Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker | Band 3

Axel Karenberg, Dominik Groß, Mathias Schmidt (Hrsg.)

Forschungen zur Medizingeschichte

Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“

kassel university press

Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker

Band 3

Herausgegeben von
Axel Karenberg

Axel Karenberg, Dominik Groß und Mathias Schmidt (Hrsg.)

Forschungen zur Medizingeschichte

Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“

Schriftleitung: Mathias Schmidt

kassel university press

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

ISBN: 978-3-86219-416-2 (print)
ISBN: 978-3-86219-417-9 (e-book)
URN: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-34177

© 2013, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design, Tübingen
Druck und Verarbeitung: docupoint GmbH, Barleben
Printed in Germany

Vorwort

Mit dem vorliegenden Band setzen wir die erfolgreiche und vielerorts geschätzte Reihe „Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“ im bewährten 2-Jahres-Rhythmus fort. Während die Erstpublikation aus dem Jahr 2009 noch eine gewisse regionale Fokussierung aufwies und folgerichtig den Titel „Medizingeschichte im Rheinland“ trug, zeichnete sich die 2011 erschienene „Medizingeschichte in Schlaglichtern“ bereits durch deutlich breiter gestreute Themen aus. Diese Tendenz zur Erweiterung des wissenschaftlichen Horizonts setzt sich mit den nun veröffentlichten „Forschungen zur Medizingeschichte“ eindrucksvoll fort und dokumentiert damit die Vielfalt der Vorhaben, an denen gearbeitet wird.

Bewährte Editionsprinzipien aus den Vorjahren sind immer wieder geprüft, im Wesentlichen jedoch beibehalten worden. So gingen viele Manuskripte erneut aus zwei inspirierenden und gut besuchten Jahrestagungen hervor, die der Rheinische Kreis dank vielfältiger Unterstützung ausrichten konnte. Dem Treffen 2011 in Köln kam insofern eine besondere Bedeutung zu, als ein runder Geburtstag zu begehen war: Im April des Jahres 1911 hatten Freunde und Förderer der Medizingeschichte sich erstmals in einem Düsseldorfer Hotel getroffen und als „Westdeutsche Gruppe“ der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften bezeichnet. Nach mehreren Umbenennungen war daraus 1928 die „Rheinische Gesellschaft“ entstanden, welche wiederum als Vorbild für den seit 1966 unter dem heutigen Namen firmierenden Zusammenschluss diente. Die zahlreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Jubiläumstreffens erhielten als Festgabe die kleine Chronik „Der Rheinische Kreis – Tagungen und Vorträge 1911-2011“, erstellt von Thomas Gipperich und Axel Karenberg. Diese Broschüre kann beim Kölner Institut für Geschichte und Ethik der Medizin angefordert werden.

Die Tagung des Jahres 2012 war dank des Entgegenkommens der Museumsleiterin Anke Wielebski Gast des Niederrheinischen Freilichtmuseums, das in Grefrath immer wieder auch Ausstellungen zu medizinhistorischen Themen präsentiert und daher einen idealen Treffpunkt darstellte. Die meisten der dort gehaltenen acht Vorträge sind auf den folgenden Seiten in ausgearbeiteter Form nachzulesen. Im Übrigen sei an dieser Stelle daran erinnert, dass Mitherausgeber Mathias Schmidt dankenswerterweise seit einigen Jahren ausführliche Berichte zu den Jahrestreffen verfasst, die regelmäßig im „Nachrichtenblatt“ der DGGMNT erscheinen und so die Aktivitäten des Rheinischen Kreises weit über die Region hinaus bekannt machen.

Weitergeführt worden ist die Tradition, dass neben professionellen Geschichtswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, die überwiegend an den Instituten in Nordrhein-Westfalen beschäftigt sind, auch praktisch tätige Ärzte und Apotheker zu Wort kommen – eine leider selten gewordene Praxis, die nicht zuletzt dem Selbstverständnis und den (Tagungs-)Gepflogenheiten des Rheinisches Kreises geschuldet ist. Ebenfalls beibehalten wurde das Angebot, zusätzlich zu ausgefeilten und wissenschaftlich abgesicherten Beiträgen auch Projektskizzen und Zwischenberichte aus laufenden Forschungsvorhaben aufzunehmen. So bietet sich die seltene Chance, „work in progress“ kennen zu lernen und gleichsam einen Blick in die Forschungswerkstatt der Wissenschaftshistoriker zu werfen. Neu hinzugekommen ist die Strategie, Studentinnen und Studenten der (Zahn-)Medizin, der Ge-

schichtswissenschaften und anderer Fächer sowie Doktoranden mehr als bisher zu beteiligen und ihnen damit ein Forum für erste publikatorische „Gehversuche“ zur Verfügung zu stellen. Die Herausgeber sind der festen Überzeugung, dass dies die Entwicklung der Schriftenreihe langfristig beflügeln wird – auch wenn nicht jeder studentische Beitrag des akademischen Nachwuchses gleich völlig makellos ist. Wir hoffen, die Leserinnen und Leser folgen und unterstützen uns bei diesem Vorhaben.

Die hier versammelten Beiträge sind weitgehend chronologisch geordnet und werden in vier übergreifenden Sektionen präsentiert. Den ersten Themenschwerpunkt Medizin und Pharmazie in Antike und Mittelalter eröffnet der Arzt und klassische Philologe FERDINAND PETER MOOG mit seinen Überlegungen zur Gladiatorenmedizin bei Scribonius Largus. Dessen „Compositiones“ aus dem ersten Jahrhundert enthalten diverse Hinweise auf römische Schwertkämpfer, die meist als Vorzeigepatienten für die Wirksamkeit von Rezepturen und Pflastern Erwähnung finden. Darüber hinaus konnte der antike Autor auf diese Weise eine Hommage an den Princeps Claudius formulieren, da Gladiatoren und ihre etruskischen Wurzeln am Kaiserhof zu jener Zeit in höchstem Ansehen standen. Einen wichtigen Aspekt der Heilkunde des frühen Mittelalters beleuchtet nochmals FERDINAND PETER MOOG, indem er zunächst den weithin bekannten Kirchenvater der alten Briten Beda Venerabilis vorstellt und sodann detailliert auf einen von diesem verfassten medizinischen Wunderbericht aus der Zeit um 700 eingeht. Entgegen der klinisch anmutenden Titelformulierung „Eine TIA im Werk des Beda?“ widersteht Moog einer simplen retrospektiven Diagnose und bettet die Schilderung der Inkubationsheilung vielmehr in den religions- und kulturhistorischen Kontext ein. Besondere Brisanz gewinnt die Analyse durch den Vergleich mit einer ähnlichen, aus dem Italien des 13. Jahrhunderts überlieferten Wunderheilung, für die die Kasuistik des angelsächsischen Theologen und Geschichtsschreibers möglicherweise Pate stand.

Der Pharmazeut und Pharmaziehistoriker PETER SCHANTZ nimmt demgegenüber das um 1250 verfasste „Benediktbeurer Rezeptar“ in den Blick: Unter dem pointierten Titel „Dreckapotheke oder Quelle tradierten Wissens?“ geht Schantz der Frage nach, ob die in der Handschrift verzeichneten Rezepturen medizinisch plausibel sind und als Quellen für eine traditionelle Anwendung dienen können. Hierbei gelangt er zu dem Ergebnis, dass die überlieferten Indikationsstellungen aus heutiger Warte bis auf wenige, in seiner Arbeit näher explizierte Ausnahmen medizinisch nicht begründbar erscheinen. Die Literaturwissenschaftlerin SASKIA WILHELMY analysiert zwei mittelhochdeutsche Textauszüge, die sich mit der Humanembryologie beschäftigen. Beide Textcorpora entstammen dem „Buch der Natur“ des Konrad von Megenberg (ca. 1309-1374). Sie thematisieren grundlegende Aspekte der Konzeption männlicher Nachkommen und referieren physiologische Merkmale einer Schwangeren, die nach zeitgenössischer Auffassung Hinweise auf das Geschlecht des ungeborenen Kindes ermöglichen sollten und insofern Aufschluss über vorherrschende spätmittelalterliche (medizinische, religiöse und kosmologische) Deutungsmuster liefern.

Der Historiker KAY PETER JANKRIFT und die von ihm vorgestellten „Eindrücke aus dem Alltag einer Nürnberger Arztpraxis in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts“ stehen am Beginn einer Serie von Beiträgen zu Medizin und Gesellschaft in der Neuzeit. Jankrift wertet Praxisjournale des Nürnberger Arztes Johann Christoph Götz aus und gelangt

so zu einer quellengesättigten und detailreichen Übersicht hinsichtlich Konsultationen, Befunden und Diagnosen. Ein eher selten behandeltes Thema aus der Geschichte medizinischer Infrastruktur greift nachfolgend CORNELIS VAN TILBURG mit seiner diachronen Darstellung „A ‚Healthy Mistake' – The ‚Excrement Problem' from Ancient Greece to Nineteenth Century Holland" auf. Dabei vermag er zu zeigen, wie das System römischer Kanäle, Abwasserrohre und Latrinen lange nach Untergang des Imperiums im späten Mittelalter wiederentdeckt und als Musterlösung bei neuzeitlichen Architekten und Medizinreformern von Alberti bis Frank intensiv rezipiert worden ist. Andererseits basierten vermeintliche Nachahmungen der medizinischen Moderne oft auf der Fehldeutung, Entwässerungssysteme für eine Abwasserkanalisation zu halten – was ihrer günstigen Wirkung auf die öffentliche Hygiene, beispielsweise im Holland des 19. Jahrhunderts, keinen Abbruch tat. CLARA WURM hingegen rekonstruiert in einer Zusammenfassung ihrer medizinhistorischen Dissertation den ärztlichen Blick auf das Phänomen der religiösen Stigmatisation im 19. Jahrhundert. Auf der Basis von drei Muster-Kasuistiken stellt sie dar, wie katholische Ärzte die Wundmale als wissenschaftlich bewiesen propagierten, wohingegen andere Mediziner (zum Teil bis heute) schlichte Manipulationen vermuteten. Den primär forschungsgeleiteten und kaum therapeutisch motivierten Interessen der Wissenschaftler stand zudem die Perspektive der „Patientinnen" gegenüber, die ihre Stigmata als Gnade Gottes und nicht als Krankheit deuteten.

Der Pädagoge und Medizinhistoriker JOHANNES BECKMANN-KUHN beleuchtet dann am Beispiel des in Münstereifel geborenen Arztes und Humanisten Friedrich Joseph Haas (1780-1853) die eklektische Medizin nach 1800. Beckmann skizziert Haas als zeittypischen Eklektiker, führt den Nachweis, dass sich Eklektizismus und eine moderne philosophische Denkweise entgegen der landläufigen Meinung keineswegs ausschlossen und kritisiert zugleich die gängige Tendenz, Haas als „romantischen Mediziner" einzuordnen. Anschließend beschäftigen sich der Arzt PETER SCHUSTER und der Medizinhistoriker DOMINIK GROß mit der Hertz'schen Privatklinik in Bonn (1849-1952). Ihr Fokus liegt dabei auf einer Analyse des zugrunde liegenden Klinikkonzepts, auf den Bioergographien ihrer maßgeblichen ärztlichen Leiter und dem Profil der Klinikpatienten. Die (Kunst-) Historikerin und Ärztin GABRIELE FRANKEN erinnert an weitgehend vergessene Beiträge Düsseldorfer Forscher, die zur Lösung des weltweiten Malaria-Problems beitrugen. In den 1930er Jahren gelang Walter Kikuth und Lilly Mudrow durch Experimente mit der Vogelmalaria insofern ein Durchbruch, als dass sie die Existenz von Krankheitserregern nicht mehr allein in Blutkörperchen, sondern erstmals auch in soliden Organen nachwiesen und damit die internationale Forschung auf eine neue Grundlage stellten.

Auf „Menschen als Anschauungsobjekte" fokussieren die Medizinhistoriker STEPHANIE KAISER und JENS LOHMEIER am Beispiel der Völkerschauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Die Autoren zeichnen nach, auf welche Weise und mit welcher Zielsetzung die betroffenen Menschen „ausgestellt" wurden. Zudem diskutieren sie die Frage, wie Menschen aus Kolonialgebieten für die Völkerschauen rekrutiert wurden und wie ihr Leben innerhalb dieser „Schauwelt" aussah. Dabei gehen Kaiser und Lohmeier auch auf ethnische und „rassische" Stereotypien ein, wie die aus vielerlei Gründen verbreitete Sexualisierung beziehungsweise „Vertierlichung" der betroffenen Menschen. Diesen Abschnitt beschließen die Ärztin VERENA WULF und der Pharmaziehistoriker FRANK

LEIMKUGEL mit einem Blick auf Leben und Werk des Kölner Arztes Dr. Moritz Wallach, der nach Jerusalem emigrierte und dort das Shaare Zedek-Krankenhaus mitbegründete. Verschiedene Aspekte seines vielfältigen Wirkens werden aus sozialem, historischem und medizinischem Blickwinkel gewürdigt.

URSULA FERDINAND eröffnet die dritte Sektion, die mit Medizin und Politik im „Dritten Reich" überschrieben ist. Die Soziologin befasst sich, einen Einzelaspekt des großen Projektes zur Geschichte der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster aufgreifend, mit der „Gleichschaltung" nach 1933, die wie andernorts durch eine rasche Radikalisierung charakterisiert war und zu Übergriffen gegen Juden und Andersdenkende führte. Mit Hilfe einer methodischen Mischung von Personalanalyse und Betrachtung exemplarischer Biographien (hier Walter Gross und Paul Krause) gelingt es ihr, den zunächst technisch klingenden Begriff „Gleichschaltung" in seinen teilweise brutalen Wirkungen auf Lebensläufe und Existenzen sichtbar zu machen. Ferner zeigt sie, dass – entgegen einer weit verbreiteten Annahme – dem katholischen Milieu keine überragende Schutzfunktion zukam. Auch die Ärztin KATHARINA MAHR und der Medizinhistoriker DOMINIK GROß greifen einen Aspekt aus dem Themenfeld NS-Medizin heraus: Im Mittelpunkt ihrer Projektskizze steht der Verbleib der Aachener Psychiatriepatienten aus der Alexianer Heil- und Pflegeanstalt nach deren Räumung im Jahr 1939. Ziel des Projekts ist die Klärung der Frage, wie viele Kranke im Rahmen der „Aktion T4" und der anschließenden „dezentralen Euthanasie" ermordet wurden und wie viele überlebten; ein weiteres Augenmerk gilt der Rekonstruktion und vertieften Darstellung einzelner prototypischer Lebenswege.

Während Mahr und Groß Patientenschicksale untersuchen, richten die Ärztin CAROLA DÖBBER und ihre beiden Mitautoren DOMINIK GROß und MATHIAS SCHMIDT ihren Blick auf zwei Aachener Chefärzte im „Dritten Reich" – namentlich auf Theodor Möhlmann (1894-1965) und Hermann Gatersleben (1878-1948). Die Autoren weisen nach, dass besagte Mediziner, die in der Zeit der NS-Diktatur in Aachen in leitender Funktion tätig waren, im Nachkriegsdeutschland als „Mitläufer" beziehungsweise als „unbelastet" eingestuft wurden, obwohl sie – gerade auch öffentlich – sehr unterschiedliche Positionen zum NS-Regime einnahmen. Der Zahnarzt MANFRED VIGNA widmet sich zusammen mit den Historikern DOMINIK GROß und MICHAEL ROSENTRETER am Schluss dieses Themenschwerpunktes der Frage, in welchem Ausmaß beziehungsweise mit welcher Gewichtung im „Zentralblatt für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" zwischen 1936 und 1945 sozialdarwinistische, eugenische, „rassenanthropologische" oder völkische Aspekte der „Rassenhygiene" thematisiert wurden. Ein weiteres Ziel der Studie ist es, zu klären, inwieweit das Ausmaß und die Art der Besprechung „rassenhygienischer" Inhalte mit dem aktuellen politischen Zeitgeschehen korrespondierten.

In der unmittelbaren Nachkriegszeit angesiedelt ist ein Forschungsprojekt, das die Düsseldorfer Medizinhistoriker ANKE HOFFSTADT, THORSTEN NOACK, FRANK SPARING und ANDREA ZUR NIEDEN ausführlich vorstellen. Das von ihnen gewählte Schlagwort „Leben in der Anstalt" verweist auf ihren Gegenstand, die Alltagserfahrungen von Patienten und Schülern in Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland. Wie hat sich deren Alltag gestaltet? Wie haben sie selbst Veränderungen wahrgenommen und

bewertet? Methodik, Hintergrund und Ziele des umfangreichen Vorhabens werden vom Team im Sinne eines Werkstattberichtes ausführlich erläutert. Im Rahmen der damit eröffneten vierten Sektion folgen zwei Beiträge, die sich mit den Wechselwirkungen und Austauschprozessen zwischen Medizin und Literatur nach 1945 beschäftigen: Den Anfang machen die medizinische Promovendin GLORIA WINTERLICH und ihr wissenschaftlicher Betreuer DOMINIK GROß. Sie analysieren die Darstellung und Konnotierung des – vermeintlichen – Schwangerschaftsabbruchs in Max Frischs Roman „Homo Faber" (1957). Dabei nehmen die Autoren die jeweiligen Standpunkte der Protagonisten zum Thema „Schwangerschaftsabbruch" in den Blick, um nachfolgend etwaige autobiographische Aspekte, das heißt überlieferte Einstellungen und Erfahrungen von Max Frisch zum Themenfeld, herauszuarbeiten und in den zeitgenössischen Kontext einzubetten. Die Ärztin SVENJA HEIN und ihre Mitautoren DOMINIK GROß und JEAN-PHILIPPE ERNST widmen ihr Augenmerk der Autobiographie „Meine Reise durch den Wahnsinn" von Mary Barnes (1971). In besagtem Egodokument beschreibt Barnes ihren Aufenthalt in der therapeutischen Wohngemeinschaft Kingsley Hall (1965-1970); das Werk bietet zudem einzelne – von Barnes Therapeuten Joseph Berke verfasste – Kapitel, in denen dieser u.a. die von Barnes geschilderten Vorgänge kommentiert und einordnet. Wie Hein et al. zeigen, kann diese Autobiographie als ein charakteristisches psychiatriehistorisches Zeugnis ihrer Zeit gelten.

Der Bonner Medizinhistoriker HANS-GEORG HOFER kehrt ins Rheinland zurück und schildert in einem ebenso quellennahen wie glänzend kontextualisierten Aufsatz den Aufstieg und Niedergang der Frischzellen-Therapie in der Zeit des bundesdeutschen Wirtschaftswunders. Besondere Aufmerksamkeit widmet der Autor dabei der „Entzauberung der Wunderzellen" durch die an der Medizinischen Universitätsklinik Köln durchgeführten Studien. Diese legten neu entwickelte internationale Standards der Medikamentenprüfung zu Grunde und lösten so einen Innovationsschub aus. Im Gegensatz dazu weist die Karriere des weltberühmten Hirnforschers und Nobelpreisträgers John C. Eccels keinerlei Bezug zum Rheinland auf; dennoch wird seine wissenschaftliche Hinterlassenschaft seit kurzem an der Universität Düsseldorf bearbeitet und allgemein zugänglich gemacht. Wie es zu dieser historischen Volte kam und welche Zugriffsmöglichkeiten demnächst für die „scientific community" bestehen, darüber berichten die Medizinhistoriker SOPHIA SOTKE, ULRICH KOPPITZ und FABIO DE SIO in ihrem Beitrag „Nachlässe, Netzwerke und Neurowissenschaftler – zur Sondersammlung John Eccles in der Institutsbibliothek für Geschichte der Medizin".

Die Ärztin MAREN FRIEDERIKE WEBER und ihr Doktorvater DOMINIK GROß richten anschließend ihr Augenmerk auf Sven Effert (1922-2000) – und damit auf einen Ordinarius, der die jüngere Geschichte der RWTH Aachen besonders nachhaltig beeinflusst und geprägt hat. Konkret gehen sie der Frage nach, in welchem Maße Effert im Rahmen seiner frühen Tätigkeit als Ordinarius für Innere Medizin (1966ff.) Aktivitäten entfaltet hat, die in einem engeren (kausalen) Zusammenhang mit der 1973 erfolgten Gründung des „Helmholtz-Instituts für Biomedizinische Technik" der RWTH Aachen standen. Es folgt ein Beitrag des Physiotherapeuten und Schulleiters JÜRGEN FÖRSTER zur Entwicklung der Physiotherapie als Fach in (West-)Deutschland. Förster unterscheidet in seiner Darstellung vier große, sich zeitlich überlappende Phasen der (Proto-)Professionalisie-

rung, verweist aber auch auf die Einflüsse der Europäischen Union, welche die Physiotherapie „in Deutschland in zunehmendem Maße an internationale Standards“ binde. Gleichzeitig benennt er – aus dem Blickwinkel des Physiotherapeuten – bestehende Desiderate und ungelöste Dilemmata des Fachs, wie etwa die erst ansatzweise vollzogene Akademisierung und den noch kaum bestehenden Zugang zur Forschung.

Die Reaktionen der bundesweiten Medizinstudierendenvertretung auf die umstrittene „Arzt im Praktikum-Phase“ (1986-2004) stehen im Mittelpunkt der Analyse der Ärzte KATHARINA KULIKE und DOMINIK GROß. Besagte Studie basiert auf umfangreichen (zumeist studentischen) Archivalien, die Eingang in das „Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft“ (ADM) am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen gefunden haben. Kulike und Groß rekonstruieren die eingegangenen Diskurskoalitionen der organisierten Studierendenschaft und untersuchen tatsächliche und angenommene Handlungsspielräume bis zur Aufhebung der betreffenden Regelung. Am Ende des Bandes steht eine ambitionierte, in die Ära einer globalen Medizin ausgreifende Projektskizze des Düsseldorfer Medizinhistorikers und Soziologen ALFONS LABISCH mit dem Titel: „Medizin als Medium multipler Modernitäten – Die Beispiele China, Japan und Deutschland“. Inhaltlich strebt dieses theoretisch und methodisch breit fundierte Vorhaben an, auf mehreren Ebenen Unterschiede in den historischen Modernisierungsprozessen der drei genannten Länder zu erfassen und zu vergleichen.

Abschließend möchten wir zunächst allen Autorinnen und Autoren unseren Dank aussprechen für ihre gelungenen Originalbeiträge und die reibungslose Zusammenarbeit. Der Verlag „kassel university press“, mit dem wir diese Reihe über nun vier Jahre gestalten, hat wiederum ein Buch geschaffen, das auch höhere Ansprüche an Ästhetik und Typographie durchaus zufrieden stellt. Letztlich aber ist und bleibt ein lebendiges und weit verbreitetes Interesse an der Medizingeschichte – ihren Fragen, Forschungsthemen und Ergebnissen – die unverzichtbare Grundlage für alle Aktivitäten des Rheinischen Kreises, zu denen auch die Schriftenreihe gehört. Wir hoffen, mit diesem dritten Band die aktuelle Forschung in ein attraktives „Schaufenster“ zu stellen und vielleicht sogar neue Freunde und Förderer für die Medizingeschichte und den Rheinischen Kreis zu gewinnen.

Köln und Aachen, im November 2013

Die Herausgeber

Inhalt

Vorwort 5

I. Medizin und Pharmazie in Antike und Mittelalter

FERDINAND PETER MOOG
Gladiatoren bei Scribonius Largus – Eine Hommage an Kaiser Claudius 17

FERDINAND PETER MOOG
Eine Transitorische ischämische Attacke im Werk des Beda Venerabilis? Die wundersame Heilung des Mönches Baduthegn am Grabe des heiligen Cuthbert 29

PETER SCHANTZ
Das Benediktbeurer Rezeptar – „Dreckapotheke" oder Quelle tradierten Wissens? 43

SASKIA WILHELMY
Aspekte der Embryologie in ausgewählten Texten Konrads von Megenberg 59

II. Medizin und Gesellschaft in der Neuzeit

KAY PETER JANKRIFT
Die Journale des Johann Christoph Götz (1688-1733) – Eindrücke aus dem Alltag einer Nürnberger Arztpraxis in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts 95

CORNELIS VAN TILBURG
A „Healthy Mistake" – The „Excrement Problem" from Ancient Greece to Nineteenth Century Holland 103

CLARA WURM
Der medizinische Blick auf das Phänomen der religiösen Stigmatisation im 19. Jahrhundert 119

JOHANNES BECKMANN-KUHN
Eklektische Medizin nach 1800 zwischen Hippokratismus, Naturphilosophie und Romantik am Beispiel des Arztes und Humanisten Friedrich Joseph Haas (1780-1853) 133

PETER SCHUSTER UND DOMINIK GROß
Die Hertz'sche Privatklinik Bonn (1849-1952) – Konzeptionelle Ausrichtung, ärztliche Leitung und Patientenprofil 155

GABRIELE FRANKEN
Walter Kikuth und Lilly Mudrow – Neue Ideen in der Malariaforschung 173

STEPHANIE KAISER UND JENS LOHMEIER
Völkerschauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert – Menschen als Anschauungsobjekte 185

VERENA WULF UND FRANK LEIMKUGEL
Dr. Moritz Wallach (1866-1957) – Ein rheinischer Arzt als Gründer des Shaare Zedek Krankenhauses in Jerusalem 207

III. Medizin und Politik im „Dritten Reich"

URSULA FERDINAND
Die Gleichschaltung an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster 1933-1935 217

KATHARINA MAHR UND DOMINIK GROß
Das Schicksal Aachener Psychiatriepatienten nach der Räumung der Alexianer Heil- und Pflegeanstalt (1939) – Eine Forschungsskizze 235

CAROLA DÖBBER, DOMINIK GROß UND MATHIAS SCHMIDT
Aachener Chefärzte im „Dritten Reich" – Die Beispiele Theodor Möhlmann (1894-1965) und Hermann Gatersleben (1878-1948) 245

MANFRED VIGNA, DOMINIK GROß UND MICHAEL ROSENTRETER
Rassenhygienische Inhalte im „Zentralblatt für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" (1936-1945) – Eine Forschungsskizze 263

IV. Medizin und Literatur nach 1945

ANKE HOFFSTADT, THORSTEN NOACK, FRANK SPARING UND ANDREA ZUR NIEDEN
Leben in der Anstalt. Der Alltag von Patienten und Schülern in Einrichtungen des Landschaftsverbands Rheinland nach 1945 – Ein Werkstattbericht 285

GLORIA WINTERLICH UND DOMINIK GROß
Der vermeintliche Schwangerschaftsabbruch im Roman „Homo Faber. Ein Bericht“ von Max Frisch (1957) 307

SVENJA HEIN, DOMINIK GROß UND JEAN-PHILIPPE ERNST
Die „Antipsychiatrie“ der 1960er und frühen 1970er Jahre im Spiegel der Autobiographie „Meine Reise durch den Wahnsinn“ von Mary Barnes 321

HANS-GEORG HOFER
Entzauberung der Wunderzellen – Die klinischen Studien zur Zellulartherapie an der Kölner Universitätsklinik 351

SOPHIA SOTKE, ULRICH KOPPITZ UND FABIO DE SIO
Nachlässe, Netzwerke und Neurowissenschaftler – Zur Sondersammlung John Eccles in der Institutsbibliothek für Geschichte der Medizin 371

MAREN FRIEDERIKE WEBER UND DOMINIK GROß
Sven Effert (1922-2000) und die Gründung des „Helmholtz-Instituts für Biomedizinische Technik“ der RWTH Aachen 391

JÜRGEN FÖRSTER
Die Entwicklung der Physiotherapie seit Gründung der Bundesrepublik Deutschland 415

KATHARINA KULIKE UND DOMINIK GROß
Perspektiven und Reaktionen der bundesweiten Medizinstudierenden-vertretung auf die Implementierung der „Arzt im Praktikum-Phase“ 429

ALFONS LABISCH
Medizin als Medium multipler Modernitäten – Die Beispiele China, Japan und Deutschland 457

Korrespondenzadressen der Autorinnen und Autoren 473

I. Medizin und Pharmazie in Antike und Mittelalter

Gladiatoren bei Scribonius Largus – Eine Hommage an Kaiser Claudius[1]

Ferdinand Peter Moog

1. Scribonius Largus und sein Werk

Scribonius Largus hat sein Werk „Compositiones" dem Callistus[2] gewidmet, jenem machtvollen Berater des Kaisers Claudius, von dessen Zunicken oder Abwinken im Umfeld der Majestät so vieles abhing. Wie in einem Dialog oder Vortrag wird er im ersten Satz des als Widmungsbrief (epistula dedicatoria) gestalteten Prooemiums ganz persönlich angesprochen: „Cai Iuli Calliste".[3] Auch wenn Scribonius Largus persönlich mit dem Kaiser bekannt war, in seiner engeren Umgebung als Arzt wirkte und ihn vermutlich sogar auf seinem erfolgreichen Britannienfeldzug als Militärarzt begleitet hat – sie waren also wahrscheinlich gleichsam Kriegskameraden[4] – mochte es sinnvoll erscheinen, sich des Wohlwollens des machtvollen Callistus zu versichern oder ihn zumindest nicht zum Feinde zu haben.

Vor einiger Zeit konnte der Autor an anderer Stelle nachweisen, dass Scribonius Largus zudem gerade in seinem Kapitel über Zahnpulver (Compositiones LIX-LX) ein klares Bekenntnis zur julisch-claudischen Dynastie abgegeben hat.[5] Insbesondere hat er hierin der amtierenden Kaiserin Messalina eine geschickt verborgene Hommage entgegengebracht, mit der er offenbar auch diese einflussreiche Persönlichkeit am Hofe bezüglich seiner Person wie seines Werkes gunstvoll zu stimmen suchte. Bekanntlich war Claudius in seine jugendliche Gattin, die Mutter seiner zwei Kinder und besonders natürlich des Thronfolgers Britannicus, zeitlebens geradezu vernarrt, las ihr jeden Wunsch von den Augen ab, und sicherlich war ihm ihre persönliche Meinung sehr wichtig, wenn nicht gar maßgeblich.

In diesem Zusammenhang wurde auch Claudius selbst gewürdigt: Messalina wird als „dei nostri Caesaris", also etwa „Gattin unseres göttlichen Kaisers", bezeichnet. Damit erweist Scribonius Largus auch dem Claudius selbst zutiefst seine Reverenz und spielt möglicherweise auch auf die Tatsache an, dass dieser schon zu Lebzeiten in Britannien – etwa in Camoludunum, dem heutigen Colchester – sowie im Osten des Reiches lokal göttliche Verehrung genoss. Um die Ermordung des Claudius[6] zu vertuschen, hat sein Stiefsohn und Nachfolger Nero ihn dann unmittelbar nach seinem tragischen Ende zum Gott (Divus Claudius) erheben lassen, worauf mutmaßlich Seneca in seiner bitterbösen Abrechnung mit

---

[1] Meinem verehrten Lehrer und späteren guten Freund Studiendirektor i. R. Georg Reis (1924-2010) in dankbarer Erinnerung gewidmet.

[2] Wir bedienen uns der lateinischen Schreibweise des Namens, wie es auch Scribonius Largus in seinem Werke handhabt.

[3] Alle Zitate aus dem Werk des Scribonius Largus folgen der Ausgabe von Sconocchia (1983).

[4] Vgl. Moog (2007), S. 17.

[5] Vgl. Moog (2008) und Moog (2007).

[6] Vgl. zur medizinhistorischen Erörterung des Mordes an Claudius unter anderem Laquer (1925), Moog/Karenberg (2002a), S. 153f., Moog/Karenberg (2002b), S. 178 und Moog/Karenberg (2005).

Claudius unter dem bizarren Titel „Apocolocynthosis“ – Claudius wird demnach nicht zum Gott erhoben, sondern in einen Kürbis verwandelt, in rheinischer Mundart gesprochen gleichsam „veräppelt“[7] – Bezug nahm. Aber davon ist hier noch nicht die Rede: Claudius erfreut sich zur Zeit der Abfassung der Compositiones immer noch seiner schwächlichen, aber anscheinend doch recht zähen Gesundheit. Trotz dieser Erwähnung des Claudius in sinnvollem Zusammenhange mit seiner Gattin Messalina schien uns die Huldigung an Claudius in diesem Werke doch eher geringgradig auszufallen, ja beinahe zu fehlen.[8] Geht sie doch bis hierher beinahe über die pflichtschuldige Titulatur seitens eines braven römischen Untertanen kaum hinaus.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, dass die Huldigung an Claudius keineswegs fehlt und sich Scribonius Largus nicht mit der ohnehin fälligen Titulatur begnügt. Dazu soll zunächst die Huldigung an Claudius näher erläutert werden, bevor das nötige Hintergrundwissen zum Verständnis eben dieser geliefert wird (Kap. 3 und 4).

2. Die Huldigung an Claudius

Wo blieb die besondere Ehrerweisung gegenüber dem Princeps? Dies mochte umso verwunderlicher erscheinen, als Claudius geradezu den Gelehrten auf dem Kaiserthron repräsentierte: Bis zu seiner – gerade auch für ihn selbst höchst überraschenden – Thronerhebung hatte er sich vor allem wissenschaftlichen, besonders historischen, Studien verschrieben. Ihm musste man doch geradezu ein wissenschaftliches Werk widmen, vor allem bei unbezweifelbarer persönlicher Bekanntschaft. Dies mochte freilich nun bei einem Rezeptbuch nicht ganz unproblematisch erscheinen, war doch die Anfälligkeit wie labile Gesundheit der Majestät allgemein bekannt. Seine eigene Mutter, die jüngere Antonia, hatte ihn gar voller Verachtung ob seiner gesundheitlichen und körperlichen Defizite als ein Wesen bezeichnet, das die Natur nur angefangen, aber nicht vollendet habe, also als eine Art von Missgeburt: „Mater Antonia portentum eum hominis dictitabat, nec absolutum a natura, sed tantum incohatum; ac si quem socordiae argueret, stultiorem aiebat filio suo Claudio“ (Sueton, Divus Claudius 3).[9] Lediglich sein selbst ewig kränkelnder und unpässlicher Großonkel Octavian bzw. Augustus hatte Verständnis für den Jungen gezeigt und dafür gesorgt, dass er innerhalb der Familie nicht ganz zum Außenseiter wurde. Es konnte mithin nicht im Interesse des Scribonius Largus liegen, auch nur den Eindruck zu erwecken, hierauf anspielen zu wollen. „Der Kaiser kann dieses Buch ja wahrlich gut gebrauchen, vor allem für sich selbst“ – diese Botschaft durfte keinesfalls dem Werke entnommen werden können.

Und wie im oben erwähnten Falle der Messalina hat Scribonius Largus dieses Dilemma – dem Kaiser zu huldigen, ohne auch nur andeutungsweise auf seine Schwächen zu verweisen – mit subtiler Brillanz gelöst, wie wir bei weiteren Textstudien in den Compositiones nun entdecken konnten: Er hat Claudius indirekt eine Hommage dargebracht, indem er dessen besondere Interessen – oder darf man sagen „Hobbys“ – in sein Werk fast

[7] Interpretation und Wortwahl folgen Bauer (1981), S. 88.

[8] Andernorts haben wir angemerkt, dass in den Zahnpulverkapiteln die Erwähnung der Octavia ebenfalls als Hommage an Claudius aufgefasst werden kann, war diese integre Schwester des vielgesichtigen Octavian beziehungsweise Augustus doch immerhin die Großmutter des Claudius. Vgl. Moog (2007), S. 22.

[9] Alle Zitate aus der Claudius-Vita des Sueton folgen der Ausgabe von Ihm (1908/1964).

unvermerkt hat einfließen lassen. Der wissbegierige und lesefreudige Princeps konnte in dem vordergründig so sehr „trockenen“ Rezeptbuch seine ganz persönlichen „Steckenpferde“ wiederfinden und wird dies auch wohlwollend zur Kenntnis genommen haben: das Gladiatorenspiel und die Etruskologie. Beide Themen hat Scribonius Largus auch noch geschickt und unentwirrbar miteinander verwoben. So war der Kaiser vom Autor – gleichsam mit beiderseitigem Augenzwinkern – zufriedengestellt und abschließend eine dritte Huldigung, nach der offenkundigen an Callistus und der feinsinnigen, verborgenen an Messalina, vollbracht.

Unterstrichen und bestätigt wird diese Beobachtung dadurch, dass sich zu allen Punkten, die Scribonius Largus anspricht, passende Einträge in der Claudius-Vita des Gaius Suetonius Tranquillus, den wir der Einfachheit halber wie üblich kurz Sueton nennen wollen, finden. Da Sueton sicherlich nicht die Schrift des Scribonius Largus als Leitfaden benutzt hat und Scribonius das Werk des Sueton, der ja deutlich später schreibt, nicht bekannt gewesen sein kann, ist es offenkundig, dass beide Werke weithin bekannte Tatsachen oder Begebenheiten aus dem Leben des Claudius akzentuieren, die untrennbar mit der Person des Kaisers verbunden und gleichsam in aller Munde waren. Dem Zeitgenossen Scribonius waren sie natürlich ganz geläufig und wurden dann später Teil des Anekdotenschatzes, der die Figur des Claudius umrankte, wie es bei Herrscherpersönlichkeiten – man denke nur an die zahlreichen Anekdoten über König Friedrich den Großen oder Zar Peter den Großen – häufig vorzukommen pflegt.

3. Claudius und die Gladiatoren

Es ist nämlich auffällig, dass Scribonius Largus in seinem Werke in bemerkenswerter Intensität auf Gladiatoren als Gewährsleute von Nutzen und Qualität einer Rezeptur eingeht. Dabei darf man nicht nostrifizierend überschnell zwei Fehlschlüsse ziehen: Man könnte vermuten, dass Gladiatoren als typische „Schwerstathleten“ und häufig von bestimmten Verletzungen und gesundheitlichen Problemen Betroffene ganz praktisch gewählt wurden. Was dem Gladiatoren zu helfen vermochte, mochte dem römischen „Normalverbraucher“, dem „Gaius Ignotus“ auf den Gassen Roms und seiner „Gaia“, gleichsam nur recht sein. Auch sind Sportler in der Werbung allgemein und gar Sportler als Werbeträger bei der Ausübung ihres Sportes selbst – etwa in Form von Trikotwerbung – für uns heute etwas ganz Selbstverständliches. Diese beiden Vorstellungen muss man aber beim Verständnis des Altertums weitgehend hintanstellen, vielleicht nur mit einer ganz geringgradigen Bedeutung des erstgenannten Aspektes. Da hätte Scribonius Largus dann aber auch andere Sportler oder etwa Jäger[10], Seeleute oder Soldaten[11] erwähnen können. Denn bei allem morbiden und gegebenenfalls erregenden Reize, den die Gladiatoren in Rom ausstrahlten, und bei aller Bewunderung, die der eine oder andere von ihnen zweifellos bei männlichen

[10] Diese erscheinen – wie weiter unten erörtert – dann auch tatsächlich im Werke des Scribonius Largus, wenn es sich dabei nicht um die Tierkämpfer aus der Arena handeln sollte, wobei eine bewusste Doppeldeutigkeit möglicherweise vom Autor intendiert wurde.

[11] Das Erwähnen von Lebensgefahr für diese mochte aber wiederum bei Rekrutierungsmaßnahmen kontraproduktiv erscheinen und mag daher unterblieben sein. Die Gefahren für Leib und Leben der Soldaten waren offenkundig, aber es erschien nicht ratsam, sie hier näher zu betonen.

Bewunderern und gerade auch weiblichen Verehrerinnen genoss, waren sie gesellschaftlich, nach Ansicht führender Kenner des Gladiatorenwesens, verachtet.[12] Die Behandlung von Gladiatoren galt allerdings für einen Arzt geradezu als Zeichen großer Erfahrung und erheischte das Vertrauen der Patienten, so dass Galen gern und nicht ohne Stolz auf seine Tätigkeit als Gladiatorenarzt in der Arena seiner Heimatstadt Pergamon zu sprechen kommt.[13] Als Werbeträger und Empfehlungsgeber waren Gladiatoren folglich – ganz im Gegensatz zu dem Hervorheben römischer Damen allerfeinster Herkunft im Zusammenhang mit den Zahnpulvern – weitgehend ungeeignet, ja mochten sogar eher kontraproduktiv erscheinen. Dennoch erwähnt Scribonius Largus sie erstaunlich oft.[14]

Es ist sachlich gesehen naheliegend, dass sich Erwähnungen von Gladiatoren vor allem im chirurgisch-traumatologischen Gebiete anboten, denn hier liegt deren Risiko einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sicherlich erwartungsgemäß erkennbar über dem der römischen Durchschnittsbevölkerung. Ansonsten wäre bei Gladiatoren aufgrund der Auswahl vor der Ausbildung bzw. Aufnahme in eine Gladiatorenschule sogar ein geringerer Grad an Krankheitsfällen – man wird nur gesund und robust erscheinende Individuen in Erwägung bzw. die engere Auswahl gezogen haben – zu erwarten.

So erfolgt denn die erste Erwähnung von Gladiatoren im Zusammenhange mit dem sogenannten Antidot des Paccius Antiochus, dessen Allheilwirkung – in verschiedenen Modifikationen der Zusammensetzung und Dosierung – Scribonius Largus elf Absätze (Compositiones XCVII-CVII) widmet, obwohl er sogar angibt, sich möglichst kurz fassen zu wollen: „percurram autem quam brevissime“ (Compositiones XCVIII). Das Mittel wirkte offenbar – wie Scribonius Largus selbst in der Überschrift angibt – gegen jedwedes Leiden des menschlichen Körpers: „ad universa corporis vitia“. Außerdem hatte der Hersteller aus der Rezeptur zu Lebzeiten ein großes Geheimnis gemacht und sie gleichsam erst in seinem Nachlasse bekanntgegeben, in einer an den Kaiser Tiberius[15] selbst gerichteten Schrift, die dieser dann der Allgemeinheit zugänglich gemacht hatte. Scribonius Largus lässt es sich – trotz gelobter Kürze – nicht nehmen, diese abenteuerliche Geschichte eingangs ausführlich zu schildern (Compositiones XCVII). Das Medikament wird unter anderem gegen eine als „tetanus“ bezeichnete Erkrankung empfohlen (Compositiones CI), und wenn wir die Symptome (z. B. der Trismus) wie die typische Vorgeschichte des so bezeichneten Leidens betrachten, mögen sich darunter tatsächlich vor allem Fälle des heute als Wundstarrkrampf bezeichneten Krankheitsbildes befunden haben. Typische Opfer sind dabei zunächst bei den Gladiatorenspielen von Prellung oder (offener) Verwundung betroffene Schwertkämpfer: „vel contusione, quae frequenter gladiatoribus accidere solet in lusionibus et eorum maxime sauciatis“. Weitere typische Betroffene sind Menschen, die von einem hohen Baum oder einer Leiter herabgestürzt sind: „nec minus arbore alte delapsis vel scalis devolutis“. Interessanterweise kehrt Scribonius Largus dann noch einmal zu den spectacula

[12] Vgl. etwa Wiedemann (2001), S. 44: „vollkommen verachtet“ oder Weeber (1994), S. 22: „gesellschaftliche(n) Ächtung des Gladiatoren-Standes“.

[13] Belege etwa bei Kühn XIII, S. 600f. und Kühn XVIII B, S. 567f.

[14] Dies ist in der Literatur bislang kaum gewürdigt worden. Wiedemann (2001) erwähnt es gleichsam en passant auf S. 123f.

[15] War diese Handlung wegweisend für Scribonius, der Claudius, Messalina und Callistus gleich ein ganzes Buch widmete?

zurück, aber nicht ins Amphitheater zu den Gladiatoren, sondern in den Circus zum Wagenrennen, wobei freilich auch Unfälle im Straßenverkehr hier gemeint sein können, wenn er Leute erwähnt, die vom Wagen gefallen sind und – vermutlich gerade auch von den Zügeln[16] der durchgehenden Pferde – mitgeschleift wurden: „excussis e rheda vel curriculo atque ita tractis".[17]

Der nächste Hinweis auf Gladiatoren findet sich bei der Vorstellung des Grünen Pflasters[18] des Chirurgen Tryphon.[19] Es nutzt vor allem bei frischen Wunden und wird daher auch bei der Versorgung verletzter Gladiatoren verwendet: „Emplastrum viride Tryphonis chirurgi facit ad vulnera recentia quo utebatur etiam in gladiatoribus" (Compositiones CCIII).

Ein weiterer Hinweis auf Gladiatoren erscheint bei der Beschreibung des Schwarzen Pflasters[20] des Chirurgen Glykon,[21] das auch „Barbara" – also „das Fremdländische"[22] – genannt wird. Es dient der Versorgung frischer Wunden und Prellungen und wird oft bei Gladiatoren verwendet: „ad omne recens vulnus et contusum, hoc plerique in gladiatoribus utuntur" (Compositiones CCVII). Dass es für ganz frische Verletzungen gedacht war, belegt auch der abschließende Nachsatz, der auf die Rezeptur folgt und bezeugt, dass es gerade einer möglichen Entzündung des Wundbereiches vorbeugen sollte: „sine dolore atque tumore[23] conservat vulnera et celerius sanat".

---

[16] Um diese im Notfall kappen zu können, führten die Rennfahrer im Circus ein kurzes, scharfes Messer mit sich. Vgl. Weeber (1994), S. 57.

[17] Das Urbild all dieser Unglücklichen ist Hippolytos, zu dessen Verletzungen in der Darstellung des Euripides wir ausführlich anderenorts Stellung genommen haben. Vgl. Moog (2005), S. 96-99. Der Leser wird vielleicht eher an das grausige Ende des Messala im Roman wie Film „Ben Hur" denken, wobei dieser spektakuläre Unfall heutzutage bei Reenactments oft ein typisches Element der Schauveranstaltung darstellt und sorgsam inszeniert wird.

[18] Die namensgebende Farbe dürfte von den darin enthaltene Kupfersalzen (aes) herrühren.

[19] Vgl. zu diesem einführend Michler (1968), S. 116f.

[20] Die namensgebende Farbe dürfte von dem darin enthaltenen Erdpech (bitumen Iudaicum) herrühren.

[21] Vgl. zu ihm einführend Michler (1968), S. 129.

[22] Der Begriff ist zweifellos etwas sperrig: „Barbarisch", im Sinne von „wild, roh, unkultiviert", kann offensichtlich nicht gemeint sein, denn das wäre der Benutzung des Medikamentes nicht zuträglich gewesen. Niemand wollte ein so apostrophiertes Heilmittel anwenden oder an sich angewendet wissen. Vielleicht ist „barbarus" daher im Sinne von „exotisch" zu verstehen, wofür sprechen mag, dass die Bezeichnung auch andernorts erscheint, wie etwa bei den Medikamenten, die als Barbara des Heras bezeichnet werden und von Galen vorgestellt werden (Kühn XIII, S. 557ff.). Das könnte durch einen gewissen Reiz Patienten anziehen. Glykon ist offenbar ein griechischer Name. Wollte unser Medicus vielleicht auf eine ägyptische Herkunft – Ägypter sind von griechischer Warte aus Barbaren, also Nicht-Griechen – seiner Rezeptur verweisen, die dann eine besondere Wirksamkeit erheischte? Wirkte er selbst gar in Alexandrien? Oder hat das „exotische" Heilmittel des „Judäischen Erdpeches" zu dem Namen geführt? Vgl. zur psychologischen Wirksamkeit exotischer wie teurer Ingredienzien Moog (2007), S. 18f.

[23] Man möchte hier beinahe einen direkten Rückbezug auf die bis heute wertvolle Definition der Entzündung durch Celsus (De medicina III 10,3) vermuten. Dem Scribonius Largus dürfte die Schrift des Celsus bekannt gewesen sein, und sogar eine persönliche Bekanntschaft der beiden Gelehrten ist zeitlich ohne Weiteres denkbar. Vielleicht war aber die treffliche Beobachtung des Celsus damals auch schon verbreitet in wissenschaftlichen Kreisen rezipiert und Scribonius kommt daher auf sie zu sprechen.

Ein letzter Hinweis auf Gladiatoren findet sich schließlich im Rahmen des unmittelbar folgenden Schwarzen Pflasters[24] des Chirurgen Thraseas.[25] Es kommt in der Traumatologie verbreitet zum Einsatze und hat zahlreiche segensreiche Wirkungen. Geradezu wundersam wirkt es bei bedrohlichen Wunden von Gladiatoren und überhaupt allen Menschen: „eadem et gladiatorum et omnium hominum ad periculosa vulnera mirifice facit" (Compositiones CCVIII).

Vielleicht kehrt Scribonius Largus einige Absätze später – man denke analog an die oben erwähnten Wagenunfälle – noch einmal ins Amphitheater zurück. Von einem Roten Pflaster wird gesagt, dass es bei Jägern reichlich zur Verwendung komme, gegen Hundebisse und Tierbisse überhaupt: „Alterum rubrum medicamentum, quo venatores utuntur, facit enim ad canis morsum et omnium quadrupedum" (Compositiones CCXIII). Hierbei ist in der Tat eine ähnliche Doppeldeutigkeit wie bei den obigen Opfern von Wagenunfällen gegeben: Es kann sich generell tatsächlich um Jäger handeln, die Schaden durch Unbotmäßigkeiten ihrer Jagdhunde und den Widerstand des, sich seines Lebens erwehrenden, Wildes zu gewärtigen haben. Doch auch auf Teilnehmer von Tierhetzen in der Arena wäre dies unschwer zu beziehen. Die Kämpfer wurden zwar oft als „bestiarii" bezeichnet, aber das Spektakel an sich hieß typischerweise „venatio", so dass man diesbezüglich auch von „venatores" sprach.[26] Die Vergleichbarkeit von waidmännischen und circensischen Patienten wäre aber auch hier vollauf gegeben.

Das ausgesprochene Interesse des Princeps an venationes belegt unzweifelhaft Sueton. Danach soll der Princeps im Rahmen von Circusveranstaltungen neben dem sogenannten Troja-Spiel auch Hetzjagden auf afrikanische Wildtiere veranstaltet haben, wobei er die Jagd auf die Tiere nicht den „venatores vel bestiarii" allein überließ, sondern gar eine Schwadron berittener Prätorianer unter ihren Tribunen und sogar dem Prätorianerpräfekten, einem der höchsten Amtsträger des Imperiums, als Oberkommandeur als Höhepunkt ins Gefecht schickte: „ac super quadrigarum certamina Troiae lusum exhibuit et Africanas, conficiente turma equitum praetorianorum, ducibus tribunis ipsoque praefecto" (Divus Claudius 21,3). Hetzjagden auf afrikanische Wildtiere waren an sich zu des Claudius Zeiten nichts Neues mehr.[27] Etwa Augustus hatte sich in seinem allenthalben im Reich verbreiteten und aufgehängten Rechenschaftsbericht gerühmt, 26 Hetzen auf afrikanische Tiere veranstaltet zu haben, bei denen rund 3.500 Tiere getötet wurden (Res gestae Divi Augusti 22). Gaius Caligula hatte ebenfalls Jagden auf afrikanische Wildtiere angeordnet,[28] so dass Claudius seinen geschätzten Gönner Augustus, der ohnehin für alle Principes als leuchtendes und nachzuahmendes Idealbild galt, wie seinen sicher nicht immer geliebten Neffen und Vorgänger zum Vorbild hatte. Claudius war aber anscheinend der erste, der die Prätorianer mit dieser, sicherlich als Sonderaufgabe der Leibgarde zu betrachtenden Tätigkeit betraute,

[24] Auch dieses Schwarze Pflaster enthält Erdpech, hier aus Zakynthos, was die namensgebende Bedeutung dieser Zutat bestätigen mag.
[25] Vgl. zu ihm einführend Michler (1968), S. 125-128.
[26] Vgl. Georges (1995), Sp. 3395.
[27] Wiedemann (2001), S. 70f.
[28] Baumgarten-Crusius (1816), S. 42 und Hurley (2001), S. 152.

und es ist kaum verwunderlich, dass sein Stief- und Adoptivsohn Nero als sein Nachfolger es ihm gleichtat.[29]

Die häufige Erwähnung von Gladiatoren ist, wie oben bemerkt, durchaus nicht unproblematisch. Dennoch hat Scribonius den Gladiatoren als Vorzeigepatienten und gleichsam Gewährsmann in die medizinische Fachliteratur eingeführt, ihn gewissermaßen hoffähig gemacht.[30] Denn nach Erscheinen der „Compositiones" finden sie sich bisweilen, wie etwa beim älteren Plinius und bei Galen, im medizinischen Kontext. Dies ist bei Scribonius nun offenbar als Hommage an den Kaiser Claudius selbst zu sehen, der ein großer Freund des Gladiatorenspiels gewesen ist. Das mag bei seiner eher stillen Gelehrtennatur und der Abneigung gegen unnötige Grausamkeiten zunächst auffällig anmuten,[31] aber es ist klar und unmissverständlich bezeugt. Sueton geht mehrfach (Divus Claudius 14, 21 und 34) auf diese merkwürdige Passion der Majestät und vor allem auch die noch merkwürdigere Nei-

---

[29] Kierdorf (1992), S. 112.

[30] Der erste medizinische Autor lateinischer Sprache, der Gladiatoren erwähnt, ist Celsus. Doch sie sind niemals, wie bei Scribonius Largus, Vorzeigepatienten oder gleichsam Empfehlungsgeber. Zum einen erscheinen sie in der von uns eingehend ausgeführten Gladiatorenbluttherapie (De medicina III 23,7), als Herkunft eines zumindest suspekten Heilmittels, das Celsus aber ob seiner allgemeinen Bekanntheit nicht stillschweigend übergehen zu können glaubte. Zuvor (Prooemium 43) hatte Celsus typische Personen erwähnt, bei denen mitunter eine Einsicht in das Körperinnere im lebenden Zustande möglich sei, nämlich verletzte Gladiatoren in der Arena, verwundete Soldaten auf dem Schlachtfeld und Leute, die unter die Räuber gefallen sind. Er kommt hier mithin auf die schon im Corpus Hippocraticum zu beobachtende sogenannte Schlachtfeldanatomie zu sprechen. Vgl. Corpus Hippocraticum, Iatros, § 14; vgl. zum Text etwa Littré (1861), S. 218-221. Chirurgen können ihr Handwerk besonders gut und gründlich als Kriegschirurgen im Felde erlernen. Allgemein, so lässt sich zwanglos folgern, kann der Arzt hierbei vielerlei, eben auch Anatomisches, erkennen und erfahren. Galen muss diese Aussage des Celsus, wenn nicht eine uns unbekannte dritte Quelle beiden Autoren als Vorlage diente, bekannt gewesen sein. Er äußert sich bei seinen Erörterungen zur Sektion (Kühn II, S. 385f.) ähnlich wie Celsus, hat aber die unglücklichen Opfer der ärztlichen Neugier in bezeichnender Weise modifiziert: Bei ihm sind es zum Tode Verurteilte, insbesondere Leute, die „ad bestias" verurteilt worden waren, und die Räuber selbst, welche, mutmaßlich nachdem ihrem Tun und Treiben ein Ende bereitet worden war, nun unbestattet im Gebirge lagen, sowie die kleinen Leichen ausgesetzter Kinder. Dass Galen die Gladiatoren nicht erwähnt, wohl aber die, die wilden Tieren in der Arena vorgeworfen wurden, lässt einen interessanten Schluss zu: Galen ist bekanntermaßen nach seinen Studien zunächst als Gladiatorenarzt in seiner Heimatstadt Pergamon tätig gewesen. Dabei wird er vielerlei praktische Erfahrungen gesammelt haben. Unserer Ansicht nach hat er dabei auch tote Gladiatoren seziert, denn sie waren ihm in den dunklen Gelassen der Arena sowie der Gladiatorenschule leicht zugänglich. Und das wollte er offenbar nicht jedermann gleich „auf die Nase binden". Der Schluss war eben einfach zu naheliegend. Außerdem hätte er sich bei Patienten jeglicher Art damit diskreditieren können, lag doch die Befürchtung nahe, dass einen der berühmte Arzt im Falle des Verscheidens, und vielleicht sogar vorher schon, als eine Art Versuchsobjekt ansehen und verwenden könnte.

[31] Dies ist gerade bei Claudius aus ganz persönlichen Gründen tatsächlich umso erstaunlicher. Eigentlich hätte ihm das Gladiatorenspiel gut und gerne verhasst sein können, war mit einem frühen Besuch eines „munus" doch ein geradezu traumatisches Erlebnis verbunden, eine öffentliche Blamage. Just bei den Gedenkspielen – wohl im Jahre 6 n. Chr. – zu Ehren seines verstorbenen Vaters, des strahlenden Helden Germanicus, bei denen Claudius mit seinem Bruder als Editor der Spiele im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stand, war er dermaßen krank und unpässlich, dass er vermummt präsidieren musste, für einen römischen Prinzen ein unerhörter („novo more"), peinlicher und zutiefst demütigender Auftritt (Divus Claudius 2). Vgl. Baumgarten-Crusius (1816), S. 6f., Kierdorf (1992), S. 79, Scherberich (1995), S. 73f. und Hurley (2001), S. 70.

gung des Kaisers ein, bei verwundeten Gladiatoren als letztinstanzlicher Kampfrichter oft auf den Tod des Unterlegenen zu plädieren, was Sueton offenbar als Ausdruck von persönlicher Grausamkeit deutet (Divus Claudius 34,1). Anderenorts konnten wir aufzeigen, dass Claudius hier aber mutmaßlich auf die rituellen Ursprünge des Gladiatorenspiels, die freilich schon zu seiner Zeit vielen Römern nicht mehr vor Augen standen, zurückgreift: Gladiatorenkämpfe waren ursprünglich Totenopfer am Grabe vornehmer Etrusker gewesen, und somit hat ihr Fechten und Fallen einen rituellen Hintergrund. Claudius dürfte sich von dieser subtilen Art des Menschenopfers segensreiche Wirkungen seitens der durch Blutopfer – gerade auch von Menschen als höchstdenkbarem Opfer – gnädig gestimmten Gottheiten erhofft haben.[32] So ist seine häufige und heftige Anteilnahme an Gladiatorenkämpfen (Divus Claudius 21,4 und 34,2) hinlänglich erklärbar, und es war für den Princeps sicher von Interesse, in den „Compositiones", die ihm als passioniertem Leser zweifellos bekannt waren, immer wieder von Gladiatoren zu hören.

4. Claudius und die Etrusker

Hiermit unentflechtbar verknüpft ist ein zweiter Aspekt der persönlichen Interessen des Kaisers. Denn Scribonius Largus erwähnt auch die von uns anderenorts[33] eingehend untersuchte und dargestellte Gladiatorenbluttherapie der Epilepsie. Gegen die Fallsucht helfe nämlich neunmal in Folge, das heißt vermutlich an neun aufeinander folgenden Tagen, ein Stück von der Leber – sie galt im Altertum als Inbegriff der Blutfülle – eines gefallenen Gladiators zu verzehren. Das sei zwar – so betont unser Autor – eine Therapie außerhalb der gleichsam „lege artis" vollzogenen Medizin, aber in einigen Fällen habe es sich als nützlich erwiesen: „item ex iecinore gladiatoris iugulati particulam aliquam novies datam consumant. Quaeque eiusdem generis sunt, extra medicinae professionem cadunt, quamvis profuisse quibusdam visa sint" (Compositiones XVII).[34]

Kurz zuvor hatte Scribonius Largus zudem ein Heilmittel, das vom Hirsch gewonnen werden kann, vorgestellt, von dem der Gewährsmann des Rezeptes – wir erfahren leider

[32] Moog (2002), S. 164 und 167f.
[33] Moog (2002) und Moog/Karenberg (2003).
[34] Vgl. zur Erörterung dieses Absatzes jüngst Machold (2010), S. 76-78.

nicht, wer dies ist[35] – sage, es sei der Wirkung des Medikamentes sehr zuträglich, wenn der Hirsch mit einer Waffe erlegt worden sei, mit der zuvor ein Gladiator getötet worden war.[36]

Es würde zu weit führen, diese Therapien hier näher zu erörtern, und ist von uns andernorts schon ausführlich vollzogen worden.[37] Ursprung dieser Vorstellungen ist offenbar der bereits oben erwähnte Ursprung des Gladiatorenspiels bei den Etruskern, und die Etruskologie war nun gleichfalls ein besonderes „Steckenpferd" des Claudius: Der Kaiser hat – leider weitgehend verlorene – Werke über die Etrusker verfasst, seine erste Gattin war eine Adlige von etruskischer Abkunft namens Plautia Urgulanilla und möglicherweise hat er sogar die zu seiner Zeit schon aussterbende etruskische Sprache selbst beherrscht[38] und damit Aufsehen, aber vielleicht auch Kopfschütteln, erregt. Somit sind hier in besonderer Weise zwei Leidenschaften des Claudius – eng miteinander verwoben – gewürdigt.

Donna W. Hurley hat einen weiteren Hinweis des Sueton mit der oben erwähnten Therapie der Epilepsie in Verbindung gebracht.[39] Claudius soll nämlich verfügt haben, als sich einmal zwei Gladiatoren im Zweikampf gegenseitig getötet hatten, aus deren Waffen unverzüglich zwei winzige Messerchen für seinen Privatgebrauch zu schmieden: „Cum par quodddam mutuis ictibus concidisset, cultellos sibi parvulos ex utroque ferro in usum fieri sine mora iussit" (Divus Claudius 34,2). Diese könnte man zweifellos als skurrile oder makabre Andenken ansehen oder auch, wie oben erörtert, generell als „magische" Waffen. Oder wollte Claudius – wie Hurley vermutet – seinem Sohne Britannicus helfen? Im Zusammenhang mit seiner Ermordung wurde etwa behauptet, er habe an epileptischen Anfällen gelitten.[40] Den Wahrheitsgehalt dieser Behauptung klären zu wollen, würde hier zu weit führen. Zumindest wurde derlei anscheinend gemutmaßt oder gar verbreitet. Sollten also diese Messerchen zur Beschaffung von Heilmitteln für den kranken Thronfolger dienen? Es wäre durchaus denkbar, wenn auch der Princeps selbst eine Epilepsie seines Sohnes für möglich gehalten haben soll oder gar vom Vorliegen dieser Krankheit überzeugt war. Hurley verwässert ihre an sich verlockende Annahme allerdings wieder, indem sie als Bezug die weitaus allgemeiner gehaltene Angabe des älteren Plinius anführt, derzufolge das Fleisch von Wild, das mit einer Waffe getötet wurde, mit der zuvor ein Mensch erschlagen

---

[35] Sollte es sich vielleicht um eine nicht unbedingt wohlbeleumdete oder zuverlässige Quelle handeln, die in den Mantel des Schweigens zu hüllen empfehlenswert erschien?

[36] Die Herstellung von Waffen aus Metall geheimnisvoller Herkunft, denen man demzufolge magische Kräfte beimaß, war weit verbreitet. So schildern Heide/Wlotzka (1988), S. 71, dass immer wieder Klingen aus Meteoreisen geschmiedet wurden. Auch der heilige Schild des Kriegsgottes Mars der römischen Priesterbruderschaft der Salier, zugegebenermaßen eine Schutzwaffe, zu dessen Schutz vor Entwendung man elf gleichartige Schilde hergestellt hatte, galt ja als aus Eisen geschmiedet, das vom Himmel gefallen war. Vgl. Graf (1996) und Linderski (2001). Dass in einem geradezu einzigartigen Fall dann gleich die Statue einer Kriegsgottheit, des buddhistischen Gottes Vaiśravana, selbst aus Meteoreisen gefertigt wurde, wie Buchner et al. (2012) jüngst herausfanden, sei am Rande erwähnt. Hierher gehört schließlich auch der Nothaken, der von Fuhrleuten im Bergischen zur notdürftigen Reparatur gerissener Ketten verwendet wurde. Er konnte jedwede Belastung schadlos über sich ergehen lassen, wenn er aus einem Eisen geschmiedet war, an dem sich eine Person erhängt hatte. Vgl. Bächtold-Stäubli (1931/1987).

[37] Vgl. Moog (2002), S. 155-157.

[38] Vgl. zur Diskussion dieser Annahme Moog (2001), S. 25f.

[39] Hurley (2001), S. 209f.

[40] Vgl. etwa Moog (2007), S. 15.

worden war, Epileptiker heilen könne: „quin et comitialem morbum sanari cibo e carne ferae occisae eodem ferro quo homo interfectus sit“ (Naturalis historia XXVIII, 34).[41] Den schon zuvor[42] beobachteten Bezug der Worte des Plinius zum oben genannten Rezept des Scribonius Largus scheint sie nicht zu kennen.

5. Fazit: Eine elegante Hommage an den Princeps Claudius

Abschließend lässt sich somit sagen, dass Scribonius Largus auch dem Kaiser Claudius selbst durch für ihn besonders interessante Themen in seinem Werk angesprochen und ihm so seine Reverenz erwiesen hat. Die unvermerkte und heute erst mühevoll nachvollziehbare Weise wird gerade den intellektuell anspruchsvollen Claudius eingenommen haben. Er hat die Hommage sicherlich verstanden. Somit konnte Scribonius Largus beruhigt sein, dass er dem machtvollen Callistus, der einflussreichen Imperatrix Valeria Messalina und dem alles überragenden Princeps Claudius selbst pflichtschuldigst gehuldigt hatte. Das konnte für den Verfasser wie sein Werk – abgesehen vom inhaltlichen Nutzen, der eine breite Leserschaft gewinnen und sicherstellen mochte – nur von Vorteil sein, ja mochte in einer Monarchie wie dem Imperium Romanum geradezu einen Garanten der Anerkennung und Verbreitung der Schrift darstellen.[43]

Literatur

1. Bächtold-Stäubli (1931/1987): Hanns Bächtold-Stäubli, Haken, in: Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens, herausgegeben von Hanns Bächtold-Stäubli unter Mitwirkung von Eduard Hoffmann-Krayer mit einem Vorwort von Christoph Daxelmüller, Bd. 3, Berlin/New York 1987 (Originalausgabe von 1931), Sp. 1354.
2. Bauer (1981): L. Annaeus Seneca, Apocolocynthosis. Die Verkürbissung des Kaisers Claudius, Lateinisch-Deutsch, übersetzt und herausgegeben von Anton Bauer, Stuttgart 1981.
3. Baumgarten-Crusius (1816): C. Suetonii Tranquilli opera. Textu ad praestantissimas editiones recognito continuo commentario illustravit clavem Suetonianam adjecit Detlev Car. Guil. Baumgarten-Crusius, Bd. 2, Leipzig 1816.

[41] Text nach Ernout (1962), S. 30.

[42] Vgl. etwa Ernout (1962), S. 129 und König/Winkler (1988), S. 186. Ernout führt ibidem zudem an, dass dieser bizarre Hinweis, wie wohl auch kaum anders zu erwarten, in die sogenannte „Medicina Plinii“ Eingang gefunden hat. Vgl. Önnerfors (1964), S. 82: „Dantur carnes edendae bestiae occisae eo ferramento quo homo ante occisus est“.

[43] Vgl. etwa Leopold Auenbruggers Schrift über die Auskultation, die erst weithin bekannt wurde, als Napoleons Leibarzt Baron Corvisart sie übersetzte und herausgab und dabei in höchst generöser, in seiner Zeit ganz außergewöhnlicher Weise, auf den eigentlichen Urheber verwies. Damals bestand nämlich keineswegs unser heutiges Empfinden hinsichtlich geistiger Urheberschaft und geistigen Eigentums, und fremde Erkenntnisse unter eigenem Namen zu verbreiten erweckte kaum den Eindruck, sich mit fremden Federn zu schmücken, ja war vielmehr geradezu gang und gäbe. Vgl. hierzu etwa Jetter (1992), S. 306.

4. Buchner et. al. (2012): Elmar Buchner et al., Buddha from space – An ancient object of art made of a Chinga iron meteorite fragment, Meteoritics and Planetary Science 47 (2012), 9, S. 1491-1501.
5. Ernout (1962): Pline l'Ancien, Historie naturelle, Livre XXVIII, Texte établi, traduit et commenté par A. Ernout, Paris 1962.
6. Georges (1995): Ausführliches lateinisch-deutsches Handwörterbuch. Aus den Quellen zusammengetragen und mit besonderer Bezugnahme auf Synonymik und Antiquitäten unter Berücksichtigung der besten Hilfsmittel ausgearbeitet von Karl Ernst Georges (unveränderter Nachdruck der 8., verbesserten und vermehrten Aufl. von Heinrich Georges), Darmstadt 1995 (zuerst erschienen 1913-1919 in Hannover).
7. Graf (1996): Fritz Graf, Ancile, in: Der Neue Pauly – Enzyklopädie der Antike, Bd. 1, Stuttgart/Weimar 1996, Sp. 679f.
8. Heide/Wlotzka (1988): Fritz Heide, Kleine Meteoritenkunde, 3., stark überarbeitete Aufl. bearbeitet von Frank Wlotzka, Berlin et al. 1988.
9. Hurley (2001): Suetonius, Divus Claudius, edited by Donna W. Hurley, Cambridge 2001.
10. Ihm (1908/1964): C. Suetoni Tranquilli opera, Vol. I: De vita Caesarum libri VIII, Recensuit Maximilianus Ihm, Editio minor, Editio stereotypa editionis prioris (MCMVIII), Stuttgart 1964.
11. Jetter (1992): Dieter Jetter, Geschichte der Medizin. Einführung in die Entwicklung der Heilkunde aller Länder und Zeiten, Stuttgart/New York 1992.
12. Kierdorf (1992): Sueton, Leben des Claudius und Nero, Textausgabe mit Einleitung, kritischem Apparat und Kommentar herausgegeben von Wilhelm Kierdorf, Paderborn et. al. 1992.
13. König/Winkler (1988): C. Plinius Secundus d. Ä., Naturkunde. Lateinisch-Deutsch, Buch XXVIII, Medizin und Pharmakologie: Heilmittel aus dem Tierreich, herausgegeben und übersetzt von Roderich König in Zusammenarbeit mit Gerhard Winkler, München/Zürich 1988.
14. Kühn (1821-1833): Carolus Gottlob Kuehn, Claudii Galeni opera omnia, ed. curavit C. G. K., Tomus I-XX, Leipzig 1821-1833 (Medicorum Graecorum opera quae exstant I-XX).
15. Laquer (1925): Benno Laquer, Von dem kaiserlichen Leibarzt Xenophon, der seinen Herrn mordete, Deutsche Medizinische Wochenschrift 15 (10. April 1925), S. 616f.
16. Linderski (2001): Jerzy Linderski, Salii (Nr. 2), in: Der Neue Pauly – Enzyklopädie der Antike, Bd. 10, Stuttgart/Weimar 2001, Sp. 1249-1251.
17. Littré (1861): Oeuvres complètes d`Hippocrate, Traduction nouvelle avec le texte Grec en regard par Émile Littré, Tome neuvième, Paris 1861.
18. Machold (2010): Christoph R. Machold, Scribonius Largus und die antike Iatromagie. Der Einfluß übernatürlicher Heilkonzepte auf die Compositiones medicamentorum, Hildesheim/Zürich/New York 2010 (Beiträge zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 19).
19. Michler (1968): Markwart Michler, Die Alexandrinischen Chirurgen. Eine Sammlung und Auswertung ihrer Fragmente, Wiesbaden 1968 (Die Hellenistische Chirurgie, 1).

20. Moog (2001): Ferdinand Peter Moog, Vettius Valens – Kaiserlicher Leibarzt und einziger römischer Schulgründer, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 20 (2001), S. 18-35.
21. Moog (2002): Ferdinand Peter Moog, Gladiatorenblut bei Epilepsie als etruskische Therapie – und der Bischof Marinos von Thrakien, 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. 153-182.
22. Moog (2005): Ferdinand Peter Moog, Hippokrates und Euripides – Interferenzen von dramatischer Dichtung und medizinischem Schrifttum in der griechischen Klassik (= Habil. Köln 2005, Buchfassung in Vorbereitung).
23. Moog (2007): Ferdinand Peter Moog, Zwischen Medizin und Politik – Ärzte am Hofe des römischen Kaisers Claudius, Fachprosaforschung – Grenzüberschreitungen 2/3 (2006/2007), S. 9-28.
24. Moog (2008): Ferdinand Peter Moog, Messalinas Zahnpulver – ein Rezept mit politischen Untertönen, Die dental-praxis 25 (2008), 9/10, S. 51-53.
25. Moog/Karenberg (2002a): Ferdinand Peter Moog, Axel Karenberg, Toxicology in the Old Testament. Did the High Priest Alcimus Die of Acute Aconitine Poisoning?, Adverse Drug Reactions and Toxicological Reviews 21 (2002) S. 151-156.
26. Moog/Karenberg (2002b): Ferdinand Peter Moog, Axel Karenberg, Ein Sportunfall zur rechten Zeit. Zur angeblichen Apoplexie des Kaisers Commodus, Nikephoros. Zeitschrift für Sport und Kultur im Altertum 15 (2002), S. 175-193.
27. Moog/Karenberg (2003): Ferdinand Peter Moog, Axel Karenberg, Between Horror and Hope: Gladiator's Blood as a Cure for Epileptics in Ancient Medicine, Journal of the History of the Neurosciences 12 (2003), 2, S. 137-143.
28. Moog/Karenberg (2005): Ferdinand Peter Moog, Axel Karenberg, Neurognostics Question: An Apoplexy, a Murderess, Poisoned Mushrooms, and the Death of an Emperor – Neurognostics Answer, Journal of the History of the Neurosciences 14 (2005), 3, S. 230f. und S. 254-256.
29. Önnerfors (1964): Plinii Secundi Iunioris qui feruntur de medicina libri tres, edidit Alf Önnerfors, Berlin 1964 (= Corpus Medicorum Latinorum, III).
30. Scherberich (1995): Klaus Scherberich, Untersuchungen zur vita Claudii des Sueton, Köln 1995.
31. Sconocchia (1983): Scribonii Largi compositiones, edidit Sergio Sconocchia, Leipzig 1983.
32. Weeber (1994): Karl-Wilhelm Weeber, Panem et circenses. Massenunterhaltung als Politik im antiken Rom, Mainz 1994 (Zaberns Bildbände zur Archäologie, 15).
33. Wiedemann (2001): Thomas Wiedemann, Kaiser und Gladiatoren. Die Macht der Spiele im antiken Rom, Darmstadt 2001.

Eine Transitorische ischämische Attacke im Werk des Beda Venerabilis? Die wundersame Heilung des Mönches Baduthegn am Grabe des heiligen Cuthbert[1]

Ferdinand Peter Moog

1. Ein Wunderbericht des heiligen Bonaventura

Vor einigen Jahren konnte der Verfasser mit seinem Kollegen Axel Karenberg im Rahmen eines von der Stiftung „Köln Fortune" der Hohen Medizinischen Fakultät geförderten Projektes umfangreiche Quellenstudien zur diachronen Geschichte des Schlaganfalls[2] betreiben. Dabei wurde unter anderem ein Wunderbericht des heiligen Bonaventura aufgefunden und ausführlich erörtert, der aus heutiger neurologiehistorischer Sicht als frühe Fallschilderung eines so genannten Prolongierten reversiblen neurologischen Defizits (PRIND) gedeutet werden kann. Der heilige Bonaventura (1221-1274) überliefert darin ein offenbar im Mittelalter weithin bekanntes Wunder seines Ordenstifters, des heiligen Franziskus von Assisi (1181/82-1226). Doch konnte die Schilderung nicht nur als mögliche frühe Darstellung eines PRIND, also einer definierten Form[3] der cerebralen Durchblutungsstörung bzw. des Schlaganfalles, in ihrer Bedeutung für die Geschichte der Medizin beziehungsweise der Neurologie gewürdigt werden. Es zeigte sich vielmehr auch die sorgfältige, ja liebevoll gestaltete Darstellung und Ausarbeitung des Textes seitens des heiligen Bonaventura. Dieser sah sich dem heiligen Franziskus von Assisi, der im Zentrum der Wundererzählung steht, wegen einer selbst erfahrenen, wundersamen Errettung aus schier aussichtsloser Krankheit mutmaßlich sehr verbunden, ja zu innigem Dank verpflichtet. Bonaventura hat dabei in seiner ausgefeilten Darstellung nicht nur den Bezug zu den Texten des Evangeliums gesucht, sondern auch aus dem reichen Schatz seiner klassischen Bildung Elemente und Motive

---

[1] Gewidmet meinem geschätzten Kollegen Professor Dr. med. Axel Karenberg, der meinen Blick für das vielseitige Krankheitsbild des Schlaganfalls in vielerlei Gesprächen nachhaltig geschärft hat.

[2] Dabei galt das Interesse zuvorderst Fallstudien, da Beschreibungen von Symptomen – bei aller Vorsicht, die man der retrospektiven Diagnose entgegenbringen muss – noch am ehesten Rückschlüsse auf Krankheitsbilder erlauben. Vgl. hierzu grundsätzlich Moog (2013). Namen und Bezeichnungen sind dagegen oft unscharf, zeitgebunden und wenig hilfreich zur Klärung genauer Umstände. So ließ sich auch feststellen, dass sich hinter dem Begriff der „Apoplexie" bis weit in die Neuzeit ätiologisch neben dem hämorrhagischen und ischämischen Insult oder Schlaganfall etwa auch ein Myokardinfarkt, eine Lungenembolie und verschiedene akute heftige Vergiftungen verbergen können.

[3] Bei einem PRIND liegt nach verbreitetem Dafürhalten ätiologisch eine zeitweilige Verstopfung einer Hirnarterie vor, die vor dem neuralgischen Zeitpunkt von 6 bis 8 Minuten, nach dem sich der irreversible Infarkt und damit der komplette Schlaganfall einzustellen pflegt, etwa durch Zerbersten eines blockierenden Thrombus aufgehoben wird – einige Gelehrte nehmen allerdings auch Krämpfe von Hirnarterien, wie sie ähnlich am Herzen die seltene Prinzmetal-Angina hervorruft, als mögliche Ursache an. Folge sind oft gravierende Schlaganfallsymptome, die eine gewisse Zeit anhalten und dann spurlos verschwinden. Erfolgt dies binnen 24 Stunden, so nennt man das Ereignis eine „Transitorische ischämische Attacke", kurz TIA. Dauert es länger, spricht man vom PRIND, dem „Prolongierten Reversiblen Neurologischen Defizit". Als Grenze wird für das Letztgenannte in der Literatur zumeist eine Zeit von sieben Tagen angegeben; doch ist in seltenen Einzelfällen auch ein PRIND nach längerer Frist vollständig ausgeheilt.

antiker heidnischer Literatur eingeflochten, etwa aus dem Œuvre des Ovid. Ziel der Darstellung des Bonaventura war vor allem die Bezeugung der Heiligkeit des Franziskus von Assisi durch die beschriebenen Wunder, die herzliche Aufforderung, sich in Notfällen an ihn zu wenden, dessen Fürsprache bei Gott zu erflehen, sicherlich auch die Werbung für den noch jungen Orden der Franziskaner sowie für einen engagierten christlichen Glauben voll von Vertrauen auf Gott und seine Heiligen.

Freilich kann es hier nicht daran gelegen sein, das bereits seinerzeit andernorts ausführlich Erörterte zu wiederholen. Es sei lediglich eine kurze Zusammenfassung der Geschehnisse geboten: Ein junger Mönch namens Ubertinus aus einer norditalienischen Abtei der Franziskaner war plötzlich durch einen Schrecken, der leider nicht näher bezeichnet wird, zusammengebrochen und mit deutlicher Sinnesverwirrung, schweren Sprach- und Hörstörungen und einer Halbseitenlähmung in hoffnungslosem Zustand ins Infirmarium des Klosters gebracht worden. Voller Entsetzen fanden sich viele Kleriker und Laien des Klosters am Krankenlager des Unglücklichen ein und beklagten über mehrere Tage sein Schicksal. Es nahte der Gedenktag[4] des heiligen Franz und damit der Namenstag aller nach ihm Benannten. Am Vortag ging es dem Novizen etwas besser, und er bat – wie es heißt – mit unverständlichen Worten, aber treuseligem Herzen, den heiligen Franziskus um Hilfe. Am kommenden Tag weilten alle Mönche in der Frühmesse, so dass Ubertinus allein im Infirmarium lag. Da erschien ihm die Lichtgestalt des Ordensgründers, bestrich mit sanfter Hand die erkrankten Körperteile und seine gelähmte Seite, redete ihm gut zu, richtete ihn auf, kleidete ihn an und befahl ihm, zur Kirche zu gehen. Und zum allgemeinen Erstaunen eilte der schlagartig völlig Genesene in die Messe, um am Lobe Gottes und der Feier zu Ehren des heiligen Franz teilzunehmen. Der Leser sei bezüglich aller näheren und weiterführenden Interpretationen auf die beiden früheren Studien hingewiesen.[5]

Hier sollen zunächst einige wichtige biographische Aspekte Bedas erläutert werden (Kap. 2), um danach näher auf den überlieferten Wunderbericht einzugehen (Kap. 3 und Kap. 4). Anschließend soll ein Vergleich der Darstellung Bedas mit der des Bonaventura über den hl. Franziskus vorgenommen werden (Kap. 5), um ein abschließendes Fazit zu ziehen.

Um jedoch den selbstständigen Vergleich des hier zu erörternden Textes des Beda Venerabilis mit dem des Bonaventura zu ermöglichen, sei der Wortlaut des Bonaventura in einer gängigen Textausgabe mitsamt einer Übersetzung des Verfassers im Folgenden wiedergegeben:

> „Apud Segusiam iuvenis quidam de Riparolio, Ubertinus nomine, Ordinem Fratrum Minorum ingressus, novitiatus sui tempore, horridi cuiusdam perturbatione pavoris incurrit amentiam totiusque dextrae partis paralysis morbo gravissimo auditum et linguam cum motu amisit et sensu. Cum autem sic miserabilis, non sine fratrum multa moestitia, per plures dies in lectulo decubasset, beati Francisci solemnitas supervenit, in cuius vigilia, concesso sibi aliquo lucido intervallo, pium patrem, licet voce informi, corde tamen fideli, prout poterat, invocabat. Hora vero matutinali

[4] Franziskus verstarb am Abend des 3. Oktober, der nach damaliger Vorstellung bereits zum folgenden Tage gezählt wurde. Daher ist der Gedenktag des heiligen Franziskus von Assisisi meist der 4. Oktober, wird aber bisweilen auch am 3. Oktober begangen.

[5] Moog/Karenberg (2003a) und vor allem Moog/Karenberg (2004).

fratribus omnibus in ecclesia laudibus divinis intentis, ecce, beatus pater, habitu fratrum indutus, in infirmariae loco praefato novitio astitit, lumenque non modicum in habitaculo illo refulsit. Et extensam manum super dextrum illius latus a capite usque ad pedes suaviter contingendo deducens, digitos in auriculas misit, quodamque in dextro humero impresso charactere: ‚Hoc tibi', ait, ‚signum erit, quod Deus per me, cuius exemplo ductus religionem intrasti, plene te restituit sanitati'; chordaque illum succingens, quia sine chorda iacebat, dixit ad eum: ‚Surgens, ecclesiam intra, ut laudes Deo debitas cum fratribus devotus exsolvas.' Quibus dictis, cum puer ipsum manibus vellet contingere et pedum eius osculari vestigia, ut gratias ageret, ab eius aspectu beatus pater abscessit. Et iuvenis, recuperata sanitate corporis cum rationis industria, vivacitate sensuum et loquela, ecclesiam ingressus cum multa fratrum et saecularium admiratione, qui tunc aderant et iuvenem paralyticum viderant et amentem, laudibus divinis interfuit et per ordinem narrato miraculo, multos ad Christi et beati Francisci devotionem accendit."[6]

„In Segusia [Segusia oder Susa in Piemont] war ein gewisser junger Mann aus Riparolium mit Namen Ubertinus in den Orden der Minderbrüder eingetreten; zur Zeit seines Noviziates erlitt er durch die Erregung einer gewissen entsetzlichen Furcht eine Geistesverwirrung und eine Lähmung der gesamten rechten Körperseite und verlor durch die äußerst schwere Erkrankung das Gehör und die Bewegung und Empfindung der Zunge. Als er aber so beklagenswert nicht ohne viel Bedauern der Brüder über mehrere Tage hin im Bett daniedergelegen hatte, nahte der Jahrestag des seligen Franziskus heran, an dessen Vortag er, nachdem ihm eine gewisse verstandesklare Zeit zuteil geworden war, den frommen Vater [das heißt St. Franziskus], wenn auch mit entstellter Stimme, aber dennoch treuseligem Herzen, so gut er konnte um Hilfe bat. Zu morgendlicher Stunde aber, als sich alle Brüder in der Kirche den Lobpreisungen Gottes widmeten, siehe, da trat der selige Vater, mit dem Gewand eines der Brüder angetan, im Infirmarium an den vorgenannten Novizen heran und ein helles Licht erstrahlte in jenem Raum. Und er führte seine ausgestreckte Hand über die rechte Seite jenes Novizen vom Kopf bis zu den Füßen, wobei er ihn sanft berührte, steckte die Finger in seine Ohren und sprach, nachdem er ihm am rechten Schenkel ein Mal eingedrückt hatte: ‚Dies wird Dir ein Zeichen sein, dass Gott Dich durch mich, auf dessen Beispiel hin Du in den Orden eingetreten bist, ganz in Deiner Gesundheit wiederhergestellt hat.' Er umgürtete jenen mit dem Strick, weil er ohne Strick dalag, und sprach zu ihm: ‚Steh auf und geh in die Kirche, um in treuer Ergebenheit mit Deinen Mitbrüdern Gott die geschuldeten Lobpreisungen zu zollen.' Mit diesen Worten entzog sich der selige Vater seinen Blicken, als der Junge ihn selbst mit den Händen berühren und seine Fußspuren küssen wollte, um ihm zu danken. Und der junge Mann betrat, nachdem er die Gesundheit seines Körpers samt der Klugheit des Verstandes, der Lebhaftigkeit der Sinne und der Sprache wiedererlangt hatte, die Kirche unter vielfältigem Staunen der Brüder und der Laien, die damals anwesend waren und den jungen Mann gelähmt und verwirrt gesehen hatten; er nahm an den Lobpreisungen Gottes teil und veranlasste, indem er das Wunder bis ins Einzelne schilderte, viele zur Verehrung Christi und des seligen Franziskus."

[6] Text nach Bonaventura (1941), S. 650f.; vgl. auch Bonaventura (1898), S. 213f.

2. Beda Venerabilis – der Kirchenvater der alten Briten

Im Rahmen eines späteren Projektes, das durch die „NoMaNi-Stiftung (Dr. Norbert und Maria Nix)“ Köln unterstützt wurde, untersuchte der Verfasser die Verbreitung der Isis als Heilgöttin („Isis Medica vel Isis Salutaris“) im Imperium Romanum und ihre möglichen Beziehungen zum frühen Christentum, insbesondere der Marienverehrung. Da im römischen Britannien der Kult der Isis bekanntermaßen recht ausgeprägt gewesen ist, wandte sich der Autor gerade auch den frühchristlichen Quellen aus diesem Bereich zu, in der Hoffnung, dabei Hinweise auf die Isis, ihren Kult und Nachwirkungen ihrer Verehrung vorfinden zu können. Dabei befasste er sich insbesondere mit den Schriften des Beda Venerabilis, der eine der großen Gestalten der frühen britischen Geschichte ist und gewissermaßen „den Kirchenvater“ der alten Briten darstellt.

Beda sei hier kurz vorgestellt, wobei zu betonen ist, dass die meisten Hinweise aus seinen Werken selbst entstammen. Beda wurde 672 oder 673 in Wearmouth,[7] heute im Stadtgebiet von Sunderland aufgegangen, geboren und von seinen Eltern mit sieben Jahren in das dortige Kloster des heiligen Petrus gegeben. Seine Lehrmeister im Kloster waren Benedict Biscop und Ceolfrid. 682 wurde ein Tochterkloster namens St. Paul im nahegelegenen Jarrow bei Newcastle upon Tyne gegründet, und Ceolfrid wurde Abt dieser Zweigniederlassung. Den kleinen Beda nahm man dorthin mit, und er lebte fortan bis zu seinem Tode am 26. Mai 735 in diesem Kloster. Reisen hat er augenscheinlich nur im nähren Umland selbst vorgenommen. Sein Grab befindet sich heute in der Kathedrale von Durham. Beda erwarb sich bald den Ruf eines herausragenden Theologen und Gelehrten und verfasste zahlreiche Schriften zu vielen Themen, natürlich zur Theologie und Bibelkunde, aber auch zur lateinischen Grammatik, Geschichte, Naturgeschichte und Chronologie. Noch auf dem Sterbebett, so wird berichtet, versuchte er als passionierter Gelehrter einige Schriften und Gedichte rasch abzuschließen. Beda stand in einem regen Briefwechsel mit zahlreichen Personen seiner Zeit, der von Frömmigkeit und Gelehrsamkeit, aber auch großer Klugheit und Weltgewandtheit zeugt. Ein großes Rätsel bilden Hinweise in seinen Werken, aus denen hervorgeht, dass er zeitweilig verheiratet gewesen ist. Darüber sind die Experten bis heute uneins. Seit dem 9. Jahrhundert nannte man ihn Beda Venerabilis, englisch „The Venerable Bede“, also „Beda den Verehrungswürdigen“. 1899 sprach Papst Leo XIII. ihn heilig und verlieh ihm den Rang eines Kirchenlehrers (doctor ecclesiae). In England ist man noch heute sehr stolz darauf, dass er der einzige Brite ist, dem diese Ehre jemals zuteil wurde, denn der ebenfalls als doctor ecclesiae gewürdigte und etwas bekanntere Anselm von Canterbury (ca. 1033 bis 1109) ist von seiner Herkunft her ein Italiener aus Aosta mit ursprünglichem Namen Anselmo di Candia Ginevra und lebte zudem viele Jahre seines Lebens in Italien und Frankreich. Das Epitheton „von Canterbury“ geht hauptsächlich darauf zurück, dass er den dortigen Bischofsstuhl einige Jahre innehatte, dort auch verstarb und in der Bischofskirche von Canterbury seine letzte Ruhestätte gefunden hat.

[7] Der Geburtsort ist nicht ganz sicher zu bestimmen und mehrere Ortschaften konkurrieren bis heute um die Ehre, Bedas Geburtsort zu sein.

Die Verehrung Bedas ist sehr verbreitet und findet sich nicht nur in der römisch-katholischen Kirche, sondern auch bei den Anglikanern, den Lutheranern und in weiten Kreisen der Orthodoxie.

Bedas Hauptwerk ist die „Historia ecclesiastica gentis Anglorum" – „The Ecclesiastical History of the Englisch People", wie es der Vergil-Kenner Roger A. B. Mynors textnah übersetzte. Mit diesem Werk avancierte Beda – ungewollt und ohne es jemals zu wissen – zum „Father of English History", wie er in England oft genannt wird. In der Tat berichtet er nicht nur zur Kirchengeschichte, sondern ist zugleich eine wertvolle Quelle für die politische Geschichte Britanniens vom Ende der römischen Herrschaft bis in seine eigene Zeit.

3. Die wundersame Heilung des Baduthegn

Am Ende des vierten Buches berichtet Beda von Wundern, die sich am Grabe des heiligen Bischofs Cuthbert im Kloster Lindisfarne ereigneten. Diese sollten die Heiligkeit von dessen Leben ebenso bestätigen, wie sie auch Pilger und Ratsuchende auf das Grab aufmerksam machen und anziehen sollten.[8] Eines der Wunder[9] betraf einen Mönch des Klosters selbst. Beda betont, dass der wundersam Geheilte zur Zeit der Niederschrift seines Buches noch lebe und somit ein lebendiges Beispiel der kraftvollen Fürsprache des Cuthbert beim Herrn darstelle. Es heißt im Kapitel 31:

> „Erat in eodem monasterio frater quidam, nomine Badudegn,[10] tempore non pauco hospitum ministerio deserviens, qui nunc usque superest, testimonium habens ab universis fratribus cunctisque supervenientibus hospitibus, quod vir esset multae pietatis ac religionis, ininunctoque sibi officio supernae tantum mercedis gratia subditus. Hic cum quadam die lenas sive saga, quibus in hospitale utebatur, in mari lavasset, rediens domum, repentina medio intinere molestia tactus est, ita ut corruens in terram et aliquandiu pronus iacens vix tandem resurgeret. Resurgens autem sensit dimidiam corporis sui partem a capite usque ad pedes paralysis languore depressam, et maximo cum labore baculo innitens domum pervenit. Crescebat morbus paulatim et nocte superveniente gravior effectus est, ita ut die redenute vix ipse per se exsurgere aut incedere valeret. Quo affectus incommodo, concepit utillimum mente consilium, ut ad ecclesiam, quoque modo posset, perveniens, intraret ad tumbam reverentissimi patris Cudbercti, ibique genibus flexis supplex supernam pietatem rogaret, ut vel ab huiuscemodi languore, si hoc sibi utile esset, liberaretur, vel, si se tali molestia diutius castigari divina providente gratia oporteret, patienter dolorem ac placida mente sustineret inlatum. Fecit igitur, ut animo disposuerat, et inbecilles artus baculo sustentans intravit ecclesiam, ac prosternens se ad corpus viri Dei, pia

[8] Wallace-Hadrill (1976), S. 381 hält es für möglich, dass Beda daran gelegen war, Cuthbert für den britischen Bereich eine ähnliche Rolle und Bedeutung zukommen zu lassen, wie sie Martin von Tours im gallischen Raum inne hatte.

[9] Ward (1976), die die Wunderberichte Bedas untersucht und einen tiefen Einblick in die Vorstellung vom Wunder bei Beda selbst bietet, geht nicht auf dieses Wunder ein.

[10] Zur Etymologie des Namens vermerken Crépin et al. (2005), S. 379: Beadu-thegn: „bataille-officier, suivant". Die Verfasser gehen ibidem auch auf seine Tätigkeit im Kloster und den Bezug zum Gebot der Nächstenliebe in den Evangelien ein.

> intentione per eius auxilium Dominum sibi propitium fieri precabatur. Atque inter preces velut in soporem solutus, sentit,[11] ut ipse postea referre erat solitus, quasi magnam latamque manum caput sibi in parte qua dolebat tetigisse, eodemque tactu totam illam, quae languore pressa fuerat, corporis sui partem, paulatim fugiente dolore ac sanitate subsequente, ad pedes usque pertransisse. Quo facto, mox evigilans, sanissimus surrexit, ac pro sua sanitate[12] Domino gratias denuo referens, quid erga se actum esset fratribus indicavit; cunctisque congaudentibus ad ministerium, quod sollicitus exhibere solebat, quasi flagello probante castigatior rediit."[13]

Dies heißt übersetzt:[14]

> „In diesem Kloster gab es einen gewissen Bruder namens Baduthegn, der ziemlich lange den Dienst für die Gäste versah und jetzt noch am Leben ist; von allen Brüdern und allen hinzukommenden Gästen erhielt er das Zeugnis, ein Mann von großer Güte und Frömmigkeit zu sein und der ihm übertragenen Aufgabe nur um des himmlischen Lohnes willen ganz ergeben. Als dieser eines Tages die Mäntel und Decken, die im Gästehaus gebraucht wurden, im Meer gewaschen hatte, wurde er auf dem Heimweg mitten auf dem Wege von einer plötzlichen Unpässlichkeit [molestia] befallen, so dass er zu Boden stürzte, einige Zeit hingestreckt dalag und schließlich kaum mehr aufstehen konnte. Als er aufstand, spürte er, dass eine Hälfte seines Körpers vom Kopf bis zu den Füßen von der Schlaffheit einer Lähmung [languore paralysis] befallen war, und nur mit größter Anstrengung und auf einen Stock gestützt gelangte er nach Hause. Das Leiden steigerte sich allmählich und wurde bei Einbruch der Nacht schlimmer, so dass er im folgenden Morgengrauen kaum selbstständig aufstehen oder einhergehen konnte. Von diesem Übel getroffen, fasste er den höchst segensreichen Entschluss in seinem Geiste, so gut es eben ging, zur Kirche zu gehen, an das Grab des verehrungswürdigsten Vaters Cuthbert zu treten und dort auf gebeugten Knien demütig die himmlische Gnade zu erflehen, nämlich dass er entweder von derartiger Lähmung befreit werden möge, wenn es ihm nützlich sei, oder aber den auferlegten Schmerz geduldig und ruhigen Geistes möge ertragen können, wenn er nach der Vorsehung der göttlichen Gnade von einem solchen Übel länger gezüchtigt werden sollte. Er handelte also, wie er sich im Herzen vorgenommen hatte, und betrat, die schwachen Glieder auf einen Stock gestützt, die Kirche, warf sich am Leibe des Gottesmannes nieder und bat in frommer Absicht, der Herr möge ihm durch dessen Fürsprache gewogen sein. Und als er zwischen den Gebeten gleichsam in einen tiefen Schlaf fiel, ist ihm, wie er später selbst zu erzählen pflegte, als hätte ihn eine große und breite Hand am Kopf an der Stelle, wo er litt, berührt und hätte mit nämlicher Berührung jenen ganzen Teil seines Körpers, der von der Lähmung

---

[11] Das Praesens historicum betont den entscheidenden Moment des Eingreifen Gottes. Obwohl auch ein Strang der Überlieferung das Perfekt aufweist – also „sensit" statt „sentit" – ziehen wir das Praesens vor. Beda will diesen alles entscheidenden Augenblick besonders hervorheben, wie er ihn kurz hernach auch durch die Alliteration auf „s" herausstreicht, wobei besonders reizvoll ist, dass auch „sentit" mit „s" beginnt und so Bezug zur Alliteration aufweist. Hier ist eine höchst kunstvolle Ausgestaltung der Kernstelle der Erzählung unverkennbar, die Beda offenkundig ganz besonders am Herzen lag.

[12] Die Alliteration auf „s" in der Textpassage „sanissimus surrexit, ac pro sua sanitate" betont den wundersamen Heilungsvorgang stilistisch, in Fortführung des kurz zuvor stehenden „sanitate subsequente".

[13] Text nach Colgrave/Mynors (1969), S. 444-446.

[14] Übersetzung des Verfassers.

> befallen war, bis zu den Füßen entlang gestrichen, wobei das Leiden allmählich verschwand und die Gesundheit zurückkehrte. Als dies geschehen war, erwachte er alsbald, stand völlig gesund auf, dankte dem Herrn noch einmal für seine Genesung und erzählte den Brüdern, was ihm widerfahren war. Und zur Freude aller kehrte er in den Dienst, den er eifrig zu verrichten pflegte, zurück, gewissermaßen durch diese strenge Prüfung in höherem Maße gefestigt."

4. Zum Bericht des Beda Venerabilis

Die vorliegende Wundererzählung kann nun von verschiedenen Warten aus betrachtet werden.

Zum einen ist sie ein unverkennbares Beispiel für die Macht des Glaubens so wie die Macht Gottes, die selbst schwere Leiden zu überwinden vermögen.[15] Die eingangs betonte Frömmigkeit des Baduthegn spiegelt sich insbesondere in seinem Gottvertrauen und seiner Demut wider. Er hadert nicht mit dem Herrn, sondern versucht, sich zunächst selbst zu helfen, und vertraut im Übrigen auf Gott und die Fürsprache des Cuthbert. Auch seine Bitte an Gott ist demütig gehalten: Er wünscht sich Befreiung von dem Übel, und wenn dies nicht Gottes unerfindlichem Ratschluss entsprechen sollte, so möge er doch wenigstens so gestärkt werden, dass er sein schlimmes Schicksal leichter ertragen könne. Kein Wort von Vorwurf oder gar Auflehnung gegenüber dem Herrn kommt ihm in den Sinn oder gar über die Lippen. Umso mehr freut sich Baduthegn, als ihm durch die Erscheinung der sprichwörtlichen Hand Gottes das Leiden genommen wird. Und nach dem Dankgebet und dem Lobpreis des Wunders Gottes, das er den Brüdern offenbart, geht er wieder unbeirrt an seine Arbeit. Fast verklärt ist der Schluss: Baduthegn geht gestärkt aus dem Geschehen hervor, ähnlich wie Hiob im Alten Testament, der sich nach unsagbaren Prüfungen schließlich wieder in der Gnade Gottes weiß.

Dass sich Baduthegn an Cuthbert als heiligen Fürsprecher wandte, mag zunächst naheliegend sein: Cuthbert war der örtliche „vir Dei", und da lag es für einen frommen Mönch nahe, sich ihm anzuvertrauen. Es ist aber auch denkbar, dass sich Baduthegn mit diesem Leiden gezielt an Cuthbert gewandt hat.[16] Wir dürfen schließlich annehmen, dass er mit dem Leben des Cuthbert bestens vertraut gewesen ist. Und Cuthbert hatte bereits zu Lebzeiten zahllose Heilungswunder vollbracht.[17] Dass sich darunter gerade auch Heilungen von Gelähmten befanden, ist aus praktischen – Lähmungen sind immer schwerwiegende Ereignisse im Leben eines Menschen, sie werden als schicksalhaft empfunden und man wird alles tun, ihrer Herr beziehungsweise sie wieder loszuwerden – wie theologisch-

---

[15] Gardner (1983) bietet eindrucksvolle Beispiele aus der heutigen Klinik und Praxis, die er in aufschlussreicher Weise mit den Wundern des Cuthbert parallelisiert.

[16] Finucane (1973) zeigt für das Hohe Mittelalter in England am Beispiel zweier Heiliger, des heiligen Eremiten Godric von Finchale und des heiligen Märtyrerbischofs Thomas Becket, wie sich bestimmte Patienten und Patientengruppen ganz bestimmten heiligen Fürsprechern zuwandten. Daraus entwickelte sich der reiche und vielfältige Kanon der Patrone für bestimmte Leiden. Zu den Patronen, die beim Schlaganfall angerufen wurden, zählen der heilige Wolfgang und der heilige Andreas Avellino, vgl. ausführlich Moog/Karenberg (2003b).

[17] Vgl. Gardner (1983).

biblischen Gründen naheliegend.[18] Baduthegn mag aber insbesondere ein spektakulärer Fall einer Nonne in den Sinn gekommen sein, die ebenfalls unter einer Art von Halbseitenlähmung gelitten hatte.[19] Auch diese hatte unter einer Lähmung gelitten; im Vordergrund stand aber ein unerträglicher Kopfschmerz wie ein ebensolcher Schmerz an der gesamten Flanke der gegenüberliegenden Körperseite. Die Befunde bestanden ein ganzes Jahr lang, und die Ärzteschaft hatte die Patientin bereits aufgegeben. Nach einer erbetenen Salbung mit geweihtem Öl durch Cuthbert ging die Symptomatik sogleich zurück und heilte binnen weniger Tage aus. Beda schildert die gesamte Begebenheit im 30. Kapitel des „Liber de vita et miraculis Sancti Cuthberti, Lindisfarnis episcopi".[20]

Wenn hier auch nach heutigem Dafürhalten ein Schlaganfall als Ursache wohl kaum in Frage kommt, dürfte doch die Halbseitensymptomatik bei dieser Nonne ihren Zeitgenossen mit dem Leiden des Gastmeisters vergleichbar erschienen sein. Somit mochte Baduthegn den heiligen Cuthbert durch die bereits bewirkte Heilung in einer Art Parallelfall in besonderer Weise für einen geeigneten Helfer und Fürsprecher in seinem eigenen Falle halten.

Dem Medizinhistoriker fällt vor allem die Art und Weise der Heilung ins Auge. Es liegt letztlich eine Form der Inkubationsheilung vor, wie wir sie schon von den Asklepiosheiligtümern der Antike kennen.[21] Durch die Ruhe am heiligen Ort wird das Leiden genommen oder gelindert oder der Patient erfährt, wie er zu einer Heilung gelangen kann.

Der Neurologiehistoriker schließlich wird in der Erzählung zahlreiche Elemente finden, die sich mit einem reversiblen Schlaganfall im Sinne einer TIA gut vereinbaren lassen, ja als pathognomonisch gelten dürfen: Baduthegn wird plötzlich von dem Leiden getroffen, ohne erkennbare äußere Umstände. Er liegt eine Zeit am Boden und hat dann eine unverkennbare Halbseitenlähmung. Dass er sich noch mit Mühe fortbewegen konnte, ließe sich mit der häufigen brachiofazialen Betonung von apoplektischen Symptomen bei Durchblutungsstörungen im Carotisstromgebiet des Gehirns erklären, in deren Folge die untere Extremität noch in gewissem Maße funktionstüchtig bleibt. Die vollständige Genesung binnen weniger als 24 Stunden erlaubt dann, von einer TIA zu sprechen. Zumindest wäre eine TIA eine gut nachvollziehbare Erklärung des Geschehnisses, denn noch heute pflegt dieses neurologische Phänomen den Patienten wie die Angehörigen geradezu zu überwältigen, und selbst der Arzt, der um das Wie und Warum weiß, ist immer wieder beeindruckt.

5. Vergleich der Wunderberichte

Vergleicht man den Bericht des Beda mit der Darstellung des Bonaventura, so zeigen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede bzw. Gegensätze. Bonaventura schildert eine tradierte Legende, wobei wir nicht erfahren, ob noch Augenzeugen oder gar der betroffene Uber-

[18] Finucane (1973) betont, dass Heilungen von Lähmungen zu den besonders typischen Wundern an Gräbern von Heiligen zählen. Dies ist in gewissem Sinne auch biblisch vorgegeben, denn zu den von Jesaja (Jes. 35,6) als Zeichen der Heilszeit vorhergesagten Wundern zählt eben gerade auch, dass Lahme (wieder) gehen können, worauf sogar Christus selbst im Evangelium ausdrücklich Bezug nimmt (Matt. 11,2-6).

[19] Vgl. hierzu Gardner (1983), S. 1931, der auf den Fall des Baduthegn allerdings nicht eingeht.

[20] Text nach Migne (1862), Sp. 770f.

[21] Vgl. Finucane (1973), S. 344.

tinus selbst am Leben sind, was grundsätzlich möglich wäre. Beda legt expressis verbis einen Augenzeugenbericht vor, denn Baduthegn ist zur Zeit der Abfassung noch am Leben und berichtet, wie aus dem Text selbst hervorgeht („ut ipse postea referre erat solitus"), offensichtlich gern und oft von der wundersamen Begebenheit. Möglicherweise hat Beda demzufolge selbst mit ihm gesprochen oder korrespondiert; er war ja ein eifriger Briefeschreiber. Dabei ist offenkundig, dass der Augenzeugenbericht als besonders eindringliches Zeugnis von Wundern schon dem Neuen Testament, den Evangelien (z. B. Joh. 19,35) wie etwa auch den Briefen des heiligen Paulus (z. B. 1 Kor. 15,6), eigentümlich ist.

Ausgangspunkt der wundersamen Ereignisse ist bei Bonaventura ein leider nicht näher erklärtes Erschrecken oder Entsetzen des Ubertinus. Baduthegn dagegen wird mitten in der Verrichtung seiner alltäglichen Pflichten als Gastmeister des Klosters „vom Schlag getroffen". Ein Schrecken oder Erschrecken kommt hier als Ursache nicht vor, eher ein Erschrecken ex post ob der Geschehnisse selbst. Die klinischen Symptome sind in der Schilderung des Bonaventura vielfältiger, werden daher auch umfänglicher und präziser dargestellt, und das Krankheitsbild als Ganzes ist augenscheinlich dramatischer. Baduthegn leidet „nur" unter einer Schlaffheit des Körpers im Sinne einer inkompletten Lähmung als dem einzigen genannten Symptom, wobei allerdings die Hervorhebung der Halbseitensymptomatik offenkundig und wegweisend ist.

Die Hinwendung an Heilige als Fürsprecher in auswegloser Lage ist vergleichbar. Allerdings ist bei Baduthegn zu beachten, dass sein Ersuchen zweigeteilt ist, während wir von Ubertinus gar keinen expliziten Wunsch erfahren, vielmehr allein die Tatsache, dass er den heiligen Franziskus um Hilfe bat. Baduthegn hält – ganz im Sinne der Worte „Dein Wille geschehe" des Vater Unser – den göttlichen Willen der Ereignisse für möglich und erbittet für diesen Fall, gleichsam ein Vorbild an Gottergebenheit, nur um die Fähigkeit, das verhängte Schicksal leichter ertragen zu können. Den frommen Wunsch einer völligen Genesung hatte er allerdings vorausgeschickt.

Der Aspekt der Inkubationsheilung[22] ist bei Baduthegn prägnanter hervortretend als im Falle des Ubertinus. Ubertinus liegt – wie bei einem todkranken Mönch auch gar nicht anders zu erwarten – im Infirmarium des Klosters. Der heilige Franziskus begibt sich demzufolge höchstselbst zu dem Leidenden, da dieser ja offensichtlich nicht in der Lage ist, sich fortzubewegen. Baduthegn dagegen geht – weil er noch dazu im Stande ist – an das Grab des Cuthbert, wo er sich Hilfe erhofft, und seine fromme Kniebeuge oder Prostration mündet in einem Trancezustand,[23] währenddessen die wundersame Heilung erfolgt. Wichtig ist hierbei zu beachten, dass das Verweilen am Grabe von Heiligen, der Aufenthalt an und auf ihm, ja sogar und gerade das Nachtlager daneben oder darauf in Antike und Mittelalter nichts unnatürliches waren und damit Ausdruck von tiefer Frömmigkeit, und keineswegs Zeichen von finsterer Romantik oder dergleichen, wie es heute manchem Zeitgenos-

[22] Ward (1976), S. 74, beobachtet die Inkubation im Sinne des Nächtigens in einer Kirche auch andernorts in Bedas Schriften: dem Bischof Laurence begegnet im Traum in der Kirche St. Peter und Paul der heilige Petrus persönlich und weist ihn heftig zurecht.

[23] Finucane (1973), S. 344, betont, dass eine Phase von „unconsciousness" typisch für mittelalterliche Wunderheilungen an Gräbern von Heiligen gewesen sei.

sen erscheinen mag.[24] Selbst in der Gegenwart wird dieser alte segensreiche Brauch noch bisweilen gepflegt. In der Katholischen Pfarrkirche Maria Himmelfahrt zu Andernach – auch Liebfrauenkirche genannt – sieht man noch heute im Bereich des Westwerkes den steinernen Sarkophag eines Mönchs, der dem Vernehmen nach an der Schwindsucht verstorben ist. Dabei wundert den Betrachter die Ausführung des Steinsargs, der eher wie ein steinernes Bett unter einem der Türme steht. Bei einem Besuch vor einigen Jahren erzählte ein betagter Kirchenwächter dem Verfasser, dass in dessen Jugend – das mag vor dem Zweiten Weltkriege gewesen sein – noch Lungenkranke nach altem örtlichen Brauch auf diesem Sarkophag übernachtet hätten, um so Heilung oder Linderung ihrer Leiden zu erlangen.

Die heilende Macht selbst ist bei Bonaventura ganz persönlich akzentuiert und unzweifelhaft als St. Franziskus zu erkennen. Bei Baduthegn ist die Darstellung zweifellos abstrakter.[25] Er fühlt sich von einer großen Hand umsorgt und geheilt. Dies ist offenkundig die sprichwörtliche „Hand Gottes" selbst, wie sie schon in der Frühzeit auf Bildern, Fresken und dergleichen dargestellt wurde. Dass ohnehin der Hand – einer in dieser Form und Verwendung einzigartigen und dem Menschen wie Gott eigenen anatomischen Struktur – etwas zutiefst Therapeutisches innewohnt, hat Markwart Michler in seiner wegweisenden Studie überzeugend dargelegt.[26]

Der frohgemute Schlussakkord, fast möchte man dramaturgisch von einem Schlusschor des Geheilten und der entzückten Augenzeugen sprechen, ist ausgesprochen ähnlich gestaltet. Wie könnte eine ergreifende Wundergeschichte aus der Feder eines frommen Autors auch besser enden? Doch auch hierin liegt zugleich ein gewisser Unterschied: Bonaventura lässt die Szene in der Kirche bei der Eucharistiefeier, der Dankesfeier, die für Ubertinus nun in besonderer und ganz persönlicher Hinsicht eine solche ist, enden. Beda kehrt gleichsam zu dem alltäglichen Ausgangspunkt der Geschichte zurück: Baduthegn kann sein Tagewerk wieder aufnehmen, gleichsam dort wieder einsetzend, wo er unterbrochen wurde, nun freilich gestärkt durch Gottes Gnadenerweis.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass Bonaventura bei seinem Wunderbericht auf eine ausgefeilte, vielschichtige Darstellung,[27] bei der er den reichen Schatz seines Wissens ausbreitet, und eine theologische Ausdeutung Wert legt. Beda, nicht minder belesen und wortgewaltig, baut dagegen auf die Authentizität des Augenzeugenberichtes – das Einfache und Ungekünstelte ist offensichtlich für ihn gerade das Überzeugende. Doch auch Beda lässt es sich, wie oben gezeigt, nicht nehmen, etwa bei der Schilderung des entscheidenden Augenblickes der Wunderheilung, dem unmittelbaren Eingreifen der Allmacht Gottes, sein ganzes stilistisches Können aufblitzen zu lassen.

---

[24] Finucane (1973), S. 344, stellt für das Hohe Mittelalter in England fest: „Such vigils varied in length from a few minutes to several days, during which the infirm slept within the church, reminiscent of Aesculapian incubation cures".

[25] Ward (1976), S. 73, bietet einen weiteren Fall, wo die übersinnliche Macht, die ein Wunder tut, ausgesprochen abstrakt wiedergegeben wird: Caedmon, dem auf wundersame Weise die Gabe poetischen Singens zuteil wird, empfindet die Person, die ihn zum Singen und Dichten anweist, als „quidam", also „jemanden", der neben ihm steht.

[26] Michler (1972).

[27] Vgl. hierzu die ausführlichen Ausführungen bei Moog/Karenberg (2004).

