eine Anhebung des Gehirns als Ganzem durch die großen Basilararterien, die Vortäuschung von Gehirnbewegungen durch die Pulsation der Duraarterien, die aktive Kontraktion der Meningen, sowie Mischformen der genannten Mechanismen.⁸ Beobachtungen von

³ Nach Neuburger (1897), S. 70.

⁴ Plinius (1511).

⁵ Nach Neuburger (1897), S. 71.

⁶ Galen (1562).

⁷ Nach Neuburger (1897), S. 81.

⁸ Vertreter der genannten Thesen sind B. Littre, der eine arterielle Pulsation des gesamten Gehirns annahm, Caspar Bauhin, der die Duraarterien für die alleinige Quelle der Pulsation hielt, Jean-Baptiste de Sénac, nach dessen Vorstellung die Basilararterien das Gehirn als Ganzes heben und Antonio Pacchioni, der die These der aktiv beweglichen Dura mater populär machte. Letzterer beschrieb 1701 die Dura mater als einen aus drei Muskeln und vier Sehnen zusammengesetzten Bewegungsapparat, nachdem er die strahlenförmige Anordnung der Fasern durch Kochen dargestellt hatte. Littre (1707), S. 130 u. 168; Bauhin (1605), S. 321; Sénac (1749), S. 206; Pacchioni (1701).

Hirnbewegungen zu Kriegszeiten brachten in dieser Phase der Forschung zusätzliche Informationen.⁹

Bis Mitte des 18. Jahrhunderts waren vor allem Albrecht von Haller neue Erkenntnisse zu verdanken.¹⁰ Er postulierte, dass die atemabhängigen Hirnbewegungen durch einen intermittierenden Rückstau von Blut in den großen venösen Gefäßen des Brustkorbes während der Inspiration verursacht würden. Haller erweiterte zwar das Wissen um die Hirnbewegungen, verursachte durch die Autorität seiner Person aber auch eine Stagnation der Forschung. Zudem waren die wissenschaftlichen Standards im 18. Jahrhundert noch sehr gering; experimentelle Resultate wurden zudem selten mit klinischen Erfahrungen und anatomischem Wissen referenziert. Oft bestimmten im Vorfeld gefasste Theorien den Ausgang der Versuche damaliger Wissenschaftler.

Der italienische Arzt Antonio Ravina publizierte 1811 die erste Messung von Gehirnbewegungen, welche er mittels eines Schwimmers und einer Papierskala bewerkstelligte.¹¹ Er war es auch, der erstmalig den Versuch unternahm, das Gehirn durch ein Trepanationsloch unter möglichst naturnahen Umständen direkt zu beobachten, indem er die Öffnung mit einem Glasplättchen abdeckte. Auf diese Weise studierte Ravina die Bewegungen der Gehirne bei verschiedenen Tierarten.

Der bekannte Pariser Physiologe François Magendie hielt 1825 erste Vorträge über seine Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit, deren Entdeckung er zunächst – unberechtigterweise – für sich in Anspruch nahm.¹² Nach Eröffnung von Teilen der Schädeldecke und des Spinalkanals beobachtete er den freien Übertritt von Liquor aus der Schädelhöhle in den Wirbelkanal und umgekehrt. Er vermutete ein kontinuierliches Pendeln der Zerebrospinalflüssigkeit in Abhängigkeit der Atembewegungen, welches auch im unversehrten Schädel eine rhythmische Verschiebung des Gehirns zur Folge habe, wenn auch weniger stark als nach der Öffnung des Schädels.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts dominierte trotz dieser Erkenntnisse noch die Monro-Kellie-Doktrin.¹³ M. R. Bourgoignon führte 1839 einen Versuch vor, der angesichts lauter werdender Gegenstimmen zum schlagkräftigen Beweis stilisiert wurde.¹⁴ Er trepanierte sein Versuchstier und setzte ein Glasröhrchen mit Verschlusshahn in der Art eines Steigrohrs in das Loch ein. Bei offenem Hahn waren rhythmische Bewegungen des Wasserspiegels im Glasröhrchen zu sehen, die bei Verschließen des Hahns verschwanden.

Untersuchungsergebnisse von Pierre Marie Jean Flourens und Alexander Ecker aus den Jahren 1842 und 1843 ließen Gehirnbewegungen im geschlossenen Schädel

⁹ Meist sind die betreffenden Angaben knapp gehalten oder beruhen auf Berichten ungenannter Chirurgen. Namentlich erwähnt sei hier Isbrandus de Diemerbroeck, der selbst auf dem Feld Beobachtungen an Schädelverletzten machte. Diemerbroeck (1685), p. 345.

¹⁰ Haller (1769).

¹¹ Ravina (1811).

¹² Magendie (1842).

¹³ Die Monro-Kellie-Doktrin besagt, dass die Summe der intrakraniellen Volumina von Hirngewebe, Liquor, arteriellem und venösem Blut stets eine Konstante ist.

¹⁴ Nach Mosso (1881).

wieder wahrscheinlicher erscheinen.¹⁵ Ecker demonstrierte experimentell, dass beim Bourgougnon'schen Versuch die Hirnbewegungen an anderer Stelle, in seinem Fall an der sogenannten Membrana atlanto-occipitalis posterior am oberen Ende des Wirbelkanals, weiterhin sichtbar blieben. Dennoch führten diese Resultate nicht dazu, dass nachfolgend die Vorstellung von Hirnbewegungen im geschlossenen Schädel allgemeinen Zuspruch fand.

George Burrows 1846 veröffentlichte Versuche widerlegten, dass die Blutmenge im geschlossenen Schädel konstant ist, und wurden in der Folgezeit von vielen Wissenschaftlern als Gegenbeweis zur Monro-Kellie-Doktrin akzeptiert.¹⁶ Gehirnbewegungen im intakten Schädel konnten somit zumindest mit dieser Begründung nicht mehr ausgeschlossen werden. Doch über die Art der Hirnbewegungen herrschte weiterhin Uneinigkeit. So leugnete Flourens weiterhin die arteriellen Hirnpulsationen, während Ecker beide vorgenannten Arten von Hirnbewegungen postulierte.

Carl Ludwig versuchte unterdessen in Leipzig, eine simultane Aufzeichnung mehrerer physiologischer Druckkurven durchzuführen. Er löste seine Aufgabenstellung mit der Entwicklung des ebenfalls 1846 vorgestellten Kymographions und revolutionierte damit die Möglichkeiten zur Erfassung physiologischer Daten.¹⁷ 1850 machten Donders und Berlin die direkte Beobachtung des Gehirns durch ein, mit Glas abgedecktes, Trepanationsloch wieder populär.¹⁸ Viktor von Bruns führte 1854 erstmalig eine Messung mechanisch verstärkter Hirnbewegungen durch.¹⁹ Er benutzte hierzu

einen sehr leichten Hebel, mit dem er die, direkt von der freiliegenden Dura mater abgeleiteten, Pulsationen zehnfach verstärkt von einer Skala ablesen konnte.

Eine Zäsur markierten sodann die Forschungsergebnisse, die Ernst Viktor von Leyden im Jahre 1866 publizierte. Sein Leben und Werk soll daher im Folgenden einer näheren Betrachtung unterzogen werden.



Abbildung 1: von Leyden

2. Ernst Viktor von Leyden (1832-1910)

Leyden hielt es nach eigenen Aussagen für weniger bedeutsam, die Entstehung der beiden zwischenzeitlich allgemein anerkannten Arten von Gehirnbewegungen aufzuklären, als eine grundsätzliche Klärung der Frage nach den Bewegungen des Hirns im ge-

¹⁵ Flourens (1842); Ecker (1843).

¹⁶ Burrows (1846).

¹⁷ Carl-Ludwig-Institut für Physiologie in Leipzig, http://cliphys.uniklinikum-leipzig.de/CLI_Gesamt/Historie/Historie.htm (gesehen: 08.09.2010).

¹⁸ Donders (1850); Berlin (1850).

¹⁹ Bruns (1854).

schlossenen Schädel herbeizuführen. Große Aufmerksamkeit widmete er den Auswirkungen eines künstlich erhöhten Drucks auf das Gehirn und den so erzeugten Symptomen.

2.1 *Biografie*

Ernst Viktor von Leyden wurde am 20. April 1832 in Danzig geboren.²⁰ Er studierte von 1850 bis 1853 Medizin an der Berliner Pépinière (seit 1818 eigentlich Medicinisch-chirurgisches Friedrich-Wilhelm-Institut), einer Anstalt des preußischen Staates zur Aus- und Weiterbildung von Militärärzten. Er promovierte am 11. August 1853 zum Dr. med. und legte 1854 sein Staatsexamen ab. Im Anschluss wurde er an die I. medizinische Universitätsklinik der Charité unter der Leitung von Johann Lukas Schönlein abkommandiert, wo er mit Ludwig Traube in Kontakt trat. Leyden war nachfolgend als Militärarzt in Düsseldorf, Königsberg und Gumbinnen tätig, legte 1859 sein Physikats-examen ab und wurde nach seiner Rückberufung als Stabsarzt 1862 in Berlin Assistent in der Propädeutischen Klinik Ludwig Traubes, wo er sich 1863 als Privatdozent für Innere Medizin über die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge habilitierte. 1865 trat Leyden als Nachfolger Hirschs in Königsberg seine erste ordentliche Professur an. Von 1872 bis 1876 lehrte er an der Universität Straßburg und wurde dann Nachfolger Traubes an der II. medizinischen Klinik der Charité. Von 1885 bis zu seiner Emeritierung 1907 leitete er die I. medizinische Klinik als Nachfolger Frerichs.

Leyden betrieb systematische Forschungen zu Erkrankungen der Lunge, des Herzens, der Nieren sowie des zentralen und peripheren Nervensystems. Hierbei zielte er zumeist auf eine Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten. Mehrere Begriffe aus einem weit gefassten Feld der Medizin tragen Leydens Namen, so zum Beispiel die Westphal-von-Leyden-Ataxie, das Duchenne-Leyden-Syndrom, die Leyden-Neuritis und der Charcot-Leyden-Kristall. Leyden publizierte ab 1879 in der von ihm und Frerichs gegründeten „Zeitschrift für klinische Medizin“, in den Verhandlungen des von ihm 1881 begründeten „Vereins für innere Medizin“ und in der von ihm und Alfred Goldscheider 1898 ins Leben gerufenen „Zeitschrift für physikalisch-diätetische Therapie“. 1886 eröffnete Leyden eine Privateilanstalt im Berliner Bezirk Tiergarten, die er bis zu seinem Tod leitete.

Ein besonderes Interesse Leydens galt der Therapie von Geschwulstkrankheiten – einem Problem, das im 19. Jahrhundert immer drängender wurde. Er war maßgeblich an der Gründung eines Komitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten im Jahre 1900 beteiligt. Leyden ließ 1901 das Universitätsinstitut für Krebsforschung auf dem Gelände der Charité errichten, das die Basis der international führenden Universitätsklinik für Geschwulstkranke an der Charité wurde. Leyden war außerdem einer der Herausgeber der Zeitschrift für Krebsforschung und Gründer der „Internationalen Vereinigung für Krebsforschung“ im Jahr 1908. Ernst Viktor von Leyden starb am 5. Oktober 1910 in Berlin. Sein Ehrengrab befindet sich auf dem Friedrichswerderschen Kirchhof I in Berlin-Kreuzberg.

²⁰ Schadewaldt (1985), S. 428f.; Pagel (1901), S. 1002f.

Die hier behandelte, viel beachtete Arbeit „Beiträge und Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Gehirns. Ueber Hirndruck und Hirnbewegung“ Leydens erschien 1866 in „Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin“.²¹

2.2 *Werk*

Leyden gliederte seine Arbeit in vier Kapitel sehr unterschiedlichen Umfangs, von denen das erste die Hirnbewegungen behandelt. Er beginnt mit einer historisch-kritischen Darstellung der vorhandenen Literatur, wobei er die Arbeiten neuerer Autoren, wie Magendie, Ecker, Longet, Donders und vieler anderer, ausführlicher behandelt und einige kritische Anmerkungen macht. So scheinen ihm Eckers Beobachtungen nicht hinreichend, um mit Sicherheit dessen Theorien über die Liquorverschiebungen durch die Bewegungen des Gehirns zu belegen. Bezüglich der Schlussfolgerung Donders', dass im geschlossenen Schädel keine Hirnbewegungen stattfinden, bemerkt Leyden kritisch, dass Donders seine Beobachtungen an Kaninchen gemacht habe. Bei diesen Tieren hätten jedoch viele Wissenschaftler, unter anderen auch Ecker, keinerlei pulsatorische Gehirnbewegung wahrnehmen können. Bei Hunden, deren Gehirnbewegungen sehr deutlich seien, müsse man seiner Meinung nach zuverlässigere Ergebnisse erzielen. Leyden schildert seine eigenen Beobachtungen, die er mittels eines speziell für diesen Zweck konstruierten Glasfensters mit Messinggewinde und Sperrhahn an der Fassung anstelle und mit dem er zu ähnlichen Ergebnissen wie Donders gekommen sei. Nach Austausch des Messinggewindes gegen ein Stahlgewinde habe er nach Verschluss des Sperrhahns auch unter der Lupe keinerlei Bewegung an dem sichtbaren Abschnitt der Hirnoberfläche ausmachen können, so dass er folgert:

„Bei vollkommen intactem und festem Schädeldache finden keine Bewegungen des Gehirns statt. Der wechselnde Druck also, welcher sich bei geöffnetem Schädel durch pulsatorische und respiratorische Bewegungen des Gehirns kund gibt, wird bei geschlossenem Schädel von den Schädelwandungen getragen und wirkt wieder auf das Gehirn zurück.“²²

Da somit eine Volumenzunahme des Gehirns nicht stattfinden könne, wirke der Schädeldachknochen einem Anschwellen der Venen bei Expiration und einem Kollabieren derselben bei Inspiration entgegen. Insgesamt ergebe sich hieraus ein fördernder und regulierender Einfluss auf die intrakranielle Zirkulation, der eine ähnliche Wirkung wie die Venenklappen in den Extremitäten entfalte. Es seien keine wesentlichen Störungen bekannt, wenn bei nicht völlig starren Schädelwandungen dieser Regulationsmechanismus wegfallende und die Druckwechsel der intrakraniellen Gefäße sich als sichtbare Hirnbewegungen äußern könnten.

Leyden geht auch auf die von Ravina und von Bruns unternommenen Versuche ein, eine quantitative Vorstellung von der Form und der Ausdehnung der Hirnbewegungen zu gewinnen. Er schildert die Methoden, mittels der Ravina für die Ampli-

²¹ Leyden (1866).

²² Ebd., S. 525.

tude der respiratorischen Hirnbewegungen Werte von etwa zwei bis sechs Millimetern bestimmte, während von Bruns für die pulsatorische Hirnbewegung beim Menschen zwischen 0,15 und 0,2 Millimeter und 0 bis 3 Millimeter für die respiratorischen Hirnbewegungen maß. Auch Leyden unternahm Versuche, die Bewegungen des Gehirns zu messen und sogar graphisch darzustellen. Die geringe Kraft dieser Bewegungen bereitete ihm bei Letzterem erhebliche Schwierigkeiten, weshalb er selbst seine Aufzeichnungen als „ziemlich unvollkommen“²³ bezeichnete. Er fand jedoch seine Ansichten über die Entstehung der Gehirnpulsationen durch die, seines Erachtens, große Ähnlichkeit der Kurven mit den am Kymographion gewonnenen Blutdruckkurven bestätigt. Respiratorische Hirnbewegungen seien indes kaum in seinen Kurven auszumachen. Auf eine Beschreibung seines Aufzeichnungsinstrumentariums verzichtet Leyden, da die Leistung des Gerätes seiner Meinung nach bisher zu mangelhaft sei. Er habe jedoch am Hund die Gehirnbewegungen gut beobachten können, wenn er auf sein Beobachtungsfenster mit Sperrhahn eine gerade Barometerröhre aufschraubte:

„Es ergibt sich (beim Hunde), dass die pulsatorischen Bewegungen im Durchschnitt eine Erhebung der Wassersäule bis zu 0,4 Ctm., die respiratorischen 2 bis 3 Ctm., bei tiefer Respiration sogar noch mehr bewirken. Die respiratorischen betragen also das Fünf- bis Sechsfache der pulsatorischen.“²⁴

Im zweiten Kapitel seiner Abhandlung wendet sich Leyden dem normalen Hirndruck zu. Insbesondere interessierte ihn hier, wie hoch der normale Innendruck des Schädels ausfällt, in welchen Grenzen dieser schwankt und welche Druckverhältnisse mit einer normalen Hirnfunktion vereinbar sind. An den letzten Punkt schloss er noch die Frage nach den Arten und der Reihenfolge des Auftretens von Störungen, die mit einem Über- oder Unterschreiten dieser Grenzen einhergingen, an. Die erschöpfendste der wenigen Erörterungen dieser Verhältnisse, die Leyden in der Literatur ausfindig machen konnte, fand er bei Magendie, aus dessen Arbeit über die Zerebrospinalflüssigkeit er ausgiebig zitiert. Aus Magendies missglücktem Versuch einer intrakraniellen Druckmessung, den Leyden kurz schildert, schlussfolgert er einen positiven Schädelinnendruck, da sich bei jenem nach der Punktion des Liquorraumes die Zerebrospinalflüssigkeit im Strahl entleerte. Leyden fand andererseits bei einigen anderen Autoren ein Einsaugen des durch ein zuvor geschaffenes Loch der Dura mater ausgetretenen Liquors beschrieben. Er schloss, dass der intrakranielle Druck nicht sehr groß sein und vielleicht zeitweise sogar negativ ausfallen könne.

Leyden beschreibt des Weiteren die Schwierigkeiten, auf die er bei den Experimenten zu diesem Gegenstand stieß. Zunächst hätten Versuche in der Art, wie Magendie sie unternahm, an der Eröffnung der Dura mater scheitern müssen, da sich

²³ Einen kurzen Abschnitt der aufgezeichneten Pulsationen veröffentlichte Leyden dennoch auf einer Bildtafel im Anhang der Zeitschrift. Die Tafel zeigt außerdem das Schraubgewinde, welches er in die Trepanationsöffnung einsetzte, sowie ein gerades und ein doppelt gekrümmtes Manometer, die er bei seinen Versuchen einsetzte. Die Kurven sind, im Vergleich mit den Aufzeichnungen späterer Autoren, äußerst wenig detailliert. Dennoch gebührt Leyden das Verdienst, die erste Abbildung der Hirnpulsationen öffentlich zugänglich gemacht zu haben. Leyden (1866), S. 527.

²⁴ Ebd., S. 527.

der intradurale Druck im Moment der Inzision durch Abfluss des Liquors dem der Atmosphäre angleichen müsse. Mit einem Manometer erfasste Leyden beim Hund im ruhigen Morphiumschlaf Niveauänderungen der Wassersäule von 12 bis 50 Millimetern, je nach der Tiefe der Atemzüge. Vor Eröffnung der Dura seien diese respiratorischen Schwankungen etwas geringer als nach selbiger gewesen. In Vergleichsmessungen mit einem Quecksilbermanometer ermittelte Leyden Werte für die respiratorischen Druckschwankungen, die mit dem spezifischen Gewicht von Quecksilber multipliziert den Ergebnissen der Messungen mit dem wasserbefüllten Manometer entsprachen.

Hiermit fand Leyden zwar die Druckdifferenz bestimmt, welche der Inhalt der Schädelhöhle durch die Respiration erfährt, doch konnte er aus diesen Werten keine Rückschlüsse auf den absoluten Druck ziehen. Um letzteren zu bestimmen, unternahm Leyden verschiedene Versuche, die Dura mater erst nach Montage der Versuchsanordnung zu öffnen. Nachdem diese misslangen, änderte er sein Konzept auf einen Vorschlag von Goltz hin dahingehend, dass er zwei Trepanationsöffnungen anlegte, von denen eine mit dem Glasfenster und der Messvorrichtung versehen wurde. Leyden eröffnete nun die Dura mater in der anderen Trepanationsöffnung, wodurch sich der Manometerstand veränderte. Mittels einer Druckspritze, die er durch einen Dreiweghahn mit seiner Messvorrichtung verband, brachte Leyden den Flüssigkeitspegel im Manometer auf sein ursprüngliches Niveau und ermittelte so die Druckdifferenz zwischen Schädelinnerem und der Atmosphäre. Diese betrug beim Hund in „Morphiumnarkose“ 10 bis 11 Zentimeter Wasser, während ihm mehrere gleichartige Versuche einer Messung im Wachzustand misslungen waren.

Nach der Ermittlung des normalen intrakraniellen Drucks schildert Leyden im dritten Abschnitt seiner Abhandlung seine Experimente, bei denen er mit einer Modifikation seines Quecksilbermanometers definierte, abnorm gesteigerte intrakranielle Drücke erzeugte. Die hierbei auftretenden Symptome stellt er ausführlich unter Angabe exakter Druckwerte bei Entstehung und Auswirkungen auf die Gehirnbewegungen dar und widmet sich im Anschluss ausführlich ihrer Besprechung.

Im vierten und letzten Kapitel seiner Arbeit behandelt Leyden den negativen Hirndruck. Er erzeugte mit seiner Versuchsanordnung einen Sog von bis zu 600 Millimetern Quecksilbersäule, konnte jedoch, abgesehen von leichter Unruhe des eingesetzten Hundes, keine pathologischen Erscheinungen nachweisen. Nach der Tötung des Tieres fand Leyden jeweils einen Bluterguss an der Trepanationsstelle und an der Hirnbasis. Leyden vermutet, dass sich das Ausbleiben bedeutender Symptome durch eine schnelle Verlegung der Trepanationsöffnung durch das aspirierte Gehirn erklärt, wodurch sich der Großteil des Schädelinhaltes dem negativen Druck entzogen hätte.

3. Angelo Mosso (1846-1910)

Nach 1866, dem Publikationsjahr der vorgenannten Leydenschen Arbeit, kam es zu einer drastischen Zunahme von experimentellen Beiträgen zum Themenbereich Hirnbewegungen. Leydens innovative Versuchsanordnung und vor allem sein Glasfenster mit Stahlschraube wurden von vielen Forschern gewürdigt und adaptiert. Bei der

Wiederholung der Versuche Leydens erhielten nicht wenige von ihnen bessere Kurvenaufzeichnungen von Gehirnbewegungen. Die Frage, ob Gehirnbewegungen im geschlossenen Schädel stattfinden, blieb indes weiterhin ungelöst. Ausgehend von den Studien der eigentlichen Hirnbewegungen formierten sich zunehmend Forschergruppen, die sich spezielleren Fragestellungen im Zusammenhang mit den Bewegungen des Gehirns widmeten. Diese betrafen beispielsweise die Liquorzirkulation, die pharmakologische Beeinflussung der Hirnbewegungen, die Innervation der zerebralen Gefäße, um nur einige zu nennen. Den nächsten großen Fortschritt brachte der Italiener Angelo Mosso, der ab 1875 seinen Plethysmographen entwickelte und nachfolgend Studien der Gehirnbewegungen am Menschen durchführte, die in einer Arbeit aus dem Jahre 1881 gipfelten.



Abbildung 2: Angelo Mosso

3.1 Biografie

Angelo Mosso wurde am 30. Mai 1846 als ältestes von drei Geschwistern in einfachen Verhältnissen in Chieri nahe Turin geboren.²⁵ Er besuchte in Cuneo und Asti das Gymnasium und immatrikulierte sich 1865 für das Medizinstudium an der Universität von Turin. 1868 trat Mosso eine Assistentenstelle am Krankenhaus Mauriziano an und promovierte am 25. Juli 1870 mit summa cum laude. Mosso wurde von seinen Prüfern dem Physiologen Jakob Moleschott empfohlen, der ihm 1871 eine Anstellung im Laboratorium des Experimentalphysiologen Moritz Schiff in Florenz vermittelte, wo er experimentell arbeitete. 1874 wechselte er für ein Jahr nach Leipzig zu Carl Ludwig, wo er die graphische Aufzeichnung physiologischer Phänomene studierte und die ersten Entwürfe seines Plethysmographen anfertigte. Zwei Stellenangebote aus Heidelberg und Kiel lehnte Mosso ab und besuchte stattdessen zunächst in Paris mehrere Krankenhäuser und Laboratorien bekannter Wissenschaftler. 1875 kehrte Mosso als Privatdozent für Pharmakologie zu Moleschott nach Turin zurück, wo er seine Untersuchungen über die Blutzirkulation fortsetzte. Er konstruierte einen Plethysmographen nach eigenen Plänen und führte mit diesem Untersuchungen durch, deren Ergebnisse er ab 1876 in einer Reihe von Arbeiten veröffentlichte. 1879 folgte Mosso Moleschott auf dem Lehrstuhl für Physiologie der Universität Turin nach.

In den folgenden 30 Jahren seiner Tätigkeit prägte Mosso die italienische Experimentalphysiologie und empfing Besucher aus aller Welt. Unter anderen arbeitete 1901 auch Harvey Cushing, der sich für seine Experimente über Hirndruck interessierte, bei Mosso in Turin. Mosso begründete 1882 die Zeitschrift „Archives italiennes de Biologie“, in der er viele seiner physiologischen Forschungsergebnisse veröffentlichte. Er

²⁵ Di Giulio et al. (2006); Pagel (1901), S. 1163-1164.

gründete 1893 das Institut für Physiologie Parco del Valentino und 1895 eine nach ihm benannte Forschungsstation im Monte-Rosa-Massiv für höhenklimatische und aemphysiologische Studien. 1899 und 1900 war Mosso Rektor der Universität von Turin.

Mosso erfand neben dem Plethysmographen zahlreiche weitere Laborgeräte, so zum Beispiel einen Pneumographen, ein urologisches Zystometer, einen Sphygmographen, einen Ergographen, ein Ponometer, ein Myotonometer, ein Sphygmomanometer, sowie verschiedene Respirationsgeräte und Aufzeichnungsapparaturen, die er bei seinen Experimentalstudien einsetzte. Angelo Mosso verfasste mehr als 170 Aufsätze und Bücher, war Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften aus aller Welt und wurde 1904 zum italienischen Senator ernannt. In den letzten Jahren seines Lebens wandte er sich der Archäologie zu und nahm an Ausgrabungen in Kreta, Süditalien und auf dem Forum Romanum teil. Mosso starb am 24. November 1910 in Turin, wenige Tage nach seiner Ernennung zum Mitglied der Berliner Akademie der Wissenschaften.

3.2 *Werk*

Angelo Mosso arbeitete und forschte 1874, am Beginn seiner Karriere, bei Carl Ludwig in dessen physiologischer Anstalt in Leipzig. Er studierte ein Jahr lang die Registrierung physiologischer Phänomene und entwarf in dieser Zeit den Plethysmographen. Im Wesentlichen handelte es sich hierbei um eine wassergefüllte Glasröhre mit Gummimanschette, in welcher ein Arm des Probanden untergebracht werden konnte. Die Glasröhre verfügte über ein enges Steigrohr, in dem die Summe der verschiedenen Volumenschwankungen des Arms am Wasserspiegel sicht- und ableitbar war. Analog zu diesem Verfahren ließen sich mit Mossos Konstruktion auch Volumenschwankungen des Gehirns oder des Beines registrieren und mittels rotierender Trommel als Kurvenaufzeichnung festhalten.

Nachdem er die Pariser Laboratorien von Claude Bernard, Charles-Édouard Brown-Séquard, Étienne-Jules Marey und Louis Antoine Ranvier besucht hatte, kehrte Mosso 1875 nach Turin zurück und führte dort seine Studien der Blutzirkulation unter Moleschott fort.²⁶ Im gleichen Jahr konstruierte er den erwähnten Plethysmographen und veröffentlichte eine Arbeit über Entstehungsgeschichte und Funktionsweise dieses Instruments.²⁷ Eine, als Auftakt einer Serie ausgewiesene, Ankündigung der ersten experimentellen Resultate mit seinem Plethysmographen veröffentlichte Mosso ein Jahr

²⁶ Insbesondere Marey spielt eine große Rolle für die französische Forschung, die auf die Hirnbewegungen ausgerichtet war. In Mareys Labor in Paris wurde in den 1870er Jahren eine Anzahl beachteter Arbeiten zu diesem Gegenstand angefertigt. Wie auch Mosso konzipierte und konstruierte Marey zahlreiche Laborgerätschaften, von denen einige weitverbreitete Anwendung fanden. Im Zusammenhang mit den Gehirnbewegungen sind besonders Mareys Tamboure und sein Sphygmograph von Bedeutung. Aus Mossos Aufenthalt in Paris entwickelte sich eine Freundschaft und Kooperation zwischen den beiden Forschern, die sich in den folgenden Jahren häufig gegenseitig in ihren Laboratorien besuchten. Vgl. auch Braun (1992), p. 326.

²⁷ Mosso (1875).

später.²⁸ Die besagten Versuchsergebnisse lieferte er in einer weiteren Arbeit, die er ebenfalls noch 1876 – gemeinsam mit Carlo Giacomini – publizierte.²⁹

Während die Versuche Jean Baptiste Nicolas Langlets, die Fontanellenbewegungen von Säuglingen unter Zuhilfenahme einer Variation des Marey'schen Sphygmographen aufzuzeichnen, nur von bescheidenem Erfolg gekrönt gewesen waren, erhielten Giacomini und Mosso bessere Kurven mittels eines Marey'schen Tambours.³⁰ Ihre Versuchsperson war Catharina X., eine 37-jährige Bäuerin, die durch ihren Mann während der sechsten Schwangerschaft mit Syphilis infiziert worden war. Im Tertiärstadium der Krankheit manifestierten sich bei der Frau chronische Kopfschmerzen und ulzerierende Geschwüre in der Stirngegend. Als sie 1875 in das San Lazzaro Hospital eingewiesen wurde, hatten massive Gummata umfangreiche Partien der Frontal- und Parietalknochen zerstört. Der nekrotische Knochen wurde in mehreren Operations-sitzungen durch Giacomini entfernt. Mosso und Giacomini machten die ersten Aufzeichnungen von Gehirnpulsationen im Februar 1876, indem sie den Marey'schen Tambour mit der Dura mater der Patientin in direkten Kontakt brachten. Zusätzlich wurde ein Unterarm der Catharina X. in der, mit lauwarmem Wasser gefüllten, Glasröhre des Plethysmographen untergebracht und die Volumenveränderungen mittels eines weiteren Marey'schen Tambours auf berußtes Papier übertragen. Auf diese Weise erhielten Giacomini und Mosso Kurven volumetrischer Schwankungen des Unterarms, die identisch mit den gleichzeitig aufgezeichneten puls- und atemsynchronen Gehirnbewegungen waren.

Mosso und Giacomini untersuchten auch den Einfluss des Schlafes auf die Bewegungen des Hirns der Patientin. Notgedrungen brachten die beiden Forscher hierbei Chloralhydrat zum Einsatz, da die Probandin unter Versuchsbedingungen auf andere Weise kaum einschief. Nach mehreren Sitzungen schien es für Mosso trotz der Sedierung gesichert, dass das Gehirnvolumen üblicherweise beim Erwachen eine Zunahme erfährt.

Mosso und Giuseppe Albertotti veröffentlichten 1878 eine Arbeit mit den Ergebnissen ihrer Untersuchungen von Gehirnbewegungen eines 11-jährigen, geistig retardierten Epileptikers namens Giovanni Thron.³¹ Als sie ihre Versuche mit Thron im Frühling 1877 begannen, lebte dieser bereits seit einigen Jahren im Irrenhaus von Turin. Aufgrund eines frühkindlichen Unfalls hatte Thron in der Stirn- und Schläfengegend einen Knochendefekt, welcher durch eine sehr feste Narbenplatte überbrückt war und durch den die Bewegungen des Gehirns deutlich zu sehen waren. Mosso und Albertotti setzten hier eine kreisrunde Guttaperchaplatte auf, die nach Erwärmung exakt an die Form des Schädels rings der Narbe angepasst wurde. Die Mitte der Platte wurde zu einer leichten Kuppel geformt und in ihrer Spitze ein Glasröhrchen zum Anschluss

²⁸ Mosso (1876).

²⁹ Giacomini/Mosso (1876).

³⁰ Sphygmographen als auch Tambours sind – vereinfacht gesprochen – hebelbasierte Abnahmeinstrumente, mit denen beispielsweise der Puls einer Arterie abgeleitet und einer Kurvenaufzeichnung zugeführt werden kann.

³¹ Albertotti/Mosso (1878).

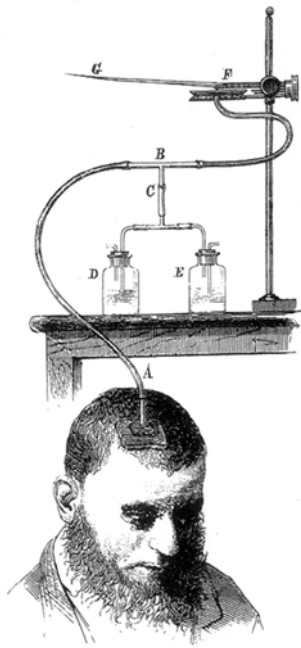


Abbildung 3: Anordnung der an Bertino zur Aufzeichnung der Gehirnpulsationen angewandten Apparatur.

verstarb etwa zwei Monate später.

Mossos wichtigstes und umfangreichstes Werk über die Bewegungen des Gehirns erschien 1879 in italienischer und 1881 in deutscher Sprache.³² Neben einer außerordentlich profunden Literaturübersicht der vorhandenen Arbeiten zu diesem Gegenstand referiert Mosso auch einen Großteil der Beobachtungen und Resultate aus seinen vorgenannten, früheren Arbeiten. Neue Versuchsergebnisse mit spezielleren Fragestellungen lieferte ihm Michele Bertino, ein weiterer Patient mit einem Defekt des knöchernen Schädels. Einen besonderen Stellenwert nehmen hierbei die Untersuchungen der zerebralen Zirkulation bei geistiger Aktivität und im Schlaf ein. Ferner erweiterte Mosso seine Hirnplethysmographieexperimente durch den Einsatz mehrerer hypnotisch wirkender Pharmaka und studierte die Effekte äußerlicher Reize, wie Geräusche und Sprache, die im Schlaf unbewusst wahrgenommen werden. Auf die Form einer jeden Pulswelle wurde hierbei besonders eingegangen. Ganz im Sinne der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Fachdebatten zur Pulslehre erörtert Mosso Verläufe auf- und absteigender Schenkel, sowie Anzahl und Positionen der Gipfel einer arteriellen Pulsation in der Kurvenaufzeichnung. Hierbei versucht er eindeutige und charakteristische Um-

eines Schlauches eingepasst. Auf diese Weise konnten sie die Pulsationen der Narbe mittels Luftübertragung auf berußtem Papier aufzeichnen. Da Thron im Wachzustand meist agitiert war, bereitete die Durchführung der Versuche größere Schwierigkeiten. Mosso und Albertotti konzentrierten sich aus diesem Grunde auf die Aufzeichnung der Gehirnbebewegungen im Schlaf. Weitere Schwierigkeiten bereiteten die täglichen epileptischen Anfälle des Knaben, die teils auch im Schlaf auftraten. Durch die Verabreichung von Chloralhydrat verschlimmerte sich der Erregungszustand Throns sogar noch. Die meisten brauchbaren Aufzeichnungen entstanden so während des postiktalen Schlafes, da Thron in soporösem Zustand das Anlegen der Versuchsaapparatur längerfristig tolerierte. Während eines solchen Versuchs beobachteten sie einen deutlichen Anstieg der Hirnpulskurve, nachdem Mosso den Jungen mit seinem Namen angesprochen hatte, um seine Wachheit zu prüfen. Dies ließ sich nachfolgend noch mehrmals reproduzieren, wobei Thron während der ganzen Zeit fest schlief. Mosso folgerte daraus, dass die zerebrale Volumenzunahme vermutlich auf eine Kontraktion der Gefäße in den Extremitäten und Organen zurückzuführen sei. Im August 1877 zog sich Giovanni Thron eine schwere Infektion zu und

³² Mosso (1879); Mosso (1881).

stände ihrer Entstehung, wie beispielsweise die Tageszeit, anzuführen. Unter einer Vielzahl von untersuchten Faktoren hält Mosso insbesondere den Einfluss von psychischer Aktivität für stark ausgeprägt.

Ein herausragendes Ergebnis der Mossoschen Experimente war, dank der Registrierungsmethode mit kontinuierlicher Aufzeichnung, die Entdeckung einer dritten Wellenform, deren Frequenz langsamer als die bereits bekannten Druckschwankungen im Rhythmus von Herzschlag und Atmung zu sein schien. Mosso unterscheidet diese, von ihm als Undulationen bezeichneten, Kurvenschwankungen von den einige Jahre zuvor beschriebenen Traube-Hering'schen Blutdruckwellen, deren Ursprung allgemein in einer zentral-vegetativen Steuerung der Gefäßmuskulatur vermutet wurde. Für den Hirnkreislauf nimmt Mosso andere Ursachen an, da seine Versuche häufig eine lokal begrenzte Undulation an der plethysmographisch untersuchten Extremität zeigten, während der systemische Blutdruck unverändert blieb. Auch die Gehirnbewegungen Bertinos im Schlaf zeigten solche lokalen, vom allgemeinen Blutdruck unabhängigen, Undulationen, weshalb sie nach Mossos Dafürhalten ein eigenständiges Phänomen darstellen.

Seine Ergebnisse überprüfte und erweiterte er durch zahlreiche Tierversuche, mit denen Mosso unter anderem den Einfluss von künstlicher und natürlicher Atmung auf die Gehirnbewegungen erforschte. Er befasste sich auch mit der problematischen Frage nach der Blutzirkulation im geschlossenen Schädel. Hier vertritt Mosso im Wesentlichen die Theorie James Cappies, nach welcher eine wechselseitige Verdrängung des Blutes in den venösen und arteriellen Hirngefäßen unter anderem die Ursache der Gehirnbewegungen darstelle, wobei jedoch das gesamte intrakranielle Blutvolumen annähernd konstant bleibe. Die führende Theorie, nach der die Gehirnbewegungen durch eine Liquorverschiebung zwischen Schädel und Wirbelkanal ermöglicht werden, lehnt Mosso ab. Er hält einen raschen Durchtritt einer nennenswerten Menge Zerebrospinalflüssigkeit durch die Hinterhauptsöffnung nicht für möglich. Er führt einige Argumente und experimentelle Beobachtungen an, die den von ihm favorisierten Mechanismus belegen sollen. Mossos Beweisführung vermag jedoch, im Gegensatz zu dessen Behauptungen, weder den Ausschluss der allgemein akzeptierten Liquorverschiebung, noch den Beweis der Richtigkeit seiner eigenen und Cappies Theorien zu leisten.

1894 erschien eine Abhandlung Angelo Mossos über die Temperatur des Gehirns, welche eine modifizierte Fortsetzung seiner plethysmographischen Untersuchungen am Gehirn mit veränderter Fragestellung darstellt.³³ Die Hirnbewegungen, die Mosso ausgiebig in der vorausgegangenen Arbeit untersuchte, behandelt er hier nur beiläufig, und neue Erkenntnisse zu diesem Forschungsgegenstand finden sich nicht.

Mosso entdeckte und etablierte seine Undulationen als dritte Form der Gehirnbewegungen und setzte neue Maßstäbe für die apparative Registrierung der Hirnbewegungen. Durch Mossos breites Untersuchungsspektrum wurden weitere hirnplethysmographische Studien in Bezug auf psychische Vorgänge, Phänomene des Schlafes, die Wirkungsweise von Arzneimitteln und immer speziellere Aspekte der intrakraniellen Zirkulation, der Gehirnbewegungen und der Innervation der Hirngefäße

³³Mosso (1894).

angeregt. Die ohnehin bereits fortgeschrittene Zersplitterung der Erforschung von Gehirnbewegungen in genannte Unter Aspekte erfuhr so nochmals eine Beschleunigung. Parallel war es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zur Erfindung beziehungsweise Verbesserung zahlreicher Untersuchungsgeräte gekommen.

4. Hans Berger (1873-1941)

Die Erforschung des Hirndrucks und der Liquorzirkulation gewann zunehmend an Bedeutung und rückte an die Stelle von Untersuchungen physiologischer Hirnbewegungen. Spätere Arbeiten zu diesem Thema von Hans Berger (1901), Korbinian Brodmann (1902) sowie P. Resnikow und Sergej Nikolajewitsch Dawidenkow (1911) stießen bei den noch offenen Fragen über die Hirnbewegungen an die Grenzen der damaligen technischen Möglichkeiten. Die genannten Autoren bedauerten den geringen Gewinn von verwertbaren Resultaten und neuen Erkenntnissen.

Hans Bergers Untersuchungen von Gehirnbewegungen kam – nicht zuletzt wegen der Prominenz und der Autorität ihres Autors – eine besondere Beachtung zu, so dass sie hier exemplarisch vorgestellt werden, um die skizzierte Entwicklung zu illustrieren.

4.1 Biografie

Hans Berger kam am 21. Mai 1873 in Neuses bei Coburg als Sohn eines Arztes zur Welt und machte 1892 sein Abitur mit Bestnoten.³⁴ Anschließend studierte er in Berlin

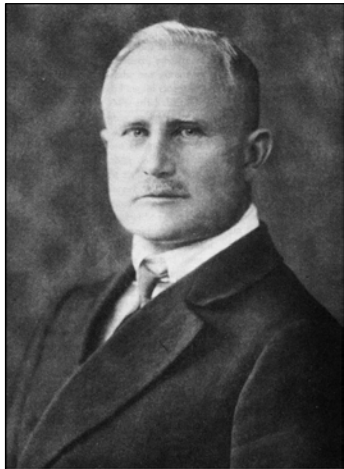


Abbildung 4: Hans Berger

Mathematik und Astronomie. Später wechselte Berger zum Medizinstudium, das ihn von Berlin nach Jena führte. In Jena wurde er Mitglied der Burschenschaft Arminia auf dem Burgkeller, wechselte später nach Würzburg, Kiel, und schließlich wieder nach Jena, wo er 1897 promovierte. Seine ärztliche Tätigkeit nahm Berger in der psychiatrischen Universitätsklinik unter der Leitung von Otto Binswanger auf, wo er mit Oscar Vogt und Korbinian Brodmann als Assistenten und Theodor Ziehen als zuständigem Oberarzt zusammenarbeitete.

Berger habilitierte sich 1901 mit einer Arbeit zur „Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen, namentlich unter dem Einfluss von Medikamenten“. Die Experimente hierzu führte er teilweise gemeinsam mit Brodmann durch, der simultan an einer eigenen Abhandlung mit anderer

Fragestellung arbeitete. 1902 begann Hans Berger mit ersten Experimenten an der Hirnrinde von Hunden und Katzen, um Beziehungen zwischen Körper und Seele nachzuweisen. Er wurde 1912 Oberarzt und folgte Binswanger 1919 auf dem Posten des Direktors der psychiatrischen Klinik in Jena nach. Berger befasste sich neben der

³⁴ Kolle (1956).

zerebralen Zirkulation auch mit der Temperatur des Hirns, der Psychophysiologie und zahlreichen neurologischen Fragen.

Nach jahrelanger Forschungsarbeit gelang es ihm 1924 erstmals, am Schädel eines trepanierten Tumorpatienten elektrische Aktivitäten der Hirnrinde nachzuweisen und aufzuzeichnen. 1929 publizierte er seine erste vorläufige Mitteilung über das Elektroenzephalogramm des Menschen, womit er entscheidende Grundlagen der elektrischen Hirndiagnostik schuf.

Neben den herausragenden wissenschaftlichen Leistungen Bergers beinhaltet dessen Leben auch düstere Kapitel:³⁵ Berger war förderndes Mitglied der SS und gehörte dem Erbgesundheitsobergericht Jena an. Mit seiner Emeritierung im Jahr 1938 endete Bergers Mitwirken an den Zwangssterilisationen unter nationalsozialistischem Regime. Auf die Bitte des NS-Rassenhygienikers Karl Astel, wieder als Beisitzer am Erbgesundheitsobergericht tätig zu werden, soll er am 4. März 1941 geäußert haben, dass er sehr gerne dazu bereit sei und Astel für das Angebot danke. Hierzu kam es jedoch nicht mehr, da sich Berger am 1. Juni 1941 in der Medizinischen Klinik in Jena im Rahmen einer akuten Depression erhängte.

Zuletzt wohnte er in dem von ihm geleiteten Nervensanatorium in Bad Blankenburg.

4.2 *Werk*

Die vorgenannte Habilitationsschrift hat nach Bergers eigenen Angaben ihren Ursprung in dem Bedürfnis, Klarheit über die Wirkungsweise einer Reihe von Medikamenten zu erlangen, die in der psychiatrischen Therapie täglich eine große Rolle spielten. Bereits in der Einleitung seiner Schrift berichtet er von einer Patientin der Klinik, die nach zweimonatiger Stummheit auf die Verabreichung einer Kokaininjektion hin plötzlich wieder zu sprechen begann. Berger beschloss, den Befund, welchen er auf eine Veränderung der Hirndurchblutung zurückführte, weiter zu verfolgen und wissenschaftlich zu begründen.

³⁵ Klee (2005), S. 41.



Abbildung 5: Bergers Arbeit aus dem Jahr 1901

Gemeinsam mit Brodmann führte er Versuche an einem 47-jährigen Mann durch, der aufgrund einer fortschreitenden Halbseitenlähmung in die psychiatrische Klinik aufgenommen und im Verlauf seiner Behandlung mehrfach trepaniert worden war. Mit Brodmann hatte sich Berger vor Beginn der Experimente darauf geeinigt, dass dieser die psychischen Effekte und Berger seinerseits die physiologischen und pharmakologischen Auswirkungen der Versuche behandeln wollte.

In Anlehnung an Mossos Versuchsaufbau fertigten sie nach Gipsabdrücken eine Guttaperchaplatt an, leiteten die Gehirnbewegungen jedoch nicht per Luftübertragung, sondern über einen Winkelhebel ab. Bei seinen Tierversuchen gestaltete sich diese Form der Übertragung als schwierig. Hier kam ein eigens angefertigter Schraubansatz für die Trepanationsöffnung zum Einsatz, von dem aus die Gehirnbewegungen mittels Winkelhebel übertragen wurden. Versuche, die pulsatorischen Schwankungen der Zerebrospinalflüssigkeit durch Spinalpunktionen beim Menschen darzustellen, misslangen Berger, da das Versuchsinstrumentarium die äußerst feinen Bewegungen im angeschlossenen Manometer aufgrund der Reibung der einzelnen Teile nicht aufzeichnen konnte. Nach Erprobung verschiedener Verfahren entschied sich Berger, bei seinem menschlichen Probanden die Volumenkurven von Arm und Kopf in der von Mosso angegebenen Weise simultan plethysmographisch zu registrieren.

Die Form der arteriellen Pulsationen, die Berger aufzeichnete, war meist identisch mit den Beschreibungen Mossos. Wie die Mehrheit seiner Vorgänger konstatiert Berger in seinen Ausführungen eine Vergrößerung des Hirnvolumens bei der Inspiration. Gleichzeitig verweist er auf den großen Einfluss von Modifikationen der Atmung auf die Gehirnpulskurve allgemein hin. Bei der Untersuchung von Auswirkungen geistiger Anspannung, des Schlafes und von Arzneimitteln könnten derartige Einflüsse auf die Respiration deren direkten Einfluss auf die Hirnpulskurve vortäuschen. Berger bestätigt die von Mosso beschriebenen Undulationen und sieht aufgrund seiner Resultate und der Ergebnisse anderer Wissenschaftler die Existenz vasomotorischer Nerven für die Hirngefäße als hinreichend bewiesen an. Er führte weitere Experimente über den Einfluss der Schwerkraft und einfacher Muskelbewegungen auf die Hirnzirkulation durch, wobei jedoch selbst kleinste Bewegungen der Nackenmuskulatur des Probanden zu massiven Störungen in der Kurvenaufzeichnung führten.

Neben diesen Untersuchungen (mehr oder minder) physiologischer Hirnbewegungen schildert Berger Versuche mit einer Anzahl von Medikamenten, die darauf zielten, deren Auswirkungen auf den Hirnkreislauf zu untersuchen. Als ernüchterndes Resultat dieser Untersuchungen fand er heraus, dass die untersuchten Substanzen einerseits zum Teil eine ganz unerwartete Wirkung zeigten und andererseits im Tierversuch eine völlig andere Wirkung entfalteten, als er sie aus der klinischen Anwendung beim Menschen kannte.

Berger unternahm in den folgenden Jahren, trotz der Enttäuschung über die 1901 veröffentlichten Ergebnisse, weitere Experimentalstudien an Trepanierten mit verschiedenen Fragestellungen. Parallel widmete sich Berger psycho-physiologischen Untersuchungen an einem anderen Patienten, der ebenfalls einen Schädeldefekt aufwies. Neben den Hirnbewegungen und dem Armvolumen zeichnete er hierbei teilweise die thorakale und abdominelle Komponente der Atembewegungen getrennt voneinander auf. 1904 und 1907 publizierte er „weitere experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen“, in denen die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände und geistiger Arbeit im Fokus der Untersuchung standen.³⁶

5. Die Erforschung der „Gehirnbewegungen“ im 20. Jahrhundert

Um die Wende zum 20. Jahrhundert gerieten die Bewegungen und Druckverhältnisse des Liquor cerebrospinalis zunehmend in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses und rückten so an die Stelle der Frage nach den eigentlichen Gehirnbewegungen. Zudem fand – wie Karl Hürthle schon 1927 bemerkte³⁷ – eine Verquickung der Begrifflichkeiten von Pulsationen, Bewegungen oder Druck, welche sich auf das Gehirn beziehen, mit den entsprechenden Termini technici für die Zerebrospinalflüssigkeit statt.³⁸

³⁶ Berger (1904); Berger (1907).

³⁷ Hürthle (1927).

³⁸ Exemplarisch sei die Arbeit von Sigrid Friese, Uwe Klose und Karsten Voigt aus dem Jahr 2002 genannt, um die terminologische Vielfalt zu veranschaulichen. Bereits in der vorangestellten Zusammen-

Die Gehirnbewegungen wurden jedoch auch in späteren Publikationen noch vereinzelt berücksichtigt.³⁹ Wesentliche Veränderungen gab es bei den Untersuchungsverfahren und den forschenden Fachdisziplinen, denen die Autoren dieser Arbeiten zuzurechnen sind: Im 20. Jahrhundert verlagerte sich das Forschungsgebiet der Hirn- und Liquorbewegungen mit Voranschreiten der technischen Entwicklung und Segmentierung des Arztberufes zunehmend in den Bereich der bildgebenden Verfahren, die vorwiegend von den vergleichbar jungen Fachgruppierungen der Radiologen und Nuklearmediziner zur Anwendung gebracht wurden und werden. Die am Anfang des 20. Jahrhunderts nochmals aufgegriffene und verbesserte Methode der direkten Beobachtung der Gehirnoberfläche durch einen transparenten Ersatz des Schädelknochens wurde in der Mitte des Jahrhunderts bereits wieder verlassen und von minimal invasiven und nicht-invasiven Untersuchungsmethoden abgelöst. Im Bereich der Tomographie und Szintigrafie fand eine wesentliche Weiterentwicklung der nicht-chemischen Liquordiagnostik statt. Dies führte letztlich zur Etablierung von Verfahren, die eine Untersuchung der Liquor- und Hirnbewegungen des Menschen *in vivo* bei komplett unversehrtem zerebrospinalem Raum gestatteten. Im Jahre 1984 gelang schließlich der *in vivo* Nachweis von Hirnpulsationen im natürlichen Zustand des menschlichen Schädels mittels Computertomografie, womit diese offen gebliebene, zentrale Frage endgültig beantwortet werden konnte.

6. Schlussbemerkungen

Mit der Entwicklung neuer Laborgerätschaften ab den 1840er Jahren kam es, wie erwähnt, zu einer explosionsartigen Zunahme der Experimentalstudien über die Gehirnbewegungen und zu lebhaften fachlichen Diskursen über diesen Gegenstand. Als bei der Erforschung der Hirnbewegungen zunehmend Aspekte wie der Zellstoffwechsel, die vasomotorische Innervation oder die lokale Autoregulation der Gefäße einbezogen werden mussten, reichten die vorhandenen Messmethoden bald nicht mehr aus, um die Komplexität der hirnorganischen Leistungen und Funktionsäußerungen suffizient zu erfassen. Insbesondere der Frage nach den Gehirnbewegungen im geschlossenen Schädel war mit dem Instrumentarium des 19. und frühen 20. Jahrhunderts nicht beizukommen. Das Interesse an den Gehirnbewegungen nahm mit Ausreizung der technischen Möglichkeiten tendenziell wieder ab und die Auflösung des eigentlichen

fassung finden sich die Begriffe „Pulsieren des Gehirns“, „Liquorbewegung“, „Pulsation des Liquors“ sowie „Bewegung des Gehirns und des Myelons“. Im eigentlichen Text wird, neben weiteren Synonymen, die „pulsatile Veränderung des intrakraniellen Blutvolumens als Motor der Bewegung des Liquors“ genannt. Insbesondere der letztgenannte Ausdruck illustriert, wie die Gehirnbewegung durch Umschreibungen in den Hintergrund gerückt und durch die Bewegung des Liquors ersetzt wurde. Friese et al. (2002), S. 69.

³⁹ Eine umfangreiche Zusammenstellung von entsprechenden Autoren und Ergebnissen des 20. Jahrhunderts lieferte Wilhelm Grote in seiner 1964 veröffentlichten Arbeit. Einige der späterer Schriften, in denen die Gehirnbewegungen explizit erwähnt wurden, sind Du Boulay (1966); Wallace et al. (1966); Jenkins et al. (1971); Lane/Kricheff (1974); Schmidt et al. (1977); Podlas et al. (1984); Greitz et al. (1993); Grote (1964); Martínez-Lage et al. (2006).

Themas in multiple Unterdisziplinen, die sich weiterführenden Fragestellungen widmeten, führte zwangsläufig zur fast völligen Zersplitterung und letztlich zur Aufgabe dieses Forschungsgebiets.

Die äußerst komplexe und interessante Geschichte der Erforschung von Gehirnbewegungen konnte an dieser Stelle nur in groben Zügen skizziert werden. Wie weit die Ausläufer dieses Forschungszweiges jedoch in Wahrheit reichen, veranschaulicht die Rolle der hirnplethysmographischen Studien Hans Bergers auf dem Weg zur Erfindung des EEG, das Bergers bei weitem bekannteste und meistgewürdigte Leistung darstellt. Dabei stellt Berger keineswegs einen Einzelfall dar: Unter den Wissenschaftlern, die sich mit den Gehirnbewegungen befassten, finden sich neben den bereits erwähnten Ärzten und Wissenschaftlern Magendie, Bernard, Cushing, Brodmann und Ludwig, weitere herausragende zeitgenössische Persönlichkeiten wie Ferdinand Sauerbruch, Theodor Kocher, Heinrich Irenäus Quincke, Eduart Hitzig, Ernst von Bergmann, Friedrich Jolly – womit lediglich die bekannteren Wissenschaftler genannt sind.

Literatur

1. Albertotti/Mosso (1878): Giuseppe Albertotti, Angelo Mosso, Osservazioni sui movimenti del cervello di un idiota epilettico, *Giornale della Reale Accademia di Medicina di Torino* 61 (1878), pp. 47-60 u. 75-95.
2. Bauhin (1605): Caspar Bauhin, *Theatrum anatomicum*, Frankfurt 1605.
3. Berger (1901): Hans Berger, *Zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen, namentlich unter dem Einfluß von Medikamenten*, Jena 1901.
4. Berger (1904): Hans Berger, *Über die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände. Weitere experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen. Band I*, Jena 1904.
5. Berger (1907): Hans Berger, *Über die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände. Weitere experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen. Band II*, Jena 1907.
6. Berlin (1850): Willem (Guilielmus) Berlin, *Untersuchungen über den Blutumlauf in der Schädelhöhle*, *Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin* 69 (1851), S. 14-16.
7. Braun (1992): Marta Braun, *Picturing time: the work of Etienne-Jules Marey (1830-1904)*, Chicago 1992.
8. Bruns (1854): Viktor von Bruns, *Handbuch der praktischen Chirurgie in Monographien für Ärzte und Wundärzte, 1. Abteilung: Die chirurgischen Krankheiten und Verletzungen des Gehirns und seiner Umhüllungen*, Tübingen 1854.
9. Burrows (1846): Sir George Burrows, *On disorders of the cerebral circulation and of the connection between affections of the brain and diseases of the heart*, London 1846.
10. Diemerbroeck (1685): Isbrandius de Diemerbroeck, *Anatome corporis humani*, 3, Utrecht 1685.

11. Di Giulio et al. (2006): Camillo Di Giulio, Franca Daniele, Charles M. Tipton, Angelo Mosso and muscular fatigue: 116 years after the first congress of physiologists: IUPS commemoration, *Advances in Physiology Education* 30 (2006), pp. 51-57.
12. Donders (1850): Franciscus Cornelis Donders, Die Bewegungen des Gehirns und die Veränderungen der Gefässfüllung der Pia mater auch bei geschlossenem, un-ausdehnbarem Schädel, unmittelbar beobachtet, *Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin* 69 (1851), S. 16-20.
13. Du Boulay (1966): George H. Du Boulay, Pulsatile movements in the CSF pathways, *British Journal of Radiology* 39 (1966), pp. 255-262.
14. Ecker (1843): Alexander Ecker, Physiologische Untersuchungen über die Bewegungen des Gehirns und Rückenmarks, insbesondere den Einfluss der Cerebrospinalflüssigkeit auf dieselben, Stuttgart 1843.
15. Flourens (1842): Pierre Marie Jean Flourens, *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du Système nerveux dans les animaux vertébrés*, Paris 1842.
16. Friese et al. (2002): Sigrid Friese, Uwe Klose, Karsten Voigt, Zur Pulsation des Liquor cerebrospinalis, *Klinische Neuroradiologie* 12 (2002), 2, S. 67-75.
17. Galen (1562): Galenos von Pergamon, *Opera omnia, ex versione latina*, Venedig 1562.
18. Giacomini/Mosso (1876): Carlo Giacomini, Angelo Mosso, Esperienze sui movimenti del cervello nell'uomo, *Archivio per le scienze mediche* 1 (1876), 3, pp. 247-278.
19. Greitz et al. (1993): Dan Greitz, A. Franck, B. Nordell, On the pulsatile nature of intracranial and spinal CSF-circulation demonstrated by MR imaging, *Acta Radiologica* 34 (1993), pp. 321-328.
20. Grote (1964): Wilhelm Grote, Gehirnpulsation und Liquordynamik, *Acta Neurochirurgica, Supplementum* 12 (1964), S. 1-130.
21. Haller (1769): Albrecht von Haller, *Elementa physiologiae corporis humani* 5, Lausanne 1769.
22. Hürthle (1927): Karl Hürthle, *Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie* 10 (1927), S. 1-28.
23. Jenkins et al. (1971): C. O. Jenkins, J. K. Campbell, D. N. White, Modulation Resembling Traube-Hering Waves Recorded in the Human Brain, *European Neurology* 5 (1971), pp. 1-6.
24. Klee (2005): Ernst Klee, *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*, Frankfurt 2005.
25. Kolle (1956): Kurt Kolle, Hans Berger, in: Kurt Kolle (Hrsg.), *Grosse Nervenärzte. Band 1*, Stuttgart 1956, S. 1-16.
26. Lane/Kricheff (1974): Barton Lane, Irvin I. Kricheff, Cerebrospinal fluid pulsations at myelography: a videodensitometric study, *Radiology* 110 (1974), pp. 579-587.
27. Leyden (1866): Ernst Viktor von Leyden, *Beiträge und Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Gehirns* 1. Ueber Hirndruck und Hirnbewegungen,

- Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 37 (1866), S. 519-559.
28. Littre (1707): B. Littre, Mémoires de l'Académie des sciences, Paris 1707.
 29. Magendie (1842): François Magendie, Recherches physiologiques et cliniques sur le liquide céphalo-rachidien ou cérébro-spinal, Paris 1842.
 30. Martínez-Lage et al. (2006): Juan F. Martínez-Lage, Antonio M. Ruíz-Espejo, Amparo Gilabert et al., Positional skull deformities in children: skull deformation without synostosis, Child's nervous system 22 (2006), pp. 368-374.
 31. Mosso (1875): Angelo Mosso, Sopra un nuovo metodo per scrivere i movimenti dei vasi sanguigni, R. Accademia delle scienze di Torino 11 (1875), pp. 21-81.
 32. Mosso (1876): Angelo Mosso, Introduzione ad una serie di esperienze sui movimenti del cervello nell' uomo, Archivio per le scienze mediche I (1876), 2, pp. 216-244.
 33. Mosso (1879): Angelo Mosso, Sulla circolazione del sangue nel cervello nell'uomo, Atti della Reale Accademia dei Lincei 5 (1879), pp. 237-358.
 34. Mosso (1881): Angelo Mosso, Über den Kreislauf des Blutes im menschlichen Gehirn, Leipzig 1881.
 35. Mosso (1894): Angelo Mosso, Die Temperatur des Gehirns, Leipzig 1894.
 36. Neuburger (1897): Max Neuburger, Die historische Entwicklung der experimentellen Gehirn- und Rückenmarksphysiologie vor Flourens, Stuttgart 1897.
 37. Nagel/Groß (2007): Thomas T. Nagel, Dominik Groß, Die Erforschung der Bewegungen des Gehirns vom 19. bis zum 20. Jahrhundert, in: Dominik Groß, Florian Steger (Hrsg.), Das Aachener Kompetenzzentrum für Wissenschaftsgeschichte. Proceedings-Band zu den Kick-off-Workshops am 12.10., 26.10. und 20.11.2006, Aachen 2007, S. 107-110.
 38. Pacchioni (1701): Antonio Pacchioni, De durae matris fabrica et usu disquisito anatomica, Rom 1701.
 39. Pagel (1901): Julius Leopold Pagel, Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts, Berlin 1901.
 40. Plinius (1511): Gaius Plinius, Historia naturalis, Buch VII, Kapitel 16 und Buch XI, Kapitel 37, Paris 1511.
 41. Podlas et al. (1984): H. Podlas, K. Lewer-Allen, E. A. Bunt, Computed tomography studies of human brain movements, South African Journal of Surgery 22 (1984), pp. 57-63.
 42. Ravina (1811): Antonio Ravina, Specimen de motu cerebri, Mémoires de l'Académie impériale des sciences, littérature et beaux arts de Turin 20 (1811), pp. 61-93.
 43. Schadowald (1985): Hans Schadowald, Leyden, Ernst von, in: Neue Deutsche Biographie. Band 14, Berlin 1985.
 44. Schmidt et al. (1977): E. M. Schmidt, N. Mutsuga, J. S. McIntosh et al., Intracellular recording from pulsating cerebral cortex, Electroencephalography and Clinical Neurophysiology 42 (1977), pp. 581-583.
 45. Sénac (1749): Jean-Baptiste de Sénac, Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies, Paris 1749.

46. Wallace et al. (1966): W. K. Wallace, W. S. Avant, W. M. McKinney et al., Ultrasonic techniques for measuring intracranial pulsations. Research and clinical studies, *Neurology* 16 (1966), pp. 380-382.

Abbildungen

Abbildung 1: von Leyden, in: Clendening History of Medicine Library & Museum, <http://clendening.kumc.edu> (gesehen: 09.09.2010).

Abbildung 2: Angelo Mosso, in: Clendening History of Medicine Library & Museum, <http://clendening.kumc.edu> (gesehen: 09.09.2010).

Abbildung 3: Anordnung der an Bertino zur Aufzeichnung der Gehirnpulsationen angewandten Apparatur, in: Über den Kreislauf des Blutes im menschlichen Gehirn, Leipzig 1881, S. 42.

Abbildung 4: Bergers Arbeit aus dem Jahr 1901, in: Hans Berger, Zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen namentlich unter Einfluss von Medikamenten. Experimentelle Untersuchungen, Jena 1901.

Abbildung 5: Hans Berger, in: Kurt Kolle (Hrsg.), Große Nervenärzte. Band I. 21 Lebensbilder, Stuttgart 1970, S. 4.

„Die ganze Bewegung war die Bewegung aufsteigender Elemente.“¹ Neue Forschungen zur Familie und Jugend von Friedrich Joseph Haas (1780-1853)

Johannes Beckmann

1. Einleitung

Der 1780 in Münstereifel geborene Mediziner Friedrich Joseph Haas² trat 1806 als Leibarzt in die Dienste einer russischen Adligen und übernahm ein Jahr später die Leitung eines Moskauer Spitals, bevor er 1829 zum Chefarzt der Gefängnishospitäler und Mitglied im Gefängnischutzkomitee avancierte. Einen Namen machte er sich als wissenschaftlicher Publizist unter anderem über Heilquellen im Kaukasus. Noch heute wirbt ein russisches Mineralwasser („Reckengetränk“) mit seinem Namen. Berühmt wurde Haas als Philanthrop, geehrt wird er bis heute für seine humanitäre Hilfe an zehntausenden Gefangenen, die zumeist in schweren Ketten über Monate in die sibirische Verbannung marschierten. Der „Humanist der Tat“, wie ihn Lew Kopelew nannte, kämpfte für bessere Haftbedingungen und Reformen im Moskauer Medizinsystem. Als Kind wohlhabender Apotheker stieg er in den erblichen Adel auf und starb dennoch verarmt. An seiner Beerdigung auf dem ‚Deutschen‘ Friedhof in Moskau nahm 1853 eine überwältigende Menschenmenge teil. Russische Klassiker wie Dostojewski gaben ihm eine literarische Gestalt. Die wissenschaftliche Literatur über Haas nimmt zu.

Das vielfach adaptierte Bild über Haas prägte der russische Jurist Anatolij Koni, dessen biographische Skizzen 1899 auf Deutsch erschienen. Ausdrücklich wünschte er, der wie Haas ein Verfechter einer Strafvollzugsreform in Russland war, eine weiterführende Biographie. Indem er kaum zitierte und seine Quellen für sich behielt, erschwerte er ein solches Vorhaben jedoch. Der Haas-Biograph Müller-Dietz formuliert:

„Durch Konis Auffassung von Haas, durch seine Auswahl und Interpretation der Quellen ist das Bild von Haas dauerhaft geprägt worden. [...] Der Dr. Haas, wie er seit der Jahrhundertwende gekannt und verehrt wird, ist somit das literarische Produkt von Koni.“³

Koni schildert den Philanthropen Haas insbesondere in seinen letzten Lebensdekaden als Weltverbesserer ohne Wirklichkeitsbezug, als humanitären, aber kauzigen Aktivis-

¹ Elias (1977), S. 23 (Zitat). Die folgenden Ausführungen basieren auf den vorläufigen Ergebnissen eines Promotionsprojektes des Verfassers, das am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen durchgeführt und von Dominik Groß und Armin Heinen wissenschaftlich betreut wird.

² Die Schreibweise des Namens variiert sowohl in der Forschung wie in den Quellen: u. a. Haas, Haaß, Haaßs, Haahs, Haash, Haass. Ich halte mich an „Haas“, wie er sich selber schrieb.

³ Müller-Dietz (1980), S. 106; die folgenden Zitate ebd.

ten, der sich gesellschaftlich zunehmend isolierte und von jener Oberschicht verhöhnt wurde, der er als Staatsrat angehörte.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts befassten sich mehrere Autoren mit Haas' Leben und Wirken, neben den schon genannten Müller-Dietz und Kopelew auch Anton Hamm, Rolf Steinberg und Karl Haaß.⁴ Doch so verdienstvoll diese Arbeiten für die Haas-Forschung sind, meine Recherchen in verschiedenen Archiven (Düsseldorf, Köln⁵, Bonn, Koblenz, Bad Münstereifel, Paris, Moskau, St. Petersburg und Wien) zeigen, dass zuvörderst nicht Forschungslücken zu schließen sind. Vielmehr bedarf das Bild der sozioökonomischen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen, in welchen der junge Friedrich Joseph aufwuchs, einer Revision.

Wie ist Haas geworden, was er war? Dieser Aufsatz greift zurück auf frühe Prägungen des jungen Haas. Themen sind seine Kindheit und Jugend, seine Familie und Schule als die Sozialisationsinstanzen par excellence im Bürgertum der alteuropäischen Ständeordnung in den letzten Dekaden des 18. Jahrhunderts.

2. Die großväterliche Familie innerhalb der ‚Funktionselite‘

Der Großvater mütterlicherseits, *Franziscus Brewer*, war spätestens seit 1767 Amtsgerichts- und Gerichtsschreiber der Stadt Münstereifel. Damit hatte er eine gehobene Funktion in der Gerichtsverwaltung der Stadt inne,⁶ die neben dem Stadt- und Marktgericht ein Hauptgericht besaß und in Strafsachen die Hochgerichtsbarkeit. Der Rat nahm auch einen Teil der Gerichtsbarkeit wahr. Brewer wird in den Münstereifeler Ratsprotokollen, die er von Amts wegen schrieb, auch als „stadtsecretarius“ oder „Syndicus“ bezeichnet.⁷ Dessen Position innerhalb des spätabolutistischen Verwaltungsstaates war bedeutend. Die Stadt Münstereifel war als Mithauptstadt ein Verwaltungszentrum im Herzogtum.

Der Gerichtsschreiber war neben dem Schultheiß tätig. Letzterer war der Gerichtsbeamte schlechthin; zugleich war er der Steuereinnehmer. Vollzugsbeamten waren die Fron-, Amts- oder Gerichtsboten. Die Funktionen des Gerichtsschreibers waren vielfältig: Er befragte Zeugen, die wegen „Alter oder Leib-Schwachheit“⁸ nicht bei Gericht erscheinen konnten; er überlieferte gerichtlich bestätigte Kaufurkunden; er verlas Befehle, Edikte, Anordnungen und andere regierungsamtliche Mitteilungen zumeist in Kirchen, auch aus den regierungsamtlichen „Gülich-Bergischen Wöchentlichen Nachrichten“, welche alle „Gerichts- und Stattschreiber [...] gegen Erlegung eines Rthl. jähr-

⁴ Genaue Angaben siehe unter „Literatur“ am Ende dieses Beitrages.

⁵ Die Quellenangaben zum Historischen Archiv der Stadt Köln sind aufgrund des Einsturzes des Archivs nicht immer vollständig; Unterlagen liegen dem Verfasser jedoch allesamt als Fotos vor.

⁶ Niederrheinisch-westfälischer Kreiskalender 1767, S. 238; der Kreiskalender nimmt die Gerichtsschreiber Münstereifels erst ab 1767 auf.

⁷ Scheins (1894), S. 222.

⁸ Scotti (1821), S. 115.

lich⁹ zu abonnieren hatten. Brewer war auch über Politik, Wirtschaft und gesellschaftliche Ereignisse im Herzogtum als einer der Ersten informiert.

Die Mutter von Friedrich Joseph Haas, *Catharina Josepha Brewer*, wuchs in einem Haushalt auf, der zu den ganz wenigen gehörte, die eine Zeitung zur Verfügung hatten. Mit Blick auf den Beruf ihres Sohnes Friedrich Joseph sei eine weitere Funktion des Gerichtsschreibers hervorgehoben: Gemeinsam mit dem Doktor und Chirurgen des Ortes hatte er bei den gerichtlichen Ermittlungen in ungewöhnlichen Todesfällen mitzuwirken, also Unfällen, aber auch Gewalttaten. Der Gerichtsschreiber hatte neben den Genannten den „cadaver in zustand dreyer scheffen visitieren zu lassen“.¹⁰

Die Einkünfte eines Gerichtsschreibers können nur geschätzt werden. Aus einer Denkschrift Ende der 1730er Jahre geht hervor, dass sein festes Gehalt 100 Reichstaler jährlich betrug. Hinzu kamen je nach Arbeitsaufwand erhebliche Gebühren und Sporteln.¹¹ Die Gesamteinkünfte hingen damit wesentlich von der Menge seiner Arbeit ab. Quellen für Brewer fehlen. Jedenfalls zählte er zu den gehobenen Beamten, entsprechend hoch war sein soziales Ansehen, mithin jenes seiner Kinder – also der Onkeln und Tanten von Friedrich Haas. Ihnen ermöglichte der Gerichtsschreiber über den Zugang zu Bildung den gesellschaftlichen Aufstieg.¹²

Der Erstgeborene Brewers hieß *Johann Robert Joseph* (* 1741). Er übernahm 1777¹³ vom Vater die Position des Amts- und Hauptgerichtsschreibers in Münstereifel. In der Kölner Matrikel ist er 1758 als „divites“ am Gymnasium Triconorato eingeschrieben.¹⁴ Dort ist auch der Zweitgeborene, *Franz Joseph Peter* (* 1745), seit 1762 als „divites“ immatrikuliert.¹⁵ Er wird später als Jurist unter den „Advocati legales bey den Dikasterien“¹⁶ aufgeführt. Als dritter Sohn kam *Johann Jakob Hermann Joseph* (* 1747) zur Welt, späterer Presbyter und Kanoniker in Köln. Er begünstigte seinen Neffen Friedrich Joseph mit 300 Reichstalern. Darauf möge man zugreifen, um dessen 1806 in Wien gemachten Schulden zu begleichen, im Übrigen für die Anschaffung von „einem ziemlich vollständigen apparat von Chirurgc. accouchement und augeninstrumenten“¹⁷, wie Friedrich Joseph seinem Patenonkel, dem Kölner Professor der Entbindungskunst, schrieb.

Die hier zu erwähnende Tochter des Gerichtsschreibers und in zweiter Ehe spätere Mutter des Friedrich Joseph hieß *Catharina Josepha Sophia* (*1750). Sie heiratete in erster Ehe in eine andere einflussreiche Familie Münstereifels ein, die des Apothekers Zaaren.

⁹ Ebd., S. 572.

¹⁰ Kaulen (1984), S. 129.

¹¹ Vgl. Croon (1929), S. 221f.

¹² Für die nachfolgenden Geburtsdaten vgl. Beckmann (2007).

¹³ Niederrheinisch-westfälischer Kreiskalender von 1777 bis 1794.

¹⁴ Die Matrikel der Universität Köln, Fünfter Band 1675-1797, vorbereitet von Hermann Keussen, Düsseldorf 1981, S. 551.

¹⁵ Ebd., S. 571.

¹⁶ Seiner Kurfürstlichen Durchlaucht zu Pfalz Hof- und Staatskalender für das Jahr 1786, S. 349.

¹⁷ Friedrich Joseph Haas' Brief von 1806 an seinen Patenonkel Friedrich Joseph in Köln, zitiert nach Müller-Dietz (1963), S. 487.

Dieser wiederum war gebürtiger Kölner. Er war eng verwandt mit der mächtigen Münstereifeler Ratsfamilie Eschweiler, weil seine erste Frau aus dieser Sippe stammte. Die Eschweilers gehörten zum exklusiven Zirkel der „zwölf Meistbeerbten“¹⁸ und waren damit in die Verfahren zur Steuererhebung einbezogen. *Mathias Zaaren*, Bürger seit 1760¹⁹, spätestens seit 1765 „approbierter und legalisierter Apotheker“²⁰, stieg rasch auf. Sein Schwiegervater wird ihm Promotor gewesen sein. Seit spätestens 1769 ist Zaaren als „Ratsverwandter und Schöffe“²¹ ausgewiesen. Aus seiner ersten Ehe – seine Frau starb jung – gingen zwei Söhne hervor, von denen sich keine weitere Spur findet.

Offenkundig zögerte Zaaren, sich erneut zu vermählen. Ein Trauerjahr stand einer Ehe nicht im Wege, ein Witwer blieb im Schnitt nicht einmal zehn Monate allein, bei Frauen war diese Zeit allerdings fast dreimal so lang.²² Fest steht, dass die Tochter des Gerichtsschreibers, Catharina Brewer, beim Tode der Regina Eschweiler erst 14 Jahre alt war. Es ist zu vermuten, dass der Apothekenbesitzer, Ratsverwandte und Schöffe Zaaren mit dem Gerichtsschreiber Brewer die Absprache traf, dass sich die beiden Familien über Catharina zusammenschließen sollten, sobald sie heiratsfähig war. So setzte man die Heirat gezielt zur Sicherung von Einfluss und Besitz ein. Gleichzeitig diente sie zur Verknüpfung dieser neuen Schicht mit den alten, geburtsständisch fundierten Führungsgruppen der Stadt²³, zu denen die Eschweilers zählten. Laut Mitterauer:

„In allen sozialen Schichten der alteuropäischen Gesellschaft findet sich eine stark institutionalisierte, von Familie, Verwandtschaft und lokaler Öffentlichkeit kontrollierte und beeinflusste Wahl des Ehepartners. Dies erklärt sich vor allem daraus, dass er als Arbeitskraft im Rahmen der Hauswirtschaft, als künftiges Oberhaupt des Familienverbandes bzw. eines Adelshauses oder als *Kapitalbringer* über Mitgift und Erbe für die gesamte Familie, ja sogar für die gesamte Verwandtschaft oder die gesellschaftspolitischen Interessen eines Standes von Bedeutung sein konnte.“²⁴

Gleichzeitig diente die Heirat zur Verknüpfung der neuen bürgerlichen Schicht mit den alten Führungsgruppen der Stadt,²⁵ zu denen die Eschweilers zählten.

Zaaren war fünf Jahre Witwer, wartete mit der zweiten Ehe nicht länger als nötig und heiratete Catharina Brewer, als diese 19 Jahre alt war. Die Braut war jung auch nach den Traditionen der Zeit; im Durchschnitt heirateten Frauen in der unmittelbaren Nachbarschaft Münstereifels mit rund 26 Jahren, was dem landesweiten Schnitt entsprach.²⁶ „Deutlich jünger pflegten nur die Bräute von relativ Wohlhabenden zu sein.“²⁷ Zaarens

¹⁸ Hürten (1969), Ratsprotokoll vom 24. November 1762, S. 166.

¹⁹ Archiv der Stadt Bad Münstereifel, Ratsprotokolle 1759-1760, 18/95, S. 265f.

²⁰ Niederrheinisch-westfälischer Kreiskalender 1765, S. 235.

²¹ Niederrheinisch-westfälischer Kreiskalender 1769, S. 205.

²² Bongart et al. (1998), S. 85.

²³ Gall (1989), S. 69.

²⁴ Mitterauer/Sieder (1980), S. 143.

²⁵ Gall (1989), S. 69.

²⁶ Bongart et al. (1998), S. 140.

²⁷ Gebhardt (2005), S. 81; vgl. Anm. 7.

Ehe mit Catharina Brewer brachte ein Kind hervor, das die frühe Kindheit überlebte, *Franz Jakob Joseph Zaaren* (* 1772), Halbbruder von Friedrich Joseph Haas. Der Apotheker Zaaren starb 1773 und hinterließ nicht nur eine 23-jährige Witwe, sondern auch eine Lücke im Rat, die geschlossen wurde, noch bevor Catharina, relativ schnell, den Kölner Apotheker Haas heiratete.

3. Die einflussreiche Vernetzung der Familie Brewer

Ganze neun Tage nach dem Ableben des Mathias Zaaren wählten die Ratsverwandten seinen Schwager Robert Brewer, Sohn des Gerichtsschreibers und Bruder der Witwe, in den Rat. Auch in Münstereifel neigte die dünne bürgerliche Oberschicht zur „nepotistischen Herrschaft“²⁸ und besetzte aus ihrem Kreise die strategischen Positionen mit dem Ziel der sozialen Differenzierung. Machtbefugnisse, Besitz und Vermögen, Herkunft und Beruf galt es zu akkumulieren. Sie waren die Stellschrauben der Statussicherung wie des Aufstiegs. Mit Herkunft war dabei nicht nur die Familie im engeren Sinn gemeint. Die Familienmitglieder im Sinne der „Hausgenossenschaft“, zu der nicht nur die Blutsverwandten, sondern ebenso Schüler, Lehrlinge, Gesellen, Dienstboten, Knechte, Kinderfrauen und Mägde gehörten, befanden sich räumlich und geistig im Haus des Vaters, „unter seinem Dache“. Das betrifft auch die ältere Wortbedeutung von *Vater*, die ursprünglich im Zusammenhang mit „Vorstellungen von rechtlicher Ordnung und Rechtsvertretung steht“²⁹. Familie meint ebenso den Familienverband, den Clan: Eltern, Großeltern, Onkeln und Tanten, Neffen und Nichten. Wer dazu gehörte, war zur gegenseitigen Hilfe und Begünstigung verpflichtet. So mag es auch Rats Herr Cremer gesehen haben, ein enger Verwandter der Brewers, der schon Rats Herr war und Brewer hinzu wählte.³⁰

Damit dürfte der Familienverband der Brewers zu diesem Zeitpunkt die politisch einflussreichste Bürgerfamilie in Münstereifel gewesen sein, die über die Erbschaft der Tochter nun auch einen Fuß in der Kaufmannschaft hatte. Doch die Ämterhäufung von Brewer war rechtswidrig. Dies fiel auch der kurfürstlichen Regierung auf. Sie annullierte das Ratsmandat ihres Beamten kurzerhand:

„Herr Bürgermeister praesentirt gnädigste Verordnung [...] Kraft wessen [...] vorgenommene Wahl des Amtsgerichtschreibers Brewer, eines Schwagers des Rathsverwandten Craemer zum Rathsverwandten cassirt und annulliert, und denen Delegirenden, anstatt der wohl verdienten Geldstrafe ein Verweiß gegeben wird, mit der Warnung, sich denen Verordnungen gemäß pro futuro zu betragen.“³¹

Die von Brewer angestrebte Machtakkumulation war politisch nicht mehr tolerabel. Gleichwohl gehörte er zu der Aufsteigerschicht, die außerhalb der altständischen Sozialordnung emporkam, und die unter anderem von Verwaltungsbeamten und Theologen,

²⁸ Wehler (1996), S. 179.

²⁹ Weber-Kellermann (1974), S. 79f.

³⁰ Vgl. Archiv der Stadt Münstereifel, Ratsprotokoll vom 7. April 1773.

³¹ Ebd., Ratsprotokoll vom 22. Oktober 1774.

Gelehrten und Hofmeistern, Syndici und Magistratsjuristen, Richtern und Landschaftskonsulenten, Anwälten und Notaren, Ärzten und Apothekern genährt wurde.

4. Die Kölner Familie – Aufstieg als Heilkundler und Kleriker

Das Bürgerbuch der Stadt Köln weist im Jahr 1739 aus: „Den 19^{ten} Juny, qualificirt sich Wilhelmus Antonius Haaßs, alß außstättisch-gebohrner Zum Erb: Barbier-ambt.“³² Er zahlte dafür fünf Goldgulden. „Ambt“ meint hier Zunft.³³ In den Erinnerungen seines Enkels aus den 1860er Jahren, eines Vertrauten von Friedrich Joseph, arbeitete Wilhelm Anton als „Chirurg auf dem Thurnmarkt“³⁴. Verkörpert auch der Kölner Großvater des Friedrich Joseph Haas demnach das aufsteigende Bürgertum – vom Barbier zum Chirurgen? Quellenkritisch ist zu bedenken, dass der Enkel den Barbier-Beruf des Großvaters in der Erinnerung möglicherweise aufwertete, zumal nachweisbar ist, dass er sich beim Abstimmungsverhalten seines Vaters über Napoleons lebenslanges Konsulat (1802) irrte.³⁵ Dennoch ist es wahrscheinlich, dass der Großvater Chirurg war, denn er ließ drei seiner Söhne studieren. Sein Bruder, ein Kölner Arzt, half dabei. Behilflich war auch ein Urahn, der Priester Mengwasser, „Magister der freien Künste und Canonich zu St. Andreas B.M.V.“ in Köln, der „zwei Positionen, jede 38 Thlr“³⁶ stiftete. Die zu erfüllende Bedingung war einfach: Die Nutznießer mussten blutsverwandt sein und das Kölner *Montanum* besuchen. Damit ist auch der Bildungsgang der Münstereifeler Verwandtschaft vorgezeichnet. Von den drei Kölner Gymnasien kamen das 1556 gegründete jesuitische *Triconoratum* wie das *Laurentianum* unter dem Stiftungsaspekt nicht in Frage. Kanonikus Mengwasser stand in der Tradition vieler Stifter, die die Bindung des Familienverbandes an ein bestimmtes Gymnasium, hier das *Montanum*, beabsichtigten.³⁷

Das Haus des Großvaters, mithin sein Gewerbe, befanden sich im Kaufmannsviertel um den Heumarkt und den Altermarkt. Quellen über seine Einkünfte liegen nicht vor. Doch in seinem Quartier, dem Kirchspiel Klein St. Martin, lebte die betuchte Bürgerschaft. Entrichteten im gesamtstädtischen Mittel 10,2 Prozent der Steuerzahler auch Vermögenssteuer, so waren es im Kirchspiel St. Martin 26,7 Prozent. Auch in den Nachbarkirchspielen lag die Quote der Vermögenssteuerzahler über dem Kölner Schnitt. Das nördlich angrenzende St. Alban wies fast 40 Prozent Vermögenssteuerzahler auf.³⁸ Umgekehrt gab es in Klein St. Martin nur etwa vier Prozent Arme, der Durchschnitt lag in Köln bei 14,6 Prozent.³⁹

Um 1690 erstellte man ein Visitationsregister des Kirchspiels St. Kolumba, das sich zwischen den wohlhabenden Bezirken und ärmeren Randbezirken befand. Demnach

³² Historisches Archiv der Stadt Köln, Bürgerbuch der Stadt Köln, Eintrag vom 18. Juni 1739.

³³ Vgl. Deeters (1987), S. 86.

³⁴ Cardauns (1920), S. 58.

³⁵ Ebd., S. 60.

³⁶ Bianco (1833), S. 309f.

³⁷ Vgl. Fellmann (1999), S. 125.

³⁸ Vgl. Ebeling (1987), S. 24.

³⁹ Vgl. ebd., S. 189-194.

gab es dort einen Badestubner, einen Schröpfer sowie drei Barbieri und interessanterweise keinen Chirurgen. St. Kolumba kann man „mit einigen Abstrichen auf die Gesamtstadt beziehen“.⁴⁰ Vorsichtig geschätzt, hatte die Stadt damals rund zehn Badestubner, zehn Schröpfer und etwa 30 Barbieri, wahrscheinlich auch einige Chirurgen, die die Statistik nicht erfasste. Eine Erhebung aus französischer Zeit von 1797 nennt weder Badestubner noch Schröpfer, dafür 36 Chirurgen und nur noch zwei Barbieri.⁴¹ Diese Daten weisen deutlich darauf hin, dass sich die Berufe des Barbiers, des Baders und des Schröpfers zur Chirurgie hin professionalisierten. Diese Entwicklung hat der Großvater Haas wahrscheinlich mit vollzogen.

Seinen erstgeborenen Sohn *Peter* (* 1740, † 1814) ließ der Chirurg das Handwerk des Apothekers erlernen. Peter – der Vater von Friedrich Joseph – wird auf einer „höheren“ Schule den mittleren Bildungsabschluss gemacht haben. „Gute Lateinkenntnisse erleichterten den Umgang mit den Medikamenten in der Medizin und waren außerdem Voraussetzung zur Aufnahme in die Lehre.“⁴² Wie groß der Sprung vom Chirurgensohn zum Apotheker war, verdeutlicht die folgende Tabelle:⁴³

| Vaterberufe von Apothekerlehrlingen | Zahl der Lehrlinge |
|--|--------------------|
| Apotheker | 40 |
| Kirchenbedienstete versch. Ranges | 13 |
| Schulmeister, Conrector, Rector | 6 |
| Staatsbediensteter | 6 |
| Doctor medicinae, Chirurg, Wundarzt | 5 |
| Kauf- und Handelsmann | 4 |
| Handwerker (Schmied, Sattler, Färber, Ziegelmeister) | 4 |
| Hauptmann | 3 |
| Gerichtsbedienstete, Schöffe | 2 |
| Ludimoderator und Organist (einfache Lehrer) | 1 |
| Bauer | 1 |
| Insgesamt | 85 |

Tabelle: Vaterberufe von Apothekerlehrlingen

Der zweite Sohn hieß *Franz Stephan* (* 1745). Er besuchte das Montanum in Köln, war Stipendiat der Mengwasserstiftung und wurde schließlich Kanoniker in St. Severin in Köln. Der dritte, *Hermann Joseph* (* 1747), war ebenfalls Montaner und wurde, wie der Bruder, Kanoniker an St. Severin. Der Doyen dieses Stifts war übrigens der Doktor beider Rechte und Universitätsprofessor H. J. Zaaren, ein Verwandter des ersten Mannes von Catharina Brewer. Der vierte, jüngste Sohn, hieß *Friedrich Joseph* (* 1754, † 1827)⁴⁴, der spätere Patenonkel des Arztes und Philanthropen.

⁴⁰ Ebd., S. 26.

⁴¹ Vgl. ebd., S. 182ff.

⁴² Keller (2004), S. 159.

⁴³ Vgl. ebd., S. 150.

⁴⁴ Steimel (1958), Sp. 155.

5. Das Verhältnis vom Patenonkel zu seinem Patenkind Friedrich Joseph

Professor Dr. med. Friedrich Joseph Haas gab seinem Patenkind nach der Sitte der Zeit seinen Namen. Wegen dieser Namensgleichheit und dem gleichen Beruf werden beide Personen in Lexika gelegentlich verwechselt.⁴⁵ In seinem Testament spricht das Patenkind „von Professor Haas, der ein Wohltäter meines Vaters war“⁴⁶. Hat Friedrich Joseph seine vier Kölner Jahre im Hause des Patenonkels gelebt? Beide verband jedenfalls ein inniges Verhältnis. „Ich gehe weit von Ihnen weg, es ist wahr, doch müssen wir einmal getrennt seyn, so ist jede Entfernung gleichgültig. Sie denken ebenso leicht nach Petersburg, als nach Münstereiffel“⁴⁷, so der Neffe im Brief 1806 vor seiner Abreise nach Russland.

Der Onkel, der Chirurgensohn, hatte bereits eine Aufsteigerkarriere vom Hilfschirurgen zunächst zum Arzt und anschließend zum Professor der Geburtshilfe hinter sich. Als Haupteinnahme wird er von seiner privaten Praxis gelebt haben. Studiert hatte er in Straßburg, seine Doktorarbeit „Dissertatio medico-chirurgica de ischuria cum enormi vesicae extensione“ von 1783 beschränkt sich auf dieses Krankheitsbild bei der Frau. Wenn Professor Haas dies in folgende Worte packt: „Wir aber müssen aus Gründen der Zeit und der Beschränkung des Geistes die Segel reffen. Deshalb werde ich nur über die übrigen Gründe sprechen, die einzig das weibliche Geschlecht in den bedauernswerten Zustand dieser Erkrankung zu bringen pflegen“⁴⁸, erkennt man den Schreibstil seines Patenkindes wieder, das in seiner Schrift über die „Alexanderquellen“ zu einem ebenso bildhaften wie vorwärts drängenden Stil neigte.

Anlässlich des 400-jährigen Bestehens der Kölner Universität 1788 promovierten an der medizinischen Fakultät sechs Lizentiaten der Medizin zu Doktoren,⁴⁹ neben Haas auch Franz Ferdinand Wallraf und Paul Best (alle drei spätere Lehrer des Friedrich Joseph). Professor Haas schien in der Lehre innovativ gewesen zu sein. Die Vorlesungsverzeichnisse sprechen ausdrücklich von einem speziell angefertigten „Fantome“, mit dem der Professor die Geburtshilfe erläutert. Professor Haas war auch Examinator der Kölner Hebammen.

Aufsehenerregend war ein Kaiserschnitt, an dem Haas beteiligt war. Das Kind überlebte, nicht aber die Mutter, worüber die Presse berichtete. Der Ehemann verklagte die Beteiligten. Im Zuge des Prozesses kamen illegale Absprachen innerhalb der medizinischen Fakultät zu Tage, deren Opfer Haas war.⁵⁰

Im Zuge der Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Gesetz vom 10. März 1803 – der Medizinstudent Friedrich Joseph studierte noch in Jena und bereitete gerade

⁴⁵ So in Callisens „Medicinisches Schriftsteller-Lexicon der jetzt lebenden Aerzte, Wundärzte, Geburtshelfer, Apotheker, und Naturforscher aller gebildeten Völker“ (Bd. 8, S. 3), hrsg. 1831 in Kopenhagen.

⁴⁶ Zitiert nach Haas Gesellschaft (2007), S. 477ff.

⁴⁷ Zitiert nach Müller-Dietz (1963), S. 488.

⁴⁸ Bibliothèque nationale de France NUMM 133247. Friedrich-Joseph Haas. De ischuria. Straßburg, S. 8.

⁴⁹ Historisches Archiv der Stadt Köln, Bestand 150 Universität 433, Medizinische Doctor-Diplome 1742 -1796, Blatt 16.

⁵⁰ Ausführlich im noch unveröffentlichten Aufsatz „Der Fall Arnold“ von Joachim Deeters, der mir das Manuskript dankenswerterweise zur Verfügung stellte.

seinen Wechsel nach Göttingen vor – sollte in jedem Departement ein Hebammeninstitut gegründet werden. Die Hebammen sollten erst dann zugelassen werden, wenn sie neun Monate an einer solchen Einrichtung praktiziert hatten.⁵¹ Haas schlug sich im Mai 1808 selbst zum Professor und Direktor der Hebammenschule vor.⁵² Die Anstalt war damals die einzige medizinische Lehranstalt in Köln, die als Schöpfung der Franzosen später von der preußischen Regierung übernommen wurde. Professor Haas war eine lokale Prominenz, und das Patenkind dürfte zu ihm aufgeschaut haben. Nicht nur in medizinischen, auch in religiösen und weltanschaulichen Fragen wird er Vorbild gewesen sein. Über seine Haltung zur Religiosität und über seine aufgeklärte Denkweise berichtet sein Sohn Jakob in seinen Memoiren:

„Er hatte uns Kinder zur Gottesfurcht erzogen, weil er selbst ein gottesfürchtiger Mann war. Er war tief religiös, aber kein Kirchenbesucher in übertriebener Form, obgleich er seine religiösen Pflichten pünktlich beobachtete. Er war der Arzt mancher Klöster, aber die meisten frommen Leute hielten ihn nicht als Arzt; sie hielten ihn [...] für einen so genannten aufgeklärten Mann; er konnte seinen Freimuth nicht immer vielleicht in ein schlaues Schweigen zurück drängen, und so mag er von dieser Klasse verkannt worden sein. Er war nichts weniger als ein Anhänger der Encyklopädisten-Schule, obgleich er mit geistreichen Leuten, die man Freigeister nannte, im wissenschaftlichen Verkehr stand.“⁵³

6. Apothekerwitwe sucht Apothekergesellen – die Eltern von Haas

Zurück von Köln nach Münstereifel. Die Apothekerwitwe Brewer sah sich rasch nach einem neuen Mann um. Ohne Apotheker war die Pharmazie totes Kapital. In diesem Typ Familie

„stand das Gefühl nicht an erster Stelle im familiären Wertesystem. Stets hatte es sich dem Hausinteresse im verpflichtenden Sinne der wirtschaftenden Gemeinschaft zu beugen. Das galt für alle individuelle Entscheidungen, besonders für Ehepartner und Berufswahl, bei denen sich Rationalität und Sentimentalität im besten Falle vereinen konnten oder aber das Gefühl ganz selbstverständlich zurücktreten musste.“⁵⁴

Eine schnelle Heirat war deshalb auch für Catharina Brewer das Gebot der Stunde. Die Wahl fiel auf Peter Haas aus der Reichsstadt Köln. Auf welchem Wege die Verbindung zwischen der jungen Apothekerwitwe und dem heiratswilligen Apothekergesellen Peter Haas zustande gekommen ist, war nicht in Erfahrung zu bringen. Es mag sein, dass die Brewers die Dienste eines professionellen, „überregional“ arbeitenden Heiratsvermittlers in Anspruch nahmen, „wie sie zum klassischen Bestand vieler Theaterstücke

⁵¹ Vgl. Schaffer (2009), S. 73-77.

⁵² Vgl. ebd., S. 77.

⁵³ Zitiert nach Cardauns (1920), S. 60.

⁵⁴ Weber-Kellermann (1974), S. 78.

und Lustspiele der Zeit gehörten“.⁵⁵ Verwandtschaftliche Verhältnisse spielten jedenfalls keine Rolle.⁵⁶

Peter Haas, der zu der Zeit 33 Jahre alt war und davon rund 16 Jahre in seinem Beruf tätig, wurde als Heiratskandidat angesprochen. Dass er zehn Jahre älter war als die Braut, war nicht von Bedeutung; viel größere Altersunterschiede zwischen Brautleuten waren geläufig.⁵⁷ Die sozioökonomische Rolle des künftigen Familienoberhauptes als Arbeitskraft in der pharmazeutischen Hauswirtschaft war außerordentlich. Beachtlich war deshalb die Einschränkung des Kreises potentieller Ehepartner. Das künftige Paar wohnte weit auseinander – zwei Tagesreisen, etwa 60 Kilometer. Die große Entfernung war ungewöhnlich. Es gab in Jülich-Berg zu dieser Zeit praktisch keine katholischen Brautleute, die über 50 Kilometer auseinanderwohnten. In den meisten Fällen kam der Partner aus der unmittelbaren Umgebung, häufig genug wohnten sie im gleichen Dorf. Haas und Brewer heirateten in Köln. Der Satz „Wo die Braut, da getraut“ galt diesmal nicht. Das dürfte an der Kölner Familie Zaaren gelegen haben, die auf diese Weise demonstrieren wollte, woher die ökonomische Fundierung des zu vermählenden Paares kam. Die Mutter des Verstorbenen Mathias Zaaren und ein geistlicher Bruder waren Trauzeugen; ein weiterer Geistlicher aus der Familie traute das Paar am 24. November 1773.