6. Das Werk Bedas als Vorlage des Bonaventura

Abschließend steht die Frage im Raum, inwieweit der Bericht des Beda dem heiligen Bonaventura bekannt gewesen sein mag und ob der Bericht des Beda ihm dann als Vorlage für seine Erzählung vom wundersamen Schicksal des Ubertinus gedient haben mag. Dabei ist vorauszuschicken, dass nicht völlig auszuschließen ist, dass allein der pathophysiologisch vergleichbare Ablauf eben dieses spezifischen Krankheitsgeschehens[28] zu einer Parallelität führt und Bonaventura der Text des Beda unbekannt gewesen ist. Doch darf man mit hoher Wahrscheinlichkeit vermuten, dass Bonaventura die Schriften des Beda, insbesondere sein Hauptwerk, schon gekannt hat. Möglicherweise wurde die „Historia ecclesiastica gentis Anglorum" noch zu Lebzeiten des Beda in Echternach vervielfältigt.[29] Colgrave und Mynors belegen die frühe und verbreitete Existenz von Abschriften in italienischen Klöstern und Bibliotheken.[30] Es ist daher naheliegend, dass Bonaventura, einem herausragenden Gelehrten seiner Zeit mit mannigfaltigen Kontakten, die Schilderung des Beda bekannt gewesen ist. Dabei möchten wir ihm hier keine Erfindung oder Kopie eines Wunderberichtes nach der Vorlage des Beda unterstellen. Es ist vielmehr anzunehmen, dass die Parallelität der Ereignissee, die der Neurologe typische pathologische und pathophysiologische Konstanten nennen würde, ihm Beleg der Wahrhaftigkeit gewesen sein dürfte. Es ergab sich eben für Bonaventura die Vergleichbarkeit nicht aus der ihm ohnehin mutmaßlich unbekannten klinischen oder gar pathophysiologischen Parallelität, sondern aus dem allzeit gleichen und unwandelbaren Wirken der Allmacht Gottes. Wenn das dem Bonaventura untergekommene Wunder dem Zeugnis eines hochgeschätzten Heiligen der frühen Christenheit zufolge schon früher und andernorts stattgefunden hatte, so mochte dies umso mehr die Macht Gottes betonen, ihre ewige Kontinuität bezeugen. Die Analogie der Wunder machte sie umso glaubhafter, gerade über die Jahrhunderte hinweg, stellte gewissermaßen einen intellektuellen Wahrheitsbeleg dar. Insofern dürfte Beda nicht die sachliche, wohl aber eine geistige bzw. geistliche Vorlage für Bonaventura dargestellt haben. Der Kirchenlehrer aus dem alten Britannien hat also durch seinen engagierten Bericht auch den späteren Kirchenlehrer aus Italien belehrt.

[28] Vgl. Anm. 18.

[29] Vgl. die Leseprobe aus einem Echternacher Codex bei Zimmermann (1931), unter Sp. 81f.

[30] Colgrave/Mynors (1969), S. LXIXF.

Literatur

1. Die Bibel. Altes und Neues Testament (Einheitsübersetzung), Freiburg/Basel/Wien 1995.
2. Bonaventura (1941): Legendae S. Francisci Assisiensis saeculis XIII et XIV conscriptae ad codicum fidem recensitae. Fasciculus V: S. Bonaventura, Doctor Seraphicus, Legenda maior et Legenda minor S. Francisci, Iacobus de Voragine O. P., Vita S. Francisci; Bavarus quidam, O. S. B., Legenda Monacensis S. Francisci. Editae a pp. collegii S. Bonaventurae, Quaracchi 1941 (= Analecta Franciscana, 10).
3. Bonaventura (1898): Seraphici Doctoris S. Bonaventurae legendae duae de vita S. Francisci Seraphici, editae a pp. collegii S. Bonaventurae, Quaracchi 1898.
4. Colgrave/Mynors (1969): Bede's Ecclesiastical History of the English People, herausgegeben von Bertram Colgrave und Roger A. B. Mynors, Oxford 1969.
5. Crépin et al. (2005): Bède le Vénérable, Histoire ecclésiastique du peuple Anglais (Historia ecclesiastica gentis Anglorum), Bd. 2 (Livres III-IIII), eingeleitet von André Crépin, Textkritik durch Michael Lapidge, Übersetzung von Pierre Monat und Philippe Robin, Paris 2005 (= Sources chrétiennes, 490).
6. Elm (1986): Kaspar Elm, Franziskus von Assisi, in: Lexikon des Mittelalters, Bd. 4, München/Zürich 1989, Sp. 830-833.
7. Finucane (1973): Ronald C. Finucane, Faith Healing in Medieval England: Miracles at Saints' Shrines, Psychiatry. Journal for the Study of Interpersonal Processes 36 (1973), S. 341-346.
8. Gardner (1983): Rex Gardner, Miracles of healing in Anglo-Celtic Northumbria as recorded by the Venerable Bede and his contemporaries: a reappraisal in the light of twentieth century experience, British Medical Journal 287 (1983), S. 1927-1933.
9. Michler (1972): Markwart Michler, Die Hand als Werkzeug des Arztes. Eine kurze Geschichte der Palpation von den Anfängen bis zur Gegenwart, Wiesbaden 1972 (= Beiträge zur Geschichte der Wissenschaft und der Technik, 12).
10. Migne (1862): Venerabilis Bedae, Anglo-Saxonis Presbyteri, Opera omnia, accurante et denuo recognoscente Jaques-Paul Migne, Bd. 1, Paris 1862 (= Patrologiae, XCIV).
11. Moog (2013): Ferdinand Peter Moog, Retrospective diagnosis, in: Roger S. Bagnell et al. (Hrsg.), The Encyclopedia of Ancient History, Hoboken (NJ) 2013, S. 5811.
12. Moog/Karenberg (2003a): Ferdinand Peter Moog, Axel Karenberg, St. Francis came at dawn – the miraculous recovery of a hemiplegic monk in the Middle Ages, Journal of the Neurological Sciences 213 (2003), S. 15-17.
13. Moog/Karenberg (2003b): Ferdinand Peter Moog, Axel Karenberg, Heilige als Patrone gegen den Schlaganfall, Early Sciene and Medicine 8 (2003), S. 196-209.
14. Moog/Karenberg (2004): Ferdinand Peter Moog, Axel Karenberg, Ein Bericht des heiligen Bonaventura im Spiegel der Neurologiegeschichte, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 23 (2004), S. 169-178.
15. Plummer (1896): Venerabilis Baedae. Historiam ecclesiasticam gentis anglorum historiam abbatum epistolam ad ecgberctum una cum historia abbatum auctore anonymo, ad fidem codicum manuscriptorum denuo recognovit commentario tam critico quam historico instruxit Charles Plummer, Bd. 1, Oxford 1896.

16. Spitzbart (1982): Günter Spitzbart, Beda der Ehrwürdige: Kirchengeschichte des englischen Volkes, übersetzt von Günter Spitzbart, Bd. 2, Darmstadt 1982 (= Texte zur Forschung, 34,2).
17. Wallace-Hadrill (1976): John M. Wallace-Hadrill, Bede and Plummer, in: Gerald Bonner, Famulus Christi. Essays in Commemoration of the Thirteenth Centenary of the Birth of the Venerable Bede, London 1976, S. 366-385.
18. Ward (1976): Benedicta Ward, Miracles and History: a Reconsideration of the Miracle Stories used by Bede, in: Gerald Bonner, Famulus Christi. Essays in Commemoration of the Thirteenth Centenary of the Birth of the Venerable Bede, London 1976, S. 70-76.
19. Zimmermann (1931): Alfons Zimmermann, Beda, in: Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. 2, 2. neubearb. Aufl. Freiburg im Breisgau 1931, Sp. 82f.

Das Benediktbeurer Rezeptar – „Dreckapotheke“ oder Quelle tradierten Wissens?

Peter Schantz

Insbesondere den Klöstern mit ihren Bibliotheken und Schreibstuben ist es zu verdanken, dass Teile des natur- und geisteswissenschaftlichen Wissens der Spätantike und des Frühen beziehungsweise Hohen Mittelalters erhalten geblieben sind. Die Klöster entwickelten sich auch auf dem Gebiet der Medizin zu Zentren der Wissenschaft, Forschung und Bildung, in denen die Künste des Lesens und Schreibens gepflegt und weitergegeben wurden, während die Menschen Westeuropas unter den Wirren von Bevölkerungsverschiebungen, Krieg und Krankheit litten.

Das Kloster Benediktbeuern wurde um die Mitte des 8. Jahrhunderts gegründet und unter das Patrozinum des hl. Jakob und des hl. Benedikt gestellt. Es entwickelte sich unter den Karolingern zu einer bedeutenden Reichsabtei mit einer ebenso bedeutenden Schreibstube. Im Hochmittelalter war das Kloster Benediktbeuern zu einem der kulturellen Zentren des Reiches avanciert.[1]

Aus dieser Klosterschule ging eine der ältesten Quellen mittelalterlicher Phytotherapie im deutschen Sprachraum hervor: Eine um 1250 verfasste Handschrift aus der Bibliothek des Klosters Benediktbeuern in Oberbayern, die seit der Säkularisation 1803 im Hauptstaatsarchiv der Bayerischen Staatsbibliothek aufbewahrt wird.[2] Beim Benediktbeurer Rezeptar handelt es sich um ein aus der Antike tradiertes Werk der Pflanzenheilkunde, das die Mönche des Klosters ins Mittelhochdeutsche übersetzten. Es umfasst 35 Pflanzen mit genauen Beschreibungen und Anwendungsempfehlungen, welche die Mönche für ihre Bedürfnisse und an ihren Standort angepasst verwendet haben.

Das Benediktbeurer Rezeptar ist als Ergänzung zu einem „liber tabularum“ zu sehen, worauf am Ende des Rezeptars verwiesen wird. Es weist alle Charakteristika frühmittelalterlicher Rezeptliteratur auf[3] und vereint christlich geprägten Volksaberglauben und die antike Dreckapotheke[4] mit tradiertem Wissen aus antiken Quellen. Vermutlich steht das Benediktbeurer Rezeptar in enger Beziehung zum „Macer floridus“ des Odo von Meung, der wiederum antikes Wissen kolportiert. Die vorliegende Studie untersucht, ob die aufgeführten Rezepturen aus heutiger Sicht medizinisch begründbar sind und möglicherweise als Quellen für eine traditionelle Anwendung dienen können.

---

[1] Jarnut (1980).

[2] Hauptstaatsarchiv München, Klosterliteralien Benediktbeuern, 32.

[3] Fischer (1921).

[4] In der sogenannten Dreckapotheke haben sich antike Praktiken der Dämonenabwehr aus dem Volksglauben konserviert, deren Spezialitäten ursprünglich böse, krankmachende Geister abschrecken sollten. Die Wirkung ekelerregender Substanzen könnte in der Verstärkung des Placeboeffekts durch Überwindung des natürlichen Widerwillens gelegen haben. Eine wichtige Rolle spielten Kot, Urin und Drüsensekrete von Mensch und Tier (z.B. stercus columbarum = Taubenmist), bestimmt zur innerlichen oder zur äußerlichen Anwendung. Die Palette der auf eine potenzierende Wirkung abgestellten Beigaben war breit (z.B. Armesünderfett, Speichel, Nasenschleim, Schweiß, Sperma, Ohrenschmalz, Menstrualblut, Nachgeburtsteile) und findet sich teilweise auch im „Lorscher Arzneibuch“. Vgl. dazu Stamatu (2005).

1. Arzneipflanzenkunde in Klöstern und Medizinschulen

Die abendländische Materia Medica folgt zunächst wie jeder andere Wissenschaftszweig dem allgemeinen Überlieferungsweg der abendländischen Medizin, der mit den ersten Schriftzeugnissen und Rezepturen in den archaischen Hochkulturen beginnt, über die griechische, römische und islamische Welt in das lateinische Mittelalter und in die Renaissance einmündet, um von hier in die naturwissenschaftliche Moderne zu gelangen.

Die Epoche der Arzneipflanzenkunde in Klöstern umfasst etwa das Frühe und Hohe Mittelalter, insbesondere die Zeit vom 8. bis zum 12. Jahrhundert. In diesem Zeitabschnitt wurde die medizinische Versorgung Europas vorwiegend in den Klöstern, also von Mönchen und Nonnen, vorgenommen. Sie versuchten, die medizinischen Kenntnisse der Antike zu erhalten. Dies gelang jedoch nur teilweise, nicht zuletzt deshalb, weil der Anschluss an die griechische Sprache verloren ging. Die großen Ärzte der Spätantike waren Griechen gewesen, deshalb war auch die medizinische Fachliteratur in griechischer Sprache verfasst worden. Hintergrund für das Selbstverständnis dieses klerikalen Auftrags sind die von Benedikt von Nursia (gestorben um 547) eingeführten Ordensregeln, die maßgebend für Westeuropa wurden und sowohl auf die Geschichte Europas als auch auf die europäische Medizin direkten Einfluss hatten, da darin auch die Sorge um die Kranken für die Mönchsgemeinschaft festgehalten wird. Die Klöster waren ab dem 8. Jahrhundert die Keimzellen westeuropäischer Kultur und der Benediktinerorden[5] machte es sich zur Aufgabe, das antike Wissen zu bewahren und aufzubereiten.

Da die Sprache der Wissenschaft der Spätantike griechisch war, verlief die Entwicklung der abendländischen Medizin im west- und oströmischen Reich unterschiedlich. Während nach der Teilung Roms im vierten Jahrhundert die antike Wissenschaft und Philosophie im oströmischen (byzantinischen) Reich noch über 1000 Jahre lang eine kontinuierliche Überlieferung erlebte – nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass die griechische Sprache in Byzanz Verkehrs- und Wirtschaftssprache war – und es damit zu keiner merklichen Zäsur kam, kann demgegenüber im lateinischen Westen des römischen Imperiums ein deutlicher Bruch mit der antiken Wissenschaftstradition festgestellt werden. Ethnische Umschichtungen im Zuge der Völkerwanderung, das Vorherrschen weitgehend schriftloser Kulturen oder der rapide Bevölkerungsrückgang führten zu außerordentlich schlechten Rezeptionsbedingungen.[6] Zudem erwies sich die griechisch-lateinische Sprachbarriere als kaum überbrückbares Hindernis. Die Sprache der Naturphilosophie und Medizin war griechisch, und sie ist griechisch geblieben, auch nachdem das lateinische Rom die politische Führung der europäischen Welt übernommen hatte. Im westlichen Abendland trugen das Christentum und die lateinische Sprache der Bibel und der Liturgie zur Schaffung eines gemeinsamen kulturellen Raumes bei. Während die Fähigkeit des Lesens und Schreibens bei den Laien weitgehend geschwunden war, war das Studium der Bibel an ebendiese Bildungsvoraussetzungen gebunden. Daher war die Beschäftigung mit den Wissenschaften für lange Zeit fast ausschließlich auf den Klerus beschränkt.

---

[5] Das Mutterkloster der Benediktiner war 529 auf dem Hügel von Monte Cassino (ca. 140 km südlich von Rom gelegen) von Benediktus, dem Begründer des Mönchtums in Westeuropa, gegründet worden.
[6] Freyer (1998), S. 8.

2. Medizinische Tätigkeit und christliche Religion

Um ihres Selbstverständnisses Willen sah sich die Kirche gezwungen, heidnisches Kulturgut der Antike nur in begrenzter Auswahl zu übernehmen. Im 11. und 12. Jahrhundert versuchte die Klostermedizin, über die arabische Welt, die einen direkteren Zugang zu den griechischen Werken hatte, das medizinische Wissen zu vermehren. Damit konnte das Abendland auch an den neuen Erkenntnissen der arabischsprachigen Welt teilhaben. So war für diese Zeit das Bemühen charakteristisch, antikes Bildungsgut mit christlichen Glaubensinhalten zu verbinden. Wissenschaft diente dem Zweck, ein besseres Verständnis der göttlichen Offenbarung zu erlangen. Das Studium der antiken Werke diente vor allem dazu, am Beispiel der vielgestaltigen Erscheinungen der belebten Natur die Existenz eines Schöpfergottes herauszustellen.[7] Medizin und Pflanzenkunde waren wichtige Themen klösterlicher Forschung. Die Klosterpforte war im ersten christlichen Jahrtausend zweifellos die angesehenste medizinische Instanz, zumindest im heutigen Deutschland, in Frankreich und Italien. Die gelehrten Mönche gaben das Wissen der antiken Autoritäten weiter und experimentierten selbst in ihren Klostergärten. Dieses medizinisch-botanische Forschungsinteresse hielt sich in vielen Abteien und Konventen bis zur Reformationszeit. Auch nach Gründung der Universitäten und dem Aufkommen des akademisch gebildeten Arztes wurde das medizinische Basiswissen vor allem in ländlichen Gebieten über die Klöster vermittelt.[8]

Das älteste erhaltene Werk der Klostermedizin im deutschsprachigen Raum, ein Meilenstein auf dem Weg der Neuorientierung der frühmittelalterlichen Medizin, ist das „Lorscher Arzneibuch“ (Staatsbiblitohek Bamberg). Dieser Codex ist die älteste erhaltene medizinisch-pharmazeutische Handschrift innerhalb des heutigen Deutschland. Er wurde im Skriptorium des Klosters Lorsch um das Jahr 795 geschrieben. Der Einleitungstext rechtfertigt die Heilkunde gegen Angriffe solcher Christen, die mit der Heilkunst einen Eingriff in den göttlichen Heilsplan ablehnten. Der Verfasser leitet aus den biblischen Texten das Recht und auch die Pflicht ab, dem Kranken mit den durch den Heiligen Geist gegebenen Kenntnissen und den von Gott geschaffenen Mitteln zu helfen. Er kann als einer der Schlüsseltexte für die Aneignung antik-heidnischer „disciplinae“ für die eigene christliche Gegenwart angesehen werden, für die Antikenrezeption also, die zu den Charakteristika der sogenannten „karolingischen Renaissance“ gehört. Obwohl sich folglich das Frankenreich als Sachverwalter des Römischen Reiches sah, griff es nicht in dem Maße auf die Strukturen zurück, wie dies in der oströmisch-christlichen Hemisphäre der Fall war. Einziger Träger des antiken Erbes waren die Klöster des Frühmittelalters, die durch die iroschottische Mönchskultur des 7. und 8. nachchristlichen Jahrhunderts in ihrer Entwicklung begünstigt wurden.[9] In der Tat ist gerade im letzten Jahrzehnt des achten Jahrhunderts eine besonders intensive Beschäftigung mit den (Natur-)Wissenschaften zu beobachten. Das Vorwort des Lorscher Arzneibuches schafft die Verbindung des nach wie vor gültigen Erklärungsmodells mit der Erkenntnis einer physischen Disposition zum Kranksein, die – mit Hilfe und

[7] Nabielek (1998), S. 98.
[8] Bergdolt (1992), S. 202.
[9] Zur frühmittelalterlichen Geschichte vgl. Prinz (1985), S. 331-336; zur Entwicklung des Klosterwesens vgl. Schwaiger (1993), S. 9-43.

Zustimmung Gottes – nichts anderes als Hilfe im Sinne christlicher Nächstenliebe fordert. Damit war die Legitimität ärztlichen Tuns begründet und die Beschäftigung mit der antiken Heilkunde gerechtfertigt.

3. Die Klöster als Zentren medizinischen Wissens

Im Frühjahr des Jahres 796 beschreibt Alkuin, einflussreichster Ratgeber Karls des Großen und Leiter von dessen Hofschule, in einem Gedicht die von Karl in verschiedene Tätigkeitsbereiche („ordines", „secta", „scholae", „agmina") organisierte Hofkapelle; das emsige Tun der secta Hippocratica, der Ärzte, freut ihn besonders. Ein Kapitular des Herrschers, ausgestellt in Diedenhofen im Jahre 805, fordert Mindestkenntnisse in der Medizin, und 819 erwähnt Hrabanus Maurus, ein Schüler Alkuins, medizinische Grundkenntnisse in seiner Beschreibung klerikaler Bildungsziele; dabei sind es die Klöster, die dies als Aufgabe zu tragen haben. Im Lorscher Arzneibuch begegnet man dem wohl am Hofe Karls zum ersten Mal im lateinischen Mittelalter formulierten Grundgedanken der Rechtfertigung der Heilkunde. Diesen Umständen ist wahrscheinlich auch die dichterische Tätigkeit des Walahfrid Strabo am Königshof Ludwigs des Frommen (Sohn und Nachfolger Karls des Großen) in Aachen zu verdanken. Walahfrid beschreibt im „Hortulus" („Liber de Cultura Hortorum") aus dem Jahr 827 n. Chr. in 444 Hexametern kurz den Gartenbau sowie 24 Pflanzenarten, wobei er in unterschiedlich ausgeprägter Weise auch auf ihre medizinische Anwendung eingeht. Der „Hortulus" ist kein Kräuterbuch, sondern ein literarisches Kunstwerk, das aber das Wissen um die Heilkraft der Pflanzen dokumentiert. Dieser Neubeginn der Medizin reifte dann im 11. Jahrhundert zu voller Blüte, als viele antike Quellen erst auf dem Umweg über die arabische Welt wieder ins Abendland kamen.

Im 11. und 12. Jahrhundert, in der Blütezeit des Mittelalters, entstanden die wichtigsten Schriften der Klostermedizin: Die Übersetzungen des Constantinus Africanus in Salerno und Monte Cassino,[10] das Werk „Circa instans",[11] der „Macer floridus" des Odo von Meung[12] und die medizinischen Werke der Hildegard von Bingen.[13] Wie Hildegard von

[10] Constantinus Africanus (1010/20-1087) war ein Laienbruder des Ordens der Benediktiner und übersetzte medizinische Texte aus dem Griechischen sowie aus dem Arabischen in das Lateinische. Dabei entstand auch eine Arzneimittellehre, der „Liber graduum". Dieses Buch bespricht in kurzen Kapiteln die Heilwirkung von 209 Pflanzen und Mineralien.

[11] Das um 1150 entstandene „Circa instans" gehört zu den zentralen Werken in der Pflanzenheilkunde. Als Autor wird ein Mitglied der Familie der Platearii, einer berühmten Salernitanischen Ärztefamilie, genannt, meistens Matthaeus Platearius. Den Namen erhielt das Werk nach seinen Anfangsworten: „Circa instans negotium in simplicibus medicinis nostrum versatur propositum" („Im Hinblick auf das dringliche Problem der Simplicien wird hiermit unser Vorschlag vorgelegt"). In der Urfassung bietet das „Circa instans" etwa 270 Arzneipflanzen-Monographien, mit Hinweisen zu Auswahlkriterien, Lagerung, Heilanzeigen und Applikationsformen. Es setzte sich als maßgebende mittelalterliche Drogenkunde durch und hatte höchsten Einfluss auch auf frühneuzeitliche Texte.

[12] Gegen Ende des 11. Jahrhunderts ließ sich Odo Magdunensis vom Gartengedicht des Walahfrid Strabo inspirieren. Er übernahm die Versform des Hexameters, schuf jedoch mit dem „Macer floridus" ein reines Lehrgedicht, das ausschließlich heilkundliches Wissen vermitteln will. Vgl. auch Mayer (1995), S. 67ff.

Bingen gehörten beispielsweise auch Aegidius Corboliensis (1140-ca. 1224) und Sigmund Albich von Prag (um 1358-1426) zu der Gruppe namhafter und praktizierender Ärzte innerhalb der Klostermauern, obwohl es dem Klerus seit den Konzilien von Clermont (1130) und Tours (1163) verboten war, ärztlich tätig zu werden. Auch in der Vita der Hedwig von Schlesien (1174-1243) wird ausdrücklich erwähnt, dass sie bei ihrer Erziehung im Kloster Kitzingen eine medizinische Ausbildung erhalten hat.[14] Obwohl im Mittelalter die Lehrmeinungen der antiken Überlieferung dominierten, zeigen sich seit dem 11. Jahrhundert hier und da neue, eigenständige Beobachtungen, die nun in die Überlieferung einflossen.

4. Der Text des Benediktbeurer Rezeptars

Im süddeutschen Raum repräsentieren die Formeln des Benediktbeurer Rezeptars einen Textbestand, der zu den ältesten oberdeutschen Rezeptsammlungen mittelhochdeutscher Sprache gehört und durch Streuüberlieferung Anschluss an das medizinische Hausbuch der frühen Neuzeit gewann. Aufbauend auf frühmittelalterlicher Rezeptliteratur zeigt das Benediktbeurer Rezeptar durch Quellengemeinschaft Übereinstimmungen mit dem so genannten „Bartholomäus“[15], mit „Meister Berchtolds Rezeptsammlung“ („St. Georgener Rezeptar“)[16] sowie mit den frühen Arzneibüchern des oberdeutschen Raums. Als Primärquellen gelten die Werke des Marcellus Empiricus, Sextus Placitus Papyrensis und Pseudo-Apuleius.[17]

Durch verschiedene handschriftliche Datumseinträge ist die Zeit seiner Entstehung in der Mitte des 13. Jahrhunderts anzusetzen.[18] Im ältesten, möglicherweise nicht mehr vollständigen, Textzeugen umfasst das Rezeptar 57 Formeln, von denen zwei tierheilkundlich ausgerichtet sind, die übrigen humanmedizinische Indikationsstellungen zeigen. Locker gefügt und ohne anatomische Ordnung sind die Rezepte oft nach thematischen Gesichts-

---

[13] Von den zahlreichen Schriften der Hildegard von Bingen (1098-1179) ist die zwischen 1150 und 1160 entstandene Schrift mit dem Titel „Liber simplicis medicinae“ für die Geschichte des Arzneischatzes besonders wichtig. Seit der ersten gedruckten Ausgabe, die 1533 in Straßburg erschien, wird sie meist „Physica“ genannt.

[14] Karge (1996), S. 79.

[15] Mit „Bartholomäus“ wird ein mittelhochdeutsches Arzneibuch aus der zweiten Hälfte des 12. Jahrhunderts bezeichnet. Der Titel „Introductiones et experimenta mag. Bartholomei et in practicam Ypocratis, Galeni, Constantini, grecorum medicorum“ soll wahrscheinlich auf Bartholomaeus von Salerno verweisen, einen berühmten Arzt und Schriftsteller. Der namentlich nicht bekannte Verfasser wirkte – wahrscheinlich als Mönchsarzt – in Thüringen. Das Werk beruht auf vorsalernitanischen und salernitanischen Quellen und verwertet auch Überlieferungen der deutschen Volksmedizin. Es gliedert sich in einen allgemeinen Abschnitt, der auch Kapitel über Konstitutionenlehre und Urologie einschließt, eine Liste von Heilanzeigen und in einen pharmazeutischen Teil.

[16] Die Rezeptsammlung Meister Berchtolds ist eine wahrscheinlich um 1350 im Kloster St. Georgen in Baden-Württemberg aus spätantik-mittelalterlichen Quellen entstandene Zusammenstellung heilkundlicher Vorschriften.

[17] Fischer (1921).

[18] Die Zeit der Entstehung des Benediktbeurer Rezeptars wird aufgrund mehrerer nachträglich eingefügter Jahresangaben innerhalb der Handschrift (auf S. 1 1279, S. 27r 1289 und S. 35 1291) in die Mitte des 13. Jahrhunderts gelegt.

punkten gereiht und zu Indikationsgruppen zusammengefasst. Der Schreiber der Benediktbeurer Handschrift hat die Überschriften am Rand in roter Schrift ausgeführt. Dadurch wurde der Text sehr platzsparend geschrieben und gleichzeitig gegliedert. Die Überschriften sind in Deutsch abgefasst und haben die Indikationen zu den einzelnen Rezepten zum Inhalt.

Nachfolgend wird eine Übersetzung des mittelhochdeutschen Textes wiedergegeben, wobei auf eine allgemeine Verständlichkeit geachtet wurde.[19]

Für den Magen: Dem sein Magen weh tut, der siede Haselwurz [Asarum europaeum] *mit Wasser und trinke das.*[20]

Für die Lunge: Dem die Lunge weh tut oder die Leber, der nehme Blätter des Dornstrauches [Rosa canina][21] *und Bertram* [Anacyclus officinarum][22] *und Hirschhorn*[23] *und mische das gut mit Wein oder mit warmem Wasser und trinke das spät und früh.*

Für den Husten: Wem der Husten weh tut, der nehme Fenchel [Foeniculum vulgare] *und stoße das in einem Mörser mit Wasser und trinke das über neun Tage hinweg.*[24]
Der viel Auswurf hat: Der viel Auswurf hat, der nehme Dill [Anethum graveolens] *und zerreibe ihn mit Honig, Wasser und benetze den Kopf damit.*
Der sehr stark erbricht: Der sehr stark erbricht, der nehme Brennnesselsamen [Urtica dioica] *und trinke diesen mit warmem Wein.*[25]

Für die Nase: Dem die Nase stinkt, der nehme Taubenmist und stoße den mit Essig und gebe das in die Nase.

---

[19] Die Übersetzung aus dem Mittelhochdeutschen erfolgte mit freundlicher Unterstützung von Johannes Gottfried Mayer, Forschungsgruppe Klostermedizin, Institut für Geschichte der Medizin der Universität Würzburg.

[20] Die Gewöhnliche Haselwurz ist seit dem Altertum als Arzneipflanze bekannt und wurde bereits von Plinius dem Älteren erwähnt. Das Rhizom enthält kampferartige, ätherische Substanzen, die schleimhautreizend, brech- und niesreizanregend wirken und Gastroenteritis auslösen können. Die Pflanze enthält ätherische Öle, deren Bestandteil Asaron giftig ist. Bis ins 18. Jahrhundert wurden die getrockneten Rhizome als Brechmittel verwendet.

[21] Während die Früchte der Hundsrose als Hagebutte aufgrund ihres realtiv hohen Anteils an Vitamin C (0,2-1,2%) häufig als Geschmackskorrigens in Teemischungen Anwendung finden, ist zu den Inhaltsstoffen der Blätter wenig bekannt.

[22] Der „Deutsche Bertram" war eine Pflanzenart aus der Familie der Asteraceae. Er wurde etwa bis zum Wechsel vom 19. zum 20. Jahrhundert seiner Wurzel wegen als Heilpflanze kultiviert und gilt heute als ausgestorben.

[23] Hirschhornsalz wurde früher durch trockenes Erhitzen von geraspelten Hirschgeweihen gewonnen und besteht hauptsächlich aus Ammoniumcarbonat-Verbindungen.

[24] Das ätherische Öl in den Früchten ist wesentlich für die in vitro nachgewiesenen antimikrobiellen, spasmolytischen, sekretolytischen, expektorierenden und antiphlogistischen Wirkungen verantwortlich. Wichtl (2009), S. 266.

[25] Brennnesselsamen enthalten hauptsächlich fettes Öl und Carotinoide und werden in der Volksmedizin als Antidiarrhoikum, bei Gallebeschwerden und als Hämostyptikum angewendet. Wichtl (2009), S. 684.

Für den Mund: Wenn dein Mund so stinkt, nimm Schwertlilien [Iris spec.] *und gib sie in alten Wein und wasche den Mund oft damit.*

Für den Stein: Wenn du willst, dass der Stein, der dem Menschen wächst, ganz verschwindet, ohne dass man ihn aufschneidet, so nimm frisch abgezogenes Hasenfell und dazu das Blut, das darin ist, und brenne das alles zu Pulver in einem Topf und nimm dann das Pulver in ein anderes Gefäß mit warmem Wein und trinke das. Davon verschwindet der Stein.

Zu dem Pfeil: Wenn Du willst, dass ein Pfeil oder ein Dorn, der in dem Menschen ist, herauskommt, so nimm Eberraute [Artemisia abrotanum][26] *und Hasenschmalz und die Blüte von der Ackerbohne* [Vicia faba][27] *und mache ein Pflaster und binde es über die Wunden, so geht die Pfeilspitze auf und über sich.*[28]

Zu dem Haupt: Wenn dir dein Haupt gebrochen ist, so nimm Betonie [Stachys officinalis][29] *und stoße sie sehr gut und binde sie an die Stelle, wo der Bruch ist. Du darfst es nicht zu fest daran binden. Sie wirkt so stark, dass das Haupt sehr schnell heilt.*

Für die Augen: Wenn dir deine Augen weh tun und oft tränen, so nimm Betonie [Stachys officinalis] *und Weinraute* [Ruta graveolens], *beide zu gleichen Teilen, mische das zusammen und salbe deine Augen; oder nimm Sellerie* [Apium graveolens] *mit warmem Brot und lege das auf die Augen.*

Für die Augen: Dem die Augen dunkel sind, der nehme Betonie und Weinraute,[30] *lege sie in warmes Wasser und trinke das oft. Das vertreibt das Blut von den Augen.*[31]
Dem die Augen an der Braue verletzt sind: Der nehme Silberasche [Antimonoxyd Sb_2O_3], *Essig und Öl, mische das zusammen und streiche das an die Augen des Nachts.*
Für tränende Augen: Dem sie viel tränen, der nehme Blei und Eiweiß, mische das zusammen und tue es über Nacht in die Augen.

Für die Augen: Wenn den Kindern die Flecken in den Augen wachsen, so nimm Fenchel und kaue den und gib ihn dem Kindlein jeden Tag in die Augen, die Flecken vergehen.[32]

---

[26] Im frühen Mittelalter wurde die Eberraute als Gallen- und Leberheilmittel eingesetzt, ab dem 10. Jahrhundert fand sie Einsatz bei Gelbsucht und Atemnot. Schultz (2006), S. 522.
[27] Die Ackerbohne wurde seit dem Mittelalter aufgrund des hohen Proteingehalts als Nahrungsmittel angebaut, eine Verwendung als Phytotherapeutikum ist nicht bekannt.
[28] So kommt der Pfeil direkt heraus („über sich" = „über den Weg, über den er eingedrungen ist").
[29] Die Betonie wirkt nach Hildegard von Bingen als Heilkraut gegen „schlechte Träume" und Monatsbeschwerden. Pawlik (1990), S. 362. Die Pflanze enthält ätherische Öle sowie Bitter- und Gerbstoffe.
[30] Die Weinraute war sowohl im Altertum als auch im Mittelalter eine hochgeschätzte Heilpflanze, die bei Augenleiden, Ohrenschmerzen und bei Wurmbefall helfen sollte. Bocksch (2011), S. 437. In der heutigen Phytotherapie findet die Weinraute keine Verwendung mehr.
[31] Hiermit ist wahrscheinlich ein Hämatom am Auge gemeint.
[32] Vermutlich sind mit den „Flecken in den Augen" (= Hornhautflecken) partielle Hornhauttrübungen gemeint.

Bei Harnwegsentzündung: Wenn du nicht urinieren kannst, so nimm Schafswolle in der Größe eines Schafsvlieses und siede sie mit Wein und drücke den Wein aus und lege sie auf den Leib und die Geschlechtsteile, so heiß als möglich, so kommt der Harn schnell.

Für den Bauch: Wer im Bauch Schmerzen empfindet, der nehme Betonie, siede sie mit Ziegenmilch, esse sie mit Schweineschmalz, trinke Katzenminze [Nepeta cataria] *mit Honig. Die Würmer und andere Krankheiten werden aus dem Leib vertrieben; oder nimm Springwolfsmilch* [Euphorbia lathyris] *und siede sie in Wasser, dass das Wasser schäumend bleibt und trinke das.*[33]

Für die Hüfte: Wenn dir in der Hüfte weh ist, so nimm Ziegenmist, mische ihn mit Honig und salbe die Hüfte damit.

Dem die Beine anschwellen: Wenn dir die Beine anschwellen, so nimm Weinraute und zerreibe sie mit Honig und mit Salz und salbe dich damit.

Für die Füße: Wenn dir deine Füße weh tun, nimm Beifuß [Artemisia vulgaris], *stoße sie mit Entenschmalz und lege es drüber; oder nimm Ochsenzunge* [Anchusa officinalis][34] *mit Essig gekocht und binde sie über die Geschwulst.*

Für die Hände und Füße: Gegen alle Beschwerden, die an den Händen oder Füßen sind, zerreibe Wegerich [Plantago spec.] *mit Salz und lege das darauf.*[35]

Für die Stimme: Wenn du eine heisere Stimme hast, nimm weiche Eier,[36] *esse die mit Klee* [Trifolium spec.] *und mit Pfeffer* [Piper spec.] *wenn du schlafen gehen willst.*

Damit deine Haut reiner und zart wird: Damit deine Haut reiner, zart und schön wird, nimm Pfingstrosen [Paeonia officinalis],[37] *siede sie mit Öl und wasche dich damit, es macht dich schön.*

---

[33] Während die Kreuzblättrige Wolfsmilch aufgrund der toxischen Inhaltsstoffe auch früher keine systemische arzneiliche Anwendung fand, ist die traditionelle Anwendung der Katzenminze als Antipyretikum und Antiphlogistikum durch die Erwähnung im Lehrgedicht „Liber de cultura hortorum" des Abts Walahfrid Strabo aus dem Jahr 827 belegt.

[34] Im späten Mittelalter als Emetikum verwendet, findet die „Gemeine Ochsenzunge" aufgrund des Pyrrolizidinalkaloidgehalts heute keine Verwendung mehr. Roth/Daunderer/Kormann (2000), S. 185.

[35] Die im Spitzwegerich enthaltenen Iridoidglycoside besitzen ein breites antimikrobielles Spektrum und antiphlogistische Wirkungen. Wichtl (2009), S. 515. Daher wäre das beschriebene Anwendungsgebiet bei oberflächlichen, bakteriellen Hautinfektionen ohne die Salz-Verreibung durchaus plausibel.

[36] Mit weichen Eiern sind wahrscheinlich rohe Eier gemeint.

[37] Schon Theophrast von Eresos (4. Jahrhundert v. Chr.), Plinius d. Ältere (Gaius Plinius Secundus Maior, 23/24-79 n. Chr.) und Dioskurides (1. Jahrhundert n. Chr.) vertrauten auf die medizinische Wirkung der Pfingstrose. In ihren Werken beschrieben sie die Anwendung der Pfingstrosenblüten gegen Gicht und als Antiepileptikum. Vgl. Marzell/Wissmann/Paul (2000), S. 482, Wichtl (2009), S. 483, und Tschirch (1933), S. 163. Als Heilpflanze hat die „Echte Pfingstrose" heute keine Bedeutung mehr.

Zu dem Aderlass: Wer am ersten Tag des Mai oder an dem vierten oder fünften Tag Blut lässt, an welchem Arm er will, dem schadet kein Fieber in diesem Jahr.

Zu dem Fieber: Damit jemandem kein Fieber schade, der nehme eine handvoll Duftveilchen [Viola odorata][38] *und während er sie zerrupft soll er ein Pater Noster singen und sie zu Staub machen und mische sie dann mit warmem Wein und siede das und mahle das zu acht Körner Pfeffer und trinke das nüchtern.*

Für das Fieber: Der das Fieber zum ersten Mal bekommt, der nehme Wegerich und stoße den mit Pfeffer und Essig und trinke das.

Für den Mund: Der Mundgeruch hat, der nehme ein frischgebackenes noch dampfendes Brot und hole das Innere alles heraus und fülle darein Honig und besprenge es wohl mit Salz; lege es in die Glut und lasse das etwas anbrennen und esse das alle Tage nüchtern.

Der Schmerzen beim Harnlassen hat: Der Schmerzen beim Harnlassen hat, der nehme Schöll-kraut [Chelidonium maius] *und Meerrettich* [Cochlearia amoracia] *und trinke das mit Wasser.*[39]

Dem der Kropf schmerzt: Dem der Kropf weh tut, der nehme Seife, Brennnessel, Salz und mache das zu Pulver und nehme dann das Weiße eines Eies dazu und lege es auf den Kropf.

Für das Zittern: Damit einen kein Zittern beschwert, der nehme Wegerich und Samen vom schwarzen Bilsenkraut [Hyoscyamus niger]*, mische das zusammen mit weißem Salz in Wasser und trinke das nüchtern.*[40]
Für den Schwindel: Dem der Schwindel in dem Haupt weh tut, der nehme Poleiminze [Mentha pulegium]*, zerreibe sie mit warmem Wasser und trinke das nüchtern.*

Zu der Fußgicht: Dem die Fußgicht weh tut, der nehme glühende Steine und lege sie in Wasser und setze die Beine darein und umwickele sie dann mit einem wollenem Tuch und lege sich dann gleich nieder und tue das oft.

---

[38] Bereits Hippokrates und Dioscurides verwendeten Veilchen als Arzneipflanzen, die bei Ekzemen helfen sollen. Winkler (1842), S. 890.

[39] Interessanterweise besitzt Schöllkraut die klinisch belegte Indikation, krampfartige Beschwerden der Gallenwege und des Magen-Darm-Trakts hervorzurufen, und Meerrettich (in vitro) antibakterielle Wirkungen. Conrad/Kolberg (2006), S. 842-849. Damit ist das beschriebene Anwendungsgebiet – auch für diese Kombination – durchaus plausibel.

[40] Das Schwarze Bilsenkraut ist eine narkotisch und halluzinogen wirkende Pflanze. Die gegen „Zittern" beschriebene Anwendung kann aus heutiger Sicht durch die im Schwarzen Bilsenkraut vorkommenden Tropanalkaloide begründet werden, die als Parasympatholytika krampflösend und beruhigend auf das zentrale Nervensystem wirken. Blaschek/Ebel (2010), S. 725-729.

Für die „Seuche": Den die „Seuche"[41] *heimsucht, der nehme Myrrhe, Weihrauch mahle das zu Mehl und tue es in ein Wasser und benetze Haupt, Augen, Hände und Füße damit, und die sieben Psalme soll man über ihm sprechen und „In principio" und soll ihm das Haupt bedecken und seinen ganzen Leib und soll ihn schwitzen lassen.*

Für die Verstopfung: Der Verstopfung hat, der nehme Schmalz in eine Pfanne und erwärme es ein wenig, gebe genauso viel Honig dazu und tunke darein ein fingerlanges Stück Speck und tue ihn hinten rein – sie löst sich.

Für den Durchfall: Der den Durchfall hat, der nehme Schafslunge und lege die in einen Wein drei Tage und wärme es dann und trinke es nüchtern.

Für den Husten: Wem das Husten weh tut, der nehme guten Wein in ein Gefäß, das man bedecken kann, und lege darein Alantwurzel [Inula helenium] *und lasse es über Nacht stehen und trinke es morgens nüchtern.*[42]

Für die Augen: Welches Siechtum der Mensch an den Augen hat, so ist nichts so gut: Nimm Weinraute, Fenchel, Hauswurz [Sempervivum tectorum]*, jegliches soviel er in der Hand halten kann, und einen halben Becher Wein und ebensoviel Honig, mische das alles zusammen und stoße das viel und gut in einem kupfernen Gefäß und drücke es des Nachts und Tags in die Augen.*

Für die Feigwarzen: Der die Feigwarzen hat, der nehme Hirschtalg oder Bockstalg und dazu Wegerich und siede es eine Weile und seihe es gut; nimm es dann heiß und nussgroß und brenne die Warzen bei einem Feuer, bis dass sie aufbricht. Sie wächst nicht mehr. Der aber Hämorrhoiden hat, der nehme das Glatte des Pferdehufs und brenne das alles daran. Er wird gesund.

Für die Eiterbeule: Wer viele Eiterbeulen hat, will er diese schnell und ohne Verletzungen vertreiben, so nehme er Haselwurz und Porree [Allium porrum] *und Hühnerdarm* [Anagallis arvensis] *und stoße das alles zusammen und binde es alles an die Eiterbeule, so schwinden sie.*

Für die Würmer: Den die Würmer beißen, ist es Mensch oder Vieh, der nehme grüne Farbe, die da heißt Auripigmentum [As_2S_4]*, das Gift Oppriment*[43] *und mahle das zusammen und nehme dann einen frischen Ziegenkäse und lege den dorthin, wo die Würmer beißen; lasse ihn über Nacht daran liegen. Des Morgens schaue den Käse, ob die Würmer etwa jetzt daran liegen – haben sie ihn nicht gefressen, so binde ihn wieder darüber, bis sie ihn essen, so sterben sie.*

---

[41] „Suhte" = „Sucht oder Seuche" bedeutete damals eine Krankheit, die den ganzen Körper betrifft und nicht lokal ist; vielleicht ist damit Epilepsie gemeint.

[42] Alantwurzelzubereitungen wurden bis Ende der 1990er Jahre bei Erkrankungen und Beschwerden unter anderem im Bereich der Atemwege angewendet. Wichtl (2009), S. 332.

[43] „Oppriment" ist hier als Synonym für Auripigmentum zu verstehen.

Für den Krampf: Dem der Krampf weh tut, der nehme Lindenbast[44] [cortex mediana tiliae] *und binde es da, wo der Krampf ihn ergriffen hat, dran.*

Für die Augen: Dem die Haut vor den Augen wächst, der nehme eine Bibergeil-Drüse, die weich ist und breche sie auseinander. Da findet er in der Mitte etwas weiches, das nehme er in die Hand und zerreibe es gut und träufle es in die Augen, so bricht die Haut.

Für die nässende Eiterbeule: Dem die Eiterbeule nässt, der nehme frischen Ziegenkot siede ihn mit Honig bis er zu Mus wird, binde ihn oft darüber.

Für das tägliche Fieber: Wer das tägliche Fieber hat, der nehme Betonie, Wegerich, Eisenkraut [Verbena officinalis] *zu gleichen Anteilen und drücke das zu sehr feinem Pulver und gebe das jeden Tag ins Essen. Er soll dazu sonst sieben Tage fasten.*[45]

Zu dem kalten Fieber:[46] *Wer das dreitägige Fieber hat,*[47] *der nehme Wegerich und siede ihn mit Honigwein und trinke das.*

Für den Harnstein: Der wegen Harnstein nicht Harn lassen kann, der nehme im März fünf oder sieben Efeusamen und stoße sie mit Wein; und wenn er nachts schlafen gehe, so nehme er das als Getränk. Sie gehen alle von ihm ab, große oder kleine Steine.

Für das Blut: Wenn du das Blut bannen willst, dass da aus den Wunden oder der Nase fließt, so lege die Hand darüber und sprich: ‚In nomine patris et filii et spiritus sancti amen. Der heilige Elias saß in der Wüste und es floss ihm das Blut zu beiden Nasenlöchern heraus, da begann er unseren Herrgott anzurufen und sprach: Herrgott, nun hilf mir und bezwinge das Blut, dass es stehe; und so wie du den Jordan bezwungen hast, so dass er stand, als dich der heilige Johannes draus tauft.' Und sprich drei ‚Pater noster'.

Der nicht hört: Der nicht hört, der nehme ein Huhn und rupfe das sehr gut. Wirf die Federn hinein und den Mist – den Kopf und die Füße und den Darm lege möglichst viel hinein – und dazu so viele Fliegen, dass es gefüllt werde, und nähe es ganz schnell zusammen und brate es an einem Spieß und das Schmalz, das daraus trieft, das hebe gut auf und träufle dem Kranken nur drei Tropfen in das Ohr – er wird gut hören.

---

44 Vor der Einführung von Leinen und Hanf verwendete man in Mitteleuropa die Fasern des weichen Lindenholzes – den Bast – zur Herstellung von Seilen, Matten, Taschen und Kleidung.

45 Weder die Wegerich-Arten, noch die Betonie oder das Eisenkraut besitzen Inhaltsstoffe, die diese traditionelle Anwendung als Antipyretikum plausibel erklären könnten. Die volksmedizinische Verwendung des Eisenkrauts als Emmenagogum ist möglicherweise auf die Inhaltsstoffgruppe der Kaffeesäurederivate zurückzuführen. Weber (1995), S. 27.

46 Möglicherweise ist mit „kaltem Fieber" ein Malaria-ähnliches Krankheitsbild gemeint.

47 Unklar ist, ob mit dem dreitägigen Fieber die durch *Plasmodium vivax* übertragene Malaria tertiana gemeint ist.

Für die Hände: Gegen allen Siechtum, der an Händen oder Füßen ist, zerreibe Wegerich und Salz, lege sie darein.

Für die Brüste: Wem die Brüste schmerzen, der nehme Leinsaat [Linium usitatissimum] *und siede es mit Hirschtalg oder mit Schmalz und lege es darüber.*

Wem das Vieh sterbe: Wem das Vieh sterbe, der nehme Binsenwurz [Juncus spec.] *und Schneckenhäuser und pulverisiere das und gebe das dem Vieh im Wasser zu trinken, wenn es aber semelich,*[48] *solltest du ihm Haselwurz mit Wasser geben.*

Für die Zehen: Wem die Zehen weh tun, der nehme Hefe vom guten Wein und mische das mit Entenfett und lege das auf die Zehen.

Der schlecht hört: Der übel hört, der nehme heiße Galle und Ameiseneier, Honig und Schöllkraut, mische es zusammen und tue es dann in die Ohren.

Für die harte Geschwulst: Der eine harte Geschwulst hat, der nehme Ziegenkot und vermenge den mit Essig und lege ihn darüber.

Für die Ohren: Dem die Ohren schmerzen, der nehme Saft vom Samen des schwarzen Bilsenkrauts, wärme das – träufle das in die Ohren.

Wem der Stein: Wem der Stein wachse, der nehme den Stein am Storchennest, mahle ihn mit Wasser und trinke das.

Für den Harnstein: Der den Harnstein hat, der nehme das Kraut das da heißt Steinbrech [Saxifraga spec.][49]*, zerreibe das mit Pfeffer und trinke das.*

Cetera recipe in libro tabularum (Stultitia)[50]

---

[48] „semelich" bedeudet „fruchtbar/trächtig milchgebend" (herzuleiten aus „Same"). Nabielek (1998), S. 98.

[49] Der deutsche Name Steinbrech stammt aus dem Lateinischen und geht auf Plinius den Älteren zurück („quia saxa frangit" = „weil er die Felsen bricht"). Die beschriebene Anwendung ist möglicherweise auf die Signaturenlehre zurückzuführen, da aufgrund des Wuchsortes in Felsspalten fälschlicherweise auf Felssprengung durch die Pflanze geschlossen wurde. Webb/Gornall (1989), S. 29-33.

[50] *Das weitere wirst du im Register finden (Torheit).*

5. Das Rezeptar im Kontext medizinhistorischer Beurteilung

Um 1250 verfasst ist das Benediktbeurer Rezeptar eine der ältesten Quellen mittelalterlicher Phytotherapie im deutschen Sprachraum. Die Handschrift umfasst 35 Pflanzen mit genauen Beschreibungen und Anwendungsempfehlungen, welche die Mönche Benediktbeuerns für ihre Bedürfnisse und an ihren Standort angepasst verwendet haben. Vermutlich von einem Mönch des Benediktinerklosters geschrieben,[51] ist sie als Ergänzung zu einem „liber tabularum" zu sehen, worauf am Ende des Rezeptars verwiesen wird. Es weist alle Charakteristika frühmittelalterlicher Rezeptliteratur auf[52] und vereint christlich geprägten Volksaberglauben und Dreckapotheke mit tradiertem Wissen aus antiken Quellen.

1988 hat Gert Mellbourn einen weiteren Textzeugen bekannt gemacht und unter dem Titel „Eine zweite Fassung des Benediktbeurer Rezeptars" publiziert.[53] Die von ihm gefundene Handschrift soll nach seinen Angaben in der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts in Krakau geschrieben worden sein und tradiert die Rezepte Nr. 1 bis 41 des Benediktbeurer Rezeptars (diejenigen von 42 bis 57 fehlen). Nach Mellbourn stimmt die Krakauer Handschrift im Aufbau der Rezepte sowie in Satzbau, Wortstellung und Wortwahl sehr eng mit der Benediktbeurer Handschrift überein. Gemeinsame Fehler unterstreichen darüber hinaus eine nahe stemmatische Zusammengehörigkeit der beiden Textzeugen. Allerdings ist es nicht wahrscheinlich, dass die Krakauer Handschrift eine direkte Kopie der Benediktbeurer ist. Dass beide Handschriften möglicherweise auf einen noch älteren Textzeugen zurückgriffen, zeigt sich vor allem beim Vergleich des 41. Rezeptes, in dem beide Handschriften einen gemeinsamen Fehler aufweisen. Daher geht Mellbourn davon aus, dass der Schreiber der Krakauer Handschrift „eine verschollene (oder noch unentdeckte) Version des Rezeptars als Vorlage benutzt hat, die sich eng" an die Benediktbeurer Abschrift anlehnt.[54]

Auch wenn diese beiden Handschriften exemplarisch zeigen, dass Texte, deren Abfassung weit über einhundert Jahre auseinander liegt und die überdies auch aus verschiedenen Sprachlandschaften stammen, den Schreibern möglicherweise wenig Probleme bereitetet haben,[55] konnte es bei der Übersetzung einer Schreibsprache in eine andere durchaus zu Missverständnissen kommen. Besonders fehleranfällig sind stets die lateinischen Fachtermini, die zum überwiegenden Teil aus dem Griechischen stammen, oder stark dialektale Formen. Dabei dürfte es durchaus das Bestreben der Schreiber gewesen sein, die Quellen und das tradierte Wissen möglichst exakt wiederzugeben, denn die richtige Wahl und Zusammensetzung der Rezepturbestandteile und die korrekte Anwendung waren auch damals schon ausschlaggebend für ihre Wirksamkeit und damit für die Genesung des Patienten. Der in den Texten verwendete Wortschatz – Benennungen von Körperteilen und volkssprachliche Krankheits- oder Pflanzenbezeichnungen – war in der Regel allgemein bekannt und jedem Schreiber vertraut. Wenig Schwierigkeiten dürfte auch die stark stemmatische Satzstruktur der Rezepte bereitet haben, die meist aus einem zweigliedrigen Satzgefüge besteht. Den Rezepteingang bildet dabei ein hypothetischer Nebensatz, der

[51] Schnell (2003), S. 75-99.
[52] Fischer (1921), S. 70.
[53] Mellbourn (1988), S. 73.
[54] Ebenda.
[55] Schnell (2008), S. 37.

meist die Indikation enthält. Ihm folgt ein Hauptsatz mit Anwendungshinweisen. Komplizierte Satzkonstruktionen, die Ursache für Fehldeutungen sein konnten, gibt es bei den medizinischen Texten kaum.

Verglichen mit der großen Anzahl poetischer und religiöser Texte sind uns aus dem Gebiet der Medizinliteratur bis zur Mitte des 14. Jahrhunderts nur 20 Texte nachweislich bekannt.[56] Die Hauptwerke davon – der „Bartholomäus", der deutsche „Macer" und Ortlofs von Baierland „Arzneibuch" – wurden bis in das 16. Jahrhundert hinein teilweise oder vollständig in hoher Anzahl abgeschrieben. Wie das Benediktbeurer Rezeptar sind auch sie als medizinische Werke in deutscher Sprache das Ergebnis eines Wissenstransfers, in den sowohl die arabische Medizin als auch antikes Wissen einfloss.[57]

Die im Benediktbeurer Rezeptar aufgeführten Indikationsstellungen sind aus aktueller medizinischer Sicht bis auf wenige Ausnahmen nicht plausibel. Lediglich drei Indikationen lassen sich nach heutigem Erkenntnisstand medizinisch begründen:

1. Die Anwendungsempfehlungen von Fenchel bei festsitzendem Husten: Das ätherische Öl in den Früchten von „Foeniculum vulgare Mill." ist wesentlich für die in vitro nachgewiesenen antimikrobiellen, spasmolytischen, sekretolytischen, expektorierenden und antiphlogistischen Wirkungen verantwortlich. Somit entspricht die damalige Indikationsstellung dem heutigen Erkenntnisstand, der das Anwendungsgebiet Katarrhe der oberen Luftwege vorsieht. Mit Einschränkungen kann auch die Anwendung der Alantwurzel bei der gleichen Indikationsstellung nachvollzogen werden, da Alantwurzelzubereitungen bis Ende der 1990er Jahre bei Erkrankungen und Beschwerden unter anderem im Bereich der Atemwege angewendet wurden.
2. Zur Behandlung von Schmerzen beim Harnlassen wird in der Handschrift eine Kombination aus Schöllkraut und Meerrettich empfohlen. Schöllkraut besitzt die klinisch belegte Indikation von krampfartigen Beschwerden im Bereich der Gallenwege und des Magen-Darm-Trakts, und Meerrettich in vitro antibakterielle Wirkungen. Damit kann das beschriebene Anwendungsgebiet – auch für diese Kombination – pharmakologisch nachvollzogen werden.
3. Die Indikationsstellung Schwarzes Bilsenkraut bei Tremor: Das Schwarze Bilsenkraut enthält Tropanalkaloide, die als Parasympatholytika krampflösend und beruhigend auf das zentrale Nervensystem wirken.

Somit ist die Bedeutung des Benediktbeurer Rezeptars weniger medizinisch als vielmehr durch seine Satellitenrolle bedingt: Mitgeschleppt in den Fugen der „Thesaurus-pauperum" (Petrus Hispanus-)Überlieferung des 14. Jahrhunderts konnten sich einzelne seiner Anweisungen über ein halbes Jahrtausend im landessprachlichen Rezeptschrifttum halten.[58]

[56] Schnell (1994), S. 90-97.
[57] Schantz (2009), S. 119-127.
[58] Keil (2005), S. 164.

Quellen

Hauptstaatsarchiv München
Klosterliteralien Benediktbeuern, 32.

Literatur

1. Bergdolt (1992): Klaus Bergdolt, Jacobus Theodorus Tabernaemontanus, ein Arzt und Botaniker des frühen 16. Jahrhunderts, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 10 (1992), S. 201-223.
2. Blaschek/Ebel (2010): Wolfgang Blaschek, Siegfried Ebel, Hagerrom 2010: Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Berlin 2010.
3. Bocksch (2011): Manfred Bocksch, Das praktische Buch der Heilpflanzen: Kennzeichen, Brauchtum, Heilwirkung, Anwendung, München 2011.
4. Conrad et al. (2006): Andreas Conrad et al., In-vitro-Untersuchungen zur antibakteriellen Wirksamkeit einer Kombination aus Kapuzinerkressenkraut (Tropaeoli majoris herba) und Meerrettichwurzel (Armoraciae rusticanae radix), Arzneimittelforschung 12 (2006), S. 842-849.
5. Fischer (1921): Hermann Fischer, Mittelhochdeutsche Receptare aus bayerischen Klöstern und ihre Heilpflanzen, in: Mitteilungen der Bayerischen Botanischen Gesellschaft zur Erforschung der heimatlichen Flora 4 (1921), S. 69-75.
6. Freyer (1998): Michael Freyer, Europäische Heilkräuterkunde. Ein Erfahrungsschatz aus Jahrtausenden, Würzburg 1998 (= Würzburger medizinhistorische Forschungen, 61).
7. Jarnut (1980): Jörg Jarnut, Benediktbeuern, in: Lexikon des Mittelalters, Bd. 1, München/Zürich 1980, Sp. 1869.
8. Karge (1996): Marion Karge, „Ein buch von sant hedwigen gemalet". Die Hedwig-Handschriften in der Bibliothek der Grafen von Oettingen-Wallerstein, in: Eckhard Grunewald, Nikolaus Gussone (Hrsg.), Das Bild der heiligen Hedwig in Mittelalter und Neuzeit, München 1996 (= Schriften des Bundesinstituts für ostdeutsche Kultur und Geschichte, 7), S. 79-80.
9. Keil (2005): Gundolf Keil, Benediktbeurer Rezeptar, in: Werner Gerabek et al. (Hrsg.), Enzyklopädie Medizingeschichte, Bd. 19, Berlin 2005, S. 164.
10. Marzell/Wissmann/Paul (2000): Heinrich Marzell, Wilhelm Wissmann, Heinz Paul (Hrsg.), Wörterbuch der deutschen Pflanzennamen, Bd. 3, Köln 2000.
11. Mayer (1995): Johannes Gottfried Mayer, „Circa instans" deutsch. Beobachtungen zum Leipziger Kodex 1224, dem bislang umfangreichsten Kräuterbuch in deutscher Sprache vor dem Buchdruck, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 13 (1995), S. 67-73.
12. Mellbourn (1988): Gert Mellbourn, Eine zweite Fassung des Benediktbeurer Rezeptars (British Library, Cod. Arundel 164), Stockholm 1988 (= Schriften des Deutschen Instituts der Universität Stockholm, 19).

13. Nabielek (1998): Rainer Nabielek, Biologische Kenntnisse und Überlieferungen im Mittelalter (4.-15. Jh.), in: Ilse Jahn, Geschichte der Biologie: Theorien, Methoden, Institutionen, Kurzbiographien, Jena 1998, S. 88-160.
14. Pawlik (1990): Manfred Pawlik, Heilwissen: Von den Ursachen und der Behandlung von Krankheiten nach der Hl. Hildegard von Bingen, Augsburg 1990.
15. Prinz (1985): Friedrich Prinz, Grundlagen und Anfänge: Deutschland bis 1056, München 1985 (= Neue Deutsche Geschichte, 1).
16. Roth/Daunderer/Kormann (2000): Lutz Roth, Max Daunderer, Kurt Kormann, Giftpflanzen, Pflanzengifte: Vorkommen, Wirkung, Therapie, allergische und phototoxische Reaktionen, Hamburg 2000.
17. Schantz (2009): Peter Schantz, Weißdorn und Herzgespann. Medizinische Untersuchungen zur europäischen Tradition dieser Arzneipflanzen vom Mittelalter bis zur Gegenwart, Kassel 2009 (= Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte, 6).
18. Schnell (1994): Bernhard Schnell, Vorüberlegungen zu einer „Geschichte der deutschen Medizinliteratur des Mittelalters“ am Beispiel des 12. Jahrhunderts, Sudhoffs Archiv 78 (1994), S. 90-97.
19. Schnell (2003): Bernhard Schnell, Das Benediktbeurer Rezeptar, in: Václav Bok, Frank Shaw (Hrsg.), Magister et amicus: Festschrift für Kurt Gärtner zum 65. Geburtstag, Wien 2003, S. 75-99.
20. Schnell (2008): Bernhard Schnell, Varianz oder Stabilität? Zu den Abschriften mittelalterlicher deutscher Medizinliteratur, in: Werner Besch, Thomas Klein (Hrsg.), Der Schreiber als Dolmetsch: Sprachliche Umsetzungstechniken beim binnensprachlichen Texttransfer in Mittelalter und Früher Neuzeit, Berlin 2009 (= Sonderhefte der Zeitschrift für deutsche Philologie, 127), S. 27-48.
21. Schultz (2006): Leila Schultz, Anthemideae: Artemisia abrotanum, New York 2006.
22. Schwaiger (1993): Georg Schwaiger, Mönchtum, Orden, Klöster. Von den Anfängen bis zur Gegenwart. Ein Lexikon, München 1993.
23. Stamatu (2005): Marion Stamatu, Dreckapotheke, in: Karl-Heinz Leven (Hrsg.), Antike Medizin. Ein Lexikon, München 2005, Sp. 235f.
24. Tschirch (1933): Alexander Tschirch, Handbuch der Pharmakognosie, Bd. 1: Allgemeine Pharmakognosie, Leipzig 1933.
25. Web/Gornall (1989): David A. Webb, Richard J. Gornall, Saxifrages of Europe. With notes on African, American and some Asiatic species, London 1989.
26. Weber (1995): Rita Weber, Untersuchungen zum Inhaltsstoffspektrum und zur biologischen Aktivität von Verbena officinalis L, Berlin 1995.
27. Wichtl (2009): Max Wichtl (Hrsg.), Teedrogen und Phytopharmaka. Ein Handbuch für die Praxis auf wissenschaftlicher Grundlage, Stuttgart 2009.
28. Winkler (1842): Eduard Winkler, Vollständiges Real-Lexikon der medicinisch-pharmaceutischen Naturgeschichte und Rohwaarenkunde, Bd. 2, Leipzig 1842.

Aspekte der Embryologie in ausgewählten Texten Konrads von Megenberg

Saskia Wilhelmy

1. Einleitung

Der Gegenstand der vorliegenden Arbeit[1] ist die Erörterung zweier ausgewählter mittelhochdeutscher Textauszüge, die sich mit der Humanembryologie beschäftigen. Die beiden Auszüge stammen aus dem „Buch der Natur" des Konrad von Megenberg und betrachten zum einen die grundlegenden Aspekte, die bei der Konzeption männlicher Nachkommen im Vordergrund stehen, und zum anderen die Deutung physiologischer Merkmale einer Schwangeren, die Aufschluss über das Geschlecht eines Ungeborenen geben können.[2]

Anhand dieser Arbeit soll ein Einblick in die zentralen Positionen der mittelalterlichen pränatalen Entwicklungsbiologie gegeben werden, die sowohl medizinische Theorien als auch religiöse und kosmologische Deutungsmuster involviert. Ziel der Ausarbeitung ist es, diese Anschauungen aufzuzeigen und herauszustellen, inwiefern sie die Konstitution der beiden Textausschnitte beeinflussen.

Die Ausführungen bilden dabei ein gestaffeltes Gerüst aus vier Segmenten. Zunächst werden die beiden ausgewählten Texte in die Gesamtkonzeption des Werkes eingeordnet – hier steht vor allem die Besonderheit der systematischen Vorgehensweise des Autors im Vordergrund. Darauf folgt die Übertragung vom Mittelhochdeutschen ins Neuhochdeutsche. Das dritte Segment beschäftigt sich mit der sprachlichen und formalen Betrachtung. Den abschließenden Abschnitt bildet die inhaltliche Analyse, in der die signifikantesten Aspekte beider Texte aufgezeigt und kommentiert werden.

Die ausgewählten Texte aus dem „Buch der Natur" sind der 1962 erschienenen Ausgabe Franz Pfeiffers entnommen. Als besonders hilfreich hinsichtlich der Skizzierung der verschiedenen embryologischen Theorien sind die Werke von Britta-Juliane Kruse aus dem Jahre 1999 und Robert Reisert von 1986 zu nennen.

2. Mittelhochdeutsche Fachliteratur

Mittelhochdeutsche Texte fachlicher Natur bilden einen eigenen und unabhängigen Bereich innerhalb der Literatur. Insbesondere die enzyklopädischen Werke des Mittelalters bieten im Gegensatz zur mittelhochdeutschen Lyrik „keine philosophisch-künstlerischen Sinnstiftungen und Identifikationsangebote, sondern Anweisungen zur Bewältigung der Lebenswelt".[3]

---

[1] Dieser Beitrag der Autorin entstand im Rahmen ihrer Bachelorarbeit im Fach Germanistische und Allgemeine Literaturwissenschaft im Jahre 2012. Angenommen wurde die Arbeit von Herrn Prof. Dr. Thomas Bein (Lehr- und Forschungsgebiet Germanistik/Mediävistik) an der RWTH Aachen.

[2] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Diese Form schließt dabei immer alle Geschlechtsformen ein.

[3] Kranich-Hofbauer (2007), S. 79.

Die auch als „Artesliteratur“ bezeichneten Fachtexte lassen sich grob in die drei unterschiedlichen „Artesreihen“ *artes liberales, artes mechanicae* und *artes magicae* gliedern. Zu unterscheiden sind dabei Schriften, die sich nur einer einzelnen Disziplin der Reihe widmen und solche, die verschiedenartige Themenbereiche bündeln.[4] Ein solches gebündeltes Werk bildet das fachliterarische *puoch von den natürleichen dingen* des Konrad von Megenberg.[5] Nachfolgend wird ein Überblick gegeben über den Aufbau, die Systematik und Thematik dieses Werkes.

2.1 Das „Buch der Natur“ – der Aufbau

Der zugewiesene Titel[6] „Buch der Natur“ kann zu missverständlichen Vorstellungen über den Inhalt des Werkes hinsichtlich der Auslegung des Begriffes „Natur“ führen, sofern man diesen nicht in den mittelalterlichen Kontext der *natûre*-Betrachtung stellt.[7]

Gemäß dieser ist die Natur

> „nicht (wie es für die Antonymie zu ‚Kultur‘ erforderlich wäre) die – belebte oder unbelebte – Außenwelt des Menschen, soweit sie nicht von ihm selbst erzeugt ist, sondern die in dieser und im Menschen selbst aufgrund ihrer Geschöpflichkeit wirkenden Kräfte und Prinzipien.“[8]

Die Natur stellt folglich keinen Gegenbegriff zur menschlich konstruierten Kultur dar, sondern umfasst die gesamte Schöpfung und ihre Entitäten „vom Menschen bis zu den Steinen“.[9] Diesem Leitsatz folgend behandelt das um 1350 entstandene „Buch der Natur“

---

[4] Die drei „Artesreihen“ bilden jeweils in sich sieben Subkategorien. Die *artes liberales* (die freien Künste) setzen sich zusammen aus zwei Teilbereichen: dem „Trivium“ mit den „Künsten“ Grammatik, Rhetorik, Dialektik und dem „Quadrivium“, welches sich aus Arithmetik, Musik, Geometrie und Astronomie bzw. Astrologie zusammensetzt. Die *artes mechanicae* (die Eigenkünste) umfassen unter anderem das Kriegswesen, die Seefahrt, den Haushalt, Tiere, Heilkunde und die Hofkünste. Die letzte „Artesreihe“, die verbotenen Künste (lat. *artes magicae*), repräsentiert sowohl die Magie und Mantik als auch das „Gaunertum“ und den Betrug in ehrlichen Berufen. Vgl. Walz (1976), S. 192.

[5] Die neuhochdeutsche Entsprechung lautet „Buch von den natürlichen Dingen“. Konrad von Megenberg (ca. 1309-1374) war der „Verfasser bedeutender theologischer, staats- und kirchenpolitischer, moralphilosophischer u. naturkundlicher Schriften“. Vgl. Buckl (1990), S. 484.

[6] Die verbreitete Werkbezeichnung „Buch der Natur“ geht auf den Herausgeber Franz Pfeiffer zurück, der erstmals 1861 Konrads Buch unter dem Titel „Das Buch der Natur von Konrad von Megenberg. Die erste Naturgeschichte in deutscher Sprache“ veröffentlichte. Vgl. Konrad von Megenberg (1962). Konrad selbst bezeichnete sein Werk als „puoch von den nâtürleichen dingen“ oder „puoch von der aigenchait der ding“. Vgl. Grubmüller (1999), S. 4. Im weiteren Verlauf des Beitrags wird aus Gründen der Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit die Bezeichnung „Buch der Natur“ verwendet.

[7] Der mittelhochdeutsche Begriff *natûre*, neuhochdeutsch „Natur“, bedeutet zum einen „die zeugende, bildende, verändernde, erhaltende und ordnende kraft im weltalle oder in dessen theilen“, und zum anderen „die schaffende, bildende und erhaltende kraft, der lebenskeim und lebenstrieb des einzeldinges und die daraus hervorgehende natürliche beschaffenheit desselben“. Vgl. Grubmüller (1999), S. 3. Siehe auch Karg (2011), S. 97.

[8] Grubmüller (1999), S. 3.

[9] Grubmüller (1999), S. 4. Dieser Naturbegriff spiegelt sich in dem von Konrad von Megenberg ursprünglich verwendeten Titel „puoch von den natürleichen dingen“ und auch im Titel der lateinischen Vorlage „liber de natura rerum“ des Thomas von Cantimpré wider. Vgl. ebd.

von Konrad von Megenberg alle Seinsbereiche der geschaffenen Welt in acht Büchern.[10] Es repräsentiert „das erste systematisierte deutschsprachige Kompendium des Wissens über die geschaffene Natur in ihrer Vielfalt" und basiert auf dem um 1241 vollendeten „liber de natura rerum" des Thomas von Cantimpré.[11]

Konrad übertrug nicht nur die lateinische Vorlage in die deutsche Volkssprache, sondern bearbeitete und erweiterte auch den Inhalt, nach eigener Angabe sogar *mêr dan daz drittail*.[12] Die Bearbeitungen Konrads sind sowohl äußerer als auch innerer Form: zum einen ist die Anzahl der Bücher von 19 auf acht komprimiert und zum anderen ergibt sich eine veränderte Themenfolge sowie die Einbettung von Untereinheiten.[13] Die Bezeichnung „Bücher" ist im übertragenen Sinne zu verstehen; es handelt sich nicht um mehrere Einzelbände, sondern um ein Werk, das acht Großkapitel aufweist. Diese behandeln jeweils ein Themengebiet in seiner ganzen Breite, vergleichbar mit einem in sich geschlossenen Buch.

Die acht Großkapitel behandeln folgende Themen:

I. *Von dem menschen in seiner gemainen natur.*
II. *Von den himeln und von den siben planêten.*
III. *Von den tiern in ainer gemain.*
  A. *Und des êrsten von den diu da gênt auf erden.*
  B. *Von dem gefügel in ainer gemain.*
  C. *Von den merwundern.*
  D. *Von den vischen.*
  E. *Von den slangen.*
  F. *Von den würmen.*
IV.
  A. *Von den paumen.*
  B. *Von den wolfsmeckenden paumen.*
V. *Von den kräutern.*
VI. *Von den edeln stainen.*
VII. *Von dem gesmaid.*
VIII. *Von den wunderleichen prunnen.*[14]

---

[10] Eis (1962), S. 4.

[11] Zitat bei Ruberg (1978), S. 310. Die bis dahin überlieferten Naturbetrachtungen (beispielsweise „De properietatibus rerum" des Bartholomaeus Anglicus um 1240 oder die „Historia naturalis" des Juan Gil de Zamora, zwischen 1275 und 1295 entstanden) waren allesamt in lateinischer Sprache verfasst und vorrangig dem Klerus zugedacht. Vgl. Vollmann (2011), S. 13. In Kapitel 7.1 dieses Beitrags folgt eine eingehendere Auseinandersetzung mit der Überlieferung lateinischer Schriften und dem Rezipientenkreis. Das Wort „Kompendium" ist dem lateinischen Begriff *compilatio* entlehnt und bedeutet zu Neuhochdeutsch „Plünderung, Ausbeute". Vgl. PONS (2003), S. 164. Gemeint ist hier das im Mittelalter gängige Darstellungsprinzip von Wissen, welches sich auszeichnet durch Änderung, Kürzung und Ergänzung überlieferter Texte. Siehe dazu Kranich-Hofbauer (2007), S. 80. Eine ausführlichere Darstellung der mittelalterlichen Wissenstradierung erfolgt in Abschnitt 7.

[12] Nischik (1986), S. 243. Vgl. Marsch (1965), S. 350.

[13] Konrad von Megenberg führt zu Anfang des zweiten Buches an, dass seine inhaltliche Anordnung von der lateinischen Vorlage abweicht und begründet dies mit der dort herrschenden „Unordnung": *Ich lâz des puoches ordnung ze latein, wan ez ist hier gar ungeordnet, und wil anheben des êrsten von den himeln und von den planêten, und dar nâch von den elementen.* Vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 55 und S. XXXIII.

[14] Konrad von Megenberg (1962), S. LIII-LXII.

Der Grundsatz mittelalterlicher Enzyklopädien, die Welt ganzheitlich zu erfassen, findet sich auch in der aufgeführten Themenübersicht des „Buches der Natur“ wieder. Die genauere Betrachtung der Anordnung lässt dabei eine klare Systematik erkennen, die im Folgenden näher erläutert wird.[15]

2.2 Makro- und Mikrokosmos – die Systematik

Das erste große Kapitel *von dem menschen in seiner gemainen natur* beschäftigt sich umfassend mit dem Menschen hinsichtlich seines Seins, seiner Anatomie und seiner Erschaffung. Die verbleibenden sieben Großkapitel behandeln thematisch den übrigen Kosmos:[16] „Dies entspricht der bis in die Antike zurückreichenden Dichotomie vom Menschen als Mikrokosmos, der den ihn umgebenden Makrokosmos widerspiegelt“.[17] Eine kurze Darstellung dieser Dichotomie zeigt Konrad von Megenberg zu Beginn seines ersten Kapitels.[18] Danach gleicht der Mensch als Schöpfung Gottes in seiner Beschaffenheit *dem satz der gantzen werlt.*[19] Darüber hinaus benennt er auch die griechische Wortherkunft dieses Terminus und die entsprechende Bedeutung für diese „Weltanschauung“: *dar umb haizt er in kriechischer sprâch microcosmus, daz ist als vil gesprochen als die clain werlt.*[20] Die Beschreibung des Menschen als „kleineres“ Abbild und nicht als (Gegen-)Teil der „großen“ Welt greift den Naturbegriff des Mittelalters wieder auf, nach welchem der Mensch sich nicht gegen die Natur abgrenzt, sondern ihr gleicht.[21]

Diese Auffassungen über den Makro- und Mikrokosmos[22] finden sich nicht nur inhaltlich im „Buch der Natur“ wieder, sondern geben ihm letztlich auch seine Struktur. Konrad gliedert die Hauptkapitel nach dieser Idee, indem er den Menschen als vernunftbegabtes Geschöpf Gottes allen anderen Dingen des Kosmos voranstellt. In seiner ausführlichen Darstellung über den Menschen geht er auf die anatomische Beschreibung und Erörterung aller Organe und Extremitäten ein.[23] Diese entsprechen der Struktur des Makrokosmos – danach gleicht „der Kopf dem Himmel, die Brust der Luft, der Bauch dem Meer, die Beine der Erde, die Knochen den Steinen, die Adern den Zweigen, die Haare dem Gras und die Gefühle den Tieren“.[24]

Konrad von Megenberg folgt bei der Schilderung der menschlichen Anatomie dem *a capite ad calcem*-Schema, das heißt, die Körperbereiche werden in einer bestimmten Reihen-

---

15 Vgl. Gurjewitsch (1982), S. 58. Nachfolgend wird nicht auf den detaillierten Aufbau der Kapitel eingegangen, dies wird aber mit Bezug auf das erste Buch in Kapitel 4 vorgenommen.

16 Vgl. Gottschall (2004), S. 244.

17 Ebd.

18 Bereits die lateinische Vorlage des Thomas von Cantimpré beginnt mit dem Menschen und erst darauf folgen die Entitäten der geschaffenen Welt. Vgl. I. *De anathomia humani corporis*

19 Konrad von Megenberg (1962), S. 3.

20 Ebd., S. 4.

21 Vgl. Gurjewitsch (1982), S. 55-58.

22 Makro- und Mikrokosmos stellen eine Idee von der Beschaffenheit der Welt und des Universums dar, die bis in die Antike zurückreicht und auch im Mittelalter weit verbreitet war. Bereits Thomas von Cantimpré verwendete diesen Ansatzpunkt in seinem Werk *liber de natura rerum*, den Konrad schließlich übernimmt und umgestaltet. Vgl. Gottschall (2004), S. 243.

23 Vgl. Blank (1984), S. 85.

24 Gurjewitsch (1982), S. 58.

folge beschrieben: von Kopf bis Fuß.[25] So beginnt er seine anatomischen Beschreibungen mit *der hirnschal* und beendet sie mit *den pantadern*,[26] bevor er anschließend zur Beschreibung der Entstehung und Entwicklung von Ungeborenen, den menschlichen Charakterzügen und den Träumen übergeht.

Der embryologische Themenkomplex wird im weiteren Verlauf der Arbeit eingehender betrachtet. Dazu werden zwei ausgewählte Texteinheiten aus dem „Buch der Natur", die sich mit der Entwicklungsbiologie im Allgemeinen und der Geschlechtsprognose im Speziellen beschäftigen, übersetzt und kommentiert.

2.3 Embryologie und Gynäkologie – die Thematik

In den Unterkapiteln 45 bis 48 des ersten Großkapitels beschäftigt sich Konrad mit der Frauenheilkunde. Diese gliedert sich in der Antike und im Mittelalter in zwei Teilbereiche: Zum einen in den Bereich Geschlechtsverkehr, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt, zum anderen in den pathologischen Komplex, der sich mit irregulären Phänomenen des erstgenannten Bereiches beschäftigt, wie beispielsweise Geschwüre und Geschwulsten an den Genitalien, Unfruchtbarkeit oder ähnlichem.[27]

Konrad widmet sich in seinem Abriss dem erstgenannten Teilbereich und geht dort insbesondere auf die Befruchtung der Eizelle, die Heranreifung des Embryos und dessen Geschlechtsprognose – kurz, die Embryologie – ein. Er gliedert seine Ausführungen thematisch in vier Teile: Zunächst gibt er einen allgemeinen Einblick *Von den zaichen, ob ain fraw swanger sei oder niht* (I.45).[28] Anschließend thematisiert er die Zeugung, insbesondere von männlichen Nachkommen: *Von welhen sachen ain fraw swanger werde ains knäbleins* (I.46). Im darauffolgenden Abschnitt beschäftigt sich Konrad mit der Geschlechtsprognose des entstandenen Embryos: *Von den zaichen, ob ain fraw ain knäblein trage* (I.47). Im abschließenden Teil widmet er sich der Geburt des herangereiften Kindes: *Wie diu gepurt an die werlt kome* (I.48).[29] Die Texteinheiten bilden eine logische Reihenfolge vom Ablauf einer Schwangerschaft: Von „möglichen" Schwangerschaftszeichen über die Zeugung des Kindes und zur Deutung von „klar ersichtlichen" Zeichen bis hin zur Geburt.

3. Translation: Mittelhochdeutsch – Neuhochdeutsch

Nachfolgend werden die beiden Textsegmente aus dem Bereich der Embryologie im „Buch der Natur" über die pränatale Entwicklungsbiologie und die Geschlechtsprognose des männlichen Embryos vom Mittelhochdeutschen ins Neuhochdeutsche übertragen.

---

[25] Vgl. Gottschall (2004), S. 253. Der lateinische Begriff *capite* leitet sich von *caput, pitis* ab und ist nhd. zu übersetzen mit „Kopf, Haupt". Vgl. PONS (2003), S. 119. Der Begriff *calcem* stammt von *calceus, i* ab und bedeutet „Schuh, Halbstiefel". Vgl. PONS (2003), S. 111. Gemeint ist hier eine Beschreibungsform von „oben nach unten", wörtlich: „vom Kopf bis zu den Schuhen", übertragen: „Vom Kopf bis zu den Sohlen/Füßen/Fersen".

[26] Konrad von Megenberg (1962), S. 4 und S. 37. Mhd. *pantadern* stammt von *bantâder* und bedeutet „Sehne". Vgl. Lexer (1992), S. 9.

[27] Bein (1989), S. 94.

[28] Vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 38f. Die in runde Klammern gesetzten römischen Ziffern bezeichnen die Buchnummern, die arabischen Zahlen die Nummer der Unterkapitel im „Buch der Natur".

[29] Konrad von Megenberg (1962), S. 39-42.

3.1 Von welhen sachen ain fraw swanger werde ains knäbleins[30]

„(1) Wilt auch dû wizzen, von welhen sachen ain fraw[31] swanger werde ains knäbleins[32] und welhez diu

zaichen sein, ob diu fraw ain knäblein trag, sô scholt dû wizzen, wenn des mannes sâm[33] haiz ist und

daz sein[34] vil ist, sô hât er die kraft und den sig, daz er ain knäblein machet. diu ander sach ist, wenn

des mannes sâm nâch dem maisten tail kümpt[35] aus dem rehten gezeuglein36 des mannes und

(5) genommen wirt in der muoter[37] rehten seiten; daz ist dar umb, daz diu reht seit hitziger ist wan diu

lenke, und der sâm auz dem rehten gezeuglein ist kreftiger wan der auz dem denken.[38] dar umb ist

mein rât, daz sich die frawen auf die rehten seiten naigen zehant[39] nâch dem werch,[40] ob si gern

---

[30] Der mittelhochdeutsche Text ist entnommen aus: Konrad von Megenberg (1962), S. 39f. Verweise zu den mittelhochdeutschen Texten orientieren sich an den eigens eingefügten Zeilennummern. Nachstehend werden diese unmittelbar hinter dem mittelhochdeutschen Text belegt.

[31] Mhd. *fraw* stammt von *vrouwe, vrowe* und ist zu übersetzen mit „Herrin, Gebieterin, Dame, Frau oder Jungfrau vom Stande". *Vrouwe, vrowe* bezeichnet darüber hinaus den Gegensatz zu *wîp*, welches eine allgemeine Bezeichnung für „Frau, Weib, weibliches Geschlecht" darstellt. Vgl. Lexer (1992), S. 300 und 324. Die Bezeichnung *fraw* scheint in diesem embryologischen Abschnitt angemessener als *wîp,* da mit dieser Bezeichnung auch einhergeht, dass es sich um eine vermählte Dame handelt. Der vorliegende Text lässt erkennen, dass von einer Schwangerschaft innerhalb des Ehebundes ausgegangen wird.

[32] Mhd. *knäbleins* lässt sich ableiten von *knappelîn, kneppelîn* und ist das Deminutiv des Substantivs *knabe*. Zu übersetzen ist der Begriff mit „Knabe, Jüngling". Vgl. Lexer (1992), S. 111.

[33] Das mhd. Substantiv *sâm* bedeutet in diesem Kontext „Samen, Nachkommenschaft". Vgl. Lexer (1992), S. 176.

[34] Der Begriff *sein* leitet sich von mhd. *sînec* ab und ist zu übersetzen mit „seinig". Gemeint ist damit der Samen des Mannes: der Seinige (Samen) ist heiß und reichhaltig vorhanden. Vgl. Lexer (1992), S. 195.

[35] Der mhd. Begriff *kümpt* stammt vom Infinitiv *komen* ab und bedeutet „kommen". Hier im Sinne von „herkommen". Vgl. Lexer (1992), S. 112.

[36] Mhd. *gezeuglein* ist abzuleiten von *geziuc* und bedeutet neben „Stoff, (Werk)zeug, Waffe und Zeugen" auch „Hoden", was dem Text entsprechend am geeignetsten scheint. Vgl. Lexer (1992), S. 72.

[37] Das mhd. Wort *muoter* bedeutet zu nhd. „Mutter, Urheberin, Anstifterin, Gebärmutter". Vgl. Lexer (1992), S. 146. Gemeint ist hier die Gebärmutter der Frau.

[38] Das mhd. Wort *denken* stammt hier nicht, wie vielleicht fälschlicherweise anzunehmen, von dem Infinitiv *denken,* also „denken, zudenken, beimessen", ab, sondern von dem Adjektiv *linc, lene* und bedeutet „links". Vgl. Lexer (1992), S. 30 und 127. Franz Pfeiffer verweist im Anmerkungsteil seines Buches auf den Wortstamm „links". Vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 590.

[39] Mhd. *zehant* bedeutet zu nhd. „auf der Stelle, sogleich, alsbald". Vgl. Lexer (1992), S. 331.

[40] Der mhd. Begriff *werch* bedeutet „Werk, Tat, Handlung, Geschäft, Arbeit". Gemeint ist hier der Geschlechtsakt. Vgl. Lexer (1992), S. 314.

knäblein tragen. ez sprechent auch etleich, sei daz des mannes sâm springe auz seim rehten gezeuglein

in die rehten seiten der muoter, sô werd ain knäblein dar auz, als vor gesprochen ist; spring aber der

(10) sâm auz dem lenken gezeuglein des mannes in die rehten seiten der muoter, sô werde dar auz ain

mänleich weib oder ain männinne[41]; spring aber der sâm auz dem rehten gezeuglein in die lenken

seiten, sô werd dar auz ain weibisch man; spring aber er auz dem lenken gezeuglein in die lenken

seiten der muoter, sô werd dar auz ain fräwlein[42] oder ain dirnkint[43]. dar zuo hilft auch diu kelten des

luftes und diu kelten des landes und der wint, der von dem wagen an dem himel fleugt gegen mittem

(15) tag über, der haizet ze latein aquilo. daz ist dar umb, daz diu kelten die nâtürleichen hitz hin ein treibt

in den leib und si inwendig sterkt, wan ez muoz daz knäblein haizer haben zuo seiner machung wan

daz dirnlein."

Die neuhochdeutsche Übersetzung lautet:[44]

„Willst du außerdem wissen, durch welche Dinge eine Frau schwanger wird eines Knaben und welches die Zeichen sind, ob die Frau einen Knaben trägt, dann sollst du wissen, wenn der Samen des Mannes heiß und das Seinige viel[45] ist, dann hat er die Kraft und den Sieg, dass er einen Knaben zeugt. Die andere Sache ist, wenn der Samen des Mannes zum größten Teil aus dem rechten Hoden des Mannes kommt und (auf)genommen wird in der rechten Seite der Gebärmutter (dann wird daraus auch ein Junge). Das ist deshalb, weil die rechte Seite heißer ist als die linke, und der Samen aus dem rechten Hoden kräftiger ist als der aus dem Linken. Deshalb ist mein Rat, dass sich die Frauen auf die rechte Seite neigen sollen, sogleich nach dem Werk, wenn sie gerne Knaben tragen möchten.

Manche sagen auch, wenn der Samen des Mannes aus seinem rechten Hoden in die rechte Seite der Gebärmutter springt,[46] dann wird daraus ein Knabe, wie vorher [be-

---

[41] Der Begriff *männinne* stammt von *mennine* und bedeutet „Weib, Mannweib". Es handelt sich um ein Synonym für das im gleichen Satz verwendete Wort *mänleich weib*. Vgl. Lexer (1992), S. 138.

[42] Mhd. *fräwlein* leitet sich von *vrouwelîn, vroulîn* ab (es ist deminutiv zur Grundform *vrouwe, vrowe*, vgl. dazu auch Fußnote 31) und bedeutet „Frau oder Jungfrau vom Stande, Dame". Vgl. Lexer (1992), S. 300.

[43] Mhd. *dirnkint* bedeutet „Mädchen". Vgl. Lexer (1992), S. 30.

[44] Übersetzung der Autorin.

[45] Das „Seinige viel" ist zu übersetzen im Sinne von „viel vorhanden davon/viel Sperma" – es bezieht sich letztlich auf die Quantität des Spermas, während sich die Wärme („heiß") auf die Qualität bezieht.

[46] „Springt" im Sinne von „dort hingelangt/hineingelangt".

reits] gesagt wurde. Entspringt der Samen aber aus dem linken Hoden des Mannes in die rechte Seite der Gebärmutter, dann wird daraus ein männliches Weib oder eine Männin.

Entspringt der Samen aber aus dem rechten Hoden in die linke Seite, dann wird daraus ein weiblicher Mann. Entspringt er aber aus dem linken Hoden in die linke Seite der Gebärmutter, dann wird daraus eine (Jung-)Frau oder ein Mädchen. Dazu hilft auch die Kälte der Luft, die Kälte des Landes und der Wind, der vom Himmelswagen gegen Mitte des Tages (her)überfliegt, dieser heißt auf Lateinisch ‚Aquilo'. Das ist deshalb, damit die Kälte die natürliche Hitze in den Leib hinein treibt und sie von innen stärkt, denn der Knabe muss es zu seiner Zeugung heißer haben als das Mädchen."

3.2 Von den zaichen, ob ain fraw ain knäblein trage[47]

„(1) Wenne nu ain fraw swanger ist worden, wilt dû wizzen, ob si ain knäblein trag, sô merk disiu zaichen.

daz êrst ist, daz diu fraw paz gevar[48] ist wann sô si ain dirnlein tregt. daz ander zaichen ist, daz ir daz

reht prüstel[49] ê[50] groezer wirt wan das lenk. daz dritt zaichen ist, daz daz häuptlein[51] an dem prüstel

roeter wirt und auch die âdern an dem selben häuptlein werdent roeter wan zuo dem dirnlein. daz

(5) vierd, daz der frawen der leib sinweller[52] ist. daz fünft ist, daz diu frawe sterker und sneller ist wan mit

dem dirnlein. daz sechst ist, daz si niht poese lüst[53] hât als mit dem dirnlein. daz sibend ist, daz der

---

[47] Der mittelhochdeutsche Text ist entnommen aus: Konrad von Megenberg (1962), S. 40f.

[48] Der mhd. Ausdruck *paz gevar* lässt sich als Komparation der Grundform *wolgevar* ansehen. Die Grundform bedeutet „wohl, schön aussehend". Vgl. Lexer (1992), S. 326. Die Steigerungsform leitet sich von *baz*, das heißt „besser, mehr", ab. Vgl. Lexer (1992), S. 10. Demnach lautet die nhd. Entsprechung: „besser aussehend".

[49] Das mhd. Deminutiv *prüstel* leitet sich von *brust* mit der nhd. Bedeutung „Brust" ab. Vgl. Lexer (1992), S. 27.

[50] Mhd. *ê* stammt von *êr, ê* und bedeutet „früher, vormals, eher". Vgl. Lexer (1992), S. 43.

[51] Der mhd. Begriff *häuptlein* ist das Deminutiv zu *houbet, houbt, huopt* und bedeutet „Kopf, Haupt an Menschen und Tieren, bildlich das Oberste, Äußerste". Vgl. Lexer (1992), S. 93. Hier im Satz steht es in Verbindung zur Brust: *daz häuptlein an dem prüstel* und bezeichnet die oberste Stelle der Brust, die Brustwarze.

[52] Mhd. *sinweller* ist die Komparation des Adjektivs *sinwel, sinbel*, welches zu nhd. „(kugel)rund, rollend" bedeutet. Vgl. Lexer (1992), S. 195.

[53] Der Ausdruck *poese lüst* setzt sich zusammen aus mhd. *boese* für „böse, schlecht, übel, gering, schwach" und mhd. *lust*, das heißt „Wohlgefallen, Freude, Verlangen, Begierde, Gelüste". Vgl. Lexer (1992), S. 25 und S. 131.

frawen diu reht seit swaerr ist wan diu lenke. daz aht ist, daz sich daz kindlein wegt[54] in der rehten

seiten. daz neund ist, daz sich daz knäblein wegt in der muoter leib nâch dreien mônâden und daz

dirnlein nâch viern. daz zehend ist, wenn diu frawe von stat gêt[55], sô hebt si des êrsten den rehten fuoz.

(10) daz ainleft ist, wenn si auf stêt, sô steurt[56] si sich auf die rehten hant. daz zwelft ist, daz sich daz reht

aug sanfter und snellicleicher[57] wegt. daz dreizehend ist, daz daz âderslahen des rehten arms groezer

und vollekumener ist. daz vierzehend ist, daz diu frawe mêr hazzt daz slâfen mit den mannen wenne si

ain knäblein trägt wann sô si ain dirnlein trait. daz verstên[58] ich wâr[59] sein an etleichen frawen, niht

an allen, und aller maist in der neuw irs zuovâhens[60]. daz fünfzehend ist, daz auz dem rehten püstel ê

(15) milch gêt wanne auz dem lenken. daz sehzehend ist, daz der frawan milich dick ist und zaeh, alsô der

si sprengt[61] auf ein glas, sô stênt die tropfen dar auf als die arwaiz[62] und fliezent niht. aber sô diu

frawe mit aim dirnlein gêt, sô ist ir milich dünn und wäzzrig und zerfliezent ir tropfen. von den zaichen

---

54 Der Infinitiv des mhd. Verbs *wegt* ist *wegen* und bedeutet „machen, bewegen, wiegen, schwingen". Vgl. Lexer (1992), S. 311.

55 Mhd. *von stat gêt* besteht aus den Grundformen *stat* für „Ort, Stelle, Stätte" und *gân, gên* für „gehen". Vgl. Lexer (1992), S. 53 und S. 208. Gemeint ist hier „von der Stelle gehen".

56 Mhd. *steurt* stammt von *stiuren* und bedeutet „stützen". Vgl. Lexer (1992), S. 212.

57 Die mhd. Komparation *snellicleicher* stammt von *snelleclîch, snelleclîche* und bedeutet „schnell, rasch, plötzlich". Vgl. Lexer (1992), S. 201.

58 Das mhd. Verb *verstên* stammt von *verstân, verstên* und bedeutet hier „verstehen, einsehen, wahrnehmen, merken". Vgl. Lexer (1992), S. 280.

59 Das mhd. Adjektiv *wâr* bedeutet „wahr, wahrhaft, wirklich, gewiss, echt". Vgl. Lexer (1992), S. 308.

60 Der mhd. Ausdruck *in der neuw irs zuovâhens* besteht maßgeblich aus den beiden Grundwörtern *niwe* für „neu sein, frisch sein, Neuheit, Erneuerung" und *zuovâhens* für nhd. „Empfängnis". Vgl. Lexer (1992), S. 152 und S. 341. Gemeint ist hier „die erste Zeit der Schwangerschaft". Vgl. Konrad von Megenberg (1897), S. 32.

61 Mhd. *sprengt* bedeutet unter anderem „streuen, (be)spritzen, bunt machen, sprenkeln". Vgl. Lexer (1992), S. 206. Hier mit „sprenkeln" übersetzt.

62 Der Begriff *arwaiz* leitet sich von *areweiz, arwiz, arwis, erweiz, erbeiz* ab und bedeutet „Erbse". Vgl. Lexer (1992), S. 7. Gemeint ist hier, dass die Beschaffenheit des Milchtropfens in Form, Größe und Konsistenz einer Erbse gleicht, also rundlich, klein und fest ist.

> allen maht dû wol erkennen, ob diu fraw mit ainem knäblein gê oder mit aim dirnlein."

Das heißt in der Übersetzung:[63]

> „Wenn nun eine Frau schwanger geworden ist und du wissen willst, ob sie einen Knaben trägt, dann merke [dir] diese Zeichen:
>
> Das erste ist, dass die Frau besser aussieht, wie wenn sie ein Mädchen trägt. Das andere Zeichen ist, dass ihr die rechte Brust früher größer wird als die Linke. Das dritte Zeichen ist, dass die Brustwarze rötlicher wird und auch die Adern an derselben [Brust-]Warze rötlicher werden als bei einem Mädchen. Das vierte ist, dass der Leib der Frauen (kugel-)runder ist. Das fünfte ist, dass die Frau stärker und schneller ist als mit dem Mädchen. Das sechste ist, dass sie keine bösen Gelüste hat wie mit dem Mädchen. Das siebte ist, dass den Frauen die rechte Seite schwerer ist als die Linke. Das achte ist, dass sich das Kind in der rechten Seite bewegt. Das neunte ist, dass sich der Knabe nach drei Monaten in der Gebärmutter bewegt und das Mädchen nach vier. Das zehnte ist, wenn die Frau von der Stelle geht, dann hebt sie zuerst den rechten Fuß. Das elfte ist, wenn sie aufsteht, dann stützt sie sich auf die rechte Hand. Das zwölfte ist, dass sich das rechte Auge leichter und schneller bewegt. Das dreizehnte ist, dass der Pulsschlag des rechten Arms größer und vollkommener ist. Das vierzehnte ist, dass die Frau das Schlafen mit dem Mann mehr hasst, wenn sie einen Knaben trägt, als wenn sie ein Mädchen trägt. Das verstehe ich wahrlich bei manchen Frauen, nicht bei allen, und zu allermeist in der Neuheit ihrer Empfängnis. Das fünfzehnte ist, dass aus der rechten Brust früher Milch kommt als aus der linken. Das sechszehnte ist, dass die Milch der Frauen dick und zäh ist, das heißt, sprenkelt man sie auf ein Glas, dann stehen die Tropfen wie die Erbsen und fließen nicht. Aber bekommt die Frau ein Mädchen, dann ist ihre Milch dünn und wässrig und ihre Tropfen zerfließen.
>
> Durch alle diese Zeichen wirst du gut erkennen, ob die Frau mit einem Knaben schwanger ist oder mit einem Mädchen."

4. Formaler Charakter – das Grundgefüge

Bevor nun der Inhalt der beiden vorangegangen Texte näher erläutert und kommentiert werden soll, werden zunächst der Aufbau des „Buches der Natur" allgemein und die sprachlichen bzw. formalen Aspekte der beiden vorgestellten Textsegmente im Besonderen näher untersucht.

Das Werk Konrads von Megenberg weist eine Stufengliederung auf, wie sie wesentlich in antiken und mittelalterlichen Enzyklopädien vorgenommen wurde. Im „Buch der Natur" kündigt sich jedes Hauptkapitel mit einem Inhaltsverzeichnis an, in welchem die Themen der Unterkapitel mit dazugehörigen Kapitelzahlen aufgeführt werden. Anders als die Untereinheiten werden die Großkapitel nicht mit römischen Zahlen durchnummeriert,

[63] Übersetzung der Autorin.

sondern enthalten phrasenhafte Formulierungen, welche die Kapitel strukturieren:[64] *Hie hât daz ander stück des puochs ain end* oder *Hie hebt sich an daz dritt stück des puochs.*[65]

Die hierarchische Gliederung bietet dem Rezipienten eine Orientierung, um sich innerhalb des Werkes zurechtzufinden. Dem mittelalterlichen Autor (oder der Schreiberwerkstatt) standen, neben den bereits genannten Gliederungsmethoden, verschiedene traditionelle Hilfsmittel zur Verfügung, um ein Werk zu systematisieren.[66]

Im „Buch der Natur" finden sich beispielsweise strukturierende Elemente, wie Absätze, Fließtext, Spalten, Überschriften und Nummerierungen, aber auch schmückende Komponenten, wie Initialbuchstaben,[67] Farbeinsatz, Zeichnungen und Zierschriften (beispielsweise verschiedene Schriftarten, Schnörkel etc.). Neben diesen Hilfsmitteln weist Konrads Werk auch auf sprachlicher Ebene Gliederungs- und Gestaltungsmittel auf.

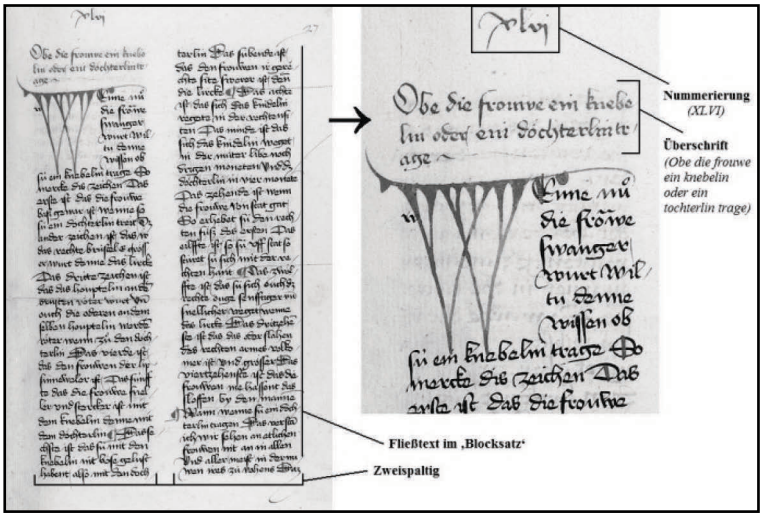


Abbildung 1: Seitenausschnitt und Vergrößerung aus der Handschrift des „Buches der Natur"

[64] Vgl. Palmer (1989), S. 45-49.

[65] Konrad von Megenberg (1962), S. 113f.

[66] Vgl. Palmer (1989), S. 44-47.

[67] Der Begriff „Initialbuchstabe" ist dem lateinischen Substantiv *initium, i* entlehnt und bedeutet „Eingang, Anfang, Beginn". Vgl. PONS (2003), S. 452. Gemeint ist hier der erste Buchstabe zu Beginn eines Textes oder Absatzes, der aufwendig verziert, teils mehrfarbig und vergrößert dargestellt wird, wodurch er sich von dem restlichen Text abhebt. Zusätzlich dient die Initiale auch als Strukturierungsmittel, denn es markiert die Satzgrenzen eines Textes oder Absatzes, wie beispielweise im „Buch der Natur", in dem es keine anderweitigen Interpunktionszeichen gibt. Zur Illustrierung des Gliederungs- und Gestaltungsmittels der Initiale siehe Abbildung 2.

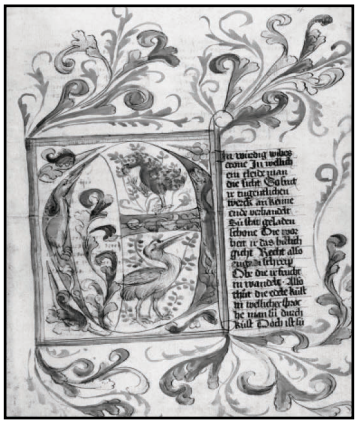


Abbildung 2: Mehrfarbiger und geschmückter Initialbuchstabe „E“

4.1 Der fachliterarische Sprachschatz

> „Die meisten Denkmäler der mittelalterlichen Fachliteratur erheben keinen Anspruch auf ästhetische Bewertung, doch wird von vielen Autoren auch die sprachliche Darstellung sorgfältig behandelt. Sie gehen zwar nicht auf Wohlklang aus, bemühen sich aber – oft mit größerem Erfolg als die Dichter – um Klarheit, Eindeutigkeit und Genauigkeit der Aussage.“[68]

Innerhalb des embryologischen Komplexes des „Buches der Natur“, der hier näher betrachtet wird, finden sich verschiedene Ausdrucksweisen, um der Maxime der Exaktheit gerecht zu werden. So stößt man auf unterschiedliche Satzarten in den Abschnitten I.46 und I.47. In diesen beiden Unterkapiteln werden vorrangig kausal-erklärende Sätze verwendet, sogenannte *wenn-sô*-Konstruktionen.

Konrad verwendet sie beispielsweise bei der Darstellung der Erfordernisse für die Zeugung. Um eine Schwangerschaft herbeizuführen, müssen laut Konrad folgende Bedingungen erfüllt sein:[69] ***wenn*** *des mannes sâm haiz ist und daz sein vil ist,* ***sô*** *hât er die kraft und den sig, daz er ain knäblein machet* (A: Z. 2f.)[70] oder der Satz: ***wenn*** *diu frawe von stat gêt,* ***sô*** *hebt si des êrsten den rehten fuoz* (B: Z. 9). An dieser Stelle wird die Konstruktion verwendet, um eine Bewegungsbesonderheit der Frau während der Schwangerschaft darzustellen. Eine weitere kausale Formulierung ist zum Beispiel: *daz ist* ***dar umb****,* ***daz*** *(...)* (A: Z. 5 und 15). Hier wird ein vorangegangener Satz aufgegriffen und begründet.

Neben den kausalen Formen finden sich auch Imperativwendungen in den Abschnitten. Beispielsweise die Verwendung eines impliziten Befehls in I.46: *dar umb ist* ***mein rât****,*

---

[68] Eis (1962), S. 56.

[69] Sämtliche zur Hervorhebung dienlichen Fettdrucke in den zitierten Textpassagen sind eigens durch die Autorin vorgenommen.

[70] Für den unkomplizierteren Verweis auf die Zeilennummern der jeweiligen Unterkapitel wird für Kapitel I.46 ein „A“ als Sigle verwendet, z.B. (A: Z. 1f.) und für Kapitel I.47 ein „B“.

daz sich die frawen auf die rehten seiten naigen zehant nâch dem werch, ob si gern knäblein tragen (A: Z. 6-8). Konrad formuliert hier den *rât*, dass sich die Frau nach dem Geschlechtsakt auf die rechte Körperseite legen soll, wenn sie die Empfängnis eines männlichen Nachkommens anstrebt. Dieser Ratschlag kann indirekt als Anweisung oder Aufforderung gelesen werden. Eine direkte Aufforderung hingegen enthält diese Aussage: *Wenne nu ain fraw swanger ist worden, wilt dû wizzen, ob si ain knäblein trag, sô* ***merk disiu*** *zaichen* (B: Z. 1). Der Rezipient wird aufgefordert, sich die nachstehenden Schwangerschaftszeichen zu verinnerlichen, anhand derer er den potenziellen männlichen Nachwuchs erkennen kann.

In einigen wenigen Fällen tritt Konrad „persönlich" im Text auf. So beispielsweise in der bereits aufgeführten Formulierung: *dar umb ist* ***mein rât*** *(...)* (A: Z. 6f.) oder in der Wendung: *daz* ***verstên ich*** *wâr sein an etleichen frawen* (B: Z. 13f.). Beide Formen lassen die eigene Meinung des Autors durchschimmern. Sehr ausgeprägt ist in I.47 die Verwendung der Komparativform bei der Gegenüberstellung männlicher und weiblicher Schwangerschaftsmerkmale: *daz ir daz reht prüstel ê* ***groezer*** *wirt* ***wan***[71] *das lenk* (B: Z. 2f.), *daz diu frawe* ***sterker*** *und* ***sneller*** *ist* ***wan*** *mit dem dirnlein* (B: Z. 5f.) oder *daz der frawen diu reht seit* ***swaerr*** *ist* ***wan*** *diu lenke* (B: Z. 6f.). Sämtliche komparativen Adjektive sind, wie die Überschrift des Abschnittes I.47 vermuten lässt, auf die Erkennungszeichen eines Jungen ausgelegt. Beispielsweise soll sich die rechte Brust der Frau schneller vergrößern als die linke oder die Frau stärker und agiler sein, wenn sie mit einem Jungen schwanger ist.

Konrad folgt in den beiden Abschnitten unterschiedlichen Deskriptionsweisen. In I.46 schildert er den Vorgang der Befruchtung. Dafür beschreibt er zunächst die Erfordernisse für die erfolgreiche Zeugung eines Jungen, wie zum Beispiel die qualitativen und quantitativen Eigenschaften des männlichen Samens: *wenn des mannes sâm* ***haiz*** *ist und daz sein* ***vil*** *ist* (A: Z. 2-5). Anschließend erläutert er anhand der „Samen-" und „Rechts-Links-Theorie", die an späterer Stelle näher charakterisiert wird, in vier aufeinanderfolgenden Kausalketten das Geschlechtsergebnis in allen denkbaren Konstellationen:

> „(...) sei daz des mannes sâm springe auz seim **rehten gezeuglein** in die **rehten seiten** der muoter, sô werd ain **knäblein** dar auz, als vor gesprochen ist; spring aber der sâm auz dem **lenken gezeuglein** des mannes in die **rehten seiten** der muoter, sô werde dar auz ain **mänleich weib oder** ain **männinne**; spring aber der sâm auz dem **rehten gezeuglein** in die **lenken seiten**, sô werd dar auz ain **weibisch man**; spring aber er auz dem **lenken gezeuglein** in die **lenken seiten** der muoter, sô werd dar auz ain **fräwlein oder** ain **dirnkint**" (A: Z. 8-13).

[71] Mhd. *wan* kann mit „nur" als positive Beschränkung eines positiven Satzes übersetzt werden oder mit „außer, als, als nur" zur positiven Beschränkung einer Negation. Vgl. Lexer (1992), S. 307. Beides trifft für die vergleichende Formulierung der Übersetzung nicht zu. Eine vergleichende „als"-Form findet sich nur unter dem mhd. Begriff *alsô, alse, als*. Vgl. Lexer (1992), S. 3. Die Übersetzung hier orientiert sich an der Anmerkung Franz Pfeiffers, wonach *wan* bei komparativen Adjektiven als Vergleichspartikel mit „als" übersetzt wird. Vgl. dazu: Konrad von Megenberg (1962), S. 778. Eine andere Form zeigt sich in I.46 (A: Z. 16), dort steht *wan* nach Komma und leitet einen Konjunktionalsatz ein. In diesem Beispiel wird es dann mit „denn, weil" übersetzt und ist der Grundform *wande, wand, want* entlehnt. Vgl. Lexer (1992), S. 307.

Die Satzstruktur ist dabei in allen vier Sätzen identisch. Der Text enthält vornehmlich kurze Kausalketten und gibt dem Rezipienten die Möglichkeit, den Inhalt Schritt für Schritt zu verfolgen und nachzuvollziehen. Darüber hinaus bietet er eine griffige Übersicht über die Möglichkeiten der resultierenden Geschlechter durch die Zeugung.

Anders als in diesem Abschnitt findet sich in I.47 eine Folge von Zeichen, die Auskunft über die Schwangerschaft mit einem Jungen geben sollen. Die Aufreihung der Zeichen folgt augenscheinlich keinem eindeutigen Muster, wie das *a capite ad calcem*-Schema in Kapitel 2, sondern ist willkürlich gewählt. Innerhalb der Darstellung werden aber zusammenhängende Zeichen aufeinanderfolgend aufgeführt, beispielsweise das zweite und dritte Schwangerschaftszeichen: *daz ander zaichen ist, daz ir daz reht* **prüstel** *ê groezer wirt wan das lenk. daz dritt zaichen ist, daz daz* **häuptlein an dem prüstel** *roeter wirt und auch die* **âdern an dem selben häuptlein** *werdent roeter wan zuo dem dirnlein* (B: Z. 2-4). Hier wird zunächst über die Vergrößerung des Brustvolumens gesprochen, das sich während der Schwangerschaft zunächst auf der rechten Seite bemerkbar macht, wenn die Frau einen Jungen gebiert. Anschließend wird nochmals auf die rechte Brust Bezug genommen, bei der Beschreibung der Brustwarzen und der umliegenden Adern.

Die aufgezählten Zeichen im Text sind in ihrer Satzstruktur einheitlich mit komparativen Adjektiven gebildet, um den Vergleich zwischen eventuell männlichen oder weiblichen Nachkommen darzustellen.

Auf sprachlicher Ebene finden sich auch intertextuelle Strukturen zwischen den beiden Abschnitten, denn die beiden Unterkapitel stehen innerhalb des embryologischen Komplexes nicht losgelöst voneinander, sondern in Bezug zueinander. Diese Relation lässt sich anhand der formulierten Überleitungen zu den Kapiteln erkennen. So stellt der Text in Kapitel I.46 im ersten Satz sowohl das seinige Thema als auch das im darauffolgenden Kapitel I.47 vor: *Wilt auch dû wizzen, von welhen sachen ain fraw swanger werde ains knäbleins und welhez diu zaichen sein, ob diu fraw ain knäblein trag* (A: Z. 1f.); und I.47 leitet seinen Abschnitt mit Bezug auf das vorangegangene Kapitel I.46 ein: *Wenne nu ain fraw swanger ist worden, wilt dû wizzen, ob si ain knäblein trag, sô merk disiu zaichen (...)* (B: Z. 1f.).

Der Einblick in die formale und sprachliche Gestaltung der beiden Abschnitte untermalt das eingangs vorgebrachte Zitat von Gerhard Eis über die Exaktheit der Sprachformulierung. Konrads Fokus liegt im embryologischen Abriss weniger in der Ausschmückung und Darstellung seiner Sprachgewandtheit. Vorrangig ist hier die sachliche und nüchterne Wiedergabe von Wissen. Dies muss aber nicht prinzipiell für sein gesamtes Werk gelten. So schätzt beispielsweise Edgar Marsch die sprachliche Vielfalt und Allgemeinverständlichkeit des „Buches der Natur".[72]

An die Darstellung der formalen Aspekte knüpft nun die inhaltliche Darlegung und Kommentierung des embryologischen Komplexes an.

[72] Marsch (1965), S. 352.

5. Theorienspektakel

Konrads Abriss über die Embryologie im „Buch der Natur" ist durchdrungen von Thesen über die Zeugung und geschlechtsspezifische Prognose von Nachkommen. Im Folgenden sollen die dahinter stehenden Theorien aufgedeckt und beleuchtet werden.

5.1 „Zwei-Samen"

Das Unterkapitel I.46 thematisiert den Vorgang der Befruchtung und orientiert sich dabei partiell an der „Zwei-Samen-Theorie" des Hippokrates. Dieser vertrat die These, dass bei der menschlichen Zeugung zwei Samenportionen zugegen sind: Einerseits männlicher und andererseits weiblicher. Beide Samen formen dabei in gleichwertigem Verhältnis neues Leben. Anders als Hippokrates vertrat Aristoteles dagegen die Theorie, dass der männliche Samen maßgeblich zur Entstehung eines Kindes beiträgt, „während die Frau ‚lediglich' als ‚Gefäß' und Ernährerin des Fötus fungiert".[73]

Über die Beschaffenheit des weiblichen Samens gab es unterschiedliche Vorstellungen: Zum einen wurde das Vaginalsekret als solches identifiziert und zum anderen, nach Galen, ejakulierter Samen aus der „weiblichen Prostata" und Menstrualblut.[74]

Die Idee des Hippokrates von den „Zwei-Samen" findet sich explizit beschrieben im ersten Unterkapitel I.45 des embryologischen Komplexes über die Zeichen, die eine etwaige Schwangerschaft abschätzen lassen: *daz êrst zaichen ist diu zuosât paider sâmen weibes und mannes.*[75] Im darauffolgenden Kapitel I.46 wird diese Theorie von Samenportionen bei der Zeugung eines Jungen zugrunde gelegt und nicht mehr ausdrücklich thematisiert. Hier steht vor allem der männliche Samen und die „Seitigkeit" im Vordergrund.

5.1.1 „Rechts-Links"

Der Begriff „Seitigkeit" beschreibt eine Theorie, die zunächst grundlegend von der Vorstellung ausgeht, dass die beiden Testikel (*gezeuglein*) des Mannes ihr Pendant in der zweibuchtigen Gebärmutter (*muoter*) der Frau finden. Bei den beiden genannten Geschlechtsorganen wird dabei jeweils zwischen einer rechten und einer linken Seite unterschieden. „Rechts" und „Links" geben in diesem Fall nicht nur eine Richtung oder Seite an, sondern haben auch qualitative Bedeutung, sie weisen feststehende Eigenschaften auf, die im folgenden Unterkapitel eingehender untersucht werden.[76] Auch in Bezug zum Fortpflanzungssamen selbst wird unterschieden, ob er aus dem rechten oder linken Hoden kommt und ob er sich in der linken oder rechten Seite der Gebärmutter „niederlässt". Die Orientierung und Entwicklung des Samens zu einer der jeweiligen Gebärmutterseiten hat geschlechtsspezifische Konsequenzen für den Embryo.[77]

Konrad gibt in Kapitel I.46 einen Überblick über vier mögliche Geschlechtsentwicklungen. Sie sind Ergebnis aller möglichen Kombinationen zwischen rechtem/linkem Hoden und rechter/linker Gebärmutterseite.

---

[73] Vgl. Kruse (1999), S. 196f. Zitat bei Bein (1989), S. 101.
[74] Heidelberger/Thiessen (1981), S. 90, und Kruse (1999), S. 197.
[75] Konrad von Megenberg (1962), S. 38.
[76] Kruse (1999), S. 203.
[77] Vgl. Reisert (1986), S. 13.

In Abbildung 3 sind schematisch die von Konrad vorgestellten Geschlechtsformen, die sich innerhalb der „Rechts-Links-Theorie“ entwickeln können, dargestellt. Erkenntlich wird, dass sowohl der rechte Hoden als auch die rechte Gebärmutterseite maßgeblich für die Entwicklung eines *knäblein* (m) zuständig sind, denn *wenn des mannes sâm nâch dem maisten tail kümpt aus dem rehten gezeuglein des mannes und genommen wirt in der muoter rehten seiten* (A: Z. 3-5), entsteht ein Junge, während die linken Seiten ein *fräwlein/dirnkint* (w) hervorbringen. Konrad gibt beispielsweise den Rat, dass sich die Frau nach dem sexuellen Akt auf die rechte Seite neigen soll, um Einfluss auf die Richtung des Samens für die männliche Befruchtung zu nehmen (vgl. A: Z. 6-8).

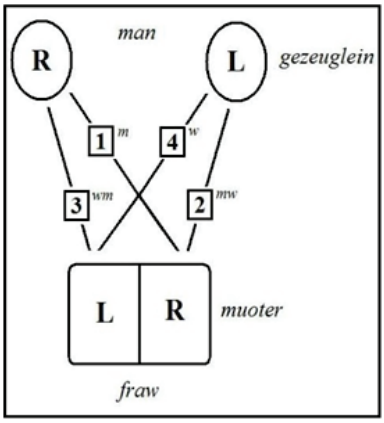


Abbildung 3: Schema der „Rechts-Links-Theorie“

In den von ihm vorgestellten Kombinationen von Geschlechtsformen lässt sich überdies auch die Seitenkreuzung ablesen. Danach kommt es zur Zeugung eines *mänleich weib* beziehungsweise einer *männinne* (mw), wenn der Samen des Mannes aus dem linken Hoden in die rechte Gebärmutterseite der Frau gelangt. Zur Bildung eines *weibisch man* (wm) kommt es hingegen durch das Niederlassen des männlichen Samens aus dem rechten Hoden auf der linken Gebärmutterseite. Die Kreuzung der Seiten kann Aufschluss über die Intersexbildung geben, gibt aber an dieser Stelle nur Hinweise über die Ausprägung vorrangiger männlicher Attribute, wie Bartwuchs im Gesicht oder weiblicher Eigenschaften, wie etwa ein sanftmütiger Charakter.[78]

Die Entwicklung beider (Geschlechts-)Organe bei einem *weibisch man* wird beispielsweise nicht thematisiert. Im Mittelpunkt stehen vielmehr spezifische Charaktereigenschaften und Äußerlichkeiten. Das Modell der Seitenkreuzung vermag letztlich „nur vom Sexualtyp abweichende sekundäre Geschlechtsmerkmale zu deuten“.[79]

[78] Vgl. Kruse (1999), S. 203f.
[79] Reisert (1986), S. 18.

In Unterkapitel I.47 spielt die Theorie von den beiden Seiten eine große Rolle bei der Geschlechtsbestimmung des Embryos. Das äußere Erscheinungsbild der schwangeren Frau ist dabei gewichtig, denn die körperlichen Veränderungen werden auf spezifisch „rechts-" oder „linksseitige" Merkmale hin untersucht und für die Geschlechtsprognose des Kindes herangezogen.[80] So deutet beispielsweise der Umstand, *daz der frawen diu reht seit swaerr ist wan diu lenke* (B: Z. 6f.), auf die Schwangerschaft mit einem Jungen hin. Auch das aufstützen auf die rechte Hand (B: Z. 10) oder leichtere und schnellere Bewegungen des rechten Auges (vgl. B: Z. 10f.) signalisieren einen männlichen Embryo im Mutterleib.

Die „Seitigkeit" spielt also sowohl im Stadium der Zeugung als auch während der Entwicklung des Embryos eine zentrale Rolle in den embryologischen Texten Konrads. Eine weitere Spezifizierung erhält die „Rechts-Links-Theorie" durch die qualitative Deutung der Seiten insbesondere im Hinblick auf den Wärmezustand der Geschlechtsorgane.

5.1.2 „Heiß-Kalt"

Die „Heiß-Kalt-Theorie" verleiht der Idee von der „Zwei-Seitigkeit" zusätzlich thermische Qualität. Die rechte „männliche" Seite verkörpert dabei die Eigenschaft „warm" und die linke „weibliche" Seite das Gegenteil „kalt".[81] Diesem Modell entsprechend beschreibt Konrad in I.46, *daz diu reht seit hitziger ist wan diu lenke* (A: Z. 5f.). Gemeint ist die rechte Gebärmutterseite, die durch ihre wärmere Temperatur dazu beiträgt, dass ein Junge darin heranwächst. Weiter beschreibt er, dass für die Zeugung eines Jungen *des mannes sâm haiz* (A: Z. 2) sein muss. Neben der thermischen Qualität des Samens benennt er auch weitere Erfordernisse, welche die männliche Zeugung unterstützen, wie zum Beispiel die Menge und Kraft des Samens. Konrad gibt an, dass *der sâm auz dem rehten gezeuglein ist kreftiger wan der auz dem denken* (vgl. A: Z. 6). Die Körpertemperatur, insbesondere die der Geschlechtsorgane, ist neben der Seitentheorie mitverantwortlich für die geschlechtliche Ausprägung der befruchteten Eizelle und das Heranwachsen eines weiblichen oder männlichen Nachkommen.

Auffällig ist, dass vornehmlich die rechte, warme bzw. „männliche" Seite in beiden Abschnitten thematisiert wird, während die linke, kühle und „weibliche" Seite ins Abseits gerät. Dieses Vorkommnis wird in Unterkapitel 6.2 genauer betrachtet.

Auch im thermischen Bereich gibt Konrad von Megenberg einen rât, um Einfluss auf das Geschlecht des zukünftigen Kindes zu nehmen: *dar zuo hilft auch diu kelten des luftes und diu kelten des landes und der wint, der von dem wagen an dem himel fleugt gegen mittem tag über, der haizet ze latein aquilo. daz ist dar umb, daz diu kelten die nâtürleichen hitz hin ein treibt in den leib und si inwendig sterkt, wan ez muoz daz knäblein haizer haben zuo seiner machung wan daz dirnlein* (A: Z. 13-17). Er erklärt, dass durch die Zuführung von kalter Luft oder generell durch kälteres Klima die innere Hitze im Körper erhöht werden kann. Erklärbar ist diese Theorie mit der Annahme, dass eine (Unter-)Kühlung des Körpers, die von außen auf ihn einwirkt, zu einem Anstieg der Körpertemperatur führt. Eine höhere innere Temperatur führt, entsprechend der „Heiß-Kalt-Theorie", zu einem männlichen Embryo. Konrad empfiehlt für die

[80] Vgl. Reisert (1986), S. 13f.
[81] Vgl. ebd., S. 15.

„Kühlung", sich dem *aquilo*[82] auszusetzen. Der Nordwind Aquilo, der „mit markdurchbohrender Kälte aus dem nördlichen Gebirge"[83] heranweht, ist einer der vier Weltwinde und gilt als besonders kalt.

Der embryologische Abriss im „Buch der Natur" über den Eintritt und Ablauf der Schwangerschaft ist geprägt von den dargelegten antiken und mittelalterlichen Theorien. Diese beruhen auf den propagierten Vorstellungen über die Anatomie der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane. Während die Hoden des Mannes „augenscheinlich" untersucht werden können (und an ihnen sowohl eine rechte als auch eine linke Seite ausgemacht werden kann), ist die Anatomie des Uterus komplizierter auszumachen, da für diese Untersuchung ein medizinischer Eingriff notwendig ist. Im Folgenden wird ein kurzer Einblick über das – Konrads Texten zugrunde liegende – Uterusmodell gegeben und auf die Schwierigkeiten, die mit einer treffenderen Charakterisierung der *muoter* verbunden waren, hingewiesen.

5.2 „Uterus duplex"[84]

Konrad von Megenberg differenziert in Unterkapitel I.46 zwischen der *rehten* (A: Z. 9) und *lenken seiten der muoter* (A: Z. 13). Diese Zweigliedrigkeit basiert auf der aus der Antike stammenden Annahme, dass sich die Gebärmutter der Frau aus zwei Kammern zusammensetzt. Bereits Aristoteles bezeichnete sie als „zweispitzig" oder „zweiteilig".[85] Erkenntnisse über die innere Anatomie des menschlichen Körpers entnahm man aus Tiersektionen. Die daraus gewonnenen Einsichten über den tierischen Organismus übertrug man anschließend weitgehend auf den menschlichen Körper. Daraus formte sich schließlich auch das Bild eines zweikammerigen Uterus, der in der tierischen Anatomie vorkommt. Auch in Abschnitt I.47 des „Buches der Natur" wird dieses Modell aufgenommen und durchweg zwischen einer rechten und linken Gebärmutterseite unterschieden. Beispielsweise berichten das siebte und achte Schwangerschaftszeichen von dem Gefühl körperlicher Schwere und von Kindesbewegungen in der rechten Unterbauch- und Beckengegend, die Aufschluss über die Niederkunft eines Jungen geben: *daz sibend ist, daz der frawen diu reht seit swaerr ist wan diu lenke. daz aht ist, daz sich daz kindlein wegt in der rehten seiten* (B: Z. 6-8). Veranlassung für die Durchführung von Sektionen am Tier statt am Menschen waren glaubensbedingte Hemmungen, die zum Verbot führten.[86] Erst im 14. Jahrhundert fand die Öffnung einer menschlichen Leiche Eingang in die wissenschaftliche Praxis.[87]

---

[82] Der lateinische Begriff *aquilo, onis* bedeutet „Nordnordostwind, Sturm". Vgl. PONS (2003), S. 64. Im „Buch der Natur" berichtet Konrad in Unterkapitel 15 des Großkapiteles II *Von den winden*. Darunter auch vom kalten Nordwind Aquilo. Vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 79-81.

[83] Preller (1978), S. 330.

[84] Der lat. Ausdruck „Uterus duplex" setzt sich zusammen aus *uterus, i* für „Unterleib, Bauch, Mutterleib, Gebärmutter", vgl. PONS (2003), S. 957, und *duplex* für „gedoppelt, doppelt zusammengelegt, zweifach", vgl. PONS (2003), S. 284. Die zweiseitige Gebärmutter wird auch bezeichnet als „Uterus bicornatus", abgeleitet von lat. *bicornis, e*, und bedeutet „zweihörniger Uterus". Vgl. PONS (2003), S. 100, und Kruse (1999), S. 201.

[85] Kruse (1999), S. 201.

[86] Vgl. ebd., S. 200f.

[87] Vgl. Bein (1989), S. 66.

Das Modell des zweigliedrigen Uterus, wie er in Konrads embryologischen Texten beschrieben wird, ist lediglich eines von vielen über den Aufbau der Gebärmutter. In medizinischen Überlieferungen finden sich überdies sogar drei-, fünf- oder siebenkammerige Uteri,[88] deren Existenz nicht immer anatomischen Erkenntnissen entspringt, sondern auf religiöse oder abergläubische Anschauungen zurückzuführen ist.

6. Kinderwunsch und Wunschkind

Während Unterkapitel I.46 den Zeugungsakt für einen männlichen Nachkommen im Gefüge der genannten Theorien und Anschauungen thematisiert, setzt sich Kapitel I.47 mit der Erkennung von Merkmalen auseinander, die nach einer erfolgreichen Befruchtung an der Schwangeren wahrnehmbar sind. Konrad geht aber zusätzlich über diesen Punkt hinaus und vermag über die Schwangerschaftszeichen, durch Lokalisierung und Deutung, das Geschlecht des Embryos zu ermitteln.

6.1 Schwangerschaftszeichen

Heutzutage wird zur Diagnose einer Schwangerschaft zunächst eine dreiteilige Merkmalsskala herangezogen, die zwischen den „unsicheren", „wahrscheinlichen" und „sicheren" Schwangerschaftszeichen unterscheidet, bevor weitere Hilfsmittel zur Feststellung herangezogen werden, wie etwa ein Schwangerschaftstest. Diese Skala umfasst zugleich die zeitlichen Phasen der Schwangerschaft, vom frühesten und noch unsichersten Zeitpunkt bis zum spätesten und vollkommen sicheren Zeitpunkt. Die „unsicheren" Zeichen beziehen sich auf Veränderungen des gesamten Organismus der Frau, wie beispielsweise abnorme Gelüste, Erbrechen, Übelkeit, vermehrter Speichelfluß, die Zunahme des Leibesumfanges oder das Auftreten von Schwangerschaftsstreifen an den Bauchdecken und Pigmentierungen. „Wahrscheinliche" Schwangerschaftszeichen hingegen lassen vor allem Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane erkennen, wie etwa das Ausbleiben der Periode, die Vergrößerung der Gebärmutter, das Wachstum der Brüste oder das Auftreten von Vormilch. Eine eindeutige Schwangerschaft besteht bei der Feststellung von Zeichen, die das Bestehen eines Embryos im Mutterleib signalisieren. Diese „sicheren" Zeichen sind sicher gehörte Herztöne, gefühlte Kindesbewegungen sowie gefühlte Kindsteile.[89]

In ähnlicher Weise gliedert Konrad von Megenberg innerhalb des embryologischen Komplexes die Schwangerschaftsmerkmale. Die im ersten Teil I.45 aufgeführten *zaichen, ob ain fraw swanger sei oder niht*[90] entsprechen den „unsicheren" und „wahrscheinlichen" Kenn-

---

[88] Vgl. Kruse (1999), S. 201. Zum Vergleich: „Zu den auffälligsten Erscheinungen mittelalterlicher Zeugungslehre gehört zweifellos das Modell vom siebenkammerigen Uterus: die Gebärmutter gliedert sich in sieben Kammern auf; drei davon liegen rechts, drei links, die verbleibende in der Mitte. Auf der rechten Seite wachsen die Knaben heran, links die Mädchen, in der siebten, mittleren Kammer kommt es zur Zwitterbildung". Vgl. Reisert (1986), S. 7.

[89] Martius/Cammann, (1975), S. 71.

[90] Konrad orientiert sich bei seiner Auflistung der Zeichen einer möglichen Schwangerschaft an den medizinischen Schriften des arabischen Arztes und Philosophen Abû Alî al-Husain ibn Abd Allah ibn Sînâ, auf lateinisch Avicenna (981-1037), vgl. Heidelberger/Thiessen (1981), S. 90, und Ashour (1999), S. 33. Konrad nennt Acicenna auch als Autorität in seinem Text: *Daz sint diu zaichen, diu Avicenna setzt*, vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 39.

zeichen der dreistufigen Skala und markieren damit den frühesten Zeitpunkt einer möglichen Schwangerschaft. Beispielsweise gibt Konrad ebenso das „unsichere" Zeichen an, *daz diu frawe nâch ainem mônât oder nâch zwain poes gelust hât* oder dass sie leichte Übelkeit empfindet. Ein identisches „wahrscheinliches" Merkmal ist, *daz diu frawe den mônâtleichen fluz niht hât dar nâch und si swanger wirt.* Das Ausbleiben der Menstruation nach erfolgreicher Befruchtung erkennt auch Konrad als sehr wahrscheinliches Kriterium, um eine Schwangerschaft zu diagnostizieren. Dennoch schränkt er es geringfügig ein durch die Anmerkung: *geschiht aber der fluz, daz ist gar selten.* Eine massivere Beschränkung und einen expliziten Hinweis auf die „Unsicherheit" der aufgeführten Zeichen enthält seine Anmerkung über die Zusammenführung von männlichen und weiblichen Samen für die erfolgreiche Befruchtung: *aber daz dunket mich ain ungewiss zaichen, wan daz oft geschiht, daz doch diu frawe niht swanger wirt.* Konrad formuliert in diesem ersten Kapitel Ausnahmen und Einschränkungen der Schwangerschaftszeichen, dadurch signalisiert er den „Unsicherheits- und Wahrscheinlichkeitscharakter" der getroffenen Aussagen. Im Gegensatz dazu nennt Kapitel I.47 die *zaichen, ob ain fraw ain knäblein trage.*[91]

Die Auseinandersetzung mit der Geschlechtsprognose des heranreifenden Embryos bedingt zugleich, dass bereits eine Schwangerschaft eingetreten ist. Dementsprechend beschäftigt sich dieser Abschnitt mit den „sicheren" Zeichen. Die aufgelisteten Eigenschaften lassen sich aber auf den ersten Blick im aufgeführten Merkmalskanon teils auch in die „Unsicherheits- oder Wahrscheinlichkeitskategorien" einordnen, wie zum Beispiel das vierte Zeichen, *daz der frawen der leib sinweller ist* (B: Z. 4-5). Dieses Zeichen entspricht exakt einem der aufgeführten „unsicheren" Zeichen, nämlich der „Zunahme des Leibesumfanges".[92] Jene Zuordnung stimmt nicht mehr mit der zuvor zugrunde gelegten Annahme überein, dass eine Schwangerschaft vorliegt. Allerdings muss das vierte Zeichen im Kontext der Geschlechtsprognose aufgefasst werden und vor allem im Hinblick auf die im Komparativ gebildete Adjektivform *sinweller* gedeutet werden. Danach versteht sich das Merkmal eines „rundlicheren" Bauches als geschlechtsdefinierende Eigenheit für einen männlichen Fötus und kann demnach als „sicheres" Zeichen kategorisiert werden. Dagegen lassen sich das achte und neunte Schwangerschaftszeichen zweifelsfrei in die Kategorie „sicher" einordnen: *daz aht ist, daz sich daz kindlein wegt in der rehten seiten. daz neund ist, daz sich daz knäblein wegt in der muoter leib nâch dreien mônâden und daz dirnlein nâch viern* (B: Z. 7-9). Die wahrnehmbaren Kindesbewegungen werden von Konrad als eindeutiges Anzeichen für eine Schwangerschaft angeführt.

Festgehalten werden kann, dass Konrad von Megenberg bei der Darstellung der Schwangerschaftszeichen einer heute noch anerkannten Systematik folgt – er gliedert die Phasen der Gravidität anhand der auftretenden Symptome, das heißt, die Zeichen geben ihm Aufschluss darüber, in welchem Stadium der Schwangerschaft sich die Frau befindet. Die zeitlich früheste Phase, die in Kapitel I.45 beschrieben wird, entspricht dabei den „unsicheren" bis „wahrscheinlichen" Anzeichen, die eine mögliche Befruchtung thematisieren. Die zeitlich späteste Schwangerschaftsphase, welcher sich Kapitel I.47 widmet, bezeichnet

[91] Konrad von Megenberg (1962), S. 38-41.
[92] Martius/Cammann (1975), S. 71.

dabei den Zeitpunkt, an welchem zweifelsfrei eine Schwangerschaft vorliegt. Eine werdende Mutter weist in diesem Stadium vorrangig die „sicheren" Merkmale auf.

Nachdem ein Einblick in die systematische Deutung der Schwangerschaft im „Buch der Natur" gegeben worden ist, steht nun die Auslegung der Schwangerschaftszeichen in Bezug auf die Geschlechtsprognose im Mittelpunkt.

6.1.1 „Sich auf eine Seite schlagen"

Im Gegensatz zu Kapitel I.46, in welchem vorranging der Zeugungsakt und die Einflussnahme auf die Zeugung eines bestimmten Geschlechtes dargelegt werden, thematisiert das Kapitel I.47 die Deutung des männlichen Geschlechts nach erfolgreicher Befruchtung.

> „Jede Zelle, jedes Gewebe und jede Funktion des mütterlichen Organismus erfahren durch den Eintritt der Schwangerschaft eine Veränderung."[93]

Konrads Interesse liegt nicht nur in der Erkennung und dem Aufzeigen dieser Veränderungen, sondern vor allem in der geschlechtsspezifischen Deutung. Seine Auslegungen sind dabei geprägt vom Dogma der „Seitigkeit". Wie bereits in Kapitel 5 ausführlich dargelegt, unterscheidet Konrad jeweils zwischen einer rechten und einer linke Seite der Geschlechtsorgane bei Mann und Frau. Eine weitere Frage, die sich stellt, lautet: Anhand welcher Veränderungen des weiblichen Körpers können Rückschlüsse auf das Geschlecht des Kindes gezogen werden? Diese Veränderungen, überwiegend physiologischer Art, äußern sich in seitenbezogenen Merkmalen, sodass Wandlungen auf der rechten Körperseite einen zukünftigen Sohn ankündigen, während solche auf der linken Körperhälfte ein Mädchen im Mutterleib signalisieren.

Konrad zieht einen logisch erscheinenden Schluss: Wenn die rechte Seite der Gebärmutter und der Samen aus dem rechten Hoden ausschlaggebend sind für die Zeugung eines Jungen (und dieser schließlich auf dieser Seite heranwächst), dann müssen sich Merkmalsausprägungen auch auf der rechten Körperhälfte der Frau offenbaren, die dann einen Jungen prophezeien. In seiner Auflistung in Kapitel I.47 zeichnen sich zwei maßgebliche Darstellungsformen ab, die diese Logik widerspiegeln. Zum einen werden Merkmale beschrieben, die auf der rechten Körperseite der Frau zu erkennen sind oder von ihr dort wahrgenommen werden. Zum anderen wird die direkte Zuschreibung von Merkmalen auf einen männlichen Fötus in analoger Abgrenzung zum weiblichen und dessen Merkmalen dargestellt, wie zum Beispiel in den Formulierungen *wann sô si ain dirnlein tregt* (B: Z. 2) oder *wan mit dem dirnlein* (B: Z. 5f.).

Mehrheitlich diagnostiziert Konrad das Geschlecht des Fötus im Sinne der „Rechts-Links-Anschauung". Physische Veränderungen, wie beispielsweise das Brustwachstum oder der Milchfluss, geben Aufschluss über das männliche Geschlecht des Fötus.

So gibt er an, dass *daz reht prüstel*[p4] *ê groezer wirt wan das lenk* (B: Z. 2f.) und *daz auz dem rehten püstel ê milch gêt wanne auz dem lenken* (B: Z. 14f.). Sowohl das frühere Einsetzen des

[93] Martius/Cammann (1975), S. 65.

Brustwachstums, das meist mit leichten Schmerzen und der bläulichen Färbung der Brustvenen einhergeht, als auch der frühere Milchfluss auf der rechten Seite signalisieren, dass ein Junge im Mutterleib heranwächst.[95]

Ein weiteres Merkmal ist, dass *daz âderslahen des rehten arms groezer und vollekumener ist* (B: Z. 11f.), wenn die Frau mit einem Jungen schwanger ist. Während einer Schwangerschaft nimmt das Gesamtblutvolumen des weiblichen Körpers mit einem Anstieg von ca. 1,5 Litern zu und die Pulsfrequenz steigt von ca. 70 auf 85 Schläge pro Minute. Konrad erkennt dieses Faktum in Form eines stärkeren Pulsschlages am rechten Arm der werdenden Mutter und verweist, ganz im Sinne der „Rechts-Links-Theorie", auf einen männlichen Nachwuchs.[96]

Werden Kindesbewegungen im Mutterleib festgestellt, sind sie ein eindeutiger Beweis für eine Schwangerschaft. Konrad vermag sogar durch die Lokalisierung der Kindesbewegungen und den Zeitpunkt, an dem sie festgestellt werden, das Geschlecht des Fötus auszumachen. Demnach steht der Niederkunft eines männlichen Nachkommen nichts im Wege, wenn die werdende Mutter Bewegungen in der rechten Bauch- und Beckengegend wahrnimmt (vgl. B: Z. 7f.). Überdies verleihen die zeitlichen Angaben, dass *in der muoter leib nâch dreien mônâden* (B: Z. 8) Rührungen des männlichen Fötus ausgemacht werden können und beim *dirnlein nâch viern* (B: Z. 9), zusätzlichen Nachdruck.[97] Fetale Bewegungen spürt eine Frau aber nachweislich erst in der 20. Schwangerschaftswoche (entspricht ca. dem fünften Monat). Frühere Bewegungsmuster des Fötus sind nur durch heutige Technik, wie etwa Ultraschall, bereits in der siebten bis achten Schwangerschaftswoche auszumachen (zweiter Monat).[98]

Es kann sich bei Konrads Dokumentation von Kindesbewegungen, die seines Erachtens bereits im dritten und vierten Monat zu spüren sind, „um einen Niederschlag des volkstümlichen Glaubens an die Bedeutung der Zahl"[99] handeln. Die Zahlenallegorese im

---

[94] Konrad unterscheidet im ersten Großkapitel des „Buches der Natur" zwei Bezeichnungen für die weibliche Brust, abhängig davon, ob die Frau eine Jungfrau (= *prüstel*) ist oder nicht (= *tütel oder fruhttragerlein*), vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 25. Fälschlicherweise müsste folglich die schwangere Frau in Kapitel I.47 eine Jungfrau sein, da ihre Brüste die Bezeichnung *prüstel* tragen. Zu erklären wäre dies mit der Annahme, dass die Bezeichnungen *tütel* oder *fruhttragerlein* auf die Brüste der Frauen zutrifft, die das Kind geboren haben und dieses nähren; auf eine schwangere Frau würde dies noch nicht zutreffen.

[95] Vgl. Diepgen (1937), S. 158. Diese Ausführungen werden weiter gestützt durch die Beschreibung des Brustwarzenhofes und der auffälligen Konsistenz der Muttermilch. Demnach zeigt die rechte Brust eine rötlichere Färbung an Brustwarze und Adern auf (vgl. B: Z. 3f.), wenn die Frau einen Jungen gebiert, als wenn sie ein Mädchen bekommt. Gleiches gilt für die Konsistenz der Muttermilch. Konrad beschreibt, *daz der frawan milich dick ist und zaeh* (B: Z. 15f.), wenn die Frau mit einem Jungen schwanger ist. Anschließend zieht er den direkten Gegenvergleich: *aber sô diu frawe mit aim dirnlein gêt, sô ist ir milich dünn und wäzzrig* (B: Z. 17). Erkennbar wird hier, dass er die Veränderungen der Brust zunächst im Sinne der „Rechts-Links-Theorie" deutet und anschließend die Aussagen bekräftigt, indem er weitere Eigenschaften der Brust direkt einem männlichen Fötus zuschreibt.

[96] Vgl. Huch (1994a), S. 74.

[97] Die mittelalterliche Lehrmeinung, welche den hippokratischen Schriften folgt, bekräftigt genau diese zeitlichen Aussagen und fügt als Begründung hinzu, dass sich männliche Föten früher entwickeln würden und daher bei ihnen früher Bewegungen auszumachen seien. Vgl. Diepgen (1937), S. 154.

[98] Vgl. Huch (1994b), S. 92f.

[99] Diepgen (1937), S. 160.

Mittelalter umfasst sowohl mathematische Gesetzlichkeiten als auch die Anwendung der Zahl in biblischen Kontexten.[100] Darüber hinaus wird die Primzahl drei oftmals als „männliche" Ziffer betrachtet, die gerade Zahl vier hingegen als „weiblich". Dies könnte auch ein Grund für Konrads Wahl der Monatszahlen sein. Andererseits könnten die beiden Ziffern auch in einem religiösen Rahmen betrachtet werden. Beispielsweise wird die Zahl drei häufig im Sinne der Trinität ausgelegt oder die Vier als Zeichen der Schöpfung.[101]

Festgehalten werden kann, dass die Zahlendeutung in der Lage ist, ein unerschöpfliches Ausmaß anzunehmen und in der mittelalterlichen Medizin eine tiefgreifende Rolle spielte.[102] Demnach ist es möglich, dass Konrad die aufgeführten Zahlen in einem allegorischen Sinne verwendet hat.

Weiter nennt er Auffälligkeiten im Bewegungsablauf der Schwangeren. Sie hebt beispielsweise beim Gehen zuerst den rechten Fuß (vgl. B: Z. 9f.) und stützt sich beim Aufstehen primär mit der rechten Hand ab (vgl. B: Z. 10). Diese Merkmale stellen keine typischen Schwangerschaftsmerkmale dar, sondern beruhen ausschließlich auf der Bekräftigung der „Rechts-Links-Theorie". Man könnte diese Zeichen aber auf den Umstand zurückführen, dass durch die schwangerschaftsbedingte Gewichtszunahme,[103] welche auf der rechten Körperseite der Frau diagnostiziert wird (B: Z. 6f.), die Schwangere eine Stabilisierungshaltung auf der rechten Seite einnimmt.

Das letzte Merkmal, welches explizit im Sinne der „Seitigkeit" benannt wird, sind schnellere und sanftere Bewegungen des rechten Auges, die auf einen männlichen Fötus verweisen (vgl. B: Z. 10f.). Bei diesem Merkmal scheint es sich wiederum ausschließlich um eine Bestärkung der „Rechts-Links-Theorie" zu handeln. Zwar benennt Konrad in Kapitel I.45 sowohl dunklere und tiefer liegende Augen als auch die gelbe Verfärbung der weißen Augäpfel als Erkennungszeichen für eine Schwangerschaft,[104] wie sie oftmals bei graviditätsbedingter Gelbsucht[105] auftritt, aber die Bewegungsart oder -schnelligkeit wird nicht thematisiert.

6.1.2 Explizite Geschlechtszuschreibung

In einer anderen Art und Weise (als bisher nach der „Rechts-Links-Theorie") findet dagegen die Geschlechtsprognose bei den folgenden Merkmalen statt. Hier ist das ausschlaggebende Kriterium nicht mehr die Orientierung an der rechten oder linken Seite, sondern hier werden die Merkmale dem männlichen Fötus zugeschrieben und dem weiblichen Geschlecht gegenübergestellt. Als erstes Merkmal führt Konrad an, dass eine Frau „besser aussieht", wenn sie einen Jungen bekommen wird, als wenn sie mit einem Mädchen

---

[100] Vgl. Meyer (1975), S. 55 und 77 sowie Meyer/Suntrup (1987), S. 490. In Bezug auf die „mittelalterlichen Zahlen" ist eine große Bandbreite an Auslegungsmöglichkeiten vorhanden. Es gibt nicht nur die richtige oder falsche Deutung, sondern viele mögliche Bedeutungsmuster.

[101] Vgl. Meyer (1975), S. 123, S. 214 und S. 491.

[102] Zur Methode der Zahlenallegorese und der Bedeutung von Ziffern siehe Meyer/Suntrup (1987).

[103] Eine Frau nimmt während ihrer Schwangerschaft stetig zu. Etwa die Hälfte der physiologischen Gewichtszunahme von 10 bis 12 kg kommt durch die Neubildung von Gewebe und Wassereinlagerung zustande. Die andere Hälfte sind Fötus, Plazenta und Fruchtwasser. Vgl. Huch (1994a), S. 73.

[104] Vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 39.

[105] Vgl. Friedberg/Hiersche (1975), S. 182.

schwanger ist (vgl. B: Z. 2). „Besseres Aussehen" könnte sich hier auf die Beschaffenheit der Haut einer Schwangeren beziehen. So deutet ein frischer und reiner Teint auf die Empfängnis eines Jungen hin, während unreine und blasse Haut hingegen auf ein Mädchen verweisen. Den mittelalterlichen Schriften folgend, wird das Symptom des bleicheren Aussehens der Frau mit dem Auftreten einer Blutarmut erklärt. Diese entsteht durch die übermäßige Verwendung des Blutes für den Aufbau des Fötus und der Anreicherung im Unterleib. Aus heutiger Perspektive ist die Haut während der Schwangerschaft verschiedenen physiologischen Veränderungen unterworfen, z.B. der Pigmentation. Diese betrifft ca. 75% der Schwangeren während des letzten Drittels der Gravidität und bildet sich meist nach der Entbindung wieder zurück.[106] Die sich durch die Pigmentation bildenden „Flecken" auf verschiedenen Hautbereichen könnten Grund für die Beurteilung einer unreinen Haut sein.

Ein weiteres Merkmal, das den unmittelbaren Vergleich zum weiblichen Fötus zieht, ist, dass die Frau *niht poese lüst hât als mit dem dirnlein* (B: Z. 6). Abstruse Schwangerschaftsgelüste werden in manchen medizinischen Schriften, unter anderem von Galen, mit einer schlechten Säfte-Mischung des schwangeren Körpers begründet. Die als krankhaft bezeichneten Gelüste einer Schwangeren erklären sich folglich daraus, dass zum einen für die Versorgung des Ungeborenen der „bessere" Teil des Blutes verwendet wird und der „schlechtere" Anteil aufgrund der ausbleibenden Periode nicht mehr ausgeschieden werden kann. Es kommt zu einem Ungleichgewicht der Säfte und einer Überreizung des Magens, die sowohl Übelkeit und Erbrechen als auch *poese lüst* hervorruft: „wie gute Säfte am Magenmund den Appetit auf gute Speisen auslösen, so reizen schlechte zu üblen, die dem normalen Menschen widerstehen".[107] In der heutigen medizinischen Fachliteratur werden „abnorme Gelüste" weniger thematisiert,[108] vielmehr werden ernährungsspezifische Informationen während der Schwangerschaft gegeben, wie zum Beispiel, dass sich der Grundbedarf einer Schwangeren nur um etwa 300 Kalorien erhöht.[109]

Weitere Merkmale, die Konrad dem männlichen Fötus zuordnet und dem weiblichen gegenüberstellt, sind ein rundlicherer Bauch (B: Z. 4f.) und eine bessere Fitness, das heißt Beweglichkeit und Kraft der Schwangeren (B: Z. 5f.). Konrad führt auch ein Zeichen an, das den sexuellen Kontakt zwischen Mann und Frau während der Schwangerschaft behandelt.[110] Er beschreibt, dass Frauen zu diesem Zeitpunkt eine größere Abneigung gegen den Geschlechtsverkehr mit Männern haben, vor allem in der ersten Phase der Schwangerschaft, wenn sie mit einem Jungen schwanger sind (vgl. B: Z. 12-14). In der gegenwärtigen Gynäkologie hat man tatsächlich festgestellt, dass im Verlauf der Schwangerschaft der Geschlechtsverkehr und das sexuelle Verlangen stetig abnehmen können.[111] Konrad beurteilt

---

[106] Vgl. Kruse (1999), S. 212; Diepgen (1937), S. 158, und Friedberg/Hiersche (1975), S. 38f.

[107] Diepgen (1937), S. 158.

[108] Dennoch sind die „Gelüste" bekannt und werden in der Literatur beispielsweise unter den psychischen Veränderungen während der Gravidität aufgeführt: „Es wird immer wieder darauf hingewiesen, daß schon recht früh während der Schwangerschaft zahlreiche vegetative, affektive und triebmäßige Abweichungen entstehen, zu denen z.B. die „Gelüste" gehören, d.h. plötzlich auftretende Wünsche nach bestimmten Speisen oder Getränken". Vgl. Friedberg/Hiersche (1975), S. 49.

[109] Vgl. ebd., S. 83f.

[110] Das identische Merkmal über die Thematik der Sexualität während der Schwangerschaft wurde von Konrad in Kapitel I.45 behandelt. Vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 39.

[111] Vgl. Buddeberg (1994), S. 565.

die sexuelle Aversion bei einigen Frauen als nachvollziehbar in der ersten Zeit der Schwangerschaft, aber nicht bei der Mehrheit der Schwangeren (vgl. B: Z. 13f.). Er dokumentiert diese Haltung als Hinweis auf einen männlichen Fötus – sinngemäß würde eine seltenere Abneigung während der Schwangerschaft auf einen weiblichen Fötus hinweisen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die in Kapitel I.47 des „Buches der Natur" dargebotenen Schwangerschaftszeichen dem Rezipienten ermöglichen, eine Geschlechtsermittlung des Ungeborenen bereits im Mutterleib vorzunehmen. Konrads Augenmerk liegt dabei in der Diagnostizierung männlichen Nachwuchses. Die Zeichen werden auf zwei verschiedene Weisen präsentiert: Erstens der „Rechts-Links-Theorie" folgend, das heißt, Veränderungen des schwangeren Organismus, sowohl innerlicher als auch äußerlicher Art, zeigen sich immer auf der rechten „männlichen Seite". Zweitens durch konkrete Zuweisung, das heißt, ein Merkmal wird kurzerhand als „männlich" determiniert, ohne eine seitenbedingte „Rechtslastigkeit" aufzuweisen.

Abschließend soll nun die erwähnte rechte Seitenaffinität und damit einhergehend die in den Mittelpunkt gerückte Zeugung und Prognose von männlichen Nachkommen betrachtet werden. Fraglich ist, warum dem männlichen Nachwuchs in Konrads embryologischem Komplex sehr viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als dem weiblichen. Es erweckt den Anschein, als würde dem weiblichen Fötus gegenüber eine ablehnende Haltung eingenommen werden – Spekulation oder Faktum?

6.2 „knäblein" vs. „dirnchint"

> „Im Idealfall zeugt der Mann in einem Knaben ein Ebenbild seiner selbst. Die Geburt eines Mädchens ist als Folge einer Entartung oder Fehlbildung zu bewerten (...)."[112]

Diese Auffassung geht auf die im vergangenen Kapitel 5.1 erwähnte aristotelische „Zweisamentheorie" zurück, nach welcher dem männlichen Samen mehr aktives Zutun zur Konstruktion neuen Lebens beigemessen wird als dem weiblichen. Nach Aristoteles Lehrmeinung führe das Menstrualblut der Frau zu einer „Abbremsung" des männlichen „Zeugungs-Impulses", wodurch es zur misslungenen Samenmischung komme und zur Schaffung einer Frau.[113] Die Theorie von der „Unvollkommenheit" des weiblichen Geschlechts findet sich auch bei anderen Autoritäten wieder, wie beispielsweise Thomas von Aquin (ca. 1225-1274).[114] Bereits Hippokrates stellte fest, dass die Frau aufgrund ihrer wesenhaften Unvollkommenheit menstruiere, denn sie sei nicht in der Lage, das durch Gärung entstandene Blut in ihrem Körper auf graziöse Weise über den Schweiß abzusondern, so wie der Mann.[115] Auch Galens Position spiegelt das Manko der Weiblichkeit wider. Seiner Theorie zufolge ist die Menstruation überschüssiges Blut, das durch den Verzehr von Fleisch übrig bleibe und die Frau mit ihrem kleineren und daher minderwertigeren Körper nicht verdauen könne.[116]

---

[112] Kruse (1999), S. 198.
[113] Zitiert nach ebd., S. 198.
[114] Vgl. Diepgen (1963), S. 127f.
[115] Vgl. Angier (1999), S. 146.
[116] Ebd.

Es finden sich aber auch durchaus optimistischere Stimmen, die der Frau ihre Hochachtung aussprechen. Diese stammen überwiegend aus dem Bereich der Moralisten und Gottesdiener. Sie postulieren die Gottesebenbildlichkeit des Menschen und damit einhergehend die gleichberechtigte Stellung des Mannes und der Frau. Erkenntlich wird, dass die Rolle der Frau und ihr Ansehen im Mittelalter nicht einheitlich formuliert waren, sondern dass dies recht unterschiedlich beurteilt wurde.[117]

In Konrads Abhandlung über die Embryologie findet sich keine explizite oder drastische Herabwürdigung der Frau. Dennoch lassen sich Relikte seiner Vorgänger in den Texten finden. Beispielsweise thematisiert er zwar übersichtsartig die Zeugung sämtlicher Geschlechtsformen, stellt aber die Konzeption eines männlichen Nachkommen in den Vordergrund. Das weibliche Geschlecht spielt in seinen Ausführungen eine eher nebensächliche Rolle. Es wird lediglich vergleichend aufgeführt, wie zum Beispiel bei der Listung der Schwangerschaftszeichen im Sinne der „Rechts-Links-Theorie". Die Zeichen sollen Aufschluss darüber geben, ob die Frau mit einem Jungen schwanger ist. Explizite Erläuterungen über Merkmale, die einen weiblichen Fötus signalisieren, gibt es nicht. Diese eröffnen sich lediglich durch logische Schlussfolgerungen: Wenn etwa angegeben wird, dass sich während der Gravidität mit einem männlichen Fötus die Bewegungsmuster der Frau nach rechts verlagern, dann erschließt sich daraus, dass bei einer „Linksverlagerung" der Bewegungen ein Mädchen zu erwarten ist. Gleichermaßen verhält es sich bei der Angabe, dass der Bauch einer Schwangeren „runder" ist, wenn sie einen Jungen erwartet. Man kann dieser Komparativform entnehmen, dass bei einem weiblichen Fötus der Bauch lediglich „rund" wäre (also die erste Steigerungsstufe beziehungsweise die Positivform). Die weiblichen Merkmale werden augenscheinlich nicht gleichberechtigt neben den männlichen beschrieben.

Diese knappe Betrachtung über die „Weiblichkeitsdarstellung" soll den Blick für die Form und Art der Textdarstellung des embryologischen Komplexes bei Konrad schärfen. Die Frage, weshalb dem männlichen Wesen mehr Aufmerksamkeit in der Zeugungs- und Schwangerschaftsphase zuteil wird als dem Mädchen, lässt sich auf vielerlei Ebenen beantworten. Hier lag der Schwerpunkt auf der traditionsbedingten Anschauung der Frau. Die Überzeugungen und Meinungen der Autoritäten über die „Weiblichkeit" werden in tradierter, teils abgeänderter Form in den Theorien der Nachfolger wieder aufgenommen. Die Traditions- und Autoritätsverbundenheit wird im folgenden Kapitel genauer thematisiert.

7. Wissenstradierung – das Zustandekommen von Wissen

Die mittelhochdeutsche Fachliteratur folgt bei der Verarbeitung und Popularisierung von Wissen eigentümlichen Konventionen. Charakteristische Schlagworte sind hier „Tradition", „Autorität" und „compilatio". Während das Interesse heutiger Wissenschaften im individuellen Erkenntnisgewinn liegt, ist das Bestreben mittelhochdeutscher Fachliteratur, insbesondere der enzyklopädischen Werke, das Wissen angesehener Autoritäten wiederzugeben.[118] Der „Autoritätenglaube, die Unterdrückung des kritischen Gefühls, die mangelhafte

[117] Vgl. Angier (1999), S. 127f.
[118] Vgl. Bein (1989), S. 65.

Ausprägung der wissenschaftlichen und künstlerischen Individualität“[119] sind Ausdruck mittelalterlicher Wissensdarstellung.

Konrads von Megenberg enzyklopädisches „Buch der Natur“ reiht sich in die Riege der tradierten Wissenskompendien ein. Es gibt in breitgefächerter Form das Wissen vergangener Autoritäten wieder, die Konrad namentlich erwähnt, wie beispielsweise Aristoteles und Avicenna.[120] Die Zusammenstellung der Inhalte folgt im „Buch der Natur“ dem bereits in Kapitel 2.1 angeschnittenen Verfahren der „compilatio“. Der Begriff bedeutet zu Neuhochdeutsch „Plünderung“ oder „Ausbeute“ und bezeichnet damit die Vorgehensweise, bei der Inhalte verschiedenster Autoren zusammengetragen und verarbeitet in einem Werk vereinigt werden: „Ein An- und Abschwellen, Aufbrechen, Zerstückeln und neu Zusammensetzen erscheint (...) geradezu als gattungskonstituierend“.[121]

Da die Entstehung und Überlieferung der Inhalte nicht einem einzigen Autor zuzuschreiben sind, sondern einer großen Anzahl,[122] ist die Bezeichnung „Werk“ und „Autor“ streng genommen ungeeignet: „Die ‚Vorstellung eines geschlossenen, perfekten Denkmals‘ ist hier von vornherein unangebracht und durch die ‚Bewegtheit und Offenheit des (...) Textes‘ ersetzt“.[123] Konrad von Megenberg tritt demnach als Traditor und ‚Herausgeber‘ eines Nachschlagewerkes in Erscheinung, aber die Inhalte sind nicht einzig auf ihn zurückzuführen, sondern auf eine breite Autorenschaft. Darüber hinaus fungiert er als Übersetzer, denn er überlieferte die lateinische Vorlage des Thomas von Cantimpré in das Mittelhochdeutsche.

Aus welchem Grund Konrad eine Übersetzung der lateinischen Vorlage „*liber de natura rerum*“ in die deutsche Sprache vorgenommen hat, soll im Folgenden beantwortet werden.

7.1 Die Rezipienten – Klerus vs. Laien

[...]
5. *Ez truog Jeronimus*
von hebraisch in lateines wort
ganz waz diu wibel sinnes hât und auch von andern [zungen;
sam truog Boethius
von kriechisch in lateines hort
mit fleiz waz Aristotiles het in die kunst gedrungen.

6. *Alsô trag ich ain puoch*
von latein in däutscheu wort,
daz hât Albertus maisterleich gesamnet von den alten.
gelust dich des, daz suoch:
ez ist von manger dingen hort,
diu uns gar wirdicleichen sint in der nâtûr behalten.

Abbildung 4: Textausschnitt aus dem „Buch der Natur“ des Konrad von Megenberg

[119] Diepgen (1963), S. 6.
[120] Vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 3: *dar umb als Aristotiles spricht: (...)* und S. 38: *der zaichen setzt Avicenna vil.* Darüber hinaus werden oftmals lateinische Begriffe angegeben und nicht übersetzt, um die Korrektheit der Sammlung und Präsentation von Wissen zu untermauern. Vgl. Nischik (1986), S. 262.
[121] Kranich-Hofbauer (2007), S. 94.
[122] Vgl. Meyer (1990), S. 434.
[123] Vgl. Kranich-Hofbauer (2007), S. 80; vgl. ebd. auch S. 93.

Der angeführte Textausschnitt stammt aus der Vorrede des „Buches der Natur".[124] Darin verteidigt Konrad von Megenberg seine Übersetzungsarbeit *von latein in däutscheu wort*. Seinerzeit vertrat man die Ansicht, dass die Translation des Lateinischen in eine andere Sprache den Verlust des Wortsinns mit sich zog. Er rechtfertigt sein Vorgehen mit dem Verweis auf die Autoritäten Jeronimus und Boethius, die Übersetzungen ohne inhaltliche Sinnverzerrung vorgenommen haben. Hieronymus übertrug den Inhalt der Bibel *von hebraisch in lateines wort* und Boethius übersetzte das naturgeschichtliche Werk des Aristoteles *von kriechisch in lateines hort*.[125] Das Lateinische galt als Sprache der Wissenschaft und wurde weitgehend vom Klerus dominiert. Konrads Enzyklopädie blieb

> „über einen Zeitraum von mehr als zweihundert Jahren konkurrenzlos das einzige Kompendium, das in der Volkssprache knapp und doch umfassend darüber informierte, was über die von Gott geschaffene Natur durch Tradition und wissenschaftliche Autoritäten als gesichertes Wissen galt (...)."[126]

Der Inhalt des „Buches der Natur" war fortan auch dem deutschsprachigen *illitteratus* zugänglich und eröffnete diesem Zugang zu Wissen, das zuvor nur den *litterati* vorenthalten blieb.[127] Während Thomas von Cantimprés Zielpublikum der lateinkundige Klerus war, dem er die allegorische Sinndeutung des Werkes näher brachte, richtete sich Konrads deutsche Übersetzung an das ungebildete Volk, wodurch er einen weiten Adressatenkreis absteckte: „Den Laien, die nicht die Sprache der *litterati* beherrschten, sollte die Übersetzung zugute kommen, damit auch sie die Vielfalt und Sinnhaftigkeit der Schöpfung Gottes erkennen und begreifen lernen können".[128]

Der Grund seiner Übersetzungsarbeit ist also zum einen – in Anlehnung an die Autoritätsgläubigkeit – in bereits vorgenommenen Translationen von Autoritäten zu suchen und zum anderen in der Erweiterung des Rezipientenkreises durch die Wahl einer weit verbreiteten Volkssprache.

8. Zusammenfassung und Ausblick

Deutlich geworden ist, dass den beiden mittelhochdeutschen Texten aus dem „Buch der Natur" vielfältige Erkenntnisse über die mittelalterliche Vorstellung einer pränatalen Entwicklungsbiologie entnommen werden können. Eine gewichtige Rolle spielt hierbei das in Kapitel 7 dargelegte charakteristische Vorgehen der Wissenstradierung. Sämtliche inhaltlichen Aspekte des embryologischen Komplexes weisen überlieferte Ansichten und Theorien antiker und mittelalterlicher Autoritäten auf. Ähnlich einem Trichter, der eine weite Öffnung zum Einfüllen und eine schmale zum Abfüllen besitzt (vgl. Abbildung 5), gelangen das breite Wissen und die zahlreichen Lehrmeinungen vergangener Autoritäten, wie

---

124 Vgl. Konrad von Megenberg (1962), S. 2.
125 Vgl. Marsch (1965), S. 351.
126 Hayer (1998), S. 31.
127 Lat. *litterati* stammt von der Grundform *litteratus, a, um* ab. Es bildet das Antonym zu *illitterati* und bedeutet „wissenschaftlich, gebildet, gelehrt, schriftkundig". Vgl. PONS (2003), S. 517. Vgl. auch Karg (2011), S. 100.
128 Hayer (1998), S. 65, und Karg (2011), S. 101.

Hippokrates, Aristoteles oder Avicenna, in zusammengeführter, teils fragmentarischer oder modifizierter Form in Konrads Werk.

Sowohl inhaltliche als auch formale Bereiche der beiden Texte unterliegen dem „Wissen der Autorität". Die thematisierten Theorien über die Befruchtung der Eizelle und die Entwicklung eines Embryos gehen auf die Vorstellungen anerkannter Persönlichkeiten zurück. Postulierten diese in ihren Schriften, wie beispielsweise Aristoteles, die Zeugung eines Kindes durch einen männlichen und einen weiblichen Samen, dann hatte dies „Hand und Fuß".

Die Aussagen galten als vertrauenswürdig und ersetzten jegliche Form von eigenständiger (Nach-)Forschung. Das Wissen wurde nicht eins zu eins übertragen, sondern es flossen, wie bei Konrad, eigene Vorstellungen und Ansichten in die Bearbeitungen ein.

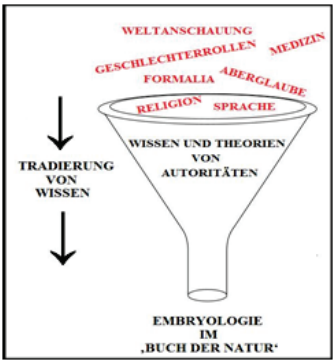


Abbildung 5: „Wissenstrichter"

Dennoch blieben die Verlautbarungen der Vorgänger im Kern erhalten, vor allem durch zuordnende Nennung der Persönlichkeiten.

Auch anatomische Kenntnisse über den Aufbau der weiblichen Geschlechtsorgane, wie die Idee eines zweikammerigen Uterus, gehen auf tradierte Anschauungen zurück. Ausschlaggebender Grund für die Entwicklung dieser absonderlichen Vorstellungen ist besonders die Behinderung der anatomischen Forschung durch religiös oder abergläubisch bedingte Sezierverbote am menschlichen Körper.

Religiöse Aspekte spielen innerhalb der mittelalterlichen Zahlenallegorese eine Rolle. Beispielsweise können die Monatsangaben über das Auftreten von Kindesbewegungen bei den aufgezeigten Schwangerschaftszeichen im embryologischen Komplex religiös gedeutet werden. Die Deutung von Zahlen tritt nicht erst bei Konrad von Megenberg auf, sondern ist eine traditionelle Vorgehensweise bei der Bibelexegese.

Ein weiteres implizites Thema, welches den Komplex über die Embryologie durchdringt, ist die Geschlechterrolle. Die Darstellung der „Weiblichkeit" rückt in Konrads Werken in den Hintergrund, auch wenn die schwangere Frau im Vordergrund steht. Die in Kapitel 6.2 aufgeführten Autoritäten, die eine eher ablehnende Gesinnung im Bezug zur

Frau hatten, waren Konrad bekannt und sind seinem Werk inhärent, wenn auch in weniger drastischer Form.

Die beiden embryologischen Texte unterliegen, wie bereits angedeutet, ebenso auf formaler Ebene dem Einfluss der Autorität. Fundamental ist im „Buch der Natur“ die systematische Themenanordnung und Darstellung gemäß der antiken Weltanschauung eines Makro- und Mikrokosmos. Der charakteristische Aufbau des Werkes, der dem Grundsatz der ganzheitlichen Erfassung der Welt nachkommt, wird also bereits von vornherein konzeptionell festgelegt.

Konrads Werk umfasst genau genommen gattungsspezifische Formalitäten der mittelalterlichen Fachliteratur, wie die Gliederung des Werkes durch traditionelle Strukturmittel oder ausschmückende Komponenten. In gleicher Weise ist auch die sachlich nüchterne Sprachwahl festen Regeln unterworfen.

Ersichtlich wird, dass die Konstitution der beiden Texte des Komplexes über die pränatale Entwicklungsbiologie sowohl auf inhaltlicher als auch auf formaler Ebene in gravierendem Maße den Theorien und Anschauungen der Autoritäten unterworfen ist. Wichtig ist zu erkennen, dass das „Buch der Natur“ ein Abbild seiner Zeit darstellt und daher auch in dessen Wissenskontext rezipiert werden muss.

Auch in heutiger Zeit finden sich immer wieder Aussagen, die bereits in Konrads embryologischen Texten vorkommen. Vor allem die geschlechtsspezifische Beeinflussung und Bestimmung des Ungeborenen werden häufig thematisiert. So finden sich auch noch im heutigen Volksmund Weisheiten, welche die Geschlechtsprophezeiung zum Thema haben, wie etwa folgende Aussage: „Mädchen rauben der Mutter die Schönheit, Jungen geben sie ihr“.

Literatur

1. Angier (1999): Natalie Angier, Frau. Eine intime Geographie des weiblichen Körpers, München 1999.
2. Ashour (1999): Hisham Ashour, Gynäkologie im arabischen Mittelalter (800-1300) (= Diss. med. Bonn 1999).
3. Bein (1989): Thomas Bein, „Wider allen den suhtin“: deutsche medizinische Texte des Hoch- und Spätmittelalters. Eine Anthologie, Stuttgart 1989.
4. Blank (1984): Walter Blank, Mikro- und Makrokosmos bei Konrad von Megenberg, in: Klaus Grubmüller et al. (Hrsg.), Geistliche Denkformen in der Literatur des Mittelalters, München 1984, S. 83-97.
5. Buckl (1990): Walter Buckl, Konrad von Megenberg, in: Walther Killy (Hrsg.), Literaturlexikon. Autoren und Werke deutscher Sprache, Bd. 6, Gütersloh/München 1990, S. 484-485.
6. Buddeberg (1994): Claus Buddeberg, Frauenheilkunde und Sexualität, in: Joachim Dudenhausen, Hermann Schneider (Hrsg.), Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Berlin/New York 1994, S. 563-568.
7. Diepgen (1937): Paul Diepgen, Die Frauenheilkunde der Alten Welt, in: Ders. (Hrsg.), Handbuch der Gynäkologie, Bd. 12, Teil 1: Geschichte der Frauenheilkunde I: Die Frauenheilkunde der Alten Welt, München 1937.
8. Diepgen (1963): Paul Diepgen, Frau und Frauenheilkunde in der Kultur des Mittelalters, Stuttgart 1963.
9. Eis (1962): Gerhard Eis, Mittelalterliche Fachliteratur, Stuttgart 1962.
10. Friedberg/Hiersche (1975): Volker Friedberg, Hans-Dieter Hiersche, Geburtshilfe. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch, Stuttgart 1975.
11. Gottschall (2004): Dagmar Gottschall, Konrad von Megenbergs „Buch von den natürlichen Dingen“. Ein Dokument deutschsprachiger Albertus-Magnus-Rezeption im 14. Jahrhundert, Leiden et al. 2004.
12. Grubmüller (1999): Klaus Grubmüller, Natûre ist der ander got. Zur Bedeutung von natûre im Mittelalter, in: Alan Robertshaw, Gerhard Wolf (Hrsg.), Natur und Kultur in der deutschen Literatur des Mittelalters. Colloquium Exeter 1997, Tübingen 1999, S. 3-17.
13. Gurjewitsch (1982): Aaron Gurjewitsch, Makrokosmos und Mikrokosmos, in: Ders. (Hrsg.), Das Weltbild des mittelalterlichen Menschen, München 1982, S. 43-91.
14. Hayer (1992): Gerold Hayer, Zur Kontextüberlieferung und Gebrauchsfunktion von Konrads von Megenberg „Buch der Natur“, in: Nikolaus Henkel, Nigel Palmer (Hrsg.), Latein und Volkssprache im deutschen Mittelalter, 1100-1500. Regensburger Colloquium 1988, Tübingen 1992, S. 62-73.
15. Hayer (1998): Gerold Hayer, Konrad von Megenberg: „Das Buch der Natur“. Untersuchungen zu seiner Text- und Überlieferungsgeschichte, Tübingen 1998.
16. Heidelberger/Thiessen (1981): Michael Heidelberger, Sigrun Thiessen, Natur und Erfahrung. Von der mittelalterlichen zur neuzeitlichen Wissenschaft, Hamburg 1981.

17. Huch (1994a): Renate Huch, Adaptionen des mütterlichen Organismus, in: Joachim Dudenhausen, Hermann Schneider (Hrsg.), Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Berlin/New York 1994, S. 73-86.
18. Huch (1994b): Renate Huch, Fetale Physiologie, in: Joachim Dudenhausen, Hermann Schneider (Hrsg.), Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Berlin/New York 1994, S. 87-93.
19. Karg (2011): Ina Karg, Konrad von Megenberg: Wissen in Texten und Kontexten. Überlegungen aus der Vermittlungsperspektive, in: Edith Feistner (Hrsg.), Konrad von Megenberg (1309-1374): ein spätmittelalterlicher „Enzyklopädist" im europäischen Kontext, Wiesbaden 2011 (= Jahrbuch der Oswald von Wolkenstein-Gesellschaft), S. 97-109.
20. Konrad von Megenberg (1897): Conrad von Megenberg, Das Buch der Natur. Die erste Naturgeschichte in deutscher Sprache, hrsg., in Neu-Hochdeutscher Sprache bearbeitet und mit Anmerkungen versehen von Hugo Schulz, Greifswald 1897.
21. Konrad von Megenberg (1962): Konrad von Megenberg, Das Buch der Natur. Die erste Naturgeschichte in deutscher Sprache, hrsg. von Franz Pfeiffer, Hildesheim 1962 (reprographischer Nachdruck der Ausgabe Stuttgart 1861).
22. Kranich-Hofbauer (2007): Karin Kranich-Hofbauer, Mittelalterliche Fachliteratur zu „Mensch und Tier, Haus und Garten": Überlieferung – Kontexte – „Literaturgeschichte", Jahrbuch für internationale Germanistik 39 (2007), 2, S. 79-98.
23. Kruse (1999): Britta-Juliane Kruse, „Die Arznei ist Goldes wert". Mittelalterliche Frauenrezepte, Berlin/New York 1999.
24. Lexer (1992): Matthias Lexer, Mittelhochdeutsches Taschenwörterbuch. Mit den Nachträgen von Ulrich Pretzel, 38. Aufl. Stuttgart 1992.
25. Marsch (1965): Edgar Marsch, Konrad von Megenberg. Das Buch der Natur, in: Eberhard Dünninger, Dorothee Kiesselbach (Hrsg.), Bayerische Literaturgeschichte in ausgewählten Beispielen, Bd. 1, München 1965, S. 349-367.
26. Martius/Cammann (1975): Gerhard Martius, Uwe Cammann, Gynäkologie. Geburtshilfe. Studienbuch für Krankenschwestern, Krankenpfleger und medizinisch-technische Assistentinnen, 3. Aufl. Stuttgart et al. 1975.
27. Meyer (1975): Heinz Meyer, Die Zahlenallegorese im Mittelalter: Methode und Gebrauch, München 1975.
28. Meyer (1990): Heinz Meyer, Werkdisposition und Kompilationsverfahren einer spätmittelalterlichen Enzyklopädie im Cod. 125 der Stiftsbibliothek Klosterneuburg, Zeitschrift für deutsches Altertum und deutsche Literatur 119 (1990), S. 434-453.
29. Meyer/Suntrup (1987): Heinz Meyer, Rudolf Suntrup, Lexikon der mittelalterlichen Zahlenbedeutungen, München 1987.
30. Nischik (1986): Traude-Marie Nischik, Das volkssprachliche Naturbuch im späten Mittelalter. Sachkunde und Dinginterpretation bei Jacob van Maerlant und Konrad von Megenberg, Tübingen 1986.
31. Palmer (1989): Nigel Palmer, Kapitel und Buch. Zu den Gliederungsprinzipien mittelalterlicher Bücher, Frühmittelalterliche Studien 23 (1989), S. 43-76.
32. PONS (2003): PONS, Wörterbuch für Schule und Studium. Latein-Deutsch, Stuttgart 2003.

33. Preller (1978): Ludwig Preller, Römische Mythologie, Bd. 1, unveränderter Nachdruck der 3. Aufl. Berlin 1978.
34. Reisert (1986): Robert Reisert, Der siebenkammerige Uterus. Studien zur mittelalterlichen Wirkungsgeschichte und Entfaltung eines embryologischen Gebärmuttermodells, Pattensen 1986 (= Würzburger medizinhistorische Forschungen, 39).
35. Ruberg (1978): Uwe Ruberg, Allegorisches im „Buch der Natur" Konrads von Megenberg, Frühmittelalterliche Studien 12 (1978), S. 310-325.
36. Vollmann (2011): Benedikt Konrad Vollmann, Thomas von Cantimpré und Konrad von Megenberg, in: Edith Feistner (Hrsg.), Konrad von Megenberg (1309-1374): ein spätmittelalterlicher „Enzyklopädist" im europäischen Kontext, Wiesbaden 2011 (= Jahrbuch der Oswald von Wolkenstein-Gesellschaft), S. 13-20.
37. Walz (1976): Herbert Walz, Die deutsche Literatur im Mittelalter, München 1976.

Abbildungen

Abbildung 1: Seitenausschnitt und Vergrößerung aus der Handschrift des „Buches der Natur"; in: Das Buch der Natur, Cod. Pal. germ. 300, Hagenau – Werkstatt Diebold Lauber, um 1442-1448? (= Codex Palatinus germanicus 300), S. 27r., http://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/cpg300 (gesehen am 24.01.2012).
Abbildung 2: Mehrfarbiger Initialbuchstabe „E", geschmückt mit Pflanzen und Tieren, aus dem Prolog der Handschrift des „Buches der Natur"; in: Das Buch der Natur, Cod. Pal. germ. 300, Hagenau – Werkstatt Diebold Lauber, um 1442-1448? (= Codex Palatinus germanicus 300), S. 4r., http://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/cpg300 (gesehen am 24.01.2012).
Abbildung 3: Schema der „Rechts-Links-Theorie"; eigene Darstellung, Saskia Wilhelmy.
Abbildung 4: Textausschnitt aus dem „Buch der Natur" des Konrad von Megenberg; aus: Konrad von Megenberg (1962), S. 2.
Abbildung 5: „Wissenstrichter"; eigene Darstellung, Saskia Wilhelmy.

II. Medizin und Gesellschaft in der Neuzeit

Die Journale des Johann Christoph Götz (1688-1733) – Eindrücke aus dem Alltag einer Nürnberger Arztpraxis in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts

Kay Peter Jankrift

Mysteriöse Todesfälle hätten sich in jenen Teilen Serbiens ereignet, die von den Osmanen beherrscht würden, heißt es in dem Schreiben, das der Wiener Arzt Johann Friedrich Glaser am 13. Februar 1732 an die Herausgeber des „Commercium Litterarium" nach Nürnberg schickte.[1] Sein Sohn, der als kaiserlicher Arzt in Parakin nahe Belgrad seinen Dienst getan hat, habe ihm berichtet, dass sich Tote aus ihren Gräbern erhöben und Schlafenden in der Nacht das Blut aussaugten. Einen Monat später erschien ein Abdruck von Glasers Brief in voller Länge im „Commercium Litterarium". Von nun an waren Vampire unter den gelehrten Zeitgenossen in aller Munde. Die lebhaften Diskussionen förderten zweifelsohne auch das Interesse der Gelehrtenwelt am „Commercium Litterarium", der ersten medizinischen Wochenschrift in Deutschland, und mehrten die Popularität ihrer Herausgeber.[2] Doch ausgerechnet der Nürnberger Arzt Johann Christoph Götz,[3] der maßgeblichen Anteil am Aufbau der seit 1731 erscheinenden Zeitschrift hatte und wahrscheinlich sogar als Initiator des medialen Unternehmens wirkte, profitierte von deren Durchbruch nicht mehr – im Gegensatz zu seinem Weggefährten Christoph Jacob Trew (1695-1769). Götz starb im Jahre 1733; nur wenige Monate, nachdem die Diskussion um die mordlustigen Untoten entfacht war. Während Trew in der Folgezeit sein weitgespanntes Korrespondenznetzwerk ausbaute und seinen Ruhm als hochgelehrter Arzt, Botaniker und Publizist mehrte, fiel Johann Christoph Götz nahezu der Vergessenheit anheim.[4] So konnte er erst jüngst als Herausgeber der Zeitschrift „Der Aufrichtige Medicus" identifiziert werden.[5] Neben seinen Publikationen hat er der medizinhistorischen Forschung indes noch einen weiteren und seltenen Quellenschatz hinterlassen, der lebendige Einblicke in den ärztlichen Alltag der freien Reichsstadt Nürnberg während der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts erlaubt – Aufschriebe aus seiner Praxis. Bevor wir uns diesen besonderen Zeugnissen ärztlichen Wirkens und ihrem Inhalt eingehender widmen, wollen wir zur besseren Einordnung in den Gesamtrahmen zunächst einen kurzen Blick auf den Lebensweg des Johann Christoph Götz werfen.

---

[1] Hamberger (1992), S. 54f., und Heiduk (2012).

[2] Rau (2009).

[3] Dieser Beitrag verwertet Ergebnisse des zwischen 2009 und 2012 durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft geförderten, unter Leitung von Marion Maria Ruisinger am Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt durchgeführten Projekts „Ärztliche Praxis im frühen 18. Jahrhundert: Der Nürnberger Arzt Johann Christoph Götz (1688-1733)" als Teil des Forschungsverbundes „Ärztliche Praxis (17.-19. Jh.)".

[4] Zu Christoph Jacob Trew siehe Schnalke (2012) sowie Mücke/Schnalke (2009).

[5] Splinter (2011a).

1. Ein fast vergessener Gelehrter

Als Kind aus „gutem Hause“ würde man ihn heute wohl bezeichnen.[6] Materiell litt Johann Christoph Götz Zeit seines Lebens wohl keine Not. Doch als der Knabe am 8. März 1688 in Nürnberg das Licht der Welt erblickte, war sein Vater, ein Silberdrahtzieher, bereits verstorben. Auch er hatte den Namen Johann Christoph Götz getragen, auf den sein Sprößling am Tag nach der Geburt in der Sankt Lorenz Kirche getauft wurde. Die Mutter des Jungen, Anna Elisabetha Götz, entstammte der angesehenen, alteingesessenen Nürnberger Kaufmannsfamilie Albrecht.

Dieser Umstand sicherte dem jungen Johann Christoph Götz eine solide Ausbildung, zunächst in seiner Heimatstadt Nürnberg, dann in Coburg. Im Jahre 1708, nach Abschluss des Gymnasium Casimirianum, nahm er sein Medizinstudium in Altdorf auf. Drei Jahre später promovierte er dort mit einer Arbeit unter dem Titel „De Glycyrrhiza“ (dt.: „Über das Süßholz“).[7] Es folgte die zu dieser Zeit übliche Studienreise, die den jungen Götz unter anderem nach Halle führte. Dort besuchte er die Vorlesungen von Georg Ernst Stahl (1660-1734), Friedrich Hoffmann (1660-1742) und Michael Alberti (1682-1757).[8] Das religiös-spirituelle Umfeld in Halle wirkte prägend auf den jungen Arzt.[9] Zeitlebens sollten pietistisches Gedankengut und die Lehren Stahls das Wirken in seiner ärztlichen Praxis beeinflussen, die er 1713, nach dem Ende seiner akademischen Reise, in seiner Heimatstadt Nürnberg aufnahm. Zuvor, am 4. April des Jahres, war er Mitglied des „Collegium Medicum“ geworden.[10] Auch privat stellten sich Veränderungen ein. Am 29. Mai heiratete der Arzt Johann Christoph Götz Margaretha Catharina Spitz, Tochter des Theologie-Professors Felix Spitz (1641-1716). Drei Kinder gingen aus dieser Eheverbindung hervor. Ernst Felix Christoph Götz, der jüngste Sohn, wurde am 30. November 1716 von Georg Ernst Stahl aus der Taufe gehoben. Prominente Verbindungen sollten Johann Christoph Götz künftig auch bei seiner ärztlichen Tätigkeit nutzen. Sein Schwager Erhart Spitz sollte Johann Christoph Götz seinen wohl berühmtesten Patienten eintragen – den Grafen Ernst von Metternich (1656-1727).[11] Dieser ersuchte den Nürnberger Arzt mehrfach um brieflichen Rat bei der Behandlung eines Blasensteinleidens.

Während der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts bot Nürnberg gute Voraussetzungen für die Betätigung eines aufstrebenden Arztes, der seine Stellung in Gelehrtenkreisen zu festigen suchte. Zwar verfügte die Stadt nicht über eine Universität, doch gab es sowohl ein „Theatrum anatomicum“ als auch einen botanischen Garten, deren Aufsicht Christoph Jacob Trew schon bald nach seiner Niederlassung in Nürnberg 1721 durch das „Collegium Medicum“ übertragen worden war.[12] Regelmäßig hielt Trew dort Vorlesungen ab. Daneben

---

[6] Die Angaben zur Biographie Johann Christoph Götzes beruhen auf den Ergebnissen der Recherche, die Susan Splinter in der ersten Phase des Projekts getätigt hat. Vgl. hierzu unter anderem Splinter (2011a) und Schilling/Schlegelmilch/Splinter (2011).

[7] Götz (1711).

[8] Leopoldina-Archiv MNr. 391 Götz, Johann Christoph, S. 5.

[9] Habrich (1981) sowie Habrich (2002).

[10] Splinter (2011b).

[11] Jankrift/Kinzelbach/Ruisinger (2012).

[12] Schnalke (1995).

boten die Zusammenkünfte des „Collegium Medicum", das auch über eine eigene Bibliothek verfügte, Gelegenheit zu gelehrten Diskussionen. Vor diesem Hintergrund wagte Johann Christoph Götz 1726 sein erstes mediales Experiment: Die Herausgabe einer populärwissenschaftlichen Zeitschrift in deutscher Sprache unter dem Titel „Der Aufrichtige Medicus".[13] Doch fand das Blatt nicht die erhoffte Resonanz. Nach nur wenigen Nummern sah sich Götz genötigt, die Herausgabe des „Aufrichtigen Medicus" wieder einzustellen. Mit dem „Commercium Litterarium" hingegen, das von Götz als treibender Kraft mit ins Leben gerufen worden war und das 1731 erstmals erschien, trafen die Herausgeber den gelehrten Zeitgeist. Götz profitierte indes nicht mehr von diesen Früchten seiner publizistischen Aktivitäten. Erst 45-jährig verstarb er 1733. Doch während sein berühmterer Weggefährte und Zeitgenosse Christoph Jacob Trew keinerlei Zeugnisse seines ärztlichen Wirkens in der Praxis hinterlassen hat, wird im Spiegel der Journale des Johann Christoph Götz ein wichtiger Ausschnitt des medizinischen Alltags sichtbar.

2. Seltene Zeugnisse – Die Praxisjournale des Johann Christoph Götz

Patientenjournale oder Praxistagebücher aus der frühen Neuzeit haben anscheinend nur sehr selten die Jahrhunderte überdauert. Zumindest konnten bislang nur wenige solcher Schriftzeugnisse, die einen wichtigen Ausschnitt des ärztlichen Praxisalltags widerspiegeln, in deutschen Bibliotheken und Archiven nachgewiesen werden. Der geringste Teil dieses Gesamtbestandes ist inhaltlich erfasst und wissenschaftlich ausgewertet worden.[14] Umso wertvoller erscheinen daher die Befunde aus den Praxisjournalen Johann Christoph Götzes. Sieben Bände sind erhalten, die in der Universitätsbibliothek Erlangen aufbewahrt werden.[15] Jeder Band enthält die Einträge eines Kalenderjahres; allerdings handelt es sich dabei nicht um eine geschlossene Serie, vielmehr ist die Überlieferung lückenhaft. Das erste Journal stammt aus dem Jahre 1716, also drei Jahre, nachdem Götz seine ärztliche Tätigkeit in Nürnberg aufnahm. Auch die Folgebände für 1717 und 1718 sind vorhanden. Hingegen fehlen die Aufzeichnungen für 1719. Die übrigen Praxistagebücher umfassen die Jahre 1720, 1721, 1725 und 1726. So scheint es eher eine Frage des Zufalls, welche Jahrgänge erhalten geblieben sind. Deutlich wird allerdings, dass die Zeugnisse aus den wichtigen ersten Jahren ebenso fehlen wie aus der Zeit vor Götzes Tod. Ausgerechnet in dem Jahr, in dem der Nürnberger Arzt seine publizistischen Tätigkeiten zunächst als Herausgeber des „Aufrichtigen Medicus" und später als Beteiligter am „Commercium Litterarium" aufnahm, reißen die Informationen ab. So bleibt die zentrale Frage offen, inwieweit sich diese Aktivitäten auf den Praxisalltag auswirkten. Dass die Zahl der Patientenkontakte zwischen 1716 und 1726 stark zunahm, wird zweifelsfrei erkennbar. Der Umfang der Journale verdreifachte sich innerhalb dieses Zeitraums auf nahezu 600 beschriebene Seiten.

---

[13] Splinter (2011a).

[14] Hierzu demnächst der Sammelband von Dinges et al., der die Ergebnisse des von der DFG geförderten Forschungsverbundes „Ärztliche Praxis (17.-19. Jh.)" präsentiert.

[15] UB Erlangen Ms. 1200/1 (1716); 1200/2 (1717); 1200/3 (1718); 1201/1 (1720); 1201/2 (1721); 1202/1 (1725); 1202/2 (1726).

Dabei lassen sich sowohl ein Patientenzuwachs als auch ein Anstieg der Konsultationen pro Patient erkennen.[16] So nahmen im Jahre 1717 insgesamt 91 Patientinnen und Patienten die ärztlichen Dienste Götzes in Anspruch. Die meisten bedurften seiner gleich mehrfach. Insgesamt dokumentiert das Praxisjournal für dieses Jahr 404 Konsultationen; 1721 waren es bereits 1.216. Innerhalb von nur vier Jahren wuchs die Zahl der Behandelten auf 283 Personen an. Dabei lässt sich manchen Einträgen entnehmen, dass der Arzt zwar die allermeisten, aber doch nicht alle Behandlungsfälle in seinem Journal notierte.[17]

Die Einträge geben in der Regel Auskunft über Alter, Geschlecht und Wohnort der Patienten. Mitunter finden sich daneben Angaben zu beruflichen Tätigkeiten. Am Rand vermerkte Götz, an welchem Tag die Konsultation stattfand und welche Diagnose er auf Grundlage seiner Befunde stellte. Verstarb ein Patient, so kennzeichnete er dieses durch das Hinzufügen eines Kreuzzeichens vor dem Namen. Des Weiteren hielt Götz die von ihm verordneten Rezepte fest. Randnotizen von anderer Hand – vielleicht von Götzes Ehefrau Margaretha Catharina – geben Aufschluss darüber, in welcher der Nürnberger Apotheken die Patienten Arzneien nach diesen Rezepten fertigen ließen. Die Medizinalordnung des Jahres 1652 verpflichtete die Ärzteschaft in der fränkischen Reichsstadt dazu, in den Apotheken jeweils eine eigene Kladde zu hinterlegen. Darin wurden die gemäß Rezept zubereiteten und ausgegebenen Arzneimittel festgehalten. Als im Jahre 1700 eine neue Medizinalordnung in Kraft trat, die auch zu der Zeit von Johann Christoph Götzes ärztlichem Wirken noch Gültigkeit besaß, wurde diese ältere Bestimmung in veränderter Form übernommen.[18] In der Universitätsbibliothek Erlangen wie auch im Germanischen Nationalmuseum zu Nürnberg sind einige Exemplare solcher Apothekenkladden erhalten geblieben.[19] Leider findet sich darunter keines aus Götzes Praxis. Neben Angaben zu den verordneten Arzneien tauchen in den Journalen auch Verweise auf bezahlte oder erlassene Rechnungen auf. Der Nürnberger Arzt führte daneben eigene Rechnungsbücher, in die er offene und beglichene Forderungen eintrug. Allerdings ist kein einziges dieser Zeugnisse erhalten geblieben.

Für seine Aufzeichnungen in den Journalen bediente sich Götz des Lateinischen, das auf dem diplomatisch-politischen Parkett seit der Mitte des 17. Jahrhunderts stark an Bedeutung verloren hatte, aber noch immer als vorrangige Gelehrtensprache fungierte.[20] Gelegentlich tauchen jedoch Einschübe in deutscher Sprache auf. An diesen Stellen bemühte sich der Arzt offensichtlich, die Aussagen seiner Patienten zu deren Befinden möglichst wortgetreu aufzunehmen.

Darüber hinaus belegen die Patientenjournale, dass sich Götzes ärztliches Wirken nicht nur auf Besuche an den Krankenlagern seiner Nürnberger Patientenschaft oder Konsultationen in seinem Haus in der Breiten Gasse beschränkte. Die Bände der 1720er Jahre zeugen von einer wachsenden Bedeutung der Konsiliarkorrespondenz und Götzes Rolle als

---

[16] Kinzelbach et al. (2013).

[17] Schilling/Schlegelmilch/Splinter (2011), S. 113.

[18] Für diesen Hinweis danke ich Marion Maria Ruisinger, Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt. Vgl. Rat der Stadt Nürnberg (1700).

[19] Germanisches Nationalmuseum Nürnberg, Historisches Archiv, Pharmaceutica 14-16; UB Erlangen Ms. 1186-1188 u.a.

[20] Jankrift (2012).

aufstrebendem „Briefarzt“.[21] Die Schreiben der Ratsuchenden sind seinen Praxisjournalen dieser Zeit stets beigeheftet worden.

3. Ein Arzt und seine Patientenschaft – Die Befunde

Auf diese Weise erzählen die Journale eine Fülle unterschiedlicher Fallgeschichten. Der Verlauf der Erkrankungen und Behandlungen wird in diesen deutlich – oftmals bis zur Genesung oder dem Tod eines Patienten oder einer Patientin. Daneben spiegelt sich in den Einträgen zugleich ein Teil des individuellen ärztlichen Selbstverständnisses Johann Christoph Götzes wider. Seine eigenen körperlichen Beschwerden, Hämorrhoiden, betrachtete er wie bei seinen übrigen Patienten mit ungewöhnlich anmutender Distanz.[22] Unter der laufenden Ordnungsnummer 195 beschreibt er in mehreren, nach dem gleichen Muster wie bei seinen übrigen Patienten gehaltenen Einträgen, wie sehr ihn schmerzhafter Stuhlgang und Krämpfe quälten, die mit den Hämorrhoiden einhergingen. Doch es sind nicht allein die lebensnahen Schilderungen mit ihren vielfältigen Aussagen zu Arzt-Patient-Begegnungen im frühen 18. Jahrhundert, die die Praxisjournale zu einer reichen Fundgrube für die medizin- und sozialgeschichtliche Forschung machen. Vielmehr bieten die Journale zahlreiche Ansätze für statistische Erhebungen:

Die Angaben aus dreien der insgesamt sieben Bände wurden bisher in Datenbanken erfasst. Beim Blick auf das Geschlecht der Behandelten ergibt sich beispielsweise für die ausgewerteten Jahre 1717, 1721 und 1726, dass der Anteil der Patientinnen mit bis zu 59% leicht über dem der Patienten lag.[23] Für diese Jahre notierte Götz in 509 Fällen seine – zeitspezifisch geprägte – Diagnose. Am häufigsten, 60 Mal, werden dabei „Fieber“ in verschiedenen Formen genannt. An zweiter Stelle steht mit insgesamt 58 Einträgen die Inanspruchnahme Götzes ärztlicher Dienste nach einem Aderlass. Auch das Altersspektrum der Patientenschaft lässt sich grob erkennen. Von den 245 Kranken, die den Arzt 1726 konsultierten, waren elf jünger als ein Jahr. Das Gros der Kranken entfiel mit 79 Patientinnen und Patienten auf die Altersspanne zwischen 18 und 49 Jahren. Die Angaben zur beruflichen Tätigkeit oder zur sozialen Stellung der Patienten machen deutlich, dass der Nürnberger Arzt augenscheinlich von Personen aus allen Schichten konsultiert wurde. Hausbedienstete und Mägde, auch Götzes eigenes Personal, tauchen in den Zeugnissen ebenso auf wie etwa der bereits erwähnte Graf von Metternich. Je mehr Angaben der Journale mit Hilfe der Datenbanken systematisch ausgewertet werden, umso verlässlicher werden die Erkenntnisse zu Johann Christoph Götzes ärztlichem Wirken. Zugleich zeigt die exemplarische Untersuchung der Patiententagebücher aus einer Praxis einen Weg für künftige Forschungen auf. Durch den Vergleich solcher Zeugnisse, die im gleichen zeitlichen Umfeld am gleichen Ort entstanden sind, wäre zumindest eine Teilrekonstruktion des städtischen Medizinalwesens wie auch des Charakters der jeweils zeitspezifischen Arzt-Patient-Beziehungen möglich.

---

[21] Zur Bedeutung der Konsiliarkorrespondenz im Medizinalwesen des 18. Jahrhunderts Ruisinger (2008a), Ruisinger (2008b).

[22] UB Erlangen Ms. 1202/2 (1726), S. 578.

[23] Kinzelbach et al. (2013).

Quellen

Universitätsbiblithek Erlangen
Ms. 1186.
Ms. 1187.
Ms. 1188.
Ms. 1200/1 (1716).
Ms. 1200/2 (1717).
Ms. 1200/3 (1718).
Ms. 1201/1 (1720).
Ms. 1201/2 (1721).
Ms. 1202/1 (1725).
Ms. 1202/2 (1726).

Leopoldina-Archiv
MNr. 391 Götz, Johann Christoph.

Germanisches Nationalmuseum Nürnberg
Historisches Archiv, Pharmaceutica 14-16.

Literatur

1. Götz (1711): Johann Christoph Götz, De Glycyrrhiza, Altdorf 1711.
2. Habrich (1981): Christa Habrich, Untersuchungen zur pietistischen Medizin und ihrer Ausprägung bei Johann Samuel Carl (1677–1757) und seinem Kreis, München 1981.
3. Habrich (2002): Christa Habrich, Johann Samuel Carl (1677–1757) und die Philadelphische Ärztegemeinschaft, in: Hartmut Lehmann et al. (Hrsg.), Jansenismus, Quietismus, Pietismus, Göttingen 2002, S. 272–289.
4. Hamberger (1992): Klaus Hamberger, Mortuus non mordet. Dokumente zum Vampirismus 1689-1791, Wien 1992.
5. Heiduk (2012): Matthias Heiduk, Wiedergänger im Seuchendiskurs. Wechselwirkungen zwischen medizinischer Wissenschaft und Vampirmythos vom 18. bis zum 21. Jahrhundert, in: Carl Christian Wahrmann, Martin Buchsteiner, Antje Strahl (Hrsg.), Seuche und Mensch. Herausforderung in den Jahrhunderten, Berlin 2012, S. 11-33.
6. Jankrift (2012): Kay Peter Jankrift, „Cuius religio, eius lingua?“ Die Bedeutung von Sprache bei Friedensschlüssen zwischen katholischen und protestantischen Mächten bis zum Ende des Dreißigjährigen Krieges, in: Heinz Duchhardt, Martin Espenhorst, Frieden übersetzen in der Vormoderne. Translationsleistungen in Diplomatie, Medien und Wissenschaft, Göttingen 2012 (= Veröffentlichungen des Instituts für Europäische Geschichte Mainz, Beihefte 92), S. 19-34.
7. Jankrift/Kinzelbach/Ruisinger (2012): Kay Peter Jankrift, Annemarie Kinzelbach, Marion Maria Ruisinger, Ernst von Metternich (1656–1727). Ein patientenzentrierter Einblick in den Medizinischen Markt um 1720, Gesnerus 69 (2012), S. 12-35.

8. Kinzelbach et al. (2013): Annemarie Kinzelbach et al., „Observationes et Curationes Noribergenses". Die Praxis von Johann Christoph Götz (1688-1733), in: Martin Dinges et al. (Hrsg.), In the Doctor's Office. Medical Practice in Central Europe from the 17th to 19th centuries (= Clio Medica, Supplement) (in Arbeit).
9. Mücke/Schnalke (2009): Marion Mücke, Thomas Schnalke, Briefnetz Leopoldina. Die Korrespondenz der Deutschen Akademie der Naturforscher um 1750, Berlin 2009.
10. Rat der Stadt Nürnberg (1700): Rat der Stadt Nürnberg, Verneuerte Gesetz und Ordnung (...) dem Collegio Medico, den Apotheckern, und andern Angehörigen daselbst gegeben, Nürnberg 1700.
11. Rau (2009): Tilman Rau, Das Commercium Litterarium. Die erste medizinische Wochenschrift in Deutschland und die Anfänge des medizinischen Journalismus, Bremen 2009 (= Diss. med. Erlangen 2006).
12. Ruisinger (2008a): Marion Maria Ruisinger, Patientenwege. Die Konsiliarkorrespondenz Lorenz Heisters (1683-1758) in der Trew-Sammlung Erlangen, Stuttgart 2008 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beihefte, 28).
13. Ruisinger (2008b): Marion Maria Ruisinger, Briefpraxis versus Besuchspraxis. Das Beispiel Lorenz Heister (1683-1758), in: Elisabeth Dietrich-Daum, Martin Dinges, Robert Jütte (Hrsg.), Arztpraxen im Vergleich: 18-20. Jahrhundert, Innsbruck 2008, S. 65-77.
14. Schilling/Schlegelmilch/Splinter (2011): Ruth Schilling, Sabine Schlegelmilch, Susan Splinter, Stadtarzt oder Arzt in der Stadt? Drei Ärzte der Frühen Neuzeit und ihr Verständnis des städtischen Amtes, Medizinhistorisches Journal 46 (2011), S. 99-133.
15. Schnalke (1995): Thomas Schnalke, Einleitung: „Dem publico zu dienen…", in: Thomas Schnalke (Hrsg.), Natur im Bild. Anatomie und Botanik in der Sammlung des Nürnberger Arztes Christoph Jacob Trew. Eine Ausstellung aus Anlaß seines 300. Geburtstages vom 8. November bis 10. Dezember 1995, Erlangen 1995, S.12-14.
16. Schnalke (2012): Thomas Schnalke, Wissensorganisation und Wissenskommunikation im 18. Jahrhundert: Christoph Jacob Trew, in: Europäische Geschichte Online, herausgegeben vom Institut für Europäische Geschichte, Mainz 2012, http://www.ieg-ego.eu/de/threads/europaeische-netzwerke/intellektuelle-und-wissenschaftliche-netzwerke/europaeische-korrespondenznetzwerke/thomas-schnalke-wissensorganisation-und-wissenskommunikation-im-18-jahrhundert-christoph-jacob-trew (gesehen am 29.10.2012).
17. Splinter (2011a): Susan Splinter, „Der Aufrichtige Medicus", eine Zeitschrift des Nürnberger Arztes Johann Christoph Götz (1688-1733) als Vorläufer des „Commercium Litterarium", Jahrbuch für Kommunikationsgeschichte 13 (2011), S. 5-15.
18. Splinter (2011b): Susan Splinter, „Ein jeder der Stadt Nürnberg bestelter Medicus und Physicus ordinarius soll geloben…". Medizinale Strukturen Nürnbergs zu Beginn des 18. Jahrhunderts, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 30 (2011), S. 334-349.

A „Healthy Mistake“ – The „Excrement Problem“ from Ancient Greece to Nineteenth Century Holland[1]

Cornelis van Tilburg

Nowadays, faeces and urine are considered as noxious and unhealthy. In ancient times, however, urine and excrements were seen as harmless and even useful; urine for textile production and excrements for agriculture. The Romans constructed sewers like the Cloaca Maxima, in the first place to remove (rain-)water and drainage. Only later, toilets were connected to these sewers to remove the smell of urine and excrements. The idea that sewers were constructed with the specific aim of removing urine and excrements is therefore no longer valid, but the memory of this function of the (Roman) sewers lasted throughout the Middle Ages.

From the Renaissance onwards, city planners developed their „ideal cities“. In these cities, there was no place for the dirty smell of urine and excrements, so subterranean sewers had to be constructed. Yet such ideals proved difficult to implement in the Dutch context. The Dutch engineer Simon Stevin realised that the situation described by the ancient and Renaissance sources did not offer a solution for the problems in Dutch cities, with standing water in canals and without natural drainage. Moreover, in this period there was not yet an awareness of the relation between the presence and smell of urine and excrements on the one hand, and hygiene and public health on the other.

Awareness of this relation came not earlier than the 18th century. The German physician Johann Peter Frank argued in favour of diminishing the bad smell by means of filling up canals; the city physician Willem Frederik Büchner was confronted with the extremely unhealthy situation in the typical Dutch city of Gouda. But their political influence was small. Only at the end of the 19th century, the construction of sewers began in Dutch cities, thus improving health conditions.

1. Introduction

At first sight, there is little coincidence between the cities in the Graeco-Roman world and the Dutch city of Gouda,[2] in the south-western part of the Netherlands in the 19th century, far away in time and distance. On the other hand, comparing the city hygiene of these different cities, we see an astonishing similarity until far in the 19th century. Which policy concerning urine and faeces was in use in these different contexts and were these sub-

[1] This article is a slightly revised English version of a former article in Dutch, entitled: Een heilzame vergissing. Het urine- en fecaliënprobleem van Grieken tot Gouwenaars, Studium 5 (2012), 5, pp. 34-52. I am grateful to prof. dr. H.F.J. Horstmanshoff for his assistance and critical remarks concerning this article, and the other staff members of the MA course Medische Geschiedenis VU Amsterdam/Leiden: prof. dr. H. Beukers, prof. dr. E. Houwaart, prof. dr. T. Pieters and dr. H. de Waardt.

[2] I have chosen Gouda, because this city was a representative one, and the city physician Büchner (1780-1855) discussed the city hygiene in Gouda, providing a lot of information.

stances considered as dangerous for public health? When, and for what reasons, did a change of policy occur?

The Graeco-Roman civilization was mainly situated in the Mediterranean area. The Romans had occupied a part of the area nowadays called The Netherlands, but their influence was relatively small. In the province of Zuid-Holland (in the western part of the Netherlands) there was, indeed, some habitation along riverbanks in a vast marsh, nowadays no longer visible – except some reconstructions of road parts and milestones. After the Roman period, the Middle Ages came up.

Thousand years later, the situation had changed dramatically. The Netherlands were no longer a vast marsh without habitation, but an emerging superpower. In the Middle Ages new cities arose. Renaissance and Classicism came up, but their features had to be incorporated into the Dutch Christian culture. No Roman temples, but Christian churches with classicistic elements.

Medicine was still mainly based on ancient medicine.[3] The works of Hippocrates and Galen influenced medical sciences until the middle of the 19th century; the physicians' knowledge was examined by explaining passages from the Hippocratic Corpus[4] (especially the „Aphorisms"), although many ideas were no longer deemed valid.[5]

During Renaissance and Classicism, one was aware of the fact that the Romans constructed sewers, and it was generally assumed that they were constructed for evacuation of urine and faeces. In fact, they were constructed for other purposes. At the same time, physicians stated that stench was unhygienic. Solutions for the export of urine and faeces, however, were not developed by physicians, but by planners and engineers. They knew the existence of Roman sewers and the works of the Roman engineer Vitruvius. City governments started to enact rules concerning sanitation,[6] but at first from the 19th century onwards, city governments were convinced of the necessity to tackle the stench problem by constructing sewers, like ancient Roman cities. Nowadays, this seems to be a „mistake", but a „wholesome" one. The Roman sewer, although realised not in the first instance for the discharge of excrements, was the model for the solution of the stench problem in the 19th century.

The Roman model to plan cities was used also by the Dutch. They stated, however, already in the 17th century, that the Roman model was not always suitable because the marshy soil and large quantity of canals, used for dropping excrements, caused different situations.[7] Dutch (and Flemish) canals were used for dropping urine and excrements, inevitably causing stench. Physicians considered them as dangerous for public health, but they did not tackle the problem. The situation in the city of Gouda offers an interesting example, since the municipal physician W.F. Büchner described the unhealthy situation of the city in the 19th century, although without giving any solution.

---

[3] Van Hee (2007), pp. 260f.
[4] Houwaart (1991), p. 35.
[5] Huisman/Warner (2004), p. 40.
[6] Van Hee (2007), p. 269.
[7] Weynants/Van Hee (2007), pp. 11-20.

2. Ancient medicine and sewerage

In ancient Greece, urine and faeces were collected in cesspits,[8] fixed and mobile toilets[9] and urinals.[10] Chamberpots containing faeces were emptied in gardens or exported to the countryside for fertilising; urine was used in fulleries.[11]

The Greeks were also the first people in Europe who constructed underground sewers for waste water. At the beginning of the 5th century BC, in Athens the Great Drain was built for draining the Agora; at the beginning of the 4th century, a southern branch was added.[12] This drainage sewer must have had the same goal as the underground Cloaca Maxima in Rome: to drain a valley amongst hills.

In a later period, we see a decrease of the use of cesspits and an increase of the use of fixed toilets. If possible, fixed toilets were connected to sewers. Of course, there was not always the possibility to do this; in Rome, for example, chamber pots were emptied by throwing their content out of the window.[13] Public baths and toilets were usually connected to sewers. In Late Antiquity, there were 144 public toilets in Rome itself.[14]

In ancient medicine, there was no attention for discharge of human waste. In the Hippocratic treatise „Airs, waters, places“, the position of a city is mentioned, but not its planning.[15] According to the Hippocratic-Galenic tradition, stench was causing diseases, so stench had to be tackled and not the cause of stench.[16] In short: in the Graeco-Roman world, urine and faeces were exported to fulleries and the countryside, and sewers were built for drainage. In later times, these sewers were also in use for the evacuation of human waste.

3. Vitruvius and his reception

The Roman architect Marcus Vitruvius Pollio (85-20 BC) is the author of „On Architecture“. In this work, he pays attention to buildings and constructions, amongst others aqueducts. Vitruvius had a basic knowledge of medicine (which he prescribes for architects in book I.1.10) and he refers to the conditions for building an ideal city; however, he does not mention the evacuation of human waste.

---

[8] Thompson (1959), pp. 91-108; Owens (1983), p. 47 n. 32.

[9] Fixed toilet: Artemidorus, Onirocriticus 2.26; mobile toilet: Pollux, Onomasticon 10.44; Pherecrates Comicus, Fragment 88 Kock. For more references see Thédenat (1910), p. 987.

[10] Henderson (1975), p. 191.

[11] Wilson/ Flohr (2011), pp. 147-153.

[12] Owens (1983) p. 49; Young (1951), pp. 135-288, esp. p. 151.

[13] Jansen (1998) p. 119; Wilson (2011), p. 96.

[14] Thüry (2001), p. 12 and p. 63; Jordan/Hülsen (1871), p. 573.

[15] The only ancient physician paying attention to city planning is Sabinus (1st-2nd century), advising heath as much as possible, and an orientation to the south; Sabinus apud Oribasium, Collectorum medicinalium libri XVII 9.19. He does not mention the evacuation of waste water.

[16] Galen, In Hippocratis De natura hominis 2.3; Nutton (2000), p. 71. Here the stench of sick people is meant.

After the fall of the Roman Empire, these ways of discharging human waste were not yet completely forgotten. In some monasteries (e.g. St. Gallen), sewers were in use.[17]

In the Renaissance, there was a growing interest in ancient problems and their solutions. During the Middle Ages, European cities were unhygienic according to our modern point of view. Unpaved and muddy streets with pigs, cows and other animals and full of dung and urine, causing epidemics like the Black Death in the 14th century. At the end of the Middle Ages, new interest in ancient problems and solutions arose. People started to study Vitruvius' works; moreover, ancient Roman sewers, like Cloaca Maxima, were still visible and sometimes even in use.

4. Leon Battista Alberti

In 1450, the Italian artist, philosopher and architect Leon Battista Alberti (1404-1472) wrote a monograph, subdivided into ten books on architecture, entitled „De re aedificatoria", following Vitruvius (printed in 1486).[18] But there are differences; Vitruvius describes buildings, but Alberti describes cities and buildings to be built.[19] So, Alberti can be considered as a utopian. Beside Vitruvius and other architects, Alberti's ideas are also based on the Hippocratic Corpus.[20] Following „Airs, waters, places", Alberti starts his work with a description of climatological circumstances.[21] Another difference from Vitruvius is that Alberti does mention sewers:

> „I have observed that the best architects ensured that rainwater was [...] forced to flow somewhere to wash away human filth, making it less offensive to the noses and eyes of mankind."[22]

By his mentioning the nose (the smell), I suppose that faeces and urine are referred to. Further on in his work, Alberti discusses cesspits and sewers and their constructions. They are part of the urban infrastructure (roads) and they have to be compared with bridges: this implies that they have to be covered.[23] He admires the sewerage of Rome, after having stated that a good sewerage is crucial for fresh air in the city and refers to Smyrna and its absence of a good urban sewer.[24] It is hard to live in a city without a sewer, like Siena in his time.[25] Especially the stench is noxious. Sewers have to be slanting to realise a fluent evacuation of

---

17 Horn/Born (1979) II, pp. 300-311.

18 Alberti (1988), pp. XVI-XVIII.

19 Ibidem, p. X: „The essential difference between Alberti and Vitruvius is therefore that the ancient writer tells you how the buildings that you may admire as you read him *were* built, while Alberti is prescribing how the buildings of the future *are to be* built" (emphasis in original).

20 For information of Vitruvius' influence on Alberti see Taverne (1978), p. 30; Alberti (1988), pp. IXf.; Daru (1985), p. 10 and further the voluminous work of Wulfram (2001) passim.

21 Alberti (1988), chapters 1.3-4, pp. 9-15.

22 Alberti (1988), p. 32.

23 Alberti (1988), p. 113; Taverne (1978), p. 41, p. 412 and p. 417; Daru (1985), p. 10. An example of a vaulted sewer called „bridge" is the Langebrug („Long Bridge") in Leiden.

24 Alberti (1988), p. 113; cf. Strabo, Geographica 14.1.37.

25 Alberti (1988), p. 113.

waste water to the river.[26] The material must be solid enough; and, finally, there must be a sufficient height between sewer and river to prevent barriers arising as a result of floods or sludge.[27] Neither Alberti, nor Vitruvius mention any trade in faeces and urine, although this took place in Antiquity.

5. Simon Stevin

After Alberti, other utopian city planners developed ideas concerning city hygiene and the export of human waste, like Helmut Siefert, Johann Valentin Andreae, Thomas More and Ulysses Aldrovandi, all based on a continuing disposal of water.[28] Amongst them, there was also Aldrovandi's contemporary, the Dutch-Flemish engineer Simon Stevin, who knew the theories of Vitruvius and Alberti.[29] In his treatise „Vande oirdeningh der steden“, he recommends *overwelfde waterloopen* (covered sewers):

> „A vaulted sewer in the middle of the street, 3-4 feet deep and even so wide, with branches, connected to the houses. The branches are equipped with bars or perforated sheets of iron, keeping off stones or other raw material, causing congestion.“[30]

Unfortunately, it is unclear if human waste can be dropped in these sewers; maybe, these sewers are constructed only for rainwater drainage:

> „The evacuation of rain water and street drainage must be planned from the outset and developed. At some places, a sewer must be realised (...); at other places two sewers along the houses; here, the central part of the street must be a little bit curved. A third solution is the best: an underground vaulted sewer [see the previous citation]. This solution does not cause congestion, collection of mud in the street and stench as a consequence.“[31]

Open sewers on street level have the disadvantage that they are open to waste like fish and slaughter waste, and for animal dung. Stevin does not mention human faeces here, but he does so in another chapter entitled „Heymelicken“ („secrets“, toilets), where he discusses the advantages and disadvantages of cesspits and drain pipes. Stevin is a fan of cesspits; faeces do not produce stench in ground water and they are removed easily. Pipes are worse, causing stench, and they are blocked quickly. For sick people, a stench-producing indoor toilet is dangerous. In order to prevent stench, toilet covers were used. A more radical way to prevent stench was an outdoor toilet, but a disadvantage was that one always had to leave his house, also when it was raining.[32] In this context, he does not mention the

---

[26] So, the city must be built on a higher level than the final destination of waste water; Strabo, Geographica 5.1.7.

[27] Alberti (1988), p. 114.

[28] Daru (1985), pp. 10f. For a description of Aldrovandi's ideas see Van Hee (2007), p. 268.

[29] Stevin (1649), p. 110; Stevin mentions here, amongst others, Vitruvius and Leo Baptista Albertus. Taverne often refers to the relation between Stevin's and Alberti's opinions. Cf. Taverne (1978), pp. 40-48.

[30] Stevin (1649), pp. 21f., translated by the author; Daru (1985), p. 11; Taverne (1978), pp. 35f. and pp. 41-43.

[31] Stevin (1649), pp. 21f., translated by the author; Daru (1985), p. 11; Taverne (1978), pp. 40-43.

[32] Stevin (1649), pp. 91-95.

evacuation of faeces, which may be seen as a confirmation that sewerage is developed for drainage and evacuation of rain water. Like Vitruvius and Alberti, he does not mention the export of faeces to the countryside. He knew the works of Vitruvius and Alberti, and thus the sewers of Rome; probably, he considered them as drainage sewers. He also remarked that the situation described by Vitruvius was not the same as the Dutch situation in his time:

> „Vitruvius states in book VIII, chapter 4, that he has read Theophrastus, Timaeus, Posidonius, Hegesias, Herodotus, Aristides, Metrodorus about water. After Vitruvius, Pliny the Elder, Palladius and some others have described this topic. But I will explain that the Dutch situation is totally different, so the solutions of the Ancients are not valid here and now.“[33]

The similarity of Stevin's ideas, the separation of discharge of rain water by sewers and faeces by cesspits, and the present views on the situation in the Graeco-Roman world as researched in the last decades, is striking.

6. Johann Peter Frank

Two centuries later, the German physician Johann Peter Frank (1745-1821) was the first who compiled a coherent work, describing everything concerning public health: „System einer vollständigen medizinischen Polizey“, in the years 1786-1790, in which he advises local and national governments.[34] It is translated into Dutch, entitled „Geneeskundige Staatsregeling“. The compilation covers entire Europe. In the introduction of the third book (where city hygiene is discussed), he mentions that there are more excrements in the street scenery in Vienna than in Constantinople and that the amount of waste (including faeces) in Paris is larger than that in Amsterdam or London.[35]

Like his predecessors, Frank states that, at first instance, the stench problem must be tackled and marshy areas have to be drained, for example by paving streets, as in the Roman Empire, preventing that

> „Animal dung and water, standing in ruts and holes, transform a city into an unhealthy and not fordable marsh (...). The Romans paved all their public roads and streets with bricks.“[36]

According to Frank, animal dung had to be collected at fixed places, exported from the city boundaries and brought to the countryside.[37] He refers to Galen, who states that excrements have to be brought to gardens via *cloacae*.[38] I suppose that human excrements are

---

[33] Ibidem, p. 83, translated by the author. Here wells are discussed.

[34] Lindeboom (1993), p. 251; Porter (1995), p. 466.

[35] Frank (1787-1795). For this article, I used the Dutch translation by H. A. Bake. See „voorbericht“ (introduction), pp. VIIf.

[36] Frank (1787-1795), p. 725, translated by the author; Daru (1985), p. 14. Cf. concerning marsh the Hippocratic Corpus: „Airs waters places“, 7.

[37] Frank (1787-1795), pp. 724f. and pp. 731f.; Daru (1985), p. 14.

[38] Frank (1787-1795), p. 723; In Franks text, the reference is mentioned as follows: Gal. Epid. 1 conc. 14. This is Galen, In Hippocratis librum iii Epidemiarum commentarii III 1.14.

referred to, because animal excrements are usually not removed via sewers. Human excrements had to be evacuated through underground sewers in Roman style:[39]

> „Planning and maintaining a good system of street sewers is one of the most important measures to improve public health. It is a benefit of the Roman king Tarquinius Superbus to construct underground sewers (...), so that all waste from the streets were removed and flushed through seven small streams, pouring out into the Tiber.
>
> So it is an advantage when a city is situated on a slope along a river; the evacuation of waste can take place easily. If not, it is an intensive and expensive matter.
>
> One has to clean sewers with a small fall regularly, preventing stench. Besides that, cleaning these sewers must not take place in the hot summertime. The Romans knew that.“[40]

In a later passage, Frank advices to erect public toilets, following Emperor Vespasianus:

> „In order to prevent pollution in cities, caused by inhabitants and visitors, who have the need to defecate during their occupations in the street, the government must install public toilets, like Vespasianus did in Rome.“[41]

So, Frank stated that improvements of public hygiene in respect to the removal of faeces had to be derived from Antiquity. Still completely embedded in the Hippocratic-Galenic tradition, he suggested that for a healthy city stench had to be removed. His work is describing entire Europe, but the fact that it was translated into Dutch is an indication that his ideas were appreciated in the Netherlands. Stevin, however, had already acknowledged that the ancient ideas were not always suitable, due to the marshy soil.[42] Moreover, the city canals, containing mostly standing and stench producing waters, were exactly in contrast to the theories of the Hippocratic Corpus and its successors, condemning that situation. Frank advices to fill up canals:

> „Our canals are usually the final destination of all urban waste. The sewers discharge all their contents, all waste; dead bodies are dropped into them, but nobody has the intention to clean them. On the other hand, cleaning them should be even dangerous for the inhabitants in hot summertime. The government has to fill up all redundant canals of each smaller city, if they can not be cleaned by flowing water.“[43]

---

[39] In the 19th century, sewers were usually ruts in streets: De Swaan (1989), p. 129. I suppose that Frank is describing the situation in Europe in general, because in the Netherlands faeces were usually dumped into the canals.

[40] Frank (1787-1795), pp. 736f. and p. 754, translated by the author.

[41] Ibidem, p. 755, translated by the author.

[42] Stevin (1649), p. 83.

[43] Frank (1787-1795), p. 720, translated by the author.

7. Willem Frederik Büchner and the city of Gouda

This was the situation found by the Gouda physician Willem Frederik Büchner. He had studied at Leiden University and the influence of the Hippocratic Corpus and Frank is visible when he discusses the unhygienic stench of the canals.

Büchner started his medical education in 1798 at Leiden University; he finished his PhD thesis in 1801 in Würzburg and in 1802 he became municipal physician in Gouda. He wrote several books, amongst them „Wenken en raadgevingen, betreffende den Aziatischen braakloop aan zijne stadgenooten" („Advices to the people of Gouda concerning cholera") in 1832 and „Verslag van de epidemie der kinderpokken, gedurende de jaren 1831 en 1832 te Gouda waargenomen" („Report of the epidemic of the child variola, observed during the years 1831 and 1832 at Gouda"). His most important work in this context is „Bijdragen tot de geneeskundige topographie en statistiek van Gouda" („Contributions to the medical topography and statistics of Gouda"), which was published in 1842 describing meticulously the local hygiene.[44] This was, inevitably, a consequence of the development of the city.

After the year 1000, Gouda arose as a settlement on the banks of the river Gouwe, where it flows into the IJssel river. The environment was a bog forest, intersected by some small rivers. The bog forest yielded fuel and building material for the city. To drain the soil, canals were dug out and the entire city was surrounded by a concentric canal for defence. After deforestation of the surrounding area, peat was dug out for fuel, and wooden houses were replaced by brick ones. So the typical Dutch city, with stone houses and canals, arose.

In the 19th century, Büchner's time, Gouda was converted into a stone city and due to the need of peat, underwater peat was dug out, causing vast lakes; they were reclaimed again in the course of the 19th century. By compact soil, however, the soil became lower and the river Gouwe could no longer export its water to the IJssel. On the contrary, the level of the IJssel was high enough to incite watermills, moving water *into* the Gouwe.[45] The polluted water of the Gouwe could hardly be refreshed by IJssel water.[46] Nevertheless, this way of refreshing water was usual until 1866, but the result was meager.[47]

What about the removal of excrements in Gouda? In the Middle Ages, the local government enacted laws and edicts concerning the deposit of waste, cleaning streets and reducing stench. In Gouda, in the 15th century, there were restrictions in respect to times and places for the deposit of waste and dung, including places where it was forbidden. In the 16th century, however, dung heaps are no longer mentioned and it became allowed to connect toilets immediately to the open canals.[48] There were fixed points where waste and

---

[44] The first one was „Proeve eener geneeskundige plaatsbeschrijving (topographie) der stad Amsterdam" by C.J. Nieuwenhuys, 1816-1820; Houwaart (1991), pp. 44f.

[45] The water-wheels of the fulling-mills in Gouda were moved by giving access water from the IJssel river. So, inevitably, the water level of the IJssel was higher than the water level of the city canals. Cf. Büchner (2007), pp. 51-53.

[46] Büchner (2007), pp. 52f.

[47] Vogelzang (1956), p. 59. Even until the 1950s, this way of refreshing canals was scarcily used.

[48] Van Zon (1986), p. 21. Cf. the enactments from the 16th century onwards: Van Hee (2007), p. 269.

ash could be offered; this was forbidden at other places.[49] Streets and lanes were too small to give access to the horses and rubbish carts of the refuse collector's service.

> „There are only a few locations providing refuse-bins where rubbish can be collected, being now and then emptied. Nearly all waste, including slaughter and tinner waste is thrown into the canals and water pipes, because there are nearly no refuse-bins, the times of picking up refuse of the house of the residents are unregular and the carts and horses cannot pass a lot of streets and lanes.“[50]

In Gouda, the situation was not worse than in other parts of the Netherlands.[51] Everywhere were dung heaps (sometimes even indoor heaps; poor people kept animals for selling their dung); everywhere waste was dumped into the canals and everywhere enactments concerning this were neglected.[52] Büchner states that a citizen of Gouda (and I suppose that this rating is valid for an average man) produces 1 pound of urine, and a quarter of a kilogram faeces each day.[53] The amount of animal urine and dung is not even mentioned, but certainly must be added. Büchner does not mention cesspits; they were probably scarce or lacking.

Is it possible to see Büchner as a physician still belonging to the Hippocratic-Galenic tradition? Did he consider the polluted urban situation as a danger for public health, or did he consider diseases as a result of a wrong balance of the four humours and constitutions as described by Galen? There is clear evidence that Büchner knew the Hippocratic treatise „Airs, waters, places“ very well; he cites it at the beginning of chapter seven, which discusses drinking-water.[54] Stench is an important cause of several diseases, especially marsh stench. The amount of waste and faeces is enormous:

> „The quantity of faeces and waste, carried away by flowing water, is so large that the water, leaving the city and discharged through the Gouwe river, looks more like mud than water.“[55]

He continues, speaking about faeces:

> „In the winter of 1840, the frozen canals were covered with a layer of the most disgusting waste and excrements, one foot thick. The bridges were surrounded by waste and dung heaps, their levels were higher than the quays. I have observed a lot of times – who did not? – two people, next to each other, in conversation, not aware of their actions, the one ladling out the water from a hole in the ice in a bucket for drinking, the other emptying his bucket full of faeces and cleaning it. The water in the small canals, lacking the most basic qualities, spread a horrible stench.“[56]

---

[49] Büchner (2007), p. 52.
[50] Büchner (2007), p. 52, translated by the author; Bik (1989), pp. 18f.
[51] Van Zon (1986), passim.
[52] Houwaart (1991), p. 258; Van Zon (1986), pp. 32f. and pp. 130f.
[53] Büchner (2007), p. 52. In 1842, Gouda had 14.451 inhabitants. For other calculations see Van Zon (1986), p. 73 and p. 289 n. 2; Van der Woud (2010), pp. 269f.
[54] According to Büchner, the people of Gouda belong to the choleric and phlegmatic type; Büchner (2007), p. 57. See also p. 63.
[55] Büchner (2007), pp. 51-53, translated by the author.
[56] Büchner (2007), p. 65, translated by the author; Vogelzang (1956), p. 58.