7. Der Aufstieg der Haas-Söhne in das Bildungsbürgertum

Die Ehe brachte acht Kinder hervor, fünf Jungen und drei Mädchen, die das Erwachsenenalter erreichten. Mit dem Sohn aus erster Ehe, einem Zaaren, versorgte das Paar neun Kinder. Die hier knapp zu skizzierenden Bildungsgänge der Jungen zeigen, „wer [...] einen bestimmten Bildungsstand erreicht hat, dem gewährt Bildung in staatlicher Reglementierung Privilegien, die zuvor nur durch Besitz zu erlangen waren.“⁵⁸

Franz Jakob Joseph Zaaren (* 1772) war ein Halbbruder von Friedrich Joseph. Zaaren besuchte in Münsteriefel die höhere Schule, das Michaelinische Lehrhaus, und ließ sich als 17-jähriger in die Matrikel der Universität Köln im Februar 1789, zunächst als Schüler des Montanum, in die Rubrik „nobiles“ eintragen. Anschließend studierte er Theologie, erhielt die niederen Weihen, avisierte zunächst zum Schultheißen des Amtes Angstel, dann zum Bürgermeister von Brühl bei Köln.⁵⁹ In dieser Position erwarb er sich „durch den Erwerb säkularisierter Güter ein Vermögen.“⁶⁰

Wilhelm Anton Haas (* 1774) war das erste gemeinsame Kind des Ehepaares. Er besuchte ebenfalls das Michaelinische Lehrhaus in Münsteriefel, das er mit 16 Jahren verließ. 1790 wurde er Montaner als „nobiles“⁶¹, daraufhin Theologiestudent und Stipendi-

⁵⁵ Gall (1989), S. 124.

⁵⁶ Vgl. Guddorf (1976), S. 11ff; Guddorf verwechselt den Großvater von Peter Haas und kommt so zu dem unzutreffenden Ergebnis, Gatte und Gattin seien verwandt.

⁵⁷ Vgl. Bongart et al. (1998), S. 77ff.

⁵⁸ Kraul (1984), S. 25.

⁵⁹ Schleicher (1990), Bd. V., S. 269.

⁶⁰ Steinberg (2007), S. 119.

⁶¹ Matrikel der Universität zu Köln, S. 713.

at der Mengwasserstiftung. Als er 21-jährig starb, wurde er an der Kirchenpforte in Münstereifel begraben. Beerdigungen in der Kirche waren seit elf Jahren „aus gesundheitspolizeilichen Rücksichten [...] nur den Standespersonen und den Klostergeistlichen“⁶² erlaubt.

Franz Stephan Joseph Haas (* 1778) besuchte ebenso das Michaelinische Lehrhaus. Da er mindestens sieben Jahre auf der Schule verbrachte, ist sicher, dass er die Vorschule im gleichen Gebäude besuchte. Die Matrikel der Universität Köln weist ihn 1797 als „divites“ am Montaner-Gymnasium aus.⁶³ Er studierte Theologie und starb am 24. Januar 1812 als „hochwohlerwürdiger Herr“ sowie Pfarrer von St. Maternus in Rodenkirchen und Vikar „der Stiftskirche des h. Severin in Köln“⁶⁴.

Friedrich Joseph Haas (* 1780), der spätere „Moskauer Doktor“, war somit der mittlere Sohn des Ehepaars Haas-Brewer, wenn man nur auf die Jungen sieht.

Hermann Joseph Haas (* 1782) war Schüler in Münstereifel und Stipendiat der Mengwasserstiftung. Er besuchte die Zentralschule – das Montanum existierte zu dieser Zeit nicht mehr –, erhielt die niederen Weihen, studierte aber nicht Theologie, sondern Jura und wurde Landgerichtsrat.

Johann Baptist Haas (* 1790) immatrikulierte sich im Wintersemester 1811/12 an der Universität Heidelberg als „Jean Baptist Haas aus Münstereifel in Frankreich“.⁶⁵ Er war der dritte Haas-Sohn, den nachweislich die Mengwasserstiftung unterstützte, und brachte es zum „Justizrath Dr. jur. Joh. Bapt. Haaß Advokat-Anwalt des Rheinischen Appellationsgerichtshofs, Ritter des Rothen Adler-Ordens III. Klasse mit der Schleife und des päpstlichen St. Gregorius-Ordens“.⁶⁶

8. Die überdurchschnittliche Familiengröße

Für die vorindustrielle Zeit spricht Mitterauer von einer „durchschnittlichen Haushaltsgröße“ von 4,75 Personen.⁶⁷ Meine Berechnungen ergaben für die Haas-Familie, dass über die Zeitspanne von der Geburt des ersten Kindes bis zum Studienbeginn des Letztgeborenen die Familie im Durchschnitt sechs Personen umfasste – so viel wie die von Akademikern und Kaufleuten. Für das Studium der sechs Söhne waren erhebliche Finanzmittel nötig. Kraul schätzt den Jahreswechsel für einen Jurastudenten in Göttingen auf 600 Taler.⁶⁸ In Bonn erhielt man Unterkunft und Verpflegung im Professoralhouse für 116 Reichstaler. Darin enthalten sind Aufsicht und Bedienung.⁶⁹ Für den Wein habe der Student aber selbst aufzukommen. Grob geschätzt, könnte ein Student mit 300 Reichstalern im Jahr ausgekommen sein.

⁶² Scotti (1821), S. 675.

⁶³ Matrikel der Universität zu Köln, S. 745.

⁶⁴ Vgl. Steinberg (1984), S. 4.

⁶⁵ Toepke (1904), S. 65.

⁶⁶ Vgl. Steinberg (1984), S. 108.

⁶⁷ Mitterauer/Sieder (1980), S. 42.

⁶⁸ Kraul (1984), S. 15.

⁶⁹ Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Kurköln VIII, Nr. 1049, Blatt 006.

Für die Münstereifeler Apothekerfamilie ergibt sich daraus folgende Rechnung: Die philosophischen Studien und das anschließende Studium dauerten insgesamt rund sechs Jahre. Die akademische Ausbildung der Jungen hat die Apothekerfamilie rund 9.800 Reichstaler⁷⁰ gekostet, die Schulzeit in Münstereifel vom 14. bis 18. Lebensjahr nicht mitgerechnet. Zum Vergleich: Zu Beginn der „Franzosenzeit“ kostete ein Morgen besten Ackerlandes im Umkreis von Jülich etwa 50 Taler.⁷¹ Als Äquivalent der Ausbildung seiner Söhne hätte das Ehepaar Haas zum genannten Zeitpunkt fast 200 Morgen Ackerland kaufen können. Später stiegen die Bodenpreise stark an.

9. Die privilegierte Bildungsfamilie Haas

Die Familie Haas gehörte einer hauchdünnen, privilegierten Schicht von Bildungsbürgern an und zeichnete sich in besonderem Maße durch Bildungsanstrengungen aus. Dies macht eine Auswertung der Programmhefte des Münstereifeler Schultheaters der Jahre 1789 und 1790 deutlich. In ihnen sind die Namen und Herkunftsorte der Darsteller aufgelistet. Da die Mitwirkung aller Schüler zumindest angestrebt wurde, können wir von repräsentativen Zahlen ausgehen.

Von den 74 dort genannten Schülern des Gymnasiums stammen 31 Prozent aus Münstereifel. Interessant ist die familiäre Zuordnung dieser Schüler, die aus 5 Prozent der Familien kommen, die nahezu vollständig der Funktionseelite des Ortes zugeordnet werden können: die Familie des Vogtes, des Kellners, verschiedene Ratsherren und Bürgermeister, der Sohn des Gerichtsschreibers Brewer, der Sohn des Arztes und eben auch die Söhne des Apothekers. Wie sehr sich die Bildungspyramide zuspitzt, wenn man nach den Studierenden Münstereifels fragt, zeigt eine Auswertung der Matrikel der Universitäten Köln⁷², Bonn⁷³ und Heidelberg⁷⁴ in den Jahren 1750 bis 1797, dem Jahr der Schließung der Universität Köln. An den drei genannten Universitäten studierten im Jahresschnitt circa 1,8 Münstereifeler Jungen, für die Nachbarstädte Rheinbach und Euskirchen wurden je 0,7 ermittelt. Damit stammen aus Münstereifel, gemessen an der Bevölkerung, überproportional viele Studenten. Wenn man über den genannten Zeitraum im Schnitt 270 Haushalte in Münstereifel annimmt, so schickten nicht einmal ein Prozent der Familien einen Jungen zur Universität, um dort zumindest die philosophischen Studien zu absolvieren. Es waren 85 Kinder in 48 Jahren, die einen solchen Abschluss anstrebten, der ihnen das Studium von Theologie, Jurisprudenz oder Medizin erlaubte. Insgesamt gingen in den Jahren von 1790 bis 1797 Kinder aus sechs Münstereifeler Familien (rund 2 Prozent) zur Universität.

⁷⁰ Rechnerisch 10.800 Reichstaler, doch der älteste Bruder, Wilhelm Anton, starb während des Studiums.

⁷¹ Vgl. Spelthahn (1993), Chronik des Präzeptors, S. 17f.; vgl. Anm. 73.

⁷² Matrikel der Universität zu Köln, S. 503-747.

⁷³ Vgl. Brauchbach (1966), S. 381ff.

⁷⁴ Matrikel der Universität Heidelberg, <http://diglit.ub.uni-Heidelberg.de/diglit/matrikel1807/0071?sid=58372b95a37b4f0a4f23b0489264b098>; die Zahl der Münstereifeler, die noch an anderen Hochschulen studierten, ist marginal.

10. Die Haas'sche Apotheke generiert den Wohlstand der Familie

Die sprichwörtlichen ‚Apothekerpreise‘ hat es im 18. Jahrhundert schon gegeben. So berichtet ein Zeitzeuge, dass Kartäusermönche für ein Gehölz einen derart hohen Preis verlangten, „daß man es beim Apotheker wohlfeiler hätte einkaufen können“.⁷⁵ Apotheker waren wohlhabend, ihre Position zumeist monopolartig. Einer der Gründe dafür könnte in Jülich-Berg gewesen sein, dass bis zum Ende des Ancien Régime Landesherr Karl Theodor praktisch keine neuen Apotheken zuließ. Er wollte vermutlich nicht primär die Einkünfte der bestehenden sichern, vielmehr sorgte er sich um die Qualität der Arzneimittel: „Da die Menge der Apothequer nur Gelegenheit gibt, daß desto eher veraltete Sachen sich vorfinden.“⁷⁶

Innerhalb des Medizinbetriebes waren Apotheker hoch angesehen, der Kurfürst wies ihnen sogar eine Schlüsselrolle im § 25 der Medizinalordnung zu, „da des Kranken Genesung, und der Ärzten Ehre, und guter Name mit von der Apothequeren Fleiß, Wissenschaft und treue hanget.“⁷⁷ Schon in den 1780er Jahren forderten die kurkölnischen Landesherren sowie der Rat der Stadt Köln, dass die Approbanden der Pharmazie auch an einer medizinischen Fakultät oder hohen Medizinschule insbesondere Kurse in Chemie, Heilpflanzenlehre und Arzneimittellehre absolvierten, so an den medizinischen Fakultäten in Köln, Duisburg oder Bonn.⁷⁸ In Jülich-Berg griff man diese Entwicklung der vorsichtigen Akademisierung offensichtlich erst später auf.

Die Approbation des Apothekers Haas stammte aus dem Jahr 1774.⁷⁹ Er wurde auf die ein Jahr zuvor in Kraft getretene Medizinalordnung vereidigt. Zweimal jährlich hatte er sich ohne Anmeldung visitieren zu lassen.⁸⁰ Friedrich Joseph wuchs in einem familiären Umfeld auf, das ihm zwei Erfahrungsräume öffnete: einerseits die Medizin mit ihren naturwissenschaftlichen und kaufmännischen Aspekten, andererseits die Rechtspflege, die mit Fragen der öffentlichen Ordnung und Politik einherging. Beiden Räumen gemeinsam sind Fragen der Ethik, des Rechts, der Gerechtigkeit. Aus beiden wird er in seinem Studium schöpfen – wie später in Moskau.

Der Arzneischatz des Apothekers war kaum zu überblicken, der Übergang von gesicherten Erkenntnissen zur Scharlatanerie war fließend. Mixturen enthielten häufig Dutzende, ja in manchen Fällen über hundert Inhaltsstoffe. Vielleicht solche Erinnerungen aus der heimischen Apotheke aufgreifend, schrieb Friedrich Joseph Haas 1811 in seinem Reisebericht über die „Alexanderquellen“:

„Es ist in der Medizin verdienstvoll, neue Medikamente zu erfinden. Vorausgesetzt, dass man sie gut kennt, kann es niemals davon zu viele geben. Aber es bedeutet, unbedacht zu sein, neue Medikamente zu erforschen und einzuführen,

⁷⁵ Zitiert nach Spelthahn (1993), S. 41.

⁷⁶ Watermann (1977), S. 155.

⁷⁷ Scotti (1821), S. 616.

⁷⁸ Watermann (1977), S. 155.

⁷⁹ Schmidt-Wetter (1970), S. 136.

⁸⁰ Watermann (1977), S. 155.

bevor man alles Mögliche getan hat, um die Heilkraft derer zu erfahren, die man bereits besitzt und die man ersetzen will.⁸¹

Neben den Arzneimitteln hatte eine Apotheke noch ein weiteres Standbein, über das Umsatz generiert wurde, dessen Höhe sich mit dem Arzneiverkauf oftmals messen konnte. Es war der Handel mit Gewürzen, Spirituosen, Lebkuchen, Wein, Bier, Tee, Kakao und Artikeln für den täglichen Bedarf wie Petroleum, Räucherkerzen, Feuerwerkskörper, Streichhölzer, Lorbeer- und Mandelöl sowie Gifte wie das so genannte „Rattenkraut“. Auch Haarpomaden, Bartwuchsmittel, Puder, Seifen, Badezusätze, Siegellack, Tusche, Farben und Baumwachs für Gärtnereien wie ungezählte Sorten Konfekt gehörten ferner zum Angebot.

Die Apotheke war zudem eine Auskunftsstelle für viele naturkundliche Fragen. Aufgrund seiner chemischen Kenntnisse halfen Apotheker den Ärzten bei der Untersuchung von Urinproben und bei der Leicheneinbalsamierung.⁸² Durch die Erweiterung ihrer ehemals bescheidenen Laboratorien mit oft recht unzulänglichen Hilfsmitteln war es möglich geworden, verschiedene Analysen durchzuführen.

Den Pauschalbetrag von zwölf Reichstalern, die der Apotheker Haas jährlich von der Stadt zur Armenversorgung bekam,⁸³ trug zum Wohlstand der Familie bei. Die den Armen ausgegebenen Medikamente bekam er gesondert vergütet, ungefähr 25 bis 30 Reichstaler jährlich.⁸⁴ Bei allem Wohlstand war die Familie also auch mit Krankheit und Armut konfrontiert. Auch dies gehörte zu den Erfahrungen des jungen Friedrich.

Mithilfe einer Aufstellung von offenen Rechnungen⁸⁵ aus der Apotheke zum „Goldenen Adler“, wie sich die Haas'sche Apotheke nannte, ist es möglich, die Gründe dieses Wohlstandes weiter auszuleuchten. In der Regel wurden Apothekerrechnungen nicht sofort beglichen. Die Anzahl der Rezepte, die der Käufer anschreiben ließ, überwog häufig.⁸⁶ Pikanterweise waren es die fünf Lehrer seiner Söhne, die über Jahre in der Kreide standen. Für das Jahr 1789 schlüsselte Haas die Kosten von 15 Einzelrezepten auf, die einzige auswertbare Quelle dieser Art aus seiner Apotheke. Aufgrund der schmalen Datenbasis ist mit aller Vorsicht zu sagen, dass Peter Haas 0,47 Reichstaler pro Rezept fakturierte. Wie ist diese Zahl einzuordnen?

Eine Erhebung in Braunschweiger Apotheken ermöglicht einen Vergleich. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil von Rezepten am Gesamtumsatz sich zwar beträchtlich unterschied, nicht aber der durchschnittliche Preis pro Rezept; sie alle wiesen etwa „18 Mgr., also einen halben Thl“⁸⁷ braunschweigscher Währung aus, umgerechnet 0,28 Reichstaler. Damit fakturierte der Münstereifeler Apotheker fast 70 Prozent mehr als die Braunschweiger Kollegen. Doch nicht nur der Preis pro Rezept erzielt das Einkommen, sondern der Umsatz. Nun hatte die umsatzstärkste Apotheke in

⁸¹ Zitiert nach Mathias (2005), S. 105.

⁸² Gaude (³1985), S. 61 u. 155ff.

⁸³ Vgl. Scheins (1894), S. 221; vgl. Anm. 1.

⁸⁴ Archiv der Stadt Bad Münstereifel, 6.27, 1804.

⁸⁵ Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Jülich-Berg III, Akten Nr. 1732, Blatt 38.

⁸⁶ Vgl. Beisswanger (1996), S. 130f.

⁸⁷ Beisswanger (1996), S. 123. Mgr.=Mariengroschen.

Braunschweig etwa 5.000 potentielle Kunden. Münstereifel wies zwar nur 1.500 Einwohner auf, doch zum Einzugsgebiet der Apotheke gehörten die Dorfschaften auf den Höhenrücken rund um die Stadt, heute Höhegebiet genannt. Die Stadt und das Höhegebiet entsprachen in etwa der Mairie Münstereifel nach der Gebietsreform der französischen Verwaltung um 1800. Deren Statistik nannte 4.140 Einwohner.⁸⁸ Damit ist das Einzugsgebiet des „Goldenen Adlers“ zwar geringer als das der am besten verdienenden Braunschweiger Apotheker, die 1.883 Reichstaler jährlich umsetzten. Wenn man jedoch bedenkt, dass Haas deutlich mehr Umsatz pro Rezept machte, kommen wir nicht umhin, ihn als Spitzenverdiener zu bezeichnen. Es gibt zwei weitere Zahlen, die uns sicher machen, dass sein Wohlstand erheblich war. Im Jahr 1785 verlieh das Ehepaar Haas 60 Reichstaler. Elf Jahre später, 1794 in einer Zeit der Belastungen durch die Koalitionskriege, gab das Ehepaar neuerlich ein Darlehen von 100 Reichstalern.⁸⁹

Dem entgegen weist Steinberg auf die Einstufung der Vermögensverhältnisse des Vaters von Friedrich Joseph an der *École centrale* als „mediocre“ hin. Da die Liste nur wenige Berufsbezeichnungen enthält, kann es sich um eine relative Einstufung handeln oder Haas' Vater spielte seine Einkommensverhältnisse bewusst herunter. Steinberg leitet aus der Quelle ab, dass „die reiche Kölner Familie [die des Patenonkels, Ann. J. B.] dem begabten Sohn des nicht so wohlhabenden Münstereifeler Verwandten einen Schulbesuch in Köln finanziell ermöglichte“⁹⁰. Dem steht nicht nur der belegte Wohlstand des Apothekers entgegen, sondern auch die Tatsache, dass Professor F. J. Haas nicht vor der Hand „reich“ war. Seine Gesamteinkünfte in dieser Zeit sind unbekannt. Sein Salär als Dozent an der Universität betrug nur 100 Gulden.⁹¹ Hinzu kam: In den ersten Jahren nach seiner Zulassung war ihm die Praxis nur mit Einschränkungen zugestanden worden.⁹²

11. Die Apotheke in der Kriegswirtschaft

Über fast eine Generation hinweg – von 1792 bis 1814 – herrschte in Europa nahezu ununterbrochen Krieg. Auf die Revolutionskriege folgten die Feldzüge Napoleons. Auch der Seekrieg, das Kontinentalsystem und die Kontinentalsperre beeinflussten mit ambivalenten, teils zerstörerischen, teils stimulierenden Wirkungen die internationale Konjunktur. Mit diesen politischen Umwälzungen waren häufig einschneidende Eingriffe in überkommene Wirtschaftsbeziehungen verbunden. Die linksrheinischen Märkte wurden nun Bestandteil eines abgeschirmten Großreichs mit 30 Millionen Kun-

⁸⁸ Mémoire statistique du département de Rhin-et-Moselle, Adressé au ministre de l'intérieur, d'après des instructions, par le C.en Boucqueau, Préfet de ce département, Publié par ordre du gouvernement. A Paris, de l'imprimerie de la république, an XII. Die Zahlen befinden sich, nach Gemeinden aufgeschlüsselt, im gesamten Text, für Münstereifel auf S. 139f.

⁸⁹ LAV NRW R, Bestand Jülicher Gericht 545.

⁹⁰ Steinberg (1984), S. 10.

⁹¹ Historisches Archiv der Stadt Köln, Tabellarische Darstellung der Kölnischen Universität von Paul Best, 1798.

⁹² Information aus dem noch unveröffentlichten Aufsatz „Der Fall Arnold“ von Joachim Deeters, Manuskriptseite 10.

den. „Es ist ein Fehlurteil, welches die Kriegsära mit einer düsteren Dauerkrise gleichsetzt [...]“⁹³

Ein Blick auf die Okkupation aus militärisch-wirtschaftlicher Perspektive ergibt folgendes Bild: Das 1794 annektierte linksrheinische Gebiet des deutschen Reiches zählte rund 1,6 Millionen Einwohner. Dazu kamen zwei große Armeen, die Sambre-Maas-Armee mit 91.000 Soldaten und die Rhein-Mosel-Armee mit 96.000 Soldaten, die mit ihren zahllosen Pferden und den nichtmilitärischen Personen zu versorgen waren: Wagenfahrer, die Bedienstete des Artillerie-Trains, Marketenderinnen, Wäscherinnen, Bäcker, Schmiede, schließlich Familienangehörige. Der Generalstabschef der Sambre-Maas-Armee bezifferte diesen Personenkreis auf ein Drittel der Armeestärke.⁹⁴ Insgesamt waren rund 250.000 militärische und zivile Personen zusätzlich zu versorgen. Dies entspricht einem Bevölkerungszuwachs von 15 Prozent. Für tausende verwundeter oder kranker Soldaten waren Unterkunft und Pflege nötig, für einige Dutzend davon in Münstereifel auch schon vor der Okkupation: „Rathsdienner zeigte an, dass Bürger zum Behuf des in hiesigem Kapuziner Kloster verlegten K.K. Feldspital Stroh, Heu und Hafer auf Rechnung der Gemeinde abgeliefert hätten.“⁹⁵ Die 30 abgegebenen „Strohbüsche“ könnten als Schlafstätte für mindestens ebenso viele Kranke gedient haben.

Die Quellen über das Lazarettwesen in der fraglichen Zeit sind außerordentlich spärlich. Eine Korrespondenz ließ sich finden, die belegt, dass die Haas'sche Apotheke an der Kriegswirtschaft verdiente. Kurz nach dem Tod des Apothekers Haas im April 1814 hatte seine Witwe Forderungen gegen die Stadt Münstereifel wegen Lieferungen an das französische Militär. In einem Antwortbrief an sie wird

„Madame Haas aufgefordert, ein Verzeichnis der im Jahre 1813 zur Ausrüstung der freiwilligen Mannschaft und der Ehrengarde ausgezahlten Summen eiligst zu übersenden, ersuche ich von [ihr] [...] in Händen habende Quittungen zur Einsicht mir gefälligst vorlegen zu wollen.“⁹⁶

Die Rechnung wurde beglichen, „in Rücksicht der allgemeinen anerkannten Rechtschaffenheit der Haasischen Familie.“⁹⁷ Sie ergibt, dass allein mit der Ausrüstung der auf französischer Seite kämpfenden Truppen des Jahres 1813 – im Vorfeld der Völkerschlacht bei Leipzig – die Haas'sche Apotheke einen Umsatz von rund 830 Franc oder 208 Reichstalern erzielte. Vermutlich hat die Familie Haas an der Truppenausrüstung seit 1794 gut verdient.

12. Münstereifel in der „Franzosenzeit“

Peter Fey war Rektor des Münstereifeler Gymnasiums, ebenso Französischlehrer, als Friedrich Joseph dort die Schulbank drückte, und nicht zuletzt ein guter Geschichtspo-

⁹³ Wehler (1996), S. 501.

⁹⁴ Vgl. Schneider (2006), S. 109.

⁹⁵ Archiv der Stadt Bad Münstereifel, Ratsprotokoll vom 23. August 1794.

⁹⁶ Archiv der Stadt Bad Münstereifel, Hospitalrechnungen, Titel 20, 10/813.

⁹⁷ Ebd.

litiker, dessen autobiographische Notiz über die Frühphase der Franzosenzeit in der Haas-Forschung tiefe Spuren hinterließ. Fey schrieb:

„Die Stürme der französischen Revolution, welche unser Gymnasium aus seinen Angeln zu reißen droheten, die unglücksschwangeren Wolken, welche sie auf dasselbe ausleerte, und seine Wunden, welche noch nicht alle vernarbt sind, und sich nie alle vernarben werden, schweben meinem Geiste so lebendig vor, und wirken so zerstörend auf mein Nervensystem; [...] Festen Fußes ihres Schicksals harrend, setzten sie [*die Lehrer, Ann. J. B.*] ihre angewiesenen Verrichtungen in der Schule und Kirche unverdrossen fort, und waren in der Zeit des Schreckens und der Gottlosigkeit aufrichtende Schutzgeister für die gebeugte Bürgerschaft, mächtige Schutzwehre gegen die Sittenlosigkeit und Irreligion jener Zeit.“⁹⁸

Der Haas-Biograph Hamm schneidet diese Quelle auf Friedrich Joseph Haas zu:

„Es war ein großes Glück für Friedrich Joseph, dass dank des mutigen Peter Fey der Studienbetrieb weitergehen konnte.“⁹⁹ [...]

„Und als die französische Umwälzung auch hier ihre Zerstörungswut an allem loslassen wollte, hat Fey das Gymnasium und die damit verbundene Kirche [...] mit kühnem Widerstand zu erhalten gewusst.“¹⁰⁰

Als Fazit spricht Hamm von der „schmählichen Franzosenzeit“, ein Terminus, der in der Geschichtswissenschaft seit dem Kaiserreich „für vornehmlich (geschichts-)politische Zwecke“¹⁰¹ antifranzösisch konnotiert ist. Friedrich Joseph habe zwar

„die Jesuiten in Münstereifel nicht mehr erlebt, wohl einen ihrer trefflichsten Schüler zum Lehrer gehabt, den Münstereifeler Peter Joseph Fey, der mehrere Jahre an der Schule der Jesuiten war und im Jahre der Auflösung zur Kurfürstlichen Akademie nach Bonn ging. [...] Das Bild jenes hervorragenden Priesters [...] muss sich tief in die Seele des jungen Haass eingepägt haben, zumal er aus einem christlichen, frommen Elternhaus stammte.“¹⁰²

Müller-Dietz greift den Terminus der „schmählichen Franzosenzeit“ auf und macht aus Fey, dem „trefflichen Zögling der Jesuiten“, einen „Jesuitenpater“, der Kirche und Gymnasium „gegen die Ausschreitungen der Franzosen“¹⁰³ verteidigte. Quellen dafür nennen die Autoren nicht.

Größere Unruhen und organisierten Widerstand gegen die Staatsgewalt hat es im Gebiet des Rhein-Mosel-Departements nie gegeben. Ganz zu Anfang der Besatzungszeit wagten es die Bauern, sich gegen plündernde Soldaten zu wehren.¹⁰⁴ Üblicherweise

⁹⁸ Archiv des St. Michael-Gymnasiums, Bad Münstereifel, Programm über die im Schuljahr 1820 in 21 vorgetragenen Lehrgegenstände 1820, S. 2.

⁹⁹ Hamm (1979), S. 29.

¹⁰⁰ Ebd., S. 26.

¹⁰¹ Theis/Wilhelm (2009), S. 8.

¹⁰² Hamm (1979), S. 26f., Hervorhebungen im Original wurden ausgelassen.

¹⁰³ Müller-Dietz (1980), S. 10.

¹⁰⁴ Vgl. Molitor (1980), S. 205.

begegnete man einem Eroberer mit einer Haltung, die Franz Dumont für das linke Rheinufer wie folgt zusammenfasst:

„Die Einheimischen empfingen ihn mit einer gewissen Unterwürfigkeit, um die ‚unvermeidlichen‘ Lasten der Besetzung nicht noch zu steigern, versicherten ihm ihre Loyalität und betonten, nur ‚ruhig die Zuschauerrolle des Kriegstheaters‘ sein zu wollen.“¹⁰⁵

Die breite Bevölkerung hielt sich von einer Revolution am Rhein fern. Konservatismus, hohe Kirchlichkeit, Legitimismo und in Ansätzen nationale Ressentiments begründeten ihre ablehnende oder abwartende Haltung. Trotzdem fanden sich in linksrheinischen Städten protestantische Minderheiten, intellektuelle Zirkel, Großkaufleute, Handwerksmeister und Gesellen zu den *Cisrhenanen* zusammen, eine kleine, aber aktive Minderheit. Im Zuge des Staatsstrechs vom 4. September 1797 ließ man politische Clubs wieder zu. In Paris, einigen Provinzstädten wie Metz und Toulouse sowie im annektierten Rheinland entstanden neojakobinische „konstitutionelle“ Zirkel, die das „radikaldemokratische Erbe bewahren wollten“.¹⁰⁶ Gegner der Cisrhenanen war die Partei der „Natürlichen Grenzen“, die an Macht gewann. Zudem hatten die Cisrhenanen mit dem Tod von General Hoche ihren Protektor verloren. Befreiung konnte für die rheinischen Revolutionsanhänger nach diesen Ereignissen nur noch heißen: Anschluss an Frankreich.¹⁰⁷

In diesem Kontext sind die so genannten Reunionsadressen zu sehen. Dabei handelte es sich um eine Art Petition von Bürgern, die den Anschluss an Frankreich wünschten. Sie wurden aus Paris als Trumpf für die Rastatter Verhandlungen geradezu angefordert. Die Regierungskommissare sollten dafür sorgen, dass sich *cercles patriotique* oder die Gemeindeverwaltungen für die Reunion aussprächen. Die Ergebnisse der ganzen Aktion enttäuschten die Urheber jedoch. Im Roer-Departement sprachen sich gerade einmal 2,5 Prozent der Haushaltsvorstände für den Anschluss aus. Frauen wurden von der Unterschrift nicht unbedingt abgehalten, aber ihre Stimmen wurden nicht gezählt. Köln bot rund tausend „Ja-Stimmen“ auf, etwa 12 Prozent. Jülich brachte gerade einmal knapp 90 Befürworter zustande,¹⁰⁸ der Kanton Krefeld zählte nur wenige Stimmen mehr, was 1,1 Prozent entsprach.¹⁰⁹ Im Departement Rhin-et-Moselle variierte die Zustimmung zwischen 19 Prozent im Kanton Remagen und 76 Prozent im Kanton Sobernheim. Über alle Kantone hinweg wurden 6,2 Prozent positive Voten vermeldet.

Neben Aachen, Bonn, Koblenz, Köln war auch in der viel kleineren Stadt Rheinbach (circa 1.300 Einwohner¹¹⁰) ein cisrhenanischer Zirkel aktiv.¹¹¹ Dessen Propaganda

¹⁰⁵ Dumont (1989), S. 93.

¹⁰⁶ Grab (1989), S. 195.

¹⁰⁷ Vgl. Dumont (1989), S. 103.

¹⁰⁸ Archives Nationales Paris, F1cIII Jülich; Günter Bers spricht von nur 35 Personen: „Verwaltungsangestellte oder Amtsträger der frz. Verwaltung, Handwerker und Kaufleute“, in: Bers (1985), S. 54.

¹⁰⁹ Kriedte (2007), S. 352.

¹¹⁰ Archives Nationales Paris, F 1cIII Rhin-et-Moselle 5, Blatt 58.

¹¹¹ Dumont (1989), S. 91.

für die Reunionsadressen war ausgesprochen wirkungsvoll. Alle Haushaltsvorstände befrworteten geschlossen (!) die Reunion. Der patriotische Enthusiasmus des Zirkels strahlte in die rund 20 Kilometer entfernte Nachbarstadt Münstereifel aus. Hier, in der Stadt der laut Fey angeblich „gebeugten Bürgerschaft“, gab man folgende Reunionsadresse auf:

„Aujourd'hui Le 18 Messidor, an 6^{ème} De la république française, le Commissaire du directoire Exécutif près le canton de Rhinbach, arrive à Munstereifeldt; [...] Eux Si le pays était réuni à la république française, après quoi tous les habitans demandèrent formellement la réunion de leur pays au territoire De la république française, et jouir du meme droit du citoyen.

En foi de quoi le present proces-verbal a Eté dressé en presence de l'agent et l'adjoit De la dite commune de Munstereifeldt, et signé Individuellement, par tous les habitans de la dite Commune de Munstereifeldt.“¹¹²

Diese Petition unterschrieben in Münstereifel 81 Prozent der Haushaltsvorstände mit Datum vom 6. Juli 1798.¹¹³ „Fest steht“, formuliert Molitor mit Blick auf die linksrheinischen Gebiete, „dass kein unmittelbarer Zwang, etwa durch Militäreinquartierungen, ausgeübt wurde, was aber gesellschaftlichen Druck von Seiten einer Mehrheit im Dorf nicht ausschließt. Dennoch kann man wohl sagen, dass die geleisteten Unterschriften Anschlusswillen bewiesen.“¹¹⁴

Etwas anders sieht es Dumont. Er spricht davon, dass die Reunionsadressen keine Äußerung des wirklichen Volkswillens waren, „sondern alles in allem Huldigungsakte traditionellen Stils“¹¹⁵. Das mag zutreffen auf jene Städte, in denen nur einige Dutzend Bürger für die Reunion votierten, nicht aber, wenn sich vier Fünftel der Haushaltsvorstände, wie in Münstereifel, für eine Reunion mit Frankreich aussprachen.

Wertet man die Reunionsadressen im Detail aus, so findet man den Apotheker *Pierre Haas*. Die französische Schreibweise seines Vornamens sollte wohl besondere Sympathien für die französische Sache zum Ausdruck bringen. Mitunterzeichner waren auch sein Schwager, Gerichtsschreiber Robert Brewer und zahlreiche weitere Repräsentanten der Gemeinde.¹¹⁶

Welche Motive die Unterzeichner individuell hatten, kann nicht exakt geklärt werden. Generell aber gilt: Als Gewinn konnten die Bürger der besetzten Gebiete viele Neuerungen verbuchen, wie Gleichheit vor dem Gesetz und Steuer, eine öffentliche und unabhängige Justiz, Gleichberechtigung der Konfessionen und Entfeudalisierung der Landwirtschaft. Die Aufhebung des Zunftzwanges und die Verkündung der Gewerbefreiheit wirkten mit anderen Faktoren wie die Zugehörigkeit zu dem großen französischen Wirtschaftsgebiet und dem Ausbau der Verkehrswege belebend auf Handel und Wandel.¹¹⁷

¹¹² Archives Nationales Paris, B II 805 B.

¹¹³ Archives Nationales Paris, F 1cIII Rhin-et-Moselle 5, Blatt 62.

¹¹⁴ Molitor (1980), S. 199.

¹¹⁵ Dumont (1989), S. 106.

¹¹⁶ Archives Nationales Paris, F 1cIII Rhin-et-Moselle 5, Blatt 63 (nicht eindeutig entzifferbar).

¹¹⁷ Zitiert nach Theis/Wilhelm (2009), S. 38.

Die Voten von Pierre Haas und Robert Brewer zeigen eine eindeutig pro-französische Haltung der Familie zu einem Zeitpunkt, als die Republik innen- wie außenpolitisch nicht konsolidiert war. Zwar hatte beispielsweise die Kirchenpolitik mit der vollzogenen Trennung von Kirche und Staat viel Zündstoff verloren, sie stand aber noch nicht im Zeichen der napoleonischen Konkordatspolitik.

Vor dem Hintergrund dieser politischen Einstellung seiner Familie muss auch das spätere Studium des Friedrich Joseph Haas an der Kölner *École centrale* gesehen werden. Über das Thema dieses Buchbeitrages hinausweisend, ist festzuhalten: Die Bezeichnung „Notstudium“¹¹⁸ oder auch „breit gefächertes Studium generale“¹¹⁹ trifft die Motivlage der Familie Haas nicht. Sie setzte vielmehr gezielt auf die französische Karte. Daraus folgt im Übrigen auch, dass erneut zu fragen sein wird, warum Friedrich Joseph nach der Kölner Zeit nicht auf einer französischen Spezialschule seine Medizinstudien abschloss, sondern nach Jena und Göttingen ging. Anders als bislang in der Haas-Forschung angenommen, dürften antifranzösische Ressentiments jedenfalls keine Rolle gespielt haben.

Beim Plebiszit über das lebenslange Konsulat Napoleons im Jahre 1802 finden wir in Münstereifel wiederum eine außergewöhnlich hohe Beteiligung (wie auch in Rheinbach).¹²⁰ Es unterschrieben „P. Haass“ und seine Gattin „C. J. J. Haass née Brewer“¹²¹, ebenso wie ihr Bruder, Gerichtsschreiber Brewer und dessen Frau M. Agnes. Bemerkenswert, dass auch die Gattinnen der beiden votierten, wie wir überhaupt in Münstereifel zahlreiche Unterschriften von Frauen finden.

Auch Rektor „Pierre Fey“ und seine drei Lehrerkollegen votierten mit „Oui“. Schon zwei Jahre zuvor hatten die Lehrer gegenüber den französischen Verwaltern ihre Loyalität bekundet. Im Jahr 1800 schrieb Lehrer Schmitz an das Büro für öffentlichen Unterricht in Koblenz: „Wir dienen dem Republikanischen Staaten in Bildung guter Bürger [...]“¹²²

Ein Blick nach Köln zeigt: Nicht nur die Münstereifeler Repräsentanten des Familienverbandes Haas-Brewer befürworteten das Plebiszit von 1802.¹²³ Seinen Frieden mit Napoleon nach Abschluss des Konkordats vom 15. Juli 1801, das „als das heiß ersehnte Ende der religionsfeindlichen Revolutionszeit begrüßt worden ist“¹²⁴, machte auch der „Doyen von St. Severin“ in Köln, H. J. Zaaren, Catharina Brewers Verwandter aus erster Ehe. Für Napoleon sprachen sich ebenso aus die beiden Kölner Onkel von Friedrich Joseph, Franz Jakob und Hermann Joseph Haas, die ebenfalls in St. Severin

¹¹⁸ Steinberg (1984), S. 13.

¹¹⁹ Steinberg (2007), S. 122.

¹²⁰ Archives Nationales Paris, BII 602 (ohne Blattangabe); 1.924 Stimmen in Münstereifel und z. B. nur 3814 in Bonn.

¹²¹ Ebd., BII 602, Blatt *douze* sowie *onze* (für Brewers) und *quatre* (für die Lehrer).

¹²² Staatsarchiv Koblenz Bestand 256 Nummer 7000.

¹²³ Archives Nationales Paris, BII 607, für alle nachfolgenden Kölner Namen (Abstimmung von 1802).

¹²⁴ Theis/Wilhelm (2009), S. 32.

als Kanoniker wirkten. Auch der letztgeborene Sohn des Kölner Chirurgen, Friedrich Josephs Patenonkel, Professor Haas, trug sich in die Ja-Spalte ein wie auch die Kölner Lehrer von Haas, Ferdinand F. Wallraf, Philipp C. Reinhardt sowie die Professoren Franz Gall, „Commissaire du court“, und Anton Keil, „accusateur publique“. Letztere traten zudem als Mitorganisatoren der Wahl auf.

Dass sich die Großfamilie Haas auch beim Plebiszit über das erbliche Kaisertum Napoleons vom 18. Mai 1804 anschloss, sei noch abschließend erwähnt.¹²⁵ Auch der jüngere Bruder von Friedrich Joseph, der 22-jährige Hermann Joseph, unterzeichnete als „candidat du droit“. Haas selbst war zu diesem Zeitpunkt in Würzburg, wo er Naturphilosophie und Kunst bei Schelling hörte, ja „immer anhörte wie ein Orakel, mit einer Stille welche das Atemhohlen kaum unterbrechen durfte damit nur nichts von seinem Vortrage mir entginge!“¹²⁶

13. Friedrich Joseph Haas als Schüler der lateinischen „Pflanzschule“

Für die Schulzeit von Friedrich Joseph in Münstereifel gibt es zwar keine direkten Zeugnisse, doch die vorhandenen Quellen erlauben eine Rekonstruktion. Mitte der 1790er Jahre gab es innerhalb der Stadtmauer Münstereifels in der Regie des Stifts eine Jungenschule, die „so wohl zu unterricht in den Ersten gründen der lateinischen Sprache, als des teüsch lesens undt sprechens [...]“¹²⁷ anbot.

Von einer solchen Elementarschule zu einer höheren Schule zu wechseln, war unüblich und kam, das kann mit Sicherheit gesagt werden, auch für Friedrich Haas und seine Brüder nicht in Frage. Wer eine höhere Schule besuchen sollte, durchlief vielmehr eine private Vorschule; ein Hauslehrer oder Hofmeister bereitete den Schüler vor. Anschließend trat man in das abgeschottete System der höheren Schulen ein. Die Vorschule in Münstereifel trug den weit verbreiteten Begriff „Pflanzschule“, in der die „lateinischen Erstlinge“ unterrichtet wurden. Vorschule und Gymnasium stellten den höheren Bildungsgang dar, teils organisatorisch separat, teils verbunden.¹²⁸

In Münstereifel traf letzteres zu, denn in den 1790er Jahren kümmerte sich der Präfekt des Gymnasiums auch um die dienstlichen Belange des Lehrers der lateinischen Erstlinge. Zudem ist die Vorschule im gleichen „weitschichtigen Baue“ untergebracht. Vorschule und Gymnasium gehörten zum höheren Bildungsgang, vermittelten aber noch kein Abitur im heutigen Sinn.

Mit der folgenden Überlegung können wir die Ausbildungsdauer der „Pflanzschule“ ungefähr bestimmen: Einen Bruder von Friedrich Joseph finden wir in einem Programmheft einer Theateraufführung. Man muss davon ausgehen, dass der Elfjährige ein „Pflanzschüler“ war. Da dieser Bruder die Schule mit 18 Jahren verließ und die Mittelschule vier Jahre in Anspruch nahm, kann man sagen, dass die „Pflanzschule“ drei Jahre dauerte. Überträgt man dies auf Friedrich Joseph, so wird er demnach die

¹²⁵ Archives Nationales Paris, BII 805-B für Münstereifel und BII 809 für Köln.

¹²⁶ F. J. Haas im Brief vom 31. Dezember 1846 an Schelling, zitiert nach Haaß (1984), S. 4f.

¹²⁷ LAV NRW R, Jülich-Berg II, Akt. Nr. 1250, Blatt 154.

¹²⁸ Vgl. Lundgreen (1980), S. 44.

heimische Vorschule im Alter von elf bis dreizehn Jahren (Schuljahre November 1791 bis September 1794) besucht haben.

Sein Lehrer hieß Godfried Holz, ein vielseitig begabter Mann, der zunächst als Lehrer am Gymnasium arbeitete.¹²⁹ Holz war kein Geistlicher. Er heiratete 1786 und ließ sich ein Jahr später als Notar registrieren.¹³⁰ Wie der Gerichtsschreiber Münster-eifels war auch der Notar ein kurfürstlicher Beamter.

Vielleicht aus Engagement, vielleicht auch, weil er das Schulgeld der Eltern als Nebenverdienst benötigte, leitete Holz spätestens seit 1789 die „Pflanzschule“.¹³¹ Misst man ihn mit den Maßstäben seines früheren Vorgesetzten, so scheint er ein fähiger Pädagoge gewesen zu sein. Der Gymnasial-Präfekt Rudersdorf lobte den Kollegen Holz gegenüber dem obersten Dienstherrn:

„Durchlauchtigster Churfürst Gnädigster Herr, [...] dermalen hat der ehemalige professor Unseres Collegiums godfried Holz diese pflanzschule unternommen, sein ruhm der geschicklichkeit in unterweisung der Jugend, und die auserordentliche mühe, die er sich in Verrichtung seines amtes giebt, machen uns gegründete Hoffnung, daß diese schule die wirklich, seitdem er lehrer ist, merklich angewachsen, in Kurzem eine der blühendsten seye, und unserem gymnasio eine menge guter Zöglinge liefern wird.“¹³²

Als Notar und Lehrer gehörte Holz zu den Gebildeten der Stadt, zur städtischen Oberschicht, aber nicht zu den innerhalb dieser Schicht noch einmal abgehobenen Honoratioren. Mit diesen, vor allem mit der ‚Cliquenwirtschaft‘ und der nicht einmal sonderlich verborgenen Selbstbedienung der Ratsherren und Schöffen hatte der engagierte Lehrer und Notar Holz seine Schwierigkeiten.

Auskunft darüber gibt ein Ratsprotokoll vom Juli 1789. Gerichtsschreiber Brewer schrieb in das Ratsprotokoll, der Ratsverwandte Hamecher beschwerte sich über den Notar Holz. Dieser habe, so der Beschwerdeführer, ihm gegenüber moniert, dass Leute in unverantwortlicher Weise wegen Buschfrevels bestraft wurden,

„während Knechte verschiedener Ratsverwandter große Mengen Holz abhauen und abfahren, und daß man städtische Gelder für Auseinandersetzungen verwende. Weiter, dass ein Ratsverwandter am Stubenofen säße, ein anderer am Fenster stünde, der dritte stütze den Kopf in der Hand u. s. w. Elven [*gem. der Bürgermeister, Ann. J. B.*] führe das Wort und die anderen Herren sagten ‚Ja‘ dazu.“¹³³

Dieser Vorfall weist darauf hin, dass Haas' erster öffentlicher Lehrer eine aufgeklärte und humanitär eingestellte Persönlichkeit war, die sich kritisch mit Justiz- und Machtmissbrauch auseinandersetzte.

¹²⁹ Archiv des St. Michael-Gymnasiums Bad Münstereifel; der Aktendeckel trägt die Signatur Tit: X. Sect: 90 No. 4.

¹³⁰ Vgl. Querling (1961), S. 119.

¹³¹ Niederrheinisch-westfälischer Kalender 1789, S. 282.

¹³² Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Jülich-Berg II, Akten Nr. 1250, Blatt 146.

¹³³ Stadtarchiv Münstereifel, 18/126, Ratsprotokoll vom 18. Juli 1789, zitiert nach Hürten (1969), S. 184.

Godfried Holz starb im November 1793, als sein Zögling, Friedrich Joseph, dreizehn Jahre und drei Monate alt war.

14. Peter Fey – ein Schüler der aufgeklärten „Maxischen Akademie“

Der bereits eingeführte Rektor des Münstereifeler Gymnasiums war Peter Joseph Fey. Sein Studium zeigt beispielhaft, dass Kurfürst Karl Theodor bei der Durchsetzung seiner eigenen Schulreformen auch auf Absolventen der als aufgeklärt geltenden „Maxischen Akademie“ in Bonn setzte. Die kurfürstliche Regierung bestellte Fey 1783 in Münstereifel¹³⁴ gleich nach Abschluss seiner Bonner Studien. Da Fey in der Literatur als Jesuitenpater beziehungsweise „trefflicher Jesuitenzögling“ bezeichnet wird, ist es aufschlussreich, seine Studien in Bonn nachzuvollziehen.

Fey absolvierte seine Philosophischen Studien von 1777 bis 1779. Dabei hörte er als gerade 18-Jähriger die Vorlesungen des Professors Elias van der Schüren, der Logik, Metaphysik und zugleich Naturrecht lehrte und sich an die „Positiones de lege naturali“¹³⁵ des Wiener Aufklärers Martini hielt. Nach der „Philosophie“ wählte Fey Theologie und Jura.¹³⁶ Dies ist alles andere als eine Ausbildung zum Jesuitenpater.

Die geistigen Väter der „Maxischen Akademie“ hatten sich das in der Aufklärung weit fortgeschrittene protestantische Deutschland zum Vorbild genommen, vor allem aber Österreich, das kaiserliche Wien, wo die Aufklärungsbestrebungen von Kaiserin Maria Theresia geduldet und von ihrem Sohn Joseph II. gefördert wurden. In Bonn wirkten Männer, die den Kampf gegen das „Alte“, besonders in der Kirche und im Recht aufgenommen hatten.¹³⁷ Im Gegensatz zur reichstädtischen, vom Papst privilegierten Universität im nahen Köln sollte die „Maxische Akademie“ ein „Instrument in der Hand des Landesherrn sein“.¹³⁸ Der Einfluss der für ganz Deutschland richtungweisenden protestantischen Universität Göttingen war in Bonn überdeutlich. So legte man zum Beispiel den Vorlesungen die Kompendien der beiden Göttinger Professoren Böhmer (Vater und Sohn) zugrunde, möglicherweise inspiriert durch den Neffen des Ministers, der 1777 zum Akademiepräsidenten ernannt wurde und selbst ein Göttinger Absolvent war.¹³⁹ Ein Literaturverzeichnis für das Kirchenrechtsstudium nennt neben klassischen Gallikanern, das heißt, der französischen Spielart des Febronianismus, fast ausschließlich Gelehrte aus Jena, Göttingen, Halle und anderen protestantischen Hochschulen Deutschlands.¹⁴⁰

Einer der starken Männer der „Maxischen Akademie“ und Lehrer von Fey war Philipp Hedderich, ein überzeugter Febronianist und einer ihrer publizistisch wirkksamsten Köpfe. Seine papstkritischen Äußerungen gingen so weit, dass seine Bücher reihenweise auf dem Index der Kirche landeten. Bereits 1783 forderte der Papst seine

¹³⁴ Archiv des Städtischen St. Michael-Gymnasiums, Bad Münstereifel, Status Specificum 1782/83.

¹³⁵ Braubach (1966), S. 30.

¹³⁶ Vgl. ebd., S. 342.

¹³⁷ Ebd., S. 31.

¹³⁸ Frowein/Hedderich (1973), S. 56f.

¹³⁹ Vgl. ebd., S. 59f.

¹⁴⁰ Vgl. ebd., S. 61f.

Entlassung: „Amove hoc periculum!“¹⁴¹ Andernfalls wolle Rom die Akademie nicht anerkennen. Das Fernziel der Väter des Febronianismus, des Trierer Weihbischofs Nikolaus von Hontheim (* 1701, † 1790) und seines Unterstützers Georg Christoph Neller (* 1709, † 1783), war die Union von Protestanten und Katholiken.¹⁴²

Der Febronianismus hat am Michaelinischen Lehrhaus eine Rolle gespielt. In seiner bis heute gut erhaltenen und reich ausgestatteten Bibliothek (des heutigen St. Michael Gymnasiums), 1625 gegründet und rund 150 Jahre gepflegt von den Jesuiten (und deshalb bis heute „Jesuitenbibliothek“ genannt), finden wir Werke des Trierer Bischofs von Hontheim, alias Febronius¹⁴³, und drei wesentliche Schriften des Fey-Dozenten Hedderich¹⁴⁴. Das zuletzt in Münstereifel angeschaffte Buch aus Hedderichs Feder erschien 1792 in Bonn.

Noch vom 71-jährigen Haas ist ein Gedankengang überliefert, der die Gemeinsamkeiten zwischen Katholiken und Protestanten betont. Als sein Ziehsohn Nikolaj Norschin heiraten wollte, schrieb Haas ihm in deutscher Sprache 1851:

„Ihre zukünftige Frau ist Protestantin. Aber schon Schelling hat in Jena gesagt, dass die Protestanten aufhören würden, solche zu sein, wenn sie nicht ständig protestieren würden. Zwischen Ehegatten müssen völlige Übereinstimmung und gegenseitiges Verständnis herrschen. Und das kann man nicht durch Streit und Widerspruch am besten erreichen, sondern indem man daran denkt, dass es nur einen Gott für alle gibt.“¹⁴⁵

15. Haas' Besuch des Gymnasiums und Erwerb der „mittleren Reife“

Hamm und Müller-Dietz vertreten die Ansicht, Haas sei in Münstereifel zur Schule gegangen, und zitieren Koni. Auch der Autor dieses Beitrages ist der Meinung, Friedrich Joseph sei Schüler des Münstereifeler Gymnasiums gewesen, nur kann man sich dabei nicht auf Koni berufen. Er schreibt eindeutig, Haas sei in Köln (!) zur Schule gegangen.¹⁴⁶ Nehmen wir an, Koni habe darin Recht, so kann kein Zweifel bestehen, dass Friedrich Joseph, wie seine älteren Brüder, das Montanum besucht hat. Schließlich hatte schon die Mengwasserstiftung die Familie auf diese Institution verpflichtet. Die Schülerlisten des Montanum aus der fraglichen Zeit, von 1794 bis 1797, sind erhalten. Friedrich Joseph Haas ist dort nicht zu finden. Der Umkehrschluss, dass er bis zum Abschluss die Höhere Schule in Münstereifel besuchte, ist zwingend.

Wer sich mit dem Bildungssystem des 18. Jahrhunderts befasst, muss begriffsgeschichtlich Vorsicht walten lassen. „Gerade weil durchgehaltene Worte“, so formuliert Reinhart Koselleck programmatisch, „für sich genommen kein hinreichendes Indiz für

¹⁴¹ Ebd., S. 111.

¹⁴² Gebhardt (2005), S. 291.

¹⁴³ Siegel (1960), S. 71.

¹⁴⁴ Ebd., S. 68.

¹⁴⁵ F. J. Haas im Brief vom 18. Juli 1851, zitiert nach Müller-Dietz (1980), S. 98.

¹⁴⁶ Zitiert nach Koni (2007), S. 31.

gleich bleibende Sachverhalte sind [...], ist die begriffsgeschichtliche Methode eine *conditio sine qua non* sozialgeschichtlicher Fragen.“¹⁴⁷

In der Tat werden bestimmte Begriffe bis heute benutzt, meinen aber im gleichen Kontext anderes. So zum Beispiel der Begriff *höhere Bildung*. Dazu zählte mindestens bis 1800 schon der Besuch des Gymnasiums. Ein Schüler verbrachte dort in der Regel fünf Jahre, gegen Ende des 18. Jahrhunderts zumeist vier. Damit erwarb man den mittleren Bildungsabschluss, den man heute als mittlere Reife bezeichnen würde. Die Lehrer damaliger Schulen hießen „Professoren“, wie die Dozenten an der Universität. Der Begriff *Studium* stand allgemein fürs Lernen. Als 1773 die Schließung der Mittelschule im Zuge der Auflösung des Jesuitenordens zur Debatte stand, war von der Aufhebung der „studii“ die Rede. Wer die Hochschulreife erwerben wollte, musste nach dem Gymnasium zunächst die „Philosophischen Studien“ absolvieren, vergleichbar mit der Oberstufe eines heutigen Gymnasiums. Der Fächerkanon dieser philosophischen Studien war vielfältig und je nach Anstalt unterschiedlich.

Im Studienjahr 1779/80 umfasste der Lehrplan der Philosophen in Bonn folgende Fächer in der Reihenfolge des Vorlesungsverzeichnisses: Physik, Mathematik, Logik, Metaphysik, Moral, Naturrecht und „reine Mathematik“.¹⁴⁸ In Köln stand unter anderem auf dem Programm: Logik, Physik, Metaphysik, Ethik, elementare, höhere und angewandte Mathematik, Naturgeschichte (Biologie, Zoologie, Mineralkunde), Chemie, Erdbeschreibung, Natur- und Völkerrecht, Ästhetik und Theorie des guten Geschmacks.¹⁴⁹ Die Schüler der Philosophischen Studien waren im damaligen Verständnis „Studenten“, die unter der Jurisdiktion der Universität standen. Im heutigen Sinn müsste man von Oberschülern sprechen. Entscheidend ist, dass es ohne diese philosophischen Studien nicht möglich war, an einer der drei so genannten positiven Fakultäten Theologie, Jurisprudenz oder Medizin zu studieren. Dieser Sachverhalt muss deutlich herausgearbeitet werden, sonst ist das Studium von Friedrich Joseph in Köln nicht nachvollziehbar. Anders gesagt: Als Friedrich Joseph Haas die höhere Schule in Münstereifel verließ, musste er in Köln nach dieser Systematik zunächst die „Philosophischen Studien“ absolvieren, dann erst konnte er sich dem Medizinstudium zuwenden.

Der Aufbau der Münstereifeler Schule sei kurz umrissen: Als Friedrich Joseph sie besuchte, hatte sie vier Klassen, die erste und zweite Klasse waren zusammengelegt. Die Eingangsklasse hieß zweite Klasse oder „zweite Schule“. Die Vereinigung der „ersten und zweiten Klasse“ wurde gegenüber der Schulverwaltung von den Lehrern bemängelt. Um in Münstereifel den Unterrichtsstoff dennoch einigermaßen abarbeiten zu können, wusste man sich zu helfen und verlängerte die Schulzeit, indem man etliche Schüler das Jahr wiederholen ließ.

¹⁴⁷ Koselleck (1989), S. 125.

¹⁴⁸ Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Kurköln VIII, Nr. 1049, Blatt 006.

¹⁴⁹ Historisches Archiv der Stadt Köln, Verzeichnis der Vorlesungen welche bei der Universität zu Köln am Rheine 1791 vom 14ten November [...] gehalten werden.

„Kinder die wirklich gut unterrichtet sind, können nicht ohne äußerste Mühe die Beyden Klassen in einem Jahre abmachen, die schwächeren muß man alle, und gar Von den mittleren einige sitzen laßen – durchgehends sind die Kinder, welche Vom Lande hiehin geschicket werden, sehr schlecht unterwiesen, oft so, daß Sie kaum die Nenn- und Zeitwörter abzuändern wissen. Abweisen kann man Sie ohne Nachtheil des Gymnasium nicht; denn da gehen Sie um einen Mantel zu bekommen, nach Blankenheim, wo Seminaristen, oder nach Hillesheim, wo Augustiner in dem öffentlichen Lehrhause gute Pflanzschulen haben, man nimmt Sie also, plagt sich mit ihnen das erste Jahr so Viel als möglich, und überläßt sie dann dem nachfolgenden Professor zu seiner Folter [...]“¹⁵⁰

Das Durchschnittsalter beim Eintritt in die gymnasiale Oberstufe, respektive philosophisches Studium, betrug im Kölner Montanum 18 Jahre und zehn Monate.¹⁵¹ Zurückgerechnet auf die Münstereifeler Verhältnisse heißt dies, dass die Schüler mit gut 14 Jahren in die zweite Klasse eingeschult wurden und vier Jahre später die Schule verließen. Haas' Bruder Hermann Joseph besuchte das Michaelinische Lehrhaus zu Münstereifel nachweislich im Schuljahr 1795/96, was diese Rechnung im Wesentlichen bestätigt. In diesem Jahr finden wir seinen Namen in einem Prüfungsprogramm als Schüler der „zweiten Schule“¹⁵².

Müller-Dietz und Steinberg nehmen an,¹⁵³ bei der „zweiten Schule“ handele es sich um eine eigenständige Bildungsanstalt, und die Prüfung sei ein Abschlussexamen. Die Schule unterrichtete demnach nur bis zum 14. Lebensjahr, und Hermann Joseph habe sie verlassen, was dann auch für Friedrich Joseph gelten könne. „Zweite Schule“ meint indessen, wie oben erläutert, nichts anderes als die zweite Klasse. Es besteht daher kein Grund zur Annahme, dass Friedrich Joseph diese Schule vor dem 18. Geburtstag verlassen hat.

Kurz vor der Eroberung des Rheinlandes durch die Franzosen war die Schule offenbar in einem guten Zustand. Laut einem Bericht der Münstereifeler an die Düsseldorfer Regierung heißt es zusammenfassend: „[...] schließet aus diesem allem, daß [...] hiesigen orte alles da sehe, was in betrefe des Schulwesens notwendig erscheinen möge.“¹⁵⁴

16. Das Curriculum im Kontext einer katholisch aufgeklärten Schulreform

Die französischen Behörden griffen bis zum Ende der Schulzeit von Friedrich Joseph, September 1798, kaum in das Schulsystem ein. Deshalb können frühere Quellen herangezogen werden, um Didaktik und Methodik der Schule in Münstereifel zu erläutern. Diese war seit Auflösung des Jesuitenorden 1773/74 ständigen Anpassungen unterworfen. Die Neuerungen waren Ausfluss einer katholischen Aufklärung „mit partiell durch-

¹⁵⁰ Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Jülich-Berg II, Akten Nr. 1250, Blatt 150.

¹⁵¹ Historisches Archiv der Stadt Köln, Schülerlisten des Montanum, Auswertung von J. B.

¹⁵² Archiv des St. Michael-Gymnasiums, Entwurf von den Gegenständen des jährlichen Unterrichts [...] von 1796; Hervorhebung von J. B.

¹⁵³ Vgl. Müller-Dietz (1980), S. 10; Steinberg (2007), S. 106.

¹⁵⁴ Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Jülich-Berg II, Akten Nr. 1250, Blatt 155.

aus eigenständigem Profil“.¹⁵⁵ Diese Bewegung kritisierte die Rückständigkeit der katholischen Territorien und richtete sich gegen barocken Überschwang. Eine rein kontemplative Lebensweise wurde als unnützlich in Frage gestellt, ebenso wie die Mönchsgelübde, insbesondere, wenn sie in jungen Jahren erfolgten. Begünstigt wurde das aufklärungsfreundliche Klima durch den Statthalter Johann von Goltstein (1719-1776) in der Residenzstadt Düsseldorf und durch den Landesherrn Karl Theodor, dessen Akademien in Mannheim und München einen aufklärerischen Standpunkt vertraten. Namentlich „Die Bayerische Akademie der Wissenschaften“ war geprägt von einem „intensiven Antijesuitismus“¹⁵⁶. Goltstein pflegte eine „von den Ideen der Aufklärung getragene Amtsführung [...]“. Unter ihm gehörten Jülich und Berg zu den bestverwalteten Provinzen im deutschen Westen.“¹⁵⁷

Wie sehr sich auch in Münstereifel eine von der katholischen Aufklärung getragene Pädagogik durchgesetzt hatte, spiegelt nicht nur die Berufung von Fey als Rektor wider. In einem Bericht der Gymnasiallehrer aus dem Jahr 1787 an den Kurfürsten werden die Autoren genannt, die dem Unterricht zugrunde gelegt wurden:

Der Jesuit *Ignaz Wurx* (* 1731, † 1784) hat selbst das Studium der deutschen Sprache frühzeitig begonnen und legte großen Wert darauf, dass seine Schüler sorgfältig den deutschen Aufsatz übten. In späteren Jahren wurde er Professor der geistlichen Beredsamkeit an der theologischen Fakultät der Universität zu Wien.¹⁵⁸

Caspar Zumkley (* 1732, † 1794) war ebenfalls Jesuit und Schulreformer. In den 1770er Jahren arbeitete er unter von Fürstenberg eine neue Schulordnung aus. Zumkley war Autor verschiedener mathematischer Lehrbücher. Im Münstereifeler Schulprogramm kam aber eine andere Seite seines Wirkens zum Tragen. Zumkley verfasste die *Münsteraner Chrestomathie*, eine für den Schulgebrauch gedachte Zusammenstellung von Texten verschiedener Schriftsteller wie Caesar und Curtius, aber auch Passagen aus Opitz, Gellert, Rabener, Ewald von Kleist und Lessing.

Anselm Desing (* 1699, † 1772) war Benediktiner. Seine zahlreichen Schriften lassen ihn „teils als Schulmann, teils als Gelehrten erkennen“.¹⁵⁹ In Münstereifel legte man das erstmals 1728 erschienene und danach mehrfach aufgelegte *Compendium eruditionis* zugrunde, ein Buch, das auch am Kölner Montanum rege genutzt wurde. Der Inhalt umfasst „historia sacra“, „geographia politica“ und „historia profana et politica“.¹⁶⁰

Eine Parallele zum Montanum zeigt auch der Name des aus Schlesien stammenden *Johann Ignaz von Felbiger* (* 1727, † 1788), der, von preußischen Pietisten angeregt, als Protagonist insbesondere der österreichischen Schulreform gilt.¹⁶¹ Er war Abt im Augustiner-Chorherrenstift Sagan. Er nahm wichtige Anregungen aus dem protestantisch-norddeutschen Raum auf. Methodisch setzte Felbiger neue Akzente. Er plädierte

¹⁵⁵ Gebhardt (2005), S. 168.

¹⁵⁶ Engelbrecht (1996), S. 38.

¹⁵⁷ Zu Goltstein siehe Artikel in: Neue Deutsche Biographie, Bd. 6, Berlin 1964, S. 627.

¹⁵⁸ Zu Ignaz Wurx siehe Artikel in: Allgemeine Deutsche Biographie, Bd. 44, Leipzig 1898, S. 354.

¹⁵⁹ Zu Anselm Desing siehe Artikel in: Allgemeine Deutsche Biographie, Bd. 5, Leipzig 1877, S. 73.

¹⁶⁰ Vgl. Fellmann (1999), S. 104f.

¹⁶¹ Vgl. Gebhardt (2005), S. 158f.

dafür, statt der Memoriermethode die Katechisiermethode zu praktizieren und auf diese Weise zu prüfen, ob die Schüler das Gelernte abrufen konnten. Unter der französischen Verwaltung wurde der fortschrittliche Haas-Lehrer Gall in Köln auch mit dem Hinweis eingestellt, er arbeite mit der Methode Felbigers.

Wie sich die Verwendung der genannten Lehrbücher und Autoren in der Unterrichtspraxis auswirkte, zeigt das bereits erwähnte achtseitige Programmheft der Herbstprüfung 1796, das ein auf die Münstereifeler Verhältnisse herunter gebrochenes Curriculum enthält. Nicht mehr das jesuitische Schulziel der „Eloquens et sapiens pietas“ stand der Christenlehre Pate. Die katholische Aufklärung hielt barocke Volksfrömmigkeit für unproduktiv und verknüpfte stattdessen, wie die gemäßigten protestantischen Theologen, Glauben und Vernunft.¹⁶² Dass man auch in Münstereifel eine ähnliche Synthese anstrebte, verrät ein Satz aus der Glaubenslehre des Heftes:

„Das Gute ist vorzüglich die Tugend, so in einer besonderen Fertigkeit, seine Handlungen nach der Richtschnur des Gesetzes einzurichten, besteht. Die Göttlichen sowohl als die sittlichen Tugenden bezielen die Bildung des Menschen zum Guten.“¹⁶³

Glaube, Liebe, Hoffnung, die göttlichen Tugenden und Besonnenheit, Gerechtigkeit und Tapferkeit als sittliche Tugenden stehen demnach nicht nur nebeneinander, sie verfolgen ein Ziel, nämlich, im aufklärerischen Sinn die Bildung des Menschen. Friedrich Joseph erhielt nach dem Verständnis der Zeit eine moderne, weil katholisch aufgeklärte Ausbildung. Die lebensweltlich verankerte Frömmigkeit des Barock war Sache der Münstereifeler Christenlehre und nicht des Curriculums.

Schon 1787 dachte man in Münstereifel daran, Französisch als Lehrfach einzuführen.¹⁶⁴ 1794 gab es gleich zwei Lehrer für diese Disziplin, Karl Spelten und Rektor Peter Fey. Die französische Verwaltung dürfte während der Schulzeit von Friedrich Joseph gute Voraussetzungen für den Erwerb des Französischen geboten und dem Lerneifer einen Schub gegeben haben. Zwar wurde die deutsche Sprache nicht direkt von der französischen Seite bekämpft, „allerdings wurde sie durch die Bevorzugung des Französischen in der Verwaltung und vor den Gerichten, in der Pressepolitik und im Unterrichtswesen [...] langsam, aber sicher in die Rolle einer Zweit- und Hausprache zurückgedrängt.“¹⁶⁵

Haas konnte seine französischen Sprachkenntnisse nach der Münstereifeler Schule an der Kölner *École centrale* weiter ausbauen und vertiefen. Ohne sie hätte er als Arbeit suchender Mediziner keine Chance gehabt, bei einer russischen Hochadligen 1806 in Dienst genommen zu werden. Auch Jahrzehnte später reichte es offenbar für einen gebildeten Ausländer im Moskau aus, als Wissenschaftler Lateinisch, in der Gesellschaft Französisch und Deutsch zu sprechen.

¹⁶² Vgl. ebd., S. 169.

¹⁶³ Archiv des St. Michael-Gymnasiums, Entwurf [...] von 1796, S. 4.

¹⁶⁴ Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Jülich-Berg II Akten Nr. 1250, Blatt 150.

¹⁶⁵ Zitiert nach Theis/Wilhelm (2009), S. 45.

17. Einordnung der Ergebnisse und Ausblick

Der Aufsatz verortet die Herkunft des Mediziners und Philanthropen Dr. Friedrich Joseph Haas in einem wohlhabenden, weit verzweigten und einflussreichen Familienverband. In Haas' Geburtsstadt Münsteriefel gehörten dazu die Familie des Vaters – ein Apotheker – und die der Mutter mit hohen Gerichtsbeamten in zweiter Generation. In der Reichsstadt Köln bestand die Familie aus einem Netzwerk von Geistlichen und Universitätslehrern, Medizinerinnen und Chirurgen. Der Familienverband war Teil des aufstrebenden Bürgertums. Friedrich Joseph Haas und seine Brüder waren gut ausgebildete Aufsteiger. Die politische Einstellung der Familie in den Jahren um 1800 war pro-französisch. Man befürwortete den Anschluss an Frankreich.

Somit korrigiert die Abhandlung das Bild in der Haas-Forschung vom ökonomisch bescheidenen, katholisch frommen Elternhaus.

Zweifelsfrei konnte die umstrittene Frage geklärt werden, ob Friedrich Joseph Haas in Münsteriefel Kindheit und Jugend verbrachte. Er besuchte dort das vierjährige Gymnasium, das – entgegen dem bisherigen Stand der Forschung, aber typisch für ein damaliges Gymnasium – nicht die Hochschulreife, sondern nur einen mittleren Bildungsabschluss ermöglichte. Diesen erlangte Haas im September 1798 eben dort.

Haas' Ausbildung in Münsteriefel war den Prinzipien der katholischen Aufklärung verpflichtet und nicht mehr im Jesuitentum verankert. Im Gegenteil: Der Rektor und Lehrer von Haas, Peter Fey, in der Forschung als Jesuitenpater oder Jesuitenschüler bezeichnet, studierte an der antijesuitischen, offensiv aufgeklärten Bonner „Maxischen Akademie“.

Haas Familienverband vereinigte Berufe aus Medizin, Recht und Religion. Diese Erfahrungsvielfalt könnte jenes *Mixtum Compositum* gewesen sein, das Haas einbrachte, als er aus der Medizinthorie seines „geliebten Lehrers“ Friedrich Schelling seine eigene Synthese ableitete. In seinem Buch über die „Mineralwässer der Kabarda“ schrieb der 30-jährige Haas paradigmatisch:

„Die umfassendsten Kenntnisse, die feinste Unterscheidung, die tiefste Durchdringung, und das, was den wahren Wert ausmacht und die Krone auf jede menschliche Fähigkeit setzt, nämlich der gute Wille, alle seine Kenntnisse und alle Mittel zur Linderung der Leiden einzusetzen, ein edles Streben danach bis zum Wunsch, sich selbst für dieses Ziel aufopfern zu vermögen, sollen die Eigenschaften eines vollkommenen Arztes sein. [...] denn der Arzt ist der Mensch, der an Würde vielen Menschen überlegen ist.“¹⁶⁶

Die hier vorgelegte Darstellung des familiären Umfeldes und des gesellschaftlichen Kontextes, aus denen der Apothekersohn Haas seine ersten Lebenserfahrungen aufnahm, hält für die künftige Erforschung seiner späteren Lebensdekaden neue Erkenntnisse und leitende Fragestellungen bereit. Auch der Besuch der französischen Zentralschule in Köln seit November 1798 erscheint in einem anderen Licht und muss neu bewertet werden.

¹⁶⁶ Zitiert nach Mathias (2005), S. 6.

Quellen

Historisches Archiv der Stadt Köln

Bestand 150 Universität 433, Medizinische Doctor-Diplome 1742 -1796

Bürgerbuch der Stadt Köln, Eintrag vom 18. Juni 1739

Französische Verwaltung, Tabellarische Darstellung der Kölnischen Universität von Paul Best, 1798

Französische Verwaltung, Verzeichnis der Vorlesungen der Universität zu Köln
Schülerlisten des Montanum 1791/92 – 1797/18

Hauptstaatsarchiv Düsseldorf

Jülich-Berg II, Akten Nr. 1250, Blatt 146

Jülich-Berg II, Akten Nr. 1250, Blatt 150

Jülich-Berg II, Akten Nr. 1250, Blatt 155

Jülich-Berg III, Akten Nr. 1732, Blatt 38

Kurköln VIII, Nr. 1049, Blatt 006

Die Matrikel der Universität Köln

Fünfter Band 1675-1797, vorbereitet von Hermann Keussen, Düsseldorf 1981

Niederrheinisch-westfälischer Kreiskalender

1777 bis 1794

Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Abteilung Rheinland (LAV NRW R)

Jülich-Berg II, Akten Nr. 1250

Jülich-Berg III, Akten Nr. 1732

Jülicher Gericht 545

Kurköln VIII, Nr. 1049

Archiv des St. Michael-Gymnasiums, Bad Münstereifel

Status Specificum 1782/83.

Programm über die im Schuljahr 1820 in 21 vorgetragenen Lehrgegenstände 1820

Notenlisten der Schüler 1750 - 1771

Archiv der Stadt Bad Münstereifel

Ratsprotokolle 1759-1794

Hospitalrechnungen, Titel 20, 10/813

Archives Nationales Paris

F1cIII Jülich

BII 602

BII 607

B II 805-B

BII 809

Staatsarchiv Koblenz
Bestand 256 Nummer 7000

Seiner Kurfürstlichen Durchlaucht zu Pfalz Hof- und Staatskalender für das Jahr 1786

Bibliothèque nationale de France
NUMM 133247

Literatur

1. Beckmann (2007): Johannes Beckmann, Hans-Dieter Graf, Neue Erkenntnisse zu Dr. Friedrich Joseph Laurenz Haass, dem Heiligen Doktor zu Moskau, Nachrichtenblatt des Vereins Alter Münsterfelder 82 (2007), S. 14-18.
2. Beisswanger (1996): Gabriele Beisswanger, Arzneimittelversorgung im 18. Jahrhundert, Braunschweig 1996.
3. Bianco (1833): Franz Joseph von Bianco. Versuch einer Geschichte der ehemaligen Universität und der Gymnasien der Stadt Köln so wie der an diese Lehr-Anstalten geknüpften Studien-Stiftungen, von ihrem Ursprunge bis auf die neuesten Zeiten, Köln 1833.
4. Bongart et al. (1998): Harald Bongart, F. Kuhl, G. Rüniger, Landbevölkerung im 18. Jahrhundert. Lebens- und Rechtsverhältnisse in den Dörfern der mittleren Erft, Jahresschrift des Vereins der Geschichts- und Heimatfreunde des Kreises Euskirchen e. V. 12 (1998).
5. Braubach (1966): Max Braubach, Die erste Bonner Hochschule. Maxische Akademie und kurfürstliche Universität 1774/77 bis 1789, Bonn 1966.
6. Cardauns (1920): Hermann Cardauns, Aus dem alten Köln vor 60 und 120 Jahren, Köln 1920.
7. Croon (1929): Helmuth Croon, Stände und Steuern in Jülich Berg im 17. und vornehmlich im 18. Jahrhundert, Bonn 1929.
8. Deeters (1987): Joachim Deeters, Die auswärtigen Kölner Neubürger der Jahre 1790 bis 1793, Jahrbuch des Kölnischen Geschichtsvereins 58 (1987), S. 85-126.
9. Dumont (1989): Franz Dumont, Befreiung oder Fremdherrschaft? Zur französischen Besatzungspolitik am Rhein im Zeitalter der Revolution, in: Peter Hüttenberger, Hansgeorg Molitor (Hrsg.), Franzosen und Deutsche am Rhein 1789-1918-1945, Essen 1989, S. 91-112.
10. Ebeling (1987): Dietrich Ebeling, Bürgertum und Pöbel. Wirtschaft und Gesellschaft Kölns im 18. Jahrhundert, Köln 1987.
11. Elias (1977): Norbert Elias, Über den Prozess der Zivilisation. 1. Band, Frankfurt a. M. ³1977.
12. Engelbrecht (1996): Jörg Engelbrecht, Das Herzogtum Berg im Zeitalter der Französischen Revolution, Paderborn/München/Wien 1996.
13. Fellmann (1999): Dorothea Fellmann, Das Gymnasium Montanum in Köln 1550-1798. Zur Geschichte der Artes-Fakultät der alten Universität Köln, Köln 1999.

14. Frowein/Hedderich (1973): Peter Frowein, Philipp Hedderich 1744-1808. Ein rheinischer Kanonist aus dem Minoritenorden im Zeitalter der Aufklärung, Köln 1973.
15. Gall (1989): Lothar Gall, Bürgertum in Deutschland, Berlin ¹1989.
16. Gaude (1985): Werner Gaude. Die alte Apotheke, Leipzig ³1985.
17. Gebhardt (2005): Bruno Gebhardt, Handbuch der Deutschen Geschichte. Band 12, Stuttgart ¹⁰2005.
18. Grab (1989): Walter Grab, Die französische Revolution. Aufbruch in die moderne Demokratie, Stuttgart 1989.
19. Guddorf (1976): August Guddorf, Was führte die Kölner Familie Haas (Haaß, Haass) nach Münstereifel?, Nachrichtenblatt des Vereins Alter Münstereifeler 51 (1976), 2, S. 11-13.
20. Haass Gesellschaft (2007): Friedrich Joseph Haass Gesellschaft (Hrsg.), Der „heilige Doktor“ von Moskau Friedrich Joseph Haass. Münstereifel 1780 – Moskau 1853, Bad Münstereifel 2007.
21. Haaß (1984): Karl Haaß, Korrespondenz F. J. Haas – F. W. J. Schelling. Unveröffentlichte Dokumente aus dem Berliner Schelling-Nachlass, Nachrichtenblatt des Vereins Alter Münstereifeler 59 (1984), 1, S. 1-6.
22. Hamm (1979): Anton Hamm, Dr. med. Friedrich Josef Haass aus Münstereifel. Der heilige Doktor von Moskau. Der Mensch. Sein Leben. Sein Werk, Bonn 1979.
23. Hürten (1969): Toni Hürten, Bad Münstereifel in Daten 760 bis 1816, Euskirchen 1969.
24. Kaulen (1984): Heinz Kaulen, Gerichtliche Ermittlungen in ungewöhnlichen Todesfällen nach jülichischem Recht im 18. Jahrhundert. Dargestellt an drei Fällen, Dürener Geschichtsblätter. Mitteilungen des Dürener Geschichtsvereins e. V. 73 (1984), S. 121-132.
25. Keller (2004): Susanne Keller, Pharmazeutische Lehr- und Gesellenbriefe aus dem 17. und 18. Jahrhundert, Marburg 2004.
26. Koni (2007): Anatolij Koni, Doktor Friedrich Haass. Lebensskizze eines deutschen Philanthropen in Russland, in: Friedrich Joseph Haass Gesellschaft (Hrsg.), Der „heilige Doktor“ von Moskau Friedrich Joseph Haass. Münstereifel 1780 – Moskau 1853, Bad Münstereifel 2007, S. 15-115.
27. Koselleck (1989): Reinhart Koselleck, Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten, Frankfurt a. M. 1989.
28. Kraul (1984): Margret Kraul, Das deutsche Gymnasium 1780-1980, in: Hans-Ulrich Wehler, Neue Historische Bibliothek, Frankfurt a. M. 1984.
29. Kriedte (2007): Peter Kriedte, Taufgesinnte und großes Kapital, Göttingen 2007.
30. Lundgreen (1980): Peter Lundgreen, Sozialgeschichte der deutschen Schule im Überblick. Teil I, Göttingen 1980.
31. Mathias (2005): Dietrich M. Mathias (Hrsg.), Meine Reise zu den Alexanderquellen in den Jahren 1809 und 1810. Dr. F. J. Haass als Arzt und Naturforscher im nördlichen Kaukasus, Aachen 2005.
32. Mitterauer/Sieder (1980): Michael Mitterauer, Reinhard Sieder, Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Zum Strukturwandel der Familie, München ²1980.

33. Molitor (1980): Hansgeorg Molitor, Vom Untertan zum Administré. Studien zur französischen Herrschaft und zum Verhalten der Bevölkerung im Rhein-Mosel-Raum von den Revolutionskriegen bis zum Ende der Napoleonischen Zeit, Wiesbaden 1980.
34. Müller-Dietz (1963): Heinz Müller-Dietz, Zur Biographie des „heiligen Doktors“ Friedr. Joseph Haass, Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 47 (1963), S 479-488.
35. Müller-Dietz (1980): Heinz Müller-Dietz, Friedrich Joseph Haass als Arzt in Moskau. Biographische Skizzen, Berlin 1980.
36. Querling (1961): Hubert Querling, Die Entwicklung des Notariats in Jülich Berg von den Anfängen bis zur Auflösung durch die Franzosen 1794 und 1806, Diss., Köln 1961.
37. Schaffer (2009): Wolfgang Schaffer, Geschichte der Provinzial-Hebammenanstalt Köln 1809-1924, in: Wolfgang Schaffer, Wolfgang F. Werner (Hrsg.), Rheinische Wehemütter, Essen 2009, S. 67-183.
38. Scheins (1894): Martin Scheins (Hrsg.), Urkundliche Beiträge zur Geschichte der Stadt Münsteriefel und ihrer Umgebung, Münsteriefel 1894.
39. Schleicher (1990): Herbert M. Schleicher, 80.000 Totenzettel aus Rheinischen Sammlungen. Band 5, Köln 1990.
40. Schmidt-Wetter (1970): Rudolf Schmidt-Wetter, Zur Geschichte des Nordrheinischen Apothekenwesens, Frankfurt a. M. 1970.
41. Schneider (2006): Günther Schneider, 1794 – Die Franzosen auf dem Weg zum Rhein, Aachen 2006.
42. Scotti (1821): J. J. Scotti, Sammlung der Gesetze und Verordnungen welche in den ehemaligen Herzothümern Jülich, Cleve und Berg ergangen sind. Zweiter Theil, Düsseldorf 1821.
43. Siegel (1960): Heinz Siegel, Katalog der ehemaligen Jesuiten-Kollegbibliothek in Münsteriefel, Münsteriefel 1960.
44. Spelthahn (1993): Heinz Spelthahn, (Hrsg.), Das Jülicher Land 1792-1818, Quellen zur Geschichte des Jülicher Landes. Band 2, Jülich 1993.
45. Steimel (1958): Robert Steimel, Kölner Köpfe, Köln 1958.
46. Steinberg (1984): Rolf Steinberg, Friedrich Joseph Haass und der russische Strafvollzug im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M./Berlin u. a. 1984 (= Strafvollzug, Randgruppen, soziale Hilfe, 4).
47. Steinberg (2007): Rolf Steinberg, Personengeschichtliche Studien zur Jugendbiographie von Friedrich Joseph Haas (1780-1853), in: Annalen des Historischen Vereins für den Niederrhein 210 (2007), S. 103-164.
48. Theis/Wilhelm (2009): Kerstin Theis, Jürgen Wilhelm (Hrsg.), Frankreich am Rhein. Die Spuren der „Franzosenzeit“ im Westen Deutschlands, Köln 2009.
49. Toepke (1904): Gustav Toepke (Hrsg.), Die Matrikel der Universität Heidelberg (5. Teil): Von 1807-1846, Heidelberg 1904.
50. Watermann (1977): Rembert A. Watermann, Vom Medizinalwesen des Kurfürstentums Köln und der Reichsstadt Köln (1761-1802), Neuss 1977.

51. Weber-Kellermann (1974): Ingeborg Weber-Kellermann, Die deutsche Familie. Versuch einer Sozialgeschichte, Frankfurt a. M. 1974.
52. Wehler (1996): Hans-Ulrich Wehler. Deutsche Gesellschaftsgeschichte Erster Band. Vom Feudalismus des Alten Reiches bis zur Defensiven Modernisierung der Reformära, 1700-1815, München ³1996.

Caspar Georg Carl Reinwardt (1773-1854). Wissenschaftliche Aktivitäten im Dienste des ostindischen Gouvernements

Teunis Willem van Heiningen

1. Einführung

Am 14. August 1814 entschloss sich König Willem I. der Niederlande, die Regierung Ostindiens wiederherzustellen.¹ Die ostindischen Kolonien waren 1811 von England erobert worden und Thomas Stamford Raffles wurde zum Leutnantgouverneur von Java ernannt.² Im September 1814 ernannte der niederländische König Baron Van der Capellen, den Konteradmiral Buyskes und den Politiker Elout zu Mitgliedern der Generalkommission für Niederländisch-Ostindien. Sie wurden beauftragt, die Regierung von den Engländern zu übernehmen. Man plante ihre Abreise für das Frühjahr 1815. Überrascht von der Rückkehr Napoleons von Elba, wurde die Abreise auf Herbst verschoben. Am 16. August 1816 übergab England die Regierungsgeschäfte für Ostindien größtenteils wieder den Niederlanden. Die schwierige finanzielle Lage zwang die niederländische Regierung in der Folge zur Ersinnung eines umfassenden Planes, in dem wirtschaftliche Motive dominierten. Sie erteilte dem Botaniker Caspar Georg Carl Reinwardt, Professor der Naturwissenschaften in Amsterdam, unzählige Aufträge.³ Zu diesem Zweck wurde er den drei Generalkommissaren als höchster Beamter beigeordnet.

Im vorliegenden Aufsatz soll dem Leben und Werk Caspar Georg Carl Reinwardts ein besonderes Augenmerk geschenkt werden. Ausgangspunkte sind hierbei die Vorgeschichte zu der 1815 erfolgten Reise nach Ostindien, ihr Verlauf und die Umstände der Ankunft 1816 in Batavia (Kapitel 2 bis 4). Sodann gilt es, Reinwardts Berichte über die Geologie Ostindiens, seine Maßnahmen zur Restrukturierung des öffentlichen Lebens, seine wissenschaftlichen Aktivitäten und seine spezifische Rolle als Initiator von Naturaliensammlungen in den Blick zu nehmen (Kapitel 5 bis 8). Anschließend sind Reinwardts naturwissenschaftliche Reisen und die von ihm verschickten Schiffsladungen einer Bewertung zuzuführen (Kapitel 9 und 10). Am Ende des Beitrages stehen konzise Informationen zu Reinwardts Rückkehr in die Niederlande, zu seiner universitären Karriere in Leiden und seinem Tod im Jahr 1854 (Kapitel 11 bis 12). Es folgt ein kurzer Nachsatz zur Einordnung der beschriebenen Aktivitäten Reinwardts in dessen Lebenswerk.

¹ Van Heiningen (2006), pp. 21-42.

² Thomas Stamford Raffles (1781-1826), Gründer von Singapur, war der Sohn eines englischen Kapitäns, der sein Brot mit Sklavenhandel in der Karibik verdiente, und einer unbekanntenen holländischen Mutter. Er begann seine Karriere als Schreiber in der englischen *East India Company*.

³ Vgl. NA 2.21.204 (9): R. Dozy (Batavia) an C. G. C. Reinwardt (Batavia): 13. September 1816.

2. Wer war Caspar Georg Carl Reinwardt?

Caspar Georg Carl Reinwardt wurde am 3. Juni 1773 in Lüttringhausen (im Rheinland) geboren. Im Jahre 1787 zog er nach Amsterdam, wo sein älterer Bruder in einer Apotheke beschäftigt war. Tagsüber arbeitete er als Apothekerlehrling, nachts studierte er. Anfang 1800 entschloss er sich, sein Medizinstudium in Göttingen zu absolvieren. Als am 11. Juni 1800 in Harderwijk die Professur für Botanik vakant wurde, schlugen seine Amsterdamer Gönner ihn als Nachfolger vor. Daraufhin verlieh die Harderwijker Universität ihm zweimal den Titel eines Ehrendoktors, einmal in Philosophie und einmal in Medizin. Am 10. Juni 1801 hielt Reinwardt seine Antrittsrede, in der er betonte, dass man nur durch eigene Forschung wahre Erkenntnisse erwerben könne.

Im Jahre 1808 ernannte König Louis Bonaparte Reinwardt zum Direktor des neu gegründeten Botanischen und Zoologischen Gartens zu Haarlem. Als er am 9. Juli 1810 infolge der Annektierung Hollands durch Frankreich sein Amt verlor, hatte das *Amsterdamer Atheneum Illustre* ihn bereits zum Professor für Naturgeschichte, Chemie und Pharmazie und zum Direktor des naturgeschichtlichen Kabinetts berufen.



Abbildung 1: Caspar Georg Carl Reinwardt (etwa um 1801 von M. I. van Bree porträtiert)

Am 13. Dezember 1814 berichtete Anton Reinhard Falck, Innenminister und Staatssekretär, Reinwardt, dass der König der Niederlande ihn, wegen seiner großen wissenschaftlichen Verdienste und seines beispiellosen Arbeitseifers, einen Tag zuvor zum Direktor für Landwirtschaft, Künste und Wissenschaften in Niederländisch-Ostindien ernannt hatte.⁴ Man verpflichtete ihn zu zwei Jahren Dienst in Ostindien, mit der

⁴ BPL 2425 II: A. R. Falck (Brüssel) an Reinwardt (Amsterdam): 13. Dezember 1814. Reinwardt akzeptierte die Berufung am 16. Dezember 1814.

Option auf Verlängerung um zwei Jahre. Sein Auftrag beinhaltete die Zusammenstellung von Informationen aus den Bereichen Demographie, Ethnologie, Wirtschaft, Bergbau, Technologie und Forstwirtschaft. Weiterhin sollte er die, für den internationalen Handel geltende, Einhaltung der Regeln und die korrekte Abführung der Zollgebühren untersuchen. Darüber hinaus sollte er wissenschaftliche Aktivitäten ausüben und in diesem Zusammenhang vor allem Naturalien, Pflanzen sowie Mineralien sammeln, mit deren Hilfe man dem Prestige der englischen und französischen Sammlungen nahe zu kommen hoffte. Zu diesem Zweck war Reinwardt zudem beauftragt, auch Kunstobjekte und archäologische Gegenstände zu erwerben. Weiterhin sollte er Schulbildung, Gesundheitswesen, Wissenschaften und Kunst vor Ort zum Blühen bringen. Hierfür wurde er zum Präsidenten der *Bataviaasch Genootschap van Kunsten en Wetenschappen* ernannt. Überdies sollte er über die, in den ausländischen Kolonien erscheinenden, wissenschaftlichen Zeitschriften Erkundigungen einziehen. Voller Freude und Begeisterung unterrichtete Reinwardt seinen Freund Dietrich Georg von Kieser (zu jener Zeit Direktor der Militärhospitäler zu Lüttich und Versailles) über seine Berufung. Kieser wünschte ihm viel Erfolg und hoffte, dass die niederländische Regierung bereit sei, ihn selbst, auf Fürsprache Reinwardts, als Naturforscher und Botaniker einzusetzen.⁵

Bereits während Reinwardts Tätigkeit als Professor in Amsterdam entwickelte sich eine rege Korrespondenz mit dem Sekretär der *Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen* zu Haarlem, Martinus van Marum, und dem Amsterdamer Althilologen Jeronimo de Vries.⁶

3. Die Reise nach Batavia über die Kap-Verdischen Inseln

Am 29. Oktober 1815, nachdem man einen günstigen Ostwind abgewartet hatte, lief das Marinegeschwader, bestehend aus der *Admiraal Evertsen*, der *Amsterdam*, der *Admiraal De Ruyter*, der *Iris*, der *Spion*, der *Brabant* und der *Maria Reijgersbergen*, von der Reede auf Texel aus. Außer den drei Generalkommissaren und Reinwardt waren auch einige hohe Offiziere, deren Ehefrauen und ein Kontingent Soldaten sowie der Chefgärtner des Botanischen Gartens der Universität zu Harderwijk, Willem Kent, und der Künstler Adrianus Johannes Bik an Bord.

Am 10. Januar 1816 kam das Kriegsschiff *Admiraal Evertsen* in Kapstadt an. Gleich darauf unterrichtete Reinwardt seinen Freund De Vries über die Seereise, in deren Verlauf einige Todesfälle zu beklagen waren und einer der Seekadetten über Bord gegangen

⁵ KB 121 D 6 (39): D. G. Kieser (Jena) an Reinwardt (Amsterdam): 5. Februar 1815.

⁶ Jeroen de Vries, Klassischer Philologe, Geheimschreiber der Stadt Amsterdam, Mitglied der *Maatschappij der Nederlandsche Letterkunde* (seit 1807), der *Tweede Klasse van het Koninklijk Nederlandsch Instituut van Wetenschappen, Letterkunde en Schoone Kunsten* (seit 1808). KB 121 B 8 (3): Reinwardt (Reede von Texel) an De Vries: 17. Oktober 1815; KB 121 B 8 (4): ebd.: 22. Oktober 1815; KB 121 B 8 (4+): ebd.: 29. Oktober 1815; KB 121 B 8 (5): ebd.: 29. Oktober 1815 [wenige Stunden nach „KB 121 B 8 (4+)“]; NHA 529-20b: Reinwardt (Reede von Texel) an M. van Marum (Haarlem): 17. Oktober 1815; ebd.: 20. Oktober 1815; ebd.: 21. Oktober 1815; ebd.: 23. Oktober 1815; ebd.: 28. Oktober 1815.

und ertrunken war.⁷ Die Stadt beeindruckte Reinwardt, der bereits in Kapstadt von jenen Spaziergängen träumte, die er in wenigen Monaten außerhalb Batavias machen würde: „Dies sollte der Herr Van Marum mal sehen!“⁸ Während seines Aufenthalts in Kapstadt bereiste Reinwardt zudem das Binnenland, bewunderte den Weinbau und zeigte sich äußerst erstaunt über den Reichtum der Großgrundbesitzer.⁹ Der Künstler Bik fertigte viele Skizzen an.

4. Ankunft in Batavia

Am 26. April 1816 ankerte das Kriegsschiff *Admiraal Evertsen* schließlich auf der Reede von Batavia. In einem ersten langen Brief an Van Marum, den er in Batavia schrieb, berichtete Reinwardt, dass er schnell und erfolgreich Eingang in die gehobenen Kreise vor Ort gefunden und bereits einige Ausflüge in der Region unternommen hatte. Er fieberte danach, den beiden Naturforschern Raffles und Horsfield nachzueifern, die dicht bewachsenen Berge Batavias zu besteigen und ebenfalls eine große Sammlung von Naturalien, Pflanzen und Mineralien zusammenzutragen.¹⁰

Jeden Monat schickten sich die Freunde Reinwardt und Van Marum mehrere Briefe, in denen sie ihre jüngsten Erfahrungen austauschten. Immer mehr wurde Reinwardt bewusst, dass viele javanischen Pflanzen wegen ihrer besonderen Lebensweise niemals in Europa zu kultivieren sein würden.¹¹ Regelmäßig äußerte Van Marum seine Besorgnis über Reinwardts Wohlbefinden und über dessen schwere Aufgaben, wodurch er nur selten seine Lieblingswissenschaften ausüben könne. Reinwardt erwiderte, dass, solange England die Regierung noch nicht den Niederlanden übertragen hatte, er sich öfters in Buitenzorg aufhalten und seine gute Gesundheit genießen könne.¹²

Schließlich, im September 1816, fand trotz Raffles' Widerstand die Übergabe Ostindiens statt und die Engländer verließen das Land endgültig am 30. Juni 1817. Sofort machte Reinwardt Pläne für die Ausführung der wichtigsten Aufgaben, wie die Verbesserung des Grundschulunterrichts und die Organisation des Gesundheitsamts, und schickte diese an den Generalkommissar.

5. Berichterstattung über die Geologie Ostindiens

Reinwardts Meldungen an das ostindische Gouvernement bezogen sich vor allem auf geologische und mineralogische Themen. Dabei stützte er sich nicht nur auf die Be-

⁷ KB 121 B 8 (6): Reinwardt (Kapstadt) an De Vries: 10. Januar 1816.

⁸ NHA 529-22: Reinwardt (Kapstadt) an Van Marum: 12. Januar 1816.

⁹ Ebd.: 4. Februar 1816.

¹⁰ Thomas Horsfield (1773-1859), amerikanischer Mediziner und Naturforscher, war ab 1800 auf Java als Arzt tätig. Ab 1811 arbeitete er für Raffles. 1819 verließ er aus Gesundheitsgründen Java und ließ sich in London nieder.

¹¹ NHA 529-20b: Van Marum (Haarlem) an Reinwardt (Batavia): 17. Juli 1817.

¹² Regelmäßig litt Reinwardt an einer schweren katarrhalen Entzündung, die ihn ans Bett fesselte. Im Winter 1821/1822 wurde er mit starken Medikamenten behandelt, unterzog sich wiederholten Aderlässen und musste in Sourabaija zwei Monate lang das Bett hüten.

richte, die er von Ingenieuren, Offizieren und Ärzten erhielt, sondern ging gerne auch selbst auf Erkundung. Nutznießer dieser Erkundungen war Jean-Baptiste Louis Gérard Théodor Leschenault De La Tour, Botaniker bei der Expedition des französischen Naturforschers Kapitän Nicolas Baudin nach Australien. Er führte geologisch-mineralogische Untersuchungen in der Gegend von Semarang (Mitteljava) durch.¹³

Anfang Oktober informierte De La Tour Reinwardt über eine Quecksilbermine, wobei er nicht nur technische Daten mitteilte, sondern auch die beschränkten Abbaumöglichkeiten betonte und die gesundheitlichen Aspekte verdeutlichte.¹⁴ Ein weiteres Beispiel lieferte W. P. van Overbeek, Generalkommissar der Marine, der Reinwardt im August 1818 über die Entdeckung einer Mineralölquelle in der Nähe von Sourabaija (Ostjava) informierte.¹⁵ In den Jahren 1817 und 1818 erreichten Reinwardt viele Berichte über Vulkanausbrüche. Gleich nachdem er die ersten Meldungen erhalten hatte, reiste er ab und betrachtete die schrecklichen Auswirkungen dieser Naturgewalt aus der Nähe. Er bestieg mehrere Vulkane, wobei er sich, Van Marum zufolge, in Lebensgefahr begab.¹⁶

Daneben beschäftigte Reinwardt sich auch mit der Erforschung des Braunkohle- und Steinkohlevorkommens, berichtete über die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätsuntersuchungen und ließ sich über ihre Anwendungen beraten.¹⁷ In jenen Jahren befasste er sich auch intensiv mit der Förderung und Reinigung des Schwefels für die Schießpulverproduktion und mit der Steigerung der Salpeterherstellung mittels Beschleunigung des Fäulnisprozesses.¹⁸

¹³ Leutnant Jean-Baptiste Louis Claude Théodore Leschenault de la Tour (1773-1826), Botaniker, besuchte als Mitglied der Gesellschaft des Kapitäns Nicolas Baudin Australien. Später erforschte er zusammen mit Raffles die Natur Javas.

¹⁴ NA 2.21.204 (7): Leschenault de la Tour (Umgebung von Semarang) an Reinwardt (Batavia): Oktober 1816.

¹⁵ NA 2.21.204 (8): Van Overbeek (Sourabaija) an Reinwardt (Batavia): 21. August 1818.

¹⁶ Über Vulkanismus: NA 2.21.204 (9): J. F. Roos und R. Dozy (Generalsekretäre des ostindischen Gouvernements) an Reinwardt (Batavia): u. a. 23. Januar 1817. Diese Tatsachen werden bestätigt vom *Global Volcanism Program* (Smithsonian Institution); NHA 529-22: Reinwardt (Buitenzorg) an Van Marum: 23. Oktober 1818; ebd.: Reinwardt (Trogong) an Van Marum: 2. November 1818; NA 2.21.204 (9): A. Payen (Buitenzorg) an Reinwardt (Batavia): 31. Mai 1822.

¹⁷ Über Kohle und Braunkohle vgl. NA 2.21.204 (7): Reinwardt (Batavia) an den Generalgouverneur (Buitenzorg): Ende April 1817; NA 2.21.204 (7): J. C. Baud (Batavia) an Reinwardt (Batavia): 30. Juni 1817; NA 2.21.204 (7): Reinwardt (Batavia) an den Generalgouverneur (Batavia): 18. Juli 1817.

¹⁸ Über Schwefel-Abbau: NA 2.21.204 (7): Reinwardt (Semarang) am Generalgouverneur (Batavia): 7. September 1817; NA 2.21.204 (7): H. van Haak (Pekalongang) an Reinwardt (Batavia): 18. November 1817; NA 2.21.204 (7): W. N. Servatius (Tandjil) an Reinwardt (Batavia): 22. November 1817; NA 2.21.204 (7): G. F. Koch (Tagal) an Reinwardt (Batavia): 27. November 1817 (4 Berichte); NA 2.21.204 (7): J. C. Baud (Batavia) an Reinwardt (Batavia): 27. November 1817; NA 2.21.204 (7): Reinwardt (Batavia) an Generalgouverneur (Batavia): 11. Dezember 1817; NA 2.21.204 (7): Kapitän Engler (Semarang) an Reinwardt (Batavia): 21. September 1818; NA 2.21.204 (7): General Anthingh (Batavia) an Generalgouverneur (Batavia): 3. Oktober 1818; NA 2.21.204 (7): Reinwardt (Batavia) an Generalgouverneur (Batavia): 16. Oktober 1818; NA 2.21.204 (7): A. de Wilde (Soeka Boemie) an Reinwardt (Batavia): 18. November 1818; NA 2.21.204 (7): Reinwardt (Batavia) an Generalgouverneur (Batavia): 4. Dezember 1818; NA 2.21.204 (7): P. Leclercq (Batavia) an Reinwardt (Batavia): 7. Dezember 1818.

6. Maßnahmen der Restrukturierung

Einer der wichtigsten Aufträge Reinwardts war die Umgestaltung des Gesundheitswesens, das dem Sanitätsdienst der Armee und der zivilen Gesundheitsbehörde unterstand. Reinwardt reorganisierte die medizinischen Kommissionen und gestaltete die medizinische Praxis im Einklang mit seinem Antrag an den Generalgouverneur (7. März 1817) um. Er gründete eine medizinische Polizei, verbesserte die bestehenden Hospitäler, gründete neue und gestaltete die Prüfungen der angehenden Mediziner und Chirurgen. Er ernannte einen Kommissar der zivilen Gesundheitsbehörde. Anfangs war dieser ein einfacher Bürger, später übernahm Dr. Bowier, der Leibarzt des Generalgouverneurs, diesen Posten. Nach Reinwardts Rückkehr in die Niederlande starb Bowier, und Dr. Carl Ludwig Blume, Reinwardts ehemaliger Assistent, trat das Amt an. Auch hatte Reinwardt die Bekämpfung der Cholera organisiert und Anweisungen für die in Ostindien tätigen Militärärzte verfasst.¹⁹

Am 15. April 1817 machte Reinwardt den Generalkommissaren den Vorschlag, einen großen botanischen Garten zu gründen, hinter dem sich ein doppelter Zweck verbarg: die Pflege der reinen Wissenschaft und die Entwicklung der Agrarwissenschaft. Am 18. Mai 1817 vollführte er den ersten Spatenstich. Reinwardt zeigte sich außerordentlich erfreut darüber, dass er James Hooper, den ehemaligen Obergärtner von *Kew Gardens*, zum ersten Gärtner des neuen botanischen Gartens ernennen konnte. Hooper hatte sich bereit erklärt auf Java zu bleiben, da sein Schiff, mit dem er nach England zurückkehren wollte, vor der Küste Batavias gesunken war. Dabei war die gesamte Pflanzensammlung verloren gegangen. Sofort machte sich der Bedarf an Saatgut und auch an der neuesten englischen Fachliteratur bemerkbar. Bald informierte Reinwardt seinen Freund Van Marum, dass der Garten Tag für Tag reichhaltiger und schöner wurde. Im Januar 1819 wurde der Garten schließlich fertig gestellt und für das Publikum freigegeben.

Zum großen Verdruss seiner holländischen Freunde musste sich Reinwardt ständig mit der Verbesserung des öffentlichen Grundschulunterrichts beschäftigen, der von Raffles vernachlässigt worden war. Im Jahre 1812 hatte dieser auch die einzige akademische Unterrichtsanstalt Javas, die ihren Sitz in Semarang hatte, aufgelöst. Genauso wie Reinwardt erkannte auch der Generalgouverneur den Wert der Verbesserung des Unterrichts. Reinwardt hatte erfolgreich gute Lehrer aus den Niederlanden rekrutiert, neue Schulen gegründet, Aufsichtsräte eingesetzt, Schulkassen geschaffen, einen Schulrat ernannt und Schulbücher geschrieben.²⁰

Über die Salpeterproduktion: NHA 529-22: Reinwardt (Baneallang, auf Madura) an Van Marum: 18. Oktober 1817; NA 2.21.007.58-43 (Collectie Baud): Reinwardt (Buitenzorg) an J. C. Baud (Batavia): 12. Februar 1818; NA 2.21.204 (7): Reinwardt (Batavia) an Generalgouverneur (Batavia): 7. Dezember 1818.

¹⁹ De Vriese (1854), S. 65 u. 66.

²⁰ Ebd., S. 63 u. 64.

7. Wissenschaftliche Aktivitäten

Auf Wunsch des niederländischen Königs sollten die in Java von Reinwardt zusammengestellten Naturaliensammlungen die Erfolge anderer ausländischer Forscher verblässen lassen. Alle Objekte sollten schnellstmöglich in die Heimat verschickt werden. Dazu mobilisierte Reinwardt jeden, der die Transporte ins Vaterland begleiten konnte, wie zum Beispiel den dänischen Botaniker Westerman.²¹

Als Reinwardt Ende Januar 1817 vom Ausbruch des Idjen-Vulkans (Ost-Java) erfuhr und von der Bildung einiger kleinen Inseln vor der Küste Sourabaijas, wünschte er unmittelbar dorthin abzureisen.

Ende Februar 1817 gab es einen großen Empfang zu Ehren Lord Amhersts, der von China aus auf Durchreise nach England war. Zu dieser Gesellschaft gehörte auch Clark Abel, Mediziner und Botaniker, der sich Reinwardt gegenüber bereit erklärte, Saatgut und lebendige Pflanzen für Van Marum nach Holland mitzunehmen. Abel, obwohl im Besitz eines Empfehlungsschreiben Joseph Banks, Präsident der *Royal Society* zu London, entpuppte sich später als äußerst unzuverlässig, weil er die gesamte Pflanzensammlung mit nach Kew nahm und Van Marum nur einen kleinen Umschlag mit wenigen Samen zukommen ließ.

Oftmals unterrichteten Reinwardt und Van Marum einander über ihre Gärten, über den Bedarf an Saatgut besonderer Pflanzenarten, über die Sammlungen, die Reinwardt zur Sendung in die Niederlande vorbereitet hatte und über die neuen Arten, die er immer wieder entdeckte.

Ab Februar 1818 gewährte der gutherzige Reinwardt dem amerikanischen Naturforscher Thomas Horsfield in seinem Haus in Buitenzorg fast ein ganzes Jahr Unterkunft. Horsfield, der ab 1800 als Arzt in Batavia tätig war, arbeitete später mit Raffles zusammen. Weil dieser eine sehr umfangreiche Sammlung mit sich brachte, gab es für Reinwardt im eigenen Haus keinen Platz mehr. Van Marum gegenüber äußerte Reinwardt sich sehr beeindruckt über Horsfields ungeheure naturwissenschaftliche Gelehrtheit.²² Jedoch ärgerte sich Van Marum über Reinwardts übertriebene Hilfsbereitschaft.

Die Situation spitzte sich zu, als das indische Gouvernement Reinwardt vorwarf, noch nicht ein Hundertstel der wissenschaftlichen Aufgaben vollbracht zu haben, mit denen man ihn beauftragt hatte, und dass er sogar in seinen Gutachten an die Generalkommissare versagt habe. Van Marum blieb der Meinung, dass man seinen Freund unter falschem Vorwand nach Java gelockt hatte. Unglücklicherweise kamen diese Gerüchte auch dem Generalgouverneur zu Ohren. Demzufolge musste Reinwardt Position beziehen; mehrfach flehte er Van Marum an, dieses Missverständnis zu klären. Diese Affäre zog sich bis August 1819 hin.²³

²¹ NHA 529-22: Reinwardt (Batavia) an Van Marum: 14. September 1816.

²² KB 121 D 6 (31): Th. Horsfield (Semarang) an Reinwardt (Batavia): 25. Januar 1818; NHA 529-22: Reinwardt (Batavia) an Van Marum: 30. April 1818, 12. Dezember 1818 und 16. Dezember 1818.

²³ Ebd.: Reinwardt (Semarang) an Van Marum: 14. November 1817; ebd.: Van Marum an Reinwardt (Batavia): 21. Dezember 1817; ebd.: Reinwardt (Trogong) an Van Marum: 16. August 1819.

Das Interesse an Reinwardts wissenschaftlichen Geschenken wuchs schnell, vor allem infolge der Berichterstattung in den niederländischen Zeitungen. Wiederholt ging das Gerücht um, dass Reinwardt verunglückt oder infolge einer ernsthaften Erkrankung verstorben sei. Jedes Mal musste Van Marum diese Gerüchte widerlegen.

Am 15. August 1819 informierte Van Marum seinen Freund, dass Sebald Justinus Brugmans in Leiden verstorben war und dass man munkelte, dass Reinwardt der am besten geeignete Kandidat für eine Nachfolge sei. Wahrscheinlich würde man ihn demnächst wieder in die Niederlande zurückrufen, vielleicht sei die Einladung sogar schon nach Batavia unterwegs. Am 13. Dezember 1819 teilte ein überglicklicher Van Marum seinem Freund mit, dass er gerade vernommen habe, dass Reinwardt Anfang November durch einen Königlichen Beschluss zum Nachfolger Brugmans in Leiden ernannt worden war. Reinwardt, der auf Java bleiben wollte, um weitere Wanderungen zu unternehmen und Pflanzen zu sammeln, vertraute seinem Freund an, dass er nicht nur die umfangreichen Aufgaben einer Leidener Professur, sondern auch die Reaktion des Kuratoriums der Amsterdamer Universität fürchtete, weil er offiziell immer noch Professor in Amsterdam und Direktor des dortigen naturkundlichen Kabinetts war und von dort noch seine entsprechenden Gehälter bezog.

Voller Begeisterung erzählte er von den umfangreichen Sendungen, die er für Langsdorff (Rio de Janeiro), für Westerman (Kopenhagen), für die *Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen* (Haarlem), für die *Zeeuwsche Genootschap der Wetenschappen* (Vlissingen) und für das *Koninklijke Museum voor Natuurlijke Historie* (Leiden) vorbereitet hatte.

Im Juni 1820 schrieb der ungeduldige Van Marum nochmals, dass er Reinwardts neuerlichen Aufschub nicht begreifen könne. Er nahm an, dass Reinwardt die Heimreise in die Niederlande schon angetreten hatte und dass es deshalb sinnlos sei, noch weitere Briefe nach Batavia zu schicken. Nach Empfang dieses tadelnden Briefes versprach Reinwardt, seine Entscheidung baldigst Leiden mitzuteilen, und dieses Versprechen löste er ein.²⁴

8. Sammlung von Naturalien

Im Laufe der Jahre boten mehrere Personen Reinwardt ihre Dienste als Sammler von Naturalien an. Zu ihnen gehörte Oberstleutnant Franz August Treffz (* 1787, † 1820), Kommandeur des Scharfschützen Korps Batavias.²⁵ Anfang 1819 akzeptierte Reinwardt dieses Angebot. Am 6. März 1819 schickte Treffz ihm eine ausführliche Dankesbezeugung zusammen mit einem präparierten Krokodilskelett als Probe seines Könnens.²⁶ Eine Woche später stellte der Generalgouverneur für Treffz eine Marine-

²⁴ Ebd.: Reinwardt (Batavia) an Van Marum: 2. März 1820; ebd.: 16. April 1820; ebd.: 3. Juni 1820; ebd.: Reinwardt (Buitenzorg) an Van Marum: 16. Oktober 1820; ebd.: Van Marum an Reinwardt (Batavia): 18. Juni 1820; ebd.: 22. November 1820; ebd.: 7. Juli 1821.

²⁵ 1786 wurde er Unter-Kanonier im Infanterie-Regiment Württemberg. Ab 1816 diente er als Kommandeur des Scharfschützen-Korps und als Kommandant von Batavia.

²⁶ NA 2.21.204 (4): Fr. A. Treffz (Batavia) an Reinwardt (Batavia): 6. März 1819.

korvette zur Verfügung, mit der er nach Makassar reiste. Dort musste er notgedrungen fast ein Jahr bleiben, da eine Revolte ausgebrochen war. Während dieser Zeit des Wartens sammelte er Pflanzen und lebendige Tiere und praktizierte vergleichende Anatomie.²⁷ Nachdem die Erhebung niedergeschlagen war, wurden alle überlebenden Befreiungskämpfer hingerichtet und Treffz erhielt die Köpfe dreier Aufständischer. Darunter befand sich auch jener des Führers Abu Backar. Treffz hatte genug Zeit zur sorgfältigen Präparation dieser Köpfe.²⁸ Um den 25. März 1820 segelte er weiter nach Ambon. Von dort aus beabsichtigte er unter bewaffnetem Geleitschutz zu den Papuanischen Inseln weiter zu segeln. Er sollte nie ankommen. Am 16. Juni 1820 starb er, an Bord der Korvette, vor der Küste Cerams und wurde auch dort beerdigt. Seine Naturaliensammlung und seine Wertgegenstände wurden nach Batavia verschifft.²⁹

Auch aus entlegenen Regionen erhielt Reinwardt Naturalien, getrocknete und lebendige Pflanzen, Früchte, pflanzliche Produkte und Mineralien. Von Japan aus nahm Jan Cock Blomhoff, Gouverneur von Desjima, diese mit nach Batavia, wo er alljährlich seinen Urlaub verbrachte.³⁰

9. Reinwardts naturwissenschaftliche Reisen

Von Ende Juni bis Ende November 1817 unternahm Reinwardt seine erste große Reise. Er besuchte Java und Madura und sammelte viele Objekte.³¹ Im Herbst 1818 reiste er nach Bandung, bestieg den *Goentoer* und untersuchte dessen Krater. Der Maler Antoine Payen (* 1792, † 1856) fertigte auf derselben Reise Vorstudien für Gemälde an. Auch 1819 unternahm Reinwardt eine Reise, während der er viel Neues entdeckte. Abermals begleiteten ihn Antoine Payen, sowie die Brüder Bik und einige andere Mitarbeiter. Bei dieser Gelegenheit bestieg Reinwardt den *Salak*, den *Gedeb* und den *Patocha*, wie er Van Marum in einem Brief vom 18. Juni 1819 voller Stolz mitteilte. Am 25. Februar 1821 schrieb er Van Marum von den Vorbereitungen seiner Forschungsreise zu den östlichen Inseln. Aber zuerst wolle er noch einige Sendungen in die Niederlande vorbereiten. Noch einmal betonte er, dass sein Ehrgefühl ihm befehle, noch einige Zeit auf Java zu bleiben. Doch er versprach seinem Freund, zu Beginn des Jahres 1822 heimzukehren.³²

²⁷ NA 2.21.204 (4): Treffz (Makassar) an Reinwardt (Batavia): 26. Juni 1819; ebd.: W. N. Servatius (Makassar) an Reinwardt: 26. Juni 1819.

²⁸ NA 2.21.204 (4): Treffz (Makassar) an Reinwardt (Batavia): 6. Juli 1819; ebd.: 23. Juli 1819; ebd.: 23. August 1819.

²⁹ NA 2.21.204 (4): C. H. Dember (Ambon) an Reinwardt (Batavia): 18. August 1820; NA 2.21.204 (4): H. Tielenius Kruythoff (Ambon) an Reinwardt (Batavia): 14. August 1820; ebd.: 18. September 1820.

³⁰ Von 1817 bis 1823 war Jan Cock Blomhoff Gouverneur („Oberhaupt“) von Desjima, Japan; NA 2.21.204 (8): W. Botanicus (Jedo, Japan) an Reinwardt (Batavia): 31. Dezember 1820.

³¹ NHA 529-22: Reinwardt (Trogong) am General-Gouverneur (Buitenzorg): 2. November 1818; ebd.: Reinwardt (Buitenzorg) an Van Marum: 7. November 1818; ebd.: Reinwardt (Batavia) an Van Marum: 13. November und 12. Dezember 1818.

³² NHA 529-22: Reinwardt (Banda) an Van Marum: 23. Mai 1821.

10. Sendungen nach Europa und unglückliche Verluste

Alles in allem schickte Reinwardt zwischen Ende 1817 und Juni 1822 fünf große Schiffsladungen, bestehend aus Naturalien, Pflanzen, Kunstobjekten und Antiquitäten, und noch einige Dutzend kleinerer Ladungen von Batavia aus in sein Vaterland. Vieles davon kam wohlbehalten an, außer einige, in Kübeln transportierte lebendige Pflanzen. Vor allem die Nachrichten über den Verlust einiger großer Schiffsladungen fanden in der Presse starke Beachtung wie beispielsweise im *Haarlemsche Courant*, im *Algemeene Konst en Letterbode* und im *Bataviaasche Courant*. Wiederholt betonte Reinwardt Van Marum gegenüber, dass diese Berichterstattung wenigstens den Eindruck widerlege, dass er in Indien nur geringe wissenschaftliche Ergebnisse erzielt hätte.

Im Herbst des Jahres 1817 schickte Reinwardt mit dem Kriegsschiff *Amsterdam* die erste umfangreiche Schiffsladung von Naturalien und Kunstobjekten nach Holland. Beim Untergang dieses Schiffes, am 15. Dezember 1817, verschwand die Ausbeute von fast zwei Jahren Arbeit vor der Küste Südafrikas in den Wellen des Indischen Ozeans.³³ Reinwardt sprach von einem nicht wiedergutzumachenden Verlust, weil diese Ladung teilweise in der Kap-Provinz gesammelt worden war. Von den lebendigen Pflanzen, die damals verloren gingen, wurden 80 Arten in 's *Landsch Plantentuin* in Bogor gezüchtet. Auch das von Payen angefertigte Gemälde mit dem Titel *Een landschap bij Buitenzorg*, ging verloren sowie neun Zeichnungen von Adrianus Johannes Bik und einige Bildhauerwerke.

Im Januar 1819 trauerte man in den Niederlanden noch immer dem Untergang des Kriegsschiffes *Amsterdam* nach – um so mehr, nachdem man erfahren hatte, dass im Herbst 1818 auch der Frachter *Ida Ahya* in der Nähe des Kaps der Guten Hoffnung untergegangen war. Wiederum waren unersetzbare Schätze verloren gegangen.³⁴ Reinwardt war sich darüber im Klaren, dass er aufs Neue anfangen musste, und fragte sich besorgt, ob er diese Verluste noch kompensieren konnte, indem er eine neue Sammlungsreise zu den Molukken unternahm. Gelegentlich erwarb er bestehende Sammlungen. So bat er Van Marum, die sich in London befindende Gronovius-Sammlung für ihn zu erwerben.³⁵ Öfters sprach Van Marum seinem Freund Mut zu. Seines Erachtens konnte Reinwardt die Verluste noch immer ausgleichen.³⁶

Am 10. April 1819 sank das Kriegsschiff *Admiraal Evertsen* auf der Höhe von Diego Garcia im Indischen Ozean, wobei die kostbare Ladung verloren ging. Die Besatzung und die Passagiere, unter denen sich die Generalkommissare Elout und Buyskes befanden, wurden von dem amerikanischen Frachter *Pickering* gerettet und via Diego Garcia auf Mauritius abgesetzt. Am 30. Juli gingen sie dann an Bord des englischen Kriegsschiffes *Cadmus*, das sie am 29. November in die Niederlande brachte.³⁷

³³ NHA 529-22: Reinwardt (Batavia) an Van Marum: 20. Mai 1818; *Bataviaasche Courant*, 5. September 1818; NA 2.12.03.145 und 2.12.03.147: Bordbuch des Kriegsschiffes *Amsterdam*.

³⁴ *Bataviaasche Courant*, 7. April 1819.

³⁵ NHA 529-22: Reinwardt (Buitenzorg) an Van Marum: 8. März 1819.

³⁶ Ebd.: Van Marum an Reinwardt (Batavia): 13. Dezember 1819.

³⁷ NA 1.01.47.05.3: Rapport A. A. Buyskes an Joan Cornelis van der Hoop, Minister der Marine etc.: 20. Mai 1819.

Im Januar 1821 sank der Frachter *Arinus Marinus* 60 Seemeilen südlich von *Straat Soenda*. Wiederum konnte Reinwardt Van Marum gegenüber seine tiefe Enttäuschung über einen erneuten Verlust nicht verbergen.³⁸

Jedoch kamen auch mehrere große Sendungen an Naturalien und Pflanzen sicher in Holland an, unter anderem an Bord der Kriegsschiffe *Maria Reygersbergen* (1819), *Prins Frederik* (1819), *Admiraal Buyskes* (1820), *Zeemeeuw* (1820) und mit den Frachtern *Henrietta en Betsy* (1820), *Sourabaija* (1820), *Jan en Cornelis* (1820), *Johanna* (1821), *Schoon Verbond* (1821) und schließlich mit dem Frachter *Elisabeth*, auf dem Reinwardt im Oktober 1822 in die Niederlande heimkehrte. Leider gingen dennoch viele lebendige Pflanzen verloren. Oft ließen die Schiffskapitäne sie verkümmern, die Ziegen fraßen sie oder man warf sie einfach über Bord.

11. Rückkehr in die Niederlande

Ende Mai 1822 kehrte Reinwardt von seiner letzten großen Reise in den Archipel zurück und übertrug die meisten der von ihm benutzten Instrumente an seine Nachfolger Blume und Van Hasselt und an die *Bataviaasche Genootschap van Kunsten en Wetenschappen*.³⁹ Am 9. Juni 1822 informierte er Van Marum, dass der Frachter *Elisabeth* zur Rückkehr ins Vaterland vorbereitet wurde. Er hoffte, Ende November dort anzukommen. Das Gouvernement Ostindiens hob Reinwardts Departement auf und er akzeptierte die von jenem vorgeschlagenen Ernennungen und Beförderungen. Am 26. Juni segelte die *Elisabeth* nach *Straat Soenda*. Unter Reinwardts Frachtgegenständen befanden sich auch einige lebende Affen und Büffel.⁴⁰ Am 31. Oktober 1822 ankerte das Schiff an der Reede von Texel. Unmittelbar nach seiner Ankunft besuchte Reinwardt zuerst den überglücklichen Van Marum.⁴¹ Am 2. November berichtete er De Vries, dass er beerauscht sei vor Freude bei dem Gedanken an ein baldiges Wiedersehen. Zuerst aber hatte er Seiner Majestät in Brüssel einen Besuch abgestattet.⁴²

12. Karriere und Lebensende in Leiden

Am 3. Mai 1823 trat Reinwardt in Leiden die Professur für Botanik, Naturkunde, Chemie und Geologie an. In seiner Antrittsrede vom 22. Mai betonte er die Bedeutung der Naturforschung in Niederländisch-Ostindien für die Erweiterung der wissenschaftlichen Naturkunde. Im Jahre 1824 heiratete er die Witwe Calkoen-Van IJsseldijk, die er in Ostindien kennengelernt hatte.

In Folge seiner regen und umfangreichen Korrespondenz hatte Reinwardt viele Kontakte in den Niederlanden wie auch im Ausland. Getreu und gewissenhaft erfüllte er seine Pflichten, die sich aus den Mitgliedschaften der *Hollandsche Maatschappij der*

³⁸ *Bataviaasche Courant*, 17. Juli 1819.

³⁹ NA 2.21.204 (3): Reinwardt (Buitenzorg) an Generalgouverneur (Batavia): 31. Mai 1822.

⁴⁰ De Vriese (1854), S. 86-90; NHA 529-22: J. van der Vinne an Van Marum: 10. Juli 1822.

⁴¹ NHA 529-22: Reinwardt (Reede von Texel) an Van Marum: 31. Oktober 1822.

⁴² KB 121 B 8 (22): Reinwardt (Haarlem) an De Vries: 2. November 1822.

Wetenschappen (seit 1805) und des *Koninklijk Nederlandsch Instituut van Wetenschappen, Letterkunde en Schoone Kunsten* (seit 1808) ergaben. Im Juni 1845 wurde Reinwardt emeritiert. Im Juni 1851 feierte die Leidener Universität sein fünfzigjähriges Professorat.



Abbildung 2: Reinwardt
(um 1851)

Caspar Georg Carl Reinwardt starb am 6. März 1854 im Alter von 81 Jahren.

13. Nachsatz

Unbeantwortet blieb bisher die Frage, ob Reinwardt mit den Ergebnissen seiner Unternehmungen zufrieden war. Besagte Frage kann indessen nicht mit einem eindeutigen „Ja“ beantwortet werden:

Zweifelsohne litt er sehr unter der ungerechtfertigten Kritik, die vor allem während seines Aufenthalts in Ostindien durch die niederländische Regierung und das ostindische Gouvernement ausgeübt wurde. Sein lebenswürdiger Charakter und seine Hilfsbereitschaft führten dazu, dass er seine eigenen Interessen wiederholt zurückstellte.⁴³ Umso mehr bemühte er sich um eine rege Berichterstattung in den Zeitungen. So konnte er immerhin dokumentieren, dass er das ihm Mögliche getan hatte, um seine Auftraggeber zufrieden zu stellen.

Quellen

Nationaal Archief Den Haag, Niederlande (NA)

- NA 2.21.204 (3)
- NA 2.21.204 (4)
- NA 2.21.204 (7)
- NA 2.21.204 (8)
- NA 2.21.204 (9)
- NA 1.01.47.05.3
- NA 2.12.03.145
- NA 2.12.03.147
- NA 2.21.007.58-43

Universiteitsbibliotheek Leiden, Niederlande (BPL)

BPL 2425 II

Koninklijke Bibliotheek Den Haag, Niederlande (KB)

- KB 121 B 8 (3)
- KB 121 B 8 (4)

⁴³ Trost und Mut suchte er in dieser Situation bei seinem alten Freund Van Marum.

KB 121 B 8 (4+)
KB 121 B 8 (5)
KB 121 B 8 (6)
KB 121 B 8 (22)
KB 121 D 6 (31)
KB 121 D 6 (39)

Noord-Hollands Archief Haarlem, Niederlande
NHA 529-22

Bataviaasche Courant
(damalige Tageszeitung)

Literatur

1. De Vriese (1854): Willem Hendrik de Vriese, Ons streven naar waren roem. Eenige woorden van dankbare herinnering bij het afsterven van den hoogleeraar C. G. C. Reinwardt, gericht tot de kweekelingen van Leydens Hoogeschool, op 13 maart 1854, Leyden 1854.
2. Van Heiningen (2006): Teunis Willem van Heiningen, Le vol et la restitution des objets d'histoire naturelle du Stathouder Guillaume V (Péripéties des collections du Stathouder Guillaume V entre 1795 et 1815), Archives Internationales d'Histoire des Sciences 56 (2006), 156-157, pp. 21-42.

Abbildungen

Abbildung 1: Caspar Georg Carl Reinwardt (etwa um 1801 von M. I. van Bree porträtiert), in: Archiv der Universität Amsterdam.

Abbildung 2: Reinwardt (um 1851), in: Akademisch-Historisches Museum der Universität Amsterdam.

Die Dynastie Pappenheim-Mühsam – Zur Akademisierung der Juden im 19. Jahrhundert in den Naturwissenschaften und der Medizin am Beispiel einer Familie

Anne Kerber und Frank Leimkugel

Mit dem Familiennamen Mühsam wird in intellektuellen Kreisen vorwiegend der Vorname Erich (* 1878, † 1934) verknüpft. Dass der gelernte Apothekerhilfe, Linksanarchist, Dichter und Protagonist der Münchener Räterepublik späterhin der bekannteste Abkömmling der Familie Mühsam werden würde, war für seinen Vater, den kaisertreuen, 1838 geborenen Lübecker Apotheker Siegfried Seligmann Mühsam, unvorstellbar. Als viertes und jüngstes Kind des angesehenen jüdischen Bürgerschaftsabgeordneten geboren, war Erich dazu auserkoren, die väterliche St. Lorenz-Apotheke zu übernehmen. Doch er rebellierte früh gegen den strengen Vater, die Schule und das Bürgertum insgesamt. Die Vater-Sohn-Beziehung war bis zum Tode des Vaters von leidenschaftlicher Hassliebe und finanzieller Abhängigkeit geprägt.¹



*Abbildung 1: Erich Mühsam
(1878-1934)*

Dieses am Düsseldorfer Institut für Geschichte der Medizin entstehende, sich auf Apotheker, Ärzte und Naturwissenschaftler einer Familie erstreckende Disserationsprojekt eröffnet überraschende Verwandtschaftsverhältnisse und lässt aufschlussreiche Erkenntnisse zur Akademisierung der Juden erwarten. Das Forschungsprojekt legt den Fokus indes nicht auf Erich, sondern ausgehend vom Vater Siegfried, der erstmals selbst einen ausführlichen Stammbaum nebst Namensgeschichte vorgelegt hatte, auf weitere Mitglieder der weitverzweigten Familie.

Einst hatte Siegfrieds Vorfahre Pincus Seligmann Pappenheim, den Friedrich der Große nach einer lebensrettenden Heldentat im Österreichisch-Preußischen Krieg 1757 persönlich belobigt hatte, mit großem Nachdruck mit Hilfe „seines“ Königs als erster Jude beim örtlichen Magistrat um die berufliche Niederlassung im schlesischen Ort Pitschen gekämpft. Wegen der langjährigen mühseligen Bemühungen – das Ehepaar Pappenheim hatte sich zweimal zu Fuß aus Schlesien zur Audienz nach Berlin begeben – verließ der Preußenkönig Pincus anstelle des Herkunftsnamens „Pappenheim“ im Jahre 1785 den bürgerlichen Namen „Mühsam“.²

¹ Zur Familie Mühsam vgl. Hirthe (1985) sowie Landau-Mühsam (2010). Der Mühsam-Nachlass wird seit 2009 im Lübecker Stadtarchiv aufbewahrt.

² Zur Geschichte des Namens vgl. auch Hamann/Otten (2001).

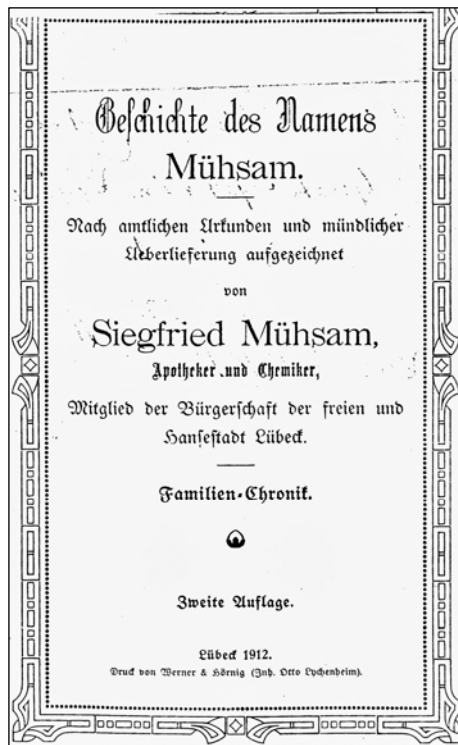


Abbildung 2: Familienchronik

Das janusköpfige Verhältnis Siegfrieds zu seiner jüdischen Herkunft spiegelt sich bereits in seinen Vornamen wider: Seine Eltern wählten Siegfried als urdeutschen Vornamen schlechthin und Seligmann im Andenken an seinen Urahn Pincus Seligmann Pappenheim. Siegfried hatte bereits als Soldat im Feldzug gegen Österreich erfahren müssen, dass man ihm aufgrund seiner jüdischen Herkunft eine ihm zustehende Kriegsauszeichnung verwehrte, so dass er fortan die Balance zwischen Assimilation und Traditionsbewusstsein lebte. Dies schlug sich, wie es der Religionswissenschaftler Schalom Ben Chorin formuliert, im Zelebrieren des christlich-jüdischen Hybrids „Weihnukka“ (Kunstwort aus Weihnachten und Chanukka) nieder. Der Neffe Paul Mühsam bestätigt dies in seinen Memoiren:

„Zu dem Haushalt gehörten ein Dienstmädchen und ein Kinderfräulein, und bei Tisch waren wir neun Personen. Es aßen außer den Kindern und mir auch die zwei Provisoren mit, wie das damals noch üblich war. Es lag in der Zeit begründet, dass mein Onkel nach außen hin wenig von seinem Judentum zur Schau trug. Er war keineswegs der Typ des Assimilationsjuden, der sein Judentum geflissentlich zu verbergen suchte – dazu war er eigentlich viel zu sehr mit jüdischer Familientradition verbunden –, aber er legte der Allgemeinheit gegenüber keinen Wert darauf, sondern versuchte sich in [die] christliche Umwelt einzugliedern. Das Feiern des Weihnachtsfests mit Christbaum und Geschenken war selbstver-

ständig, und in Gegenwart des Personals wurde alles Jüdische, selbst das Wort Jude, ängstlich vermieden. In religiöser Beziehung war er liberal und freigeistig eingestellt. Unbedenklich ließ er mich am christlichen Religionsunterricht teilnehmen. Wie sehr er trotzdem an seiner jüdischen Vergangenheit hing, zeigte sich später in def[m] von ihm verfassten, mit viel Humor geschriebenen Buch ‚Die Killeberger in Killeberg‘, womit die Bewohner seines Geburtsortes Landsberg gemeint waren.“³

Siegfried Mühsam hatte es gegen den Willen seines Vaters, eines Kaufmanns, mit Unterstützung einer Tante durchgesetzt, das Gymnasium zu besuchen, um späterhin Pharmazie in Königsberg zu studieren. Seine Tochter Charlotte berichtet:

„Während des Studiums musste er sich recht quälen, denn das Geld, das er sich dafür ersparen konnte, war sehr knapp bemessen. Er war nicht in der Lage, ein Zimmer für sich allein zu bewohnen, er musste es mit anderen Studenten, die ebenso wenig besaßen wie er, teilen. Das Brot, mit dem er eine Woche auskommen musste, bewahrte er im Waschtisch auf, damit es nicht austrocknete. Zu Beginn des Monats kaufte er sich 30 Speisemarken, wenn der Monat 31 Tage hatte, schob er einen Fasttag ein.“⁴

Siegfried Mühsam erhielt die Bestallung im Jahre 1866, als es für Juden noch nicht alltäglich war, den Apothekerberuf zu ergreifen. Nach dem Österreichisch-Preußischen Krieg übernahm er eine Apotheke in Tilsit, bevor es ihn ins liberale Berlin zog, wo er die Adler-Apotheke in der Brunnenstraße erwarb. Im Jahre 1878 zog die Familie zur Übernahme der St. Lorenz-Apotheke nach Lübeck, wo die Familie schließlich sesshaft wurde. Mühsam trat als Verfasser eines „Apotheken-Manuals“ auch fachschriftstellerisch in Erscheinung und engagierte sich in der Prüfungskommission für „Apothekergehülfen“, in der Lübecker Bürgerschaft sowie in der Freimaurerloge „Zur Weltkugel“. Nach dem Verkauf der St. Lorenz-Apotheke im Jahre 1895 übernahm Mühsam das Amt eines Apothekenrevisors. Seiner Majestät Untertan starb 1915, noch bevor Kaiser Wilhelm Deutschland verlassen musste.



Abbildungen 3 und 4: St. Lorenz-Apotheke

³ Mühsam (1989), S. 15 u. 16.

⁴ Landau-Mühsam (2010), S. 11.

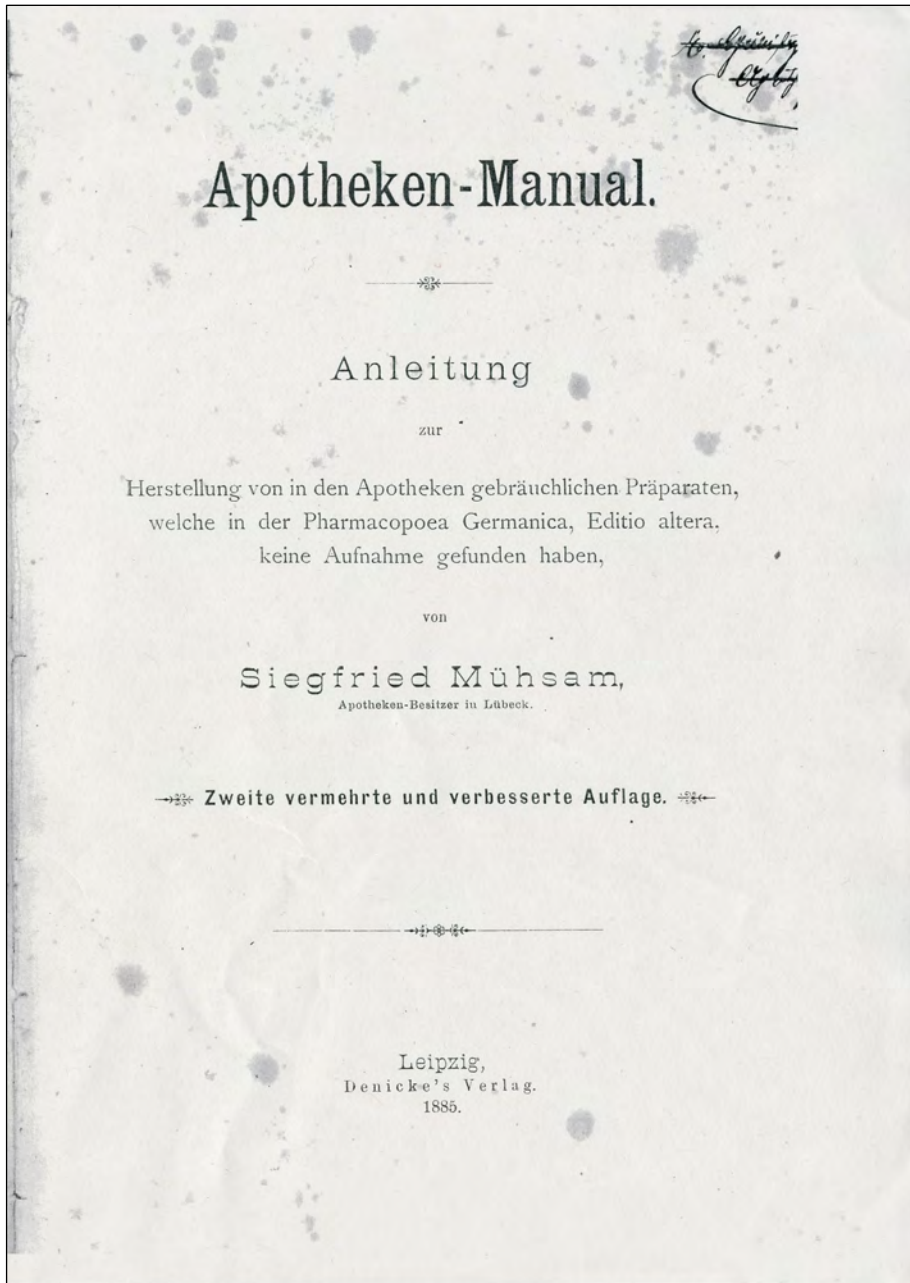


Abbildung 5: Apotheken-Manual

Dem ältesten Sohn Hans, einem sozial engagierten und zionistisch gesinnten Mediziner, oblag es 1933, seinen Bruder Erich nach dessen angeblichem Selbstmord im KZ Sachsenhausen zu identifizieren und die erlittene Folter festzustellen. Hans Mühsam berichtete von der Inaugenscheinnahme:

„Die tiefen Strangulationsmerkmale am Hals, die sehr stark blutunterlaufen waren [!], bewies[en], dass der Tod durch Erwürgen oder Erhängen verursacht war und dass nicht etwa die Leiche nach vorhergehendem Tod aufgehängt war. Als ich in dem darüber gelegenen Restaurant telefonierte, trat ein SA-Mann auf mich zu und sagte ‚Das sind wir nicht gewesen, das hat die bayerische SS gemacht‘.“⁵

Leben und Werk Hans Mühsams, eines engen Freundes Albert Einsteins, ist ein Hauptthema dieses kollektivergobiographischen Dissertationsprojekts.



Abbildung 6: Hans Mühsam (1876-1957)

quälten.“⁶ Nach Aussagen seiner Schwester Charlotte war Hans jähzornig, weichherzig, fleißig und gewissenhaft. Eigentlich hätte er lieber Mathematik oder Astronomie studiert, doch seine Eltern überzeugten ihn vom Medizinstudium. Die ersten Semester studierte Hans in Berlin und nahm des Öfteren die Gelegenheit wahr, seinen Cousin Paul⁷ zu treffen. Dieser berichtet:

„Die Abende verbrachte ich meist mit meinem Vetter Hans Mühsam, der nur dieses eine Semester in Berlin studierte, um im nächsten nach Kiel zu gehen. Dieser natürliche, ganz wesentliche, prachtvolle Mensch war mir immer ein lieber Freund, mit dem ich mich gut vertrug und viel anregende juristische und mehr noch medizinische Gespräche führte. Er war Naturwissenschaftler und Mediziner mit Leib und Seele, und unsere biologischen Erörterungen, die mich ganz

⁵ Zitiert nach Hamann/Otten, (2001), S. 161.

⁶ Ebd.

⁷ Paul Mühsam (* 1876, † 1960), bis 1933 Görlitzer Jurist, war Schwiegervater des Görlitzer Apothekers und Gründer des israelischen Pharmakonzerns Teva, Günther Friedländer (* 1902, † 1975).

außerordentlich fesselten, haben mich sehr in meiner weltanschaulichen Entwicklung gefördert.“⁸

Im Jahre 1900 erhielt Mühsam die medizinische Approbation und übernahm eine Stelle am Jüdischen Krankenhaus in Berlin. Nach dem Ersten Weltkrieg ließ er sich als praktischer Arzt in Berlin nieder und heiratete die beste Freundin seiner Schwester, Minna Adler. Deren Vater, Ephraim Adler (* 1855, † 1910), war niedergelassener Allgemeinmediziner und orthodoxes Mitglied der israelitischen Kultusgemeinde zu Lübeck. Im Gegensatz zur Familie Mühsam wurde bei den Adlers die Religion praktiziert und Ephraim Adler sah durchaus Beziehungen zwischen mosaischem Glauben und dem Beruf des Mediziners. So referiert er im posthum publizierten Beitrag zur Festschrift anlässlich des 40. Rabbinatsjubiläums seines Schwagers, des Lübecker Rabbiners Salomon Carlebach am 16. Juli 1910 zum Thema „Die Bedeutung der Juden in der Medizin“:

„[...] Wenn irgendetwas geeignet ist, den Menschen mit der höchsten Verehrung, mit der freudigsten Begeisterung für die ärztliche Wissenschaft zu entflammen, so sind es die wenigen, aber inhaltvollen Worte der Schrift: ‚Ich, der ewige, bin dein Arzt‘.“⁹

Hans Mühsam hingegen präferierte das soziale Engagement in einer zionistisch geprägten Gruppe russischer Flüchtlinge, die ihn als deutschen Juden zum Vorsitzenden des „Jüdischen Volksvereins“ wählte. Auch er beteiligte sich an genannter Festschrift für den Onkel, in der er in Form eines Rechenschaftsberichts über das Wirken des Berliner „Jüdischen Volksvereins“ berichtete. In seiner Programmatik verstand sich der Zusammenschluss als

„[...] unabhängige Vereinigung in- und ausländischer Juden von bewusst jüdischer Gesinnung mit dem Zweck, durch praktische Hilfsarbeit auf sozialem Gebiete den hier ansässigen und durchwandernden Juden brüderlich beizustehen.“¹⁰

So wurde mit einigen Gasthäusern im ostjüdischen Viertel Berlins, der damaligen Grenadierstrasse, Vereinbarungen zur Verhinderung von Übervorteilungen getroffen, die sich in folgendem Plakat niederschlugen:

„Dieses Hotel untersteht der Kontrolle des jüdischen Volksvereins. Es ist dem Wirte verboten, direkte Bezahlung von den Gästen anzunehmen, die Bezahlung erfolgt nur durch den jüdischen Volksverein“.¹¹

Mühsam erweiterte sein zionistisches Engagement auf die Mitgliedschaft in der Zionistischen Organisation und wirkte hier insbesondere als Vorstandsmitglied der 1913 gegründeten „Gesellschaft jüdischer Naturwissenschaftler und Ärzte für sanitäre Interessen in Palästina“. Der Verein hatte sich die Aufgabe gestellt, für die Verbesserung der sanitären Zustände im jüdischen Siedlungsgebiet des ottomanisch regierten

⁸ Mühsam (1989), S. 81.

⁹ Stern (1910), S. 1-30.

¹⁰ Ebd., S. 180-186.

¹¹ Ebd.

Palästina zu wirken. Die medizinische Versorgung der Olim (hebr. Neueinwanderer) konnte mit der Geschwindigkeit der Besiedelung nicht mithalten, zumal die Malaria die Kolonisten jedes Jahr vor große Probleme stellte und eine neue Eisenbahnverbindung von Bagdad nach Kleinasien die Gefahr der Infektionseinschleppung mit sich brachte. In einem Aufruf, sich der Gesellschaft anzuschließen, hieß es:

„Die Begründung medizinischer Beobachtungsstationen ist auch ein Werk von allgemein europäischem Interesse, da sich nach dem Bau der Hedschasbahn die Gefahr der Einschleppung epidemischer Krankheiten aus ihren asiatischen Zentren nach Europa vergrößert hat und gerade unsere Institute in Palästina berufen wären, an der Eingangspforte der Infektion Wache zu halten [...]“¹²

Der Gesellschaft gelang es durch die Einwerbung von Spenden, in Jerusalem ein Hygienisches Institut zu gründen, für dessen Leitung der litauische Arzt Arie Beham gewonnen werden konnte. Es bestand aus drei Abteilungen: der Wutschutz-Abteilung, dem späteren Pasteur-Institut zur Behandlung der Tollwut, der serologischen Abteilung sowie der vaccino-therapeutischen Abteilung, die seit dem Herbst 1915 eigene Pockenlymphe herstellte, mit der auch die gesamte syrische Armee geimpft wurde.¹³

Als sanitäres Problem des Ersten Weltkriegs erwiesen sich die Ausbreitung der Malaria und die unzureichende medikamentöse Versorgung Palästinas. Die „Gesellschaft jüdischer Ärzte und Naturwissenschaftler“, als deren geschäftsführendes Vorstandsmitglied Hans Mühsam während des Weltkrieges zeichnete, erhielt 1915/1916 zahlreiche Ersuchen um Lieferung von Chinin. Die entsprechenden Verhandlungen mit



Abbildung 7:
Otto Warburg

deutschen Firmen, die sich mit Fortgang des sich zuun Gunsten der mit Deutschland verbündeten Türkei entwickelnden Krieges immer schwieriger gestalteten, hatte nunmehr der Botaniker Otto Warburg (* 1859, † 1938) zu führen. Als letztes Vorstandsmitglied wurde Hans Mühsam im Frühjahr 1917 eingezogen. Er teilte im März des Jahres dem von Otto Warburg geleiteten Zionistischen Zentralbüro mit:

„In den nächsten Tagen werde ich als Bataillonsarzt ins Feld gehen. Damit ist dann der jüd.[ischen] Ges[ellschaft] [für] san[itäre] Int[eressen] vollzählig im Felde. Da die Weiterführung der Geschäfte daher von hier aus nicht mehr möglich ist, so bitte ich Sie darum.“¹⁴

¹² Vgl. Warburg (1904), S. 193-199, 232-240 u. 268-278.

¹³ Central Zionist Archives Jerusalem, File Z3/1622.

¹⁴ Zur „Gesellschaft jüdischer Naturwissenschaftler und Ärzte für sanitäre Interessen in Palästina“. Vgl. Leimkugel (2005), S. 71-77.

Sein Vetter Paul Mühsam kommentiert:

„Er hatte sich in den Kopf gesetzt, das Eiserne Kreuz zu erwerben, auch reizte ihn, der stets mit Leib und Seele Arzt war, die Möglichkeit, sich im Seuchenlazarett zu betätigen.“¹⁵

Hans Mühsams Freundschaft mit Albert Einstein entstand bereits 1915, als Mühsam Einsteins Mutter Pauline behandelte und diese auf den berühmten Namen ansprach. Als Einstein davon hörte, wurde er auf Mühsam neugierig und setzte sich mit Hans und dessen Frau Minna in Verbindung. Regelmäßige Sonntagsspaziergänge wurden zur Erörterung privater sowie physikalischer, medizinischer und biologischer Problemstellungen genutzt. Der Austausch führte 1923 zu einer gemeinsamen Publikation zur experimentellen Bestimmung der Porenweite von Filtern, um den maximalen Durchmesser kolloidaler Teilchen für die Passage einer vorgegebenen Membran zu ermitteln. Die Freundschaft wurde beiden Männern immer wichtiger, es kam zeitweilig zu täglichen Besuchen Einsteins bei den Mühsams, dennoch blieb man bis zum Lebensende stets beim respektvollen „Sie“. Minna Mühsam berichtete später, Einstein habe ihr gesagt: „Zuerst kommt Ihr Gemahl, dann kommt lange nichts, dann kommen alle anderen Menschen.“¹⁶ Einstein habe Mühsam anvertraut, dass er im Alter von zwölf Jahren Gesänge zur Ehre Gottes komponiert habe, die er für sich auf dem Schulweg sang. Nach der Emigration der Ehepaare Einstein in die USA und Mühsam nach Palästina setzte sich die enge Beziehung als Brieffreundschaft fort. Die umfangliche Korrespondenz lagert im Einstein Archiv der Hebräischen Universität in Jerusalem. Das tiefe Verständnis der beiden wurde nur getrübt durch die heftige, schwärmerische Zuneigung, die der als Schürzenjäger bekannte Einstein der aus Graz stammenden Nichte und Ziehtochter Mühsams, Betty Neumann, entgegenbrachte, der er ein Affidavit für die Emigration in die USA besorgt und sie dann als Sekretärin beschäftigt hatte. Exemplarisch seien einige Zeilen des Briefwechsels zitiert:

Einstein schreibt am 15. Juni 1942:

„[...] Ich erfahre, dass Sie im Lande der Väter wie ein Patriarch einen Teil Ihrer Beweglichkeit eingebüsst haben. Ich kann mir dies gar nicht so recht vorstellen, wenn ich an unsere früheren weiten Spaziergänge und sonstigen Abenteuer zurückdenke. Bei mir zeigen sich die späteren Semester ebenfalls (an der Galle) aber bisher doch in einer gnädigen Form. Ein einsamer alter Knabe bin ich auch geworden, eine Art altertümliche Figur, die hauptsächlich durch den Nichtgebrauch von Socken bekannt ist und bei besonderen Gelegenheiten als Kuriosität vorgezeigt [...]. Mein bester Freund hier ist auch ein Arzt, Dr. Bucky, Röntgenologe, der draussen schon recht bekannt war. Ich erinnere mich besonders gern an den Abend bei Ihnen, als Sie mit den vielen Reagenzgläsern herumfuchtelten und die Menschen mit dem Wassermann-Kriterium bedrohten, der teuflischen Quittung für kleine und kurze Freude. Immerhin ist es gut, dass es auch Teufel gibt, die nicht in Menschengestalt auftreten. Die letzteren sind deshalb so schwer zu ertragen, weil sie so etwas wie ein Bewusstsein haben. Ich

¹⁵ Mühsam (1989), S. 148.

¹⁶ Albert Einstein Archives, Hebrew University Jerusalem, File 38459.

hoffe, dass wir doch noch eine bessere Zeit erleben dürfen und wie Moses noch einen flüchtigen Blick in etwas wie das gelobte Land tun. Ich hatte die Freude zu sehen, wie sich Ihre Nichte hier bewährt hat und durfte auch ein bisschen dabei mithelfen. Sie hat sich tapfer durchgesetzt und scheint zufrieden zu sein in ihrem hiesigen Wirkungskreis. Ihnen wünsche ich nur, dass Sie die unerbetene und zu Ihnen so gar nicht passende Ruhe bald aufgeben und bald wieder der alte sein werden.

Einstweilen grüsst Sie und Ihre liebe Frau herzlich Ihr A. Einstein.¹⁷

Mühsam antwortet vom Mount Carmel in Haifa am 4. August 1942:

„Lieber Freund,

ich danke Ihnen vielmals für Ihr Treues Gedenken.

Seit Jahren habe ich eine so schöne Freude nicht gehabt, wie Ihr schöner Brief sie mir bereitete. Mein Dasein ist jetzt recht freudearm. Eine schwere Hüftgelenkserkrankung verbittert mir das Leben. Sie macht mir das Gehen fast unmöglich und verursacht mir viel Schmerzen. Therapeutisch ist nichts dabei zu machen. Als das beste Mittel bewährt sich die Arbeit. Da ich Krankenbesuche nicht machen kann, ist meine ärztliche Tätigkeit auf consultative Praxis beschränkt. Sie schreiben, dass Sie mit der Gallenblase zu tun haben. Sie hatten im Jahre 1917 (als ich im Felde war) ein Zwölffingerdarmgeschwür. Ich würde Herrn Kollegen Bucky für einen Bericht über Ihr jetziges Leiden sehr dankbar sein. Ich erinnere mich seiner sehr wohl. Er hat sich um die Einführung der Grenzstrahlen in die Therapie bemüht und die Bucky-Blende erfunden. Sie schreiben, dass Sie eine bessere Zeit zu erreichen hoffen. Sie wird vielleicht zunächst kommen, bestimmt aber nur vorübergehend sein, denn die Menschheit der Zukunft wird nicht besser sein als die der Jetztzeit und die der Vergangenheit war [...].¹⁸

Des Weiteren tauschen sich die Brieffartner, wie seit Beginn der Korrespondenz, über physikalisch-philosophische Problemstellungen aus. Nur wenig später musste Hans Mühsam weitere Briefe seiner Frau Minna diktieren, da seine Schrift aufgrund einer früh aufgetretenen Parkinson-Erkrankung immer schlechter wurde. Er starb 1957 in Haifa.

Weitere Persönlichkeiten aus der Medizin- und Naturwissenschaftsgeschichte sind dem Stammbaum Pappenheim-Mühsam zuzuordnen und im Rahmen des Projekts ergobiographisch zu untersuchen. Die Ehe der Stammeltern Pappenheim war mit neun Kindern gesegnet, von denen die Mädchen die Namen ihrer Ehemänner annahmen. Des Weiteren sind die Geschwister von Pincus Pappenheim diesem Kreis zuzurechnen.

So heiratete Frommet Mühsam Benjamin Baginsky. Das Paar hatte zwei Enkelkinder, die späterhin als bedeutende Ärzte in die Medizingeschichte eingehen sollten. Adolf Baginsky (* 1843 in Ratibor, † 1918 in Berlin) gilt als einer der Begründer der modernen Kinderheilkunde. Auf seine Anregung hin wurden Schulärzte sowie eine

¹⁷ Einstein-Archives, Hebrew University Jerusalem. Muehsam letters File 38338.

¹⁸ Ebd., File 38338 u. File 38339.

systematische Jugendfürsorge installiert. Er begründete 1880 das „Archiv für Kinderheilkunde“. Als gläubensfester Jude publizierte er das 1895 in zweiter Auflage erschienene Werk „Die hygienischen Grundzüge der mosaischen Gesetzgebung“. Sein jüngerer Bruder Benno (* 1848 in Ratibor, † 1919 in Berlin) war ein hervorragender Hals-Nasen-Ohrenarzt, dessen Publikation „Zur Entwicklung der Gehörschnecke“ für Aufmerksamkeit sorgte. Beide wurden zu Titularprofessoren ernannt, eine Universitätslaufbahn war ihnen als ungetaufte Wissenschaftler verwehrt.

Der frühere Direktor des Zoologischen Museums Berlin, Paul Pappenheim (* 1878, † 1945) ist ebenso wie der Hämatologe Arthur Pappenheim (* 1870, † 1916) ein Abkömmling von Seligmann Pappenheim, einem Bruder von Pincus. Als Nachfahre von Pesse Mühsam, Pincus' Tochter und verheiratete Sorauer, ist als weiterer Biologe Paul Sorauer (* 1839, † 1916) zu nennen, der als Pflanzenpathologe Botanikgeschichte schrieb. Das 1874 erschienene Werk „Handbuch der Pflanzenkrankheiten für Landwirte, Gärtner und Forstleute“ gilt als das erste Kompendium über Pflanzenkrankheiten schlechthin. Er begründete die „Zeitschrift für Pflanzenkrankheiten“ und musste ebenfalls auf eine Universitätslaufbahn verzichten.

Schließlich zählt zu den Nachfahren von Valentin Seligmann Pappenheim, einem weiteren Bruder von Pincus, auch der Apotheker Oscar Troplowitz (*1863, † 1918). Er zeichnet als Quasi-Gründer der Firma Beiersdorf, die er bereits 1890 – sechs Jahre nach der Gründung – von Paul Beiersdorf übernommen hatte. Die Hansestadt Hamburg hat ihm kulturelle und soziale Errungenschaften zu verdanken, die von ihm gemeinsam mit dem Dermatologen Paul Gerson Unna entwickelten Produkte Nivea®, Leukoplast® und Eucerin® haben ihre Bedeutung für die Firma Beiersdorf nicht eingeübt.

Quellen

Central Zionist Archives Jerusalem
File Z3/1622

Einstein-Archives, Hebrew University Jerusalem
Muchsam letters

Literatur

1. Hamann/Otten (2001): Christoph Hamann, Uschi Otten, Die Mühsams, Teetz 2001.
2. Hirthe (1985): Chris Hirthe, Erich Mühsam, Berlin 1985.
3. Landau-Mühsam(2010): Charlotte Landau-Mühsam, Meine Erinnerungen, Lübeck 2010.
4. Leimkugel (2005): Frank Leimkugel, Botanischer Zionismus. Otto Warburg und die Anfänge der institutionalisierter Naturwissenschaften in „Erez Israel“, Englera 26 (2005), S. 71-77.

5. Mühsam (1989): Paul Mühsam, Ich bin ein Mensch gewesen, Berlin 1989.
6. Stern (1910): Moritz Stern, Festschrift zum vierzigsten Amtsjubiläum des Herrn Rabbiners Dr. Salomon Carlebach in Lübeck, Berlin 1910.
7. Warburg (1904): Otto Warburg, Die jüdischen Kolonien in Nordsyrien auf Grundlage der Baumwollkultur im Gebiete der Bagdadbahn, Altneuland 1 (1904), S. 193-199, 232-240, 268-278.

Abbildungen

Abbildungen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7: Baeck-Institut New York. Siegfried Seligmann Mühsam Collection 1801-1974 – AR 7112.

IV. Medizin im „Dritten Reich“

Universitäts- und Anstaltspsychiatrie im Nationalsozialismus: „Personelle Querverbindungen“¹

Ioanna Mamali

In einer Untersuchung der Geschichte einer Universität ist die Berücksichtigung lokaler und regionaler Aspekte unabdingbar, weil ein genauerer Blick, trotz aller generellen Verlaufslinien der gesamtuniversitären Entwicklung, erfahrungsgemäß viele lokale und institutsspezifische Besonderheiten offenbart. Vor dem Hintergrund, dass die psychiatrische Versorgung am Anfang des 20. Jahrhunderts noch überwiegend in den Heil- und Pflegeanstalten (HPA) stattfand, bietet sich gerade die Psychiatrie zur Untersuchung interessanter Verbindungen zwischen Universität und dem regionalen Träger, der Provinz, gut an. Umso mehr steht die provinzielle Anstaltspsychiatrie im Vordergrund, wenn der zu untersuchende Zeitraum der Herrschaft des Nationalsozialismus ist. In der Geschichte der deutschen Psychiatrie ist die Phase ab 1933 in erster Linie von der nationalsozialistischen Rassenhygiene und von der Durchführung der daraus folgenden Gesundheitspolitik geprägt. Diese wurde wiederum überwiegend in Institutionen der staatlichen Gesundheitsverwaltung, wie den psychiatrischen Provinzialanstalten, umgesetzt.² Die Universitätspsychiatrie unterstützte die nationalsozialistische Politik, indem sie die Einbettung dieser Praxis in die Theorie beziehungsweise die wissenschaftliche Forschung und akademische Ausbildung anbot. Gleichzeitig stellten die Provinzialanstalten und ihre etablierte Infrastruktur vielversprechende Arbeitsfelder für Absolventen der Universitäten dar. In diesem wechselwirkenden Verhältnis strebten Anstaltspsychiater umgekehrt auch häufig eine Laufbahn in den neugegründeten universitätspsychiatrischen Einrichtungen an.³

Die regionale Einbindung der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster, die als letzte von den damals bestehenden Universitäten in Deutschland einen Lehrstuhl für Psychiatrie bekam,⁴ steht hier im Vordergrund. Eine klare Kontinuität dieser Einbindung hatte sich dabei herausgestellt. Die Gründung der Klinik wurde vom Provinzialverband gefördert und die Errichtung eines Forschungslabors innerhalb der Klinik von ihm komplett finanziert. Die Versorgung der jungen Klinik mit „Krankensmaterial“, den sogenannten „14-Tage-Patienten“,⁵ fand kontinuierlich bis zu der Nach-

¹ Dieser Aufsatz erfolgte im Rahmen des DFG-Projekts „Geschichte der Medizinischen Fakultät Münster in der Zeit des ‚Dritten Reiches‘ und der frühen Nachkriegszeit“ am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster.

² Roelcke (2007), S. 287ff.

³ Zwei andere Beispiele der Verbindung zwischen der Provinz Westfalen und der Universität Münster stellen die Zusammenarbeit des Geografen Hans Dörries mit der Stelle für Raumforschung der Provinz Westfalen sowie die des Zoologen Leopold von Ubisch mit dem Museum für Naturkunde der Provinz Westfalen dar. Historische Kommission WWU, 11.01.2010, Workshop.

⁴ Kersting (1996), S. 200.

⁵ Der Aufenthalt der von der HPA Münster verlegten Patienten in der Universitätsklinik erstreckte sich über einen Zeitraum von 14 Tagen. Daher wurden diese Patienten auch „14-Tage-Patienten“ genannt.

kriegszeit statt. Im Folgenden wird es vor allem um den dritten wichtigen Berührungspunkt zwischen Provinz und Universitätspsychiatrie in Münster gehen, nämlich das ärztliche Personal.

Die Entwicklungen im Psychiatriewesen in der Zeit des Nationalsozialismus können nicht diskutiert werden, ohne die Anfang des 20. Jahrhunderts erfolgte rasante Institutionalisierung der Psychiatrie in Betracht zu ziehen. Das Fach wurde erst 1901 in die ärztliche Prüfungsordnung aufgenommen. 1920 hatten alle deutschen Universitäten einen Lehrstuhl für Psychiatrie. Mit der Stabilisierung und Etablierung der Psychiatrie als akademischer Disziplin gewannen die universitäre Fachausbildung und die spezielle klinische Vorerfahrung – gegenüber der in den Provinzialanstalten – immer mehr an Bedeutung hinsichtlich professionspolitischer Gesichtspunkte.

Franz-Werner Kersting spricht von „einem auffälligen regionalen und lokalen Schwerpunkt“ in der Beziehung zwischen universitärer Ausbildung und dem Professionalisierungsprofil der westfälischen Anstaltsärzte nach 1933 und stellt mehrere „personelle Querverbindungen“ zwischen Universität und Provinzialanstalten fest: Von 1933 bis 1945 wurden insgesamt 30 Ärzte an den westfälischen HPA neu eingestellt. Von den 15 Neueingestellten, die eine universitäre Vorerfahrung hatten, waren zehn Mitarbeiter von Ferdinand Kehrer,⁶ dem ersten Ordinarius und Leiter der Universitätsklinik Münster. Umgekehrt erhielten 33 Promovierte der insgesamt 117 westfälischen Anstaltsärzte ihren Dokortitel in Münster.⁷

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob eine besondere fachwissenschaftliche Richtung in der von Ferdinand Kehrer geführten Klinik zu erkennen ist. Abgesehen von der kurzen Anfangszeit, als Martin Reichardt (* 1874, † 1966) die universitätspsychiatrische Tradition in Münster eröffnete, gilt Kehrer als der Gründer der Psychiatrischen und Nervenlinik der Münsteraner Universität. Ihm standen alle Gestaltungsmöglichkeiten offen. Kehrer, der für die Gleichstellung der Neurologie mit der traditionellen Psychiatrie eintrat sowie die Wichtigkeit der Erbllichkeitsforschung für die Aufklärung der Beziehung zwischen seelischen und psychischen Störungen unterstrich,

⁶ Ferdinand Adalbert Kehrer (* 1883, † 1966), Psychiater, studierte Medizin in Heidelberg, Freiburg und Kiel. 1908 promovierte er bei Oswald Bumke über die Erbllichkeit des Muskelschwunds. 1913 habilitierte er sich in Kiel bei Ernst Siemerling über die Wortamnesie. 1914 kehrte er als Privatdozent nach Freiburg zurück. Nach seinem Militärdienst im Ersten Weltkrieg zog er nach Breslau, wo er die Oberarztstelle der dortigen Psychiatrischen und Nervenlinik erhielt. 1919 erhielt er einen Lehrauftrag für gerichtliche Psychiatrie und wurde 1921 zum außerordentlichen Professor ernannt. Kehrer war Befürworter einer somatischen bzw. neurologischen Ausrichtung in der Psychiatrie. Den Schwerpunkt seiner Arbeit legte er auf die Erbllichkeitsforschung. 1924 veröffentlichte er mit Ernst Kretschmer zusammen die „Veranlagung zu seelischen Krankheiten“. 1925 erhielt er den Lehrstuhl für Psychiatrie in Münster und die Direktion der sich noch im Aufbau befindenden Psychiatrischen und Nervenlinik, die er bis zu seiner Emeritierung 1953 leitete. Kehrer war ein vehementer Befürworter der Sterilisation und fungierte 1934 bis 1938 als ärztlicher Beisitzer im Erbgesundheitsobergericht Hamm. Er war nie NSDAP-Mitglied gewesen. Nach dem Krieg galt er sofort als „politisch unbelastet“ und wurde erster Nachkriegsdekan der Medizinischen Fakultät Münster.

⁷ Neben der Psychiatrischen und Nervenlinik waren das Gerichtsmedizinische Institut von Heinrich Többen und das Hygiene-Institut von Karl Wilhelm Jötten der zweit- und dritbeliebteste Promotionsort der westfälischen Anstaltsärzte. Kersting (1996), S. 205-208.

gründete und etablierte durch seinen langjährigen Verbleib in Münster eine entsprechend geprägte Schule.

Unter den vielen, die als Studenten, Ärzte oder Lehrer mit der Universität Münster verbunden waren und parallel oder im Anschluss in einer Provinzialeinrichtung arbeiteten, spielten einige wenige eine besondere Rolle für die Stadt Münster und die Provinz Westfalen. Benno Holthaus und Heinrich Korbsch werden zu den drei „überzeugten Nationalsozialisten“ der HPA Münster gezählt.⁸ Die oben Genannten, deren Werdegang im Folgenden skizziert wird, starteten ihre ärztlichen Karrieren in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Münster.

1. Benno Holthaus (1898-1952)

Kehrer äußerte 1934 im Zeugnis über seinen Assistenzarzt Holthaus die Ansicht, dass – trotz des durch Holthaus' eventuellen Ausscheidens aus der Klinik entstehenden großen Verlustes – „die Assistentenstellen an den Universitäten nur zur Ausbildung künftiger Fachärzte oder zur Heranziehung künftiger Dozenten dienen“ sollten.⁹ Benno Holthaus sollte in den folgenden Jahren bei der Gestaltung und Durchführung der örtlichen nationalsozialistischen Gesundheitspolitik eine Schlüsselrolle spielen.

Holthaus wurde am 4. Mai 1898 in Wilhelmshaven geboren. Er nahm als Kriegsfreiwilliger 1917 bis 1919 am Ersten Weltkrieg teil, wobei er den größten Teil in französischer Gefangenschaft verbrachte. Er studierte Medizin in Münster, Kiel, Bonn und Erlangen. 1930 promovierte er bei Kehrer „Über nervöse Folgezustände von Halsrippen“. 1930 bis 1934 war Holthaus zunächst als Volontär-, dann als planmäßiger Assistenzarzt in der Psychiatrischen und Nervenlinik Münster tätig. Er spezialisierte sich im chemisch-serologischen Bereich und war mit der Leitung der entsprechenden Laboratorien beauftragt. Holthaus zeigte „eine besondere Begabung für die Erfassung aller sozialen, medizinischen verwaltungsmässigen und vor allem der sozialpsychiatrischen Zusammenhänge und Belange“, so sein damaliger Chef Kehrer. Er publizierte in Zusammenarbeit mit seinen Kollegen Wilhelm Klimke (* 1898, † 1961) und Heinrich Korbsch und schrieb „Über Geruchsstörungen und Liquordiagnostik“ in Kehrer's „Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste“. Mit dem Serologen Ernst Meinicke zusammen publizierte er „Über die Meinicke-Klärungsreaktion in Liquor cerebrospinalis“, einen Test zum Nachweis auf Syphilis, in verschiedenen Fachzeitschriften.¹⁰

Holthaus war NSDAP-Mitglied seit dem 1. Mai 1933, Blockwart der Ortsgruppe Nord-West Münster von 1933 bis 1935 und Mitglied der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) seit 1934. Seit 1934 gehörte er der Preußischen Dozentenschaft an, seit 1936 dem Reichsbund der deutschen Beamten und seit 1920 dem Freikorps

⁸ Der dritte ist der Stellvertretende Direktor Fritz Wernicke, der später in Aplerbeck an Euthanasiemaßnahmen beteiligt gewesen war. Walter (1996), S. 451.

⁹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 6, 29.01.1934: Psychiatrische und Nervenlinik der Universität Münster, Direktor Kehrer, Zeugnis.

¹⁰ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 3, ohne Datum: Schriftenverzeichnis von Benno Holthaus.

Akademische Wehr Münster. Zudem war Holthaus von 1935 bis 1938 Mitarbeiter im Rassenpolitischen Amt Gau Westfalen-Nord.

1934 verließ er die Universität und erhielt die Stelle eines Oberarztes in der HPA, wo er auch die psychiatrische Außenfürsorge übernahm. Gleichzeitig arbeitete er als fachärztlicher Mitarbeiter des Landesfürsorgeverbands für die Geisteskrankenfürsorge, in dem er bei der Aufnahme und Entlassung von psychisch Kranken durch Amtsärzte und Gesundheitsämter eine beratende Funktion hatte. Holthaus genoss bereits in seinen Funktionen innerhalb des Provinzialverbandes große Anerkennung.

Das Thema der erbbiologischen Bestandsaufnahme erweckte das Interesse der Psychiater schon vor 1935, als ihre systematische praktische Umsetzung seitens der Politik in Gang gesetzt wurde. Am 3. Juli 1934 ist das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ veröffentlicht worden, das die Gründung von Gesundheitsämtern auf Reichsebene vorsah.¹¹ Am 21. Mai 1935 verordnete ein Ministerialerlass die Angliederung von „Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ an die Gesundheitsämter zum Zwecke der erbbiologischen Bestandsaufnahme. Am 8. Februar 1936 wurde schließlich für die jeweiligen Länder die Bildung von erbbiologischen Zentralstellen beschlossen. Ihre Aufgabe war die Erfassung der in Provinzial- und Privatanstalten befindlichen psychisch Kranken durch Anlegung von Karteikarten für Einzelpersonen und Sippentafeln für ganze Familien. Die Zentralstelle jeder Provinz reichte dann die ausgefüllten Formulare dem Gesundheitsamt ein. Endziel dieses Projektes war die vollständige erbbiologische Erfassung des gesamten deutschen Volkes. Seit 1939, nach einem neuen Erlass, schloss die Arbeit der erbbiologischen Zentralstellen auch die Erfassung der Insassen von Trinkerheilanstalten, Blindenanstalten, sogenannten Krüppelanstalten und Taubstummenanstalten sowie die der Fürsorgeerziehungsanstalten, Arbeitshäuser und psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern ein.

Holthaus erhielt 1936, 15 Monate nach seinem Dienstantritt bei dem Provinzialverband, den Titel des „Oberarztes in besonderer Stellung“. Er wurde zum Landesobmann für Westfalen befördert und mit der Leitung der dortigen erbbiologischen Zentralstelle betraut. Seine Aufgabe als „Landesobmann“ – eine Stelle, die extra für ihn geschaffen wurde¹² – war die Koordination und Überwachung der Provinzialanstalten sowie die Pflege der Verbindung „mit den infrage kommenden behördlichen Stellen (Universität, Regierungen, Gesundheitsämter der Kreise)“.¹³ Die Zentralstelle nahm ihre Arbeit im März 1936 auf. Im August 1936 nahm Holthaus an der Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in Frankfurt teil, in der er „über das bisherige Ergebnis der erbbiologischen Bestandsaufnahme“ informierte und die Praxis betreffende Fragen mitdiskutierte.¹⁴ In der Anstaltsdirektoren-

¹¹ Schrulle (2008), S. 392-405.

¹² Die erbbiologische Bestandsaufnahme verband im Grunde praktische Psychiatrie und empirische Erbforschung. Ihre Bedeutung sowohl für die nationalsozialistische Gesundheitspolitik als auch für die Provinzialanstalten – hinsichtlich ihrer Profilierung – manifestiert sich auch in der Tatsache, dass, trotz des herrschenden Ärztemangels, extra Stellen dafür geschaffen wurden. Schmuhl (2007), S. 277.

¹³ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 67a, ohne Datum: Landesrat Schulte an Landeshauptmann.

¹⁴ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 62, 30.07.1936: Erbbiologische Zentralstelle Westfalen, Holthaus an Landesrat Schulte.

konferenz am 16. Juni 1937 in Lengerich berichtete Holthaus über die bis dahin gewonnenen Erfahrungen in der erbbiologischen Bestandsaufnahme: Die Erfassung der Erbkranken mache nur Sinn, wenn weitere Handlungen daraus folgten. In diesem Kontext wurde die Frage nach Verlegungsmöglichkeiten betroffener Patienten und explizit auch die ihrer „Euthanasie“ aufgeworfen.¹⁵

1936 bemühte sich Holthaus um seine Ernennung zum Landesmedizinalrat beziehungsweise zum „Landespsychiater“ – eine Stelle, die im Stellenplan nicht vorhanden war.¹⁶ Damit strebte er an, sich von seinen sonstigen Aufgaben in der Anstalt zu befreien und komplett der erbbiologischen Arbeit zu widmen, also eine selbstständige und vom Landesfürsorgeverband vollkommen getrennte Tätigkeit. Man wies in diesem Zusammenhang auf die vorbildliche Verbindung zwischen erbbiologischer Zentralstelle und dem Forschungsinstitut in Bonn für die Rheinprovinz hin.¹⁷ Landesrat Hans-Joachim Fischer und Landeshauptmann Karl-Friedrich Kolbow unterstützten die Beförderung jedoch nicht. Holthaus bewarb sich parallel auf die Stelle eines hauptamtlichen Arztes beim Gesundheitsamt in Leipzig, aber auch diese Bewerbung blieb erfolglos.

Sein nächster Aufstieg in der Hierarchie des Provinzialverbandes erfolgte im Jahr 1938. Holthaus wurde zum Provinzialobermedizinalrat befördert – ein Posten, der dem des stellvertretenden Anstaltsdirektors entsprach. Dies ermöglichte am 1. Juli 1938 seine Versetzung als Oberarzt in die HPA Gütersloh.¹⁸ Holthaus leitete dort die erbbiologische Zentralstelle für ein Jahr.

Die Versetzung nach Gütersloh schien Holthaus jedoch nicht zufriedenzustellen. Erstens bedeutete diese keinen wirklichen Karrierefortschritt, denn er bekleidete eine Stelle als Oberarzt und nicht als Stellvertretender Direktor. Darüber hinaus konnte er die erbbiologische Arbeit nicht so intensivieren, wie er es sich vorgestellt hatte. Als 1939 die erbbiologische Zentralstelle von Gütersloh nach Münster zurückverlegt und als Abteilung VIIb an den Landesfürsorgeverband angegliedert wurde, beschwerte sich Holthaus zudem über die Knappheit der ihm zur Verfügung gestellten Ressourcen.¹⁹ Er sollte sich zwei bis drei Tage in der Woche in Münster aufhalten und seine Arbeit bei der Landeszentrale erledigen und die restlichen Tage im Dienste der HPA in Gütersloh verbringen. Aus Anlass des neuen Ministerialerlasses im Jahre 1939 teilte Holthaus dem Landesoberverwaltungsrat mit:

„Durch die Ausdehnung der erbbiologischen Bestandsaufnahme auf die Blinden-, Taubstumm-, Krüppel- und Trinkeranstalten, sowie die Fürsorgerziehungsheime und durch die Notwendigkeit, die bisher von den Gesundheitsämtern

¹⁵ Zitiert in: Walter (1996), S. 626.

¹⁶ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 68, ohne Datum: Landesrat Schulte an den Landeshauptmann.

¹⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 71, ohne Datum: Landesrat Schulte an den Landeshauptmann.

¹⁸ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 125, 03.06.1938: Oberpräsident der Provinz Westfalen an Holthaus.

¹⁹ Vgl. Walter (1996), S. 620f.

durchgeführte genealogische Aufstellung der Sippentafeln nunmehr durch die Landeszentrale vornehmen zu lassen, ist die Arbeit des Landesobmannes nicht mehr, wie bisher, an zwei Wochentagen zu leisten. Es wurde bereits früher darauf hingewiesen, dass diese Arbeitsregelung des Landesobmannes nur eine Zwischenlösung für eine sich auf wenige Monate erstreckende Zeit sein könnte. Es hat sich jetzt als unbedingt erforderlich erwiesen, dass der Landesobmann an 3 Tagen der Woche in Münster anwesend sein muss, um die anfallende Arbeit in etwa bewältigen zu können.²⁰

Der Wunsch von Holthaus, den Posten eines Landespsychiaters antreten zu können, ging letztendlich nie in Erfüllung. 1939 unterbrach der Krieg die erbbiologische Arbeit auf Reichsebene. Seit Kriegsbeginn bemühte sich Holthaus fortgesetzt um eine „unabkömmliche“ Stelle. Er wurde am 4. September 1939 zum Heeresdienst einberufen, um schon am 23. Oktober 1939 als „nicht frontverwendungsfähig“ wieder entlassen zu werden.²¹ So blieb er bis zum Kriegsende in Gütersloh.

Nach dem Krieg übernahm Bernhard Salzmann den Posten des Landeshauptmannes. Im Namen des Oberpräsidenten der Provinz gab Salzmann zum 18. Juni 1945 Holthaus seine sofortige Suspendierung vom Dienst in der Provinzialverwaltung bekannt.²² Suspendiert oder nicht: Holthaus wurde „zunächst weiter beschäftigt“ und erhielt für seinen Dienst in der HPA Gütersloh auch weiterhin seine Bezüge.²³ Er durfte anfangs als kommissarischer Direktor und dann als Nachfolger des pensionierten Werner Hartwich vorläufig weiterarbeiten. Ein Zeugnis eines Pastors namens Warns lag als Anlage dem Wiedereinstellungsantrag von Holthaus bei. In diesem bezeugte Warns, wie Holthaus in seinem Antrag selbst, noch einmal Holthaus' nicht-nationalsozialistische politische Einstellung und hob beispielsweise hervor, dass Holthaus „besonders auch den Übergriffen der Partei gegen die Juden ganz offen ablehnend gegenüberstand“.²⁴ Drei Tage später berichtete Landesrat Franz Schulte-Broich über seine Absprache mit einem englischen Offizier, derzufolge noch weiterer Diskussionsbedarf auf der Grundlage des Fragebogens bestünde.²⁵ An dieser Stelle wurde der Rektor der Universität Georg Schreiber eingeschaltet. Schreiber sollte auf die Entlastung von Holthaus hinwirken. Zu diesem Zweck überreichte ihm Schulte-Broich eine Abschrift der

²⁰ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 159, 08.08.1939: Erbbiologische Landesstelle, Benno Holthaus an Landesoberverwaltungsrat Brüggelstrat.

²¹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl.161, 30.08.1939: Erbbiologische Zentralstelle, Benno Holthaus an den Landesfürsorgeverband. Bl. 163, 23.10.1939: Provinzialanstalt Gütersloh, Hartwich an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen.

²² LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 241, 18.06.1945: Oberpräsident der Provinz Westfalen an Holthaus.

²³ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 247, 23.08.1945: Oberpräsident der Provinz Westfalen an die HPA Gütersloh.

²⁴ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 283, ohne Datum: Pastor Warns, Pfarrerramtliches Zeugnis.

²⁵ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 284, 06.12.1945: Schulte-Broich an Holthaus.

apologetischen Stellungnahme von Holthaus zu dessen Kooperation mit dem Rassenpolitischen Amt.²⁶

Holthaus beantragte die Aufhebung seiner Suspendierung beim Oberpräsidenten der Provinzialverwaltung.²⁷ Er sah sich als „Opfer“ und behauptete, dass seine Aufnahme in das NSDAP-Amt – nachdem der „Plan“ der erbbiologischen Bestandsaufnahme bekannt gemacht worden sei – automatisch erfolgt sei, ohne seinen Willen oder seine Zustimmung:

„[Es] wurde mir gesagt, ich sei deshalb zum Mitarbeiter des Rassenpolitischen Amtes ernannt worden, weil ich der Leiter der Erbkrankenkartei der Provinzialverwaltung sei. Man wolle in Zukunft bei mir Erkundigungen über Personen einziehen, die die Ausstellung einer Urkunde über die Erbgesundheit ihrer Familien beantragt hatten“,

so Holthaus. Er habe hingegen Bedenken gehabt, „dienstliche Angelegenheiten dem Parteiamt bekannt zu geben“. Deswegen habe er zunächst mit seinem Vorgesetzten Schulte-Broich darüber gesprochen. Schließlich, betonte Holthaus, sei die geplante Kartei nie vollendet worden und deswegen auch nie vom Rassenpolitischen Amt in Anspruch genommen worden. Seine Mitarbeiterschaft sei also allein „aus einer formellen äußeren Zugehörigkeit zu diesem Amt“ entstanden.²⁸

Auch sein früherer Chef Heinrich Schnitker bescheinigte von Niedermarsberg aus Holthaus' politische Tauglichkeit. Schnitkers damaliger Oberarzt in Marienthal²⁹ habe seine Inanspruchnahme durch den Außendienst in der HPA im Jahr 1935 als Anlass genommen, um von seiner NSDAP-Blockwartstellung zurückzutreten. Außerdem habe man seine Parteimitgliedschaft nur dann wahrgenommen, wenn er dadurch als „aktives“ Mitglied Nicht-Parteimitglieder schützen konnte.³⁰ Was Holthaus' Arbeit im Kontext seiner NSV-Angehörigkeit angehe, sei sie genauso „rein ärztliche Aufklärungsarbeit unpolitischer Art“ gewesen.³¹

Trotz dieser Bemühungen, Holthaus politisch und beruflich zu rehabilitieren, führte ein paar Monate später eine ganz andere Affäre schließlich doch noch zum frühzeitigen Karriereende des Provinzialobermedizinalrats. Die seit dem Mai 1940 in der HPA Gütersloh tätige Pflegerin M. P. gab der Provinzialverwaltung bekannt, dass zwischen ihr und Holthaus im Jahr davor „eine intimere Beziehung entstanden“ sei. Trotz

²⁶ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 284, 03.09.1945: Schulte-Broich an den Landeshauptmann (Das Dokument selbst war in der Akte nicht vorhanden).

²⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 282, 05.12.1945: Holthaus an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen.

²⁸ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 277, ohne Datum: Abschrift, Holthaus an den Entnazifizierungsausschuss.

²⁹ Die HPA Münster entstand in einer katholischen Klosteranlage namens „Marienthal“, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vom westfälischen Provinzialverband zum Zwecke der Einrichtung einer psychiatrischen Anstalt gekauft wurde. Den Namen Marienthal behielt die Provinzialanstalt weiterhin.

³⁰ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 278, 21.11.1945: Schnitker, Bescheinigung.

³¹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 280, ohne Datum: Holthaus an den Entnazifizierungsausschuss.

der Bemühungen vieler, dem Ganzen ein gütliches Ende zu geben, kam man nicht um die Vernehmungen der am Skandal Beteiligten herum. Holthaus bestritt die Behauptungen der Pflegerin und führte diese darauf zurück, dass er ihr nicht entgegengekommen sei, wie sie sich es gewünscht habe.³² Wilhelm Schneider, der neue Anstaltsdirektor in Gütersloh, wandte sich persönlich an Schulte-Broich, beschrieb den Vorfall als eine „unerfreuliche Episode“ auf Kosten seines Oberarztes und hoffte auf schnell wieder einkehrende Ruhe.³³ Kurze Zeit später beurteilte Schulte-Broich die Situation wie folgt: „Die Pflegerin [P.] hat auf mich einen sehr nervösen, beinahe krankhaften Eindruck gemacht, so daß man glauben könnte, sie sei geistig angegriffen.“³⁴ Schneider schlug vor: „Sollte Fr. P. weiter Verleumdungen austreuen, so wäre zu überlegen, sie als gemeingefährliche Geisteskranke polizeilich in eine Anstalt einweisen zu lassen.“³⁵

Während dieses erste Vorermittlungsverfahren gegen Holthaus am 5. April 1946 eingestellt wurde,³⁶ kam es bereits am 14. April erneut zur Einleitung eines Dienststrafverfahrens, in dessen Folge Holthaus seines Dienstes vorläufig enthoben wurde. Die Begründung lautete:

„Der Prov. Obermedizinalrat Dr. Holthaus ist dringend verdächtig, in den Jahren 1944 bis 1946 fortgesetzt mit der an der Heilanstalt Gütersloh beschäftigten Schreibkraft [F. W.] und der bisher an der Anstalt tätig gewesenenen Pflegerin [M. P.] Ehebruch begangen zu haben...“³⁷

Daraufhin stellte Holthaus Ende April 1946 einen Antrag auf Entlassung,³⁸ dem auch stattgegeben wurde. Damit wurde die Karriere eines der vielen zwar suspendierten, jedoch vorläufig weiter Beschäftigten schon vor Abschluss des Entnazifizierungsprozesses und „auf eigenen Wunsch“, wie im Zeugnis des Gütersloher Anstaltsdirektors zu lesen war,³⁹ beendet. 1947 erstellte der Sozialminister der Landesregierung NRW eine Liste mit zu entlassenden Beamten, unter denen auch Benno Holthaus zu finden war.⁴⁰

³² LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 257, 22.02.1946: Aussagen von M. P. und Holthaus vor Landesrat Schulte-Broich.

³³ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 265, 18.03.1946: HPA Gütersloh, Direktor Schneider an Landesrat Schulte-Broich.

³⁴ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 266, 23.03.1946: Landesrat Schulte-Broich an die HPA Gütersloh, Direktor Schneider.

³⁵ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 267, 28.03.1946: HPA Gütersloh, Direktor an Landesrat Schneider.

³⁶ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 268, 05.04.1946: Schulte-Broich, Bericht.

³⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 269, 17.04.1946: Oberpräsident der Provinz Westfalen, Einleitungsverfahren.

³⁸ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 272, 26.04.1946: Dienststrafakte Dr. Holthaus, Abschrift.

³⁹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 290, 16.05.1946: Direktor HPA Gütersloh, Schneider, Zeugnis.

⁴⁰ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 291, Bl. 292, 13.02.1947: Sozialminister an Landesregierung NRW. Zu Benno Holthaus vgl. Kersting (1996), S. 268-284.

2. Heinrich Korbsch (1893-1984)

Heinrich Georg Korbsch wurde am 26. März 1893 in Krappitz, Kreis Oppeln, in Oberschlesien geboren. Er folgte der Spur seines Vaters, der Sanitätsrat war, und studierte von 1914 bis 1915 Medizin in Breslau. Kurz nach Ausbruch des Ersten Weltkrieges unterbrach er sein Studium, um es nach Kriegsende in Breslau fortzusetzen. 1921 legte er sein Medizinisches Staatsexamen ab. Sein praktisches Jahr begann er in der Abteilung Innere Medizin des Breslauer Städtischen Krankenhauses Allerheiligen und absolvierte es an der Breslauer Universitätsnervenklinik bei Robert Wollenberg. Korbsch promovierte im April 1922 in Kiel, wo er 1922 bis 1925 als Assistenzarzt bei Ernst Siemerling, dem ersten Psychiatrieordinarius in Kiel, tätig war.⁴¹ Im November 1925 zog Korbsch nach Münster und setzte seine Assistenzarztzeit an der dortigen Universitätsklinik fort. Im Sommer 1929 habilitierte er sich. Am 30. Juli 1929 wurde er zum Privatdozenten für Psychiatrie und Neurologie der Universität Münster ernannt und hielt seine Antrittsvorlesung zum Thema „Atypische Verlaufsarten der progressiven Paralyse der Irren“.⁴² Im April 1930 bekam er die Stelle eines Oberarztes.

Korbsch, ebenso wie Holthaus, gehörte zu der Generation der vor 1900 geborenen und 1933 schon etablierten Wissenschaftler. Von einer zwar sicheren Position aus wurde ihre Arztkarriere durch die aktuellen Entwicklungen jedoch dynamisiert. Als sich Korbsch, der ambitionierte Schüler Kehrer, 1933 auf die Direktorenstelle der HPA Münster bewarb, fand sein Chef nur die besten Worte, um Korbschs bisherige Laufbahn zu beschreiben. Er erinnerte an die damalige Empfehlung des Kollegen Ernst Siemerling in Kiel, der mit seinem Assistenzarzt Korbsch überaus zufrieden war. Was den wissenschaftlichen Schwerpunkt betraf, sei Korbsch besonders an der „Histopathologie des zentralen Nervensystems“ interessiert. In Münster forsche Korbsch neben seiner klinischen Tätigkeit in dem von ihm selbst eingerichteten Labor der Klinik über die Histologie der Nerven- und Hirnkrankheiten. Entsprechend betreffe auch seine Lehre eher den Bereich der Pathologie und Klinik von Geisteskrankheiten. Kehrer hob Korbschs stellvertretende Direktionstätigkeit in der neu errichteten Klinik als ein wichtiges Indiz für seine hohe Leitungskompetenz hervor. Zudem würde er „der Erzieher der jungen, ins Fachgebiet der Klinik einzuführenden Ärztegeneration und ebenso neu geschaffenen Pflegerschaft“ werden.⁴³ Korbsch erkannte außerdem die wichtige Rolle der Erbllichkeitsforschung für seine Disziplin. Er hatte 1932 über die nervenärztliche Beratungsstelle im Kreis Hagen⁴⁴ als „positives Beispiel der offenen Fürsorge“ berichtet und sie als notwendige Bedingung für die erbbiologische „Durchforschung des gesamten Volkskörpers“ dargestellt.⁴⁵

⁴¹ Auffällig viele der vor 1933 promovierten westfälischen Anstaltsärzte sind Schüler von Ernst Siemerling gewesen. Kersting (1996), S. 203.

⁴² UM Münster, Best. 8, Nr. 18211, ohne Zählung, 05.11.1929: Ankündigung.

⁴³ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 12.12.1933: Kehrer, Zeugnis.

⁴⁴ Korbsch hatte vom 01.02.1927 bis zum 31.01.1929 die „Beratungsstelle für nervös und psychisch Kranke“ des Landkreises Hagen geleitet. UA Münster, Best. 8, Nr. 18211, ohne Zählung, ohne Datum: Korbsch, Lebenslauf.

⁴⁵ Zitiert in: Walter (1996), S. 467.

Korbsch trat am 1. April 1933 in die NSDAP ein und war als Privatdozent – laut Kontrolloffizier – einer der 300 Universitätslehrenden, die die Loyalitätserklärung für die neue Regierung am 4. März 1933 unterschrieben.⁴⁶ Er war 1933 bis 1934 Zellenleiter beziehungsweise Blockwart in der Ortsgruppe der NSDAP Münster Nord-West und seit 1934 SS-Mitglied. Von 1935 bis 1941 war Korbsch Mitarbeiter des Rassenpolitischen Amtes Gau Westfalen-Nord in Erbgesundheitsachen.

Am 19. September 1934 wurde der Gauamtsleiter für Volksgesundheit für den Gau Westfalen-Nord, Franz Vonnegut, vom Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund (NSDÄB) über Korbschs Tauglichkeit befragt. Dieser antwortete unter anderem wie folgt:

„Nach den von uns eingezogenen Erkundigungen scheint der Oberarzt Priv. Dozent Dr. Korbsch von der hiesigen Univ. Nervenlinik wohl geeignet, sowohl seiner nat. soz. Einstellung wegen (derselbe ist P[artei]g[enosse]) als auch wegen seiner wissenschaftlichen Befähigung die Stelle als Direktor an der Prov. Heilanstalt zu übernehmen. Zu Ihrer besonderen Information diene Ihnen, dass Dr. Korbsch katholisch ist.“⁴⁷

Der Einstellungsprozess war am 14. Dezember 1934 abgeschlossen, jedoch erhielt Korbsch nicht die Direktionsstelle, sondern eine Oberarztstelle in Marienthal, und zwar zunächst befristet auf ein Jahr. Ihm wurde jedoch in Aussicht gestellt, ihn ein Jahr später, seine Bewährung vorausgesetzt, auf „Lebenszeit“ anzustellen. Korbsch trat seinen Dienst bei seinem Vorgesetzten Heinrich Schnitker am 1. Februar 1935 an. Ein Jahr später wurde er verbeamtet.⁴⁸

Korbsch folgte einer zweigleisigen Strategie und bemühte sich mit Unterstützung der Medizinischen Fakultät der Universität Münster parallel um einen akademischen Lehrstuhl. Dekan Peter Esch (* 1874, † 1952) betonte seine wissenschaftliche „Reife und Befähigung“ insbesondere auf dem Gebiet der sozialen Neurologie und Psychiatrie in Verbindung mit Erblichkeitsfragen, bezüglich derer Korbsch „auf Grund sehr eingehender klinisch-sozialer Tätigkeit“ große Kompetenzen erworben habe.⁴⁹ Im April 1934 lehnte das Wissenschaftsministerium Korbschs seitens der Universität 1933 angefragte Ernennung zum nicht beamteten außerordentlichen Professor jedoch ab.⁵⁰ Die Fakultät stellte daraufhin erneut einen Antrag, diesmal mit der Begründung, Korbsch habe eine erhebliche Steigerung der Hörerzahl in seinen Vorlesungen zu verzeichnen –

⁴⁶ UA Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 23.10.1948: UECO (University Education Control Officer) an Westfälische-Wilhelms Universität (WWU), Rektor.

⁴⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 23, 18.09.1934: NSDAP, Vonnegut an Landesrat Bommel.

⁴⁸ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 30, 14.12.1934: Oberpräsident der Provinz Westfalen, Antwort, und LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 62, 30.01.1936: Oberpräsident der Provinz Westfalen an Korbsch.

⁴⁹ UA Münster, Best. 8, Nr. 18211, ohne Zählung, 10.08.1933: Medizinische Fakultät, Dekan Esch an das Ministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung.