According to this story, Büchner disapproves the drinking of canal water with excrements, but he does neither give a solution for this problem nor for other hygienic problems. These were common situations. In Moordrecht, a village close to Gouda, people drank water from the IJssel river and polder canals, usually polluted. Rain water was not a good alternative, because rain water tanks were also polluted and roofs were small.[57] Moreover, in Büchners time, Gouda was still enclosed within the medieval defence walls. In the course of time, the physiognomy of the city did not change and human and animal dung and urine were a usual part of the street scenery. On the other hand, the population density of Gouda was higher than in the preceding centuries.[58] Solid waste like bones and building material was also part of everyday life and the situation seems to be strikingly similar to the street scenery in the Graeco-Roman world. In Rome, non-organic waste like sherds was dumped at Monte Testaccio, in Gouda in the surrounding lakes. Büchner's opinions do not differ from the Hippocratic authors and Galen, ascribing the causes of diseases and epidemics not to urine and faeces, but to their stenches. One has to tackle the stench, not the excrements themselves. According to Büchner, stench of canals causes diseases, especially due to dredging the canals and rivers in summertime:

> „Moist and noxious exhalations fill the houses and deteriorate the health of the inhabitants, aggravated by the exhalations caused by sledging the canals in the hottest period in summertime."[59]

Dredging in summer is exactly against the advices of Frank. The common opinion in the Netherlands was that not excrements themselves, but their stench caused unhygienic situations, the so-called miasmatic theory.[60] After the cholera-epidemic of 1832, Büchner discusses in 1833 the miasmatic and contagion aspects in his work „Aanteekeningen en opmerkingen betrekkelijk den Aziatischen braakloop te Gouda"; he started to be an adherent of the contagion theory, but the stench of water is the main cause:

> „Although I do not agree with the physicians' opinion that the cause of cholera is miasmatic, I argue that the bad quality of drinking water must be noxious (...); but improving its quality will be wholesome to fight against the extension of the epidemic, and it does not matter whether the cause is contagious or miasmatic."[61]

Although Büchner was, more than Frank, a practical man, discussing the situation in Gouda meticulously, one has to observe that he – still in the Hippocratic-Galenic tradition – does not give solutions and advices, such in contrast to Frank. He does not advocate a verdict on dredging in summer; he does not advise to vault or fill up canals; he does not call on people to stop drinking faeces water from the canals and, for example, drink rain water; he does not mention the removal of dung heaps. It would be possible to construct a windmill to remove filthy water, as in Leiden. This might be due to the bad financial situa-

[57] De Graaf (1970), pp. 151f.
[58] De Swaan (1989), p. 138, n. 47 concerning deteriorated hygiene, caused by population growth.
[59] Büchner (2007), p. 62, translated by the author; Van Zon (1986), p. 15. See also Franks references supra.
[60] Van Zon (1986), pp. 5-7; he mentions the German physician Max von Pettenkofer (1818-1901), a supporter of the miasmatic theory. Cf. Van der Woud (2010), pp. 281-285.
[61] Büchner (1833), pp. 7f. and p. 74, translated by the author.

tion of Gouda. The construction of a well-functioning sewer system costs a lot of money, also in Antiquity:

> „These [sewers] were the accommodations, marvelled and praised by Dionysius of Halicarnassus (...). One gets an impression of the large amounts of money involved, taking into account that C. Aquilius spent 1000 talents – according to his own words – were spent on maintaining and improving the sewer system only.[62] Nowadays, we spend our money and work for useless and extremely expensive foundations, neglecting the most important needs for a densely populated city, without any responsibility.“[63]

According to the books of the Roman agronomists Varro and Columella, the possibility to export human faeces to the countryside for fertilising soil, instead of dumping it into the canals is not explicitly discussed by Büchner. Probably, in the environment there were many lakes, but only a small amount of land suitable for agriculture was available. Moreover, farmers preferred bovine dung.[64]

Büchner was still mainly embedded in the Hippocratic-Galenic tradition, restricting his task as a physician to cure sick people in a polluted environment; this pollution was stench and filthy water.[65] It is not sure if a realistic solution was available. In the thirties and forties of the 19th century, Gouda was a poor city and in the Hippocratic-Galenic medicine there was no hint of a solution; one had to accept the situation. Only after the middle of the 19th century, after the cholera epidemics of 1832 and 1849, the city government was convinced that a sewer system was needed to remove the stench and to improve public health.[66]

In other Dutch cities, the situation was the same. In Leiden, for example, the canals were also in use for dumping garbage and providing drinking-water. In this city, smaller canals had already been covered, some of them in the Middle Ages, so that they actually functioned as sewers. But the large-scale process of filling-up canals for improving health (and traffic flow) took place in a later time.[67]

Only after the cholera epidemics of 1832 and 1849, local authorities were convinced that they had to tackle the problem radically by constructing sewer systems; not only for removing the stench, but also to improve public health of both the poor and the rich. Hitherto, the upper class had the opinion that the poor people's lifestyle caused unhygienic situations.[68] In 1849, the English scientist John Snow had discovered that polluted drinking-water, rather than stench, caused epidemics like cholera. His German opponent Max von Pettenkofer, on the other hand, argued that these were caused by faeces pollution of

---

[62] Dionysius Halicarnassensis, Antiquitates Romanae 3.67.5.

[63] Frank (1787-1795), pp. 754f., translated by the author.

[64] Vogelzang (1956), p. 67.

[65] Next to his profession of city physician, Büchner was also engaged in education and fighting poverty; Habermehl (2007), pp. 21-23.

[66] Finally, everywhere sewers were constructed at private or public expenses, like the railway system. De Swaan (1989), pp. 140-149.

[67] Wieles/Van Noort (2002), pp. 15f. and pp. 55-61.

[68] Ibidem, pp. 138-140; Meijer (2005), p. 20.

the soil. The majority of the Dutch physicians and scientists were adherents of von Pettenkofer's theory. Only after 1866, Snow's influence became more important.[69]

After the 1870s, the so-called „tonnenstelsel" (barrel system) was introduced: faeces were collected in barrels, for fertilising soil in the countryside, as in Roman times. In Gouda, however, the unlimited dumping of faeces and garbage continued for a long time, due to the system of refreshing water by water from the IJssel river.[70] In Leiden, where the possibility to refresh canal water was absent, the so-called *Liernur system* was introduced in 1871. In this system, faeces were collected in iron tanks, emptied by compressed air and finally exported to the countryside. This system remained in use until 1915. For this reason, Leiden realised a modern sewer system relatively late. Still in the 1980s, polluted water was still drained immediately into the canals.[71] Of course, the time that they supplied drinking-water was already long ago. Also in Germany, from about 1900 onwards, sanitation in the cities got better, after the hygiene situation was improved.[72]

8. Summary and conclusion

In former times, urine and faeces were not considered as noxious and dangerous, to be removed as quickly as possible. Stench had to be removed, not the cause of stench. Authors of the Hippocratic Corpus, Galen and Celsus do not mention human waste in the street scenery and their removal. Some cities, like Athens and Rome, constructed sewers to drain lower areas and created the possibility to connect toilets to them, reducing stench. The idea that the Romans realised sewers especially for the evacuation of faeces and urine remained popular for a long time, but it was a wrong one. The Italian humanist Alberti referred to Cloaca Maxima in his argument of reducing stench and for improving the discharge of excrements and waste water. A city without a sewer was an unliveable city. On the other hand, he was not a physician and he does not mention the connection between excrements and public health. Stevin, referring to the Roman architect Vitruvius and Alberti, pays attention to the typical Dutch situation, including its canals and marshy soil. He recognises that a sewer like Cloaca Maxima cannot be realised in the Netherlands, because the soil level of the Dutch cities is not high enough for a fluent evacuation. He still makes a distinction between sewers for water drainage and the removal of faeces. Medical authors are not mentioned.

The first man to consider faeces stench in standing canal waters – like marshes – as dangerous for public health is Johann Peter Frank. He argues for filling up redundant canals and dredging them in cold weather. The Gouda physician Büchner shares his opinion; according to him, the stench of the polluted canals is responsible for the unhygienic conditions in Gouda. From the point of view of the Ancients, the situation of Gouda, with its large quantities of standing water and its marshy environment, represents the worst medical and geographical situation.

---

[69] Eelkman Rooda (1989), passim.
[70] Van Zon (1986), p. 85; Vogelzang (1956), p. 59 and p. 64.
[71] Van der Woud (2010), pp. 323-327; Wieles/Van Noort (2002), pp. 59-78.
[72] Huisman/Warner (2004), pp. 213f.; Witzler (1995) passim, esp. pp. 205-209.

So there is the paradox that in the latter part of the 19th century sewers were constructed, inspired by their Roman forerunners, considered as a symbol of excellent hygiene, no stench and no annoyance being caused by excrements. On the basis of this misunderstanding, the faeces problem was tackled from the 19th century onwards; according to recent research, however, cities in the Graeco-Roman world were not as healthy as thought for a long time, and sewers were constructed for another purpose, drainage.

So we can rightly speak of a wholesome mistake: wholesome because the construction of sewers caused less stench and an improved public health, but a mistake because it was based on the opinion that underground sewers were built for these purposes, and this opinion was incorrect.

Bibliography

1. Alberti (1988): Leon Battista Alberti, De re aedificatoria, tr. Joseph Rykwert, Neil Leach und Robert Tavernor (ed.), On the Art of Building in Ten Books, Cambridge (MA) 1988.
2. Bik (1989): Johannes G. W. F. Bik, Dr. Willem Frederik Büchner, Tidinge van Die Goude 7 (1989), 1, pp. 17-20.
3. Büchner (1833): Willem Frederik Büchner, Aanteekeningen en opmerkingen betrekkelijk den Aziatischen braakloop te Gouda, Amsterdam 1833.
4. Büchner (2007): Willem Frederik Büchner, Bijdragen tot de geneeskundige topographie en statistiek van Gouda, in: Nico D. B. Habermehl (ed.), Bijdragen tot de geneeskundige topographie en statistiek van Gouda. W. F. Büchner, bearb. und eingeleitet von N. D. B. Habermehl, Delft 2007, pp. 43-126 (Reprint of 1842).
5. Daru (1985): Myriam Daru, De kwestie der Fecaliën. De afvoer van menselijke uitwerpselen als stadshygiënisch probleem in Nederlandse steden tussen het einde van de achttiende eeuw en het laatste kwart van de negentiende eeuw, Rotterdam 1985.
6. Eelkman Rooda (1989): Marieke Eelkman Rooda, De Broad Street pomp van John Snow in Nederland: Een speurtocht door de geschiedenis, 1989.
7. Frank (1787-1795): Johann Peter Frank, Geneeskundige staatsregeling, Leiden 1787-1795.
8. De Graaf (1970): J. H. G. de Graaf, Moordrecht in Touw, Bloemendaal 1970 (= Hollandse Studien, 1).
9. Habermehl (2007): Nico D. B. Habermehl, Willem Frederik Büchner (1780-1855). Strijder tegen ziekten, armoede en onrecht, in: Nico D. B. Habermehl (ed.), Bijdragen tot de geneeskundige topographie en statistiek van Gouda. W. F. Büchner, edited and introduced by Nico D. B. Habermehl, Delft 2007, pp. 7-42.
10. Henderson (1975): Jeffrey Henderson, The Maculate Muse. Obscene language in Attic comedy, New Haven/London 1975.
11. Horn/Born (1979): Walter Horn, Ernest Born, The Plan of St. Gall. A study of the architecture and economy of, and life in a paradigmatic Carolingian monastery, Berkeley/Los Angeles/London 1979.
12. Houwaart (1991): Eduard Simon Houwaart, De hygiënisten. Artsen, staat and volksgezondheid in Nederland 1840-1890, Groningen 1991.
13. Huisman/Warner (2004): Frank Huisman, John Harley Warner (ed.), Locating Medical History. The Stories and their Meanings, Baltimore/London 2004.
14. Jansen (1998): Gemma Jansen, Waar is hier het toilet? Sanitaire voorzieningen van Ostia, Hermeneus 70 (1998), 2, pp. 116-123.
15. Jordan/Hülsen (1871): Heinrich Jordan, Christian C. F. Hülsen, Topographie der Stadt Rom im Alterthum, Vol. 2, Berlin 1871.
16. Lindeboom (1993): Gerrit A. Lindeboom, Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde, 7th edition Rotterdam 1993.
17. Meijer (2005): Har A. Meijer, Het vuil, de stad en de dokter: Onderzoek naar het functioneren van de Stadsgenees- en heelkundigen ten tijde van en verband met de cholra-epidemieen in Leiden in de negentiende eeuw, 1832-1866, Leiden 2005.
18. Nutton (2000): Vivian Nutton, Medical thoughts on urban pollution, in: Valerie M. Hope, Eireann Marshall (ed.), Death and Disease in the Ancient City, London/New York 2000, pp. 65-73.

19. Owens (1983): Eddie J. Owens, The koprologoi at Athens in the fifth and fourth centuries B.C., Classical Quarterly 33 (1983), 1, pp. 44-50.
20. Porter (1995): Roy Porter, The Eighteenth Century, in: Lawrence I. Conrad (ed.), The Western medical tradition: 800 BC to AD 1800, Cambridge et al. 1995, pp. 371-475.
21. Stevin (1649): Simon Stevin, Byvough der stedenoirdening vande oirdening der deelen eens huys, met t gheene daer ancleeft, in: Materiae politicae. Bvrgherlicke stoffen: vervanghende ghedachtenissen der oeffeninghen des doorluchtichsten Prince Maurits van Orangie, Leiden 1649.
22. De Swaan (1989): Abram de Swaan, Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd, Amsterdam 1989.
23. Taverne (1978): Eduard Taverne, In t land van belofte: in de nieue stadt. Ideaal en werkelijkheid van de stadsuitleg in de Republiek 1580-1680, Maarssen 1978.
24. Thédenat (1910): Henry Thédenat, Latrina, in: Charles V. Daremberg, Edmond Saglio (ed.), Dictionnaire des antiquités grecques et romaines daprès les textes et les monuments, Vol. 4, Paris 1910, pp. 987-991.
25. Thompson (1959): Homer A. Thompson, Activities in the Athenian Agora: 1958, Hesperia 28 (1959), 1, pp. 91-108.
26. Thüry (2001): Günther E. Thüry, Müll und Marmorsäulen. Siedlungshygiene in der römischen Antike, Mainz 2001.
27. Van Hee (2007): Robrecht Van Hee, Hygiëne in de 16e eeuw: een keerpunt?, Geschiedenis der Geneeskunde 11 (2007), 5, pp. 260-269.
28. Vogelzang (1956): Izak Vogelzang, De drinkwatervoorziening van Nederland voor de aanleg van de drinkwaterleidingen, Gouda 1956.
29. Weynants/Van Hee (2007): Sabine Weynants, Robrecht Van Hee, Stadsvernieuwing als antwoord op de cholera-epidemieën, Geschiedenis der Geneeskunde 12 (2007), 1, pp. 11-19.
30. Wieles/Van Noort (2002): Jan Wieles, Ton van Noort, Water in de wijk. Verleden, heden en toekomst van water in de Leidse Pieters- and Academiewijk en Levendaal-West, Leiden 2002.
31. Wilson (2011): Andrew Wilson, Urination and defecation roman-Style, in: Gemma C. Jansen, Ann Olga Koloski-Ostrow, Eric M. Moormann (ed.), Roman Toilets. Their archaeology and cultural history, Leuven/Paris/Walpole (MA) 2011, S. 95-111.
32. Wilson/Flohr (2011): Andrew Wilson, Miko Flohr, The Economy of Ordure, in: Gemma C. Jansen, Ann Olga Koloski-Ostrow, Eric M. Moormann (ed.), Roman Toilets. Their archaeology and cultural history, Leuven/Paris/Walpole (MA) 2011, pp. 147-156.
33. Witzler (1995): Beate Witzler, Großstadt und Hygiene. Kummunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung, Stuttgart 1995.
34. Wulfram (2001): Hartmut Wulfram, Literarische Vitruvrezeption in Leon Battista Albertis „De Re Aedificatoria“, Leipzig 2001.
35. Young (1951): Rodney S. Young, An industrial district of ancient Athens, Hesperia 20 (1951), 3, S. 135-288.
36. Van der Woud (2010): Auke van der Woud, Koninkrijk vol sloppen. Achterbuurten en vuil in de negentiende eeuw, Amsterdam 2010.
37. Van Zon (1986): Henk van Zon, Een zeer onfrisse geschiedenis. Studies over niet-industriële vervuiling in Nederland, 1850-1920, Den Haag 1986.

Der medizinische Blick auf das Phänomen der religiösen Stigmatisation im 19. Jahrhundert[1]

Clara Wurm

Das Thema der religiösen Stigmatisation – hierunter wird die spontane Ausbildung der Wundmale Christi[2] am Körper eines gläubigen Menschen verstanden – ist ein medizinhistorisch kaum erforschtes Feld.[3] Auf den ersten Blick erscheint dies nicht weiter verwunderlich, handelt es sich doch zunächst um ein originär religiöses Phänomen. Nach eingehender Beschäftigung mit der Thematik offenbart sich jedoch, dass die religiöse Stigmatisation im 19. Jahrhundert in der Ärzteschaft ein relevantes Streitthema darstellte und einen medizinisch dominierten paneuropäischen Diskurs hervorrief, der in einer systematischen Pathologisierung und Medikalisierung dieses mystischen Phänomens mündete.

Die religiöse Stigmatisation, welche als Ausdruck der Imitatio und Compassio Christi im Rahmen der christlichen Mystik verstanden wird, zeigte sich in prominenter Form vermutlich erstmals bei Franz von Assisi im Jahre 1224 nach mehrtägigem Fasten, allerdings gehen einige Autoren von präfranziskanischen Stigmatisationsfällen aus.[4] In den folgenden Jahrhunderten trat die religiöse Stigmatisation überwiegend bei Frauen auf,[5] die meist an zahlreichen begleitenden körperlichen Beschwerden litten.[6] Die Zahl der stigmatisierten Personen schwankt in der Literatur zwischen 50 und 350,[7] je nachdem, welche Kriterien für die Anerkennung der Wundmale angewandt werden. Häufig wurde neben der Stigmatisation auch über andere außergewöhnliche Phänomene berichtet, die in den Kontext des

---

[1] In den folgenden Ausführungen werden einige Ergebnisse des Dissertationsprojektes der Autorin skizziert, in welchem der ärztliche Umgang mit stigmatisierten Frauen sowie die medizinischen Erklärungskonzepte zur Stigmatisation im 19. Jahrhundert untersucht wurden. Grundlage der Arbeit sind drei diachrone biographische Studien stigmatisierter Frauen – Anna Katharina Emmerick (1774-1824) aus Westfalen, Juliana Weiskircher (1824-1862) aus Österreich und Louise Lateau (1850-1883) aus Belgien –, die besonders intensiv ärztlich untersucht wurden und zu denen ausreichend medizinische Originaldokumente verfügbar sind. Vgl. Clara Wurm (2012): Medizinische Konzepte zur religiösen Stigmatisation im 19. Jahrhundert. Diss. med. Köln (masch., in Vorbereitung). Die Dissertation wurde von Prof. Dr. Dr. Daniel Schäfer (Köln) betreut, dem ich sehr herzlich für seine großartige Unterstützung danken möchte.

[2] Als Wundmale Christi gelten die Zeichen der Kreuzigung an Händen und Füßen sowie die Seitenwunde durch den Lanzenstich. Zum sogenannten Stigmatisationskomplex werden jedoch häufig auch andere Phänomene gezählt, wie die Dornenkranzblutung an der Stirn, Zeichen der Geißelung und der Kreuztragung sowie Blutweinen und Blutschwitzen. Vgl. Thurston (1956), S. 83ff.; Schleyer (1948), S. 5.

[3] Zum medizinhistorischen Forschungsstand vgl. Wurm (2012), S. 14-19.

[4] Vgl. Merkt (1910); Hampe (1919).

[5] Zu den von der Kirche anerkannten männlichen Stigmatisierten zählt neben Franz von Assisi lediglich der heilige Pio von Pietrelcina (1887-1968).

[6] Vgl. Thurston (1956), S. 158; Schleyer (1948), S. 105-108.

[7] Vgl. Gagey/Adnès (1993), S. 42-46.

Mystischen gesetzt wurden: Ekstasen, Visionen, Hierognosie und Kardiognosie sowie jahrelange Nahrungs- und Ausscheidungslosigkeit.[8]

Im 19. Jahrhundert trat die religiöse Stigmatisation in den meisten Fällen in stereotypen Konstellationen auf: Die betroffenen Frauen waren in ärmlichen, eher ländlichen Verhältnissen aufgewachsen, mit minimaler Schulbildung, fester Verankerung im katholischen Glauben und früher, intensiver Hinwendung zu mystischen Themen. Sie litten schon von Kindheit oder Jugend an unter zahlreichen und diffusen körperlichen Beschwerden und konnten meist nicht am gewöhnlichen gesellschaftlichen oder klösterlichen Leben teilnehmen.[9] Mit der Ausbildung der Wundmale Christi ebenso wie dem Auftreten weiterer besonderer Phänomene wie Ekstasen, Visionen und Nahrungslosigkeit entstand für die Frauen, die oft überregionale Bekanntheit erlangten, eine Möglichkeit, sich – wenn auch nur bedingt – im Rahmen eines weitgehend festgelegten und engen Rollenprofils als stigmatisierte Mystikerin zu emanzipieren.[10]

Der nahezu konformen Gruppe der stigmatisierten Frauen stand eine äußerst heterogene Gruppe von Ärzten gegenüber: Unabhängig von Konfession, akademischem Grad oder Disziplin waren Mediziner während des gesamten Jahrhunderts von den Phänomenen außerordentlich fasziniert; stigmatisierte Mystikerinnen wurden von unzähligen Medizinern aufgesucht und untersucht. Eine größere Anzahl von Ärzten äußerte sich jedoch – sei es in Zeitungsartikeln, Zeitschriftenaufsätzen oder umfangreichen Monographien – zu den Stigmatisationsfällen, ohne jemals selbst eine solche Patientin gesehen zu haben.

Während über viele Jahrhunderte Mediziner lediglich auf Anfrage des Klerus im Rahmen von Kanonisationsprozessen als Gutachter oder Zeugen zu solchen mystischen Phänomenen zu Rate gezogen worden waren,[11] nahmen Ärzte im 19. Jahrhundert eine zentrale und aktive Rolle in Stigmatisationsfällen ein.

Die Untersuchung des ärztlichen Blicks auf religiös stigmatisierte Frauen eröffnet einen aufschlussreichen und teils bizarren Einblick in das medizinische Innenleben des 19. Jahrhunderts und zeigt – da es sich bei den von der Stigmatisation betroffenen Personen des 19. Jahrhunderts ausschließlich um Frauen handelte[12] – interessante Aspekte der besonderen Auseinandersetzung der Medizin jener Epoche mit der Frau als Patientin und Forschungsobjekt. In einem ersten Schritt werden hier die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden der Stigmatisierten sowie deren Wandel hin zu immer extremeren Formen und Versuchen vorgestellt. In einem zweiten Schritt sollen einige der daraus gezogenen Diagnosen beziehungsweise Schlussfolgerungen vorgestellt werden, um aufzuzeigen, dass hier zwar viele kontroverse Interessen, nicht aber das Wohl der Stigmatisierten im Vordergrund standen.

---

[8] Hierognosie bezeichnet die Fähigkeit, instinktiv zwischen geweihten Gegenständen – beispielsweise einer Reliquie – und profanen Gegenständen zu unterscheiden. Unter dem Begriff Kardiognosie wird die sogenannte „Herzensschau“ oder „Herzenskenntnis“ verstanden, bei welcher der Mystiker die Fähigkeit hat, in der Seele seines Gegenübers zu „lesen“.

[9] Vgl. hierzu u.a. Wurm (2012), S. 228ff.; Gißibl (2003), S. 68; Weiß (1995), S. 79.

[10] Vgl. Weiß (1995), S. 79; Hustvedt (2011), S. 241; kontrovers hierzu Gißibl (2003), S. 97.

[11] Vgl. Ziegler (1999).

[12] Vgl. Thurston (1956), S. 158; Höcht (2000), S. 331f. und 600f.

1. Ärztliche Untersuchung der Stigmatisation

Der Fokus des ärztlichen Interesses lag vornehmlich auf den körperlichen Phänomenen; das „mystische Seelenleben" der stigmatisierten Frauen interessierte kaum. Die Untersuchungen folgten meist dem Ziel, eine Manipulation der Wundmale auszuschließen bzw. aufzudecken, sowie die angebliche Nahrungs- und Ausscheidungslosigkeit zu überprüfen. Häufig wurden stigmatisierte Frauen über mehrere Tage, gelegentlich auch über Wochen oder Monate beobachtet und untersucht. Bezüglich der Wundmale wandten Ärzte im Verlauf des Jahrhunderts diverse Verfahren an: Man brachte beispielsweise bei Anna Katharina Emmerick feste, zugenähte Verbände an oder versuchte, die Stigmata durch Auflegen reizender Wundauflagen unter Eiterung zu „heilen". Der stigmatisierten Louise Lateau zogen die Mediziner versiegelte Lederhandschuhe an und untersuchten das ausgetretene Blut unter dem Mikroskop; man erzeugte mit Ammoniak künstliche Wundmale oder konstruierte einen Glaszylinder, der um einen Arm der Stigmatisierten gestülpt und versiegelt wurde. Eine zweifelsfreie Beurteilung der Wundmale gelang dennoch aus Sicht der meisten Ärzte nicht, ähnliches galt für die Überwachung der häufig postulierten jahrelangen Nahrungslosigkeit.[13]

Auch bei der Überprüfung der Ekstase wandelte sich die ärztliche Herangehensweise. Während in der ersten Jahrhunderthälfte (harmlose) Segnungs- und Delegationsversuche[14] sowie magnetistische Experimente[15] durchgeführt wurden, wandten Ärzte in der zweiten Hälfte drastischere Methoden an: Um die vermeintliche „Entrückheit" der stigmatisierten Louise Lateau während der Ekstase zu prüfen, stach beispielsweise ein katholischer Arzt und Ordinarius, Ferdinand Lefebvre, der jungen Frau – nachdem akustische, taktile und olfaktorische Reize keine Reaktion hervorgerufen hatten – mit Nadeln, Nägeln und Messern in die Haut[16] und applizierte schließlich elektrischen Strom im Gesicht der Frau – gerade weil dies so schmerzhaft sei, dass es niemand länger als einige Sekunden aushalten könne.[17] Als auch diese Maßnahme ohne Reaktion blieb, ein Geistlicher die Stigmatisierte

---

[13] Vgl. Wurm (2012), S. 21-188.

[14] Als Delegation wurde in diesem Zusammenhang die Erteilung einer Vollmacht durch einen geistlichen Würdenträger verstanden, die Stigmatisierte aus der Ekstase zu „rufen". Gewöhnlich reagierten die Mystikerinnen nicht auf das Anrufen durch Laien. Ließen sie sich nun von einer solchen delegierten Person erwecken, galt dies als übernatürliches Zeichen.

[15] So unternahm beispielsweise der „Leibarzt" der westfälischen Stigmatisierten Anna Katharina Emmerick, Franz Wesener, angeregt durch Christian Brentano, gemeinsam mit dem Beichtvater der Nonne zahlreiche Versuche während der Ekstase, bei welchen die besonderen Fähigkeiten der Frau getestet werden sollten. Vgl. Wesener (1973); Wurm (2012), S. 28-30 und 43f.

[16] Dieses Vorgehen wurde bereits in den Hexenprozessen als sogenannte „Nadelprobe" durchgeführt: Man stach der vermeintlichen Hexe mit spitzen Gegenständen in bestimmte Hautareale – sogenannte Stigmata diaboli als Zeichen der Prägung durch die Kralle des Teufels. Äußerte die betreffende Person dabei keine Schmerzen oder floss kein Blut, war der Verdacht bestätigt, dass es sich um eine Hexe handeln müsse. Vgl. Fischer-Homberger (1979), S. 36. Im 19. Jahrhundert wurde diese „Nadelprobe" nicht nur bei Stigmatisierten als Prüfung der übernatürlichen mystischen Ekstase durchgeführt, sondern diente bei Charcot und seinen Kollegen an der Pariser Salpêtrière als Diagnostikum der Hysterie. Vgl. Hustvedt (2011), S. 283.

[17] Vgl. Lefebvre (1873), S. 32f. Auch dieses Verfahren war in der Salpêtrière als Diagnostikum der sogenannten hysterischen Analgesie üblich. Vgl. Didi-Huberman (2003), S. 194ff.

jedoch mit dem schlichten „Aufruf beim Gehorsam“ mühelos erwecken konnte, deklarierte Lefebvre die Erscheinungen als wissenschaftlich belegt übernatürlich.[18]

Die stigmatisierten Mystikerinnen wurden zunehmend zum wissenschaftlichen Untersuchungsobjekt und waren bestimmten Implikationen eines „Stigmatisationsfalles“ unterworfen: Sowohl ihre Körperlichkeit als auch ihr geistiges Leben standen auf dem Prüfstand; jegliche Äußerung der Stigmatisierten – sei sie physischer oder psychischer Natur – wurde im Kontext des „Falles“ wahrgenommen, analysiert und interpretiert. (Schmerzhaften) Experimenten und langwierigen Überwachungen sollten sie sich klaglos fügen, um ihre Ergebenheit in das von Gott vorgesehene Schicksal zu demonstrieren, denn auch kirchliche Autoritäten waren im 19. Jahrhundert zunehmend um einen wissenschaftlichen Wunderbeweis bemüht.[19] Die Stigmatisierten und ihre Körper markierten hierbei den Kreuzungspunkt zweier antagonistischer Bewegungen:

> „In der Konkurrenz der Diskurse und der zuständigen Autoritäten wird der Ausschluss von Betrug für die katholische Amtskirche, um sich nicht des Aberglaubens überführen lassen zu müssen, so entscheidend, wie die Mediziner (...) den Nachweis eines natürlichen Ursprungs der Körperinschriften erbringen mussten.“[20]

Die Interaktion zwischen dem Arzt und der Stigmatisierten war durch eine „Polarisierung der Versuchsanordnung der Geschlechter in Objekt (weiblich) und Subjekt (männlich)“[21] gekennzeichnet und spiegelte den Machtanspruch und die Deutungshoheit des männlichen Arztes über den weiblichen stigmatisierten Körper wider.[22] Zugleich waren die ärztliche Hinwendung und das positive ärztliche Urteil zur Legitimation als „stigmatisierte Leidensbraut Christi“ unabdingbar – nur in dieser Rolle konnten die Frauen, so scheint es, in ihrem nach Wundern und Übersinnlichem begierigen Umfeld[23] Aufmerksamkeit und Anerkennung erlangen. Mit ihren Stigmata und Ekstasen mussten sie vor ihren Beichtvätern und Seelsorgern ebenso wie vor den Ärzten eine möglichst authentische Performance, eine inszenierte Evidenz der göttlichen Einflussnahme auf ihren Körper abliefern, die sich an strengen hagiographischen wie wissenschaftlichen Vorgaben orientierte.

---

[18] Insgesamt wurde im Laufe des Jahrhunderts mehr apparative Diagnostik angewandt. So verwendete man bei Louise Lateau Ästhesiometer, Dynamometer, Sphygmographen, Mikroskopie und Atemgasanalysen, um die mystischen Phänomene wissenschaftlich zu untersuchen.

[19] Als Anna Katharina Emmerick sich gegen die Untersuchung durch zwei junge Ärzte wehren wollte, meldete Generalvikar Droste zu Vischering Zweifel an, „daß das Außergewöhnliche von Gott komme“, da er „außerordentliche Tugend vermisse“. Zitiert nach Hänsel-Hohenhausen (1991), S. 282.

[20] Menke (2004), S. 273f.

[21] Vinken (2004), S. 22.

[22] Dies spiegelt auch die Forderung eines Mitgliedes der staatlichen Untersuchungskommission an Anna Katharina Emmerick wieder: „(...) Sie sind dem Staate Rechenschaft schuldig über das Ungewöhnliche, was an Ihnen ist“. Zitiert nach Wesener (1973), S. 216. Professor Lefebvre, der Louise Lateau der oben geschilderten Nadelproben und Stromversuche unterzogen hatte, konstatierte: „Man könnte behaupten, dass sie das Recht, sich selbst zu besitzen, verloren hat; sie ist Gemeingut geworden, gehört allen; ein Ding, was jeder nach Lust und Laune untersuchen kann“. Lefebvre (1873), S. 38.

[23] Vgl. Ellenberger (1996), S. 319; Gißibl (2006), S. 107; Weiß (1995), S. 68.

2. Medizinische Erklärungsversuche zur Stigmatisation

Während des gesamten 19. Jahrhunderts fand eine breite ärztliche Debatte über das Phänomen der religiösen Stigmatisation statt. Bezüglich der Beurteilung mystischer Phänomene zeigte sich die Ärzteschaft tief gespalten: Nicht wenige Mediziner begriffen die Stigmatisation als göttliches Wunder,[24] während andere Ärzte diese Möglichkeit kategorisch ablehnten und den Frauen Betrug attestierten.[25] Die große Mehrheit postulierte jedoch, dass den Erscheinungen eine Pathologie zugrunde liege; viele Ärzte entwickelten dezidierte medizinische Theorien zur Stigmatisation. Trotz ihres Variantenreichtums lassen sich die ärztlichen Erklärungen einigen wenigen zu jener Zeit bedeutsamen Krankheitskonzepten zuordnen: Imagination, Magnetismus/Somnambulismus, „vikariierende Menstruation", Hysterie und Neuropathie. Im Folgenden sollen einige Erklärungen beispielhaft vorgestellt werden.

2.1 Imagination

Vielfach wurde die Kraft der Vorstellung, die Imaginatio, als mögliche Ursache der Entstehung der Wundmale ausgemacht: Allein die intensive Konzentration der Frauen auf das Bild des gekreuzigten Christus könne zu einer plastischen Ausbildung des inneren Bildes auf der Haut führen. So vermutete ein protestantischer Arzt bei Anna Katharina Emmerick, ein nur oft genug stattgefundener „heiliger Schauer" in Verbindung mit einem „innigst zärtlichen, wehmühtigen Dankgefühl gegen den Welterlöser" könne die Wundmale erzeugt haben.[26] Der Arzt, Pädagoge und Pfarrer Friedrich Bährens erklärte, die Stigmata prägten sich als „fixe Idee" durch das „gemüthliche unerschütterliche Wollen" und das „kontemplative Hingeben an das Höhere" am Leibe der Patientin aus,[27] und auch der bedeutsame Jenaer Professor Dietrich Georg von Kieser war überzeugt, dass das „gesteigerte psychische Nachtleben" „auf den Leib plastisch" einwirke und sich „die stete Gefühlsanschauung der Wundenmale Christi" „somatisch am eignen Leibe in rothen Flecken" auspräge.[28] Eine ähnliche Erklärung der plastischen Kraft der Vorstellung lieferte der Tiroler Freiheitskämpfer und jahrelange Bonner Professor Joseph Ennemoser:

---

[24] Unter anderem der jahrelange „Leibarzt" Anna Katharina Emmericks, Franz Wesener, der österreichische Arzt Karl Wilhelm Mayrhofer und die beiden belgischen bzw. französischen Professoren Ferdinand Lefebvre und Antoine Imbert-Gourbeyre. Vgl. dazu Wesener (1973); Mayrhofer (1852); Lefebvre (1873); Imbert-Gourbeyre (1873).

[25] So zum Beispiel Rudolf Virchow, der in seiner Rede „Über Wunder", die er auf der ersten allgemeinen Sitzung der 47. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau am 18. September 1874 hielt, zum Stigmatisationsfall Louise Lateaus Stellung bezog und sich zu der Problematik des Wunders im Allgemeinen äußerte: Virchow (1874).

[26] Dr. Ruhfus 1813 in einem Brief an Dechant Rensing, Hümpfner (1929), S. 211-214.

[27] Bährens (1816), S. 147.

[28] Kieser (1822) Bd. 2, S. 353f.

> „Die Gesichter und Vorstellungen sind innere Geistesanschauungen, die Ideen des Erlösers und sein Bild sind die Gegenstände der ausschließenden und fortwährenden Betrachtung, und so sind auch die Producte in dem äußeren Bild, auf der Haut, die Abspiegelung jener Anschauungen des inneren Sinnes."[29]

Die Entstehung der Wundmale sei eine „Ableitung der Fülle und Energie des inneren Sinnes" und ein „Reflex auf die Spiegelfläche der Haut"; die „Nervenstrahlen" seien hierbei als „Licht- und Electricitätsleiter" gleichsam „Zeichenträger, Griffel und Pinsel", während das „indifferente Plasma" das „Bindematerial, das Oel mit dem Farbstoff" liefere.[30]

Stets wurde mit der Analogie des „mütterlichen Versehens"[31] argumentiert, einer bis weit in das 19. Jahrhundert hinein vitalen Vorstellung, die für die Ärzte ein überzeugender Beweis dafür war, welch bizarre Phänomene die weibliche Imagination hervorbringen könne.[32]

Im Verlauf des Jahrhunderts wandelte sich zwar die Terminologie; man sprach – unter anderem angeregt von den Ideen des Ideodynamismus[33] – von „Molécules cérébrales" im Gehirn, welche durch die ständige Fokussierung auf die Wundmale Christi in „Molécules idéogènes" umgewandelt würden,[34] und von „fanatischer Imagination", die Neurosen und Anämie auslösen könne.[35] Bestandteil vieler Ausführungen war jedoch weiterhin die Vorstellung von der weiblichen Imagination als Produkt der besonderen, oft als schwach bzw. mangelhaft klassifizierten, physischen und psychischen Konstitution der Frau.

2.2 Magnetismus/Somnambulismus

Eng mit den Imaginationskonzepten verwoben waren die Erklärungen der Stigmatisation und anderer mystischer Phänomene mit den besonderen Erscheinungen von Magnetismus und Somnambulismus: Zahlreiche Ähnlichkeiten zwischen stigmatisierten Mystikerinnen und somnambulen „Seherinnen" sowie zwischen der „magnetischen Ekstase" und der „mystischen Ekstase" regten vor allem die Ärzte der Romantik zu einer systematischen Auseinandersetzung mit den Erscheinungen der christlichen Mystik an. So wurde postuliert, die Stigmata und Ekstasen von Anna Katharina Emmerick seien das Produkt eines „Magnetismus spontaneus" bei einer „gottseligen Seele", bei dem die „Sonnenmasse allein vorherrschend" werde und „polgebend auf das Materielle" wirke.[36] Ähnliches vermutete auch Kieser, für den nicht nur sämtliche mystische Erscheinungen, sondern auch die biblischen Wunder durch „unbewusstes Selbstmagnetisieren" zu erklären waren.[37] Glaube und

---

[29] Ennemoser (1842), S. 261.
[30] Ennemoser (1842), S. 262.
[31] Vgl. hierzu Fischer-Homberger (1984), S. 10-33; Steigerwald (2002), S. 54f.
[32] Vgl. Wurm (2012), S. 192-195.
[33] Vgl. Ellenberger (1996), S. 218.
[34] Vgl. Warlomont (1875), S. 141f.
[35] Boëns (1874), S. 934-936. Vgl. auch die These Alfred Maurys, die bizarren Phänomene der christlichen Mystik seien durch Imagination verursachte Krankheiten: Maury (1854). Hippolyte Bernheim führte die Entstehung von Stigmata auf Autosuggestion in einem Zustand „außerordentlicher psychischer Concentration" zurück. Siehe Bernheim (1888), S. 72.
[36] Bährens (1816), S. 137 und 147.
[37] Vgl. Kieser (1822), Bd. 2, S. 73.

Andacht waren für ihn „Mittel (...), um die hier eigentlich wirkenden magnetischen Kräfte (...) im Menschen selbst zu erregen“.[38]

Der österreichische Arzt und Magnetiseur Karl Wilhelm Mayrhofer erläuterte:

> „Gleichwie bei der magnetischen Ekstase der kranke Somnambule im Lebensverbande mit dem gesunden Magnetiseur lebt, und in diesem Vereine, weil er ihm Heil und Genesung bringt, wonnigliches Wohlbehagen fühlt; also lebt bei der christlichen Ekstase der gläubige Erlöste im Lebensverbande mit seinem Erlöser (...).“[39]

Mit der Erklärung der Mystik entwickelte sich in der Romantik eine Symbiose aus Theologie, Naturphilosophie und Medizin, die weit über terminologische Überlagerungen hinaus ging.[40] In der Beurteilung der Stigmatisation und anderer mystischer Phänomene nahmen die romantischen Magnetismus-Anhänger eine eher zaghafte, von Ambivalenz geprägte Pathologisierung der Mystik vor. Zwar erkannten die Ärzte die teils überdeutlichen Ähnlichkeiten zwischen den Erscheinungen, die an Somnambulen beobachtet wurden, und jenen, welche die stigmatisierten Mystikerinnen präsentierten, und die grundsätzliche Verwandtschaft beider war unumstritten, doch wurde den „christlichen Erscheinungen“ innerhalb der nosologischen Systeme stets eine moralische Überlegenheit zugesprochen.[41]

2.3 Menstruation

Im Gegensatz dazu implizierte die ebenfalls häufig zur Erklärung der Stigmatisation angeführte Menstruationsstörung, die sogenannte „vikariierende Menstruation“, eine Profanisierung der Phänomene. Die Ausführungen der Ärzte hierzu offenbaren zwei Sichtweisen der damaligen Medizin auf den weiblichen Körper. Zum einen, dass die Menstruation im Sinne humoralpathologischer Vorstellungen noch im 19. Jahrhundert als eine Art physiologischer Aderlass bei einer konstitutionellen Dyskrasie der Frau aufgefasst wurde, und zum anderen, dass Mediziner von einer engen Kopplung zwischen der Sexualität einer Frau, ihrer Menstruationsgesundheit und ihrem nervlichen Zustand überzeugt waren.[42] So vermutete der westfälische Arzt Johann Baptist Boner bei Anna Katharina Emmerick, ihr habe die „nöthige Aufregung der Geschlechtssphäre“ gefehlt, weshalb sie nur sparsam „menstruiert worden sei“. Daher habe sich „die Natur“ der „Bürde“ des Menstrualblutes auf dem Wege

---

[38] Kieser (1822), Bd. 1, S. 260f.

[39] Mayrhofer (1852), S. 11.

[40] Vgl. Wurm (2012), S. 203ff.

[41] So meinte Bährens, den „psychischen Magnetismus“, den er bei Anna Katharina Emmerick und anderen Mystikern diagnostizierte, könnten nur „hochstehende, gottselige Seelen“ hervorbringen. Und Kieser erläuterte, der „reine und innige Glaube“ sei die „höchste Potenz des psychischen Gefühlslebens“, bei dem „die höhere Richtung des tellurischen Lebens als wohltuende tellurische Kraft“ wirke; Bährens (1816), S. 173; Kieser (1822), Bd. 2, S. 48 und S. 75. Diese Sichtweise hielt sich bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts, wie eine Zeitungsnotiz von 1869 über Louise Lateau belegt: Der Autor, ein Arzt namens Gerster, sah in der belgischen Stigmatisierten zwar eine „ecstatische Somnambule“, die mit ihrem Geistlichen in einem „magnetischen Rapport“ stünde; allerdings sei diese Form der religiösen Ekstase dem gewöhnlichen Somnambulismus überlegen, sie komme nur „bei sehr sittlich reinen Personen vor“. Vgl. Gerster (1869).

[42] Vgl. Wurm (2012), S. 210-215.

des Blutschwitzens und der Stigmatisationsblutungen entledigen müssen.[43] Ähnlich argumentierte ein „anonymer ärztlicher Beobachter", der eine solche „Erscheinung bei dem weiblichen Geschlechte (...) doppelt leicht zu erklären" fand, „da es an sich selbst schon mehr überflüssiges Blut erzeugt, als es zur Selbsterhaltung nöthig braucht, folglich bei einer solchen Verirrung der Natur auch den gehörigen Stoff dazu liefern kann".[44] Ursache dieser „Verirrung" sei vermutlich der „unterdrückte Geschlechtstrieb", die Stigmatisierte sei „von der Natur wahrscheinlich mehr zu einer Kindermutter als zur Nonne bestimmt gewesen".[45]

Der belgische Internist Jean Crocq vertrat Jahrzehnte später bei Louise Lateau eine reflexneurotische Auffassung des Menstruationsmechanismus,[46] indem er die Regelblutung als einen durch den Eisprung ausgelösten Reflex des Nervensystems verstand, bei welchem vasomotorische Nerven eine Hämorrhagie in Form der Monatsblutung hervorriefen. Einen ähnlichen Reflex vermutete er nun auch bei der Stigmatisation: Diese sei eine mit der Menstruation vergleichbare, auf einen Reflex begründete nervliche Aktion, die ihren Ursprung allerdings im Gehirn habe.[47]

2.4 Neuropathie

Das Nervensystem spielte – analog zu den Entwicklungen in der Neurologie – in den Erklärungen, die Ärzte in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts für die Stigmatisation fanden, eine zentrale Rolle. Die christliche Mystik mit ihren Phänomenen Ekstase und Stigmatisation wurde als gesundheitsgefährdendes Agens identifiziert und teilweise sogar in eigene Krankheitsentitäten eingefasst: So stellte der international anerkannte belgische Augenarzt Evariste Warlomont das Konzept der „Névropathie stigmatique" vor, einer in der Medulla oblongata lokalisierten Neurose, bei welcher der Mystiker in eine „condition seconde" mit „doublement de la vie" eintrete, bei der er für äußere Reize unempfänglich sei und unbewusst agiere. Die Stigmata entstünden durch eine Kaskade zerebraler Prozesse mit Lähmung des vasomotorischen Zentrums, lokaler Hyperämie, Kapillardilatation und Hautruptur – gesteuert durch intensive Konzentration auf die Passion Christi.[48] Sein Kollege Hubert Boëns skizzierte das Krankheitsbild der „Christomanie" bzw. „Exstase stigmatique" – eine „generalisierte Erkrankung des Nerven- und Blutsystems, welche durch Halluzinationen, Krämpfe und Hämophilie" gekennzeichnet sei und durch diverse Faktoren, unter anderem fromme Erziehung, Predigten und häufige Beichten, verursacht würde.[49]

---

[43] Boner (1819), Sp. 1504. Boner sah übrigens auch in der jahrelangen Nahrungslosigkeit der Nonne eine Folge der Menstruationsstörung. Boner (1819), Sp. 1507.

[44] Tholuck (1839), S. 131.

[45] Ebenda.

[46] Zur Reflexlehre vgl. Fischer-Homberger (1984), S. 58ff.; Hohage (1998), S. 90.

[47] Vgl. Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique (1875), S. 989f. Andere Ärzte sahen in einer ausbleibenden oder gestörten Menstruation einen bedeutenden Risikofaktor für nervliche und körperliche Erkrankungen. Vgl. Boëns (1874), S. 937.

[48] Vgl. Warlomont (1875), S. 89ff.

[49] Vgl. Boëns (1874), S. 935f.

2.5 Hysterie

Für andere Mediziner war es unnötig, den mystischen Phänomenen eine eigene Krankheitsentität zuzuschreiben; sie hielten Ekstase und Blutungen für klassische Symptome der Hysterie. In den äußerst heterogenen Hysteriekonzepten jener Zeit fanden sich zahlreiche Analogien zwischen den „Stigmata hysterica", den „Symptomen" der christlichen Mystik und auch den „Stigmata diaboli" der mittelalterlichen Hexenlehre.[50] „Hysterische" Patientinnen in der Pariser Salpêtrière lieferten bei ihren „hysterischen Anfällen" frappierend exakte Reproduktionen der mystischen Ekstase.[51] Für den französischen Neurologen und Charcot-Schüler Désiré-Magloire Bourneville waren daher „dämonische Attacken, Hämorrhagie, Ekstasen, Kontrakturen in Form der Kreuzigung, Nahrungs- und Ausscheidungslosigkeit, Harnverhalt sowie Insomnie" klassische Symptome der „Hystéro-Epilepsie".[52] Als Ursache für die hysterischen Symptome bei der belgischen Stigmatisierten Louise Lateau vermutete der deutsche Internist Bernhard Johnen – ausgehend vom weiblichen „Sexualapparat" – einerseits eine „Nervenaffektion" und andererseits „die religiös-contemplative Richtung des Gemüthes".[53]

3. Medikalisierung und Säkularisierung der Mystik

In Zeiten des paneuropäischen Kulturkampfes, in dem sich auch zahlreiche Mediziner politisch engagierten,[54] wurde die Stigmatisation zum Brennpunkt einer Auseinandersetzung zwischen Naturwissenschaftlern – die sich als Vorkämpfer für Rationalität und Fortschritt verstanden, in der Stigmatisation ein Beispiel für rückständigen, gefährlichen Aberglauben sahen und eine umfassende Säkularisierung forderten – sowie ultramontanen Gläubigen – darunter auch einige Ärzte –, die in den mystischen Phänomenen einen göttlichen Fingerzeig zur Stärkung des Glaubens und zur Bekämpfung der zunehmenden Gottlosigkeit sahen. In diesem Spannungsfeld, welches gesamtgesellschaftliche Prozesse im Ringen zwischen Modernisierung, Säkularisierung und Volksfrömmigkeit widerspiegelte, wurde an der religiösen Stigmatisation ein exemplarischer Machtkampf ausgetragen.

---

[50] Vgl. Mazzoni (1996), S. 24f.; Wurm (2012), S. 217-223.

[51] So zum Beispiel die Patientin Geneviève Legrand, die es geschafft hatte, die Choreographie der mystischen Extase von Louise Lateau exakt zu kopieren und der festen Überzeugung war, die Stigmatisierte sei ihre „Schwester im Geiste". In der von Bourneville herausgegebenen „Iconographie photographique de la Salpêtrière" finden sich zahlreiche Abbildungen hysterischer Patientinnen mit Titeln wie „Exstase", „Crucifiement" oder „Béatitude". Vgl. Bourneville/Régnard (1878); Didi-Huberman (2003). Vgl. auch Pierre Janets stigmatisierte Patientin Madeleine Lebouc bzw. Pauline Lair Lamotte (1853-1918), die ebenfalls mystische Ekstasen erlebte und acht Jahre in der Salpêtrière verbrachte. Janet verfasste eine Monographie über seine Beobachtungen, in der er ihre Leiden als Pathologie hysterischen Ursprungs klassifizierte: Janet (1926).

[52] Vgl. Bourneville (1878), S. 26. Bourneville betonte, dass spontane Blutungen an verschiedenen Stellen des Körpers – neben Schleimhaut- und gastrointestinalen Blutungen auch Hautblutungen – bei hysterischen Frauen häufige Symptome seien.

[53] Johnen (1874), S. 17 und 41.

[54] In Bezug auf den Stigmatisationsdiskurs seien hier Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909), Antoine Imbert-Gourbeyre de la Touche (1818-1912), Jean Joseph Crocq (1824-1898), Hubert Boëns (1825-1898), Louis Laussedat (1809-1878) und Rudolf Virchow (1821-1902) genannt.

In diesem Kontext erklärt sich auch die enorme legitimierende Funktion, welche ärztliche Urteile bezüglich der mystischen Phänomene hatten. Der fromme Physiologe Theodor Schwann musste dies erleben, als er nach misslungenen Delegationsversuchen bei Louise Lateau von katholischen Autoritäten stark unter Druck gesetzt wurde, nichts der Angelegenheit nachteiliges zu publizieren.[55] Schwann fügte sich und schwieg über seine Ergebnisse, allerdings wurde von katholischen Publizisten eine falsche, positive Beurteilung der Phänomene verbreitet. Dadurch geriet Schwann wiederum in die Kritik anderer Wissenschaftler wie Rudolf Virchow, der ihn aufforderte, seine Äußerungen kritisch zu überprüfen und die junge Frau wissenschaftlich zu untersuchen.[56]

Die ärztlichen Stellungnahmen zu den Phänomenen besaßen neben ihrer medizinischen auch politische und gesellschaftliche Bedeutung. Letztere, indem die Krankheitskonzepte den stigmatisierten Frauen bestimmte konstitutionelle Attribute zuwiesen, die eine komplexe Sonderanthropologie der Frau als biologisch auf verschiedenen Ebenen minderwertig und insbesondere für nervliche Erkrankungen anfällig implizierten. Indem zahlreiche Mediziner mystische Erscheinungen als Krankheitssymptome deklarierten und aufwändige Krankheitskonzepte zur Erklärung angeblich übernatürlicher Phänomene vorlegten, übernahmen sie die Deutungs- und Behandlungshoheit über christlich-mystische Phänomene, die in den vorhergehenden Jahrhunderten kirchlicher, vor allem seelsorgerischer Autorität unterworfen waren. Der Stigmatisationsdiskurs des 19. Jahrhunderts lancierte so eine – zum Teil simultan ablaufende – Medikalisierung des „Frau-Seins“ und der christlichen Mystik.[57] Mystizismus wurde – biologisch begründet – zu einer weiblichen Angelegenheit. Während dem Mann Eigenschaften wie Aktivität, Rationalität und Fortschritt zugeschrieben wurden, waren Passivität, Religiosität und Aberglaube klassisch weibliche Attribute.[58]

So postulierte Dietrich Georg von Kieser:

> „Wie sich Gefühl und Glaube zur Intelligenz und zur Wissenschaft verhalten, so verhält sich das Weib zum Manne.“[59]

---

[55] Vgl. Schwann (1875), S. 18-21; zur Delegation siehe Anm. 14. Der belgische Staatsminister und Bruder des ultramontanen Erzbischofs von Mecheln, Adolphe Dechamps, schrieb Schwann: „Ich würde trostlos sein, wenn Sie in die Notwendigkeit versetzt werden sollten, das Urtheil über die Sitzung zu publizieren. (...) Sie sind ein Mann von großer Erfahrung, seltener Intelligenz und vollständiger Unparteilichkeit. Ich bitte Sie also, Ihr Urtheil zu suspendieren“. Schwann (1875), S. 15.

[56] Vgl. Virchow (1874), S. 25. Schwann schickte Virchow unverzüglich eine Richtigstellung der Geschehnisse, die Virchow am Ende seiner Rede „Über Wunder“ abdruckte.

[57] Hierbei können im zeitlichen Ablauf zwei unterschiedliche medizinhistorische Formationen unterschieden werden: die romantische Magnetismus-Rezeption sowie der Hysteriediskurs des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Vgl. Wurm (2012), S. 226-228.

[58] Vgl. Gißibl (2003), S. 73-75; Ruhe (2002), S. 147; Busch (1995), S. 208f.

[59] Kieser (1822), Bd. 1, S. 359f.

Und der Philosoph Karl Eduard von Hartmann verkündete Jahrzehnte später:

> „Da nun das Irresein beim weiblichen Geschlecht, sowohl das wirkliche als auch das hysterische, meistens nur nach zwei Richtungen graviert, nach der geschlechtlichen oder nach der religiösen (oder nach beiden zugleich), so liegt es nahe, daß nichts mehr geeignet seien muß, solche perversen Neigungen zu bestärken und in bestimmte Bahnen zu lenken, als eine religiöse Exaltation, und speziell die von der katholischen Kirche künstliche genährte Verquickung von geschlechtlicher Erregung, Grausamkeitswollust und religiöser Ekstase beim glühenden Versenken der Phantasie in die Martern des himmlischen Bräutigams.“[60]

Trotz komplexer nosologischer Konzepte gelang es den Ärzten allerdings nicht, eine überzeugende wissenschaftliche Erklärung für die außergewöhnlichen Phänomene zu finden.

Allen Ansätzen der medizinischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen ist gemeinsam, dass eine fürsorgliche und respektvolle Annäherung an die fraglos kranken Frauen ebenso wie eine therapeutische Zuwendung kaum stattfand. Die stigmatisierten Frauen stellten für die Ärzte des 19. Jahrhunderts eine „bizarre“ Herausforderung dar, die ihnen zwar auf verschiedenen Schauplätzen eine Profilierung ermöglichte, an der sie aber letztlich scheiterten.

Auch heute noch sind Ärzte um die Lösung des (pathophysiologischen) Rätsels der religiösen Stigmatisation bemüht, wie einige (wenige) neuere Publikationen zeigen[61] – die Erklärungen, die vorgeschlagen werden, unterscheiden sich trotz veränderter Terminologie jedoch teilweise nur geringfügig von denjenigen, welche die Ärzte im 19. Jahrhundert fanden. Während die Analyse des medizinischen Blicks auf die religiöse Stigmatisation nur wenig Erhellendes über die betroffenen Frauen und die tatsächlichen Umstände dieses faszinierenden Phänomens verrät, offenbart sie vieles über die Denkweisen der männlichen Begutachter.

[60] Hartmann (1880), S. 458.

[61] Vgl. Overbeck/Niemann (2012); Seidl (2008); Whitlock/Hynes (1978).

Literatur

1. Bährens (1816): Johann Christoph Bährens, Der animalische Magnetismus und die durch ihn bewirkten Kuren, Elberfeld/Leipzig 1816.
2. Bernheim (1888): Hippolyte Bernheim, Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. Sigmund Freud, Leipzig/Wien 1888.
3. Boëns (1874): Hubert Boëns, Résumé d'un memoire intitulé: Louise Lateau, ou l'extatique de Bois d'Haine, au point de vue médicale et philosophique, Bulletin de l'Académie Royale 8 (1874), S. 928-947.
4. Boner (1819): Johann Baptist Boner, Die Nonne in Dülmen. Aus einem Schreiben des Herrn Doktor Johann Baptist Boner an den Herrn R. R. in Göttingen, Rheinisch-Westfälischer Anzeiger 77 (25.09.1819).
5. Bourneville (1878): Désiré Magloire Bourneville, Louise Lateau ou la stigmatisée belge, 2. Aufl. Paris 1878.
6. Bourneville/Régnard (1878): Désiré Magloire Bourneville, Paul-Marie Régnard, Iconographie photographique de la Salpêtrière. Service du Dr. Charcot, Paris 1878.
7. Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique (1875): Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, Brüssel 1875.
8. Busch (1995): Norbert Busch, Die Feminisierung der Frömmigkeit, in: Irmtraud Götz von Olenhusen (Hrsg.): Wunderbare Erscheinungen. Frauen und katholische Frömmigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Paderborn 1995, S. 203-219.
9. Didi-Huberman (2003): Georges Didi-Huberman, Invention of hysteria. Charcot and the photographic iconography of the Salpêtrière, Cambridge (MA) 2003.
10. Ellenberger (1996): Henri F. Ellenberger, Die Entdeckung des Unbewußten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung, Zürich 1996.
11. Ennemoser (1842): Joseph Ennemoser, Der Magnetismus im Verhältnisse zur Natur und Religion. Mit einem Anhang über das Tischrücken, Stuttgart 1842.
12. Fischer-Homberger (1979): Esther Fischer-Homberger, Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau, Bern 1979.
13. Fischer-Homberger (1984): Esther Fischer-Homberger, Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen, Darmstadt 1984.
14. Gagey/Adnès (1993): Jacques Gagey, Pierre Adnès, Phénomènes extraordinaires: phénomènes mystiques, stigmates, transverbération, Paris 1993.
15. Gerster (1869): Gerstner, Eine blutende Heilige: Ärztlich beurtheilt von Dr. med. Gerster, Regensburger Conversations-Blatt 9 (20.01.1869).
16. Gißibl (2003): Bernhard Gißibl, Frömmigkeit, Hysterie und Schwärmerei. Wunderbare Erscheinungen im bayerischen Vormärz, Frankfurt am Main 2003.
17. Gißibl (2006): Bernhard Gißibl, Zeichen der Zeit? Wunderheilungen, Visionen und ekstatische Frömmigkeit im bayerischen Vormärz, in: Nils Freytag, Diethard Sawicki (Hrsg.), Wunderwelten. Religiöse Ekstase und Magie in der Moderne, München 2006, S. 83-114.

18. Hampe (1919): Karl Ludwig Hampe, Die frühesten Stigmatisationen und der hl. Franz von Assisi, Internationale Wochenschrift für Kunst, Wissenschaft und Technik 4 (1919), 47, Sp. 1485-1494.
19. Hänsel-Hohenhausen (1991): Markus Hänsel-Hohenhausen, Clemens August Freiherr Droste zu Vischering, Erzbischof von Köln, 1773-1845. Die moderne Kirchenfreiheit im Konflikt mit dem Nationalstaat, 2 Bde., Egelsbach 1991.
20. Hartmann (1880): Eduard von Hartmann, Die Philosophie des Unbewußten. Speculative Resultate nach inductiv-naturwissenschaftlicher Methode, Bd. 1: Phänomenologie des Unbewussten, 10. Aufl. Leipzig 1880.
21. Höcht (2000): Johannes Maria Höcht, Träger der Wundmale Christi, Stein am Rhein 2000.
22. Hohage (1998): Kristina Hohage, Menstruation: eine explorative Studie zur Geschichte und Bedeutung eines Tabus, Hamburg 1998.
23. Hümpfner (1929): Winfried Hümpfner (Hrsg.), Akten der kirchl. Untersuchung über die stigmatisierte Augustinerin Anna Kath. Emmerick nebst zeitgenössischen Stimmen, Würzburg 1929.
24. Hustvedt (2011): Asti Hustvedt, Medical muses. Hysteria in nineteenth-century Paris, New York 2011.
25. Imbert-Gourbeyre (1873): Antoine Imbert-Gourbeyre, Les stigmatisées Louise Lateau de Bois-d'Haine, Soeur Bernard de la Croix, Rosa Andriani, Christine de Stumbele, 2. Aufl. Paris 1873.
26. Janet (1926): Pierre Janet, De l'angoisse à l'extase. Études sur les croyances et les sentiments. Paris 1926.
27. Johnen (1874): Bernhard Johnen, Louise Lateau, die Stigmatisirte von Bois d'Haine, kein Wunder sondern Täuschung. Die Berichte des Prof. Lefebvre, Prof. Rohling, Paul Majunke's und Anderer, in ihrer Haltlosigkeit dargelegt. Köln 1874.
28. Kieser (1822): Dietrich Georg Kieser, System des Tellurismus oder Thierischen Magnetismus: ein Handbuch für Naturforscher und Aerzte, 2 Bde. Leipzig 1822.
29. Lefebvre (1873): Ferdinand J. M. Lefebvre, Louise Lateau of Bois d'Haine. Her life, her ecstasies, and her stigmata. A medical study, London 1873.
30. Maury (1854): Louis Ferdinand Alfred Maury, Des hallucinations du mysticisme chrétien. La stigmatisation et les stigmatisés, Revue des deux mondes 24 (1854), 8, S. 454-508.
31. Mayrhofer (1852): Carl Wilhelm Mayrhofer, Ein Besuch bei den ekstatischen Jungfrauen: Juliana Weiskircher zu Schleinbach in N. Oe. und Maria v. Mörl zu Kaltern in Tirol. Nebst einem Worte über die christliche Ekstase, Wien 1852.
32. Mazzoni (1996): Cristina Mazzoni, Saint hysteria. Neurosis, mysticism, and gender in European culture, Ithaca (NY) 1996.
33. Menke (2004): Bettine Menke, Mund und Wunde. Zur grundlosen Begründung der Texte, in: Bettine Menke, Barbara Vinken, (Hrsg.), Stigmata. Poetiken der Körperinschrift. Paderborn, S. 269-294.
34. Merkt (1910): Josef Merkt, Die Wundmale des heil. Franz von Assisi, Leipzig 1910.
35. Overbeck/Niemann (2012): Gerd Overbeck, Ulrich Niemann, Stigmata. Geschichte und Psychosomatik eines religiösen Phänomens, Darmstadt 2012.

36. Ruhe (2002): Doris Ruhe, Gender, Mystik und Psychiatrie. Die Rolle der Mystik-Debatte bei der Ausformung der laizistischen Republik in Frankreich, in: Tanja Nusser Elisabeth Strowick (Hrsg.), Krankheit und Geschlecht. Diskursive Affären zwischen Literatur und Medizin, Würzburg 2002, S. 143-158.
37. Schleyer (1948): Franz Schleyer, Die Stigmatisation mit den Blutmalen. Biographische Auszüge und medizinische Analyse, Hannover 1948.
38. Schwann (1875): Theodor Schwann, Mein Gutachten über die Versuche, die an der Stigmatisirten Louise Lateau am 26. März angestellt wurden, Köln 1875.
39. Seidl (2008): Otmar Seidl, Zur Stigmatisation und Nahrungslosigkeit der Therese Neumann (1898-1962), Der Nervenarzt 79 (2008), 7, S. 836-843.
40. Steigerwald (2002): Jörn Steigerwald, Der männliche Blick auf die weibliche Imagination, Rubin. Wissenschaftsmagazin der Ruhr-Universität Bochum 8 (2002), S. 50-55.
41. Tholuck (1839): August Tholuck (Hrsg.), Vermischte Schriften größtentheils apologetischen Inhalts, Hamburg 1839.
42. Thurston (1956): Herbert Thurston, Die körperlichen Begleiterscheinungen der Mystik, Luzern 1956 (= Grenzfragen der Psychologie, 2).
43. Vinken (2004): Barbara Vinken, Via crucis, via amoris, in: Bettine Menke, Barbara Vinken (Hrsg.), Stigmata. Poetiken der Körperinschrift, Paderborn 2004, S. 11-24.
44. Virchow (1874): Rudolf Virchow, Über Wunder. Rede gehalten in der ersten allgemeinen Sitzung der 47. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau am 18. September 1874, Breslau 1874.
45. Warlomont (1875): Evariste Warlomont, Louise Lateau: rapport médical sur la Stigmatisée de Bois d'Haine. Fait à l'Académie Royale de médicine de Belgique par Warlomont, Brüssel 1875.
46. Weiß (1995): Otto Weiß, Seherinnen und Stigmatisierte, in: Irmtraud Götz von Olenhusen (Hrsg.), Wunderbare Erscheinungen. Frauen und katholische Frömmigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Paderborn 1995, S. 51-82.
47. Wesener (1973): Franz Wilhelm Wesener, Tagebuch des Dr. med. Franz Wilhelm Wesener über die Augustinerin Anna Katharina Emmerick, herausgegeben von Winfried Hümpfner, 2. Aufl. Aschaffenburg 1973.
48. Whitlock/Hynes (1978): Francis Antony Whitlock, James V. Hynes, Religious stigmatization: an historical and psychophysiological enquiry, Psychological medicine 8 (1978), 2, S. 185-202.
49. Wurm (2012): Clara Wurm, Medizinische Konzepte zur religiösen Stigmatisation im 19. Jahrhundert (= Diss. med. Köln 2012, Buchfassung in Vorbereitung).
50. Ziegler (1999): Joseph Ziegler, Practitioners and saints: medical men in canonization processes in the thirteenth to fifteenth centuries, Social history of Medicine: the Journal of the Society for the Social History of Medicine 12 (1999), 2, S. 191-225.

Eklektische Medizin nach 1800 zwischen Hippokratismus, Naturphilosophie und Romantik am Beispiel des Arztes und Humanisten Friedrich Joseph Haas (1780-1853)[1]

Johannes Beckmann-Kuhn

1. Einleitung und Methodik

Es hat sich Karl Eduard Rothschuh zufolge „eingebürgert", die Zeit von 1800 bis etwa 1825/30 in der Medizingeschichte als Zeit der „romantischen Medizin" zu bezeichnen.[2] In der Tat ist der Epochenbegriff „romantische Medizin" geläufig, ja, er wird geradezu inflationär gebraucht. Einen wissenschaftlichen Konsens bezüglich der Definition von „romantischer Medizin" und ihrer philosophischen Implikationen gibt es jedoch nicht. Die begriffliche Gemengelage ist im Gegenteil unübersichtlich und widersprüchlich. Ihren Namen erhielt die „romantische Medizin" von der Schriftstellerin Ricarda Huch, weil ihre erkenntnistheoretischen Grundlagen auf der vermeintlich romantischen Naturphilosophie Schellings beruhten. Dem widersprachen schon Huchs Zeitgenossen.[3] Festzuhalten ist, dass Schellings Naturphilosophie im philosophischen Diskurs der vergangenen Jahrzehnte praktisch nicht mit der Romantik in Verbindung gebracht wird. Anders in der Medizinhistoriographie, die den Terminus der „romantischen Medizin" gern verwendet. Selbst der von Immanuel Kant (1724-1804) außerordentlich geschätzte Brownianismus[4] firmiert gelegentlich als romantisch oder naturphilosophisch[5] bzw. beides und der berühmte Arzt und Eklektiker Chr. Hufeland (1762-1836) wird in der gerade erschienenen Monographie Giovanni Maios der „romantischen Medizin" zugeschrieben.[6] Insbesondere die informative Aufsatzsammlung „Naturphilosophie nach Schelling"[7] zeigt, dass man unter (romantischer) Naturphilosophie respektive „romantischer Medizin" höchst Unterschiedliches verstehen kann und versteht.

Über grundlegende Termini besteht Uneinigkeit. Einige jüngere Publikationen meiden den Begriff „romantische Medizin" und ersetzen ihn durch „Medizin der Romantik"[8] oder „Medizin in der deutschen Romantik",[9] was die terminologische Verwirrung vergrößert.

---

[1] Der Beitrag basiert auf den Ergebnissen des im Dezember 2012 abgeschlossenen Promotionsprojekts des Verfassers mit dem Titel „Medizin als Lebenspraxis des Humanen. Studien zum Lebensweg des Arztes und Philanthropen Friedrich Joseph Haas (1780-1853) im Umbruch von Aufklärung, Revolution und Restauration", das von Armin Heinen und Dominik Groß wissenschaftlich betreut wurde.

[2] Rothschuh (1978), S. 385.

[3] Vgl. Bernoulli/Kern (1926); sie bescheinigen seiner „Naturphilosophie" zwar eine „unbezweifelbare Großartigkeit", Schelling sei indes „*logozentrisch* nicht aber *biozentrisch* gerichtet", S. VIII.

[4] Kant (1979), S. 311. Kant billigte Brown in der Medizin die gleiche Rolle zu wie, nach seinen Werken, Lavoisier in der „Eine[n] Chemie".

[5] Wiesemann (1991), S. 61 und S. 72.

[6] Maio (2012), S. 108.

[7] Bach/Breidbach (2005).

[8] Wiesing (1995).

[9] Gerabek (1995).

Insgesamt ist Bach und Breidbach zuzustimmen, die in der Forschung „ein schiefes Bild der Problemlage naturwissenschaftlich-naturphilosophischer Diskussionen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts“[10] konstatieren. Für die Medizingeschichtsschreibung heißt dies: Durch das Beiwort „romantisch“ wird der Naturphilosophie Friedrich Joseph von Schellings (1775-1854) ein irrationaler Kern zugeschrieben. Diese Irrationalität wird auf die „romantische Medizin“ übertragen und gibt ihr eine Aura von Halbwissenschaftlichkeit. Sie wird mit Poetischem, Fantastischem und Irrationalem verbunden.[11]

Der vorliegende Aufsatz versucht, drei Hypothesen zu verifizieren. Erstens ist weder Schellings Naturphilosophie „romantisch“ noch ist es die medizinische Strömung, die sich auf diese Naturphilosophie bezieht. Beide sind durchgängig rationalen Analysekriterien zugänglich. Zweitens gab es weitere medizinische Strömungen wie den Eklektizismus, die ebenfalls naturphilosophisch unterfüttert waren. Drittens verstellt die medizinhistorische Fokussierung auf Schellings Naturphilosophie den Blick auf die ethische Dimension von Schellings Denken, welches er in seiner Transzendentalphilosophie entfaltete, die von Ärzten ebenso rezipiert wurde wie seine Naturphilosophie.

Methodisch bietet es sich an, die Hypothesen an einer kleinen Gruppe von Medizinern zu überprüfen, die der „romantischen Medizin“ zugerechnet werden. Das Hauptaugenmerk gilt dabei dem Arzt und Philanthropen Friedrich Joseph Haas, einem glühenden Anhänger Schellings. Aus der Rezeption der Theorien seines Lehrers Schelling, der Philosophie Immanuel Kants und dem, in der damaligen Medizin vorherrschenden, hippokratischen Paradigma formte Haas sich ein eigenes, eklektisches Weltbild.

2. Friedrich Joseph Haas – ein Biogramm

Friedrich Joseph Haas (gelegentlich auch Haass) gilt vor allem in den jüngeren biographischen Arbeiten als Vertreter der „romantischen Medizin“. Haas wurde 1780 in Münstereifel geboren. Er entstammt einer wohlhabenden, katholisch-aufgeklärten und franzosenfreundlichen Apothekerfamilie. Sein Patenonkel war Professor der Medizin, ein Großvater hoher Gerichtsbeamter, der andere ein gut betuchter Handwerkschirurg. Einige Onkel gehörten dem Kölner Klerus an. Auf der französischen École centrale in Köln erwarb er 1798-1802 seine Hochschulreife (sogenanntes „Philosophiestudium“) und studierte parallel Medizin. Letzteres war möglich durch eine Besonderheit dieser an den Idealen der französischen Revolution ausgerichteten Bildungsanstalt, an der auch Haas’ Patenonkel als Geburtshelfer lehrte. Sie war explizit der Philosophie Immanuel Kants verpflichtet, die Haas hier sowohl von seiner theoretisch-naturphilosophischen als auch ethischen Seite kennen lernte. Anschließend hörte er im Wintersemester 1802/03 begeistert den jungen, als genial angesehenen Schelling in Jena. Schließlich besuchte er die wohl berühmteste Universität im Reich mit internationaler Ausstrahlung, die Universität Göttingen, wo er sich intensiv mit dem Wissenschaftsmodell des Eklektizismus befasste. Dort wurde er 1805 in Abwesenheit promoviert, was nicht selten war. Vom Juni 1804 bis Februar 1806 hielt sich Haas in Wien auf, ohne dort regulär studieren zu können, weil dies für Ausländer nicht mehr möglich

[10] Bach/Breidbach (2005), S. IX.
[11] Vgl. Tsouyopoulos (1985), S. 265.

war. In Wien kam er in Kontakt mit dem „Fürst unter den Ärzten Europas“, Johann Peter Frank (1745-1821), und mit Johann Adam Schmidt (1759-1809), dem Leiter der Josephsakademie. 1806 emigrierte Haas nach Russland, seit den Zeiten Peters des Großen (Reg. 1682-1721) ein attraktives Ziel für viele Mediziner aus Deutschland.[12] 1812 veröffentlichte er in französischer Sprache die medizinische Topographie „Ma visite aux eaux d'Alexandre en 1809 et 1810“.[13] Die Beschreibung der Heilquellen am nördlichen Fuße des Kaukasus verband er mit medizintheoretischen und ethischen Überlegungen in einem – nicht immer leicht lesbaren – Text.

Abbildung 1: Diese Kopie der 1909 vom russischen Bildhauer Nikolaj Andrejew geschaffenen Haas-Büste ließ die Friedrich Joseph Haass-Gesellschaft 1986 im Hof des Rathauses von Bad Münstereifel aufstellen. Das Original steht in Moskau vor dem Krankenhaus, das Haas mit Spendengeldern erbaut und geleitet hat

Weder diese Publikation noch seine Bücher über den „Croup“ aus den Jahren 1817 und 1818 begründeten seinen Ruhm. Berühmt wurde Haas durch seinen humanitären Einsatz für Strafgefangene und Deportationshäftlinge sowohl in seiner Rolle als Chefarzt der Moskauer Gefängnishospitäler als auch als Mitglied des Gefängnisschutzkomitees, dem er seit dessen Gründung 1829/30 angehörte. Haas baute in Moskau mit Spendengeldern ein Hospital, kämpfte unermüdlich für die Humanisierung des Strafvollzugs und erleichterte das Schicksal zehntausender Sträflinge, die in Ketten zu ihrem sibirischen Bestimmungsort marschieren mussten. Als er 1853 in Moskau starb, folgte eine unübersehbare Menschenmenge dem Sarg. Die Erinnerung an den „heiligen Doktor von Moskau“ blieb lebendig. Ein Denkmal wurde vor seinem Krankenhaus errichtet; sein Grab wird bis heute mit frischen Blumen geschmückt; ein Krankenhaus in Moskau trägt seinen Namen ebenso wie die dortige deutsche Schule und die Gemeinschaftshauptschule in Bad Münstereifel. Die Friedrich Joseph Haass-Gesellschaft greift sein humanitäres Engagement auf. Das wissenschaftliche Interesse an Haas nimmt zu. Seit 1963 ist eine Reihe wissenschaftlicher Arbei-

[12] Zur Jugendzeit von Haas vgl. Beckmann (2011a), Beckmann (2011b) und Beckmann/Graf (2007).
[13] „Alexanderquellen“, zitiert nach Mathias (2005b).

ten erschienen. Über 150 Publikationen im In- und Ausland sind insgesamt über ihn verfügbar.

Die Forschungen zu seiner Biografie sind bislang durchweg unbefriedigend, weil sie ausnahmslos auf einer „Lebensskizze“[14] des russischen Juristen Anatolij Koni (1844-1927) basieren, deren politisch-literarischer Charakter verkannt wurde.

3. Wie wurde Haas zum „romantischen Mediziner“?

3.1 Haas' Studien über Heilquellen

Haas setze sich, so seine jüngste Biografin K. Pfeifer, eingehend mit der Frage nach dem Wert der Mineralwässer auseinander, deren „Anpreisung als Heilmittel ja schlussendlich das Ziel seiner Abhandlung [über die Alexanderquellen] sein soll, und mit der er sich ganz typisch als ein Verfechter der für die Medizin der Romantik so typischen Hydrotherapie zeigt“.[15] Ähnlich sieht es der deutsche Übersetzer der „Alexanderquellen“, Dietrich Mathias. Haas „versteigt“ sich „zu gewagten Theorien einer naturphilosophisch beeinflussten romantischen Schule der Medizin. Er misst dem Wasser geradezu mystische Kräfte bei. Die Hydrotherapie nimmt ja in der Romantik ihren Anfang“.[16]

Die Haas-Forschung stützt sich bei dieser Einschätzung auf einen Klassiker der Forschung zur „romantischen Medizin“: Leibbrands Studie „Die spekulative Medizin der Romantik“. Dort heißt es: „Die Hydrotherapie jeder Provenienz nimmt in der Romantik ihren Anfang“.[17] Leibbrand beruft sich auf eine „Sonderarbeit“ Edith Heischkels, die dies nachgewiesen habe. Heischkel zeige, so Leibbrand, dass „fast alle großen romantischen Systematiker eine ihrer Geisteshaltung adäquate Bestimmung des Wassers fanden“.[18] Das Zitat wurde sinnentstellt verkürzt, woraus ein offenbar folgenreiches Missverständnis erwuchs. Heischkel fügte nämlich an, dass sich die „romantische Lösung (...) ebenso deutlich abhebt von der rationalistischen des 18. wie von der exakt-naturwissenschaftlichen Auffassung des späten 19. Jahrhunderts“.[19] Und zweier Jahrtausende zuvor, möchte man hinzusetzen. Bruchhausen und Schott definieren Hydrotherapie mit den Worten:

> „Schon in der Antike praktizierte, systematische Behandlung von Krankheiten mit (kaltem, frischem) Wasser; im 19. Jh. zum Inbegriff des natürlichen (= arzneifreien) Heilens (= mit Wasser, Erde, Licht und Luft) avanciert.“[20]

---

[14] Koni (1899).
[15] Pfeifer (2010), S. 62.
[16] Mathias (2005a), S. 125f.; vgl. auch „Alexanderquellen“, zitiert nach Mathias (2005b), S. 125, Fußnote 79.
[17] Leibbrand (1956), zitiert nach Steinberg (1984), S. 40; vgl. auch Pfeifer (2010), S. 19; Mathias (2005b), S. 125, Fußnote 79 und Steinberg (2007), S. 103-164.
[18] Leibbrand (1956), S. 128.
[19] Heischkel (1952), S. 119.
[20] Bruchhausen/Schott (2008), S. 232.

3.2 Ist die Psychosomatik eine romantische Innovation?

Die hippokratische Forderung, „die Philosophie in die Medizin und die Medizin in die Philosophie“[21] zu tragen, begründete eine über 2000-jährige Tradition, in der Ärzte mittels verschiedener und teilweise konkurrierender Naturphilosophien ihr Selbstverständnis, ihre Denkmodelle und ethischen Prinzipien entwickelten und überprüften.[22] Leibbrand weist darauf hin, dass es die ionische Naturphilosophie war, aus der die hippokratische Medizin „die Grunderkenntnisse zu ihren funktionellen Lehren nahm“.[23] Die durch Hippokrates-Verehrung geprägte medizinische Welt, die Porter für das 18. Jahrhundert konstatiert,[24] begann mitsamt ihren (natur-)philosophischen Implikationen zwar zu erodieren, ihr Einfluss indessen blieb zu Beginn des 19. Jahrhunderts nahezu ungebrochen. Eine Medizin, die Psyche und Somatik in einem Wechselverhältnis sieht, konnte sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts zwanglos auf die Antike berufen. Als Krankheitsursachen galten bereits damals Nahrung, schlechte Luft, ansteckende Gifte, geistige Anstrengungen und Leidenschaften.[25] Da die Gemütsruhe jedoch für die Gesundheit notwendig sei, müsse der Arzt die *causae morales* aus dem Weg räumen. Die Krankheit ergriff stets den ganzen Menschen.[26] Platon (427-347 v. Chr.) verwendet den Begriff „Psychotherapie“ erstmalig.[27]

Es ist vor diesem Hintergrund unverständlich, warum die Haas-Forschung die Psychosomatik als Innovation der „romantischen Medizin“ anführt. So meint Pfeifer, Haas folge

> „im Grunde den Prinzipien der heutigen Psychosomatik – die tatsächlich auch ihren Anfang in der Medizin der Romantik nimmt. (...) Den Heilbehandlungsgrundsätzen der medizinisch-romantischen Schule entsprechend, war Haass skeptisch gegenüber medikamentöser Behandlung.“[28]

Steinberg führt weiter aus:

> „Er bevorzugte diätetische Lebensmittel, neigte zur Homöopathie und vertraute auf die allgemeinen gesundheitsfördernden Resultate seiner Bemühungen um den Gemütszustand des kranken Gefangenen.“[29]

Die so erkennbare „psychologische Methode eines ‚Heilens‘ durch vertrauliche Kontakte hat ihr Vorbild in der romantischen Schule der Medizin, welche den Arzt als Therapeutikum favorisierte“.[30] Auch dies ist ein hippokratischer Gedanke:

> „Die Kunst umfasst dreierlei: die Krankheit, den Kranken und den Arzt. Der Arzt ist der Diener der Kunst. Der Kranke muss gemeinsam mit dem Arzt der Krankheit widerstehen.“[31]

---

[21] Hippokrates, zitiert nach Maio (2012), S. 119.
[22] Vgl. ebenda, S. 119.
[23] Leibbrand (1953), S. 55.
[24] Porter (2000).
[25] Vgl. Leibbrand (1953), S. 33.
[26] Weisser (1991), S. 14.
[27] Vgl. Leibbrand (1953), S. 64.
[28] Pfeifer (2010), S. 43.
[29] Steinberg (1984), S. 62.
[30] Ebenda.

An dieser Wurzel des Hippokratismus, dem engen Arzt-Patient-Verhältnis, legt die von der Naturphilosophie Schellings inspirierte Medizin „die Axt an". Sie ist dazu in der Lage, weil Schellings Naturphilosophie mit der Grundkategorie der Romantik – dem Gefühl der Liebe – nichts gemein hat, wie das folgende Kapitel zeigen wird.

4. Naturphilosophische Mediziner und ihr therapeutischer Nihilismus

4.1 Naturphilosophie und Romantik im Scheidewasser der Erkenntnistheorie

Bereits in den 1970er Jahren bezeichnet Karl Rothschuh Schellings Naturphilosophie als „ganz unromantische Spitzenleistung des methodisch vorgehenden Verstandes"[32] und grenzt ihn von den romantischen Erkenntnismitteln ab. Von Anfang an, unterstreicht K. Gloy diesen Gedanken, zeigt Schelling mit dem Begriff der Vernunft als „Beschreibungsmittel des Absoluten"[33] an, dass er einen begrifflichen und nicht etwa emotionalen Zugang zum Absoluten sucht, das heißt einen philosophischen, keinen romantischen.

Eine auch nur einigermaßen trennscharfe Definition von „romantischer Medizin" fehlt bis heute. Sie hätte zuvorderst die Schwierigkeit zu meistern, den Bedeutungsgehalt „romantisch" zu erfassen. Schier unübersehbar sei der Bedeutungsspielraum des Adjektivs, betont G. Schulz, der im Übrigen auf eine Abschaffung des Begriffs Romantik drängt.[34] Dabei haben Naturphilosophie und Romantik Gemeinsamkeiten, deren wichtigste der objektive, metaphysische Aspekt von Natur ist, für den wiederum zwei Begriffe konstitutiv seien, nämlich die Unendlichkeit und die Organizität. Sie laufen zusammen in dem Begriff des dynamischen Organizismus. Obgleich die Romantiker die früheren organismischen Vorstellungen dynamisieren, bleiben sie am Modell des Organischen orientiert.[35]

Die hellenistische Naturphilosophie steht hier Pate. Die griechische Philosophie zu Beginn des abendländischen Denkens sah die Welt als organisches Ganzes. Götter, Natur und Menschen erschienen als Teile eines göttlichen Kosmos, als „schöne Schmuckordnung"[36]. Die zentrale Frage ist allerdings, ob diese Gemeinsamkeiten hinreichen, um die Naturphilosophie Schellings (wie Naturphilosophien überhaupt) und die romantische Welterfassung gleichsam ineinander zu blenden. Mit Gloy ist der Autor der Meinung, dass die gemeinsamen geistesgeschichtlichen Bezüge den entscheidenden Unterschied nicht verstellen dürfen, der in der grundsätzlich anderen Naturerfahrung, sprich Erkenntnistheorie, zu suchen ist. Gloy erläutert den Unterschied wie folgt:

> „Naturerfahrung ist nicht länger mehr an das abstrakte Denken über die Natur gebunden, wie es in der Naturwissenschaft zum Ausdruck kommt, sondern tritt als Naturerleben, Naturempfinden, Naturgefühl, nicht selten auch als Naturschwärmerei und -mystik auf und findet ihren adäquatesten Niederschlag in der Naturpoesie und Musik. Appelliert wird nicht mehr an den sezierenden analytischen Verstand, sondern an ganzheitliche Erfahrungsweisen, wie sie in den epistemischen Vermögen der

---

31 Hippokratischer Text, zitiert nach Weisser (1991), S. 16.
32 Rothschuh (1978), S. 385.
33 Gloy (1995), S. 104.
34 Schulz (2008), S. 7.
35 Vgl. Gloy (1996), S. 113-119.
36 Wetz (1996), S. 41.

> Anschauung (Intuition) und Phantasie (Imagination), tiefergehend in den emotionalen Vermögen des Gefühls, der Stimmung, der Befindlichkeit vorliegen und wie sie gesamtseelische, ja gesamtleibliche Kräfte und Erlebnisweisen mit einbeziehen. Auch das Unbewusste wird nicht ausgeschlossen, sondern bildet im Gegenteil einen wesentlichen Bestandteil des Erkenntnissubjekts, der durch Ahnung erschlossen wird."[37]

Die Romantiker wollen nicht definieren, nicht rechnen, nicht erklären. Ihre Grundkategorie ist das „Gefühl der Liebe".[38] Hierin kommt auch das revolutionär Neue der Romantik zum Ausdruck. Das Wortgebilde der „romantischen Naturphilosophie", das nach meiner Beobachtung ohnehin fast ausschließlich in der Medizinhistorie Verwendung findet,[39] wird weder der Romantik noch der Naturphilosophie Schellings gerecht.

4.2 Schellings logozentrischer Wahrheitsanspruch

Was logozentrisches Denken bei Schelling konkret bedeutet und wie es von Medizinern rezipiert wurde, soll nun darlegt werden. In einer absoluten Wissenschaft, wie sie Schelling anstrebte, gibt es keine Erklärungen im herkömmlichen Wortgebrauch. Erklärungen, postuliert Schelling, seien das Merkmal eines unreflektierten Empirismus, der sich über seine apriorischen Grundlagen nicht im Klaren werde. Erklärungen auf diesem Feld, so Schellings Diktum, schlössen von der Erscheinung auf die Ursache und von der Ursache auf die Erscheinung – ein Zirkelschluss. In der wahren Naturtheorie werde nicht erklärt, sondern konstruiert. Als Erläuterung wählte er die Mathematik:

> „In der Mathematik wird nicht erklärt, sondern es wird bewiesen. Der Beweis – die Construction – ist die Erklärung. Und umgekehrt, wo man zu erklären versucht, fehlt es gewöhnlich am Beweis."[40]

Dies hat Konsequenzen für sämtliche Naturwissenschaften einschließlich der Medizin, wie Schelling bereits früher ausgeführt hatte:

> „Durch diese Ableitung aller Naturerscheinungen eben aus einer absoluten Voraussetzung verwandelt sich unser Wissen in eine Construktion der Natur selbst, d.h. in eine Wissenschaft der Natur a priori."[41]

Was bedeutet dies für den Begriff der medizinischen Erfahrung? Schellings Antwort: Wenn ihr nicht die wahre Theorie voraus gehe, sei sie trügerisch. Wie das gemeint ist, verdeutlicht Schelling am Beispiel Newtons: Hätte dieser, hält Schelling ihm vor, eine wahre Idee des Lichts gehabt, hätte er erkennen können, wie unsinnig seine Theorie sei. Auch Ärzte benötigten erst die „wahre Theorie", bevor sie zur „reinen Erfahrung" kommen könnten. Würden Ärzte Krankheiten aus den „richtigen Ideen" behandeln, würden ihnen viele trügeri-

---

[37] Gloy (1996), S. 119.
[38] Ebenda, S. 120.
[39] Eine Ausnahme bildet das Werk von Bernoulli und Kern (1926), vgl. Fußnote 3.
[40] Schelling (1800), S. 127.
[41] Schelling (1799), S. 346.

sche Erfahrungen am Krankenbett gar nicht gekommen sein.[42] Dies ist der eigentliche Bruch der Schellingschen Naturphilosophie mit dem Hippokratismus.

Die apriorische Theorie geht bei Schelling der Erfahrung voraus – die große Mehrheit der hippokratischen Mediziner musste sich provoziert fühlen. Sie verließ sich weiterhin auf die Vorgabe des Hippokratikers Albrecht von Haller (1708-1777):

> „Ins Innere der Natur dringt kein erschaffener Geist; zu glücklich, wem sie noch die äußere Schale weist.“[43]

Der Bruch zwischen den Hippokratikern und Schelling soll an Hallers Sentenz weitergehend verdeutlicht werden. Die Hippokratiker, die die Mehrheit des Heilpersonals stellten, begnügten sich mit der Erkenntnis der „äußeren Schale“. Weitere Ansprüche an die medizinische Erkenntnisfähigkeit waren aus ihrem Blickwinkel reine Hybris. Anders Schelling. Er hätte Haller geantwortet, dass das obige Zitat von Haller: „Ins Innere der Natur dringt kein erschaffener Geist“ richtig ist, wenn man den Geist von außen an die Natur heran trägt, nicht aber, wenn man den Geist aus der Natur hervorgehen lässt. Dann dringt dieser Geist oder die Vernunft nicht in die Natur ein, sondern geht aus ihr hervor. Damit ist jederzeit eine Übereinstimmung von Denkendem und Gedachtem ohne weitere Voraussetzungen gegeben – und das heißt nach Schelling absolute Erkenntnis. Dies ist die Essenz seiner Naturphilosophie. Nichts anderes meint Schelling mit „Konstruktion“. Seine Naturphilosophie, kompromisslos verstanden, führt vom Kern zur Schale. Es gab Mediziner, die gerade das als attraktiv empfanden – mit revolutionären Folgen für die Therapie.

4.3 Ein naturphilosophisch inspirierter therapeutischer Nihilismus

Wie „unromantisch“, gefühlskalt und patientenfern zeitgenössische Mediziner die Naturphilosophie Schellings therapeutisch umsetzen wollten, wird am Beispiel zweier Kollegen von Haas deutlich. Ignaz Troxler (1780-1866) gilt in der Forschung als „romantischer Mediziner“,[44] der Jenaer Dozent Konrad Joseph Kilian (1771-1811) hingegen, der Schelling für den „eigentlichen Begründer der Heilkunde als Wissenschaft“[45] hielt, wird als romantischer Naturphilosoph angesehen.[46]

Das entscheidende Kriterium der naturphilosophisch inspirierten Medizin, wie Schelling sie konzipierte, ist die Suche nach der „Erkenntnis des Absoluten“.[47] Von ihr erwartete Troxler die „wahre, vollendungsfähige, und alles versprechende Theorie“.[48] In der medizinischen Praxis legte Troxler den Schwerpunkt nachdrücklich auf die Diagnose. „Nicht umsonst, denn diesem Wissen kommt die alles entscheidende Bedeutung im weiteren Vorgehen zu: Man kann unmöglich eine ‚wahre‘ Diagnose erkennen, ohne zugleich die Prozesse der Genesung vor Augen zu haben“.[49]

---

[42] Schelling (1803), S. 24.
[43] Haller, zitiert nach Huch (1924), S. 172.
[44] Steinberg (2007), S. 157f.
[45] Kilian (1802), S. IV.
[46] Gerabek (2005).
[47] Wiesing (1995), S. 216.
[48] Troxler, zitiert nach Wiesing (1995), S. 219.
[49] Wiesing (1995), S. 222.

Wer die wahre Diagnose kennt, so Troxlers Logik, hat zwangsläufig Einsicht in die Therapie. Der Arzt als „wahrer Heilkünstler" habe nur die Diagnose zu stellen – der Rest sei Handwerk, sei Routine, und falle nicht in die Zuständigkeit des Arztes. So gehöre auch die Pflege zum Handwerk und damit in das Spital, nicht in die Klinik. Wiesing resümiert:

> „Damit negiert er alle Rückkoppelungen zwischen der praktischen Tätigkeit eines Arztes und seiner gedanklichen Entscheidungsfindung. Der individuelle Verlauf einer Krankheit verliert gänzlich an Bedeutung (...). Der komplexe diagnostisch-therapeutische Prozess schrumpft zum alles entscheidenden einmaligen Genieblitz. Nur die Pflege des Patienten erfordert ständiges Begleiten."[50]

In Troxlers Worten: Die Medizin

> „hat die Bedingungen, Forderungen und Erwartungen aufzuzeigen, die Execution fällt außer sie, denn sie ist nur Schule der Kunst."[51]

Ähnlich argumentiert Kilian. Der bloß empirische Arzt[52] wünsche, dass die Theorie der Praxis folge. Er müsse „echt practisch seyn", meint Kilian ironisierend, und einen unmittelbaren Bezug zur Heilung haben. Vielen Ärzten sei medizinische Theorie nicht nur unnütz, sondern schädlich.[53] In Wahrheit müsse „höheres Wissen das Praktische leiten". Das Begreifen des Organismus werde erst möglich, wenn man den absoluten Grund kenne. Und diesen lieferte nach seiner Vorstellung Schellings Naturphilosophie. Kilian bestätigt den Primat des Wissens gegenüber den Handlungsregeln:

> „Genau genommen, enthält auch jeder Heilplan weiter nichts, als die bestimmte Angabe eines Gesetzes des lebenden Organismus, als Imperativ ausgedrückt."[54]

Deutlich wird noch einmal der Bruch mit dem Hippokratismus, der Diagnose, Therapie, Pflege und seelischen Beistand auf das engste verzahnt sah. Wiesemanns These, „der therapeutische Nihilismus kann als das Resultat eines politisch motivierten Bruchs mit der philosophischen Tradition der Medizin der Romantik angesehen werden",[55] erscheint angesichts dieser Überlegungen als zu kurz gegriffen.

5. Naturphilosophischer Eklektizismus zu Beginn des 19. Jahrhunderts

Wie groß der Kreis der radikalen Anhänger Schellings im Sinne Troxlers und Kilians tatsächlich war, ist nicht quantifiziert. Vermutlich ist er kleiner als gedacht, weil eine Reihe von Eklektikern diesem Zirkel zugerechnet werden, die Schellings Philosophie interessant fanden, aber nicht kompromisslos übernehmen wollten. Was zeichnete ihren eklektischen Weg aus? Beispielhaft werden wir Haas' Lösungsweg analysieren. Einige Anmerkungen

---

[50] Ebenda, S. 227.
[51] Troxler (1804), S. 346.
[52] Das heißt der oberflächliche Faktensammler, wie es aus Kilians Perspektive wohl die hippokratischen Mediziner schlechthin waren.
[53] Kilian (1803), S. 1f.
[54] Kilian, zitiert nach Wiesing (1995), S. 235.
[55] Wiesemann (1991), S. 121.

zum Eklektizismus und seine Bedeutung in der Aufklärungszeit sollen vorweg den epistemologischen Rahmen abstecken.

In der Forschung zur „Medizin in der Zeit der Romantik" hat die Eklektik einen untergeordneten Stand. „Eklektisch-traditionalistisch" nennt Gerabek diese Richtung, er spricht vom „Rückzug in den Eklektizismus" orientierungsloser Ärzte in einer krisenhaften, verwirrenden Situation.[56] Wiesing meint:

> „Vor allem die traditionalistisch-eklektizistische Richtung der Ärzte weiß mit dem Vokabular und den Gedanken Schellings wenig anzufangen und äußert unverhohlen ihr ablehnendes Unverständnis."[57]

Und weiter:

> „Dem Einfluss dieser Zeit ergibt sich diese Richtung – wenn überhaupt – nur in der Übernahme des zeitgemäßen Vokabulars oder einzelner Ideen in unterschiedlichem Ausmaß. Manche Autoren scheuen sich nicht, Thesen von Hufeland bis Schelling in einem System vereinen zu wollen. (...) Dem Einfluss der neuen Philosophie auf die Medizin misstrauend, setzt sie auf traditionelle Lösungswege (...)."[58]

Diese Einschätzung gilt es zu relativieren. Eklektizismus und eine moderne philosophische Denkweise schlossen sich keineswegs aus. Bestes Beispiel dafür ist der berühmte eklektische Mediziner Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836).

„Prüfet alles und behaltet das Beste", war die Devise der Eklektiker. Ihr Denken war skeptisch gegenüber Systemen. „Die Kunst ist ewig, das System vergänglich"[59], äußerte sich Hufeland ganz hippokratisch. In diesem Sinne bildete Hufeland, der in Jena und Göttingen studiert hatte und in Berlin als Leibarzt am königlichen Hof, als Direktor der Medizinischen Fakultät und als Chefarzt der Charité tätig war, ungezählte Ärzte aus. Sein eklektisch angelegtes „System der praktischen Heilkunde" (1800-1805) war ein großer Erfolg.[60]

Die Ansicht, dass der Eklektizismus unbedeutend und rückwärtsgewandt war, hätte darüber hinaus zu erklären, warum ausgerechnet die Musteruniversität der Aufklärung, die „Georgia Augusta" in Göttingen, den Eklektizismus zu ihrem spezifischen Wissenschaftsmodell kürte. Die Georgia Augusta gehörte zu den einflussreichsten Universitäten des Deutschen Reiches mit europaweitem Renommee. Dies macht die Hypothese plausibel, dass die Eklektik um 1800 eine ernstzunehmende, wenn nicht *die* dominierende Wissenschaftstheorie innerhalb der Medizin darstellte. Die Aufklärung, hebt Gierl hervor, war nicht nur gekennzeichnet durch eine immer weiter fortrollende Kritik, die zunächst die Moral, dann den Alltag, schließlich die Politik erfasste, sondern ebenso von einem tiefgründigen Konsensbegehren. Es seien die Vertreter der Eklektik gewesen, die dieses Konsensverlangen zum wissenschaftlichen Paradigma formten.[61]

---

[56] Gerabek (1995), S. 27 und S. 45.
[57] Wiesing (1995), S. 188f.
[58] Ebenda, S. 72.
[59] Hufeland, zitiert nach Giese/Hagen (1958), S. 388.
[60] Hufeland (1863), S. 90; vgl. auch Tsouyopoulos (2008), S. 164.
[61] Vgl. Gierl (1997), S. 488.

6. Haas' eklektisch-medizinisches Weltbild

6.1 Der Organismus als Urkonstruktion bei Schelling

Haas' Medizintheorie beruht auf dem Begriff des Organischen, wie ihn Schelling propagierte. Schelling greift auf die philosophische Tradition zurück, wenn er den Organismus als ein durch sich selbst lebendes Ganzes definiert, welches erstens nur durch Wechselwirkung seiner Teile bestehen kann, die, zweitens, ihrerseits wiederum nur durch das Ganze möglich sind, in welchem sie, drittens, überhaupt erst entstehen konnten.

Neu, ja revolutionär, ist die Reichweite, die Schelling dem Organismus zubilligte. Er versteht ihn als dynamische Urkonstruktion des Lebendigen schlechthin. Für Schelling ist die gesamte Welt ein dynamischer „All-Organismus", dessen alles durchdringende Kraft lebt.[62] Das Organische ist nicht eine Existenzweise besonderer Naturdinge, wie Kant annahm, sondern das allen Naturdingen zugrunde liegende und sie beherrschende Weltprinzip.[63] Für Schelling gibt es demnach keine tote, anorganische Materie. Über diesem universalen Begriff des Organismus strebten die Anhänger Schellings an, was Kant die „Physiologie der gesammten Natur, (...) die transzendentale Welterkenntniß"[64] genannt hatte, eine Einsicht, welche nach Kant alle Erfahrung überschreitet und demnach unmöglich ist. Nicht so für die naturphilosophischen Anhänger Schellings, die glaubten, mit dem Organismus den entscheidenden Einblick in die apriorische Naturkonstruktion zu nehmen, der – wie erwähnt – die Erfahrung erst ermögliche.[65]

Für Hippokratiker war die Grenzziehung zwischen Kants und Schellings Erkenntnisanspruch bezüglich der Natur wesentlich. Wer, wie Schelling, eine apriorische Naturkonstruktion vor aller Erfahrung für möglich hielt, verließ das hippokratische Paradigma. Die Hippokratiker teilten mit Kant dessen erkenntnistheoretischen Skeptizismus. Für Friedrich Haas war es demnach eine intellektuelle Herausforderung, wenn er vom Standpunkt des Hippokratismus die Idee des „All-Organismus" mitsamt seinem Absolutheitsanspruch nutzen und zugleich empirisch bleiben wollte, wie es die Hippokratiker forderten. Schließlich hatte er im Sommer 1803 seine Lektion gelernt, als er bei dem berühmten J. F. Blumenbach gehört hatte. Dieser las die Physiologie nach Haller,[66] dessen Autorität als Hippokratiker unbestritten war.

Bevor Haas daran ging, den Hippokratismus mit Schellings Anspruch einer absoluten Wissenschaft eklektizistisch zu verbinden, hatte er zunächst die Chemie in ihre Schranken zu weisen. Sie hatte im 18. Jahrhundert an Ansehen stark gewonnen und machte sich anheischig, die Wissenschaft vom Organischen schlechthin zu werden. Freilich um den Preis, das Organische vom Leben zu trennen, wie Schelling und mit ihm Haas meinte. Die Medizin und nur die Medizin, wurde Haas nicht müde zu betonen, sei die Wissenschaft vom Organischen. Hier gab es keine Kompromisse. Schelling lieferte Haas die Argumente, um die Chemie auf die Rolle einer medizinischen Hilfswissenschaft zu beschränken.

---

[62] Vgl. Wetz (1996), S. 49.
[63] Vgl. Gloy (1996), S. 87.
[64] Vgl. Stein (2004), S. 129.
[65] Vgl. Wetz (1996), S. 73.
[66] Verzeichniß der Vorlesungen vom 25. April 1803 auf der Universität Göttingen, S. 11. Universitätsarchiv Göttingen, 8 H lit part IV- 34-2.

6.2 Haas reduziert die Chemie zur „Helferin" der Medizin

„Der Enthusiasmus des Zeitalters für Chemie", sagte Schelling seinen Hörern in einer Vorlesung, „hat diese auch zum Erkenntnisgrund aller organischen Erscheinungen und das Leben selbst zu einem chemischen Prozess gemacht".[67] Diesen Anspruch lehnte Schelling strikt ab, und mit einer gehörigen Portion Polemik auch sein Hörer Friedrich Haas. Haas schimpft, die Chemiker seien „überheblich geworden durch das Wohlwollen und die Ehrungen im Staat", die Chemie dehne sich „in der Hierarchie der Wissenschaften herrschaftlich [aus] und [habe] sich besonders in der Medizin Rechte angemaßt", die ihr nicht zustünden.[68] Konfliktscheue Ärzte würden sich von den Chemikern ihr Joch aufdrücken lassen.

Wenn man die Grenzen der Chemie erkenne, dann tauge sie durchaus als wichtige Hilfswissenschaft der Medizin. Die Chemie sei „eine so ausgezeichnete und wichtige Kunst, dass kein Gebildeter ihr eine hohe Wertschätzung und Ehren verweigern könnte".[69] Als Zeugen zieht Haas den eklektischen Mediziner Boerhaave (1668-1738)[70] heran, der meinte, man müsse ein guter Arzt sein, um die Grenzen der Chemie zu erkennen und ein guter Chemiker, um deren Vorteile zu nutzen.[71] Das „Organische" sei jedenfalls nicht ihr Feld. Die Chemiker, so zitiert Haas Schelling, meinten durch Verfeinerung ihrer Wissenschaft der Tatsache auszuweichen, dass diese nie an den Organismus heran reiche. Sie nähmen sich aus „wie jemand, der nach England gehen will, ohne das Wasser zu passieren, und der dennoch glaubt, dort nach langen Umwegen, die zu machen er sich nicht erspart, anzukommen".[72] Niemals überwinde die Chemie die Grenze zum Lebendigen. Vor allem die Individualität des jeweiligen Organismus könne sie nicht erfassen, seine ungezählten Aggregatzustände, die über Krankheit und Gesundheit entscheiden, lägen außerhalb ihrer Kompetenz. Ein Mediziner müsse mehr können als die Wissenschaft der Chemie zulasse.

6.3 Haas' organisches Medizinverständnis zwischen Schellings und Kants Naturphilosophie

Haas argumentiert als Hippokratiker und Humoralpathologe. Davon geben die „Alexanderquellen" ein zuverlässiges Bild.[73] Ein guter Arzt könne auf die „Erfahrungen der vergangenen Jahrhunderte"[74] zurückgreifen, die er benötigt, um das jeweils Individuelle seines Kranken im Umfeld von Luft, Wasser und Örtlichkeiten sowie unter Einbeziehung seiner Lebensweise zu erkennen. Die am Krankenbett gewonnene, individuelle Erfahrung stellt Haas in den Vordergrund:

> „Aber soweit die Medizin Lehre von den Krankheiten und der Heilkunde ist, kennt sie weder gleiche Wirkungen bei den Krankheitsgründen, noch Surrogate bei den Medikamenten. Ihre große Kunst besteht darin, eine Charakteristik *jedes* Krankheitszustandes darzulegen; in jedem Heilmittel ein Spezifikum zu finden. (...) Wenn ein

[67] Schelling (1803), S. 129.
[68] Ebenda.
[69] „Alexanderquellen", zitiert nach Mathias (2005b), S. 97.
[70] Vgl. Porter (2000), S. 292.
[71] „Alexanderquellen", zitiert nach Mathias (2005b), S. 106.
[72] Ebenda, S. 121.
[73] Ebenda, S. 106-111.
[74] Ebenda, S. 5.

> Arzt es unternimmt, eine Krankheit durch ein Brechmittel zu heilen, der andere durch ein Abführmittel und ein dritter durch einen Aderlass oder vielleicht durch den Baldrian (...), hätte man dennoch Unrecht, die Brechmittel, Abführmittel, die Aderlässe als so genannte austauschbare Heilmittel zu bezeichnen."[75]

Haas steht vor einem Dilemma. Der Absolutheitsanspruch des Organischen bei Schelling muss beschränkt werden, weil er philosophische Implikationen enthält, die mit dem Hippokratismus unvereinbar sind. Nach dem Wesen, dem Absoluten oder der transzendentalen Naturerkenntnis zu fragen, war nicht Sache der Hippokratiker. Sie scheuten nicht die Komplexität des Problems, ihr naturphilosophischer Ansatz war indessen ein anderer. Das Individuelle, die Einzelerfahrung, nicht das Allgemeine oder zu Verallgemeinernde stand im Mittelpunkt ihres Denkens.

Haas' Lösung seines Dilemmas entnimmt er in einem ersten Gedankengang der Physik, um sie auf die Medizin zu übertragen. Haas' Argumentation beginnt mit einem Vergleich zwischen der Gravitationskraft und der Wirkungsweise des Organismus. Ihn hätten Ärzte „auf dieselbe Weise festgestellt (...), wie die Astronomen die Idee von der allgemeinen Anziehung zum Prinzip ihrer Wissenschaft gemacht haben".[76] Mit anderen Worten: Der Organismus soll in der Medizin die gleiche Rolle spielen wie die Gravitation im Kosmos, ohne letztgültig erklärt zu werden. Der prominenteste Vertreter dieser Ansicht war Isaac Newton (1642-1727). Er hatte sich stets geweigert, solche Erklärungen abzugeben, wofür ihn Schelling kritisierte. Anders viele zeitgenössische Mediziner, die Newton für seine Haltung nachgerade bewunderten. Wenn Newton die Kräfte der Gravitation im Kosmos aus ihren Wirkungen berechnete und nicht wagte, eine hypothetische Erklärung der Schwerkraft aus ihren Erscheinungen zu versuchen, dann tat man als Arzt gut daran, sich bescheiden zu geben und sich theoretischer Erklärungen von Krankheiten zu enthalten, also empirisch zu bleiben.[77]

Wie bleibt man nun empirisch ohne zu leugnen, dass es einen Kern gibt, eine Gesamtschau, eine transzendentale Welterkenntnis im Sinne Schellings, einen absoluten Grund? Ohne diesen Absolutheitsanspruch war es für Haas schwer, die Universalität des Organismus für die medizinische Wissenschaft zu legitimieren. Haas' eklektizistische Lösung verknüpft den Universalitätsgedanken Schellings mit Kants Empirismus. Dazu deutete Haas den Organismus im Sinne des Kantischen Ideals um. Ideale oder regulative Ideen geben nach Kant „ein unentbehrliches Richtmaß der Vernunft ab, die des Begriffs von dem, was in seiner Art ganz vollständig ist, bedarf, um dernach den Grad und die Mängel des Unvollständigen zu schätzen und abzumessen".[78]

Der Arzt, so muss man Haas verstehen, solle im Sinne einer regulativen Idee so tun, als ob alles in der Medizin auf dem Organismus beruhe, d.h. als ob er einen Absolutheitsanspruch habe und als ob aus dem Organismus alles zu erklären sei. Greifen wir das Bild Hallers ein letztes Mal auf: Haas glaubt, der Geist könne beides. Auf der einen Seite soll er dem Arzt „die äußere Schale weisen" und ihm auf der anderen Seite anzeigen, dass er in Richtung des Kerns zu denken habe. Der Sprung zum Kern, d.h. zum Absoluten, wird ihm

---

[75] Ebenda, S. 104; Hervorhebung durch den Autor.
[76] Ebenda, S. 119.
[77] Rothschuh (1978), S. 170 f.
[78] Kant (1781) S. 514.

zwar nicht gelingen, doch die medizinischen Erkenntnisse, die sich aus diesem Verfahren ergeben, werden für praktizierende Ärzte ausgesprochen fruchtbar sein.

Haas will keine Beweise in der Medizin, doch er will aus ihrer philosophischen Untermauerung für die Heilkunde das Optimum herausholen. Mit den Worten, dass das Prinzip des Organismus in jedem Fall ein guter Prüfstein für die Theorie sei und „wahrlich ein unvergleichlicher Kompass für die Praxis", wirbt er für das Konzept der regulativen Idee.[79] Ärzte sollten diesem Prinzip vertrauen, streiten könne man allenfalls darüber, ob man ihm eine erhöhte Bedeutung verschaffen und ihm eine entsprechende Würde zubilligen wolle. Letztlich verspricht er seinen Standeskollegen eine „Reform der Theorie wie der medizinischen Lehre und Praxis".[80]

6.4 Haas' Medizinethik zwischen Schellings und Kants praktischer Philosophie

In der Idee des Kunstschönen erblickte man zur damaligen Zeit das Mittel, alle Entzweiung zu Gunsten einer harmonischen Ganzheit aufzuheben. Erst, wenn Wissen und Handeln in der Kunst eins werden, erst, wenn man begreift, dass beide aus der Quelle der absoluten Erkenntnis fließen, ist auch für den Arzt die Differenz von Theorie und Praxis, von Wissen und Handeln hinfällig. Haas, der Schelling „immer anhörte wie ein Orakel mit einer Stille, welche das Athemholen kaum unterbrechen durfte, damit nur nichts von seinem Vortrage mir entginge",[81] ließ sich ganz von der Bedeutung der Kunst einnehmen – weil er ihr medizinethisches Potential erkannte. Wer es aufschließen möchte, muss den Blick von Schellings Naturphilosophie weg auf seine Kunstphilosophie richten, die wiederum aus seiner Transzendentalphilosophie abgeleitet war. Beide „Philosophien" Schellings spielen in der neueren Medizinhistorie praktisch keine Rolle, dem Diktum Rothschuhs folgend, der meinte, dass man sie ausblenden könne. Sie hätten mit der Medizin zu wenig zu tun.[82] Diese Einschätzung muss nun korrigiert werden und soll abschließend auf das Beispiel Haas' angwandt werden.

Die Naturphilosophie, erinnern wir uns, lässt den Geist aus der Natur hervor gehen, die Transzendentalphilosophie hingegen die Natur aus dem Geist.[83] Der Begriff „Natur" darf also nicht leichtfertig in Schellings Naturphilosophie eingeordnet werden, sondern kann ebenso auf seine Transzendentalphilosophie verweisen. Freilich wird das Thema „Natur" in der Transzendentalphilosophie aus der entgegengesetzten Perspektive betrachtet und führt im Prozess der Bewusstwerdung des Menschen zur höheren, „zweiten Natur", in der am Ende alle Entzweiung aufgelöst ist und der Mensch wiederum in Harmonie mit der ersten Natur lebt, aus der er entstanden ist. Dies wäre dann der Zustand einer organischen Schönheit des Ganzen. Analog ist Kunst nach Schelling das Werkzeug, mit dem sich der Philosoph zur Erkenntnis des Höchsten erhebt.[84]

Für Haas ist die Medizin zuständig für das Organische, mithin für die dynamische Urkonstruktion des Lebendigen, deren Ziel schließlich die zweite, höhere Natur ist. Es

[79] „Alexanderquellen", zitiert nach Mathias (2005b), S. 120.
[80] Ebenda.
[81] F.J. Haas im Brief vom 31. Dezember 1843 an Schelling, in: Haaß (1984), S. 4.
[82] Rothschuh (1978), S. 388.
[83] Vgl. auch Wetz (1996), S. 74.
[84] Ebenda, S. 100.

wäre falsch, sich diese Entwicklung als Automatismus zu denken. Nein, die Realisierung der höheren Natur ist das nicht mehr zu überbietende ethische Ziel der Menschheitsentwicklung überhaupt. Es ist autonom gesetzt, d.h. aus freier Selbstbestimmung. Am Ende steht der ganz Mensch gewordene Mensch. Den Gedanken, ärztliche Selbstautorisierung an eine fortschreitende Menschheitsentwicklung zu koppeln, verdankt Haas der Kunstphilosophie Schellings. Der Eintrag in das Stammbuch eines Kommilitonen ist dafür ein schöner Beleg. Der 26-jährige mit frischem Doktortitel schrieb:

> „Was der Mensch unter den Producten der Natur ist, das ist der Arzt unter den Gelehrten. Beide [sind] die Indifferenz[85] desjenigen, was ihnen vorher gehen mußte."[86]

Haas will sagen: So wie der Mensch die anderen Naturprodukte überragt, so sticht der Arzt unter den Gelehrten hervor. Er wird Vorreiter, der die Entwicklung anstößt und trägt. Bezug nehmend auf Homer schreibt Haas 1811: „denn der Arzt ist der Mensch, der an Würde vielen Menschen überlegen ist".[87] Aus der so bestimmten „Wesensart seines Standes" ergibt sich für Haas die ärztliche Verpflichtung, „sein Wohlbefinden aufzuopfern und seine Existenz selbst den Kranken zu weihen", sie erfordert eine methodische Lebensführung, ist existentiell und wird den späteren „Humanisten der Tat" (L. Kopelew) auszeichnen.[88] Der Arztberuf wird zur identitätsstiftenden (philosophischen) Seinsweise, zum *modus operandi*.

Wie der Arzt, so steht auch die Medizin bei Haas im Dienste der höchsten Idee. Die Medizin ist die „Königin der Wissenschaften", die anderen Disziplinen stehen ihr als Dienerinnen zur Verfügung, als „Hilfswissenschaften".[89] Zwar sei das primäre Ziel der Medizin die menschliche Gesundheit, doch diese diene einer höheren Idee. In Haas' Medizinethik ist die Gesundheit folgerichtig ein hohes, aber nicht das höchste Gut, denn diese Stelle besetzt das Wahre und Schöne. Letztlich ist es der ganz und gar zum Menschen gewordene Mensch, der sich in organischer Schönheit manifestiert. In einer organisch begriffenen Welt ist die Gesundheit in den Worten Haas' lediglich „die Voraussetzung (...), ohne die nichts Großes und Schönes in der Welt entsteht".[90] Die „Königin der Wissenschaften" dirigiert von höchster Stelle den Prozess der Vollendung des Menschen in der höheren, nun mit Bewusstsein ausgestatteten, zweiten Natur.

Dass dem Arzt in diesem Prozess eine große ethische Verantwortung und Selbstkontrolle obliegt, ist selbstverständlich. Ganz ergriffen spricht Haas im Sinne des Hippokrates von seinem Berufsstand als „heilige Zunft".[91] Welche konkreten ethischen Anforderungen sind nun nach Haas an den Mediziner zu stellen, der über die Gesundheit mit den höchsten Menschheitsidealen verbunden ist? Schelling zeigte Haas zwar das Ziel, aber über die Methode, wie es zu erreichen ist, schwieg er sich aus. Sicher ist nur, dass es unüberbietbare Grundsätze geben muss, die von nichts anderem abhängen, also unbedingt sind. Materielle Motive wie Geld oder Ansehen sind relativ. Sie verfehlen, da ist sich Haas sicher,

---

[85] Ein häufig verwendeter Begriff bei Schelling, mit dem eine höhere Stufe gemeint ist.
[86] F.J. Haas in einem Brief an seinen Kommilitonen Joseph Erlewein, zitiert nach Steinberg (1984), S. 28.
[87] „Alexanderquellen", zitiert nach Mathias (2005b), S. 6.
[88] Ebenda.
[89] Ebenda.
[90] Ebenda, S. 5.
[91] Ebenda, S. 6.

das Wesen der „heiligen Zunft". Materiell orientierte Mediziner seien „Söldnernaturen", sie stünden in niederen Diensten.[92]

Wenn der Arzt an der Entfaltung der zweiten, höheren Natur an vorderster Front arbeitet, so ist dieses ethische Ziel nur aus Freiheit zu erreichen. Ohne die Annahme der prinzipiellen Freiheit des Menschen, die Haas ausdrücklich bejaht, ist ethisches Handeln nicht denkbar. Kant stellte diesen Grundsatz unmissverständlich auf. Nicht anders argumentierte Schelling, schließlich ist der Weg zur höheren Natur der Weg der Freiheit des Menschen, der sich den Gesetzen der ersten Natur – welche die Naturphilosophie beschreibt – entwunden hat. Freiheit ist keine Beliebigkeit. Haas will den Arzt auf diese Freiheit verpflichten. Dies scheint auf den ersten Blick widersprüchlich, doch Haas weiß, dass der „gute Wille" in der praktischen Philosophie Kants den Widerspruch überbrückt.

> „Es ist überall nichts in der Welt, ja überhaupt auch außer derselben zu denken möglich, was ohne Einschränkung für gut könne gehalten werden, als ein guter Wille."[93]

Der Arzt muss das Gute wollen – und zwar stets und ständig. Haas' Medizinethik muss als methodische Lebensführung verstanden werden, in jeder ärztlichen Handlung den guten Willen erkennbar zu machen. Dann ist diese Handlung unbedingt gut. Sie ist Notwendigkeit, die aus Freiheit hervorgebracht wird. Sie ist mit einem Wort Selbstgesetzgebung. Haas weiß, dass in Kants praktischer Philosophie der gute Wille den unbedingten Appell impliziert, aus Pflicht zu Handeln, also eben nicht aus materiellen Motiven. Nichts anderes besagt der kategorische Imperativ. Er liegt in vielen Formeln vor. Wir greifen eine davon heraus, die für den späteren Chefarzt der Moskauer Gefängnishospitäler wegweisend gewesen sein könnte:

> „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst."[94]

Haas war durch die Kantische Philosophie tief geprägt, worauf auch ein Hinweis in Konis „Lebensskizze" hindeutet. Demnach wollte Haas, nach eigener Aussage, das Schicksal der Deportationshäftlinge nicht aus Mitleid bessern, das täten andere, sondern aus Pflichtbewusstsein einer Pflicht gegnüber, die es gebiete, auch Deportierten und Kriminellen den Weg zur „höheren Natur" nicht zu versperren.[95]

---

[92] Ebenda.
[93] Kant, zitiert nach Röd (1996), S. 165f.
[94] Grondin (1994), S. 114.
[95] Koni (1899), zitiert nach Neshnyj (2007), S. 58.

7. Zusammenfassung

Die Naturphilosophie Schellings, so der allgemein akzeptierte Forschungsstand, sei die theoretische Stütze der „romantischen Medizin“ gewesen. Am Beispiel Friedrich Haas’ wurde in einem ersten Schritt gezeigt, dass bereits sein Interesse für die Leib-Seele-Einheit, die Hydrotherapie beziehungsweise die therapeutische Funktion des Arztes, ausreichte, um ihn der „romantischen Medizin“ zuzurechnen. Die genannten Merkmale entstammen indessen der hippokratischen Tradition, deren anhaltende Relevanz in diesen Zuschreibungen ausgeblendet wurde.

In einem weiteren Schritt wurde dargelegt, dass Schellings Naturphilosophie die Medizin zwar nach 1800 inspirierte, jedoch nicht im Sinne einer romantischen Welterfassung. Trotz einiger Gemeinsamkeiten zwischen Romantik und Schellings Philosophie sind ihre Erkenntnistheorien grundverschieden. Während Schellings Philosophie als Meisterleistung des analytischen, rationalistischen Vernunftdenkens einzuschätzen ist, wollten die Romantiker mit dem Gefühl der Liebe zur absoluten Erkenntnis vorstoßen. An den therapeutischen Konzepten der ebenfalls „romantischen Mediziner“ Troxler und Kilian konnten wir nachweisen, dass beide Schellings Naturphilosophie radikalisierten und zu einer Frühform des therapeutischen Nihilismus formten. Der Arzt ist dabei der theoriegeleitete Diagnostiker, die Therapie folgt logisch und zwingend. Sie kann daher mitsamt der Pflege dem akademisch unqualifizierten Heilpersonal überlassen werden.

Dem Eklektizismus zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde in der Forschung eine rückwärtsgewandte Rolle zugewiesen. Demgegenüber wurde hier aufgezeigt, dass damals führende Mediziner Eklektiker waren, wie zum Beispiel Hufeland. Sie konnten sich auf das favorisierte Wissenschaftsmodell der international renommierten Universität Göttingen berufen, die als Musteruniversität der Aufklärung galt.

Wie der Hippokratiker und Eklektiker Haas moderne Naturphilosophien adaptierte, wurde umfassend herausgearbeitet. Medizintheoretisch begrenzte er Schellings Idee vom absoluten Organismus mit Kants Konzept der leitenden Ideen. Der Arzt solle so tun, als ob die Welt ein All-Organismus wäre und als ob die Medizin die Wissenschaft dieses organischen Urprinzips sei. Schellings Absolutheitsanspruch wird damit nicht aufgegeben, vielmehr als leitende Idee der medizinischen Forschung umgedeutet.

Haas sah Schellings Philosophie als Ganzes, zu der neben der Naturphilosophie die Transzendentalphilosophie respektive Philosophie der Kunst gehörte. Aus ihr leitete er seine Medizinethik ab. Rothschuhs Ansicht, dass lediglich Schellings Naturphilosophie für die Medizingeschichte relevant sei, ist mithin zu relativieren. Überhaupt wird das medizinethische Potential von Schellings Gesamtwerk in der Historiographie gar nicht in den Blick genommen. Es geht Schelling dort um die Entwicklung der zweiten, mit Bewusstsein ausgestatteten „höheren Natur“. Ihre Verwirklichung negiere alle Antagonismen, wie die zwischen Freiheit und Pflicht, und bedeute das Paradies auf Erden. Haas greift diesen Gedanken auf. Der Mediziner als berufener Förderer des Organischen habe die Verpflichtung, an dieser Menschheitsverwirklichung mitzuarbeiten. Daraus ergibt sich eine neue gesellschaftliche Rolle der Medizin. Sie habe zwar stets die Gesundheit des Menschen zum Ziel, indes als Mittel zu einem höheren Zweck, dem Aufbau der „höheren Natur“. Diese sei Teil der ärztlichen Selbstautorisierung und legitimiere die besondere Würde der ärztlichen Profes-

sion, so Haas. Ohne die Gesundheit sei nichts Großes und Schönes möglich. Die „höhere Natur“, darin ist sich der gesamte Idealismus einig, ist nur in Freiheit zu erreichen. Haas besinnt sich auf Kants kategorischen Imperativ, der Pflicht aus Freiheit beschreibt und als praxisnahe Formel für ethisch ausgerichtete Mediziner gelten kann. Der dahinter stehende gute Wille ist unbedingt gut. Er stellt sich dar als ein stetes Bemühen um den Kranken, als eine methodische Lebensführung.

Haas zeigt sich als gekonnter Eklektiker. Seine Medizintheorie begrenzt Schellings Absolutheitsanspruch des Organischen mit Kants leitenden Ideen. Seine Medizinethik lässt sich wiederum von Schelling das höchste Ideal vorgeben, eine organische Menschheitsentwicklung hin zum ganz Mensch gewordenen Menschen. Da die Medizin die Schützerin des Organischen ist, stehen die Medizin und der Arzt in diesem Prozess an der Spitze. Sie sind die Avantgarde des so beschriebenen Fortschritts, die der gute Wille leitet.

Quellen

Universitätsarchiv Göttingen
Verzeichniß der Vorlesungen welche in dem nächsten Sommer vom 25. April 1803 an von den ordentlichen und ausserordentlichen Herren Professoren als von Privat-Lehrern auf der Universität Göttingen gehalten werden. 8 H lit part IV- 34-2.

Literatur

1. Bach/Breidbach (2005): Thomas Bach, Olaf Breidbach (Hrsg.): Naturphilosophie nach Schelling, Stuttgart-Bad Cannstatt 2005 (= Schellingiana. Quellen und Abhandlungen zur Philosophie F.W.J. Schellings, 17).
2. Baumgartner/Korten (1996): Hans Michael Baumgartner, Harald Korten, Friedrich Wilhelm Joseph Schelling, München 1996.
3. Beckmann (2011a): Johannes Beckmann, „Die ganze Bewegung war die Bewegung aufsteigender Elemente". Neue Forschungen zur Familie und Jugend von Friedrich Joseph Haas (1780-1853), in: Dominik Groß et al. (Hrsg.): Medizingeschichte in Schlaglichtern. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker", Kassel 2011 (= Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker, 2), S. 145-178.
4. Beckmann (2011b): Johannes Beckmann, Münstereifel, das „Michaelinische Lehrhaus" und die Familie Haas in der „Franzosenzeit", Nachrichtenblatt des Vereins Alter Münstereifeler e.V. 86. (2011), 1, S. 4-9.
5. Beckmann/Graf (2007): Johannes Beckmann, Hans-Dieter Graf, Neue Erkenntnisse zu Dr. Friedrich Joseph Laurenz Haass, dem Heiligen Doktor zu Moskau, in: Nachrichtenblatt des Vereins Alter Münstereifeler e.V. 82 (2007), 2, S. 14-17.
6. Bernoulli/Kern (1926): Christoph Bernoulli, Hans Kern, Romantische Naturphilosophie, Gott-Natur, Jena 1926 (= Schriftenreihe zur Neubegründung der Naturphilosophie).
7. Bruchhausen/Schott (2008): Walter Bruchhausen, Heinz Schott, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Göttingen 2008.
8. Engelhardt/Hartmann (1991): Dietrich von Engelhardt, Fritz Hartmann (Hrsg.), Klassiker der Medizin (in zwei Bänden), München 1991.
9. Gerabek (1995): Werner E. Gerabek, Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Studien zu Schellings Würzburger Periode, Frankfurt am Main et al. 1995 (= Europäische Hochschulschriften, VII B: Geschichte der Medizin, 7).
10. Gerabek (2005): Werner E. Gerabek, Kilian, Konrad Joseph, in: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil (Hrsg.), Enzyklopädie Medizingeschichte, Berlin/New York 2005, S. 738.
11. Gierl (1997): Martin Gierl, Pietismus und Aufklärung. Theologische Polemik und die Kommunikationsreform der Wissenschaft am Ende des 17. Jahrhunderts, Göttingen 1997.

12. Giese/Hagen (1958): Ernst Giese, Benno von Hagen, Geschichte der medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena 1958.
13. Gloy (1995): Karen Gloy, Das Verständnis der Natur: Die Geschichte des wissenschaftlichen Denkens, München 1995.
14. Gloy (1996): Karen Gloy, Das Verständnis der Natur: Die Geschichte des ganzheitlichen Denkens, München 1996.
15. Grondin (1994): Jean Grondin, Kant zur Einführung, Hamburg 1994.
16. Haaß (1984): Karl Haaß, Korrespondenz F. J. Haas – F. W. J. von Schelling. Unveröffentlichte Dokumente aus dem Berliner Schelling-Nachlass, in: Nachrichtenblatt des Vereins Alter Münstereifeler e.V., 59 (1984), 1, S. 1-6.
17. Heischkel (1952): Edith Heischkel, Das Wasser als Arzneimittel in der romantischen Medizin, Sudhoffs Archiv für die Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 36 (1952), 3, S. 119-149.
18. Huch (1924): Ricarda Huch, Die Romantik, Teil 1: Blütezeit der Romantik, Leipzig 1924.
19. Hufeland (1863): Hufeland. Leibarzt und Volkserzieher. Selbstbiographie von Christoph Wilhelm Hufeland 1863, neuherausgegeben und eingeleitet von Walter von Brunn, Stuttgart 1937.
20. Kant (1781): Immanuel Kant, Kritik der reinen Vernunft (2), in: Wilhelm Weischedel (Hrsg.), Kant. Werkausgabe Bd 8, Frankfurt am Main 1979.
21. Kant (1797): Immanuel Kant, Die Metaphysik der Sitten, in: Wilhelm Weischedel (Hrsg.), Kant. Werkausgabe Bd 8, Frankfurt am Main 1979.
22. Kilian (1802): Konrad J. Kilian, Entwurf eines Systems der gesammten Medizin. Zum Behuf seiner Vorlesungen und zum Gebrauch für praktizierende Ärzte, 2 Bde., Jena 1802.
23. Koni (1899): Anatolij F. Koni, Doktor Friedrich Haass. Lebensskizze eines deutschen Philanthropen. Zur Geschichte des russischen Gefängniswesens im neunzehnten Jahrhundert, Leipzig 1899.
24. Leibbrand (1953): Werner Leibbrand, Heilkunde. Eine Problemgeschichte der Medizin, München 1953.
25. Leibbrand (1956): Werner Leibbrand, Die spekulative Medizin der Romantik, Hamburg 1956.
26. Maio (2012): Giovanni Maio, Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, Stuttgart 2012.
27. Mathias (2005a): Dietrich M. Mathias, Friedrich Joseph Haas als Naturforscher im Kaukasus und seine medizinisch-philosophische Erörterung im Buch „Ma visite aux eaux d'Alexandere en 1809 et 1810", in: Ingrid Kästner, Regine Pfrepper (Hrsg.), Deutsche im Zarenreich und Russen in Deutschland: Naturforscher, Gelehrte, Ärzte und Wissenschaftler im 18. und 19. Jahrhundert (Vorträge des Symposiums vom 26.-27. August 2004 am Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften der Universität Leipzig), Aachen 2005 (= Deutsch-russische Beziehungen in Medizin und Naturwissenschaften, 12), S. 115-136.

28. Mathias (2005b): 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.
29. Neshnyj (2007): Alexander Neshnyj, Der „heilige Doktor“ von Moskau. Friedrich Joseph Haass, Münstereifel 1780 – Moskau 1853, Bad Münstereifel 2007.
30. Pfeifer (2010): Katharina Pfeifer, Arzt und Christ. Das Berufsethos von Friedrich Joseph Haas (1780-1853), Regensburg 2010.
31. Porter (2000): Roy Porter, Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute, Heidelberg/Berlin 2000.
32. Röd (1996): Wolfgang Röd, Der Weg der Philosophie. Von den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 2: 17. bis 20. Jahrhundert, München 1996.
33. Rothschuh (1978): Karl Ed. Rothschuh, Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart, Stuttgart 1978.
34. Schelling (1799): Friedrich W. J. von Schelling, Einleitung zu dem Entwurf eines Systems der Naturphilosophie. Oder über den Begriff der speculativen Physik und die innere Organisation eines Systems dieser Wissenschaft, in: F. W. J. von Schelling. Ausgewählte Schriften, Bd. 1: Schriften 1794-1800, herausgegeben von Manfred Frank, Frankfurt am Main 1985.
35. Schelling (1800): Friedrich W. J. von Schelling, Miscellen vom Herausgeber, Zeitschrift für spekulative Physik 1 (1800), 2, S. 122-155.
36. Schelling (1803): Friedrich W. J. von Schelling, Vorlesungen über die Methode (Lehrart) des akademischen Studiums, herausgegeben von Walter Erhardt, 2. erw. Aufl. Hamburg 1990.
37. Schulz (2008): Gerhard Schulz, Romantik. Geschichte und Begriff, 3. Aufl. München 2008.
38. Stein (2004): Klaus Stein, Naturphilosophie der Frühromantik, Paderborn 2004.
39. Steinberg (1984): Rolf Steinberg, Friedrich Joseph Haass und der russische Strafvollzug im 19. Jahrhundert (= Strafvollzug, Randgruppen, soziale Hilfe, 4) Frankfurt am Main et al. 1984.
40. Steinberg (2007): Rolf Steinberg, Personengeschichtliche Studien zur Jugendbiographie von Friedrich Joseph Haas (1780-1853), Annalen des Historischen Vereins für den Niederrhein 210 (2007), S. 103-164.
41. Troxler (1804): Ignaz P. V. Troxler, Versuche in der organischen Physik, Jena 1804.
42. Tsouyopoulos (2008): Nelly Tsouyopoulos, Asklepios und die Philosophen. Paradigmenwechsel in der Medizin im 19. Jahrhundert, herausgegeben von Claudia Wiesemann, Barbara Bröker, Sabine Rogge, Stuttgart-Bad Cannstatt 2008 (= Medizin und Philosophie, 2).
43. Weisser (1991): Ursula Weisser, Hippokrates, Galen, in: Dietrich von Engelhardt, Fritz Hartmann (Hrsg.): Klassiker der Medizin, Bd. I, München 1991, S. 10-29.

44. Wetz (1996): Franz Josef Wetz, Friedrich W. J. Schelling zur Einführung, Hamburg 1996.
45. Wiesemann (1991): Claudia Wiesemann, Joseph Dietl und der therapeutische Nihilismus, Frankfurt am Main 1991 (= Marburger Schriften zur Medizingeschichte, 28).
46. Wiesing (1995): Urban Wiesing, Kunst oder Wissenschaft? Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik, Stuttgart-Bad Cannstatt 1995 (= Medizin und Philosophie, 1).

Abbildungen

Abbildung 1: Kopie der von Nikolaj Andrejew geschaffenen Haas-Büste; Privataufnahme Maria Klassen, Bremen.

Die Hertz'sche Privatklinik Bonn (1849-1952) – Konzeptionelle Ausrichtung, ärztliche Leitung und Patientenprofil

Peter Schuster und Dominik Groß

Der vorliegende Beitrag widmet sich der Hertz'schen Privatklinik Bonn, die 1849 gegründet wurde und über mehr als ein Jahrhundert hinweg Bestand hatte. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf einer Analyse des zugrundeliegenden Klinikkonzepts (Kapitel 2.), der bioergographischen Beschreibung der maßgeblichen ärztlichen Leiter (Kapitel 3) sowie dem Profil und Krankheitsspektrum der behandelten Patienten (Kapitel 4). Voranzustellen ist eine kurzgefasste Darstellung des Anstaltswesens in der Rheinprovinz im 19. Jahrhundert, um die Einordnung in den historischen Kontext vornehmen zu können.

1. Die Psychiatrie in der Rheinprovinz im 19. Jahrhundert und am Fin de siècle

Das öffentliche Anstaltswesen erfuhr seit dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts einen enormen Wachstumsschub. Während im Deutschen Reich noch 1877 lediglich 93 öffentliche Anstalten mit 33.023 Anstaltsinsassen existierten, hatte sich ihre Zahl bis 1904 auf 180 öffentliche Anstalten mit 111.951 Insassen erhöht. Ähnlich war die Entwicklung in Preußen. Hier betrug die Anzahl der öffentlichen Anstalten im Jahr 1885 noch 71, während sie sich 1900 bereits auf 105 belief. Die Zahl der Betten wuchs von 19.240 (1885) auf 42.989 (1900), die der Verpflegten von 27.927 (1885) auf 58.554 (1900). Dabei ist zu erwähnen, dass nicht nur die Landeskrankenhäuser (mit dem Anspruch einer Heilanstalt) öffentliche Anstalten waren, sondern auch die kommunalen Pflegeanstalten, in denen der Heilgedanke weitgehend ausgespart wurde.

Der Wachstumsschub der Heil- und „Irrenanstalten" spielte sich vor einem starken Bevölkerungsanstieg ab. Die Bevölkerung Preußens wuchs von 27 Millionen (1880) auf 40 Millionen Einwohner (1910). Dieser Anstieg war vor allem dem Wachstum der Stadtbevölkerung geschuldet. Die Zahlen der behandelten „Geisteskranken" zeigen ebenfalls einen deutlichen Zuwachs: 1880 wurden in sämtlichen „Irrenanstalten" (private und öffentliche) Preußens 27.000 Fälle gezählt, 1910 waren es bereits 143.000; nach Geschlecht aufgeteilt, stieg die Zahl der behandelten Männer von 14.000 auf 79.000, die der behandelten Frauen von 13.000 auf 64.000.[1]

Der Historiker Dirk Blasius macht für die beschriebene Entwicklung des Anstaltswesens hauptsächlich administrative Gründe geltend. Zunächst wurde nur ein relativ geringer Teil der Patienten in den Landesanstalten versorgt. In den Jahren nach ihrer Gründung betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Landeskrankenhäusern etwa zwei Jahre. Die städtischen Anstalten und katholischen Klöster fungierten gleichsam als Auffangbecken für die chronisch Kranken und die schweren Fälle. Ohne die Privatanstalten der katholischen Kirche (hauptsächlich durch die Ordensgemeinschaften der Alexianer und Franziskaner geführt) wären die Gemeinden bei der „Irrenpflege" überfordert gewesen. Ab

[1] Wolf-Braun (1994), S. 78f.

1891 waren die Landesarmenverbände unabhängig vom Wohnsitz für alle Armen und Patienten zuständig. Folge dieser Veränderung war, dass die Landeskrankenhäuser Patienten nicht nach erfolgloser Behandlung in die Gemeinde entlassen konnten, sondern über den Landesverband eine Versorgungspflicht hatten. Der Landesverband löste das Problem, indem er in die bestehenden Verträge der Kommunen mit den verschiedenen katholischen Ordensanstalten einstieg und die schweren oder als unheilbar geltenden Fälle eben dort weiter behandelt wurden.[2]

Auch die Zahl der Privatanstalten in der Rheinprovinz stieg im betrachteten Zeitraum von 103 (1885) auf 144 (1900). Die Zahl der dort Verpflegten belief sich 1885 auf 7.914 und 1900 auf 15.579. Die absolute Anzahl der Privatanstalten überstieg damit um die Jahrhundertwende die der öffentlichen Anstalten, letztere hatten aber im Durchschnitt eine weitaus höhere Bettenkapazität und versorgten dementsprechend mehr Erkrankte (etwa 75% der Gesamtkapazität).

Im Normalfall unterschieden sich die jeweiligen Patienten beider Anstaltstypen in soziodemographischer Hinsicht nicht wesentlich – mit Ausnahme der Privatanstalten, die von Ärzten kommerziell betrieben wurden. Hier fanden sich vornehmlich zahlungskräftige Patienten ein. Der Anteil an der „Irrenversorgung" war hier aber gering. 1875 wurden von diesen Anstalten 369 Patienten behandelt, während 2.142 Patienten in den kommunalen Anstalten und in der Siegburger Anstalt therapiert wurden. Insgesamt war das „Irrenproblem" auch ein „Armenproblem". Die Landeskrankenhäuser hatten zwar verschiedene Verpflegungsklassen, der Hauptteil der Patienten war aber der vierten Klasse zugeordnet, bei der die kommunale bzw. provinziale Kasse die Kosten trug. Während in den Jahren 1893 bis 1896 durchschnittlich 600 Patienten in den Klassen 1 bis 3 (Versorgung verschiedener Güte auf eigene Kosten) der Landeskrankenhäuser behandelt wurden, lagen die Zahlen in der Klasse 4 bei 4.298 und 4.829 Behandelten pro Rechnungsjahr.[3]

Hinsichtlich der Betreuung der Kranken durch Pflegepersonal in der „Provinzial-Irrenanstalt" Bonn ist aus dem Jahre 1897 die Zahl von 59 Krankenschwestern und Pflegern überliefert. Diese waren in Schichten von 12 bis 16 Stunden für 570 Kranke zuständig. Ein Großteil des Pflegepersonals schlief mit Patienten und Patientinnen in den Krankensälen von bis zu 30 Betten. 1888 bestand die ärztliche Versorgung der besagten Anstalt aus einem Direktor, einem Oberarzt (35 Jahre alt, in der Anstalt wohnend), einem „dritten" Arzt (32 Jahre alt, in der Anstalt wohnend), einem Assistenzarzt (26 Jahre alt) und einem Volontärarzt (25 Jahre alt). Insgesamt fand sich mithin eine recht junge Ärzteschaft, die sich um die Belange von mehreren Hundert Patienten kümmerte.[4] Tatsächlich war die Tätigkeit in den „Irrenanstalten" für karriereorientierte Mediziner wenig interessant: Die Bezahlung war mäßig und das Betätigungsfeld selbst wurde von vielen als unattraktiv empfunden; dementsprechend wurde während des gesamten 19. Jahrhunderts ein Mangel an Anstaltsärzten beklagt.

Am 1.10.1905 erfolgt die offizielle Gründung der Universitäts-Nervenklinik auf dem Gelände der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn unter der Bezeichnung „Königliche Universitätsklinik für Psychische und Nervenkranke". Die Klinik umfasste 20 Betten. Als

[2] Blasius (1980), S. 69-71.
[3] Wolf-Braun (1994), S. 73f.
[4] Blasius (1980), S. 60.

erstes Land folgte Preußen 1907 einer Empfehlung des Bundesrates und hielt einjährige Kurse für das allgemeine Pflegepersonal ab. Dies galt allerdings nicht für den Bereich der „Irrenpflege" – hier lag es im Ermessen des ärztlichen Leiters, ob und wie viel Unterricht abgehalten wurde. Ab 1907 erhielt das Pflegepersonal alle acht Tage einen halben Tag frei. 1908 wurde die Universitäts-Nervenklinik auf dem Gelände der Provinzialanstalt Bonn erweitert und zog in ein eigenes Haus um. Ärztlicher Direktor beider Einrichtungen war Alexander Westphal. Unter seiner Leitung wurde das Heiratsverbot für das Pflegepersonal gelockert, die Schwestern und Pfleger erhielten nach und nach eigene Schlafräume.[5]

Parallel zum Anstaltenwesen entwickelte sich im 19. Jahrhundert auch die Psychiatrie als Fach deutlich weiter: Fachzeitschriften und -vereine entstanden mit dem Ziel der fachlichen und wissenschaftlichen Weiterbildung und des Austausches, aber auch, um zu staatlichen Maßnahmen im Bereich des „Irrenwesens" fachpolitisch Stellung zu beziehen. 1870 gab August Focke die Broschüre „Deutsches Irrenwesen und Unwesen – Ein Briefwechsel für viele Adressen" heraus. Er forderte unter anderem „irrenärztliche Kliniken an Universitäten", beklagte Missstände in der Unterbringung der Kranken und forderte ein „Irrengesetz" für den preußischen Staat.[6]

Auch die „Non-Restraint-Bewegung", zurückgehend auf den Engländer Robert Gardiner Hill und entscheidend gefördert von John Conolly (1794-1866), erreichte zu jener Zeit die Psychiater im Rheinland. Sie hatte sich die Behandlung der Patienten ohne Zwangsmittel auf die Fahnen geschrieben. Zudem sollte die Therapie in kleinen, humanen Institutionen erfolgen, die Pflegekräfte speziell geschult und die Tür der Anstalt offen sein. Die „Non-Restraint-Anstalten" verfügten aber durchaus auch über Isolierräume und wandten weitere Zwangsmittel an.[7]

Noch Mitte des 19. Jahrhunderts hingen einige Psychiater im Rheinland dem „Reizmodell" psychiatrischer Erkrankungen an, welches im Wesentlichen besagte, dass psychische Störungen mit Zufuhr oder Entzug spezifischer Reize zu behandeln seien. Dabei kam es teilweise zu erheblichen Verletzungen der Patienten – unter anderem wurde eine „therapeutische Verätzung" der Kopfhaut als „Siegburger Delle" bekannt. Diese Therapie fand allerdings außerhalb der 1878 geschlossenen Siegburger Anstalt keine größere Verbreitung.[8]

Wilhelm Griesinger, Professor für Psychiatrie und Medizin aus Württemberg, veröffentlichte 1845 das Buch „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten". Er verstand „Geisteskrankheiten" als Erkrankungen des Gehirns und versuchte, den repressiven Methoden in der „Irrenpflege" die Grundlage zu entziehen und die Psychiatrie an die allgemeine Medizin als eine empirisch-klinische Wissenschaft heranzuführen. Gleichwohl kann man erst ab 1900 von einer stärkeren Zugehörigkeit der Psychiatrie zur somatischen Medizin sprechen, und erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts durften sich Nervenärzte als Fachärzte niederlassen. Griesinger war zunächst ein Einzelkämpfer. Er plädierte, wie später auch einige Psychiater des Rheinlands, für kleine gemeindenahe Anstalten. Doch die Mehrzahl der Psychiater verfolgte auch weiterhin die Methode der Isolierung.[9] Insbesondere bei

---

[5] Orth/Wolf-Braun (1994), S. 114, und Orth (1994), S. 150-153.
[6] Orth/Wolf-Braun (1994), S. 114, und Orth (1994), S. 145-150.
[7] Roelcke (1994), S. 140f.
[8] Roelcke/Klenk (1994), S. 43.
[9] Blasius (1980), S. 41-44.

„tobsüchtigen“ Patienten war das Spektrum der Zwangsmittel beträchtlich: Es reichte von Zwangsjacken und -stühlen über das Einbinden in Säcke oder feuchte Tücher bis zum Einsperren in sogenannte Tobzellen.

Bis zur Jahrhundertwende trugen die Reformen des „Rheinischen Irrenwesens“ erste Früchte: Zwangsjacke, Zwangsstuhl und Zwangsbett gehörten nun etwas seltener zum therapeutischen Repertoire. Vor allem in den familiär gehaltenen Gesprächsrunden der Privatanstalten sollten die Patienten durch Zerstreuung (Ablenkung von krankhaften Denkinhalten), Appelle an die Einsicht des Erkrankten und durch das Herbeiführen von heilsamen Schocks auf der Grundlage von Schreck, Furcht oder Scham eine Besserung ihres Zustands erfahren.

Auch der von Mesmer begründete „tierische Magnetismus“ und die in der Folge diskutierten Behandlungsmethoden „sympathetischen Heilens“ bis hin zur Hypnose dürften überwiegend außerhalb der öffentlichen „Irrenanstalten“, also in den Privatkliniken, angewendet worden sein.[10] In den achtziger und neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts fanden in Bonn, wie in ganz Europa, mesmerische, spiritistische und hypnotische Sitzungen in den Theatern und privaten Salons statt. Ärzte und Wissenschaftler spielten dabei aber keine bedeutende Rolle, sondern waren eher Zuschauer und Beobachter. In der 1892 gegründeten „Zeitschrift für Hypnotismus“ findet sich kein einziger Beitrag eines Bonner Psychiaters. Wohl auch anhand dieses Indizes lässt sich sagen, dass Bonn beziehungsweise das Rheinland in der Erforschung der Hypnose, und damit auch der Therapie mit derselben, keine wesentliche Rolle spielten.[11] Bernhard van Gülick untersuchte die Protokolle der Vereinsversammlungen des „Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz“. Seinen Ergebnissen zufolge waren in der Rheinprovinz suggestive Methoden und die Hypnose mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts durchaus akzeptierte Mittel zur Behandlung psychischer Erkrankungen geworden. Sie hatten aber auch weiterhin nicht den Stellenwert der physikalischen und heutigen pharmakologischen Behandlungsmethoden.[12]

Angelehnt an Therapieformen aus den Nachbarländern favorisierten einige rheinländische Psychiater, welche sich üblicherweise in Studienreisen über Therapie- und Behandlungsformen andernorts informierten, die „Familientherapie“, das heißt die Unterbringung des Erkrankten in einer Familie.[13]

Die medikamentöse Therapie steckte im 19. Jahrhundert noch in den Kinderschuhen. 1804 war Friedrich Sertürner die chemische Isolierung des Morphins aus Opium gelungen. Das Morphin war in der Folge neben Alkohol oder Chloralhydrat ein weit genutztes Mittel zur Beruhigung „Tobsüchtiger“, aber auch bei anderen seelischen Störungen; die heute verfügbaren, hochpotenten Neuroleptika basieren demgegenüber auf Entwicklungen aus der Mitte des 20. Jahrhunderts.[14]

---

[10] Roelcke/Klenk (1994), S. 43-47.

[11] Wolf-Braun (1994), S. 77f.

[12] Wolf-Braun (1994), S. 79. Dort Verweis auf Bernhard van Gülick, Die Geschichte des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz, 1867-1930 (= Diss. med. Berlin 1992).

[13] Roelcke/Klenk (1994), S. 47.

[14] Ebenda, S. 47. Allerdings entwickelte sich auch der Morphinismus aus der Entdeckung des Morphins, ein zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht seltenes Krankheitsbild.

2. Die Hertz'sche Privatklinik

In ebendiesem soziokulturellen und fachlichen Kontext wurde in der Mitte des 19. Jahrhunderts – am 1. Juni 1849 – die Hertz'sche Privat-Heil- und Pflege-Anstalt ins Leben gerufen. Sie war nach ihrem Gründer Dr. med. Carl Hertz benannt und wurde mit folgender Beschreibung beworben:

> „Das Privatkrankenhaus des Dr. Carl Hertz in Bonn verfolgt nach dem Prospect vom März d.J. den besonderen Zweck, einer nur beschränkten Anzahl von Kranken aus der Klasse der Gemüths- und Geisteskranken möglichst im Verbunde mit der ärztlichen Familie und unter directester Aufsicht des Arztes Behandlung und Verpflegung zu gewähren. Das Gebäude hat 16 Wohnzimmer, 2 Salons, Badestube u.s.w., 2 grosse Gärten, gesunde Lage, zweckmässige Einrichtung. Es bestehen zwei Verpflegungsklassen, die 1ste á 150fl., die 2te à 125fl. Quantaliter."[15]

Ein Wärter, eine Wärterin, ein Kinderfrau und eine Köchin bildeten neben dem Ehepaar Hertz das Personal der Anstalt in ihren Anfangstagen. Ursprünglich war die Anstalt am Vierecksplatz in einem ehemaligen Gutshof (Gymnicher Hof) untergebracht. 1861 erfolgte wegen deutlich ansteigender Patientenzahlen ein Umzug an den Kreuzbergerweg in Bonn. Nach dem Umzug konnten in drei Häusern etwa 30 Kranke behandelt werden. Die Patientenzahl wuchs stetig (Patientenbestand 1850: 12, 1865: 25, 1875: 51, 1886: 69, 1896: 89). Es erfolgten mit den Jahren mehrere Um- und Neubauten, so dass am Ende des 20. Jahrhunderts etwa 90 bis 95 Kranke jährlich behandelt werden konnten. Zu diesem Zeitpunkt bestand die Anstalt aus neun größeren Gebäuden mit einem umliegenden Gartengrundstück von 15 Morgen Land.

Die Klinik hatte unter Zeitgenossen einen guten Ruf. Gerade die humane, von Zwangsmitteln möglichst frei gehaltene Krankenbehandlung von Hertz begründete eine zunehmende Bekanntheit im In- und Ausland.

Einen Eindruck vom Handeln und Denken des Gründers Carl Hertz und dessen Orientierung bei der Versorgung der Patienten liefert ein Nekrolog, welcher der Nachfolger von Hertz, Robert Thomsen, 1898 verfasste.

Demnach verfolgte Hertz die Idee,

> „dass gerade in einer kleinen Anstalt der Arzt und seine Familie in ununterbrochener intimer Berührung mit seinen Patienten den selben die verlorene Häuslichkeit, den Familienanschluss gewähren soll, wie er durch seine Anschauungen, Lebensführung gleichzeitig ein Vorbild und ein Freund seiner Kranken sein, ihnen seine persönliche, ja fast möchte man sagen, seine eigene häusliche Behaglichkeit opfern soll, sich dabei bewusst bleibend, dass keineswegs immer ihm ein Dank von Seiten der Patienten zu Theil werden würde. Dass diese Anschauungen nicht blosse Worte waren, sondern dass nach ihnen wirklich gehandelt wurde, das geht aus dem ganzen Anstaltsleben der damaligen Zeit klar hervor."[16]

---

[15] Anonymus (1850).

[16] Thomsen (1898), S. 307.

Thomsen stellte im Weiteren die Vermutung auf, dass Hertz und seine Ehefrau die ersten in Deutschland waren, die Patienten der Klinik, soweit es ihr Zustand irgendwie erlaubte, in den Kreis der Familie aufnahmen. Über die Ehefrau von Hertz schreibt Thomsen wie folgt:

> „(...) und nur bei der Eigenart einer Frau, die so völlig in den Intentionen ihres Mannes aufzugehen, so vollständig sich dem doppelten Berufe als Hausfrau und Anstaltsmutter hinzugeben wusste, war das [die Versorgung der Kranken nach Hertz'schem Ideal] überhaupt möglich (...)."[17]

> „Besonders zu den Damen gestalteten sich die Beziehungen der Familie direct freundschaftlich und es ist wohl diesem völligen Aufgehen der Familie an den Kranken zuzuschreiben, dass so rasch der Ruf der Anstalt sich verbreitete und dass dieselbe ganz besonders von den vornehmsten Kreisen aller Länder in Anspruch genommen wurde."[18]

1875 wurde ein Assistenzarzt namens Freusberg eingestellt. Dieser arbeitete jedoch nur ein halbes Jahr in der Klinik und wurde dann von Franz Hertz, dem Sohn von Carl Hertz, abgelöst.

Carl Hertz sollte seine Klinik jedoch nicht wie geplant an seinen Sohn weitergeben können, da dieser 1884 an einem schweren Lungenleiden verstarb. Auch die Hoffnung, die Anstalt in die Hände des ehemaligen und, nach dem Tod des Sohnes, neuen Mitarbeiters und Schwiegersohnes Freusberg zu geben, erfüllte sich nicht: Freusberg starb 1888 an Perityphlitis. Als neuen Nachfolger bestimmte Hertz daher Robert Thomsen. Hertz selbst zog sich vollkommen aus dem beruflichen Leben zurück. Thomsen hatte sich in Berlin im Jahr 1886 habilitiert und trat dann 2 Jahre später die Stelle als Leiter der Hertz'schen Privatklinik in Bonn an. Er starb am 26. Oktober 1914 im Alter von 56 Jahren an den Folgen eines Nierentumors.

Ab 1914 wurde die Hertz'sche Privatklinik deshalb von Hans König und Alexander Wilhelmy geleitet. Dies ist die Zeit, aus der die meisten Akten überliefert sind; über die persönlichen Ansichten und den Werdegang der beiden Mediziner ist gleichwohl nur wenig hinterlassen. Allerdings scheint sich an der grundsätzlichen konzeptionellen Ausrichtung der Klinik, wonach Ärzte, Pflegepersonal und Patienten unter einem Dach wohnten, auch unter der neuen Ägide nichts geändert zu haben.

Die Klinik wurde nach dem Zweiten Weltkrieg trotz erheblicher Schäden mit einer Anzahl von 78 belegbaren Betten wieder aufgebaut, dann aber am 31. März 1952 – im Todesjahr von Alexander Wilhelmy – endgültig geschlossen.

---

[17] Thomsen (1898), S. 307.

[18] Thomsen (1898), S. 308.

3. Die Klinikleiter

Die Klinik wurde während ihres rund einhundertjährigen Bestehens maßgeblich durch ihre Leiter geprägt, wobei ihrem Gründer, Carl Hertz, eine herausgehobene Rolle zukam. Im Folgenden sollen deshalb alle Klinikleiter im Rahmen konziser ergobiographischer Skizzen kurz vorgestellt werden.

3.1 Carl Hertz – Klinikleiter von 1849 bis 1888

Der Klinikgründer Dr. Carl Hertz wurde in Bonn am 16. Juni 1817 geboren. Er studierte in Bonn und gelangte über eine Vermittlung von Prof. Dr. Friedrich Nasse im August 1844 zu Dr. Jacobi in die Irrenanstalt Siegburg. vier Monate später ging er nach Köln ins Bürgerhaus, dann in eine allgemeine Praxis nach Neuss am Rhein. Im Jahr 1847 wechselte er in die Richarz'sche Privatanstalt nach Bonn. 1849 verabschiedete sich Hertz aus besagter Einrichtung, um selbst eine „Privat-Irrenanstalt" ins Leben zu rufen.

Vor allem seine Anschauungen zur Behandlung der psychisch Kranken, die sich den Überlieferungen zufolge durch humane Grundsätze auszeichneten, hoben Hertz wohl von dem Gros der psychiatrisch tätigen Ärzte ab. Im Allgemeinen beschreibt ihn sein Nachfolger Thomsen als einen ernsten, sehr bestimmten Menschen, der sich nur schwer gegenteiligen Meinungen fügen konnte. Gegenüber den Patienten sei er ernst, bestimmt, aber sehr wohlwollend gewesen, mit dem Personal gütig und nachsichtig umgegangen. Sein wissenschaftliches Interesse galt den Halluzinationen und dem „Delirium acutum idiopathicum".

Nach mehreren Schicksalsschlägen – dem frühen Tod einer Tochter und seines Sohnes Franz – erlahmte die Arbeitsfreude des Ehepaares Hertz. Nachdem Hertz die Leitung der Klinik 1888 an Robert Thomsen übergeben hatte, zog er sich völlig aus der Klinikleitung zurück. 1893 wurde Hertz zum Geheimen Sanitätsrat ernannt. Kurz nachdem er zusammen mit seiner Ehefrau die Goldene Hochzeit gefeiert hatte, verstarb der Gründer der Hertz'schen Privatklinik am 11. Februar 1897 im Alter von 79 Jahren.[19]

3.2 Robert Thomsen – Klinikleiter von 1888 bis 1914

Prof. Dr. Robert Thomsen wurde am 15. Juli 1858 in Hamburg geboren. Sein Medizinstudium führte ihn nach Tübingen, Leipzig und Göttingen. In Göttingen wurde er im Jahr 1881 promoviert. Nach zwei Jahren als Assistenzarzt ging er 1882 an die Charité nach Berlin, wo er in der psychiatrischen Klinik unter Carl Westphal – dem Vater des späteren Bonner Universitätsprofessors Alexander Westphal – arbeitete. Thomsen habilitierte sich im Jahr 1886 in Berlin und trat zwei Jahre später die Stelle als Leiter der Hertz'schen Privatklinik in Bonn an.

Thomsen wird als eher wissenschaftlich orientierter Arzt beschrieben; seine eigentliche Leidenschaft habe nicht der Tätigkeit als Anstaltsarzt gegolten, sondern der wissenschaftlichen Forschung und der akademischen Lehrtätigkeit. Aus seiner Zeit an der Berliner Charité rühren einige pathologisch-anatomische Arbeiten, die seine wissenschaftliche Gründlichkeit dokumentieren.

---

[19] Kirchhoff (1905); Thomsen (1898).

Nachdem Thomsen die Leitung der Hertz'schen Privatklinik übernommen hatte, widmete er sich dieser Aufgabe jedoch mit großem Einsatz; unter seiner Leitung gewann die Klinik an Patienten und an Bedeutung. Thomsen war außerdem Gründungsmitglied und langjähriger Vorsitzender des Vereins deutscher Privatanstaltsbesitzer und -leiter.

Sein wissenschaftliches Wirken setzte er auch in Bonn fort. Er veröffentlichte mehrere Arbeiten, besuchte Kongresse und Versammlungen und hielt Vorlesungen vor allem zu forensisch-psychiatrischen Themen ab. Das Interesse Thomsens galt nunmehr vornehmlich den Neurosen und hier vor allem dem weiten Gebiet der „Hysterie". Daneben arbeitete er zur Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Erkrankungen, zur Commotio beziehungsweise Hirnverletzungen und zu paralytischen Frühsymptomen.

In den letzten Jahren seines Wirkens wurde ihm noch einmal eine Professur angetragen, und Thomsen trug sich mit dem Gedanken, sich aus der Anstalt zurückzuziehen und nur noch als Konsiliarius tätig zu sein. Dies rückte durch den Ausbruch des Ersten Weltkrieges in den Hintergrund. Thomsen stellte sich noch für die in der Hertz'schen Privatklinik errichtete Lazarettstation zur Verfügung; bald aber wurde deutlich, dass er selber schwer erkrankt war. Er starb am 26.10.1914 im Alter von 56 Jahren an den Folgen eines Nierentumors.[20]

3.3 Hans König – Klinikleiter von 1914 bis 1936(?)

Prof. Dr. Hans König wurde am 6. Dezember 1878 in Wien geboren. Er studierte von 1898 bis 1904 Medizin in Wien und wurde 1903 promoviert. Nachdem er von 1904 bis 1906 an der Wiener Poliklinik gearbeitet hatte, wechselte er 1906 an die Hertz'sche Privatklinik nach Bonn. Diese verließ er wieder, um sich in Kiel zu habilitieren. 1910 legte er das Staatsexamen ab und erhielt 1914 die Venia legendi.

Im gleichen Jahr kehrte er nach Bonn zurück und übernahm zusammen mit Dr. Wilhelmy die Leitung der Hertz'schen Privatklinik. Zeitgleich suchte er Kontakt zur Bonner Universität, wirkte dort als Privatdozent und später als außerordentlicher Professor mit dem Schwerpunkt Psychotherapie. Zu den Veröffentlichungen von Hans König gehören Arbeiten zu psychischen Störungen nach Blitzschlag, zur forensisch-psychiatrischen Bedeutung von Menstruation, Gravidität und Geburt (Thema der Habilitation im Jahr 1914), zum Medikament Luminal und zur „Simulationsfrage".

1933 wurden ihm aufgrund seiner Zugehörigkeit zur jüdischen Religionen im Rahmen des Gesetzes zur „Wiederherstellung des Berufbeamtentums" die Lehrbefugnisse entzogen. König starb am 27. Februar 1936 an den Folgen eines Herzleidens in Bonn; sein an den Beinen gelähmter Sohn wurde im Rahmen der nationalsozialistischen „Euthanasie" wenige Jahre später ermordet.[21]

[20] Wilhelmy (1916), S. 109f.; Wassermeyer (1924).

[21] Vgl. Forsbach (2006), S. 353f., und Fremerey-Dohna/Schoene (1985), S. 121f.

3.4 Alexander Wilhelmy – Klinikleiter von 1914 bis 1952

Dr. Alexander Wilhelmy übernahm 1914 zusammen mit Hans König die Leitung der Hertz'schen Privatklinik. Zu Alexander Wilhelmy existieren in den überlieferten Archivalien und der verfügbaren Sekundärliteratur kaum aussagekräftige Informationen. Allerdings findet sich eine Internetquelle, die eine Reihe von Details zu Wilhelmy offenbart, ohne dass es jedoch im Rahmen dieser Studie möglich war, die Angaben verbindlich zu verifizieren.[22] Demnach wurde Wilhelmy als Georg Alexander Wilhelmy am 16. Mai 1868 in Langenschwalbach als Sohn von Johann Carl Wilhelmy und Leopoldine Ganter geboren. 1901 heiratete er mit 32 Jahren die 1877 geborene Paula Dessauer. Aus der Ehe gingen besagter Quellen zufolge drei Kinder hervor: Ernst, Elisabeth und Franz Joseph. Letzterer wurde später Senatspräsident am Oberlandesgericht in Köln und war verheiratet mit Ellen Dyroff, der Tochter des Philosophieprofessors Dyroff und späteren Rektors der Universität in Bonn.

Wilhelmy selbst schrieb später in der Festschrift zum 100-jährigen Bestehen der Klinik, dass er sich mehr als 50 Jahre seines Lebens der Hertz'schen Privatklinik gewidmet habe. Zusammen mit seinem Kollegen setzte er die „unentbehrliche Psychotherapie" und alle erprobten diagnostischen Hilfsmittel sowie „moderne" Behandlungsformen ein. Neben den schon im Jahre 1922 durchgeführten Fieberkuren (Recurrens, Malaria und medikamentös) wandte er später die Insulin- und Schockbehandlung an. Wilhelmy starb der besagten Internetquelle zufolge am 5. Juni. 1952 in Bonn mit 84 Jahren.[23]

4. Die Patienten der Hertz'schen Klinik

4.1 Quellen und methodischer Zugriff

Im Rahmen dieser Arbeit wurden insbesondere Patienten-Aufnahmebücher aus den Jahren 1918/19, 1923 bis 1925 und 1931 ausgewertet. Sie befinden sich im Archiv der Rheinischen Landesklinik Bonn.

Zum Vergleich konnte auch die 1894 veröffentlichte Festschrift zum 25-jährigen Bestehen der Hertz'schen Privatklinik zugrunde gelegt werden – sie gewährt einen grob orientierenden Aufschluss über das Patientenklientel bis zum Jahr 1892. Besagte Schrift wurde 1894 von Robert Thomsen unter dem Titel „Bericht über die fünfundzwanzigjährige Wirksamkeit der Dr. Hertz'schen Privat-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn" veröffentlicht und enthält neben Tabellen zur Krankheitsverteilung, Aufnahmen, Entlassungen etc. auch einige zentrale Informationen über die Historie der Klinik.[24]

---

[22] Vgl. Opdam-Stockmann (o. J.), unter Genealogie Wilhelmy, Abschnitt VI.25.

[23] Ebenda; Wilhelmy (1949), S. 3-7.

[24] Thomsen (1894).

4.2 Vorläufige Ergebnisse

Um einen ersten Überblick zu gewinnen, erfolgte zunächst eine Auswertung der Aufnahmebücher nach Diagnosen. Hier zeigte sich eine Vielzahl an (teil)synonymen Beschreibungen. Um eine bessere Übersicht zu erhalten, erschien es daher sinnvoll, die aufgeführten Diagnosen zu Diagnosegruppen zusammenzufassen. Dabei wurden unter den Diagnosegruppen die folgenden Einzeldiagnosen und Bezeichnungen subsummiert:

Demenz: Dementia, präsenile Demenz, Dementia senilis, senile Demenz, Altersschwachsinn mit Verwirrtheit, Präsenile Verwirrtheit.

Affektive Störungen: Manisch-depressives „Irresein", Manie, Depression, Melancholie, Manisch-Depressives „Irresein" mit hysterischen Zügen, Melancholie mit Angstzuständen, Melancholie mit Zwangsvorstellungen, Manisch-depressiver Mischzustand, Melancholische Depression, Depressionszustand, Reaktive Depression, Melancholischer Depressionszustand mit Erregung, Hypochondrische Depression, Melancholie/Manisch-depressives „Irresein", Periodische Depression, Melancholischer Depressionszustand, Manisch-depressiver Zustand, Zyklothymie, Exogene Depression (schwer einzustufen, da nicht klar wird was „exogen" in diesem Fall bedeutet), Manischer Erregungszustand, Senile Depression, Manisch-depressives „Irresein"/Manie, Periodische Melancholie, Depression bei Carcinom, Paranoide Depression (hier eingeordnet mit der Vorstellung einer Depression mit psychotischen Symptomen), Circuläre Circuläres „Irresein", Depressionszustand nach Trauma, Depressionen nach Haft.

Suchterkrankungen: Alkoholismus (chron.), Morphinismus (chron.), Opiumsucht, Eucoldalabusus, Polytoxikomanie (Alkoholismus, Morphium-/Kokain- sowie Opiummissbrauch), Chronischer Alkoholismus, Schlafmittelabusus/Alkoholismus, Dilaudidabusus, Narkotikaabusus, Erregungszustand nach Narkotikaabusus, Korsakoff, Tabakabusus, Korsakowsche Psychose und Alk. Chron., Cocainismus (chron.), zur Untersuchung auf chronischen Alkoholismus, Alkohol-Halluzinose, Codeinabusus/Thrombose, Abstinenzerscheinungen nach Dilaudidentzug, chronischer Morfinismus (Dilaudid), Morphinabusus, Morphinismus/ Cocainismus, Morphinismus/Schlafmittelmissbrauch, chronischer Cocainismus, zur Untersuchung auf chron. Alkoholismus, Hysterie bei Alkoholismus, Korsakowsche Psychose/ Alk. Chron., Morphinismus dégénére, zur Beobachtung (Morph. chron.).

Syphilitische Krankheitsbilder: Lues latens, Tabes dorsalis, Tabesparalyse, Progressive Paralyse, Lues cerebri, Tabes, Lues cerebrospinalis, Paralyse, Malaria/Pyrifer (Die Pyrifer Kur wurde bei Progressiver Paralyse und bei Schizophrenie angewendet, Malariakuren werden in den Krankenakten der Hertz'schen Anstalt nur bei syphilitischen Erkrankungen erwähnt, es war aber auch eine therapeutische Option bei Schizophrenie), Juvenile Paralyse (Paralyse ist wahrscheinlich im zeitlichen Zusammenhang als syphilitische Erkrankung zu verstehen) Lues Cerebri/Pleuritis/Cystitis, Halluzinose bei Lues latens, Lues latens/Erschöpfung.

Organische Erkrankungen des Gehirns oder der Nerven: Epilepsie, Multiple Sklerose, Bulbärparalyse, Arteriosklerose, Ateriosklerotische Depression, Arteriosklerotisches „Irresein", Friedensreich'sche Ataxie, Postapoplektischer Zustand, Aphasie und Ataxie nach Entfernung eines Hirntumors, Tuberkulöse Meningitis, Postapoplektische Verwirrtheit, Parkinson und Encephalitis, Pseudo-Bulbär Sklerose, Parkinsonismus nach Enzephalitis, Demenz bei Arteriosklerose, Sklerotischer Zustand nach Enzephalitis, Hirntumor, multiple Lähmungen nach Encephalitis, Spät-Epilepsie, Tumor cerebri, Postapoplektische Demenz, spiritistische Wunsch-Psychose auf arteriosklerotischer Grundlage (eine außergewöhnliche Diagnose, hier aufgrund der arteriosklerotischen Grundlage eingeordnet).

Intelligenzstörungen, geistige Behinderungen: Imbecillität, Idiotie, Hochgradiger Schwachsinn, Imbecillität und Erregung, Imbecillität und Erregungen.

Schizophrene, schizophreniforme Erkrankungen und Erkrankungen mit hauptsächlich paranoiden Symptomen: Chronische Paranoia, Dementia praecox, Paranoia, Spät-Katatonie, Katatonie, Paraphrenie, Polyphrenes „Irresein", Hebephrenie, Schizophrenie, paranoide Form der Schizophrenie, schizophrene Reaktion, schizophrener Schub, Erregungszustand/ Schizophrenie, Erregungszustände (Schizophrenie), Paranoia acuta, schizophrene Reaktion, beginnende Schizophrenie, paranoider Zustand/schizophrene Züge, Paranoia akuter Zustand/schizophrene Züge, Wahnideen mit Sinnestäuschungen/schizophrener Schub, Erregungszustand/Schizophrenie, Erregungszustände (Schizophrenie), Paranoider Zustand im Präsenium, Reaktive Psychose, Schizophrenie? Dementia paranoid.?, Dementia paran., Halluzinose (Schizophren?), Angstpsychose, Situationspsychose.

Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, *Persönlichkeitsauffälligkeiten*: Polyphrenie, Neurasthenie, Neurasthenischer Depressionszustand, Kriegsneurose/Schütteltremor, Psychopathie, Willlensschwäche bei Psychopathie, neurasthenischer Erschöpfungszustand, Psychopathie, Neurasthenie, nervöse Erschöpfung, Psycho-Neurose bzw. Beschwerden nach Trauma, Zwangsvorstellungen, Psychopathie mit paranoiden Zügen, Neurasthenische Hypochondrie, Degenerative Psychopathie, Zwangsneurose, Situations-Neurose, Nervöse Beschwerden, Akute Schreckneurose, nervöse Beschwerden nach Gallenblasen Op, Haltloser Psychopath (Alkohol- und Morfinabusus), Nervöse Beschwerden nach Operation, Psychopathie/Verschrobene Psychopathie/Diabetes, Degenerative Psychopathie mit Zwangsvorstellungen, Psychogene Beschwerden, Psychogene Depression, nervöse Beschwerden/ Gastroenteritis, Psychogener Depressionszustand, Verschrobenheit, Schreckneurose, Situations-Neurose, Psychopathie mit Neigung zu Abusus von Alkohol- und Narkotika, paranoide Depression bei Psychopathie, Depression bei Psychopathie, „Verschrobener Psychopath", Degénéré, Nervöse Magenstörungen, psychopath. Depression, Zwangs-Depression, Psychopathie und Homosexualität.

Mischbilder und Doppeldiagnosen: Neurasthenie/Pantoponmissbrauch, Neurasthenie/Cocainismus, Psychopathie/Depression, Tabes dorsalis/Psychose, Hysterie/Morphinismus, Psychopathie/Eifersuchtswahn, Hysterie und Melancholie, Morphinismus (chron.)/paranoider Wahn, Hysterische Symptome/Neigung zu Narkotika, Hysterie/Morphinismus/Schlafmit-

telabusus, Imbecillität/Dementia praecox, Hysterische Störungen bei Psychopathie und Alkoholismus, Narkotikaabusus/Psychopathie, Epileptische Anfälle und narkoleptische Zustände nach Trauma, Hysterie/Depression, Hysterie/Zwangsvorstellungen, nervöse Beschwerden/Hysterie, Halluzinationen und Verwirrtheitszustand/Alkohol, Arteriosklerose/Depression, Cocainismus/Psychopathie, Alkoholismus/Psychopathie, Hysterie/chronischer Morphinismus, Hysterische Degeneration/Morphinismus/Alkoholismus, Lues latens/Depression, Alkohol chron./Paranoia, Melancholie/Parkinson, Paranoia/chron. Morphinismus u.a., Psychopathie/Morphinismus, Chronischer Alkoholismus und Depression, Manisch-depr. „Irresein"/senile Erregung, Imbecillität/Dementia praecox, Manisch-depressives „Irresein"?/ Hysterie?, Circuläre? – unklar, Alc. Halluzinose (Lues latens), Manisch-depressives „Irresein" oder Hysterie?, Imbecillität/Psychopathie, Hypochondrische Melancholie, Depression bei alter Lues.

Hysterische Erkrankungen: Hysterie, Hysterie mit Zwangsvorstellungen, Hysterische Depression, Hysterie mit paranoiden Zügen, Hysterische Melancholie, Hysterische Störungen bei Taubstummheit, Degenerative Hysterie mit Wahnbildungen, Hysterie (psychogene Schmerzen), Magen Carzinom/Hysterie, Asthma bronch./Hysterie, Paranoide Depression bei Hysterie, Hysterie (Krieg), Hysterische Beschwerden/Neuralgie.

(Psychische) Störungen mit Bezug zum Klimakterium: Postklimakterische nervöse Beschwerden, depressive Reaktion im Klimakterium, klimakterische Beschwerden, postklimakterische Beschwerden, Reaktive Psychose im Klimakterium, Depressionszustand im Spätklimakterium, Klimakterische Depression, plimakterische Beschwerden/Hypertonie, paranoide Zustände im Klimakterium

Organische Beschwerdebilder ohne direkten Bezug zum Nervensystem: Krebs, Kachexie, Hypertonie, Carcinom-Kachexie, Ischias Tumor des Abdomens.

Sonstiges: zur Beobachtung, zur Erholung, ohne Diagnose, zum Besuch, unklarer Fall, zur Quarantäne, Unklar: Zonen-Beh., Akuter Verwirrtheitszustand bei Schrumpfniere, Erschöpfungszustand, Neuralgien bei ?, Delirium b. Vit. Cord., Cephalea, Cephalea (Ovarialausfall?), Curum chron., Acuter Erregungszustand, Erschöpfungszustand nach Fieberdelirien, periodische Erregungszustände, des Weiteren: Nicht leserlicher Eintrag, Kein Eintrag, s. 230, Keine Diagnose.

Tabelle 1 gibt Aufschluss über die Verteilung der vorgenannten Krankheitsbilder in den jeweiligen Zeiträumen. Tabelle 2 informiert über die jeweiligen Patientenzahlen, aufgeschlüsselt wiederum nach Diagnosegruppen.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass das Patientenaufkommen im Untersuchungszeitraum variierte: Verglichen mit den Jahren 1918 und 1919 (insgesamt 379 behandelte Patienten) verzeichnete die Klinik im Zeitraum 1923 bis 1925 (insgesamt 848) einen deutlichen Patientenzuwachs; 1931 ging die Patientenzahl demgegenüber wieder zurück (257).

In allen betrachteten Zeiträumen lag der Anteil von Frauen an den Patienten deutlich höher als der Anteil der Männer. Insbesondere die Diagnose „Hysterische Erkrankung"

wurde nahezu ausschließlich bei Patientinnen gestellt. Bei den Suchterkrankungen und syphilitischen Erkrankungen waren wiederum überwiegend Männer betroffen. Ein in etwa ausgewogenes Geschlechterverhältnis findet sich im Bereich der organischen Hirnerkrankungen, der neurotischen Krankheitsbilder, der Intelligenzstörungen und der Mischbilder. Bei beiden Geschlechtern wurde prozentual am häufigsten die Diagnose der affektiven Störungen gestellt, wobei der Frauenanteil deutlich überwog. Als zweithäufigste Diagnosegruppe imponiert die Gruppe der schizophreniformen Erkrankungen. Auch hier überwog klar der Frauenanteil. Es folgt die Gruppe der Suchterkrankungen und der syphilitischen Erkrankungen, bei denen der Anteil männlicher Patienten größer ausfällt als der der weiblichen Kranken.

Tabelle 1: Überblick über die Verteilung der Krankheitsbilder der Gesamtinsassen in Prozent; zusammengestellt von Peter Schuster

Erkrankung	**1918-1919**	**1923-1925**	**1931**
Demenz	8,7	4,5	3,9
Affektive Störungen	25,9	19,6	23,4
Suchterkrankungen	8,2	12,6	11,3
Syphilitische Erkrankungen	7,9	11,8	7,0
Organische Erkrankungen des Gehirns oder der Nerven	6,6	3,9	5,8
Intelligenzstörungen, geistige Behinderungen	1,3	1,4	0,8
Schizophrene, schizophreniforme Erkrankungen und Erkrankungen mit hauptsächlich paranoiden Symptomen	19,0	20,1	22,6
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, Persönlichkeitsauffälligkeiten	3,2	9,7	11,3
Mischbilder, Doppeldiagnosen	5,3	5,2	3,1
Hysterische Erkrankungen	12,7	8,1	5,5
Sonstiges	1,9	2,6	2,0
(Psychische) Störungen mit Bezug zum Klimakterium	0	0,2	2,7
Organische Beschwerdebilder ohne direkten Bezug zum Nervensystem	0	0,4	0,8

Was die Hintergründe der Einweisung betrifft, so zeigen sich im Zeitverlauf deutliche Veränderungen. Während in den Jahren 1918/19 etwa 18,5% der Patienten mit Attest aufgenommen, das heißt zwangseingewiesen wurden, stieg dieser Anteil im Zeitraum zwischen 1923 und 1925 auf 31,1%. Im Jahr 1931 lag die Quote der Aufnahmen mit Attest bereits bei 35,8%. Die Geschlechterverteilung zeigte sich im Hinblick auf Zwangseinweisungen in den Jahren 1923 bis 1925 fast ausgeglichen (Frauen 30,2%, Männer 32,2%); im Zeitraum 1918 bis 1919 (Frauen 21,5%, Männer 13,7%) und im Jahr 1931 (Frauen 41,3%, Männer 27,4%) überwog demgegenüber der Frauenanteil unter den mit Attest aufgenommenen Patienten.

Erwähnung verdienen auch die in den Aufnahmebüchern vermerkten Angaben zum Status bei Entlassung (geheilt, gebessert, ungeheilt oder gestorben) – allerdings sind bei vielen Patienten keine oder nur unklare Angaben vermerkt. 1918/19 galten demnach 9,5% der Patienten bei Entlassung als geheilt, 30,9% als gebessert, 9,5% als ungeheilt, während 5,3% in der Anstalt verstarben.[25] Bei den ungeheilten und verstorbenen Patienten waren die männlichen Insassen stärker vertreten als die weiblichen.

Im Zeitraum von 1923 bis 1924 stieg die Quote der geheilten Patienten auf 17,6%; 47,8% galten als gebessert, 8,7% blieben ungeheilt, 3,9% verstarben. Bezüglich der geheilten Patienten findet sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern. Während nur 14,1% der Frauen die Klinik als geheilt verließen, konnte bei den Männern jeder fünfte Patient (21,9%) erfolgreich behandelt werden. Ansonsten ergaben sich in der prozentualen Verteilung nur geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

1931 sank die Prozentzahl der geheilten Patienten auf 11,7%, es zeigte sich wiederum ein deutlicher Unterschied zwischen Männern (17% geheilt) und Frauen (8% geheilt). Auch der Anteil der in einem gebesserten Zustandsbild entlassenen Patienten fiel nun geringer aus (38,1%); hier überwog der Frauenanteil (41,7%) gegenüber dem der Männer (33%). Insgesamt waren 19,5% als „ungeheilt" entlassen worden (Männer: 24,5%; Frauen: 15,8%). Erneut war der Anteil verstorbener Männer (4,7%) höher als bei den Frauen (2,7%).

Besagte Statistiken unterscheiden sich zum Teil deutlich von den Zahlen, die der „Bericht über die fünfundzwanzigjährige Wirksamkeit der Dr. Hertz'schen Privat-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn" (1894) für den Zeitraum *vor 1892* dokumentiert. Zu jener Zeit wurden 14,8 % als geheilt entlassen – dabei war der Anteil der Frauen (18,4%) höher als derjenige der Männer (12,3%). Auch bei den als „gebessert" entlassenen Patienten (38,6%) überwog zu jener Zeit das weibliche Geschlecht (43,9% zu 34,8%). Die Rate der „ungeheilten" Patienten (insgesamt 28,8%) war bei beiden Geschlechtern nahezu identisch, bei den Sterbefällen überwogen deutlich die Männer (23,9%) gegenüber 8,2% bei den Frauen (insgesamt 17,4%).

[25] Die zur Gesamtsumme von 100 Prozent fehlenden Prozentangaben betreffen den Anteil von Patienten, bei denen nähere Informationen fehlen.

Tabelle 2: Patientenaufnahmen in der Hertz'schen Klinik, 1867-1892; zusammengestellt von Peter Schuster

Jahr	Geisteskranke			Nervenkranke			Gesamt		
	mask.	fem.	gesamt	mask.	fem.	gesamt	mask.	fem.	gesamt
1867	4	10	14	0	0	0	4	10	14
1868	5	6	11	2	3	5	7	9	16
1869	5	11	16	5	4	9	10	15	25
1870	11	10	21	1	0	1	12	10	22
1871	12	13	25	2	1	3	14	14	28
1872	9	15	24	4	1	5	13	16	29
1873	15	19	34	2	1	3	17	20	37
1874	13	11	24	2	3	5	15	14	29
1875	11	10	21	1	3	4	12	13	25
1876	6	11	17	1	0	1	7	11	18
1877	14	3	17	0	2	2	14	5	19
1878	10	13	23	0	0	0	10	13	23
1879	9	10	19	0	1	1	9	11	18
1880	8	9	17	5	3	8	13	12	25
1881	9	8	17	1	2	3	10	10	20
1882	15	7	22	3	3	6	18	10	28
1883	11	7	18	2	1	3	13	8	21
1884	15	8	23	1	1	2	16	9	15
1885	11	8	19	1	1	2	12	9	21
1886	3	7	10	5	1	6	8	8	16
1887	17	9	26	9	3	12	26	12	38
1888	6	8	14	5	4	9	11	12	23
1889	15	6	21	2	3	5	17	9	26
1890	19	14	33	6	11	17	25	25	50
1891	14	10	24	11	10	21	25	20	45
1892	13	9	22	11	7	18	24	16	40

Der Vergleich der verschiedenen Untersuchungszeiträume erbringt einen weiteren deutlichen Unterschied: Während in den Jahren 1918/19, 1923 bis 1925 und 1931 insgesamt weit mehr Frauen als Männer behandelt wurden, war der überwiegende Teil der Patienten in dem von Thomsen beschriebenen Zeitraum männlichen Geschlechts (138 Männer zu 98 Frauen).

Darüber hinaus ist festzustellen, dass im Zeitraum von 1867 bis 1892 der Anteil der als „geisteskrank" klassifizierten Patienten den der „nervenkranken" Patienten zumeist sehr deutlich überwog. Erst am Ende des Jahrhunderts deutete sich eine Trendumkehr an: 1891 und 1892 hatte die Zahl der „Nervenkranken" die der „Geisteskranken" fast erreicht (21 zu 24 bzw. 18 zu 22) – ein Sachverhalt, der allerdings nicht wirklich überrascht, wenn man berücksichtigt, dass die „Neurasthenie" (Nervenschwäche; von τὸ νεῦρόν, *neuron*, „Nerv", und ἀσθενής, *asthenès*, „schwach") etwa seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zu den Modekrankheiten vor allem der gehobenen Gesellschaftsschicht gehörte.[26]

5. Schlussbemerkungen

Die vorgestellten Ergebnisse sind Zwischenresultate eines laufenden Promotionsprojektes. Eine endgültige Einordnung der Daten und der Rolle der Hertz'schen Klinik als Privatanstalt und die Frage nach etwaigen Alleinstellungsmerkmalen der Privatklinik ist demzufolge weiteren Untersuchungen und einer entsprechenden Abschlusspublikation vorbehalten.

[26] Eckart (1997), S. 209-217.

Quellen

Archiv der Rheinischen Landesklinik Bonn
Patienten-Aufnahmebücher aus den Jahren 1918, 1919, 1923, 1924, 1925 und 1931.

Literatur

1. Anonymus (1850): Anonymus, Miscelle, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin 7 (1850), S. 533f.
2. Blasius (1980): Dirk Blasius, Der verwaltete Wahnsinn, Frankfurt am Main 1980.
3. Eckart (1997): Wolfgang U. Eckart, „Die wachsende Nervosität unserer Zeit". Medizin und Kultur um 1900 am Beispiel einer Modekrankheit, in: Gangolf Hübinger, Rüdiger vom Bruch, Friedrich Wilhelm Graf (Hrsg.), Kultur und Kulturwissenschaften um 1900, Bd. 2: Idealismus und Positivismus, Stuttgart 1997, S. 207-226.
4. Forsbach (2006): Ralf Forsbach: Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich", München 2006.
5. Fremerey-Dohna/Schoene (1985): Helga Fremerey-Dohna, Renate Schoene (Hrsg.), Jüdisches Geistesleben in Bonn 1786-1945. Eine Bibliographie, Bonn 1985 (= Veröffentlichungen des Stadtarchivs Bonn, 37).
6. Kirchhoff (1905): Theodor Kirchhoff, Karl Reimer Hertz, in: Allgemeine Deutsche Biographie, Bd. 50, Leipzig 1905, S. 259.
7. Opdam-Stockmann (o. J.): Vera A. Opdam-Stockmann, Genealogie van de families Opdam-van der Heijden en Stockmann-Wilhelmy, http://home.tiscali.nl/~hjopdam/ (gesehen am 13.06.2013).
8. Orth (1994): Linda Orth, Chronologie, in: Linda Orth et. al. (Hrsg.), „Pass op, sonst küss de bei de Pelman". Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts, Bonn 1994, S. 145-153.
9. Orth/Wolf-Braun (1994): Linda Orth, Barbara Wolf-Braun, „Der schrecklichste aller Schrecken ist die Wissenschaftlichkeit der Weiber". Von der Ehrenamtlichkeit zum Beruf der Frauen, in: Linda Orth et. al. (Hrsg.), „Pass op, sonst küss de bei de Pelman". Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts, Bonn 1994, S. 109-121.
10. Roelcke (1994): Volker Roelcke, „Ein eigenes Urtheil" über das Fremde. Studienreisen rheinischer Psychiater im 19. Jahrhundert, in: Linda Orth et. al. (Hrsg.), „Pass op, sonst küss de bei de Pelman". Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts, Bonn 1994, S. 135-142.
11. Roelcke/Klenk (1994): Volker Roelcke, Wolfgang Klenk, „Curmethoden" für „Geisteszerrüttungen" Psychiatrische Behandlungsprinzipien im 19. Jahrhundert. Ein Überblick, in: Linda Orth et. al. (Hrsg.), „Pass op, sonst küss de bei de Pelman". Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts, Bonn 1994, S. 43-47.
12. Thomsen (1894): Robert Thomsen, Bericht über die fünfundzwanzigjährige Wirksamkeit der Dr. Hertzschen Privat-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn, Bonn 1894.
13. Thomsen (1898): Robert Thomsen, Necrolog Dr. Carl Hertz, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin 54 (1898), S. 306-312.

14. Wassermeyer (1924): Max Wassermeyer, Robert Thomsen, in: Theodor Kirchhoff (Hrsg.), Deutsche Irrenärzte – Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens, Bd. 2, Berlin 1924, S. 286-288.
15. Wilhelmy (1916): Alexander Wilhelmy, Necrolog Robert Thomsen, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin 72 (1916), S. 109f.
16. Wilhelmy (1949): Alexander Wilhelmy, Aus der Geschichte der Klinik, in: Wolfgang Küster, 100 Jahre Dr. Hertz – Festschrift zum hundertjährigen Bestehen der Dr. Hertz'schen Privatklinik Bonn, Bonn 1949, S. 3-7.
17. Wolf-Braun (1994): Barbara Wolf-Braun, „In Fragen der Hysterie und des Hypnotismus ist der grösste Skepticismus Pflicht jedes Beobachters...". Die Bonner Psychiater und die Hypnose zu Ende des 19. Jahrhunderts, in: Linda Orth et. al. (Hrsg.), „Pass op, sonst küss de bei de Pelman". Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts, Bonn 1994, S. 69-82.

Tabellen

Tabelle 1: Überblick über die Verteilung der Krankheitsbilder; zusammengestellt von Peter Schuster.
Tabelle 2: Patientenaufnahmen in der Hertz'schen Klinik (1867-1892); zusammengestellt von Peter Schuster.

Walter Kikuth und Lilly Mudrow – Neue Ideen in der Malariaforschung

Gabriele Franken

1. Einleitung

> „Die Malaria gehört zu denjenigen Krankheiten, die durch die Jahrhunderte hindurch den größten Einfluß auf die Entwicklung der Menschheit ausgeübt haben. Auch heute ist die Malaria für die gesamte Zivilisation von allergrößter Bedeutung."[1]

Walter Kikuths Einschätzung der Malaria, ausgesprochen vor fast 80 Jahren, kann auch heute noch gelten. Unsere heutigen Erkenntnisse fußen auf zahlreichen unterschiedlichen Experimentalserien aus verschiedenen Phasen, deren Ergebnisse den pathogenen Ablauf zwischen Parasit und Wirt erklären sollen. Ausgehend von verschiedenen Ansatzpunkten soll die Interaktion, beispielsweise zwischen Plasmodium und Mensch, fassbar werden. Ein vorrangiges Ziel ist die Entwicklung einer wirksamen Therapie. Hierfür ist die modellhafte Konstruktion eines Zyklus hilfreich. Ein Phänomen bei der Malaria, das die Therapie vor große Probleme stellt, sind Rückfälle, bei denen eine erneute Attacke nach einer zuvor erfolgreichen Therapie auftritt, obwohl der Patient dem Vektor, der Anophelesmücke, nicht wieder ausgesetzt war.

Die Wissenschaftsgeschichte zu Rückfällen bei der Malaria ist ein Forschungsschwerpunkt am Institut für Geschichte der Medizin in Düsseldorf. Aus diesem Themenkomplex soll hier über einen begrenzten Zeitraum, die 1930er und 40er Jahre, berichtet werden, in denen bedeutende Fortschritte am chemotherapeutischen Laboratorium der Farbwerke Friedrich Bayer in Elberfeld erzielt wurden. Führende Forscher dieses Laboratoriums waren auch Mitglieder der Medizinischen Akademie in Düsseldorf. Die in Elberfeld durchgeführten Grundlagenforschungen erfolgten in erster Linie am Tiermodell. Dass die aus diesen Experimenten gewonnenen Medikamente dann an Menschen, den sogenannten Paralytikern, in der Psychiatrischen Klinik Grafenberg erprobt wurden, ist schon oft diskutiert worden, soll hier jedoch nicht Gegenstand sein.[2]

Im Zentrum des Beitrages stehen zum einen die Entwicklung eines Tiermodells zur Wirkungsweise von Malariamedikamenten durch Walter Kikuth und zum anderen die Experimente von Walter Kikuth und Lilly Mudrow mit der Vogelmalaria zur Auffindung eines Gewebestadiums. Eine knappe Charakterisierung des Publikationsverhaltens schließt den Beitrag ab.

2. Ein neues Tiermodell

In den Anfängen der Malariaforschung zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren der Zyklus in der Mücke und der Zyklus im Blut des Menschen bekannt. Bekannt war auch der Übertragungsweg, die Brücke Mensch-Mücke-Mensch. Zum einen erfolgte dies durch die Sporo-

[1] Kikuth (1934b), S. 1444.

[2] Siehe unter anderem Klee (1997), S. 117; Stelbrink (2003), S. 304.

zoiten, die die Krankheit von der Mücke auf den Menschen übertrugen. Zum anderen wusste man, dass die Gametozyten die Krankheit vom Menschen auf die Mücke übertrugen. Im Menschen vollzog sich der Wandel von den Sporozoiten zu Gametozyten in den roten Blutkörperchen, und in der Mücke wandelten sich die Gametozyten im Magen des Insektes zu Sporozoiten.[3] In den ersten Jahren galt die Pathologie als recht vollständig und gesichert. Werner Schulemann, der stellvertretende Direktor der Farbwerke Friedrich Bayer, Honorarprofessor an der Akademie in Düsseldorf und späterer Direktor des Pharmakologischen Instituts der Universität in Bonn,[4] beschrieb 1940 den engen Zusammenhang zwischen der Entwicklung von neuen Malariamitteln und Modellen der Pathogenese:

> „Als Arzneistoff kam allein dem Chinin praktische Bedeutung zu. Seine therapeutischen Wirkungen schienen aus der Erfahrung heraus bekannt. Einige Lücken aber blieben bestehen, interessierten jedoch zunächst nur besonders den Kliniker. Lange Zeit hindurch ungelöst blieben die Probleme der ersten Entwicklung der Malariainfektion des Menschen und der Ursache der Rezidive, – Probleme, die mit den Aufgaben, eine kausale Prophylaxe und eine erfolgreiche Rezidivbekämpfung durchzuführen, in engstem Zusammenhang stehen."[5]

Ziel der Bayerwerke war die Herstellung eines Malariamittels, welches nicht nur eine Marktlücke füllen würde, sondern es würde vor allem einen wirtschaftlichen Faktor für ein pharmazeutisches Unternehmen darstellen. In Deutschland produzierten vor allem die Farbwerke Friedrich Bayer, die auf das Gebiet der Tropenmedizin spezialisiert waren, seit 1896 chininhaltige Medikamente.[6] Allerdings war das Rohchinin in seiner Beschaffung sehr kostenintensiv. Zudem rief Chinin schwere Nebenwirkungen hervor, war schlecht verträglich und besaß einen üblen Geschmack. Bayer war daher bestrebt, ein synthetisches Mittel zu finden, das an die Stelle des Chinins treten konnte.[7] 1926 meldete Bayer das erste synthetische Malariamittel zum Patent an, das Plasmochin.[8] Allerdings erfüllte das Plasmochin nicht ganz die Erwartungen. Während der weiteren Suche nach einem guten und günstigen Malariamedikament verstarb Wilhelm Röhl,[9] Schüler von Paul Ehrlich und Leiter des chemotherapeutischen Laboratoriums der Bayerwerke.[10]

---

[3] Ruge/Mühlens (1925), S. 67-77.

[4] Werner Schuleman wurde am 4. Mai 1888 in Neisse/Oberschlesien geboren. Nach seinem Studium der Medizin und einem kurzen Aufenthalt am Allerheiligen-Hospital Breslau arbeitete er von 1915 bis 1918 in verschiedenen Lazaretten. Am 1. Februar 1919 begann er seine Arbeit im pharmakologischen Laboratorium der Bayer Werke. 1927 wurde er Prokurist des Unternehmens und 1929 stellvertretender Direktor. 1931 erhielt er eine Honorarprofessur für Pharmakologie an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf. 1937 übernahm er den Lehrstuhl für Pharmakologie in Bonn. Dünschede (1971), S. 152-154.

[5] Schulemann (1940), S. 253.

[6] Dünschede (1971), S. 62.

[7] Stelbrink (2003), S. 308f.

[8] Dünschede (1971), S. 74.

[9] Wilhelm Röhl, am 16. April 1881 geboren, beendete 1903 sein Studium der Medizin in Heidelberg. Von 1907 bis 1909 arbeitete er bei Paul Ehrlich in Frankfurt. Seine Zeit bei den Farbenfabriken in Elberfeld, die ihn zu nächst an das Pharmakologische Institut der Universität in Wien schickte, begann 1910. Nach seiner Rückkehr aus dem Krieg wurde er Leiter des Chemotherapeutischen Laboratoriums; 1929 starb Röhl an einer Sepsis. Vgl. Dünschede (1971), S. 146-150.

[10] Stelbrink (2003), S. 310.

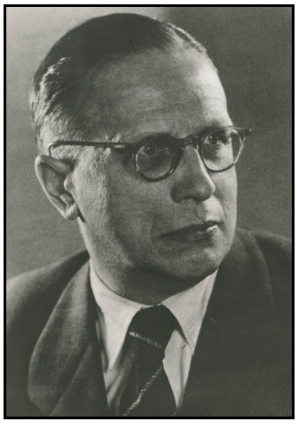


Abbildung 1: Walter Kikuth (1896-1986)

Sein Nachfolger wurde am 1. Oktober 1929 Walter Kikuth. Kikuth, 1896 in Riga geboren, hatte nach dem Medizinstudium seine Ausbildung zunächst am Pathologischen Institut der Universität Hamburg begonnen und wechselte nach einem kurzen Aufenthalt am Universitätsklinikum 1924 an das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg. Zu den Vertragsverhandlungen mit Bayer gehörte auch die Möglichkeit, dass Kikuth seine Habilitation 1931 an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf abschließen konnte. Noch im gleichen Jahr wurde er zum Privatdozenten für Hygiene und Parasitologie an der Akademie ernannt. Seine Antrittsvorlesung „Die praktischen Auswirkungen der Chemotherapie" ist programmatisch für seine ersten Veröffentlichungen, ebenso seine erste Vorlesung „Klinische Parasitologie und ausgewählte Kapitel aus der experimentellen Therapie" im Wintersemester 1931/32, die er zusammen mit Werner Schulemann hielt.[11]

Wie internationale Malariaforscher in Italien, England oder den USA nutzten auch die Forscher in Elberfeld die Vogelmalaria als Modell der menschlichen Infektion. Die humanpathogenen Plasmodien wurden zu dieser Zeit noch nicht auf Versuchstiere wie Menschenaffen übertragen und konnten auch nicht gezüchtet werden. Daher griff man auf die Vogelmalaria als Parallelmodell zurück.

Ein bedeutender Fortschritt bei der Suche nach einem Malariaheilmittel gelang Walter Kikuth mit dem Modell der Reisfinken. Die unterschiedlichen Wirkungsweisen des Chinins und des Plasmochins wurden besonders bei der Malaria tropica, der gefährlichsten Malariaerkrankung, deutlich. Während das Chinin vor allem auf die ungeschlechtlichen Parasiten im Blutschizonten von *Plasmodium falciparum* wirkte, zerstörte das Plasmochin die Gametozyten, die geschlechtlichen Parasiten.[12] Daher stellte das Plasmochin keinen Ersatz für Chinin dar.

[11] Stelbrink (2003), S. 305-319; Dünschede (1971), S. 154.
[12] Kikuth (1932b), S. 157f.

Trotzdem bedeutete das Plasmochin einen erheblichen Fortschritt in der Bekämpfung der Malaria. Im Gegensatz zu den Italienern und den Engländern hatte schon Robert Koch in der Bekämpfung der Malaria für die Unterbrechung des Mensch-Mücke-Mensch Zyklus plädiert. Dies sollte durch eine konsequente Chininbehandlung der Malariakranken erfolgen.[13] Allerdings besaß das Chinin keine Wirkung auf die Gameten, d. h. die geschlechtlichen Parasiten. Die Malariakranken konnten zwar geheilt werden, aber sie blieben nach der Behandlung für mehrere Tage Träger des Parasiten. Wurden sie in diesen Tagen von einer nicht infizierten Mücke gestochen, nahm diese die geschlechtlichen Parasiten auf und sorgte durch den in ihr ablaufenden Zyklus weiterhin für die Verbreitung der Krankheit. Mit Plasmochin konnte dieser Wirtswechsel unterbrochen werden.

Nur wie konnte dieser pharmakologische Unterschied der Medikamente nachgewiesen werden? Auf ihrer Suche nach einem Malariamedikament isolierten die Elberfelder Chemiker Hans Mauss und Fritz Mietzsch[14] eine weitere Verbindung, die später unter dem Namen Atebrin in den Handel kam. Bei seinen Versuchen, ein präziseres Tiermodell für die chemotherapeutische Prüfung zu finden und die Wirkungsweise des Atebrins zu erforschen, griff Kikuth auf die Haemoproteusinfektion der Reisfinken zurück. 1932 schrieb er, dass er versucht habe, eine Methode zu finden, an der bereits im Labor der Angriffsort eines neuen Medikaments im Entwicklungszyklus der Malariaparasiten zu erkennen sei.[15] Bei der Haemoproteusinfektion der Reisfinken handelt es sich

> „um Blutprotozoen, von denen nur die Geschlechtsformen, die Gameten, in den peripheren Blutkreislauf gelangen, intrakorpuskulär in den Erythrozyten heranwachsen und sich im Vogelkörper nicht weiter vermehren, während die asexuellen Stadien in den Endothelzellen der inneren Organe zu finden sind und dort unter Kernvermehrung zu ziemlich vielkernigen Schizonten heranwachsen."[16]

Dieses Tiermodell trennt örtlich die asexuellen Formen, die im Gewebe heranwachsen, von den sexuellen Geschlechtsformen in den Erythrozyten und ermöglicht somit eine genaue Untersuchung der Wirkungsweise der chemischen Substanzen.

3. Experimente zum Nachweis eines Gewebestadiums

Die Erprobung der Medikamente an Mensch und Tier zeigte, dass sie keine kausal prophylaktische Wirkung besaßen, d. h. mit ihnen konnte eine Malariaerkrankung nicht verhindert werden. Hingegen lag eine rein „klinische" Prophylaxe vor; nach Absetzen der Medikamente kommt es erneut zum Ausbruch der Erkrankung.[17] Die Frage war: Warum? Es wurde immer deutlicher, dass der bekannte Parasitenzyklus im Blut des Wirtes nicht alles erklären konnte, so auch nicht die Entstehung der Rückfälle.

---

[13] Koch (1902); Koch (1903).
[14] Dünschede (1971), S. 77.
[15] Kikuth (1932c), S. 530.
[16] Kikuth (1932b), S. 157 und S. 159.
[17] Kikuth (1934a), S. 263-268.

1931 veröffentlichte der englische Armeechirurg Sydney Price James seine Hypothese:

> „Thus the time has come when it must be considered whether or not our knowledge of that part of the life cycle of the malaria parasite is complete. Sporozoites are essentially parasites of tissue cells and it is possible that what happens to them when they are injected by the mosquito is that they are carried by the blood stream to reticulo-endothelial cells of lungs and other organs and that they enter these cells and in them go through a cycle of growth …“[18]

Der Gedanke, dass der Parasit eine weitere Phase im menschlichen Körper durchläuft und nicht nur in den roten Blutkörperchen anzutreffen ist, wurde bereits im späten 19. Jahrhundert thematisiert, zuerst durch den Holländer Pieter Pel,[19] später auch durch die Italiener Battista Grassi[20] und Camillo Golgi.[21] Jedoch veröffentlichte 1902 der deutsche Zoologe Fritz Schaudinn seine Beobachtung über das *Plasmodium vivax*, in der er das Eindringen der Sporozoiten direkt nach der Inokulation in die Blutbahn beschrieb.[22] Für fast 30 Jahre hielt sich diese Ansicht, bevor Sidney Price James die Malariaforschung in eine neue Richtung lenkte.[23] Vor allem die Rückfälle bei der Malaria tertiana wurden auf dieses endotheliale Stadium des Parasiten nach James zurückgeführt. Von den Elberfeldern wurde dieses kurz „E-Stadium“ genannt.

Diese Hypothese musste jedoch experimentell untermauert werden. Anhand der Vogelmalaria veröffentlichten Forscher in den 1930er Jahren aus Italien,[24] den USA,[25] England[26] und Deutschland[27] ihre Ergebnisse zu den unterschiedlichsten Vogelparasiten. Alle fanden in den verschiedenen Organen der Vögel Zellen mit Parasiten, die nicht pigmentiert waren – das Kennzeichen der neu entdeckten Parasitenstadien im Gegensatz zu den pigmentierten Blutzellen.

Die Frage und die Suche nach den endothelialen Parasitenstadien sind in Elberfeld neben Kikuth vor allem mit dem Namen der Biologin Lilly Mudrow verknüpft. Elisabeth Mudrow wurde am 28. März 1908 in Düsseldorf geboren. Nach dem Abitur studierte sie zunächst Kunstgeschichte, bevor sie das naturwissenschaftliche Studium an den Universitäten in Köln, Bonn und Hamburg aufnahm, das sie 1932 mit der Promotion abschloss. Ihr Berufsweg führte sie nach Greifswald an das Institut für Vererbungswissenschaften, bevor sie bei Paul Manteufel am Hygiene-Institut der Medizinischen Akademie in Düsseldorf arbeitete. 1937 fing sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im chemotherapeutischen Labor in Elberfeld an. Sie heiratete nach dem Zweiten Weltkrieg den am Bernhard-Nocht Institut arbeitenden Parasitologen Eduard Reichenow.[28] Obwohl die zahlreichen Forschungsergeb-

---

[18] James (1931), S. 1425.
[19] Pel (1886).
[20] Grassi (1901), S. 179.
[21] Übersetzung in: Kikuth/Mudrow (1941), S. 5f.
[22] Schaudinn (1902).
[23] James (1931).
[24] Raffaele (1934); Raffaele (1936).
[25] Huff/Bloom (1935).
[26] James/Tate (1937).
[27] Kikuth/Mudrow (1937).
[28] Dünschede (1971).

nisse wohl auf die von Lilly Mudrow durchgeführten Experimente zurückzuführen sind, wird sie in der Literatur zumeist in Verbindung mit Walter Kikuth gesehen. Kaum etwas ist aus ihrem Leben bekannt, noch wird sie als eigenständige Wissenschaftlerin gesehen.

Abbildung 2: Lilly Mudrow (1908-1957)

In der „Klinischen Wochenschrift" 1937 hoben Kikuth und Mudrow den Nachweis von pigmentlosen Schizogonieformen in den Zellen des reticulo-endothelialen Systems als eine der interessantesten Entdeckungen der letzten Jahre zur Vogelmalaria hervor. Ihrer Meinung nach konnten diese unpigmentierten Formen als Umwandlungsformen der Sporozoiten interpretiert werden.[29] Die beiden Forscher folgerten weiter:

> „Wenn also die Existenz eines derartigen, bisher unbekannten Entwicklungsstadiums der Malariaparasiten außerhalb der roten Blutkörperchen in irgendwelchen anderen Zellen des Organismus tatsächlich nachgewiesen werden könnte, so wäre damit nicht nur die Unwirksamkeit der Malariaheilmittel während der Inkubationszeit verständlich, sondern noch manch anderer Vorgang der Malariaepidemiologie und -pathologie einer anderen Deutung zugänglich."[30]

Der deutsche Marinearzt Heinrich Ruge prägte 1936 den Begriff „James'sche Sporozoitentheorie". Bereits er vermutete einen Zusammenhang der „E-Stadien" mit den Malariarückfällen. Dabei stützte sich Ruge auf eine zur damaligen Zeit noch nicht veröffentlichte Arbeit von Percy Shute, einem Mitarbeiter von Sidney Price James. Ruge erklärte Rückfälle der Malaria mit dem Absterben von infizierten Zellen zu verschiedenen Zeiten, die so nach und nach die in ihnen gereiften Merozoiten in die Blutbahn entließen.[31]

Die ausführlichen Ergebnisse ihrer Experimente zum Nachweis des „E-Stadiums" veröffentlichten die Elberfelder Wissenschaftler 1938 in der „Rivista di Malariologia" und

[29] Kikuth/Mudrow (1937).
[30] Kikuth/Mudrow (1937).
[31] Ruge (1936), S. 725.

im „Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten". 20 Jahre später urteilte der englische Malariologe Robert Bray:

> „Powerful support for Raffaele was to come from Germany where Kikuth and Mudrow were to publish the first of many brilliant researches on the pre-e cycle in avian malaria. (...) It must be stressed that their paper in 1938 stands as the first description of pre-e forms of malaria parasites."[32]

Bei ihren Experimenten stützten sich Mudrow und Kikuth auf die histologisch-mikroskopische Methode, bei der der Parasitennachweis anhand von gefärbten Ausstrichen unter dem Mikroskop in Zellen nachgewiesen wurde, und auf die biologische Methode, bei der Blut bzw. Organe infizierter Vögel auf andere Versuchstiere übertragen wurden. So konnten sie durch die biologische Methode bereits sehr früh eine Infektion nachweisen, obwohl in den gefärbten Ausstrichen noch keine pigmentierten Parasiten zu finden waren.

Wie gingen die Wissenschaftler bei ihren Experimenten vor? Sie infizierten 15 Versuchstiere mit einer Suspension aus verriebenen Speicheldrüsen der Mücke Culex pipiens, in denen reife Sporozoiten von *Plasmodium cathemerium* nachgewiesen worden waren. Direkt nach der Impfung wurde der erste Vogel getötet. Zehn weitere Vögel wurden in einem Abstand von einer, sechs, 12, 18, 24, 36, 48, 72, 96 und 120 Stunden getötet. Die übrigen vier Vögel bildeten die Kontrollgruppe und blieben am Leben. Das Blut der getöteten Vögel wurde aufgefangen und je zwei gesunden Kanarienweibchen injiziert. Die Organe der getöteten Versuchstiere, Gehirn, Lunge, Leber und Milz, wurden mit Kochsalzlösung verrieben und in den Brustmuskel weiterer Versuchstiere verimpft. Außerdem fertigten die Forscher von den Ausgangstieren noch Blut- und Organpräparate als Tupfpräparate und Ausstriche an, die mit Giemsa-Lösung gefärbt wurden. Hinzu kam das tägliche Studium des Blutes der Vögel nach Anwesenheit und Vermehrung von Malariaparasiten.[33]

Kikuth und Mudrow stellten fest, dass kurze Zeit nach einer Infektion mit Sporozoiten das Blut der infizierten Vögel die Malaria nicht übertrug.[34] Diese Phase bezeichnete man als „negative Phase". Weitere Erkenntnisse gab es bei der Organübertragung. Dabei waren die Ergebnisse derjenigen Vögel bedeutsam, die nach sechs, 12 und 18 Stunden getötet worden waren. Bei diesen Tieren konnte durch Blut keine Infektion herbeigeführt werden, jedoch erfolgte eine Ansteckung durch die Suspension von Leber, Milz, Gehirn und Lunge, wobei die Infektion durch die Lebersuspension am erfolgreichsten war.[35] Histologisch konnte der Parasit erst am dritten Tag, sowohl im Blut als auch in den Organen, nachgewiesen werden. Hier entdeckte man pigmentlose Schizogonieformen in den reticuloendothelialen Zellen von Lunge, Leber, Milz und Niere.[36]

---

[32] Bray (1957), S. 22.
[33] Kikuth/Mudrow (1938b), S. 3f.
[34] Kikuth/Mudrow (1938b), S. 6.
[35] Siehe Tabelle in: Kikuth/Mudrow (1938b), S. 5.
[36] Kikuth/Mudrow (1938b), S. 8.

> „Wir [Kikuth und Mudrow] glauben nämlich, dass es sich bei diesen unpigmentierten Gebilden um jene Formen handelt, die nach Organüberimpfung eine Malariaerkrankung bewirkten in denjenigen Fällen, in denen das Blut unserer sporozoiteninfizierten Tiere sich als negativ erwiesen hatte, d. h. noch keine pigmentierten Parasiten enthielt."[37]

Kikuth und Mudrow nahmen auch für die humanpathogenen Plasmodien die Existenz dieser „E-Stadien" an.[38]

4. Stellenwert in der Forschung

Die Veröffentlichungen von Walter Kikuth und Lilly Mudrow erfolgten hauptsächlich in deutscher Sprache, allerdings publizierten sie auch auf Englisch, Italienisch, Spanisch, Französisch, Rumänisch und Bulgarisch.[39]

Die Präsentation ihrer Ergebnisse erfolgte in parasitologischen Fachzeitschriften wie dem „Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten" und der „Rivista di Malariologia". Übersichtsartikel, in denen Zusammenhänge und kurze Darstellungen den aktuellen Wissensstand präsentierten, wurden in Zeitschriften wie „Deutsche Medizinische Wochenschrift" und „Münchener Medizinische Wochenschrift" veröffentlicht. Sie stellten ein Forum für medizinische Forschung dar und sollten praktische Ärzte fortbilden. Unter den Fachzeitschriften gehörten sie zu den auflagestärksten. Dabei war die „Münchener Medizinische Wochenschrift" bereits vor dem Nationalsozialismus rechtskonservativ und nationalistisch ausgerichtet, während „Die Deutsche Medizinische Wochenschrift" eher liberal eingestellt war.[40]

Auffällig ist, dass in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift" und „Münchener Medizinischen Wochenschrift" Walter Kikuth als Alleinautor publiziert hat. Dies entspricht der Feststellung von Wiebke Lisner, dass die Autoren vorwiegend bestimmte Merkmale aufwiesen: Männlich, in Deutschland tätig und als Mediziner an einer Klinik oder Universität arbeitend.[41]

Der Sprachstil, in dem die Aufsätze der Elberfelder Forscher gehalten waren, war mehrheitlich sachlich und am Objekt orientiert. Nur einige Artikel zu Beginn des Zweiten Weltkrieges zeigen bei Kikuth eine andere Sprache.

> „Neben dem Unternehmungsgeist des Kaufmanns und dem Fleiß der Pflanzer ist daher bei der Eroberung der Kolonien in erster Linie auch die verantwortungsvolle Arbeit des Arztes zu berücksichtigen. (...) Es war daher selbstverständlich, daß nach der deutschen Flaggenhissung auf afrikanischem Boden zugleich mit der Kolonisation die Entwicklung der deutschen Tropenmedizin einsetzte (...).

---

37 Kikuth/Mudrow (1938b), S. 11.

38 Kikuth/Mudrow (1938a), S. 130.

39 Eine Auswahl der Literatur Kikuths und Mudrows: Kikuth (1932a); Kikuth (1935a); Kikuth (1935b); Kikuth (1938); Kikuth (1941); Kikuth (1950); Kikuth/Mudrow (1951); Kikuth (1952a); Kikuth (1952b).

40 Lisner (2009), S. 114 und 135.

41 Lisner (2009), S. 116.

> Auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung und Gesundheitspflege haben wir Deutsche vor dem Kriege in unseren Kolonien Vorbildliches geleistet. Nach dem Kriege ist uns durch den Raub unserer Kolonien eine praktische Arbeit in diesen Ländern versagt geblieben."[42]

Die Malaria war in den 30er und 40er Jahren des letzten Jahrhunderts international Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Kikuth und Mudrow waren Teil dieses Denkkollektivs. Sie tauschten sich mit ihren Kollegen, z. B. in England und Amerika, nicht nur durch ihre wissenschaftlichen Veröffentlichungen aus. So bezog Kikuth bereits 1931 Parasitenstämme aus Amerika, mit denen er seine Forschungen in den folgenden Jahren betrieb.[43] Vor allem die Zusammenarbeit mit den italienischen Kollegen war eng. So veröffentlichten Kikuth und Mudrow in deutscher Sprache in der angesehenen italienischen Fachzeitschrift „Rivista di Malariologia" und italienische Forscher meldeten sich in deutschen Fachzeitschriften zu Wort.

5. Ausblick

Die Entwicklung synthetischer Malariamittel am chemotherapeutischen Laboratorium in Elberfeld bedeutete einen großen Fortschritt in der Bekämpfung einer Erkrankung, die heute mehrheitlich als Tropenkrankheit bekannt ist, zur damaligen Zeit aber auch in Europa noch endemisch war. Die Forschungen in Elberfeld blieben nicht auf Plasmochin und Atebrin begrenzt. Mit Certula brachten sie z. B. eine Weiterentwicklung des Plasmochins auf den Markt. Mit Resochin, welches Atebrin ablöste, legten sie den Grundstein für das noch heute als Malariamedikament eingesetzte Chloroquine.[44]

Weiteres Ziel war es, ein kausal prophylaktisches Mittel zu finden, welches die Malaria bereits in ihrem Frühstadium bekämpfen konnte. Die Hypothese von James über die Weiterentwicklung der Sporozoiten und der experimentelle Nachweis bei der Vogelmalaria, der unter anderem durch Kikuth und Mudrow in Elberfeld erbracht wurde, stellten einen entscheidenden Schritt auf dem Weg dar, ein synthetisches Mittel gegen Malaria zu entwickeln. Bei Plasmochin vermuteten einige Forscher eine Wirksamkeit gegen die „E-Stadien". Ende des Zweiten Weltkrieges übergaben die Elberfelder Forscher ihre Ergebnisse den Besatzungsmächten, unter anderem auch ihre Ergebnisse zum Endochin, einer neu entwickelten Chinolinverbindung. Für Kikuth und Mudrow war dies auf Grund ihrer Untersuchungen an der Vogelmalaria ein einwandfreies und intensiv wirksames Prophylaktikum.[45] Zur Therapie der Malaria wurde es allerdings nicht eingeführt.[46] Heute werden Rückfälle bei der Malaria tertiana mit dem in Deutschland nicht zugelassenen Primaquin behandelt, wie Plasmochin ein Aminochinolin.[47]

Die hier referierten Entwicklungen stellen nur einen kleinen Ausschnitt aus der umfangreichen Forschung im Laboratorium in Elberfeld dar und einen noch kleineren Aus-

[42] Kikuth (1939), S. 1040.
[43] Kikuth (1931), S. 402.
[44] Verg/Plumpe/Schultheis (1988), S. 264.
[45] Kikuth/Mudrow (1947), S. 154.
[46] Dünschede (1971), S. 82.
[47] White (2009), S. 1226 und S. 1256.

schnitt aus der internationalen Malariaforschung. Der Beitrag ist Teil eines Forschungsprojektes am Medizinhistorischen Institut der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, welches die verschiedenen Theorien über Rückfälle bei der Malaria seit 1880 bis heute untersucht. Nur einige wenige Theorien werden heute in der Literatur aufgegriffen, viele hingegen sind aus der Forschungspraxis verschwunden. Ziel ist es, diese Theorien und die ihrer Genese zugrunde liegenden Methoden aufzuarbeiten.

Literatur

1. Bray (1957): Robert Stow Bray, Studies on the exo-erythrocystic cycle in the genus Plasmodium, London 1957.
2. Dünschede (1971): Horst-Bernd Dünschede, Tropenmedizinische Forschung bei Bayer, Düsseldorf 1971.
3. Grassi (1901): Battista Grassi, Die Malaria: Studien eines Zoologen, 2. Aufl. Jena 1901.
4. Huff/Bloom (1935): Clay G. Huff, William Bloom, A malaria Parasite infecting all blood and all blood forming cells of birds, The Journal of Infectious Diseases 57 (1935), S. 315-336.
5. James (1931): Sidney Price James, The use of plasmoquine in the prevention of malarial infections, Proceedings of the Section of Sciences 34 (1931), S. 1424f.
6. James/Tate (1937): Sidney Price James, Parr Tate, New Knowledge of the Life-Cycle of Malaria Parasites, Nature 139 (1937), S. 545.
7. Kikuth (1931): Walter Kikuth, Immunbiologische und chemotherapeutische Studien an verschiedenen Stämmen von Vogelmalaria, Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, Abt. Originalarbeiten 121 (1931), S. 401-409.
8. Kikuth (1932a): Walter Kikuth, I resultati finora ottenuti in clinica col nuovo antimalarico sintetico „Atebrin“, Rivista di Malariologia 11 (1932), 3, S. 353.
9. Kikuth (1932b): Walter Kikuth, Atebrin: Ein neues synthetisches Malariaheilmittel, Rivista di Malariologia 11 (1932), 2, S. 157-164.
10. Kikuth (1932c): Walter Kikuth, Zur Weiterentwicklung synthetisch dargestellter Malariamittel I: Über die chemotherapeutische Wirkung des Atebrin, Deutsche Medizinische Wochenschrift 58 (1932), 14, S. 530f.
11. Kikuth (1934a): Walter Kikuth, Die Chemoprophylaxe der Malaria, Medizin und Chemie 2 (1934), S. 263-268.
12. Kikuth (1934b): Walter Kikuth, Fortschritte der Malariabehandlung mit den synthetischen Heilmitteln Atebrin und Plasmochin, Die Medizinische Welt 41 (1934), S. 1444-1447.
13. Kikuth (1935a): Walter Kikuth, L’immunologie expérimentale et la chimiothérapie du paludisme, Rivista di Malariologia 14 (1935), S. 71-80.
14. Kikuth (1935b): Walter Kikuth, Realizari chimio-therapeutice, Clujul Medical 8 (1935).
15. Kikuth (1938): Walter Kikuth, Nuove conoscenze sulla chemioterapia della malaria, Progressi di Therapia 7-8 (1938).
16. Kikuth (1939): Walter Kikuth, Chemotherapeutische Erfolge in der Tropenmedizin, Deutsche Medizinische Wochenschrift 65 (1939), 26, S. 1040-1042.

17. Kikuth (1941): Walter Kikuth, Therapeutica y profilaxis del paludismo por medicamentos sinteticos, Investigacion y Progresso Ano XII, 11-12 (1941), S. 468-471.
18. Kikuth (1950): Walter Kikuth, Progress in malaria research, The Journal of the Egyptian Medical Association 33 (1950), 6, S. 573-584.
19. Kikuth (1952a): Walter Kikuth, Veintikinco anos de terapéutica antipaludica, Vortrag, 1952.
20. Kikuth (1952b): Walter Kikuth, La quimioterapia de la malaria, El Día médico 24 (1952), 58, S. 1508-1512.
21. Kikuth/Mudrow (1937): Walter Kikuth, Lilly Mudrow, Über pigmentlose Schizogonieformen bei der Vogelmalaria, Klinische Wochenschrift 48 (1937), S. 1690f.
22. Kikuth/Mudrow (1938a): Walter Kikuth, Lilly Mudrow, Die endothelialen Stadien der Malariaparasiten in Experiment und Theorie, Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, Abt. Originale 142 (1938), 3/4, S. 113-132.
23. Kikuth/Mudrow (1938b): Walter Kikuth, Lilly Mudrow, Malariaübertragungsversuche mit Blut und Organen sporozoeninfizierter Kanarienvögel, Rivista di Malariologia 17 (1938), 1, S. 1-14.
24. Kikuth/Mudrow (1941): Walter Kikuth, Lilly Mudrow, Die endotheliale Phase der Malariaparasiten und ihre theoretische und praktische Bedeutung, Ergebnisse der Hygiene, Bakteriologie, Immunitätsforschung und experimentellen Therapie 24 (1941), S. 1-86.
25. Kikuth/Mudrow (1947): Walter Kikuth, Lilly Mudrow-Reichenow, Ueber kausalprophylaktisch bei Vogelmalaria wirksame Substanzen, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Virologie 127 (1947), 1/2, S. 151-165.
26. Kikuth/Mudrow (1951): Walter Kikuth, Lilly Mudrow-Reichenow, Nuevos caminos en la quimioterapia del paludismo, La Medicina colonial 17 (1951), 6, S. 588-601.
27. Klee (1997): Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer, Frankfurt am Main 1997.
28. Koch (1902): Brief Robert Kochs an den Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 18. November 1902, in: Gesammelte Werke von Robert Koch, Bd. 2,2, herausgegeben von Julius Schwalbe unter Mitarbeit von Georg Gaffky und Eduard Pfuhl, Leipzig 1912, S. 894-897.
29. Koch (1903): Robert Koch, Die Bekämpfung der Malaria, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten 43 (1903), ebenfalls abgedruckt in: Gesammelte Werke von Robert Koch, Bd. 2,1, herausgegeben von Julius Schwalbe unter Mitarbeit von Georg Gaffky und Eduard Pfuhl, Leipzig 1912, S. 456-458.
30. Lisner (2009): Wiebke Lisner, Fachzeitschriften als Selbstvergewisserungsinstrumente der ärztlichen Profession? Zu Funktionen und Profilen der medizinischen Wochenschriften Münchener Medizinische Wochenschrift, Deutsche Medizinische Wochenschrift, British Medical Journal und The Lancet 1919-1932, in: Sigrid Stöckel, Wiebke Lisner, Gerlind Rüve (Hrsg.), Das Medium Wissenschaftszeitschrift seit dem 19. Jahrhundert. Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Vergesellschaftung von Wissenschaft, Stuttgart 2009 (= Wissenschaft, Politik und Gesellschaft, 5), S. 111-137.
31. Pel (1886): Pieter Klaases Pel, Mededdeelingen uit de Geneeskundige kliniek. Malaria infectie, Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 22 (1886), S. 341-358.