⁵⁰ UA Münster, Best. 8, Nr. 18211, ohne Zählung, 17.04.1934: Ministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung an den Kurator der WWU.

und im Übrigen sei er NSDAP-Mitglied und Zellenwart der hiesigen Ortsgruppe.⁵¹ Schließlich gab das Ministerium 1935 dem Antrag statt.⁵² 1939 erfolgte seine Ernennung zum außerplanmäßigen Professor und dabei ist es bis zum Ende seiner akademischen Karriere geblieben.⁵³

Im November 1936 eröffnete Korbschs Chef in Marienthal, Fritz Wernicke, ein Beförderungsverfahren für seinen Mitarbeiter. Er beantragte Korbschs Ernennung „zum Oberarzt besonderer Stellung“.⁵⁴ Wie es sich damals gehörte, wurde die Gauleitung seitens der Provinzialverwaltung gefragt, ob gegen Korbsch, den „seit dem 3. März 1933 Pg.“ und vorher „Kriegsteilnehmer“, trotzdem „in politischer Beziehung [...] Einwendungen erhoben werden und gegebenenfalls welche Bedenken geltend gemacht werden“ können.⁵⁵ Anfang des darauffolgenden Jahres versicherte der Leiter des Gaupersonalamts, Korbsch sei „politisch unbedenklich“.⁵⁶ Direkt danach erfolgte seine Beförderung mit Rückwirkung zum 1. Januar 1937. In seinem persönlichen Glückwunschsreiben verdeutlichte der Oberpräsident Korbschs neue Rolle:

„Mit meinem Glückwunsch zu dieser Beförderung verbinde ich die Erwartung, daß Sie auch künftig nicht nur die Ihnen obliegenden Berufspflichten, sondern auch die Ihnen außerhalb des Dienstes dem Volke und Ihrer Familie gegenüber obliegenden Pflichten als ein überzeugter und pflichtbewußter Mitstreiter unseres Führers Adolf Hitler erfüllen werden.“⁵⁷

Parallel zu seiner Arbeit in der Universität und zu seinem Einsatz im Provinzialdienst übte Korbsch seit dem 12. Juni 1936 die Tätigkeit eines Gerichtsarztes und Gutachters für das Oberversicherungsamt Münster aus.⁵⁸ 1940 geriet er in dieser Funktion und als Parteimitglied in einen der vielen Staat-Partei-Konflikte des Hitler-Regimes. Im Februar 1940 beschwerte sich die Westfälische Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft bei Landesrat Rudolf Pork über die Art, wie Korbsch als Gutachter mit „erheblichem berechtigten Widerspruch“ umgehe. Korbsch bliebe bedingungslos bei seiner Meinung und mache dem Oberpräsidenten des Oberversicherungsamtes den Vorwurf, dass

⁵¹ UA Münster, Best. 8, Nr. 18211, ohne Zählung, 26.10.1934: Kurator der WWU an das Ministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung.

⁵² UA Münster, Best. 8, Nr. 18211, ohne Zählung, 30.01.1935: Ministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Ernennungsurkunde.

⁵³ UA Münster, Best. 8, Nr. 18211, ohne Zählung, 12.09.1939: Ministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Ernennungsurkunde.

⁵⁴ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 79, 13.11.1936: HPA Münster, Direktor Wernicke an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen.

⁵⁵ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 80, 18.12.1936: Oberpräsident der Provinz Westfalen an den Gauleitung Westfalen-Nord der NSDAP.

⁵⁶ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 81, 28.01.1937: Gauleitung Westfalen-Nord, Beyer, an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen.

⁵⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 82, 30.01.1937: Oberpräsident der Provinz Westfalen.

⁵⁸ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 24.05.1938: Korbsch an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen.

dieser Ärzte aus der Partei bevorzuge.⁵⁹ Daraufhin beschloss Schnitker, dass er „in Zukunft in Angelegenheiten des Provinzialverbandes nicht mehr gutachterlich tätig werden“ wird.⁶⁰ Im Juni desselben Jahres meldete sich dann die Deutsche Arbeitsfront (DAF) und bat den Landeshauptmann Kolbow um ein Gespräch über eine dringende Angelegenheit.⁶¹ In diesem Gespräch erklärte Kolbow, er sei im Kontext seiner Personalpolitik nicht in der Lage zuzulassen, dass sich die gutachtliche Tätigkeit eines Provinzialmedizinalrats letztendlich gegen „seine eigene Anstellungsbehörde“ richte. Laut Gaurechtsberatung gäbe es aber keinen ärztlichen Ersatz für Korbsch. „Insbesondere weigerten sich die Ärzte der Universitätskliniken, als Gerichtsarzt Gutachten zu erteilen, – offenbar wegen der zu geringen Vergütung, die der Staat ihnen hierfür zustehe“, so Kolbow. Kolbow schlug vor, der NSDÄB solle für Alternativen sorgen.⁶² Schließlich wurde das Reichsversicherungsamt in Berlin eingeschaltet mit dem Ziel der Zurückziehung des Verbots gegenüber Korbsch. Es wurde ein umgekehrter Schuh aus den Ereignissen gemacht und Korbsch als gewissenhafter und besonders sachkundiger Arzt dargestellt, der arbeite, „ohne sich dabei durch seine Stellung als Beamter des Provinzialverbandes beeinflussen zu lassen“.⁶³ Im Oktober 1940 erklärte der Vorsitzende des Oberversicherungsamts Münster, Korbschs Wiederzulassung „würde im Interesse des Oberversicherungsamtes Münster liegen“⁶⁴. In der Tat erteilte der Oberpräsident eine extra für Korbschs Fall angeforderte Sondergenehmigung.⁶⁵

Neben seiner vielfältigen praktischen Tätigkeit zeigte Korbsch ein reges Interesse an den aktuellsten wissenschaftlichen Entwicklungen und war regelmäßig auf Tagungen über Themen der Psychiatrie und Neurologie präsent. Zugunsten Korbschs Teilnahme an der Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater beispielweise wandte sich Fritz Wernicke, der damalige Anstaltsdirektor in Münster, an die Verwaltung. Die Tagung fand in Frankfurt am Main vom 22. bis zum 25. August 1936 statt. Korbsch Teilnahme sei von hoher Wichtigkeit „im Hinblick auf die hervorragende wissenschaftliche Bedeutung des Kongresses und der vorgesehenen, sich auf das Erbgesundheitsgesetz beziehenden Erörterungen“.⁶⁶ 1937 erhielt Korbsch eine Kostenerstattung für seine Teilnahme an der Tagung des Vereins der Irren- und Nervenärzte Niedersachsens und Westfalens, die am 8. und 9. Mai des Jahres in Bad Oeynhau-

⁵⁹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 14.02.1940: Westfälische Berufsgenossenschaft, Leiter an Landesrat Pork.

⁶⁰ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 26.02.1940: Pork, Aktenvermerk.

⁶¹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 21.06.1940: DAF, Gaurechtsberatung, Steegemann an den Landeshauptmann der Provinz Westfalen, Kolbow.

⁶² LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 08.07.1940: Kolbow, Aktenvermerk.

⁶³ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 09.07.1940: Oberversicherungsamt Münster an das Reichsversicherungsamt Berlin.

⁶⁴ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 02.10.1940: Oberversicherungsamt Münster an Kolbow.

⁶⁵ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, ohne Zählung, 06.11.1940: Oberpräsident der Provinz Westfalen an Korbsch.

⁶⁶ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 77, 21.07.1936: HPA Münster, Direktor Wernicke an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen.

sen stattfand. Die Insulintherapie von Schizophreniepatienten, einer der Themenblöcke der Tagung, mache die Teilnahme eines Arztes der Anstalt unabdingbar, so Wernicke.⁶⁷

Um seine Teilnahme an einem internationalen Kongress zu ermöglichen, nutzte Korbsch auch das Gewicht seiner Professur. 1939 beantragte er über die Universität Münster seine Teilnahme am III. Internationalen Neurologenkongress in Kopenhagen. Der damalige Rektor Walter Mevius erteilte ihm eine vorläufige Genehmigung und empfahl ihm, mit Professor Heinrich Pette⁶⁸ vom Universitätskrankenhaus in Hamburg-Eppendorf bezüglich des Vortragsthemas Kontakt aufzunehmen, der mit den Kongressvorbereitungen beauftragt war. Korbsch wurde tatsächlich in die Liste der 34 deutschen Neurologen und Neurochirurgen aufgenommen, die vom 21. bis 25. August 1939 in Kopenhagen die deutsche Delegation bildeten.⁶⁹ Später berichtete Pette an den Reichsinnenminister über den, trotz angespannter politischer Situation, sehr gelungenen Kongress sowie über die mit großer Resonanz aufgenommenen zwei Hauptreferate: Der Neurologe Oskar Gagel aus Breslau sprach über „Die Beziehungen zwischen der Hypophyse und dem vegetativen Nervensystem“ und der Erbpathologe Friedrich Curtius aus der Charité in Berlin über „Die Erbkrankheit des Nervensystems im Lichte der modernen Genetik“.⁷⁰

Seit Kriegsbeginn bemühte sich Korbsch, wie die meisten seiner Kollegen, um eine „Unabkömmlichkeitsstelle“, die er auch 1940 bekam.⁷¹ Im November 1944 wurde er wegen der kriegsbedingten Auflösung der HPA Münster nach Lengerich abkommandiert,⁷² dort am 25. August 1946 entlassen.⁷³

Korbsch legte im Zuge der Entnazifizierung im August 1948 in Lengerich eine Zusatzerklärung zu seinem politischen Fragebogen ab. Unter anderem gab der „kommissarische wissenschaftliche Mitarbeiter“, wie Korbsch über sich selbst schrieb, an, dass er 1941 seinen Posten im Rassenpolitischen Amt verlassen musste, weil er dem Befehl, aus der Kirche auszutreten, nicht gefolgt ist. Zu seiner Amtstätigkeit als Blockwart fügte er hinzu:

„Als Blockwart bzw. Zellenwärter beschränkte ich mich lediglich auf untergeordnete Obliegenheiten wie Erheben von Beiträgen und Spenden sowie die Rechnungsführung innerhalb meines Bereiches. Eine ausgesprochene politische

⁶⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 83, 29.04.1937: HPA Münster, Direktor Wernicke, an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen; Bl. 84, 04.05.1937: Oberpräsident der Provinz Westfalen an den Direktor der HPA Münster, Wernicke.

⁶⁸ Heinrich Pette spielte als Neurologe eine führende Rolle in der Zeit des Nationalsozialismus. Seit 1927 war er Professor und Oberarzt der Neurologischen Universitätsklinik in Hamburg bei Max Nonne, der als Begründer der deutschen Neurologie gilt. 1934 übernahm Pette die Klinikdirektion und 1947 auch den Lehrstuhl von Nonne. 1941 wurde Pette stellvertretender Vorsitzender und 1953 Vorsitzender der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater. Klee (2003), S. 457.

⁶⁹ BA Berlin, Best. R4901, Nr. 2921, Bl. 272-281, ohne Datum: Ministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung an Pette.

⁷⁰ BA Berlin, Best. R4901, Nr. 2921, Bl. 299-303, ohne Datum: Pette an das Ministerium des Innern.

⁷¹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 96, 18.06.1940: Landesrat Pork an die HPA Münster.

⁷² LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 114, 21.11.1944: Korbsch an die Provinzialverwaltung.

⁷³ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 118, 27.06.1945: Landeshauptmann Salzmann an Korbsch.

Funktion, wie z. B. partei-politische Überwachung des Publikums und dgl. mehr, habe ich als erst kurz aufgenommenes Parteimitglied nicht auszuüben gehabt, auch vertrat ich stets vermittelnde und ausgleichende Tendenzen... Ich legte das Amt Ende Januar 1935 nieder, weil mich meine inzwischen gesammelten Erfahrungen zu einer Ablehnung der nationalsozialistischen radikalen Parteipolitik geführt hatten.⁷⁴

Korbsch legte zahlreiche entlastende Unterlagen von Pfarrern und Schwestern sowie von früheren Patienten und deren Angehörigen vor, laut derer er „viele psychisch Kranke von den Auswirkungen der eugenischen Gesetzgebung bewahrt“ habe.⁷⁵ Dabei wurde immer wieder behauptet, „dass, als die Listen der für die Euthanasie in Frage kommenden Kranken aufgestellt wurden, Dr. Korbsch, in großer Sorge um die Kranken, eifrigst besorgt war, dass von seiner Station etwa 150 Kranke in anderen Anstalten oder in den Familien in Sicherheit gebracht wurden“.⁷⁶

Interessant ist die Erklärung einer Kollegin von Korbsch, Gertrud Lankes, die 1945 in der Chirurgischen Klinik der Städtischen Anstalten in Düsseldorf als Ärztin tätig war. Lankes, in nationalsozialistischer Terminologie jüdischer Mischling II. Grades, hörte im Sommersemester 1942 Korbschs Vorlesungen in der Psychiatrie und Neurologie. Der Hochschullehrer „trat immer energischer der weitverbreiteten Meinung entgegen, Geisteskranke seien ein lebensunwerter Ballast des Staates“. Lankes arbeitete das folgende Jahr bei Korbsch in Marienthal, wo sie die Gelegenheit gehabt habe, festzustellen, wie er die eugenischen Maßnahmen der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik verurteilte.⁷⁷

Sogar ein Brief des „namhaften Fachmannes“ Nonne aus Hamburg vom 14. Juli 1938 wurde eingereicht.⁷⁸ In dem Brief ging es darum, dass der Hamburger Psychiater und Korbsch im Fall eines an Schizophrenie erkrankten Patienten das gleiche Gutachten für das Erbgesundheitsgericht ausgestellt hatten. Nonne äußerte sich über seinen Kollegen Korbsch wie folgt:

„Es ist nicht gerade häufig, daß man einem Psychiater begegnet, der so rein menschlich (verzeihen Sie das harte Wort, aber ich verkehre seit 1884 mit Psychiatern beruflich und dienstlich) und mit solchem praktisch gesunden Menschenverstand untersucht und urteilt.“⁷⁹

Ein anderer Fachmann, August Dohmen aus Würzburg, selbst „Opfer“ des nationalsozialistischen Fanatismus, schrieb:

⁷⁴ UM Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 27.08.1945: Korbsch, Erklärung.

⁷⁵ C. B., die im Juni 1941 Anstaltsinsassin war, beschrieb 1946, wie der Oberarzt sich damals vor einer Kommission um ihr Verbleiben in der Anstalt bemüht hatte. LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 46, 19.12.1946: C. B., Eidesstattliche Erklärung.

⁷⁶ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 34, 11.09.1945: Schwester Rosula, Bestätigung.

⁷⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 12, 05.10.1945: Gertrud Lankes, Erklärung.

⁷⁸ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 120, 24.09.1945: Korbsch an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen.

⁷⁹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 124, 14.07.1938: Beglaubigte Abschrift, Nonne an Korbsch.

„Ein weiteres Fernhalten des Herrn Professor Korbsch würde für die Hirnforschung als auch für die Hochschule ein bedauerlicher Verlust sein und für Herrn Professor Korbsch selbst, als verdienter Forscher, Lehrer und Arzt, eine unverdiente Härte.“⁸⁰

Parallel dazu verlief der Prozess der Entnazifizierung sämtlicher Universitätsangehöriger. 1945 beauftragte der Rektor der Universität den Dekan der Medizinischen Fakultät Ferdinand Kehrer, für jedes Fakultätsmitglied eine Akte anzulegen, aus der „der wesentliche Inhalt des Fragebogens in Hinsicht auf Zugehörigkeit zur Nazi-Partei und ihren einzelnen Gliederungen“ und „2 mildernde Umstände, z. B. Tätigkeit nur als Arzt in denselben, ärztl. Betreuung von Juden und dergl.“, hervorgehen sollten.⁸¹ So bestätigte eine Stationsschwester der Anstalt in Münster, „daß in der hiesigen Provinzialheilanstalt, in der wir die Krankenpflege ausüben, in der Zeit vom 1938-1944 von dem Herrn Professor Dr. Korbsch etwa 6 Jüdinnen und 14 Ausländerinnen in korrekter Weise ärztlich betreut worden sind.“⁸²

Seitens der Universität Münster legte der Dekan der Evangelisch-Theologischen Fakultät eine eidesstattliche Erklärung ab, in der der Katholik Korbsch als einer der besten Psychiater und Neurologen sowie „tief von den Gedanken der Humanität durchdrungen“ bezeichnet wird.⁸³ Die unverdächtige politische Haltung von Korbsch bestätigte der Professor und Oberregierungs- und Gewerbemedizinalrat Erich Beintker. Beintkers Schwiegermutter sei auf Korbschs Veranlassung hin von Marienthal nach Tilbeck zum Stift Maria Hilf verlegt worden, um deren Abtransport zu vermeiden. Beintker, der in seinem Schreiben über sich selbst behauptete, sein ablehnendes Verhalten gegenüber der Partei sei bekannt, war ein Schüler Karl Wilhelm Jöttens (* 1886, † 1958) und am Hygieneinstitut in der Forschungsabteilung für Gewerbehygiene beschäftigt.⁸⁴

Im November 1945 teilte die Militärregierung mit, dass „Prof. Korbsch ihr nicht genehm und daher aus seiner Tätigkeit an der Universität in Münster zu entlassen ist“. Der Oberpräsident der Provinz wies die Verwaltung darauf hin, „dass Prof. Dr. Korbsch als Prof. Medizinalrat an der Prov. Heilanstalt Münster, Marienthal, besonders überprüft“ werden sollte.⁸⁵ Die Antwort lautete, Prof. Korbsch sei überprüft und sus-

⁸⁰ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 16, 29.05.1946: August Dohmen, Eidesstattliche Erklärung. Dohmen war 1952 an der HPA Münster tätig. Er führte im Labor der Universitätsnervenklinik histopathologische Untersuchungen am Hirn- und Rückenmark von Patienten der Provinzialanstalt durch. IEGT Münster, Briefwechsel Ferdinand Kehrer, 21.11.1952: Kehrer an Landeshauptmann Salzmann.

⁸¹ UM Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 14.09.1945: Medizinische Fakultät, Dekan Kehrer an die Fakultätsmitglieder.

⁸² LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 45, 21.11.1945: Schwester Rogella, Eidesstattliche Erklärung.

⁸³ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 2, 26.10.1945: Evangelisch-Theologische Fakultät, Dekan, Eidesstattliche Erklärung.

⁸⁴ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 48, 22.11.1946: Erich Beintker, Zeugnis. Vgl. Kersting (1996), S. 208.

⁸⁵ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 131, 09.11.1945: Oberpräsident der Provinz Westfalen an den Oberpräsidenten des Provinzialverbandes, Verwaltung.

pendiert worden. Eine endgültige Entscheidung der Militärregierung über ihn sowie über andere suspendierte Personen bliebe noch offen.⁸⁶

Im Februar 1948, drei Jahre nach seiner Suspendierung, wurde Korbsch mitgeteilt, dass er vom Berufungsausschuss für Entnazifizierung der Stadt Münster in die Kategorie V, also die der „Entlasteten“, eingereiht worden sei.⁸⁷ Schulte-Broich versprach Korbsch, ihn wieder in den Dienst der Provinzialverwaltung als Beamten zu übernehmen, sobald der Prozess komplett abgeschlossen sei.⁸⁸ Nachdem das Entnazifizierungszeugnis eingereicht wurde, erfolgte im April 1948 Korbschs Wiedereinstellung. Jedoch wurde er nicht als Beamter, sondern „mit Rücksicht auf die politische Belastung“ nur als Angestellter eingestellt. „Aus fachlichen Erwägungen“ hatte auch der Betriebsrat nichts dagegen.⁸⁹ So begann Korbsch seine Nachkriegskarriere als angestellter Anstaltsarzt in der HPA Gütersloh, um nur fünf Monate später wieder zur Gänze seinen alten Beamtenstatus zu erlangen. Er übernahm dort die neurologische Abteilung und leitete die neurologische Ausbildung der jungen Ärzte aller HPA.⁹⁰

Parallel versuchte Korbsch schon 1948, mit Unterstützung des Universitätsrektors vom Kultusministerium die Zulassung zu seiner Lehrtätigkeit zu bekommen. Das Ministerium aber sah ihn noch als politisch Belasteten und bat die Fakultät um eine Stellungnahme.⁹¹ In der Zwischenzeit äußerte sich diesbezüglich auch der University Education Control Officer. In der Annahme, dass Korbschs Verwicklung in das Nazi-Regime womöglich nicht allen wirklich „bewusst“ oder dass einige Tatsachen nicht bekannt seien, fasste der Kontrolloffizier nochmals Korbschs „nationalsozialistische Vergangenheit“ zusammen. Dazu wurde ein Brief Korbschs aus dem Jahr 1937 angeführt, in dem er unter anderem seine Tätigkeit als Schulungsredner für „Rassenfragen, Bevölkerungspolitik und Vererbungslehre“⁹² beim Gauschulungsamt Westfalen-Nord an-

⁸⁶ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 132, 15.11.1945: Provinzialverwaltung an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen.

⁸⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 135, 21.02.1948: Berufungsausschuss für Entnazifizierung Münster an Korbsch.

⁸⁸ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 138, 12.03.1948: Landesrat Schulte-Broich an Korbsch.

⁸⁹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 141, 10.04.1948: Betriebsrat, Schreiben.

⁹⁰ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 150, 04.09.1948: Betriebsrat HPA Gütersloh, Schreiben. Nach 1945, mit der neuen Facharztordnung, konnten die Provinzialanstalten nur die psychiatrische Ausbildung anbieten. Für die Neurologie galten die Universitätsnervenkliniken als Ausbildungsort. Um weiterhin ihren Anstaltsärzten die volle fachärztliche Ausbildung anbieten zu können, errichtete der Provinzialverband 1947 eine neurologische Abteilung an der HPA Gütersloh, deren Leitung vom Professor Korbsch übernommen wurde. Vgl. Kersting (1996), S. 127.

⁹¹ UA Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 09.07.1948: Kultusministerium an den Rektor der WWU.

⁹² Die Widersprüchlichkeit solcher Umbruchszeiten wie während und nach dem Nationalsozialismus spiegelt sich im Verlangen von Individuen wider, eine Kontinuität der Entwicklung zu konstatieren, wo keine war. Im Fallbeispiel Korbsch zeigt sich dies, wenn man seine oben zitierte Aussage von 1937 und sein Schreiben an seinen früheren Chef, den Dekan der Medizinischen Fakultät Kehrer, aus dem Jahr 1945 gegenüberstellt: „Es handelte sich dabei um eine Vortragstätigkeit, die Geisteskrankheiten, die wichtigsten Bestimmungen des Erbgesundheitsgesetzes und die Bewachung, Betreuung und Behandlung psychisch Kranker betreffend, die ich im Auftrage der Heilanstalt Marienthal in Münster aus-

gibt. Ein – wenn auch nicht bewiesener – Verdacht auf Teilnahme an der „Eliminierung von Patienten“ durch Spritzen verschärfte die Situation in den Augen des Entnazifizierungsorgans weiter. Korbsch würden jene „Qualitäten“ fehlen, die einen akademischen Lehrer ausmachen.⁹³

Im November 1948 wandte sich Korbsch an das Rektorat, das zu jener Zeit vom Kollegen Emil Lehnartz (* 1898, † 1979) vertreten wurde.⁹⁴ Die Medizinische Fakultät war in dieser Angelegenheit gespalten. Als ihr Dekan Jötten dazu aufgefordert wurde, ein Urteil über die Möglichkeit der Wiederbeschäftigung von Korbsch abzugeben, bezeichnete er die Lage der Universität infolge des Berichtes des Kontrolloffiziers als schwierig. Den Fakultätsmitgliedern sei Korbsch wiederum kaum bekannt. Gleichzeitig stellte Jötten fest: „Herr Prof. Korbsch hat zweifellos in den ersten Jahren eine nationalsozialistische Aktivität gezeigt, ebenso sehr aber auch späterhin eine Tätigkeit gegen die NSDAP.“ Dieses Schreiben wurde an den Rektor weitergeleitet, der hinzufügte,

„daß ich mich bemüht habe, über die nationalsozialistische Aktivität von Herrn Korbsch in den Jahren 1933-1935 mich so eingehend wie möglich zu informieren. Es besteht kein Zweifel daran, was Herr Korbsch auch nicht abstreitet, daß er in jenen Jahren ein gläubiger Anhänger der Partei gewesen ist. Es haben sich aber für mich keine Anhaltspunkte ergeben, die mit Sicherheit darauf schließen lassen, daß Herr Korbsch irgend jemanden während dieser Zeit geschadet hat.“⁹⁵

Drei Monate später wurde Korbsch „auf Grund seiner mutigen Haltung, die er laut Zeugnis zahlreicher Gutachten gegen die Sterilisations- und Euthanasievorschriften der nationalsozialistischen Regierung gezeigt hat“, vom Kultusministerium wieder als außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Fakultät Münster zugelassen.⁹⁶ Im August 1949 konnte der Provinzialverband ihm den Medizinaltitel wieder zurückgeben⁹⁷ und am 14. Mai 1952 wurde er zudem zum Obermedizinalrat befördert.⁹⁸

So gewann das Leben für Professor Korbsch allmählich seinen alten Rhythmus wieder. Im April 1950 beantragte er eine Teilnahmegenehmigung für eine Psychotherapiewoche unter der Leitung von Ernst Kretschmer in Lindau am Bodensee. Die Kurse seien von besonderer Bedeutung sowohl für die Arbeit an der HPA als auch für die

übte. Diese Vorträge beschränkten sich lediglich auf das ärztliche, psychiatrische, wissenschaftliche Gebiet, handelten dagegen nicht von der Lehre von den menschlichen Rassen, insbesondere nicht dem politisch orientierten Rassengedanken der Partei.“ UA Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 28.09.1945: Korbsch an Dekan Kehrer, Medizinische Fakultät.

⁹³ UA Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 23.10.1948: University Education Control Office an den Rektor der WWU.

⁹⁴ UA Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 07.11.1948: Korbsch an Rektor Lehnartz.

⁹⁵ UA Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 01.12.1948: Jötten an Lehnartz.

⁹⁶ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 179, 31.03.1949: Kultusminister NRW an den Rektor und Kurator der WWU.

⁹⁷ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 188, 01.08.1949: HPA Gütersloh an Korbsch.

⁹⁸ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 218, 14.05.1952: Ernennungsurkunde.

Lehre.⁹⁹ Er hielt weiterhin Vorlesungen über die „Pathologische Anatomie der Nerven und Geisteskrankheiten“, die „Praktische Psychiatrie“ und über Teilaspekte wie Anstaltswesen, Arbeitstherapie, psychiatrische Außenfürsorge oder die soziale Betreuung der Geisteskranken.¹⁰⁰ Seine Lehrtätigkeit an der Universität übte er bis zum Jahr 1961 aus, in dem er aus gesundheitlichen Gründen aus dem Lehrbetrieb ausschied.¹⁰¹

3. Schlussfolgerung

An den zwei geschilderten Fallbeispielen sollte auf das Verhältnis zwischen der jungen psychiatrischen Universitätsklinik Münster und der Anstaltspsychiatrie in der Provinz Westfalen zur Zeit des Nationalsozialismus aufmerksam gemacht werden. Bestehende Strukturen der Provinzialverwaltung boten sich offensichtlich als potenzielle Arbeitsfelder für junge Psychiater an. Gleichzeitig gewann die an der Universität erworbene psychiatrische Ausbildung im Hinblick auf die Etablierung und Stabilisierung der Psychiatrie als akademische Disziplin immer mehr an Bedeutung für die Qualifizierung von Anstaltsärzten. In diesem Zusammenhang spielte die nationalsozialistische Gesundheitspolitik, deren Maßnahmen sich auf die psychisch Kranken konzentrierten, eine wichtige Rolle.

Quellen

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Archivamt (LWLA Münster)

Best. 132, Nr. 291

Best. 132, Nr. 802

Universitätsarchiv Münster (UA Münster)

Best. 8, Nr. 18211

Best. 207, Nr. 258

Best. 26, Nr. 1949/1-1950/1

Bundesarchiv Berlin (BA Berlin)

Best. R4901, Nr. 2921

⁹⁹ LWLA Münster, Best. 132, Nr. 802, Bl. 195, 11.04.1950: Korbsch an den Provinzialverband, Verwaltung.

¹⁰⁰ UA Münster, Best. 26, Nr. 1949/1-1950/1: Vorlesungsverzeichnisse.

¹⁰¹ UA Münster, Best. 207, Nr. 258, ohne Zählung, 02.11.1961: Rektor der WWU an Korbsch.

Literatur

1. Kersting (1996): Franz-Werner Kersting, Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996 (= Forschungen zur Regionalgeschichte, 17).
2. Klee (2003): Ernst Klee, Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945?, Frankfurt a. M. 2003.
3. Roelcke (2007): Volker Roelcke, Konzepte, Institutionen und Kontexte in der deutschen Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. Kontinuitäten und Brüche, in: Michael Prinz (Hrsg.), Gesellschaftlicher Wandel im Jahrhundert der Politik. Nordwestdeutschland im internationalen Vergleich 1920-1960, Paderborn 2007 (= Forschungen zur Regionalgeschichte, 58), S. 287-313.
4. Schmuhl (2007): Hans-Walter Schmuhl, Die Tücken der Reformpsychiatrie. Das Beispiel Westfalen 1920-1960, in: Michael Prinz (Hg.), Gesellschaftlicher Wandel im Jahrhundert der Politik. Nordwestdeutschland im internationalen Vergleich 1920-1960, Paderborn 2007 (= Forschungen zur Regionalgeschichte, 58), S. 261-286.
5. Schrulle (2008): Hedwig Schrulle, Verwaltung in Diktatur und Demokratie. Die Bezirksregierungen Münster und Minden/Detmold von 1930 bis 1960, Paderborn 2008 (= Forschungen zur Regionalgeschichte, 60).
6. Walter (1996): Bernd Walter, Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime, Paderborn 1996 (= Forschungen zur Regionalgeschichte, 16).

Ein medizinischer „Mitläufer“? Rudolf Grashey und die Röntgenologie im „Dritten Reich“

Lutz-Dieter Behrendt und Daniel Schäfer

Fachkollegen ist er heute wohl in erster Linie als Namensgeber einer Verdienst-Medaille der Bayerischen Röntgengesellschaft bekannt. Seltener kennt man ihn als Erstherausgeber der „Röntgentafel des Skeletts“ (später von Rudolf Birkner, zuletzt von Georg Schindler bearbeitet¹) oder benutzt noch das Eponym für a.p.-Darstellungen des Schultergelenks („Grashey-Aufnahmen“; Grashey-view²): Vor 60 Jahren starb Rudolf Grashey (* 1876, † 1950), einer der Pioniere der deutschen Röntgenologie, Mitbegründer der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG; 1905) und langjähriger Herausgeber der „Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen“ (RöFo; 1921/22-1950).³

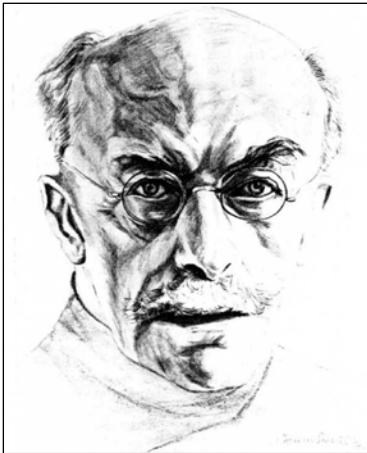


Abbildung 1: Rudolf Grashey

Während es angesichts der Fortschritte in der Radiologie um die Gründergestalten still geworden ist, bleibt seit den 1980er Jahren die Frage nach der Rolle führender Ärzte im „Dritten Reich“ virulent. Der entsprechende Beitrag Grasheys sowie der Röntgenologie insgesamt wurde über pauschale Entlastungen oder Verdächtigungen hinaus bislang kaum erforscht; dieser Text will nicht zuletzt auch Anregungen zur Bearbeitung eines ungeklärten Kapitels der Deutschen Röntgengesellschaft geben, das – wie bei anderen Fachgesellschaften – auch bei ihr im Wesentlichen noch geschrieben werden muss.

1. Analyse der Bio-Bibliographie

Rudolf Grasheys Aufstieg in der Röntgenologie, der 1928/29 in seine Berufung auf den ersten auf Dauer eingerichteten Lehrstuhl des Fachs in Deutschland (nach dem kurzlebigen Persönlichen Ordinariat von Albers-Schönberg 1919-21 in Hamburg; vgl. Tabelle 1) mündete,⁴ lässt sich aufgrund seiner fachlichen Leistungen allein schwer verstehen: Seine Beiträge zur technischen Weiterentwicklung der Apparaturen waren verhältnismäßig gering, und Impulse zu neuen Anwendungen der Röntgen- und Radiumstrahlen gingen von ihm kaum aus – sieht man einmal von seiner frühen Einführung

¹ Schindler (2005).

² Apple et al. (1997).

³ Günther et al. (1997), S. 214.

⁴ Vgl. Wohlfahrt (1980); Huttmann (1984), S. 95-125.

der Röntgentechnik in den Operationssaal ab (1904).⁵ Unter den Gründern der DRG war er der jüngste unter den Pionieren, die das Fach als Privatdozenten in der medizinischen Lehre vertraten, fast schon ein Mann der zweiten Generation. Sein Erfolg gründete sich auf fünf begünstigende Faktoren: fachliche, zeitliche, lokale, professionelle und persönliche.

| Ordinarius | Ort | Zeitraum |
|--|------------|-----------------|
| Heinrich Ernst Albers-Schönberg (* 1865, † 1921) | Hamburg | 1919-1921 |
| Rudolf Grashey (* 1876, † 1950) | Köln | 1929-1944 |
| Hans Holfelder (* 1891, † 1944) | Frankfurt | 1929-1945 |
| Willy Edward Baensch (* 1893, † 1972) | Leipzig | 1937-1945 |
| Hermann Holthusen (* 1886, † 1971) | Hamburg | 1939-1957 |
| Karl Frik (* 1878, † 1944) | Berlin | 1939-1944 |
| Henri Chaoul (* 1887, † 1964) | Berlin | 1939-1945 |

Tabelle 1: Ordinarien für Röntgenologie, Deutsches Reich bis 1945

Fachlich war Rudolf Grashey über längere Zeit der Chirurgie verbunden, die um die Jahrhundertwende eine Führungsrolle innerhalb der Medizin einnahm, jedoch an der Entwicklung der Strahlenheilkunde vor seinem Engagement noch kaum beteiligt war. Grasheys „doppelte“ Habilitation (1907 in Chirurgie, freilich bereits mit einem radiologischen Thema; 1924 um die Bezeichnung Röntgenologie erweitert⁶) verdeutlicht die typische Entwicklung der neuen Profession aus einer Vielzahl von Disziplinen – ein Umstand, der besonders in Deutschland über längere Zeit die Herausbildung selbstständiger Abteilungen und Lehrstühle verhinderte.⁷ Grasheys chirurgische Ausrichtung führte ihn konsequent zu einem praxisorientierten Interesse an präziser Röntgendiagnostik, und zwar im Besonderen am Skelett, das ohne großen Aufwand leicht darzustellen ist. Mit Atlanten und Tafeln, einer Darstellung röntgenologischer Irrtümer und dem Engagement für Strahlenschutz traf er das Hauptinteresse seines ursprünglichen Fachbereichs, und seine heuristische Methode – Massenbefundung und -vergleich – konnte sie leicht überzeugen.

Zeitlich gelang es Grashey noch rechtzeitig (zehn Jahre nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen) auf den Zug der Strahlenheilkunde aufzuspringen und in München den Aufbau der chirurgischen Radiologie wesentlich zu prägen. Fast noch wichtiger war

⁵ Walther (1955), S. 318-319.

⁶ Behrendt (2008), S. 266.

⁷ Hering (2005).

sein weitemspannendes Engagement für die Radiologie im Ersten Weltkrieg, ebenfalls ein von der Chirurgie dominiertes Betätigungsfeld der Medizin, dessen Möglichkeiten er mit seinen praxisorientierten Forschungen zur Fremdkörperdiagnostik („Steckschuss-Diagnostik“) enorm erweiterte.⁸

Lokale Faktoren waren insofern bestimmend, als der Bayer Grashey über lange Zeit an München festhielt, wo Wilhelm Conrad Röntgen seit 1899 lehrte. Demzufolge machte er auch den initialen Berliner Niedergang vom ambitionierten „Institut für Untersuchungen mit Röntgenstrahlen“ der Friedrich-Wilhelms-Universität unter Emil Grunmach (1900 erster planmäßiger Extraordinarius des Fachs) hin zur erneuten Zersplitterung in Abteilungen einzelner Fachkliniken⁹ nicht mit. Vielmehr überwand er an der Peripherie die Entwicklung zur institutionellen Vielfalt. Nach dem Krieg geschah dies zunächst abseits der Universität als Chefarzt des Röntgeninstituts im neu gegründeten Städtischen Krankenhaus München-Schwabing, wo ihn über die Chirurgie hinaus ein breites diagnostisches Betätigungsfeld erwartete. Auch in Köln, dem er 1928 gegenüber Berlin den Verzug gab, erhielt er mit seinem Ruf zum Ordinarius die Selbstständigkeit eines zentralen Röntgeninstituts der städtischen Universitätskliniken – reichsweit eines der größten (vgl. Abbildung 2).¹⁰

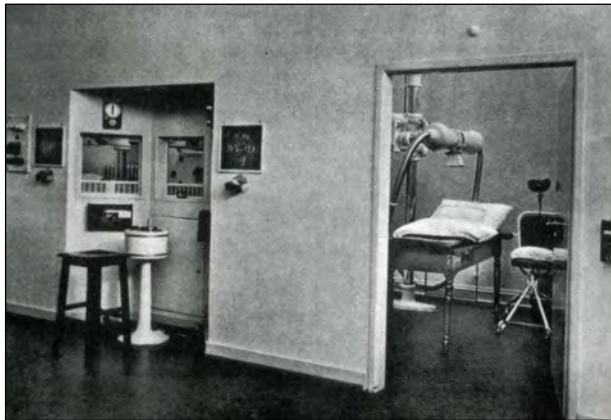


Abbildung 2: Röntgenabteilung des Bürgerhospitals um 1930

Professionsbezogenes Engagement war für Grasheys Karriere ebenfalls bedeutsam. Als eine der tragenden Persönlichkeiten der DRG setzte er seine literarischen Fähigkeiten in vielen Ausschüssen und insbesondere als Herausgeber der DRG-Verhandlungen, der RÖFo sowie einer Fortbildungszeitschrift „Röntgenpraxis“ (die 1949 mit der RÖFo fusionierte) ein. Diese Tätigkeiten verschafften ihm internationales Ansehen. 1920 fungierte er als Vorsitzender des Berliner Kongresses der DRG. Grasheys didaktisch-prak-

⁸ Grashey (1940).

⁹ Reisinger (2005).

¹⁰ Frank/Moll (2006), S. 384.

tische Schriften waren darüber hinaus für die Professionalisierung des Faches innerhalb der Medizin von großer Wichtigkeit.

Unter seinen *persönlichen* Eigenschaften werden immer wieder Bescheidenheit und Humor genannt.¹¹ Im Blick auf die Karriere mögen Zielstrebigkeit und Durchhaltevermögen, die er in kritischen Augenblicken bewies, wichtiger gewesen sein. So musste sich der Kriegsheimkehrer, als 1919 die Position des Leiters der universitätschirurgischen Röntgenabteilung von Ferdinand Sauerbruch bereits an seinen jüngeren Assistenten Henri Chaoul vergeben war, neu orientieren. 1924 beantragte der 48-Jährige die Erweiterung seiner Habilitation, nachdem sich zuerst Chaoul in München für Röntgenologie habilitiert hatte.¹² Als 1944 sein Kölner Institut nebst Wohnhaus in Trümmern lag, nahm er noch mit 68 Jahren den Ruf Sauerbruchs nach Berlin an, obwohl dieser zunächst erneut Chaoul vorgezogen hatte.

2. Position im „Dritten Reich“

Rudolf Grashey erhielt in Ernst Klees „Personenlexikon zum Dritten Reich“, das die Beteiligung von führenden Persönlichkeiten der Zeit am Unrechtsregime dokumentiert, einen kurzen Eintrag, der drei Vorwürfe auflistet: Parteimitgliedschaft, Berechtigung zur Strahlensterilisation sowie Mitherausgeberschaft der damals völkisch orientierten Münchner Medizinischen Wochenschrift.¹³ Im Jahr 2007 wurde darüber hinaus die Vermutung geäußert, dass Grashey an der Zwangsterilisation von Sinti und Roma beteiligt war, und die Umbenennung einer nach ihm benannten Straße in seinem Geburtsort Deggendorf (Niederbayern) gefordert.¹⁴

Obwohl sich für die letztgenannte Behauptung keine konkreten Belege finden, stellt sich dennoch die grundsätzliche Frage nach der ideologischen und praktischen Ausrichtung eines der wichtigsten Radiologen im „Dritten Reich“, also nach seiner politischen Einstellung (einschließlich Mitgliedschaften in NS-Organisationen), seinem Verhalten gegenüber jüdischen Patienten und Kollegen, seiner Beteiligung an Zwangsterilisationen und Menschenversuchen sowie seiner wissenschaftlichen Tätigkeit. Umfangreiche Archivstudien sowie die Durchsicht seines Nachlasses¹⁵ beantworten nicht alle diese Fragen, geben aber doch eindeutige Hinweise.

Grashey gehörte bis 1937 keiner politischen Partei an. Wie viele andere Kriegsteilnehmer war er lediglich seit unbekanntem Zeitpunkt Mitglied in der rechtskonservativen Veteranenorganisation „Stahlhelm“, die freilich „an der Spitze der anti-demokratischen, anti-parlamentarischen und antisemitischen Opposition der Weimarer Republik und deren Anhängern“¹⁶ stand. Genauso wie der Hochschullehrerverband, dem Grashey ebenfalls schon in der Weimarer Republik angehört hatte, wurde der „Stahlhelm“

¹¹ Ekert (1960), S. 390.

¹² Behrendt (2008), S. 266.

¹³ Klee (2003), S. 196.

¹⁴ Behrendt (2008), S. 257 u. 258.

¹⁵ Detaillierter Nachweis s. ebd. (2008), S. 307-318.

¹⁶ Stokes (1997), S. 3.

im Zuge der Gleichschaltung zu einer NS-Organisation. Eine dritte Mitgliedschaft begann der Ordinarius eigenständig 1933 im Nationalsozialistischen Kraftfahrerkorps, das ab November diesen Jahres als Gliederung der SA galt; Grashey übernahm als Sanitäts-scharführer beziehungsweise Sanitätstruppführer möglicherweise ärztliche Aufgaben (Durchführung von Samariterkursen, Einsatz als Unfallarzt bei Autorennen). Weitere Mitgliedschaften im Reichsbund Deutscher Beamter, in der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt und im Reichsluftschutzbund waren für einen Beamten seiner Stellung nahezu obligat.

Fragen wirft der verhältnismäßig späte Eintritt Grasheys in die NSDAP (beantragt am 19. Oktober 1937; Mitglieds-Nr. 5 573 266) im Alter von 61 Jahren auf, selbst vor dem Hintergrund, dass 58 Prozent der Kölner Ärzte Parteimitglieder waren¹⁷, und die Quote in der Medizinischen Fakultät im Jahr 1944 sogar fast 89 Prozent (16 von 18 Ordinarien) betrug.¹⁸ Es wäre zu einfach anzunehmen, dass die seit dem 1. Mai 1933 bestehende weitgehende Aufnahmesperre in die NSDAP ihn an einem Antrag gehindert hätte. Diese Sperre war zwar am 20. April 1937 gelockert worden, aber der Medizinhistoriker Peter Voswinkel vermutete sicher nicht zu Unrecht einen Zusammenhang mit dem sechs Wochen vorher bekanntgewordenen Tod seines Sohnes Dr. phil. Rolf Grashey, der als Antifaschist und Pazifist im KZ Buchenwald angeblich auf der Flucht erschossen worden war.¹⁹ Möglicherweise war ihm auch das Schicksal eines engen Freundes eine Warnung: Professor Karl Zilkens war bereits 1934 als Direktor der Zahnklinik politisch angeeckt und später sogar kurzzeitig ins Gefängnis geworfen worden.²⁰ Aber ein eindeutiger Beweis steht aus, dass Grashey mit diesem Schritt sich selbst und/oder seine Klinik schützen wollte. Vielleicht war es auch die zunehmende Konkurrenz im eigenen Fach, die Grashey – etwa im Unterschied zu seinem viel beachteten Altersgenossen Sauerbruch – zu dem absichernden Schritt der Parteimitgliedschaft bewog. In Leipzig wurde im gleichen Jahr Willy Edward Baensch (* 1893, † 1972) Ordinarius für klinische Röntgenologie (vgl. Tabelle 1), und in Berlin machte der überzeugte Parteianhänger – wenngleich nicht Parteimitglied – Karl Frik (* 1878, † 1944) Karriere: 1926-44 Herausgeber des Zentralblatts für die gesamte Radiologie, 1933-38 Vorsitzender der DRG, 1937 Anführer der deutschen Delegation beim V. Internationalen Kongress für Radiologie in Chicago, an dem auch Grashey teilnahm, 1939 Ordinarius und Direktor des neugegründeten Universitätsinstituts für Röntgenologie und Radiologie an der Charité.²¹ Friks Reden zur Eröffnung der DRG-Kongresse dokumentieren eine distanzlose Ergebenheit gegenüber „Führer“ und Partei.

¹⁷ Rütger (2001).

¹⁸ Franken (2008), S. 101.

¹⁹ Voswinkel (2002), S. 534. – Grashey wusste, dass sein Sohn ermordet worden war, da er eine Obduktion der Leiche verlangt hatte und bei dieser offensichtlich anwesend war; Archiv der Gedenkstätte Buchenwald, 31/764. Erinnerungen von Franz Ehrlich, 17.01.1977.

²⁰ Landesarchiv NRW, NW 1048-34, Nr. 307: Anlage zum Fragebogen Rudolf Grasheys vom 12.12.1945 (Meine Beziehungen zur NSDAP).

²¹ Reisinger (2005).

Nach 1945 betrachtete Grashey den Parteieintritt als Fehler und sich selbst als „harmlosen ‚Mitläufer‘“.²² Der Umgang mit Kollegen, der Verwaltung und seinen eigenen Mitarbeitern sei dadurch leichter geworden, und er hätte sich im Falle von Denunziationen leichter schützen können. Während er im Kölner Entnazifizierungsverfahren aufgrund persönlicher Entlastungszeugnisse rasch als „unbelastet“ erklärt wurde, machte ihm im Berliner Verfahren die Parteimitgliedschaft sehr zu schaffen, so dass er erst im Oktober 1947 als „nur nomineller Teilnehmer der NSDAP“ entlastet wurde (vgl. Abbildung 3).²³

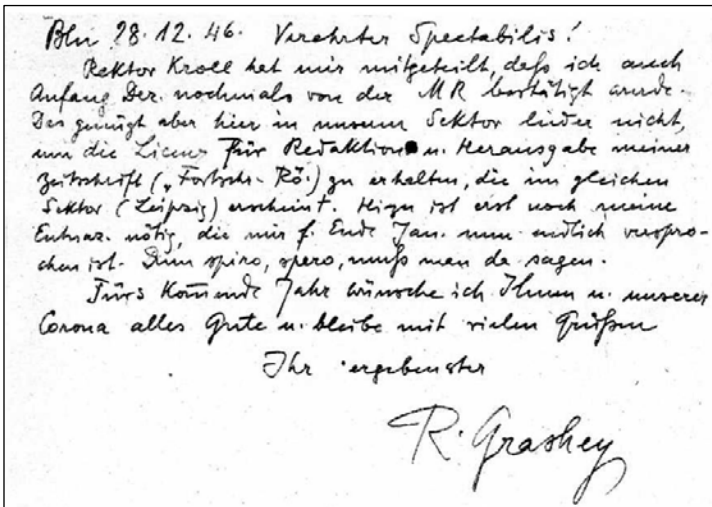


Abbildung 3: Postkarte

In der Tat weisen einige Fundstücke aus Grasheys Nachlass (unter anderem eine NS-kritische Rede Franz von Papens aus dem Jahr 1934 sowie satirische Kinderverse über das Verschwinden im KZ) auf regimekritische Einstellungen hin;²⁴ mittelbar wurde dies durch den Verzicht auf den Hitler-Gruß in der erhaltenen Korrespondenz, durch die bezeugte Zurückweisung eines Hitler-Bildes für sein Arbeitszimmer und durch das Fehlen ideologienaher Themen und Formulierungen in wissenschaftlichen Publikationen sichtbar.²⁵

Antisemitische Äußerungen und Handlungen Rudolf Grasheys sind nicht überliefert. Allerdings wurden im Sommer 1933 infolge des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ vom 7. April drei jüdische Mitarbeiter aus seinem Institut entlassen, ohne dass ein offener Widerstand seitens des Institutsleiters erkennbar

²² Landesarchiv NRW, NW 1048-34, Nr. 307: Anlage zum Fragebogen Rudolf Grasheys vom 12.12.1945 (Meine Beziehungen zur NSDAP).

²³ Behrendt (2008), S. 305.

²⁴ Max-Planck-Institut für Psychiatrie München. Historisches Archiv, RGr 3/3.

²⁵ Behrendt (2008), S. 275 u. 276.

gewesen wäre;²⁶ einem davon, dem Assistenten Dr. Emil Kleinhaus, gab Grashey allerdings ein positives Zeugnis seiner Tätigkeit mit (vgl. Abbildung 4). Im April 1934 wandte er sich entschieden gegen antijüdische Kontrollen ausländischer Besucher seines Instituts.²⁷ Zwiespältig wirkt Grasheys Reaktion als Direktor des Röntgen- und

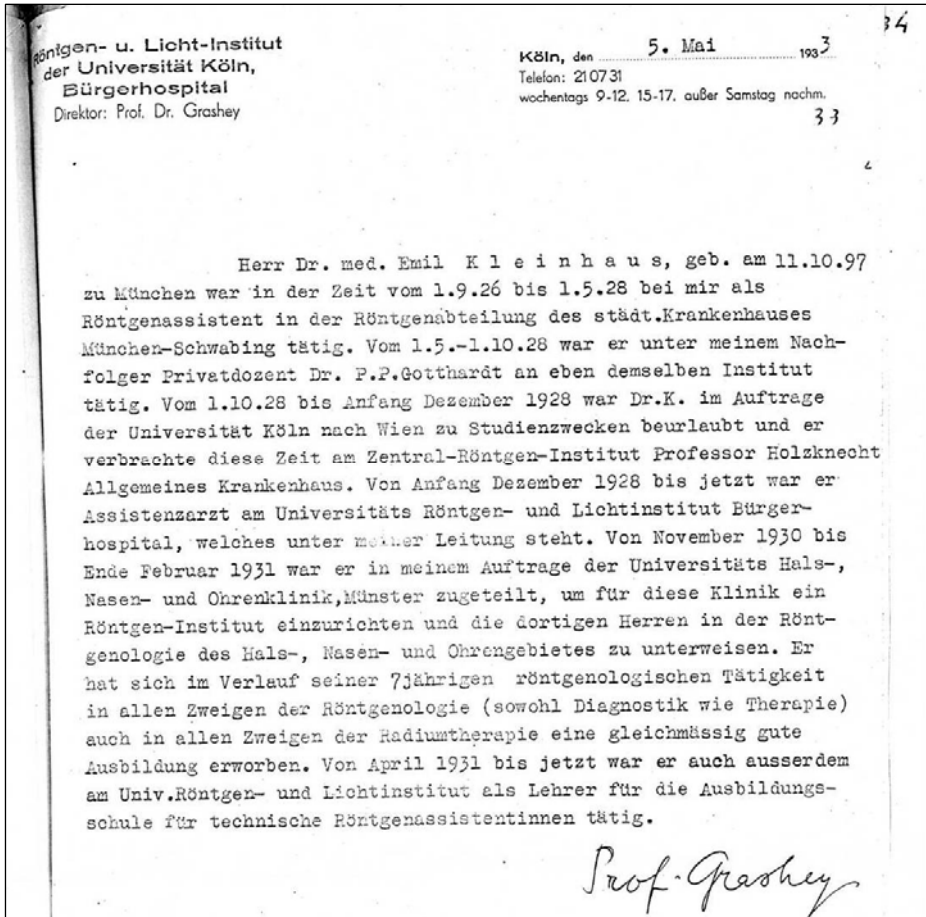


Abbildung 4: Zeugnis betr. Emil Kleinhaus

Lichtinstituts im Kölner Bürgerhospital auf die städtische Aufforderung im Jahr 1938, die ambulante Versorgung für Arier und Nicht-Arier in seinem Institut und in der gesamten Klinik organisatorisch zu trennen: Dies sei nicht möglich, deshalb werde er

²⁶ Wenge (2006), S. 548.

²⁷ Behrendt (2008), S. 282.

in Zukunft gänzlich die Behandlung jüdischer Wohlfahrts-Patienten ablehnen.²⁸ Mindestens bis 1938 ließ Grashey Kleinstmengen an Radium für die Krebsbehandlung an das Israelitische Krankenhaus in Köln-Ehrenfeld aus. Nach 1945 erklärte er, trotz des Verbotes jüdische Patienten behandelt zu haben, „allerdings erst abends“.²⁹

Nicht eindeutig zu klären ist die Frage, ob in Grasheys Röntgeninstitut Patienten durch Strahlen zwangssterilisiert wurden, weil sämtliche Patientenakten des Kölner Bürgerhospitals am Ende des Kriegs verbrannten. Doch die etwa zu 60 Prozent (2.651) erhaltenen Akten des Kölner Erbgesundheitsgerichtes erwähnen sein Institut nicht und weisen lediglich bei zwei Frauen auf eine Strahlenbehandlung hin, die nur bei Personen mit zu hohem Operationsrisiko indiziert war.³⁰ Zwar hatte Grashey als Einziger aus dem Kölner Universitäts-Röntgeninstitut die Ermächtigung zur Durchführung, doch gab es 1937 in Köln noch fünf weitere Ärzte, die diesen unfruchtbarmachenden Eingriff durchführen durften, davon vier aus der Universitätsfrauenklinik. Darüber hinaus verfügten praktisch alle namhaften Röntgenologen sowie Ordinarien für Frauenheilkunde im Deutschen Reich über die Ermächtigung.³¹ Unbekannt ist, ob der Katholik Grashey, der offensichtlich gut mit den pflegenden Ordensschwestern auskam, religiöse Einwände gegen die staatlich verordnete Praxis hatte. Für den katholischen Gynäkologen August Mayer in Tübingen etwa bedeutete seine Konfession in dieser Hinsicht kein Hindernis.³² Aus Äußerungen vor 1933 lässt sich jedoch konstatieren, dass Grashey die Methode als schwere Körperverletzung mit unabsehbaren Folgen ansah.³³

Menschenversuche zur Erprobung neuer radiologischer Verfahren lehnte Grashey zumindest im Jahr 1932 in einem konkreten Fall ab. Bereits 1908 formulierte er, dass Freiwilligkeit und die Aussicht auf einen Nutzen für den Betroffenen die Voraussetzung seien. Aus der NS-Zeit sind keine weiteren Informationen überliefert.³⁴

1935 wurde Grashey Mitherausgeber der Münchner Medizinischen Wochenschrift, in der er vor allem in seinen Münchner Anfangsjahren schon viel publiziert hatte.³⁵ Dieses Organ hatte in der Tat schon vor 1933 für die Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen Gründen geworben und seit 1934 immer wieder Beiträge zur Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses veröffentlicht. Darunter war ein Artikel des Würzburger gynäkologischen Ordinarius Carl Joseph Gauss zur „Strahlenmenolyse bei der gesetzlichen Unfruchtbarmachung der Frau“ von besonderer Bedeutung, der allerdings bereits vor Grasheys Aufnahme in das MMW-Herausgeberkollegium erschien.³⁶ Eine aktive Beteiligung des Kölner Röntgenologen an der rassen-

²⁸ Becker-Jáklí (2004), S. 286.

²⁹ Landesarchiv NRW, NW 1048-34, Nr. 307: Anlage zum Fragebogen Rudolf Grasheys vom 12.12.1945 (Meine Beziehungen zur NSDAP).

³⁰ Dalicho (1971), S. 142.

³¹ Verzeichnis (1937).

³² Doneith (2008), S. 89-117 u. 142.

³³ Behrendt (2008), S. 283 u. 284.

³⁴ Ebd., S. 283.

³⁵ Wohlfahrt (1980).

³⁶ Gauss (1935).

hygienischen Diskussion lässt sich nicht erkennen. Trotzdem trug er ab Sommer 1935 als Herausgeber eine Mitverantwortung für die publizierten Beiträge.

Grasheys Alterswerk, eine 1940 erschienene Monographie zum Steckschuss³⁷, sowie sein fortwährendes Interesse an „Kriegsröntgenologie“ lassen sich ebenfalls als indirekten Beitrag zur Stützung des NS-Regimes und seiner Kriegsvorbereitungen deuten. Diese Argumentation ließe sich allerdings zwanglos auf weite Teile der Chirurgie und anderer medizinischer Gebiete übertragen.

3. Zwischen Mitläufertum und Täterschaft: ein Vergleich

Um Grasheys Person und sein Handeln besser einordnen zu können, kann ein Vergleich mit anderen akademischen Führungspersonlichkeiten, teils aus Köln und teils aus der reichsweiten Röntgenologie, weiterhelfen.

Aus dem Kreis der Kölner Ordinarien bietet sich der Gynäkologe Hans Naujoks (* 1892, † 1959) an, der aufgrund seiner Ausbildung im Besonderen mit der gynäkologischen Radiologie vertraut war. Wie Rudolf Grashey besaß er die Ermächtigung zur Durchführung der Zwangssterilisation mit Röntgen- und Radiumstrahlen; wie dieser sanierte und erweiterte er mit Übernahme des Ordinariats eine heruntergekommene Einrichtung mit großem Engagement und verließ ebenfalls 1944 nach der Zerstörung „seiner“ Klinik Köln, um an anderer Stelle zu reüssieren. Wie neuere Forschungen nachweisen konnten³⁸, zeigen sich bei Naujoks ebenfalls Anzeichen einer zunehmenden Distanz zum Regime, einer weitgehend ideologiefreien Forschung, einer (versteckten) Behandlung einzelner jüdischer Patientinnen sowie einer guten Zusammenarbeit mit katholischem Pflegepersonal. Professionelle Patientenbetreuung sowie die Verteidigung eigener Einflussphären und Einkünfte bestimmten sein Handeln gegen manche Übergriffe der Politik.³⁹ Doch Naujoks war wie viele Frauenärzte seiner Zeit ein überzeugter Anhänger der Zwangssterilisation und von der neuen bevölkerungspolitischen Aufgabe seiner Disziplin überzeugt. Mit radikalen Thesen zum Zwangsabort schwangerer Frauen anlässlich ihrer Unfruchtbarmachung sowie zur Strahlensterilisation machte er in Berlin auf sich aufmerksam, was vermutlich zu seiner frühen Berufung an den Kölner Lehrstuhl (1934) ohne Zustimmung der städtischen Gremien führte. Mehr als 1.200 Zwangssterilisationen wurden in seiner Klinik durchgeführt⁴⁰, davon 15 (in Patientinnenakten dokumentiert) auch mit Hilfe von Strahlen. Der Unterschied zwischen ihm und Grashey lag aber weniger in der besonderen bevölkerungspolitischen Bedeutung der Frauenheilkunde für die NS-Ideologie als vielmehr in der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation: Naujoks war 1933 mit 41 Jahren 16 Jahre jünger als Grashey, zwar wie dieser begeisterter Kriegsteilnehmer und Mitglied des „Stahlhelm“, aber auch (bereits seit 1931) der rechtsnationalen Deutschen Volkspartei und seit Mai 1933 der NSDAP. Parteimitgliedschaft und Einsatz für Zwangssterilisation waren für

³⁷ Grashey (1940).

³⁸ Franken (2008), S. 123-125.

³⁹ Franken/Schäfer (2010), S. 243-250 in diesem Band.

⁴⁰ Franken (2008), S. 100; Endres (2010), S. 202-210.

seine Generation unabdingbare Voraussetzungen, um einen Lehrstuhl zu erhalten. Rudolf Grashey hatte dies nicht nötig. Seine Position an der Fakultät war, wie auch sein Dekanat von 1931/32 bezeugt, längst gesichert. Die Festschrift zu seinem 60. Geburtstag (1936), ein Sonderband der RÖFo mit 66 Beiträgen auf fast 400 Seiten, bezeugt sein hohes nationales und internationales Renommee.⁴¹ Auch sein Institut war 1933 fest etabliert, bedurfte allerdings angesichts des ständig wachsenden Bedarfs an Röntgendiagnostik und -therapie immer wieder der räumlichen, apparativen und personellen Erweiterung.⁴²

Grasheys ideologiefreie Haltung unterschied sich deutlich von der seines ebenfalls erheblich jüngeren Kölner Kollegen Werner Teschendorf (* 1895, † 1982), der 1927 Chefarzt am neugegründeten Strahleninstitut der AOK wurde (DRG-Präsident 1962). Während Teschendorf (NSDAP-Mitglieds-Nr. 3 739 872, also deutlich vor Grashey eingetreten) etwa auf der Dresdner Tagung der DRG 1936 in seinem Vortrag über Röntgenstereoskopie Röntgenraumbilder des Schädels als exaktes Untersuchungsmittel für die Sichtbarmachung von Rassemerkmalen am lebenden Menschen empfahl, ging Grashey in seinem Diskussionsbeitrag zu diesem Referat auf die Rassenforschung gar nicht ein, sondern betonte vielmehr die Bedeutung der Röntgenstereoskopie für die Fremdkörperbestimmung vor chirurgischen Eingriffen. Dagegen bedankte sich bereits 1934 der an röntgendiagnostischer Erbforschung besonders interessierte Berliner AOK-Kollege Fritz Kuhlmann (* 1902; Mitglieds-Nr. 4 444 803; später in Menschenversuche an der Breslauer Universitätsklinik involviert) bei Teschendorf für seine „tatkraftige Unterstützung“ bei der röntgenologischen Untersuchung Kölner Familienmitglieder mit Rippenvarianten am knöchernen Thorax.⁴³

Insgesamt deuten fast alle heute verfügbaren Quellen darauf hin, dass Rudolf Grashey im Unterschied zu etlichen Kollegen aus Köln tatsächlich ein „Mitläufer“ war. Allerdings konnte er aufgrund seiner Position als Leiter eines Institutes und zeitweiliger Ärztlicher Direktor eines der größten kommunalen Krankenhäuser des Deutschen Reichs nicht ohne Verantwortung für den Alltag der Kölner Krankenhausmedizin (einschließlich zahlreicher Rationierungen und Priorisierungen, gerade auch in Kriegszeit⁴⁴) bleiben.

4. Radiologen und der Missbrauch der Röntgentechnik im „Dritten Reich“

Teschendorfs Hinweis auf die Rassenforschung zeigt einen der Hauptberührungspunkte der jungen Disziplin mit dem NS-Regime. Während Ärztinnen und Ärzte wie Anna Hamann (Hamburg, Krankenhaus St. Georg), Leopold Freund (Wien) oder Gustav Bucky (Berlin) emigrieren mussten und andere Fachvertreter verfolgt oder gar in Lagern getötet wurden⁴⁵, waren einige Kollegen Grasheys durchaus bereit, die Radio-

⁴¹ Baensch et al. (1936).

⁴² Huttmann (1984), S. 102, 116 u. 117.

⁴³ Kuhlmann (1934).

⁴⁴ Schäfer et al. (2005).

⁴⁵ Klee (2005).

logie in diesem Sinne einzusetzen. Hierzu eignete sich besonders die Röntgenreihenuntersuchung auf Tuberkulose, die zwar an sich ideologisch unverdächtig und zunächst in Brasilien entwickelt worden war, aber auch dem Prinzip des gänzlich zu erfassenden „Volkskörpers“ (im Sinne eines Röntgenkatasters) und der radikalen „Ausmerzungen kranker Elemente“ entgegenkam. Der fast gleichzeitig mit Grashey berufene, 15 Jahre jüngere Frankfurter Ordinarius Hans Holfelder (vgl. Tabelle 1) war seit 1933 Mitglied der NSDAP und der SS; ihm fiel es zu, die Reihenuntersuchungen mit Hilfe eines sogenannten SS-Röntgensturmbanns zu organisieren und ab 1938 auch durchzuführen. Holfelders Oberarzt Friedrich Berner, der die Massenbefundung übernahm und 1940 bei ihm im Fach Röntgenologie habilitierte, war später zeitweilig Leiter der Tötungsanstalt Hadamar;⁴⁶ bei ihm stellt sich die Frage, ob nicht die „technische Behandlung“ anonymer Massen (durch Röntgenstrahlen oder Gas) ein gemeinsames, prägendes Agens seiner beruflichen Tätigkeit war. Holfelder selbst plante die Kombination von Röntgenreihenuntersuchung mit rassenkundlicher Erfassung (Vermessungen, Begutachtung der Rasse und photographische Aufnahmen). Vorgesehen war sie zunächst in Norwegen; durchgeführt wurde eine derartige Untersuchung zumindest 1942 im sogenannten „Protektorat Böhmen/Mähren“.⁴⁷

Eine andere Möglichkeit, Radiologie systemkonform einzusetzen, waren die schon genannten Zwangssterilisationen mit Hilfe von Strahlen. Der Zulassung dieser Variante in der 5. Verordnung zur Ausführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am 25. Februar 1936⁴⁸ ging im Frühjahr 1935 eine Fachdiskussion in der Arbeitsgemeinschaft für Rassenhygiene und Rassenpolitik des Sachverständigenbeirats im Reichsinnenministerium voraus, in der Professor Heinrich Eymmer (Universitätsfrauenklinik München; Mitglied der DRG) die Risiken und Nachteile dieser Methode deutlich hervorhob, während der Psychiater Ernst Rüdin in ihrer Einführung keine Probleme sah.⁴⁹ Der bereits erwähnte Würzburger Ordinarius Gauss forcierte dagegen schon seit 1930 diese Variante eugenischer Sterilisationen gegenüber den angeblich riskanten chirurgischen Verfahren so sehr,⁵⁰ dass das Bayerische Staatsministerium ein Disziplinarverfahren gegen ihn einleitete, weil man um die Akzeptanz der Sterilisationsgesetzgebung fürchtete. Doch nicht nur Gynäkologen wie Gauss, Eymmer oder Naujoks waren an der Einführung der Strahlenkastration beteiligt, sondern eben auch Radiologen, insbesondere in technischen Fragen: Bereits in den 1920er Jahren wurden gelegentlich Röntgenkastrationen bei geistig Behinderten und sozial Auffälligen, offiziell mit Einwilligung der Betroffenen, durchgeführt, so etwa in der Schweiz durch den späteren Zürcher Ordinarius Hans Rudolf Schinz.⁵¹ Dabei wurde schon deutlich, dass Röntgenstrahlung nur mit zeitlicher Verzögerung zu einer Unfruchtbarkeit führt, was mehrere Behandlungen und Kontrollen erforderlich machte, und dass die erforderliche

⁴⁶ Ebd., S. 142.

⁴⁷ Ebd., S. 143.

⁴⁸ Reichsgesetzblatt Teil I, 1936: 122.

⁴⁹ Donhauser (2007), S. 32 u. 33.

⁵⁰ Gauss (1935).

⁵¹ Schinz (1922).

Dosis beim Mann wesentlich höher liegt als bei der Frau. Die zu dieser Zeit bei der Krebsbekämpfung, aber auch tausendfach bei Myomen und „Metropathie“ eingesetzte Radiumeinlage in die Gebärmutter⁵² erschien demgegenüber wesentlich „sicherer“, war aber ebenfalls häufig mit einer Kastration verbunden. Beide Verfahren wurden von Radiologen und Gynäkologen bei den folgenden Zwangssterilisationen praktiziert, allerdings wohl nur in verschwindend geringem Umfang gegenüber den operativen Verfahren (Universitätsfrauenklinik Tübingen: bis Ende 1937 0,7 Prozent Röntgen- und Radiumsterilisationen (vier Fälle);⁵³ Universitätsfrauenklinik Halle: bis 1945 1,3 Prozent Röntgensterilisationen (36 Fälle);⁵⁴ Hamburg: bis 1945 0,2 Prozent Röntgensterilisationen (ein Fall aus einer Stichprobe von 600, der offensichtlich von dem Ordinarius für Röntgenologie Hermann Holthusen durchgeführt wurde⁵⁵); dies bestätigt im Wesentlichen die Kölner Zahlen. Die geringe Zahl bekannter Fälle könnte jedoch täuschen: 1941 rügte die Reichsärztekammer den Verstoß vieler Röntgeninstitute und -ärzte gegen die oben erwähnte Verordnung: „Strahlenbehandlungen zur Unfruchtbarmachung seien häufig ohne zwingenden Grund“⁵⁶, das heißt, ohne Vorliegen einer der im Gesetz vorgegebenen Indikationen gemacht worden. Um die Dunkelziffer zu ermitteln, müssten komplette Jahrgänge erhaltener Patientenakten aus radiologischen Instituten nach entsprechenden Einträgen durchsucht werden.

Deutsche Röntgenologen beteiligten sich darüber hinaus nicht nur konkret an Strahlenkastrationen, sondern unterstützten entsprechende chirurgische und radiologische Verfahren durch wissenschaftliche Untersuchungen der Strahlenwirkungen auf Genitalien sowie durch prä- oder postoperative Hysterosalpingographien und Darstellungen der Samenleiter, um Aussagen über die Sterilität oder eine eventuelle „Quarantänezeit“ treffen zu können.

1941/42 wurden Massensterilisationen an zu deportierenden Juden, die man noch als Arbeitskräfte einsetzen wollte, mit Hilfe versteckter Röntgengeräte an getarnten Verwaltungsschaltern geplant;⁵⁷ über eine Beteiligung von Röntgenologen an diesen Vorschlägen sowie ihre Umsetzung in die Praxis ist nichts bekannt. Seit Herbst 1942 wurden in Auschwitz von dem KZ-Arzt Dr. Horst Schumann (wie Friedrich Berner ehemals Leiter einer Tötungsanstalt und als Amtsarzt erfahren mit Reihenuntersuchungen im Gesundheitsamt) im Auftrag Heinrich Himmlers grausamste Sterilisationsexperimente mit Röntgenstrahlen durchgeführt. 1944 kam Schumann jedoch in einem abschließenden Bericht „Über die Wirkung von Röntgenstrahlen auf die menschlichen Fortpflanzungsorgane“ zu der Ansicht, dass die Methode, zumindest bei Männern, der Operation unterlegen sei.⁵⁸ Schumann setzte seine Menschenversuche an Kindern von Sinti und Roma im Frauen-KZ Ravensbrück bis 1945 fort.

⁵² Gauss (1935).

⁵³ Kaasch (2006), S. 72.

⁵⁴ Grimm (2004), S. 39.

⁵⁵ Rothmalter (1991), S. 185-187.

⁵⁶ Ebd.

⁵⁷ Poliakov/Wulf (1978), S. 292 u. 293.

⁵⁸ Schilter (1998).

Wenn auch die zuletzt genannten Verbrechen nicht unmittelbar mit der deutschen Röntgenologie in Zusammenhang stehen, so wird doch deutlich, dass die Beteiligung namhafter Radiologen an der Praxis der Zwangssterilisation und ihre darüber publizierten Erfahrungen die Voraussetzung für solche Versuche bildeten.

Danksagung: Die Autoren danken Klaus Bergdolt, Irene Franken, Axel Karenberg und Franz Josef Marx für wertvolle Hinweise bei der Durchsicht des Beitrags. Die Publikation dieses Beitrages in Rudolf Grasheys Zeitschrift „Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen“ wurde in bemerkenswerter Weise von den derzeitigen Herausgebern abgelehnt.

Literatur

1. Apple et al. (1997): A. S. Apple, R. A. Pedowitz, K. P. Speer, The weighted abduction Grashey shoulder method, *Radiologic Technology* 69 (1997), S. 151-156.
2. Baensch et al. (1936): Willy Edward Baensch, George Fedor Haenisch, Hans Rudolf Schinz (Hrsg.), Festschrift zum 60. Geburtstag des Herausgebers der „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“ Herrn Prof. Dr. Rudolf Grashey, Leipzig 1936 (= Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen 53, 3).
3. Becker-Jákli (2004): Barbara Becker-Jákli, Das jüdische Krankenhaus in Köln. Die Geschichte des israelitischen Asyls für Kranke und Altersschwache 1869 bis 1945, Köln 2004.
4. Behrendt (2008): Lutz-Dieter Behrendt, Ein Röntgenologe wird durchleuchtet. Über die Haltung Prof. Dr. Rudolf Grasheys zur Zeit des Nationalsozialismus, *Deggendorfer Geschichtsblätter* 30 (2008), S. 257-318.
5. Dalicho (1971): Wilfent Dalicho, Sterilisationen in Köln auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nach den Akten des Erbgesundheitsgerichts von 1934 bis 1943. Ein systematischer Beitrag zur gerichtsmedizinischen, sozialen und soziologischen Problematik, erstellt mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung durch den Siemens-Computer 4004/55, Diss. med., Köln 1971.
6. Doneith (2008): Thorsten Doneith, August Mayer. Ein Klinikdirektor in Weimarer Republik, Nationalsozialismus und Nachkriegszeit, Stuttgart 2008.
7. Donhauser (2007): Johannes Donhauser, Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus, *Gesundheitswesen* 69 (2007), S. 7-100.
8. Ekert (1960): F. Ekert, Grashey als Mensch und als Schriftsteller, *Röntgenblätter* 13 (1960), S. 187-90.
9. Endres (2010): Sonja Endres, Zwangssterilisation in Köln 1934-1945, Köln 2010.
10. Frank/Moll (2006): Monika Frank, Friedrich Moll, Strahlende Blicke. Röntgenabteilungen, in: Monika Frank, Friedrich Moll (Hrsg.), *Kölner Krankenhausgeschichten*, Köln 2006, S. 376-391.

11. Franken (2008): Irene Franken, „...dass ich kein rabiatere Nationalsozialist gewesen bin.“ NS-Medizin an Kölner Unikliniken am Beispiel von Hans C. Naujoks (1892-1959), Direktor der Universitäts-Frauenklinik, in: 100 Jahre Klinik „auf der Lindenburg“. Festschrift des Universitätsklinikums Köln, Köln 2008, S. 99-134.
12. Franken/Schäfer (2010): Irene Franken, Daniel Schäfer, Professionelles Handeln in der Diktatur: Hans Christian Naujoks und die deutsche Frauenheilkunde während des „Dritten Reiches“, in: Dominik Groß, Axel Karenberg, Stephanie Kaiser, Wolfgang Antweiler (Hrsg.), Medizingeschichte in Schlaglichtern (= Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker, 2), S. 243-250.
13. Gauss (1935): C. J. Gauss, Die Anwendung der Strahlenmenolyse bei der gesetzlichen Unfruchtbarmachung der Frau, Münchner Medizinische Wochenschrift 82 (1935), S. 488-492.
14. Grashey (1940): Rudolf Grashey, Steckschuss und Röntgenstrahlen. Untersuchung und Behandlung der Steckschüsse, Leipzig 1940.
15. Grimm (2004): Jana Grimm, Zwangssterilisationen von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus: Eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945, Diss. med., Halle 2004.
16. Günther et al. (1997): Rolf W. Günther, Manfred Thelen, Karl-Jürgen Wolf, 100 Jahre „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“, RöFo – Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren 167 (1997), S. 213-215.
17. Hering (2005): K. G. Hering, Entwicklung der Krankenhausradiologie – ein Essay, in: Werner Bautz, Uwe Busch (Hrsg.), 100 Jahre Deutsche Röntgengesellschaft 1905-2005, Stuttgart 2005, S. 8-11.
18. Huttmann (1984): Georg-Valentin Huttmann, Die Entwicklung der Röntgenologie in Köln von 1896 bis 1944. Anfänge, Bürgerhospital, Lindenburg, Diss. med., Köln 1984.
19. Kaasch (2006): Imke Marion Kaasch, Zur Alltagsgeschichte des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der Begutachtung von Frauen an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahr 1936, Diss. med., Tübingen 2006.
20. Klee (2003): Ernst Klee, Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945?, Frankfurt a. M. 2003.
21. Klee (2005): Ernst Klee, Röntgenverfolgung – Radiologie im Dritten Reich, in: Werner Bautz, Uwe Busch (Hrsg.), 100 Jahre Deutsche Röntgengesellschaft 1905-2005, Stuttgart 2005, S. 140-143.
22. Kuhlmann (1934): F. Kuhlmann, Bedeutung und Wege der Röntgendiagnostik für die Erbforschung, RöFo – Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren 50 (1934), S. 91-93.
23. Poliakov/Wulf (1978): Léon Poliakov, Joseph Wulf (Hrsg.), Das Dritte Reich und die Juden, München 1978.
24. Reisinger (2005): W. Reisinger, Röntgen im Krankenhaus – Die Entwicklung der Röntgenabteilung der Charité von den Anfängen bis heute, in: Werner Bautz, Uwe Busch (Hrsg.), 100 Jahre Deutsche Röntgengesellschaft 1905-2005, Stuttgart 2005, S. 28-31.

25. Rothmaler (1991): Christiane Rothmaler, Sterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. Eine Untersuchung zur Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichtes und zur Durchführung des Gesetzes in Hamburg in der Zeit zwischen 1934 und 1944, Husum 1991.
26. Rüter (2001): Martin Rüter, Ärzte im Nationalsozialismus. Neue Forschungen und Erkenntnisse zur Mitgliedschaft in der NSDAP, Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), S. C2561-C2562.
27. Schäfer/Mallmann (2005): Daniel Schäfer, Peter Mallmann, Gynäkologischer Alltag im „Dritten Reich“. Das Beispiel der Kölner Universitätsfrauenklinik, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 65 (2005), S. 862-267.
28. Schilter (1998): Thomas Schilter, Psychrieverbrechen im Dritten Reich. Die Karriere Horst Schumanns, NTM – Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaft, Technik und Medizin 6 (1998), S. 42-55.
29. Schindler (2005): Gerhard Schindler, Röntgentafel des Skeletts. Diagnostische Fehlerquellen, Varietäten, Anomalien und pathologische Grenzfälle (Birkner), München 2005.
30. Schinz (1922): Hans Rudolf Schinz, Ein Beitrag zur Röntgen-Kastration beim Mann, Schweizerische Medizinische Wochenschrift 36 (1922), S. 886-889.
31. Stokes (1997): Lawrence D. Stokes, Wegbereiter des neuen nationalen Werdens. Der „Stahlhelm, Bund der Frontsoldaten“ in Eutin, 1923-1934, Informationen zur Schleswig-Holsteinischen Zeitgeschichte 31 (1997), S. 3-28.
32. Verhandlungen (1937): Verhandlungen der Deutschen Röntgen-Gesellschaft. Band 30: Tagung (Zwischentagung) als Abteilung 22 der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte vom 21. – 24. September 1936 in Dresden, Leipzig 1937 (= Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 55, Beiheft), S. 12-21.
33. Verzeichnis (1937): Verzeichnis der zur Durchführung der Unfruchtbarmachung durch Strahlenbehandlung zugelassenen Institute und ermächtigten Ärzte. Runderlaß des Reichs- und Preußischen Ministers des Innern vom 5. April 1937, Deutsches Ärzteblatt 67 (1937), 19, S. 475-476.
34. Voswinckel (2002): Peter Voswinckel (Hrsg.), Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. Band 3. Hildesheim, 2002.
35. Walther (1955): K. Walther, Die Gründer der Deutschen Röntgengesellschaft, Röntgenblätter 8 (1955), S. 289-352.
36. Wenge (2006): Nikola Wenge, Kölner Kliniken in der NS-Zeit. Zur tödlichen Dynamik im lokalen Gesundheitswesen 1933-1945, in: Monika Frank, Friedrich Moll (Hrsg.), Kölner Krankenhausgeschichten, Köln 2006, S. 546-569.
37. Wohlfahrt (1980): Michael Wohlfahrt, Rudolf Grashey (1876-1950). Biobibliographie eines Pioniers der Röntgendiagnostik, Diss. med., München 1980.

Abbildungen

Abbildung 1: Rudolf Grashey. Zeichnung von Irmingard Straub, in: Stadtarchiv Deggen-dorf.

Abbildung 2: Röntgenabteilung im Kölner Bürgerhospital mit Radiumkanone (um 1935), in: Aus der Geschichte des städtischen Bürgerhospitals in Köln, 1935 (Typoskript der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin, Köln).

Abbildung 3: Postkarte Rudolf Grasheys an den Dekan der Kölner Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Karl vom Hofe, vom 28.12.1946, in: Universitätsarchiv Köln.

Abbildung 4: Beurteilung Rudolf Grasheys für den jüdischen Assistenten Emil Kleinhaus vom 05.05.1933, in: Historisches Archiv der Stadt Köln.

Professionelles Handeln in der Diktatur. Hans Christian Naujoks und die deutsche Frauenheilkunde während des „Dritten Reiches“

Irene Franken und Daniel Schäfer

Reflexion über professionelles Verhalten spielt in der Medizin spätestens seit der griechischen Antike (Corpus Hippocraticum) eine große Rolle. Die hohe Bedeutung der Pflichtenlehre in der Heilkunst erklärt sich unter anderem aus dem besonders ausgeprägten Kollegen-, Lehrer-Schüler- sowie Arzt-Patienten-Verhältnis (dokumentiert u. a. im „Hippokratischen Eid“): Wissen, Wissensvermittlung und ärztliche Praxis waren (und sind) dadurch primär in einem Bereich besonderer personaler Bezüge angesiedelt.

Das traditionelle Verhaftetsein der Medizin in dieser spezifisch ärztlichen Deontologie könnte – gemeinsam mit vielen anderen Faktoren – erklären, warum viele Ärzte im „Dritten Reich“, aber auch in anderen Diktaturen unter Berufung auf ein diffuses hippokratisches Ethos¹ Verbrechen gegen die Menschlichkeit verüben konnten, sofern es ihnen gelang, dieses Verständnis mit den Forderungen des Regimes in Einklang zu bringen: Wenn es – unabhängig von den Konsequenzen für einzelne Patient/-innen – oberste Pflicht des Standesvertreters war, dem Staat und der Volksgesundheit durch rassenhygienische Maßnahmen zu dienen, so waren möglicherweise solche Untaten mit einem persönlichen, vom Standesbewusstsein geprägten Gewissen vereinbar. Gleichzeitig konnte genau dieses professionelle Selbstverständnis im medizinischen Alltag zu Konflikten mit Vorgaben des politischen Systems führen, wie im Folgenden am Beispiel von Professor Hans Christian Naujoks (* 1892, † 1959), dem Leiter der Kölner Universitätsfrauenklinik, gezeigt werden soll.



Abbildung 1: Hans Naujoks (1892-1959)

¹ Bruns (2007), S. 78-86.

1. Ideologische Überzeugung und Karrierestreben

Naujoks² galt bis vor kurzem als einer der wichtigsten NS-Täter innerhalb der Kölner Medizinischen Fakultät, und unbestreitbare Fakten sprechen weiterhin dafür: Unter seiner Ägide (1934-1944) wurden mehr als 1.000 Zwangssterilisationen durchgeführt, eine Praxis, die der Direktor ausdrücklich begrüßte. Naujoks hatte sich zudem im Vorfeld aktiv für die eugenische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch bei „erbkranken“ Patientinnen eingesetzt, die zu seiner tiefen Befriedigung 1935 in einer Novelle zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gestattet wurde; außerdem war er aufgrund seiner Forschungsleistungen einer der handverlesenen Experten, denen die Radium-Kastration älterer, zur Sterilisation vorgesehener Frauen gestattet war. Wie die meisten seiner Kollegen lehnte er eine in der Weimarer Republik diskutierte Liberalisierung des § 218 ab, war darüber hinaus von der „Schamlosigkeit“, dem „hemmungslosen Sexualgenuss“ und der „gewollten Kinderlosigkeit“ moderner Frauen abgestoßen und brandmarkte diese Tendenzen als „gefährlichen Irrweg“. Seine Schrift „Die Aufgaben des Frauenarztes bei den neuen bevölkerungspolitischen Bestrebungen“ von 1934 zeigt ihn als ideologisch überzeugten Hardliner, der schon im Jahr zuvor eine Ergebenheitsadresse an Hitler unterzeichnet hatte, die keineswegs von allen Fachkollegen mitgetragen worden war.

Zweifellos dienten Naujoks' öffentlichkeitswirksam inszenierte Invektiven auch dem Aufbau der eigenen Karriere. Spätestens mit seiner Ernennung zum Extraordinarius (1929) in Marburg war er berufungsfähig; doch reüssierte der 41-Jährige 1934 in Köln vermutlich erst auf direktes Betreiben des Preußischen Ministeriums in Berlin (die vom Dekanat eingereichte Liste weist ihm den fünften Platz zu!).³ Offensichtlich brauchte man gerade in der katholischen Domstadt einen Vertreter, der die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ garantierte.

Naujoks trat – im Unterschied zu manch anderen Kollegen – „erst“ zum 1. Mai 1933 der NSDAP und später auch anderen Parteiorganisationen (SA, NS-Volkswohlfahrt, NS-Ärztebund, NS-Dozentenbund) bei; seine politische Heimat war zuvor die früher von Gustav Stresemann geführte nationalkonservative Deutsche Volkspartei gewesen. Während er der NSDAP ansonsten nicht besonders nahe stand, war er hinsichtlich der bevölkerungspolitischen Ziele von Eugenik und Rassenhygiene, die seine Disziplin unmittelbar betrafen, ein „Überzeugungstäter“. Zwischen opportunistischem Mitläufertum und ideologisch überzeugtem Handeln kann bei ihm – wie bei vielen anderen leitenden Ärzten – in der Folge nur schwer unterschieden werden.

² Franken (2008); Aumüller et al. (2001), insbes. S. 452-454 u. 478-481.

³ Historisches Archiv der Stadt Köln 690/723, S. 172: Schreiben des Dekans der Med. Fak. Köln Bering an den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung sowie den Rektor der Universität Köln vom 16.01.1934.

2. Penible Patientinnenversorgung und „Good Scientific Practice“

Die ersten Kölner Jahre zeigten Naujoks nicht nur als emsigen Vollstrecker der vom Erbgesundheitsgericht angeordneten Zwangsterilisationen in enger Zusammenarbeit mit öffentlichen Einrichtungen (Gesundheitsamt, Polizei, Justiz, Gefängnis), sondern auch als äußerst erfolgreichen Sanierer und Modernisierer der Universitätsfrauenklinik, die nicht zuletzt infolge der mehrjährigen Vakanz des Direktorats heruntergekommen war. Von Anfang an waren Professionalität und der gute Ruf der Klinik (und damit sein eigener) die oberste Richtschnur seines Handelns. Noch spät abends sah er die Patientinnenakten durch und monierte fehlende Fieberkurven; ferner hinterließ er sehr genaue schriftliche Anweisungen, wenn eine seiner Patientinnen erwartet wurde und er nicht selbst behandeln konnte. Der neue Direktor konnte nach und nach einen Zuwachs des ärztlichen und des Pflegepersonals sowie eine bauliche Sanierung einschließlich der Aufstockung des Gebäudes durchsetzen. Auch wenn diese Notwendigkeit schon vor 1933 feststand, argumentierte Naujoks mit dem erheblichen Mehrbedarf infolge der Zwangssterilisationen, die sich für die deutschen Frauenkliniken zu einem wichtigen ökonomischen Faktor entwickelten.⁴



Abbildung 2: Die Kölner Universitäts-Frauenklinik

Die Kölner Einrichtung wurde zu einem onkologischen Zentrum, das aufgrund der Strahlenbehandlungen einen weiten Einzugsbereich hatte. Naujoks' wissenschaftliche Schwerpunkte umfassten nicht nur die Strahlendiagnostik und -therapie, Sterilisationstechniken und Geburtsverletzungen, sondern auch ideologisch motivierte Forschungen: Mitarbeiter nahmen an prestigeträchtigen eugenischen Projekten zur Zwillingsfor-

⁴ Koch (1994), S. 67-68.

sung teil, Promovenden thematisierten erbbiologische Untersuchungen. Auch wurden Versuchsreihen an Zwangssterilisierten unternommen. Bemerkenswert ist aber, dass in zahlreichen Dissertationen eine Erblichkeit oder rassische Zuordnung der untersuchten Phänomene aufgrund der publizierten Daten zurückgewiesen wurde. Auch nach 1937 wurden die Ergebnisse jüdischer Kollegen zitiert, obwohl dies offiziell untersagt war. Und selbst bezüglich der Zwangssterilisationen warnte Naujoks in einem Ko-Referat bei der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“ in München (1935) vor vorschnellen Entscheidungen der Gutachter. Es müsse die gesamte Erbmasse berücksichtigt werden, „da besonders bei den angeborenen Körperfehlern nicht selten wertvolle geistige Eigenschaften beobachtet werden“.⁵ Bei der Radium-Kastration wies er darauf hin, dass sie nur zum Einsatz kommen solle, wo sie ungefährlicher als operative Verfahren sei. In keinem Fall wurden in Köln – anders als später im Frauenkonzentrationslager Ravensbrück – experimentelle Sterilisierungen durchgeführt, und bei den Zwangssterilisationen kam es – bei geschätzten 5.000 Todesfällen im Deutschen Reich – unter seiner Ägide „nur“ zu *einem* letalen Verlauf.

3. Professionalität in Konkurrenz zur Ideologie

Eine Auswertung der Akten des Gesundheitsamtes zeigte deutlich, dass der Chefarzt im Bereich der Personalverwaltung keine Kompromisse mit den örtlichen Vertretern des Regimes machte, wenn die Qualität der Behandlung in Frage stand. Jüdische Mitarbeiter/-innen waren bei seinem Dienstantritt im Oktober 1934 zwar nicht mehr zu ‚entfernen‘, doch entließ er gleich zu Beginn seiner Tätigkeit unter mehreren in Frage kommenden Hebammen die unfähigste, trotz ihrer langen Parteimitgliedschaft. Auch verteidigte Naujoks mehrfach entschieden die katholischen Schwestern der Frauenklinik gegen Vorwürfe aus der Kölner Bevölkerung, dass deren politische Einstellung nicht tragbar sei. Gleichzeitig wurden, von ihm gedeckt, die Augustiner-Cellitinnen bei den Zwangssterilisationen nur selten als Narkoseschwestern herangezogen. Naujoks verhinderte ihren geplanten Austausch gegen „braune Schwestern“, weil er nicht erkennen konnte, wie ein ebenso qualifizierter Ersatz zu gewinnen und zu finanzieren wäre. Geistliche durften weiterhin im Verborgenen Anstaltstufen durchführen.

Vereinzelt setzte er sich für Patientinnen ein, die seine professionelle Zuwendung benötigten, aber laut „Rasse“-Definition kein Anrecht auf Behandlung in der Universitätsfrauenklinik mehr hatten. Im Juli 1937, als jüdische Kölnerinnen längst nur noch im Israelitischen Asyl behandelt werden durften, stellte Naujoks beispielsweise offiziell eine Anfrage, ob er eine an Krebs erkrankte Jüdin behandeln dürfe – das jüdische Krankenhaus besaß das teure Radium nicht. Sein bedauernder Brief an den Ehemann, er dürfe sie leider nicht aufnehmen, zeugt von Respekt. Doch erst in den chaotischen Herbsttagen des Jahres 1944 agierte er in entsprechenden Situationen ohne Zustimmung der vorgesetzten Behörde und zeigte sich risikobereit, indem er (mindestens) eine jüdische Patientin aufnahm und operierte.

⁵ Naujoks (1936).

Naujoks trug die Verantwortung dafür, dass von seinen Untergebenen bei einigen Patientinnen eine Zwangssterilisation oder Abtreibung beantragt wurde. In den Patientinnenakten finden sich „selbstverständlich“ rassistische Bezeichnungen wie „zigeunerischer Habitus“, oder politisch-diffamierende wie „Russin!“, und erbbiologische Fragebögen wurden von seinen Mitarbeiter/-innen sorgfältig ausgefüllt. Bei einer notwendig gewordenen Teilevakuierung der Klinik wurden Zwangsarbeiterinnen benachteiligt und im hochgradig gefährdeten Köln belassen. Aber sie erhielten offensichtlich dieselbe Behandlung wie deutsche „Wohlfahrtspatientinnen“ und wurden entgegen den Vorschriften auf den ‚normalen‘ Stationen untergebracht.⁶

1937/38, also bereits mit 45 Jahren, war Naujoks Dekan der Medizinischen Fakultät, was darauf schließen lässt, dass sein politisches Ansehen ‚einwandfrei‘ war. Trotzdem wurde ihm im Rahmen seines Entnazifizierungsverfahrens (vielleicht als Gefälligkeit) mehrfach bescheinigt, er habe während dieser Zeit ‚politische Besetzungen‘ von Lehrstühlen, also die Berufung von Fachvertretern mit nur unzureichender wissenschaftlicher Qualifikation, verhindert und in Vorlesungen bisweilen systemkritische Bemerkungen gemacht.

Diese Hinweise lassen insgesamt darauf schließen, dass für Hans Naujoks bei weitgehender Übereinstimmung mit den eugenischen Zielen des Nationalsozialismus das professionelle Verhalten als Arzt und Wissenschaftler an erster Stelle stand. Nur dort, wo diese Grundüberzeugung gefährdet war, ignorierte er Vorgaben des Regimes oder wehrte sich dagegen.

4. Widerstand einer Profession?

Diese letzte Eigenschaft teilte Naujoks mit zahlreichen Kollegen seiner Disziplin, wie auch das Verhalten der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“, deren Schriftleiter der Kölner Ordinarius seit 1936 war, im Streit um die Bewertung der Hausgeburt offenbarte:⁷ Die politische Führung des „Dritten Reichs“ hatte unter dem neuen Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti und dessen Mutter, der fast zeitgleich ernannten Leiterin der Reichshebammenschaft Nanna Conti, am 6. September 1939 nach früheren Absichtserklärungen erstmals konkrete staatliche Maßnahmen zugunsten der Hausentbindung eingeleitet. Nach dem Runderlass des Reichsministers des Inneren sollten mit Blick auf die bevorstehende Bettenknappheit unter Kriegsbedingungen die Leiter der Entbindungseinrichtungen angewiesen werden, nur dann Schwangere bei bevorstehender Geburt aufzunehmen, wenn eine „ärztliche Notwendigkeit“ vorliege oder Wohnungs- und Pflegeverhältnisse unter Anlage strengerer Maßstäbe als bisher dies dringend notwendig erscheinen lasse. Es hieß zudem, Hausentbindungen unter Einzelbetreuung der Hebamme zeigten weit bessere Ergebnisse für Mutter und Kind.

Obwohl Lehranstalten von dem Erlass ausdrücklich ausgenommen wurden, empfand der Vorstand der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“ diese Verfügung als

⁶ Patientinnenakten der Universitätsfrauenklinik 1936-64, Archiv der Universität zu Köln, Zugang 551. Vgl. auch Franken (2007).

⁷ Vgl. im folgenden Lisner (2006), S. 105-125; Tiedemann (2001), S.109-122; Zander/Goertz (1986).

einen „ungeheuer schweren Angriff auf die deutsche Wissenschaft und auf die deutschen Geburtshelfer“ und beauftragte Gustav Döderlein und Kurt-Otto von Stuckrad mit der Ausarbeitung einer Denkschrift der Gesellschaft. Dieser bereits im Dezember 1939 fertig gestellte und in 3.000 Exemplaren gedruckte Text hinterfragte auf 16 Seiten die statistischen Grundlagen der vermeintlich besseren Hausgeburtschilfe, forderte dazu auf, die zunehmende Entscheidung der „deutschen Frau“ für die sicherere Klinikgeburt zu respektieren, und bat um Korrektur in Form von zu erlassenden Durchführungsbestimmungen. Der Leonardo Conti zugespielte Text führte in einer ersten Besprechung mit dem Reichsgesundheitsführer zu einer heftigen Auseinandersetzung „mit harten Worten und offenen Drohungen“ (Brief Döderleins an Heinrich Martius vom 25.01.1940); durch das Angebot der Gesellschaft, die Denkschrift zunächst (und später endgültig) zurückzuhalten, und möglicherweise auch durch den Einfluss Walter Stoeckels als Geburtshelfer der Familie Goebbels gelang es aber, Conti im Juli 1940 zu der Veröffentlichung von „Leitsätzen für die Ordnung der Geburtshilfe“ zu bewegen, die ausgewogener zwischen hebammenunterstützter Hausgeburt und Krankenhausgeburt abwogen und die Belange der klinischen Geburtshilfe nicht beeinträchtigten.

Dieses rare Beispiel für eine erfolgreiche Opposition leitender Ärzte im „Dritten Reich“, die nicht mit politischem Widerstand verwechselt werden darf, geschah nicht zufällig in einem Kernbereich ärztlicher Professionalität, der Zuständigkeit für eine bestimmte Klientel. Nach Jahren der Förderung durch das Regime, die gerne in Anspruch genommen wurde, widersetzten sich führende Vertreter der akademischen Geburtshilfe dem Vorhaben, auf frühere Leistungsstufen der klinischen Kunst verwiesen zu werden, die sich noch um die Jahrhundertwende weitgehend auf die Entbindung Mittelloser oder besonderer Risikogruppen beschränkt hatte: 1920 gab es – bei großen regionalen Unterschieden – nur 5 Prozent Klinikentbindungen in Deutschland, 1939 bereits 39 Prozent.⁸ Zugleich weigerten sich Ärzte auch (anders als 1914), das sich mit Kriegsbeginn in ökonomischer wie organisatorischer Ausnahmesituation befindliche System auf Kosten der Professionalität (und/oder persönlicher Vorteile) zu unterstützen. Hans Naujoks konnte die Ereignisse um die geplante Denkschrift nur am Rande verfolgen, da er zum Militärdienst eingezogen worden war. 1914-18 noch begeisterter Kriegsteilnehmer, bewirkte er es als Direktor seiner Klinik, dass er insgesamt nur wenige Monate Lazarettendienst leisten musste; seinen engsten Mitarbeiter, Oberarzt Ferdinand Movers, konnte er davor ganz bewahren. Trotzdem konnten beide nicht verhindern, dass die Versorgung insbesondere der chronisch Kranken in der Kölner Frauenklinik während des Krieges erheblich litt.⁹

Diese kleinen Beispiele für den Primat ärztlicher Professionalität vor der Solidarität mit der Diktatur, auf deren Führer alle Professoren 1934 einen Eid geschworen hatten, lassen sich gewiss nicht verallgemeinern: Die Palette ärztlichen Verhaltens, zeitgenössisch oft unter dem unscharfen Begriff „Arztum“ subsumiert,¹⁰ reichte weit; bei

⁸ Lisner (2006), S. 100.