32. Raffaele (1934): Giulio Raffaele, Un ceppo italiano di Plasmodium elongatum, Rivista di Malariologia 13 (1934), S. 332-336.
33. Raffaele (1936): Giulio Raffaele, Presumibili forme iniziali di evoluzione di Plasmodium relictum, Rivista di Malariologia 15 (1936), S. 318-324.
34. Ruge (1936): Heinrich Ruge, Zur Frage der James'schen Sporozoitentheorie, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Virologie 118 (1936), 6, 724-737.
35. Ruge/Mühlens (1925): Reinhold Ruge, Peter Mühlens, Malaria, in: Reinhold Ruge, Peter Mühlens, Max zur Verth, Krankheiten und Hygiene der warmen Länder. Ein Leitfaden für die Praxis, 2. vollst. umgearbeitete Aufl. Leipzig 1925 (erste Aufl. unter dem Titel: Tropenkrankheiten), S. 67-144.
36. Schaudinn (1902): Fritz Schaudinn, Studien über krankheitserregende Protozoen, Plasmodium vivax (Grassi und Filetti), die Erreger des Tertianfiebers beim Menschen, in: Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte Berlin 19 (1902), S. 169-250.
37. Schulemann (1940): Werner Schulemann, Zur Pathologie der Malaria, Deutsche Medizinische Wochenschrift 66 (1940), 10, S. 253-256.
38. Stelbrink (2003): Silke Stelbrink, Walter Kikuth und das Hygiene-Institut an der Medizinischen Akademie Düsseldorf, in: Wolfgang Woelk (Hrsg.), Nach der Diktatur: Die Medizinische Akademie Düsseldorf vom Ende des Zweiten Weltkriegs bis in die 1960er Jahre, Essen 2003 (= Düsseldorfer Schriften zur neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens, 66), S. 303-322.
39. Verg/Plumpe/Schultheis (1988): Erik Verg, Gottfried Plumpe, Heinz Schultheis, Meilensteine (125 Jahre Bayer, 1863-1988), Köln 1988.
40. White (2009): Nicholas J. White, Malaria, in: Gordon K. Cook, Alimuddin I. Zumla (Hrsg.), Manson's Tropical Diseases, 22. Aufl. London 2009, S. 1201-1300.

Abbildungen

Abbildung 1: Walter Kikuth (1896-1986); aus: Dünschede (1971).
Abbildung 2: Lilly Mudrow (1908-1957); aus: Dünschede (1971).

Völkerschauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert – Menschen als Anschauungsobjekte

Stephanie Kaiser und Jens Lohmeier

1. Einführung

Im Juni 2005 fand im Augsburger Zoo ein viertägiges Festival statt, in dessen Zentrum das African Village stand. Die Werbung schwärmte:

> „[Um eine] (...) einmalige afrikanische Steppenlandschaft gruppieren sich Kunsthandwerker, Silberschmiede, Korbflechter, Zöpfchenflechter. (...) Informationen über die vielfältige afrikanische Kultur und Natur sowie Reisetipps der Fachleute wecken die Reiselust."[1]

Die unglückliche Assoziationskette „Zoo – wilde Tiere – Käfige – Afrikaner" rührte an ein sensibles Thema und weckte die Geister der Vergangenheit und Erinnerungen an die sogenannten Völkerschauen. Das African Village wurde als Reproduktion kolonialer Blickverhältnisse verstanden und Vorwürfe, die Veranstalter missachteten die historische Dimension, bedienten hemmungslos Stereotypen oder führten Menschen vor, heizten die Diskussionen an.[2]

Ursprünglich bezeichnete der Ausdruck Völkerschau öffentliche Ausstellungen sogenannter „exotischer" Menschen im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Insbesondere in den Territorien imperialistisch ausgerichteter europäischer Kolonialmächte (in erster Linie des Britischen Empires) zogen diese ethnologischen „Exponate" eine große Öffentlichkeit an, die von dem Unbekannten und Unvertrauten fasziniert war, gepaart mit einem Gefühl der Bedrohung durch eben diese „Fremden". Jene Vorführungen dienten der Abgrenzung zwischen Kolonisierenden und Kolonisierten, zwischen der „zivilisierten" westlichen Gesellschaft und indigenen Völkern.[3] Orte dieser Völkerschauen waren zoologische Gärten, Weltausstellungen, Messen oder Zirkusse in Städten wie London, Paris, Berlin, Basel, Antwerpen und Wien. Den Zuschauern wurde suggeriert, dass sie direkten Einblick in das Leben „fremder Völker" in ihrem „natürlichen Lebensraum" nehmen könnten; die Schaumitglieder stellten Szenen ihres Alltagslebens nach sowie spezielle Riten wie Tänze oder Gesang, von denen die Zuschauer annahmen, sie seien typisch für jenes Volk.[4] Für die intellektuelle Zugänglichkeit des Zielpublikums war entscheidend, dass europäische Klischees über „Eingeborene" bedient wurden; eine Inuit-Vorführung ohne Kajak-Kunststücke oder ein „Indianertanz" ohne Federschmuck wäre einem finanziellen Selbstmord der Veranstalter gleichgekommen.[5]

---

[1] Pokoyski (2006), S. 68; Zekri (2005).
[2] Vgl. Pokoyski (2006), S. 63; Qureshi (2011), S. 280.
[3] Ezra (1995), S. 34.
[4] Vgl. Lewerenz (2007), S. 137; Arnold (1995), S. 20: Die Authentizität solcher nachgebauter Dörfer war oft eine Farce.
[5] Vgl. Wolter (2005), S. 84.

In ihrer Frühphase waren Völkerschauen häufig an Kolonialausstellungen angeschlossen. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts fanden diese als Teil der Weltausstellungen statt, innerhalb von Messen oder Spezialausstellungen mit rein kolonialer Thematik, die bestimmte Zwecke erfüllen sollten: Propagandaveranstaltungen, Informationsstätten zur Unterweisung über außereuropäische Länder und Kulturen, Messen für Waren aus Übersee oder Amüsierbetriebe mit dem reizenden Hauch des Exotischen.[6] Sie scheinen aus einer anderen, längst untergegangen Welt zu stammen, als die europäischen Großmächte entfernte überseeische Gebiete beherrschten und durch solche Ausstellungen ihre Herrschaft als legitim und fortschrittlich vor den Augen der eigenen Bürger wie des internationalen Publikums auslegten.[7]

Mit der Verbreitung des Mediums Film Anfang des 20. Jahrhunderts, das Eindrücke vom Leben in „Eingeborenendörfern" vor Ort auf Nitrozellulose bannte, sowie der Erschwinglichkeit von Fernreisen für breite Bevölkerungsschichten seit der zweiten Hälfte des Jahrhunderts, verloren die Völkerschauen ihre Anziehungskraft.

Der vorliegende Aufsatz macht es sich zur Aufgabe, zuerst allgemein zu klären, unter welchen Vorzeichen und mit welchem Ergebnis jene Begegnung zwischen Übersee und Europa stattfand. Der Hauptteil geht der Frage nach, auf welche Art und Weise die Menschen „ausgestellt" wurden, also welche Intentionen die Aussteller verfolgten. Hierfür wird ein Dreischritt herangezogen: Beginnend mit der Kolonisierung bzw. Vereinnahmung außereuropäischer Länder über die Vereinnahmung der jeweiligen indigenen Bevölkerung bis hin zur Vereinnahmung ihrer Kultur und ihrer Körper als Objekte exotisch-erotischer Begierden.

Der Einleitung folgend stellt das zweite Kapitel den historischen Kontext dar – jene Epoche des Kolonialismus und Imperialismus, in der Völkerschauen und Kolonialausstellungen ihren Ausgangspunkt nahmen, mit Hilfe derer die europäischen Mächte ihre weltpolitische Bedeutung nach außen wie nach innen auszudrücken pflegten.

Im dritten Kapitel werden die Ursprünge, Zielausrichtung sowie Verortung des Phänomens Völkerschauen in den Fokus genommen.

Kapitel vier zeichnet den typischen Ablauf nach, auf welche Art und Weise Menschen aus Kolonialgebieten zu den Völkerschauen gebracht wurden und wie ihr Leben innerhalb dieser aussah. Unterkapitel beschäftigen sich mit den von den Kolonialherren beschworenen ethnischen und „rassischen" Stereotypen, der aus vielerlei Gründen verbreiteten Sexualisierung der „Exoten" sowie der „Vertierlichung" dieser.

Ein knapper Exkurs beschreibt der Vollständigkeit halber die Afrika-Schau zurzeit des Dritten Reiches, die sich ebenfalls in der Tradition der Völkerschauen sieht.

Der Aufsatz schließt mit einer prägnanten Zusammenfassung, die Entstehung, Blütezeit und Niedergang jener Ausstellungen schlaglichtartig beleuchtet und ihren Anteil innerhalb der Entwicklung des modernen Rassismus zeigt.

Es sei noch der Hinweis angefügt, dass der Aufsatz vornehmlich den Blick auf die deutschen beziehungsweise europäischen Völkerschauen richtet, wenngleich auch in stark europäisierten Kolonien (z.B. Südafrika, Ozeanien, Amerika) Völkerschauen stattfanden.

---

[6] Vgl. Debusmann (1995), S. VII.

[7] Vgl. ebd.

2. Überblick über den historischen Kontext: Kolonialismus, Imperialismus und Völkerschauen

Ab 1500 zeichnete sich ein welthistorischer Umbruch ab: Europas Aufstieg zum weltbeherrschenden Erdteil.[8] Die „Alte Welt" wurde zum Zentrum eines Systems, das die traditionellen Macht- und Kulturzentren Asiens und des Vorderen Orients wie auch die „Neue Welt" zu rohstofflieferndenPeripherien herabsetzte und nominell die Mehrzahl der Räume und Völker zu kontrollieren begann.[9]

Die von der Geschichtswissenschaft als „europäische Expansion" bezeichnete Herrschaftsausweitung europäischer Staaten auf große Teile der Welt läutete die Neuzeit ein, Klimax und Ende dieser Epoche bildete der Imperialismus im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts.[10] Die vorhandenen Beziehungen zwischen den verschiedenen Kulturkreisen, die bisher auf einer indirekten Ebene der Ebenbürtigkeit basierten, wandelten sich zu politischer, ökonomischer und militärischer Entrechtung und Ausbeutung durch die europäischen Mächte.[11] Dieser Kolonialismus wird allgemein als „Beherrschung durch ein Volk aus einer anderen Kultur" verstanden.[12] Ganze Gesellschaften wurden ihrer eigenständigen historischen Entwicklung beraubt, um insbesondere in wirtschaftlicher Hinsicht den Interessen und Bedürfnissen der Kolonialherren dienstbar gemacht zu werden.[13] Im Gegensatz zur „hellenistischen Kultursynthese" erwarteten die Europäer von den Kolonisierten eine weitgehend eindimensionale Akkulturation der europäischen Konventionen und Werte. Das Fehlen der Gegenseitigkeit dieses Prozesses wurde – vor allem im 19. Jahrhundert – besonders durch die Existenz quasi unüberwindlicher „rassischer Hierarchien" begründet.[14]

Ungeachtet der permanenten innereuropäischen Konflikte, die sich auch auf die Expansion in Übersee auswirkten, wuchsen die europäische Bevölkerung und damit auch ihre Wirtschaftsstärke weiter.[15] Spannungsverhältnisse und Rivalitäten in den politischen Machtzentren von Asien über Afrika bis Amerika nutzten die Europäer aus, um in jene Räume relativer Machtvakuen vorzustoßen.[16] Systematische Entdeckungen der Seewege durch die geographisch günstige Ausgangslage von Spanien und Portugal bildeten die Grundlage für den Zugriff Europas auf die Welt. Infolge dieser Entdeckungen kam es zu massiven Bevölkerungsbewegungen, unter anderem durch Sklavenhandel und Auswanderung, zur Ausbreitung der europäischen Kultur und Religion – des Christentums – sowie der indo-germanischen Sprachen, aber auch von Krankheiten, welche Europäer eingeschleppt hatten und die die indigenen Völker dezimierten.[17] Der europäischen Expansion, insbesondere in der Spätphase – dem Imperialismus –, lag die Überzeugung der eigenen kulturellen Höherwer-

[8] Vgl. Geiss (1993), S. 312.
[9] Vgl. Osterhammel (1995), S. 8; Geiss (1993), S. 312.
[10] Vgl. Mauro (1984), S. 9; Walther (2004), S. 182.
[11] Vgl. Geiss (1993), S. 312.
[12] Vgl. Curtin (1974), S. 23, zitiert nach Osterhammel (1995), S. 19.
[13] Vgl. Osterhammel (1995), S. 19; Richter (1995), S. 31.
[14] Vgl. Osterhammel (1995), S. 20.
[15] Vgl. Mauro (1984), S. 13; Geiss (1993), S. 312.
[16] Vgl. Geiss (1993), S. 312f.
[17] Vgl. Mauro (1984), S. 91; Geiss (1993), S. 313 und 316.

tigkeit zugrunde und damit einhergehend die Erfüllung eines gefühlten universellen Auftrages: Europas Expansion bediente sich einer sendungsideologischen Rechtfertigungsdoktrin und galt

> „als Beitrag zu einem göttlichen Heilsplan der Heidenmission, als weltliches Mandat zur ‚Zivilisierung' der ‚Barbaren' oder ‚Wilden', als privilegiert zu tragende ‚Bürde des weißen Mannes' usw."[18]

Eine doppelte moralische Pflicht beziehungsweise Verantwortung einer höherstehenden Minderheit gegenüber einer rückständigen Mehrheit wurde als Legitimation für die koloniale Herrschaft herangezogen. Europa trat nicht mit dem Anspruch eines Eroberers auf, sondern mit dem Gefühl, „als Befreier von Tyrannei und geistiger Finsternis eine weltgeschichtliche Mission" zu erfüllen (wobei die Verbreitung der westlichen Zivilisation selbstverständlich als Segnung verstanden wurde), aber eben auch, um die ungenutzten produktiven Kräfte in Übersee für die Weltwirtschaft zu aktivieren.[19] Ziel war dabei die Ausweitung ihrer Märkte, die Sicherung von Rohstoffen und die Schaffung von Einflusssphären. Imperialismus erweiterte also die Kolonialpolitik der frühen Neuzeit und des Zeitalters der Entdeckungen zur Weltpolitik und wurde von Außen- und Kriegsministerien als Pfand in globalen Machtspielen der Großmächte eingesetzt.[20] Unterstützt wurde diese Entwicklung auch durch einen Wandel in der Wahrnehmung der „Fremden", also der indigenen Völker, in den vom europäischen Interesse berührten Ländern. Das in der Renaissance verbreitete Bild des „edlen Wilden" wurde durch das sozialdarwinistische Bild des „unterentwickelten Primitiven" ersetzt:

> „Erblickte der Reisende der Aufklärung in den wilden Gesellschaften noch eine Mischung aus Natur (menschlicher Natur, gesunder Menschenverstand, ‚angeborene Vernunft') und pervertierter und pervertierender Kultur (Aberglaube), so glaubt der ‚zivilisierte' Forscher bereits auf einen Gesellschaftstypus zu stoßen, der von der zivilisierten Gesellschaft grundsätzlich verschieden ist."[21]

Die Kolonialisierung der Welt und die mit ihr einhergehenden Kolonialkriege sollten demzufolge die Verbreitung der „Zivilisation" unterstützen.[22] Die „Rasse" wurde somit zu einem Symbol oder besser: einem Äquivalent der Nation.[23] Die so konstruierte Überlegenheit der „weißen Rasse", kombiniert mit der „Bürde" der „Weißen", die Welt zu zivilisieren, war ein entscheidendes Fundament und gleichzeitig Rechtfertigung der fortgesetzten europäischen Expansion. Auf diesem Rechtfertigungskonstrukt fußend, schritt die europäische Eroberung der Welt über die Jahrhunderte voran, bis schließlich auch die letzten verbliebenen weißen Flecken auf der Landkarte verteilt waren.[24] Das Britische Empire kontrollierte weite Teile Afrikas und Nordamerikas sowie ganz Australien, Neuseeland und Indien; Spanien hatte große Gebiete Südamerikas und der Philippinen unter seiner Kon-

---

[18] Osterhammel (1995), S. 20f. Vgl. dazu auch Koch (1973), S. 115.
[19] Osterhammel (1995), S. 115f.
[20] Vgl. ebd., S. 27.
[21] Leclerc (1973), S. 14.
[22] Vgl. Osterhammel (1995), S. 50.
[23] Vgl. Koch (1973), S. 114.
[24] Vgl. Osterhammel (1995), S. 43; Jonassohn (2001).

trolle; Frankreich war es gelungen, seinen Einflussbereich auf Indochina und große Teile Afrikas auszudehnen; Portugal gehörten mehrere Gebiete in Afrika und Asien sowie Brasilien; die Niederlande konnten sich einige karibischen Inseln und Indonesien sichern; auch das erst im 19. Jahrhundert entstandene Deutsche Reich erwarb Kolonialgebiete in Afrika und der Südsee.[25] Selbst das gleichfalls junge Belgien beherrschte mit dem Kongo große Teile Zentralafrikas. Um 1900 war damit die Aufteilung der Welt nach Interessensphären durch die europäischen Kolonialmächte abgeschlossen.

3. Die Geschichte und gesellschaftspolitische Funktion der Völkerschauen

Zu differenzieren ist zwischen zwei Typen von Völkerschauen, die sich aus dem Kontext, in dem sie stattfanden, ergeben: Zum einen, und das scheint die Mehrzahl der Ausstellungen zu betreffen, handelt es sich um gewinnorientierte Ausstellungen privater Anbieter, die der bloßen Unterhaltung mit einem beiläufigen Bildungsanspruch dienen (eine Frühform des aktuellen Edutainments); zum anderen um solche, die im Rahmen von (ebenfalls durchaus kommerziellen) Kolonialausstellungen[26] gezeigt wurden, deren Ausstattung mitunter aus Platzgründen geringer ausfiel und die vor allem kolonialpolitischen Wert hatten.

Das Ausstellen von Menschen, ihren religiösen Artefakten und Alltagsgegenständen als Trophäen oder Beute, gewonnen durch Eroberung, enthüllt ein Machtverhältnis: Die Eroberer stellen die von ihnen bezwungenen Menschen und deren Waffen aus.[27] Bereits in der Antike haben die Römer in einer solchen Manier ihre Gefangenen und Kriegsbeute in Triumphzügen mitgeführt.[28]

Die Tradition der Vorführung von „Exoten" als „menschlichen Ausstellungsstücken" wurde im 15. Jahrhundert wieder aufgegriffen. Bereits im Jahre 1493 brachte Christoph Kolumbus (1451?-1506) amerikanische Ureinwohner von seiner Reise in die „Neue Welt" mit an den spanischen Hof.[29] Als der französische König Henri II. (1519-1559) im Jahre 1533 Rouen besuchte, wurde ihm zu Ehren am Ufer der Seine ein brasilianisches Indianerdorf nachgebildet.[30] Immer wieder brachten Europäer Menschen von ihren Expeditionen und Raubzügen mit: Seit dem frühen 16. Jahrhundert wurden auf Karnevalsveranstaltungen und Jahrmärkten Menschen ausgestellt, deren kulturelle Authentizität allerdings oft in Frage zu stellen war.[31]

Im 18. und 19. Jahrhundert war es eine Frage des Prestiges, „exotische" Dienstboten (wie etwa „Hofmohren"), im Haushalt zu haben. Als besonders eindrucksvoller Bestandteil adeliger Lebensführung illustrierten diese nicht nur Reichtum, sondern auch weit verzweigte Verbindungen in die politische Einflusssphäre.[32]

---

[25] Vgl. für die einzelnen Länder Mauro (1984), S. 62-72, und Geiss (1993), S. 318-330.
[26] Im Folgenden werden hier Völkerschau und Kolonialausstellung mit Modelldörfern synonym verwendet.
[27] Vgl. Benedict (1994), S. 30.
[28] Vgl. Wolter (2005), S. 87.
[29] Vgl. Jonassohn (2001).
[30] Vgl. Arnold (1995), S. 9; Benninghoff-Lühl (1984), S. 52.
[31] Vgl. Benedict (1994), S. 29; Wolter (2005), S. 90f.
[32] Vgl. Wolter (2005), S. 86.

Der große Boom der Völkerschauen im 19. Jahrhundert wurde von zwei Faktoren maßgeblich befeuert: Als erster Faktor ist anzusehen, dass die Verfügbarkeit exotischer Menschen (und Tiere) deutlich größer war als in den vorangegangenen Jahrhunderten.[33] Zweitens hatten viele der zoologischen Gärten Europas seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen, welche die Völkerschauen als Attraktionsfaktor oftmals behoben.[34]

Was der deutsche Zoodirektor Carl Hagenbeck (1844-1913) „anthropologische-zoologische Ausstellungen" nannte, wurde von ihm 1874 eingeführt. Er beschloss, Lappen mit ihren Zelten, Waffen, Schlitten und Rentieren auszustellen und präsentierte eine Show, die deren tägliches Leben in Lappland vor einem enthusiastischen Publikum in Hamburg, Berlin und Leipzig nachstellte. Der Publikumsandrang gab ihm Recht. Die Erste Deutsche Kolonial-Ausstellung 1896 in Berlin, bei der auch Menschen aus den deutschen Kolonien vorgeführt wurden, zählte insgesamt zwei Millionen Besucher. Während der 1880er Jahre arrangierte Hagenbeck ethnographische Shows mit Gruppen in der Größenordnung von 300 bis 400 Personen, mit drei Dutzend Stämmen und Ethnien, die hunderttausende Besucher pro Tag anzogen.[35]

Neben Unterhaltung waren die Völkerschauen aber auch Institutionen der Erziehung für die Besucher. Das Bildungsbürgertum konnte dabei ebenso wie die weniger begüterten Bevölkerungsschichten, die es sich nicht leisten konnten, in fremde Länder und Kolonien zu reisen, in den Völkerschauen oder auf kolonialen und ethnographischen Messen gleichsam die Welt und die „Wilden", die in ihr lebten, kennen lernen. Dennoch ist der Bildungsanspruch abzumildern, er scheint vielmehr kaschieren zu wollen, dass es den Besuchern in erster Linie darum ging, sich einer gefühlten angeborenen Superiorität zu vergewissern.[36]

> „These exhibitions of the exotic (the future native) laid the foundations on which, over an almost sixty-year period, was spun the West's progressive transition from a scientific racism to a colonial and mass racism affecting millions of visitors from Paris to Hamburg, London to New York, Moscow to Barcelona."[37]

Die Völkerschauen waren ein fast durchgehend erfolgreicher Publikumsmagnet. Zu den Misserfolgen hingegen muss Hagenbecks Bella-Coola-Indianer-Schau des Jahres 1885 gezählt werden. Obwohl die Ausstellung vom ethnographischen Standpunkt aus als sehr korrekt und realitätsnah anzusehen war, was Rudolf Virchow (1821-1902), der Vorsitzende der Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte, bestätigte, entspra-

---

[33] Vgl. Ash (2008), S. 15: „Die Büffel- und Waljagd, welche die Fantasie des Publikums Mitte des 19. Jahrhunderts beflügelten, stehen ebenso wie die auf massenhafter Fangtätigkeit basierenden Pelzangebote jener Zeit für eine anscheinend schrankenlose Verfügbarkeitsideologie. Diese gab sich auch auf andere Weise im Zirkus zu erkennen, und sie kannte keine Grenze zum Menschen, wenn es um die Schaustellung von Missbildungen in Freak-Shows oder von Bewohnerinnen und Bewohnern exotischer Länder in sogenannten *Völkerschauen* ging".

[34] Herlinger (1990), S. 6; Kurrath (2012); Rothfels (2002), S. 42; Jonassohn (2001).

[35] Vgl. Richter (1995), S. 25; Reichenbach (1996), S. 55; Arnold (1995), S. 10; Wolter (2005), S. 103. Mit der Präsentation „exotischer" Menschen machte Hagenbeck mehr Profit als mit der exotischer Tiere. Vgl. das Standardwerk von Thode-Arora (1989).

[36] Vgl. Kurrath (2012); Jonassohn (2001).

[37] Blanchard/Bancel/Lemaire (2012).

chen die gezeigten Indianer nicht den durch Lederstrumpf und Winnetou geprägten Stereotypen.[38] So zeigte sich die Grenze des Bildungsaspektes, scheiterte die Ausstellung doch an den nicht erfüllten Publikumserwartungen. Dennoch ging der Siegeszug der Völkerschauen weiter. Exponate außereuropäischer Ureinwohner waren bekannte und wiederkehrende Merkmale zoologischer Gärten in ganz West- und Mitteleuropa, „where they eclipsed the drawing power of the more usual animal exhibits".[39]

Völkerschauen innerhalb von Kolonialausstellungen waren für alle fördernden Nationen der Weltausstellungen eine sehr gute Plattform, um ihre kolonialen Besitztümer auszustellen; sogar Länder, die selbst Kolonien waren, wie etwa Australien, Kanada, Neuseeland und Südafrika, waren dort vertreten.[40] Aber auch in Ländern ohne eigene überseeische Besitzungen, wie etwa Österreich-Ungarn, boten Hagenbeck und andere seiner Zunft dem Publikum die Möglichkeit, mit der „Fremde" und den „Fremden" vertraut zu werden ohne das Wagnis und die Fährnisse einer Expedition zu riskieren.[41] Die zentralen Triebfedern und Motive der Ausstellungen von Menschen waren dabei:

1. Ökonomische Motive: Das finanzielle Engagement der Privatwirtschaft in den Kolonien sollte gefördert werden. Zudem bildeten die Ausstellungen eine ausgezeichnete Repräsentationsplattform, um die eigene Handelsmacht darzustellen.
2. Wissenschaftliche Untersuchungszwecke: Die Einfuhr zahlreicher indigener Menschengruppen ermöglichte den Ethnologen die einmalige Gelegenheit einer „heimischen Feldforschung".
3. Freizeitpark- beziehungsweise Volksfestcharakter: Amüsement war garantiert, neben Karussell oder Musikpavillons konnten „koloniale Speisen" genossen werden.
4. Benefizveranstaltungen: Manche Kolonialausstellungen wurden primär zur Finanzierung konkreter anderer Projekte veranstaltet. Neben sozialen Spenden für die Ausstattung von Krankenhäusern ging es aber auch um Geld, etwa für die „Nationale Flugspende", hinter der sich nichts anderes verbarg als der Aufbau der Luftwaffe.[42]

Die Kolonialausstellungen waren eine gesellschaftspolitische Ergänzung der modernen Kolonialmacht, die Erbeutung von Tieren und die Ausstellung von kolonisierten Menschen eine symbolische Repräsentation der Unterwerfung all jener exotischen und fernen Länder und ihrer Bewohner.[43] Aus organisatorischen und politischen Gründen wurden Völkerschauen in großem Maßstab nur bis zum Ersten Weltkrieg durchgeführt; ab den 1930er

[38] Vgl. Wolter (2005), S. 105; Pokoyski (2006), S. 66; Schwarz (2001), S. 164.
[39] Jonassohn (2001).
[40] Vgl. Benedict (1994), S. 31. Hierbei muss allerdings darauf verwiesen werden, dass jene Länder stark europäisch geprägt und die jeweiligen indigenen Völker in ihrer kulturellen Bedeutung ins Abseits gedrängt waren.
[41] Vgl. Debusmann (1995), S. VII.
[42] Vgl. für den gesamten Abschnitt: Arnold (1995), S. 6-9 und S. 22; David (1995), S. 105.
[43] Vgl. Rothfels (2002), S. 21; Berger (1980), S. 19.

Jahren und auch in der Frühphase des Nationalsozialismus wurden die Ausstellungen in Deutschland zum Propagandaentwurf des „Volkes ohne Raum".[44]

4. Ausstellung von Menschen

Kann man einen klassischen Ablauf einer Völkerschau von der „Rekrutierung" der Auszustellenden bis hin zu ihrer Rückführung skizzieren? Die Antwort muss „nein" lauten. Zu vielschichtig sind die Akteure auf beiden Seiten, zu variationsreich die tatsächlichen Abläufe. Wohl aber ist es möglich, zentrale und häufig wiederkehrende Elemente beispielhaft aneinander zu reihen.

Detailliert wird die „Rekrutierung" der Menschen für die Völkerschauen in der Sekundärliteratur und auch in den Quellen selten dargestellt. Ein Beispiel aus dem Jahr 1567 berichtet, dass eine Inuit-Frau und ihre siebenjährige Tochter in Labrador entführt wurden, um in Antwerpen ausgestellt zu werden.[45] In späteren Zeiten änderten sich die Rekrutierungspraktiken. Kontrakte wurden geschlossen und die „Ausstellungsstücke" zu Darstellern. Dabei bleibt allerdings unklar, inwieweit die Beteiligten sich über die Inhalte dieser Verträge im Klaren waren. Beispielhaft sei hier eine Gruppe von Feuerländern erwähnt, die von einem europäischen Schiff offenbar auf hoher See aufgenommen und nach Europa gebracht wurden.[46] Es darf bezweifelt werden, dass hier von einem Informed consent gesprochen werden kann.

In Kamerun etwa wurden Bewohner von dem dort stationierten deutschen Bezirkshauptmann und dem kaiserlichen Polizeimeister angeworben und verpflichteten sich in einem Vertrag, für acht Monate allen Anordnungen des Ausstellungsvorstandes Folge zu leisten, als Gegenleistung erhielten sie einen vereinbarten Lohn.[47] Freie Hin- und Rückfahrt sowie kostenlose Unterkunft, Verpflegung und warme Kleidung waren Inhalt des Kontraktes, abgeholt wurden sie von Mitarbeitern des Auswärtigen Amtes.[48] In den meisten Fällen waren die Anwerber nicht mit den zukünftigen Arbeitgebern identisch.[49] Manche solcher Kontraktarbeiter waren getaufte Christen, andere waren vorher schon einmal in Deutschland gewesen, einige sprachen Deutsch oder Englisch. Unter ihnen befanden sich selbstständige Handwerker, Träger bei Expeditionen, Arbeiter von Plantagen oder Faktoreien.[50] Dennoch sollten diese (aus-)gebildeten Menschen auf den Ausstellungen monatelang das Bild des primitiven Wilden darstellen und in „cites indigenes" wohnen, die speziell so gebaut wurden, dass sie den Eindruck eines realen Eingeborenendorfes vermittelten.

---

[44] Vgl. Arnold (1995), S. 2; Wolter (2005), S. 88: 1901 wurde im Deutschen Reich die Verwendung von Menschen als Schaustücke durch die Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes verboten, Ausnahmen jedoch immer wieder erlaubt.

[45] Vgl. Wolter (2005), S. 88; Kocks (2004), S. 27.

[46] Vgl. Fuchs et al. (2011), S. 19.

[47] Vgl. Arnold (1995), S. 13.

[48] Vgl. Sippel (1995), S. 46; Arnold (1995), S. 13; Kocks (2004), S. 48: Von besonderer Komplexität waren offenbar die Verträge, die deutsche Aussteller mit nordamerikanischen Indianern schlossen. Sogar die eventuelle Rückführung von auf Reisen verstorbener Darsteller wurde vorher geregelt.

[49] Vgl. Sippel (1995), S. 46.

[50] Vgl. Arnold (1995), S. 13.

Für gewöhnlich wurden die angeworbenen Menschen nach ihrer Verbringung nach Europa an verschiedenen Orten vorgeführt. Oft dauerten die Tourneen monatelang. Das führte in vielerlei Hinsicht zu einer gewissen Professionalisierung der Darsteller, sowohl im Hinblick auf ihre Darbietung, wie auch auf ihre innere Organisation. Zwar kann man davon ausgehen, dass vielen Darstellern bei ihrer Anwerbung nicht im Mindesten bewusst war, auf was sie sich einließen, dennoch gelang es manchen Gruppen, Ansprüche gegenüber den Veranstaltern durchzusetzen. Eine Gruppe Bischari – ein Nomadenvolk aus Nordafrika – zum Beispiel streikte in Wien, um, wie es hieß, betteln zu dürfen. Nach zähen Verhandlungen verzichteten sie darauf, bekamen aber Geldzulagen als Entschädigung.[51]

Rechtsstreitigkeiten zwischen Darstellern und Besuchern konnten auch vor Gericht landen. Aus Wien und Prag sind Konfrontationen, insbesondere mit Besuchern aus bildungsfernen Schichten, überliefert. Diese reichten von individuellen Übergriffen bis hin zu veritablen Massenschlägereien. Die Justiz war offenbar bemüht, die Ausgestellten dabei vor der landeseigenen, oft nicht minder verachteten und mit Vorurteilen beladenen sozialen Unterschicht zu beschützen.[52]

Ein in der damaligen Presse viel besprochener Aspekt war die „Echtheit" der ausgestellten Menschen. Um beim Publikum nicht das Bild von professionellen Darstellern zu erwecken und damit die viel beschworene Authentizität zu untergraben, wurden rührende Geschichten erfunden, welche die Beweggründe der ausgestellten Menschen die Reise nach Europa anzutreten, präsentierten.[53] Enthüllungen, dass der von den Frauen vielbewunderte Häuptling ein „Kohlehändler aus Kairo" sei, führten dazu, dass von den Ausstellern Fachleute herangezogen wurden, um die Authentizität der Darsteller zu bezeugen.[54] Dabei kamen zwar immer wieder Zweifel an den Darstellern, aber nie an der Rechtmäßigkeit der Ausstellungen an sich auf.[55] Neben der „Echtheit" der Schaumitglieder war es dennoch entscheidend, dass deren gezeigtes Alltagsleben auf europäische Vorstellungen ausgerichtet war. Von diesem Schwindel ist in dem Buch „Ashantee" von 1897 von Peter Altenberg (1859-1919) zu lesen, in dem er seine persönlichen Erfahrungen einer Wiener Völkerschau verarbeitete:

> „Wir dürfen Nichts anziehen, Herr, keine Schuhe, nichts, sogar ein Kopftuch müssen wir ablegen. (...) Wilde müssen wir vorstellen, Herr, Afrikaner. Ganz närrisch ist es. In Afrika könnten wir so nicht sein. Alle würden lachen. (...) In solchen Hütten wohnt Niemand."[56]

Zur Großen Deutschen Kolonialausstellung 1896 kamen über einhundert Südwestafrikaner „aus freien Stücken" nach Berlin, sie trugen Anzüge und wurden vom deutschen Kaiser als Repräsentanten der Kolonie Deutsch-Südwestafrika empfangen.[57]

---

[51] Vgl. Schwarz (2001), S. 160f.
[52] Vgl. ebd., S. 154.
[53] Vgl. ebd., S. 23.
[54] Vgl. Kocks (2004), S. 31; Schwarz (2001), S. 160.
[55] Schwarz (2001), S. 114.
[56] Altenberg (1897).
[57] Vgl. Schweinitz (1897), S. 221.

Der stellvertretende Direktor des Berliner Museums für Völkerkunde, Professor Felix von Luschan (1854-1924), äußerte dünkelhaft:

> „Ich möchte allerdings bezweifeln, dass alle Herero einen so durchaus vornehmen Eindruck machen und so vollendet gentleman-like auftreten, wie die, welche wir in Treptow gesehen haben."[58]

„Neger" in Anzügen passten einfach nicht in das europäische Bild des „typischen Wilden". Die Vermeidung einer „Verwestlichung" der Darsteller war für die Direktoren und Aussteller entscheidend, da dieser Faktor über den Erfolg oder Misserfolg beim Publikum bestimmte. Das Publikum reagierte empfindlich, wenn es den Eindruck gewann, es würde geschauspielert, so dass die Ausgestellten das Gelände der Völkerschau entweder gar nicht oder nur einzeln beziehungsweise in kleineren Gruppen unter Aufsicht verlassen konnten.[59] Die meisten lebten in Behausungen oder Baracken auf dem Ausstellungsgelände, ein Privatleben war oft nicht möglich.[60] Die Impresarios legten Wert darauf, dass die Kommunikation zwischen Zuschauern und Ausgestellten unterbunden war und bevorzugten Personal, das keine europäischen Sprachen beherrschte,[61] was im Umkehrschluss deren Verständigung und die Durchsetzung ihrer eigenen Interessen mit den Arbeitgebern sehr erschwerte. Gleichzeitig versprachen sich Publikum und auch Wissenschaftler lehrreichere Beobachtungen von möglichst wenig mit westlichen Werten in Kontakt gekommenen Menschen.[62] Doch für manche war die „erste Berührung" mit der „Zivilisation" zugleich ihre letzte; die Klimaveränderung sowie europäische Infektionskrankheiten wie Pocken oder Blattern führten zu vielen Todesfällen; nachträgliche Impfungen blieben oft wirkungslos.[63] Von der ersten Deutschen Kolonial-Ausstellung im Treptower Park wird berichtet, dass der Kreisarzt die Menschen einmal pro Woche untersuchte, dies allerdings öffentlich. Die unwürdige Behandlung wurde erst nach entschiedenem Protest durch die betroffenen Afrikaner eingestellt.[64]

Die Beharrung auf Authentizität von Seiten der Besucher ist als äußert problematisch anzusehen, spricht sie doch den zur Schau gestellten Menschen die Kenntnis ihrer tatsächlichen Lage ab.[65]

4.1 Ethnische und „rassische" Stereotypen

Der Hauptzweck der Völkerschauen war die Konstruktion anthropologischer Gegenbilder, mittels derer sich die Europäer als Norm konstituierten.[66] Es herrschte die Vorstellung der inferioren „andersartigen Beschaffenheit" der Bewohner außereuropäischer Regionen vor,

---

[58] Krüger (1999), S. 75.
[59] Vgl. Wolter (2005), S. 104 und 154.
[60] Vgl. Willis (2007), S. 48; Deutsches Historisches Museum (2012).
[61] Vgl. Lewerenz (2007), S. 137.
[62] Vgl. Kocks (2004), S. 51.
[63] Vgl. Anhalt (2008), S. 333; Willis (2007), S. 50; Arnold (1995).
[64] Vgl. Deutsches Historisches Museum (2012).
[65] Vgl. Wolter (2005), S. 105.
[66] Vgl. Lewerenz (2007), S. 135; Osterhammel (1995), S. 113. Dazu Benedict (1994), S. 44: Die amerikanischen Ureinwohner in diesem Beispiel „were presented as uniformly primitives whose best hope lay in American government efforts to *civilize* them and assimilate to the dominant Euro-American culture".

die es ihnen nicht ermöglichte, solche maßstäblichen Kulturleistungen hervorzubringen, wie es einzig das neuzeitliche Europa konnte.[67]

> „Dieses Grundmuster einer prinzipiellen Differenzannahme konnte unterschiedlich erfüllt werden: theologisch als heidnische Verworfenheit, technologisch als Minderkompetenz in der Beherrschung der Natur, umweltdeterministisch als Prägung durch ein die menschliche Konstitution schwächendes tropisches Habitat, biologisch als Reduktion auf unveränderliche Rasse-Eigenschaften. (...) Rassismus war also die späteste und schroffste Fassung des Differenzaxioms. Mindestens während der drei oder vier Jahrzehnte vor dem Ersten Weltkrieg wurde sie von Europäern und Amerikanern nahezu sämtlicher politischer Überzeugungen als evident richtig betrachtet."[68]

Es war nicht das Ziel der kolonialen Ausstellungen, einen wahrheitsgemäßen Einblick in die Kultur der „Ausstellungsstücke" zu bieten. Im Gegenteil, ethnische und kulturelle Unterschiede wurden ausdrücklich betont, so dass die Exponate spezifische Typen (einen Fidschianer, einen Buschmann), bewarben.[69] Die „Eingeborenen" unterlagen charakterologischen Verallgemeinerungen: Sie seien faul, grausam, verschlagen, verspielt, naiv, sittenlos, impulsiv, doppelzüngig, unfähig zu abstraktem Denken usw.[70] Besonders der afrikanische Stereotyp wird in der Sekundärliteratur untersucht. Die „Natur" der schwarzen Afrikaner wurde dabei als trunksüchtig und kriegerisch geschildert, die Individuen selbst als „sub-human freaks, missing links between man and animal and the epitome of primitiveness".[71] In der deutschen Kolonialpresse kamen Begriffe wie „Naturkinder", „schwarze Landsleute", „unsere fernen Landsleute" oder „unsere afrikanischen Schutzbefohlenen" aus dem „dunklen Weltteil" hinzu, allerdings war die oft grundsätzlich positive Berichterstattung dem angestrebten öffentlichen Image der Ausstellungen geschuldet,[72] wobei gerade beim Topos „Schutzbefohlene" bereits eine Herrschaftslegitimation mitschwingt.

Die Wissenschaft war dabei ein wichtiger Zeuge für die „Überlegenheit" der „weißen Rasse". In diesem Sinne dienten die Völkerschauen nicht nur der Befriedigung der sensationsgierigen Menschenmassen und des Trends jener Zeit, sondern halfen auch der populären Etablierung der Theorie von der generellen „Hierarchie der Rassen" von Arthur de Gobineau (1816-1882) als Instrument der (weißen) kolonialen Vorherrschaft.[73] Einer der führenden Repräsentanten dieser wissenschaftlichen „Rassenforschung" war der Mediziner und Forscher Rudolf Virchow, der Carl Hagenbecks „menschliche Ausstellungsstücke" im Dienste der Wissenschaft untersuchte.[74] Experten – wie Ethnologen und Anthropologen – wurde es als Gegenleistung für ihre Überprüfung der Authentizität ermöglicht, das „Material" zu studieren. Die Befindlichkeit der Darsteller spielte für die Anthropologen, Eugeniker und Phrenologen keine Rolle. Dem Schamgefühl standen sie ebenso verständnislos

---

[67] Vgl. Osterhammel (1995), S. 113.
[68] Ebd.
[69] Vgl. Benedict (1994), S. 36; Altick (1978), S. 279.
[70] Vgl. Osterhammel, S. 114.
[71] Benedict (1994), S. 37 und 42; vgl. auch Arnold (1995), S. 20.
[72] Vgl. Arnold (1995), S. 19.
[73] Vgl. Jonassohn (2001); Kurrath (2012); Osterhammel (1995), S. 114; Hölz (2002), S. 164; Koch (1973), S. 115.
[74] Vgl. Kurrath (2012); Pokoyski (2006), S. 66.

gegenüber wie der kulturellen Eigenständigkeit der Ausgestellten. Nur bei ausdrücklichem Widerspruch der Teilnehmer fanden keine anthropologischen Untersuchungen statt.[75]

Die großen Ausstellungen zeigten dem Westen andere Kulturen als ein Teil der eigenen Vergangenheit oder eines früheren Stadiums des evolutionären Verlaufes.[76] Akribische Messungen der Anthropologen lieferten die pseudowissenschaftliche Grundlage für die Charakterisierung der Menschen aus Übersee, die nur allzu häufig auf einer willkürlichen Verknüpfung von Äußerlichkeiten mit inneren Werten basierte. Jene Wissenschaftler trugen somit mittelbar zur wachsenden Verbreitung des Rassismus des jungen 20. Jahrhunderts bei.[77]

4.2 Sexualisierung der ausgestellten Menschen

Die erotische bzw. sexuelle Aufladung der Völkerschauen wurde von den Ausstellern bewusst einkalkuliert, um einerseits als Anziehungskraft und Attraktion für die Zuschauer eines insgesamt recht prüden Zeitalters zu dienen, aber andererseits das Fehlen von Kleidung, welches dem Alltag in Europa diametral gegenüberstand, als Zeichen der „Nicht-Zivilisation" der Ausgestellten zu geben.[78] Vor allem die weiblichen „Exponate" wurden barbusig gezeigt, obwohl sie in ihrer Heimat gemäß dem dortigen Habitus oftmals nicht entblößt gewesen wären.[79] Mit dergleichen Angeboten verschob sich allerdings in den entsprechenden Völkerschauen der Fokus der Besucher von gesellschaftlich gerechtfertigten anthropologischen Interessen zur Konsumierung eines erotisch-exotischen Spektakels.[80] Dennoch kam diese Darstellung entkleideter Körper dem „kommerziellen Erotikboom" im Fin de Siècle entgegen.[81] Sie schüre „männliche Eroberungsträume vom weiblichen kolonialisierten Körper" und berücksichtige ebenso die erotischen Bedürfnisse der europäischen Frauen.[82] Die vorgeführte Sexualmoral mancher Stämme, Tätowierungen, Opfergaben wie auch rituelle Verstümmelungen empfand das Publikum als anregend und gleichzeitig abstoßend.[83] Die intimen Annäherungen zwischen männlichen Europäern und ausgestellten Frauen wurden als Privatsache aufgefasst, wohingegen sexuelle Kontakte zwischen Zuschauerinnen und männlichen Schaumitgliedern in der bürgerlichen Presse thematisiert und angeprangert wurde.[84] Bei letzteren schürte die Presse gerne moralische Hysterie. So sollte 1899 bei der Savage Africa Show in England eine Heirat zwischen einem schwarzen Schaumitglied und einer Engländerin vollzogen werden, woraufhin das Ausstellungsgelände für Frauen geschlossen wurde.[85] Als während der ersten Deutschen Kolonial-Ausstellung 1896

[75] Vgl. Kocks (2004), S. 73.
[76] Vgl. Yengoyan (1994), S. 77.
[77] Vgl. Arnold (1995), S. 16f.
[78] Vgl. Städtler (1995), S. 190; Gieseke (2008).
[79] Vgl. Blanchard/Deero (2012b).
[80] Vgl. Schwarz (2001), S. 149.
[81] Vgl. Wolter (2005), S. 122.
[82] Vgl. ebd., S. 125.
[83] Vgl. Städtler (1995), S. 190.
[84] Vgl. Wolter (2005), S. 126; Fuchs et al. (2011), S. 22. Lewerenz (2007), S. 139, spricht von der „weiße[n] Frau als Grenzmarkierung der Kolonialmacht". Somit wogen Beziehungen zwischen europäischen Frauen und „eingeborenen" Männern schwerer aufgrund der Gefahr für die kolonialen Machtverhältnisse.
[85] Vgl. Wolter (2005), S. 130.

der südafrikanische Prinz Friedrich Maherero Berlin besuchte, schwärmten Frauen und Mädchen von dem gutaussehenden Prinzen. Von den Behörden wurden ihnen, wegen ihres Mangels an „Rassenstolz" und fehlender Würde, Vorwürfe gemacht.[86]

Insgesamt zeigen diese Vorfälle und ihre Rezeption, dass hier sehr stark das Bild der verführerischen schwarzen Männer und der ihnen erliegenden weißen Frauen bedient wurde. Der umgekehrte Fall wurde seltener thematisiert und wenn, dann nicht an einem konkreten Beispiel, sondern wie etwa in Wien, anhand von Karikaturen und allgemeinen rassistischen Schmähartikeln.[87] Da die öffentliche Kommunikation in Europa in dieser Zeit stark männlich dominiert war, kann dies keinen Aufschluss über Quantitäten geben. Vielmehr scheinen von Journalisten auch grundlegende eugenisch-rassistische Ansichten am sich anbietenden, praktischen Beispiel der Völkerschauen verbreitet worden zu sein.[88]

Als allgemeingültiges Charakteristikum von Völkerschauen kann die Sexualisierung der „Exoten" dennoch nicht gelten. Aufgrund der vorherrschenden Sittlichkeit mussten sich die Bewohnerinnen von Blanchebai (Papua-Neuguinea), entgegen ihren Gebräuchen, mit einem Lendenschurz bekleiden,[89] was der gewünschten größtmöglichen Originalität zuwider lief.

Die Besucher wurden vor den sexuellen Aspekten der oft halbnackten oder nackten „Ureinwohner" gewarnt. Ein Ratgeber warnte leicht zu beeindruckende Männer vor „the sexualised lure of exotic women" und Tänzen und Gesang nordafrikanischer Frauen, „who enacted risqué caricatures of feminine allure (...) [and] deprive you of a peaceful night's rest for months to come".[90]

Ein besonders prägnantes Beispiel stellt der Fall der Saartjie Baartman (1789?-1815) dar, einer San-Frau, gebrandmarkt als „Hottentotten-Venus", die in London und Paris für fünf Jahre, teilweise in einem Käfig, vorgeführt worden war.[91] Selbst nach ihrem Tod wurde ihr präparierter Körper bis 1982 ausgestellt.[92] Ihre Körperformen, die nicht dem europäischen Schönheitsstandard entsprachen (sie hatte eine sehr stark entwickelte Steatopygie), wurden mit Ekel, Faszination und Schockiertheit bedacht.[93] Sie

> „illustrates the fine dividing line between women and primitivity, as the black woman became a symbol of regressive sexuality and sexual promiscuity in the nineteenth century."[94]

Baartman wurde als „rassischer Beweis" betrachtet, dass Menschen schwarzer Hautfarbe eher Tieren ähnelten als anderen Menschen.[95]

---

[86] Vgl. Deutsches Historisches Museum (2012); Sippel (1995), S. 55f: Manchen Afrikanern gelang es, im Deutschen Reich weiße Frauen standesamtlich zu ehelichen – in den deutschen Schutzgebieten war dies aufgrund der dort von den deutschen Behörden gewünschten Rassentrennung seit 1906 verboten.
[87] Vgl. Schwarz (2001), S. 168-178.
[88] Vgl. ebd., S. 174.
[89] Vgl. Arnold (1995), S. 20.
[90] Sund (1993), S. 457; vgl. Johnston (1999), S. 117f.
[91] Vgl. Ritter (2010).
[92] Vgl. Low (1996), S. 23; Thomson (1996), S. 207-221; Haude (2009), S. 81.
[93] Vgl. Städtler (1995), S. 190.
[94] Low (1996), S. 23.
[95] Hooks (1992), S. 62.

4.3 Vertierlichung der kolonisierten Menschen und Vermenschlichung der Tiere

Der absolute Anspruch der Europäer, die Überlegenheit vor allen anderen menschlichen „Rassen" zu besitzen, wird nochmals pervertiert: Wie bereits erwähnt erachteten die kolonialen Großmächte die eigenen Werte und Normen als konstituierend für eine Zivilisation, was wiederum zur Leugnung der menschlichen Natur der „Exoten" und ihrer Vertierlichung führte.[96]

> „Denied an entirely human nature, they were thus colonisable and needed to be domesticated and *tamed* to turn them – if possible – into civilised men. This mise en scène helped to legitimise the West's colonial action."[97]

Während man die „fremden" Menschen bei diesen Völkerschauen, indem man sie nackt zeigte, entmenschlicht und ihre Traditionen sowie ihr Handwerk verunglimpfte, wurden andererseits Tiere vermenschlicht. In der Londoner Exeter Change Menagerie war ein Orang-Utan zu betrachten, der ein illustriertes Buch zu lesen schien, indem er vorsichtig die Seiten umblätterte; im Regent's Park Zoo trug eine Schimpansin namens Jenny ein Flanellnachthemd und Morgenrock.[98] Man ging sogar soweit, Tieren menschliche Eigenschaften zuzusprechen: Das Pferd war sanft und erhaben, dem Elefanten wurde für seine „beinahe menschliche Weisheit" Beifall gespendet und die Klugheit des Hundes kam fast an menschliche Vernunft heran, während der Löwe mit dem Adjektiv „edel" bedacht wurde.[99] In seinem Werk „Von Tieren und Menschen" beschrieb Hagenbeck die hohe Intelligenz seiner Schimpansen, denen antrainiert worden war, am Tisch zu sitzen und mit Messer und Gabel zu essen, und denen Namen und Kleider gegeben wurden – im Gegensatz zu der „Zivilisierung" der Tiere wurden die Afrikaner vornehmlich als „Wilde" oder „Barbaren" diskriminiert und auf demütigenden Fotographien mit Affen präsentiert.[100] Zudem notierte Hagenbeck, dass er seine seltenen Gorillas von sogenannten Negerboys begleiten ließ, so dass die Tiere nicht am „Heimweh zugrunde gingen".[101] Zwangsläufig muss hier der Eindruck entstehen, dass der Wert eines Menschen dem eines Tiers untergeordnet war. Dieses Bild vermittelt Hagenbeck selbst:

> „Wo seid ihr alle geblieben, ihr Afrikaner, Inder, ihr roten Söhne der Prärien, ihr Eskimos, ihr Patagonier aus der Gletscherwelt Feuerlands, die ihr euch meiner Führung in das Land der Weißen anvertrautet, die euch zu Millionen anstaunten, als wäret ihr Wundertiere?"[102]

---

96 Vgl. Blanchard/Bancel/Lemaire (2012).

97 Blanchard/Bancel/Lemaire (2012), Hervorbung durch die Autoren. Durch die Anwendung des Verbs „tame" wird eine offensichtliche Verbindung zu „taming animals" (= Tiere zähmen) vollzogen.

98 Vgl. Ritvo (1985), S. 268.

99 Vgl. ebd., S. 275; Toulmin (2010).

100 Vgl. Anhalt (2008), S. 335; Arnold (1995), S. 10.

101 Vgl. Arnold (1995), S. 10.

102 Hagenbeck (1908).

Auch in Altenbergs bereits zitiertem Prosawerk „Ashantee" stellte sich in einem Gespräch heraus, worauf die Aussteller Wert legten:

> „Man wünscht es, dass wir Thiere vorstellen. (...) Der Clark sagt: ‚He, solche wie in Europa gibt es genug. Wozu braucht man Euch?! Nackt müsst ihr sein, natürlich'."[103]

Menschen wurden hinter Zäunen, Gittern oder Gräben ausgestellt und der Zuschauer begriff instinktiv, auf welcher Seite Wissen und Macht standen.[104] Auch implizierten diese Grenzen, dass die „Wilden" gefährlich waren, man sich vor ihnen schützen musste, was für die Besucher ein Nervenkitzel war. Auf dieselbe Art und Weise, am selben Ort, wo sonst Tiere ausgestellt wurden, konnte das europäische Publikum nun Menschen betrachten. So wie der heutige Zoo oft seinen Beitrag zum Artenschutz als Argument für die Zoohaltung exotischer Tiere heranzieht, wurde auch bei den Völkerschauen das Moment des Aussterbens thematisiert. Hier stand allerdings nicht der Erhalt des Aussterbenden, sondern seine letztmalige Präsentation im Fokus. Der kulturelle Hintergrund der Völker, deren Verschwinden man erwartete, trat zurück aufgrund des zivilisatorischen Fortschritts; da aber selbiger geradezu religiös verehrt wurde, war das durch ihn verursachte Aussterben ein Vorgang, den man nicht aufhalten wollte.[105]

5. Exkurs: Völkerschauen im Dritten Reich

Die Klassische Völkerschau gab es im nationalsozialistischen Deutschland nicht mehr, aber die Ausrichtung der Deutschen Afrika-Schau erinnert doch stark an die Vorläufer der zurückliegenden Epoche des Imperialismus. Der Unterschied lag in der Herkunft der zur Schau gestellten Menschen. Von 1936 bis 1940 wurden in Deutschland afrikanische Migranten angeworben, die wochenlang üben mussten, sich wie „Eingeborene" zu verhalten.[106] Die Schau war für den NS-Staat aus folgenden drei Punkten interessant:

1. Sie diente aus behördlicher Sicht als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für die Migranten,
2. als rassenpolitisches Instrument zur Überwachung jener Menschen sowie ihrer Marginalisierung und „Rassifizierung" durch die Völkerschau und damit ihrer Verortung außerhalb der Volksgemeinschaft
   und
3. forderte die nationalsozialistische Politik dadurch die „verlorenen" deutschen Kolonien zurück. Die Afrika-Schau propagierte, dass die treuen „Schutzbefohlenen" die Rückkehr der ehemaligen Kolonialherren erwarteten.[107]

---

[103] Altenberg (1897).
[104] Vgl. Blanchard/Deero (2012a); Anhalt (2008), S. 333.
[105] Vgl. Schwarz (2001), S. 139: Diese Art der Musealisierung menschlichen Lebens ist ein stark angloamerikanisches Phänomen und kommt in Kontinentaleuropa weniger vor; Kocks (2004), S. 17; Fuchs et al. (2011), S. 27f.
[106] Vgl. Lewerenz (2007), S. 142-146; Wolter (2005), S. 156f.
[107] Vgl. Lewerenz (2007), S. 144-150; Wolter (2005), S. 155f.

Tänze wurden von den männlichen Schaumitgliedern vorgeführt, „um das starke erotische Moment" der Originaltänze auszuschalten und die Frauen, gemäß den NS-Geschlechterrollen, in die häusliche Sphäre zu verordnen.[108] Auf Anweisung der Reichspropagandaleitung wurde die Afrika-Schau geschlossen. Einer der Gründe war wohl das Selbstverständnis der ausgestellten Afrikaner, das sich im folgenden Beschwerdebrief an das Rassenpolitische Amt der NSDAP ausdrückt:

> „Es muß auch als Blasphemie erscheinen (...), wenn Neger in einer Aussprache dem staunenden Volk erklären: ‚Wir glauben an Deutschland, Heil Hitler'."[109]

Zudem wurde der Mythos der Schau untergraben, als die Herkunft der Truppenmitglieder enthüllte, dass nur eine Person ein echter Askari war, die anderen teils nie in den Kolonien gelebt hatten und zum größten Teil aus Deutschland stammten.[110]

Nach der Schließung 1940 wurde den Menschen schwarzer Hautfarbe im Dritten Reich jedes öffentliche Auftreten untersagt, Ausnahmen galten nur für NS-Propagandafilme, für die afrikanischstämmige Komparsen gebraucht wurden.[111]

In Deutschland beispielsweise trugen die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungen von Phrenologen, Anthropologen u.a. zum Bild der „Herrenrasse" bei – der Überlegenheit der „arischen Rasse", die ein Hauptbestandteil der NS-Ideologie war.[112]

6. Zusammenfassung

Die Tatsache, dass ganze Volksgruppen in den Fokus des öffentlichen Interesses gerieten, war eng verbunden mit der Ausweitung des imperialistischen Zugriffs der (europäischen) Großmächte auf die Welt. Negative Bedeutungselemente wie Usurpation, illegitime Aneignung oder Fremdbestimmung gehen auch heute noch mit dem Begriff Kolonialismus einher[113] – ein Bild, das wohl auch durch die Existenz von Völkerschauen geprägt wurde. Die Völkerschauen implizierten das neue Erlebnis des imperialen und kolonialen Fortschrittes und erlaubten der heimischen Bevölkerung, daran teilzunehmen, indem sie erstmals den „Kulturkontakt zu den kolonisierten Völkern" herstellten – zwischen 1874 und 1931 gab es etwa 400 Völkerschauen auf dem Boden des Deutschen Reiches mit mehreren tausend Teilnehmern aus Übersee.[114] Inszenierung und Kulisse der Völkerschauen markierten einen sowohl geographisch als auch kulturell „anderen" Raum, ebenso wie eine „andere" – vorgeschichtliche – Zeit. Die Ausgestellten sollten die Vergangenheit der modernen Menschheit präsentieren, was wiederum die Zuschauer auf eine „höhere evolutionäre Stu-

[108] Vgl. Lewerenz (2007), S. 147f.
[109] Vgl. Wolter (2005), S. 157.
[110] Vgl. Forgey (1994), S. 31.
[111] Vgl. Wolter (2005), S. 157.
[112] Vgl. Kurrath (2012).
[113] Vgl. Osterhammel (1995), S. 7.
[114] Johnston (2005), S. 24; Bremicker et al. (2012).

fe“ setzte.[115] Diese Veranstaltungen können durchaus als eine frühe Form der öffentlichen Präsentation des Sozialdarwinismus betrachtet werden. Differenziert werden muss dennoch. Die „romantisierenden Variationen des Kolonialrassismus“, die sich in den Völkerschauen widerspiegelten, waren eher als Paternalismus, als tolerierende Arroganz der Direktoren zu verstehen und hatten nicht viel gemein mit der vernichtenden Rassenkunde, wie sie die Ideologie des Nationalsozialismus verstand.[116]

Zugunsten des Mediums Film ging die Bedeutung der Ausstellungen vollständig zurück. Sie verschwanden aus dem Fokus der Öffentlichkeit, und mit ihnen auch die Erinnerung an dieses Kapitel des europäischen Umgangs mit „den Fremden“ und „dem Fremden“. Aufgearbeitet wurde das Kapitel der Völkerschauen in Europa erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts. Über die Gründe kann nur gemutmaßt werden. Wahrscheinlich wirkte das Bild von „den Fremden“, welches die Völkerschauen geschaffen hatten, eine lange Zeit unterschwellig fort und blockierte eine kritische Reflektion. Auch die vorrangige Aufarbeitung der Verbrechen des Nationalsozialismus trug dazu bei, dass andere dunkle Kapitel in den Hintergrund traten. Die Forschung hat noch viel zu tun. Über die Reaktionen des Publikums auf die Schauen finden sich nur spärliche Informationen, ebenso fehlen Zeugnisse, Interviews etc. der Ausgestellten. In diesen Bereichen steht ein intensives Quellenstudium noch aus.

Der Fall des Augsburger Zoos zeigt, dass Völkerschauen heute weitestgehend unbekannt sind, wie eine Umfrage der Universität Hannover herausfand[117] – aber die Klischees, die damals bedient wurden, sind auch heute noch lebendig.

---

[115] Vgl. Lewerenz (2007), S. 136; Schwarz (2001), S. 110; McCarthy (2007), S. 58: Die Māori, Neuseelands indigenes Volk, wehrten sich gegen die Präsentation ihrer Kultur als rückständig. Ein Brief in einer Māori-Zeitung von 1911 beschreibt, dass das englische Publikum bei einer Māori-Performance die Scheinwerfer ausschalten ließ, so dass die „primitiven Eingeborenen“ nicht erschraken, weil man dachte, sie hätten nie zuvor Elektrizität gesehen. Der Verfasser des Briefes drehte den Spieß um und notierte sarkastisch: „Friends, that’s just like the Pākehā [europäische Siedler Neuseelands] to think we are living in the ancient world“.

[116] Vgl. Anhalt (2007). Hagenbeck sah sich gerne selbst als Wohltäter, der seine „Naturmenschen“ hütete und ihnen Schutz in seinem Park, seinem Reservat, bot.

[117] Vgl. Pokoyski (2006), S. 72.

Literatur

1. Altenberg (1897): Peter Altenberg, Ashantee. Im Wiener Thiergarten Bei Den Negern Der Goldküste, Westküste, Berlin 1897.
2. Altick (1978): Richard Daniel Altick, The shows in London, London 1978.
3. Anhalt (2007): Utz Anhalt, Der Völkerzoo. Zum hundertsten Geburtstag von Hagenbecks Tierpark, http://www.sopos.org/aufsaetze/46a4180c8ee8a/1.phtml (gesehen am 19.09.2012).
4. Anhalt (2008): Utz Anhalt, Tiere und Menschen als Exoten. Die Exotisierung des „Anderen" in der Gründungs- und Entwicklungsphase der Zoos, Saarbrücken 2008.
5. Arnold (1995): Stefan Arnold, Propaganda mit Menschen aus Übersee – Kolonialausstellungen in Deutschland, 1896 bis 1940, in: Robert Debusmann, János Riesz (Hrsg.), Kolonialausstellungen – Begegnungen mit Afrika?, Frankfurt am Main 1995, S. 1-24.
6. Ash (2008): Mitchell Ash, Mensch, Tier und Zoo: Der Tiergarten Schönbrunn im internationalen Vergleich vom 18. Jahrhundert bis heute, Wien 2008.
7. Benedict (1994): Burton Benedict, Rituals of Representation: Ethnic Stereotypes and Colonized Peoples at World's Fairs, in: Robert W. Rydell, Nancy Gwinn (Hrsg.), Fair Representations. World's Fairs and the Modern World, Amsterdam 1994, S. 28-61.
8. Benninghoff-Lühl (1984): Sibylle Benninghoff-Lühl, Die Ausstellung der Kolonisierten: Völkerschauen von 1874-1932, in: Volker Harms (Hrsg.), Andenken an den Kolonialismus: Eine Ausstellung des Völkerkundlichen Instituts der Universität Tübingen, Tübingen 1984, S. 52-65.
9. Berger (1980): John Berger, About Looking, New York 1980.
10. Blanchard/Bancel/Lemaire (2012): Pascal Blanchard, Nicolas Bancel, Sandrine Lemaire, From human zoos to colonial apotheoses: The era of exhibiting the Other, http://www.ces.uc.pt/formacao/materiais_racismo_pos_racismo/From_human_zoos_to_colonial_apotheoses_the_era_of_exhibiting_the_Other.htm (gesehen am 20.12. 2012).
11. Bremicker et al. (2012): Jacob Bremicker et al., Völkerschauen auf der Wiesn (1870-1930), http://www.isar-arabesken.de/places/kolonialisierung/wiesn.html (gesehen am 23.09.2012).
12. Curtin (1974): Philip D. Curtin, The Black Experience of Colonialism and Imperialism, in: Sidney W. Mintz (Hrsg.), Slavery, Colonialism, and Racism, New York 1974.
13. David (1995): Philippe David, Les cartes postales d'Afrique noire (1890-1960), in: Robert Debusmann, János Riesz (Hrsg.), Kolonialausstellungen – Begegnungen mit Afrika?, Frankfurt am Main 1995, S. 103-108.
14. Debusmann (1995): Robert Debusmann, Einleitung, in: Robert Debusmann, János Riesz (Hrsg.), Kolonialausstellungen – Begegnungen mit Afrika?, Frankfurt am Main. 1995, S. VII-XI.
15. Deutsches Historisches Museum (2012): Afrika in Berlin – ein Stadtspaziergang des Deutschen Historischen Museums: 11. Treptow: Die Deutsche Colonial-Ausstellung von 1896 im Treptower Park, http://www.dhm.de/ausstellungen/namibia/stadtspaziergang/treptow.htm (gesehen am 23.09.2012).

16. Ezra (1995): Elizabeth Ezra, The Colonial Look: Exhibiting Empire in the 1930s, Contemporary French Civilization 19 (1995), S. 33-49.
17. Forgey (1994): Elisa Forgey, Die große Negertrommel der kolonialen Werbung: Die deutsche Afrika-Schau 1935-1943, WerkstattGeschichte 9 (1994), 3, S. 25-33.
18. Fuchs et al. (2011): Karin Fuchs et al., Fremde Bilder – Koloniale Spuren in der Schweiz, http://www.globaleducation.ch/globaleducation_de/resources/AN_Ln/FremdeBilder_2011.pdf (gesehen am 25.09.2012).
19. Geiss (1993): Immanuel Geiss, Geschichte Griffbereit 1: Epochen. Die universale Dimension der Weltgeschichte, Dortmund 1993.
20. Gieseke (2008): Sunna Gieseke, Die (koloniale) Begegnung. „Manche Herren sind sogar Stammgäste" – Afrikanische Völkerschauen in Köln, http://www.kopfwelten.org/kp/begegnung/voelkerschau/ (gesehen am 02.07.2013).
21. Hagenbeck (1908): Carl Hagenbeck, Von Tieren und Menschen, Berlin 1908.
22. Haude (2009): Rüdiger Haude, Wissenschaftliche Menschenfresser. Wie der Imperialismus sich die Fremden einverleibt, um sie auszuschließen, in: Dominik Groß (Hrsg.), Die dienstbare Leiche. Der tote Körper als medizinische, soziokulturelle und ökonomische Ressource, Kassel 2009 (= Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte, 5), S. 79-84.
23. Herlinger (1990): David Herlinger, The Hagenbeck Legacy, International Zoo Yearbook 29 (1990), S. 6-10.
24. Hölz (2002): Karl Hölz, Zigeuner, Wilde und Exoten. Fremdbilder in der französischen Literatur des 19. Jahrhunderts, Berlin 2002.
25. Hooks (1992): Bell Hooks, Black Looks: Race and Representation, Boston 1992.
26. Johnston (1999): Ewan Johnston, Representing the Pacific at International Exhibitions 1851-1940, Auckland 1999.
27. Johnston (2005): Ewan Johnston, Reinventing Fiji at 19th-Century and Early 20th-Century Exhibitions, The Journal of Pacific History 40 (2005), 1, S. 23-44.
28. Jonassohn (2001): Kurt Jonassohn, On a Neglected Aspect of Western Racism. Paper presented at the meeting of the Association of Genocide Scholars, Minneapolis 9.-12. Juni 2001, http://migs.concordia.ca/occpapers/zoo.htm (gesehen am 02.07.2013).
29. Kocks (2004): Katinka Kocks, Indianer im Kaiserreich. Völkerschauen und Wild West Shows zwischen 1880 und 1914, Gerolzhofen 2004 (= Studien und Quellen zur Geschichte der Vergnügungskultur, 7).
30. Koch (1973): Hannsjoachim W. Koch, Der Sozialdarwinismus. Seine Genese und sein Einfluß auf das imperialistische Denken, München 1973 (= Beck'sche Schwarze Reihe, 97).
31. Krüger (1999): Gesine Krüger, Kriegsbewältigung und Geschichtsbewusstsein. Realität, Deutung und Verarbeitung des deutschen Kolonialkriegs in Namibia 1904-1907, Göttingen, 1999.
32. Kurrath (2012): Winfried Kurrath, 11.3.1874: Hagenbecks Exotenschau, http://www.kalenderblatt.de/index.php?what=thmanu&manu_id=78&tag=11&monat=3&weekd=&weekdnum=&year=20 (gesehen am 02.07.2013).
33. Leclerc (1973): Gerard Leclerc, Anthropologie und Kolonialismus, München 1973.

34. Lewerenz (2007): Susann Lewerenz, Völkerschauen und die Konstituierung rassifizierter Körper, in: Torsten Junge, Imke Schmincke (Hrsg.), Marginalisierte Körper. Zur Soziologie und Geschichte des anderen Körpers, Münster 2007, S. 135-153.
35. Low (1996): Gail Ching-Liang Low, White Skins/Black Masks. Representation and Colonialism, London/New York 1996.
36. McCarthy (2007): Conal McCarthy, Exhibiting Māori. A History of Colonial Cultures of Display, Oxford/New York 2007.
37. Mauro (1984): Frédéric Mauro, Die europäische Expansion, Stuttgart 1984 (= Wissenschaftliche Paperbacks, 17).
38. Osterhammel (1995): Jürgen Osterhammel, Kolonialismus. Geschichte – Formen – Folgen, München 1995.
39. Pokoyski (2006): Ronald Pokoyski, Das Augsburger „African Village" – Völkerschau oder harmloser afrikanischer Markt?, Stichproben. Wiener Zeitschrift für kritische Afrikastudien 10 (2006), 6, S. 61-83.
40. Qureshi (2011): Sadiah Qureshi, Peoples on Parade. Exhibition, Empire, and Anthropology in Nineteenth-Century Britain, Chicago/London 2011.
41. Reichenbach (1996): A Tale of Two Zoos. The Hamburg Zoological Garden and Carl Hagenbeck's Tierpark, in: Robert J. Hoage, William A. Deiss (Hrsg.), New Worlds, New Animals. From Menagerie to Zoological Park in the Nineteenth Century, Baltimore/London 1996, S. 51- 62.
42. Richter (1995): Roland Richter, Die erste Deutsche Kolonialausstellung 1896. Der „Amtliche Bericht" in historischer Perspektive, in: Robert Debusmann und János Riesz (Hrsg.), Kolonialausstellungen – Begegnungen mit Afrika?, Frankfurt am Main 1995, S. 25-42.
43. Ritter (2010): Sabine Ritter, Facetten der Sarah Baartman. Repräsentationen und Rekonstruktionen der „Hottentottenvenus", Berlin 2010 (= Racism Analysis. Series A: Studies, 1).
44. Ritvo (1985): Harriet Ritvo, Animal Pleasures: Popular Zoology in Eighteenth and Nineteenth-Century England, Harvard Library Bulletin 33 (1985), S. 239-279.
45. Rothfels (2002): Nigel Rothfels, Savages and Beasts. The Birth of the Modern Zoo, Baltimore/London 2002.
46. Schwarz (2001): Werner Michael Schwarz, Anthropologische Spektakel. Zur Schaustellung „exotischer" Menschen, Wien 1870-1910, Wien 2001.
47. Schweinitz (1897): Graf von Schweinitz, Deutschland und seine Kolonien im Jahre 1896. Amtlicher Bericht über die erste Deutsche Kolonial-Ausstellung, Berlin 1897.
48. Sippel (1995): Harald Sippel, Rassismus, Protektionismus oder Humanität? Die gesetzlichen Verbote der Anwerbung von „Eingeborenen" zu Schaustellungszwecken in den deutschen Kolonien, in: Robert Debusmann, János Riesz (Hrsg.), Kolonialausstellungen – Begegnungen mit Afrika?, Frankfurt am Main. 1995, S. 43-64.
49. Städtler (1995): Katharina Städtler, La femme noire dans l'imaginaire colonial, in: Robert Debusmann, János Riesz (Hrsg.), Kolonialausstellungen – Begegnungen mit Afrika?, Frankfurt am Main 1995, S. 177-202.
50. Sund (1993): Judy Sund, Columbus and Columbia 1893. Man of Genius meets generic Woman, Art Bulletin 75 (1993), 3, S. 443-466.

51. Thode-Arora (1989): Hilke Thode-Arora, Für fünfzig Pfennig um die Welt. Die Hagenbeckschen Völkerschauen, Frankfurt am Main/New York 1989.
52. Thomson (1996): Rosemarie Garland Thomason (Hrsg.), Freakery. Cultural Spectacles of the Extraordinary Body, New York/London 1996.
53. Toulmin (2010): Vanessa Toulmin, Zoological Gardens (National Fairground Archive presents The Sheffield Jungle), Jeffield 2010, http://www.nfa.dept.shef.ac.uk/jungle/index4a4.html (gesehen am 02.07.2013).
54. Walther (2004): Rudolf Walther, Art. Imperialismus, in: Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland, Bd. 3, Stuttgart 2004, S. 171-236.
55. Willis (2007): Thomas Willis, Von Zulu-Kaffern und Kalmücken-Horden. Die Völkerschauausstellungen um 1900, Berlin 2007.
56. Wolter (2005): Stefanie Wolter, Die Vermarktung des Fremden. Exotismus und die Anfänge des Massenkonsums, Frankfurt am Main/New York 2005.
57. Zekri (2005): Sonja Zekri, Das ist kein „afrikanisches Dorf", sondern ein „African Village", Süddeutsche Zeitung, 10.06.2005, http://www.sueddeutsche.de/kultur/skandal-im-zoo-das-ist- kein-afrikanisches-dorf-1.417786 (gesehen am 02.07.2013).

Videomaterial

1. Blanchard/Deroo (2012a): Pascal Blanchard, Eric Deroo, Zoos Humains – Menschenzoos (1), http://www.youtube.com/watch?v=t5c79q2B3lc (gesehen am 02.07.2013).
2. Blanchard/Deroo (2012b): Pascal Blanchard, Eric Deroo, Zoos Humains – Menschenzoos (5), http://www.youtube.com/watch?v=RyCFb4ch0cs (gesehen am 02.07.2013).

Dr. Moritz Wallach (1866-1957) – Ein rheinischer Arzt als Gründer des Shaare Zedek Krankenhauses in Jerusalem

Verena Wulf und Frank Leimkugel

Der aus Berlin stammende Urologe Dr. Ernst Lehmann (1900-1977), der bis 1943 im Shaare Zedek Krankenhaus in Jerusalem praktizierte, beschreibt in seinen Memoiren die Besonderheit des medizinischen Wirkens in diesem stark religiös geprägten Hospital unter der Leitung des orthodoxen Arztes Dr. Moritz Wallach mit folgenden Worten:

> „Ich wurde auf diese Weise mit Herrn Dr. Wallach, dem Gründer und Leiter des Shaare-Zedek-Krankenhauses, gut bekannt, einer ausgesprochenen ärztlichen Persönlichkeit von strengster orthodoxer Observanz. Auch dort passierten mir mit ihm einige eigenartige Sachen. Einmal ließ er mich am Schabbat zu einem schwerkranken Thyphuspatienten holen, der eine Transfusion benötigte. Er ließ trotz des Schabbats die Infusionsflüssigkeit erwärmen und auch sonst alles tun, was notwendig war. Kurz vor dem Ausgang des Ruhetages aber verschied der Kranke. Ich war darüber, wie wohl jeder Arzt, der sich vergeblich bemüht hat, etwas aufgebracht und zog dem Verstorbenen die Infusionsnadel heraus. Am nächsten Morgen ließ Dr. Wallach mich kommen, bedankte sich sehr und bemerkte, er habe mich trotz des Schabbats alles machen lassen, aber die Nadel hätte ich dann doch erst nach dem Ende des Schabbats herausziehen sollen, die ‚Arbeit' wäre nicht am Schabbat nötig gewesen. Eine andere Sache hatte ich bereits gelernt. Wenn ich am Sonnabend eine akute Blinddarmoperation ausführen musste, durfte ich nicht die Hautnähte abschneiden. Auch diese Arbeit hatte bis Sonntag Zeit."[1]

1. Dr. Moritz (Moshe) Wallach

Dr. Moritz Wallach wurde 1866 als Sohn eines Tuchhändlers in Euskirchen bei Köln geboren. Nach erfolgreichem Abschluss seines Medizinstudiums in Berlin und Würzburg mit anschließender Promotion fasste der junge, jüdisch-orthodoxe Arzt den ausschließlich religiös motivierten – also nicht-zionistischen – Entschluss, nach Palästina zu emigrieren und erreichte das Heilige Land im Dezember 1890.[2] Dort spielte er die zentrale Rolle bei der Gründung des Shaare Zedek Krankenhauses (hebr.: „Tore der Barmherzigkeit") in Jerusalem und leitete dieses für die kommenden 45 Jahre.[3]

Die Persönlichkeit Moritz Wallach war gleichermaßen ein Sinnbild für die Verbindung zwischen orthodoxem Glauben und akademischer, moderner medizinischer Ausbildung. Sein Lebenswerk reflektiert die Ambivalenz von Tradition und Moderne, beleuchtet die scheinbare Kontroverse zwischen Medizin und Religion und hat die politischen sowie religiösen Wirren Israels turbulenter Gründungsjahre durchlaufen.[4]

---

[1] Bossert (1986), S. 200.
[2] Privatarchiv Dr. Josef Wallach, Rehovot (Israel) (Privatarchiv Wallach), nicht katalogisiert.
[3] Vgl. Schwake (1983), S. 519-594.
[4] Vgl. Navot (2003).

Moritz Wallach war als Repräsentant der Jüdischen Gemeinschaft in „Eretz Israel“[5] angesehen und gilt bis heute als bedeutende Persönlichkeit und Pionier der israelischen Medizingeschichte.[6]

Abbildung 1: Der junge Moritz Wallach

2. Shaare Zedek – „Tore der Barmherzigkeit“

Nach einer fünfjährigen Bauphase streckte sich das Allgemeine Jüdische Krankenhaus Shaare Zedek in Jerusalem als 80 Meter langes, 30 Meter breites und zwei Stockwerke hohes Gebäude an der Jaffa-Road außerhalb der Stadtmauern empor und wurde als solches am 27. Januar 1902 zu Ehren des Geburtstages des Deutschen Kaisers Willhelm II. eröffnet.[7] Eine besonders wichtige Rolle in der Krankenhausgeschichte sollten die nachträglich errichteten Isolierpavillons spielen, in denen unter Quarantäne ansteckende Krankheiten bekämpft werden konnten. Nicht zuletzt seinen Quarantänestationen verdankte das Hospital den Ruf eines modernen, vorbildlichen Krankenhausbetriebes, obgleich es kontinuierlich nach strengen religiösen Regeln des jüdisch-orthodoxen Glaubens geführt wurde. Als Ausdruck dessen verfügte das Krankenhaus über eine eigene Synagoge, in der dreimal täglich Gebete gesprochen wurden und die das religiöse Zentrum der Klinik darstellte. Die Koexistenz von Medizin und Religion blieb stets charakteristisch für das Shaare Zedek Krankenhaus, welches heute zwar nicht mehr in dem Gebäude in der Jaffa-Road beheimatet ist, aber dennoch als moderner und zugleich orthodoxer Klinikbetrieb in Jerusalem fortbesteht und im Jahr 2002 seinen 100. Geburtstag feiern konnte.

---

[5] „Eretz Israel“ – „Verheißenes Land“ – bezieht sich auf das Land Israel im biblischen, nicht staatlichen Sinne.

[6] Vgl. Navot (2003).

[7] Vgl. Perry/Lev (2007), S. 158.

Hervorzuheben ist die Tatsache, dass das Shaare Zedek Spital stets seine „Tore der Barmherzigkeit“ nicht nur für Kranke jüdischen Glaubens öffnete, sondern Patienten ungeachtet ihrer Konfession medizinische Behandlung zuteil werden ließ.[8]

3. Das Wirken von Dr. Wallach im Shaare Zedek Krankenhaus am Beispiel der Meningitis-Epidemie 1909-1910

Ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Aufgaben von Moritz Wallach lag in der Bekämpfung von Epidemien, die in Jerusalem zu Beginn des 20. Jahrhunderts regelmäßig die Bevölkerung heimsuchten, so auch eine Meningitis-Epidemie, die im Jahre 1909 ausbrach. Dass die Vorgehensweise bei der Eindämmung und Bekämpfung von infektiösen Krankheiten von Dr. Wallach in Jerusalem eine nicht selbstverständliche, herausragende und vorbildliche war, schildert der deutsche Arzt Dr. Elias Auerbach in seinen Memoiren „Pionier der Verwirklichung“.[9] Obwohl das Krankenhaus Shaare Zedek zu den modernsten in Jerusalem zählte, blieb es zu Beginn der Meningitis-Epidemie nahezu leer stehen. Dies sollte sich ändern, als Auerbach, der seine eigene Auswanderung nach Palästina plante, im Zuge einer Erkundungsreise im Frühjahr 1909 Moritz Wallach in dessen Krankenhaus besuchte. Auerbach war sehr erstaunt, dass nur zwei akute Meningitis-Fälle in den modernen Pavillons behandelt wurden. Wallach lieferte ihm dafür folgende Erklärung: „Nur bei mir gibt es einen Isolierpavillon, und ich lasse die Familien nicht zu den Kranken. Deshalb schickt man mir keine“.[10] Beunruhigt und alarmiert von dieser Nachricht besuchte Auerbach noch am gleichen Tag Krankenhäuser in der Altstadt, um sich persönlich ein Bild von der Lage zu verschaffen. Vorgefunden hatte er katastrophale Missstände und wandte sich daraufhin mit einem Bericht an den „Hilfsverein Deutscher Juden“, der finanzielle Mittel für die Behandlung der Meningitis in Jerusalem zur Verfügung stellte:[11]

> „Sehr geehrter Herr Doktor! Gestatten Sie mir Ihre Aufmerksamkeit auf schwere Missstände an den Jerusalemer Krankenhäusern zu lenken, die indirekt wohl auch den Hilfsverein berühren. Ich wähle diesen Weg der Mitteilung, da er mir lieber ist als der durch die Presse. (...) Das beste jüdische Hospital Jerusalems, Shaare Zedek (Dr. Wallach), hat eine große Anzahl Betten leer stehen. Als die Jerusalemer Aerzte wegen der Epidemie sich berieten, wurde, angeblich wegen Platzmangels, die Einrichtung eines besonderen Hauses für die Genickstarrepatienten gefordert. Dr. Wallach erklärte das nicht für notwendig und erbot sich, alle Kranken, die zu ihm kommen, in wohlisolierten Räumen unterzubringen.“[12]

Er erwähnte neben dem „Wallach-Spital“ ebenfalls das Rothschildt-Krankenhaus als positives Beispiel bei der Bekämpfung von Seuchen und fuhr in seinem Bericht weiter fort:

---

[8] Privatarchiv Wallach.
[9] Auerbach (1969), S. 223-225 und S. 234.
[10] Ebenda, S. 224.
[11] Ebenda, S. 223-225 und S. 234.
[12] Central Zionists Archives Jerusalem, Israel (CZAJ), A399/Box 47.

> „In diesen beiden Hospitälern sind nun aber fast gar keine Kranken während der Epidemie eingeliefert worden, und zwar deswegen, weil diese Ärzte die vom ärztlichen Standpunkte aus verständliche Forderung stellen, dass die Kranken keinen Besuch empfangen dürfen und von ihren Angehörigen streng abgeschieden werden. Das Spital Bikkur Cholim dagegen (und auch Misgab Ladach) macht es den Leuten bequemer, Angehörige werden mitaufgenommen. Angeblich werden sie mitisoliert, ich weiss aber durch eigenen Augenschein, dass sie ein- und ausgehen. Von einer Isolierung (...) ist keine Spur. (...) Das Spital Bikkur Cholim fördert die Verbreitung der Seuche. Wohlmeinende Aerzte in Jerusalem können dagegen nichts machen. Nur von Deutschland aus kann vielleicht Wandel geschaffen werden, denn von da kommt das Geld, dessen Spender im Stande sind einen moralischen Druck aufzubauen."[13]

Der Bericht stieß auf großes Interesse bei den Mitgliedern des Hilfsvereins, so dass Auerbach zu einem mündlichen Report eingeladen wurde. Dieser Einladung kam er dankend nach, bat allerdings ausdrücklich um Diskretion und die Geheimhaltung seines Namens, um seine geplante Zukunft in Israel nicht durch die Entstehung von Animositäten zu gefährden. Er emigrierte schließlich mit seiner Frau nach Haifa und begann mit dem Aufbau seiner Existenz. Während eines Besuches in Jerusalem traf er erneut auf Moritz Wallach, der ihm berichtete, dass nunmehr alle Fälle der Meningitis bei ihm im Krankenhaus hospitalisiert wurden, was er schließlich alleine Auerbach zu verdanken habe. Dieser reagierte erstaunt, zumal er ausdrücklich um Diskretion gebeten hatte. Wallach entgegnete dem verwunderten Auerbach:

> „Sie sind naiv und kennen offenbar die Personalverhältnisse in Jerusalem nicht. Der Hilfsverein hat auf Ihren Bericht hin gedroht, die Unterstützungsgelder zu sperren, wenn nicht auf diesem Gebiet unverzüglich Remedur geschaffen wird. Seinem Bevollmächtigten in Jerusalem, dem Verantwortlichen für die Mißstände, (...) hat er ‚vertraulich' Ihren Namen genannt. (...) Der Hilfsverein erhob nämlich die ultimative Forderung, daß von da an alle an Meningitis Erkrankten ausschließlich bei mir eingeliefert werden mußten. Und da sind sie!"[14]

4. Auf Reisen

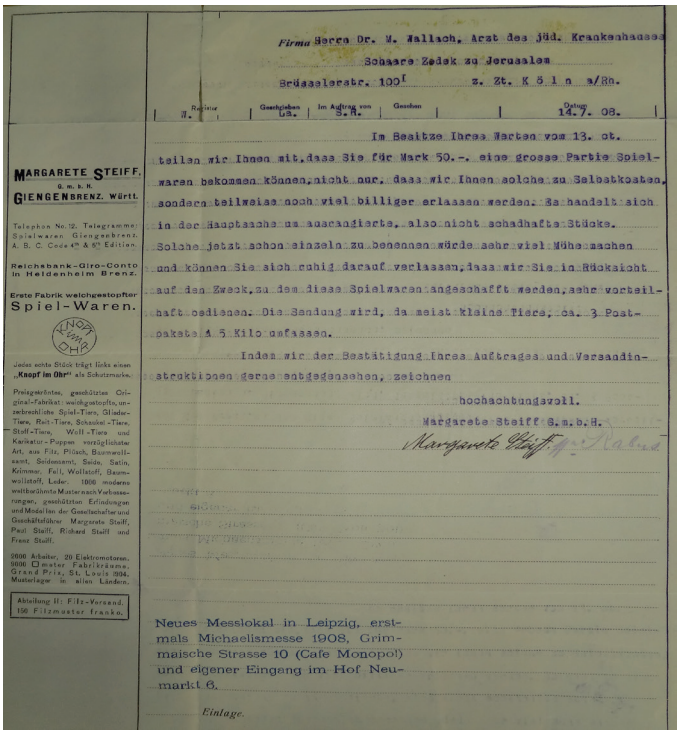
Neben seinen medizinischen Tätigkeiten übernahm Wallach auch die Aufgabe von Spendensammlungen und Mittelbeschaffung zum Erhalt seines noch jungen Lebenswerkes. Zu diesem Zweck trat er 1907 eine Deutschlandreise an, während der er seine Familie in Köln besuchte und zahlreiche Spenden für sein Krankenhaus akquirierte.[15] Für die Kinderstation des Shaare Zedek Krankenhauses verfasste er an das deutsche Erfolgsunternehmen Steiff ein Anschreiben vom 13. Juli 1908 mit folgendem Inhalt:

---

[13] Ebenda.
[14] Auerbach (1969), S. 234.
[15] Privatarchiv Wallach.

> „Sehr geehrte Herren! Ich erlaube mir folgende Bitte an Sie zu richten:
>
> Würden Sie vielleicht geneigt sein für die kranken Kinder im ‚allg. jüdischen Krankenhaus Shaare Zedek zu Jerusalem', eine Anzahl an Spielsachen, insbesondere die von Ihnen hergestellten ausgestopften Tiere zum Selbstkostenpreis abzugeben und mir gütigst mitzuteilen was ich noch für Mark fünfzig bekommen könnte und mir gütigst einen Katalog zu übersenden. Ich erlaube mir zu bemerken, dass es sich fast ausschließlich um Kinder der ärmsten jüdischen Einwohner Jerusalems handelt, die in unserem Hospital, das durch Spenden erhalten wird, unentgeltlich verpflegt werden."[16]

Die Firma Steiff – gegründet von der an den Folgen der Poliomyelitis leidenden Margarete Steiff – hatte sich 1908 bereits zu einem großen und erfolgreichen Familienunternehmen etabliert, das für seine Spielzeugproduktion auch internationalen Bekanntheitsgrad erlangt hatte.[17] Die Anfrage von Moritz Wallach fand bei der Firma Gehör, worauf er ein von Margarete Steiff persönlich unterzeichnetes Antwortschreiben erhielt.



Firma Herrn Dr. M. Wallach, Arzt des jüd. Krankenhauses
Schaare Zedek zu Jerusalem
Brüsselerstr. 100I z. Zt. K ö l n a/Rh.

Register	Geschrieben	Im Auftrag von	Gesehen	Datum
W.	Ga.	S.H.		14.7. 08.

Im Besitze Ihres Werten vom 13. ct. teilen wir Ihnen mit, dass Sie für Mark 50.-. eine grosse Partie Spielwaren bekommen können, nicht nur, dass wir Ihnen solche zu Selbstkosten, sondern teilweise noch viel billiger erlassen werden. Es handelt sich in der Hauptsache um ausrangierte, also nicht schadhafte Stücke. Solche jetzt schon einzeln zu benennen würde sehr viel Mühe machen und können Sie sich ruhig darauf verlassen, dass wir Sie in Rücksicht auf den Zweck, zu dem diese Spielwaren angeschafft werden, sehr vorteilhaft bedienen. Die Sendung wird, da meist kleine Tiere, ca. 3 Postpakete à 5 Kilo umfassen.

Indem wir der Bestätigung Ihres Auftrages und Versandinstruktionen gerne entgegensehen, zeichnen

hochachtungsvoll.

Margarete Steiff G.m.b.H.

Margarete Steiff

Neues Messlokal in Leipzig, erstmals Michaelismesse 1908, Grimmaische Strasse 10 (Cafe Monopol) und eigener Eingang im Hof Neumarkt 6.

Einlage.

MARGARETE STEIFF, G. m. b. H. GIENGENBRENZ. Württ.

Telephon No. 12. Telegramme: Spielwaren Giengenbrenz. A. B. C. Code 4th & 6th Edition.

Reichsbank-Giro-Conto in Heidenheim Brenz.

Erste Fabrik weichgestopfter Spiel-Waren.

KNOPF im OHR

Jedes echte Stück trägt links einen „Knopf im Ohr" als Schutzmarke.

Preisgekrönte, geschützte Original-Fabrikat: weichgestopfte, unzerbrechliche Spiel-Tiere, Glieder-Tiere, Reit-Tiere, Schaukel-Tiere, Stoff-Tiere, Woll-Tiere und Karikatur-Puppen vorzüglichster Art, aus Filz, Plüsch, Baumwollsamt, Seidensamt, Seide, Satin, Krimmer, Fell, Wollstoff, Baumwollstoff, Leder. 1000 moderne weltberühmte Muster nach Verbesserungen, geschützten Erfindungen und Modellen der Gesellschafter und Geschäftsführer Margarete Steiff, Paul Steiff, Richard Steiff und Franz Steiff.

2000 Arbeiter, 20 Elektromotoren, 9000 □meter Fabrikräume. Grand Prix, St. Louis 1904. Musterlager in allen Ländern.

Abteilung II: Filz-Versand. 150 Filzmuster franko.

Abbildung 2: Antwortschreiben der Firma Steiff an Moritz Wallach vom 14.07.1908

[16] Privatarchiv Wallach, Kopierbuch 1908, S.119f.

[17] Vgl. Katz (2011).

Darin wurde Dr. Wallach mitgeteilt, dass die Firma Steiff eine große Menge ausrangierter Spielwaren zum Selbstkostenpreis für das Shaare Zedek Krankenhaus zur Verfügung stellen würde. Durch dieses Engagement traten insgesamt drei Pakete – gefüllt mit kleinen Tieren aus Filz mit Knopf im Ohr – ihre Reise nach Jerusalem an, um den dort behandelten kranken Kindern den Aufenthalt im Krankenhaus erträglicher zu gestalten.[18]

5. Dr. Moshe Wallach – Privatim

Moritz Wallach, der sein Leben seiner Tätigkeit als Armenarzt in Jerusalem widmete, pflegte augenscheinlich keine romantischen Beziehungen zum weiblichen Geschlecht, sondern galt stets als pflichtbewusst und kompromisslos seinem Berufsleben verschrieben. Bis heute hält sich in Jerusalem hartnäckig das Gerücht, Wallach hätte eine Beziehung mit seiner Oberschwester Selma gehabt, welches allerdings zu negieren und von rein imaginärer Natur ist. Eine besondere Beziehung unterhielt Wallach jedoch über einige Jahre zu der reichen, jüdisch-orthodoxen Erbin Jenny Horn aus Köln.

Während der Jahre 1906 bis 1908 gab es einen regen Briefwechsel zwischen Horn und Wallach, der zu diesem Zeitpunkt bereits 40 Jahre alt war und über 15 Jahre in Jerusalem verbracht hatte, ohne sich zu verheiraten. In ihren Briefen bat ihn Jenny Horn oft, dass er nach Köln zurückkehren möge, da sie sich ein entbehrungsreiches Leben in Jerusalem nicht vorstellen konnte:

> „(...) ich hatte mich immer mit dem Gedanken vertraut gemacht, Sie würden Ihre Tätigkeit einmal nach Köln verlegen, nachdem sie wohl 15 Jahre Ihre Thaten und Ihre Schaffenskraft einem Lande gewidmet haben das so wenige, vielleicht keine geistigen und geselligen Genüsse bietet, danach wohl jeder Mensch zeitweise Verlangen hegt. Das Leben einer Großstadt, die Entwicklung und den Fortschritt was Menschenhände zu vollbringen vermögen, zu beobachten und Anteil zu nehmen, dürfte doch auch Ihr Interesse wecken."[19]

Doch Moritz Wallach, der in seinem Beruf als Armenarzt in Jerusalem seine Berufung sah, war nicht gewillt, nach Europa zurückzukehren, auch nicht für eine Heirat mit einer reichen, jüdisch-orthodoxen Erbin. Dieser Schlüsselkonflikt sollte in den Folgejahren keine Lösung finden und letztendlich in dem Scheitern der Beziehung münden. Horn, die als ledige Frau und Alleinerbin die Weiterführung ihrer Familiengeschäfte bereits seit drei Jahren in Eigenregie führte, entschloss sich schließlich im Alter von 30 Jahren, ihrer perspektivlosen Situation ein Ende zu bereiten und – obwohl sie Moritz Wallach „ewigliebte"[20] – dessen jüngeren Bruder Ludwig zu heiraten, um ihr Leben im vertrauten Köln fortsetzen zu können.[21] Eine tragische Ironie wollte es, dass Jenny Wallach Jahre später gezwungen sein würde, aus Nazi-Deutschland mit ihrer Familie nach Jerusalem zu fliehen, was nur durch die Hilfe von Moritz Wallach gelang. Dieser blieb Zeit seines Lebens unverheiratet.

---

[18] CZAJ, A399/Box 47.
[19] Ebenda, Box 13.
[20] Ebenda.
[21] Ebenda.

Seine Liebe und Hingabe waren dem Shaare Zedek Spital und dem Arztdasein im Dienste der armen und kranken Bevölkerung Jerusalems gewidmet.

Abbildung 3: Jenny Wallach, geborene Horn

6. Fazit

Die hier skizzierten Ausschnitte aus dem Leben des Dr. Moritz Wallach haben einen Eindruck von seiner Persönlichkeit und Tätigkeit als Armenarzt in Jerusalem vermitteln können, der ztrotz seiner herausragenden Leistungen für Jerusalem auf Grund seiner politischen Aktivitäten in der Agudat Israel, der ultraorthodoxen Partei, nicht unumstritten war. Kritische Stimmen bezeichneten ihn nicht selten als religiös-fanatisch und verschroben. In einem Interview mit der ehemaligen Krankenschwester Cilla Perla, die den bereits hochbetagten Moritz Wallach im Klinikalltag des Shaare Zedek Spitals noch als praktizierenden Mediziner erlebte, beschrieb sie ihn mit folgenden charakterisierenden Worten:

> „Er war sehr fanatisch und es war sehr schwierig, mit ihm zu arbeiten. Er hat Maximum, mehr als Maximum verlangt. Aber sein ganzes Leben waren wirklich die Kranken. Er hat alles nur für die Kranken getan.“[22]

Der Arzt Moritz Wallach war eine facettenreiche Persönlichkeit, zu deren Leistung nicht nur medizinische Erfolge zählten. Ihn ehrte vor allem sein bedingungsloses Engagement über die Grenzen seines Berufsstandes hinaus.

[22] Interview der Autorin mit Frau Cilla Perla in Jerusalem, November 2011.

Quellen

Central Zionists Archives Jerusalem, Israel
nicht katalogisiert: A399/Box 47.

Privatarchiv Dr. Josef Wallach, Rehovot (Israel)
nicht katalogisiert: verschiedene Unterlagen
Kopierbuch 1908

Privatarchiv V. Wulf
Interview V. Wulf mit Cilla Perla in Jerusalem, November 2011.

Literatur

1. Auerbach (1969): Elias Auerbach, Pionier der Verwirklichung, Stuttgart 1969.
2. Bossert (1986): Hans-Martin Bossert, Ernst Lehmanns „Begutachtung urologischer Krankheiten“ (= Diss. med. Würzburg 1986).
3. Katz (2011): Gabriele Katz, Margarete Steiff. Die Biografie, Berlin 2011.
4. Navot (2003): Orit Navot, Dr. Moritz Wallach – a Century of Medicine and Tradition in Shaare Zedek, in: Harefuah 142 (2003), S. 471-474 und 483.
5. Perry/Lev (2007): Yaron Perry, Efraim Lev, Modern Medicine in the Holy Land. Pioneering British Medical Services in late Ottoman Palestine, New York 2007.
6. Schwake (1983): Norbert Schwake, Die Entwicklung des Krankenhauswesens der Stadt Jerusalem vom Ende des 18. bis zum Beginn des 19. (eig. 20.) Jahrhunderts, Bd. 2, Herzogenrath 1983 (= Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens, 8).

Abbildungen

Abbildung 1: Der junge Moritz Wallach; Privatarchiv Dr. J. Wallach, Rehovot/Israel.
Abbildung 2: Antwortschreiben der Firma Steiff an Moritz Wallach vom 14.07.1908; Central Zionists Archives Jerusalem, A399/Box 13.
Abbildung 3: Jenny Wallach, geborene Horn; Privatarchiv Dr. J. Wallach, Rehovot/Israel.

III. Medizin und Politik im „Dritten Reich“

Die Gleichschaltung an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster 1933-1935

Ursula Ferdinand

Es ist heute fast eine Binsenweisheit, dass Universitäten wie andere gesellschaftliche Institutionen 1933 dem NS-System gleichgeschaltet wurden bzw. sich selbst gleichschalteten. Mit den seit dem Frühjahr 1933 ergriffenen Gleichschaltungsmaßnahmen wurden Kernbereiche bisheriger Strukturen in die „Neue Zeit" transformiert. Sie wurden zu wichtigen Werkzeugen der rassistischen Macht- und Ausgrenzungspolitik.

Den strukturellen und personellen Gleichschaltungsmaßnahmen an den Universitäten lag eine Doppelstrategie zugrunde – Zerschlagung, „Säuberung", Repression und Verfolgung auf der einen und Integration auf der anderen Seite. Mit der „doppelgesichtigen" Gleichschaltung bot das sich etablierende NS-Regime den nicht Ausgegrenzten und Verfolgten Integrations-, Karriere- und Mitgestaltungschancen. Das Angebot wandte sich vor allem an die gesellschaftliche Funktionselite. Mit diesem Angebot fusionierten Zwangs- und Selbstgleichschaltung. Die damit verbundene aktive Teilnahme an der Verdrängung und Beseitigung der dem NS-System gegenüber kritischen sowie der jüdischen Kollegen wurde zum Boden, der Denunziationen nährte und eine radikale Umdeutung der Werte – die Nazifizierung der Universitäten – beförderte.

Die Gestaltung der (Selbst-)Gleichschaltung an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster soll im Folgenden für den Zeitraum zwischen 1933 und 1935 an Beispielen des engeren Lehrkörpers nachgezeichnet werden. Dazu wird nach einem kurzen Überblick über den Lehrapparat der Medizinischen Fakultät um 1930 auf die radikalen Aktionen eingegangen, die 1933/34 zu den Suiziden des Direktors des Pathologischen Instituts, Walter Gross, und des Gründungsdekans der Medizinischen Fakultät, Paul Krause, führten, deren Folgen für die Fakultät dann beschrieben werden. Ein Ausblick beendet den Beitrag.

1. Der (engere) Lehrkörper der Medizinischen Fakultät um 1930

Anders als die Medizinischen Fakultäten an traditionsreichen Universitäten wie Berlin, Jena, Greifswald, Leipzig oder Heidelberg, befand sich die Medizinische Fakultät der Universität Münster[1] 1933 noch in ihrer Aufbau- und Konsolidierungsphase. Zwar bot Münster seit 1905 medizinischen Unterricht an, doch war es erst mit der feierlichen Eröffnung der Medizinischen Fakultät im Mai 1925 möglich, hier ein vollständiges Studium der Medizin und Zahnmedizin zu absolvieren.

[1] Im Sommersemester 1905 war der medizinische Unterricht nach 56-jähriger Pause mit 23 Studenten wieder aufgenommen worden. 1906 hatte der Bundesrat die Einsetzung einer Prüfungskommission für die ärztliche Vorprüfung an der Universität genehmigt. Zehn Jahre nach Wiederaufnahme des medizinischen Unterrichts betrug die Zahl der Studierenden der Medizin und Zahnheilkunde 439, darunter 27 Frauen. Toellner (1980), S. 295 und S. 297.

Bei der Neugründung der Medizinischen Fakultät 1925 setzte sich ihr engerer Lehrkörper aus vier „alteingesessenen" Professoren und zwölf neu berufenen Ordinarien zusammen. Bei den Neuberufenen hatte man auf Erfahrungen in „Einrichtung und Verwaltung von Universitätsinstituten und Universitätskliniken"[2] wert gelegt und haben konfessionelle Gesichtspunkte – nach Aktenlage – keine Rolle gespielt (Tab. 1).

Streitigkeiten gab es bei den Neuberufungen kaum,[3] doch kam es in der Konsolidierungsphase zu personellen Veränderungen: Nach der Emeritierung des Anatomen Emil Ballowitz 1926 und des Zahnmediziners Max Apffelstaedt 1929 wurden der Anatom Friedrich Heiderich und der Apffelstaedt-Mitarbeiter Rudolf Müller berufen. Zwei der Neuberufenen – der Psychiater Martin Reichardt und der HNO-Professor Hermann Marx – verließen Münster 1925 bzw. 1927. Für sie kamen der Psychiater Ferdinand A. Kehrer aus Breslau und der Rhino-Laryngologe Heinrich Herzog aus Innsbruck an die Fakultät.[4]

Tabelle 1: Engerer Lehrkörper der Medizinischen Fakultät Münster 1925-1933/34, em. = emeritiert/gest. = gestorben; zusammengestellt von Ursula Ferdinand

Name und Konfession	**Ort**	**Fachvertreter**	**Tätigkeitsdauer in Münster**
Emil Ballowitz (1859-1936), ev.	Greifswald	Anatomie und Zoologie	1904-1926 (em.)
Friedrich Heiderich (1878-1940), ev.	Bonn/ Düsseldorf	Anatomie	1926-1940 (gest.)
Rudolf Rosemann (1870-1943), ev.	Bonn	Physiologie	1904-1937 (1936 em.)
Paul Krause (1871-1934), kath.	Bonn	Innere Medizin	1924-1934 (Suizid)
Walter Gross (1878-1933). ev.	Greifswald	Allgemeine Pathologie und Anatomie	1924-1933 (Suizid)
Otto Krummacher (1864-1939), ref.	München	Physiologische Chemie	1910-1933 (em.)
Hermann Marx (1877-1935), ev.	Heidelberg	Ohrenheilkunde	1924-1928 (Ruf nach Würzburg)
Heinrich Herzog (1875-1938), kath.	Innsbruck	Otologie und Rhino-Laryngologie	1928-1938 (Zwangsruhestand)
Hermann Coenen (1875-1956), kath.	Breslau	Chirurgie	1923-1945 (em.)

[2] Universitätsarchiv (UArchiv) Münster Best. 9, Nr. 335, Bl. a/76: Schreiben der Philosophischen und Naturwissenschaftlichen Fakultät an das Kultusministerium vom 11.12.1922.

[3] Vgl. Mamali (2011); Ferdinand (2012).

[4] Zu biographischen Angaben der genannten Ordinarien und der im nachfolgenden Text genannten Personen siehe Ferdinand (2012).

Name und Konfession	Ort	Fachvertreter	Tätigkeitsdauer in Münster
Peter Esch (1874-1952), kath.	Marburg	Geburtshilfe und Gynäkologie	1923-1944 (em.)
Hans Vogt (1874-1963), ev.	Magdeburg	Kinderheilkunde	1924-1944 (em.)
Aurel von Szily (1880-1945), kath.	Freiburg i. Br.	Augenheilkunde	1924-1935 (Zwangsruhestand)
Heinrich Többen (1880-1951), kath.	Münster	Gerichtliche und Soziale Medizin	1923-1946 (em.)
Hermann Freund (1892-1944), mosaisch	Heidelberg	Pharmakologie	1924-1935 (Zwangsruhestand)
Karl Jötten (1886-1958), kath.	Leipzig	Hygiene	1924-1954 (em.)
Martin Reichard (1874-1966), nicht bekannt	Würzburg	Psychiatrie und Neurologie	1924-1925 (Ruf nach Würzburg)
Ferdinand Kehrer (1883-1966), ev.	Breslau	Psychiatrie und Neurologie	1925-1953 (em.)
Alfred Stühmer (1885-1957), ev.	Freiburg i. Br.	Dermatologie	1925-1934 (Ruf nach Freiburg i. Br.)
Max Apffelstaedt (1863-1950), ev.	Münster	Zahnheilkunde	1907-1929 (em.)
Rudolf Müller (1886-1957), ev.	Münster	Zahnheilkunde	1929-1945 und 1948-1954 (em.)

Im Sommersemester 1933 gehörten dem Lehrkörper der Medizinischen Fakultät 49 Professoren und Dozenten an, davon 18 ordentliche Professoren (darunter zwei Emeriti), vier Honorarprofessoren, ein beamteter außerordentlicher (ao.) Professor, sechs nicht beamtete ao. Professoren, 19 Privatdozenten und ein beauftragter Dozent.

Acht Jahre nach der Gründung der Medizinischen Fakultät studierten dort 1.704 Männer und Frauen Medizin – das waren 37,8 % aller Studierenden der Universität. Bis zum Sommersemester 1933 hatten sich 31 Mediziner habilitiert und waren 398 promoviert worden, davon 297 zum Dr. med. und 101 zum Dr. med. dent.

Bis zum Umbruchjahr 1933 war trotz vielfältiger baulicher, finanzieller und personeller Probleme die Aufbau- und Konsolidierungsphase der Medizinischen Fakultät erfolgreich verlaufen.[5] Ihr gelang es aus eigener Kraft, sich ein Profil und (inter-)nationale Reputation zu verschaffen. Mehrfach berichtete die US-amerikanische Zeitung „The Baltimore

[5] Vgl. Ferdinand (2012), S. 430f.

Sun"[6] über das „mustergültige Klinikum" des Internisten Paul Krause. Durch die Einrichtung der Abteilung für Orthodontie unter der Leitung von Emil Herbst (1872-1940) hatte das Zahnärztliche Institut an Attraktivität gewonnen. Internationalen Ruhm genoss Aurel von Szily. Seine Augenklinik avancierte zu einer international hoch angesehenen Top-Adresse und zog zahlreiche ausländische Assistenten, Studierende und Augenärzte an.

Politisch war die Medizinische Fakultät der WWU 1933 keineswegs „braun" eingefärbt. Der Lehrkörper war – wie anderswo auch – deutsch-national ausgerichtet und der Weimarer Republik gegenüber kritisch eingestellt. Zwei der Privatdozenten firmierten seit 1932 als NSDAP-Mitglieder: Wilhelm Berger (1895-1938), Oberarzt an der HNO-Klinik seit 1925, und Johann (Paul Anton) Kremer (1883-1965), seit 1927 am Anatomischen Institut tätig.[7] Sympathien für die NSDAP hegte der Anatom Eugen Kurz (1881-1968). Er, der erst 1938 in die NSDAP eingetreten war, wurde 1925 in einer offiziellen Liste der NSDAP-Gauleitung Westfalen-Nord als „guter Redner" auf dem Gebiet der „Rassenmerkmale" geführt. Auch der Honorarprofessor für Gerichtliche Medizin, Alwin Besserer (1876-1939), hegte Sympathien für die Nazi-Partei. Er figurierte seit der Gründung der Ortsgruppe der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene" 1922 als deren Vorsitzender.

Das änderte sich ab dem März 1933 – nicht wenige Fakultätsmitglieder begrüßten das neue System. Sieben Hochschullehrer der Fakultät bekannten sich am 3. März 1933 zu Hitlers Liste I.[8] Die Privatdozenten Karl Adler (1894-1966) und Friedrich Sartorius (1896-1995) sowie die Professoren Hermann Freund, Heinrich Herzog, Ferdinand Kehrer und Aurel von Szily unterzeichneten den Appell „zur Sammlung aufbauwilliger Kräfte" des Jenaer Physikers Abraham Esau (1884-1995).[9] Von den 20 im Jahr der Machtergreigung tätigen Privatdozenten traten acht in die NSDAP ein.

Auch in Münster verliefen seit dem Frühjahr 1933 die Prozesse der Selbstgleichschaltung parallel. Das politische Klima radikalisierte sich. Vor allem die Studierenden und ein Teil der Nachwuchswissenschaftler gestalteten den vermeintlich revolutionären Umbruch in spektakulären Aktionen und beförderten neben der Ideologisierung (Nazifizierung) und Militarisierung (Wehrsport) auch die Radikalisierung des Hochschulalltags und des politischen Klimas.

Mit dieser Radikalisierung gingen 1933/34 Diffamierungen, Boykottaktionen und Denunziationen einher. Übergriffe auf jüdische Professoren waren im nationalsozialistischen Zeitgeist ebenso legitim wie Angriffe gegen einen vermeintlich alten, überholten und reaktionären, der „Neuen Zeit" nicht mehr gerechten Professorentypus. In Münster schien es

---

[6] Berichterstatter war der Newspaper-Korrespondent Stephen Miles Bonton (geb. 1876).

[7] Kremer, der 1934 in die SS eintrat und 1941 in die Waffen-SS übernommen wurde, war im August 1942 in Auschwitz als Lagerarzt tätig. Dort selektierte er Häftlinge und sammelte „lebensfrisches" Material von den auf dem Seziertisch getöteten Menschen für seine Forschungen über die Folgen des Hungers. Vgl. u.a. Vieten (1982), S. 298-300, und Klee (1997), S. 407f.

[8] Das waren neben Max Apffelsteadt, Wilhelm Berger und Johann Kremer auch Robert Gantenberg (Oberarzt an der Medizinischen Klinik), Heinrich Georg Korbsch (Oberarzt an der Psychiatrischen und Nervenklinik), Eugen Kurz (Abteilungsvorsteher und 1. Prosektor am Anatomischen Institut) und Fritz Poos (Oberarzt an der Augenklinik). Siehe Heiber (1992), S. 18-20.

[9] Zum Appell vgl. Jahr (2012), S. 311f.

in der Luft zu liegen, dass sich auch „einiges gegen Nicht-Juden ereignen wird", so im Juni 1933 die Einschätzung Peter Eschs, Dekan der Medizinischen Fakultät.[10]

Der erste Übergriff auf einen Ordinarius der Medizinischen Fakultät ereignete sich Ende März 1933. Der Pharmakologe Hermann Freund, der einzige Ordinarius unter den Medizinern mosaischen Glaubens, wurde im Rahmen der „Abwehrmaßnahmen gegen die im Ausland verbreitete Greuelpropaganda" vom SA-Sturmführer und Adjutanten der Standarte 13, Gustav Deinast, seines Amtes enthoben. Vier Tage später durfte Freund wieder in sein Institut zurückkehren. Im Rahmen der Durchführung des Berufsbeamtengesetzes wurde der Pharmakologe erneut beurlaubt, was Anfang Oktober 1933 wieder rückgängig gemacht wurde.

Den rechtlichen Rahmenbedingungen der Verdrängung unerwünschter Professoren aus „rassischen" und politischen Gründen setzte man auch in Münster kaum etwas entgegen. Freund, der 1924 aus Heidelberg wegen seiner „außergewöhnlich vertieften Durchbildung in Innerer Medizin und Pathologischer Physiologie"[11] nach Münster berufen worden war, und die Venia legendi für Innere Medizin und Pharmakologie besaß, wurde zum dritten Mal beurlaubt und zum 1. Januar 1936 endgültig in den Ruhestand zwangsversetzt. Neben ihm verbannte man aus der Reihe der 18 Ordinarien der Medizinischen Fakultät bis 1937 aufgrund ihrer „rassischen Abstammung" den Ophthalmologen Aurel von Szily (1880-1945)[12] und den Direktor der Ohrenklinik, Heinrich Herzog (1875-1938), dessen Ehefrau jüdischer Abstammung war.[13]

Den mit der politischen Zäsur und den Gleichschaltungsmaßnahmen einhergehenden kompletten Umbruch von Normen und Werten erlebten viele Betroffene als „Zerstörung der eigenen Welt". Nicht wenige führte dies in den Suizid; so den Berliner Pädiater Leopold Langstein (1876-1933) und den Greifswalder Psychiater Edmund Forster (1878-1933). Die Medizinische Fakultät Münster erlebte „ihren" ersten Selbstmord in den Reihen der Ordinarien im September 1933. Wie im „Fall Edmund Forster"[14] hatten auch hier Denunziationen seitens junger Assistenten den Pathologen Walter Gross in eine ausweglose Situation gedrängt – „der arme Gross [hat sich] vergiftet!".[15]

---

[10] Brief Hermann Freunds an Willy König vom 18. Juni 1933, abgedruckt in: Huhn/Kilian (2011), S. 156f.

[11] UArchiv Münster Best. 9, Nr. 335, Bl. a/79: Anlage 3 zum Schreiben der Philosophischen und Naturwissenschaftlichen Fakultät an das Kultusministerium vom 11.12.1922.

[12] Mit Schreiben des stellv. Universitätskurators vom 22. Oktober 1935 wurde von Szily aufgrund seiner jüdischen Abstammung mit sofortiger Wirkung beurlaubt. Im August 1937 verordnete Hitler nach Intervention (inter-)nationaler Kollegen die rückwirkende Umwandlung des Zwangsruhestandes in den Emeritusstand. Vgl. Ferdinand (2012), S. 494-496.

[13] Vgl. Ferdinand (2012), S. 488f. Erwähnt sei hier, dass es auch zu Entlassungen jüdischer Dozenten kam.

[14] Vgl. Viehberg (2004), S. 293-295.

[15] Brief Hermann Freunds an Willy König vom 18. September 1933, in: Huhn/Kilian (2011), S. 165-169.

2. Der Selbstmord von Walter Gross (1878-1933)

> „Es ist ja eigentlich Unsinn, aber der Kinder wegen muss es sein. Ich sehe keinen Ausweg gegenüber dem unerbittlichen Fanatismus dieser jungen Leute; und ich kann nicht leben von der Gnade solcher Menschen. Ich glaube, dass ich so die Sache für Euch am wenigsten schwer mache."[16]

Diese Zeilen hinterließ Walter Gross, der sich am Abend des 14. September 1933 in seinem Institut mit Zyankali das Leben nahm, seiner Ehefrau.

Der Direktor des Pathologischen Instituts, der 1924 aufgrund seiner „originellen Arbeiten" und seiner „sehr guten naturwissenschaftlichen und medizinischen Ausbildung" aus Greifswald nach Münster berufen worden war,[17] sah sich im September 1933 in einen drohenden öffentlichen Skandal verwickelt. Seine gerade eingestellten akademischen Mitarbeiter – Erich-Emil Benecke (1907-1961), Mitglied der NSDAP seit 1933, Wilhelm Klostermeyer (geb. 1909), Mitglied der NSDAP seit 1933 und SS-Sturmbannführer, sowie Christoph Hackmann (1899-1981) – versuchten, ihrem Chef die Führungsqualitäten abzusprechen. Dazu machten sie auf (vorgebliche) Missstände im Pathologischen Institut aufmerksam, die sie vor allem Gross' Sekretärin, Christine Weber (geb. 1905), anlasteten: Sie habe Geld unterschlagen, sei unzuverlässig, lege im Institut „ein gegen Anstand und Sitte hohnsprechendes Benehmen an den Tag" und habe Abtreibungen im Institut vorgenommen.[18] Die drei „Adepten der braunen Revolution" verlangten am 11. September 1933 von Gross die fristlose Kündigung der Sekretärin und drohten, wenn er dem nicht nachkäme, die Angelegenheiten anderen zuständigen Stellen vorzutragen.

Der Pathologe kam dem Wunsch seiner Assistenten nach. Sie aber spionierten weiter und gaben Gross mit immer neuen Vorwürfen und Drohungen das Gefühl, dass sie die Macht hätten, ihn als Direktor abzusetzen, er „womöglich in ein Konzentrationslager komm[e], (...), wenn alle diese Vorwürfe gegen [ihn] in die Öffentlichkeit kommen".[19]

Benecke und Klostermeyer – Hackmann distanzierte sich bald von ihnen – störten dessen Ängste nicht. Ihr Ziel war es, den 55-jährigen Pathologen in den Ruhestand zu zwingen. Dazu suchten sie die Unterstützung des Direktors der Chirurgischen Klinik, Hermann Coenen.[20] Der Chirurg aber tat ihre Vorwürfe und haltlosen Gerüchte als „hochgezüchtetes Denunziantentum" ab. Er informierte Gross über die Absichten seiner Assistenten[21] und nur wenige Stunden später nahm sich Gross das Leben.

---

[16] Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz (GhStA PK) I. HA Rep. 76, Va, Nr. 10698, Bl. 183: Bericht der Kommission.

[17] UArchiv Münster Best. 9, Nr. 335, Bl. a/77: Anlage 1 zum Schreiben der Philosophischen und Naturwissenschaftlichen Fakultät an das Kultusministerium vom 11.12.1922.

[18] Der Vorwurf der Unterschlagung war korrekt, allerdings hatte Gross die Angelegenheit auf eigene Weise geklärt. Christine Weber wurde in einem Zivilprozess wegen Abtreibung und Beihilfe zur Abtreibung verurteilt; das aber hatte nichts mit dem Institut zu tun. Siehe GhStA PK I. HA Rep. 76, Va, Nr. 10689, Bl. 41f.: Zivilprozess wegen Abtreibung und Beihilfe zur Abtreibung (14.11.1933).

[19] Ebd., Bl. 182: Bericht der Kommission.

[20] Ebd., Bl. 59-62: Bericht Dr. Benecke vom 21.9.1933 an den stellv. Kurator.

[21] Ebd., Bl. 178: Bericht der Kommission.

Nach der Beerdigung, auf der der spätere Nobelpreisträger Gerhard Domagk (1895-1964) seines Lehrers, einem der „besten Kenner der Gehirnpathologie", gedachte, hörten die Intrigen und Denunziationen keineswegs auf. Benecke, der zum kommissarischen Leiter des Instituts avanciert war, nutzte seine Position, um neues „belastendes" Material gegen Gross zu suchen. Die beiden „Nazi-Assistenten, (...) gleichzeitig Ankläger u. Richter!", sorgten dafür, dass die Affäre Gross weiterhin Anstoss zu viel Ärger und Bedrohung in der Fakultät gab.[22]

In Münsters Klinikviertel aber hielt sich hartnäckig das Gerücht, dass Gross von seinen Assistenten in den Tod getrieben worden war. Um dem zu begegnen, richteten Benecke und Klostermeyer eine schriftliche Darstellung der Zustände im Institut und einen Bericht über ihre Unterredung mit Coenen an die Studentenschaft der Universität Münster und an das Pressereferat bei der Gauleitung der NSDAP.

Auf diese Öffentlichmachung reagierte man innerhalb der universitären Verwaltungsstrukturen entsetzt. Für den Dekan der Medizinischen Fakultät, Peter Esch, hatten die Assistenten „das Andenken eines Fakultätsmitgliedes in schwerster Weise herabgesetzt und damit das Ansehen der Fakultät geschädigt".[23] Das Dreier-Team wurde bei Fortzahlung der Bezüge vom Dienst suspendiert. Der stellvertretende Kurator wandte sich, besorgt über die Aufstachelung der Studentenschaft, an den Rektor der WWU, den Juristen Hubert Naendrup (1872-1947).

Naendrup seinerseits betrieb Schadensbegrenzung und richtete eine „Kommission zur Klärung der Vorgänge beim Selbstmord Gross" ein.[24] Die Kommission kam nach eingehenden Befragungen der drei Aktivisten, ehemaliger Assistenten und des nicht akademischen Personals am Pathologischen Institut, von Coenen, Frau Gross, Christine Weber etc. zu dem Schluss: „Prof. Gross hat sich getötet, weil er Absetzung und eventuell Konzentrationslager, jedenfalls Verlust jeder Existenzmöglichkeit für ihn und seine Familie vor sich sah".[25]

Für die „Säuberungsakteure" war das Urteil der Kommission keineswegs rechtsgültig, ihre Entscheidung ging erst recht nicht konform mit dem nationalsozialistischen Zeitgeist. Einen Bundesgenossen in dieser Frage hatten sie im Reichsfachschaftsleiter der Medizin, cand. med. Klein. Der wandte sich in der Angelegenheit mit einer detaillierten Schilderung über das politische „Fehlverhalten" des verstorbenen Gross – Beleidigung der Regierung und Sabotage gegen die nationale Arbeit – an den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung und verunglimpfte das Verhalten Coenens und des Dekans Peter Esch gegenüber Benecke und Klostermeyer. Zudem verwies er darauf, dass zu den nun am Pathologischen Institut tätigen Assistenten, die aus mehreren Kliniken ausgeliehen waren, Josef Beaufays (geb. 1904) aus der Frauenklinik gehörte. Der aber sei an den Verstößen der einstigen Sekretärin von Gross gegen den Paragrafen 218 während seiner Tätigkeit im

[22] Brief Hermann Freunds an Willy König vom 18. September 1933, in: Huhn/Kilian 2011, S. 165-169.

[23] GhStA PK I. HA Rep. 76, Va, Nr. 10698, Bl. 73: Schreiben des Kurators an Klostermeyer vom 11. November 1933.

[24] Ebd., Bl. 172-200. Mitglieder der Kommission waren die Professoren Erhard Neuwiem (1889-1943) und Professor Heinrich Drost (1889-1958), beide Rechtswissenschaftler an der WWU Münster, sowie der Staatsanwaltschaftsrat Tophof.

[25] Ebd., Bl. 172.

Institut 1932 beteiligt gewesen und habe selbst intime Beziehungen zu ihr gehabt. Klein drohte, mit dieser Darstellung an die Öffentlichkeit zu gehen.[26]

Berlin war nun eingeschaltet. Das Ministerium erbat von Kurator und Rektor die Zusendung der entsprechenden Unterlagen und missbilligte die Drohung des Reichsfachschaftsleiters Medizin, an die Öffentlichkeit zu gehen. Es bedurfte des Eingreifens der Partei, der 19. SS-Standarte und weiterer Eingaben der entlassenen Assistenten, bis eine Sonderkommission aus Berlin an die preußische Provinzuniversität gesandt wurde. Unter Leitung des Ministerialrats Karl Schnoering (1886-1966), dessen eigentliche Mission es war, die Fachschaft zu befrieden und eine Rebellion der Studierenden zu verhindern,[27] fanden Anfang 1934 erneut Vernehmungen statt.

In der „Affäre Gross" wurde auch den Denunziationen von Benecke und Klostermeyer gegenüber anderen Assistenten nachgegangen. Das betraf neben dem Assistenten Coenens, Hans Ulrich Kallius (geb. 1900), seit April 1933 Mitglied der NSDAP,[28] auch Josef Beaufays, Assistent an Eschs Klinik und Mitglied der NSDAP seit Mai 1933. Auf Antrag des Wissenschaftsministers wurde gegen Beaufays im Februar 1934 ein Ermittlungsverfahren eingeleitet. Benecke und Klostermeyer hatten ihn beschuldigt, Christine Weber ein Abtreibungsmittel gespritzt zu haben. Trotz fehlender Beweise legte Schnoering Beaufays nahe, die Klinik zu verlassen. Dem widersetzte sich jedoch Esch als Direktor der Frauenklinik:

> „Im Interesse der Klinik wäre es (...) zu bedauern, wenn er gehen müsste, zumal die Klinik in nächster Zeit einen sehr starken Assistentenwechsel hat, den ich nicht verhüten kann. Der Oberarzt [Karl Adler], 4-jähriger Frontkämpfer, kann infolge des Arier-Paragraphen nicht verlängert werden; der kommandierte Stabsarzt verlässt am 1. Oktober nach vollendeter Fachausbildung die Klinik und der 1. Assistent [Dr. Gymnich] sucht nach einer Niederlassungsmöglichkeit. Es bleibt dann nur der neu ernannte Oberarzt als völlig ausgebildeter Facharzt übrig."[29]

Beaufays durfte bleiben.[30] Demgegenüber musste Karl Adler, dem als „Vierteljude" die Ernennung zum nicht beamteten außerplanmäßigen Professor verweigert wurde, trotz vielfacher Bemühungen Peter Eschs Ende Juli 1934 die Klinik verlassen.[31]

Die „Quertreiber", die selbsternannten „Saubermänner", hatten Münster verlassen. Für sie, die sich durch das Untersuchungsergebnis Schnoerings als rehabilitiert sahen,[32] erwies sich die „Affäre Gross" keineswegs als Stolperstein auf ihrem weiteren Karriereweg.

Am Pathologischen Institut übernahm Anfang November 1933 der als „genialer Experimentator" geltende Fritz (Friedrich) Klinge (1892-1974) die kommissarische Leitung. Langsam kehrte Ruhe an die Fakultät zurück – das aber täuschte. Keine fünf Monate nach

---

26 Ebd., Bl. 74-77.

27 Ebd., Bl. 201f.: Brief Esch an Schnoering vom 6.12.1933.

28 Vgl. Ferdinand (2012), S. 463.

29 GhStA PK I. HA Rep. 76, Va, Nr. 10698, Bl. 176.

30 Beaufays habilitierte sich im November 1937. Ein knappes Jahr später verließ er die Klinik, da ihm eine Dozentur nicht zugesprochen wurde. Vgl. Ferdinand (2012), S. 463; Heitkötter (2012), S. 35f.

31 Vgl. Janssen (2010), S. 207-209.

32 GhStA PK I. HA Rep. 76, Va, Nr. 10698, Bl. 258: Brief Benecke (Rostock) an Oberregierungsrat Casper (Berlin) vom 16.5.1935.

dem Suizid des Pathologen riefen die Studierenden zu Boykottaktionen gegen den Internisten Paul Krause auf. Diese vom Reichsärzteführer Gerhard Wagner (1888-1939) und seinem Adlaten in Münster, Robert Gantenberg (1891-1946), Oberarzt Krauses und seit 1933 NSDAP-Mitglied, (mit-)initiierten Aktionen einer „Revolution von oben" unterstützten der Führer der Dozentenschaft und die Gauärzteschaft Westfalens. Eine wahrhafte Rufmordkampagne führte dazu, dass sich Krause am 7. Mai 1934 im Wald von Früchtbei Bad Ems vor der Gruft des von ihm verehrten Freiherrn von Stein (1757-1831) erschoss.

3. Der Suizid von Paul Krause

Paul Krause, der 1923 aus Bonn nach Münster gekommen war und hier als Gründungsdekan der Medizinischen Fakultät agierte, geriet als langjähriger Gegner der „Kurpfuscherei" auf Kollisionskurs zum NS-Staat. Der Pionier der Röntgenologie hatte sich 1933 gegen ein beim Stellvertreter des Führers, Rudolf Heß, geplantes Heilpraktikergesetz gewandt. Im Oktober 1933 versuchte Krause, die westfälische Ärzteschaft zu bewegen, auf den Aufruf des Reichsärzteführers, biologische Heilverfahren für Ausbildung und Fortbildung der Ärzte dienstbar zu machen, abwehrend zu reagieren. Obgleich er mit seiner Position nicht alleine stand, geriet der deutsch-national eingestellte Internist ins Visier des Reichsärzteführers Wagner.

Wagner hatte im „Deutschen Ärzteblatt" als Reaktion auf ein Protestschreiben gegen den Gesetzesentwurf der Medizinischen Fakultäten unter Federführung der Berliner Fakultät eine Erklärung veröffentlicht. Er verbat sich „als verantwortlicher Führer der Deutschen Ärzteschaft jegliche Einmischung oder gar Kritik" an dem Heilpraktikergesetzesentwurf „von Leuten (...), die durch ihre Haltung klar beweisen, daß sie (...) keine Nationalsozialisten sind". Gegen derartige Störungsversuche drohte Wagner

> „mit aller Schärfe nach staatspolitischen Grundsätzen und Übungen vor[zu]gehen (...). Insonderheit sei dies gewissen Hochschulkreisen gesagt, die es für nötig erachten, sogar die junge Medizinerschaft für ihre reaktionären und damit staatsfeindlichen Pläne vor ihren Karren spannen zu wollen."[33]

Persönlich schrieb der Reichsärzteführer, dem ein Privatbrief von Krause zugeleitet worden war,[34] dem Kritiker aus Münster,

> „[ab]gesehen davon, dass es mir herzlich gleichgültig ist, ob Sie oder Gesinnungsgenossen von Ihnen mir Ihr Misstrauen aussprechen, ich vielmehr als Nationalsozialist dies letzten Endes nur als Beweis der Richtigkeit meines Vorgehens werten kann."[35]

---

[33] UArchiv Münster Best. 10, Nr. 218, Bd. 1: Schreiben Krause an stellv. Kurator der WWU Münster vom 11.12.1933 – Abschrift aus: Deutsches Ärzteblatt 63 (1933), 24, (9.12.1933).

[34] Krause hatte in einem privaten Brief einem befreundeten Arzt mitgeteilt, dass er sich dafür einsetze, dass die deutsche Ärzteschaft Wagner ihr Misstrauen ausspreche. Der Brief geriet in die Hände Fritz Vonneguts (1869-1941), Gau-Obmannn des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes, der diesen unverzüglich an den Wissenschaftsminister schickte, mit der Bitte um Weiterleitung an Wagner. Ferdinand (2012), S. 466f.

[35] UArchiv Münster Best. 10, Nr. 218, Bd. 1: (Abschrift) Brief aus dem Büro des Stellvertreters des Führers (gez. Wagner) an Krause vom 7.12.1933.

Er ersuchte ihn, jede Sabotage zu unterlassen und verlangte Krauses Absetzung wegen Hetze „in übelster Weise".[36]

Krause fühlte sich in seiner „Ehre als deutscher Volksgenosse, als alter Sanitätsoffizier, als alter Student, als Hochschullehrer auf das tiefste verletzt". Er wies „den Angriff" Wagners auf die Hochschullehrerschaft und die Studentenschaft „mit größter Entrüstung zurück" und beantragte ein Disziplinarverfahren gegen sich selbst.[37] Der stellvertretende Kurator der WWU empfahl dem Minister – auch im Hinblick auf eine Beruhigung an der Medizinischen Fakultät – Krauses Antrag abzuweisen. Eine Antwort aus dem Ministerium erhielt der Ordinarius für Innere Medizin indes vorerst nicht.

Die NSDAP, die SA und die Gauärzteschaft in Westfalen forderten inzwischen vom Wissenschaftsminister die Absetzung Krauses, ein „unliebsamer Zentrumsmann und außerdem untüchtig". Auch wussten sie einen Nachfolger zu benennen, und zwar Hans Löhr (1891-1941), Alt-Parteigenosse und SA-Gruppenarzt. Zwar hatte Löhr seit seiner Zeit als „Kämpfer" nicht mehr wissenschaftlich gearbeitet, doch wäre er eo ipso ein geeigneter Nachfolger Krauses.[38]

Krause selbst bekam längst die ihm parteiamtlich angedrohten Folgen zu spüren. Sein Oberarzt, Robert Gantenberg, der von Wagner zum Vertrauensmann der NSDAP an der Medizinischen Fakultät ernannt worden war, machte zusammen mit der Studentenschaft Stimmung gegen seinen Chef.

Die Medizinische Fachschaft und die Klinikerschaft unter der Leitung von Hanns-Dieter Sinn, einem Neffen Löhrs, boykottierten erfolgreich die Vorlesungen des Internisten. Die Klinikerschaft war aufgefordert, „wie eine einzige geschlossene Front" dazustehen. „Überläufer und Verräter gibt es nicht".[39] Die Vorwürfe gegen Krause reichten von Verhinderung der unentgeltlichen Abgabe überflüssigen Klinikessens an SA-Männer über Erschweren des SA-Dienstes seiner Assistenten und Wärter bis hin zur Monierung seines Unterrichtes aufgrund vorgeblich „ewiger Wiederholungen" und „überflüssiger Nebensächlichkeiten".[40]

Krause sprach vergeblich beim Wissenschaftsminister vor und suchte gegen die studentische Mobilmachung Unterstützung beim Reichsinnenminister Wilhelm Frick (1877-1946). Der bedauerte lapidar, in der Angelegenheit nichts tun zu können.[41] Die Befriedungsversuche des Rektors scheiterten, auch eine Erklärung zugunsten Krauses seitens der Ordinarien nutzte nichts.[42] Die Klinikerschaft boykottierte weiter, disziplinarische Maßnahmen gegen die Anführer der Boykottmaßnahmen halfen nicht. Der Reichsärzteführer, der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund Münster, die SA Münster sowie die Dozenten-

---

36 Ebd.

37 GhStA PK I. HA Rep. 76, Va, Sekt. 1 Tit. IV 17 Beiheft, Bl. 6: Brief an stellv. Kurator der WWU Münster vom 13.12.1933.

38 Ebd., Bl. 123: Brief SA der NSDAP, Führer der Gruppe Westfalen, an den Wissenschaftsminister vom 2.1.1934.

39 Zit. in Vieten (1982), S. 270.

40 Heiber (1991), S. 177.

41 GhStA PK I. HA Rep. 76, Va, Sekt. 1 Tit. IV 17 Beiheft, Bl. 126: Brief Krause an Frick vom 10.2.1934; ebd., Bl. 125: Mitteilung des persönlichen Referenten des Innenministers an das Wissenschaftsministerium vom 14.2.1934.

42 Vgl. Höster-Philipps/Vieten (1980), S. 97.

schaft unterstützten „die Forderungen der Studentenschaft bezüglich Ausschaltung Herrn Geheimrats Dr. Krause als Lehrer der Münsterschen Universität".[43]

Der Dozentenschaftsleiter Walter Grävinghoff (1891-1975), seit 1925 Oberarzt an der Kinderklinik, befand den gewaltsamen Boykott als berechtigt. Robert Gantenberg warf Krause vor, sich nicht „rückhaltlos auf den Boden des nationalsozialistischen Staates" zu stellen, sich formal-bürokratisch den Wünschen der Bewegung zu widersetzen. Krause habe

> „Maßnahmen der NSDAP, des Ärztebundes, der SA-Führung, zuletzt auch der Dozentenschaft und des Reichs-SA-Hochschulamtes passiven Widerstand entgegengesetzt."[44]

In dieser hochemotionalen Aufruhrsituation riet Rektor Naendrup Krause Ende des Wintersemesters 1933/34 freiwillig Urlaub zu nehmen. Er hoffte so, vor Beginn des Sommersemesters die Ruhe innerhalb der Medizinischen Klinik wie der Fakultät wieder herzustellen.

Als Krause im April 1934 die abschlägige Antwort des Ministers auf sein Gesuch der Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen sich selbst erhielt,[45] reichte der Internist am 3. Mai 1934 sein Emeritierungsgesuch ein. Vier Tage später erschoss er sich im Wald von Früchte.

4. Folgen

Im Münsterland wie an der WWU führte die „Verzweiflungstat Krauses (...) zu erheblichen Verwerfungen (...). Man war erschüttert und verlegen".[46] Der Nachruf des Rektors hob die Verdienste Krauses – „ein hervorragender Gelehrter, ein edler und gütiger Mensch, ein Mann von treudeutscher Gesinnung"[47] – um die Wissenschaft und die Medizinische Fakultät hervor. Zwischenzeitlich kam nun auch Schnoering nach Münster. Er suspendierte den Dozentenschaftsführer Grävinghoff, wogegen der Dermatologe Franz Wirz (1889-1962), der Adlatus Wagners, umgehend protestierte.

Anders als im Ministerium, wo der „tragische Ausgang" der „Sache Krause" als schwerer Schlag gegen die nationalsozialistische Bewegung auf dem als politisch schwierig geltenden westfälischen Boden beurteilt wurde, holten die Münchener „Parteimediziner" ein graphologisches Gutachten über Krause ein. Dieses attestierte dem Opfer der Rufmordkampagne „gehirnarteriosklerotische Veränderungen, Altersdemenz oder dgl. Abbauerscheinungen".[48]

Den beiden Oberärzten schadete – ähnlich wie in der „Affäre Gross" – ihr Aktivismus gegen Krause nicht. Grävinghoff war zwar seiner Parteimitgliedschaft und seiner Füh-

---

[43] GhStA PK I. HA Rep. 76, Va, Sekt. 1 Tit. IV 17 Beiheft, Bl. 137: Mitteilung Leiter der Studentenschaft an stellv. Kurator der Universität vom 21.2.1934.

[44] UArchiv Münster Best. 4, Nr. 261, Bl. 16f.: Erklärung Gantenbergs vom 21.1.1934.

[45] UArchiv Münster Best. 10, Nr. 218, Bd. 1: Mitteilung des Kultusministeriums an Krause vom 6.4.1934.

[46] Heiber (1991), S. 178.

[47] UArchiv Münster Best. 207, Nr. 5: Nachruf vom 11.5.1934.

[48] UArchiv Münster Best. 10, Nr. 218, Bd. 1: (Abschrift) Gutachten aus Bonn vom 19.6.1934.

rungsposition in der Dozentenschaft verlustig geworden, wurde aber drei Monate nach der Suspendierung wieder eingestellt. Er wechselte im April 1937 an die Universität Halle/ Saale.[49] Gantenberg, im April 1935 zum nichtbeamteten außerordentlichen Professor ernannt, ging 1937 an das Berliner Rudolf-Virchow-Krankenhaus und wurde nach der Umhabilitation 1939 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.[50]

Der Entwurf zum Heilpraktikergesetz wurde 1934 zurückgezogen, ein Heilpraktikergesetz erst im Februar 1939 erlassen. Es stärkte keineswegs, wie Krause befürchtet hatte, den Berufsstand der Heilpraktiker, doch wurden Heilkräuterexkursionen und Seminare zu natürlichen Heilmethoden Pflichtveranstaltungen und mit der Studien- und Bestallungsordnung von 1939 Prüfungsfach für Medizinstudierende.[51]

Im „Fall Krause" zeigte Wagner seinen Einfluss, innerhalb einer Medizinischen Fakultät – weitab von Berlin und München – eine Rebellion zu mobilisieren. Hatten doch die Vertrauensdozenten der NSDAP an den Medizinischen Fakultäten im Januar 1934 ihre Vorbehalte gegenüber der älteren Generation der Hochschullehrer deutlich gemacht, der „Professorenschaft das Recht und den Anspruch auf die politische und weltanschauliche Führung" abgesprochen.[52] Mit Muskelspielen suchten Wagner und Wirz, etwa bei der Suspendierung Grävinghoffs, gegenüber dem Wissenschaftsministerium ihre Macht als die wahren Lenker der Geschicke der Medizinischen Fakultäten zu zeigen. Die Fakultäten, so die Verfügung vom 6. September 1933 von Heß, hatten in Fragen der Studienreform und Lehrstuhlbesetzungen den Führer des NSDÄB zu konsultieren. Durch die Einrichtung der „Hochschulkommission der NSDAP" (Juli 1934) gelang es dann, maßgeblichen Einfluss auf die Lehrstuhlbesetzungen an den Medizinischen Fakultäten auszuüben. Dieser reichte in Münster zur Berufung des Internisten Viktor Schillings (1883-1960) als Nachfolger Krauses.

Fritz Klinge, der zunächst das Pathologische Institut kommissarisch geleitete hatte, wurde zum 1. März 1934 endgültig auf den Lehrstuhl berufen. Er hatte das Institut wieder arbeitsfähig gemacht, die vakanten Assistentenstellen besetzt, Neuerungen im Unterricht eingeführt und der Forschung am Pathologischen Institut eine neue Ausrichtung gegeben. Zudem wurde Klinge 1934 zum Dekan der Medizinischen Fakultät ernannt.[53]

In dieser Funktion hatte er die Nachfolge der Lehrstühle des Dermatologen Alfred Stühmer, der nach Freiburg im Breisgau berufen wurde, und Paul Krauses mitzuregeln. Während die Nachfolge des Dermatologen relativ reibungslos verlief,[54] war die Berufung Viktor Schillings von Problemen begleitet.

Die für die Einreichung im Juni 1934 vorgesehene Dreierliste der Medizinischen Fakultät schob der Dekan aufgrund der Intervention des Vertrauensmanns der NSDAP, Robert Gantenberg, zunächst auf. Gantenberg hatte ihn darauf verwiesen, dass der Wunsch-

---

[49] UArchiv Münster Best. 5, Nr. 70, Bd. 1: Schreiben Kurator an Dekan der Medizinische Fakultät vom 15.4.1937. Vgl. Eberle (2002), S. 323.

[50] UArchiv Münster Personalakte Nr. 63 (Gantenberg): Schreiben REM an Gantenberg vom 20.4.1935; ebd.: Schreiben Dekan der MF an Rektor der WWU vom 18.3.1937.

[51] Vgl. van den Bussche (1989), S. 194f.

[52] Zit. in Thom (1993), S. 4.

[53] Vgl. Ferdinand (2012), S. 473ff.

[54] Nachfolger Stühmers wurde Karl Mayr (1888-1965), seit 1933 Mitglied der NSDAP. Ebd.

kandidat des Leiters des Amtes für Volksgesundheit (Wagner) Viktor Schilling war. Doch der Protegé Wagners, gerade in Berlin zum Leiter der IV. Medizinischen Klinik (Krankenhaus Moabit) avanciert, war für den Dekan ebenso wie für verschiedene Fachvertreter ein weitgehend Unbekannter. Klinge, der sich als Dekan bei Wagner in der Pflicht sah, forderte Gutachten ein, nahm dann selbst Stellung: Für Schilling – so fasste Klinge die sich widersprechenden Gutachten zusammen – sprachen seine „leidenschaftlich kämpfende Natur" wie seine großen Erfahrungen, nicht zuletzt bei der „Reorganisation" des Moabiter Krankenhauses, und seine wissenschaftlichen Leistungen. Schillings Namen hatten seine „Untersuchungen auf dem Gebiet der Blutforschung (...) in der ganzen Welt bekannt gemacht". Das gebühre ihm zur Ehre, war aber sein einziges Arbeitsgebiet – zu wenig für eine Professur der Inneren Medizin. Zudem besaß Münster mit dem Leiter des Städtischen Clemens-Hospitals, Professor Josef Arneth (1873-1955), auf dem Gebiet der Hämatologie bereits jemanden mit einem großen Namen. Um einer Einseitigkeit in Forschung und Lehre zu begegnen, die die Medizinerschaft vor kurzem noch gegen Krause rebellieren ließ, taktierte Klinke mit einem „Jein" – er bot eine Berufung Schillings bei gleichzeitiger Einrichtung einer Poliklinik mit einem eigenen Lehrstuhl an.[55]

Rektor Naendrup, seit 1932 NSDAP-Mitglied, warnte „dringend" vor Schillings Berufung und betonte, dass die

> „Medizinische Fakultät (...) jetzt nach den Erschütterungen, denen sie ausgesetzt war, dringend einer ruhigen Entwicklung [bedarf]. Für diese würde m. E. die Berufung Schilling's eine Gefahr sein, die unbedingt zu vermeiden ist."[56]

Dem folgte auch der stellvertretende Kurator der WWU, doch obsiegten die Protektoren Schillings – der Internist wurde zum 1. Oktober 1934 nach Münster berufen.

Schilling, der nach militärärztlicher Ausbildung und Tätigkeit als Beratender Hygieniker im türkischen Generalstab im Ersten Weltkrieg 1919 aus dem Heer ausgeschieden war,[57] begann 1921 seine akademische Laufbahn nach der Habilitation an der I. Medizinischen Klinik der Charité.[58] Er besuchte, wie viele seiner Berliner Kollegen, die junge Sowjetunion, wo er 1927 zusammen mit anderen Ärzten die Gelegenheit bekam, den Leichnam Lenins zu untersuchen.[59] Zugleich stand er in der Charité „im Kampf gegen den grossen jüdischen Einfluss unter den Assistenten".[60] 1932 sah er auf Anraten Leonardo Contis (1900-1945) von einem Eintritt in die NSDAP ab, um nicht aus dem Vorstand der Berliner Ärztekammer ausscheiden zu müssen, „was wegen der großen Zahl jüdischer Mitglieder unerwünscht gewesen wäre".[61] Den Parteieintritt holte der Reichsführer des „Deutschen

---

55 Ebd., S. 477f.; Heiber (1991), S. 430f.

56 UArchiv Münster Best. 9, Nr. 335, Bl. a/191-a/192: Schreiben Naendrups an Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung vom 20.7.1934.

57 UArchiv Rostock Personalakte Viktor Schilling, Bd. VI., Bl. 20: Festschrift zum 70. Geburtstag von Professor Dr. Viktor Schilling, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Rostock.

58 Vgl. Buddrus/Fritzlar (2007), S. 351; Meisel (1999), S. 31f.

59 Schilling (1927a); Schilling (1927b); UArchiv Rostock, Personalakte Viktor Schilling, Bd. IX, Bl. 20-35: Bericht über eine Reise nach Moskau, Leningrad und Riga zur Anbahnung wissenschaftlicher Beziehungen und Abhaltung wissenschaftlicher Vorträge.

60 UArchiv Münster Best. 5, Nr. 361, Bd. 2, Bl. 54-58: Aussage Schillings vom 26.11.1937.

61 Ebenda.

Nichtordinarienverbandes“ am 1. Mai 1933 nach. Auch reorganisierte er für die „Bewegung“ in „mühselige[r] Arbeit das vollkommen verjudete und wissenschaftlich verwahrloste Krankenhaus Moabit“.[62]

„Um Münster endlich für die neue Zeit aufzuschließen“, trat Schilling sein Ordinariat mit drei Aufträgen im Gepäck an – er sollte Gantenberg in der „Ehrenangelegenheit Gantenberg-Keller“[63] zur Entlastung verhelfen, Naendrup als Rektor ersetzen und die Nazifizierung der Medizinischen Klinik in Münster konsolidieren. Gelang Schilling auch die „Ehrenrettung“ Gantenbergs, so sollte er doch nicht Rektor werden. Bereits 1935 sprach sich die Führung der Dozentenschaft gegen seine Ernennung aus. Trotz der demonstrativen Zurschaustellung seiner NS-Sympathien hatte Schilling bald mehr als ein Problem.

1937 richtete sich ein Aufruhr der Studierenden gegen ihn. Ihm wurde unsachliche und unwürdige Behandlung von Assistenten und Personal vorgeworfen und die Studierenden lehnten ihn als Prüfer im Staatsexamen ab. Im Februar 1938 leitete die Universität ein Dienststrafverfahren gegen ihn ein – Schilling wurde von seinen Pflichten als Klinikdirektor entbunden. Der 91-seitige Untersuchungsbericht zeigt ihn als „Querulant“ mit einem „Hang zur Unaufrichtigkeit“ und „auffälliger Überheblichkeit“, attestiert wurden ihm zudem „kaum zu überbietende Gehässigkeit“ und „rücksichtslose Ausnutzung einer vorhandenen Machtstellung gegenüber Schwächeren“. Der Bericht hält „die Anfertigung einer Anschuldigungsschrift für geboten“. Dem folgte das Ministerium nicht. Es stellte im Juli 1939 das Verfahren mit einer Verweiserteilung ein – eine, auch aus Sicht des Ministeriums, „unverhältnismäßig milde Strafe“.[64]

Schilling, von dem der Minister das Einverständnis zur Wegberufung erzwang, blieb in Münster, war aber hier weiterhin „aus dienstlichen Gründen und zwecks Erhaltung des Universitätsfriedens“ von der Leitung der Medizinischen Klinik entbunden.

Mit Schilling war an der Medizinischen Fakultät keineswegs Ruhe eingekehrt. Zwar hatte er durch Neubesetzungen der Assistentenstellen versucht, die Medizinische Fakultät parteipolitisch „aufzuwerten“, doch prägte eine hohe Fluktation der Assistenten in Folge der Querelen, Verleumdungen und Streitigkeiten die Lehre, Forschung und den Klinikalltag.[65]

Die Medizinische Fakultät Münster wollte Schilling nicht mehr. Nach Interimsbesetzungen – Hermann Regelsberger (geb. 1901) und Fritz Brauch (geb. 1904) – wurde Fritz Schellong (1891-1953) aus Prag 1940 nach Münster geholt. 1941 zeitigte dann auch die ministeriellen Bemühungen der Wegberufung Schillings Erfolg: Der Internist erhielt den Ruf an die Universität Rostock.

Schilling selbst hatte in der Zeit seines Disziplinarverfahrens systematisch den Ausbau seines Führungsanspruchs in der Hämatologie betrieben. Hier isolierte und verdrängte er den in den 1920er Jahren wohl profilitiersten Hämatologen Deutschlands, Hans Hirschfeld (1873-1944), der als Jude zwangsentlassen worden war. Mit Unterstützung des Reichsin-

---

[62] Zit. in Meisel (1999), S. 39f., vgl. Ferdinand (2012), S. 478ff.

[63] Vgl. UArchiv Münster Best. 9, Nr. 1447. Hier handelte es sich um ein Verfahren, in das sich Gantenberg und seine Frau aufgrund von Diffamierungen des Professors für Anglistik, Wolfgang Keller, und dessen Frau verwickelten.

[64] Vgl. UArchiv Münster Best. 5, Nr. 361 Bd. 5.

[65] Ferdinand (2012), S. 480-483.

nen- und Reichserziehungsministers, des Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes, Hans Reiter (1881-1969), und Fritz Wirz' avancierte Schilling bald zum internationalen Repräsentanten der Hämatologie Deutschlands.[66]

5. Fazit

Wie an allen deutschen Universitäten und Hochschulen hatte auch an der Medizinischen Fakultät der Universität Münster im Jahre 1933 die Gleichschaltung begonnen, begleitet von der Radikalisierung des politischen Klimas des Hochschulalltags. Durch die Suizide von Gross und Krause im September 1933 und Mai 1934 wurde die Konsolidierungsarbeit am Pathologischen Institut und an der Medizinischen Klinik abrupt beendet. Der Reichsärzteschaft und der Hochschulkommission der NSDAP mit ihren Verbündeten in der Fakultät, in Münster und in der Region gelang es mit dem „Fall Krause", dann mit der Berufung Viktor Schillings, das „Klima" an der Fakultät zu radikalisieren. Die Gruppe um den Stellvertreter des Führers, Rudolf Heß, lenkte über die Dozenten- und Studierendenschaft, die Partei und ihre Gliederungen sowie über den Ärztebund in der Region die Rufmordkampagne gegen den Gründungsdekan der Fakultät, Paul Krause. Nach dessen Selbstmord forcierte sie die Berufung Schillings nach Münster. Er sollte die Nazifizierungsprozesse an der Universität beschleunigen. Auch wenn ihm dies nur partiell gelang, bewahrten die „Clique um Heß" und andere hohe NS-Beamte „ihren" Mann vor Konsequenzen eines Dienststrafverfahren an der Medizinischen Fakultät. Sie protegierten ihn auch im Aufbau seines Profils als internationalem Vertreter der deutschen Hämatologie. Die Fakultät selbst suchte sich zwar gegen Schilling zu erwehren, setzte aber letztlich den Nazifizierungsprozessen nichts entgegen.

In der Zeit bis 1937 mussten auch die Lehrstühle der aus „rassischen Gründen" in den Zwangsruhestand versetzten Professoren Hermann Freund, Aurel von Szily und Heinrich Herzog neu besetzt werden. Für Aurel von Szily kam 1936 Oswald Marchesani (1900-1952), ein Protegé von Wirz, aus München; für Hermann Freund rückte 1937 Ludwig Lendle (1899-1960) aus Berlin nach, einer der besten Kenner des Giftgases Tabun, und den Platz von Heinrich Herzog nahm Helmut Loebell (1894-1964) aus Marburg ein.

[66] Ferdinand (2012), S. 483-485.

Quellen

Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz
I. HA Rep. 76, Va, Nr. 10698.
I. HA Rep. 76, Va, Sekt. 1 Tit. IV 17 Beiheft.

Universitätsarchiv Rostock
Personalakte Viktor Schilling.

Universitätsarchiv Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Rektor (1902-1970), Bestand 4: Sachakten.
Rektor (1902-1970), Bestand 5: Personalakten.
Kurator (1888-1970), Bestand 9: Sachakten.
Kurator (1888-1970), Bestand 10: Personalakten.
Vorlesungsverzeichnisse 1925-1945.

Literatur

1. Buddrus/Fritzlar (2007): Michael Buddrus, Sigrid Fritzlar, Die Professoren der Universität Rostock im Dritten Reich. Ein biographisches Lexikon, München 2007.
2. Eberle (2002): Henrik Eberle, Die Martin-Luther-Universität in der Zeit des Nationalsozialismus 1933-1945, Halle (Saale) 2002.
3. Ferdinand (2012): Ursula Ferdinand, Die Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität von der Gründung bis 1939, in: Hans-Ulrich Thamer, Daniel Droste, Sabine Happ (Hrsg.), Die Universität Münster im Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Brüche zwischen 1920 und 1960, Bd. 1, Münster 2012 (= Veröffentlichungen des Universitätsarchivs Münster, 5), S. 413-530.
4. Heiber (1991): Helmut Heiber, Universitäten unterm Hakenkreuz, Teil I: Die Professoren im Dritten Reich, München et al. 1991.
5. Heitkötter (2012): Birthe Franziska Heitkötter, Die Geschichte der Frauenklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster in den Jahren 1925-1950 unter besonderer Berücksichtigung der Jahre im Nationalsozialismus unter der Leitung des Klinikdirektors Peter Esch, Münster 2012 (= Diss. med. Münster 2012).
6. Höerster-Philipps/Vieten (1980): Ulrike Hörster-Philipps, Bernward Vieten, Die Westfälische Wilhelms-Universität beim Übergang zum Faschismus. Zum Verhältnis von Politik und Wissenschaft 1929-1935, in: Lothar Kurz (Hrsg.), 200 Jahre zwischen Dom und Schloss. Ein Lesebuch zu Vergangenheit und Gegenwart der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster 1980, S. 77-103.
7. Huhn/Kilian (2011): Ingeborg Huhn, Ursula Kilian, „Es wird alles gut werden". Der Briefswechsel zwischen dem jüdischen Pharmakologen Hermann Freund und seinem Schüler Willy König 1925 bis 1939, Münster 2011.
8. Jahr (2012): Christoph Jahr, Die nationalsozialistische Machtübernahme und ihre Folgen, in: Michael Grüttner et al., Die Berliner Universität zwischen den Weltkriegen 1918-1945, Berlin 2012, S. 295-324.

9. Janssen (2010): Gesine Janssen, „… ein leuchtendes Beispiel für Menschenliebe“. Die Israelitische Gemeinde zu Emden von den Anfängen bis zum Holocaust, Emden 2010.
10. Klee (1997): Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer, Frankfurt am Main 1997.
11. Mamali (2011): Ioanna Mamali, Psychiatrische und Nervenklinik Münster. Anfänge der Universitätspsychiatrie in Westfalen zur Zeit des Nationalsozialismus, Münster 2011 (= Diss. rer. medic. Münster 2011).
12. Meisel (1999): Stefan Meisel, Prof. Dr. Dr. h.c. Viktor Schilling (1883-1960). Leben und Werk unter besonderer Beachtung der Rostocker Periode, Rostock 1999 (= Diss. med. Rostock 1999).
13. Schilling (1927a): Viktor Schilling, Lenins einbalsamierter Leichnam, Die Umschau 31 (1927), S. 266-268.
14. Schilling (1927b): Viktor Schilling, Reiseeindrücke über die Entwicklung der Medizin im leninistischen Russland, Die Umschau 31 (1927), S. 385-388.
15. Thom (1993): Achim Thom, Die nationalsozialistische Hochschul- und Wirtschaftspolitik in der Medizin. Intention – Instrumente – Wirkungen, in: Günter Grau, Peter Schneck (Hrsg.), Akademische Karrieren im „Dritten Reich“, Berlin 1993, S. 1-17.
16. Toellner (1980): Richard Toellner, Medizin in Münster, in: Heinz Dollinger (Hrsg.), Die Universität Münster, Münster 1980, S. 285-307.
17. Viehberg (2004): Maud Antonia Viehberg, Restriktionen gegen Greifswalder Hochschullehrer im Nationalsozialismus, in: Werner Buchholz (Hrsg.), Die Universität Greifswald und die deutsche Hochschullandschaft im 19. und 20. Jahrhundert, Stuttgart 2004, S. 207-307.
18. van den Bussche (1989): Hendrik van den Bussche, Im Dienste der „Volksgemeinschaft“. Studienreform im Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung, Berlin 1989.
19. Vieten (1982): Bernward Vieten, Medizin ohne Menschlichkeit. Rassenhygiene und Kriegsforschung an der Medizinischen Fakultät in Münster, in: Lothar Kurz (Hrsg.), 200 Jahre zwischen Dom und Schloss. Ein Lesebuch zu Vergangenheit und Gegenwart der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster 1980, S. 104-116.

Tabellen

Tabelle 1: Engerer Lehrkörper der Medizinischen Fakultät Münster 1925-1933/34; zusammengestellt von Ursula Ferdinand anhand der Vorlesungsverzeichnisse der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster 1925-1945 (Universitätsarchiv Münster).

Das Schicksal Aachener Psychiatriepatienten nach der Räumung der Alexianer Heil- und Pflegeanstalt (1939) – Eine Forschungsskizze

Katharina Mahr und Dominik Groß

1. Einleitung

„Euthanasie" im „Dritten Reich" war Mord an Kranken: an geistig oder körperlich Behinderten, die nach der NS-Rassenideologie nicht als „hochwertig" im Sinne von „ökonomisch produktiv" galten[1] und denen aus ebendiesem Grund die Existenzberechtigung abgesprochen wurde.

Etwa 200.000 Menschen wurden durch vernachlässigte Pflegehygiene, absichtlichen Nahrungsentzug, Medikamentengabe oder Gas ab 1939 planmäßig Opfer der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik.[2] Eine das ganze Ausmaß der NS-Erbgesundheitspolitik umfassende Bestandsaufnahme liegt bis heute nicht vor. Tatsache ist, dass viele Tatbeteiligte, insbesondere Ärzte, auch nach Ende des Krieges ihrer Arbeit in gleicher Position unbehelligt weiter nachgehen und weiterhin Karriere machen konnten. Demgegenüber gelten die Ermordeten gemäß dem geltenden Entschädigungsrecht bis heute nicht als Opfer von NS-Unrecht.[3]

Am 11.09.1939, unmittelbar nach dem Ausbruch des Zweiten Weltkrieges, wurde die damals einzige psychiatrische Einrichtung in Aachen, die Alexianer Heil- und Pflegeanstalt, gewaltsam geräumt und in ein Reservelazarett umgewandelt. Alle Insassen wurden im Morgengrauen von der Gestapo abgeholt[4] und in die Alexianeranstalten nach Neuss, Krefeld und Mönchengladbach sowie in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt (PHP) Düren gebracht.

Was nach der Verlegung mit den Patienten geschah, wie viele Kranke im Rahmen der „Aktion T4" und der anschließenden „dezentralen Euthanasie" ermordet wurden, wie viele überlebten und welche Einzelschicksale sich dahinter verbergen, ist Gegenstand des hier vorgestellten Promotionsprojekts. Dabei gilt es, zuerst auf den bisherigen Forschungsstand zum Thema einzugehen (Kapitel 2). Anschließend soll die Aachener Alexianer Heil- und Pflegeanstalt als institutioneller Ausgangspunkt der Studie näher in den Blick genommen werden (Kapitel 3), bevor das Augenmerk auf die eigentliche Untersuchung zu richten ist: hierbei sollen zunächst die methodische Herangehensweise skizziert (Kapitel 4) und sodann erste (Zwischen-)Ergebnisse vorstellt werden.

Hingewiesen werden muss darauf, dass sich die hier skizzierte Untersuchung des Verbleibs der Aachener Psychiatriepatienten ausschließlich auf die am 11.09.1939 verlegten Patienten bezieht. Die Alexianerbrüder pflegten in ihrer Anstalt nur Männer; psychiatrisch

---

[1] Kaminsky (1995), S. 335: „Die Erblichkeit von Geisteskrankheit war keineswegs Kriterium für den Krankenmord", anders als für die Zwangssterilisationen. Insgesamt galt „der Umfang der Arbeitsfähigkeit als qualifizierendes Kriterium für eine Meldung".

[2] Neueste Schätzungen sprechen von ca. 260.000 Opfern: vgl. Stracke (2003).

[3] Vgl. Seipolt (1995), S. 115; Klee (1992).

[4] Cremers-Schiemann (1999).

erkrankte Frauen wurden meist direkt in die PHP Düren eingewiesen. Außerdem wurden straffällig gewordene oder aggressive Kranke häufig direkt nach Düren verbracht, da sie in Aachen nicht adäquat untergebracht werden konnten.

2. Forschungsstand

Das vorliegende Promotionsvorhaben entstand im Kontext des Forschungsprojekts „Leitende Aachener Klinikärzte im Dritten Reich". Das 2008 von Dominik Groß initiierte, von Gereon Schäfer geleitete und von der Medizinischen Fakultät der RWTH geförderte Projekt untersuchte erstmals und umfassend die Geschichte der Aachener Krankenhäuser, die Biografien ihrer leitenden Ärzte in der Zeit des Nationalsozialismus und das Ausmaß von Zwangssterilisationen psychiatrischer Patienten in Aachen.

Während Bildstein, Groß und Kühl 2009 anhand einer Auswertung der im Aachener Alexianer Krankenhaus verbliebenen Patientenakten zeigen konnten, in welchem Ausmaß die Patienten der Zwangssterilisation ausgesetzt waren,[5] ist über das Schicksal der Aachener Psychiatriepatienten *nach* 1939 (d.h. mit Beginn des nationalsozialistischen „Euthanasie-Programms") bislang kaum etwas bekannt. Von Seiten der Leitung des Alexianer Krankenhauses wurde in den vergangenen Jahrzehnten keine Initiative ergriffen, sich mit dem Schicksal der verlegten Patienten auseinanderzusetzen. Auch den betroffenen Angehörigen hat man – soweit nachweisbar – nach 1945 in Aachen kein besonderes Augenmerk geschenkt. Dementsprechend kommt der vorliegenden Untersuchung für die hier skizzierte Fragestellung *Pilotcharakter* zu.

3. Die Alexianer Heil- und Pflegeanstalt in Aachen

Das im Spätmittelalter entstandene Aachener Kloster der Alexianer gilt als eines der ersten Klöster in Deutschland, das „Geisteskranke" in Pflege nahm.[6] Erste urkundliche Erwähnungen dieses Sachverhalts gehen auf das Jahr 1330 zurück.[7]

Wie Bildstein et al. 2009 ausführten, errichteten die Aachener Alexianer in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – genau genommen zwischen 1884 und 1893 – ein modernes, groß angelegtes Anstaltsgebäude.[8] Die Institution konnte bis zu 650 Kranke aufnehmen und galt damit seinerzeit als weltweit größte private Einrichtung dieser Art.[9]

Mitte der 1930er Jahre, d.h. zwei Jahre nach der „Machtergreifung" durch die Nationalsozialisten, wurde das Generalat der Alexianer ins belgische Henry-Chapelle verlegt – in der Hoffnung, so etwaigen Nachstellungen der Nationalsozialisten zu entgehen. Im Juni 1937 erschienen Gestapo-Beamte in der Alexianer Anstalt, nahmen die Telefon-Zentrale und die Hauseingänge in Beschlag und verhörten die Patienten. Wie Bildstein et al. berich-

[5] Bildstein/Groß/Kühl (2009).
[6] Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 234.
[7] Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Bildstein/Groß/Kühl (2009). Diese verweisen ihrerseits für die frühen Informationen zum Aachener Kloster der Alexianer u.a. auf Kauffmann (1978) und Cremers-Schiemann (1999) sowei weitere Literatur.
[8] Bildstein/Groß/Kühl (2009), S. 41.
[9] Vgl. Meyer/Albrecht (2000), S. 426f.

ten, sollen die Repressionen der Nationalsozialisten in erzwungenen Arbeits- oder Wehrdiensten jüngerer Ordensbrüder bestanden haben – mit der Folge einer Personalverknappung im Krankenhaus.[10]

Der leitende Arzt der Anstalt, Dr. Wilhelm Köster, gehörte indessen zur Gruppe der Mediziner, die sich dem nationalsozialistischen Regime andienten. Wie Bildstein et al. und Kühl zwischenzeitlich dokumentierten, zählte Köster zu den eifrigsten Befürwortern von Zwangssterilisationen. Zu diesem Zweck führte er etliche seiner Patienten einem Erbgesundheitsgerichtsverfahren zu.[11] Insgesamt mussten sich ca. ein Fünftel der von 1934 bis Kriegsbeginn im Alexianer Krankenhaus Behandelten einem solchen Verfahren unterziehen – ein Anteil, der im reichsweiten Vergleich mit anderen psychiatrischen Einrichtungen ausgesprochen hoch ausfiel. Die weit überwiegende Anzahl der Patienten wurde dabei zur zwangsweisen Unfruchtbarmachung in die Städtischen Krankenanstalten überwiesen; fast alle Patienten wurden nach der Sterilisierung in das Alexianer Krankenhaus zurückverlegt.[12]

Im September 1939 – kurz nach Ausbruch des Zweiten Weltkrieges – wurde das Alexianer Krankenhaus geräumt, um Bettenkapazitäten für Lazarette zu schaffen. Wie in vielen anderen Fällen verliefen die Evakuierung und Verlegung der Patienten unter erheblichem Zeitdruck. Einem Schreiben der Krankenhausleitung aus dem Jahr 1959 an den deutschen Caritasverband, der die Umstände der Verlegung von Anstaltsinsassen erfragt hatte, ist zu entnehmen,

> „(...) daß am 10.9.1939 alle Insassen unseres Hauses im Morgengrauen von der Gestapo abgeholt wurden und zur Landesheilanstalt Düren verlegt wurden. Es handelte sich um 193 männl. Kranke. Eine geringe Anzahl wurde später in unsere Häuser Krefeld und Chenry [gemeint ist Henry] Chapelle zurückversetzt. Über das Schicksal der nach der Heilanstalt Düren gebrachten Kranken konnte nichts in Erfahrung gebracht werden, da die unter polizeikontrolle (sic!) stehende Anstalt Keine (sic!) Auskünfte erteilte. Auch konnte von hier aus nichts unternommen werden, um die Verlegung zu verhindern, da diese mit der Begründung erfolgte, die Kranken müssten aus dem bedrohten Grenzgebiet evakuiert werden.“[13]

4. Methodik

Die Suche nach den Akten der verlegten Patienten gestaltet(e) sich aufwendig: Wo finden sich Anknüpfungspunkte oder wegweisende Informationen, wenn der weitere Lebensweg der Patienten unbekannt ist?

---

[10] Kauffmann (1978), S. 256ff.; Bildstein/Groß/Kühl (2009), S. 43.

[11] Bildstein/Groß/Kühl (2009), S. 43-50; demzufolge sind in den Krankenakten 76 der 134 Urteile als Originale erhalten; in den restlichen 58 Fällen ist die Zwangssterilisierung anderweitig dokumentiert. Vgl. auch Kühl (2011), S. 60f.

[12] Bildstein/Groß/Kühl (2009), S. 44f.

[13] Krankenaktenarchiv des Alexianer Krankenhauses Aachen (ohne Signatur), zitiert nach Bildstein/Groß/Kühl (2009), S. 50. Vgl. auch Seipolt (1995), S. 84f. Es konnte bisher jedoch nicht geklärt werden, warum das Schreiben als Räumungsdatum den 10.9.1939 angibt, während hingegen im Dürener Alphabetischen Verzeichnis und in der Abgangsliste des Alexianer Krankenhauses der 11.9.1939 angegeben wird. Bildstein/Groß/Kühl (2009), S. 50, Anm. 63.

Naheliegend war zunächst die Suche in der Verlegungsanstalt Düren. Dort lagern im ehemaligen „Verwahrhaus für kriminelle Geisteskranke“ noch etwa 2.000 Kranken- und Personalakten der Zeit 1933-1945. Im Rahmen einer intensiven Sichtung konnten insgesamt zwölf Akten aufgefunden werden.[14] Außerdem existiert ein relativ vollständiges Karteiregister mit dem Namen, Beruf, Ehestand und der Krankheit sowie Informationen über Aufnahme und Abgang aus der Klinik. 51 von möglichen 73 Karteikarten waren letztlich auffindbar; sie enthielten wertvolle Informationen über mögliche weitere Verlegungen, Tod oder Entlassung der Patienten.

Während bereits einiges über die Zustände in Düren während der NS-Zeit bekannt ist – vor allem mit Blick auf den Landschaftsverband Rheinland beziehungsweise die Landeskliniken – fehlen (noch) viele Informationen über die Patientensituation in den drei Kliniken der Alexianer.

Die Anstalt in Mönchengladbach existiert heute nicht mehr; die Anfrage im Stadtarchiv Mönchengladbach ergab keinen Hinweis zu den genauen Umständen der Schließung der Psychiatrie. Was mit den Patienten passiert ist und ob evtl. Akten von dort in andere Einrichtungen überführt worden sind, ist bislang unklar.

Die Alexianer Anstalt in Krefeld, das Krankenhaus Maria-Hilf, gehört weiterhin dem Orden der Alexianerbrüder an. Laut Auskunft der Klinikleitung gibt es keine Informationen und keine Akten über Patienten, die während der NS-Zeit in Krefeld stationär gewesen sind.

Bei Anfrage in der Alexianer Anstalt Neuss, wo auch nach Information des Bundesarchivs noch Akten von möglichen Opfern der NS Euthanasie lagern,[15] sagte man der Erstautorin nach Rücksprache mit dem Ordensleiter Bruder Dominikus (Stellvertretender Provinzial der St. Alexius Provinz Deutschland), dass eine Suche dort zurzeit nicht möglich sei. Die Akten würden zunächst von der Brüdergemeinschaft durchgesehen, bevor von außen Recherchen zugelassen würden. Ein Zeitraum für die Untersuchung durch den Orden wurde nicht genannt.

Vor diesem Hintergrund konzentrierten sich die nachfolgenden Untersuchungen auf Düren. Die Spur von einigen dort nachweisbaren Patienten führte in die Vergasungsanstalt Hadamar. Die damalige Euthanasieanstalt und heutige Gedenkstätte war Zielort für die meisten der in der „T4-Phase“ ermordeten rheinländischen Patienten. Anhand einer Datenbank ist es vor Ort möglich, nach entsprechender Erlaubnis der Archivleitung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, zu wissenschaftlichen Zwecken nach Patientennamen zu suchen. Die Datenbank verzeichnet so gut wie vollständig alle nach Hadamar deportierten Patienten mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum sowie ggf. Tötungsdatum und vermerkt, ob es eine Akte zu den „T4-Opfern“ im Bundesarchiv gibt.

Insgesamt 11 Aachener Patienten sind nachweislich während der „T4-Phase“ in Hadamar vergast worden. Akten zu den Patienten existieren im Bundesarchiv keine.[16]

---

[14] Ein besonderer Dank geht an Herrn Graf, ehemaliger Pflegedirektor der Landesklinik Düren, für die Möglichkeit, dort gemeinsam mit ihm nach verbliebenen Akten suchen zu können und für die interessanten Hinweise bezüglich der Recherche.

[15] Inventar der Quellen zur Geschichte der „Euthanasie“-Verbrechen 1939-1945.

[16] Wir danken Gerrit Hohendorf für die Durchsicht der Datenbank des Bundesarchivs Berlin auf Akten von „T4-Opfern“.

Unter den Zielanstalten befinden sich Einrichtungen, die nur als Zwischenanstalten für den Weitertransport nach Hadamar dienten – Institutionen, in denen (gerichtsbekannt oder in hohem Maße verdächtig) Medikamententötungen von Patienten stattfanden, aber auch unverdächtige Anstalten. Es wurden Anfragen in fast allen der oben aufgeführten Einrichtungen gestellt – mit der Bitte um Auskunft, inwiefern sich noch Patientenakten, Sterbebücher oder Bewohnerverzeichnisse in den Anstalten finden lassen.

Es folgte der Besuch des Landeshauptarchivs in Koblenz (Anstalt Andernach), des Kloster Ebernach in Kochem sowie des Landesarchivs in Berlin. Die Anstalt in Langenfeld-Galkhausen veranlasste eine eigenverantwortliche Suche nach Akten bzw. Karteikarten der gesuchten Aachener Patienten, ebenso das Phillippshospital in Goddelau und die Anstalt in Altscherbitz. Im thüringischen Staatsarchiv Rudolstadt, dem Staatsarchiv Leipzig sowie dem Niederösterreichischen Landesarchiv befinden sich ebenfalls noch Akten, deren Einsichtnahme im Verlauf der Untersuchung notwendig sein wird.

Anhand der bislang gesammelten Informationen sind derzeit orientierende Aussagen über den Verbleib, wenn auch noch nicht über das individuelle Schicksal vieler Aachener Patienten möglich. Die konkrete Untersuchung der gefundenen Akten sowie der Sekundärliteratur wird sicher noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

5. Bisherige Ergebnisse

5.1 Patientenprofil

Anhand der Abgangsbücher aus Aachen kann momentan ein erstes, eher grob konstruiertes Bild der fraglichen Patientengruppe gezeichnet werden:

Nach Auswertung der Abgangslisten wurden 73 Patienten in die Anstalt Düren gebracht, 15 Patienten nach Krefeld, 75 nach Mönchengladbach sowie 27 nach Neuß. Ein Patient konnte nicht eindeutig einer Zielklinik zugeordnet werden. Zusammen wurden demnach also 191 Patienten verlegt.[17] Zumeist handelte es sich bei den Patienten um chronisch Kranke, mit zum Teil schon recht langen oder wiederholten Aufenthalten in der Klinik.

Den Verlegungsdiagnosen zufolge waren rund 45,5% an einer Erkrankung des schizophrenen Formenkreises – Schizophrenie, Paraphrenie, (Propf-)Hebephrenie – erkrankt, ca. 10% wiesen als Hauptdiagnose eine Intelligenzminderung – angeborener Schwachsinn, Idiotie oder Imbezillität – auf, 9% waren demzufolge dement – Dementia paranoides, praecox, praesenilis oder senilis –, 6% wurden als Epileptiker eingeordnet, bei 6% wurde eine Progressive Paralyse (Neurolues) vermerkt und bei 6% ein anderes organisches Hirnleiden (Tumor cerebri, Arteriosklerose, Multiple Sklerose, Z.n. Gehirnerschütterung, Z.n. Encephalitis usw.).

---

[17] Hingegen gab das Alexianer Krankenhaus in zwei Schreiben von 1959 und 1960 bekannt, dass 193 Kranke bei Räumung der Klinik verlegt worden seien. Ebenso stimmen teilweise die Aufnahmebücher der Verlegungseinrichtungen mit der Abgangsliste nicht überein, was auf die insgesamt chaotischen Verhältnisse beim Abtransport durch die Gestapo schließen lässt. Siehe Seipolt (1995), S. 84: Schreiben der Alexianer Anstalt Aachen an die Deutsche Caritas, Betreff: „Verlegung" von Anstaltsinsassen im Dritten Reich, sowie Archiv des Landschaftsverbands Rheinland (ALVR) 56996: Schreiben von Chefarzt Dr. Weber an den Generalstaatsanwalt vom 15.9.1960.

Zum Zeitpunkt der Verlegung 1939 war der jüngste Patient gerade einmal 15, der Älteste 86 Jahre alt. Das Durchschnittsalter von nur 44 Jahren und die, meist nur kognitiv beeinträchtigenden Diagnosen, lassen einen großen Anteil körperlich gesunder und somit bedingt arbeitsfähiger Patienten der Gruppe vermuten.

Genauere Analysen sind derzeit noch nicht möglich; eine detaillierte statistische Auswertung wird angestrebt, kann aber erst am Ende der Untersuchung stattfinden, wenn die Aktenrecherche abgeschlossen ist und Details zu den einzelnen Patienten bekannt sind.

5.2 Primäre Verlegungsorte und Verlegungstransporte

Anhand eines für die Staatsanwaltschaft angefertigten Berichts Otto Lewensteins aus dem Jahr 1946 sowie der Befragungen der Anstalten im Jahre 1960,[18] die beide im Archiv des Landschaftsverbands Rheinland zu finden sind, war es möglich, die Verlegungstransporte aller männlichen Patienten aus den Anstalten Düren, Neuß, Krefeld und Mönchengladbach mutmaßlich vollständig zu bestimmen (vgl. Tabelle 1).[19]

5.3 Die Ermordung jüdischer Patienten am Beispiel von Fritz M.

Beispielhaft für die angestrebte Ausarbeitung soll ein kurzer, noch fragmentarischer Beitrag über die Tötung eines jüdischen Anstaltsinsassen stehen:

Erste Opfer des Holocausts, des systematischen Völkermords an den Juden, waren bekanntlich die in Anstalten lebenden, von der NS-Führung als Jüdinnen und Juden stigmatisierten Patienten. An Ihnen wurde „erprobt", was Millionen zum späteren Schicksal werden sollte. Bereits im Jahr 1938 wurde die Trennung der Pflege jüdischer und nichtjüdischer Patienten in Anstalten durch den Reichsinnenminister angeordnet – vordergründig zur Bewahrung vor der so genannten „Rassenschande", d.h. (sexuellen) Beziehungen zwischen Angehörigen der betreffenden „Rassen". Jüdische Patienten waren ab 1940 zu melden. Die rheinischen Anstalten erhielten im Januar 1941 von der GEKRAT[20] Bescheid, Vorbereitungen für die Verlegung der jüdischen Anstaltsinsassen in die Sammelanstalten nach Düsseldorf-Grafenberg bzw. Andernach zu treffen.

[18] Im Prozess gegen Dr. Werner Heyde (Leiter der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten bis 1941) befragte die Staatsanwaltschaft sämtliche Rheinische Anstalten zu Transporten, die zwischen 1939 und 1945 durchgeführt wurden. Die Antworten der Anstalten sind zu finden in ALVR 56996.

[19] Vgl. Bildstein/Groß/Kühl (2009). ALVR 16968: Bericht Dr. Otto Lewenstein (Ministerialrat) über die Verlegung und Tötung von Geisteskranken der Rheinprovinz.

[20] Die „Gemeinnützige Krankentransport Gesellschaft", eine Unterorganisation der Kanzlei des „Führers", war mit dem Abtransport der Patienten in die Vernichtungsanstalten betraut.

Tabelle 1: Verlegungsorte und -transporte von ehemaligen Patienten des 1939 geräumten Alexianer Krankenhauses Aachen; zusammengestellt von Katharina Mahr

Ausgangsort	Datum	Anzahl (Männer)	Zielort
Neuss	12.02.1941	4	Grafenberg
	28.05.1943	60	Gugging (bei Wien)
	25.05.1943	100	Ebernach/Cochem
	16.07.1943	40	Philippshospital Goddelau
	26.05.1943	58	Mauer-Öhling Niederdonau
	27.05.1943	49	Tworki (bei Warschau)
	06.01.1945	111	Johannistal/Süchteln
Krefeld	12.05.1943	55	Altscherbitz in Sachsen (bei Halle)
	12.05.1943	70	Stadtroda bei Jena
	13.05.1943	50	Ebernach/Cochem
Mönchengladbach	12.02.1941	4	Grafenberg
	12.05.1943	50	Meseritz-Obrawalde
	13.05.1943	50	Meseritz-Obrawalde
	14.05.1943	50	Meseritz-Obrawalde
	20.05.1943	50	Ebernach/Cochem
	15.01.1944	1	Polen (nicht näher bestimmt)
	12.09.1944	32	Alexianer Anstalt Neuss
Düren	17.05.1941	150	Waldheim/Sachsen
	12.02.1941	9	Grafenberg
	17.05.1941	83	Andernach
	20.06.1941	91	Galkhausen
	01.08.1941	118	Andernach
	01.03.1942	50	Plagwitz/Schlesien
	11.03.1943	41	Ebernach/Cochem
	04.05.1943	100	Meseritz-Obrawalde
	18.03.1943	46	Galkhausen
	14.01.1944	83	Arbeitsanstalt Buchenwald
	11.05.1944	5	unbekannte Anstalt im Osten
	18.09.1944	40	Brauweiler
	Ende 11.1944	226	Wiesengrund
	Ende 11.1944	55	Bonn

Fritz M., 22 Jahre alt und seit seinem 18. Lebensjahr in der Aachener Alexianer Anstalt, war der einzige jüdische bzw. „jüdischstämmige“ Patient aus der Gruppe der aus Aachen Verlegten. Er wurde in die Alexianer Anstalt nach Mönchengladbach verbracht und von dort aus am 12.2.1941 mit drei weiteren jüdischen Patienten nach Grafenberg transportiert. In einem Begleitschreiben stellte sein Arzt folgende Diagnosen: „Schizophrenie, teilweise erregt, aggressiv, immer auf der geschlossenen Abteilung“.[21] Nach drei Tagen Aufenthalt wurde Fritz M. weiter nach Hadamar gebracht und dort noch am selben Tag vergast.[22] Seine Mutter, die Witwe Else Sara M., erhielt mehr als eineinhalb Monate nach der Ermordung ihres Sohnes noch eine Rechung über Pflegekosten für den dreitägigen Aufenthalt in Grafenberg.[23]

Der Verlegungsort der jüdischen Patienten aus Düsseldorf-Grafenberg war im Übrigen lange Zeit unklar; offiziell hieß es, die Patienten seien in das Generalgouvernement verlegt worden. Aus einer Anstalt in Cholm wurden Zahlungsaufforderungen für den Unterhalt der Patienten an die Angehörigen geschickt. Später, nach ihrem gefälschten Sterbedatum, folgten fingierte Trostbriefe, Sterbeurkunden und Rechnungen für die Kosten der Einäscherung in Cholm, so dass mit dem Tod der Patienten ein nicht unerheblicher Profit gemacht wurde.

6. Schlussbemerkungen

Die hier vorgestellten Ergebnisse stellen lediglich Zwischenresultate dar, die im Rahmen weiterführender Recherchen auf eine ausführlichere (Daten-)Grundlage gestellt, objektiviert und in einen breiteren Kontext eingebettet werden sollen. Eine dezidiertere Kontextualisierung und Herstellung der soziokulturellen Zusammenhänge soll der Monographie vorbehalten sein, die sich derzeit in Bearbeitung befindet und in absehbarer Zeit an der RWTH Aachen als medizinische Dissertation eingereicht wird.

[21] Schreiben vom 6.2.1941 der Alexianer Heil- und Pflegeanstalt Mönchengladbach an den Direktor der PHP Düsseldorf-Grafenberg, siehe ALVR 13070.

[22] Siehe Datenbank Hadamar.

[23] ALVR 13070.

Quellen

Archiv des Landschaftsverbands Rheinland, Brauweiler
Aktensignatur-Nr. 13070.
Aktensignatur-Nr. 16968.
Aktensignatur-Nr. 56996.

Archiv des Landeswohlfahrtsverbands Hessen, Außenstelle Hadamar
Datenbank.

Bundesarchiv Berlin
Inventar der Quellen zur Geschichte der „Euthanasie"-Verbrechen (1939-1945), www.bundesarchiv.de/geschichte_euthanasie.

Literatur

1. Bildstein/Groß/Kühl (2009): Klaus Bildstein, Dominik Groß und Richard Kühl, „Betreff meines aerztlichen Gutachtens gebe ich die eidestattliche Versicherung ab, dasselbe nach bestem Wissen erstattet zu haben." Eugenisch-psychiatrische Anträge an Erbgesundheitsgerichte am Beispiel des Alexianer Krankenhauses Aachen (1934-1939), in: Stefanie Westermann, Richard Kühl, Dominik Groß (Hrsg.), Medizin im Dienst der „Erbgesundheit": Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene", Berlin 2009 (= Medizin und Nationalsozialismus, 1), S. 39-54.
2. Cremers-Schiemann (1999): Birgit Cremers-Schiemann, Die Geschichte der Aachener Alexianer-Brüder, Münster 1999.
3. Kaminsky (1995): Uwe Kaminsky, Zwangssterilisation und „Euthanasie" im Rheinland. Evangelische Erziehungsanstalten sowie Heil- und Pflegeanstalten 1933 bis 1945, Köln 1995 (= Schriftenreihe des Vereins für Rheinische Kirchengeschichte, 116).
4. Kauffmann (1978): Christopher J. Kauffmann, Dienst am Kranken. Geschichte der Alexianerbrüder von 1789 bis zur Gegenwart, Aachen 1978.
5. Klee (1995): Ernst Klee, „Irrwitz Entschädigungsbürokratie", Die Zeit 16 (10.4.1992).
6. Kühl (2011): Richard Kühl, Leitende Aachener Klinikärzte und ihre Rolle im „Dritten Reich", Kassel 2011 (= Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte, 11).
7. Meyer/Albrecht (2000): Lutz-Henning Meyer, Jörg Albrecht, Kliniken und Krankenhäuser in Aachen, Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins 102 (1999/2000), S. 413-443.
8. Schott/Tölle (2005): Heinz Schott, Rainer Tölle, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2005.

9. Seipolt (1995): Harry Seipolt, „… kann der Gnadentod gewährt werden“. Zwangssterilisation und NS-„Euthanasie“ in der Region Aachen, Aachen 1995.
10. Stracke (2003): Stephan Stracke, Transporte in die Vernichtung. Die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Düren und die „Euthanasie“-Aktion T-4, in: Erhard Knauer, Friedel Schulz, Heinz Lepper (Hrsg.), 125 Jahre Rheinische Kliniken Düren 1878-2003, gestern – heute – morgen. Von der Provinzialanstalt zur Fachklinik, Köln 2003, S. 88-107.

Tabellen

Tabelle 1: Verlegungsorte und -transporte von ehemaligen Patienten des 1939 geräumten Alexianer Krankenhauses Aachen; zusammengestellt von Katharina Mahr.

Aachener Chefärzte im „Dritten Reich" – Die Beispiele Theodor Möhlmann (1894-1965) und Hermann Gatersleben (1878-1948)

Carola Döbber, Dominik Groß und Mathias Schmidt

1. Einführung

Im Jahr 1948 erreichte ein anonym verfasster Brief betreffend Georg Effkemann, von 1948 bis 1954 Chefarzt der gynäkologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten Aachen, die „Special Branch", eine britische Sonderabteilung der öffentlichen Sicherheit. Es wurde in diesem Brief gefragt, wie es sein könne, „dass der aus der Kirche ausgetretene SS Hauptsturmführer" in Aachen als leitender Arzt eingestellt wurde. Es sei wohl „nicht bekannt", dass dieser Arzt „in der Kristallnacht ein Rollkommando geführt hat". Über Wochen habe er damals damit geprahlt, „mit welcher Leichtigkeit er und seine Leute ein jüdisches Klavier durch ein Fenster geworfen" hätten.[1]

Dieses Belastungsschreiben ist nur ein Beispiel dafür, dass ehemalige Nationalsozialisten auch unter „gewöhnlichen" Medizinern in der Stadt Aachen vermutet und zum Teil mit schwerwiegenden Vorwürfen konfrontiert wurden. Inzwischen ist belegt, dass einigen der an der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik aktiv beteiligten Ärzte in Aachen die Möglichkeit geboten wurde, weiterhin leitende Positionen in Krankenhäusern zu bekleiden oder auf solche Positionen zu gelangen – dies ist eingehend im Rahmen eines von der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen geförderten, am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin angesiedelten Forschungsprojekts (2008-2010) untersucht worden.[2]

Jedoch kann die Aufarbeitung der Verstrickung von Aachener Ärzten in den Nationalsozialismus, besonders mit Blick auf die „ganz gewöhnlichen" Mediziner, noch keineswegs als abgeschlossen gelten. Nicht allen Biographien der Chefärzte der Aachener Krankenhäuser konnte in dem oben genannten Projekt ausführlicher nachgegangen werden. Vielfach wurden nur wenige valide Quellen zu Einzelpersonen recherchiert, galt es den Projektinitiatoren und -beteiligten doch vor allem, einen ersten Überblick zu schaffen und den Anstoß zu weiteren Studien zu geben. Hinzu kommt, dass die im Rahmen des ange-

[1] HStAD, Entnazifizierungsakte Georg Effkemann.

[2] Vgl. hierzu etwa die im Rahmen des genannten Projekts entstandenen Buch- und Zeitschriftenbeiträge: Carola Döbber, Domink Groß und Jürgen Schreiber, „Mysterium des Lebens". Der Mediziner Max Krabbel zwischen Resistenz und Mitwirkung, in: Richard Kühl, Tim Ohnhäuser und Gereon Schäfer (Hrsg.), Verfolger und Verfolgte. „Bilder" ärztlichen Handelns im Nationalsozialismus, Münster 2010 (= Medizin und Nationalsozialismus, 2), S. 69-86; Richard Kühl, Gereon Schäfer, Widerstand im Widerspruch. Über Eduard Borchers, in: Ebenda, S. 87-108; Gereon Schäfer, Carola Döbber und Domink Groß, Martin Staemmler. Pathologe und Hochschullehrer im Dienst der nationalsozialistischen „Rassenpolitik", in: Ebenda, S. 211-237; Domink Groß, Gereon Schäfer, Medizinische Wissenschaft im Dritten Reich: Das Beispiel Aachen, in: Gertrude Cepl-Kaufmann, Dominik Groß und Georg Mölich (Hrsg.), Wissenschaftsgeschichte im Rheinland unter besonderer Berücksichtigung von Raumkonzepten, Kassel 2008 (= Studien des AKWG, 2), S.192-212; Jürgen Schreiber, Jens Lohmeier, Nationalsozialistische Gesundheitspolitik und die Region Aachen im Spiegel des „Westdeutschen Beobachters" (1933-1944), Sudhoffs Archiv 94 (2010), 4, S. 214-242, sowie Bildstein/Groß/Kühl (2009) und die Monografie Kühl (2011).

sprochenen Projekts entstandenen Studien sich für die Zeit nach 1945 auf die Geschichte der Städtischen Krankenanstalten konzentrieren, da diese als Vorgängerinstitution der Universitätsklinik gelten können und daher besonders im Blickfeld standen. Die Geschichte der anderen Krankenhäuser der Karlsstadt im Nationalsozialismus liegt dagegen noch weitgehend im Dunkeln.

Der vorliegende Beitrag befasst sich daher in vertiefender und erweiternder Absicht mit zwei weiteren leitenden Klinikärzten Aachens, deren Rolle im „Dritten Reich" bislang noch kaum in das Blickfeld der Forschung geraten ist. Zum einen sollen die Viten Theodor Möhlmanns und Hermann Gaterslebens im Nationalsozialismus standes- und berufspolitisch kontextualisiert und zum anderen der Umgang mit der NS-Vergangenheit in Aachen anhand dieser Einzelbeispiele näher beleuchtet werden. Die Frage, inwieweit sich diese Ärzte in die NS-Gesundheitspolitik einbinden ließen, ist vorrangiger Gegenstand der vorliegenden Teilstudie.[3] Diese beinhaltet eine Analyse der Funktionen, welche die Ärzte für die Ziele der „Rassenhygiene" einnahmen.

In Bezug auf die Nachkriegszeit sind zudem die Entnazifizierungsverfahren und die dort erfolgte Kategorisierung der Ärzte von großer Bedeutung – ihnen soll in der vorliegenden Arbeit ein weiteres Augenmerk gelten: Wurden die Ärzte teilweise zu Unrecht entlastet? Ebenfalls ist nach den Bedingungen zu fragen, unter denen das Bekleiden einer Chefarztstelle nach dem Zusammenbruch des „Dritten Reichs" möglich war. Spielte die politische Vergangenheit der Bewerber überhaupt eine Rolle?

Abschließend sollen beide Lebensläufe und Handlungsweisen kontrastiert werden. Dabei werden auch problematische Aspekte der Entnazifizierungsverfahren in den Fokus genommen, was zugleich auf den generellen Umgang der Deutschen mit der nationalsozialistischen Vergangenheit in der frühen Nachkriegszeit verweist.

Als Quellen dienten vor allem Bestände lokaler und regionaler Archive. Dazu zählen die im Stadtarchiv Aachen aufbewahrten Personalakten, die wesentliche Erkenntnisse über Lebenslauf, Bewerbungsunterlagen und wissenschaftliches Wirken der Mediziner lieferten. Ferner wurden umfangreiche Recherchen in den Entnazifizierungsakten im Hauptstaatsarchiv Düsseldorf (HStAD) vorgenommen. Die teils umfangreichen Entnazifizierungsakten lieferten wesentliche Erkenntnisse über die politischen Aktivitäten der Mediziner, beispielsweise in Bezug auf Engagement und Mitgliedschaft in nationalsozialistischen Verbänden und den Ausgang der Verfahren. Auch die in diesen Akten überlieferten Rechtfertigungen der Mediziner selbst und von Kollegen ausgestellte Zeugnisse konnten damit in die Analyse einbezogen werden. Dazu wurden auch weitere Akten der „Regierung Aachen" eingesehen. War es bereits im Rahmen des Forschungsprojekts „Leitende Aachener Klinikärzte" möglich geworden, nähere Informationen über die Umsetzung des „Gesetzes zur

[3] Der vorliegende Aufsatz ist Teil des Promotionsprojekts „Politische Chefärzte? Neue Studien zur Aachener Ärzteschaft im 20. Jahrhundert", das von Carola Döbber bearbeitet und von Dominik Groß wissenschaftlich betreut worden ist. Das Projekt wurde 2012 mit der Promotion von Carola Döbber zum Dr. med. abgeschlossen; 2013 erfolgte die Veröffentlichung der Buchfassung: Carola Döbber, Politische Chefärzte? Neue Studien zur Aachener Ärzteschaft im 20. Jahrhundert, Kassel 2013 (= Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte, 14). Die hier veröffentlichte Aufsatzfassung versammelt Teilergebnisse; sie wurde zusammengestellt von Mathias Schmidt und redigiert von Dominik Groß und Carola Döbber.

Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) in Aachen zu eruieren,[4] wurden für die vorliegende Untersuchung die im Hauptstaatsarchiv (unvollständig) erhaltenen Akten der „Erbgesundheitssachen“ Aachen (Generalakten und Einzelfallakten) nunmehr en détail und systematisch ausgewertet.

Weiterhin wurden im Bundesarchiv Berlin (BArch Berlin) und der Außenstelle Lichterfelde (ehemaliges Berlin Document Center/BDC) die Datenbanken zu den personenbezogenen Beständen der NSDAP, ihren Gliederungen und angeschlossenen Verbänden eingesehen und ausgewertet. Neben diesen Beständen wurden im Bundesarchiv die Akten des Reichsarztregisters (RAG), der Reichsärztekartei (RÄK) und des Reichsgesundheitsamtes geprüft. In wenigen Fällen ließen sich hier politische Zeugnisse von Parteistellen und Beförderungen nachweisen. Zeitgenössische – meist wissenschaftliche – Publikationen der behandelten Ärzte und regionale Zeitungsartikel der Stadt Aachen – aufbewahrt in der Zeitungsausschnittsammlung des Aachener Stadtarchivs – bildeten einen weiteren Ausgangspunkt für die vorgenommenen Recherchen.

Was die Fachrichtungen der Mediziner anbetrifft, so fiel die Entscheidung zum ersten auf einen Chirurgen, da Vertreter dieser ärztlichen Fachrichtung in besonderer Weise in praktische Maßnahmen im Sinne der „Rassenhygiene“ und Eugenik involviert waren. Weiterhin wurde ein an der Umsetzung der „NS-Rassenhygiene“ beteiligter Radiologe näher beleuchtet.

Die Wahl des Radiologen Theodor Möhlmann, der in der Zeit des Nationalsozialismus an den Städtischen Krankenanstalten Aachen tätig war, ist dadurch begründet, dass die für die vorliegende Untersuchung eruierte Quellenlage weitere Erkenntnisse zu seiner Rolle im Nationalsozialismus zu geben vermag. Seipolt hat bereits belegt, dass Möhlmann als ein zur Durchführung der Zwangssterilisationen „ermächtigter“ Arzt tätig war.[5] Dies ist nachfolgend einer genaueren Prüfung zu unterziehen.

Darüber hinaus soll Hermann Gatersleben, Chirurg und Ärztlicher Direktor des katholischen Marienhospitals, in den Blick genommen werden. Der Fall Gatersleben präsentierte sich insofern als interessante Kasuistik, als sich im Zuge der Recherchen feststellen ließ, dass er – im Kontrast zu vielen anderen Aachener Ärzten – aufgrund seiner katholischen Sozialisation Zwangssterilisierungen in seiner Abteilung zurückwies.

2. Theodor Möhlmann

Der aus einer katholischen Familie stammende Radiologe Theodor Möhlmann lässt sich zu denjenigen Ärzten Aachens rechnen, die schon vor der „Machtübernahme“ der Nationalsozialisten nachweislich Sympathien gegenüber der NSDAP zeigten.[6] Er wurde als Sohn des praktischen Arztes Hermann Möhlmann am 2. November 1894 in Groß-Mühlingen im Kreis Bernburg geboren. Im Jahr 1912 legte er das Abitur in Rheinbach ab, um anschließend sein Medizinstudium aufzunehmen. Nach vier Semestern an der Universität Münster wechselte er an die Universität in Bonn und später nach Göttingen. Seine Studienzeit

[4] Siehe Anm. 2.

[5] Seipolt (1995), S. 53.

[6] Vgl. zu seinen biografischen Daten: StAA, Personalakte Theodor Möhlmann und HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.

musste er, bedingt durch die Teilnahme am Ersten Weltkrieg, von 1915 bis 1918 unterbrechen. Im Mai 1920 beendete er schließlich das Studium mit dem Staatsexamen und dem Erhalt der Approbation.

Bereits während seiner Assistententätigkeit an den Städtischen Krankenanstalten Aachen lernte Möhlmann im Jahr 1920 den damaligen Chefarzt und Leiter der Chirurgischen Klinik, Robert Füth, kennen, der seinen Schüler für das Fach der Röntgenkunde interessieren konnte und seine akademische Ausbildung systematisch förderte.

Nach seiner Ausbildung zum Röntgenspezialisten unter anderem in Bonn trat Möhlmann eine Stelle als Assistenzarzt an den Städtischen Krankenanstalten in Cottbus an. Als jedoch kurze Zeit später eine Volontärassistentenstelle in der Röntgenklinik der städtischen Krankenanstalten frei wurde, kehrte er im Oktober 1921 als Röntgenfacharzt nach Aachen zurück. Nach seiner Promotion über den „Verrenkungsbruch des oberen Sprunggelenkes mit Einklemmung der Sehne des M. tibialis anterior“[7] wurde er zum Oberarzt befördert. Die Berufung nach Aachen hatte Möhlmann nicht zuletzt seinem ehemaligen Chef Füth zu verdanken, der den ehemaligen Praktikanten für die Besetzung der Stelle empfahl.[8] Füth sollte ihm schließlich weitere Vorteile verschaffen: Ihm gelang es, den Oberstadtdirektor von der Genehmigung zu überzeugen, Möhlmanns bisherige Stelle in eine weitgehend selbstständige Chefarztstelle umzuwandeln.[9] Somit hatte Möhlmann seit dem Jahr 1929 die Berechtigung, eine konsultative Praxis einschließlich Krankenkassenpraxis zu betreiben.[10] Zudem schaffte er es, seinem Ziel der Gleichstellung mit den Chefärzten der Städtischen Krankenanstalten näher zu kommen – wenn auch nicht finanziell, so zumindest den Dienstrang betreffend. Füths Bemühungen war es ebenfalls zu verdanken, dass die Röntgenklinik im Jahr 1932 gänzlich selbstständig wurde.[11] Möhlmann gelang es, gemeinsam mit dem damaligen Oberarzt der Hautklinik, Philipp Keller, die neu errichtete Röntgenklinik des Mariahilfkrankenhauses zu erweitern.[12] 1934 wurde die Klinik schließlich in dem neu entstandenen Albert-Servais-Haus untergebracht.[13] Unter Möhlmanns Leitung wurde ein Radiumbestand in der Röntgenklinik angelegt, der zur Strahlenbehandlung krebskranker Patienten genutzt werden konnte.[14]

Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges wurde Möhlmann zur Wehrmacht eingezogen. Als Stabsarzt und später als Oberstabsarzt arbeitete er in den Reservelazaretten Bottrop, Münster, Aachen und Wittekindsdorf. Aufgrund seines Heeresdienstes wurden ihm das

---

[7] Möhlmann (1922).

[8] In einem Vermerk der Sitzung des Krankenhausausschusses des Mariahilfkrankenhauses vom 5.4.1921 heißt es: „Seitens des Prof. Dr. Fueth wird der früher als Praktikant beim Mariahilfkrankenhaus tätige Arzt Dr. Möhlmann als für den Posten geeignet in Vorschlag gebracht“. Aus: StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 4.

[9] Brief von Füth an den Oberbürgermeister von Aachen vom 1.2.1929. Vgl. StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 28ff.

[10] Mitteilung des Oberbürgermeisters vom 3.6.1929. Vgl. StAA, Personalakte Theodor Möhlmann.

[11] Gesuch von Füth um Beseitigung der letzten Einschränkung der Selbstständigkeit der Röntgenklinik vom 10.2.1932. Vgl. StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 43.

[12] Zeitungsartikel anlässlich des 65. Geburtstag Möhlmanns vom 2.11.1959. Vgl. StAA, ZAS 6, Nr. 814.

[13] Ebd.

[14] Ebd.

Eiserne Kreuz sowie das Kriegsverdienstkreuz II. Klasse und das Frontkämpferehrenkreuz verliehen.[15]

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs wurde Möhlmann im Zuge des Entnazifizierungsverfahrens und seiner diesbezüglichen Einreihung in Kategorie IV („Mitläufer“) zunächst seiner Stellung als Chefarzt der Röntgenklinik enthoben.[16] Die Briten veranlassten außerdem die Überführung in das Internierungslager Recklinghausen, aus welchem er im April 1946 wieder entlassen wurde.[17] Das von Möhlmann in Angriff genommene Revisionsverfahren gegen den Entnazifizierungsentscheid nahm einige Zeit in Anspruch. Drei Jahre nach Kriegsende nahm er seine alte Stelle als Leiter der Röntgenabteilung wieder auf.[18]

Ende 1962 ging Möhlmann schließlich in den Ruhestand, der Bonner Radiologe Peter Thurn übernahm seine Nachfolge.[19] Nur ein Jahr später wurde er mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ausgezeichnet. Am 15. Februar 1965 starb der Vater von vier Kindern nach langem Krankheitsverlauf in Aachen.[20]

Während seines Dienstes in der Röntgenklinik Aachen verfasste Möhlmann verschiedene wissenschaftliche Berichte, unter anderem über Sportverletzungen,[21] die Kontrastdarstellung des Kniegelenks und der Kreuzbänder und die Erkennung von Meniskusverletzungen.[22]

Möhlmann, der sich schon früh als Nationalsozialist bekannte, engagierte sich in vielen NS-Organisationen: Nachdem er sich bereits im November 1932 in der NSDAP-Ortsgruppe Aachen-Burtscheid einbrachte,[23] folgte 1933 der offizielle Parteibeitritt.[24] In diesem Jahr schloss er sich ebenfalls der SS (im Rang eines Unterscharführers) an. Ein Jahr später folgte der Eintritt in den Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund (NSDÄB).[25] Zudem wurde er im Jahr 1935 Mitglied im Reichsbund Deutscher Beamter (RDB) und in der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV).[26] Aus den Akten der Reichsärztekammer geht hervor, dass die Partei Möhlmann das „Amt für Volksgesundheit“ übertrug.[27] Dass er als politisch konform galt, bestätigt auch seine Personalakte, aus der hervorgeht, dass Möhlmann im Auftrag des „Amtes für Volksgesundheit“ eine Reihe von Vorträgen hielt.[28] Neben den nationalsozialistischen Organisationen gehörte Möhlmann seit 1912 dem Cartellverband der katholischen deutschen Studentenverbindungen an.[29]

---

15 HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.
16 Ebd.
17 StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 83.
18 HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.
19 StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 155.
20 StAA, Personalakte Theodor Möhlmann.
21 Möhlmann (1929a), Möhlmann (1929b).
22 Möhlmann/Madlener (1942), Krabbel/Möhlmann (1942).
23 StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 1 und Bl. 70.
24 HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.
25 Ebd.
26 Ebd.
27 BArch Berlin, Kartei der Reichsärztekammer.
28 Möhlmann bat beim Oberbürgermeister um die Genehmigung seiner Vortragsreihe über häusliche Krankenpflege. Vgl. StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 67.
29 HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.

Nach dem Krieg wurde Möhlmann aufgrund seiner Mitgliedschaften in nationalsozialistischen Organisationen, insbesondere der NSDAP und der SS, entlassen. Aus einer Aktennotiz des Oberstadtdirektors vom 8. Juni 1946 geht hervor, dass durch die Militärregierung „eine vorübergehende Beschäftigung bis zur Einstellung eines Leiters der Röntgenklinik (...) abgelehnt" wurde.[30]

Der Fall wurde dennoch nicht zu den Akten gelegt, da Möhlmann gegen diesen Entscheid des Entnazifizierungshauptausschusses mit dem Ziel der Rehabilitierung Berufung einlegte. In einem Brief an den Revisionsausschuss vom 14. November 1946 betonte er, dass er „während des gesamten Zeitraumes (...) ausschließlich ärztlichen Dienst innerhalb der Sanitätsstaffel verrichtet habe und daß (...) [er] in keinem Falle mit irgend welchen Belangen politischer oder gar gewalttätiger Natur in Berührung gekommen" sei.[31] Des Wieteren verwies er auf seinen angeblichen Austritt aus der SS im Jahr 1938, den er aus religiösen Gründen und aus eigenem Betreiben vollzogen habe. Auf einer dem Kirchenaustritt gewidmeten Tagung der Schutzstaffel, bei welcher die Aufforderung erging, entweder aus der Kirche oder der SS auszutreten, habe er im Beisein der gesamten Versammlung seine „religiöse Einstellung offen bekannt und (...) [seinen] Austritt angemeldet".[32] Allerdings befand der Untersuchungsausschuss diese Aussagen als für eine Entlastung unzureichend und die Berufung wurde im April 1947 zurückgewiesen. Die Rechtsgültigkeit dieses Entscheides wollte Möhlmann nicht anerkennen. Er wandte sich mittels juristischer Vertretung nochmals an den Revisionsausschuss. In diesem Schreiben vom 13. Mai 1947 beantragte sein Rechtsanwalt die Wiederaufnahme des Berufungsverfahrens, da Möhlmann im Verfahren nicht gehört worden sei und er somit nicht die Gelegenheit gehabt habe, sich zu den Vorwürfen zu äußern. Zudem habe sein Mandant „2 Angehörige der SA-Sanitätsstaffel, die zur Teilnahme am Synagogenbrand [in der Reichskristallnacht 1938] befohlen worden waren, im Krankenhaus zurückgehalten".[33] Dieses Gesuch fand zusätzliche Unterstützung durch den Internisten Rudolf Schild, der sich im April 1947 an den Oberstadtdirektor Servais wandte. Er unterbreitete ihm, auch im Namen der anderen leitenden Ärzte der Städtischen Krankenanstalten, dass es ihrer Ansicht nach „fast unmöglich sein dürfte, einen ihm [Möhlmann] wissenschaftlich gleichwertigen Ersatz zu finden".[34] Möhlmann sei weiterhin „immer ein durchaus ehrliebender und gewissenhafter Arzt gewesen, der sich voll und ganz bis zur Schädigung seiner eigenen Gesundheit für seine Kranken eingesetzt" hatte und sie versicherten, „dass er niemals irgendetwas Unehrenhaftes getan hat".[35]

Die Stellungnahme des Nachkriegsvorsitzenden des Aachener Ärztevereins Otto Gronau zeigte offenbar schnelle Wirkung. Dort hieß es:

---

[30] StAA, Personalakte Theodor Möhlmann.

[31] HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.

[32] Ebd.

[33] HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.

[34] Mitteilung von Rudolf Schild an den Oberstadtdirektor vom 28.4.1947. Vgl. StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 85.

[35] Ebd.

> „Da wir Herrn Dr. Möhlmann auf Grund jahrelanger Erfahrung als einen Arzt kennen, der nur seine Arbeit gelebt hat (sic!), sind wir fest davon überzeugt, dass er seine Pflicht auch dann voll erfüllen wird, wenn er zur Überwindung der jetzigen Zeit von der Stadt kein Gehalt oder anderweigige (sic!) Vergünstigung erhält. Als gewählte Vertreter der gesamten Ärzteschaft betonen wird (sic!) ausdrücklich, dass wir lediglich im Interesse der Sache und aus Gründen der Menschlichkeit um die Genehmigung bitten, Herrn Dr. Möhlmann vorerst in der Röntgen- und Bestrahlungsabteilung des Städt. Krankenhauses, wenn auch nur als Privatarzt, weiter arbeiten zu lassen.“[36]

Am 17. Mai 1947, tags darauf, erhielt Möhlmann dann vom Oberstadtdirektor die Erlaubnis, zumindest vorläufig weiter beschäftigt zu werden, unter der Voraussetzung, dass er Kassenpatienten umsonst behandelt und keine Wohnung in den Städtischen Krankenanstalten bezieht.[37]

Das Entnazifizierungsverfahren war aber noch nicht abgeschlossen: vielmehr wandte sich der Rechtsanwalt Möhlmanns im Dezember 1947 an die Militärregierung Aachen mit der erneuten Bitte um die Wiederaufnahme des Verfahrens.[38] Er fügte ein weiteres Leumundszeugnis hinzu: Eine ehemalige Mitarbeiterin, die in den Jahren 1943 bis 1944 bei Möhlmann beschäftigt gewesen ist, bestätigte darin, dass sie ihre Tätigkeit am Städtischen Krankenhaus beinahe verloren hätte, da ihr Ehemann einer antifaschistischen Organisation angehört habe. Möhlmann habe sich für sie eingesetzt, so dass sie in ihrer Stellung habe belassen werden können.[39] Kurze Zeit später, im Mai 1948, wurde auf die Beschäftigungseinschränkung verzichtet[40] und der Oberstadtdirektor teilte Möhlmann mit, dass er im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss der Stadtvertretung wieder als Leiter der Röntgenabteilung beschäftigt werden könne.[41]

Damit war Möhlmann trotz seines frühen Beitritts zur NSDAP und der SS-Mitgliedschaft wieder in seine alte Position als Chefarzt berufen. So zeigt das langwierige Berufungsverfahren Möhlmanns deutlich auf, dass es mit entsprechendem Zeiteinsatz und juristischem Beistand durchaus möglich war, entlastet und (weitgehend) rehabilitiert zu werden.

Die vorhandenen Quellen lassen die Schlussfolgerung zu, dass Möhlmann, zumindest in den ersten Jahren des Nazi-Regimes, nicht nur ein „Mitläufer“, sondern ein überzeugter Nationalsozialist gewesen war. Jedoch legen sie zugleich den Schluss nahe, dass er sich im Laufe der NS-Herrschaft von den Nationalsozialisten innerlich distanzierte.

So äußerte Eduard Borchers, „dass Herr Dr. Möhlmann aus einer idealen Einstellung heraus zunächst glaubte, sich der ‚Partei‘ bezw. der ‚SS‘ anschliessen zu müssen – zu einer Zeit, als das wahre Wesen Hitlers, seiner Trabanten undseiner (sic!) Ideologie noch keines-

---

36 Mitteilung des Aachener Ärztevereins (Gronau) an den Oberstadtdirektor vom 16.5.1947. Vgl. StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 99.

37 Diese Mitteilung wurde sowohl an Möhlmann als auch an Wilhelm Klostermeyer gesandt. Vgl. StAA, Personalakte Theodor Möhlmann.

38 Rechtsanwalt Heusch an die Militärregierung Aachen vom 29.12.1947. Vgl. HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.

39 Ebd.

40 HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.

41 StAA, Personalakte Theodor Möhlmann.

wegs klar zu erkennen war".[42] Ferner beschrieb er den darauf folgenden ideologischen Bruch: „Im vollen Bewusstsein der Gefahr erzwang er den Austritt aus der ‚SS', wurde aus einem Anhänger ein Gegner des Nationalsocialismus".[43]

Weiterhin finden sich in einer Erklärung vom 25. Juni 1946 der Schwestern des heiligen Elisabeth-Mutterhauses in Aachen, welche viele Jahre mit Theodor Möhlmann arbeiteten, ähnliche Bekundungen. Sie charakterisierten Möhlmann als „charakterlich gerade, offen und zuverlässig, aber schnell begeisterungsfähig".[44] Ihrer Auffassung nach führte ihn die letzte Charaktereigenschaft in die Reihen der SS, die er jedoch verlassen habe, als er bemerkte, dass der Weg der SS nicht seiner „grundanständigen Gesinnung"[45] entsprach.

In den zeitgenössischen Quellen hingegen lassen sich konkrete Beweise dafür finden, dass sich Möhlmann schon vor der „Machtübernahme" als überzeugter Nationalsozialist zu erkennen gab. In einem Gesuch um eine das Gehalt betreffende Gleichstellung mit den übrigen Chefärzten der Städtischen Krankenanstalten vom 6. November 1934 erklärte Möhlmann dem Oberbürgermeister Quirin Jansen, dass er im Jahr 1932 zwar die volle Verantwortung für die Röntgenabteilung erhalten habe, dass diese Ermächtigung jedoch bisher nicht in seinen Gehaltsbezügen entschädigt worden sei. Zudem beklagte er sich darüber, dass seine Stellung zwischen den anderen Chefärzten nicht endgültig festgelegt sei und jederzeit zurückgezogen werden könne. Als möglichen Grund für seine Benachteiligung führte er aus:

> „Ich habe allen Anlass anzunehmen, dass die getroffene Regelung nur deshalb so erfolgte, weil meine, auch unter den damaligen schwierigen Umständen niemals verhehlte nationalsozialistische Gesinnung bekannt war und ich mich erst vor Kurzem in die Liste des Volksbegehrens zur Auflösung des preussischen Landtages eingetragen hatte".[46]

Zudem sei er aus gleichen Gründen seit 1930 vom katholischen Kartellverband farbentragender Verbindungen nachweislich boykottiert worden.[47] In einer weiteren diesbezüglichen Petition an den Oberbürgermeister und NS-Kreisleiter Eduard Schmeer gab sich Möhlmann als nationalsozialistischer Aktivist zu erkennen:

> „Auf Anweisung des damaligen Oberbürgermeisters Dr. Rombach habe ich auf die Erhöhung meiner Gehaltsbezüge verzichten müssen. Vielleicht hat dabei die Erwägung eine Rolle mitgespielt, dass ich als Nationalsozialist bekannt war".[48]

Während seiner ärztlichen Tätigkeit vor 1945 war Theodor Möhlmann zur Sterilisation durch Röntgenstrahlen „ermächtigt",[49] jedoch ist es mehr als zweifelhaft, dass er davon (in größerem Umfang) Gebrauch machte. In den Akten der „Erbgesundheitsgerichte" Aachen

---

42 HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.
43 Ebd.
44 Erklärung der Schwestern des heiligen Elisabeth-Mutterhauses in Aachen vom 25.6.1946. Aus: HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.
45 Ebd.
46 StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 60.
47 Ebd.
48 StAA, Personalakte Theodor Möhlmann, Bl. 64f.
49 Vgl. Seipolt (1995).

ist zumindest keine Sterilisation durch Bestrahlung dokumentiert,[50] auch Bildsteins Untersuchungen der Krankenakten des Alexianer Krankenhauses Aachen geben keinen Hinweis auf eine durch Möhlmann durchgeführte Sterilisation.[51]

Die Angabe, dass Möhlmann im Jahr 1938 durch eigenes Betreiben die Mitgliedschaft in der SS gelöst habe, wurde im Entnazifizierungsverfahren von Dritten bestätigt und wäre insofern ein wichtiger Hinweis auf einen Wendepunkt in seiner Haltung gegenüber dem Nationalsozialismus. So schrieb ein ehemaliger Patient Möhlmanns, dass der Radiologe wohl wegen seiner unwandelbaren christlichen Einstellung aus der SS ausgetreten sei. Aus eigener Wahrnehmung gab er ferner an, dass Möhlmann „von den Braunen Schwestern auf der ganzen Linie bespitzelt“ wurde.[52]

Auch Carl Capellmann, der Leiter des Reservelazaretts Aachen, bestätigte die aufgekommenen Spannungen zwischen Möhlmann und den „braunen“ Schwestern. Capellmann verwies auf eine Anklage der Berliner Sicherheitspolizei, die gegen Möhlmann gerichtet worden sei:

> „Die Anklage ging aus von der Oberin, Frau Ehrhardt, der N.S.-Schwesternschaft am Städt. Krankenhaus in Aachen, in dem sich gleichfalls auch das Lazarett befand. In dieser Anklage stand die Weigerung der Oberin und ihrer Schwesternschaft, in späterer Zeit mit Dr. Möhlmann zusammen zu arbeiten“.[53]

Der HNO-Arzt und ehemalige Arbeitskollege Carl Schetter bezeugte überdies, dass Möhlmann während der Räumung Aachens den Radiumbestand der Städtischen Krankenanstalten sichergestellt habe. Er habe auf die Aufforderung der Parteiinstanzen, Auskunft über den Verbleib des Radiums zu geben, „das Vorhandenseins des Radiums bewusst verheimlicht“.[54]

Zweifelsfrei lassen sich die entlastenden Angaben nicht überprüfen – doch nicht nur aus diesen Gründen bleibt sein Fall zwiespältig: Dass Möhlmann offenbar wenig in die Zwangssterilisierungen eingebunden war, lag mit großer Wahrscheinlichkeit nicht daran, dass er die eugenischen Maßnahmen nicht unterstützte, sondern wohl eher an der als unsicher geltenden Methode der Bestrahlung.[55]

Überhaupt gab es in der Region Aachen nur wenige Ärzte, die sich der Beteiligung an den Sterilisationen verweigerten. Zu ihnen gehörte Hermann Gatersleben, dessen Fall im Folgenden genauer dargestellt und untersucht werden soll.

3. Hermann Gatersleben

Der aus Ochtrup (nordwestliches Münsterland) stammende Chirurg Hermann Gatersleben lehnte an seiner Abteilung im Marienhospital Aachen die Beteiligung an den Zwangssterili-

---

[50] Vgl. HStAD, Gerichte Rep. 216.
[51] Vgl. Bildstein/Groß/Kühl (2009).
[52] Eidesstattliche Erklärung von Laurenz Heck vom 12.9.1946. Aus: HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.
[53] Erklärung von Carl Capellmann vom 9.7.1946. Vgl. HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.
[54] Erklärung von Carl Schetter vom 19.6.1946. Vgl. HStAD, Entnazifizierungsakte Theodor Möhlmann.
[55] Vgl. Kühl (2011), S. 70.

sierungen ab. Am 31. Mai 1878 geboren, besuchte er das Humanistische Kaiser-Karls-Gymnasium in Aachen und studierte anschließend Medizin.[56] Gatersleben promovierte sich 1902 mit seiner Arbeit „Zur Kasuistik des vaginalen Kaiserschnittes. Drei Fälle mit Ausgang in Heilung aus der Frauenklinik zu Hall"[57] an der Vereinigten Friedrichs-Universität in Halle-Wittenberg. Ab dem 1. November 1908 wurde er als Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Marienhospitals in Aachen berufen, vier Jahre später folgte im Mai 1912 die Beförderung zum Chefarzt dieser Abteilung. Sein wissenschaftliches Engagement war eher bescheiden: 1928 verfasste er eine Kasuistik über Ätiologie, Diagnose und Therapie von verkalkten Zysten an der Milz.[58] Im Jahr 1935 beschäftigte er sich mit dem Krankheitsbild der Polyposis des Dünndarms anhand eines jugendlichen Patienten und mit Stichverletzungen der Niere.[59]

Das Angebot einer Chefarztstelle an den Städtischen Krankenanstalten Aachen lehnte Gatersleben angeblich ab[60] und führte stattdessen seine Tätigkeit als Leiter der Chirurgie des Marienhospitals bis 1947 fort. Während dieses Arbeitsverhältnisses, von Mai bis November 1940, leistete er Militärdienst als leitender Arzt im Reservelazarett des Marienhospitals.

Hermann Gatersleben war bis 1933 Mitglied in der Stadtverordnetenversammlung für die katholisch geprägte Zentrumspartei und gehörte dem Gemeinderat bis mindestens 1944 an.[61] Er starb am 23. April 1948 im Alter von 69 Jahren in Aachen.[62]

Gatersleben gehörte bereits dem Deutschen Roten Kreuz an, bevor er 1933 in die NSV und 1936 in die Nationalsozialistische Kriegsopferversorgung (NSKOV) eintrat. Erst im Jahr 1940 wurde er Parteimitglied der NSDAP und zwei Jahre später Mitglied im NS-Reichskriegerbund. Ein Jahr vor Kriegsende trat er in den NSDÄB ein. Weiterhin zahlte er als förderndes Mitglied finanzielle Beiträge an die SS in den Jahren 1935 bis 1939 und für den NS-Fliegerbund von 1936 bis 1939. Zudem gehörte er dem politisch weitestgehend einflusslosen Reichsverband Deutscher Offiziere an.[63]

Überdies engagierte sich Gatersleben, immerhin Vater von drei Kindern, in vielen gemeinnützigen Organisationen: So unterstützte er die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger, die Kriegsgräberfürsorge sowie den Caritas-Verein. Zudem war er aktives Mitglied im Kirchenvorstand Aachen-Burtscheid, im Vorstand des Franziskus-Xaverius-Missionsvereins und über viele Jahre hinweg auch im Diözesanvorstand des Albertus-Magnus-Vereins.[64]

---

[56] Zu seinen biografischen Daten siehe Wibbelt/Nörrenberg/Schepper (1983), S. 591. Vgl. ebenfalls HStAD, Entnazifizierungsakte Hermann Gatersleben.

[57] Gatersleben (1902).

[58] Gatersleben (1928).

[59] Gatersleben (1935a); Gatersleben (1935b).

[60] Wibbelt/Nörrenberg/Schepper (1983), S. 591.

[61] Vgl. StAA, Verwaltungsberichte der Stadt Aachen.

[62] Vgl. Wibbelt/Nörrenberg/Schepper (1983), S. 591.

[63] HStAD, Entnazifizierungsakte Hermann Gatersleben. Zu der Mitgliedschaft im VDA konnte Gatersleben im Entnazifizierungsverfahren keine genauen Angaben machen, da seine Wohnung durch Kriegseinfluss zweimal ausbrannte und sämtliche Dokumente vernichtet wurden. Vgl. ebd.

[64] HStAD, Entnazifizierungsakte Hermann Gatersleben; BArch Berlin, R 9347, Reichsarztregister, Eintrag von 1937.

Während der Zeit des Nationalsozialismus war Gatersleben außerdem als Ratsherr der Stadt Aachen tätig, was von den Alliierten im späteren Entnazifizierungsverfahren als herausgehobene Position im „Dritten Reich“ angesehen wurde. In einem Ermittlungsbericht vom 7. Dezember 1945 ist folgende Notiz verzeichnet:

> „Te (sic!) investigation developed very unclear and shady picture of the above menitoned (sic!) subject, he was a Ratsherr of the City of Aachen he must have been a very strong sympathiser of nacism or must have had close relations to influential Nazis.“[65]

Gatersleben selber interpretierte seine Mitgliedschaft im Ratsherrenkollegium jedoch nicht als NS-Nähe und gab in einer Beilage des von ihm geforderten Fragebogens an, dass er 1932 auf mehrfaches Drängen des damaligen Zentrumsführers Erich Lingens[66] eine Kandidatur für die Stadtverordnetenwahlen angenommen habe und als Stadtverordneter des Zentrums gewählt worden sei. Er sei lediglich auf Anraten von Freunden, darunter auch Personen aus geistlichem Stande, nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten in dem Ehrenamt als Ratsherr geblieben, um zu verhindern, dass das Marienhospital seines katholischen Charakters beraubt und an die Städtischen Krankenanstalten angegliedert würde.[67]

Auch habe sein Rang als Ratsherr, ohne ein Bemühen seinerseits, ihn 1940 in die Reihen der NSDAP geführt. Vor der Machtübernahme sei er bereits jahrzehntelang eingeschriebenes Mitglied der Zentrumspartei gewesen.[68] Tatsächlich weisen seine zahlreichen Tätigkeiten in konfessionellen oder konfessionsnahen Verbänden auf eine Verankerung im katholischen Milieu hin.

Die Chefarzttätigkeit Gaterslebens am Marienhospital Aachen-Burtscheid erstreckte sich über insgesamt drei Jahrzehnte. In seiner Entnazifizierungsakte finden sich zahlreiche Beispiele dafür, wie sehr das durch seinen katholischen Charakter geprägte Marienhospital durch die Stellungnahme zu Eugenik und Sterilisierungen von den Nationalsozialisten angefeindet wurde. Gatersleben selber spielte demzufolge bei dieser konfessionell begründeten Gegnerschaft eine entscheidende Rolle. Eigenen Angaben zufolge war er der Aufforderung, Zwangssterilisierungen im Marienhospital vorzunehmen, nicht nachgekommen. Im Entnazifizierungsverfahren benannte er als Zeugen diesbezüglich Franz Josef Hurck.[69] Tatsächlich erreichten die Bischöfe Gröber[70] und Berning[71] im Auftrag des deutschen Episkopats in einer Verhandlung mit NS-Reichsminister Wilhelm Frick im September 1933 die Entbindung der Träger der katholischen Anstalten und Krankenhäuser – und damit auch die des Marienhospitals – von der Antragspflicht zur Durchführung von Sterilisierungen.[72]

---

65 BArch Berlin, R 9347, Reichsarztregister.

66 Erich Lingens (1878-1947): Kaufmann und langjähriger Vorsitzender der Aachener Zentrumspartei.

67 Beilage zum Fragebogen vom 19.9.1945. Aus: HStAD, Entnazifizierungsakte Gatersleben.

68 Ebd.

69 Ebd.

70 Conrad Gröber (1872-1948): damaliger Erzbischof von Freiburg.

71 Hermann Wilhelm Berning (1877-1955): ehemaliger Bischof von Osnabrück.

72 Neben dem Marienhospital Aachen waren auch das Hermann-Josef-Krankenhaus in Erkelenz und das St. Elisabeth Krankenhaus in Geilenkirchen hiervon entbunden. Vgl. Seipolt (1995), S. 48.