⁹ Vgl. dazu auch Schäfer/Mallmann (2005).

¹⁰ Bruns (2007), S. 85 u. 86.

den Gynäkologen etwa von der Haltung eines Heinrich Martius (Göttingen), der nach Auskunft seines Sohnes das Ministerium für Wissenschaft und Volkserziehung gebeten haben soll, selbst keine Zwangssterilisationen mehr durchführen zu müssen,¹¹ über August Mayer (Tübingen),¹² der trotz katholischer Konfession wie Naujoks ein entschiedener Befürworter der Zwangssterilisation aus eugenischen Gründen war, bis hin zu Carl Clauberg, der als außerordentlicher Professor und zugleich SS-Arzt in Auschwitz und Ravensbrück Versuche zur chemischen Massensterilisation von Frauen durchführte. Bei Naujoks änderte sich – nur im Detail erkennbar – die Einstellung während der Zeit des Nationalsozialismus: Wie bei vielen anderen verflieg seine anfängliche Euphorie erst, als sich die negativen Folgen der Diktatur für Lehre, Forschung und Patientenversorgung offenbarten. Doch es blieb – oder wurde bei der privaten Distanzierung wiederentdeckt – das Selbstverständnis professionellen Handelns als Ausdruck des zeitgenössischen Ethos, freilich längst nicht immer zum Wohl der Patientinnen.

Autorin und Autor danken Andreas Frewer, Volker Lehmann und Axel Karenberg für wertvolle Hinweise bei der Durchsicht des Beitrags.

Hinweise auf Archivquellen zu Hans Naujoks gibt die Erstautorin.

Literatur

1. Aumüller et al. (2001): Gerhard Aumüller, Kornelia Grundmann, Esther Krähwinkel, Hans H. Lauer, Helmut Renschmidt (Hrsg.), *Die Marburger Medizinische Fakultät im Dritten Reich*, München 2001.
2. Bruns (2007): Florian Bruns, *Medizin und Ethik im Nationalsozialismus. Entwicklungen und Protagonisten in Berlin 1939-1945*, Diss. med., Hannover 2007.
3. Doneith (2008): Thorsten Doneith, August Mayer, *Ein Klinikdirektor in Weimarer Republik, Nationalsozialismus und Nachkriegszeit*, Stuttgart 2008.
4. Franken (2007): Irene Franken, *Die gesundheitliche Versorgung und Behandlung von Zwangsarbeiterinnen in der Kölner Universitäts-Frauenklinik*, in: Bettina Bouresh, Uwe Heckert, Kateryna Kobschenko (Hrsg.), *Riss durchs Leben. Erinnerungen ukrainischer Zwangsarbeiterinnen im Rheinland*. Katalog zur Ausstellung des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln 2007, S. 40-57.
5. Franken (2008): Irene Franken, „... daß ich kein rabiatere Nationalsozialist gewesen bin.“ NS-Medizin an Kölner Unikliniken am Beispiel von Hans C. Naujoks (1892-1959), Direktor der Universitäts-Frauenklinik, in: *100 Jahre Klinik „auf der Lindenburg“*. Festschrift des Universitätsklinikums Köln, Köln 2008, S. 99-134.
6. Franken (2010): Irene Franken, *Varianten des Rassismus – Zwangssterilisierte, Jüdinnen und Zwangsarbeiterinnen als Patientinnen der Kölner Universitäts-Frauenklinik 1934 bis 1945*, in: Jost Dülffer, Margit Szöllösi-Janze (Hrsg.), *Schlag-*

¹¹ Koch (1994).

¹² Doneith (2008), S. 89-117 u. 142.

- schatten auf das „braune Köln“. Die NS-Zeit und danach, Köln, im Druck (= Veröffentlichungen des Kölnischen Geschichtsvereins e. V., 49), S. 179-201.
7. Koch (1994): Thomas Koch, Zwangssterilisationen im Dritten Reich am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Göttingen, Diss. med., Göttingen 1994.
 8. Lisner (2006): Wiebke Lisner, „Hüterinnen der Nation“. Hebammen im Nationalsozialismus, Frankfurt a. M. 2006.
 9. Naujoks (1936): Hans Naujoks, Zur Sterilisierung wegen schwerer erblicher körperlicher Missbildungen, Archiv für Gynäkologie 161 (1936), S. 464-475.
 10. Schäfer/Mallmann (2005): Daniel Schäfer, Peter Mallmann, Gynäkologischer Alltag im „Dritten Reich“: Das Beispiel der Kölner Universitätsfrauenklinik, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 65 (2005), S. 862-67.
 11. Tiedemann (2001): Kirsten Tiedemann, Hebammen im Dritten Reich. Über die Standesorganisation für Hebammen und ihre Berufspolitik, Frankfurt a. M. 2001.
 12. Zander/Goetz (1986): Josef Zander, Elisabeth Goetz, Hausgeburt und klinische Entbindung im Dritten Reich (Über eine Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie aus dem Jahre 1939), in: Lutwin Beck (Hrsg.), Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin/Heidelberg 1986, S. 143-157.

Abbildungen

Abbildung 1: Hans Naujoks (1892-1959), in: Universitätsarchiv Köln.

Abbildung 2: Die Kölner Universitäts-Frauenklinik, Postkarte, in: Privatbesitz von Prof. Dr. Horst Naujoks. Mit freundlicher Genehmigung.

V. Rezente Entwicklungen in der Medizin

Zur Entstehungsgeschichte der Hospizarbeit unter besonderer Berücksichtigung von Kinderhospizen in Deutschland

Maria Lüttgenau und Tatjana Grützmann

1. Einleitung

Der Begriff Hospiz bezeichnet eine Einrichtung, in der Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung während ihrer letzten Lebensphase betreut, versorgt und gepflegt werden. Kennzeichen der Hospizarbeit ist die *ganzheitliche* Betreuung von Sterbenden durch professionelle Fachkräfte wie auch durch geschulte ehrenamtlich tätige Personen („Ehrenamtler“), was neben der interdisziplinären medizinischen Versorgung die psychologische und spirituelle Begleitung mit berücksichtigt. Zu den normativen Grundlagen der Hospizarbeit zählt die Ablehnung der „Aktiven Sterbehilfe“.¹

Die Kinderhospizarbeit ist hierbei ein relativ junges und neues Gebiet, das sich in einem starken und schnellen Wandel befindet. Das Themenfeld der Kinderhospizarbeit wird in Deutschland verstärkt seit 1998 erforscht und trat erst mit der Gründung des Deutschen Kinderhospizvereins e. V. in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Ziel dieses Beitrags ist es, dieses Feld näher zu beleuchten, neuere Entwicklungen vorzustellen, aber auch auf noch bestehende Defizite (in Forschung und Praxis) aufmerksam zu machen.

Als Einstieg in dieses Themenfeld werden in den Kapiteln 2 und 3 in einem kurssrischen Überblick die Geschichte und die Entwicklung von Hospizen im Abendland dargestellt. Im Speziellen wird im weiteren Verlauf die Entstehung der Hospizarbeit in Deutschland geschildert (Kapitel 4); dabei soll insbesondere die Landschaft der Kinderhospizeinrichtungen ausgeführt werden (Kapitel 5).

2. Die Entstehung von Hospizen

2.1 Antike Vorläufer

Das Hospiz ist keineswegs ein Phänomen der Gegenwart. Der Begriff „Hospiz“ stammt von den lateinischen Wörtern „hospes“ beziehungsweise „hospitium“ ab, die mit „Gast“ beziehungsweise „Gastfreundschaft“, „Herberge“ und „gastfreundliches Haus“ übersetzt werden können. Die ältesten Überlieferungen, welche die Begrifflichkeit und eine erste Idee des Hospizes beinhalten und als Vorläufer der heutigen Hospizbewegung zu bezeichnen sind, existierten bereits vor annähernd 2000 Jahren in Form von Pilgerherbergen und Hospitalorden, in denen Kranke und Sterbende gepflegt wurden. Eines dieser Hospize der griechisch-römischen Antike war das um 375 nach Christus in Edessa begründete Pflegehaus des heiligen Ephrem, ein weiteres das um 400 nach Christus geführte Hospitalium der Fabiola in Rom.² In Zeiten großer Seuchen

¹ Vgl. von Jagow/Steger (2005a), S. 369f.

² Vgl. Weiß (1999), S. 13.

waren hospizartige Einrichtungen jedoch lediglich den Sterbenskranken vorbehalten und befanden sich in Form der Pest- oder Siechenhäuser vor den Mauern der Städte.³

Das zugrunde liegende Prinzip von Pilgerherbergen ist das der „Zuwendung zum Nächsten“. ⁴ Dieses Verständnis des „Kranken als Nächsten“ entstand jedoch erst unter dem Einfluss griechischer und lateinischer Kirchenväter. Nach antiker platonischer Vorstellung galt der Kranke oft als „Kakos“, als ein schlechter Mensch, „der sozusagen als ein von den Göttern Geschlagener betrachtet werden konnte“⁵.

Die Zuwendung zum Nächsten und die daraus resultierende Hilfeleistung war zur damaligen Zeit (und ist es bis heute) durch das Gebot der *caritas* in den christlichen Grundsätzen verankert.⁶ Das Gebot der *caritas* fragt nicht nach der Ursache eines Leidens; ungeachtet des sozialen Status des Kranken wendet sich der Helfende dem Bedürftigen in bedingungsloser Nächstenliebe zu. Von den „Werken der Barmherzigkeit“ galt das „Pfleger der Kranken“ als das edelste.⁷ Aus diesem Grund ist die heutige Hospizarbeit noch immer zumeist eng mit christlichen Institutionen verbunden.

Als weiterer Vorläufer der Hospizidee ist die Institution des *xenodochion* anzuführen. Die *xenodochien* entstanden nach dem Toleranzedikt von Mailand 313 nach Christus und bezeichneten öffentliche Gebäude, die als Fremdenherberge dienten: „Erst das Toleranzedikt von Mailand sicherte den Christen die völlige Religionsfreiheit zu. Es gab ihnen die Möglichkeit, Hilfsbedürftige in öffentlichen Gebäuden zu betreuen“⁸, welche zum Teil als „imposante Hospitalbauten“ beschrieben wurden.⁹

Durch die weitere Entwicklung des Christentums wuchsen die *xenodochien* zu sozialkaritativen Institutionen, die zunehmend Kranken Hilfe und Fürsorge gewährten.¹⁰ Ausschlaggebend für diese Entwicklung war unter anderem die berühmte Regula des Ordensgründers der Benediktiner, des Heiligen Benedikt von Nursia, (*um 480, † um 542), aus der die Bemühungen um die Krankenpflege und die medizinische Versorgung der Bevölkerung – welche durch die Mönchsorden sichergestellt wurde – erwuchs.¹¹

2.2 Hospize im Mittelalter

Im Mittelalter gehörte das Sterben zum Alltag, insbesondere in Zeiten, in denen die Pest in Europa wütete. Zwischen 1347 und 1350 erlagen mehr als ein Drittel der europäischen Bevölkerung der Epidemie.¹² Bereits die Kreuzzüge (1096-1270 nach Christus) hatten unzählige Opfer gefordert; die Eroberung Jerusalems im Juli 1099 beispielsweise ging mit einem furchtbaren Massaker der Bevölkerung einher.¹³ Die

³ Vgl. Wunderli (1986), S. 17; Seitz/Seitz (2002), S. 13.

⁴ Seitz/Seitz (2002), S. 11.

⁵ Wunderli (1986), S. 15.

⁶ Vgl. Seitz/Seitz (2002), S. 11.

⁷ Vgl. Schipperges (1990), S. 181.

⁸ Vgl. Seitz/Seitz (2002), S. 13.

⁹ Vgl. Wunderli (1986), S. 15.

¹⁰ Vgl. Seitz/Seitz (2002), S. 13.

¹¹ Vgl. Wunderli (1986), S. 15.

¹² Vgl. Bergdolf (1994), S. 10.

¹³ Vgl. Bauer et al. (2001), S. 46.

wachsende Vielfalt an Hinrichtungsarten im Mittelalter ist ein weiteres Merkmal dafür, dass kaum eine andere Epoche so stark mit dem Tod konfrontiert war.

Was die Pflege von Sterbenskranken innerhalb der Familie betrifft, so konnten sich die Angehörigen aufgrund der hohen Arbeitsbelastung häufig nur wenig Zeit nehmen. Erst wenn der Tod unmittelbar bevorstand, versammelten sich die Angehörigen (Familie, Freunde, Nachbarn) um den Sterbenden, um ihm Beistand zu leisten, aber auch um einen letzten Segen des Sterbenden durch Worte oder Gesten zu erhalten. Das gemeinsame Sprechen von Gebeten sowie die Durchführung von Ritualen (Sprechen von Psalmen, Bereitstellen von Weihwasser) nahmen in diesen letzten Stunden immer eine herausragende Rolle ein.¹⁴ Kinder erlebten das Sterben von Familienmitgliedern häufig sehr direkt, da dem Sterbenden aufgrund der meist engen Wohnverhältnisse kein gesonderter Raum zugewiesen werden konnte.

Dieses Beisammensein und Versterben im Kreise der Familie war bis ins 20. Jahrhundert hinein Brauch; danach wurde das Sterben zunehmend herausgelöst aus der Gemeinschaft und sozusagen in Kliniken, Alten- oder Pflegeheime „ausgelagert“, in denen der Sterbende häufig allein verstirbt.¹⁵

Im Mittelalter konnte ein Kranker eine Pilgerherberge ansteuern, wie dies auch schon in der späten Antike üblich gewesen war.¹⁶ Die Herbergen befanden sich häufig an Gebirgspässen, Flussübergängen und in entlegenen Gebieten. Diese wurden zumeist von Klöstern betrieben und als „Hospiz“ bezeichnet. Sie dienten jedoch nicht nur den Kranken und vorbeziehenden Pilgern als Zufluchtsstätte, sondern die Herbergen boten auch den Hungernden, Schwangeren und Waisen Obdach, Schutz und Verpflegungsmöglichkeiten.¹⁷ Es wurde bewusst auf den Kontakt mit den sterbenden Menschen Wert gelegt, anders als dies noch in den antiken *xenodochien* praktiziert worden war: „Die Räume für die Sterbenden lagen auf der gleichen Ebene wie die Zimmer der Pilger und Reisenden, um sie am Leben teilhaben zu lassen.“¹⁸ Oliver und Dieter Seitz sehen hierin eine Weiterentwicklung von den *xenodochien* als *Fremdenherbergen* zu den Hospizen als caritative *Sozialherbergen*.¹⁹

Diese gemeinsame Unterbringung von Pilgern und Kranken rührte aus der Vorstellung, dass zur damaligen Zeit das Leben als Reise, als Wallfahrt von der Geburt bis zum Tod, angesehen wurde. An bestimmten Wendepunkten dieser Reise sollte den Menschen Beistand in Form der Hospize gewährleistet werden. Wolfgang Weiß bezeichnet das Mittelalter daher als „die Blütezeit der Hospize“ und führt dies auch auf die zu dieser Zeit beginnenden Pilgerreisen ins Heilige Land zurück.²⁰ Im Verlauf der Kreuzzüge entstanden an verschiedenen Stationen auf dem Weg ins Heilige Land Häuser, in denen Kranke mit unheilbaren Leiden betreut wurden.²¹ In Jerusalem waren

¹⁴ Vgl. Ohler (1990), S. 11 u. S. 51-59.

¹⁵ Vgl. ebd., S. 56.

¹⁶ Siehe Kap. 2.1 dieses Beitrages.

¹⁷ Vgl. Dahms (1999), S. 9.

¹⁸ Ebd., S. 14.

¹⁹ Vgl. Seitz/Seitz (2002), S. 23.

²⁰ Vgl. Weiß (1999), S. 13.

²¹ Vgl. Seitz/Seitz (2002), S. 23.

die Ordensgemeinschaften der Johanniter, der Tempelherren und der Deutschordensritter mit Pflegestätten vertreten. Weitere Pilgerherbergen befanden sich entlang des Jakobswegs sowie auf den bekannten Pilgerwegen nach Byzanz, Ephesos und Rom.²²

In den von Klöstern betriebenen Hospizen waren die betreuenden Mönche dem klösterlichen Lebenswandel, dem „conservatio morum“, verpflichtet und leisteten den Kranken und Sterbenden seelischen und – mithilfe der weiter aufstrebenden Klostermedizin – auch heilkundlichen Beistand. Ein weiterer Vorteil der klösterlichen Hospize bestand darin, dass die Kranken die Messe hören und die Kommunion erhalten konnten.²³ Es waren somit in erster Linie die kirchlichen Instanzen, die sich um die Kranken kümmerten. Die staatliche Sorge um die Kranken und Sterbenden und das wissenschaftliche Interesse erwuchs erst im späten Mittelalter.²⁴

So alltäglich der Tod im Mittelalter auch erschien, und so natürlich und gefasst man mit kranken, im Sterben liegenden Menschen umging, der Verlust eines Kindes war auch zu jener Zeit eine Situation, der die Angehörigen meist emotional besonders herausforderte. Oft wurden Heilige angerufen, dem geliebten Kind das Leben wieder zu schenken:²⁵ „Das Kind war im Mittelalter keineswegs ein weniger geliebtes Wesen als heute, und die Eltern trauerten sehr, wenn ein Kind durch frühen Tod verloren ging.“²⁶ In erster Linie sind jedoch Schriften überliefert, die Krankheitserfahrungen von Kindern schildern, die überlebt haben und gestärkt aus der Krankheit hervorgingen.²⁷

Des Weiteren finden sich im Mittelalter das „Hôtel-Dieu“ 829 nach Christus in Paris, sowie vergleichbare Institutionen in Tonnere und Beaune. 1286 nach Christus befand sich in Lübeck das Heilig Geist Hospital. Einige der Rast- und Ruhestätten, in denen Pilger, Reisende und Sterbende Aufnahme und Betreuung fanden, haben sich bis ins 19. Jahrhundert gehalten wie das „Hôtel-Dieu“ in Paris und Lyon sowie die „Ospedelia“ in Italien.

3. Neuzeitliche und moderne Entwicklungen von Hospizen

3.1 Hospize in der Neuzeit

Vinzenz von Paul gründete Anfang des 17. Jahrhunderts in Paris die Vereinigung der Ordensschwesterinnen „Filles de la Charité“, die sich um die häusliche Pflege kranker Menschen kümmerte. Allerdings führte die durch die Reformation hervorgerufene Spaltung der christlichen Kirche zur Schließung vieler Klöster und damit verbunden auch zur Schließung der an sie angeschlossenen Hospize.²⁸ Einen noch tieferen Einschnitt als die

²² Vgl. Jetter (1980), S. 79ff.; Murken (1988), S. 13.

²³ Vgl. Schipperges (1990), S. 175; Ohler (1990), S. 64f. Ein in der Stiftungsbibliothek St. Gallen verwahrter Klosterplan (von ca. 820 n. Chr.) zeigt beispielhaft die verschiedenen caritativen Einrichtungen des Benediktinerordens wie: das Infirmarium (für kranke Mönche), das Pilgerhaus und das Gästehaus (vgl. Jetter (1966), S. 11f).

²⁴ Vgl. Schipperges (1990), S. 34.

²⁵ Vgl. Ohler (1990), S. 54.

²⁶ Schipperges (1990), S. 48.

²⁷ Vgl. ebd., S. 45.

²⁸ Vgl. ebd., S. 39.

Reformation stellte für die Klöster und die Klosterhospize die Säkularisation dar, die es ebenfalls mit sich brachte, dass zahlreiche Klöster aufgegeben werden mussten. Im Jahre 1781 beispielsweise erfolgte in Österreich auf Verfügung Kaiser Josephs II. die Schließung von 700 Klöstern. Wenige Jahre später wurden in Frankreich im Zuge der Revolution alle Orden und Klöster gezwungen zu schließen.²⁹

3.2 Hospize der Moderne

Mit Einsetzen der Industrialisierung und aufgrund der damit verbundenen Migrationsbewegung zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden Herbergen und Unterkünfte für Arbeiter benötigt, die diesen sowohl als Wohnort als auch als sozial-gemeinnützige Einrichtung dienen sollten. Hier begann eine Wiederbelebung des Hospizgedankens im Sinn einer Gaststätte und Herberge, aber nicht für Pilger und Reisende, sondern für Arbeiter, die im Zuge der Industrialisierung umsiedelten.³⁰

In der Mitte des 19. Jahrhunderts gründete der irische Orden der „Schwestern der Barmherzigkeit“ zunächst in Dublin, später dann in ganz Irland und England Einrichtungen für sterbende Menschen, die keine Möglichkeit hatten, anderweitig betreut zu werden.³¹ Sie nannten diese Einrichtungen – gemäß der antiken Bedeutung – „Hospize“, weil sie den Tod nur als Durchgang, als Station auf der Reise eines Menschen in ein anderes Land des Lebens sahen und aus diesem Grund den Ausdruck „Hospiz“ als Pilgerstätte und Gaststätte für angemessen erachteten:¹⁶ „Dieses Haus stand erstmals ausschließlich Schwerstkranken und Sterbenden zur Verfügung.“³² Die Gründerin des Ordens, Mary Aikenhead, trat mit dieser Idee als Erste in die Öffentlichkeit und bot somit die Grundlage für alle weiteren Entwicklungen des modernen Hospizgedankens. Sie forderte ein eigenes Haus, das ruhiger und kleiner als ein Krankenhaus sein und für akut Kranke und Sterbende zur Verfügung stehen sollte. Hierfür stellte sie ihr eigenes Haus zur Verfügung, und das erste Hospiz des neuzeitlichen Hospizgedankens war entstanden.³³ 1893 gründete der Orden das „St. Luke’s“ in London, ebenfalls ein Heim für bedürftige Sterbende. 1905 wurde durch den Orden das „St. Joseph’s Hospice“ in London eröffnet. In dieser Einrichtung arbeitete auch die britische Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders, die 1967 das „St. Christopher’s Hospice“ in London gründete. Ihr Konzept einer umfassenden medizinisch-pflegerischen, sozialen und spirituellen Betreuung und Versorgung entstand unter anderem in Gesprächen mit dem an Krebs erkrankten David Tasma und im Zuge ihrer Erfahrungen in Krankenanstalten, wo oft auf inhumane – sprich *unwürdige* – Weise gestorben wurde.³⁴ Für die Entwicklung von Hospiz- und Palliativmedizinischen Einrichtungen ist ihr Konzept bis heute vorbildhaft und wegweisend.

²⁹ Ebd., S. 40.

³⁰ Vgl. ebd., S. 41.

³¹ Vgl. Specht-Tomann/Tropper (1998), S. 66.

³² Dahms (1999), S. 10.

³³ Vgl. Weiß (1999), S. 16.

³⁴ Vgl. Saunders (1991).

Durch die Ende der 1960er Jahre veröffentlichten Aufzeichnungen von „Interviews mit Sterbenden“ leistete Elisabeth Kübler-Ross einen wichtigen Beitrag zur Auseinandersetzung der Öffentlichkeit mit diesen Themen.³⁵

4. Die Entwicklung der Hospizbewegung in Deutschland

In Deutschland konnte sich die Hospizidee nicht so leicht durchsetzen. 1967 besuchten Mitarbeiter des Paul-Lechner-Instituts in Tübingen die Hospize „St. Joseph’s“ und „St. Christopher’s Hospice“ in London. Einrichtungen dieser Art wurden in Deutschland unter anderem mit der Begründung abgelehnt, dass man ein Abschieben von schwer kranken Menschen in Sterbehäuser verhindern wolle. Dass Patienten regelmäßig mit Morphium versorgt wurden, um ihre Schmerzen zu lindern, sorgte zusätzlich für Empörung.³⁶ Im Juni 1971 wurde im Zweiten Deutschen Fernsehen der Film „...noch 16 Tage. Eine Sterbeklinik in London“³⁷ ausgestrahlt, welcher von dem Jesuitenpater Reinhold Iblacker aus München im „St. Christopher’s Hospice“ in London gedreht wurde. Dieser Film sorgte in der Öffentlichkeit für noch mehr Aufruhr und Empörung.³⁸ Von den Dreharbeiten zu diesem Film handelte die im Oktober 1971 ausgestrahlte TV-Sendung „Die letzte Station. Dreharbeiten in einer Sterbeklinik“. Iblacker wollte mit dieser zweiten Ausstrahlung das Stimmungsbild seiner Fernsehcrew wiedergeben.³⁹

In Anbetracht des Aufruhrs, die die beiden Filme auslösten, ist es nicht verwunderlich, dass das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit im Jahr 1978 auf den Vorschlag zur Errichtung einer Sterbeklinik in Deutschland Kritik und Ablehnung von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Krankenhäusern und vielen Einzelpersonen erhielt:⁴⁰ „Durch die vehemente öffentliche Ablehnung und durch die pauschale Gleichsetzung des Begriffs ‚Sterbeklinik‘ mit Hospiz geriet der Hospizgedanke in Deutschland zunächst in Misskredit und damit aus der öffentlichen Diskussion“.⁴¹

Erst 1983 entstand mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe die erste Palliativstation in Köln und ebnete zugleich der modernen Hospizidee in Deutschland den Weg. Die in der Öffentlichkeit verbreitete Ablehnung und das Streitgespräch um Sterbekliniken wurde durch den Aufsatz von Johann-Christoph Student mit dem Titel „Hospiz versus Sterbeklinik“⁴² entschärft.

Im Jahr 1985 gründete sich in Deutschland der Verein „OMEGA – Mit dem Sterben leben“, der sich bundesweit für die Verbreitung des Hospizgedankens einsetzte. In den folgenden Jahren gab es erste Versuche, kleine „Hospizbereiche“ an bereits bestehende Institutionen, wie zum Beispiel an Altersheime oder Krankenhäuser, anzuglie-

³⁵ Vgl. Kübler-Ross (2001).

³⁶ Vgl. Dahms (1999), S. 11.

³⁷ Der Titel bezieht sich auf die mittlere Verweildauer der Patienten im Hospiz.

³⁸ Vgl. Lamp (2001), S. 15.

³⁹ Vgl. Seitz/Seitz (2002), S. 79.

⁴⁰ Vgl. ebd., S. 11.

⁴¹ Ebd., S. 11.

⁴² Student (1985), S. 260-269.

dern. So wurde 1985 der Christopherus-Hospiz-Verein in München und auf Initiative des Pfarrers Dr. Paul Türks – in Zusammenarbeit mit der katholischen Priestergemeinschaft in Aachen – das erste stationäre Hospiz „Haus Hörn“ 1986 errichtet. 1987 entstand das zweite stationäre Hospiz „Zum heiligen Franziskus“ in Recklinghausen. Endgültige Anerkennung erreichte die Hospizarbeit in Deutschland 1988 durch die Gründung des Vereins Deutsche Hospizhilfe e. V. und durch die „Anerkennung des Hospizgedankens als ‚positiven Ansatz‘ durch die großen Kirchen in Deutschland“.⁴³

Seit 1988 entwickelt sich die Hospizarbeit in Deutschland kontinuierlich weiter. Obwohl die Hospizarbeit ihren Ursprung im christlichen Grundverständnis von Nächstenliebe hat und viele Hospize auch christlichen Gemeinschaften angeschlossen sind, bieten sie Menschen, unabhängig von ihrer Religion, ihren Dienst an. Zugleich sind sie bestrebt, durch ihre Öffentlichkeitsarbeit die Themen „Sterben“ und „Tod“ zu enttabuisieren und den Tod als Bestandteil des Lebens begreiflich zu machen. Ihr Ziel ist, dass nicht nur in den Hospizeinrichtungen ein respektvoller und würdevoller Umgang mit Sterbenden stattfindet, sondern dass sich diese Idee als Grundhaltung überall dort manifestiert, wo Menschen sterben und wo um sie getrauert wird.

5. Entwicklung der Kinderhospizarbeit

5.1 Die Anfänge

Die Anfänge der Kinderhospizbewegung werden auf das Jahr 1978 datiert und mit einer Krankengeschichte in Verbindung gebracht, die sich in diesem Jahr in Oxford, Großbritannien abspielte:

Ein zweijähriges Mädchen namens Helen erkrankte zu dieser Zeit an einem Hirntumor. Dieser konnte zwar erfolgreich entfernt werden, doch ihr Gehirn wurde bei der Operation irreversibel und so schwerwiegend geschädigt, dass sie nach dem Eingriff ihre koordinativen Fähigkeiten einbüßte. Helen konnte weder sitzen noch sprechen; die Möglichkeiten zur Kommunikation waren daher erheblich beeinträchtigt.⁴⁴

Während des sechsmonatigen postoperativen Aufenthalts im Krankenhaus nahm sich die Kinderkrankenschwester und Nonne Sister Frances Dominica der kleinen Helen an. Als Helens Eltern ein halbes Jahr nach der Operation erfuhren, dass ihr Kind nicht geheilt werden könne, entschlossen sie sich, Helen zu sich nach Hause zu nehmen. Mittlerweile hatte Helen eine Schwester bekommen.⁴⁵ Die gleichzeitige Betreuung eines neugeborenen gesunden und die Pflege eines kranken Kindes stellte eine immense Herausforderung dar und zehrte sehr an den Kräften der Eltern, die sich hilflos in dieser Situation fühlten.

Der immer noch enge Kontakt zu Sister Frances und die Freundschaft, die mittlerweile daraus entstanden war, führten dazu, dass die Kinderkrankenschwester den Eltern unter die Arme greifen konnte. Sie erkannte, wie körperlich und seelisch erschöpft und überfordert beide waren, und auch ihre zunehmende Isolation besorgte sie.

⁴³ Vgl. Brathuhn (2003), S. 71; Drohlschlag (2003), S. 71.

⁴⁴ Vgl. Student (2004a), S. 108.

⁴⁵ Vgl. Dominica (2005) S. 25ff.

Daher bot Sister Frances an, von Zeit zu Zeit auf Helen aufzupassen. Ihre Eltern konnten sich so um das Neugeborene kümmern, selbst wieder zu Kräften kommen und soziale Kontakte pflegen. In dieser Zeit stellte sich Sister Frances oft die Frage, wie viele Eltern wohl in einer ähnlichen Situation seien und wie man diese Familien unterstützen und ihnen Beistand geben könne.

Keine drei Jahre später (im November 1982) hatten die Visionen von Sister Frances konkrete Gestalt angenommen, und mit Hilfe vieler engagierter Menschen konnte sie „Helen House“ eröffnen. Insbesondere Helens Eltern standen mit Rat zur Seite, da sie aus erster Hand wussten, was Eltern und deren erkrankte Kinder am dringendsten benötigen.

„Helen House“ wurde mit einer Aufnahmekapazität von acht Kindern (und ihren Familien) bewusst überschaubar gehalten, um eine vertraute, familiäre Atmosphäre zu ermöglichen. Damit die Familien sich angemessen und in aller Ruhe von ihrem verstorbenen Kind verabschieden können, wurde zusätzlich ein neuntes (kaltes) Zimmer gebaut, in welchem der Körper eines verstorbenen Kindes mehrere Tage aufgebahrt werden konnte.⁴⁶

Helen selbst starb im Alter von 28 Jahren, im Jahre 2004, ohne zu wissen, welche besondere Rolle und tragende Bedeutung ihre Krankheitsgeschichte für viele unheilbar kranke Kinder und deren Familien hatte und in den darauf folgenden Jahren noch haben sollte.⁴⁷

So setzte sich die Idee des Kinderhospizes in Großbritannien weiter fort, und mittlerweile existieren mehr als 40 derartige Einrichtungen, von denen einige speziellen Altersgruppen vorbehalten sind:⁴⁸ „Zoe’s House“ in Liverpool beispielsweise ist ein Hospiz für Babys; in „Acorns Walsall“, Birmingham, finden Jugendliche Unterstützung und Begleitung;⁴⁹ das „Douglas House“, welches 2004 dem „Helen House“ angeschlossen wurde, richtet sich an junge Erwachsene.⁵⁰ Allerdings versterben die meisten Kinder und Jugendlichen in Großbritannien zu Hause und werden durch ambulante Hospizdienste unterstützt.

In den USA entstand das erste Kinderhospiz im Jahre 1984. Zunächst war die Kinderhospizarbeit auf den ambulanten Bereich fokussiert. Stationäre Angebote mehrten sich im Zuge der AIDS-Krise und deren Auswirkungen.⁵¹ Nach wie vor gilt Großbritannien auf diesem Gebiet als Vorreiter, aber auch in Deutschland sind ähnliche Entwicklungen auf dem Vormarsch.

5.2 Aktuelle Entwicklungen in der Kinderhospizarbeit in Deutschland

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, ist die Kinderhospizarbeit in Deutschland – im Vergleich zu den Entwicklungen in Großbritannien – noch relativ jung. Erste Schritte

⁴⁶ Vgl. ebd.

⁴⁷ Vgl. Student (2004a), S. 108.

⁴⁸ <http://www.childhospice.org.uk/> (gesehen: 14.12.2009).

⁴⁹ Vgl. Friedrichsdorf et al. (2007), S. 57ff.

⁵⁰ www.helenanddouglas.org.uk (gesehen: 14.01.2010).

⁵¹ Vgl. Student (2005), S. 117.

wurden hier im Jahre 1990 unternommen, als sich am 10. Februar dieses Jahres sechs Familien, deren Kinder unheilbar erkrankt waren, zum Deutschen Kinderhospizverein e. V. zusammen schlossen. Diese Selbsthilfebewegung war die erste ihrer Art in Deutschland, die ein Forum für betroffene Familien bot, um sich über Erfahrungen mit den erkrankten Kindern und über Sorgen auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. Der Verein verfolgt das Ziel, neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Kinder vor allem auch die psychosozialen Probleme und Belastungen der Familien anzugehen. Zum einen machten die Mitglieder öffentlich auf diese Probleme aufmerksam, zum anderen wurden erste Vorschläge unterbreitet und Möglichkeiten eröffnet, diesen Problemen zu begegnen und die Lebensumstände für die Familien und ihre Kinder zu verbessern, sie in den belastenden Situationen zu unterstützen.

Mit der Zeit entwickelte sich eine solidarische Zusammenarbeit mit der Kinderhospizbewegung in Großbritannien; zugleich wuchs der Wunsch, auch in Deutschland ein stationäres Kinderhospiz zu bauen, welches betroffenen Familien ein zweites Zuhause sein sollte. Die britischen Einrichtungen dienten hierbei als Vorbild. Die gemeinnützige „Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe“ (GFO) ermöglichte 1997 letztendlich – durch engagierte Hilfe und finanzielle Unterstützung – die Umsetzung dieses Plans. Im September des Folgejahres wurde das „Kinderhospiz Balthasar“ als erstes Kinderhospiz Deutschlands in Olpe eröffnet. Was die baulichen Maßnahmen und konzeptionellen Grundpfeiler betraf, orientierten sich die GFO und der Deutsche Kinderhospizverein, welche die Planung und Führung des Hospizes in Zusammenarbeit übernahmen, am „Acorns Walsall Children’s Hospice“ in Birmingham, Großbritannien.⁵²

Aus der anfänglichen Vision der Vereinsmitglieder des Deutschen Kinderhospizvereins e. V. ist mittlerweile eine bundesweite Bewegung geworden. In den Folgejahren nach Eröffnung des Kinderhospizes in Olpe wurden weitere stationäre Kinderhospize gegründet.⁵³ Darüber hinaus nahmen in Berlin und Stuttgart die ersten *ambulanten* Kinderhospizdienste ihre Arbeit auf.⁵⁴ Diese zwei unterschiedlichen Arbeitsfelder in Deutschland, (1) die stationäre und (2) die ambulante Kinderhospizarbeit bauen aufeinander auf und ergänzen einander. Stationäre Kinderhospize bieten in erster Linie einen Zufluchtsort für betroffene Familien; ambulante Kinderhospizdienste fungieren als Unterstützung bei den häuslichen Aufgaben und Pflichten vor Ort. Der Leitsatz hierbei lautet: *ambulant vor stationär*.⁵⁵

Parallel zu diesen Entwicklungen mehren sich auch die Studien und Veröffentlichungen, die die Situation lebensverkürzt erkrankter Kinder thematisieren. Zu den wissenschaftlichen Pionieren auf diesem Gebiet (hinsichtlich der Situation in Deutschland) zählen: Student (1992/2000/2004), Student/Mühlum/Student (2004), Lehmkuhl (1996) und Jennessen (2006). Auch Berichte von betroffenen Eltern sind häufig eine wertvolle Quelle, um fundierte Einblicke in die Situation erkrankter Kinder und ihrer

⁵² Vgl. www.deutscher-kinderhospizverein.de (gesehen: 11.08.2008).

⁵³ Vgl. ebd.

⁵⁴ Vgl. Student (2005), S. 117.

⁵⁵ Vgl. www.deutscher-kinderhospizverein.de (gesehen: 11.10.2008).

Familien zu erhalten.⁵⁶ Pädagogische und religiöse Aspekte von Kinderhospizarbeit stehen hingegen bei vielen Studien- und Diplomarbeiten aus dem geisteswissenschaftlichen, sozial- und sonderpädagogischen Bereich im Vordergrund.⁵⁷

Ungeachtet dieser wissenschaftlichen Thematisierung wird der (bevorstehende) Tod eines Kindes in unserer Gesellschaft nach wie vor meist nur schwer oder gar nicht akzeptiert. Die Hauptursache mag darin liegen, dass das Sterben generell heutzutage nicht mehr – wie noch vor einem Jahrhundert – als „naturegegebenes Ereignis“ erlebt wird. Stattdessen wird dieses Thema häufig ignoriert, das Sterben wird „ausgelagert“, und wenn man notgedrungen damit konfrontiert wird, erleben viele Betroffene dies als eklatanten Einschnitt in die eigene Lebensplanung. Zudem ist vielen Menschen gar nicht bewusst, dass eine tödliche Erkrankung auch schon im Kindes- beziehungsweise Jugendalter eintreten kann; häufig denken Menschen beim Thema „Kinder und Tod“ in erster Linie an Unfälle im Verkehr oder beim Spielen.⁵⁸

Auch das Pflegepersonal und die behandelnden Ärzte, die ein unheilbar krankes Kind betreuen, sind im Berufsalltag häufig mit einem derartigen Fall überfordert und wissen oft nicht, wie sie kompetent und angemessen mit der Situation umgehen sollen, zumal in vielen Köpfen das Konzept des „Arztes als Heiler“ stärker verankert ist als die Idee des Arztes als Begleiter Sterbender; eine Ausnahme bilden die Mitarbeiter auf Palliativstationen. Darüber hinaus bedarf es einer bestimmten – meist als unangenehm empfundenen – Voraussetzung, um die Begleitung Sterbender auch als ärztliche und pflegerische Aufgabe zu verstehen und zu leben: Man muss sich unweigerlich auch mit der eigenen Verletzlichkeit, Endlichkeit und Sterblichkeit, sprich mit den eigenen Grenzen der menschlichen Existenz, auseinandersetzen.⁵⁹ Dazu ist nicht jeder bereit.

5.3 Inhalte und Ausgestaltung der Hospizarbeit für Kinder

Was genau beinhaltet „Kinderhospizarbeit“? Und wie unterscheidet sie sich konkret von der Arbeit mit Erwachsenen?

Kinderhospize haben eine andere Handlungsgrundlage und damit auch andere Ziele als Hospize für Erwachsene. Letztere richten sich an erkrankte Menschen, die sich in ihrer letzten Lebensphase befinden. Die Arbeit mit unheilbar erkrankten Kindern beginnt jedoch schon zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt; oft setzt die Betreuung direkt nach der Diagnosestellung an und kann sich über Jahre oder sogar Jahrzehnte erstrecken.⁶⁰ Häufig wird in der Diagnosestellung der Terminus „lebensverkürzende“ beziehungsweise „lebenslimitierende“ Erkrankung verwendet. Hiermit bezeichnet man Erkrankungen, bei denen es keine realistische Hoffnung auf Heilung gibt und aufgrund derer die Kinder beziehungsweise Jugendlichen mit großer Wahrscheinlichkeit nicht das späte Erwachsenenalter (40. Lebensjahr) erreichen werden.⁶¹

⁵⁶ Vgl. hierzu die drei Erfahrungsberichte von: (1) Stuttke (2005), (2) Ahrens (2007) und (3) Stähli (2002).

⁵⁷ Vgl. hierzu die Untersuchungen von: Meinig (2008) und Schaffrath (2006).

⁵⁸ Vgl. Niethammer (2004), S. 111; Student (2004a), S. 111.

⁵⁹ Vgl. Henkel et al. (2003), S. 64.

⁶⁰ Vgl. ebd., S. 64.

⁶¹ Vgl. Zernikow (2008), S. 4.

Wenn sich die betroffenen Kinder noch nicht in der letzten Lebensphase befinden, können sie „Urlaub“ (auf Wunsch mit ihrer Familie) im Kinderhospiz machen und für eine Kurzzeitpflege von vier Wochen im Jahr Begleitung und Unterstützung finden. Allerdings fällt es bei Kindern in der Regel viel schwerer als bei Erwachsenen, die verbleibende Lebenserwartung abzuschätzen, da sich ein stabiler Gesundheitszustand oft in nur wenigen Stunden destabilisieren kann. Aus diesem Grund kann es zu immer wiederkehrenden Krisensituationen kommen, die einen (kurzzeitigen) Aufenthalt in einem Hospiz notwendig machen. Das Hospiz sieht sich hierbei als komplementär zum kurativen Auftrag des Behandlungsteams in der Kinderklinik.

Nicht nur die Begleitung des Kindes und ein erfülltes, würdevolles Leben ist im Kinderhospiz angestrebt, sondern im Fokus der Betreuung steht ebenfalls, *die Familie* auf die neue Situation (die Erkrankung des Kindes und den bevorstehenden Tod) vorzubereiten und ihr dabei zu helfen, sich mit diesen Lebensumständen auseinander zu setzen.⁶² „Die Familie nicht nur als Ganzes in den Blick zu bekommen, sondern dazu beizutragen, dass sie sich selbst wieder als Ganzes wahrnimmt, gehört zu den wichtigen und heilsamen Aufgaben der Kinder-Hospizarbeit.“⁶³

Diese Zielsetzung steht in einem deutlichen Kontrast zu Hospizeinrichtungen für Erwachsene; sie ist aber essentiell, da Kinder in existenzieller Weise abhängig von ihren vertrauten Bezugspersonen sind. Allein das Aufwachsen in einer familiären Umgebung und die Aufrechterhaltung der vertrauten häuslichen Versorgung kann einen immensen Zuwachs an Lebensqualität für ein Kind bedeuten.⁶⁴ Um dies zu gewährleisten, versuchen Kinderhospize, den Familien Kraft zu geben und Zeit einzuräumen, um den gewünschten vertrauten Stimmungsraum zu erschaffen. Auch eventuelle Geschwister spielen hierbei eine tragende Rolle und dürfen nicht – aus Sorge um das kranke Kind – vernachlässigt werden. Daher gibt es häufig spezielle Angebote für die gesunden Geschwisterkinder, damit auch diese (wieder) Beachtung erfahren.⁶⁵

6. Fazit

Bei der Betrachtung von Kinderhospizen wird deutlich, dass diese im ursprünglichen Wortsinn wieder als „Herberge“ verstanden werden können. Denn sie sind nicht nur ein Ort, den die Kinder in ihrer letzten Lebensphase aufsuchen, sondern sie bieten auch in frühen Krankheitsphasen Zuflucht und dienen auch als Herberge für die Familien der lebensbegrenzt erkrankten Kinder, indem die Eltern entlastet und psychosozial gestützt werden. Diese Betreuung erfolgt – anders als bei Erwachsenenhospizen – je nach Wunsch vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an. Ein weiteres Merkmal besteht in der

⁶² Vgl. ebd., S. 109.

⁶³ Ebd., S. 111.

⁶⁴ Vgl. ebd. Informationsbroschüre Positionspapier des Bundesverbandes Kinderhospiz, S. 4 (www.bundesverband-kinderhospiz.de (gesehen: 09.01.2008)).

⁶⁵ Vgl. Student (2004a), S. 109.

familiären Betreuung über den Tod des Kindes hinaus, durch Rituale, Trauerarbeit und Hilfe bei den Formalien.⁶⁶

Anders als in Hospizeinrichtungen der Antike und des Mittelalters findet sich jedoch in unserer Zeit die Spezialisierung auf Baby-, Kinder- und Jugendhospize sowie auf Hospize für junge Erwachsene. Die Einrichtungen sind demnach speziell auf die Bedürfnisse der jeweiligen Bezugsgruppe ausgerichtet. Kinder werden nicht – wie noch bisweilen im letzten Jahrhundert – als „kleine Erwachsene“ betrachtet, sondern sie werden mit ihren ganz eigenen, altersspezifischen und individuellen Bedürfnissen wahrgenommen und respektiert. Dies ist ein wesentliches Merkmal der ganzheitlichen Betreuung kranker Kinder in unserer heutigen Gesellschaft.

Da sich die Kinderhospizarbeit jedoch immer noch im Entwicklungsprozess befindet, stellen die Qualitätskriterien, nach denen Kinderhospizarbeit gestaltet werden sollten, einen Bereich dar, der bisher noch weitgehend unerforscht geblieben ist. Qualitätsstudien zu Kinderhospizen wurden bis dato nur vereinzelt, beispielsweise von Wingenfeld und Mikula (2002) und Schwarzenberg (2009), durchgeführt.⁶⁷ Demgegenüber finden sich zu Qualitätsstandards deutscher *Erwachsenenhospize* bereits zahlreiche Veröffentlichungen.⁶⁸

Um eine standardisierte und zugleich qualitativ hochwertige Versorgung für lebensverkürzt erkrankte Kinder und ihre Familien in Deutschland zu gewährleisten, bedarf es weiterführender Studien, die vor allem die Kinderhospizarbeit im Bereich Qualitätsmanagement in den Blick nehmen. Ebendies wird auch von gesetzlicher Seite gefordert, da ein Nachweis von Qualitätssicherung im sozialen Bereich vorgeschrieben ist.⁶⁹ Im Rahmen des Promotionsprojekts mit dem Titel „Was ist anerkannte Kinderhospizarbeit? Stationäre und ambulante Kinderhospizeinrichtungen in Deutschland“⁷⁰ werden diese notwendigen Strukturen derzeit näher untersucht. Die Thematik gewinnt insbesondere deshalb an Brisanz, weil der Bundesverband Kinderhospiz e. V. nach

⁶⁶ Vgl. ebd., S. 109.

⁶⁷ Vgl. hierzu Wingenfeld/Mikula (2002) sowie Schwarzenberg (2009). In beiden Arbeitsgruppen stand jeweils ein einzelnes stationäres Kinderhospiz im Mittelpunkt der Forschungsfrage, an welchem die Frage nach Qualitätsmanagementkriterien gestellt wurde.

⁶⁸ Bspw. „Ausbildungsstandards für Ehrenamtliche; das Basiscurriculum für Sozialarbeiter, Pflegepersonal, Ärzte und Seelsorger in der Grundausbildung; Definitionen und Qualitätskriterien für ambulante Hospizarbeit“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) sowie der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz (LAG). Vgl. Burgheim (2006), S. 82ff.

⁶⁹ Für die Hospiz- und Kinderhospizarbeit gelten das am 01.01.2002 verabschiedete Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG), sowie der § 80 des SGB XI: „Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die Zusatzleistungen (§ 88)“.

⁷⁰ Die hier gemachten Ausführungen basieren z. T. auf den bisher unpublizierten Ergebnissen des besagten Projektes, das von Maria Lüttgenau bearbeitet und von Dominik Groß wissenschaftlich betreut wird.

Aussagen seiner Geschäftsführung noch in diesem Jahr (2010) ein Gütesiegel durch eine öffentliche Stelle einführen möchte.⁷¹

Literatur

1. Ahrens (2007): Melanie Ahrens, Engel auf Erden – Leben, Lachen und Sterben. Kinderhospizarbeit in Deutschland, Neukirchen-Vluyn 2007.
2. Bauer et al. (2001): Dieter R. Bauer, Klaus Herbers, Nikolas Jaspert, Jerusalem im Hoch- und Spätmittelalter: Konflikte und Konfliktbewältigung – Vorstellungen und Vergegenwärtigungen, Frankfurt a. M. 2001.
3. Bergdolf (1994): Klaus Bergdolf, Der schwarze Tod: Die Große Pest und das Ende des Mittelalters, München 1994.
4. Brathuhn (2003): Sylvia Brathuhn, Hospizbewegung, Geschichte und Entwicklung, in: Christoph Drolshagen (Hrsg.), Lexikon Hospiz, Gütersloh 2003, S. 71.
5. Burgheim (2006): Werner Burgheim, Hospizarbeit – Zurück in die Zukunft mit Qualität, Ideen und Profil, Mering 2006.
6. Dahms (1999): Uljana Dahms, Ehrenamtliche Arbeit in Hospizen. Bestandsaufnahme. Analyse von Konzepten, Hamburg 1999.
7. Dominica (2006): Sister Frances Dominica, A house called Helen..., in: Deutscher Kinderhospizverein e. V. (Hrsg.), Kinderhospizarbeit. Begleitung auf dem Lebensweg. Beiträge der 1. Deutschen Kinderhospiztage 2005, Wuppertal 2006, S. 25-31.
8. Drolshagen (2003): Christoph Drolshagen, Lexikon Hospiz, Gütersloh 2003.
9. Friedrichsdorf et al. (2004): Stefan Friedrichsdorf, Boris Zernikow, Wilma Henkel, Pädiatrische Palliativmedizin, in: Claudia Bausewein, Susanne Roller, Raymund Voltz (Hrsg.), Leitfaden Palliativmedizin, München 2004.
10. Henkel et al. (2003): Wilma Henkel, Andrea Menke, Sandra Brun, Besonderheiten der Palliativbetreuung von Kindern und Jugendlichen, in: Rainer Sabatowski, Lukas Radbruch, Friedemann Nauck et al. (Hrsg.), Hospiz- und Palliativführer 2003. Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland, Neu-Isenburg 2003, S. 63-69.
11. von Jagow/Steger (2005): Bettina von Jagow, Florian Steger, Literatur und Medizin. Ein Lexikon, Göttingen 2005.
12. Jennessen (2006): Sven Jennessen, Schule, Tod und Rituale. Systemische Perspektiven im sonderpädagogischen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer, Oldenburg 2006.
13. Jetter (1966): Dieter Jetter, Die Geschichte des Hospitals, Westdeutschland – von den Anfängen bis 1850. Band 1, Wiesbaden 1966.
14. Jetter (1980): Dieter Jetter, Die Geschichte des Hospitals, Spanien – von den Anfängen bis um 1500. Band 4, Wiesbaden 1980.

⁷¹ Gemäß eines Telefonat mit Sabine Kraft, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Kinderhospiz e. V. am 16.12.2009.

15. Kübler-Ross (2001): Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, München 2001.
16. Lamp (2001): Ida Lamp, Hospizarbeit in Deutschland, in: Ida Lamp (Hrsg.), Hospizarbeit konkret. Grundlagen, Praxis, Erfahrungen, Gütersloh 2001, S. 12-19.
17. Lehmkühl (1996): Gerd Lehmkühl, Chronisch kranke Kinder und ihre Familien, München 1996.
18. Meinig (2008): Sabine Meinig, Wenn Kinder sterben – die Arbeit im Kinderhospiz, Marburg 2008.
19. Murken (1988): Axel Hinrich Murken, Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1988.
20. Niethammer (2004): Dietrich Niethammer, Zum Tode führende Kinderkrankheiten, in: Johann-Christoph Student (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende, Freiburg i. Br. ²2004, S. 111-118.
21. Ohler (1990): Norbert Ohler, Sterben und Tod im Mittelalter, München 1990.
22. Saunders (1991): Cicely Mary Strode Saunders, Leben mit dem Sterben, Bern 1991.
23. Schaffrath (2006) Christine Schaffrath, Kinderhospiz Balthasar: Wie Kinder sterben. Studienarbeit, Norderstedt 2006.
24. Schipperges (1990): Heinrich Schipperges, Die Kranken im Mittelalter, München 1990.
25. Schwarzenberg (2009): Eileen Schwarzenberg, Qualitätsmanagement in sonderpädagogischen Institutionen. Eine qualitative Studie in einem Kinderhospiz, Saarbrücken 2009.
26. Seitz/Seitz (2002): Oliver Seitz, Dieter Seitz, Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven, Herbolzheim 2002.
27. Specht-Tomann/Tropper (1998): Monika Specht-Tomann, Doris Tropper, Wir nehmen jetzt Abschied. Sterbe- und Trauerbegleitung, Düsseldorf 1998.
28. Stähli (2002): Andreas Stähli, Ich will mitfliegen, aber ich habe noch keinen Platz. Reflexion und Erfahrung über Krankheit, Sterben und Tod auf der Palliativstation „Johannes-Hospiz“, München/Münster 2002.
29. Student (1985): Johann-Christoph Student, Hospiz versus „Sterbeklinik“, Wege zum Menschen 37 (1985), S. 260-269.
30. Student (2004a): Johann-Christoph Student, Kinderhospiz, in: Johann-Christoph Student (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende, Freiburg i. Br. ²2004, S. 108-110.
31. Student et al. (2004b): Johann-Christoph Student, Albert Mühlum, Ute Student, Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, München/Basel 2004.
32. Student (2005): Johann-Christoph Student, Wozu brauchen wir Kinder-Hospize?, in: Johann-Christoph Student (Hrsg.), Im Himmel welken keine Blumen. Kinder begegnen dem Tod, Freiburg i. Br. ³2005, S. 108-117.
33. Stuttkewitz (2005): Petra Stuttkewitz, Gelebte Grenzen. Texte aus der Begleitung zweier Kinder in ihrer lebensverkürzenden Erkrankung, Wuppertal 2005.

34. Weiß (1999): Wolfgang Weiß, Im Sterben nicht allein. Hospiz – Ein Handbuch, Berlin 1999.
35. Wingenfeld/Mikula (2002): Klaus Wingenfeld, Marion Mikula, Innovative Ansätze der Sterbebegleitung von Kindern: Das Kinderhospiz Balthasar. Forschungsbericht, Bielefeld 2002.
36. Wunderli (1986): Peter Wunderli, Der kranke Mensch in Mittelalter und Renaissance, Düsseldorf 1986.
37. Zernikow (2008): Boris Zernikow, Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Heidelberg 2008.

Wie das Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie zu seinem Namen kam: Rahmenbedingungen, Motive und interne Kritik¹

Klaus Peter Wahner und Christoph Schweikardt

1. Einleitung

Florence Nightingale (* 1820, † 1910) gilt als eine der bedeutendsten Wegbereiterinnen moderner Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Seit ihrem Einsatz für die Verwundeten des Krimkrieges wird sie als englische Nationalheldin verehrt. Sie besuchte zweimal die Diakonissenanstalt in Kaiserswerth bei Düsseldorf: 1850 für zwei Wochen und 1851 für drei Monate.² Für die Kaiserswerther Diakonie stellen die Aufenthalte Nightingales heute, mehr als 150 Jahre nach den Besuchen der berühmten Engländerin, einen festen Bestandteil ihrer Geschichtsschreibung dar. Welch große Bedeutung die Kaiserswerther Diakonie Florence Nightingale beimisst, davon zeugt unter anderem die Benennung des 1975 eröffneten Krankenhauses. Wie aus den Sitzungsprotokollen des Krankenhausausschusses hervorgeht, war in der frühen Planungsphase beabsichtigt, das entstehende Krankenhaus nach dem Gründer der Kaiserswerther Diakonie, Theodor Fliedner (* 1800, † 1864), zu benennen. Tatsächlich fiel dann im Jahr 1970 die Entscheidung, dem Neubau den Namen „Diakoniekrankenhaus Florence Nightingale“, kurz „Florence-Nightingale-Krankenhaus“, zu geben.³

Welche Motive eine Rolle spielten, die zunächst nahe liegende Benennung nach Fliedner zugunsten seiner „berühmtesten Schülerin“⁴ zu ändern, geht aus den Dokumenten hervor, die in der Zeit der Gebäudeplanung, Grundsteinlegung und Eröffnung entstanden. Je nach Zeitpunkt, Adressat und Verfasser werden dabei verschiedene Interessen der Beteiligten deutlich. Zudem spielen die Rahmenbedingungen, unter denen die Akteure handelten, eine wichtige Rolle.

2. Die Rahmenbedingungen

In der Zeit, in der es zur Entscheidung kam, das neue Krankenhaus nach Florence Nightingale zu benennen, befasste sich der Krankenhausausschuss mit dem Problem,

¹ In diesem Beitrag werden Forschungsergebnisse aus der Dissertation von Klaus Peter Wahner mit dem Titel „Die Bedeutung Anna Stickers für die Traditionsbildung und die Geschichtsschreibung der Kaiserswerther Diakonie: das Beispiel Florence Nightingale“, Ruhr-Universität Bochum, Diss. med., 2008, vorgestellt. Die Dissertation wird im Folgenden mit Wahner (2008) zitiert. Unser Dank gilt Dr. Norbert Friedrich, dem Leiter der Fliedner-Kulturstiftung, und Annett Büttner, M.A., der Archivarin der Fliedner-Kulturstiftung, für ihre Unterstützung bei den Archivrecherchen und ihre Hinweise.

² Nightingale (2004), S. 489-602. Zu Florence Nightingale siehe Nightingale (2001-2009).

³ FA (Archiv der Fliedner-Kulturstiftung (Fliednerarchiv)), DA 154, Sitzung am 11.03.1964; FA, DA, 560, Sitzung am 18.01.1970.

⁴ Sticker (1957), S. 293.

dass aufgrund eines Mangels an Arbeitskräften einzelne Abteilungen des alten Hauses nicht mehr führbar waren. In internen Berichten ist die Rede von „einer sehr ernsten Krise wegen des akuten Mangels an Pflegepersonal“. Auf der internen Männerstation mussten im Jahr 1.969 Betten gestrichen werden, da es „einfach nicht gelungen [ist], trotz zahlreicher Inserate und großer Bemühungen an anderen Stellen ausgebildete Pflegekräfte zu finden, die diese Station übernehmen könnten“.⁵

Dieses Problem war nicht auf die Kaiserswerther Pflegeeinrichtungen beschränkt, sondern galt für die Situation der Pflege bundesweit. Generell bestand in den 1960er und 1970er Jahren ein Mangel an Ausbildungswilligen. Der Mangel an Pflegepersonal wurde noch dadurch verschärft, dass viele Pflegenden schon nach wenigen Jahren ihre Berufstätigkeit wieder beendeten.⁶

Für die Krankenpflege in der Kaiserswerther Diakonie war darüber hinaus noch bedeutsam, dass das Diakonissenamt immer weniger Interessentinnen fand. Gehörten 1955 noch 1.308 Diakonissen dem Kaiserswerther Diakoniewerk an, wovon 899 arbeiteten, 409 sich im Ruhestand befanden (sog. Feierabendschwwestern) und 53 zur Probe aufgenommen waren, so standen im Jahr 1964 nur noch 1.069 Diakonissen im Dienst der Diakonie, wovon 630 arbeiteten und 439 sich im Ruhestand befanden. Die Zahl der Probeschwestern war auf 18 abgesunken.⁷ Dem gegenüber stieg der Anteil ziviler Mitarbeiterinnen – und Mitarbeiter –, welche die ursprünglichen Aufgaben der Diakonissen übernahmen. Nicht zuletzt fand diese Entwicklung Ausdruck in der 1964 erfolgten Umbenennung der Diakonissenanstalt zum Diakoniewerk.⁸

Im Folgenden suchte der Krankenhaus-Ausschuss nach Lösungen für die kritische Personalsituation. In der Sitzung vom 16. April 1969 entschied man über „Sofortmaßnahmen und langfristige Überlegungen, die diesem Mangel abhelfen“ sollten. Konkret sollten dies sein:

- die vermehrte Einstellung von Halbtagskräften (auch mit Kindern),
- die Anwerbungen von Pflegekräften aus dem Ausland,
- die Werbung in Kirchengemeinden,
- die Einstellung von Studenten als Aushilfen,
- die Schaffung von Wohnheimplätzen,
- die Einrichtung von Wohnungen für alleinstehende Frauen mit Kindern.

Ferner sollte „gemeinsam mit der Stadt Düsseldorf versucht werden, eine regionale Werbung von Krankenpflege-Nachwuchs durchzuführen.“⁹

Vor diesem Hintergrund begannen seit Mitte der 1960er Jahre die Planungen für ein neues Krankenhaus der Diakonie. Aus dieser Zeit stammen auch die ersten Zeugnisse, die Überlegungen für die geeignete Namensgebung des neuen Krankenhauses enthalten.

⁵ FA, DA 560, Schreiben der Direktion an den Krankenhausausschuss am 19.03.1969.

⁶ Vgl. Kreutzer (2005), S. 30-33.

⁷ Felgentreff (1998), S. 186.

⁸ Gause/Lissner (2005), S. 17.

⁹ FA, DA 560, Sitzung des Krankenhausausschusses am 16.04.1969.

3. Der Name Florence Nightingale als Ausdruck eines modernen Frauenbildes

Der damalige Vorsteher der Kaiserswerther Anstalt, Dr. Ferdinand Schlingensiepen (* 1929), hielt 1969 auf mehreren Notizzetteln seine Gedanken zur Namensgebung fest.¹⁰ Dabei wird deutlich, dass ihm besonders der Aspekt der Modernität bezüglich des Frauenbildes wichtig erschien. Seine Aufzeichnungen beginnen mit der Aussage, dass das Krankenhaus nicht als ein beliebiger Zweig der Anstalt aufzufassen sei. Vielmehr bilde das Krankenhaus den Kern, das eigentliche Zentrum der Arbeit der Diakonie. Von daher sei es notwendig, dass sein Name „etwas ausdrücken“ müsse. Theodor Fliedners „größtes Verdienst“ sah Schlingensiepen darin, dass Fliedner „jungen Frauen eine M[ö]g[lich]keit zur Betätigung in der Gesellschaft ihrer Zeit eröffnet“ hat. „Unverheiratete Frauen konnten damals keinen Beruf ergreifen.“ Anschließend charakterisierte er Florence Nightingale mit wenigen Worten: „Sie war eine unverheiratete Frau | 30 J alt... | aktiv, intelligent“ und verwies auf ihre Lebensleistung: „In England Schwesternwesen begründet, das vorbildlich ist.“ Daraus entwickelte Schlingensiepen den letzten Absatz, den er nicht ausformulierte, der vielmehr nur die ihm wichtigen Schlagworte nennt:

„Wir können nicht sagen: Wir setzen uns wieder an die Spitze...

VERSUCH

Aber auch wir wollen...

modern sein

Berufsbild der Schwester...

Krankenpflege in unserer Zeit.

Anknüpfen ans Alte

Blick in die Zukunft

Name: FL N.¹¹

Erkennbar wird in Schlingensiepens Aufzeichnungen – gerade im letzten Abschnitt durch die Begriffe „Berufsbild der Schwester“ und den Anspruch der Modernität – das Bemühen, die fortschrittliche Rolle der Frau als wesentlichen Anteil der Kaiserswerther Pflege herauszustellen. Er beschreibt Florence Nightingale als junge Frau mit Eigenschaften, die als Identifikationsmöglichkeit heutiger Schwestern dienen sollten. Darüber hinaus war sich Schlingensiepen angesichts der damaligen Situation auch der Werbewirksamkeit des großen Namens bewusst.

4. Die Benennung des Krankenhauses nach Florence Nightingale als politisches Symbol

Die Möglichkeit, durch die Benennung des Krankenhauses, die Aufnahme der Bauarbeiten und die spätere Eröffnung einen Werbeeffekt in der Öffentlichkeit zu erzielen, wurde in den folgenden Monaten weiterentwickelt. Besonders deutlich wird dies durch

¹⁰ FA, DA 532, handschriftliche Notiz von Ferdinand Schlingensiepen, vor dem 27.10.1969 entstanden, in siebenseitigem Konvolut von der Hand Schlingensiepens.

¹¹ Ebd.

die Planungen zur Grundsteinlegung des neuen Hauses. Die Veranstaltung wurde vom Direktorium gezielt auch als Werbemaßnahme geplant. In Schlingensiepens Notizen finden sich zwei kurze Vermerke in direkter Nachbarschaft: „12.5.1970 = 150 Geb.“ und „Kr[an]k[en]h[aus] Grundsteinleg[un]g im Frühsommer 1970 durch Persönlichkeit des öff[entl]ich[en]. L[e]b[en]s. in E[ngland].“¹² Hier entstand somit einerseits die Idee, die Grundsteinlegung auf den 150. Geburtstag Florence Nightingales zu legen, also die Veranstaltung dadurch aufzuwerten, und andererseits hierfür eine bekannte Persönlichkeit aus England einzuladen, die das neu entstehende Krankenhaus durch ihre Medienwirksamkeit nachhaltig in die Öffentlichkeit tragen sollte.

Um welche Persönlichkeit es sich dabei handeln sollte, stand spätestens im Oktober 1969 fest. In einer vertraulichen Mitteilung schrieb Schlingensiepen:

„Der 12. Mai 1970 würde sich als der 150. Geburtstag von Florence Nightingale als Tag der Grundsteinlegung für das neue Krankenhaus geradezu anbieten. Wir haben in der Direktion in Kaiserswerth einen Plan ins Auge gefasst, der vielleicht reichlich kühn wirkt, aber nicht undurchführbar sein dürfte: wir möchten Prinzessin Anne, die Tochter der englischen Königin bitten, die Grundsteinlegung vorzunehmen.“¹³

Gleich im Anschluss daran machte Schlingensiepen deutlich, worin der Nutzen des Besuchs aus der Sicht des Direktoriums lag: „Durch die ‚publicity‘, die ein solcher Festakt mit sich bringen würde, würde der Blick vieler junger Menschen auf die Ausbildungsmöglichkeiten gelenkt werden, die es in Kaiserswerth mit seinen sozialpädagogischen und pflegerischen Einrichtungen gibt.“¹⁴

Die Absicht, die Grundsteinlegung auf den symbolträchtigen 12. Mai 1970 zu legen, ließ sich nicht verwirklichen – jedenfalls dann nicht, wenn sie durch die Prinzessin erfolgen sollte. Wie aus einem Brief des Auswärtigen Amtes hervorgeht, war ihr ein Besuch an diesem Tag in Kaiserswerth nicht möglich. Lediglich ein späterer Termin konnte angeboten werden.

Vor die Wahl gestellt, entweder den Krankenhaus-Grundstein am 150. Geburtstag der Namensstifterin zu legen oder ein Mitglied des englischen Königshauses hierzu verpflichtet zu können, entschied sich die Direktion für letzteres. Der Besuch von Prinzessin Anne versprach eine deutlich höhere Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und erwies sich als überaus günstige Gelegenheit, für das Haus und seine Mitarbeiter zu werben.

Wie sehr der Besuch der Prinzessin Anne für diesen Zweck genutzt wurde, zeigt auch eine Notiz über den Ablauf der Feierlichkeiten. Schlingensiepen legte danach besonderen Wert darauf, dass auf den Pressebildern des Tages der hohe Besuch gemeinsam mit Schwestern des Krankenhauses zu sehen sein sollte: „Publicity so, dass unsere Schwestern, insbes. jg. Schwestern u. Schwesternschülerinnen ins Bild kommen.

¹² FA, DA 532, Handschriftliche Notiz von Ferdinand Schlingensiepens, in siebenseitigem Konvolut von der Hand Schlingensiepens.

¹³ FA, DA 532, Vertrauliches Schreiben von Ferdinand Schlingensiepen an Bischof Scharf, Berlin, Oktober 1969.

¹⁴ Ebd.

Passat zu einer 19j. [d. i. Prinzessin Anne] wohl auch am besten“.¹⁵ Hier zeigt sich deutlich die Absicht, bei jungen Menschen außerhalb der Anstalt Interesse für das Haus zu wecken. Doch noch ein weiteres Ziel verfolgte Schlingensiepen. Für den Ablauf der Grundsteinlegung beabsichtigte er, potentielle Förderer des Diakoniewerks einzuladen und für eine Unterstützung zu gewinnen, was durch die Anwesenheit der Prinzessin aussichtsreicher erschien: „Beteiligung von Menschen, die wir für unseren Freundeskreis gewinnen sollten. Das muss geschmackvoll sein.“¹⁶

Nach außen, besonders aber gegenüber dem Königshaus in England, wurden verständlicherweise andere Motive für die Benennung des Krankenhauses nach Florence Nightingale und die Einladung der Prinzessin genannt. Hier rückten die historische und politische Dimension der Arbeit Nightingales und ihrer Beziehung zu Kaiserswerth in den Vordergrund. Gegenüber dem deutschen Botschafter in London gab Schlingensiepen die Linie vor, die es dem englischen Königshaus ermöglichen sollte, in der Grundsteinlegung in Deutschland eine Bedeutung zu erkennen, die einen Besuch rechtfertigen konnte. Schlingensiepen verwies dazu zum einen auf Florence Nightingales Wirkung in England. Indem er aber auch auf die internationale Bedeutung der diakonischen Arbeit hinwies, wollte er zeigen, dass die Grundsteinlegung in Deutschland keineswegs nur ein regionales Ereignis darstellte. Er beschrieb die Arbeit des Kaiserswerther Diakoniewerkes als völkerverbindende Kraft und hob damit den Bau des neuen Krankenhauses auf eine politisch-symbolische Ebene, die eine Einladung der Prinzessin rechtfertigte:

„Der Vorstand des Diakoniewerkes Kaiserswerth möchte mit der Namensgebung nicht nur Florence Nightingale, sondern auch die von ihr geschaffene Tradition des Schwesternwesens in Großbritannien ehren und zum Ausdruck bringen, dass diakonische Arbeit auch heute eine völkerverbindende Kraft hat.“¹⁷

5. Die Benennung des Krankenhauses nach Florence Nightingale in Würdigung ihrer pflegehistorischen Bedeutung

Im Brief an den Botschafter ist ein Argument für die Namensgebung die Leistung Nightingales für die Entwicklung der Krankenpflege in England. Dieser historische Aspekt erscheint in den offiziellen Verlautbarungen zur Grundsteinlegung als Hauptmotiv. Im Text der Einladungskarte kann man lesen:

„Florence Nightingale hat vor über 100 Jahren bei Theodor Fliedner in Kaiserswerth die entscheidenden Impulse für ihr Lebenswerk empfangen. Wenn wir unser neues Krankenhaus nach ihr nennen, möchten wir damit die Begründerin des neuzeitlichen Krankenpflegewesens ehren, deren Geist noch heute in tausenden von Krankenpflegeschulen in aller Welt lebendig ist.“¹⁸

¹⁵ FA, DA 532, Undatierte Notiz von der Hand Schlingensiepens.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ FA, DA 532, Brief Schlingensiepens an den deutschen Botschafter in London, Karl-Günther von Hase, vom 23.02.1970.

¹⁸ FA, DA 532, Einladungskarte zur Grundsteinlegung am 26. Juni 1970.

Auch in einem mit dem Britischen Konsulat vereinbarten Kommuniké vom März 1970 steht Florence Nightingale im Vordergrund, die Benennung wird rein als ein Akt der Ehrung dargestellt, ohne damit eine Aussage über das aktuelle Pflegeleitbild oder die Modernität des Hauses zu treffen:

„Die Mitarbeiter haben sich entschlossen, das neue Krankenhaus Diakoniekrankenhaus Florence Nightingale zu nennen. Sie wollen damit das Andenken einer Engländerin ehren, die sich weltweite Verdienste um das Krankenpflegewesen erworben hat. Sie wird allgemein ‚die Mutter des Krankenpflegewesens‘ genannt. Florence Nightingale, deren 150. Geburtstag am 12. Mai dieses Jahres begangen wird, hat 1850 und 1851 in Kaiserswerth gearbeitet und dabei wesentliche Impulse für ihre Lebensarbeit von Theodor Fliedner, dem Begründer der Kaiserswerther Anstalten, empfangen.“¹⁹

Beide Texte betonen einen „wesentlichen“ Einfluss Kaiserswerths auf Florence Nightingale mit einem deutlichen Selbstbewusstsein. Gemeint sind die Einflüsse während zweier Besuche Florence Nightingales in Kaiserswerth in den Jahren 1850 und 1851.²⁰

Der Anlass der Namensgebung wird vor diesem Hintergrund mit dem Wirken Nightingales allgemein begründet. Angesichts des ‚staatstragenden‘ Vorgangs um die Grundsteinlegung präsentiert sich die Kaiserswerther Diakonie in den Dokumenten dieser Zeit nach außen eher zurückhaltend.

6. Der Name Florence Nightingale als Ausdruck eines Pflegeleitbildes

Einen anderen Schwerpunkt bei der Begründung für die Namensgebung setzte Schlingensiepen fünf Jahre später bei der Eröffnung des Krankenhauses im Juni 1975. Hier verband er mit dem Namen Florence Nightingale einen Anspruch an die Qualität der Pflege und besonders der Ausbildung. Florence Nightingale sei die berühmteste Schülerin der Anstalt gewesen, schrieb Schlingensiepen. Doch nicht deshalb trage das Krankenhaus ihren Namen, „sondern weil er ein Programm bedeutet, das Programm, um die bestmögliche Ausbildung bemüht zu sein, Mißstände aufzudecken u. zu überwinden und bei der Arbeit im Krankenhaus dem Menschen in seiner Ganzheit von Leib und Seele zugewandt zu sein.“²¹

Auch vier Jahre später, anlässlich der Enthüllung einer Büste Florence Nightingales, stellte Schlingensiepen die Benennung des Krankenhauses weniger als Ehrung, sondern in erster Linie als Auftrag dar. Florence Nightingale habe als erste gefordert, dass die Bemühung um die Krankenpflege nie still stehen dürfe, und „weil es uns auch um dieses Erbe ging, weil wir zu denen gehören möchten, die konsequent weiter-

¹⁹ FA, DA 532 „Mit dem Britischen Konsulat vereinbartes Kommuniké“ der Anstaltsleitung vom 14.03.1970.

²⁰ Siehe hierzu Wahner (2008), S. 72-103.

²¹ FA, DA 532, Undatierter handschriftlicher Entwurf der Eröffnungsrede.

denken, nicht stehen bleiben bei dem einmal Erreichten, haben wir das Krankenhaus nach F. N. genannt.“²²

Ein anderer Aspekt tritt noch hinzu. Nun wird der Name Florence Nightingales auch als Ausdruck des Traditionsbewusstseins der Kaiserswerther Anstalt beschrieben. Die Büste in der Eingangshalle des Krankenhauses, so Schlingensiepen in der Enthüllungsrede, solle mit „Stolz“ darauf verweisen, dass „die Grundgedanken“ des Nightingaleschen Lebens aus Kaiserswerth stammten. So könne man von der Büste sagen, „1. K²werth ist ein Ort, von dem die Welt einmal gelernt hat. 2. Kais. ist ein Ort, der dabei nicht stehen bleibt. Wir lernen weiter. Wir sind auf dem Weg.“²³

Hier deutet sich eine Auffassung an, die den Namen Florence Nightingale als eine Art Programm versteht und bis in die Gegenwart fortwirkt. Der Kaiserswerther Lehrer für Krankenpflege Klaus Dabringhausen beschrieb 1993 das Wirken der Eheleute Fliedner und „ihre[r] beste[n] Schülerin“ Florence Nightingale als Beginn der modernen, neuzeitlichen Krankenpflege. Nightingale habe eine Pflegelehre entwickelt, die auch in der Gegenwart noch Gültigkeit für die Krankenpflege beanspruchen könne. Dieser Umstand schlage sich direkt im Pflegeleitbild der Kaiserswerther Diakonie nieder: „Die Florence-Nightingale-Krankenanstalten des Diakoniewerkes Kaiserswerth berücksichtigen die Aussagen ihrer Namensträgerin in dem mit den Pflegenden gemeinsam entwickelten Pflegeverständnis.“²⁴

Cornelia Coenen-Marx, die Vorsteherin des Diakoniewerks von 1998 bis 2004, beschrieb das Verhältnis der Diakonie zu Florence Nightingale im Jahr 2001 so:

„Die Kaiserswerther Diakonie ehrt ihre große Schülerin mehr noch als durch die Namensgebung durch ihren Umgang mit Patienten, durch Ausbildung, Fachlichkeit und Berufsethos der Pflegenden, durch Organisationsentwicklung und politischen Einsatz.“²⁵

7. Interne Kritik an der Namensgebung

Nicht alle Mitglieder der Kaiserswerther Diakonie sahen die Namensgebung des neuen Krankenhauses nach Florence Nightingale und die damit verbundene Selbstdarstellung positiv. Eine kritische Haltung nahm die Diakonisse Anna Sticker (* 1902, † 1995) ein. Sticker arbeitete für mehr als drei Jahrzehnte in der Bibliothek und im Archiv der Kaiserswerther Diakonie. Sie verstand sich selbst als Geschichtsschreiberin dieser protestantischen sozial-karitativen Einrichtung und veröffentlichte zahlreiche Beiträge über

²² FA, Nachlass Anna Sticker, Karton 3, Ordner „FN“. Nachträgliche Notiz von Anna Sticker auf einem an sie gerichteten Brief der Diakonissenanstalt vom 22.05.1979 [Anna Sticker zitiert hier aus dem Gedächtnis Schlingensiepens Aussagen].

²³ FA, Nachlass Anna Sticker, Karton 3, Ordner „FN“. Nachträgliche Notiz von Anna Sticker auf einem an sie gerichteten Brief der Diakonissenanstalt vom 22.05.1979 [Anna Sticker zitiert hier aus dem Gedächtnis Schlingensiepens Aussagen].

²⁴ Dabringhausen (1993), S. 755.

²⁵ Coenen-Marx (2001), S. 7.

die Entstehung der Diakonie und den Beitrag der Diakonissen zur Entwicklung der Krankenpflege.²⁶

Auch das Bild von der Beziehung Nightingales zu Kaiserswerth hat Sticker wesentlich mitgeformt. In zahlreichen Veröffentlichungen beschrieb sie, welchen vermeintlichen Nutzen Nightingales aus dem Kontakt mit der Diakonissenanstalt für ihren weiteren Weg ziehen konnte, so unter anderem in ihrem Hauptwerk „Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege“²⁷ aus dem Jahr 1960 und in ihrer Ansprache anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde an sie im Jahr 1972.²⁸ Mit ihrer betont feministisch gefärbten Darstellung der Krankenpflegegeschichte und ihren kritischen Meinungen zu den patriarchalischen Strukturen des Diakonissenwerkes geriet sie in der Gemeinschaft der Diakonissen in eine von ihr oft beklagte Außenseiterposition.

Im Nachlass Stickers findet sich ein Briefentwurf, der – im Namen Nightingales geschrieben – eine deutliche Kritik am Vorgang der Benennung und darüber hinaus am Stellenwert der Ausbildung innerhalb des neuen Hauses zeigt. Für Stickers Autorenschaft des maschinenschriftlichen Dokumentes sprechen neben dem vom Archiv vermerkten Zusatz „stammt von Schw. Anna Sticker“ und seiner Einordnung in Stickers Schwesternakte vor allem inhaltliche Aspekte: Die Autorin zeigt darin eine genaue Kenntnis der Diakonieinterna, die formulierten Thesen zur Krankenpflege entsprechen Stickers bekannten Argumentationen, und schließlich lässt das etwas unbeholfen wirkende Englisch auf die nicht muttersprachliche Autorin schließen. Sticker beschrieb mit dem Brief die angebliche Reaktion Nightingales auf die Benennung des neuen Krankenhauses in Kaiserswerth. Der einseitige, maschinenschriftliche Brief unter dem Datum vom 20. April 1970 und der Absenderadresse „10 South Street, London“ trägt am Ende sogar Nightingales Unterschrift.²⁹ Adressiert ist der Brief mit „Dear Sir“. Eine genauere Angabe macht Sticker nicht, doch aus dem Geschriebenen ergibt sich, dass der Brief an die Anstaltsleitung gerichtet ist. Abgesendet oder veröffentlicht wurde der Brief nie.

Zu Beginn gab Sticker/Nightingale ihrem Erstaunen darüber Ausdruck, dass das neue Krankenhaus ihren Namen tragen solle, und zwar deshalb, weil die Pflege im England des 19. Jahrhunderts sich grundsätzlich von der Diakonissenpflege jener Zeit unterschieden habe. Sticker führte das nicht näher aus, aber aus der Beschäftigung mit ihren Texten geht hervor, dass sie die Diakonissenpflege auf einem ungleich schlechteren Niveau verortete als die Nightingale-Pflege und die Benennung eines Kaiserswerther Krankenhauses mit dem Namen Nightingales daher als unangemessen erscheinen musste. So ist die folgende Aussage zu verstehen, nach der die Namensgebung sicherlich nur als *Impuls* auf die deutsche Pflege Sinn erhalte. Sie stellte dann die Frage, ob es in Kaiserswerth überhaupt Schwestern gebe, die Pflegemodelle aus Kanada, England oder Schweden kennengelernt hätten. Auch warf sie die Frage auf, ob sich der

²⁶ Zu Sticker siehe ihre autobiographische Skizze Sticker (1992) sowie Wolff (1997).

²⁷ Sticker (1960).

²⁸ Sticker (1972).

²⁹ FA, Schwesternakte Anna Sticker, Schreiben im Namen Florence Nightingales, 1 Blatt im Format DIN-A 4, maschinenschriftlich mit handschriftlichen Zusätzen.

Entwurf des Krankenhauses an den modernen Konzepten orientiere, wie sie andernorts, zum Beispiel in Frankfurt am Main verwirklicht worden seien (und implizierte damit, dass dem nicht so sei). Die rhetorischen Fragen beantwortete sie mit einer weiteren: „Wenn nicht, sind Sie berechtigt, dem Krankenhaus meinen Namen zu geben?“³⁰

Sticker brachte hier eine deutliche Kritik an der Planung des Hauses zum Ausdruck, außerdem am Bildungsstand des Pflegepersonals, das mit dem Standard der Nightingale-Pflege nicht mithalten könne. Sticker benutzte den Begriff der Nightingale-Pflege als Inbegriff für zeitgenössische moderne Pflegekonzepte und setzte diesen in einen scharfen Gegensatz zur gegenwärtigen Kaiserswerther Pflege, wodurch sie das aus ihrer Sicht bestehende Modernisierungsdefizit letzterer betonte. Sie schuf damit die Basis für ihre Forderungen an die Ausgestaltung der Pflegeschule des neuen Krankenhauses nach ihren Vorstellungen, die sie im weiteren Verlauf des Briefes darlegte.

Zudem beschäftigte Sticker sich mit der Finanzierung der Pflege. Voraussetzung für eine Pflege im Sinne Nightingales sei die finanzielle Unabhängigkeit vom Krankenhausträger oder öffentlichen Geldern, wie es mit der Nightingale-Foundation gelungen sei. Sticker räumte ein, dass es in Kaiserswerth eine gute Pflegeschule gebe, doch sei diese finanziell zu schlecht ausgestattet. Die Voraussetzung dafür, dass sie ihren Namen zur Benennung eines Krankenhauses „hergebe“, sei jedoch eine ausreichende, unabhängige finanzielle Basis für die Ausbildung.

Abschließend ging Sticker auf die Auslandsarbeit des Diakoniewerkes ein, besonders auf die Schule Talitha Kumi. Sticker schrieb, sie (als Florence Nightingale) sei Zeugin der Gründung gewesen, als Theodor Fliedner 1851, im Jahr von Florence Nightingales zweitem Besuch in Kaiserswerth, die Gründung dieses Kinderheims für arabische Mädchen durch Entsendung von vier Diakonissen nach Jerusalem initiierte. Sticker warf in ihrem Brief der Diakonieleitung vor, dass Talitha Kumi in der Gegenwart des Jahres 1970 keiner diakonischen Arbeit im eigentlichen Sinn mehr entspreche, sondern ein politisch motiviertes Projekt geworden sei. Das hierfür aufgebrauchte Geld solle besser für die Pflegeschule in Kaiserswerth verwendet werden: „That would be in my name, which you will write on your new hospital.“³¹

Sticker, so kann man den Brief zusammenfassen, war nicht einverstanden mit der Konzeption des neuen Hauses in Bezug auf die Pflege. Sie bemängelte bei der baulichen Gestaltung die fehlende Orientierung an modernen Vorbildern, die fehlende finanzielle Unabhängigkeit für die Weiterentwicklung der Pflege und die mangelnde finanzielle Ausstattung der Pflegeschule. Dies sah sie als Folge einer Haushaltspolitik, die ihre Prioritäten anders setzte, als es im Sinne Nightingales erforderlich wäre. Nightingale, so wollte Sticker verdeutlichen, hätte ihren Namen nicht zur Verfügung gestellt für ein Haus nach der Planung und mit dem Stellenwert der Pflege, wie es in Kaiserswerth seit 1970 entstand.

³⁰ FA, Schwesternakte Anna Sticker, Schreiben im Namen Florence Nightingales: „[...] if not, are you warranted to set my name upon the hospital?“ (unsere Übersetzung ins Deutsche).

³¹ Ebd.

8. Schlussbemerkungen

In Deutschland sind nur wenige Krankenhäuser nach Krankenschwestern benannt. Es gibt das nach der Gründerin der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands benannte Agnes-Karll-Krankenhäuser in Schwartau³² und Laatzen³³. Das Kaiserswerther Diakoniekrankenhaus ist das einzige bekannte Florence-Nightingale-Krankenhaus in Deutschland und besitzt so von seinem Namen her ein Alleinstellungsmerkmal. Anna Stickers Kritik weist darauf hin, dass der Name Florence Nightingale im Namen eines Krankenhauses, wenn er ernst genommen wird, mit einem hohen Anspruch verbunden ist: moderner Pflege dort eine zentrale Bedeutung zuzumessen und, einem Ideal nachstrebend, eine hohe Qualität der pflegerischen Versorgung in diesem Krankenhaus zu gewährleisten. Nicht zuletzt bezieht sich der Name eines Krankenhauses, wenn er nicht als rein historisch verstanden wird, auch auf das Selbstverständnis seiner Mitarbeiter und damit das Leitbild der Institution.

Was bedeutet es nun, dass das neue Kaiserswerther Krankenhaus nach Florence Nightingale und nicht, wie in der Frühphase der Planungen beabsichtigt, nach Theodor Fliedner benannt wurde? Eine Benennung nach dem Gründer der Kaiserswerther Diakonie hätte eher auf die Geschichte der Diakonie verwiesen. Denn dem neuen Großprojekt der Diakonie Fliedners Namen zu geben, hätte Ausdruck der Würdigung seiner Leistungen sein können. Stattdessen fiel die Entscheidung zugunsten Florence Nightingales, was im Gegensatz zur Betonung der Diakoniegeschichte die Pflegegeschichte in den Vordergrund rückt. Wäre bei einer Benennung nach Fliedner im Vergleich zu der Erinnerung an den evangelischen Theologen der Bezug zur Pflegegeschichte eher untergeordnet gewesen, so ist er bei einer Benennung nach der berühmten „Begründerin der modernen Krankenpflege“ bestimmend.

In ihren *Notes on Nursing* von 1860 hat Nightingale Anforderungen an den Charakter und die Kompetenzen der Schwester formuliert. Sie betonte dabei neben dem zu erwerbenden Fachwissen auch die hohe Verantwortung gegenüber den Kranken und eine notwendige Organisationsgabe sowie die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich. Besonders wichtig war Nightingale neben dieser professionellen Seite der Schwesterntätigkeit die innere Haltung der Pflegerinnen. Sie sah die Krankenpflege als eine religiös motivierte Liebestätigkeit am Nächsten, der eine Berufung vorausgehe – ohne diese Berufung solle die Pflegetätigkeit nicht ausgeübt werden.³⁴ Mit dieser religiösen Fundierung des Berufsbildes der Krankenschwester stand Nightingale dem Gedanken der Diakonie nahe. Bei ihrer Arbeit in Kaiserswerth war sie von der religiös motivierten Arbeitsgemeinschaft der Diakonissen stets am stärksten beeindruckt, wie beispielsweise aus einer ihrer Notizen vom 24. September 1897 hervorgeht.³⁵ Über den fachlich-pflegerischen Anspruch und die weiteren von Schlingensiepen genannten Argumente hinaus passt also die Namensgebung des Diakoniekrankenhauses nach

³² Siehe Helios Kliniken GmbH.

³³ Siehe Klinikum Region Hannover GmbH.

³⁴ Siehe z. B. Nightingale (1996), S. 155, 164 u. 165.

³⁵ Nightingale (2004), S. 307.

Florence Nightingale sehr gut zu einer Krankenversorgung mit christlichem Anspruch, gerade in einer Zeit, in der die Bindung der Bevölkerung an christliche Gemeinschaften abnimmt.

Quellen

Archiv der Fliedner-Kulturstiftung Düsseldorf-Kaiserswerth (Fliednerarchiv (FA))

Akte DA 154, Krankenhausausschuss 1964-1969

Akte DA 532, Grundsteinlegung und Einweihung Florence-Nightingale-Krankenhaus 1969-1975

Akte DA 560, Sitzungsprotokolle Vorstands und Tätigkeitsausschuss 1969-1976

Nachlass Anna Sticker, 7 Kartons

Schwesternakte Anna Sticker

Literatur

1. Coenen-Marx (2001): Cornelia Coenen-Marx, Den Traum von der Pflege wahr-machen, in: Kaiserswerther Diakonie (Hrsg.), Florence Nightingale. Kaiserswerth und die Britische Legende. Zum 150jährigen Jubiläum der Erstveröffentlichung von Florence Nightingales Bericht über die Diakonissenanstalt Kaiserswerth und ihrer Ausbildung in Kaiserswerth, Düsseldorf 2001, S. 4-7.
2. Dabringhausen (1993): Klaus Dabringhausen, Der Name verpflichtet: Die Florence Nightingale-Krankenanstalten Diakoniewerk Kaiserswerth, Die Schwester/Der Pfleger 32 (1993), S. 749-755.
3. Felgentreff (1998): Ruth Felgentreff, Das Diakoniewerk Kaiserswerth 1836-1998. Von der Diakonissenanstalt zum Diakoniewerk – ein Überblick. Heimat- und Bürgerverein Kaiserswerth, Düsseldorf 1998 (= Kaiserswerther Beiträge, 2).
4. Gause/Lissner (2005): Ute Gause, Cordula Lissner (Hrsg.): Kosmos Diakonissen-mutterhaus. Geschichte und Gedächtnis einer protestantischen Frauengemein-schaft, Leipzig 2005.
5. Helios Kliniken GmbH: Helios Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau. <http://www.helios-kliniken.de/klinik/bad-schwartau.html> (gesehen: 20.07.2009).
6. Klinikum Region Hannover GmbH: Agnes-Karll-Krankenhaus Laatzen, <http://www.krh.eu/akl.php> (gesehen: 20.09.2008).
7. Kreutzer (2005): Susanne Kreutzer, Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauen-beruf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945, Frankfurt a. Main 2005.
8. Nightingale (2001-2009): Florence Nightingale, Collected Works. Hrsg. von Lynn McDonald et al., 13 Bände, Waterloo/Ontario 2001-2009.
9. Nightingale (2004): Florence Nightingale, Collected Works. Hrsg. von Lynn McDonald, Band 7, Florence Nightingale's European Travels, Waterloo/Ontario, 2004.

10. Nightingale (1996): Florence Nightingale's Notes on Nursing. Edited with an Introduction, Notes and Guide to Identification by Victor Skretkowitz. Revised, with additions, London 1996.
11. Sticker (1954): Anna Sticker, Florence Nightingale und Kaiserswerth, Die Innere Mission 44 (1954), S. 302-309.
12. Sticker (1957): Anna Sticker, Kontinentale Diakonie, Die Innere Mission 47 (1957), S. 290-304.
13. Sticker (1960): Anna Sticker, Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Deutsche Quellenstücke aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1960.
14. Sticker (1967): Anna Sticker, Das Diakoniewerk Kaiserswerth. Seine geschichtliche Entwicklung von 1836-1966, Kaiserswerth 1967.
15. Sticker (1972): Anna Sticker, Experiment und Tradition in der 140jährigen Geschichte des Diakoniewerkes Kaiserswerth. Promotionsansprache gehalten am 5. Juli 1972 in Bonn, Deutsche Krankenpflegezeitschrift 12 (1972), S. 655-661.
16. Sticker (1992): Anna Sticker, Außenseiterin und doch geborgen. D. h. c. Anna Sticker. Diakonisse des Kaiserswerther Mutterhauses, zum 90. Geburtstag am 28. März 1992. Hrsg. vom Vorstand des Diakoniewerks Kaiserswerth. Kaiserswerther Diakonie, Kaiserswerth 1992, S. 3-34.
17. Wahner (2008): Klaus Peter Wahner, Die Bedeutung Anna Stickers für die Traditionsbildung und die Geschichtsschreibung der Kaiserswerther Diakonie: Das Beispiel Florence Nightingale, Ruhr-Universität Bochum, Diss. med., 2008.
18. Wolff (1997): Horst-Peter Wolff, Anna Sticker, in: Horst-Peter Wolff (Hrsg.), Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Who was who in nursing history. Band 1, Berlin 1997, S. 198.

Zur Entwicklung der „Sektionsdebatte“ im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes¹

Gesa Fischer, Christoph Schweikardt und Stephanie Kaiser

1. Einleitung

„Klinische Obduktionen: Fehlendes Bewusstsein für Erkenntniswert“ – so betitelte Petra Bühring ihren Beitrag im Deutschen Ärzteblatt am 11. November 2005.² Anlass war die vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer erarbeitete und am 26. August 2005 vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossene Stellungnahme zur „Autopsie“.³ Mit diesem Dokument reagierte die Bundesärztekammer auf die seit dem Zweiten Weltkrieg immer weiter abnehmende Sektionsrate in deutschen Krankenhäusern.

„Die vorliegende Stellungnahme [...] soll dazu beitragen, innerhalb der Ärzteschaft aber auch in der Bevölkerung ein Bewusstsein für die Folgen der sinkenden Autopsierate zu schaffen und deren Ursachen entgegenzuwirken,“⁴

so der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Jörg-Dietrich Hoppe, sowie der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, Peter C. Scriba, in ihrem Vorwort. Nach der Überzeugung führender Experten erklärt sich diese Notwendigkeit aus dem Umstand, dass die postmortale Sektion der qualitativen Überprüfung medizinischer Behandlungspfade dient, die Kontrolle der Wirksamkeit konventioneller und neuer Therapieformen erlaubt und deren Nebenwirkungen oder das Erkennen neuer Krankheitsentitäten erschließt, sowie zur Aufdeckung von Erbkrankheiten führen kann.⁵ Durch ihren Erkenntniswert stellen die Sektionen eine „zentrale Säule“ für die „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ dar.⁶

Von der Stellungnahme existiert eine Kurzfassung, die als Abdruck im Deutschen Ärzteblatt an prominenter Stelle platziert wurde.⁷ Die Zeitschrift ist *das* Standesblatt der ärztlichen Profession in Deutschland, das approbierte Ärzte verpflichtend beziehen. Deshalb ist diese von besonderem Interesse, um Diskussionen innerhalb der Ärzte-

¹ Dieser Beitrag wurde im Rahmen des von der VW-Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Tod und toter Körper – Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ im Teilprojekt III *Medizingeschichte und Medizinethik* (Leitung: Dominik Groß, Universitätsklinikum der RWTH Aachen) verfasst.

² Bühring (2005), S. A3057.

³ Die Begriffe Sektion, Autopsie, Obduktion und innere Leichenschau werden häufig synonym gebraucht. Vgl. auch Kap. 2 des vorliegenden Beitrags.

⁴ Hoppe/Scriba (2005), S. A3537.

⁵ Vgl. Groß/Schäfer (2007), S. 70; Becker (1986), S. 6; Dietel (2007), S. 137.

⁶ Crusius et al. (2005b), S. 4.

⁷ Crusius et al. (2005a). Die *Langfassung* ist auf der Homepage der Bundesärztekammer frei verfügbar, www.baek.de/downloads/autlang.pdf (gesehen: 03.09.2010).

schaft zu verfolgen.⁸ Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, inwieweit es im Deutschen Ärzteblatt eine Auseinandersetzung mit der Stellungnahme zur „Autopsie“ und im weiteren Sinne mit dem aufgrund der sinkenden Obduktionsraten gesehenen Handlungsbedarf gibt.

Vorangestellt wird eine Definition der drei verschiedenen Sektionsarten (Kapitel 2) und deren Einordnung in zeitliche und soziale Entwicklungslinien (Kapitel 3). Eine Erörterung der Argumentationslinien pro und contra Sektion sowie der daraus resultierenden Forderungen, wie sie in der Stellungnahme zur „Autopsie“ dargestellt werden, schließt sich an (Kapitel 4). Im fünften Kapitel werden die Beiträge im Deutschen Ärzteblatt zur Obduktion, die sich mit der in der Stellungnahme der Bundesärztekammer angesprochenen, gesundheitspolitischen Problematik der niedrigen Sektionsquote auseinandersetzen, untersucht. Die Beziehungen der Debatte um die äußere Leichenschau⁹ zur Obduktion im Deutschen Ärzteblatt ist Gegenstand des sechsten Kapitels. Die empirische Grundlage bilden dabei Artikel im Online-Archiv des Deutschen Ärzteblattes, die im Zeitraum zwischen 1996 und August 2010 erschienen. Der Aufsatz wird komplettiert durch eine Zusammenführung der Ergebnisse (Kapitel 7).

2. Begriffsklärung: Sektionsarten

Die Stellungnahme zur „Autopsie“ unternimmt zunächst eine Begriffsklärung:

„Sektionen (innere Leichenschau) sind die ärztliche, fachgerechte Öffnung einer Leiche, die Entnahme und Untersuchung von Teilen sowie die äußere Wiederherstellung des Leichnams. Sie dienen der Qualitätssicherung und Überprüfung ärztlichen und pflegerischen Handelns im Hinblick auf Diagnose, Therapie und Todesursache, der Lehre und Ausbildung, der Epidemiologie sowie der medizinischen Forschung.“¹⁰

Hierbei werden die klinische Sektion, die anatomische Sektion und die gerichtliche beziehungsweise rechtsmedizinische (auch forensische) Sektion unterschieden. Als *klinische Sektion* definiert sie

„die letzte ärztliche Handlung im Rahmen der medizinischen Behandlung der Patienten. Dazu gehört auch die sogenannte ‚Verwaltungssektion‘, die im Rahmen

⁸ Die folgenden Ausführungen basieren auf den vorläufigen Ergebnissen eines Promotionsprojektes von Gesa Fischer, das am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen durchgeführt und von Christoph Schweikardt wissenschaftlich betreut wird, und schließt an eine Printmedienanalyse von Stephanie Kaiser an. Vgl. Kaiser (2010).

⁹ Unter der äußeren Leichenschau versteht man die Untersuchung der sterblichen Überreste eines Menschen zur Feststellung des Todes und zur Bestimmung dessen Ursachen und der näheren Umstände durch äußerliche Betrachtung. Es ist vorgeschrieben, hierzu die Leiche vollständig zu entkleiden. Bei ungeklärter oder nichtnatürlicher Todesursache besteht Meldepflicht an die Behörde, worauf sich eine innere Leichenschau anschließen kann. Vgl. Bundesärztekammer (o. J.).

¹⁰ Crusius et al. (2005b), S. 5.

der postmortalen Untersuchung von Todesfällen, die sich plötzlich und unerwartet oder unter unklaren Bedingungen ereignet haben, durchgeführt wird.¹¹

Die *anatomische Sektion* wird von dieser als „die Zergliederung von Leichen oder Leichenteilen in anatomischen Instituten zum Zwecke der Lehre und Forschung über den Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers“¹² abgegrenzt.

„Die *gerichtliche Sektion* ist in der Strafprozessordnung geregelt und erfolgt im beehrdlichen Auftrag. Sie dient zur Klärung der Frage, ob jemand eines nicht-natürlichen Todes gestorben ist, ob ein Verschulden Dritter in Betracht kommt und zur Sicherung von Beweisunterlagen für einen eventuellen Strafprozess.“¹³

3. Die historische Einordnung der Sektion

Die Stellungnahme zur „Autopsie“ der Bundesärztekammer schlägt einen Bogen von den antiken Hochkulturen bis ins 20. Jahrhundert. Die erste Sektion einer menschlichen Leiche im christlichen Abendland wurde der Überlieferung zufolge im Jahre 1111 von dem norwegischen König Sigurd Jorsalfar (* 1090, † 1130) an einem seiner verstorbenen Gefolgsleute zur Klärung der Todesursache angeordnet.¹⁴ Im deutschen Sprachraum ist für 1591 der Fall der nach langer und schwerer Krankheit verstorbenen Tochter eines Kölner Schuhmachers dokumentiert, deren Verwandte um eine Obduktion baten, um die Umstände ihres Todes zu erfahren.¹⁵

Der langen Tradition von Sektionen stellen die Autoren dann die deutlich gesunkene gesellschaftliche Akzeptanz in der jüngeren Vergangenheit gegenüber. Die Epoche des „Dritten Reiches“ – unter anderem hatten Anatomen sich die Verbrechen der Nationalsozialisten für ihre Forschung zunutze gemacht¹⁶ – habe dazu beigetragen, dass heutzutage das Persönlichkeitsrecht des einzelnen Individuums vielfach deutlich höher eingestuft werde als der potentielle Nutzen von Sektionen für die Gemeinschaft.¹⁷

Weitere Ursachen seien die seit dem Zweiten Weltkrieg festzustellenden Phänomene einer zunehmenden gesellschaftlichen Tabuisierung und Verdrängung von Sterben und Tod. Der Umgang mit dem toten Körper sei in die Zuständigkeit von speziell ausgebildeten Berufsgruppen übergegangen, wobei den Bestattern die Aufgabe zugekommen sei, entsprechende Vorkehrungen für den Leichnam zu treffen.¹⁸

Demgegenüber führten Thomas Macho und Kristin Marek eine „neue Sichtbarkeit des Todes“¹⁹ ins Feld, die sie mit Beispielen für die Präsenz toter Körper in Aus-

¹¹ Ebd.

¹² Ebd., S. 5.

¹³ Ebd. [Hervorhebung der Verfasser dieses Buchbeitrages].

¹⁴ Vgl. ebd., S. 20. Vgl. auch Groß/Schäfer (2007), S. 61.

¹⁵ Vgl. Crusius et al. (2005b), S. 20f.

¹⁶ Vgl. Schweikardt (2005), S. 60.

¹⁷ Vgl. Crusius et al. (2005b), S. 21: Die Autoren weisen auf ein wichtiges Spannungsfeld hin, nämlich die Gewichtung von sozial- und individualethischen Argumenten.

¹⁸ Vgl. Rosentreter/Groß (2010), S. 77.

¹⁹ Macho/Marek (2007).

stellungen, TV-Serien, Bildern stützen. Zudem gab es Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizin, die den Verstorbenen als Ressource für die Lebenden verfügbar machten: Der zunehmende Erfolg der Transplantationsmedizin seit den 1960er Jahren führte dazu, dass die Öffentlichkeit mit dem Ansinnen konfrontiert wurde, den eigenen Körper nach dem Tod für die Übertragung von Organen und Geweben zur Verfügung zu stellen und sich dadurch mit der eigenen Sterblichkeit auseinanderzusetzen. Besonders großes Aufsehen erregte die Ausstellung „Körperwelten“ von Gunther von Hagens, einem ehemaligen Anatomen des Anatomischen Instituts der Universität Heidelberg, die 1995 in Japan das erste Mal eröffnet wurde und im Winter 1997/1998 nach Deutschland kam.²⁰

Nach dem Zweiten Weltkrieg war eine anhaltende Tendenz sinkender Obduktionsquoten in Deutschland zu beobachten. Die Stellungnahme zur „Autopsie“ nannte in diesem Zusammenhang für die Rate an klinisch-pathologischen Sektionen einen Rückgang von 10 Prozent im Jahr 1980 auf 3,1 Prozent im Jahr 1999.²¹ Dieser Rückgang war der Ausgangspunkt für den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer, als Zielsetzung eine Obduktionsrate von 30 Prozent der Todesfälle in Krankenhäusern auszugeben²² und in diesem Zusammenhang die Argumente pro und contra Sektion zu diskutieren.

4. Argumentationslinien und Forderungen der Bundesärztekammer

4.1 Pro sectione

Entsprechend der Zielsetzung der Stellungnahme zur „Autopsie“, der Obduktion ein höheres Gewicht in der Praxis zu verleihen, wurden die Argumente pro und contra Obduktion zum einen summarisch in Anhang 1 in einer Gegenüberstellung aufgelistet, zum anderen auf die große Wichtigkeit der Sektion hingewiesen. Als zentrales Argument, das auch in Besprechungen im Deutschen²³ und im Hessischen Ärzteblatt seinen Niederschlag fand,²⁴ wurde in diesem Zusammenhang angeführt:

„In ca. 15 % aller Todesfälle in Krankenhäusern besteht eine Diskrepanz zwischen klinischer Hauptdiagnose und Sektionsbefund, die mit Folgen für Therapie und Überleben der Patienten einhergeht.“²⁵

Doch die Abweichungen seien noch größer:

„In weiteren ca. 20 % der Sektionen ergeben sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen klinischer Hauptdiagnose und Sektionsbefund, allerdings ohne Konsequenzen für die Therapie und das Überleben der Patienten.“²⁶

²⁰ Vgl. Kriz (1999), S. 7.

²¹ Vgl. Crusius et al. (2005b), S. 20.

²² Vgl. ebd., S. 44.

²³ Vgl. Bühring (2005), S. A3057.

²⁴ Vgl. Möhrle (2005), S. 829-830.

²⁵ Crusius et al. (2005b), S. 15.

²⁶ Ebd.

Hieraus resultiere zwingend die Notwendigkeit, die Sektionsfrequenz zu erhöhen, denn sonst könne die „ethisch und ökonomisch gebotene Selbstkontrolle der Medizin“ nur unzureichend gewährleistet werden.²⁷ Als Erkenntnisquelle den bildgebenden Verfahren überlegen, seien die klinischen Sektionen als Voraussetzung für den medizinischen Fortschritt und die stringente Qualitätskontrolle der Arbeit der Ärzte nicht ersetzbar.²⁸

Der Befürchtung, die Kosten für die Krankenhäuser würden durch eine höhere Sektionsrate steigen, setzten die Autoren entgegen, dass durch das DRG-System²⁹ mit einer entsprechenden Berücksichtigung der Pauschalen in den Folgejahren sich die Kosten für das einzelne Hospital auf lange Sicht nicht erhöhen würden.³⁰ Für den behandelnden Arzt sei die klinische Sektion vorteilhaft, da auf diese Weise Rechtssicherheit im Falle eventueller Vorwürfe der Falschkodierung oder gegenüber unberechtigter Schadensersatzansprüche geschaffen werde.³¹ Auch die Hinterbliebenen könnten davon profitieren, wenn durch eine Sektion vererbare Erkrankungen aufgedeckt werden oder sich Ansprüche aus Versicherungen ergäben.

Mehrfach wurden der Nutzen von Obduktionen für epidemiologische Erkenntnisse, die Zuverlässigkeit der Krankheits- und Todesursachenstatistik, die Gesundheitsökonomie sowie die Gerichtsmedizin zur Aufdeckung unerkannter Mordfälle betont – und somit der mit der Sektion verbundene gesellschaftliche Nutzen.

4.2 *Contra sectionem*

Argumente gegen eine höhere Sektionsrate wurden dagegen nur wenige gegeben, wobei deutlich wird, dass die Autoren sie nicht für stichhaltig hielten. Die Argumente widersprachen teilweise den bereits gegebenen pro-Argumenten. Als Kostenargument wurde genannt, der Einsatz der Mittel werde angesichts der finanziell angespannten Lage besser für (Vorsorge-) Maßnahmen an den Lebenden aufgewendet.³² Des Weiteren fänden sich mit Blick auf die Kliniker die mögliche Ersetzbarkeit durch moderne Diagnosemethoden und das vornehmlich wissenschaftliche Interesse der Ärzte. Kein prinzipielles, sondern ein dem Ablauf von Obduktionen in der Praxis geschuldetes Argument war mangelnde Informierung der Angehörigen über die Durchführung klinischer Sektionen und ihr Ergebnis. Es wurden die Verletzung des Pietätsempfindens, Entwürdigung, religiöse Gründe, die Beeinträchtigung der Totenruhe und der Trauerrituale angeführt, und dem das Argument des „letzte[n] ärztliche[n] Dienst[es] am Verstorbenen“ sowie die Aussage, „Sektionen werden heutzutage so organisiert, dass sie die Trauerrituale nicht verletzen“, gegenübergestellt.³³

²⁷ Ebd.

²⁸ Vgl. ebd., S. 6 u. 17.

²⁹ Hier ist das für die Krankenhäuser geltende pauschalisierte Entgeltsystem „Diagnosis Related Groups“ gemeint. Vgl. AOK (o. J.).

³⁰ Vgl. Crusius et al. (2005b), S. 18f.

³¹ Vgl. ebd., S. 20.

³² Vgl. ebd., S. 48.

³³ Ebd., S. 49.

Nicht thematisiert wurde, dass eine Obduktion auch im Gegensatz zum unmittelbaren Interesse von Beteiligten stehen kann. Einem behandelnden Arzt, der durch die Obduktion eine Bestätigung seiner Fehler befürchten muss, könnte ohne eine offene Fehlerkultur in der Abteilung daran gelegen sein, dass keine Obduktion durchgeführt wird.

4.3 Forderungen

Die Stellungnahme zur „Autopsie“ beinhaltet einen besonders detailliert ausgearbeiteten und mit der Autorität der Bundesärztekammer ausgestatteten Forderungskatalog, der sich an die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen wandte. Zur Erreichung einer höheren Sektionsrate seien Patienten, Angehörige, Krankenkassen, Gesetzgeber und Ärzte gleichermaßen gefordert. Konkrete Anliegen seien die Einführung einer „Sektionspflicht“ für die Medizinstudenten, die Einbindung von Autopsien und klinisch-pathologischen Konferenzen in die ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie die Schaffung eines Obduktionsregisters.³⁴ Zudem solle in Informations- und Aufklärungskampagnen sowie in die Schulung von ärztlichen Berufsanfängern hinsichtlich des Umgangs mit Angehörigen von Verstorbenen investiert werden.³⁵ Ferner wurde gefordert, die Sektionen realistisch zu vergüten und für alle Bundesländer einheitliche rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen.³⁶

Bei ihren Forderungen gingen die Autoren von der nur fragmentarischen Regelung der rechtlichen Grundlagen von klinischen Sektionen aus. Die Regelungskompetenz liegt bis heute bei den einzelnen Bundesländern, bundeseinheitliche Regelungen existieren nicht.³⁷

Mit ihrer Forderung nach einem Obduktionsgesetz griff die Bundesärztekammer ein Anliegen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie auf, die bereits seit Jahrzehnten ein Sektionsgesetz gefordert hatte.³⁸ Auch nachdem Berlin 1996 als erstes Bundesland ein eigenes Sektionsgesetz verabschiedet hatte, blieb die sinkende Obduktionsfrequenz ein Schwerpunkt der Auseinandersetzung mit der Sektion, die sich auch im Deutschen Ärzteblatt widerspiegelt. Einen zweiten Schwerpunkt bildeten die als Misere empfundenen Regelungen und die Praxis der äußeren Leichenschau im Zuge der Todesfeststellung durch niedergelassene Ärzte. Hier wurde die innere Leichenschau als Nebenaspekt diskutiert, nämlich in der Frage, wann ein Leichnam der Obduktion zugeführt werden sollte. Diese beiden Gesichtspunkte werden in den folgenden Kapiteln näher betrachtet.

³⁴ Vgl. ebd., S. 45f.

³⁵ Vgl. ebd. S. 47.

³⁶ Vgl. ebd.

³⁷ Vgl. Crusius et al. (2005b), S. 37f.: Offengelassen wurde, auf welche Weise diese Gesetze zustande kommen sollten, ob über einen Staatsvertrag der Bundesländer oder 16 Landesgesetze.

³⁸ Vgl. Höpker/Wagner (1998), S. A1596.

5. Die Debatte um ein Sektionsgesetz und die Resonanz auf die Stellungnahme zur „Autopsie“ im Deutschen Ärzteblatt

In den späten 1990er und frühen 2000er Jahren thematisierten drei Fachartikel die Problematik der sinkenden Obduktionsquote und der unbefriedigenden Rechtslage in Deutschland. Zwei Artikel wurden unter der Federführung von Pathologen verfasst und hatten insbesondere die klinische Sektion im Blick, ein Beitrag aus der Sicht von Rechtsmedizinern thematisierte die Rechtslage in Deutschland.³⁹ Zur Rechtsmedizin erschien außerdem ein Beitrag unter der Rubrik „Themen der Zeit“.⁴⁰ Unterstützung erhielt das Anliegen, eine höhere Sektionsquote zu erreichen, von der Redaktion des Deutschen Ärzteblatts, die zwei Beiträge beisteuerte.⁴¹ Außerdem wurde ein Bericht unter der Rubrik „Aktuell“ über den Rückgang der Obduktionen in Berlin publiziert.⁴²

Den Pathologen lag insbesondere die klinische Sektion am Herzen. 1998 – zwei Jahre nachdem Berlin als erstes Bundesland ein eigenes Sektionsgesetz verabschiedet hatte – forderte Wilhelm-Wolfgang Höpker vom Institut für Pathologie des Allgemeinen Krankenhaus in Barmbeck – der gleichzeitig Vorsitzender des Arbeitskreises Pathologie der Bundesärztekammer war – die anstehende Zertifizierung von Krankenhäusern auch von der Obduktionsfrequenz abhängig zu machen, die Kosten der klinischen Obduktion über einen eigenen Titel abzurechnen, um die Selbstkontrolle von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten nicht durch zusätzlich aufgebürdete Kosten zu verhindern, von Seiten der Kostenträger ambulante klinische Obduktionen vorzusehen und die Möglichkeit der Weiterbildung in klinischen Fächern auch an die Obduktionsfrequenz zu koppeln.⁴³ Die Stärkung dieses wichtigen Qualitätssicherungsinstruments sei dringlich:

„Für 1995 wird bei einer Bevölkerung von 79 Millionen Einwohnern und circa 857.000 Verstorbenen von höchstens 10.000 klinischen Obduktionen ausgegangen: Obduktionsfrequenz somit knapp über 1 Prozent. Der Berufsverband Deutscher Pathologen schätzt für 1998 nochmals einen erheblichen Rückgang der klinischen Obduktionen.“⁴⁴

Anhand einer eigenen Studie, die unzureichende klinische und vor allem vorklinische Diagnostik von Infektionskrankheiten erbrachte, unterstrich er die Forderung des Arbeitskreises „Pathologie“ nach einem – nach Möglichkeit bundeseinheitlichen – Sektionsgesetz.⁴⁵

³⁹ Vgl. Höpker/Wagner (1998); Schwarze/Pawlichko (2003); Dettmeyer/Madea (2002).

⁴⁰ Vgl. Loose (1999): Nicht berücksichtigt werden in diesem Zusammenhang Beiträge, die Sensationen in den Medien geschuldet waren, wie beispielsweise die öffentlichen Sektionen des Plastinators Gunther von Hagens und das Auffinden des Gehirns der Terroristin Ulrike Meinhof.

⁴¹ Vgl. Gerst (1999); EB (2000).

⁴² Vgl. Anonym (2001).

⁴³ Vgl. Höpker/Wagner (1998), S. A1599f.

⁴⁴ Ebd., S. A1596f.

⁴⁵ Vgl. ebd., S. A1596.

1999 publizierte der Redakteur des Deutschen Ärzteblatts Thomas Gerst einen Beitrag mit dem Titel „Aufklärung tut not“. Anlass war die Befassung der Medien mit der Obduktion: Vorausgegangen war ein Skandal in England, nach welchem toten Kindern Organe entnommen wurden, ohne dass die Eltern über den Sachverhalt genau aufgeklärt wurden. Daraufhin präsentierte das ARD-Magazin „Panorama“ die gleiche Thematik in Deutschland. Gerst besprach in diesem Zusammenhang nicht nur die rechtlichen Regelungen und die Problematik des Angehörigengesprächs, sondern auch die Sektionsquote in Deutschland, die derzeit auf ein Prozent geschätzt würde, während sie 1985 noch bei 5,6 Prozent gelegen habe.⁴⁶ Viel „zu wenig“, so der Redakteur und nannte die hohe Zahl – nämlich 40 Prozent der Todesfälle in den Krankenhäusern – bei denen die klinische und die pathologisch-anatomische Diagnose nicht übereinstimmen.⁴⁷ Hierbei unterschied Gerst jedoch nicht zwischen den Fällen, in denen die bei der Obduktion erhaltenen Diagnosen (wenn bekannt) ein anderes weiteres Vorgehen bei der Behandlung hätten nach sich ziehen müssen, und solchen, bei denen dies irrelevant gewesen wäre.

Ein weiterer redaktioneller Beitrag im folgenden Jahr argumentierte differenzierter. Der Verfasser nannte zunächst das nachlassende Interesse der Kliniker aufgrund höherer Diagnosesicherheit, die sich aus modernen Verfahren der Labormedizin, der Molekularbiologie und der Immunologie ergebe, sowie der bildgebenden Verfahren und der Endoskopie, und fuhr fort:

„Etwa 35 bis 40 Prozent der in den europäischen Universitätskliniken als todesursächlich vermuteten pathogenetischen Prozesse – lautet eine weitere Annahme – stehen in deutlicher Diskrepanz zum Ergebnis klinischer Obduktionen. In diesen Fällen seien die klinischen Diagnosen nicht völlig falsch, aber doch korrekturbedürftig, ergänzungsbedürftig und insgesamt verbesserungswürdig. [...] Pathologen, Epidemiologen, Juristen und Versicherungen weisen darauf hin, dass die jetzige Situation negative Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben wird, und drängen auf eine Trendwende. Verbreitet werden Obduktionsraten von 30 Prozent aller Verstorbenen zur Qualitätssicherung in einem entwickelten Gesundheitswesen gefordert.“⁴⁸

Auch für die Rechtsmedizin wurde Ende der 1990er Jahre Handlungsbedarf signalisiert. Vorgestellt wurden 1999 das Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf und sein Leiter.⁴⁹ Obwohl die Rechtsmedizin als Zweig der Wissenschaft immer wichtiger werde, halte Deutschland – was die Obduktionsfrequenz angehe – den internationalen Minusrekord. Beklagt wurde, dass Jahr für Jahr bis zu 18.000 nicht natürliche Todesfälle als natürliche deklariert würden und mehr als 6.000 ärztliche Kunstfehler nicht erkannt oder vermerkt würden.⁵⁰

⁴⁶ Vgl. Gerst (1999), S. A3281f.

⁴⁷ Vgl. ebd., S. A3282.

⁴⁸ EB (2000), S. A797.

⁴⁹ Vgl. Loose (1999), S. A408-410.

⁵⁰ Vgl. ebd., S. A410.

2002 skizzierten die Rechtsmediziner Reinhard Dettmeyer und Burkhard Madea vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn die Rechtslage und postulierten, eine zufriedenstellende Regelung des Obduktionswesens werde nur möglich sein, wenn dem Bund – wie beim Transplantationsrecht – die Gesetzgebungskompetenz zugewiesen werde. Ohne eine entsprechende Grundgesetzänderung – Erweiterung des Art. 74 GG wie beim Transplantationsrecht – müssten die Landesgesetzgeber handeln.⁵¹

Ernst-Wilhelm Schwarze vom Pathologischen Institut des Klinikums Dortmund publizierte gemeinsam mit Jörg Pawlitschko 2003 die Ergebnisse einer Befragung im Jahr 2000. 35 Pathologische Institute von Universitäten beziehungsweise Kliniken in Deutschland wurden 35 Instituten kommunaler, öffentlicher Krankenhäuser mit jeweils mehr als 500 Betten in einer vergleichbaren regionalen Verteilung gegenübergestellt und zusätzlich das Pathologische Institut des Klinikums Dortmund GmbH (allerdings nur mit dem Teilbereich Klinikum Mitte) miteinbezogen. Hierbei wurden die Sektionen von Erwachsenen, definiert als Personen älter als 14 Jahre, erfasst. Zu den wichtigsten Ergebnissen gehörte, dass die Autopsierate für eine valide Qualitätssicherung nicht ausreiche und dass kommunale Krankenhäuser deutlich seltener obduzierten als Universitätskliniken:

„Die Sektionsfrequenz im Jahr 2000 betrug in den Universitätskliniken 10,1 Prozent bis 47,4 Prozent und 2,7 Prozent bis 52,8 Prozent in den kommunalen Krankenhäusern mit einem Median von 23,3 Prozent respektive 13,3 Prozent [...]“⁵²

Es gebe zudem ein „individuell verschiedenes Verhalten und eine in den Kliniken differente Haltung gegenüber der klinischen Sektion“⁵³. Die Forderung, dass alle verstorbenen Kranken seziiert werden sollten, sei bei Assistenzärzten deutlich seltener anzutreffen als bei erfahreneren und in der Hierarchie höhergestellten Ärzten.⁵⁴

Die sechs zu den 1998 bis 2003 publizierten Beiträgen veröffentlichten Leserbriefe stimmten dem Anliegen, die Sektionsquote zu erhöhen, überwiegend zu.⁵⁵ Als aus Lesersicht wichtige Ursachen für die sinkende Sektionsquote wurden die Belastung des Arzt-Patient- beziehungsweise Arzt-Angehörigen-Verhältnisses und die Kosten, die ausschließlich vom behandelnden Krankenhaus getragen werden müssten, beige-steuert.⁵⁶ Ratschläge lauteten daher, das Sterbegeld der Krankenkassen sinnvoller für Obduktionen einzusetzen⁵⁷ und finanzielle Anreize für die Kostenträger zu schaffen.⁵⁸

Entgegen der Annahme, dass die Stellungnahme zur „Autopsie“ 2005 die Diskussionen über die niedrigen Sektionszahlen in Deutschland neu anfachen und befeuern würde, fand die Bekanntmachung kein großes Echo im Deutschen Ärzteblatt.

⁵¹ Vgl. Dettmeyer/Madea (2002), S. A2314.

⁵² Schwarze/Pawlitschko (2003), S. A2803.

⁵³ Vgl. ebd., S. A2804.

⁵⁴ Vgl. ebd., S. A2807.

⁵⁵ Vgl. Richter-Turtur (2000); Höpfner (2000); Friemann (2002); Ody (2004); Finck (2004).

⁵⁶ Vgl. Richter-Turtur (2000), S. A340.

⁵⁷ Vgl. Höpfner (2000), S. A340.

⁵⁸ Vgl. Friemann (2002), S. A3396.

Lediglich *ein* redaktioneller Beitrag griff die Stellungnahme auf, fasste die Ergebnisse zusammen und wies auf die Verfügbarkeit der Kurzfassung auf der Homepage des Deutschen Ärzteblattes hin.⁵⁹ Des Weiteren wurde lediglich ein Leserbrief zu dieser Meldung der Redaktion veröffentlicht. Der Leser nahm darauf Bezug, dass nach seiner Erinnerung früher Ärzte, die keine Pathologen waren, Sektionen vorgenommen hätten, so wie auch er selbst im Jahre 1952. Die wenigen Fälle, in denen die Todesursache nicht gefunden wurde, hätten Anlass dazu gegeben, für klinische Sektionen einen Professor mit seinem Team von weither zu engagieren. Dies habe zur Folge gehabt, dass man auf Dauer die Kosten und Umstände solcher Obduktionen zu vermeiden suchte.⁶⁰ In der Zeitschrift fand ansonsten weder eine Reflexion der Inhalte noch eine Bewertung der Veröffentlichung der Bundesärztekammer statt.

Auch zu dem 2006 erschienenen Beitrag von Rechtsmedizinerinnen um Burkhard Madea zum Thema „Verwaltungssektionen. Dringende Notwendigkeit“ wurden keine Leserbriefe publiziert. Als Vorbilder führten die Autoren England und Österreich an. In England würden dem *Coroner* – der für gerichtsmedizinisch relevante und unklare Todesfälle zuständige amtliche Leichenbeschauer – eine Vielzahl von Fallkategorien gemeldet: Mord, Totschlag, Kindstötung, Beihilfe zum Suizid, Tötung im Straßenverkehr, Suizide, Unfälle, Todesfälle im Polizeigewahrsam und Gefängnis, Todesfälle in Zusammenhang mit medizinischer Behandlung, Todesfälle in Zusammenhang mit Vernachlässigung (von Seiten des Arztes, des Pflegepersonals), plötzliche Todesfälle, wenn der Patient während der letzten 14 Tage nicht in ärztlicher Behandlung war, bei unklarer Todesursache und/oder Zweifeln an einer natürlichen Todesursache. Weiterhin seien Todesfälle meldepflichtig nach Abtreibung, Vernachlässigung, Unterkühlung, Alkoholismus, Vergiftung sowie bei Verstorbenen, die eine Kriegsrente oder Berufsunfähigkeitsrente bezogen haben, Todesfälle von Kindern, darunter Totgeburten, und Todesfälle in Pflegeheimen für geistig Behinderte sowie in Waisenhäusern. Bei 145.600, also 80 Prozent der 1985 gemeldeten 182.000 Todesfälle, sei eine Obduktion angeordnet und durchgeführt worden.⁶¹ In Österreich würden etwa 34 Prozent aller Todesfälle obduziert, und zwar dank einer Gesetzgebung, die eine sanitätspolizeiliche Obduktion auf Antrag des Totenbeschauarztes im Auftrag des Gesundheitsamtes (Stadt) oder der Bezirksverwaltungsbehörde (Land) zulasse.⁶²

Madea und seine Kollegen stellten Maximalforderungen: Alle unklaren Todesfälle sollten Verwaltungssektionen zugeführt werden – sowohl Todesfälle im Krankenhaus als auch außerhalb, wobei die Situation außerhalb als besonders düster geschildert wurde:

„Da die Übereinstimmung und Diskrepanz klinisch und autopsisch festgestellter Todesursachen mit dem Sterbeort korrelieren, ist es außerordentlich bedenklich, dass die Sektionsfrequenz für zu Hause oder im Heim Verstorbene gegen null Prozent tendieren dürfte. Es wäre gerade im Interesse der Ärzteschaft, der die

⁵⁹ Vgl. Bühring (2005), S. A3057.

⁶⁰ Vgl. Ochmann (2006), S. A36.

⁶¹ Vgl. Madea et al. (2006), S. A916f.

⁶² Vgl. ebd., S. A918.

systemimmanenten Mängel des Leichenschauwesens [...], vor allem Verknennung nichtnatürlicher Todesfälle, angelastet werden, wenn die medizinisch unklaren Todesfälle einer behördlichen Obduktion mit dem ausschließlichen Ziel der Klärung der Todesursache zugeführt würden.“⁶³

Besagte Mängel des Leichenschauwesens waren bereits teils heftig im Deutschen Ärzteblatt debattiert worden. Dabei wurde, wie im folgenden Kapitel zu zeigen sein wird, die Pflicht zur Vornahme von Leichenschauen unter den gegebenen Umständen von vielen in der Primärversorgung tätigen Ärzten als Zumutung empfunden.

6. Die Obduktion in der Debatte um die äußere Leichenschau

Die Debatte um die äußere Leichenschau flackerte zunächst 2001 auf, nachdem die Bundesärztekammer eine Empfehlung zur gemeinsamen Abrechnung von Leichenschau und Wegegeld sowie Besuchspauschale revidiert hatte.⁶⁴ Dabei spielte die Obduktion noch keine Rolle.

Im Jahr 2002 erstellte die Bundesärztekammer einen Gesetzentwurf für die äußere Leichenschau,⁶⁵ die 2003 unter dem Titel „Qualität mangelhaft“ im Deutschen Ärzteblatt besprochen wurde. Die Journalistin Martina Merten verwies in diesem Zusammenhang auf Lothar Hermann, Mitglied des Bundes Deutscher Kriminalbeamter und Kommissar am Frankfurter Polizeipräsidium. „Während seiner damaligen Tätigkeit im Morddezernat habe er die Erfahrung gemacht, dass die meisten Allgemeinmediziner überfordert gewesen seien.“⁶⁶ Als Ausweg plädierte der Rechtsmediziner Bernd Brinkmann dafür, einen amtlichen Leichenbeschauer wie in England einzuführen. Die Anzahl der Obduktionen sei dort dementsprechend höher.⁶⁷ Merten schloss mit den Worten:

„Trotz aller Vorschläge und Initiativen hält sich die Begeisterung Brinkmanns in Grenzen. Viele der Bemühungen habe es bereits vor 30 Jahren gegeben, geändert hätte sich dagegen nichts. Mit diesem Thema könne sich die Politik eben keine Lorbeeren verdienen.“⁶⁸

In einem Leserbrief getitelt „Sparzwänge verhindern Obduktionen“ führte ein Leser ein Beispiel aus seiner Notarztztätigkeit an: Ein unbekannter Toter sei auf einer Parkbank aufgefunden worden, und er sei mit dem Ansinnen des Amtsarztes konfrontiert worden, eine natürliche Todesursache aufzuschreiben oder den behandelnden Arzt ausfindig zu machen, um eine Todesursache zu ermitteln.⁶⁹ Ersteres war eindeutig eine Aufforderung zu ungesetzlichem Verhalten, was der Leserbriefschreiber, wie er mitteilte, ablehnte und die Entscheidung dem Amtsarzt überließ.

⁶³ Ebd. S. A916.

⁶⁴ Vgl. Bundesärztekammer (2001).

⁶⁵ Vgl. Bundesärztekammer (2002).

⁶⁶ Merten (2003), S. A2558.

⁶⁷ Vgl. ebd.

⁶⁸ Ebd.

⁶⁹ Vgl. Ahland (2004), S. A174.

Als eine Analyse und Kritik der „Misere der ärztlichen Leichenschau“ veröffentlichten Burkhard Madea und Reinhard Dettmeyer 2003 eine ausführliche Übersicht zur Praxis der Leichenschau, in der nicht nur Unzulänglichkeiten, sondern auch strukturelle Mängel zur Sprache kamen. Auch eine Checkliste zur Durchführung von Leichenschauen wurde geboten. Zu dem Beitrag wurden elf zum Teil sehr emotionale Leserbriefe und ein Schlusswort der beiden Rechtsmediziner abgedruckt.

Die Rechtsmediziner kritisierten, ihre Arbeit beinhalte die Dokumentation eklatanter Fehlleistungen. Schätzungen ergäben „mindestens 11.000 nicht natürliche Todesfälle. Darunter würden 1.200 Tötungsdelikte pro Jahr nicht erfasst, da sie als natürliche Todesfälle deklariert würden.“⁷⁰ Der „Görlitzer Studie“ zufolge, bei der im Zeitraum 1986 bis 1987 nahezu 100 Prozent der Verstorbenen obduziert werden konnten, habe sich in 48 Prozent der Fälle keine Übereinstimmung zwischen Leichenschau- und Obduktionsdiagnosen ergeben.⁷¹ Doch schlampigst durchgeführte Leichenschauen blieben weitgehend sanktionslos.⁷²

Anstoß bei den Lesern erregte die folgende Passage:

„Dabei sollte bedacht werden, dass gerade bei ambulant verstorbenen Patienten, bei denen niedergelassene Ärzte die Leichenschau durchführen, die Dunkelziffer nicht erkannter nichtnatürlicher Todesfälle groß ist und es bei dieser Fallkategorie kaum die Möglichkeit eines späteren Korrektivs durch eine klinische beziehungsweise gerichtliche Obduktion gibt, mithin auch Tötungsdelikte unentdeckt bleiben können. Die Forderung des Gesetzgebers nach sorgfältiger Durchführung der Leichenschau an der unbedeckten Leiche zur Attestierung eines natürlichen Todes ist daher im Interesse der Rechtssicherheit unbedingt Genüge zu tun.“⁷³

Dem hielten praktisch tätige Ärzte Erfahrungen aus ihrem Alltag entgegen. Beklagt wurden zum einen das Fehlen eines Honorars bei Sozialhilfeempfängern⁷⁴ und verwirrende Abrechnungsgrundlagen.⁷⁵ Zudem wurden Rachegeleüste des Verursachers nach Feststellung des gewaltsamen Todes⁷⁶ und die Distanzierung von Angehörigen und anderer Dorfbewohner vom Arzt genannt, weil man es gewagt habe, am natürlichen Tod zu zweifeln.⁷⁷ Ein Leser schrieb, in 17-jähriger Praxistätigkeit habe er nur ein einziges Mal Hinterbliebene erlebt, die eine Obduktion wünschten.⁷⁸ Auch die Leichenschau an dem Arzt nicht bekannten Verstorbenen sei problematisch.⁷⁹ Ebenso angeführt wurden leidlich bekannte Beeinflussungsversuche der Kripo, die Todesursache –

⁷⁰ Madea/Dettmeyer (2003), S. A3161.

⁷¹ Vgl. ebd., S. A3175.

⁷² Vgl. ebd., S. A3161.

⁷³ Ebd., S. A3168.

⁷⁴ Vgl. Fuchs (2004), S. A1173.

⁷⁵ Vgl. Schoeneich (2004), S. A1173f.

⁷⁶ Vgl. ebd.

⁷⁷ Vgl. Bärenz (2004), S. A1176.

⁷⁸ Vgl. ebd., S. A1176f.

⁷⁹ Vgl. ebd., S. A1176.

trotz Unklarheiten – doch als natürlich zu klassifizieren.⁸⁰ Mehrfach wurde in den Leserbriefen eine amtliche Leichenschau gefordert.⁸¹

Im Schlusswort konzidierten Madea und Dettmeyer „objektive Überforderung“ der Allgemeinmediziner und plädierten dafür, über die Entkopplung von Todesfeststellung und eigentlicher Leichenschau nachzudenken. Es sollte jeweils ein zweiter amtlicher Leichenschauer zur Verfügung stehen, damit er unabhängig von persönlichen, wirtschaftlichen und räumlichen Interessenkollisionen sei. Zudem schlug das Schlussplädoyer unter der Rubrik „strukturelle Defizite“ den Bogen zu einer gesetzlichen Festschreibung der Obduktion:

„Künftige Reformbemühungen mit dem Ziel eines bundeseinheitlichen Sektionsgesetzes sollten daher sicherstellen, dass der medizinisch unklare Todesfall (keine Todesursache feststellbar, Todesart daher nicht geklärt) unabhängig von Ermittlungen der Polizei und Staatsanwaltschaft, einer medizinischen Klärung durch eine Verwaltungsobduktion zugeführt wird.“⁸²

Drei Jahre danach war für die äußere Leichenschau ein Verfahren zur Abstimmung unter den Ländern in Gang gekommen. Im Jahr 2007 plädierte die 78. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister der Bundesländer, die am 28. und 29. Juni 2007 in Berlin stattfand, für eine Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau.⁸³ Dieses Vorgehen war der Redakteurin für Gesundheits- und Sozialpolitik des Deutschen Ärzteblatts einen Beitrag mit dem Titel „Ein Fall für den Spezialisten?“ wert. Über die Forderung der nordrhein-westfälischen Justizministerin, dass künftig nur speziell qualifizierte Ärzte zur Durchführung einer Leichenschau berechtigt sein sollten, wurde ebenso berichtet wie von Überlegungen, eine zweite – also von der Todesfeststellung getrennte – Leichenschau durch solch qualifizierte Ärzte durchführen zu lassen. Eine Alternative sei, dass jeder Arzt immer eine gründliche erste Leichenschau durchführe.⁸⁴ Das Echo in drei Leserbriefen war geteilt: Ein Pathologe stimmte der Forderung einer zweiten Leichenschau zu und sprach sich zudem für mehr Verwaltungsobduktionen bei unklaren Todesfällen aus. Seine Folgerung lautete: „Beides kostet Geld, qualifiziertes Personal ist nicht ausreichend vorhanden [...] Angesichts dieser Situation bleibt nur eine bittere Erkenntnis: Tote haben keine Lobby.“⁸⁵ Ein Arzt warnte aufgrund eigener schlechter Erfahrungen davor, eine Leichenschau durchzuführen, wenn man nicht in der dazu notwendigen körperlichen Verfassung sei, denn man benötige „körperliche Fitness im Handling des unkooperativen Untersuchungsobjekts“.⁸⁶ Ein weiterer Leser erinnerte daran, dass es bis in die 1960er Jahre beispielsweise in Baden-Württemberg Laien-Leichenschauer gegeben habe, die ihre Sache sehr

⁸⁰ Vgl. Lüders (2004), S. A1177.

⁸¹ Vgl. Mengersen (2004), S. A1174; Köhl (2004); S. A1175; Fischer (2004); S. A1176; Bärenz (2004), S. 1177.

⁸² Madea/Dettmeyer (2004), S. A1179.

⁸³ Vgl. Große Perdekamp et al. (2009), S. 413.

⁸⁴ Vgl. Hibbeler (2007), S. A2013.

⁸⁵ Heisig (2007), S. A2794.

⁸⁶ Angst (2007), S. A 2794.

gut gemacht hätten. Ihre Tätigkeit sei dann allerdings als überflüssig erachtet worden, da angeblich die Leichenschau durch einen Arzt bestens funktioniert habe.⁸⁷

Die Justizministerkonferenz veranlasste, dass sich nach Abstimmung mit der Innen-, Gesundheits- und Kultusministerkonferenz 2008 eine Projektgruppe zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau konstituierte.⁸⁸ Die Herbstkonferenz der Justizministerinnen und Justizminister am 5. November 2009 in Berlin sprach sich für eine Professionalisierung der äußeren Leichenschau aus.⁸⁹ Demnach soll es zu einer grundsätzlichen Entkopplung der Todesfeststellung von der Leichenschau kommen.⁹⁰ Andererseits hielt die 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder eine „nähere Prüfung der Reformvorschläge für erforderlich“ und beauftragte die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, eine länderoffene Arbeitsgruppe einzusetzen und ihr 2011 zu berichten.⁹¹ Burkhard Madea nahm die Abstimmungsprozesse zusammen mit Markus Rothschild zum Anlass, die aus ihrer Sicht notwendigen gesetzlichen Regelungen zur Sektion im Deutschen Ärzteblatt erneut zu thematisieren. Die geplante Neuregelung mit einer Entkopplung von Todesfeststellung und Leichenschau löse die eigentlichen Probleme nicht:

„Sinnvoller wäre es, im Rahmen einer Gesetzesnovellierung die zwingende Obduktion bei einer medizinisch unklaren Todesursache zu regeln. [...] Vermehrt sollten Obduktionen durchgeführt werden, wenn der Todeseintritt im engen zeitlichen Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen steht (verdachtsunabhängige Qualitätskontrolle).“⁹²

Damit schließt sich der Kreis: Da bundesweite Regelungen zur Sektion sich nicht abzeichneten, wurde der politische Entscheidungsprozess um die äußere Leichenschau dazu genutzt, das Anliegen einer Qualitätskontrolle durch die Obduktion erneut deutlich zu machen.

7. Schlussbemerkungen

Die Sektion wurde im Deutschen Ärzteblatt wiederholt diskutiert. Die große Mehrheit der analysierten Artikel stand der Sektion positiv gegenüber und sprach sich für die Erhöhung der Sektionsrate in Deutschland aus. Immer wieder wurden die Argumente der Qualitätssicherung, des Einflusses auf epidemiologische Daten wie die Morbiditäts- und Todesursachenstatistik, die Kostenersparnis und forensische Gründe genannt. Auch die von Pathologen und Rechtsmedizinern gestellten Forderungen blieben im Grunde die gleichen, insbesondere die Erhöhung der Sektionsfrequenz auf mindestens 30 Prozent, die Schaffung eines bundeseinheitlichen Gesetzes und eine adäquate Vergütung für die Durchführung von Obduktionen. Die redaktionellen Beiträge des Deutschen Ärzte-

⁸⁷ Vgl. Ochmann (2007), S. A2794.

⁸⁸ Vgl. Große Perdekamp et al. (2009), S. 413.

⁸⁹ Vgl. Herbstkonferenz der Justizministerinnen und Justizminister (2009).

⁹⁰ Vgl. Madea/Rothschild (2010), S. A1564.

⁹¹ Vgl. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2010).

⁹² Madea/Rothschild (2010), S. A1565.

blatts unterstützten diese Forderungen. Auch die veröffentlichten Leserbriefe signalisierten überwiegend Zustimmung zur Meinung der Autoren betreffend der Steigerung der Obduktionsquote, während die Verpflichtung zur äußeren Leichenschau als Zumutung empfunden wurde.

Deutlich wird, dass die Bundesärztekammer als Schrittmacher fungierte und sich darum bemühte, bessere Bedingungen für die äußere wie die innere Leichenschau zu erreichen. Die Expertise des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer führte mit der Stellungnahme zur „Autopsie“ zu einem Dokument, das die wichtigsten Argumente und Forderungen auf den Punkt brachte. Demgegenüber schien das Interesse der Ärzteschaft als Ganzes an der Obduktion eher begrenzt zu sein. 2005 hatte der Deutsche Ärztetag die Erarbeitung eines Positionspapiers zur Bedeutung der Obduktion als Bestandteil der Fehleranalyse und Qualitätsanalyse begrüßt.⁹³ In den Beschlussprotokollen des Deutschen Ärztetags von 2006 bis 2010⁹⁴ fand sich dagegen kein Hinweis auf die Stellungnahme zur „Autopsie“ oder die Bekräftigung von Forderungen, wie sie in dem Dokument artikuliert wurden.

In den Beiträgen wird deutlich, dass strukturelle Probleme im Zusammenhang mit der inneren und äußeren Leichenschau über Jahrzehnte ungelöst blieben. Die Auseinandersetzung wirft ein Licht auf das schwerfällige Verfahren der Abstimmung unter den Bundesländern und damit auf die Problematik, welche die Kompetenz der Bundesländer für die Leichenschau mit sich bringt. Die historische Einordnung der Obduktion in der Stellungnahme zur „Autopsie“ macht deutlich, dass es sich beim Erkenntnisgewinn durch die Obduktion um eine kulturelle Errungenschaft des Abendlandes handelt – eine Errungenschaft, vor deren Verlust in den letzten Jahrzehnten im Deutschen Ärzteblatt wiederholt gewarnt wurde.

Literatur

1. Ahland (2004): R. Ahland, Leichenschau. Sparzwänge verhindern Obduktionen, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 4, S. A174-A175.
2. Angst (2007): Alfred Angst, Negative Erfahrungen, Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), 41, S. A2794.
3. Anonym (2001): Anonym, Obduktionen in Berlin. Drastischer Rückgang, Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), 9, S. A496.
4. AOK (o. J.): AOK, DRGs – Das Krankenhaus-Vergütungssystem mit Fallpauschalen, http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/drg_system/gdrg/basiswissen/index.html (gesehen: 28.09.2010).
5. Bärenz (2004): Albrecht Bärenz, Struktur ist Schuld, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 17, S. A1176.
6. Becker (1986): Volker Becker, Die klinische Sektion. Not und Notwendigkeit, Erlangen 1986.

⁹³ Vgl. Deutscher Ärztetag (2005), S. 37.

⁹⁴ Vgl. Deutscher Ärztetag (2006, 2007, 2008, 2009, 2010).

7. Bühring (2005): Petra Bühring, Klinische Obduktionen. Fehlendes Bewusstsein für Erkenntniswert. Sektionsrate in Deutschland ist extrem gering, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), 45, S. A 3057.
8. Bundesärztekammer (o. J.): Bundesärztekammer, Ablaufschema zur äußeren Leichenschau (ohne vorläufige Todesbescheinigung), http://www.blaek.de/pdf_rechtliches/extra/ablauf_leichenschau.pdf (gesehen: 28.09.2010).
9. Bundesärztekammer (2001): Mitteilungen: Amtliche Gebührenordnung für Ärzte Abrechnung der Leichenschau, Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), S. A1711-A1712.
10. Bundesärztekammer (2002): Bundesärztekammer, Entwurf einer Gesetzgebung zur ärztlichen Leichenschau- und Todesbescheinigung, <https://ssl.kundenserver.de/interfafo.de/PDF/Gesetze/Entwurf%20einer%20Gesetzgebung%20zur%20aerztlichen%20Leichenschau-%20und%20Todesbescheinigung%20BAEK.pdf> (gesehen: 16.09.2010).
11. Crusius et al. (2005a): Andreas Crusius, Manfred Dietel, Wolfgang Eisenmenger, Dominik Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie“, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), 50, S. A3537-3545, B2993-B3001, C2498-C2505.
12. Crusius et al. (2005b): Andreas Crusius, Manfred Dietel, Wolfgang Eisenmenger, Dominik Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie“ – Langfassung, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/AutLang.pdf> (gesehen: 14.09.2010).
13. Dettmeyer/Madea (2002): Reinhard Dettmeyer, Burkhard Madea, Obduktionen. Unsichere und uneinheitliche Rechtslage, Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), 36, S. A2311-A2314.
14. Deutscher Ärztetag (2005): Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3. – 6. Mai 2005 in Berlin, http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitsystem/reformkonzepte/uebergreifende-reformkonzepte/deutscher-aerztetag/DAET-Beschluss-08-2005.pdf (gesehen: 14.09.2010).
15. Deutscher Ärztetag (2006): Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. – 26. Mai 2006 in Magdeburg, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschluss109DAET.pdf> (gesehen: 14.09.2010).
16. Deutscher Ärztetag (2007): Beschlussprotokoll des 110. Deutschen Ärztetages vom 15. – 18. Mai 2007 in Münster, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/DAETBeschlussprotokoll20070822a.pdf> (gesehen: 14.09.2010).
17. Deutscher Ärztetag (2008): Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages vom 20. – 23. Mai 2008 in Ulm, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/111DAETBeschlussprotokoll200808251.pdf> (gesehen: 04.09.2010).
18. Deutscher Ärztetag (2009): Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages vom 19. – 22. Mai 2009 in Mainz, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/112DAETBeschlussprotokoll20090901.pdf> (gesehen: 14.09.2010).
19. Deutscher Ärztetag (2010): 113. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll. 113. Deutscher Ärztetag in Dresden, 11. – 14. Mai 2010, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/113Beschlussprotokoll20100712a.pdf> (gesehen: 14.09.2010).
20. Dietel (2007): Manfred Dietel, Tod und toter Körper – Die Rolle der Sektion aus Sicht des Pathologen, in: Dominik Groß, Andrea Esser, Hubert Knoblauch,

- Brigitte Tag (Hrsg.), Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Sektion, Kassel 2007, S. 137-146.
21. EB (2000): EB, Obduktionen. Bedenklicher Rückgang, Deutsches Ärzteblatt 97 (2000), 13, S. A797.
 22. Finck (2004): Karl August Finck, Instrument der Qualitätssicherung, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 12, S. A804.
 23. Fischer (2004): Henning Fischer, Ärzte als billige Handlanger, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 17, S. A1176.
 24. Friemann (2002): Johannes Friemann, Obduktionen. Anreize für Kostenträger schaffen, Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), 50, S. A3395-A3396.
 25. Fuchs (2004): Udo Fuchs, Ursachen beleuchten, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 17, S. A1173.
 26. Gerst (1999): Thomas Gerst, Medizinische Obduktion. Aufklärung tut Not, Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), 51-52, S. A3281-A3282.
 27. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2010): Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2010), Beschluss der 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 01.07.2010, TOP 5.4, Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau, http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_83&id=83_05.04 (gesehen: 16.09.2010).
 28. Groß/Schäfer (2007): Dominik Groß, Gereon Schäfer, Die klinische Sektion und ihre gesellschaftliche Wahrnehmung. Die medizinhistorische Perspektive, in: Dominik Groß, Andrea Esser, Hubert Knoblauch, Brigitte Tag (Hrsg.), Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Sektion, Kassel 2007, S. 59-82.
 29. Große Perdekamp et al. (2009): M. Große Perdekamp, S. Pollak, M. Bohnert, A. Thierauf, Äußere Leichenschau. Untersuchung mit begrenzten Erkenntnismöglichkeiten, Rechtsmedizin 19 (2009), 6, S. 413-417.
 30. Heisig (2007): Thomas Heisig, Zustimmung, Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), 41, S. A2794.
 31. Herbstkonferenz der Justizministerinnen und Justizminister (2009): Herbstkonferenz der Justizministerinnen und Justizminister am 5. November 2009 in Berlin Beschluss TOP II. 5 Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau, http://www.justiz.bayern.de/imperia/md/content/stmj_internet/ministerium/ministerium/jumiko/2009/top_ii_5_herbst09.pdf (gesehen: 16.09.2010).
 32. Hibbeler (2007): Birgit Hibbeler, Ärztliche Leichenschau. Ein Fall für den Spezialisten?, Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), 28-29, S. A2013.
 33. Höpfner (2000): Klaus Höpfner, Sinnvolle Ausgaben, Deutsches Ärzteblatt 97 (2000), 7, S. A340.
 34. Höpker/Wagner (1998): Wilhelm-Wolfgang Höpker, Stephan Wagner, Qualitätssicherung. Die klinische Obduktion. Eine nicht verzichtbare Maßnahme der Medizin im Wandel, Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), 25, S. A1596-A1600.
 35. Hoppe/Scriba (2005): Jörg Dietrich Hoppe, P. C. Scriba, Vorwort zur Stellungnahme zur „Autopsie“, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), 50, S. A3537.

36. Kaiser (2010): Stephanie Kaiser, Die klinische Sektion in der gesellschaftlichen Wahrnehmung. Eine Printmedienanalyse von „Der Spiegel“ und „Die Zeit“ (1989-1999), in: Brigitte Tag, Dominik Groß (Hrsg.), Der Umgang mit der Leiche. Sektion und toter Körper in internationaler und interdisziplinärer Perspektive, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 4), S. 417-436.
37. Köhl (2004): Rainer Köhl, Forderungen unzumutbar, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 17, S. A1175.
38. Kriz (1999): Wilhelm Kriz, Vorwort, Katalog zur Ausstellung. Prof. Gunther von Hagens' Körperwelten. Die Faszination des Echten, Heidelberg 81999, S. 7-10.
39. Loose (1999): Hans-Werner Loose, Porträt. Der Quincy vom Niederrhein. Rechtsmediziner fügen Einzelbefunde zum Puzzle, um das Geschehen zu rekonstruieren und das perfekte Verbrechen zu verhindern, Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), 7, S. A408-A410.
40. Lüders (2004): Christian Lüders, Wahnwitzige Regelungsvielfalt, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 17, S. A1177.
41. Macho/Marek 2007: Thomas Macho, Kristin Marek, Die neue Sichtbarkeit des Todes, München 2007.
42. Madea/Dettmeyer (2003): Burkhard Madea, Reinhard Dettmeyer, Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Kompetente Durchführung trotz unterschiedlicher Gesetzgebung der Länder, Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), 48, S. A3161-A3179.
43. Madea/Dettmeyer (2004): Burkhard Madea, Reinhard Dettmeyer, Schlusswort, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 17, S. A1178-A1179.
44. Madea et al. (2006): Burkhard Madea, Klaus Püschel, Eberhard Lignitz, Reinhard Dettmeyer, Verwaltungssektionen. Dringende Notwendigkeit, Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), 14, S. A914-A918.
45. Madea/Rothschild (2010): Burkhard Madea, Markus Rothschild, Ärztliche Leichenschau. Geplante Neuregelung löst die eigentlichen Probleme nicht. Nur eine deutlich höhere Obduktionsfrequenz würde Fehler bei der Bestimmung der Todesursache und Todesart vermeiden, Deutsches Ärzteblatt 107 (2010), 33, S. A1564-A1565.
46. Mengersen (2004): Rudolf Mengersen, Formularorgien, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 17, S. A1174.
47. Merten (2003): Martina Merten, Ärztliche Leichenschau. Qualität mangelhaft, Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), 40, S. A2558.
48. Möhrle (2005): Katja Möhrle, Autopsie: Höhere Sektionsrate soll Qualität der Medizin verbessern. Aktuelle Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Hessisches Ärzteblatt 66 (2005), S. 829-830.
49. Ochmann (2006): Obduktionen. Aus früheren Zeiten, Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), 1-2, S. A36.
50. Ochmann (2007): Albert Ochmann, Früher Leichenschau durch Laien, Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), 41, S. A2794.

51. Ody (2004): Reinhard Ody, Plädoyer für Autopsie, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 12, S. A804.
52. Richter-Turtur (2000): Matthias Richter-Turtur, Obduktion. Kostenfrage, Deutsches Ärzteblatt 97 (2000), 7, S. A340.
53. Rosentreter/Groß (2010): Michael Rosentreter, Dominik Groß, O tempora, o mores (curae mortui): Der Leichnam zwischen kommerzieller Totenfürsorge und affektiver Trauerbewältigung, in: Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3), S. 77-110.
54. Schoeneich (2004): Andreas Schoeneich, Verwirrende Abrechnungsgrundlagen, Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), 17, S. A1173-A1174.
55. Schwarze/Pawlitschko (2003): Ernst Wilhelm Schwarze, Jörg Pawlitschko, Autopsie in Deutschland. Derzeitiger Stand. Gründe für den Rückgang der Obduktionszahlen und deren Folgen, Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), 43, S. A2802-2808.
56. Schweikardt (2005): Christoph Schweikardt, Anatomie (Neuzeit), in: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil, Wolfgang Wegner (Hrsg.), Enzyklopädie Medizingeschichte, Berlin/New York 2005, S. 58-61.

VI. Medizin im Spiegel von Literatur und Kunst

US-amerikanische Psychiatriegeschichte im Spiegel des Romans „I Never Promised You A Rose Garden“ von Joanne Greenberg

Svenja Hein, Dominik Groß und Jean-Philippe Ernst

1. Einleitung und Fragestellung

In ihrem 1964 erschienenen autobiographischen Roman „I Never Promised You A Rose Garden“ beschreibt die Schriftstellerin Joanne Greenberg ihre Erfahrungen als Patientin der psychiatrischen Klinik Chestnut Lodge in Rockville im US-Bundesstaat Maryland, wo sie als junge Frau Ende der 1940er Jahre wegen *Schizophrenie*¹ in Behandlung gewesen war. Der Roman wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt, als Film und als Theaterstück adaptiert.

„I Never Promised You A Rose Garden“ fasziniert noch heutzutage nicht nur wegen des tiefen Einblicks, den die Autorin den LeserInnen in die Erlebniswelt während ihrer Krankheit gewährt, sondern ebenfalls wegen der detailreichen und wertschätzenden Beschreibung von Greenbergs Therapeutin:² Frieda Fromm-Reichmann (* 1889, † 1957), Ärztin an der Chestnut Lodge – im Roman als Dr. Fried dargestellt –, gehörte zu den wohl bedeutendsten Vertreterinnen der klinischen Psychoanalyse nach dem Zweiten Weltkrieg, als diese insbesondere in den USA zur Leitdisziplin sogar der stationären Psychiatrie wurde.³

¹ Wenn in diesem Beitrag von Schizophrenie die Rede ist, wird damit keine Position zur ontologischen Bedeutung dieses Begriffes eingenommen. Die Beurteilung, ob „die Schizophrenie“ objektiv existiert, ob sie ein begriffliches Konstrukt der Psychiatrie darstellt oder ob sie Ausdruck einer individuellen Lebensgeschichte ist – vgl. Hoff (2005a), S. 11ff. für die Unterscheidung von Realdefinition, Nominaldefinition und biographischer Definition psychischer Erkrankungen –, würde den historischen Ansatz des Artikels sprengen. Mit den Begriffen Schizophrenie oder psychische Erkrankung ist im vorliegenden Beitrag das gemeint, was in den jeweiligen zeitgenössischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontexten darunter verstanden wurde. Auch auf die Tatsache, dass sich die psychiatrische Definition der Schizophrenie seit 1948 deutlich verändert hat, und die daraus abgeleitete Frage, ob bei der Protagonistin des Romans nach heutigen diagnostischen Kriterien eine Schizophrenie vorläge, kann nur kurz im Rahmen der Wirkungsgeschichte des Romans (Kapitel 7) eingegangen werden.

² Vgl. Hornstein (2000); Chessick (2002).

³ Vgl. Paris (2005), pp. 4ff.; Schott/Tölle (2005), S. 133ff. u. 307ff. Zu erwähnen ist hier auch Shorter (1999), der ausführlich auf die US-amerikanische Psychiatrie nach 1945 eingeht. Seine „Geschichte der Psychiatrie“, im Original erstmals 1997 erschienen, ist allerdings in vielerlei Hinsicht problematisch. Seine Darstellung liest sich wie eine einseitige Lobeshymne an die biologische Psychiatrie, in dem betreffenden Kapitel „Der psychoanalytische Hiatus“ (S. 223ff.) wird gar – einer Verschwörungsgeschichte gleich – der Aufstieg der Psychoanalyse in den USA mit der angeblich mangelnden Integration der jüdischen EmigrantInnen erklärt! Vgl. S. 285: „Meiner Meinung nach war jedoch die Assimilation der Juden der entscheidende Grund für den Niedergang der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten. Sie brauchten die Psychoanalyse nicht mehr als Aushängeschild ihrer kollektiven Identität, weil sie sich nicht mehr selbst bestätigen mußten: Sie waren ‚jedermann‘ geworden.“ Für Kritik an Shorter vgl. beispielsweise Schott/Tölle (2005), S.10ff.

Greenbergs Werk ist insofern – *auch* und *insbesondere* – ein narratives Zeugnis einer ebenso spannenden wie umstrittenen Phase der Psychiatrie-Geschichte, die zwar erst rund ein halbes Jahrhundert zurück liegt, aber heutzutage nahezu jeden Gegenwartsbezug zu entbehren scheint. An ebendieser Stelle setzt der vorliegende Beitrag an: Er verfolgt das Ziel, die Situation der zeitgenössischen US-amerikanischen Psychiatrie im Spiegel des vorgenannten autobiographisch geprägten Romans nachzuzeichnen. Folgende Vorannahmen bilden dabei den Ausgangspunkt des Aufsatzes:⁴ In der belletristischen Literatur werden neben (biographisch geprägten oder fiktiven) Inhalten stets auch umstrittene gesellschaftliche Konzepte und Denkmodelle thematisiert und konfligierende Interessen und Positionen namhaft gemacht. Dies gilt auch für den Bereich der Medizin und hier insbesondere für umstrittene Teildisziplinen wie etwa die institutionelle Psychiatrie. Die Darstellung der Psychiatrie in der Literatur reflektiert und prägt hierbei den gesellschaftlichen Blick auf die Institution, das heißt, Literatur *bildet Meinung ab* und wirkt zugleich *meinungsbildend*. Folglich verdienen die Austauschprozesse zwischen der institutionellen Psychiatrie und ihren Narrativen⁵ unseres Erachtens besondere Beachtung.

Vor dem Hintergrund dieser Feststellung nimmt der vorliegende Beitrag zunächst das Konzept und den Inhalt des Romans in den Blick (Kapitel 2). Anschließend richtet sich der Fokus auf die Aspekte Therapeutischer Ansatz und Arzt-Patienten-Verhältnis im Roman (Kapitel 3). Sodann wird der Alltag in der psychiatrischen Klinik nachgezeichnet (Kapitel 4), bevor auf die im Roman beschriebene Rehabilitation und die schrittweise gesellschaftliche Reintegration der Protagonistin einzugehen ist (Kapitel 5). Schließlich gilt es die Geschehnisse des Romans psychiatriehistorisch zu kontextualisieren: Im Mittelpunkt steht hierbei die Frage, inwieweit der Roman die Situation der zeitgenössischen US-amerikanischen Psychiatrie reflektiert (Kapitel 6). Abschließend wird die Rezeptions- und Wirkungsgeschichte des Romans nachgezeichnet (Kapitel 7).

2. Struktur und Inhalt des Buches

Mit der Verwendung fiktiver Namen und der auktorialen Erzählperspektive verzichtet die Autorin auf den Wahrhaftigkeitsanspruch einer typischen Autobiographie. Der autobiographische Charakter ihrer Erzählung ergibt sich jedoch aus zahlreichen Übereinstimmungen zwischen Greenbergs eigener Lebensgeschichte und der ihrer Protagonistin – so beispielsweise das Geburtsjahr, die jüdische Herkunft und die Familienverhältnisse. Auch die Therapeutin im Roman, Dr. Fried, ist leicht als literarisches Alter Ego von Frieda Fromm-Reichmann zu identifizieren.⁶ Daher ist „I Never Promised You A Rose Garden“, möchte man diese in der Literaturwissenschaft nicht unumstrit-

⁴ Vgl. hierzu Groß/Schäfer (2008), S. 334f.

⁵ Unter dem Begriff „Narrativität“ verstehen wir eine besondere Form des Zeichengebrauchs, der sich in der Beziehung zwischen dem Akt des Erzählens und dem erzählten Text manifestiert.

⁶ Vgl. Hornstein (2000), p. xxi: „...the portrait was so accurate that even Frieda’s sisters, reading the novel in translation, instantly recognized her.“

tene Kategorie verwenden, als autobiographischer Roman zu werten.⁷ Das Tempus des Romans ist das Präteritum. Es herrscht weitgehend ein hypotaktischer Satzbau vor. Durch die Schilderung der akustischen Halluzinationen in Form innerer Monologe gelingt es der Autorin, ihre LeserInnen am Innenleben der Protagonistin teilhaben zu lassen.

Erzählt wird die Geschichte der 16-jährigen Deborah Blau, die nach einem Suizidversuch in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wird. Ihre Mutter hatte die Schülerin auf dem Badezimmerboden aufgefunden, nachdem Deborah versucht hatte, sich die Pulsadern zu öffnen. Das junge Mädchen war schon in der Kindheit als verschlossen und eigenbrötlerisch beschrieben worden, doch durch diesen Vorfall sind die Eltern zutiefst erschreckt und verunsichert, eine Einweisung in die Klinik erscheint ihnen nun unumgänglich. Deborah vernimmt Stimmen aus einem vermeintlichen Paralleluniversum, der Welt *Yr* mit den Göttern *Lactamaeon* und *Anterrabae* und dem *Zensor*, die sie gänzlich in ihre Sphäre hinüberziehen möchten. In der Klinik wird bei Deborah die Diagnose „Schizophrenie“ gestellt. Sie ist zunächst auf der offenen Station, nach eigengefährdendem Verhalten zwischenzeitlich dann aber auf der geschlossenen Station untergebracht, wo sie auch Zwangsmaßnahmen ausgesetzt ist. Deborahs Therapeutin in der Klinik ist die bekannte Psychiaterin Dr. Fried, der sie sich nach und nach öffnen kann. Die beiden verbindet eine einschneidende Erfahrung mit Antisemitismus: Deborah erlitt in ihrer Kindheit Ausgrenzungen in der Nachbarschaft aufgrund ihrer jüdischen Herkunft, Dr. Fried war gezwungen, dem nationalsozialistischen Regime Deutschlands in den Dreißiger Jahren zu entfliehen. Somit kann Deborah ihre in der Kindheit stattgefundenen Verletzungen sowie die belastende familiäre Konstellation aufarbeiten. Das Mädchen ist in einer Familie aufgewachsen, in der ein patriarchalischer Großvater das Zepter in der Hand hält und Deborahs Vater nicht als ebenbürtigen Partner seiner Tochter wahrnimmt. Auch Deborahs Beziehung zur jüngeren Schwester ist von Rivalität geprägt. Mit Hilfe von Dr. Fried wird Deborahs Zustand stabiler und ihr gelingt es nach und nach, fragile Freundschaften zu anderen PatientInnen aufzubauen und den Alltag in der Klinik zu meistern. Im geschützten Rahmen kann die junge Frau schließlich den Schulabschluss nachholen, um nach vierjähriger Behandlungsdauer letztendlich entlassen zu werden.

3. Aspekt des therapeutischen Ansatzes und des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Die Einweisung Deborahs erfolgt freiwillig, wobei die Eltern sie persönlich mit dem Auto in die Klinik bringen. Es scheint keine „Weglauftendenz“ oder akute Gefährdung von der Patientin auszugehen, da Deborah sogar die Nacht allein in einem Hotelzimmer verbringt. Dass ihre Eltern sich dennoch Sorgen machen, ist daran zu erkennen, dass sie unabhängig voneinander „die ganze Nacht auf der Hut sein würden, auf der Hut vor einem anderen Geräusch als dem von Deborahs Atem – einem Ge-

⁷ Zur Problematik der Unterscheidung zwischen Autobiographie und autobiographischem Roman vgl. de Toro (1999).

räusch, das Gefahr bedeuten würde“⁸. Deborahs Mutter hat sie kurze Zeit zuvor auf dem Badezimmerboden liegend aufgefunden, wo ihre Tochter sich die Pulsadern eröffnet hatte. Mit den Jahren hatte der Einfluss, den die geheime Welt *Yr* auf Deborah ausübt, mehr und mehr zugenommen. Die akustischen Halluzinationen, bestehend aus dem *Zensor*, dem *Chorus*, *Lactamaeon* und *Anterrabae*, bestimmen Deborahs Alltag. Sie selbst hatte schon lange Zeit gespürt, dass sie krank war und ihr etwas Tiefgreifendes fehlte.⁹ Bei Deborahs Aufnahme in die Klinik wird die Diagnose „Schizophrenie“ gestellt. In der psychologischen Testung werden eine hohe Intelligenz (IQ 140-150) und „schizophrene Verhaltensmerkmale mit zwanghafter und masochistischer Komponente“ ermittelt. Beim Aufnahmeinterview reagiert Deborah zunächst „orientiert und logisch in ihrem Denken“, im Verlauf jedoch zunehmend ängstlich.¹⁰

Deborah wird im Verlauf ihres Klinikaufenthaltes hauptsächlich von Frau Dr. Fried therapiert, einer immigrierten deutschen Psychiaterin, wie sich herausstellt. Die beiden fassen schnell Vertrauen zueinander. Bei ihrer ersten Begegnung wird Deborah von einer Schwester mit den Worten „Sie sollten sich glücklich schätzen, dass Sie sie überhaupt zu sehen bekommen“ bedacht.¹¹ Die deutsche Ärztin ist das, was man gemeinhin eine „Berühmtheit“ nennt. Obwohl die junge Patientin große Angst verspürt, tut es ihr gut, dass erstmalig ihre Erkrankung überhaupt als solche anerkannt wird. Frau Dr. Fried spricht eine Gewissheit offen aus, die Deborah eine lange Zeit lang gequält hat, von ihrer Umwelt aber nie anerkannt wurde: Sie ist geisteskrank. Gegen Ende der ersten Therapiesitzung fragt die Ärztin, ob es Deborah recht sei, wenn sie einen weiteren Gesprächstermin vereinbaren würden. Diese gestattet sich ein vorsichtiges „Ja“.¹²

An die Blaus werden monatliche Berichte geschickt, die von der Verfassung und den Fortschritten Deborahs berichten. Auf ihren eigenen Wunsch wird ihrem Vater ein Besuchsverbot ausgesprochen, so dass nur Esther Blau zu dem Gespräch mit Dr. Fried erscheint. Bei diesem ersten Aufeinandertreffen fragt sich die Ärztin, ob die Mutter eine Verbündete oder eine Feindin sein werde. Daraufhin führt sie mit der kooperativen Mutter ein hilfreiches Gespräch, bei dem es um die Familienanamnese und Deborahs Kindheit geht. Alle weiteren Gespräche finden entweder auf Esthers Wunsch hin statt, oder wenn sich Veränderungen bei Deborahs Klinikaufenthalt ergeben haben. Ansonsten wird die Familie nicht in den Therapieverlauf miteinbezogen. Im Roman werden nur sehr wenige Kontakte zwischen Deborah und ihren Eltern beschrieben.

Deborah verbleibt auf der offenen Station, bis sie sich mit einer Blechdose selbst verletzt. Daraufhin erfolgt die Verlegung auf die geschlossene Station. Diese wird als „Station D“ beschrieben, die vergitterten und mit Draht verstärkten Fenstern ausgestattet ist. Die Freiheit der Patientinnen wird auch durch andere Maßregelungen im All-

⁸ Vgl. Green (2006), S. 8. Da Joanne Greenberg ihren Roman unter dem Pseudonym Hannah Green veröffentlichte, wird in der Zitation des Buches dieser Name verwendet.

⁹ Vgl. ebd., S. 23.

¹⁰ Vgl. ebd., S. 16.

¹¹ Vgl. ebd., S. 20.

¹² Vgl. ebd., S. 23f.

tag beschnitten; so sind auf Station wegen der Verletzungsgefahr oft nur Holzlöffel erlaubt, Füllfederhalter und Stifte bedürfen einer Sondergenehmigung genauso wie der Besitz eines persönlichen Notizbuches.¹³ Auch die Zigaretten, mit deren Resten sich Deborah im Verlauf verletzen wird, bedürfen einer Genehmigung. Im Gegensatz dazu raucht das Personal auch in Anwesenheit der Patientinnen. Zur Benutzung der Badezimmer muss ein Pfleger mit Schlüssel die Türen aufschließen, wobei besondere Benutzungsregeln herrschen, was die Zahl der anwesenden Patientinnen betrifft. Auch Musik ist in diesem paternalistischen Gefüge nicht frei verfügbar:

„Ein Radio war hinter einem schweren Maschendrahtgitter in die Wand eingebaut. Es sollte nur während einer bestimmten Zeit am Tage an sein und nur harmlose leichte Musik bringen [...]“¹⁴

Auf dieser Station sind Besuche von Angehörigen generell nicht erlaubt. Die Abteilungen sind streng nach Geschlechtern getrennt. Die männlichen Patienten des Krankenhauses spielen für den Verlauf des Romans nur eine marginale Rolle.

Allabendlich stehen die Patientinnen, ungeachtet ihrer Diagnose oder Beschwerden, an, um ihr „Beruhigungsmittel“ zu erhalten. Tagsüber wird im Großen und Ganzen auf eine Medikation verzichtet. Auch sozio-, ergo- oder physiotherapeutische Maßnahmen werden im Roman so gut wie nicht erwähnt. In akuten Erregungsphasen finden „Kaltpackungen“ Anwendung – hierbei werden die Betroffenen für mehrere Stunden in kalte Tücher gewickelt; der einzige Bewegungsfreiraum bleibt für den Kopf. Neben der Bewegungseinschränkung wie bei einer Fixierung ist dabei ein beruhigender Effekt durch die einsetzende Erwärmung der Tücher intendiert. Oft werden mehrere Personen gleichzeitig in einem Raum „behandelt“, während die PflegerInnen ihrer täglichen Arbeit nachgehen. Für die Patientinnen bleibt außer lautem Rufen keine Möglichkeit der Kommunikation. Um das Ausmaß des beruhigenden Effekts abzuschätzen, wird den Patientinnen der Schläfenpuls gemessen.¹⁵ Die Betroffenen liegen oft mehrere Stunden in diesen Packungen und haben keinen Einfluss darauf, wann sie daraus befreit werden.

Dass die psychiatrische Institution paternalistische Züge trägt, lässt sich auch an der Formulierung erkennen, mit der beschrieben wird, wie sich Deborah an das Schwesternzimmer wendet:

„Tausend mal war sie als Bittstellerin vor diese Tür gekommen, aber diesmal schien es anders zu sein, obwohl sich niemand so verhielt, als ob es etwas anderes wäre.“¹⁶

In diesem Gefüge sind die Therapiesitzungen mit Dr. Fried eine heilsame Zeit für Deborah. Hier erarbeiten sie gemeinsam die Gründe, die zur Erkrankung geführt haben könnten. Als Deborah von der Unterleibsoperation erzählt, bei der sie starke Schmerzen erleiden musste, ergreift Dr. Fried für sie Partei und ist erzürnt darüber, dass

¹³ Vgl. ebd., S. 128.

¹⁴ Ebd., S. 100.

¹⁵ Vgl. ebd.

¹⁶ Ebd., S. 212.

Deborah als Kind von ihren behandelnden Ärzten angelogen worden ist. Nach diesem Gefühlsausbruch fällt es Deborah leichter, sich ebenfalls zu öffnen, und sie beginnt von ihren Symptomen zu berichten. Dr. Fried wendet eine psychoanalytische Form der Psychotherapie an, in der auch frühe Kindheitserfahrungen und die familiäre Situation analysiert werden. Deborahs Symptomatik wird im Laufe der Analyse als eine Reaktion auf die Angst vor der wirklichen Welt herausgearbeitet. Dr. Fried versteht es, sich in ihre Patientin hinein zu versetzen und sie ernst zu nehmen. Als Deborah ihrer Therapeutin die Wunden ihres selbstverletzenden Verhaltens zeigt, ist diese nicht erschrocken oder ängstlich, vielmehr ernst und nachdenklich.¹⁷ Ihr werden auch Eigenschaften wie Sanftmut und vertieftes Interesse an der geheimen Welt Deborahs attestiert.

Die beiden verbindet außerdem, dass sie unter Antisemitismus zu leiden hatten – Deborah als Nachkomme jüdischer Einwanderer und ihre Ärztin als Flüchtlinge vor einem nationalsozialistischen Regime in Deutschland. Obwohl der Leser nicht viel über Frieds Zeit in Deutschland erfährt, wird doch erwähnt, dass ihre Muttersprache Deutsch ist; in bestimmten, emotional belasteten Situationen fällt sie wieder in diese zurück. Deborah hingegen wurde von ihrem Großvater in der Hoffnung erzogen, es einmal besser zu haben in der neuen Heimat, ohne den Makel der Andersartigkeit leben zu können. Trotz dieser angestrebten Versuche sich zu assimilieren, wird Deborah von ihrer Herkunft eingeholt. Eine der „Wandlungen“, der bedeutsamen Ereignisse, die in Deborahs Krankheitsverständnis zum Ausbruch der Schizophrenie geführt haben, ist ein Vorkommnis im Sommerlager, bei dem zwei Mädchen Deborah als Jüdin beschimpft hatten.¹⁸ Vielleicht auch wegen dieser Gemeinsamkeiten fällt es Dr. Fried leichter, Deborahs Verletzungen als möglichen Beitrag zur Krankheitsentstehung zu würdigen.

Deborahs Vertrauen zu ihrer Therapeutin wächst kontinuierlich, und so wendet sie sich ihr auch in Problemsituationen zu. Als Deborah eines Tages Zeugin wird, als einer der Pfleger eine wehrlose Mitpatientin schlägt, wendet sie sich an Dr. Fried. Ihr Versuch, einem der Stationsärzte von dem Übergriff zu erzählen, hatte nichts bewirkt. Dr. Fried verspricht, dieses Ereignis bei einer Besprechung anzusprechen. Als dies der aufgebrachten Patientin nicht genügt, kontert die Ärztin:

„[...] ich habe dir keinen Rosengarten versprochen. Ich habe dir nie vollkommene Gerechtigkeit versprochen...“¹⁹

Das einzige, was sie ihr anzubieten habe, sei eine Herausforderung, und Gesundheit bestehe darin, diese anzunehmen oder nicht.

Ein weiterer Beweis ihrer Verbundenheit ist der Spitzname, den Deborah der Ärztin gibt. Nach einem Zwischenfall, bei dem Dr. Fried das Mädchen versehentlich berührt und somit „verbrannt“ hatte, nennt Deborah sie *Furii*, was Feuer-Finger auf *Yri*, ihrer geheimen Sprache, bedeutet. Niemandem sonst lässt Deborah eine solche Vertraulichkeit zukommen. Diese Episode tritt auf, nachdem Dr. Fried sich bereit

¹⁷ Vgl. ebd., S. 57.

¹⁸ Vgl. ebd., S. 64.

¹⁹ Ebd., S. 113.

erklärt hatte, sich für ihre Patientin bei der Belegschaft auszusprechen. Das gegenseitige Vertrauen wächst, auch die Psychiaterin gibt eine persönliche Geschichte aus ihrer Jugend von sich preis. Deborah erinnert sich, dass dies das erste Mal war, dass ihre Therapeutin etwas über ihre Vergangenheit verriet. Zuvor hatte sie zu Anfang der Behandlung Deborah eine Blüte ihres Alpenveilchens geschenkt. Ihr Schützling erkannte diese als ein besonderes Geschenk an und hatte dafür die Bestrafung *Yr* auf sich genommen.²⁰ Als Deborah umgekehrt Dr. Fried etwas zurückgeben kann, bereichert dies das Verhältnis der beiden: „Ist das wahr? Habe ich Ihnen etwas beigebracht?“²¹ Und als Dr. Fried dies bejaht, entgegnet Deborah, dass dies bedeute, dass sie etwas „wert“ sei.

Die enge Bindung von Deborah an ihre Therapeutin zeigt sich insbesondere, als diese über den Sommer die Stadt verlässt. Ihre Patientin bekommt einen neuen Arzt zugewiesen, zu dem sie nur schwer Vertrauen fasst. In der Zeit, bis Dr. Fried zurückkommt, gelingt es der jungen Patientin immer wieder, sich trotz der verschärften Stationsregeln Zigaretten zum Verletzen zu besorgen.²² Als schließlich die Therapeutin Deborah das erste Mal nach ihrer Rückkehr wiedersieht, ist sie erschrocken über deren Zustand. Ihre Patientin schämt sich und möchte fliehen, aber vor der Präsenz ihrer Therapeutin kann sie nicht davonlaufen. Dies drückt sich auch darin aus, dass Deborah wieder aufhört, sich selbst zu verletzen, und gar so weit geht, Dr. Fried entwendete Zigarettenstummel auszuhändigen, um sie nicht zur „Mittäterin“ zu machen.²³ Diese Loyalität ihrer Therapeutin gegenüber lässt auf eine enge Bindung der beiden schließen, die möglicherweise zur Heilung Deborahs beigetragen haben könnte.

4. Alltag in der psychiatrischen Klinik

Mit der Einweisung in die Klinik ist Deborah einverstanden gewesen, sie spürte, dass diese gut für sie ist. Diese Grundeinstellung scheint sich auch im weiteren Verlauf der Geschichte nie zu ändern. Beschwerden, in der Klinik eingesperrt zu sein, äußert Deborah zu keinem Zeitpunkt.

Als nach einiger Zeit in der Klinik der *Chorus* der Stimmen zu laut wird, schneidet Deborah sich mit dem scharfen Rand einer Blechdose mehrmals selbst in den Arm. Sie spürt keinen Schmerz, nur einen unangenehmen Widerstand der Haut. Daraufhin wird das junge Mädchen auf die geschlossene Station D gebracht. Es ist das erste Mal, dass sie diese Station, deren Ruf angsteinflößend ist, als Patientin betritt. Im Gegensatz zur offenen Station, wo nach Deborahs Empfinden noch der Schein von Trost und Normalität herrscht, dürfen die Patienten hier sein, was sie sind: krank.

²⁰ Vgl. ebd., S. 169.

²¹ Ebd., S. 160.

²² Vgl. ebd., S. 182.

²³ Vgl. ebd., S. 191.

„Und plötzlich wusste Deborah, was an Station D gut war: keine verlogene Höflichkeit mehr oder der Zwang, nach den unverständlichen Gesetzen der Erde zu leben.“²⁴

Die Patientin empfindet es gleichzeitig als furchterregend, aber auch als tröstlich, dass die Fenster mit Draht geschützt und die Pfleger stark und muskulös sind.²⁵ Viele der anderen Patientinnen leiden auch an Schizophrenie und leben in ihrer eigenen Welt. Deborah sehnt sich nach einem Ort, an den sie sich zurückziehen kann, den es auf den überfüllten Stationen nicht gibt. Gerade deshalb interpretiert sie den Rückzug in die eigene Welt, den viele ihrer Mitpatientinnen praktizieren, als eine Möglichkeit, sich abzugrenzen. Regelmäßig kommt es auch zu Gewalt von Seiten der Patientinnen. Diese richtet sich auf Gegenstände, aber auch gegen Mitpatientinnen und das Personal.

Deborah verspürt kaum Loyalität oder Zusammengehörigkeit unter den Patientinnen. Es fällt ihr schwer, Vertrauen zu finden und Freundschaften mit den Mitpatientinnen zu schließen. Zu Clara, einer weiteren jungen Patientin, kann Deborah langsam eine enge Bindung aufbauen. Um nichts von ihrer Freundschaft preiszugeben, reden die beiden miteinander in verschlüsselten Botschaften.²⁶ Das Stigma der psychisch Kranken erlebt Deborah bei einem Besuch beim Radiologen, wo abgeklärt werden soll, ob sie sich den Fuß gebrochen hat. Die Blicke der dort anwesenden Schwestern und Patienten folgen ihr, es wird über sie, die „Geisteskranke“, getuschelt.

„Plötzlich sah sie sich selbst wie die anderen sie sehen mussten: strähniges Haar, schmutzig, schwammig vom Nichtstun, mit einem alten Bademantel von der Station über ihrem eigenen schäbigen Schlafanzug.“²⁷

Um diesem entwürdigenden Szenario zu entfliehen, täuscht Deborah einen drohenden Anfall vor, um schneller wieder in die ihr vertraute Klinik zu gelangen. Sie glaubt selbst, dass sie etwas in sich trage, das schlecht sei und die Welt um sie herum „vergifte“. Sie bezeichnet es als *nganon*. Auch unter dem Einfluss der Stimmen leidet sie sehr. Besonders wenn sie mit Dr. Fried therapeutisch weiterkommt, verliert sie sich danach im Chaos. Die erregte Patientin wird daraufhin mit Kaltpackungen therapiert, die sie zum Teil als lindernd empfindet. Besonders die klare Sicht danach empfindet sie als wohltuend. Bei einem Vorkommnis wird jedoch die übliche Zeit von vier Stunden überschritten, und Deborah kommt von Schmerzen begleitet wieder zu Bewusstsein. Nach einiger Zeit bemerkt sie neben sich Sylvia, eine Mitpatientin. Da es keine andere Möglichkeit gibt, sich bemerkbar zu machen, rufen die beiden laut um Hilfe. Doch es kommt niemand:

„Sylvia lachte ein wenig, ganz tief in der Kehle. ‚Ich vergaß, daß es wenn Verrückte schreien, immer noch das Schreien von Verrückten ist.‘“²⁸

²⁴ Ebd., S. 55.

²⁵ Vgl. ebd., S. 55.

²⁶ Vgl. ebd., S. 85.

²⁷ Ebd., S. 154.

²⁸ Ebd., S. 146.

Die Schmerzen in Deborahs Brust und Beinen nehmen immer mehr zu; sie ist kaum noch in der Lage, diese auszuhalten. Als sie laut ausruft, dass sie ihre Foltern geschickt eingerichtet hätten, spricht sie jedoch nicht von den Gurten, mit denen sie festgezurrt ist, sondern von der Hoffnung, die geschürt worden sei.²⁹ Dieses Ereignis gräbt sich tief in das Bewusstsein der jungen Patientin.

5. Rehabilitation und Reintegration

Trotz Deborahs zunehmender Gewalttätigkeit macht die Therapie weiter Fortschritte und Dr. Fried spricht eines Tages etwas aus, das niemand so recht glauben mag: Deborah wird nicht kränker, ganz im Gegenteil.³⁰ Für Deborah selbst zeigt sich dies darin, dass sie auf einmal mehr und mehr von der Welt wahrnimmt. Sie beginnt Farben und Formen in der Natur zu entdecken, und ihr wird klar, dass sie eine Chance hat, gesund zu werden. Ein Durchbruch gelingt, als Deborah erkennt, dass *Yr* eine von ihr geschaffene Welt darstellt. Sie wird auf Station B verlegt, eine offene Station, worüber sie sich freuen kann. Dort passiert es auch, dass Deborah das erste Mal mit den Stimmen in ihrem Kopf in Dialog treten will und ihr niemand antwortet.³¹

Kurz darauf fährt Deborah das erste Mal auf Besuch zu ihrer Familie. Vor diesem fünftägigen Ereignis ist das Mädchen ungeduldig und aufgeregt. Sie wird fürstlich von ihrer Familie empfangen; alle sind gekommen, um sie zu begrüßen und ihre Unterstützung zu bezeugen. Doch Deborah ist von dem herrschenden Trubel überfordert. Ihr Vater, Jacob ist besonders stolz auf seine älteste Tochter. Suzy hingegen fühlt sich zurückgesetzt, weil die Bilder der älteren Schwester bewundert werden und Deborah überhaupt viel Aufmerksamkeit geschenkt wird. Daraufhin wird Esther, die Mutter, wütend:

„Dich loben heißt prahlen. Deborah loben heißt entschuldigen.“³²

Mehr und mehr beginnt Deborah, sich nach den Möglichkeiten der Welt außerhalb der ihr bekannten Klinik zu sehnen. Sie beginnt, in zwei Kirchenchören zu singen, und verspürt den großen Wunsch nach Zugehörigkeit. Deborah stellt ein Entlassungsgesuch aus der Klinik, dem stattgegeben wird. Dass es jedoch nicht so einfach ist, plötzlich in einer fremden Welt Fuß zu fassen, bekommt Deborah bei der Wohnungssuche mit. Zusammen mit ihrer Sozialarbeiterin gelingt es ihr, ein Zimmer in der Stadt zu bekommen.

„Wie sich herausstellte, war die Wirtin, Mrs. King, in der Stadt fremd und nicht mit dem Schreckgespenst von Jenem Ort⁴ groß geworden.“³³

Zu Deborahs Vorteil ist das ihr anhaftende Stigma der psychisch kranken Patientin für die Wirtin aus Unwissenheit kein Hindernis. Anders ist es mit den Gleichaltrigen in den

²⁹ Vgl. ebd., S. 147.

³⁰ Vgl. ebd., S. 204.

³¹ Vgl. ebd., S. 226.

³² Ebd., S. 233.

³³ Ebd., S. 247.

zahlreichen Chören und Jugendclubs, denen Deborah beitrifft. Sie wird zwar höflich behandelt, die Begegnungen bleiben aber distanziert und es entwickeln sich keine Freundschaften. Dr. Fried gegenüber gibt Deborah zu, dass es ihr gefalle, mit *Lactamaeon* nach Hause zu gehen, weil sie sich dann nicht so allein fühle. Daraufhin ringt ihr die Ärztin das Geständnis ab, dass die Stimme *Lactamaeons* ihre eigene Erfindung sei. Mit diesem Wissen und dieser Krankheitseinsicht endet eine fast vierjährige Krankheitsperiode für Deborah. Kurz darauf versucht die junge Frau, sich mit einer brennenden Zigarette wie schon so oft zuvor selbst zu verletzen, aber das erstaunte Mädchen muss den Arm aus Reflex zurückziehen, zu schmerzhaft ist die Prozedur.³⁴

Eine Sozialarbeiterin hilft der jungen Frau, einen äquivalenten Schulabschluss anzustreben. Doch Deborah erleidet in dieser Stresssituation einen akuten psychotischen Schub, so dass sie wieder stationär behandelt werden muss. Der Schulversuch wird in der darauffolgenden Zeit von der Klinik aus unternommen, was Deborah Anerkennung von Seiten des Klinikpersonals und in Folge dessen auch mehr Selbstvertrauen verschafft. So gelingt es ihr am Ende, die Prüfung für den Schulabschluss nicht nur abzulegen, sondern auch zu bestehen. Außerdem hat sie genügend Punkte erlangt, um sich an den staatlichen Colleges zu bewerben. Esther Blau ist sehr stolz auf ihre Tochter, nur der Vater kann seinen Stolz schwer zum Ausdruck bringen.³⁵

Auch nach diesem Erfolg muss Deborah wieder in die Klinik, wo sie übernachtet. Es wird das letzte Mal sein. Dort wird ihr klar, dass sie sich entscheiden kann und muss: Zwischen einem Leben in Krankheit, das von der schizophrenen Welt *Yr* gekennzeichnet ist, und der Gesundheit.

„*Yr* zwang sie, endlich ihre Wahl zu treffen. Mit ihrer Aufnahme als Mitglied der Welt, als Mensch mit einer Gegenwart und einer möglichen Zukunft, als Newtonianer, als Mensch, der an Ursache und Wirkung glaubt, waren die endgültigen Linien ihrer Entscheidung vorgezeichnet.“³⁶

Deborah kann sich von *Yr* endlich loslösen.

6. Eine historische Kontextualisierung der Romangeschehnisse

Die psychiatrische Versorgungssituation zu Mitte des 20. Jahrhunderts – Zeitpunkt der Geschehnisse in Greenbergs Roman – war allgemein gekennzeichnet durch einen hohen Grad an Institutionalisierung. Die Unterbringung in finanziell und personell schlecht ausgestatteten isoliert gelegenen Anstalten mit mehreren tausend Betten, Aufenthalte von mehreren Jahren bis Jahrzehnten, die Beschneidung jeglicher Privatsphäre sowie ein hohes Ausmaß an Entmündigung und Zwangsmaßnahmen stellten in westlichen Industrienationen für viele PatientInnen die Realität dar.³⁷

³⁴ Vgl. ebd., S. 261.

³⁵ Vgl. ebd., S. 275.

³⁶ Ebd., S. 279f.

³⁷ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 272ff.

Gleichwohl lassen sich Unterschiede in verschiedenen Ländern feststellen. Die Lage in den USA war auf der einen Seite charakterisiert durch eine im Vergleich zu anderen Ländern hohe Zahl an PraxispsychiaterInnen und eine relativ gute Ausstattung von Privatkliniken, auf der anderen Seite aber durch eine dramatische Versorgungssituation in überfüllten staatlichen Anstalten mit bis zu über 10.000 PatientInnen.³⁸ Basierend auf eigenen Beobachtungen, Gerichtsurteilen und insbesondere den Berichten von mehr als 3.000 US-amerikanischen Kriegsdienstverweigerern, die während des Zweiten Weltkrieges in psychiatrischen Krankenhäusern und Anstalten gearbeitet hatten, berichteten nach 1945 mehrere namhafte JournalistInnen über die desaströse Situation psychiatrischer Institutionen im ganzen Land.³⁹ Exemplarisch dafür kann der im Mai 1946 im Life Magazine erschienene Artikel von Albert Q. Maisel stehen, in dem auf dramatische Unterversorgung mit Nahrungsmitteln und Kleidung, katastrophale Unterbringungsverhältnisse, wochenlange Fixierungen und extremen Personalmangel hingewiesen⁴⁰ und darüber hinaus sogar von zahlreichen Fällen brutalster Gewalt von Angestellten gegenüber PatientInnen mit mehreren Todesfällen berichtet wird:

„Court and grand-jury records document scores of deaths of patients following beatings by attendants. Hundreds of instances of abuse, falling just short of manslaughter, are similarly documented. And reliable evidence, from hospital after hospital, indicates that these are but a tiny fraction of the beatings that occur, day after day, only to be covered up by a tacit conspiracy of mutually protective silence and a code that ostracizes employees who ‘sing too loud’. Yet beatings and murders are hardly the most significant of the indignities we have

³⁸ Vgl. ebd., S. 307.

³⁹ Vgl. Sareyan (1993), pp. 17ff.

⁴⁰ Vgl. Maisel (1946), pp. 102f.: „We feed thousands a starvation diet, often dragged further below the low-budget standard by the withdrawal of the best food for the staff dining rooms. We jam-pack men, women and sometimes even children into hundred-year-old firetraps in wards so crowded that the floors cannot be seen between the rickety cots, while thousands more sleep on ticks, on blankets or on the bare floors. We give them little and shoddy clothing at best. Hundreds – of my own knowledge and sight – spend 24 hours a day in stark and filthy nakedness. Those who are well enough to work slave away in many institutions for 12 hours a day, often without a day’s rest for years on end. One man at Cleveland, Ohio – and he is no isolated exception – worked in this fashion for 19 solid years on a diet the poorest sharecropper would spurn. Thousands spend their days – often for weeks at a stretch – locked in devices euphemistically called ‘restraints’: thick leather handcuffs, great canvas camisoles, ‘muffs’, ‘mitts’, wristlets, locks and straps and restraining sheets. Hundreds are confined in ‘lodges’ – bare, bed less rooms reeking with filth and feces – by day lit only through half-inch holes in steel-plated windows, by night merely black tombs in which the cries of the insane echo unheard from the peeling plaster of the walls. Worst of all, for these wards of society we provide physicians, nurses and attendants in numbers far below even the minimum standards set by state rules. Institutions that would be seriously undermanned even if not overcrowded find themselves swamped with 30 %, 50 % and even 100 % more patients than they were built to hold. These are not wartime conditions but have existed for decades. Restraints, seclusion, and constant drugging of patients become essential in wards where one attendant must herd as many as 400 mentally deranged charges.“

heaped upon most of the 400,000 guiltless patient-prisoners of over 180 state mental institutions.“⁴¹

Das öffentliche Bekanntwerden dieser Zustände trug neben militärpsychiatrischen Erkenntnissen aus dem Zweiten Weltkrieg, wonach psychische Erkrankungen stärker verbreitet waren als vormals angenommen, wesentlich dazu bei, dass 1946 der „National Mental Health Act“ verabschiedet wurde.⁴² Durch dieses Gesetz wurde die psychische Gesundheit der US-amerikanischen Bevölkerung zu einem Thema von nationaler Bedeutung: es wurden föderale Gelder für die Förderung der wissenschaftlichen Forschung und für die Modernisierung der psychiatrischen Versorgung aufgewendet, was schon innerhalb weniger Jahre zu einem spürbarem Ausbau teilstationärer Versorgungsangebote führte.⁴³ Die Zahl der in staatlichen psychiatrischen Institutionen untergebrachten PatientInnen erreichte in den USA allerdings erst Mitte der 1950er Jahre ihren Höhepunkt.⁴⁴

In diesem Sinne steht Joanne Greenbergs Roman alles andere als exemplarisch für die Situation der zeitgenössischen Psychiatrie. Ihre Geschichte spielt sich in einer Privatklinik ab, wo die Versorgungssituation und der Personalschlüssel vermutlich deutlich besser gewesen sind, zumindest finden sich im Buch keine Hinweise auf drastische Mängel in diesen Bereichen. Auch in vielerlei anderer Hinsicht unterschied sich die Klinik deutlich von der Mehrzahl der damaligen staatlichen Anstalten.

Die Chestnut Lodge in Rockville im US-Bundesstaat Maryland wurde 1910 durch Ernest Bullard als privates Sanatorium für nervliche und psychische Erkrankungen eröffnet, nachdem das in den 1880er Jahren im viktorianischen Stil errichtete Gebäude vorher ein Hotel beherbergt hatte.⁴⁵ Bis in die 1930er Jahre ein kleines Sanatorium mit 30 Betten und ohne dezidierte therapeutische Konzepte, entwickelte es sich nach Übernahme durch Bullards Sohn Dexter in den Folgejahren zu einer wachsenden psychiatrischen Privatklinik. 1934 begann Dexter Bullard, mit der Einstellung der ersten Thera-

⁴¹ Ebd., p. 102.

⁴² Vgl. Kolb et al. (2000), p. 208; McKenzie et al. (2007), p. 326: „The mood of the country, together with testimony before Congress by both military and civilian experts, soon resulted in the passage of the National Mental Health Act of 1946, which established the National Institute of Mental Health (NIMH). [...] The purposes of NIMH were (1) to foster and aid research related to the cause, diagnosis, and treatment of neuropsychiatric disorders; (2) to provide training and award fellowships and grants for work in mental health; and (3) to aid the states in the prevention, diagnosis, and treatment of neuropsychiatric disorders.“

⁴³ Vgl. Grob (1992).

⁴⁴ Vgl. Madhusoodanan/Brenner (2007).

⁴⁵ Vgl. Hornstein (2000), pp. 84ff. u. 87: „The Woodlawn, Bullard’s eventual asylum, was the town’s best hotel. Built in 1889, in a vernacular interpretation of Second Empire style, its mansard roof patterned brickwork, wrought-iron cresting, and turned columns were of elegant design. Recessed French doors on the central pavilion opened to a balcony of metalwork, and eighteen pedimented windows graced the side dormers. Its ‘immense breeze-filled porches’ proved an irresistible lure to urban dwellers seeking to escape ‘miasmatic air, epidemics, and [the roar of] pounding horses’ hooves.’ [Fitzsimons]“

peutin, die Chestnut Lodge auf psychoanalytische Behandlungen auszurichten,⁴⁶ und begründete damit auch das Setting für Greenbergs Roman.

Die Psychoanalyse hatte seit ihrer Begründung durch Sigmund Freud in den 1890er Jahren eine bedeutende Entwicklung genommen. Ihrer Institutionalisierung in den ersten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts folgte ab den 1920er Jahren die Phase der Differenzierung mit zahlreichen theoretischen Neu- und Weiterentwicklungen.⁴⁷ Die Psychoanalyse als Therapieform psychischer Störungen⁴⁸ hatte zu dieser Zeit schon Einzug in ambulante Praxen gefunden; in der klinischen Psychiatrie war sie jedoch von Anfang an umstritten. Zwar gab es neben Ablehnung, wie beispielsweise von Seiten des Münchner Psychiaters Kraepelin, auch Anerkennung, zum Beispiel durch die Schweizer Bleuler und Binswanger,⁴⁹ dennoch blieb vielerorts eine Kluft zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse bestehen. PsychiaterInnen arbeiteten zu einem großen Teil stationär, das heißt in Anstalten und Krankenhäusern, und behandelten dort vornehmlich die als besonders krank geltenden PatientInnen mit Psychosen; PsychoanalytikerInnen waren primär im ambulanten Bereich tätig und therapierten dort vor allem PatientInnen mit Neurosen. Diese Kluft – in Deutschland sehr massiv – war in den USA wohl am geringsten ausgeprägt⁵⁰ und löste sich in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg fast vollends auf.⁵¹

Freuds Theorien waren in den Vereinigten Staaten schon früh auf eine interessierte LeserInnenschaft gestoßen, insbesondere aber seit Freuds USA-Besuch gewann die Psychoanalyse dort an Bedeutung:

„1909 reiste Sigmund Freud nach Amerika, hielt auf Einladung der Clark-University in Worcester/Massachusetts Vorlesungen, verbrachte einige Wochen in den USA und traf die bedeutendsten Anhänger und Interessenten der Psychoanalyse. Dies setzte eine Welle von Übersetzungen und Kooperationen in Gang und wurde ein Wendepunkt in der Internationalisierung der Psychoanalyse. 1911 wurde die American Psychoanalytic Association gegründet; weitere Gesellschaften und Zeitschriften folgten. Viele Ausbildungskandidaten reisten nach Europa, und die Psychoanalyse hielt Einzug in die amerikanischen Universitäten und Spitäler.“⁵²

⁴⁶ Ebd., pp. 97ff.

⁴⁷ Vgl. List (2009), S. 36ff.

⁴⁸ Psychoanalyse bezeichnet nicht nur das Therapieverfahren, sondern allgemein die Wissenschaft vom Unbewussten. Vgl. dazu List (2009), S. 14: „Sie umfasst, grob gesprochen, drei große Bereiche: 1. Eine Metapsychologie [...] als Voraussetzung für das Nachdenken über sonst unzugängliche psychische und psychosoziale Vorgänge. Hier werden Terminologie und Struktur der Wissenschaft bestimmt. 2. Eine Methodik zur Erfassung und Interpretation der Manifestationen des Unbewussten. Dazu gehört auch die therapeutische Technik. 3. Theorien und Konzepte über Zusammenhänge und Bedeutungen der Hervorbringungen des Unbewussten bei den einzelnen Menschen, ihren Institutionen, ihrer Geschichte und in der Kultur.“

⁴⁹ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 471ff.; Hoff (2005b), S. 17.

⁵⁰ Vgl. Alexander/Selesnick (1969), S. 280.

⁵¹ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 465f.; Paris (2005), S. 5ff.; Handlbauer (1999).

⁵² List (2009), S. 44f.

Dennoch galt auch um 1930 weiterhin Europa als das unumstrittene Zentrum der Psychoanalyse. Von dort kamen und dort arbeiteten die namhaftesten PsychoanalytikerInnen, während die Veröffentlichungen von amerikanischen VertreterInnen in Europa in der Regel nicht zur Kenntnis genommen wurden. Insbesondere in den deutschsprachigen Ländern war auch die Institutionalisierung der Psychoanalyse am weitesten fortgeschritten – das Berliner Psychoanalytische Institut wurde zum Vorbild für die analytische Ausbildung – in den USA hingegen fehlte es hierfür an geeigneten LehranalytikerInnen. Anfang der 1930er Jahre wurden aus diesem Grund mit Sandor Rado, Franz Alexander und Hanns Sachs europäische Ausbilder in die Vereinigten Staaten geholt.⁵³

Der Terror des Dritten Reiches führte zu einer Veränderung der psychoanalytischen Weltkarte. Die zahlreichen jüdischen PsychoanalytikerInnen aus Deutschland und später auch aus Österreich und vielen anderen Teilen Europas waren gezwungen, zu emigrieren. Den meisten gelang es, rechtzeitig auszureisen – viele von ihnen landeten, oft über Umwege, schließlich in Großbritannien und insbesondere den USA.⁵⁴ Etliche allerdings wurden durch das Naziregime ermordet, unter anderem Karl Landauer, Mitbegründer des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts und enger Kollege von Frieda Fromm-Reichmann, der im KZ Bergen-Belsen umkam.⁵⁵

1938 befand sich ein Drittel der 560 Mitglieder der International Psychoanalytical Association in den Vereinigten Staaten⁵⁶ – unter ihnen auch Frieda Fromm-Reichmann. Dexter Bullard hatte nach Übernahme der Chestnut Lodge von seinem Vater beschlossen, an der Privatklinik die Psychoanalyse als Behandlungsform zu etablieren, und stellte 1934 mit Marjorie Jarvis eine erste, für amerikanische Verhältnisse recht erfahrene Therapeutin ein.⁵⁷ Darüber hinaus begann Bullard selbst eine Lehranalyse,⁵⁸ und es war sein Lehranalytiker Ernest Hadley, der 1935 Fromm-Reichmanns Einstellung an der Chestnut Lodge vermittelte.⁵⁹

Frieda Fromm-Reichmann war als älteste Tochter orthodox-jüdischer Eltern am 23. Oktober 1889 in Karlsruhe geboren worden.⁶⁰ Sie begann ihr Medizinstudium in Königsberg 1908 – im ersten Jahr, in dem Frauen in Preußen zum Studium zugelassen waren. Nach Abschluss ihres Studiums widmete sie sich zuerst hirnverletzten Soldaten: während des Ersten Weltkrieges leitete sie ein Lazarett in Königsberg und anschließend war sie in einer auf die Folgen von Gehirnverletzungen spezialisierten Klinik in Frank-

⁵³ Vgl. Gifford (2008), pp. 635ff.

⁵⁴ Vgl. Gast (1999).

⁵⁵ Vgl. Hornstein (2000), p. 118; Gast (1999).

⁵⁶ Vgl. Gast (1999).

⁵⁷ Vgl. Hornstein (2000), p. 98ff.

⁵⁸ Als Lehranalyse wird ein verpflichtender Bestandteil der Ausbildung zur/m Psychoanalytiker/in bezeichnet, in dem der oder die Betreffende selbst von einer/m erfahrenen Therapeut/in analysiert wird. Ziel dieser Lehranalyse ist neben der praktischen Vermittlung der psychoanalytischen Methode die Entdeckung und Auflösung unbewusster Konflikte bei der/dem Auszubildenden.

⁵⁹ Vgl. Hornstein (2000), p. 99.

⁶⁰ Vgl. bezüglich der folgenden biographischen Skizzen die ausführliche Fromm-Reichmann-Biographie von Hornstein (2000); Klautzer (2005).

furt unter der Leitung von Kurt Goldstein tätig. Ab 1920 absolvierte sie im Sanatorium Weißer Hirsch in der Nähe von Dresden ihre Ausbildung zur Psychiaterin unter Johannes Heinrich Schultz, bekannt als Begründer des *Autogenen Trainings*, unrühmlich aber wegen seines Eintretens für die NS-Euthanasie⁶¹ und wegen seiner verächtlichen Kommentare über Homosexuelle, die er psychotherapeutisch zu behandeln versuchte.⁶² Durch Schultz kam Fromm-Reichmann in Kontakt mit den Theorien Freuds; 1923 begann sie am Berliner Psychoanalytischen Institut ihre analytische Ausbildung. Anschließend eröffnete sie in Heidelberg ein psychoanalytisches Privatsanatorium, das allerdings 1928 schließen musste. In dieser Zeit ging auch Erich Fromm bei ihr in Psychoanalyse. Zwischen den beiden entwickelte sich eine romantische Beziehung, weswegen sie die Analyse beendeten und im Jahre 1926 heirateten. Gemeinsam mit einigen KollegInnen begründeten sie anschließend das Frankfurter Psychoanalytische Institut. Frieda Fromm-Reichmann und Erich Fromm trennten sich 1931, blieben aber weiterhin eng befreundet. In dieser Zeit hatte auch Georg Groddeck, Begründer des Es-Konzeptes, Wegbereiter der Psychosomatik und bis heute für seine unkonventionellen Methoden in der Psychoanalyse als Außenseiter geltend, bedeutenden Einfluss auf Fromm-Reichmann.

Nach Hitlers Machtergreifung emigrierte Fromm-Reichmann 1933 nach Straßburg, anschließend nach Palästina und 1935 dann in die USA. Für Dexter Bullard, der die Chestnut Lodge zu einer psychoanalytischen Spezialklinik umzugestalten suchte, war die Einstellung Fromm-Reichmanns ein „Glücksgriff“: Sie hatte eine komplette Ausbildung am renommierten Berliner Ausbildungsinstitut genossen, verfügte über mehr analytische Erfahrung als fast sämtliche ihrer US-amerikanischen KollegInnen, im Gegensatz zu vielen anderen PsychoanalytikerInnen aber auch über eine langjährige Praxis in der Behandlung von PatientInnen mit Psychosen.

Die Behandlungsoptionen bei Schizophrenie zu dieser Zeit unterschieden sich beträchtlich von den heutigen. Beruhigungsmittel waren zwar schon lange bekannt, spezifische Medikamente mit antipsychotischem Wirkprofil existierten allerdings noch nicht. In den 1930er Jahren wurde aber eine Reihe somatischer Therapieverfahren entwickelt. 1933 begründete Manfred Sakel in Wien die Insulinkoma-Therapie, ein Verfahren, bei dem PatientInnen durch Insulin-Gabe wiederholt in ein halbstündiges hypoglykämisches Koma versetzt wurden. Diese Behandlung war mit beträchtlichen Risiken verbunden, fand allerdings 25 Jahre lang international relativ große Verbreitung.⁶³ 1934 begründete der ungarische Arzt Ladislav Meduna die Cardiazol-Krampftherapie. Aufbauend auf Medunas Beobachtungen, dass Krampfanfälle psychotische Symptome bessern können, entwickelten die italienischen Psychiater Ugo Cerletti und Lucio Bini 1938 die Elektrokrampftherapie, die in modifizierter Form noch heute angewendet wird.⁶⁴ 1935 führte der portugiesische Physiologe und Neurologe Egas Moniz die Leukotomie in die Schizophrenie-Behandlung ein, wofür er 1949 den Nobelpreis er-

⁶¹ Vgl. Brunner/Steger (2006); Klee (2008), S. 566.

⁶² Vgl. Brunner/Steger (2006).

⁶³ Vgl. Crammer (2000).

⁶⁴ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 475ff.

halten sollte. Diese psychochirurgische Methode war weder wissenschaftlich fundiert, noch wurde in ihrer Ausführung das Prinzip des *Informed Consent* beachtet.⁶⁵ Dennoch wurde die Psychochirurgie in den kommenden Jahrzehnten international angewandt. In den USA fand sie in der Variante von Walter Freeman bis in die 1950er eine weite Verbreitung und wurde auch von der Laienpresse hoffnungsvoll aufgenommen.⁶⁶ Die psychoanalytische Bewegung trat insbesondere zur Psychochirurgie heftig in Opposition: ein Beispiel dafür war das energische Eintreten von Dexter Bullard gegen die Kandidatur von Charles Burlingame zum Präsidenten der American Psychiatric Association.⁶⁷

Parallel zu diesen Entwicklungen begann der Aufschwung der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten, der in den 1950er und frühen 1960er Jahren seinen Höhepunkt erreichte. Dieser äußerte sich in den Besetzungen der Psychiatrie-Lehrstühle an den Universitäten und hatte einen massiven Einfluss auf die Karriereplanungen angehender PsychiaterInnen:

„When most leaders of North American psychiatry were psychoanalysts, membership in a analytic society was a ticket to a successful academic career. Students tend to emulate their professors. Many of the best and brightest young psychiatrists, even those who did not primarily intend to practise therapy, entered institutes for training.“⁶⁸

Die psychoanalytische Ausrichtung schlug sich immer mehr auch in der Politik der psychiatrischen Standesorganisationen, dem Inhalt von Psychiatrie-Lehrbüchern und in den Ausbildungskurrikula nieder.⁶⁹ Biologische Krankheitskonzeptionen verloren zunehmend an Bedeutung, wie auch der Nobelpreisträger Eric Kandel rückblickend resümierte:

„In the 1950s and in some academic centers extending into the 1960s, academic psychiatry transiently abandoned its roots in biology and experimental medicine and evolved into a psychoanalytically based and socially oriented discipline that was surprisingly unconcerned with the brain as an organ of mental activity.“⁷⁰

Das Verhältnis der Psychoanalyse zur Behandlung der psychischen Störungen, die im damaligen stationären Setting zahlenmäßig am häufigsten diagnostiziert wurden, insbesondere die Schizophrenie, blieb ambivalent. Freud selbst wird häufig so interpretiert, als habe er die psychoanalytische Behandlung von schizophrenen Psychosen – die er initial unter die *narzisstischen Neurosen* fasste⁷¹ – grundsätzlich ausgeschlossen.⁷²

⁶⁵ Vgl. Fortner (2004).

⁶⁶ Vgl. Diefenbach et al. (1999).

⁶⁷ Vgl. Hornstein (2000), p. 244.

⁶⁸ Paris (2005), p. 5.

⁶⁹ Vgl. Paris (2005); Hornstein (2000).

⁷⁰ Vgl. Kandel (1998).

⁷¹ Vgl. List (2009), S. 203f.

⁷² So auch Schott/Tölle (2005), S. 132, die sich auch auf das folgende Zitat berufen.

„Bei den narzißtischen Neurosen ist der Widerstand unüberwindbar; wir dürfen höchstens einen neugierigen Blick über die Höhe der Mauer werfen, um zu erspähen, was jenseits derselben vor sich geht.“⁷³

Schon im folgenden Satz lautet es bei Freud aber:

„Unsere technischen Methoden müssen also durch andere ersetzt werden; wir wissen noch nicht, ob uns ein solcher Ersatz gelingen wird.“⁷⁴

Und im folgenden Abschnitt schreibt er:

„Andere Schwierigkeiten kommen hinzu, um unseren Fortschritt aufzuhalten. Die narzißtischen Affektionen und die an sie anschließenden Psychosen können nur von Beobachtern enträtselt werden, die sich durch das analytische Studium der Übertragungsneurosen geschult haben. Aber unsere Psychiater studieren keine Psychoanalyse und wir Psychoanalytiker sehen zu wenig psychiatrische Fälle. Es muß erst ein Geschlecht von Psychiatern herangewachsen sein, welches durch die Schule der Psychoanalyse als vorbereitender Wissenschaft gegangen ist. Der Anfang dazu wird gegenwärtig in Amerika gemacht, wo sehr viele leitende Psychiater den Studenten die psychoanalytischen Lehren vortragen und wo Anstaltsbesitzer und Irrenhausdirektoren sich bemühen, ihre Kranken im Sinne dieser Lehren zu beobachten.“⁷⁵

Fromm-Reichmann wies in ihren Veröffentlichungen⁷⁶ üblicherweise auch auf dieses frühe Zitat von Freud hin:

„Psychosen, Zustände von Verworrenheit und tiefgreifender (ich möchte sagen: toxischer) Verstimmung sind also für die Psychoanalyse, wenigstens wie sie bis jetzt ausgeübt wird, ungeeignet. Ich halte es für durchaus nicht ausgeschlossen, daß man bei geeigneter Abänderung des Verfahrens sich über diese Gegenindikation hinaussetzen und so eine Psychotherapie der Psychosen in Angriff nehmen könne.“⁷⁷

Auch wenn sich der Großteil der PsychoanalytikerInnen auf die Behandlung von Neurosen (wie Zwangsneurosen und Phobien) konzentrierte, gab es von Anfang an Ansätze, diese Methode auch auf Psychosen auszudehnen.⁷⁸ Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler, der auch den Begriff *Schizophrenie* prägte, führte Anfang des 20. Jahrhunderts in der psychiatrischen Klinik Burghölzli in Zürich psychoanalytische Konzepte in die Schizophrenie-Behandlung ein.⁷⁹ 1926 wurde in Berlin-Tegel die erste psy-

⁷³ Freud (1917).

⁷⁴ Ebd.

⁷⁵ Ebd.

⁷⁶ Vgl. beispielsweise Fromm-Reichmann (1948).

⁷⁷ Freud (1905).

⁷⁸ Vgl. als Übersichtsartikel Happach/Piegler (2000); Schott/Tölle (2005), S. 399f.; sowie für eine kritische Betrachtung Paris (2000), pp. 28ff.

⁷⁹ Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 399. Gleichzeitig vertrat Bleuler aber auch eugenische und rassistische Anschauungen und sprach sich für dementsprechende Maßnahmen wie Kastration und Sterilisation aus. Vgl. dazu Scharfetter (2006), S. 53ff.

choanalytische Klinik gegründet, die zumindest Frühformen von Psychosen zu behandeln suchte.⁸⁰ Im deutschsprachigen Raum gehörten des Weiteren Paul Federn und Otto Fenichel zu den Pionieren psychoanalytischer Psychosebehandlungen, in Großbritannien entwickelten sich ebenfalls bedeutende Ansätze, so beispielsweise durch Melanie Klein. Insbesondere aber in den USA schien diese Entwicklung immer mehr den Verlauf anzunehmen, wie sie sich Freud in seinem Zitat von 1917 wohl erträumt hatte:

„[...] in the 1950s the entire psychiatric establishment was working furiously to establish the principles of psychoanalytically oriented psychotherapy for schizophrenia and that working intensively with such patients was part of the training in every reputable residency program in psychiatry in the United States.“⁸¹

Zu den Pionieren der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie in den USA gehört Harry Stack Sullivan, der seit 1923 in Towson, Maryland, unweit der Chestnut Lodge, eine Spezialabteilung für die Behandlung schizophrener PatientInnen unterhielt und darüber hinaus mit der Begründung der interpersonalen Theorie, die im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse mehr Wert auf Beziehungsgeflechte legte, einen einflussreichen theoretischen Beitrag entwickelte.⁸² Sullivan hielt Ende der 1930er an der Chestnut Lodge ein vierjähriges Seminar ab, übte einen bedeutenden Einfluss auf Fromm-Reichmann aus und wurde zu einem ihrer engsten Freunde.⁸³ Es gab zu dieser Zeit schon zahlreiche Kliniken, die die Psychoanalyse integrierten, aber keine so konsequent wie die Chestnut Lodge.

„Instead, Bullard turned it into the only mental hospital in the world that specialized in psychoanalysis for psychotic patients. Sullivan and White had discussed this idea, and others had used psychotherapy with a few seriously disturbed cases, but no one had ever filled a whole hospital with schizophrenic patients and tried to treat them psychoanalytically.“⁸⁴

Die psychoanalytische Behandlung von Schizophrenien um die Mitte des 20. Jahrhunderts ist untrennbar mit dem Namen Frieda Fromm-Reichmann verbunden – und das vor allem aufgrund ihrer praktischen Arbeit und weniger wegen bedeutender theoretischer Neukonzeptionen. Ihre Tätigkeit beruhte auf der Kombination heterogener Ansätze und auf deren Überprüfung an klinischen Erfahrungen.⁸⁵ Ihrem Hauptwerk „Principles of Intensive Psychotherapy“ hat sie die Widmung vorangestellt:

⁸⁰ Vgl. Happach/Piegler (2000); Hornstein (2000), pp. 164f.

⁸¹ Vgl. Chessick (2002).

⁸² Vgl. Kumnig (2005); Hornstein (2000), pp. 125ff.

⁸³ Vgl. Hornstein (2000), pp. 101 u. 122ff.

⁸⁴ Ebd., p. 98.

⁸⁵ Vgl. ebd., p. 38: „Frieda can't be said to have developed a theory; rather, she forged a unique viewpoint merging ideas typically seen as unrelated. A follower of no school but a student of many, she drew on an unusually wide range of sources, combining them idiosyncratically, like a sculptor working with found objects or a chef creating bouillabaisse. She was an empiricist in the literal sense of the word, deriving her theoretical commitments directly from experience.“

„To my teachers:
Sigmund Freud
Kurt Goldstein
Georg Groddeck
Harry Stack Sullivan“⁸⁶

Als Hauptangriffspunkt für die Psychotherapie betrachtete Fromm-Reichmann die Einsamkeit, die allen psychischen Erkrankungen zugrunde läge.⁸⁷ Um die Psychoanalyse für die besondere Situation von PatientInnen mit Psychosen anwendbar zu machen, modifizierte sie die klassische Methode in mehreren Punkten:

„Fromm-Reichmann gab im Rahmen ihrer Therapie die Verwendung der Couch, die Aufforderung zur freien Assoziation, die abstinente Haltung des Analytikers und die regelmäßigen Einzelsitzungen auf.“⁸⁸

Fromm-Reichmann, die 1957 verstarb, ist auf der einen Seite von AnhängerInnen vielfach geradezu mit Lobeshymnen überschüttet worden. Als Beispiele seien hier die ausgesprochen positiv formulierte Fromm-Reichmann-Biographie von Gail A. Hornstein⁸⁹ genannt, Professorin für Psychologie am Mount Holyoke College in South Hadley, Massachusetts, sowie der Fromm-Reichmann-Eintrag im Personenlexikon der Psychotherapie von Tanja Klautzer, in dem diese „ihr erfolgreiches Vorgehen“ lobt, das von „höchster Aufmerksamkeit, Ehrlichkeit, Geduld und ausgesprochenem Respekt und Einfühlungsvermögen dem Patienten gegenüber gekennzeichnet“⁹⁰ gewesen sei. Im Gegensatz zu vielen anderen PsychoanalytikerInnen dieser Zeit sammelte Fromm-Reichmann keine SchülerInnenschaft um sich, inspirierte aber dennoch „eine ganze Generation junger PsychiaterInnen“.⁹¹

Auf der anderen Seite erntet Fromm-Reichmann heutzutage auch scharfe Kritik, insbesondere wegen des von ihr wohl zum ersten Mal formulierten Begriffes der *schizophrenen Mutter*.⁹² Mitte der 1960er Jahre begann darüber hinaus der Stern der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten zu sinken,⁹³ und insbesondere seit jeher umstrittene Konzepte wie die psychoanalytisch orientierte Behandlung von Schizophrenie gerieten ins Kreuzfeuer der Kritik. Neuroleptika gewannen immer mehr die zentrale

⁸⁶ Fromm-Reichmann (1950).

⁸⁷ Vgl. Hornstein (2000), p. 305.

⁸⁸ Klautzer (2005).

⁸⁹ Hornstein (2000).

⁹⁰ Klautzer (2005).

⁹¹ Vgl. Hornstein (2000), p. 172; Chessick (2002).

⁹² Das Originalzitat findet sich in Fromm-Reichmann (1948), p. 265: „The schizophrenic is painfully distrustful and resentful of other people, due to the severe early warp and rejection he encountered in important people of his infancy and childhood, as a rule, mainly in a schizophrenogenic mother.“ Auf die Wirkungsgeschichte dieses problematischen Begriffes kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

⁹³ Verschiedenste Gründe für diese generelle Entwicklung werden ins Feld geführt – so beispielsweise Ergebnisse der Hirnforschung, die günstige empirische Datenlage psychopharmakologischer und verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden, aber auch die hohen Kosten für eine langjährige psychoanalytische Therapie.

Bedeutung in den Behandlungskonzepten für schizophrene Psychosen. 1982 wurde die Chestnut Lodge auf Schadensersatz wegen angeblichen Behandlungsfehlers verklagt. Der Kläger, der Nephrologe Raphael Osheroff, war in der Klinik in Rockville unter der Diagnose *Narzisstische Persönlichkeitsstörung* sieben Monate lang ohne spürbaren Erfolg rein psychotherapeutisch behandelt worden, während sich sein Gesundheitszustand nach einem Wechsel in eine andere Klinik, wo die Diagnose *Psychotische Depression* gestellt wurde, unter antidepressiver Medikation innerhalb weniger Wochen besserte. Der Aufsehen erregende und in der psychiatrischen Fachliteratur vieldiskutierte Fall wurde außergerichtlich durch einen finanziellen Vergleich beigelegt, die klinische Psychoanalyse verlor allerdings weiter an Kredit.⁹⁴ Mitte der 1980er erbrachten Langzeituntersuchungen der zwischen 1950 und 1975 in der Chestnut Lodge behandelten PatientInnen enttäuschende Ergebnisse. 1983 resümierte der Studienleiter Tom McGlashan: „Frieda and Dexter embarked on a grand experiment. The data is in. The experiment failed.“⁹⁵ Wegen Insolvenz schloss die Chestnut Lodge am 27. April 2001 ihre Türen, exakt 44 Jahre nach Fromm-Reichmanns Tod.⁹⁶ 2009 fiel das leerstehende Gebäude einem schweren Brand zum Opfer.⁹⁷

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass Greenbergs Roman ein charakteristisches narratives Zeugnis der von uns untersuchten Zeitperiode der Psychiatriegeschichte darstellt. Charakteristisch ist es nicht deswegen, weil es die Behandlung der durchschnittlichen psychiatrischen Patientin in den USA Mitte des vergangenen Jahrhunderts porträtiert. Wie eingangs des Kapitels dargestellt, wich die Realität für den Großteil der damaligen PatientInnen von der Behandlung der Deborah Blau in fast allen Aspekten deutlich ab. Charakteristisch ist dieses Zeugnis vielmehr deswegen, weil der enorme Aufschwung der Psychoanalyse in den USA nach 1935 hier in seiner wohl konsequentesten institutionell-psychiatrischen Ausdrucksform dargestellt wird. Die Chestnut Lodge war wie keine andere Klinik auf die psychoanalytische Behandlung von Schizophrenie spezialisiert und Frieda Fromm-Reichmann deren bedeutendste klinische Exponentin. Gleichzeitig zeigen sich aber auch die Wechselwirkungen zwischen dem historischen Entstehungskontext des autobiographischen Romans und seinem Einfluss auf die nachfolgenden Diskurse. Wie sich nämlich in dem Ansatz der Chestnut Lodge die Hoffnung äußerte, dass schwere Psychosen alleine durch Psychoanalyse und ohne Zuhilfenahme therapeutischer Zwangsmaßnahmen heilbar wären, übt auch der Roman bis heute eine entsprechende Rolle im psychiatrischen und gesellschaftlichen Diskurs aus, wie im folgenden Kapitel zu zeigen ist.

⁹⁴ Zu dem Fall Osheroff v. Chestnut Lodge vgl. Paris (2005), pp. 95ff.; Hornstein (2000), pp. 383ff.

⁹⁵ Vgl. Silver (1997).

⁹⁶ Vgl. Silver (2002).

⁹⁷ Vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/Chestnut_Lodge (gesehen: 10.09.2010).

7. Wirkungsgeschichte des Romans

Joanne Greenberg veröffentlichte ihren autobiographischen Roman unter dem Pseudonym Hannah Green⁹⁸ im Jahre 1964, zwölf Jahre nach dem Ende ihrer stationären Behandlung in der Chestnut Lodge. Sie hatte in der Zwischenzeit ihren Universitätsabschluss in Anthropologie und Literaturwissenschaften gemacht und hatte bereits einen ersten Roman, „The King’s Persons“, veröffentlicht.⁹⁹ Ursprünglich war geplant gewesen, gemeinsam mit Fromm-Reichmann ein Buch herauszubringen,¹⁰⁰ doch diese verstarb 1957. Greenberg gab später an, ihre Intention, die Geschichte doch noch zu veröffentlichen, sei es gewesen, ein Gegengewicht zu aufkommenden antipsychiatrischen Positionen zu formulieren.

„I wanted to say that there is such a thing as real mental illness and it is not romantic.“¹⁰¹

Greenbergs Buch wurde zu einem vollen Erfolg. Allein bis ins Jahr 1977 wurden mehr als fünf Millionen Exemplare verkauft,¹⁰² der Roman wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und wird weiterhin regelmäßig neu aufgelegt. 1977 wurde das Buch verfilmt, 2004 als Theaterstück adaptiert.¹⁰³ Der Titel des Buches, „I Never Promised You A Rose Garden“, wurde zum geflügelten Wort und ist als solches zum Beispiel in die Popgeschichte eingegangen.¹⁰⁴

In Hornsteins Fromm-Reichmann-Biographie ist eine ganze Reihe von Briefen abgedruckt, die Joanne Greenberg von LeserInnen ihres Buches erhalten hat.¹⁰⁵ Insbesondere in den Zuschriften von PatientInnen äußert sich demnach ein hohes Maß an Identifikation mit der Protagonistin beziehungsweise der Autorin. Das Autobiographische an dem Roman war den meisten Psychiatrie-Erfahrenen dabei unzweifelhaft klar. Viele bedankten sich bei Greenberg, dass sie ihnen durch das Buch neuen Mut geschenkt habe, andere erkundigten sich nach Rat oder wollten die Adresse der Therapeutin erfragen. Exemplarisch sei hier aus dem Brief einer Patientin zitiert:

„I read your book, and it gave me the courage to try – again. After eight re-admissions, it’s pretty difficult. But the choice has been made. There is no alternative now – except to stick with it. Thank you – more than I can ever tell you.

⁹⁸ Sie gab dieses Pseudonym auf wegen Namensgleichheit zu einer New Yorker Schriftstellerin, die tatsächlich den Namen Hannah Green trug. Vgl. hierzu Hornstein (2000), p. 357.

⁹⁹ Vgl. Joanne Greenbergs Homepage Mountain Top Author unter <http://mountaintopauthor.com/> (gesehen: 10.09.2010).

¹⁰⁰ Vgl. Hornstein (2000), p. 348.

¹⁰¹ Greenberg, zitiert nach Hornstein (2000), p. 348.

¹⁰² Vgl. Hornstein (2000), p. 359.

¹⁰³ Vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/I_Never_Promised_You_a_Rose_Garden (gesehen: 10.09.2010).

¹⁰⁴ Der Nummer-1-Hit „(I Never Promised You A) Rose Garden“ wurde von Joe South geschrieben, bekannt geworden allerdings vor allem in der Interpretation von Lynn Anderson. Vgl. hierzu [http://en.wikipedia.org/wiki/\(I_Never_Promised_You_A\)_Rose_Garden](http://en.wikipedia.org/wiki/(I_Never_Promised_You_A)_Rose_Garden) (gesehen: 10.09.2010).

¹⁰⁵ Vgl. Hornstein (2000), pp. 355f.

You have renewed some latent courage which I've managed to scrape together again for another go."¹⁰⁶

Die Reaktion auf das Buch von „professioneller“ Seite war unterschiedlich. Auf der einen Seite wurde der Roman zeitweise in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen und in der Behandlung von PatientInnen eingesetzt.¹⁰⁷ Hornstein dient Greenbergs Geschichte gar als eines der zentralen Argumente für ihre These, dass Fromm-Reichmanns Ansatz der psychoanalytisch orientierten Schizophrenie-Behandlung weiter verfolgt werden sollte. Auf der anderen Seite schlug dem Roman aber auch große Skepsis entgegen. Insbesondere wurde die Diagnose *Schizophrenie* in Frage gestellt. Die Spannweite der vorgeschlagenen Alternativen reicht dabei von *frühkindlichem Hirnschaden*¹⁰⁸ über *Borderline-Persönlichkeitsstörung*¹⁰⁹ bis zu *Somatisierungsstörung*¹¹⁰. Die AutorInnen der zuletzt zitierten Studie verglichen Greenbergs Buch mit dem psychiatrischen Klassifikationssystem DSM-III von 1980, müssen allerdings einräumen, dass das Vorliegen einer Schizophrenie nicht ausgeschlossen werden könne, wenn es auch nicht wahrscheinlich sei. Dennoch werfen sie dem Roman vor, bei schizophrenen PatientInnen falsche Erwartungen zu schüren. Problematisch bei diesen Herangehensweisen ist nicht nur, dass die neueren Klassifikationssysteme nicht mit denen von 1948 vergleichbar sind, sondern auch, dass in Romanform verarbeitetes Erleben sich schwer 1:1 in psychopathologische Symptome übersetzen lasse. So wird angemerkt, dass formale Denkstörungen fehlten, aber kann man erwarten, dass diese in einem mehr als zehn Jahre später verfassten Roman adäquat wiedergegeben werden? Außerdem hat Greenberg ihre Geschichte bewusst auch fikionalisiert.¹¹¹ Allerdings muss sogar Hornstein eingestehen, dass die Diagnose *Borderline-Persönlichkeitsstörung* auf Grundlage des Romans nicht völlig ausgeschlossen werden könne.¹¹²

Sowohl die Reaktionen von LeidensgenossInnen, als auch die zum Teil heftigen Auseinandersetzungen innerhalb des psychiatrisch-psychotherapeutischen Diskurses verweisen auf den großen Einfluss des Buchs über den eines „einfach nur“ erfolgreichen Romans hinaus. Greenbergs Narrativ konservierte Fromm-Reichmanns leidenschaftliches Eintreten für eine psychoanalytisch orientierte Behandlung von schizophrenen PatientInnen und wirkt bei BefürworterInnen eines solchen Ansatzes weiterhin häufig als Bezugspunkt. Joanne Greenberg selbst schaltete sich dabei durchaus aktiv in diese Debatte ein: sie unterstützte Gail Hornstein bei ihrer Fromm-Reichmann-Biographie, wirkte als Interviewpartnerin in dem Film „Take These Broken Wings“¹¹³ mit

¹⁰⁶ Brief an Greenberg, zitiert nach Hornstein (2000), p. 362.

¹⁰⁷ Vgl. Elser (1982); Sommer (2003).

¹⁰⁸ Vgl. Kubic (1966).

¹⁰⁹ Vgl. Paris (2005), pp. 29f.

¹¹⁰ Vgl. North/Cadoret (1981), die Diagnosen aus verschiedenen autobiographischen Romanen anhand der Diagnosekriterien des DSM-III reevaluierten.

¹¹¹ Interview mit Joanne Greenberg, <http://www.youtube.com/watch?v=IwZouFmmp9U> (gesehen: 12.09.2010).

¹¹² Vgl. Hornstein (2000), p. 233.

¹¹³ In diesem Film geht es um die Heilung von Schizophrenie mittels Psychotherapie. Autor des Films ist der Psychotherapeut Daniel Mackler, der auf seiner Webseite unter anderem für einen Eltern-

und trat im November 2010 auf der Jahreskonferenz der amerikanischen Sektion der International Society for the Psychological Treatment of the Schizophrenias and Other Psychoses als Keynote Speaker auf.

Trotz mancher Fortentwicklung¹¹⁴ gilt die psychoanalytisch orientierte Behandlung von Schizophrenie in der akademischen Psychiatrie heutzutage als nahezu obsolet¹¹⁵ oder nur in Einzelfällen sinnvoll¹¹⁶. „I Never Promised You A Rose Garden“ ist ein bis heute nachwirkendes Zeugnis einer Phase der Psychiatriegeschichte, in der dies anders gewesen ist.

Literatur

1. Alexander/Selesnick (1969): Franz G. Alexander, Sheldon T. Selesnick, Geschichte der Psychiatrie, Konstanz 1969.
2. Brunner/Steger (2006): Jürgen Brunner, Florian Steger, Johannes Heinrich Schultz (1884-1970). Begründer des Autogenen Trainings. Ein biographischer Rekonstruktionsversuch im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik, BIOS 19 (2006), 1, S. 16-25.
3. Chessick (2002): Richard D. Chessick, Book Forum: Diagnosis and Treatment: To Redeem One Person Is to Redeem the World: The Life of Frieda Fromm-Reichmann By Gail A. Hornstein, The American Journal of Psychiatry 159 (2002), 6, pp. 1068-1069.
4. Crammer (2000): J. L. Crammer, Insulin coma therapy for schizophrenia, Journal of the Royal Society of Medicine 93 (2000), 6, pp. 332-333.
5. de Toro (1999): Alfonso de Toro, Die postmoderne „neue Autobiographie“ oder die Unmöglichkeit einer Ich-Geschichte am Beispiel von Robbe-Grillet's *Le miroir qui revient* und *Dobrovskys Livre brisé*, in: Sybille Groß, Axel Schönberger (Hrsg.): *Dulce et decorum est philologiam colere: Festschrift für Dieter Briese-meister zu seinem 65. Geburtstag*, Berlin 1999, S. 1407-1443, <http://www.uni-leipzig.de/~detoro/sonstiges/neuauto.htm> (gesehen: 10.09.2010).
6. Diefenbach et al. (1999): Gretchen J. Diefenbach, Donald Diefenbach, Alan Baumeister, Mark West, Portrayal of Lobotomy in the Popular Press: 1935-1960, Journal of the History of the Neurosciences 8 (1999), 1, pp. 60-69.
7. Elser (1982): Helen Elser, Bibliotherapy in Practice, Library Trends 30 (1982), 4, pp. 647-659.

„Führerschein“ wirbt, zu dessen Voraussetzungen gehört, sich vorher einer Paartherapie unterzogen zu haben, mindestens drei Jahre verheiratet zu sein, völlig gesund zu sein und über einen College-Abschluss zu verfügen!

¹¹⁴ Vgl. Mentzos (2002).

¹¹⁵ Vgl. Malmberg et al. (2001/2009): „Current data do not support the use of psychodynamic psychotherapy techniques for hospitalised people with schizophrenia. If psychoanalytic therapy is being used for people with schizophrenia there is an urgent need for trials.“

¹¹⁶ Vgl. Gaebel et al. (2006), S. 124.

8. Fortner (2004): Rainer Fortner, Egas Moniz (1874-1955) – Leben und Werk unter besonderer Berücksichtigung der Leukotomie und ihrer ethischen Implikationen, Diss. med., Würzburg 2004.
9. Freud (1905): Sigmund Freud, Über Psychotherapie, http://projekt.gutenberg.de/?id=5&xid=5453&kapitel=25&cHash=3aa83cf098chap065#gb_found (gesehen: 05.09.2010).
10. Freud (1917): Sigmund Freud, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse – 26. Vorlesung. Die Libidotheorie und der Narzissmus, http://projekt.gutenberg.de/?id=5&xid=4665&kapitel=27&cHash=cc1c208a60chap027#gb_found (gesehen: 05.09.2010).
11. Fromm-Reichmann (1948): Frieda Fromm-Reichmann, Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic therapy, *Psychiatry* 11 (1948), 3, pp. 263-273.
12. Fromm-Reichmann (1950): Frieda Fromm-Reichmann, *Principles of Intensive Psychotherapy*, Chicago 1950.
13. Gaebel et al. (2006): Wolfgang Gaebel (federführend) und andere, S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1. Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Darmstadt 2006.
14. Gast (1999): Lilli Gast, Fluchtlinien – Wege ins Exil, *Forum der Psychoanalyse* 15 (1999), 2, S. 135-150.
15. Gifford (2008): Sanford Gifford, The Psychoanalytical Movement in the United States, 1906-1991, in: Edwin R. Wallace IV, John Gach (Hrsg.), *History of Psychiatry and Medical Psychology*, New York 2008, pp. 629-657.
16. Green (2006): Hannah Green, Ich habe dir nie einen Rosengarten versprochen, Hamburg 2006.
17. Grob (1992): Gerald N. Grob, Mental Health Policy in America: Myths and Realities, *Health Affairs* 11 (1992), 3, pp. 7-22.
18. Groß/Schäfer (2008): Dominik Groß, Gereon Schäfer, Der psychisch Kranke im Spiegel der Literatur: Das Beispiel Psychochirurgie, in: Dominik Groß, Sabine Müller, Jan Steinmetzer (Hrsg.), *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*, Berlin 2008 (= *Humandiskurs*, 2), S. 333-350.
19. Handlbauer (1999): Bernhard Handlbauer, Über den Einfluß der Emigration auf die Geschichte der Psychoanalyse, *Forum der Psychoanalyse* 15 (1999), 2, S. 151-166.
20. Happach/Piegler (2000): Claas Happach, Theo Piegler, Zur Geschichte der psychoanalytischen Behandlung von Psychosen, *Psychotherapeut* 45 (2000), 1, S. 39-43.
21. Hoff (2005a): Paul Hoff, Autonomie und psychiatrische Krankheitsmodelle – Die historische und aktuelle Perspektive, in: Wulf Rössler, Paul Hoff (Hrsg.), *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*, Heidelberg 2005, S. 7-25.
22. Hoff (2005b): Paul Hoff, Geschichte der Psychiatrie, in: Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux, Hans-Peter Kapfhammer, *Psychiatrie & Psychotherapie*, Berlin 2005, S. 5-25.

23. Hornstein (2000): Gail A. Hornstein, *To Redeem One Person is to Redeem the World. The Life of Frieda Fromm-Reichmann*, New York 2000.
24. Kandel (1998): Eric R. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, *The American Journal of Psychiatry* 155 (1998), 4, pp. 457-469.
25. Klautzer (2005): Tanja Klautzer, Frieda Fromm-Reichmann, in: Gerhard Stumm, Alfred Pritz, Paul Gumhalter, Nora Nemeskeri, Martin Voracek (Hrsg.): *Personenlexikon der Psychotherapie*, Wien/New York 2005, S. 164-165.
26. Klee (2008): Ernst Klee, *Das Personenlexikon zum Dritten Reich – Wer war was vor und nach 1945*, Koblenz 2008.
27. Kolb et al. (2000): Lawrence C. Kolb, Shervert H. Frazier, Paul Sirovatka, *The National Institute of Mental Health: Its Influence on Psychiatry and the Nation's Mental Health*, in: Roy W. Menninger, John C. Nemiah, *American Psychiatry After World War II (1944-1994)*, Washington D. C. 2000, pp. 207-231.
28. Kubie (1966): Lawrence S. Kubie, *Book Review: I Never Promised You A Rose Garden*, *Journal of Nervous and Mental Disease* 142 (1966), 2, pp. 190-195.
29. Kumnig (2005): Martin Kumnig, Harry Stack Sullivan, in: Gerhard Stumm, Alfred Pritz, Paul Gumhalter, Nora Nemeskeri, Martin Voracek (Hrsg.): *Personenlexikon der Psychotherapie*, Wien/New York 2005, S. 467-469.
30. List (2009): Evelin List, *Psychoanalyse*, Wien 2009.
31. Maisel (1946): Albert Q. Maisel, *Bedlam 1946 – Most U.S. Mental Hospitals are a Shame and a Disgrace*, *Life Magazine* May 6th 1946, pp.102-118.
32. Madhusoodanan/Brenner (2007): Subramoniam Madhusoodanan, Ronald Brenner, *Caring for the Chronically Mentally Ill in Nursing Homes*, *Annals of Long-Term Care*, 15 (2007), 9, pp. 29-31.
33. Malmberg et al. (2001/2009): Lena Malmberg, Mark Fenton, John Rathbone, *Individual Psychodynamic Psychotherapy and Psychoanalysis for Schizophrenia and Severe Mental Illness*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (2001), Art. No.: CD001360. Last assessed as up-to-date: February 2. 2009, http://online.library.wiley.com/o/cochrane/clsystrev/articles/CD001360/pdf_fs.html (gesehen: 16.09.2010).
34. McKenzie et al. (2007): James F. McKenzie, Robert R. Pinger, Jerome E. Kotecki, *An introduction to community health*, Sudbury 2007.
35. Mentzos (2002): Stavros Mentzos, *Psychoanalyse der Psychosen*, *Psychotherapie im Dialog* 3 (2002), 3, S. 223-229.
36. North/Cadoret (1981): Carol North, Remi Cadoret, *Diagnostic Discrepancy in Personal Accounts of Patients With 'Schizophrenia'*, *Archives of General Psychiatry* 38 (1981), 2, pp. 133-137.
37. Paris (2005): Joel Paris, *The Fall of An Icon: Psychoanalysis and Academic Psychiatry*, Toronto 2005.
38. Sareyan (1993): Alex Sareyan, *The Turning Point: How Men of Conscience Brought About Major Change in the Care of America's Mentally Ill*, Washington D. C. 1993.
39. Scharfetter (2006): Christian Scharfetter, Eugen Bleuler, 1857-1939: *Polyphrenie und Schizophrenie*, Zürich 2006.

40. Schott/Töle (2005): Heinz Schott, Rainer Töle, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2005.
41. Shorter (1999): Edward Shorter, Geschichte der Psychiatrie, Berlin 1999.
42. Silver (1997): Ann-Louise S. Silver, Chestnut Lodge, Then and Now, Contemporary Psychoanalysis 33 (1997), 2, pp. 227-249.
43. Silver (2002): Ann-Louise S. Silver, A Personal Response to Gail Hornstein's To Redeem One Person is to Redeem the World: The Life of Frieda Fromm-Reichmann, Psychiatry 65 (2002), 1, pp. 1-12.
44. Sommer (2003): Robert Sommer, The Use of Autobiography in Psychotherapy, Psychotherapy in Practice 59 (2003), 2, pp. 197-205.

**Die italienische „Abtreibungsdebatte“ im Spiegel
der belletristischen Literatur.
Das Beispiel „Brief an ein nie geborenes Kind“
der Schriftstellerin Oriana Fallaci**

Gloria I. Winterlich, Dagmar Schmitz und Dominik Groß

1. Einleitung

Seit der Antike stellt der Schwangerschaftsabbruch eines der umstrittensten und zugleich anspruchsvollsten Themen der gesellschaftlichen Diskussion dar.¹ Eine Vielzahl von unterschiedlichen Instanzen nimmt seither Einfluss auf die Meinungsbildung. Zu diesen Instanzen zählen religiöse Glaubensgemeinschaften, die medizinische Wissenschaft und die Rechtsprechung. In jedem dieser Bereiche lassen sich darüber hinaus über die Jahrhunderte deutliche Veränderungen hinsichtlich der Haltung zum Schwangerschaftsabbruch nachweisen.

Von großer Bedeutung waren die Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts erfolgten naturwissenschaftlichen und medizinischen Forschungen zur intrauterinen Entwicklung einer Leibesfrucht, durch die einige der bis dahin gültigen Theorien revidiert werden konnten. So gelang es etwa dem erst 26-jährigen Mediziner Caspar Friedrich Wolff (* 1734, † 1794), die zuvor allgemein akzeptierte Präformationslehre durch seine Epigenesis-Lehre abzulösen. Anhand eines aufwändigen Forschungsprojektes mittels bebrüteter Hühnereier konnte er die Existenz einer Keimscheibe nachweisen. Aus dieser entwickeln sich verschiedene sogenannte Keimblätter, die wiederum die Anlage zur schrittweisen Weiterentwicklung in die wichtigen Organsysteme bilden: Nervensystem, Stützgewebe, Herz-Kreislauf-System und Magen-Darm-Trakt. In einer Vielzahl weiterer Forschungsarbeiten konnte die Keimblatt-Lehre schließlich auch für den menschlichen Embryo nachgewiesen werden.

Zudem wurde bei der Beobachtung seiner Entwicklungsschritte im mütterlichen Organismus entdeckt, dass der Embryo bereits deutlich vor dem 40. Schwangerschaftstag eine menschenähnliche Form aufweist. Zuvor war man davon ausgegangen, dass der menschliche Embryo erst am 40. Tag einer Schwangerschaft ausgeformt sei. Diese Vorstellung ging zurück auf Überlegungen des griechischen Gelehrten Aristoteles (* 384, † 322 vor Christus):

„In der bekannten aristotelischen Schrift ‚Historia animalium‘ wird die embryonale Entwicklung so dargestellt, dass zunächst eine ungeformte fleischartige Masse im Leib der Mutter entsteht. Die Gliederung und körperliche Durchformung

¹ Eine genaue Datierung der ersten Verwendung von Methoden zur Abtreibung einer Leibesfrucht ist nach derzeitigem historischem Kenntnisstand nicht zweifelsfrei möglich. Dennoch „ist aufgrund ethnomedizinischer Studien über Schwangerschaftsabbruch in sogenannten ‚primitiven‘ Gesellschaften zu vermuten, dass bereits in den vorgeschichtlichen Kulturen ein instinktives und empirisches Wissen um die abtreibende Wirkung von bestimmten Drogen vorhanden gewesen ist.“ Jütte (1993), S. 27.

der männlichen Frucht wird auf den 40. Tag gelegt, wohingegen die weibliche Frucht erst mit Eintritt des vierten Schwangerschaftsmonats als gegliedert galt.“²

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts jedoch erkannte man nun, dass die 40-Tage-Grenze wissenschaftlich nicht gestützt werden konnte, – mit weitreichenden Konsequenzen auch im Hinblick auf die Theorie, wonach die Beseelung des Menschen auf eben jenen 40. Tag falle – das Kind also erst zu diesem Zeitpunkt „lebendig“ würde.

Der Zeitpunkt der „Beseelung“ wiederum war von großer Relevanz für die Rechtsprechung. Nach der Peinlichen Halsgerichtsordnung Kaiser Karls V., der „Constitutio Criminalis Carolina“ aus dem Jahr 1532, wurde eine Abtreibung erst dann als Straftat verfolgt, wenn ein „lebendig Kind“ abgetrieben worden war.³ Die im 19. Jahrhundert gewonnen medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse über die intrauterine Entwicklung konnten in diesem Zusammenhang nicht ohne Folgen bleiben. Eine Fristenregelung schien nicht mehr haltbar, weshalb 1871 das Reichsstrafgesetzbuch in § 218 die Abtreibung zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft unter Strafe stellte.⁴

Dieses historische Beispiel zeigt, in welchem Wechselspiel die Instanzen Medizin, Religion und Rechtsprechung zueinander stehen. Durch vielfältige wissenschaftliche Entdeckungen mussten religiöse Vorstellungen revidiert und Gesetzgebungen geändert werden, welche wiederum die Meinungsbildung der Gesellschaft entscheidend beeinflussten. Die Menschen haben sich stets an jene Instanzen gewandt, um Orientierung für ihre Entscheidungen und Handlungen zu finden. Veränderungen und Entwicklungen in diesen Bereichen schlugen sich zunehmend auch in den Moralvorstellungen der Allgemeinheit nieder.

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, den gesellschaftlichen Meinungsbildungsprozess zum Themenbereich „Schwangerschaftsabbruch“ im Spiegel belletristischer Literatur nachzuzeichnen.⁵

Folgende Vorannahmen bilden dabei den Ausgangspunkt des Aufsatzes:⁶ In der (belletristischen) Literatur werden häufig umstrittene gesellschaftliche Konzepte thematisiert und ausgeführt. Dies gilt auch für den Bereich der Medizin und für umstrittene ärztliche Eingriffe wie etwa den Schwangerschaftsabbruch. Die Darstellung der Medizin in der Literatur reflektiert und prägt hierbei den gesellschaftlichen Blick auf Medizin, das heißt, Literatur bildet Meinung ab und wirkt zugleich meinungsbildend. Vor diesem Hintergrund verdienen die Wechselbeziehungen zwischen dem gesell-

² Ebd., S. 32.

³ Ebd.

⁴ „Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleib tötet, wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft.“ Ebd., S. 132.

⁵ Die folgenden Ausführungen basieren auf den vorläufigen Ergebnissen eines Promotionsprojektes von Gloria I. Winterlich, das am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen durchgeführt und von Dominik Groß wissenschaftlich betreut wird. Als Tutorin fungiert Dagmar Schmitz.

⁶ Vgl. hierzu Groß/Schäfer (2008), S. 334f.

schaftlichen Diskurs über „Abtreibung“ und dessen Verarbeitung in der belletristischen Literatur besondere Beachtung.

Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrages steht deshalb ein vielbeachtetes, international bekanntes belletristisches Werk zum Thema Schwangerschaftsabbruch: das 1975 erstveröffentlichte Buch „Brief an ein nie geborenes Kind“ der italienischen Schriftstellerin Oriana Fallaci. Im Vorfeld der eigentlichen literaturwissenschaftlichen Analyse scheint es jedoch erforderlich, einige biographische Hintergrundinformationen und einen Überblick über den Handlungsverlauf zu geben (Kapitel 2). Anschließend soll der Handlungsverlauf in „Brief an ein nie geborenes Kind“ skizziert werden (Kapitel 3). Kapitel 4 nimmt danach die jeweiligen Standpunkte der Figuren zum Schwangerschaftsabbruch in den Blick. Sodann gilt es, das Werk zu kontextualisieren, das heißt, zeitlich und sozial einzuordnen (Kapitel 5). Am Ende steht ein kurz gefasstes Resümee (Kapitel 6).

2. Biographie von Oriana Fallaci

Oriana Fallaci wurde am 29. Juni 1929 als älteste Tochter von Edoardo und Tosca Fallaci in Florenz geboren. Ihre Eltern waren ihr die beiden wichtigsten Menschen im Leben und formten das politische und soziale Weltbild sowie die moralischen Wertvorstellungen ihrer Tochter bereits in ihrer frühesten Kindheit.⁷

Die Erziehung Fallacis war von wenig Toleranz geprägt; ihre Eltern erwarteten ein hohes Maß an Etikette und Disziplin.⁸ Vor allem letztere lernte sie durch prägende Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg. Ihr Vater Edoardo Fallaci gehörte der antifaschistischen Widerstandsbewegung in der Toskana an.⁹ So kam auch die damals dreizehnjährige Oriana mit der Untergrundbewegung in Kontakt und unterstützte unter dem Decknamen „Emilia“ den Kampf gegen die deutschen Nationalsozialisten und das totalitäre Regime Mussolinis.¹⁰ Ihre Familie nahm englische und amerikanische Kriegsgefangene sowie Flüchtlinge aus Konzentrationslagern auf, verhalf ihnen zur Freiheit, schmuggelte Waffen und überbrachte Nachrichten.¹¹ Insbesondere die erschütternden Erfahrungen während des Widerstandskampfes förderten Fallacis Hass auf Diktatur und diskriminierende, menschenrechtsverletzende politische Systeme, welcher für ihre spätere

⁷ „[...] Edoardo and Tosca Fallaci, the two most important people in her life.“ Aricò (1998), p. 10.

⁸ „Fallaci's upbringing was in no way liberated or permissive. Both of her parents demanded high standards of conduct and instilled in her a permanent spirit of discipline.“ Ebd., p. 18.

⁹ „During the war years, Edoardo Fallaci was a member of the Resistance movement in Tuscany.“ Ebd., p. 19.

¹⁰ „[...] Oriana took part in covert activities against German occupiers. [...] She was thirteen and then fourteen years old when her childhood vanished [...]“ Ebd.

¹¹ „She [...] helped her father escort English and American prisoners to safety. [...] allowing detainees to escape from their concentration camps. The Action Party [...] assumed the responsibility of helping them arrive at a safe haven.“ Ebd.

Arbeit als Journalistin, Kriegs-Korrespondentin und Schriftstellerin charakteristisch werden sollte.¹²

Nach dem Zweiten Weltkrieg nahm Fallaci ihre schulische Ausbildung am „Liceo Galileo“ in Florenz wieder auf und erreichte bereits im Alter von sechzehn Jahren ihren Abschluss. Ihr Berufswunsch, Schriftstellerin zu werden, wurde seitens ihrer Familie nicht unterstützt. Die Eltern wie auch der Onkel Bruno Fallaci, ein berühmter Literaturkritiker, insistierten, Oriana solle zunächst einen „Brotberuf“ erlernen, um sich finanziell abzusichern. So begann Fallaci an der Universität zu Florenz Humanmedizin zu studieren. Doch schon vor Abschluss des ersten Jahres brach sie das Studium ab, nachdem ihr Vater das Opfer eines Autounfalls geworden war. Edoardo Fallaci erlitt eine schwere Schädelverletzung und lag nachfolgend zwei Jahre lang im Koma. Seine Frau und seine beiden Töchter, Oriana und Paola, sahen sich nun in der schwierigen Situation, finanziell für die Familie sorgen zu müssen. Fallaci beschloss, zur Unterstützung ihrer Eltern ganztätig als Journalistin für die Zeitung „Il Mattino dell’Italia Centrale“ zu arbeiten.¹³ Sie berichtete vorwiegend über Verbrechen und medizinische Themen.¹⁴ Ihre Artikel waren jedoch niemals nur eine bloße Darstellung von Fakten. Sie imponierten vielmehr als Kurzgeschichten, in denen Fallaci die Fakten mit Fiktion kombinierte.¹⁵ Nach sechs Jahren wurde Fallaci 1952 von ihrem Editor Christiano Ridomi entlassen, da sie sich weigerte, einen verunglimpfenden Bericht über den Anführer der Kommunisten Palmiro Togliatti zu schreiben. Um objektiv und fair zu sein, wollte sie vielmehr auch dessen Meinung berücksichtigt sehen.¹⁶

Nur kurze Zeit später fand Fallaci zunächst eine Anstellung als Journalistin bei der Zeitschrift „L’Epoca“. Nach zwanzig Monaten wechselte sie zum Nachrichtenmagazin „L’Europeo“, für das sie zuvor schon mehrere Artikel verfasst hatte. Im Rahmen dieser Beschäftigung reiste sie viel und berichtete über berühmte Persönlichkeiten, darunter Schauspieler, Astronauten und schließlich auch bedeutende politische Charaktere.¹⁷ Ihr

¹² „Fallaci’s experience in the Resistance during World War II helped shape her future opposition to dictatorship [...]. The Resistance offered her an intense political education, strengthened her commitment to the dictates of personal conscience, and permanently imprinted in her spirit a hatred for the powerful, who use their positions for personal gain.“ Ebd., p. 21.

¹³ Fallaci hatte bereits während ihres Medizinstudiums für diese Zeitung gearbeitet, um sich ihr Studium zu finanzieren. Vgl. ebd., p. 22 u. 26.

¹⁴ „Then he hired me as a police and hospital reporter.“ Ebd., p. 27.

¹⁵ „[...] Fallaci began to write articles as though they were short stories. [...] Fallaci turned many of her news into narratives containing background, a story line, and a twist ending. These were the articles that, if collected in book form, would have become collections of short stories. They resemble works of fiction but contain verifiable facts.“ Ebd., p. 28.

¹⁶ „He [Cristiano Ridomi] had insisted that she writes a satirical story about a political rally organized by the Communist leader Palmiro Togliatti. Nothing ran more counter to her sense of fairness than attending his factional gathering with the intention of deriding him. She insisted on keeping an open mind.“ Ebd., p. 36.

¹⁷ Im folgenden sollen nur einige Persönlichkeiten exemplarisch genannt werden: Joan Collins, Gary Cooper, Cecil B. DeMille, Kim Novak, Frank Sinatra, John Glenn, Neil Armstrong, Donald Kent Slayton, Yassir Arafat, Sadam Hussein, Ayatollah Ruhollah Khomeini, Ariel Sharon, Haile Selassie und Henry Kissinger.

aggressiver, provozierender Interview-Stil, der ihre Gesprächspartner regelrecht zu einer von ihr gewünschten Aussage zwang, machte sie in kürzester Zeit zu einer gefürchteten, aber auch respektierten und berühmten Journalistin.

Eine Vielzahl ihrer Interviews wurde auch in Buchform veröffentlicht. Darüber hinaus begann Fallaci, als Schriftstellerin Romane zu verfassen. In ihren Werken arbeitete sie stets persönliche Erfahrungen, Gefühle und Einstellungen in autobiographischer Form in den fiktiven Handlungsverlauf ihrer Protagonisten ein. Diese „Selbstoffenbarung“ wurde das Charakteristikum ihrer Romane.

Im Jahr 1975 veröffentlichte Fallaci ihr Buch „Lettera a un bambino mai nato“ (Brief an ein nie geborenes Kind) – just auf dem Höhepunkt der Abtreibungsdebatte in Italien. Fallaci selbst war mehrmals schwanger gewesen, hatte jedoch jeweils eine frühe Fehlgeburt erlitten.¹⁸ Die starken Emotionen bei dem Verlust eines ungeborenen Kindes ließ Fallaci in ihren Roman mit einfließen und beschrieb die Zweifel, Ängste und Fragen einer werdenden Mutter.

Die nächsten Jahre verbrachte Fallaci in ihrer Wahlheimat Amerika und arbeitete in New York. Sie schrieb zahlreiche Artikel für internationale Zeitungen und Zeitschriften, sowie mehrere Romane. Während der sechsjährigen Arbeit an ihrem wohl bekanntesten Roman „Insciallah“ (Inschallah, 1990) erkrankte Fallaci an Brustkrebs. Sie beendete jedoch zunächst ihre Arbeit am Buch, bevor sie sich untersuchen und therapieren ließ. Schließlich erlag Fallaci am 15. September 2006 in Florenz ihrem Leiden.



Abbildung 1: Deutsches Cover des Romans „Lettera a un bambino mai nato“

¹⁸ „It was caused directly by the trauma, grief, and despair of losing a child. She admits to having lost several. One of these miscarriages inspired her to write the book.“ Ebd., p. 160. „This was a choice made by destiny. I have never had an abortion but have always lost them.“ Ebd., p. 161.

3. Der Handlungsverlauf in „Brief an ein nie geborenes Kind“

In ihrem Roman „Lettera a un bambino mai nato“ (Brief an ein nie geborenes Kind, 1975) schildert Oriana Fallaci, wie eine unverheiratete, italienische Journalistin im Jahr 1975 mit ihrer ungeplanten Schwangerschaft umgeht.

Die unabhängige, karriereorientierte Protagonistin beginnt ab dem Tag, an dem sie von ihrer Schwangerschaft erfährt, mit ihrem Kind über ihre Emotionen, Zweifel, Ängste und Hoffnungen zu sprechen. Sie diskutiert fortgesetzt ihre starken, wechselnden und mitunter auch kontroversen Gefühle. Sie sucht nach befriedigenden Antworten auf zentrale ethische Fragen zum Lebensbeginn und die Herausbildung der Persönlichkeit, um entscheiden zu können, ob sie das Kind zur Welt bringen soll oder nicht.

Bald konsultiert sie einen Arzt, entscheidet sich, das Kind zu bekommen, und setzt ihr soziales und berufliches Umfeld hiervon in Kenntnis. Die Reaktionen ihrer Eltern, der besten Freundin, des Arbeitgebers und schließlich auch des Kindsvaters, von dem sich die Mutter bereits vor Kenntnis ihrer Schwangerschaft getrennt hatte, fallen sehr unterschiedlich aus. Außer den Eltern bringt jeder die Option eines Schwangerschaftsabbruchs zur Sprache, wobei unterschiedlichste Argumente hierfür angeführt werden. Mit der Zeit akzeptieren sie jedoch ihren Entschluss.

Als die junge Mutter eine geringe vaginale Blutung feststellt, sucht sie umgehend ihren behandelnden Gynäkologen auf. Er verordnet ihr absolute Bettruhe. Wenig später weist er sie aufgrund der Persistenz der Beschwerden ins Krankenhaus ein. Dort fühlt sie sich aber von der Bewegungslosigkeit, Stille und Untätigkeit erdrückt, weshalb sie die Klinik gegen ärztlichen Rat verlässt. Am Tag darauf begibt sie sich auf eine bereits länger geplante berufliche Reise. Als sie am Zielort ankommt, sucht sie sofort eine dort ansässige Ärztin auf. Diese versichert ihr, es ginge ihrem Kind gut und sie könne eine anstehende, lange Autofahrt ruhig antreten. Doch während der Fahrt bekommt die junge Frau starke, schmerzhafte Krämpfe und Fieber. Als sie die Gynäkologin erneut aufsucht, stellt diese fest, dass der Fetus tot ist. Sie erklärt der entsetzten Mutter, dass es in den kommenden Tagen ohne weiteres medizinisches Zutun zu einer Fehlgeburt kommen sollte. Die junge Frau ist zutiefst geschockt und träumt in der folgenden Nacht einen Alptraum von einem Geschworenengericht, in dem alle Personen ihres Umfeldes sich zu dem Tod des Kindes äußern.

Als die Fehlgeburt nicht eintritt, wird ein instrumenteller Eingriff notwendig, um die Mutter vor einer Vergiftung durch den toten Organismus zu bewahren. Die junge Frau willigt zunächst nicht ein. Als sich ihr Gesundheitszustand jedoch deutlich verschlechtert, entscheidet sie sich für den Eingriff. Zu diesem Zeitpunkt ist sie jedoch schon schwer an einer Sepsis erkrankt, so dass es ungewiss ist, ob sie überleben wird.

4. Darstellung der Standpunkte der Figuren zum Schwangerschaftsabbruch

Fallaci greift in ihrem Roman eine Vielzahl an ethischen, juristischen und religiösen Argumenten der Abtreibungsdebatte auf und ordnet sie ihren Figuren zu. Zwischen all diesen Standpunkten versucht die Protagonistin ihre Position zu definieren.

Im Folgenden sollen die Charaktere einzeln betrachtet und die jeweiligen Argumentationsfiguren analysiert werden. Dabei werden die Personen in der Reihenfolge

ihrer Beziehung zur Schwangeren besprochen – angefangen von der geringsten Nähe zur Protagonistin bis hin zur größten.

4.1 *Der Commendatore*

Als Arbeitgeber der schwangeren Journalistin stützt er seine Argumente primär auf die beruflichen und finanziellen Folgen, welche die Schwangerschaft habe.

Er erklärt der werdenden Mutter, dass sie ihre berufliche Karriere nicht weiter verfolgen könne. Ein Kind stelle eine zeitaufwändige Verpflichtung dar, welche die private Selbstbestimmung und zeitliche Flexibilität deutlich einschränke. Er weist sie darauf hin, dass „das Unternehmen [sie] gerade darum so lanciert hätte, weil [sie] eben frei verfügbar sei.“¹⁹ Ihr Arbeitsausfall bedeute für das Unternehmen enorme finanzielle Einbußen, weshalb sie wegen ihrer veränderten Lebensumstände möglicherweise nicht weiter beschäftigt werden könne.²⁰ Durch Androhung von Kündigung und Vergabe einer wichtigen Dienstreise an einen männlichen Kollegen, versucht er sie in Richtung einer Abtreibung zu manipulieren.²¹ Dies kaschiert er durch die Zusicherung, ihre Entscheidung zu akzeptieren und zu bewundern.²² Sein heuchlerisches Verhalten kommt deutlich zum Vorschein, als er im Traum vom Geschworenengericht die Verantwortung für den Antritt der Reise, die zum Tod des Kindes führte, von sich weist. Stattdessen behauptet er, dass seine Angestellte die Reise aus Egoismus angetreten habe, ohne Rücksicht auf ihr Kind zu nehmen. Er gesteht nicht ein, sie unter Druck gesetzt zu haben.

Schließlich erklärt er, dass die Aussagen der anderen Geschworenen einen „Gewissenswandel bei ihm bewirkt“ hätten. Er sei nun der Überzeugung, dass die Mutter nicht nur ein Verbrechen gegen das Kind, sondern auch gegen den Vater begangen habe, indem sie „auch einem Erwachsenen das Leben zerstört hat.“²³

Dem Commendatore werden demnach zwei zentrale Argumente zugeordnet: Zum einen ein Argument für den Schwangerschaftsabbruch, nämlich die Wahrung der beruflichen Chancen bei Kinderlosigkeit, zum anderen – mit der Aussage, dass ein Fetus nicht nur der Mutter, sondern auch dem Vater gehöre – ein Argument gegen den Abbruch, da der eventuelle Wunsch des Vaters, das Kind zu bekommen, nicht außer Acht gelassen werden dürfe.

4.2 *Der Arzt*

Bei den Argumenten, die der Arzt aufführt, handelt es sich ausschließlich um solche gegen einen Schwangerschaftsabbruch. Er stützt sie auf die absolute Schutzwürdigkeit des Embryos vom Zeitpunkt der Befruchtung an.

¹⁹ Fallaci (1983), S. 25.

²⁰ Ebd., S. 102.

²¹ Ebd., S. 70.

²² Ebd., S. 24.

²³ Ebd., S. 102.

Zunächst führt er das Kontinuitätsprinzip an: „Das Leben [...] ist ein Kontinuum vom Augenblick der Zeugung bis zum Augenblick des Todes.“²⁴ Demnach sei jegliche Zäsur rein artifizuell und willkürlich gesetzt.

Ab dem Zeitpunkt des Lebensbeginns – also ab der Befruchtung – habe das Leben den gleichen, konstanten Wert; eine Graduierung des Lebenswertes beziehungsweise -schutzes dürfe nicht erfolgen. Zwar beginne das Leben mit einer Zelle, die sich wiederholt teilt, aber in dieser Zelle seien „alle Elemente, die einen Menschen ausmachen, vom Körperlichen bis zur Persönlichkeit, alle Quotienten, die ein Individuum ergeben, [...] konzentriert.“²⁵ Somit zieht er zugleich das Potentialitätsargument heran: die Zelle habe die Möglichkeit, sich zu einem Menschen zu entwickeln, weshalb sie die gleiche Schutzwürdigkeit besitze wie ein erwachsener Mensch. Wenn man nun die vorsätzliche Tötung eines Menschen als Mord bezeichne, müsse auch die vorsätzliche Tötung einer Leibesfrucht als Mord geahndet werden.

Der Arzt erläutert, dass der absichtliche Abbruch einer Schwangerschaft nicht nur durch „Sonde, [...] Medikamente, [...] oder chirurgischen Eingriff“, sondern auch durch „psychologische Ursachen“ herbeigeführt werden könne.²⁶ Das Verhalten der Mutter, sich nicht in ihrer körperlichen Freiheit durch die verordnete Bettruhe einschränken zu lassen, zählt er zu diesen Möglichkeiten, das ungeborene Kind zu schädigen oder zu töten.

Letztlich bezeichnet der Arzt den Embryo nicht nur als Menschen, sondern auch als Person. So wie die Zelle die Potenz habe, sich zu einem Menschen zu entwickeln, habe sie auch die Potenz, sich zu einem Menschen mit Persönlichkeit – eben einer Person – zu entwickeln.²⁷ Dies soll zeigen, dass nicht nur der rein biologische Mensch durch einen Schwangerschaftsabbruch getötet wird, sondern eine potenzielle Person mit Charakter und Individualität.

Die Argumentationslinie des Arztes dokumentiert die streng restriktive Auffassung, im Schwangerschaftsabbruch den Mord an einer potenziellen menschlichen Person zu sehen.

4.3 Die Ärztin

Die Ärztin vertritt die exakte Gegenposition zum Arzt. Sie ist von einer Abstufbarkeit der Schutzwürdigkeit der Leibesfrucht überzeugt, die eine Abwägung der mütterlichen gegen die kindlichen Interessen zulasse.

Zunächst bezieht sie sich auf das Argument der Potentialität, indem sie erläutert, dass ein potentieller Mensch nicht automatisch die gleichen Rechte habe wie ein bereits geborener Mensch. Eine Voraussage über die personelle Entwicklung des Embryos sei nicht möglich, weshalb man ihn als „unbekannte Möglichkeit“ ansehen müsse, dem die „Wirklichkeit“ der Mutter vorzuziehen sei.²⁸

²⁴ Ebd., S. 91.

²⁵ Ebd.

²⁶ Ebd., S. 93f.

²⁷ „Ein Kind ist eine Person, [...]“ Ebd., S. 91.

²⁸ Ebd., S. 96.

Des Weiteren habe der Embryo nicht die Schutzwürdigkeit eines geborenen Menschen, da sich Identität nicht allein auf genetische Information beschränke. Wäre dies so, müsse ein Spermium, „das alle Elemente, die ein Individuum formen“ berge, ebenso geschützt werden wie der Mensch.²⁹ Allein die Potentialität reiche nicht aus, um als schutzwürdig zu gelten. Entscheidend seien die Personeneigenschaften, die sich aber erst nach der Geburt langsam entwickelten. Somit dürfe das Interesse der Mutter dem mutmaßlichen Interesse eines Embryos vorgezogen werden, da erstere bereits eine Person sei.

Zudem führt die Ärztin auch ein klassisch feministisches Argument an, da sie der Frau das Recht zugesteht, „über den eigenen Körper zu verfügen.“³⁰ Von einer Schwangeren zu verlangen, dass sie sich in ihrer Freiheit gänzlich dem Fetus unterordnet und ihre Lebensgewohnheiten umstellt, würde sie zu einer unfreien „Gebäireinrichtung“ degradieren und sei insofern ein unnatürliches Verhalten.³¹

Wie diese Aspekte zeigen, nimmt die Ärztin eine liberale, feministische Position ein, wonach die Interessen der Mutter gegenüber denen des ungeborenen Kindes vorzuziehen sind.

4.4 Die Freundin

Die beste Freundin der Mutter nimmt eine (kultur)anthropologisch ausgerichtete Position ein. Für sie ist „[...] das Neugeborene [nicht einmal] ein menschliches Wesen [...]; das ist nur jemand, der von kulturellen und sozialen Einflüssen geformt wurde.“³² Ein Schwangerschaftsabbruch sei insofern keine verwerfliche Handlung, da kein Mensch getötet werde.

Als ein weiteres Argument führt die Freundin an, dass die „grausame“ Natur das Töten von zu vielen Nachkommen zu Gunsten einer besseren Versorgung der Übrigen vorlebe.³³ Der Mensch habe aber die Option, beispielsweise durch einen Schwangerschaftsabbruch, dem Kind den Mangel an Ernährung und Fürsorge aufgrund von finanzieller Mittellosigkeit zu ersparen. Dies sei zum einen ein natürliches Vorgehen. Zum anderen sei es weniger grausam als die Ereignisse in der Natur, die ein Lebewesen erst zur Welt kommen lasse, um es anschließend zu „töten“.

Es wird deutlich, dass die beste Freundin der Schwangeren Stellung für einen Schwangerschaftsabbruch bezieht. Sie sieht erst in einem geborenen Menschen mit Persönlichkeit ein schützenswertes Wesen. Ein Abbruch sei daher, insbesondere bei finanzieller Bedürftigkeit, eine legitime, natürliche Handlung.

²⁹ Ebd., S. 97.

³⁰ Ebd., S. 98.

³¹ „Entwickelt sie [die Schwangerschaft] sich nicht normal, kann man von einer Frau nicht verlangen, wie eine Gelähmte monatelang das Bett zu hüten.“ Ebd.

³² Ebd., S. 33f.

³³ „Wäre es da nicht besser gewesen, sie gleich bei ihrer Entstehung zu beseitigen, statt sie erst in die Welt zu setzen, um sie dann zu fressen [...]?“ Ebd., S. 28.

4.5 Die Eltern

Die Eltern der Mutter vertreten die Meinung, dass niemand das Recht besitze, über eine Schwangere und ihre Entscheidung zum Abbruch zu urteilen, weil „keiner in die Seele eines anderen eindringen kann.“³⁴

Da die Beweggründe, Gefühle und Gedanken einer Schwangeren für Außenstehende nicht zu ergründen seien, sei niemand in der Position, ein Urteil über sie zu fällen.³⁵ Sie betonen hiermit die prinzipielle Privatheit der Entscheidung der Schwangeren für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch. Einzig das Kind selbst, das nicht gefragt werden kann, könne über die Mutter und ihr Motiv urteilen.

4.6 Der Vater

Die Position, die der Vater des Kindes einnimmt, unterliegt im Laufe der Schwangerschaft einem Wandel: Zunächst versucht er verzweifelt seine ehemalige Partnerin von einem Schwangerschaftsabbruch zu überzeugen; er will das Kind „loswerden.“³⁶ Hierzu argumentiert er, dass sie ihre Karriere nicht weiterverfolgen könne, Elternschaft enorme Verantwortung bedeute und letztlich, dass eine uneheliche Schwangerschaft zu einer Rufschädigung führen könne.

Als er die Schwangere jedoch nach einiger Zeit besucht, hat er einen Sinneswandel erfahren. Mit der Zeit ist er zu dem Schluss gekommen, dass ein Kind keine Sache sei und nicht einfach „weggeworfen“ werden dürfe. Hatte er zuvor noch befürchtet, die Verantwortung einer Vaterschaft nicht tragen zu können, gesteht er nun ein: „Es ist auch meines.“³⁷ Er ist bereit, sich der Herausforderung zu stellen.

4.7 Das ungeborene Kind

Zwar kann ein Kind beim Schwangerschaftsabbruch nicht gefragt werden, wie seine Einstellung ist, aber Fallaci lässt das Kind in einem fiktiven Geschworenengericht dessen Sichtweise schildern.

Im Zentrum steht die Aussage, dass es „nicht danach verlangt [hatte], geboren zu werden, [...]. Keiner verlangt danach. Da unten im Nichts ist kein Wille und keine Wahl.“³⁸ Das Kind existiert in absoluter Abhängigkeit zur Mutter und kann nur annehmen, was sie ihm gibt:

„Mein Körper war nur ein Projekt, das sich in dir und durch dich entwickelte; mein Verstand war nur ein Versprechen, das sich in dir und durch dich verwirklichte. Ich lernte lediglich, was du mir gegeben hast, wusste nichts von dem, was du mir nicht gegeben hast: alles was ich [...] aufnahm warst du.“³⁹

³⁴ Ebd., S. 103.

³⁵ „Uns steht ein Urteil nicht zu, und Ihnen ebenso wenig. Sie haben nicht das Recht, sie anzuklagen noch sie zu verteidigen, denn Sie stecken nicht in ihr, nicht in ihren Gedanken und nicht in ihrem Herz.“ Ebd., S. 104.

³⁶ „[...] hielt er mir eine lange Rede, in der Bitten und Ratschläge, Ratschläge und Drohungen, Drohungen und Schmeichelworte einander abwechselten.“ Ebd., S. 18f.

³⁷ Ebd., S. 62.

³⁸ Ebd., S. 105.

³⁹ Ebd., S. 105f.

Als das Kind erkennt, dass seine Mutter nicht an das Leben glaubt, kann es selbst auch nicht daran glauben und fällt seine erste eigene Entscheidung, nämlich sterben zu wollen.⁴⁰ Es weiß nicht, dass ihm seine Mutter eine einseitige Ansicht zum Leben präsentiert hat.

Auch wenn die Darstellung der Argumente im Falle des Kindes nur fiktiv und nicht überprüfbar ist, weisen sie doch zwei wichtige Aspekte bei der Beurteilung eines Schwangerschaftsabbruchs auf: Erstens die Auffassung, dass allenfalls das Kind über das Motiv seiner Mutter urteilen könne. Zweitens die Ansicht, dass ein Kind in absoluter Abhängigkeit zu seiner Mutter steht: Fühlt sich die Mutter schuldig, so würde auch das Kind diese für schuldig befinden. Betrachtet die Mutter sich als unschuldig, so würde auch das Kind sie nicht verurteilen.⁴¹

4.8 Die Schwangere

Die Protagonistin betrachtet seit Beginn ihrer Schwangerschaft das Leben ihres ungeborenen Kindes als schützenswert und entscheidet sich, dieses zur Welt zu bringen. Sämtliche Argumente ihres sozialen Umfeldes können sie nicht davon überzeugen, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen.

Diese Einstellung wurzelt vor allem in den Gefühlen von Begeisterung und Bewunderung, die sie beim Betrachten von Photographien der vorgeburtlichen menschlichen Entwicklungsstadien aus einer Zeitschrift hat. Die faszinierenden Bilder der Embryonen beziehungsweise Feten überzeugen sie, dass sie durch eine Abtreibung ein menschliches Wesen töten würde.⁴²

Auch stellt sie verschiedene Überlegungen zu den Begriffen „Lebensbeginn“ und „Person“ an. Sie versucht zu ergründen, wann das Leben anfängt, und erörtert gedanklich jegliche medizinisch, anthropologisch oder religiös festgesetzte Zäsur. Im Ergebnis ist ihr „vor allem daran gelegen, dass [das Kind] eine Person ist.“⁴³ Daher behandelt sie ihr ungeborenes Kind wie eine solche; sie spricht mit ihm und schreibt ihm sogar die Fähigkeit zu, bereits denken und begreifen zu können.⁴⁴ Sie baut früh eine enge persönliche Bindung zu ihrem Kind auf, die durch keine äußeren Anfeindungen ihres Umfeldes zerstört werden kann.

Die Komplikationen aber, welche die Schwangere zu strengster Bettruhe über mehrere Wochen zwingen, empfindet sie bald als körperliche Qual und Freiheitsverlust. Sie kommt zu dem Schluss, dass ihr ungeborenes Kind sie wie ein „Vampir“ „erbarmungslos [einnimmt]“ und weigert sich, „[dem Kind] behilflich zu sein, [seine] Gewaltherrschaft bis zum äußersten auszuüben.“⁴⁵ So entscheidet sie sich, das heran-

⁴⁰ „Inzwischen konnte ich das, Mama. Mein Denken war nicht mehr dein Denken: ich hatte jetzt mein eigenes.“ Ebd., S. 107.

⁴¹ Ein „Prozess [...], in dem du mich für schuldig befunden hattest, weil ich mich selbst für schuldig hielt, und mich verurteilt hast, weil ich mich selbst verurteilte.“ Ebd., S. 108.

⁴² „Anders ausgedrückt, ich hätte abwarten müssen, bis du zu einem menschlichen Wesen mit Augen, Fingern und Mund geworden bist, um dich umzubringen.“ Ebd., S. 27.

⁴³ Ebd., S. 16.

⁴⁴ „[...] setze ich dich allzu komplizierten Gedankengängen aus. Doch nach und nach reift in mir die Gewissheit heran, dass du sie begreifst, weil du bereits alles weißt.“ Ebd., S. 29.

⁴⁵ Ebd., S. 35, 70 u. 73.

wachsende Kind zwar nicht abzutreiben, aber ihm auch nicht mehr ihre Lebensgewohnheiten und Wünsche unterzuordnen. Sie begibt sich auf ihre Dienstreise und verliert schließlich den Fötus, was sie psychisch stark belastet.

Während der gesamten Schwangerschaft hat die Mutter Handlungsoptionen und Einstellungen erörtert und gegeneinander abgewogen. Jedoch hielt sie fortwährend an ihrem Wunsch, das Kind zur Welt zu bringen, fest, auch wenn sie letztlich nicht mehr bereit war, sich in ihrem Lebensstil grundsätzlich den Bedürfnissen des Fötus unterzuordnen. Am Ende empfindet sie wegen des Todes ihres ungeborenen Kindes große Schuldgefühle.

5. Fallacia Roman im historischen Kontext

Als Oriana Fallaci 1975 ihren Roman „Brief an ein nie geborenes Kind“ in ihrem Heimatland veröffentlichte, befand sich die gesellschaftliche Debatte um den Schwangerschaftsabbruch in Italien auf ihrem Höhepunkt.

Seit dem 19. Oktober 1930 galt die Abtreibung nach italienischem Recht als Straftat und „*Dei delitti contro la integrità e la sanità della stirpe*“, also als ein „Verbrechen gegen die Unversehrtheit und die Gesundheit der Familie“. Diese Einordnung des Schwangerschaftsabbruchs als eine Straftat primär gegen die *Familie*, und nicht etwa gegen das *Leben*, zeigt den großen gesellschaftlichen Stellenwert der Familie zu jener Zeit. Daher wurde auch die Rolle der Frau vorrangig in der Erfüllung ihrer familiären Pflichten und Mutterrolle gesehen. Diese Ansicht wurde in der neuen, 1948 in Kraft gesetzten Italienischen Verfassung bestätigt: Artikel 37 legte fest, dass die Frau der „Erfüllung ihrer wesentlichen Aufgabe im Dienst der Familie“ nachkommen müsse.⁴⁶

Nach dem Strafgesetz von 1930 gab es keine Ausnahme, die eine Abtreibung ermöglichte.⁴⁷ Zur gewissenhaften „Pflichterfüllung“ gehörte, dass eine Frau *jede* Schwangerschaft annahm.

Die juristische Reglementierung fand weitere Unterstützung in den Anschauungen der Katholischen Kirche, die in Italien von bedeutendem Einfluss waren und sind. Bis in die 1960er Jahre hinein ergänzten sich Rechtsprechung und offizielle Aussagen der Kirche. Zu späterer Zeit fasste Papst Paul VI. in seiner Schrift „*Humanae vitae*“ (Über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens) vom 25. Juli 1968 die Ansichten der Kirche zur Abtreibung wie folgt zusammen:

„Gemäß diesen fundamentalen Grundsätzen menschlicher und christlicher Eheauffassung müssen Wir noch einmal öffentlich erklären: Der direkte Abbruch einer begonnenen Zeugung, vor allem die direkte Abtreibung – auch wenn zu Heilzwecken vorgenommen –, ist kein rechtmäßiger Weg, die Zahl der Kinder zu beschränken, und daher absolut zu verwerfen.“⁴⁸

Somit wies die Katholische Kirche eine Abtreibung als Möglichkeit der Geburtenkontrolle auf das Schärfste zurück; selbst wenn sie „zu Heilzwecken vorgenommen“ würde,

⁴⁶ Verfassung (1984), Art. 37.

⁴⁷ Riz (1969), Art. 545-551.

⁴⁸ *Humanae vitae* (1968), II. 14.

also beispielsweise um das Leben der Mutter zu retten. Als Begründung war bereits 1965 vom Zweiten Vatikanischen Konzil in der Pastoralkonstitution „Gaudium et spes“ (Freude und Hoffnung) dokumentiert worden:

„Gott, der Herr des Lebens, hat nämlich den Menschen die hohe Aufgabe der Erhaltung des Lebens übertragen, die auf eine menschenwürdige Weise erfüllt werden muss. Das Leben ist daher von der Empfängnis an mit höchster Sorgfalt zu schützen. Abtreibung und Tötung des Kindes sind verabscheuenswürdige Verbrechen.“⁴⁹

Das Zitat dokumentiert die Allianz der religiösen und juristischen Standpunkte. Die Frau wurde von beiden Instanzen vordergründig als Mutter und Hausfrau betrachtet. Ihre Aufgabe bestünde in der Versorgung der Familie. Andere Tätigkeiten, wie etwa die Ausübung eines Berufes, sollten der Mutter- und Hausfrauenschaft untergeordnet werden. Eine berufliche Karriere, zeitintensive Arbeiten in sozialen oder künstlerischen Bereichen entsprächen nicht der natürlichen Rolle der Frau.

Zur gleichen Zeit fasste feministisches Gedankengut in Italien zunehmend Fuß. Die Frauenbewegung hatte Italien erreicht, und es entstanden verschiedene autonome, feministische Gruppen. Die Schirmgruppe war die „Movimento di Liberazione della Donna“ (Bewegung zur Befreiung der Frau). Zunächst war sie mit einer kleineren radikalen Partei assoziiert, agierte aber schon bald unabhängig. Unter den verschiedenen Gruppierungen der Frauenbewegungen zeichneten sich zwei generelle Denksätze ab: die emanzipative und die liberationistische Ansicht:

„Feminists promoted a liberationist strategy in opposition to the emancipationist strategy of the main left-wing party, the Communist Party (PCI) which envisaged the resolution of inequalities between men and women essentially through women's entry into the paid work-force. This liberationist strategy focused on women's specific oppression and aimed to transform traditionally prescribed roles for women.“⁵⁰

Ein wesentlicher Angriffspunkt der Frauenbewegung war das bisherige, gesellschaftliche Frauenbild. Einer Frau blieb oft nur wenig Spielraum in der Rolle als Hausfrau, Mutter und eventuellem sozialem Engagement. Die Frauenbewegung drängte darauf, das gesellschaftliche Ansehen der Frau fundamental zu verändern und die Grenzen des weiblichen Tätigkeitsbereiches zu erweitern. Dabei betrachteten sie das konservative Frauenbild als fleißige und umsorgende Arbeiterin für die Familie nicht allein als wenig zeitgemäß, – sie vermuteten vielmehr hinter dem Rollenbild den Versuch, die Frau zu unterdrücken.

Nur wenn die Frau verstehe, dass sie zu mehr fähig sei, als ein einseitig gestaltetes Rollenbild zu bedienen, sei sie in der Lage, sich als individuelle Persönlichkeit in eine unabhängige Richtung zu entwickeln. Um sich aus der dem Mann untergeordneten Stellung zu befreien, müsse der Frau vor allem ein neues Verständnis vom Sexualität und Mutterschaft nahegebracht werden.

⁴⁹ Gaudium et spes (1965), II, 51.

⁵⁰ Andall (1994), p. 239.

„The initial feminist focus on sexuality and issues related to women’s bodies was a consequence of their rejection of gendered moral standards which, in their view, functioned to the detriment of women.“⁵¹

Aus Sicht der Feministinnen musste, um ein neues Frauenbild zu erschaffen, zunächst der „Mythos“ Mutterschaft zerstört werden. Um dies zu verwirklichen, bedienten sie sich unter anderem der ungewollten Schwangerschaften und daraus resultierenden Abtreibungen. Allerdings war die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs niemals der primäre Fokus der Feministinnen. Sie forderten die gesetzliche Gleichstellung der Frau. Schwangerschaftsabbrüche bildeten dabei ein *Aktionsfeld* im Kampf um Unabhängigkeit und Gleichberechtigung.

Da nach dem damals bestehendem Gesetz der Abbruch einer Schwangerschaft rechtswidrig war und als Straftat geahndet wurde, blieb nur eine illegale Abtreibung unter häufig unzureichenden hygienischen und medizinischen Kautelen.⁵² Indem die Feministinnen diese realen Umstände an die Öffentlichkeit brachten, zeigten sie den drastischen Gegenentwurf zu dem idealisierten Bild der Mutter, die liebevoll jedes Kind annimmt. Die Notwendigkeit einer diese Realität zur Kenntnis nehmenden gesellschaftlichen Diskussion von Schwangerschaftsabbrüchen wurde offensichtlich.

So gelang es, eine erste entscheidende Weiche für schrittweise Veränderungen zu stellen. Die Rechte und das Ansehen der Frauen sollten sich in den folgenden Jahren gravierend wandeln. Entsprechend dem primären Ziel der feministischen Bewegung, die Unabhängigkeit und Gleichstellung von Frauen zu erwirken, eröffneten sich schon bald neue Perspektiven im Bereich von Beruf, Finanzen und Familie.

Ein wesentlicher Grundstein wurde im Dezember 1970 gelegt, als die Ehescheidung durch Gesetz Nr. 898 legalisiert wurde. Nach einer Trennungsfrist von drei Jahren konnten sich nun italienische Ehepaare erstmals scheiden lassen:

„In allen vorgenannten Fällen muss für die Einreichung des Antrags auf Auflösung der Ehe oder Beendigung ihrer zivilrechtlichen Wirkungen die Trennung zwischen den Ehegatten ununterbrochen mindestens 3 Jahre, gerechnet von dem Zeitpunkt an, gedauert haben, zu dem die Ehegatten im Ehetrennungsverfahren vor dem Gerichtspräsidenten erschienen sind; auch wenn das streitige Urteil in ein einvernehmliches umgewandelt worden ist.“⁵³

Fortan war die Ehe nicht länger ein Bund, der nur durch den Tod eines der Ehepartner gelöst werden konnte. Hatte die Frau vor Einführung der gesetzlichen Scheidung ihre Unabhängigkeit bei der Eheschließung aufgegeben, so konnte sie sie nun durch die Scheidung wiedererlangen.

Ein weiterer zentraler Aspekt der zivilrechtlichen Änderung war, dass das Gesetz trotz der vehementen Gegnerschaft der Katholischen Kirche verabschiedet wurde. Obwohl die Kirche die Ehe als heilige, gottgegebene Einrichtung, die nicht von einem

⁵¹ Ebd.

⁵² „They exposed the extent of unwanted pregnancies and conditions in which women aborted. As contraception and birth control information were not legally available to Italians until 1971, recourse to illegal back-street abortions was not unusual.“ Vgl. ebd., p. 240.

⁵³ Gesetz Nr. 898 (1970), Art. 3.

Menschen getrennt werden solle, verteidigte, trat der Gesetzgeber dieser Ansicht entgegen.⁵⁴ Der auffällige Antagonismus zwischen staatlicher Entscheidung und religiösen Ansichten legte die Basis für offenere Zweifel an den Vorstellungen der Katholischen Kirche. Ihre Wertvorstellungen schienen den Kritikern weder zeitgemäß noch umsetzbar. Die beschriebene gesellschaftliche Entwicklung erleichterte es der Emanzipationsbewegung, das klassische Rollenbild der Frau anzufechten. Durch die ersten Schritte einer Lösung der Gesetzgebung von kirchlichen Normen, geriet auch die alte Frauenrolle auf den Prüfstand.

In den folgenden Jahren wurden weitere Gesetze verabschiedet, die wichtige Meilensteine Richtung Selbstbestimmung der Frau darstellten. 1971 trat Gesetz Nr. 1204 in Kraft, das den Mutterschutz und den Elternurlaub sicherte. Vier Jahre später, im März 1975, folgte mit Gesetz Nr. 151 eine „Riforma del diritto di famiglia“. In der neuen Reform zum Familienrecht wurde erstmals die juristische Gleichstellung der Frau gegenüber ihrem Ehemann gesichert. Weitere zwei Jahre später sollte die Ausweitung der Gleichstellung der Frau auf den beruflichen Sektor folgen, als Gesetz Nr. 903 („Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro“ – Gleichbehandlung von Mann und Frau am Arbeitsplatz) verabschiedet wurde.

Eben zu jener Zeit der Inkraftsetzung des neuen Familienrechtes veröffentlichte Oriana Fallaci ihren Roman „Brief an ein nie geborenes Kind“. Durch die Emanzipationsbewegung war auch die „Abtreibung“ in den Fokus der öffentlichen Diskussion gerückt. Viele Feministinnen vertraten die Ansicht, dass die Unabhängigkeit der Frau auch die uneingeschränkte Entscheidungsgewalt über den eigenen Körper beinhalten müsse:

„The ability to make autonomous decisions was seen to be essential for women’s liberation, and it was generally argued that this could not be achieved until women had full control over their reproductive capacities. [...] For feminists, the legislation of abortion had *important implications for women’s liberation*.“⁵⁵

Der feministischen Überzeugung, dass die Frau ein Recht auf Unabhängigkeit habe, stimmte Fallaci uneingeschränkt zu. Bezüglich der Befürwortung des Schwangerschaftsabbruchs hielt sie sich jedoch zurück – ebendiese Einstellung spiegelt sich in ihrem Roman wider.

⁵⁴ „Die innige Gemeinschaft des Lebens und der Liebe in der Ehe, vom Schöpfer begründet und mit eigenen Gesetzen geschützt, wird durch den Ehebund, d. h. durch ein unwiderrufliches personales Einverständnis, gestiftet. So entsteht durch den personal freien Akt, in dem sich die Eheleute gegenseitig schenken und annehmen, eine nach göttlicher Ordnung feste Institution, und zwar auch gegenüber der Gesellschaft. Dieses heilige Band unterliegt im Hinblick auf das Wohl der Gatten und der Nachkommenschaft sowie auf das Wohl der Gesellschaft nicht mehr menschlicher Willkür. Gott selbst ist Urheber der Ehe, [...]. Darum gewähren sich Mann und Frau, die im Ehebund nicht mehr zwei sind, sondern ein Fleisch (Matthäus 19:6), in inniger Verbundenheit der Personen und ihres Tuns gegenseitige Hilfe und gegenseitigen Dienst [...]. Diese innige Vereinigung als gegenseitiges Sichschenken zweier Personen wie auch das Wohl der Kinder verlangen die unbedingte Treue der Gatten und fordern ihre *unauf lösliche* Einheit.“ Vgl. Gaudium et spes (1965), II, 48.

⁵⁵ Andall (1994), p. 241.

Mit ihrer Darstellung einer jungen, unverheirateten Journalistin als Protagonistin griff sie das feministische Idealbild der arbeitenden, unabhängigen, erfolgreichen Frau auf. Dieses ergänzte sie durch die emanzipativen Vorstellungen einer neuen Sexualität der Frau. Zum Beispiel hat ihre Protagonistin außerehelichen Geschlechtsverkehr. Als diese ungewollt schwanger wird, beginnt Fallaci die vielfältigen Emotionen und Argumente der jungen Schwangeren im Für und Wider der Abtreibung zu schildern.

Fallacis Darstellung wurzelt dabei in einer Vielzahl persönlicher Erfahrungen:

„In the book, the pregnant mother’s traumas, sadness and anger reflect Fallaci’s personal life. The pregnant mother who works for an editor is, of course, the author herself. They share the same anxieties and the decisions to pursue a career. Fallaci’s reaction to the pregnancy is as described for the main character. As Fallaci herself states, she could never have so intimately portrayed the protagonist’s anguish without having lost a child herself.“⁵⁶

Die Autorin war, wie oben erwähnt, mehrmals schwanger gewesen, hatte jedoch jedes Mal ihr ungeborenes Kind durch einen Fehlgeburt verloren.⁵⁷ Ebenso wie ihre Protagonistin ließ sie nie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen: „This was a choice made by destiny. I have never had an abortion but have always lost them.“⁵⁸ Der Grund hierfür lag in ihrer Überzeugung, dass sie durch einen Schwangerschaftsabbruch eine Person töte: „I feel that if I do an abortion I am killing a person.“⁵⁹ Ihre Protagonistin ist ebenfalls dieser Ansicht. Sie erklärt:

„Wenn ich mich deiner entledigen will, sagen sie, ist dies der richtige Moment. [...] Anders ausgedrückt, ich hätte abwarten müssen, bis du zu einem menschlichen Wesen mit Augen, Fingern und Mund geworden bist, um dich umzubringen. [...] Sie sind wahnsinnig.“⁶⁰

Oriana Fallaci vertritt diese Überzeugung nicht aufgrund einer religiösen Prägung. Zwar wurde sie katholisch erzogen, doch schon in ihrer Kindheit begann sie die christlichen Lehren skeptisch zu hinterfragen.⁶¹ Schließlich löste sie sich von religiösen Vorstellungen und lebte als Atheistin.

Diese Einstellung spiegelt sich deutlich in der Position der Hauptfigur wider, da sie ebenfalls erklärt: „An Gott glaube ich nicht.“⁶² Die Ursache ihrer Ansicht liegt, wie bei Fallaci selbst, in der Kindheit. In einer Geschichte, mit starken autobiographischen Bezügen zu Fallacis Leben, erläutert die Protagonistin:

⁵⁶ Aricò (1998), p. 164.

⁵⁷ „She admits to having lost several. One of these miscarriages inspired her to write the book.“ Ebd., p. 160.

⁵⁸ Ebd., p. 161.

⁵⁹ Ebd., p. 163.

⁶⁰ Fallaci (1983), S. 27.

⁶¹ „As a young person, she was obsessed with the statues of the saints and Christ [...]. With the onset of incredulity and scepticism, she began to fear punishment and the fires of hell.“ Vgl. Aricò (1998), p. 74.

⁶² Fallaci (1983), S. 7.

„Zum Pfarrer hatte das kleine Mädchen [die Protagonistin als Kind] bald kein Vertrauen mehr. Sein Morgen war der Tod, und das kleine Mädchen machte sich gar nichts daraus, nach seinem Tod in einem feudalen Hotel genannt Himmereich zu wohnen.“⁶³

Als sich die Schwangere mit der Frage einer Abtreibung konfrontiert sieht, orientiert sie sich nicht an religiösen Argumenten. Im Gegenteil. Sie „[bestreitet] den Pfarrern jedes Recht, sich in die Sache einzumischen, [...]“⁶⁴ Ihre Überzeugung, dass das ungeborene Leben absolut schützenswert ist, beruht auf den „Begriffen des Lebens“ mit denen sie an ihr Kind denkt.⁶⁵ Auch hier zeigen sich Parallelen zu Fallacis Vorstellungen:

„Her belief in life actually derives from a more subtle source. A subconscious urge to preserve life is a more reasonable explanation than spiritual training received during childhood.“⁶⁶

Sowohl für die Autorin als auch für ihre Protagonistin ist es unerheblich, welchen Ursprung das Leben hat; ob es durch Gott geschaffen wurde oder durch einen „Zufall oder Irrtum“ entstanden ist.⁶⁷ Allein die Tatsache, dass es Leben ist, macht es schützenswert.

Aus diesem Grund ist sich die Hauptfigur, trotz wechselnder, teils widersprüchlicher Gefühle, sicher, dass sie das Kind zur Welt bringen will. Erst als sie durch strenge Bettruhe in ihrer körperlichen *Freiheit* eingeschränkt ist, fällt sie die Entscheidung, ihre Lebensweise nicht länger den Bedürfnissen des Kindes unterzuordnen. Sie fasst den Entschluss, ihrer anstrengenden beruflichen Tätigkeit ohne Abstriche nachzugehen und verliert schließlich, aufgrund der für die Schwangerschaft zu großen körperlichen Belastung einer Dienstreise, ihr ungeborenes Kind. Auch an dieser Stelle zeichnet sich eine Analogie zu Fallacis Leben ab, die ebenso wie ihre Protagonistin den stressigen Beruf einer Journalistin ausübte. Als Hauptgrund für den Verlust ihrer Schwangerschaft gab sie an, dass sie bei ihrem Beruf niemals die nötige Ruhe aufbringen konnte:

„Maybe I decided to have them too late in life. Or maybe I didn't take care of myself enough; indeed I didn't take care of myself at all. [...] And the only pill to have children was the tranquillity that I never had.“⁶⁸

Der traumatische Verlust ihres Kindes war für die Autorin jedes Mal mit großen Schmerzen verbunden.⁶⁹ Später schilderte sie, dass sie sich durch ihre Kinderlosigkeit unvollständig fühle:

⁶³ Ebd., S. 53.

⁶⁴ Ebd., S. 34.

⁶⁵ Ebd., S. 19.

⁶⁶ Aricò (1998), p. 163.

⁶⁷ „Könnte ich dich wegwerfen? Was spielt es für eine Rolle, ob du durch Zufall oder einen Irrtum begonnen hast. Hat nicht auch die Welt, auf der wir leben, aus Zufall oder gar aus Irrtum begonnen?“ Vgl. Fallaci (1983), S. 10.

⁶⁸ Aricò (1998), p. 161.

⁶⁹ „It was caused directly by the trauma, grief, and despair of losing a child.“ Ebd., p. 160.

„One dies twice when one dies without leaving children. It is terrible to be a plant without flowers, a tree without fruit, to die without having sown the seeds of your own self. To die forever.“⁷⁰

Trotz der Tatsache, dass Fallaci den Tod ihrer ungeborenen Kinder als Verlust und eine „Abtreibung“ als die Tötung eines Menschen ansah, bezog sie in ihrem Roman *keine* Stellung gegen den Schwangerschaftsabbruch. Die zeitgenössische politische Situation Italiens war äußerst angespannt.⁷¹ Es gab eine Vielzahl öffentlicher Protestaktionen von Frauen, die sich für Abbrüche aussprachen.

„Io sono mia‘ (Ich gehöre mir) skandierten die Frauen zu Tausenden. Im Dezember 1975 zogen 20.000, im April 1976 50.000 durch die Straßen Roms. Sie demonstrierten vor allem für die Freigabe der Abtreibung. Es war der Aufstand der Frauen [...].“⁷²

Angesichts dieses krisenhaften Hintergrunds entschied sich Fallaci, verschiedene Standpunkte der Debatte zu berücksichtigen: einerseits, um Neutralität, die sie als ein wichtiges Gut betrachtete, zu wahren; andererseits, um die Schwierigkeit der Entscheidungsfindung für die einzelne Frau angesichts der Mannigfaltigkeit der Ansichten hervorzuheben. Fallaci zeigt deutlich, wie vielen kontroversen Überlegungen die Schwangere allseits ausgesetzt ist, weshalb ihre ohnehin schon schwierige Entscheidung zusätzlich an Komplexität gewinnt.

Dazu ordnet die Autorin die wesentlichen Argumente ihren Figuren zu und reflektiert so den sozialen und kulturellen Kontext der gegenwärtigen Abtreibungsdebatte:

Das religiöse Argument schlägt sich nieder in den Ansichten des Arztes, der die Protagonistin behandelt. Ebenso wie die Katholische Kirche vertritt auch er die Meinung, dass die Leibesfrucht vom Zeitpunkt der Empfängnis an unter allen Umständen geschützt werden müsse. Des Weiteren schildert der Mediziner seine Überzeugung, dass es sich bei dem ungeborenen Kind bereits um eine Person handle. Die gleiche Ansicht vertritt auch die Kirche: The „teaching is, that the fetus must [...] be treated as if it were a person from conception onward.“⁷³

Der Ärztin hingegen wird eine wichtige Gegenposition zugeordnet. Sie tritt für die feministische Ansicht ein, dass die Frau das Recht haben müsse, frei über ihren Körper, inklusive ihrer Schwangerschaft, zu entscheiden. Betrachtet man die Argumentation der Eltern der Protagonistin, so erkennt man, dass sie im Endergebnis zu der gleichen Forderung führt. Indem sie erklären, dass niemand das Recht habe, eine Schwangere zu verurteilen, wenn sie ihr Kind abtreibe, sprechen sie sich gegen die gesetzliche Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und für die Privatheit der Entscheidung aus.

⁷⁰ Ebd., p. 161.

⁷¹ „In Italy, the abortion debate divided the population, caused the fall of a government, and generated a national referendum. Fully realizing the political implications of her work, Fallaci decided against favouring one particular side.“ Ebd., p. 162f.

⁷² Zitiert bei: Reichardt (2002), S. 50.

⁷³ Encyclopedia of Bioethics (2004), p. 32.

Letztlich greift Fallaci auch die konservative Familienstruktur in Italien auf: Sie beschreibt den Konflikt zwischen dem Ideal der klassischen Familie und dem der modernen karriereorientierten Frau. Dabei nutzt sie die Figur des *Commendatore*. Als Arbeitgeber der Protagonistin stellt er sie vor die Wahl: „Abtreibung“ des Kindes und Erhalt ihrer Karrierechancen oder Verlust ihrer Arbeit im Fall der Mutterschaft. Dadurch kontrastiert Fallaci die unterschiedlichen Frauenbilder ihrer Zeit. So gelingt es der Schriftstellerin, den Fokus auf eine zentrale Güterabwägung zu lenken: Die der unabhängigen, berufstätigen Frau versus der Frau in der Mutterrolle mit Unterordnung ihrer Interessen.

Fallaci motiviert die Frau dazu, sich – vor die Wahl gestellt, ob sie sich den Wunschvorstellungen der Gesellschaft unterordnen oder von diesen frei sein wolle – für ihre *Freiheit* zu entscheiden. Damit unterstützt sie die feministischen Forderungen ihrer Zeit nach Gleichberechtigung und Unabhängigkeit.

Fallaci übernimmt auch die Überlegung, dass die Liberation der Frau vorrangig die Lösung von stereotypen Rollenbildern beinhalte, allem voran von dem der niemals veragenden Mutterschaft. Sie greift dieses Rollenmodell vehement an:

„Unerbittlich, von einer inneren Not getrieben, demontiert die Hauptfigur vor den Augen des Lesers die klassische Vorstellung der instinktiven, bei einer Schwangerschaft automatisch einsetzenden Mutterliebe. So gerät das unantastbarste aller Weiblichkeitsbilder auf der Bedeutungsebene ins Wanken und wird schließlich durch den traumatischen Abort gestürzt. Der Mythos der unproblematischen Schwangerschaft erweist sich als Illusion; der italienische Traum der krisenfesten *mamma* zerplatzt. Das Tabu, dass werdende Mütter ihren Fötus auch nicht von Anfang an lieben könnten, ist gebrochen: Einer Frau steht es zu die Übernahme einer solchen Verantwortung bewusst zu akzeptieren oder zu verweigern.“⁷⁴

Fallaci nutze ihren Roman, um das Bild der perfekten Mutter als unrealistisch bloßzustellen. Durch ihre Darstellung der unverheirateten Schwangeren und ihrer Sorgen gelang es ihr aufzuzeigen, dass durchaus nicht jede Mutter ihr Kind vom Beginn der Schwangerschaft ausnahmslos liebe und annehme.

Nun, da die Mutterschaft als fehlbar entblößt sei, dürfe sie einer Frau weder seitens des Rechtsstaates, noch seitens anderer Institutionen aufgenötigt werden. Es läge einzig an der Frau zu entscheiden, ob sie das Kind austragen wolle oder nicht. Fallaci sah in der Mutterschaft keine Pflicht, sondern vielmehr ein Recht. Es solle allein in der Entscheidungsgewalt der Frau liegen, ob sie dieses Recht wahrnehme oder nicht. Indem eine Frau gesetzlich verpflichtet würde, eine Schwangerschaft auszutragen, werde ihre Entscheidungsgewalt, ein fundamentales Gut der Freiheit, beschnitten.

Damit wird Fallacis Position zum Schwangerschaftsabbruch klar: Zwar ist sie nach persönlichen Moralvorstellungen nicht für die Abtreibung selbst; indem sie für die Entscheidungsfreiheit als zentrales Rechtsgut jedes Menschen eintritt, zieht sie jedoch die Schlussfolgerung, dass es auch der Frau zustehen müsse, sich frei für oder gegen eine Abtreibung zu entscheiden. Rechtlich könne die Entscheidungsfreiheit nur sicherge-

⁷⁴ Reichardt (2002), S. 58.

stellt werden, wenn der Schwangerschaftsabbruch legalisiert würde. Durch die gesetzliche Zulassung erhält die Frau überhaupt erst die Möglichkeit zu entscheiden. Ohne die Legalisierung habe sie keine Wahl – dann sei die Mutterschaft Pflicht und nicht Recht. Fallaci sprach dies in ihrem Roman nicht offen aus, doch ließ sie keinen Zweifel an der Fürsprache zur gesetzlich gesicherten Entscheidungsfreiheit.

Es sollte drei Jahre dauern, bis der Schwangerschaftsabbruch in Italien legalisiert wurde. Am 22. Mai 1978 wurde Gesetz Nr. 194 unter Heranziehen einer Fristenlösung verabschiedet. Das bis heute gültige Gesetz sieht in Art. 4 und 5 vor, dass eine Frau einen Abbruch innerhalb einer Frist von 90 Tagen durchführen lassen darf, sofern durch die Schwangerschaft, Geburt oder Mutterschaft eine gravierende Gefahr für ihre physische und psychische Gesundheit besteht. Als gesundheitsgefährdende Faktoren werden neben medizinischen Risiken auch finanzielle und soziale Einflussfaktoren aufgeführt. Vor dem Abbruch muss sie sich durch eine dafür vorgesehene öffentliche Stelle oder einen Arzt beraten lassen und eine Bescheinigung darüber erhalten haben.

Ein Abbruch nach der Frist von 90 Tagen ist nach Art. 6 nur noch dann möglich, wenn die Schwangerschaft oder Geburt eine gesundheitliche Gefahr für die Schwangere darstellt oder eine kindliche Fehlbildung diagnostiziert wird, die die körperliche oder seelische Gesundheit der Mutter gefährden. Demnach muss zum Schwangerschaftsabbruch nach 90 Tagen eine medizinische Indikation bestehen:

„Ein Referendum im Jahre 1981, initiiert durch die katholische ‚Bewegung für das Leben‘, bestätigte das neue Abbruchsrecht: In der Volksabstimmung vom 17./18. Mai sprachen sich die Stimmberechtigten mehrheitlich gegen den Antrag der ‚Movimento per la vita‘ aus, wonach die rechtliche Freigabe der Abtreibung auf die [...] medizinische Indikation beschränkt bleiben sollte.“⁷⁵

6. Schlussbemerkungen

Bis zur Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs war es für Italien ein langer Weg. Dabei nahm die Emanzipationsbewegung entscheidenden Einfluss auf die politischen und sozialen Entscheidungsprozesse, die 1975 zur „Riforma del diritto di famiglia“ führten. Diese Entwicklungen schlugen sich in der belletristischen Literatur der Zeit nieder. Wie der Roman „Brief an ein nie geborenes Kind“ in paradigmatischer Weise zeigt, rückte die Entscheidung zur „Abtreibung“ als Teil der Frauenbefreiung in den Fokus der Literaten.

Fallaci nutzte ihre Rolle als Autorin, um die Auseinandersetzung um die moralische Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs nachzuzeichnen und deren Komplexität an einem fiktiven, gleichwohl konkreten Fall zu veranschaulichen. Überdies wollte sie aufklärend zur öffentlichen Meinungsbildung beitragen, indem sie zum einen den veralteten Mythos der unfehlbaren Mutter „dekonstruierte“ und zum anderen die Rechte der Frauen als gleichberechtigte Bürger einforderte.

⁷⁵ Gindulis (2003), S. 77.

Fallacis Roman reflektiert somit auf ebenso eindrückliche und nachhaltige Weise den gesellschaftlichen Diskurs um die moralische Zulässigkeit von „Abtreibungen“ und das Selbstbestimmungsrecht der Frau im Italien der 1970er Jahre.

Literatur

1. Andall (1994): Jacqueline Andall, Abortion, Politics and Gender in Italy, Parliamentary affairs 47 (1994), 2, pp. 238-251.
2. Aricò (1998): Santo L. Aricò, Oriana Fallaci: The woman and the myth, Southern Illinois 1998.
3. Encyclopedia of Bioethics (2004): Osman Bakar, Abortion, in: Stephen G. Post (Hrsg.), Encyclopedia of Bioethics, New York 2004, pp. 1-43.
4. Fallaci (1983): Oriana Fallaci, Brief an ein nie geborenes Kind, Frankfurt a. M. 1983.
5. Gaudium et spes (1965): Zweites Vatikanisches Konzil, Gaudium et spes, 1965, Nr. 48, 51.
6. Gesetz 194 (1978): Gesetz Nr. 194, Maternita e Infanzia, 1978, Art. 4.
7. Gesetz 898 (1970): Gesetz Nr. 898, Legge di divorzio, 1970, Art. 3.
8. Gindulis (2003): Edith Gindulis, Der Konflikt um die Abtreibung – Die Bestimmungsfaktoren der Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch im OECD-Länder-Vergleich, Wiesbaden 2003.
9. Groß/Schäfer (2008): Dominik Groß, Gereon Schäfer, Der psychisch Kranke im Spiegel der Literatur: Das Beispiel Psychochirurgie, in: Dominik Groß, Sabine Müller, Jan Steinmetzer (Hrsg.), Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin, Berlin 2008 (= Humandiskurs, 2), S. 333-350.
10. Humanae vitae (1968): Papst Paul VI., Humanae vitae, 1968, Nr. 14.
11. Jütte (1993): Robert Jütte, Geschichte der Abtreibung – Von der Antike bis zur Gegenwart, München 1993.
12. Reichardt (2002): Dagmar Reichardt, Zwischen Freiheitsliebe und Schuldgefühl. Zur Dekonstruktion vom „Mythos der unbekümmerten Mutterschaft“ bei Oriana Fallaci, in: Irmgard Scharold (Hrsg.), Scrittura femminile: Italienische Autorinnen im 20. Jahrhundert zwischen Historie, Fiktion und Autobiographie, Tübingen 2002, S. 49-68.
13. Riz (1969): Roland Riz, Il Codice Penale Italiano – Regio Decreto 19 ottobre 1930 n. 1398 / Das italienische Strafgesetzbuch – vom 19. Oktober 1930 (Königl. Dekret Nr. 1398), Berlin 1969.
14. Verfassung (1948): Costituzione della Repubblica Italiana / Verfassung der Italienischen Republik, 1948.

Abbildung

Abbildung 1: Deutsches Cover des Romans „Lettera a un bambino mai nato“; erstveröffentlicht im September 1979 im Fischer Verlag. Die Abbildung wurde mit freundlicher Genehmigung vom Verlag zur Verfügung gestellt.

Der Hirnschaden im Rampenlicht. Verschiebungen im Verhältnis von Neurowissenschaften und Populärmedien

Bianca Sukrow

In den letzten Jahrzehnten lässt sich ein Zuwachs an populärwissenschaftlichen Publikationen neurowissenschaftlicher Forschungsergebnisse im Allgemeinen und neurowissenschaftlicher Falldarstellungen im Besonderen verzeichnen.¹ Fallgeschichten dienen nicht mehr ausschließlich der Illustration medizinischer Forschung in Fachveröffentlichungen, sie werden inzwischen in der breiten Öffentlichkeit rezipiert. Die Fallgeschichtenbände von Oliver Sacks etwa erfahren eine breite Resonanz von Seiten des Publikums. Auch andere Neurowissenschaftler wie Vilayanur Ramachandran oder Paul Broks publizieren neben Fachveröffentlichungen literarisierte Fallgeschichten.

Es stellt sich die Frage, welchen Nutzen Neurowissenschaftler aus der Publikation populärwissenschaftlicher und zum Teil stark literarisierter Werke ziehen. Sicherlich ist die Neigung mancher Neurowissenschaftler zu populären Veröffentlichungsformen unter anderem in der Erweiterung der inhaltlichen und poetischen Gestaltungsmöglichkeiten begründet. Das Wesen eines psychischen beziehungsweise hirnpfysiologischen Defekts² lässt sich nur in Gänze begreifen, wenn es im Kontext des normalen Lebensumfeldes des jeweiligen Patienten betrachtet wird. Hierzu ist es unerlässlich, die Geschichte des Patienten zu erzählen, also seinen Fall in die Narrative zu überführen. Oliver Sacks, einer der wenigen Verfasser neurowissenschaftlicher Fallgeschichten, der ausführlich über das Schreiben und seine persönliche Haltung dazu reflektiert, bemängelt die Untauglichkeit wissenschaftlicher Formate für das Erfassen größerer Lebenszusammenhänge. Über die Verlängerung eines ursprünglich auf 90 Tage begrenzten Feldversuchs mit dem Wirkstoff L-DOPA und die Verarbeitung der daraus resultierenden Fallgeschichten bemerkt er:

„Thus what was originally conceived as a limited 90 day experiment was transformed instead into an historical experience: a story, in effect, of life for these patients as it had been before levodopa, and as it was changed, and as it was to become, after starting treatment with levodopa. Thus I was impelled, willy nilly, to a presentation of case histories or biographies for no ‘orthodox’ presentation, in terms of numbers, series, grading of effects, etc, [sic] could have conveyed the historical reality of the experience.“³

¹ Da eine genaue Unterscheidung zwischen den einzelnen neurowissenschaftlichen Disziplinen für die folgende Argumentation nicht relevant ist, wird zugunsten der Übersichtlichkeit darauf verzichtet. Auch ‚Neurologie‘ wird unter den Sammelbegriff ‚Neurowissenschaften‘ subsumiert. In der Praxis sind die Grenzen zwischen den einzelnen neurowissenschaftlichen Disziplinen fließend, weshalb auch die Begriffe in der Literatur unterschiedlich besetzt sind.

² Hiermit ist keine Ineinsetzung psychischer und hirnpfysiologischer Defekte gemeint, wie sie in manchen neurowissenschaftlichen Veröffentlichungen vorgenommen wird.

³ Sacks (1983), p. 1968.

Der Patient als Symptomträger, also als ein Gegenstand pathologischen Interesses, ein aus emotionaler Distanz betrachtetes Objekt, wird zu einer Figur, die zur Identifikation einlädt und das Potential besitzt, Empathie zu erzeugen.

Doch ohne die soeben beschriebene Sichtweise zu revidieren, lässt sich die Entwicklung einer neurowissenschaftlichen Populärkultur auch pragmatischer lesen.

1. „Awakenings“ – Ein publikationstechnischer Unfall

Am Beispiel von Oliver Sacks' populärwissenschaftlichem Erstlingswerk „Awakenings“ kann man eine Verschiebung im Verhältnis von Neurowissenschaften und Medien festmachen, die für die Entstehung der derzeitigen Populärveröffentlichungspraxis programmatisch ist. In „Awakenings“ beschreibt Sacks die Fälle von *Encephalitis lethargica*-Patienten, die er während seiner Tätigkeit im Beth Abraham Hospital betreute. Es handelte sich ausschließlich um schwerste Fälle der sogenannten Schlafkrankheit, die vermutlich durch eine gleichzeitige Infektion mit der Spanischen Grippe zwischen 1917 und 1927 zu ihrer extremen Ausprägung gelangte. Die Symptome waren mit denen einer schweren Parkinson'schen Erkrankung verwandt:⁴ Neben weniger häufigen Symptomen traten (Ruhe)Tremor, motorische Unruhe und vor allem Bewegungshemmung beziehungsweise -verzögerung bis hin zur Akinesie auf.⁵ Als Ende der 1960er Jahre das von allen Seiten als Wundermittel bejubelte Medikament L-DOPA auf den Markt kam, keimte die Hoffnung, damit nicht nur Parkinson-Patienten aus ihrer Bewegungsstarre befreien zu können, sondern auch Menschen mit *Encephalitis lethargica*. Tatsächlich erzielte Sacks mit L-DOPA zunächst gute Ergebnisse bei der Linderung des Parkinsonoids seiner Patienten, allerdings stellten sich durch den Einsatz des Medikaments auch gravierende, unkontrollierbare Nebenwirkungen ein.⁶

An eine populärwissenschaftliche Veröffentlichung der Fälle, wie sie später in „The Great Awakening“ und der Folgepublikation „Awakenings“ erfolgte, dachte Sacks zunächst nicht:

„I had been fairly orthodox in my neurological training and in my early days as a neurologist had not felt impelled to step out of the formats of established medical formulation and writing. Thus my first book, 'Migraine', originally written in 1967, was well within the established medical 'canon'.⁷

Um in der Fachöffentlichkeit auf die unerwarteten Komplikationen bei der Behandlung von *Encephalitis lethargica*-Patienten mit L-DOPA aufmerksam zu machen, verfasste er gemeinsam mit zwei Kollegen einen Leserbrief, der im Journal of the American Medical

⁴ Genau genommen lassen sich drei Hauptformen des Parkinsonismus unterscheiden: Der idiopathische Parkinsonismus, also die Parkinson'sche Krankheit oder landläufig einfach Parkinson, bei dem keine äußere Ursache festgestellt werden kann; der durch Drogen- oder Medikamentengebrauch induzierte Parkinsonismus und der infektionsbedingte post-enzephalitische Parkinsonismus, den Sacks in „Awakenings“ beschreibt. Vgl. Sacks (1999), pp. 3ff.

⁵ Vgl. ebd., pp. 6ff.

⁶ Vgl. ebd.

⁷ Sacks (1983), S. 1968.

Association (JAMA) gedruckt wurde. Zu seiner Überraschung sah Sacks sich danach sogar in zweierlei Hinsicht unter Druck gesetzt. Zum einen galt die von ihm gewählte Veröffentlichungsform als inadäquat für wissenschaftliche Inhalte: „I then found myself under pressure – an all too common academic pressure – to write proper articles and not simply letters.“⁸ Zum anderen fiel die Reaktion des Fachpublikums auf den Inhalt seines Briefes vernichtend aus. Offenbar waren Meldungen, die geeignet waren, die Euphorie über das neue Medikament zu dämpfen, nicht erwünscht:

„My JAMA letter caused a furor among some of my colleagues. [...] I was astonished and shocked by the storm that blew up; and, in particular, by the tone of some of the letters. Some colleagues insisted that such effects ‘never’ occurred; others that, even if they did, the matter should be kept quiet, lest it disturb ‘the atmosphere of therapeutic optimism needed for the maximal efficiency of L-DOPA’.“⁹

Der Versuch, anschließend die Ergebnisse in der Form konventioneller wissenschaftlicher Beiträge mit qualifizierten Belegen und Statistiken in Fachzeitschriften zu positionieren, schlug fehl:

„[S]ome of them [the articles, B. S.], indeed, elicited vehemently censorious, even violent, rejections, as if there were something intolerable in what I had written.“¹⁰

Abgesehen von einem einzelnen Kurzartikel in der Zeitschrift *Neurology*,¹¹ einer zweiseitigen Veröffentlichung in einem Organ seines eigenen Arbeitgebers, dem Beth Abrahams Hospital,¹² und einem thematisch randständigen Aufsatz mit dem Titel „Abnormal Mouth-Movements and Oral Damage Associated with L-Dopa Treatment“¹³ in einem Blatt für Zahnärzte blieben Sacks Artikel zu L-DOPA zwischen 1970 und 1972 unveröffentlicht.¹⁴ In Anbetracht der Tatsache, dass die National Library of Medicine und das National Institute of Health für die Jahre 1969-1972 über tausend Publikationen zum Thema verzeichnen, nimmt sich die Zahl der Veröffentlichungen von Sacks – der angesichts seiner Erfahrung mit Enzephalitis- und Parkinson-Patienten als Experte auf dem Gebiet gelten musste – verschwindend gering aus.

Die Möglichkeit, die Geschichten seiner Patienten ohne formale oder inhaltliche Einschränkungen zu veröffentlichen, bekam Sacks erst, als die Kulturzeitschrift *The Listener* ihn bat, über seine Erfahrungen mit L-DOPA zu berichten:

„Instead of the censorious rejections I was used to, I was actually being invited to write, being offered a chance to publish, fully and freely, what had been accumulating and building up, dammed up, for so long. I wrote ‘The Great

⁸ Ebd., S. 1969.

⁹ Sacks (1999), S. xxxif.

¹⁰ Ebd., S. xxxii.

¹¹ Vgl. Sacks et al. (1972).

¹² Vgl. Sacks (1972).

¹³ Vgl. Sacks et al. (1970).

¹⁴ Vor dem JAMA-Brief waren mehrere Leserbriefe von Sacks zu den Nebenwirkungen von L-DOPA veröffentlicht worden. Vgl. Sacks (2010).

Awakening' at a single sitting – neither I nor the editor altered a single word – and it was published the following month. Here, with a sense of great liberation from the constraints of 'medicalising' and medical jargon, I described the wonderful panorama of phenomena I had seen in my patients.¹⁵

„The Great Awakening“ wird vom (Laien-)Publikum begeistert aufgenommen:

„Yes, I felt, yes, there are real people out there, who are imaginative and curious and want to know more. (They may not be neurologists, but, by God they are real.) The response in 'The Listener' put an end to my long years of frustration and obstruction and gave me a decisive encouragement and affirmation.“¹⁶

Sacks ergänzt das Werk um elf weitere Fallgeschichten und veröffentlicht es 1973 unter dem Titel „Awakenings“ (in der deutschen Übersetzung „Zeit des Erwachens“). Selbst wenn man berücksichtigt, dass Wissenschaftler im anglo-amerikanischen Raum traditionell wenig Berührungsgängste gegenüber nichtwissenschaftlichen Medien zeigen und auch die Offenheit der Leser für populärwissenschaftliche Darstellungen dementsprechend groß ist, bleibt der Erfolg von „Awakenings“ in der Geschichte der modernen Neurowissenschaften beispiellos. Die Fallgeschichtensammlung erschien in mehreren, zum Teil überarbeiteten Ausgaben in verschiedenen Verlagen, wurde viele Male neu aufgelegt und in über 20 Sprachen übersetzt; „Awakenings“ diente als Vorlage für Filme, Theaterstücke, Hörspiele und mindestens einen Popsong und wurde nicht zuletzt durch die häufige und vielseitige mediale Verarbeitung zum Bestandteil des kulturellen Kanons.¹⁷ Auch die Fallgeschichtensammlungen, die Sacks nach „Awakenings“ veröffentlichte, waren Publikumserfolge.¹⁸ Eine weitreichendere mediale Aufarbeitung neurologischer Kasuistiken fand beziehungsweise findet nur noch bei den Fällen Freuds statt. Neben der publikationstechnischen Zwangslage bedingt sicherlich auch Sacks' erklärte Neigung zur Narrative seine Bereitschaft, die üblichen wissenschaftlichen Veröffentlichungswege zu verlassen. Sacks springt auf den Zug der Popularisierung wissenschaftlicher Inhalte auf, noch während sich dieser schwerfällig in Bewegung setzt. Der Trend – und wie sich zeigen wird auch die Notwendigkeit –, wissenschaftliche Themen in öffentlichen Medien zu platzieren, nimmt seitdem stetig zu.

2. Von der Ausnahme zur Regel: Die Popularisierung (neuro)wissenschaftlicher Erkenntnisse

Was als Auseinandersetzung zwischen Propagandisten orthodoxer Fachinhalte und dem „Dissidenten“ Sacks begann, kann rückblickend als richtungweisend für die Ent-

¹⁵ Sacks (1999), p. xxxiii.

¹⁶ Sacks (1983), p. 1969.

¹⁷ Beispiele für Adaptionen des Stoffes: Dokumentation von Duncan Dallas von 1973; „Awakenings“, Spielfilm mit Robert de Niro von Penny Marshall aus dem Jahr 1990; Theaterstück „A Kind of Alaska“ von Harold Pinter (London 1982); eine Hörspielfassung von John Reeves (CBC Radio 1987) und das Titelstück des Albums „Octavarium“ der Band „Dream Theater“ (Atlantic Records 2005).

¹⁸ „The Man Who Mistook His Wife for a Hat“ bzw. die Übersetzung „Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte“ ist z. B. auch in Deutschland den meisten Lesern ein Begriff.

wicklung des Umgangs von Neurowissenschaftlern mit den öffentlichen Medien generell gewertet werden.¹⁹ Im Fall von Oliver Sacks verhalf die große Popularität nicht nur zu öffentlichem Ruhm, auch die Relevanz seiner Ergebnisse ließ sich kaum noch in Frage stellen. „Awakenings“ folgen neben drei weiteren reinen Fallgeschichtenbänden zahlreiche neurowissenschaftliche Fachartikel.²⁰ Aus dem sichtgeschützten Bereich klinischer Forschung sowie fachinterner Be- und Verurteilung gelangten Sacks' Falldarstellungen in einen öffentlich einsehbaren medialen Raum.

Es gilt an dieser Stelle festzuhalten, dass die Fallgeschichte in den Neurowissenschaften einen anderen Stellenwert einnimmt als etwa in der Psychoanalyse.²¹ Während die Fallgeschichte in der Psychoanalyse ein zentrales Forschungsinstrument und Erkenntnismittel darstellt, ist sie in den Neurowissenschaften von der ‚eigentlichen‘ Forschung abgekoppelt. Wie Sacks selbst in seinem Rückblick auf die Entstehung von „Awakenings“ schreibt, sind es gerade die medizinische Fachsprache sowie die Statistiken und Zahlen, die er beim Verfassen seiner Fallbeschreibungen außen vor lässt. Damit transferiert er seine klinischen Untersuchungen und Forschungsergebnisse sowohl sprachlich als auch inhaltlich in einen außerwissenschaftlichen Bereich. Für die neurowissenschaftliche Forschung haben Einzelfallgeschichten wie die von Sacks keinen Erkenntniswert. Wenn sie nicht – in anonymisierter und auf Kernbeobachtungen reduzierter Form – als Illustration oder Beleg für empirische Ergebnisse beziehungsweise theoretische Überlegungen dienen, sind Fallgeschichten also per se populärwissenschaftlich.

Es ist zunächst nicht ungewöhnlich, dass wissenschaftliche Forschung zum Thema populärer Medien und damit Bestandteil des Allgemeinwissens und der öffentlichen Diskussion wird.²² Bereits zur Zeit der großen Entdeckungen im 18. und 19. Jahrhundert wurde Forschung journalistisch begleitet. Besonders Forschungsreisende wurden bei ihrer Rückkehr gefeiert, und einige veröffentlichten im Anschluss an Expeditionen Reisebeschreibungen, die von Presse, Publikum und anderen Wissenschaftlern gierig aufgenommen wurden.²³ Derartige Veröffentlichungen waren populäres

¹⁹ Ob Sacks tatsächlich diesen Trend setzt oder ob er der sich bereits abzeichnenden Entwicklung folgt, bleibt offen. Allerdings legt die häufige Nennung von Sacks in populärwissenschaftlichen Darstellungen anderer Autoren zumindest nahe, dass Fachkollegen es für förderlich halten, ihre eigenen Werke mit denen Sacks' in Verbindung zu bringen. Neurowissenschaftler wie Ramachandran beziehen sich explizit auf Sacks, und sowohl er als auch etliche weitere Fachkollegen bitten Sacks, Vorworte zu ihren Veröffentlichungen zu verfassen. Sacks' Veröffentlichungsliste umfasst über 30 Einführungen, Vor- und Nachworte zu den Werken anderer Autoren, zumeist Fachkollegen. Vgl. Sacks (2010).

²⁰ Sacks' Veröffentlichungsliste, die auf seiner Webpräsenz einsehbar ist, beinhaltet alleine 52 Beiträge in Sammelwerken und anderen Veröffentlichungen von Kollegen, womit sein guter Ruf in der Fachwelt belegt sein dürfte. Vgl. ebd.

²¹ Zur Funktion der Fallgeschichte in der Psychoanalyse vgl. Wegner (1998); Overbeck (1994); Leuzinger-Bohleber (1995); Thomä/Kächele (2006); Kächele et al. (2008).

²² Für einen ausführlichen historischen Überblick über die Wechselwirkung zwischen Literatur und Wissenschaft vgl. Cartwright et al. (2005).

²³ Hier wären z. B. die Reisebeschreibungen von Julius Payer oder Georg Forster zu nennen. Payers Reisebericht „Die österreichisch-ungarische Nordpol-Expedition in den Jahren 1872-1874“ von 1876 etwa fand reißenden Absatz und hatte mit 50.000 Exemplaren eine für die damalige Zeit enorm hohe

Medium und wissenschaftlicher Fachtext zugleich. Mit der rasanten Entwicklung spezialisierter Wissenschaften und der Ausdifferenzierung des wissenschaftlichen Fachjargons im 20. Jahrhundert aber wurden wissenschaftliche Fachtexte für das Laienpublikum inhaltlich weitgehend unzugänglich. Die immer stärkere Abgrenzung der Wissenschaft von der Alltagsrealität und -wahrnehmung des Publikums brachte einen veränderten, ebenfalls spezialisierten Wissenschaftsjournalismus hervor. Symptomatisch hierfür ist die Gründung der TELI (Technisch-Literarische Gesellschaft), der ersten deutschen Vereinigung von Wissenschaftsjournalisten, im Jahr 1929.²⁴ Wissenschaftsjournalisten übernahmen die Rolle von Dolmetschern für wissenschaftliche Botschaften. Sie versuchten, wissenschaftliche Ergebnisse soweit zu vereinfachen wie nötig und dabei mit so großer Vorgabentreue vorzugehen wie möglich, um dem Laienpublikum ein grundsätzliches Verständnis der Zusammenhänge zu erlauben. Die Kontrolle über Zeitpunkt und inhaltliche Reichweite der Veröffentlichung behielten dabei die Wissenschaftler:

„Typisch für den Wissenschaftsjournalismus war bis in die neunziger Jahre hinein eine Berichterstattung nach dem Muster ‚die Wissenschaft hat festgestellt...‘. Dabei folgten die Berichte einem fest gefügten Ritual: Pünktlich zum Erscheinungstermin der wichtigsten wissenschaftlichen Fachjournale wurde auch in den Tageszeitungen berichtet, was von der Wissenschaft bekannt gegeben wurde. Es wurde der Allgemeinheit vorgesetzt, nicht weil das Thema gerade in der Debatte war, nicht weil das Thema gerade die Bevölkerung besonders interessiert hätte, sondern nur, weil es zufälligerweise an diesem Tag in einem der Fachjournale veröffentlicht wurde. Aktualität wurde nicht journalistisch bestimmt, sondern wissenschaftsintern.“²⁵

Wissenschaft und Medien wurden als voneinander getrennte Systeme verstanden,²⁶ die zudem in einem hierarchischen Verhältnis zueinander standen. Die Erzeugung von Inhalten und die Deutungshoheit lagen allein bei der Wissenschaft, während den Medien als Dienstleistern die bloße Vermittlerfunktion zukam.²⁷ Diese Auffassung wird bisweilen noch heute vertreten, tatsächlich haben die Medien aber fundamentale Entwicklungsprozesse durchlaufen und sich aus ihrer Botenrolle emanzipiert. Medien vermitteln nicht nur Inhalte, sie stellen auch selbst welche her:

„Die paradox erscheinende Konstellation ist nun, dass es diesen Medien nicht mehr um Aufklärung, um erbauliche Teilhabe und auch nicht um die Entgegen-

Auflage. Er wurde ins Englische, Französische, Italienische, Russische und Norwegische übersetzt und fand besonders in Norwegen, der Heimat Elling Carlsens, der dort bereits ein eigenes Expeditionstagebuch veröffentlicht hatte, großen Anklang (eine Sammlung von Rezensionen zum Buch wird im Österreichischen Marinearchiv als nicht nummerierter Teil des Faszikels A/204: II-III aufbewahrt).

²⁴ Vgl. Förster (2007), S. 5.

²⁵ Göpfert (2006), S. 32f.

²⁶ Selbst in der TELI wurden die Funktionen von Journalisten und Fachleuten streng unterschieden: „Während die ersteren hauptberuflich größere Gebiete der Technik bearbeiteten und in Tageszeitungen sowie Periodika ihre Beiträge veröffentlichten, waren die letzteren in technischen Behörden, Betrieben oder Institutionen mit der Unterrichtung der Presse betraut.“ Förster (2007), S. 5.

²⁷ Vgl. hierzu: Weingart (2001), S. 235f.

nahme von Berichten aus der Wissenschaft geht. Für diese kommerzialisierten Medien ist die Wissenschaft vielmehr ein Bereich neben anderen, der dann und nur dann Gegenstand ihrer Aufmerksamkeit wird, wenn er Nachrichtenwert hat.“²⁸

Bei der Popularisierung wird das Fachwissen „keineswegs nur vereinfacht und banalisiert“, sondern, wie Carsten Kretschmann festhält, „verwandelt, transformiert und schließlich sogar regelrecht neu konstituiert“.²⁹ Die Medien haben sich zu einem eigenständigen Gesellschaftssystem mit eigenen Binnenstrukturen, Qualitätskriterien und Verweissystemen entwickelt:

„Die Medien beobachten sich selbst, das heißt, sie kommentieren sich gegenseitig und werden damit selbstbezüglich. Überdies lassen sich spezielle Produktionsbedingungen identifizieren, die wiederum medienspezifische Kriterien der Nachrichtenauswahl bedingen. Daraus ergibt sich eine eigene Medienwirklichkeit, die von den Medien aufgrund des besonderen Umgangs mit Informationsquellen und im Hinblick auf das jeweils vorgestellte Publikum regelrecht ‚konstruiert‘ wird [...]. Es ist unmittelbar evident, daß sich diese Kriterien von denen unterscheiden, nach denen die Wissenschaft ihre Informationen kommuniziert.“³⁰

Das wäre aus der Sicht der Forscher irrelevant, wären sie nicht in immer stärkerem Maße von der Gunst der Medien abhängig. Die Wissenschaft hat sich als boomender Wachstumsmarkt entpuppt:

„Grob gerechnet hat jede Verdoppelung der Bevölkerung mindestens drei Verdoppelungen der Zahl der Wissenschaftler hervorgebracht [...]. Der amerikanische Wissenschaftshistoriker Derek de Solla Price sah infolgedessen bereits für die Jahrtausendwende einen Übergang zu einer geringeren Wachstumsrate voraus, da die absurde Konsequenz weiteren exponentiellen Wachstums undenkbar sei: daß dann nämlich zwei Wissenschaftler auf jeden Mann, Frau und Hund in der Bevölkerung kämen.“³¹

Die Folge ist ein immer härter werdender Kampf um die begrenzten finanziellen Mittel – schließlich steigt die Summe der privaten und staatlichen Fördermittel für die Forschung keineswegs proportional mit der Zahl der Wissenschaftler – und damit gleichzeitig um die begrenzte Aufmerksamkeit nichtwissenschaftlicher oder fachfremder Entscheidungsträger. Dies bedingt, dass den Medien nicht nur als Mittlerinstanz zwischen Öffentlichkeit und Wissenschaft immer mehr Relevanz, Eigenständigkeit und Einfluss zukommen, sondern auch als Vermittler zwischen Wissenschaft und Politik beziehungsweise anderen Geldgebern und sogar zwischen Forschern und Forschern, denn, wie Peter Weingart feststellt, „[s]chon Berufungskommissionen können die Literatur

²⁸ Weingart (2008), S. 12f.

²⁹ Kretschmann (2009), S. 79.

³⁰ Weingart (2001), S. 237f.

³¹ Ebd., S. 87.

nicht lesen, die die Kandidaten produzieren“.³² Peter Janich bemerkt zur Relevanz öffentlicher Aufmerksamkeit für die Neurowissenschaften:

„Öffentliche Anerkennung ist ein kaum zu unterschätzender Faktor für das Einwerben öffentlicher Finanzierung. Ein Forschungsgebiet, das öffentliche Aufmerksamkeit erreichen kann wie die Hirnforschung, ist auch in der Forschungspolitik besser gestellt als exotische Spezialitäten, von denen niemand etwas weiß. Es ist also durchaus legitim, das öffentliche Interesse mit geeigneten parasprachlichen Mitteln zu wecken, zu lenken und zu befriedigen.

Wo dies gelingt, versammelt sich neben Aufmerksamkeit auch die Förderung des Forschens, von der Drittmittelvergabe bis zur Einrichtung neuer Professuren. Die Autonomie der Fachwissenschaften im Sinne einer unabhängigen, eigengesetzlichen Zielwahl hat genau dort ihre Grenzen.“³³

Für die Akquise von Mitteln ist die Forschung auf die Mitarbeit der Populärmedien angewiesen. Bis zu einem gewissen Grad muss sie also dafür sorgen, dass die Inhalte, die sie den Medien zur Verfügung stellt, popularisierungsfähig sind. Da dies aufgrund der immer stärkeren Spezialisierung der Fachwissenschaften anders kaum möglich wäre, muss sich die Berichterstattung immer weiter von der eigentlichen Forschung entfernen. Von außen beurteilt werden kann also nicht mehr, was tatsächlich erforscht wird, sondern nur noch, wie die Forschung dargestellt wird. Ähnlich verhält es sich mit dem Druck auf die Wissenschaftler, die eigene Forschung im Nachhinein zu rechtfertigen, ihre Nützlichkeit nachzuweisen und damit die Mittel für die Fortführung eines Projekts oder Folgevorhaben zu sichern; auch hier wird die Vermittlung durch und mit Hilfe von Medien immer wichtiger.

Oliver Sacks beschreitet vor diesem Hintergrund einen Sonderweg: Er popularisiert seine Forschung selbst.³⁴ Er umgeht damit die Populärmedien als Mittlerinstanz

³² Weingart (2008), S. 14.

³³ Janich (2009), S. 92.

³⁴ John Brockmann würde Sacks zu einem Protagonisten der von ihm ausgerufenen „Third Culture“ zählen: „Traditional intellectual media played a vertical game: journalists wrote up and professors wrote down. Today, third culture thinkers tend to avoid the middleman and endeavor to express their deepest thoughts in a manner accessible to the intelligent reading public. The recent publishing successes of serious science books have surprised only the old-style intellectuals. [...] The emergence of this third-culture-activity is evidence that many people have a great intellectual hunger for new and important ideas and are willing to educate themselves.“ Brockmann (1995), p. 20. Für Brockmann ist der für die Öffentlichkeit publizierende (Natur-)Wissenschaftler Teil einer neuen Kaste intellektueller Forscher, die durch populärwissenschaftliche Verbreitung ihrer Erkenntnisse die Wissenschaft (darunter versteht Brockmann in erster Linie natur-, ingenieur- und medizinwissenschaftliche Modefächer wie Nanotechnologie, Neurowissenschaften oder Forschung zu künstlicher Intelligenz und Cyberspace) zu einer Volkskultur erweitern. Vgl. Brockmann (1995), p. 19. Außer Acht lässt Brockmann dabei, dass es sich bei populärwissenschaftlich veröffentlichtem Wissen immer um Inhalte handelt, die erst für die mediale Verbreitung erstellt wurden, nicht um die Forschung selbst. Brockmanns Position soll hier nicht völlig übergangen werden, weil die von ihm propagierte „Third Culture“ in den Medien und der Medienforschung zu einem Begriff geworden ist, der tatsächlich dazu geeignet ist, bestimmte Tendenzen in der populärwissenschaftlichen Publikationspraxis zu fassen. Da Brockmanns Begriffsherleitung aber in

und behält selbst die Kontrolle über die Veränderungsprozesse (Reduktion von spezialisierten Fachinformationen, Einfügen biografischer Hintergründe, Narrativierung), die seine Erkenntnisse notwendigerweise für eine erfolgreiche Vermarktung in der breiten Öffentlichkeit durchlaufen müssen. Die Mittlerposition besetzt er selbst. Hierdurch entzieht Sacks den öffentlichen Medien die Zugriffsmöglichkeit auf inhaltliche Komponenten und Transformationsvorgänge, während er ihnen die Verbreitung des fertigen Produkts überlässt. Die Vorteile dieser Vorgehensweise werden auch von Fachkollegen erkannt und genutzt. Neurowissenschaftler positionieren ihre Ergebnisse aktiv in populären Medien und der Tagespresse. Damit gelangen neurowissenschaftliche Theorien in vereinfachter Form häufiger über die Wahrnehmungsschwelle des Laienpublikums als die Ergebnisse der meisten anderen Forschungszeige.

3. Die Fallgeschichte: Neurowissen in verträglicher Dosis

Eine öffentlichkeitswirksame Platzierung der eigenen Forschung ist also mehr als bloße Zeigefreudigkeit. Der Publikationsweg, den sich Oliver Sacks mit „Awakenings“ erschließt, führt nicht nur für seine eigene Forschung und klinische Erfahrung zu öffentlicher Wahrnehmung. Die populärwissenschaftliche Darstellung insbesondere von neurowissenschaftlichen Fallgeschichten wird für das gesamte Fach zu einem Mittel der publikumswirksamen Vermarktung, das im Gegensatz zu anderen neurowissenschaftlichen Publikationen keine Widerstände auslöst. Während populärwissenschaftliche theoretisch-neurophilosophische Darstellungen wie die Veröffentlichungen von Damasio, Roth oder Singer polarisieren und kontroverse Diskussionen auslösen (auch das nicht zuletzt ein wirksames Werbemittel), werden Falldarstellungen wie die Patientengeschichten in „Awakenings“ oder „The Man Who Mistook His Wife for a Hat“ von den Lesern nicht als Bedrohung des eigenen Welt- oder Menschenbildes gelesen. Die narrative Darstellung von Patientenschicksalen spricht neben dem Empathievermögen Neugier und zum Teil auch voyeuristische Inklinationen an. In der Regel folgt die Gestaltung der Fallgeschichten Mustern, die dem Leser aus genuin literarischen Werken bekannt sind (Aufbau von Spannungsbögen, gezielter Einsatz von Stilmitteln etc.),³⁵ so dass auch das Leseerlebnis eher der Lektüre von Kurzgeschichten gleicht als der Lektüre eines wissenschaftlichen Fachtextes. Damit adressiert die neurowissenschaftliche Fallgeschichte einen breiteren Leserkreis als andere populärwissenschaftliche Veröffentlichungsformen. Sie wird sowohl von denjenigen gelesen, die sich ohnehin für die Entwicklungen auf dem Gebiet der Neurowissenschaften interessieren und sich gegebenenfalls parallel mit der entsprechenden Theorie und der öffentlichen Debatte auseinandersetzen, als auch von einem Publikum konsumiert, das schlicht auf der Suche nach eingängiger, spannender Lektüre ist. Die Breite des Leserkreises und die mediale Auf- und Weiterverarbeitung begünstigen den Eingang des Stoffes in den kollektiven

vielen Bereichen unpräzise und schlecht fundiert erscheint, wird die „Third Culture“ als Terminus im vorliegenden Aufsatz nicht verwendet.

³⁵ Art und Funktion der in Fallgeschichten eingesetzten textuellen Verfahren werden im laufenden Disserationsprojekt der Verfasserin, „Der Fall des Falles“, untersucht.

Wissensfundus. Medial aufbereitete Informationen aus wissenschaftlichen Verständigungstexten werden Bestandteile des kulturellen Kanons.

Die geringe Anfälligkeit von Fallgeschichten für Kontroversen und damit potentielle Negativpresse wird auch von Sacks' Fachkollegen erkannt und genutzt. Dass es manchen Autoren bei der populärwissenschaftlichen Darstellung von Patientengeschichten nicht in erster Linie darum geht, einem persönlichen Drang zur narrativen Gestaltung nachzukommen, legt ein Blick auf die Autorenkonstellation bei der Sammlung neurowissenschaftlicher Fallgeschichten „Phantoms in the Brain“ von Vilayanur Ramachandran und seiner Koautorin Sandra Blakeslee nahe.³⁶ Die Tatsache, dass der Neuropsychologe Ramachandran sich mit Blakeslee eine erfahrene Wissenschaftsjournalistin (sie arbeitet unter anderem für die New York Times) an die Seite holt, lässt vermuten, dass ihm nicht alleine an der subjektiven Darstellung seiner Erfahrungen mit Patienten gelegen ist. Blakeslee ist darauf spezialisiert, auf die Bedürfnisse der Medien zugeschnittene Artikel aus dem Bereich der Neurowissenschaften zu verfassen und entsprechende Koauthorschaften zu übernehmen.³⁷ „Phantoms in the Brain“ kann nicht als genuines Produkt der persönlichen Ausdrucksmächtigkeit Ramachandrans gewertet werden, auch wenn der verwendete Duktus und die Ich-Perspektive dies suggerieren.³⁸ Es ist ein auf seine Medienwirksamkeit hin komponiertes Instrument.³⁹ Offenbar ist die populärwissenschaftliche Veröffentlichung in den Neurowissenschaften inzwischen so fest verankert, dass auch auf Wissenschaftler der Druck zu derartigen Publikationen steigt, denen selbst die Ausdruckskraft dazu fehlt. Es scheint paradox, aber was in den Anfängen von Sacks' Schriftstellerkarriere, also vor circa 30 Jahren, unter Fachkollegen noch als unwissenschaftlich galt, ist nun Bestandteil der gängigen Praxis zur Positionierung des eigenen Fachs in Öffentlichkeit, Medien und Politik.

Literatur

1. Brockmann (1995): John Brockmann, Introduction, in: John Brockmann (Ed.), *The Third Culture: Beyond the Scientific Revolution*, New York 1995, pp. 17-31.

³⁶ Ramachandran/Blakeslee (1999).

³⁷ Vgl. die Listen der Buchveröffentlichungen und Zeitschriftenartikel auf Blakeslees persönlicher Homepage sowie ihre Selbstdarstellung ebendort: <http://sandrablakeslee.com> (gesehen: 09.09.2010).

³⁸ Wie groß der Anteil ist, den Blakeslee an Sprache und inhaltlicher Konzeption hat, lässt sich anhand der Informationen im Buch nicht rekonstruieren. Ramachandran und Blakeslee werden auf dem Titelblatt – auch typographisch – als gleichberechtigte Autoren dargestellt. Allerdings bezieht sich der Inhalt des von Oliver Sacks verfassten Vorworts ausschließlich auf die Leistung Ramachandrans, und die Perspektive in den Geschichten selbst ist durchgehend die eines Ramachandran-Ich-Erzählers. Vgl. Ramachandran/Blakeslee (1999).

³⁹ Dass „Phantoms in the Brain“ keinen Einzelfall darstellt, zeigt alleine schon die Bibliographie auf der Webpräsenz Blakeslees. 2004 fungierte sie als Koautorin für „On Intelligence. How a New Understanding of the Brain Will Lead to the Creation of Truly Intelligent Machines“ von Jeff Hawkins (Times Books 2004). Nach eigener Aussage arbeitet sie aktuell gemeinsam mit zwei Neurowissenschaftlern an einem Buch „On how magicians hack your brain – Sleights of Mind“. Vgl. <http://sandrablakeslee.com> (gesehen: 09.09.2010).

2. Cartwright et al. (2005): John H. Cartwright, Brian Baker, *Literature and Science. Social Impact and Interaction*, Santa Barbara 2005.
3. Förster (2007): Hans Christian Förster, *Am Anfang war die TELI. Journalismus für Wissenschaft und Technik 1929 bis 1945*, Berlin 2007.
4. Göpfert (2006): Winfried Göpfert, *Wissenschaftsjournalismus heute*, in: Christiane Götz-Sobel, Wolfgang Mock (Hrsg.), *Wissenschaftsjournalismus heute*, [Bonn] 2006, S. 29-36.
5. Janich (2009): Peter Janich, *Kein neues Menschenbild. Zur Sprache der Hirnforschung*, Frankfurt a. M. 2009.
6. Kächele et al. (2008): Horst Kächele, Joseph Schachter, Helmut Thomä, *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for Psychoanalytic Practice*, London 2008.
7. Kretschmann (2009): Carsten Kretschmann, *Wissenschaftspopularisierung – Ansätze und Konzepte*, in: Bernd Hüppauf, Peter Weingart (Hrsg.), *Frosch und Frankenstein. Bilder als Medium der Popularisierung von Wissenschaft*, Bielefeld 2009, S. 79-89.
8. Leuzinger-Bohleber (1995): Marianne Leuzinger-Bohleber, *Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument*, *Psyche* 49 (1995), 5, S. 434-480.
9. Overbeck (1994): Gerd Overbeck, *Vom Fallbericht zur Fallnovelle – oder vom Erzählen zum Schreiben*, *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis (= Journal for Psychoanalytical Theory and Practice)* 9 (1994), 1, pp. 97-115.
10. Payer (1876): Julius Payer, *Die österreichisch-ungarische Nordpol-Expedition in den Jahren 1872-1874, nebst einer Skizze der zweiten deutschen Nordpol-Expedition 1869-1870 und der Polar-Expedition von 1871*, Wien 1876.
11. Ramachandran/Blakeslee (1999): Vilayanur S. Ramachandran, Sandra Blakeslee, *Phantoms in the Brain. Probing the Mysteries of the Human Mind*, New York 1999.
12. Sacks et al. (1970): Oliver Sacks, S. J. Ross, D. P. DePaola et al., *Abnormal Mouth-Movements and Oral Damage Associated with L-Dopa Treatment*, *Annals of Dentistry* 29 (1970), 4, pp. 130-144.
13. Sacks (1972): Oliver Sacks, *Parkinson's Disease & L-Dopa*, *Beth Abraham Speaks Winter 1971-72* (1972), pp. 8-9.
14. Sacks et. al. (1972): Oliver Sacks, Marjorie S. Kohl, Charles R. Messeloff et al., *Effects of Levodopa in Parkinsonian Patients with Dementia*, *Neurology* 22 (1972), 5, pp. 516-519.
15. Sacks (1983): Oliver Sacks, *The Origins of 'Awakenings'*, *British Medical Journal* 287 (1983), pp. 1968-1969.
16. Sacks (1999): Oliver Sacks, *Awakenings*, New York 1999.
17. Sacks (2010): Oliver Sacks, *List of Publications*, <http://www.oliversacks.com/about-the-author/list-of-publications> (gesehen: 11.09.2010).
18. Thomä/Kächele (2006): Helmut Thomä, Horst Kächele, *Psychoanalytische Therapie. Band 3: Forschung*, Berlin 2006.

19. Wegner (1998): Peter Wegner, Die Fallgeschichte als Instrument psychoanalytischer Forschung, in: Gerd Kimmmerle (Hrsg.), Zur Theorie der psychoanalytischen Fallgeschichte, Tübingen 1998, S. 9-44.
20. Weingart (2001): Peter Weingart, Die Stunde der Wahrheit? Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft, Weilerswist 2001.
21. Weingart (2008): Peter Weingart, Die Öffentlichkeiten der Wissenschaft: Vorderbühne und Hinterbühne, Gegenworte 19 (2008), S. 11-14.

Götter in Weiß. Arztmythen in der Kunst

Sandra Abend und Wolfgang Antweiler

„Hochverehrter und verfluchter Arzt“¹

Eine besondere Form der entindividualisierten Arztdarstellung, die in mehreren Eigenschaftsvarianten bildnerische Artikulation erfährt, entstand vermutlich basierend auf einem Gedicht zu Beginn der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts.

Diese bestimmte Serie von künstlerischen Repräsentationen des Arztes scheint als Ausdruck eines generellen menschlichen Empfindens beim Verlauf ärztlicher Behandlungen entstanden zu sein. Daraus lässt sich eine Vorstellung vom repräsentativen Körper des Arztes ableiten, der in seinen Eigenschaften in spezifische Archetypen aufgefächert wird.

Norbert Stefenelli gibt in seinem Buch „Arzt und Kranker – Eine Begegnung“ an, dass der Braunschweiger Stadtarzt Heinrich Solde² wahrscheinlich der Urheber eines 1525 erschienenen lateinischen Gedichtes sei, das den Wandel des Arztbildes in Abhängigkeit vom Krankheits- und Genesungsverlauf so klar und einfach ausgedrückt habe, dass es durch rund drei Jahrhunderte zitiert, abgewandelt und bildlich verarbeitet wurde.³ In deutschen Reimen nach 1600 lautet das Gedicht wie folgt:

„Ein Arzt drei Angesichter hat: dem Engel gleich, gibt er dem Kranken Rat.
Und hilft er ihm aus seiner Not, dann gleicht er schon dem lieben Gott.
Doch wie er nur um Lohn anspricht, hat er ein teuflisch Angesicht.“⁴

Den sich emotional verändernden Blickwinkel erläutert der Autor Stefenelli detailliert.

„Der Hilfsbedürftigkeit entsprechend können diese (Erwartungen) dermaßen erhöht sein, dass sie bei nüchterner Betrachtung als Trugbilder erscheinen würden.
[...] Der Aufbau des benötigten Arztbildes ist durch allgemeine Rollenerwar-

¹ Stefenelli (1988), S. 43. Der vorliegende Beitrag stellt eine leicht umgearbeitete Fassung des Artikels „Hochverehrter und verfluchter Arzt“ dar, der dem Buch „Götter in Weiß – Arztmythen in der Kunst“ entnommen ist. Der Katalog ist in Verbindung mit der gleichnamigen Ausstellung entstanden, die 2010 anlässlich des 450. Geburtstags des berühmten Wundarztes Wilhelm Fabry im Wilhelm-Fabry-Museum in Hilden zusammengestellt wurde. Er beschäftigt sich aus kunsthistorischer Sicht mit dem polarisierenden und oft mythologisierten Bild des Arztes. Ein Mythos, mit dem Hoffnung und Verehrung, Erfolg, aber auch Angst, Hämie und Versagen verbunden sind und der seit Jahrtausenden Künstler immer wieder aufs Neue inspiriert.

² Bekannt geworden ist Heinrich Solde unter dem Pseudonym Euricius Cordus (* 1486, † 1535), so gibt es Eugen Holländer an, in: Holländer (1905), S. 189. Er wurde aber auch Eberwein genannt, eigentlich hieß er Heinrich Ritze. Der Name Cordus leitet sich von Cordu ab, was der Späte bedeutet, dies wahrscheinlich, da er als jüngster Sohn von 13 Kindern des Bauern Urban Solden geboren wurde. So erklärt sich auch der Name Solde.

³ Stefenelli (1988), S. 44.

⁴ Zitiert nach ebd.

tungen vorgegeben. Diese werden vom Kranken zusätzlich ausgestattet und gesteigert. [...] Im Verlaufe der Krankheit und der Genesung kann der Patient sein Verhalten und seine Einschätzung des Arztes geringfügig, aber auch gründlich ändern.⁵

Das Gefühl der Dankbarkeit ist oft nur von kurzer Dauer. Zumal wenn es um die Bezahlung geht.

Auf den Aspekt der ärztlichen Bezahlung und den Umgang mit ihr macht der Kunsthistoriker Eugen Holländer zu Beginn des 20. Jahrhunderts aufmerksam:

„Jede Arbeitsleistung eines Handwerkes, jede künstlerische Tat, jede Ware bezahlt man sofort, juristischen Beirat gelegentlich sogar schon vorher, den ärztlichen meist erst ganz zuletzt oder am liebsten überhaupt nicht, obwohl es in seinem Wesen liegt, daß man ihn am liebsten und am teuersten ausgleichen sollte.“⁶

Mehrere Künstler haben sich von diesem Sinnspruch aus der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts inspirieren lassen, so etwa der Augsburger Maler Anton Mozart, der zwischen 1611 und 1617 eine Arbeit ausführte, die dem Kunsthandwerk zugeordnet werden kann.

Es darf vermutet werden, dass der Maler künstlerische Vorläufer der Thematik zwar kannte, diese aber nicht in der Bilderfindung kopierte.

Mozart fertigte für die Apotheke „Balbierstube“ des Pommerschen Kunstschranks eine beidseitig bemalte Kupfertafel an. Die Tafel weist das Thema „Der Arzt in drei Gestalten“, welches auch als „Allegorie auf die ärztliche Tätigkeit“ bezeichnet wird, auf.

Auf der anderen Seite des Werkes sind Hippokrates und Demokrit Gegenstand der Malerei. Bei der thematischen Umsetzung des Gedichtes hat der Künstler sich auf die drei Abstufungen der Schilderung berufen, nur hat er bei der Reihenfolge der Akteure den Arzt als Mensch, als Engel und als Teufel gewählt.

Die einzelnen Szenen werden jeweils von einem Gewölbe, welches die gezeigte arkadenartige Architektur ausbildet, überfangen. Von links nach rechts sind die Räumlichkeiten aufgrund der Größe formal in einen Neben-, Haupt- und nochmals in einen Nebenraum unterteilt. Über die Architektur wird bereits eine Wertigkeit der Handlungen erzielt.

Zuerst sehen wir den Arzt bei der Tätigkeit der Harnschau und des Pulsfühlers eines im Bett liegenden Patienten. Daran schließt sich in einem weiträumigen Saal die Darstellung des Arztes als Engel an, der dem bereits aufrecht sitzenden Patienten ein Getränk kredenzt. Die Schilderung, die sich in der Bildmitte ereignet, stellt den Höhepunkt des Geschehens dar. Abschließend geht es in der letzten Szene um die Bezahlung des Arztes. Eine Frau hält den genesenen Mann von dem Arzt fern, offensichtlich scheint der über die Höhe des Honorars verärgert zu sein. Durch die Handbewegung des Arztes kann man erahnen, dass er sein Geld gerade in die Tasche steckt. An seinen Füßen trägt er nun Teufelskrallen.

⁵ Ebd., S. 43.

⁶ Holländer (1905), S. 181.

In Mozarts Bild stehen der Arzt und der Patient in einem Handlungszusammenhang. In den drei Szenen, die durch die Architektur gegliedert werden, findet in den chronologisch nacheinander stattfindenden Ereignissen eine Interaktion beider Protagonisten statt. Gesäumt werden die einzelnen Darstellungen von einer in gewisser Weise „Sprechenden Architektur“. Das heißt, dass auf dem Gebälk Skulpturen gezeigt werden, die in ihrer allegorischen Erscheinung auf den ärztlichen Beruf verweisen, wie es schon der ebenfalls alternativ verwendete Bildtitel⁷ vorwegnimmt. Über das Äußere des Gebäudes wird bereits seine Funktion im Inneren preisgegeben. So thront beispielsweise auf der linken Seite Apollo und auf der Rechten Asklepios. Sie können nicht nur über ihre Attribute bestimmt werden, sondern zum allgemeinen Verständnis sind ihre Namen im Gebälk verewigt. Marion Rudelius-Kamolz bestimmt zwei Personen im Dreiecksgiebel über dem Mittelportal als Hygeia und Panakeia.⁸ Somit finden wahrscheinlich auch die Töchter des Asklepios in allegorischer Form ihren Platz im Bild. Im Gesamten ist die Arbeit von Mozart durchzogen von allegorischen Anspielungen und ärztlichen Symbolen, die umfangreiche Kenntnisse des Künstlers über die mythologischen Erzählungen erahnen lassen. Fortgeführt wird die Thematik über medizinische und pharmazeutische Geräte, Heilpflanzen und astrologische Kugeln in der Randmalerei.⁹ Entscheidend ist jedoch, dass die Darstellung des Arztes in der Arbeit in einen aktiven, narrativen Kontext mit dem Patienten gestellt wird. Es gibt weitere Bildbeispiele, die zeigen, wie der Inhalt der Gedichtvorlage noch umgesetzt werden kann.

1556, einige Jahre nach der Veröffentlichung des Gedichtes, entstand ein anderes Arztporträt, das sich auf die Verse bezieht. Hier basiert die Darstellung, im Gegensatz zu den Personifikationen des Arztes in der Arbeit von Mozart, auf einer realen Person. Der Monogrammist Virgil Solis schuf ein Brustbildnis des Wundarztes Jacob Baumann, das am unteren Bildrand das Gedicht in modifizierter Form aufweist (Abbildung 1).

„Der artzt dem krancken geordnet ist,
 Der darff keins artzts dem nichts gebrist.
 Ein artzt aber drey angesicht hat,
 Englich: so er dem krancken rhat.
 So sich bessert des krancken noth,
 So sicht der artzt gleich wie ein Gott.
 Wann nun der artzt umb lohn anspricht,
 Hat er ein Teufflich angesicht.“¹⁰

Es findet keine Erzählung über ein Bildgeschehen statt. Ausschließlich der Text gibt Aufschluss über die gefühlsmäßige Patientenbeurteilung des ärztlichen Handelns. Holländer schließt aus dem Satz, dass der Wundarzt mit seinen Kranken sehr schlechte Er-

⁷ Mozarts Arbeit wird bei Holländer als „Allegorie auf die ärztliche Tätigkeit“ betitelt, vgl. Holländer (1950), S. 464.

⁸ Rudelius-Kamolz (1995), S. 86f.

⁹ Einen weiteren Einblick in das ikonografische Bildprogramm gewährt die Beschreibung von Rudelius-Kamolz in ihrem Werkverzeichnis des Künstlers Anton Mozart, vgl. Rudelius-Kamolz (1995).

¹⁰ Porträt 2 – Der Arzt (1978), S. 94.

fahrungen gemacht habe.¹¹ Losgelöst von der zunächst immateriell empfundenen Dankbarkeit, scheint die materielle Situation für Ärzte in Nürnberg zu Baumanns Zeit allerdings nicht die schlechteste gewesen zu sein. Erich Ebstein gibt in seinem Aufsatz wieder, dass die Stadtärzte außer ihren Honorareinnahmen auch noch ein festes Gehalt bezogen.¹²



Abbildung 1: Jacob Baumann
(Radierung 1553)

In dem Bild trägt Baumann eine spätmittelalterliche Kleidung, wahrscheinlich einen Wams mit einem puffärmigen Hemd, sein Kopf ist mit einem Barett bedeckt. Der Blick des bärtigen Arztes ist nach links gerichtet, er schaut aus dem Bild heraus. Es wird kein Kontakt zum Betrachter hergestellt. Seine Unterarme und seine Hände, die auf einem Podest oder einer Platte ruhen, umfassen den Stiel einer Nelke. In dem Ausstellungskatalog „Porträt 2 – Der Arzt“ heißt es, die Nelke, Symbol des Todes, könnte sich im Jahre 1556 noch nicht auf Baumanns Tod († 1586) beziehen, eher auf ärztliche Misserfolge.¹³ In Erich Ebsteins Essay über den Wundarzt gibt es aber keine Anmerkung über sein ärztliches Scheitern. Im Gegenteil, der Autor zitiert aus dem Züricher Bürgerbuch: „er war in seiner Kunst treffentlich erfahren“.¹⁴ Und im Historischen Lexikon der Schweiz befindet sich sogar die Erwähnung,

dass Baumann 1559 nach Zürich zurückkehrte, wo er „seiner Kunst und Geschicklichkeit wegen“ das Stadtbürgerrecht gratis erhielt.¹⁵ Vielleicht kann man die Nelke, die in erster Linie eine Zierpflanze ist, in diesem Kontext auch als Arznei verstehen. Unter anderem werden die mit Zucker zubereiteten Blüten gegen Herzschwäche und Fieber verabreicht, als Essigauszug wird die Nelke als Riechmittel und zum Einreiben bei Kopfschmerzen angewendet.¹⁶

Für Baumann dürfte als Wundarzt der alltägliche Umgang mit Heilpflanzen für die Behandlung von Patienten grundlegend gewesen sein. Sein Beruf, sein Name sowie die Entstehung der Radierung sind in der oberen Bildhälfte vom Künstler aufgeführt wurden.

¹¹ Holländer (1905), S. 190.

¹² Ebstein (1909), S. 333.

¹³ Porträt 2 – Der Arzt (1978), S. 94.

¹⁴ Ebstein (1909), S. 334.

¹⁵ Koelbing (2003), S. 100.

¹⁶ Schneider (1974), S. 22.

Zu seinem offenen Umgang mit seiner Berufung in einem Bildnis passt, dass Baumann 1573 zum zwölften Vorstand bei den „Schären“, das heißt, bei der Zunft der Chirurgen, wurde. Daher stand er nicht nur als behandelnder Arzt, sondern auch als Repräsentant seines Berufsstandes in der Öffentlichkeit. Sechs Jahre später wurde beantragt, dass Baumanns Bezahlung erhöht werden sollte, da er, „so mit Heilung der bösen Blattern im Haus am Ottenbach, stets vil geschaffen“.¹⁷

Zurückkommend zu dem Heinrich Solde zugeschriebenen Gedicht von 1525 zeigt sich, dass die künstlerische Auseinandersetzung wenige Jahre darauf zu einer weiteren Darstellung des Arztes in der bildnerischen Erzählung gelangt.

Der holländische Künstler Hendrik Goltzius hat die spezifischen Verkörperungen von Solde erweitert und in vier zeichnerischen Bildvariationen interpretiert. In einer Kupferstichserie, die in seiner Werkstatt nach seinen Bilderfindungen angefertigt wurde, bekommen wir die ärztlichen Personifikationen aus dem Jahr 1587 präsentiert. In allen vier Stichen agiert der Arzt in wechselnder Gestalt, aber vor gleicher Kulisse und gleichem Interieur. Den Auftakt macht Goltzius mit der Darstellung, die den Arzt als Gott zeigt.



Abbildung 2: Der Arzt als Gott (um 1587), Kupferstich

¹⁷ Ebstein (1909), S. 333f.

Der Typus erinnert ikonografisch an die Darstellung des „Christus medicus“. Dennoch richten sich die Arbeiten chronologisch nach der beschriebenen Patientenempfindung. Gemein haben alle Bilder, dass die jeweilige ärztliche Erscheinung in den diversen Verkörperungen manieristisch überlenkt, überproportional groß im Vordergrund erscheint. Auszumachen ist das Göttliche in der ersten bildnerischen Empfindungsstufe durch den strahlenden Nimbus und die äußere Ähnlichkeit mit den überwiegend in der Kunst übernommenen Merkmalen christlicher Züge, so unter anderem der langen, gewellten Haare und dem Bart. In lockerer Körperhaltung, die betont wird durch das Stand- und Spielbein, betrachtet der Arzt als Gott mit analytischem Blick das Harnglas, welches er in seiner rechten Hand hält. Bedingt durch die ausgeprägte Kugelform der Flasche kann in dem Glas eine symbolische Anlehnung an den Kosmos gesehen werden, was die Eigenschaften der gezeigten Figur weiter betonen würde. Mit seiner linken Hand umfasst er wahrscheinlich ein Salbglas. Diese Gegenstände werden ebenfalls in anderen Kunstwerken zu Attributen von Cosmas und Damian.

Wie auf einem schmalen Bühnenabschnitt sind zu seinen Füßen verschiedene medizinische Instrumente, Literatur, die für die Lehre steht, und ein Weidenkörbchen, das für das Harnglas bestimmt ist, arrangiert. Er steht beinahe mittig, ein wenig nach links versetzt vor einem den Raum trennenden Pilaster mit Plinthe. Auf dem Pilaster befindet sich nur schemenhaft erkennbar als Dekoration die Grotteske, welche die damals aktuelle ikonografische Sprache des Künstlers reflektiert. In der Ferne des Hintergrunds werden Erklärungen für einige Verletzungen geschildert, die sich durch einen Sturz von einer Leiter und das Überfahren durch einen Pferdewagen ereignen. Der Mittelgrund gibt im Gebäudeinneren unterschiedliche medizinische Behandlungsszenen, wie die Trepanation und die Schienung eines Beines preis. Selbst ein kleiner Hund ist auf der linken Seite zu erkennen, der aus unserer heutigen Sicht erkennen lässt, wie es damals um das Streben nach Sauberkeit am Krankenbett bestellt war. Das für die Durchführung von Operationen benötigte Besteck liegt auf dem Boden im Raum verteilt. Das Gebäudeinnere ist erfüllt von einem geschäftigen Treiben.

Der zweite Stich gibt den Arzt als einen Engel (Abbildung 3) mit lockigem Haar und mit wallendem, bewegtem Gewand sowie aufgespannten, aus Federn bestehenden großen Flügeln wieder. In der linken Hand hält er mit Zeigefinger und Daumen ein Gefäß, und in seiner anderen Hand umfasst er einen länglichen Gegenstand.¹⁸ Mit in den Knien durchgedrückten, auseinander stehenden Beinen verweilt er in einer leichten Drehbewegung vor dem Betrachter. Sein Kopf und sein Blick sind nach links gerichtet.

Auf dem Podest, auf dem er steht, finden sich nun neu arrangierte Bücher und medizinische Bestecke sowie weiter hinzugekommene Gegenstände wieder. Ebenfalls hat sich das Bildgeschehen im Hintergrund erheblich geändert. Während in der ersten Darstellung überwiegend praktiziert wurde, sind nun die Instrumente beiseite geräumt, und das Figurenpersonal scheint eifrig mit der Pflege mehrerer Patienten beschäftigt zu sein. Goltzius hat selbst den Hintergrund so angelegt, dass viele weitere Details dazu anregen, optisch durch das hintere Bildgeschehen zu wandeln.

¹⁸ In einer zweiten Bildvariation präsentiert der Engel das Gefäß, auf das er mit einer Geste der rechten Hand, uns abgewandt, in den Bildraum hinein verweist.



Abbildung 3: Der Arzt als Engel (um 1587), Kupferstich

Im dritten Stich sehen wir den Arzt als Mensch (Abbildung 4). Frontal uns zugewandt, weist er einen gefestigten Stand auf, indem seine Beine mehr als schulterbreit auseinander sind.



Abbildung 4: Der Arzt als Mensch (um 1587), Kupferstich

Es erinnert an den klassischen Seemannsstand, der sehr große Bodenhaftung verleiht. Formal gesehen lässt die Körperhaltung die Assoziation an eine Erdverbundenheit zu, die die Charakterisierung des Menschlichen betont. Zumal sein langer Mantel, der leicht auf dem Boden aufliegt, nicht die Sicht auf seine Körperhaltung einschränkt.

Hinzu kommt seine weltliche Kleidung mit Baret und knielanger Hose samt Strumpfhose. Er trägt einen Mühlsteinkragen, der in den Niederlanden als bürgerliche Kleidung im gehobenen Stand üblich war, und den man oft auch auf ärztlichen Darstellungen des 16. und

17. Jahrhunderts findet. Der Arzt, dessen linker Arm ein wenig angewinkelt ist, hält in der Hand eine geöffnete Schere, auf deren unterer Klinge wahrscheinlich ein Stück

Stoff balanciert wird. In diese Richtung geht auch sein Blick. Locker winkelt er mit seiner anderen Hand ein geschlossenes Buch an seinen Körper an.

Zu seiner Rechten erscheint hinter ihm wieder der ornamentverzierte Pilaster, der den Raum unterteilt. Die Genesung der Patienten in der hinteren Bildebene scheint in baldiger Sicht, da sie zum Teil aufrecht sitzen und vorsichtig und zaghaft versuchen aufzustehen.



*Abbildung 5: Der Arzt als Teufel
(um 1587), Kupferstich*

Im letzten Bild ist der Arzt als Teufel (Abbildung 5) mit ausgestreckten Händen zu sehen. Seine linke Handfläche zeigt nach oben, um wahrscheinlich, der Gedichtvorlage folgend, seine Bezahlung entgegenzunehmen. An seiner Körperhaltung kann man beinahe einen gotischen S-Schwung nachzeichnen. Das rechte Bein ist abgewinkelt, und sein Körpergewicht lastet auf dem linken Bein. Ebenfalls uns als Betrachter zugewandt, spreizt er seine zackigen, spitzen Flügel aus, die in beide Bildhälften reichen. Er weist in der Tat ein teuflisches Angesicht auf, mit zotteligen Haaren, wulstigen Augenbrauen, großer Knollennase,

Hörnern und langen, vom Kopf abstehenden spitz zulaufenden Ohren. Sein beinahe nackter Körper weist eine übersteigert starke Muskulatur auf.

Ein großes Bett ist nun mit Vorhängen verschlossen und andere kleine Liegemöglichkeiten sind weggeräumt. Die Menschen im Hintergrund sind allesamt aufgestanden und haben sich in kleinen Gruppen zusammengefunden. Offensichtlich sind sie genesen und scheinen im Aufbruch begriffen zu sein. Auf der rechten Bildhälfte kommt es zu einer Entsprechung, da eine Person fast die gleiche Körperbewegung durchführt wie der Arzt als Teufel.

Die vier Bilder schildern somit ebenfalls die Entwicklung vom Chaos hin zur Ordnung.

Goltzius hat es nicht nur über gewisse Attribute des Gottes, Engels, Menschen oder Teufels geschafft, die Vorstellung des Genesungs-Prozesses bildnerisch zu schildern, sondern er hat den unterschiedlichen ärztlichen Personen die jeweiligen passenden Eigenschaften gegeben. Der einzelne Charakter beziehungsweise Habitus wird über die dargestellte Körperhaltung artikuliert. So ist es ihm gelungen, zum Beispiel einen glaubwürdigen Gottarzt zu präsentieren.

Mit den jeweiligen Bildern einhergehend entsprechen die sukzessiven Veränderungen der Details im Hintergrund der Handlung. Die Darstellungen wirken also nicht nur emblematisch, sondern bergen auch eine stringente Narration. Sie bezieht sich in Wechselwirkung von Behandlung und Heilung auf das kollektive, sich wandelnde Empfinden von mehreren Patienten. Das in Gedichtform zusammengefasst Empfundene wird in den Arbeiten nicht nur reflektiert, sondern in komplexer Form zum Ausdruck gebracht.

Durch die Anfertigung einer Kupferstichserie hat Goltzius aufgrund der Reproduzierbarkeit gewährleistet, dass seine thematische Umsetzung weite Verbreitung finden konnte. So hat vielleicht auch Anton Mozart die Motive kennengelernt. Generell hatte Goltzius seit 1582 die Möglichkeit, seine Blätter im eigenen Verlag herauszugeben. In diesem Zeitraum, spätestens ab 1584, hat der Künstler Schüler beschäftigt. Er schuf zahlreiche Vorlagen, die er unter seiner Aufsicht durch seine Schüler vervielfältigen ließ.¹⁹

Im kompositorischen Aufbau des Interieurs erinnern die Darstellungen in einigen Elementen an die ebenfalls aus vier Bildern bestehende Kupferstichfolge über die Geschichte der Lucretia, bei der die Motiverfindung auf Zeichnungen von Hendrick Goltzius zurückgeht.

Seine Bilderserie über den Arzt wurde von einem unbekanntem holländischen Maler erneut erschaffen. In der Komposition weisen die Gemälde frappierende Ähnlichkeit mit Goltzius' Erfindung auf. Eugen Holländer datiert die Werke über die Kleidung des Arzt-Menschen auf den Zeitraum um 1620. Die Behandlungsszenen seien realistisch und mit großer Sachkenntnis durchgeführt.²⁰ Zu Füßen des Teufelarztes neben der zertrümmerten Flasche liegen aufgeschlagene Bücher, auf denen die Worte des Jesus Sirach, der circa 180 vor Christus in Jerusalem lebte, zu lesen sind; auf dem letzten Blatt aber steht als äußerste Mahnung an uns alle: *Vita brevis ars vero longa*. Eben den nach Hippokrates zitierten Satz „Die Kunst ist lang, das Leben ist kurz“ greift der Maler und Verleger Matthäus Merian um 1635 in einer lavierten Federzeichnung wieder auf. Das Blatt zeigt symbolisch aufgeladen ein Bildnis des Arztes in einem Interieur, das sich in der Körperhaltung auffällig stark an Goltzius' Figurenerfindung anzulehnen scheint. In seiner linken Hand hält er eine Schriftrolle, die demonstrativ zum Betrachter hin ein Stück weit abgerollt den Text preisgibt. Der Status des Arztes wird über seine edle, vornehme Kleidung sowie über sein Schreibpult mit Tintenfass, Feder, Uhr, Blumenarrangement, einem Schriftstück, einem geöffneten und einem geschlossenen Buch und einem gefüllten Bücherregel veranschaulicht. Unter dem Tisch ruht ein zusammengerollter Hund. Spezielle Gefäße verweisen auf die ärztliche Tätigkeit des Gelehrten. In seiner Studierecke hängt ein Bild, welches den Arzt in der Haltung, die er in dem Kunstwerk einnimmt, wiederholt. Auf der gegenüberliegenden Seite ist in einer Muschelnische eine antike Büste eingelassen, die an Hippokrates erinnert. Merian stellt den Arzt des frühen 17. Jahrhunderts in die Tradition des Hippokrates, der auch der „Vater der Medizin“ genannt wird. Eine Beziehung, die immer wieder vom Künstler, unter anderem auch mit Asklepios oder seinen Töchtern, in Bildern hergestellt wird. Die rechte Hand des Arztes ist im Gegensatz zu Goltzius' Bildendarstellung leer. Sie ist in der Bildebene vor dem Oberarmknochen eines Skelettes angesiedelt, dennoch wirkt es so, als würde er den Knochen berühren. Mit geöffnetem Vorhang steht der Knochenmann in einer Art Kamingsims, die Arme auf einem Spaten aufgestützt. In der Publikation „Geschichte der medizinischen Abbildung“ heißt es:

¹⁹ Lexikon (1921), S. 350.

²⁰ Holländer (1950), S. 465f.

„Es (das Skelett) weist auf seine anatomischen Kenntnisse hin, aber auch – durch die Schaufel und die Haltung als Totengräber – auf Tod und Totentanz [...]. Darin freilich ist es nicht von den zahlreichen Skeletten in den Anatomiebüchern bis weit ins 18. Jahrhundert unterschieden.“²¹

Außerhalb der Räumlichkeit über eine Balustrade hinweg sind zwei sich aufbäumende Tiere, ein Hirsch und ein Pegasus, auf einem Berg zu erkennen. Hierzu wird in dem bereits zitierten Buch geäußert, „dass der Arzt zugleich die ‚Philosophie‘ kenne, und das heiße hier: die Alchemie mit ihren Geheimnissen – die Symbolik menschlicher Hoffnungen und Wünsche, der Reife, der Rückverwandlung und Wiedergeburt.“²²

Bei der Arztserie hat Goltzius die Figurenfolge so gewählt, dass das Arztbild am Anfang den Höhepunkt der empfundenen, euphorischen Projektion darstellt. Daran schließt sich eine absteigende Tendenz an, die als eine langsame Ernüchterung von Seiten des imaginären Patienten gedeutet werden kann. Denn im Unterschied zu Anton Mozarts Bilderfindung steht die überdimensional große Person des Arztes in keiner direkten Interaktion mit den im Hintergrund befindlichen Patienten, da der Fokus auf den jeweiligen personifizierten Eigenschaften liegt. Die Idee der Reihenfolge gibt den Bildern in der Aussage eine neue Wertigkeit in Bezug auf Wahrnehmung des Arztes während eines Behandlungsverlaufes. Auch wenn das Bildmotiv auf einem Gedicht beruht, darf man vermuten, dass dem Künstler Goltzius diese Wahrnehmung nicht fremd war. Denn in dem Zeitraum, als er die Stiche anfertigte, und in den Jahren danach entstanden seine umfangreichsten Werkstattarbeiten. Die gewaltigen Anspannungen schwächten die Gesundheit des Künstlers. Wahrscheinlich war er von Geburt an schwindstüchtig, durch die viele Arbeit wurde sein Leiden erhöht, so dass die Ärzte ihm einen Aufenthalt im Süden anrieten.²³ Eine seiner frühesten datierten Arbeiten, die allerdings nur als Zeichnung umgesetzt wurde, zeigt, dass es bereits eine lange Auseinandersetzung mit dem Thema Medizin bei Goltzius gegeben hat. Allerdings mag die Arbeit, die um 1577 entstanden ist, als Entwurf für eine uns unbekannte Dekoration angefertigt worden sein, bei der möglicherweise die inhaltlichen Vorgaben des Auftraggebers berücksichtigt wurden.

Die Zeichnung stellt die Panakeia in einem antiken, sehr freizügigen Gewand dar (Abbildung 6). Die Darstellung einer Frau als Ärztin ist in der Kunst eine Seltenheit. Das liegt daran, dass bis auf wenige antike Ausnahmen dieser Beruf beinahe bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts eine Männerdomäne war. Im Hellenismus und der römischen Kaiserzeit zählten zu dem Personenkreis, der in Form von Ehrenstatuen repräsentiert wurde, auch die Ärztinnen.²⁴ Bei Grabstelen ist es oftmals ausschließlich

²¹ Putscher (1972), S. 95.

²² Ebd., S. 95.

²³ Lexikon (1921), S. 350.

²⁴ Hillert (1990), S. 46. Ergänzend zu den Ehrenstatuen siehe S. 48: „Die Mehrzahl der durch ihre Sockel oder durch Inschriften dokumentierten ärztlichen Ehrenstatuen bezieht sich jedoch auf Privatpersonen, deren Verdienste um die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf diese Weise honoriert wurden. So liehen etwa der Rat und das Volk von Tlos in Lykien der Ärztin Antiochis, Tochter des Diodotos, aufgrund ihres ärztlichen Könnens und ihrer Erfahrung in der Heilkunst das Recht, sich eine – privat zu finanzierende – Ehrenstatue öffentlich aufzustellen.“

die Inschrift, die Auskunft über den Beruf der Verstorbenen gibt, hinzukommend kann ergänzend eine Buchrolle einen Hinweis auf den intellektuellen Beruf geben.

Meist waren die Heilerinnen, wie Hygeia und Panakeia, mythologische Figuren, zu denen später auch noch die Heiligen hinzukamen. In den germanischen Urvölkern waren unter anderem die meist niederen Halbgöttinnen heilkundig. Davon lässt sich wohl ableiten, dass für die tatsächliche irdische Heilkunst Frauen zuständig waren. In dem Zusammenhang macht Hans Singer in „Arzneibereitung und Heilkunde in der Kunst“ darauf aufmerksam, dass aber auch hier die Verknüpfung mit der Götterlehre offenkundig sei. Diese Ärztinnen waren Priesterinnen, und das Besorgen ihrer Heilkunst war ein göttliches Geschäft, welches eng mit der Zauberei und der Weissagung verwoben war.²⁵



Abbildung 6: Panacea
(Zeichnung um 1577)

In späteren Zeiten oblag den Frauen der Beruf der Hebamme oder die Betreuung und Pflege der Patienten. Anders sieht es jedoch noch bei der antiken Heilerin aus.

Ähnlich wie in Goltzius' Arztserie steht die griechische Heilgöttin Panakeia, Tochter des Asklepios, auf der vorderen Bildebene. Ihr Name bedeutet aus dem Griechischen übersetzt „die Allheilende“, abgeleitet davon steht „Panazee“ für „Allheilmittel“. Sie steht in ihrer Bedeutung für den pharmakotherapeutischen Aspekt des heilerischen Wirkens im Umkreis des Asklepios-Kultes.²⁶ In Goltzius' bildnerischer Anordnung sowie der Personifikation, hier ist es die der Medizin, bestehen Gemeinsamkeiten zu seiner Arztserie. Der Unterschied zu Goltzius' späteren Darstellungen besteht darin, dass bei der Bildserie der Arzt im Allgemeinen gemeint ist, der wiederum

vier verschiedene Figuren verkörpert. Panakeia hingegen ist eine bestimmbar mythologische Person, welche die allgemeine Disziplin der Medizin repräsentiert. Identifizierbar wird sie durch die medizinischen Attribute, die sie bei sich trägt und von denen sie umgeben ist. Für die Diagnostik üblich, hält sie in ihrer rechten Hand ein Harnglas. In einer leicht ausgeführten Schwenkbewegung schaut sie mit analytischem Blick auf die Flüssigkeit. Die dargestellte Panakeia ist aufgrund ihrer Tätigkeit nicht nur Sinnbild, und durch den tatsächlichen Gebrauch des mitgeführten Glases bleibt dieses nicht nur ein bloßes Beiwerk. In der linken Hand hält sie das dazugehörige Körbchen. Die Darstellung geht somit über die Funktion der Präsentation des Faches der Medizin hinaus, das Handeln der mythologischen Figur ist jedoch, wie es für eine Personifikation üblich ist, im Kontext unbestimmt.

Panakeias muskulöser, beinahe stämmiger Körper verleiht ihr eine stabil wirkende Gesamterscheinung, während sie in der gelockerten Haltung des Standbein-Spielbein steht und ihre Gewandung, wie durch eine Windböe, nach hinten weht. Zu ihren Füßen liegen diverse Gefäße, Gläser, ein Mörser und ein Pistill. In der Darstellungsart mutet das Arrangement im Vordergrund sehr vertraut an.

²⁵ Singer (1923), S. 8.

²⁶ Leven (2005), S. 667.

Kommen wir nun zurück zu Goltzius' Bild „Der Arzt als Mensch“, das zehn Jahre später entstand. Der Stich gibt als Vermenschlichung im eigentlichen Sinne die sachliche, vorstellbare Anschauung der ärztlichen Person wieder. In Goltzius' Bilderfindung erscheint der Arzt entzaubert und bodenständig vor uns als Betrachter.

Dem neuzeitlichen Mythos auf der Spur beleuchtet das Buch „Götter in Weiß – Arztmythen in der Kunst“ die facettenreiche Umsetzung des „Hochverehrten und verfluchten Arztes“.

Literatur

1. Ebstein (1909): Erich Ebstein, Der Wundarzt Jacob Baumann (1521–1586), *Janus* 14 (1909), S. 326-334.
2. Hillert (1990): Andreas Hillert, Antike Ärztedarstellungen. Marburger Schriften zur Medizingeschichte. Band 25, Diss., Frankfurt a. M. 1990.
3. Holländer (1905): Eugen Holländer, Die Karikatur und Satire in der Medizin, Stuttgart 1905.
4. Holländer (1950): Eugen Holländer, Die Medizin in der klassischen Malerei, Stuttgart 1950.
5. Porträt 2 – Der Arzt (1978): Graphische Bildnisse aus dem Porträtarchiv Diepenbroick, hrsg. vom Westfälischen Landesmuseum für Kunst und Kulturgeschichte, Münster 1978.
6. Putscher (1972): Marielene Putscher, Geschichte der Medizinischen Abbildung, von 1600 bis zur Gegenwart. Band 2, München 1972.
7. Rudelius-Kamolz (1995): Marion Rudelius-Kamolz, Der Augsburgische Maler Anton Mozart (1572/731-625), Diss., Köln 1995.
8. Singer (1923): Hans W. Singer, Arzneibereitung und Heilkunde in der Kunst, Dresden 1923.
9. Stefenelli (1988): Norbert Stefenelli, Arzt und Kranker – Eine Begegnung, Umgang und Gespräch, Wien 1988.
10. Koelbing (2003): Huldrych M. F. Koelbing, Jacob Baumann in: Historisches Lexikon der Schweiz. Band 2, Basel 2003, S. 100.
11. Leven (2005): Karl-Heinz Leven (Hrsg.), Antike Medizin. Ein Lexikon, München 2005.
12. Lexikon (1921): Allgemeines Lexikon der Bildenden Künstler. Von der Antike bis zur Gegenwart, begründet von Ulrich Thieme und Felix Becker, hrsg. v. Ulrich Thieme und Fred. C. Willis, Vierzehnter Band, Leipzig 1921.
13. Schneider (1974): Wolfgang Schneider, Lexikon der Arzneimittelgeschichte. Band 5, Frankfurt a. M. 1974.

Abbildungen

Abbildung 1: Monogrammist VS (Virgils Solis), Jacob Baumann (Radierung 1553), in: LWL-Landesmuseum für Kunst und Kulturgeschichte, Münster.

Abbildung 2: Nach Goltzius, Hendrik, Der Arzt als Gott (um 1587), Kupferstich, in: Medizinhistorisches Institut der Universität Zürich.

Abbildung 3: Nach Goltzius, Hendrik, Der Arzt als Engel (um 1587), Kupferstich, in: Medizinhistorisches Institut der Universität Zürich.

Abbildung 4: Nach Goltzius, Hendrik, Der Arzt als Mensch (um 1587), Kupferstich, in: Kupferstichkabinett Berlin.

Abbildung 5: Nach Goltzius, Hendrik, Der Arzt als Teufel (um 1587), Kupferstich, in: Kupferstichkabinett Berlin.

Abbildung 6: Goltzius, Hendrik, Panacea (Zeichnung um 1577), in: Teylers Museum, Haarlem.

Korrespondenzadressen der Autorinnen und Autoren

Dr. phil. Sandra Abend, DGPh

Wilhelm-Fabry-Museum
Benrather Straße 32a
D-40721 Hilden

Dr. phil. Wolfgang Antweiler

Wilhelm-Fabry-Museum
Benrather Straße 32a
D-40721 Hilden

Johannes Beckmann

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Prof. Dr. phil. Lutz-Dieter Behrendt

Stadtarchiv Deggendorf
Franz-Josef-Strauß-Straße 5
D-94469 Deggendorf

Jean-Philippe Ernst

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Gesa Fischer

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Irene Franken

c/o Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med., med. dent. et phil. Dominik Groß

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Tatjana Grützmann, M.A.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Svenja Hein

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Teunis Willem van Heiningen, PhD

Diepenbrocklaan 11
7582 CX Losser
Niederlande

Shuhei Inoue

PhD candidate (Medieval & Early Modern German History)
Area Studies, University of Tokyo (Japan)
Rheinische Landesgeschichte, Universität Bonn

Stephanie Kaiser, M.A.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Prof. Dr. med. Axel Karenberg

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Anne Kerber

Am Markt 7
D-18311 Ribnitz-Damgarten

PD Dr. Frank Leimkugel

Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität
D-40225 Düsseldorf

Maria Lüttgenau

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Ioanna Mamali, M.A.

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Universitätsklinikum Münster
von-Esmarch-Straße 62
D-48149 Münster

Privatdozent Dr. med. Ferdinand Peter Moog, M.A.

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Thomas T. Nagel

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
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-Straße 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Dr. rer. medic. Peter Schantz

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen

Korrespondenzadressen

RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. med. Dagmar Schmitz

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Privatdozent Dr. med. Christoph Schweikardt, MA

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Bianca Sukrow, M.A.

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. med. Klaus Peter Wahner, M.A.

Karl-Jaspers-Klinik
Hermann-Ehlers-Str. 7
26160 Bad Zwischenahn

Gloria I. Winterlich

c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen University
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

2010 jährte sich der Geburtstag des herausragenden Chirurgen Fabricius Hildanus (1560 – 1634) zum 450. Mal. Aus diesem Anlass wurde die Jahrestagung des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“ im Wilhelm-Fabry-Museum in Hilden abgehalten. Darüber hinaus fand dort im Rahmen eines umfangreichen Programms eine Serie von wissenschaftlichen Abendvorträgen statt, die grundlegende Aspekte vormoderner, aber auch antiker sowie neuzeitlicher Medizin für ein breites Publikum darstellte und erläuterte. Diesen beiden Veranstaltungen verdanken sich wesentliche Teile des vorliegenden Bandes. Daneben fanden Originalarbeiten zu laufenden wissenschaftlichen Projekten aus den einzelnen medizinhistorischen Instituten der Region Berücksichtigung.

ISBN 978-3-86219-000-3