In den vorhandenen Akten des „Erbgesundheitsgerichts“ Aachen lässt sich eine Durchführung von Sterilisierungen durch Gatersleben nicht nachweisen.[73]

Weiterhin verwies Gatersleben auf die damalige Situation des Marienhospitals: Es sei zeitweise den Krankenkassen verboten worden, Patienten in das Marienhospital zu verlegen, zudem sei Parteigenossen ebenfalls die dortige Behandlung durch die Nationalsozialisten verwehrt worden. Ferner sei das Krankenhaus für Wohlfahrtsempfänger und Mitglieder des Arbeitsdienstes jahrelang gesperrt gewesen.[74] Er selbst habe Juden stets in der gleichen Weise behandelt wie alle übrigen Patienten, weshalb er besonders in jüdischen Kreisen Vertrauen genossen habe.[75]

Gerade aufgrund dieser Umstände mag man es als beachtlich beurteilen, dass Gatersleben sich nicht von seiner Haltung gegenüber den Sterilisierungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beirren ließ. Sein vergleichsweise später Beitritt sowohl in die NSDAP als auch in den NSDÄB, lässt vermuten, dass Gatersleben kein überzeugter Nationalsozialist war.[76] Vor diesem Hintergrund mag es merkwürdig erscheinen, dass man sich nach 1945 in Aachen an den Chirurgen, der in gewisser Weise die katholische Resistenz verkörperte, nicht erinnerte. Doch fehlt es an zeitgenössischen Quellen der NS-Zeit, welche die Angaben Gaterslebens tatsächlich belegen würden. Die Einlassung, er selbst habe das Berufungsangebot der Städtischen Krankenanstalten abgelehnt, um seine ärztliche Tätigkeit weitestgehend unabhängig von den Nationalsozialisten ausführen zu können, konnte anhand der zeitgenössischen Quellen so nicht bestätigt werden. Die Chefarztfrage belegt, dass Gatersleben in diesem Fall zeitweise als Konkurrent des späteren Chefarztes Krabbel angesehen wurde.[77] Einig war man sich offenbar, auf das öffentliche Ausschreiben der Stelle zu verzichten[78] und einen Aachener Chirurgen vorzuziehen. Dabei erzielte Krabbel während der Stadtverordnetenversammlung mehr Wahlstimmen als Gatersleben.[79] Gründe hierfür waren auf der einen Seite der Wunsch nach einem traditionellen Arzt (Krabbel war gebürtiger Aachener und sein Vater war der erste Chefarzt der chirurgischen Abteilung), auf der anderen Seite wurde im Vorfeld viel Kritik an Gatersleben geübt – er wirke stets gehetzt und sei Krabbel zudem organisatorisch und wissenschaftlich unterlegen.[80] Krabbel galt außerdem als der „liberalere Arzt“ von beiden.[81] Ein abschließendes und von Widersprüchen freies Bild von der Person und dem Wirken Hermann Gaterslebens lässt sich aufgrund der Quellenlage nicht zeichnen.

---

[73] HStAD, Gerichte Rep. 216.

[74] Schriftliche Stellungnahme Gaterslebens vom 19.9.1945. Vgl. HStAD, Entnazifizierungsakte Hermann Gatersleben.

[75] Ebd.

[76] In die NSDAP trat er im Jahr 1940, in den NSDÄB erst 1944 ein. Vgl. HStAD, Entnazifizierungsakte Hermann Gatersleben.

[77] So heißt es in einem Brief von unbekanntem Absender an den Oberbürgermeister vom 3.9.1931; sieben Monate, bevor Füth in den Ruhestand ging. Vgl. StAA, Personalakte Krabbel, Bl. 19.

[78] StAA, Personalakte Krabbel, Bl. 13.

[79] StAA, Personalakte Krabbel, Bl. 26.

[80] StAA, Personalakte Krabbel, Bl. 19.

[81] StAA, Personalakte Krabbel, Bl. 24.

4. Politisierung der Mediziner während des „Dritten Reichs“

Beide der hier behandelten Ärzte wurden im Laufe der Jahre der Diktatur Mitglied in der NSDAP. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass die Berufsgruppe der Ärzte in der Region Aachen den reichsweiten Organisationsgrad in der Partei von 44,8% übertraf.[82] Nachforschungen von Uwe Zimmermann belegen, dass 62,1% der Aachener Ärzteschaft zu den Parteimitgliedern zählte.[83]

Lediglich die Siegburger Ärzte wiesen im Vergleich mit den Medizinern aus Aachen mit einem Mitgliedsanteil von 70,7% einen höheren Anteil auf.[84]

Aufschlussreich ist jedoch der vergleichende Blick auf den Zeitpunkt des Parteibeitritts: Möhlmann war bereits im Jahr der „Machtergreifung“ 1933 und somit vor der Mitgliedersperre (1933-1937) der NSDAP beigetreten. Ihm ist eindeutig nachzuweisen, dass er seinen NSDAP-Eintritt aus ideologischer Überzeugung ohne Druck von höherer Instanz schon frühzeitig vollzogen hatte. Er zählt somit zu den 30% der deutschen Ärzte, welche bereits bis zur Aufnahmesperre 1934 den Weg in die Partei gefunden hatten.[85] Zugleich war er in die SS eingetreten. Doch während der Diktatur wiederum revidierte er offenbar (in Teilen) seine nationalsozialistische Gesinnung.

Gatersleben zählt mit seinem 1940 erfolgten Beitritt zu den vergleichsweise spät eingetretenen Mitgliedern. Der Eintritt erfolgte nach der Aufhebung einer erneuten Aufnahmesperre im Sommer 1939, der Beitritt zum NSDÄB sogar erst ein Jahr vor Kriegsende. Als Grund seines Eintritts gab Gatersleben an, dass ihn seine Stellung im Ratsherrenkollegium der Stadt Aachen zwangsläufig in die Reihen der NSDAP geführt habe. Er hatte sich eigenen Angaben zufolge als Ratsherr nicht sonderlich um die Mitgliedschaft bemühen müssen. In seinem Fall kann die Parteizugehörigkeit wahrscheinlich nicht im Sinne eines Zeugnisses unbedingter Regimetreue bewertet werden: Gatersleben, der Leiter der chirurgischen Abteilung eines der konfessionellen Krankenhäuser Aachens, stand dem Nationalsozialismus in manchen Fragen reserviert gegenüber.

Neben der Analyse der NSDAP- und SS-Mitgliedschaften ergibt sich die Notwendigkeit, die Zugehörigkeit zu weiteren Parteigliederungen oder Organisationen mit in die Bewertung einzubeziehen, da auch andere NS-Organisationen eine große Anziehungskraft auf Ärzte ausübten. Beide zählten zu den Mitgliedern ihres fachbezogenen NS-Verbandes, dem NSDÄB. Bei Gatersleben zeigte sich, ähnlich zu dem späten Beitritt in die NSDAP, dass er sich erst ein Jahr vor Kriegsende dem NSDÄB anschloss. In der NSV, welche den Eindruck eines weniger ideologisch orientierten Verbunds erweckte, waren beide vertreten. Aktiv wurden sie jedoch nicht, was vor dem Hintergrund nicht verwundert, dass sich von allen Ärzten nur 1,6% der NSV als Gutachter oder Berater anschlossen.[86] Möhlmann zählte darüber hinaus zu den Mitgliedern des Reichsbundes Deutscher Beamter.

Eher unüblich war die Mitgliedschaft in der NS-Kriegsopferversorgung und im NS-Reichskriegerbund, in denen Gatersleben organisiert war. Er unterstützte zudem die SS mit

---

[82] Vgl. Kater (2000).
[83] Vgl. dazu Zimmermann (1999), zitiert bei Rüther (2001).
[84] Zimmermann (1999), zitiert nach Rüther (2001).
[85] Vgl. Rüther (1997).
[86] Kater (2000), S. 134.

monatlichen finanziellen Beiträgen. Fraglich bleibt allerdings, ob aus den SS-Fördermitgliedschaften auch immer eine innere Akzeptanz der SS zu schlussfolgern ist, da diese Mitgliedschaften bei nachweislichen NS-Gegnern in leitenden Funktionen überaus häufig festzustellen sind und sie wohl darauf zurückzuführen waren, damit nicht NSDAP-Mitglied werden zu „müssen".

Ein zentrales Motiv für die Präsenz in zahlreichen nationalsozialistischen Organisationen war in vielen Fällen zweifellos die Förderung der eigenen Karriere. Nach Frei zählte das Gesundheitswesen zu den Berufsbereichen, in denen man Erfolg erzielen konnte, „indem (...) [man] sich dem politischen Modell ‚Nationalsozialismus' verschrieb und dessen Erfolg zu seinem Erfolg machte".[87]

Der Radiologe Theodor Möhlmann wurde vom Regime mittels der Methode der Bestrahlung zur Zwangssterilisierung „ermächtigt". Die Quellen liefern jedoch keinen eindeutigen Hinweis darauf, dass in Aachen Sterilisationen auf diese Weise durchgeführt wurden.

Einer der wenigen Ärzte, welcher die Durchführung der Zwangssterilisierungen in seiner Abteilung tatsächlich verweigerte, war Gatersleben. Diese Zurückweisung am katholischen Marienhospital wurde von Seiten des Regimes zumindest toleriert, zumal die betreffende Haltung auch an anderen katholischen Hospitälern verbreitet war und auch von kirchlicher Seite Unterstützung fand.[88] Doch geriet das Marienhospital in wiederholte Konflikte mit der NS-Kreisleitung. Es hatte daher während der Zeit des Nationalsozialismus im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern offenbar mit regelrechten Repressalien zu kämpfen: So soll es den Krankenkassen zeitweise untersagt worden sein, die Patienten im Marienhospital behandeln zu lassen, auch sei das Marienhospital für Wohlfahrtsempfänger und Mitglieder des Arbeitsdienstes jahrelang gesperrt gewesen. Ein weiterer Aspekt ist, dass sich offenbar keiner der hier untersuchten Mediziner an den Sterilisierungsanträgen beteiligte, da die meisten Anzeigen auf Amtsärzte oder auf die Leiter von Heil- und Pflegeanstalten zurückzuführen sind.[89] Ebenso finden sich in den vorhandenen Akten der „Erbgesundheitsgerichte" keine Hinweise auf eine gutachterliche Tätigkeit Gaterslebens.[90]

Die Sterilisationspraxis nahm in den Aachener Kliniken breiten Raum ein.[91] Die Ausnutzung von gewissen Freiheiten war aber dennoch möglich: Da die Ärzte gesetzlich nicht an die Beteiligung an erbbiologischen Sterilisierungen gebunden waren, konnte das Handeln nach dem GzVeN umgangen werden, wie es der Fall Gatersleben demonstriert. Gatersleben kann somit zu den wenigen Medizinern gerechnet werden, die in gewisser Weise Widerstand leisteten.

Möhlmann bekundet im Entnazifizierungsverfahren widerständlerisches Verhalten: So habe er zum einen zwei Angehörige der SA, die zur Teilnahme am Synagogenbrand befohlen worden waren, im Krankenhaus zurückgehalten. Zum anderen habe er während der Räumung der Stadt Aachen, trotz Aufforderung der Parteiinstanzen, den Verbleib des Ra-

---

[87] Frei (2001), S. 8.

[88] Die Bischöfe Gröber und Berning erreichten in einer Verhandlung mit Reichsinnenminister Wilhelm Frick, dass die katholischen Krankenhäuser von der Antragspflicht zur Durchführung des GzVeN entbunden wurden. Vgl. Seipolt (1995), S. 48.

[89] Vgl. die Einzelfallakten der Erbgesundheitsgerichte Aachen, HStAD, Rep. 216.

[90] Ebd.

[91] HStAD, Regierung Aachen, Nr. 16486. Abgedruckt bei Seipolt (1995), S. 49.

diums seiner Röntgenklinik bewusst verschwiegen. Hinzuzufügen ist, dass viele Mediziner, darunter Gatersleben, beteuerten, ihre jüdischen Patienten stets mit der gleichen Sorgfalt behandelt zu haben wie die anderen Patienten. Keine der zitierten Angaben ließ sich jedoch eindeutig belegen.

5. Resümee

Die abschließenden Urteile zeigen, dass beide Mediziner entweder als unbelastet oder als „Mitläufer“ eingestuft wurden und – abgesehen von vorübergehenden Suspendierungen – ohne (wesentliche) Sanktionen blieben. Auch Kühl kam zu dem Ergebnis, dass weder die in Zwangssterilisierungen involvierten noch anderweitig nationalsozialistisch vorbelasteten Aachener Ärzte zur Rechenschaft gezogen wurden.[92]

Ursächlich war hierfür sicherlich nicht zuletzt die Praxis der Berufungs- oder Revisionsverfahren. Was die Mediziner anbetrifft, so findet sich eine bestimmte Verfahrensweise: Die Entnazifizierungsakten zeigen, dass sich Ärzte und Pflegepersonal gegenseitig „deckten“. Vor dem Hintergrund, dass die Atteste meistens aus dem privaten oder beruflichen Sektor herrührten, ist Niethammers Urteil beizupflichten, dass diese „weniger das politische Verhalten der Betroffenen als ihre sozialen Beziehungen“[93] bezeugten. Für die Spruchkammern gestaltete es sich dementsprechend nur in wenigen Fällen als durchführbar, den Wahrheitsgehalt der Entlastungszeugnisse genau zu eruieren. Gatersleben verzichtete auf eine Revision, vermutlich weil er direkt in die Kategorie V eingestuft wurde[94]. Er führte seine Tätigkeit – lediglich unterbrochen durch den sechsmonatigen Militärdienst – bis 1947 aus; im April des darauffolgenden Jahres verstarb er.

Möhlmann wurde nach der Kriegsgefangenschaft zunächst seiner Stellung als Chefarzt der Röntgenklinik enthoben und in ein Internierungslager überführt. 1946 entlassen, konnte er nach Abschluss seines Revisionsverfahrens erst im Jahr 1948 seine alte Stelle wieder antreten.

Die Forschungsliteratur liefert viele Belege dafür, dass die Vertreter der britischen Entnazifizierungspolitik in den meisten Fällen relativ inkonsequent agierten und viele der Betroffenen von der „Selbstblockade der Entnazifizierungsbürokratie“[95] profitieren konnten. In den Revisionsverfahren vorgelegte Leumundszeugnisse übten „einen regelrechten Zwang zur Rehabilitierung aus“.[96] Die Untersuchungen von Sons weisen zudem daraufhin, dass die Entnazifizierungsverfahren insbesondere bei den Ärzten insgesamt permissiv verliefen.[97]

---

[92] Kühl (2011), S. 180.

[93] Niethammer (1982), S. 613.

[94] Eine genaue Angabe des Urteils des Entnazifizierungsausschusses ist seiner Entnazifizierungsakte nicht zu entnehmen.

[95] Besonders das administrative Verfahren der Entnazifizierung war mit einer unvorstellbaren Bürokratie belastet. Sie beinhaltete ständig erneuerte, sich teils überlagernde, aber auch widersprechende Direktiven, die zu dieser Zeit angeordnet wurden. Allein wegen der Komplexität der Direktiven kam es in den Jahren 1946 bis 1947 zu einer achtmonatigen Blockade der Entnazifizierung. Vgl. dazu: Weinke (2002), S. 29.

[96] Vollnhals (1991), S. 24, 30 und 60.

[97] Sons (1983), S. 56f.

Befasst man sich mit den Berufungskriterien, die in der Zeit nach 1945 an die Bewerber der Chefarztstellen gestellt wurden, so lässt sich schnell feststellen, dass die NS-Vergangenheit zumeist *keine* maßgebliche Rolle in Berufungsverfahren spielte. Dies ist nur zum Teil auf den nach dem Krieg herrschenden Mangel an medizinischem Personal zurückzuführen. Selbst wenn es eindeutige Hinweise auf die politische Loyalität im Nationalsozialismus gegeben hat, wurde weitestgehend auf eine Überprüfung dieser Vorwürfe verzichtet. Bestätigende Aussagen liefern die Nachforschungen von Kühl, aus denen hervorgeht, dass die Städtischen Krankenanstalten Aachen nach Kriegsende „zu einem ‚Auffangbecken' für NS-belastete Ärzte"[98] wurden. Kühl hat sogar den Fall eines Arztes aufgedeckt, bei dem die Stadtverwaltung von anonymer Seite explizit auf die politische Belastung hingewiesen wurde; auch in diesem Fall ergaben sich keinerlei Konsequenzen.[99]

Im Zentrum der Untersuchung stand daneben auch Theodor Möhlmann, von 1929 bis 1962 radiologischer Chefarzt der städtischen Krankenanstalten, der, was schon bekannt war, von den Nationalsozialisten die Befugnis für Sterilisierungen erhalten hatte. War in der medizinhistorischen Forschung bereits – unter anderem anhand der Akten des Alexianer Krankenhauses Aachen – aufgezeigt worden, dass die meisten Sterilisationen in Aachen nicht durch Bestrahlung, sondern operativ durchgeführt worden sind, kam die vorliegende Untersuchung zu dem Ergebnis, dass sich anhand der zeitgenössischen Quellen keine derartigen Eingriffe durch Möhlmann nachweisen lassen. Ideologisch vom Nationalsozialismus überzeugt, schloss er sich zu Beginn des NS-Regimes der NSDAP und der SS an. In der Literatur unberücksichtigt blieb dabei jedoch, dass Möhlmann später aus der SS wieder austrat. Dennoch folgte im Jahr 1946 ein von der Militärregierung ausgesprochenes Beschäftigungsverbot. Das Revisionsverfahren wurde 1948 mit dem Ergebnis eingestellt, dass der Arzt wieder an den Städtischen Krankenanstalten tätig werden konnte.

Die bisherigen Studien über Aachener Mediziner haben gezeigt, dass diese sich (z.T. mehreren) NS-Organisationen anschlossen und es nur wenige gab, auf die dies nicht zutraf. Generell leisteten sie gegen Maßnahmen des Regimes kaum Widerstand. Zu diesen wenigen zählt der bislang kaum beachtete und bemerkenswerte, aber, wie hier gezeigt werden konnte, in Teilen auch mehrdeutige Fall Hermann Gaterslebens, der seit 1912 über drei Jahrzehnte als chirurgischer Chefarzt im katholischen Marienhospital praktizierte. Trotz entsprechender Aufforderungen lehnte er im Nationalsozialismus die Durchführung eugenischer Maßnahmen ab, worauf das Regime mit schikanösen Maßnahmen gegen das Krankenhaus reagierte. Gatersleben war vor 1933 Aachener Ratsherr für das Zentrum gewesen, blieb aber erstaunlicher Weise während der Zeit des „Dritten Reichs" Mitglied des Rates. Erst 1940 – und damit spät – schloss er sich der NSDAP an.

[98] Kühl (2011), S. 181.
[99] Kühl (2011), S. 99ff.

Quellen

Bundesarchiv Berlin Lichterfelde
Abt. R. (ehemaliges Berlin Document Center/BDC), RÄK (Reichsärztekartei): R 9345; RAR (Reichsarztregister): R 9347.

Hauptstaatsarchiv Düsseldorf
Entnazifizierungsakten: NW-1002-MED 29591, NW-1037-A/REG/6171 (Georg Effkemann); NW-1079-13872 (Hermann Gatersleben); NW-1079-6225 (Theodor Möhlmann).

Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Zweigstelle Schloss Kalkum
AG Aachen, Gerichte Rep. 216.

Stadtarchiv Aachen
Personalakten: K 164 (Max Krabbel); M 102 (Theodor Möhlmann).
Zeitungsausschnittsammlung: ZAS 6.

Literatur

1. Bildstein/Groß/Kühl (2009): Klaus Bildstein, Dominik Groß, Richard Kühl, „Betreff meines aerztlichen Gutachtens gebe ich die eidesstattliche Versicherung ab, dasselbe nach bestem Wissen erstattet zu haben“. Eugenisch-psychiatrische Anträge an Erbgesundheitsgerichte am Beispiel des Alexianer Krankenhauses Aachen (1934-1939), in: Stefanie Westermann, Richard Kühl, Dominik Groß (Hrsg.), Medizin im Dienst der „Erbgesundheit“. Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“, Aachen 2009 (= Medizin und Nationalsozialismus, 1), S. 39-54.
2. Frei (2001): Norbert Frei, Karrieren im Zwielicht. Hitlers Eliten nach 1945, Frankfurt am Main 2001.
3. Gatersleben (1902): Hermann Gatersleben, Zur Kasuistik des vaginalen Kaiserschnittes. Drei Fälle mit Ausgang in Heilung aus der Frauenklinik zu Hall (= Diss. med. Halle 1902).
4. Gatersleben (1928): Hermann Gatersleben, Ein Beitrag zu den Milzzysten, Langenbecks Archiv für Chirurgie 212 (1928), S. 139-149.
5. Gatersleben (1935a): Hermann Gatersleben, Beitrag zur Polyposis des Dünndarms, Langenbecks Archiv für Chirurgie 245 (1935), S. 628-640.
6. Gatersleben (1935b): Hermann Gatersleben, Über Stichverletzung der Niere, Zentralblatt für Chirurgie (1935), S. 2312f.
7. Kater (2000): Michael Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, Hamburg/Wien 2000.
8. Krabbel/Möhlmann (1942): Max Krabbel, Theodor Möhlmann, Kontrastdarstellung des Kniegelenks. Die gesunde und kranke innere Bandscheibe im Röntgenbild. Zugleich ein Beitrag zur Röntgendarstellung der Kreuzbänder, Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie 137 (1942), S. 607-650.

9. Kühl (2011): Richard Kühl, Leitende Aachener Klinikärzte und ihre Rolle im „Dritten Reich“, Kassel 2011 (= Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte, 11).
10. Möhlmann (1922): Theodor Möhlmann, Über einen Fall von Verrenkungsbruch des oberen Sprunggelenkes mit Einklemmung der Sehne des Musculus tibialis anterior hinter den inneren Knöchel (= Diss. med. Köln 1922).
11. Möhlmann (1929a): Theodor Möhlmann, Seltene Form der Sportverletzung. Fuß, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 215 (1929), S. 363-404.
12. Möhlmann (1929b): Theodor Möhlmann, Luxationen im Bereich des Fußes, Zeitschrift für orthopädische Chirurgie 221 (1929), S. 363-404.
13. Möhlmann/Madlener (1942): Theodor Möhlmann, B. Madlener, Zur Kontrastdarstellung des Kniegelenkes, Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen 65 (1942), S. 51-76.
14. Niethammer (1982): Lutz Niethammer, Die Mitläuferfabrik. Die Entnazifizierung am Beispiel Bayerns, Berlin/Bonn 1982.
15. Rüther (1997): Martin Rüther, Ärzte im NS-Staat, Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), A 1423.
16. Rüther (2001): Martin Rüther, Ärzte im Nationalsozialismus. Neue Forschungen und Erkenntnisse zur Mitgliedschaft in der NSDAP, Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), A 3264-3265.
17. Seipolt (1995): Harry Seipolt, „…kann der Gnadentod gewährt werden“. Zwangssterilisation und NS-„Euthanasie“ in der Region Aachen, Aachen 1995.
18. Sons (1983): Hans-Ulrich Sons, Gesundheitspolitik während der Besatzungszeit. Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen 1945-1949, Wuppertal 1983.
19. Vollnhals (1991): Clemens Vollnhals, Entnazifizierung. Politische Säuberung und Rehabilitierung in den vier Besatzungszonen 1945-1949, München 1991.
20. Weinke (2002): Annette Weinke, Die Verfolgung von NS-Tätern im geteilten Deutschland. Vergangenheitsbewältigungen 1949-1969 oder: Eine deutsch-deutsche Beziehungsgeschichte im Kalten Krieg, Paderborn 2002.
21. Wibbelt/Nörrenberg/Schepper (1983): Augustin Wibbelt, Erich Nörrenberg, Rainer Schepper, „In treuer Freundschaft, ihr Augustin Wibbelt“. Briefwechsel zwischen Augustin Wibbelt und Erich Nörrenberg 1931-1945, herausgegeben von Rainer Schepper, Münster 1983.
22. Zimmermann (1999): Uwe Zimmermann, Organisierte Ärzte in der NS-Ära: Überblick mit Spezialstudien zu den Ärztekammern Köln-Aachen, Düsseldorf, Moselland (= Examensarbeit Köln 1999).

Rassenhygienische Inhalte im „Zentralblatt für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (1936-1945) – Eine Forschungsskizze

Manfred Vigna, Dominik Groß und Michael Rosentreter

1. Einleitung

Mit dem Jahr 1933 und seinen politischen Umwälzungen wurden auch die zahnärztlichen Spitzenverbände – weitestgehend widerstandslos – gleichgeschaltet. So erfolgte bereits am 24. März 1933 die Wahl des Leipziger Zahnarztes und Nationalsozialisten Ernst Stuck zum Vorstandsvorsitzenden des „Reichsverbandes der Zahnärzte“ bzw. der „Reichszahnärztekammer“. Mit diesem Akt wurde der größte zahnärztliche Berufsverband Deutschlands gleichsam in ein Instrument des Staates verwandelt. Stuck wurde als „Reichszahnärzteführer“ autorisiert, allein in zahnärztlichen Belangen zu entscheiden. Er war somit für die wissenschaftliche, berufspolitische und allgemeinpolitische Ausrichtung des größten zahnärztlichen Dachverbandes mit 16.000 Mitgliedern zuständig.[1] Die auflagenstarken Publikationsorgane der Reichszahnärztekammer und der wissenschaftlich ausgerichteten „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (DGZMK) schienen geeignete Medien, um selbst Zahnärzte in den entlegenen Regionen Deutschlands nationalsozialistisch zu erziehen.

An ebendieser Stelle setzt die vorliegende Forschungsskizze an: Sie stellt ein Promotionsprojekt vor, welches die Analyse von Stellenwert und Ausmaß rassenhygienischer Inhalte in der zahnärztlichen Fachpresse zum Ziel hat. Als Untersuchungsgegenstand dient hierbei das „Zentralblatt für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“, im Folgenden als „Zentralblatt“ bezeichnet. Der Untersuchungszeitraum umfasst die Jahre 1936 bis 1945.

Nach einem konzisen Abriss des bisherigen Forschungsstandes (Kapitel 2) gilt es, die Ziele und Fragestellungen der Arbeit im Detail zu beleuchten (Kapitel 3). Im Mittelpunkt des Beitrages stehen sodann eine ausführliche Vorstellung der Quellen und eine Diskussion der für die Auswertung in Anwendung gebrachten Methoden (Kapitel 4), bevor in einem letzten Teilabschnitt auf vorläufige und zu erwartende Ergebnisse einzugehen ist (Kapitel 5).

2. Forschungsstand

Die (selbst-)kritische Aufarbeitung der Rolle der zahnärztlichen Institutionen im Dritten Reich stellte lange Zeit ein drängendes Desiderat dar. Sie wurde erst in den 1980er Jahren – v.a. von der „Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V.“ – angestoßen und vorangetrieben. Erst seit den 1990er Jahren veranlasste das zunehmende Interesse an der eigenen berufsständischen Vergangenheit in der Zeit des Nationalsozialismus die Institutionen des

[1] Groß/Schäfer (2009), S. 107-121.

Gesundheitswesens und die medizinischen Fakultäten verstärkt zu gezielten Forschungsprojekten. Die Hintergründe für diese späte Aufmerksamkeit sind schnell erhellt: Die Fakultätsmitglieder gehörten nun nicht mehr der „Tätergeneration" an und waren insofern weder personell noch institutionell „verwoben". Diese historische Distanz erklärt die Offenheit für etwaige Aufdeckung berufspolitischer Verfehlungen in der NS-Zeit.[2]

Die wenigen bisher verfügbaren einschlägigen Forschungsarbeiten machen deutlich, dass sich der zahnärztliche Berufsstand im Zuge des politischen Wechsels 1933 weitgehend widerstandslos (und in Teilen sogar willfährig) gleichschalten ließ. Jüdische und politisch missliebige Funktionsträger in Forschung und Verwaltung wurden ihrer Ämter enthoben und durch Nachfolger mit nationalsozialistischer Gesinnung ersetzt: Wolfgang Kirchhoff veröffentlichte 1987 einen Sammelband mit verschiedenen Beiträgen zur Zahnärzteschaft im Dritten Reich.[3] In den Texten kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die deutsche zahnärztliche Berufsvertretung „bedenkenlos durch weltanschauliche Hingabe die materiellen Vorteile des NS-Terrorsystems"[4] genutzt habe, ohne merklichen politischen Widerstand zu leisten. Belegt werden diese Erkenntnisse anhand historischen Quellenmaterials – meist mit entsprechenden Artikeln aus den archivierten Vereinszeitschriften. Kirchhoff beleuchtet unter anderem das Schicksal von Alfred Kantorowicz (1880-1962),[5] der als rassisch und politisch Verfolgter Ende 1934 in die Türkei zwangsemigrierte und als bekanntes Beispiel für die Opfer des Gleichschaltungsprozesses der deutschen Zahnärzteschaft 1933 gelten kann.

Norbert Guggenbichler publizierte 1988 zur zahnärztlichen Standespolitik in der Zeit der Weimarer Republik und zu den berufspolitischen Umwälzungen unter dem NS-Regime.[6] Das Buch informiert darüber, dass das nationalsozialistische System für die Standesvertretung der deutschen Zahnärzteschaft eine willkommene Möglichkeit darstellte, um in der berufspolitischen Auseinandersetzung mit den Krankenkassen und mit den um dieselbe Patientenklientel konkurrierenden Dentisten[7] zu reüssieren. Guggenbichler beschränkte seine Arbeit nicht nur auf die Beleuchtung der NS-Zeit, sondern spannte den Bogen bis in die Gegenwart. Er erblickte noch 1988 in dem von den Nationalsozialisten „verschütteten" Konzept der Kassenkliniken „eine sinnvolle Alternative zum an die Grenze seiner Spielräume stoßenden System der privatwirtschaftlichen Versorgung"[8] und hinterfragte somit die Wirtschaftlichkeit und Sinnhaftigkeit des rezenten Berufs- und Gesundheitswesens.

1994 veröffentlichte Michael Köhn, basierend auf seiner Dissertation, eine Monographie über die Schicksale jüdischer und politisch verfolgter Berliner Zahnärzte in den Jahren 1933 bis 1945. Köhn schildert den Prozess der Ausschaltung, beginnend mit der Gleich-

---

[2] Groß/Schäfer (2009).

[3] Kirchhoff (1987).

[4] Vgl. ebd., Buchzusammenfassung auf dem Einband.

[5] Professor der Medizin, 1926 Verleihung des Dr. med. dent. h.c., Kirchhoff (1987), S. 133.

[6] Guggenbichler (1988).

[7] Am 31. März 1952 verabschiedete der Bundestag das „Gesetz zur Ausübung der Zahnheilkunde". Bis dahin durfte eine Zahnbehandlung sowohl von approbierten Zahnärzten als auch von den ausschließlich handwerklich ausgebildeten Dentisten durchgeführt werden. Vgl. Groß/Schäfer (2009), S. 132.

[8] Zwischen 1903 und 1933 errichtete Eigenbetriebe der Krankenkassen zur zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Vgl. Guggenbichler (1988), S. 188-222, Zitat S. 222.

schaltung der zahnärztlichen Berufsverbände am 15. März 1933 über Erlässe und Verordnungen, welche die gesetzliche Grundlage bildeten, bis hin zur biographischen Auflistung der zwischen 1933 und 1939 betroffenen Zahnärztinnen und Zahnärzte.[9]

Bettina Wündrich problematisierte im Jahr 2000 mit ihrer Dissertation zum Thema „Zahnmedizin im Nationalsozialismus“ die Bedeutung der „neuen deutschen Zahnheilkunde“. Es ging Wündrich zufolge darum, dass das Leitbild der (Zahn-)Medizin im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie modifiziert wurde. Die Verfechter dieser alternativbiologischen Heilkunde drängten verstärkt auf ganzheitliche Heilmethoden mit teils „metaphysischem“ Charakter. Zur Drosselung staatlicher Aufwendungen für die Volksgesundheit wurden kostengünstige Naturheilverfahren und eine eigenverantwortliche, natürlich-herbe Lebensweise propagiert. Krankheit war somit zumindest zum Teil selbstverschuldetes Schicksal – etwa wenn der Betroffene „unnatürliche“, „entartete“ Lebensgewohnheiten pflegte. Wer somit „selbstverschuldet“ die staatliche Fürsorge beanspruchte und keinen „Dienst am Volke“ leisten konnte, galt als „unmoralisch“.[10]

2004 erschien die Autobiographie des in Polen aufgewachsenen jüdischen Dentisten Berek Jakobuwicz. Der Autor, der sich nach seiner Emigration Benjamin Jacobs nannte und am 30. Januar 2004 verstarb, erzählt hierin sein Schicksal als Häftling der Nationalsozialisten und verdeutlicht, welche lebensrettende Rolle seine „rudimentären zahnmedizinischen Kenntnisse“ und ein Set mit zahnärztlichen Instrumenten spielten. Auf einem Viehwaggon deportiert leistete er Zwangsarbeit unter der Leitung von Wernher von Braun[11] bei der Montage der V1- und V2-Raketen, begegnete in Auschwitz Josef Mengele[12] und arbeitete zwischenzeitlich als Lagerzahnarzt. Seine Autobiographie zeigt deutlich die verstörende Realität des Holocaust und gewährt zudem einen Einblick in die Organisation und Aufgaben der Lagerzahnärzte.[13]

Hans Jörg Staehle und Wolfgang Uwe Eckart veröffentlichten 2005 und 2008 neueste Befunde über den langjährigen und auch im Nachkriegsdeutschland hoch geschätzten DGZMK-Präsidenten Hermann Euler (1878-1961). Der offensichtlich politisch linientreue Zahnmediziner war Mitglied in sieben nationalsozialistischen Organisationen einschließlich der NSDAP. Euler war nachweislich bereits während der Gleichschaltungsphase bis 1934 als Dekan der Medizinischen Fakultät Breslau entscheidend an der ersten „Säuberungswelle“ zur „Entjudung“ der Universität beteiligt.[14]

Barbara Huber recherchierte die Perspektive eines „Täters“ auf das Zeitgeschehen von 1933 bis 1945. Der „unauflösbare Widerspruch“ zwischen Arztberuf und SS-Zugehörigkeit weckte ihr Interesse an Willy Frank, dem Regensburger SS-Zahnarzt. Die Biographie aus dem Jahre 2009 gestattet Einblicke in dessen Leben vor, während und nach der nationalsozialistischen Ära. Der in einer großbürgerlichen Familie 1903 zur Welt gekommene und behütet aufgewachsene Frank wurde 1922, gegen den Wunsch seiner Eltern, Gründungsmitglied der NSDAP-Ortsgruppe Regensburg, durchlief eine glatte Parteikarri-

---

[9] Vgl. Köhn (1994), besonders S. 25 und S. 93.

[10] Wündrich (2000).

[11] Raketenspezialist und SS-Sturmbannführer, 1912-1977; Klee (2011).

[12] Humangenetiker und SS-Hauptsturmführer, 1911-1979; Klee (2011).

[13] Vgl. Jacobs (2004), S. 202ff.

[14] Vgl. Staehle/Eckart (2005); Staehle/Eckart (2008).

ere und leistete bis Ende 1944 in verschiedenen Konzentrationslagern unter anderem den „Rampendienst", die Selektion zwischen „Arbeitsfähigen" und „Arbeitsuntauglichen", die sofort zur Tötung freigegeben wurden. Erst zwanzig Jahre nach Kriegsende wurde Willy Frank für seine Vergehen in den Konzentrationslagern zu sieben Jahren Freiheitsstrafe verurteilt. Trotz eindeutiger Beweislage versuchte Frank, sein Leben und Handeln zu rechtfertigen. In Ermangelung an Schuldbekenntnissen wird deutlich, wie gewaltig entweder Franks Verdrängungsprozess gewesen sein muss oder seine Angst vor der Bestrafung.[15] Huber erhielt für ihre Dokumentation den vom Bundesministerium für Gesundheit, von der Bundesärztekammer und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgeschriebenen Forschungspreis zum Thema „Ärzte in der NS-Zeit".

Dominik Groß und Gereon Schäfer untersuchten 2009 in ihrer Vereinsgeschichte der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" (DGZMK) die Zeitspanne von 1859-2009. Das Kapitel zur Organisation der Standesvertretung der deutschen Zahnärzteschaft im Dritten Reich wird als „Jahre der Fremdbestimmung" betitelt. Zu den Vereinszeitschriften der DGZMK schreiben die Autoren, dass im Zuge der politischen Umwälzungen auch „das zahnärztliche Pressewesen (...) einer Revision unterzogen" wurde.[16]

Als Primärquellen rückten daneben – zumindest punktuell – auch die berufspolitischen und wissenschaftlichen Standesorgane der nationalsozialistischen Zahnärzteschaft selbst in den Mittelpunkt der Forschung: Günter Ruberg analysierte bereits 1977 für die Jahre 1934-1944 den zahnmedizinischen Stand und seine Darstellung in der „Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift". Neben der quantitativen und qualitativen Auswertung der zahnärztlichen Fachbeiträge erfolgte der Nachweis von politisch ideologisierenden Inhalten ausschließlich in qualitativer Form als kurze Feststellung:

> „Bedingt durch die politische Situation erschien eine Anzahl von Beiträgen zur ‚Rassenhygiene', der jedoch mehr ideologische als wissenschaftliche Bedeutung zukam."[17]

Helmuth Althoff untersuchte 1988 die zahnärztliche Zeitschrift „Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" in ihren Ausgaben von 1934-1943. Seine Inhaltsanalyse der Fachartikel erfolgte sowohl quantitativ als auch qualitativ. Das Kapitel über die „Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" und „ihre Zeit" beschränkte sich auf qualitative Aspekte der nationalsozialistischen Inhalte; anhand ausgewählter Beispiele dokumentierte Althoff, wie der „relativ" geringe Anteil ideologisierender Artikel den Rezipienten erreichte.[18]

Susanne Priehn-Küpper beleuchtete im Jahr 2000 in ihrem Artikel zum 90-jährigen Bestehen der „Zahnärztlichen Mitteilungen" (ZM, seit 1910) die Historie dieses Standesorgans. Die Autorin berichtet darüber, dass das Blatt 1933 zum nationalsozialistischen Propaganda-Instrument wurde[19] und beschränkt sich hiermit auf eine qualitative Analyse der ideologisierenden Inhalte der ZM.

---

[15] Vgl. Huber (2009), besonders S. 137.
[16] Groß/Schäfer (2009), S. 112.
[17] Ruberg (1977), S. 297.
[18] Althoff (1983), S. 82.
[19] Priehn-Küpper (2000).

Die vorgenannten Forschungsarbeiten zeigen auf, dass der Forschungsbedarf zum Themenfeld „Zahnmedizin und Nationalsozialismus“ erheblich ist. Zugleich ergeben sich deutliche Hinweise darauf, dass zahnärztliche Vereinszeitschriften im „Dritten Reich“ zur „Ideologisierung“ der Zahnärzteschaft benutzt wurden. Ebendiesem Aspekt soll im Rahmen des hier vorgestellten Projekts nachgegangen werden.

3. Ziele und Fragestellungen

Im Mittelpunkt des hier skizzierten Projektvorhabens steht der Stellenwert der „wissenschaftlichen Rassenhygiene“ im „Zentralblatt für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“. Im Detail gilt es, folgende Fragen zu beantworten:

A. Welche „rassenhygienischen Aspekte“ werden der deutschen Zahnärzteschaft im Zentralblatt vermittelt?

In welchem Ausmaß bzw. mit welcher Gewichtung werden sozialdarwinistische, eugenische, „rassenanthropologische“ oder völkische Aspekte der „Rassenhygiene“ thematisiert? Welche Rubriken beinhalten verstärkt Artikel mit Aspekten der „Rassenhygiene“? Stammt das ausländische Schrifttum, das im Zentralblatt erschienen ist und „rassenhygienische“ Inhalte thematisiert, ausschließlich aus ideologisch gleichgesinnten oder auch aus konkurrierenden Staaten und Nationen?

B. Inwieweit korrespondierten das Ausmaß und die Art der Thematisierung von „rassenhygienischen“ Inhalten mit dem aktuellen politischen Zeitgeschehen?

War also der „rassenhygienische“ Anteil bzw. die betreffende Ausrichtung kontextabhängig? Nahm dieser Anteil (etwa im Sinne einer nationalsozialistischen Ideologisierung) mit Beginn des Krieges zu?

C. Welche Rolle spielen einzelne Personen bei der Thematisierung „rassenhygienischer“ Inhalte?

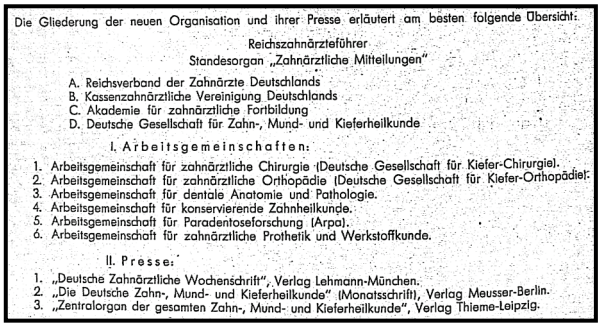
Lässt etwa die Auswertung des gesamten Materials und der anschließende Vergleich der Schriftleitungsperioden von Wolfgang Rosenthal und Erwin Reichenbach den Schluss zu, dass das Zentralblatt unter der Ägide des Erstgenannten weniger stark mit „rassenhygienischen“ Akzenten belastet war? Welche Referenten erscheinen bevorzugt bzw. vermehrt als Kommentatoren des Schrifttums zur „Rassenhygiene“? Welche Verfasser von Schrifttum mit „rassenhygienischen“ Aspekten wurden der deutschen Zahnärzteschaft nahegebracht bzw. anempfohlen?

4. Material und Methodik

4.1 Material (Quellengut)

Mit der nationalsozialistischen Machtergreifung und der politischen Gleichschaltung der zahnärztlichen Berufsverbände wurde nicht nur die Struktur der Standesvertretung, sondern auch deren Pressewesen grundlegend geändert.[20] Während es den „Zahnärztlichen Mitteilungen" vorbehalten sein sollte, „standesethische",[21] „berufsständische und gesundheitsführerische"[22] Inhalte zu vermitteln, sollte die Veröffentlichung wissenschaftlicher Inhalte durch die Presseorgane der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde" erfolgen.

Dieser Beschluss erfolgte im Zuge der Neuorganisation des „Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands" auf einer Versammlung in Jena am 26. Mai 1934.[23]



Die Gliederung der neuen Organisation und ihrer Presse erläutert am besten folgende Übersicht:

Reichszahnärzteführer
Standesorgan „Zahnärztliche Mitteilungen"

A. Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands
B. Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands
C. Akademie für zahnärztliche Fortbildung
D. Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

I. Arbeitsgemeinschaften:

1. Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Chirurgie (Deutsche Gesellschaft für Kiefer-Chirurgie).
2. Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Orthopädie (Deutsche Gesellschaft für Kiefer-Orthopädie).
3. Arbeitsgemeinschaft für dentale Anatomie und Pathologie.
4. Arbeitsgemeinschaft für konservierende Zahnheilkunde.
5. Arbeitsgemeinschaft für Paradentoseforschung (Arpa).
6. Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.

II. Presse:

1. „Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift", Verlag Lehmann-München.
2. „Die Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" (Monatsschrift), Verlag Meusser-Berlin.
3. „Zentralorgan der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde", Verlag Thieme-Leipzig.

Abbildung 1: Neuordnung der zahnärztlichen Berufsvertretung und Zuteilung der Presseorgane; ZM 1934, 22, Sp. 865f.

Untersuchungsgegenstand der geplanten Forschungsarbeit ist das „Zentralblatt für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde".[24] Besagte Zeitschrift wurde von der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" vom 01. März 1936 bis zum 01. Januar 1945 sechsmal pro Jahr herausgegeben.

Hierzu ist im Sächsischen Staatsarchiv das entsprechende Vertragswerk mit dem Verlag „Hermann Meusser" (Leipzig)[25] archiviert. Dem Vertrag lässt sich entnehmen, dass alle

[20] Groß/Schäfer (2009), S. 118.
[21] ZM 1936, 15, S. 327.
[22] ZM 1943, 11/12, S. 99.
[23] ZM 1934, 22, Sp. 865f.
[24] In Abbildung 1 noch als „Zentralorgan der gesamten Zahn-, Mund-und Kieferheilkunde" angekündigt.
[25] Später integriert in den Verlag „Johann Ambrosius Barth/Leipzig".

zwei Monate ca. 570 Abonnenten versorgt werden mussten. Zusätzlich gingen 250 Hefte an die DGZMK. Die Auflage betrug bis zu 2000 Exemplare.[26]

Das Zentralblatt war als Referatenblatt eben nicht nur das Literaturverzeichnis der „wissenschaftlich tätigen Kollegen“.[27] Dieser Funktion hatten für das zahnmedizinische Schrifttum bis einschließlich 1934 die Ausgaben des Portschen Index beziehungsweise dessen Folgeindices 1919-1936 gedient. Professor Gottlieb Port (1867-1918) war von 1901-1918 Direktor des Zahnärztlichen Instituts der Universität Heidelberg. Bis zu seinem Tod hatte Port mit finanzieller Unterstützung des wissenschaftlichen „Central-Vereins deutscher Zahnärzte“ über mehrere Jahre hinweg einen Index der zahnärztlichen Literatur bis zum Jahr 1914 erarbeitet.[28]

Im Geleitwort zur Erstausgabe des Zentralblattes kommentiert dessen Schriftleiter Wolfgang Rosenthal die Ablösung des Portschen Index:

> „So wird der zuletzt von Dr. Rudolf (sic!) Hesse trefflich geführte Portsche Index mit Ende 1934 sein Erscheinen einstellen. An seine Stelle tritt das Zentralblatt, das in diesem Jahre die schwierige Aufgabe hat, außer der Erfassung des wichtigen und belangreichen Fachschrifttums von 1935 und seiner kritischen Würdigung auch schon die Arbeiten des laufenden Jahres zu berücksichtigen.“[29]

Im Weiteren schreibt Rosenthal zur Aufgabe der Einzel- und Übersichtsreferate:

> „Der Hauptteil des Zentralblattes mit seinen Einzelreferaten dient der nach Möglichkeit umfassenden objektiven Darstellung wichtiger Forschungsergebnisse und praktischer Fortschritte. Nicht jeder Leser wird imstande sein, zu dem aus aller Herren Länder überreichlich Gebotenen gleich die richtige Einstellung zu finden. Daher ist es berechtigt, der unkritischen, objektiven Einzelschilderung kritische Zusammenfassungen erfahrener Fachleute gegenüber zu stellen. Diese erheben in ihrer Subjektivität keineswegs den Anspruch, unfehlbar zu sein; sie wollen zur Beschäftigung mit den wichtigen Einzelfragen des Faches anregen, das ist ihr Hauptzweck.“[30]

Aus den vorgenannten Ausführungen ergibt sich, dass alle Referate subjektive Zusammenfassungen der Rezensenten darstellen. Das dahinterstehende Originalschrifttum wird somit nicht in seiner eigentlichen Fassung und mit seinen Gesamtinhalten wiedergegeben.

Von 1936 bis Ende 1937 fungierte der Initiator des Zentralblattes, Wolfgang Rosenthal, auch als dessen Hauptschriftleiter. Der 1882 in Friedrichshagen bei Berlin geborene Rosenthal war Mitglied der NSDAP und seit dem 1. August 1935 Angehöriger des nationalsozialistischen Dozentenbundes. Gleichwohl erfuhr die akademische Laufbahn Rosenthals am 7. August 1937 eine jähe Zäsur: Nach mehreren Verhandlungen wurde Wolfgang Rosenthal vom „Reichsamt für Sippenforschung“ vorläufig als „Mischling 2. Grades“ eingestuft und seiner öffentlichen Ämter enthoben. Nach erneutem Einspruch Rosenthals und einer aufwendigen Untersuchung seiner Abstammungsmerkmale wurde ihm am 17.

---

[26] Vertrag mit Verlag „Hermann Meusser“, Sächsisches Staatsarchiv Leipzig 21101/0555. Vgl. auch exemplarisch das Impressum des Zentralblattes 5 (1937), S. 368.

[27] Hesse (1936), S. 5.

[28] Vgl. Rosenthal (1936), S. 1f., und Groß/Schäfer (2009), S. 68-74.

[29] Rosenthal (1936), S. 1f.

[30] Rosenthal (1936), S. 1f.

Mai 1943 „deutsches oder artverwandtes Blut“ zugesprochen. Rosenthal hatte jedoch bereits Ende 1937 seine Lehrbefugnis und die Schriftleitung des Zentralblatts verloren.[31] Das erste Heft des Zentralblattes 1938 enthält auf der letzten Seite die folgende Anmerkung der Redaktion:

Mit dem neuen Jahre ist der bisherige Redakteur des Zentralblattes, Herr Wolfgang Rosenthal, zurückgetreten.

Für die umfangreiche und wertvolle Arbeit, die er bei dem Aufbau und in der Schriftleitung des Zentralblattes geleistet hat, stattet ihm die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auch an dieser Stelle den besten Dank ab.

Hermann Euler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Verantwortlich für die Redaktion: i. V. Professor Dr. Eugen Wannenmacher, Berlin; für Anzeigen: Bernhard v. Ammon, Leipzig. — Verlag: Hermann Meusser, Leipzig. — Anzeigenannahme: Leipzig C 1, Salomonstraße 18B, Tel. 70861
Druck: Metzger & Wittig, Leipzig DA. 900 IV. Vj. 1937; zur Zeit gilt Preisliste 1 Printed in Germany

Abbildung 2: Bekanntgabe des Ausscheidens von W. Rosenthal durch H. Euler; Zentralblatt 1938, 1, S. 80

Rosenthals Nachfolger in der Redaktion des Zentralblattes wurde mit dem Jahr 1938 Erwin Reichenbach. Reichenbach wurde 1897 in Augsburg geboren, nahm als Frontsoldat am Ersten Weltkrieg teil und diente 1919 im Wehrregiment in München. 1921 promovierte er und 1930 habilitierte er sich in München im Fach Zahnmedizin. Im gleichen Jahr erfolgte die Promotion im Fach Medizin. Bis 1935 war er Privatdozent an der Münchener Zahn- und Kieferklinik. 1936 erfolgte eine Anstellung als Ordinarius für Prothetik und Kieferorthopädie an der Universität Leipzig. Bis 1945 war er gleichzeitig Mitdirektor am dortigen Institut für Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Erwin Reichenbach war seit 1933 NSDAP- und SA-Mitglied und Mitglied im NS-Ärztebund. 1945 war er Kontrolleur bei der Entnazifizierung von Leipzig. 1947 wurde er an die Universität Halle/Saale berufen und erhielt ein Direktorat mit dem Auftrag zur Gründung einer Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.[32]

[31] Vgl. Schröck-Schmidt (1996), S. 149f.

[32] Nach seinem Austritt aus der SED und als Aktivist für die „Einheit der deutschen Wissenschaft“ geriet Reichenbach in den kritischen Fokus der SED-Gesundheitsführung und wurde 1961 aus politischen Gründen emeritiert. Reichenbachs Wunsch, in die Bundesrepublik überzusiedeln, wurde vom DDR-Innenministerium nicht entsprochen. 1965 erhielt Erwin Reichenbach eine neue Facharzt-Zulassung für Halle. 1967 ehrte ihn die Medizinische Fakultät der Universität mit einem Ehrendoktorat. 1973 verstarb Reichenbach an einer postoperativen Lungenembolie. Im Rahmen eines feierlichen Aktes wurde 1997 das Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt nach ihm benannt. Vgl. Möller (2011), Klee (2011) und ZÄK Sachsen-Anhalt (2001), S. 11-14.

Das Zentralblatt war seit 1936 offizielles Presseorgan der DGZMK. Als Printmedium diente das Heft dem wissenschaftlichen Austausch unter den Mitgliedern des organisierten zahnärztlichen Berufsstandes. Genau genommen handelte es sich bei dem Zentralblatt um einen in Rubriken geführten, „kommentierten Schrifttumsbericht“. Dessen Eigenheit bestand darin, einerseits einen ausführlichen Referate-Teil zu bieten und andererseits als Literaturarchiv nicht nur das zahnärztliche Schrifttum des In- und Auslandes zu registrieren, sondern zum Zwecke der „Berufsfortbildung“ auch zu kommentieren. Zu Beginn jeder Ausgabe wurden für die Fortbildungswilligen ein oder zwei Teilgebiete als mehrseitige „Übersichten“ vorangestellt. Diese sollten den Leser anregen, sich zu den wichtigsten Fragen eines Spezialgebietes einen Überblick zu verschaffen. Mit kurzen Einzelreferaten und bloßen Titelnennungen unter den Rubriken wurden dem Interessierten weitere Informationen geboten. Das Zentralblatt sollte demnach nicht nur „der Berufsfortbildung und Wissenschaft dienen, sondern gleichzeitig die zweckmäßigen Verbindungen mit der zahnärztlichen Wissenschaft des Auslandes herstellen“.[33]

Insgesamt erschienen 51 Hefte mit über 3600 Seiten. Die Visualisierung der Entwicklung der jährlichen Seitenzahlen offenbart den charakteristischen Trend eines Printmediums im Dritten Reich (vgl. Abbildung 3).[34]

Von 1936 bis 1938 wurden jährlich bis zu 450 Heftseiten emittiert. Der Ausbruch und Verlauf des Zweiten Weltkrieges brachte jedoch, vor allem bedingt durch die zunehmende Rohstoffknappheit und den aufkommenden Personalmangel in der Redaktion, starke Einschnitte in der Produktivität des Zentralblattes mit sich.

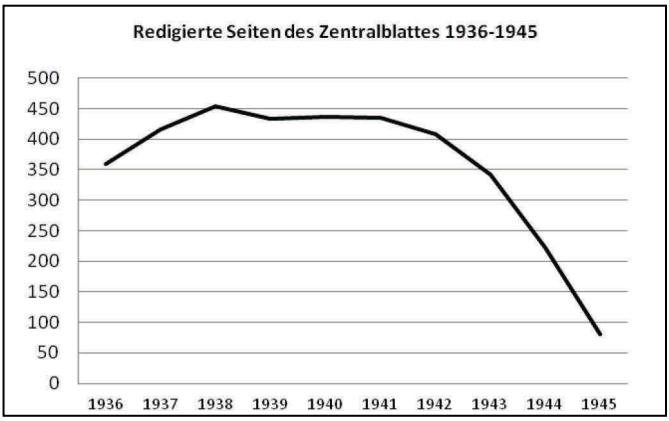


Abbildung 3: Quantitative Entwicklung der jährlichen Seitenzahlen des Zentralblatts; erstellt von Manfred Vigna

[33] Rosenthal (1936).

[34] Vgl. Althoff (1983); Ruberg (1977).

4.2 Methode

Die Erfassung rassenhygienischer Akzente im Kommunikationsprozess zwischen den Lesern des Zentralblattes und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erfolgt in dieser Untersuchung unter Anwendung einer quantitativen Inhaltsanalyse.[35]

Ziel der geplanten Untersuchung ist es, gemäß der Fragestellung das Untersuchungsmaterial in seiner ideologisierenden Grundstruktur zu erkennen. In der abschließenden Interpretation und Darstellung der Ergebnisse sollen strukturell relevante Beispiele zur Verdeutlichung herangezogen werden.[36]

Der erste methodische Schritt besteht darin, auf der Grundlage der Forschungsfrage und der Erkenntnisse einer vorläufigen Sichtung des Untersuchungsmaterials ein Kategoriensystem zu erstellen, mit dem Aspekte des Forschungsgegenstands, hier rassenhygienischer Publikationsinhalte, erschöpfend und gegeneinander abgrenzbar erfasst werden können. Damit historisch interpretierbare Ergebnisse generiert werden können, sind sowohl formale als auch inhaltliche Kriterien zu erfassen.[37]

Mit den formalen Kriterien wie Erscheinungsdatum, Ausgabennummer, Artikelumfang oder Autor (Abbildung 5) wird der historische Kontext, in den die Quellen eingebettet sind, nachvollziehbar gemacht.

Die inhaltlichen Kriterien dienen der Erfassung der „qualitativen" Aspekte des Untersuchungsmaterials, womit jedoch genau genommen die textliche Dichte propagandistischer Begriffe im Sinne der NS-Ideologie gemeint ist, zum Beispiel „rassisch", „Volk", „Sippe" und „Auslese".

In beiden Fällen müssen Regeln definiert werden, nach denen die interessierenden Aspekte erfasst und verschiedenen Kategorien eindeutig zugeordnet werden können. Diesen Prozess, in dem ein umfassendes Konstrukt wie der Begriff „Rassenhygiene" empirisch messbar gemacht wird, nennt man „Operationalisierung". Am Ende der „Operationalisierung" steht die konkrete Messanweisung, in unserem Falle zur Erfassung ideologisierender Inhalte im Zentralblatt.

Ausgehend von dem jeweiligen theoretischen Begriff müssen dessen mögliche Dimensionen in der Sprache des Alltags sowie der Printmedien in Kategorien abgebildet werden. Ein ideologisch verquastes, sprachliches Konstrukt voller Synkretismen wie z.B. das der „Rassenhygiene" und vieler anderer nationalsozialistischer Schlagworte bedeutet für die Kategorienbildung eine besondere Herausforderung, da solche propagandistischen Begriffe im Regelfall polemisch synonym, metaphorisch, mehrdeutig und unpräzise verwendet werden.

Die wichtigsten inhaltlichen und formalen Anforderungen an ein Kategoriensystem sind: erstens die Ausschließlichkeit: jedes Ereignis, in diesem Fall jeder Begriff, darf nur einer Kategorie zugeordnet werden können, zweitens die Vollständigkeit: das Kategorienschema muss erschöpfend sein, das heißt alle interessierenden Beobachtungen müssen einer Kategorie zugeordnet werden können, und drittens die empirische Relation und Be-

[35] Vgl. zum Beispiel Rössler (2005), S. 11-23, und Mayring (2010), S. 17-25.

[36] Zur Methodik vgl. Mayring (2010), S. 92-94.

[37] Rössler (2005), S. 104-144.

grenzbarkeit: die Anzahl der Kategorien ist aus heuristischen Gründen überschaubar zu halten und alle Kategorien sollten einen Bezug zu beobachtbaren Sachverhalten haben.

Für die geplante Arbeit wurden die Kategorien der Autoren Harten, Neirich und Schwerendt übernommen.[38] Die Indikatoren, die als Maßeinheit das jeweilige Konstrukt abbilden, wurden deduktiv aus den theoretischen Erwägungen der genannten Autoren abgeleitet. Im konkreten Fall sind dies Schlüsselbegriffe, die auf eine Dimension (inhaltliche Kategorie) des zu messenden begrifflichen Konstrukts verweisen.

Mit dem hier angewendeten Verfahren der quantitativen Inhaltsanalyse wird das Konstrukt der „Rassenhygiene“ in seinen Kategorien fassbar und messbar gemacht. Das so entwickelte (Mess-)Instrument ermöglicht schließlich eine intersubjektiv nachvollziehbare Quantifizierung „rassenhygienischer“ Inhalte.[39]

Harten, Neirich und Schwerendt definieren „Rassenhygiene“ als ein geistes- und naturwissenschaftlich geprägtes, nationalsozialistisches Projekt zur Reinigung des „Volkskörpers“ von unerwünschten Bevölkerungsteilen, wie sogenannte „Erbkranke“, „Asoziale“, „Fremdrassische“ und „Fremdvölkische“, die zu Opfern der Maßnahmen der eugenischen, sozialdarwinistischen, rassenanthropologischen und völkischen Politik der nationalsozialistischen Diktatur wurden.[40]

Die Rezeption der einschlägigen Literatur zu diesem Thema legt nahe, diesen theoretischen Ansatz für die geplante Untersuchung anzuwenden. Einerseits scheint dieses Konzept am ehesten dem Bedeutungsspektrum des Begriffs „Rassenhygiene“ in der nationalsozialistischen Ideologie zu entsprechen, andererseits haben die Autoren mit dieser Definition Kategorien vorgegeben, die den oben genannten Anforderungen an ein Kategoriensystem entsprechen. Analog dazu werden der Operationalisierung die inhaltlichen Kategorien 1) „Eugenik“, 2) „Rassenanthropologie“, 3) „Sozialdarwinismus“ und 4) „Völkische Bewegung“ zugrunde gelegt.

Abbildung 4 zeigt die vier Kategorien des Sprachkonstruktes „Rassenhygiene“ nach Harten, Neirich und Schwerendt mit den unterlegten Propositionen, das heißt den mit einem Begriff jeweils verbundenen Bewusstseinsinhalten, wie sie vom Autor rekonstruiert und als Grundlage für die Bildung der Indikatoren verwendet wurden.

Zu jeder Kategorie wurde eine Arbeitsdefinition formuliert, die einerseits die inhaltliche Grundlage zur Bestimmung der Indikatoren bildet, andererseits als deren Prüfkriterium herangezogen werden kann.

---

[38] Harten/Neirich/Schwerendt (2006).

[39] Vgl. Rössler (2005), S. 20.

[40] Vgl. Harten/Neirich/Schwerendt (2006), S. 3-6.

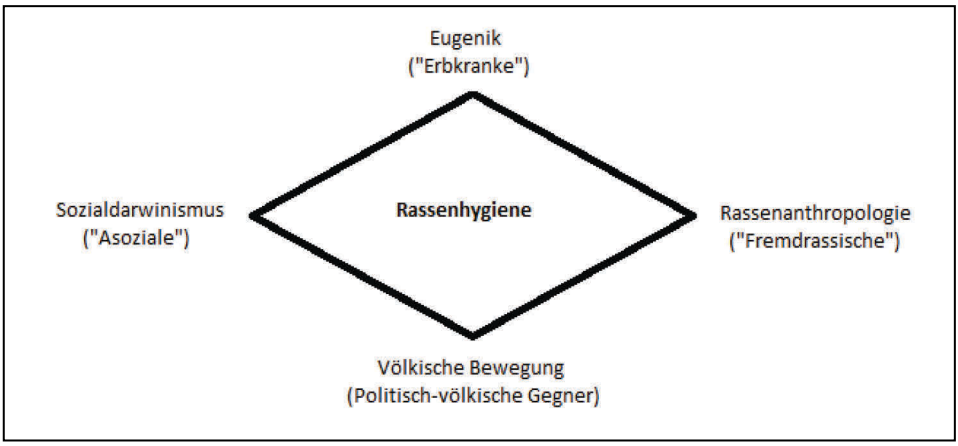


Abbildung 4: Dimensionen des Sprachkonstrukts „Rassenhygiene"; eigene graphische Darstellung nach Harten, Neirich und Schwerendt (2006)

4.3 Definitionen der vier Kategorien[41]

Die Kategorie „Eugenik" (1) umfasst sozialpolitische und gesundheitspolitische Maßnahmen des nationalsozialistischen Staates zur Förderung der Erbgesundheit und zur Hemmung von Erbkrankheit mit dem generationenübergreifenden Ziel, den Fortbestand der eigenen Rasse weder durch minderwertige Nachkommenschaft und überhöhte Fürsorgekosten noch durch eine niedrige Geburtenzahl zu gefährden.

„Rassenanthropologie" (2) kategorisiert diejenigen Inhalte, die unter Berücksichtigung geographisch-kultureller und humangenetischer[42] Gesichtspunkte die Erforschung und Beschreibung der Korrelation zwischen den Merkmalen „Menschenrasse" und „Menschenqualität" zum Gegenstand haben.

„Sozialdarwinismus" (3) umfasst ideologische Aspekte des Nationalsozialismus, welche dem leistungsfähigen Individuum nach den Regeln der natürlichen Auslese moralisch gestatten, seine Existenz gegenüber Schwächeren uneingeschränkt zu behaupten, mit dem übergeordneten Ziel, die kollektive Leistungsfähigkeit und somit die Höherwertigkeit des eigenen Volkes zu sichern, auch indem die Einzelindividuen moralisch verpflichtet werden, natürliche (artgemäße) Lebensgewohnheiten zu pflegen, welche den Erhalt ihrer Leistungsfähigkeit fördern.

Mit der Kategorie „Völkische Bewegung" (4) sollen schließlich die ideologischen Teilaspekte des Nationalsozialismus, nach denen alle Mitglieder der deutschen Volksgemeinschaft durch Treuebande verbunden sind und im Glauben an die Unfehlbarkeit des nationalsozialistischen Staates ihrem Führer bedingungslos folgen, erfasst werden.

---

[41] Vgl. Harten/Neirich/Schwerendt (2006), S. 7.

[42] Vgl. Massin (1999).

Im Anschluss an die Definitionen wurden für jede Kategorie zehn Schlüsselbegriffe benannt, für die ebenfalls die Qualitätskriterien von Kategorien anzuwenden sind (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Kategorienbezogene Items des Konstrukts „Rassenhygiene“; erstellt von Manfred Vigna

Eugenik	**Rassen-anthropologie**	**Sozialdarwinismus**	**Völkische Bewegung**
Sterilisation	Jude	Darwinismus	Liberalismus
Eugenik	Germanen	Kampf	Bolschewismus
Erbgesundheit	Rasse	Lebensraum	Führer
Erbkrankheit	Arier	Leistung	Kameradschaft
Eheberatung	Erbbiologie	Arbeitsbuch	Zivilisation
Kinderreichtum	Vererbungslehre	Auslese	Nationalsozialismus
Gattenwahl	Abstammung	Degeneration	Gefolgschaft
Sippe	Konstitution	Natur	Bewegung (politisch)
Geburten	Erbmasse	Biologie	Bauerntum
Fürsorge	Zwillingsforschung	Entartung	Gesundheitsführung

Als Analyseeinheit wird jeweils der einzelne Artikel herangezogen, in dem die Anzahl der darin enthaltenen Schlüsselbegriffe (Indikatoren) erfasst wird. Das Zentralblatt weist vier Sorten von Artikeln auf: das Geleit- oder Vorwort, Übersichtsreferate, Einzelreferate und Schrifttumsnachweise. Allen ist gemeinsam, dass sie eine eigene Überschrift haben, inhaltlich voneinander getrennt und redaktionellen Ursprungs sind. Mit den zusätzlich erfassten formalen Kriterien, wie zum Beispiel Erscheinungsdatum und Artikelumfang, lassen sich Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit – die verschiedenen Ausgaben des Zentralblatts im Untersuchungszeitraum von 1933 bis 1945 – ziehen. Je häufiger und differenzierter die formalen und inhaltlichen Merkmale erhoben werden, desto mehr Informationen werden gewonnen und können auch später unter anderen Fragestellungen ausgewertet werden.

Auch wenn der Erfassungszeitraum zeitlich eingegrenzt worden ist, wäre eine Vollerhebung, das heißt die Auszählung aller Texte in den erwähnten Ausgaben, mit extrem hohem Aufwand an Ressourcen verbunden, weswegen erwogen worden ist, ein sogenanntes Aufgreifkriterium zu definieren.[43] Als Aufgreifkriterium gilt in den Medienwissenschaften

[43] Rössler (2005), S. 40-54.

ein interessierendes Merkmal, bei dessen Vorhandensein ein Artikel überhaupt erst in die Analyse einbezogen wird.

Abbildung 5 verdeutlicht die Formulierung der Messanweisung, die bei Einführung eines solchen „Aufgreifkriteriums" quasi um eine „Wenn-dann-Anweisung" erweitert würde: Das theoretische Konzept der „Rassenhygiene" wird durch vier Dimensionen charakterisiert, die als die Kategorien „Eugenik", „Sozialdarwinismus", „Rassenanthropologie" und „Völkische Bewegung" abgebildet werden. Diese vier Kategorien müssen die oben genannten Gütekriterien erfüllen, um als valide gelten zu können. Die Wahl der Indikatoren oder Schlüsselbegriffe, die in einem Artikel gezählt werden und jeweils nur einer Kategorie zugeordnet werden dürfen, ist das Ergebnis einer theoretisch begründeten inhaltlichen Entscheidung. Denn natürlich kann die Definition der vier Kategorien nur eine inhaltliche und die Begrenzung auf jeweils zehn Indikatoren nur eine methodische Entscheidung sein. Gemessen wird das Vorhandensein („ja/nein") der verschiedenen Indikatoren in einem Artikel, wodurch eine Häufigkeitsverteilung über einzelne Ausgaben, Jahrgänge und den gesamten Untersuchungszeitraum zustande kommt.

Als Aufgreifkriterium wurde das grundsätzliche Vorhandensein „rassenhygienischer" Inhalte (Indikatoren) in einem Artikel formuliert. Durch diese Anweisung wird die Anzahl der zu analysierenden Artikel eingegrenzt. Diese Verfahrensweise hat einerseits den Vorteil einer rationalisierten Datenerhebung, ist aber andererseits nicht unproblematisch, weil für die nicht einbezogenen Analyseeinheiten Daten wie etwa der Artikelumfang extrapoliert werden müssen, wenn man diese in eine Relation zum gesamten Untersuchungszeitraum stellen will.

Zur Bestimmung des Verhältnisses von Artikeln mit „rassenhygienischen" Inhalten zur Gesamtartikelzahl bzw. des -umfangs müsste dann der Gesamtumfang des Zentralblatts und der jeweiligen Ausgaben zugrunde gelegt werden. Da das Zentralblatt weder Werbung noch Kleinanzeigen enthielt, kann die Seitenzahl jeder Ausgabe direkt in den Jahresbänden abgelesen werden.

Es gibt eine Fülle elektronischer Programme zur Durchführung quantitativer wie auch qualitativer Inhaltsanalysen für die unterschiedlichsten Nutzerprofile.[44] Ein bei dieser Untersuchung unüberwindbares Problem liegt in der Aufbereitung des historischen Quellengutes zur elektronischen Texterfassung. Die Zeitschriften sind im Archiv der Zentralbibliothek der Medizin in Köln gelagert. Da die Bestände ein bestimmtes Alter haben und noch nicht digitalisiert worden sind, ist der Umgang damit, zum Beispiel zum Digitalisieren oder Vervielfältigen, reglementiert. Aus diesem Grund werden die Zeitschriftenausgaben manuell mit einem Tabellenkalkulationsprogramm erfasst. Ein Vorzug dieses Vorgehens ist, dass die erzeugten Tabellen in nahezu jedes statistische Auswertungsprogramm überführt werden können. Die Auswertung der erfassten formalen und inhaltlichen Kriterien bedarf keiner speziellen Software, da die Daten wie die Variablen einer beliebigen empirischen Erhebung berechnet werden können. Dazu werden neben der Auszählung von Häufigkeiten und Relationen sicher auch die Ermittlung von Unterschieden, beispielsweise zwischen verschiedenen Jahrgängen, oder von Zusammenhängen, etwa bestimmter Inhalte und Autoren, gehören.

---

[44] Popping (1997), S. 209-221.

Die Validität dieses Verfahrens, also die Güte, mit der die interessierenden Merkmale erfasst werden, muss in einer Testphase überprüft werden.[45] Die statistischen Ergebnisse widerspiegeln das Quellengut in einer abstrahierten Form, die der inhaltlichen Interpretation unter der gestellten Forschungsfrage bedarf.

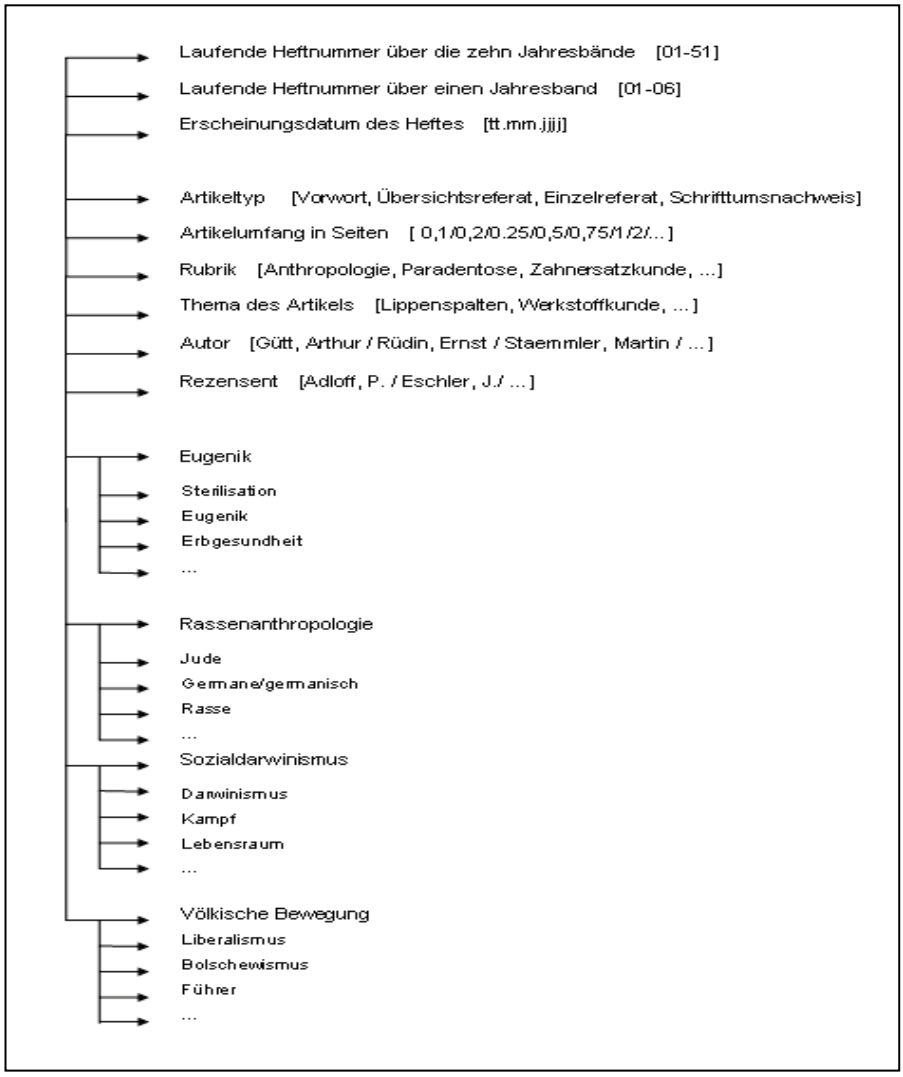


Abbildung 5: Formale und inhaltliche Kriterien, die als Variablen codiert und erfasst werden; erstellt von Manfred Vigna

[45] Vgl. Rössler (2005), S. 34f.

5. Bisherige und zu erwartende Ergebnisse

Die bisherige Sichtung der Quellen lässt vermuten, dass mit dem Jahr 1938 ein Anstieg der „rassenhygienischen" Inhalte erfolgte (vgl. Abbildung 6).

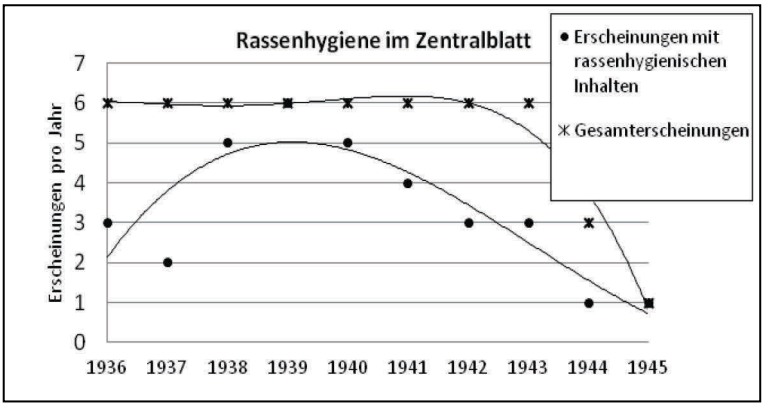


Abbildung 6: Jährliche Ausgaben mit rassenhygienischen Inhalten; erstellt von Manfred Vigna

Der Hintergrund dieses sprunghaften Verlaufs ist möglicherweise der redaktionelle Wechsel von Wolfgang Rosenthal zu Erwin Reichenbach.

Gleichwohl kann aus den beschriebenen Veränderungen derzeit noch nicht geschlossen werden, dass das zahnärztliche Schrifttum ab 1938 per se stärker „rassenhygienisch" akzentuiert war. Hierfür sind zunächst weitere Auswertungen sowie ein statistischer Vergleich der in den Bänden enthaltenen „Literaturlisten" über das jährliche in- und ausländische Schrifttum anzustellen.

In den Registern der Jahresbände lassen sich regelmäßig sechsundzwanzig thematische Rubriken finden. Bei der bisher zum Teil nur kursorischen Sichtung des Materials zeigten vier Rubriken eine vergleichsweise Häufung an „rassenhygienischen" Inhalten. In der nachfolgenden Liste sind diese Rubriken durch Fettdruck hervorgehoben:

1. Allgemeine Chirurgie
2. Allgemeine pathologische Anatomie, Histologie und Physiologie
3. Anatomie
4. **Anthropologie und Vererbungslehre (ab 1938)**
5. Soziale Fragen, Berufskrankheiten, Rechtsfragen, Krankenkassenwesen
6. Erkrankungen des Mundes und der Speicheldrüsen (ab 1938)
7. Forensische Zahnheilkunde
8. Geleitwort
9. Geschichte der Zahnheilkunde
10. Grenzgebiete

11. Hygiene und Bakteriologie
12. Kieferorthopädie/Orthodontie
13. Militärwesen, Unterrichtswesen, Kliniken (ab 1938
14. Nachrufe, Personalia, Vereinsberichte
15. Naturheilkunde, Volksernährung, Diätik und Homöopathie
16. Paradentose
17. Pharmakologie und Toxikologie
18. Physikalische Diagnostik und Therapie (Iontophorese u. a.) sowie eigentliche Strahlenkunde (Röntgen, Radium, Diathermie)
19. Physiologie
20. Spezielle Chirurgie
21. Spezielle Pathologie
22. Übersichtsreferate
23. Unterrichts- und Fortbildungswesen
24. Verletzungen
25. Zahnerhaltungskunde
26. Zahnersatzkunde

Nach Abschluss der Untersuchung soll eine weitaus differenziertere Aussage über die Verteilung und konkrete thematische Fokussierung der „rassenhygienischen“ Aspekte auf besagte Rubriken vorliegen. Ebenso werden Aussagen darüber möglich sein, welche Personen aus Forschung und Lehre sich für die „wissenschaftliche Rassenhygiene“ in der Zahnmedizin engagierten.

Neben den genannten Resultaten auf inhaltlicher Ebene wird der methodische Teil der Arbeit Einblicke in das systematische Verfahren geben, welches sich für die qualitative und quantitative Untersuchung weiterer (zahn-)ärztlicher Fachorgane eignet und in der Zukunft noch optimiert beziehungsweise noch weiter angepasst werden kann.

Quellen

Deutsche Zentralbibliothek in Köln
Jahresbände der Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift, 1933-1945.
Jahresbände der Zahnärztlichen Mitteilungen, 1933-1945.
Jahresbände der Deutschen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, 1934-1945.
Jahresbände des Zentralblattes für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, 1936-1945.

Sächsisches Staatsarchiv Leipzig
Nr. 21101, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig.

Literatur

1. Althoff (1983): Helmuth Althoff, Die zeitgenössische Zahnmedizin im Spiegel der Zeitschrift „Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ 1934-1943, Düsseldorf 1977.
2. Groß/Schäfer (2009): Dominik Groß, Gereon Schäfer, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie. Geschichte der DGZMK (1859-2009), Berlin 2009.
3. Guggenbichler (1988): Norbert Guggenbichler, Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz, Frankfurt am Main 1988.
4. Harten/Neirich/Schwerendt (2006): Hans-Christian Harten, Uwe Neirich, Matthias Schwerendt, Rassenhygiene als Erziehungsideologie im Dritten Reich. Bio-Bibliographisches Handbuch, Berlin 2006.
5. Hesse (1936): Richard Hesse, Index der deutschen und ausländischen zahnärztlichen Literatur und zahnärztliche Bibliographie 1934, München 1936.
6. Huber (2009): Barbara Huber, Der Regensburger SS-Zahnarzt Dr. Willy Frank, Würzburg 2009.
7. Jacobs (2004): Benjamin Jacobs, Zahnarzt in Auschwitz. Häftling 141129 berichtet, Baden-Baden 2004.
8. Kirchhoff (1987): Wolfgang Kirchhoff (Hrsg.), Zahnmedizin und Faschismus, Marburg 1987.
9. Klee (2011): Ernst Klee, Das Personenlexikon zum Dritten Reich, Frankfurt am Main 2011.
10. Köhn (1994): Michael Köhn, Zahnärzte 1933-1945. Berufsverbot, Emigration, Verfolgung, Berlin 1994.
11. Massin (1999): Benoit Massin, Anthropologie und Humangenetik im Nationalsozialismus, oder: Wie schreiben deutsche Wissenschaftler ihre eigene Wissenschaftsgeschichte?, in: Heidrun Kaupen-Haas, Christian Saller, Wissenschaftlicher Rassismus. Analysen der Kontinität in den Human- und Naturwissenschaften, Frankfurt am Main 1999, S. 12-65.
12. Mayring (2010): Philipp Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim/Basel 2010.

13. Möller (2011): Frank Möller, Prof. Dr. Erwin Reichenbach, Blattfeder 3 (2011), S. 3f.
14. Popping (1997): Roel Popping, Computer Programs for the Analysis of Text and Transcripts, in: Carl W. Roberts (Hrsg.), Text analysis for the Social Sciences: methods for drawing statistical inferences from texts and transcripts, Mahwah (NJ) 1997, S. 209-221.
15. Priehn-Küpper (2000): Susanne Priehn-Küpper, ZM-Geschichte: 90 Jahre alt, aber topfit, Zahnärztliche Mitteilungen 24 (2000), S. 58.
16. Rosenthal (1936): Wolfgang Rosenthal, Impressum und Vorwort, Zentralblatt für die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 1 (1936).
17. Rössler (2005): Patrick Rössler, Inhaltsanalyse, Konstanz 2005.
18. Ruberg (1977): Günter Ruberg, Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel der „Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift“ 1934-1944, Düsseldorf 1977.
19. Schröck-Schmidt (1996): Peter Schröck-Schmidt, Leuchtende Sterne der Medizin, Leipzig 1996.
20. Staehle/Eckart (2005): Hans Jörg Staehle, Wolfgang Uwe Eckart, Hermann Euler als Repräsentant der zahnärztlichen Wissenschaft während der NS-Zeit, Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 60 (2005), S. 677-694.
21. Staehle/Eckart (2008): Hans Jörg Staehle, Wolfgang Uwe Eckart, Hermann Euler versus Otto Riesser – zwei widersprüchliche Biographien vor, während und nach der Ära des Nationalsozialismus, Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 63 (2008), S. 36-52.
22. Wündrich (2000): Bettina Wündrich, „Biologische“ Zahnmedizin im Nationalsozialismus – Entwurf und Entwicklung einer „neuen deutschen Zahnheilkunde“ zwischen 1933 und 1945 und ihre Beziehung zur alternativ-ganzheitlichen Zahnmedizin von heute (= Diss. Zahnmed. Heidelberg 2000).
23. ZÄK Sachsen-Anhalt: Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt (Hrsg.), „Fortbildungsinstitut Erwin Reichenbach“: ein bedeutender Zahnarzt, Lehrer und Wissenschaftler als Namenspatron einer Institution, Magdeburg 2001.

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Neuordnung der zahnärztlichen Berufsvertretung und Zuteilung der Presseorgane; aus: ZM 1934, 22, Sp. 865f.
Abbildung 2: Bekanntgabe des Ausscheidens von W. Rosenthal durch H. Euler; aus: Zentralblatt 1938, 1, S. 80.
Abbildung 3: Quantitative Entwicklung der jährlichen Seitenzahlen des Zentralblatts, erstellt von Manfred Vigna.
Abbildung 4: Dimensionen des Sprachkonstrukts „Rassenhygiene“; erstellt nach Harten/Neirich/Schwerendt (2006).
Abbildung 5: Formale und inhaltliche Kriterien, die als Variablen codiert und erfasst werden; erstellt von Manfred Vigna.
Abbildung 6: Jährliche Ausgaben mit rassenhygienischen Inhalten; erstellt von Manfred Vigna.
Tabelle 1: Kategoriebezogene Items des Konstrukts „Rassenhygiene“; erstellt von Manfred Vigna.

IV. Medizin und Literatur nach 1945

Leben in der Anstalt. Der Alltag von Patienten und Schülern in Einrichtungen des Landschaftsverbands Rheinland nach 1945 – Ein Werkstattbericht[1]

Anke Hoffstadt, Thorsten Noack, Frank Sparing und Andrea zur Nieden

> „Eingerichtet auf alle Zeiten hat sich, zum Beispiel, die Patientin Hertha Feilbach, 66, in der Institution Süchteln. Seit 35 Jahren hospitalisiert und seit zehn Jahren ohne Kontakt zu ihrem in Essen lebenden Bruder, macht sich die an Schizophrenie erkrankte Frau durch Staubwischen und Fußbodenscheuern nützlich. Entlassungs-Angebote schlug sie aus, weil sie erkannt hat: ‚Ich könnte mich draußen nicht mehr schicken.'
>
> Die Kranke Hertha Feilbach, wohnhaft in einem Zehn-Betten-Zimmer des offenen Hauses ‚Frauen A', gehört, wie alle Arbeitspatienten, noch zu den privilegierten Insassen: Der Bohnerbesen, den sie seit dreieinhalb Jahrzehnten lenkt, wurde ihr zum Fetisch der Nützlichkeit, die Tasse Bohnenkaffee, die sie sich von ihrem Dollenmoos leisten kann, zum Symbol für Luxus. Sie hat das Recht, das Areal zum Spaziergang zu verlassen, sie darf einmal im Jahr Pappnase und Narrenkappe aufsetzen und schunkeln, wenn die Anstaltskapelle beim Patienten-Karneval spielt ‚Warum ist es am Rhein so schön …'
>
> Je länger die Kranke Hertha Feilbach jedoch in der Anstalt verweilt, desto mehr wird sie abstumpfen und die Fähigkeit verlieren, sich selbst im geschlossenen System zurechtzufinden. Dann ist der Tag nicht mehr fern, an dem sie sich auch drinnen nicht mehr schicken kann, an dem sie, wie fast alle Dauerpatienten, delegiert wird an die ‚Scheißerle-Station' (Pfleger-Jargon), wo die ausgezehrten Greise ihrem Ende entgegendämmern, im Arm, vielleicht, den Teddybär."[2]

Von dem sozialreformerischen Zeitgeist der frühen 1970er Jahre getragen, berichtete „Der Spiegel" in einer Titelgeschichte im Jahr 1971 über den tristen Alltag von „Geisteskranken" in der Bundesrepublik, der, so die Wahrnehmung des Magazins, fast ausnahmslos in Anstalten stattfand. In ihrem typischen aufklärerisch-fortschrittsoptimistischen Ton kritisierte die Hamburger Zeitschrift vor allem die systematische Vernachlässigung der Patienten, die mangelhafte Professionalität und finanzielle Ausstattung sowie die Gewaltverhältnisse in den Anstalten und deren insgesamt verwahrend-exkludierenden Charakter. Dabei nahm „Der Spiegel" in seiner institutionenkritischen Berichterstattung keine Vorreiterrolle ein. In den zunehmend aufmerksameren Mediendokumenationen und -dossiers waren es vor allem die inhumanen Zustände innerhalb der Anstalten, die der breiteren Öffentlichkeit bekannt wurden und für eine zunehmende Skandalisierung des Anstaltssystems sorgten.[3] In seiner Darstellung der Situation und Lebenswelt der Patientin enthält das obige Zitat noch

[1] Der besseren Lesbarkeit wegen wird hier das generische Maskulinum verwendet. Diese Form schließt dabei immer alle Geschlechtsformen ein.

[2] „Eia-popeia, bitte nicht schlagen!" Spiegel-Report über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (VI): Geisteskranke, Der Spiegel 31 (1971), S. 47.

[3] Brink (2010), S. 410-493.

einen weiteren typischen Aspekt für die damalige Berichterstattung: den Glauben an das medizinische Modell und an die antidiskriminierende Wirkung medizinischer Aufklärung. So fehlte bei der Nennung des Pseudonyms Hertha Feilbach niemals das Attribut „krank". Psychische Devianz und Behinderungen, so die plakativ vorgetragene Botschaft, seien keine moralischen, sondern medizinische Kategorien.

Nach 1968 gerieten die psychiatrischen Einrichtungen immer massiver in die öffentliche Kritik und wurden schließlich in den folgenden Jahrzehnten auch zum Gegenstand gesellschaftspolitischer Reformpolitik.[4] Angestoßen durch das kritische öffentliche Klima und vorangetrieben vom Willen einer Reihe von Professionellen setzten Ende der 1960er Jahre vor allem lokal getragene Veränderungsprozesse in einzelnen Einrichtungen ein. So entstanden beispielsweise extramurale Strukturen wie Tages- und Nachtkliniken. Das in den herkömmlichen psychiatrischen Einrichtungen eingesetzte Personal wurde weitergebildet und die Versorgung bestimmter Patientengruppen erfuhr durch die Ausdifferenzierung der Angebote zaghafte Verbesserungen. 1975 lag mit dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" (Psychiatrie-Enquête), den eine Sachverständigen-Kommission im Auftrag des Bundestages seit 1971 erarbeitet hatte, sowohl eine umfassende Bestandsaufnahme des zeitgenössischen kustodialen Anstaltssystems als auch eine Reihe konkreter Reformvorschläge vor, die sich weitgehend am medizinischen Modell orientierten.[5] Eine institutionalisierte Umsetzung der Reformvorschläge der Psychiatrie-Enquête, d.h. ein grundlegender struktureller Wandel der Einrichtungen, ließ indes noch einige Jahre auf sich warten. Durchaus zutreffend schrieb „Der Spiegel" noch 1981:

> „Über ‚menschenunwürdige Zustände' wird allenthalben geklagt, egal, ob in Haar bei München oder auf ‚Bonnies Ranch', der Karl-Bonhoeffer-Klinik von Berlin-West, wo mehr Fixer raus- als rein kommen. Daß die Wirklichkeit noch viel schlimmer ist, als die Enquete ahnen ließ, offenbart sich in Nordrhein-Westfalen."[6]

Wenn sich hier Kritik an den Zuständen in den nordrhein-westfälischen Anstalten oder gar justiziable Vorfälle häuften, ginge es – urteilte der Spiegel-Bericht an anderer Stelle – eindeutig nicht mehr allein „um eine menschenfeindliche Psychiatrie, die ihre Patienten wahllos und mit Überdosen von Psychopharmaka ruhigstellen" wolle:[7]

> „Das System, das so was zuläßt, ist nicht zu knacken, solange es die Großpsychiatrie gibt. In den Psychofabriken werden Patienten aus allen sozialen Bindungen herausgelöst, weit weg von ihren Familien zusammengezogen, Gettos abseits des normalen Lebens."[8]

Strukturelle Veränderungen erfolgten erheblich verzögert nach den Empfehlungen der sogenannten Expertenkommission von 1988, die auf die Bedürfnisse chronisch kranker Menschen fokussierte, und nach Auswertung der Ergebnisse aus den sogenannten Modellregio-

[4] Novella (2008), S. 303-314.
[5] Bundesminister (1973-1974); Deutscher Bundestag (1975); Deutscher Bundestag (1979).
[6] „Tür zudrücken.", Der Spiegel (1981), S. 92
[7] Ebenda, S. 94.
[8] Ebenda, S. 96.

nen.[9] Langfristig wirksame gesellschaftliche Modernisierungsprozesse ermöglichten einen strukturellen Wandel der Einrichtungen, der sich mit den Stichworten Deinstitutionalisierung, Gemeindeorientierung und Professionalisierung, die wesentlich eine Klinifizierung und Pädagogisierung war, grob umreißen lässt. Sie trugen Entscheidendes zum Abbau institutioneller Gewalt und zur schrittweisen „Humanisierung" bei. Ein patientenorientiertes, gemeindenahes Versorgungsensemble ist allerdings bis heute noch lange nicht Realität geworden. So ist das komplementäre Angebot regional unterschiedlich ausdifferenziert und es existieren weiterhin separierte Fachkliniken, auch wenn die Zahl psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern seit den 1980er Jahren erheblich zugenommen hat. Doch trotz einer anhaltenden Stigmatisierung psychisch Kranker haben die psychiatrischen Einrichtungen im regionalen Umfeld heute ihren schlechten Ruf weitgehend verloren – in ihrer gesellschaftlichen Funktion taugen sie heute nur noch begrenzt als disziplinierende Drohkulisse und Normalisierungsinstanz.

Sahen die Lebenswirklichkeiten von psychisch kranken, geistig und körperlich behinderten Menschen in den Anstalten tatsächlich so aus, wie es das Zitat im „Spiegel" über die heutige LVR-Klinik Viersen nahe legt? Wie hat sich der Alltag im Laufe der Jahrzehnte für die Bewohner gestaltet und schließlich auch verändert? Und vor allem: Wie haben sie selber diese Prozesse erlebt und bewertet? Diese und ähnliche Fragen untersucht ein am Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf angesiedeltes Projekt anhand der Einrichtungen des Landschaftsverbands Rheinland (LVR), eines überregionalen öffentlichen Trägers der rheinischen Städte und Kommunen im Gesundheits-, Schul- und Kulturbereich. Als Institutionen erforscht das Projekt die psychiatrischen Kliniken und Förderschulen. Es handelt sich um eine erhebliche Zahl an Einrichtungen: Elf psychiatrische Großkliniken sowie 39 heute existierende Förderschulen, die neben den zahlreichen Einrichtungen freier Träger für die Versorgung von über neun Millionen Einwohner des nordrheinischen Teils des Bundeslandes NRW verantwortlich sind.[10] Die für ein historisches Forschungsprojekt große Zahl zu untersuchender Institutionen relativiert sich insofern, als dass der größte Teil der Hilfs-, Sonder- bzw. Förderschulen erst verhältnismäßig spät, in den 1970er und 1980er Jahren, gegründet wurde. Zuvor existierten in Trägerschaft des Landschaftsverbandes „nur" insgesamt acht Schulen, in denen gehörlose und blinde Kinder und Jugendliche dem Versorgungsauftrag des LVR entsprechend be-

[9] Für Nordrhein-Westfalen sind an dieser Stelle u.a. die Deinstitutionalisierung der Heilpädagogischen Heime sowie die Auffangkonzeption (1993), ein sozialpsychiatrisches Enthospitalisierungsprogramm, zu nennen. Vgl. auch: Expertenkommission (1988) sowie kurz hierzu etwa Bühring (2001).

[10] Die Kliniken befanden oder befinden sich in Viersen, Bedburg-Hau, Langenfeld, Düren, Düsseldorf (zugleich Universitätsklinik), Bonn (zugleich Universitätsklinik), Marienheide (1967-1979), Brauweiler (1968-1978), Mönchengladbach-Rheydt (seit 1972), Essen (seit 1974, zugleich Universitätsklinik) und Köln (seit 1974).

schult wurden.[11] Gerade der Blick auf diese „Traditionsschulen", die mitunter seit bis zu 150 Jahren zum Fürsorge-System des Landschaftsverbandes oder seiner Vorgängerin – dem Provinzialverband der Rheinprovinz – gehörten und deren Schulklassen und Internate den alltäglichen Mikrokosmos für die seit dem Jahr 1911 zum Schulbesuch verpflichteten jungen Menschen mit Sinnesbehinderung bildeten, ermöglicht es, die Anstalts-Welten von Schulen und Psychiatrien analytisch zu verschränken: Waren doch Menschen mit Sinnesbehinderung, insbesondere die sogenannten „Taubstummen", bis weit in das 20. Jahrhundert hinein immer noch mit dem Stigma behaftet, durch ihren „fehlenden" Sinn zugleich auch geistig „behindert" und psychisch beeinträchtigt zu sein.[12]

In der ersten, zweijährigen Projektphase (2011-2013) stand ein Untersuchungszeitraum von der unmittelbaren Nachkriegszeit bis in die Mitte der 1980er Jahre im Blick der Forschung. Damit setzen auf der einen Seite das Ende des „Dritten Reiches" mit den NS-Verbrechen gegen Kranke und Behinderte vor Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission sowie die Anfänge der sogenannten Schulversuche zu Ideen schulischer Integration von Menschen mit Behinderungen zunächst die zeithistorischen Eckpunkte der zu untersuchenden vier Jahrzehnte. In einem zweiten Forschungsabschnitt 2013/14 ist geplant, die *Auswirkungen* der Reformen auf den Alltag in den Institutionen der psychiatrischen Versorgung der 1990er Jahre zu untersuchen und das Teilprojekt zur Geschichte der Förderschüler um den Blick auf die Konstruktion von *Körper*behinderung in den „neuen" Schulen des Landschaftsverbandes Rheinland zu erweitern.

1. Die Anstalten

Den institutionellen Bezugspunkt für die Erforschung der Geschichte der Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen bilden die größtenteils bereits vor dem Ersten Weltkrieg als Heil- und Pflegeanstalten sowie als Bildungsanstalten für „Taubstumme" und Blinde gegründeten Einrichtungen der rheinischen Provinzialverwaltung – des späteren Landschaftsverbandes Rheinland. Erst mit dem notwendigen Blick auf die Institutionen und die politischen und sozialen Rahmungen, die ihre Geschichte seit 1945 prägten, ist die Unterbringungs-, Lern-, Lebens- und Arbeitssituation der betroffenen Menschen angemessen ins Verhältnis zu ihren jeweiligen äußeren Bedingungen zu setzen.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bestand in Deutschland wie in anderen europäischen Staaten ein dichtes Netz von öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten. Zwischen 1850 und 1910 erfolgte die Gründung von mehr als 200 Großeinrichtungen, die meist eine

[11] Von diesen „Traditionsschulen" bestehen heute noch die jetzige „LVR-Louis-Braille-Schule" in Düren, bis 1953 „Rheinische Provinzial-Blindenanstalt", bis 1969 „Rheinische Landesblindenbildungsanstalt", und die Schulen für Gehörlose in Essen, Köln, Aachen, Düsseldorf, bis 1976 als „Rheinische Landesschule für Gehörlose (Sonderschule)" in Wuppertal und Euskirchen – als Schule für mehrfachbehinderte und/oder lernschwache gehörlose und schwerhörige Kinder und Jugendliche. Ab Mitte der 1970er Jahre übernahm der LVR auch die Trägerschaft für heute vier Sehbehinderten- und drei Schwerhörigenschulen im Rheinland sowie schließlich auch für heute 19 Schulen mit dem Förderschwerpunkt „körperliche und motorische Entwicklung". Daneben bestehen heute zwei „Schulen für Kranke" an den LVR-Kliniken in Viersen und Bedburg-Hau.

[12] Groschek (2008), S. 14f. Zum Behinderungsbegriff siehe einführend Kastl (2010).

kasernenartige Architektur aufwiesen und für die Aufnahme von mehreren hundert Menschen konzipiert waren. Ursächlich für diese regelrechte Gründungswelle, die sich in zahlreichen europäischen Ländern in ähnlicher Weise zeitlich parallel vollzog, waren vor allem soziale und ökonomische Faktoren. Deutschland erlebte die Industrialisierung, die mit einem strukturellen Wandel der Familienverfassung einherging; die Urbanisierung nahm einen rasanten Verlauf, der Lebensalltag erfuhr eine erhebliche räumliche und zeitliche Verdichtung; die Wahrnehmungs- und Toleranzschwelle für abweichendes Verhalten, das nicht einer rationalen Lebensführung entsprach, sank. Damit begann das lange Zeitalter der Anstaltspsychiatrie, die die Lebenswirklichkeit psychisch kranker Menschen wie auch das öffentliche Bild der Psychiatrie in der Bundesrepublik bis in die 1980er Jahre entscheidend prägte.[13]

Die Heil- und Pflegeanstalten im Rheinland waren im Frühjahr 1945, mit der Befreiung der nord-rheinischen Städte und Gemeinden durch britische Truppen, in unterschiedlichem Grade durch Kriegseinwirkung beschädigt und von Fremdnutzern beansprucht. Fast durchweg mussten die verbliebenen Patienten äußerst beengt und behelfsmäßig untergebracht werden. Auch nach Mai 1945 blieb die aufgrund der einschlägigen Verordnungen aus der NS-Zeit seit Kriegsbeginn ansteigende Hungersterblichkeit auf zunächst hohem Niveau und nahm teilweise erschreckende Ausmaße an. Erst durch die Währungsreform 1948 trat eine allmähliche Normalisierung der Versorgungslage ein.[14] Die große Bedeutung, die der Psychiatrie für die Gesundheitsversorgung in der unmittelbaren Nachkriegszeit zukam, hat in den späten 1940er Jahren wesentlich dazu beigetragen, dass eine tiefgehende Überprüfung der Beteiligung von Ärzten und Pflegekräften an NS-Verbrechen gegen Kranke oder Menschen mit Behinderungen weitgehend unterblieb.[15] Wenn nach 1945 jedoch rasch an die Ideen der Reformpsychiatrie angeknüpft wurde, sollte damit, mehr oder weniger deutlich ausgesprochen, zugleich ein Bruch mit der NS-Psychiatrie dokumentiert werden. So wurde bereits in den Jahren 1950/51 die psychiatrische Außenfürsorge im Rheinland vergleichsweise früh wieder aufgebaut.[16] Mit der Umbenennung der rheinischen Heil- und Pflegeanstalten, die ab November 1950 die Bezeichnung „Landesheilanstalten" erhielten, sollte auch der Name einen Neuanfang in der psychiatrischen Versorgung signalisieren.

Der drastische Belegungsanstieg, der in den Folgejahren die Situation in den rheinischen psychiatrischen Krankenhäusern kennzeichnete, stand nicht nur mit dem Bevölkerungszuwachs im Gebiet Nordrhein-Westfalens in Zusammenhang. Daneben führte der wirtschaftliche Aufschwung dazu, dass die Erwerbstätigkeit in den Familien nicht mehr allein auf die Männer beschränkt blieb. Die bis dahin in den Familien gepflegten psychisch auffälligen oder geistig behinderten Angehörigen erhöhten insbesondere den Anteil der Sucht- und geriatrischen Patienten in den „Landesheilanstalten".[17] Zugleich bestand bereits seit Kriegsende ein chronischer Pflegekräftemangel, dem der LVR durch Qualifizierung

[13] Zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie siehe u.a. Blasius (1980), S. 69-110; Fangerau/Nolte (2006).
[14] Sparing (2001).
[15] Werner (1995); Dreßen (1997); Zimmermann (2001).
[16] Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland (ALVR) 31348. Eine psychiatrische Außenfürsorge wurde in anderen Regionen der Bundesrepublik erst ab Mitte der 1950er Jahre wieder aufgebaut, vgl. Brink, S. 369f.
[17] Müller/Scheuerle (1961/62).

und symbolische Aufwertung des Berufsstandes wie auch durch eine Verbesserung der Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten und die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte zu begegnen versuchte. Dennoch war noch Ende der 1960er Jahre ein geordneter Pflegebetrieb nur durch die Leistung zahlreicher Überstunden aufrecht zu erhalten.[18] Aufgrund der zunehmenden Überfüllung der Landeskrankenhäuser traf der Landschaftsverband zum 1. Januar 1965 erstmals in seiner Geschichte die Entscheidung, einen Aufnahmestopp für bestimmte Patientengruppen zu erlassen. Zu diesem Zeitpunkt waren die sechs bestehenden Landeskrankenhäuser im Rheinland mit 11.500 Patienten um 32 Prozent überbelegt, so dass zahlreiche Kranke auf Matratzen und Liegen in Fluren, Treppenhäusern und Aufenthaltsräumen untergebracht waren.[19]

Mit dem programmatischen Ziel, wieder „Anschluss an den Stand der internationalen Psychiatrie zu gewinnen", wurden die „Landesheilanstalten" 1960 in „Landeskrankenhäuser" umbenannt, wodurch zugleich der aufgrund neuer pharmakologischer Möglichkeiten gewachsene Heilanspruch unterstrichen wurde. Die Patienten sollten nun möglichst aus der stationären Behandlung herausgenommen und in erster Linie – wie in einem Krankenhaus – einer ambulanten Therapie unterzogen werden. Um diesem Anspruch zu genügen und zugleich der bereits akuten Überbelegung zu begegnen, wurden seit Anfang der 1960er Jahre eine ganze Reihe von Neubauten, wie Tages- und Nachtkliniken oder Aufnahmekliniken, geplant. Daneben wurde etwa zeitgleich mit einer Modernisierung und Renovierung der Wohn- und Tagesräume auf den Abteilungen begonnen: Die Krankenabteilungen sollten „nach neuzeitlichen Gesichtspunkten umgebaut" und die großen Säle in Einzelräume aufgelöst werden. Aus finanziellen Gründen verzögerten sich jedoch sowohl die Inbetriebnahme der Neubauten als auch die lange überfällige Sanierung der Altbauten, so dass bis Anfang der 1970er Jahre der überwiegende Teil der Patienten noch in nichtrenovierten Gebäuden untergebracht blieb.[20] Eine Verbesserung der individuellen Betreuung sollte schließlich auch eine Ende der 1960er Jahre eingeleitete strukturelle Veränderung der psychiatrischen Versorgung erbringen: Seit Sommer 1967 wurden die Landeskrankenhäuser in weitgehend selbstständige Funktionsbereiche unter ärztlicher Leitung ausdifferenziert, was zugleich der besseren Überschaubarkeit und einer Spezialisierung der Arbeitsbereiche dienen und die Qualität der Therapie optimieren sollte.[21] Parallel dazu wurden die ehemalige TBC-Klinik in Marienheide (Anfang 1967) und die vormalige Arbeitsanstalt in Brauweiler (Anfang 1969) zu „Landeskrankenhäusern", mit einer Schwerpunktsetzung auf die Versorgung psychisch Alterskranker beziehungsweise Suchtkranker, umgewandelt. Dadurch sollten Aufnahmekapazitäten für die zwei Patientengruppen geschaffen werden, die als Ursachen für die anhaltende Überbelegung ausgemacht worden waren.[22]

Als für den Zeitraum ab etwa 1970 entscheidendste Veränderung kann die öffentliche Skandalisierung der Zustände in der Psychiatrie gelten: Während bisherige Reforminitiativen vor allem von innen kamen, gerieten nun im Zuge eines allgemeinen gesellschaftlichen

[18] ALVR 31202, 31290 und 31406.

[19] Pressedienst des LVR vom 16.12.1964: „Aufnahmebeschränkung in den Rheinischen Landeskrankenhäusern", in: ALVR 31257.

[20] ALVR 31367 und 31284.

[21] ALVR 31356 und 31358.

[22] Zu Marienheide: ALVR 31384; zu Brauweiler: ALVR 42451.

Aufbruchs nach 1968 bundesweit auch die psychiatrischen Einrichtungen immer massiver in die öffentliche Kritik, geäußert in der Presse, in Selbsterfahrungsberichten oder sozialpsychiatrischer und antipsychiatrischer Literatur.[23] Dies beförderte einerseits übergreifende Reformprojekte wie die Psychiatrie-Enquête, spiegelte sich aber ebenso auf der Mikroebene einzelner Vorfälle wider: auch lokal konnten Beschwerden und Kritik nun eher Gehör finden. Für das Rheinland war insbesondere die „Sozialistische Selbsthilfe Köln" (SSK) von Bedeutung, die 1977 die ersten „Beschwerdezentren" als „Initiativen gegen Verbrechen in Landeskrankenhäusern"[24] gründete und massiv mit öffentlichkeitswirksamen Protestaktionen auf die katastrophalen Zustände aufmerksam machte.[25] Mit der Möglichkeit, entlassenen oder geflüchteten ehemaligen Psychiatrie-Patienten eine Unterkunft zu geben, griff der SSK auch ganz alltagspraktisch in die Versorgungsstrukturen im Rheinland ein, wo er sie als unzulänglich und an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen vorbeigeleitet kritisierte.

Statt einer umfassenden Umsetzung der Forderungen der Psychiatrie-Enquête waren tatsächliche Veränderungen allerdings bis in die 1980er größtenteils weiterhin auf Einzelinitiativen angewiesen. Zwar setzte die Bundesregierung 1975 mit dem „Modellverbund Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung" und mit dem „Modellprogramm Psychiatrie" von 1980, für das im Rheinland Essen, Duisburg und der Oberbergische Kreis als Modellregionen ausgewählt wurden, zwei Umstrukturierungskonzepte auf. Und auch der LVR realisierte mehrere Sofortprogramme zur Verbesserung der Unterbringungsbedingungen durch Renovierungen und Neubauten (z.B. der Standardbettenhäuser mit kleineren Zimmern).[26] Ein großer Teil der Klientel der Psychiatrien verblieb jedoch in alten maroden Gebäuden und insbesondere viele chronisch kranke und geistig behinderte Menschen wurden bis zu den Enthospitalisierungsprogrammen in den 1990er Jahren weitgehend in großen Schlafsälen „verwahrt". Der Zeitraum bis 1985 zeichnet sich also durch ein Nebeneinander neuer (sozialpsychiatrischer) Initiativen und wandlungsresistenter alter Strukturen aus. So erfuhr die Versorgung bestimmter Patientengruppen durch Modernisierung und Ausdifferenzierung der Angebote zaghafte Verbesserungen. Bei näherer Betrachtung lassen sich aber erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Anstalten und Abteilungen feststellen, beispielsweise in der baulichen und personellen Ausstattung: So bemaß das reale Arzt-Patienten-Betreuungsverhältnis 1977 in Köln-Merheim etwa 1:8, in Mönchengladbach 1:13, in Brauweiler 1:31 – in Bedburg-Hau betreute dagegen ein Arzt 110 Patienten (die Unterschiede ergaben sich nicht zuletzt dadurch, dass insbesondere große und weit abgelegene Anstalten wie Bedburg-Hau erhebliche Schwierigkeiten hatten, Personal zu gewinnen).[27] Große Differenzen bestanden aber auch

[23] Vgl. Brink (2010), S. 410-469.

[24] Siehe z.B. „Verbrechen in Landeskrankenhäusern", in: Kölner Volksblatt, September 1977, sowie die Erklärung des SSK an den LVR von 1978 dazu in: ALVR 42468.

[25] Dokumentiert etwa in der SSK-eigenen Zeitschrift „Unbequeme Nachrichten. Informationen aus Nerven-Heilanstalten, Heimen und anderen Abschiebeeinrichtungen", Nr. 1-15 (1977-1981).

[26] Landschaftsverband Rheinland (2007).

[27] Vgl. statistische Aufstellung vom 7.10.1981 in: ALVR 42451.

in der durch jeweilige lokale Anstaltskulturen geprägten Einstellung des Personals gegenüber den Patienten.[28]

Über viele Jahrzehnte hinweg war der Alltag psychisch kranker und behinderter Menschen damit entscheidend durch die Regeln totaler Institutionen geprägt, wie sie der kanadische Soziologe Erving Goffman 1961 am Beispiel einer reformorientierten „modernen" Großklinik, des St. Elizabeths Hospital in Washington DC mit ca. 7.000 Patienten, beschrieben hat.[29] Er stellte die prinzipielle Unvereinbarkeit der totalen Institution mit der Selbstbestimmung derer, für die sie geschaffen worden waren, fest:

> „In erster Linie unterbinden oder entwerten totale Institutionen diejenigen Handlungen, die in der bürgerlichen Gesellschaft die Funktion haben, dem Handelnden und seiner Umgebung zu bestätigen, daß er seine Welt einigermaßen unter Kontrolle hat – daß er ein Mensch mit der Selbstbestimmung, Autonomie und Handlungsfreiheit eines ‚Erwachsenen' ist."[30]

Dieser systematische Entzug von individueller Selbstkontrolle, von Intimität und Bürgerrechten, die qua Institution hergestellte Regression und die der totalen Institution strukturell inhärente Gewalttätigkeit gingen mit einer therapeutisch wie pädagogisch legitimierten Abschottung nach außen einher. Besuche wurden stark reglementiert und der Briefverkehr der Insassen unterlag einer strikten und stillen Zensur: „Ruhe, Ordnung und Disziplin wurden als grundlegend für den einzuleitenden Heilungsprozess angesehen. Jede Aufregung und Desorientierung mussten ferngehalten werden".[31] So wurde in einer psychiatrischen Anstalt eine „Eigenwelt" produziert, die sich, folgt man Goffman, von der einer Schule oder einer Kaserne nur graduell unterschied, auch wenn die Strukturen und Alltagsregeln dieser Einrichtungen, die Autonomie entzogen, natürlich verschieden legitimiert wurden – das (psychiatrische) Krankenhaus medizinisch, die Schule pädagogisch und die Kaserne militärisch. Ein konstitutives Element totaler Institutionen ist Goffman zufolge die Anwendung einer repressiv wirkenden Pädagogik. Strafen und Privilegien werden nach Wohlverhalten verteilt, die erwachsenen Insassen werden infantilisiert und sollen (um-)erzogen werden. In welchem Umfang Entmündigung und Disziplinierung der Patienten in den Anstalten des Landschaftsverbandes therapeutisch legitimiert wurden, belegen etwa die massiven Widerstände des Pflegepersonals gegen die Anfang 1966 eingeführte Umstellung der „Arbeitsbelohnung". Wo dieses bis dahin nach eigenem Ermessen für erfolgte „Arbeit" Zigaretten oder Süßwaren ausgegeben hatte, sollte die „Entlohnung" fortan in Geldbeträgen erfolgen. Aus Sicht zahlreicher Pflegekräfte sei ihnen durch die damit einhergehende Stärkung der Autonomie der Patienten ein „wirksames therapeutisches Mittel"[32] aus der Hand genommen worden. Auch waren weiterhin Isolierung durch Postkontrolle, Entzug der Privatsphäre und Zwang konstitutiv für ein Milieu, in dem aufgrund strukturell angelegter Gewaltverhältnisse fließende Übergänge zu Missbrauch und Misshandlung festzustellen sind.

---

[28] Dies wurde in Zeitzeugeninterviews beschrieben, lässt sich aber auch aus der Archivdokumentation einzelner klinikinterner Konflikte rekonstruieren.

[29] Goffman (1973).

[30] Ebenda, S. 49.

[31] Vanja (1993), S. 48.

[32] Vgl. Antworten der Landeskrankenhäuser auf eine Rundfrage zu den Auswirkungen des neuen Prämiensystems, April 1966, in: ALVR 31372.

Als „Anstalten, die zur Fürsorge von Menschen eingerichtet wurden“,[33] sind auch die Förderschulen für Menschen mit Sinnesbehinderung im Sinne Goffmans als totale Institutionen zu betrachten. Doch hier sollte nicht (Um-)Erziehung die Schüler zur Teilhabe an der Welt einer vollsinnigen Gesellschaft befähigen. Vielmehr sah das Blinden- und Gehörlosenbildungswesen auch in den Einrichtungen des LVR vor, die als letztgültig defizitär beurteilten Voraussetzungen der „armen Geschöpfe“,[34] wie ein Schuldirektor aus Essen seine Schüler 1953 nannte, durch Bildung zu „heben“: Der ausgemachte „Mangel“ an Kommunikationsfähigkeit sollte etwa im Falle der Gehörlosen durch das Erlernen der Lautsprache verkürzt werden. Mit dem Primat des Lautsprachen-Unterrichts, der neben der Vermittlung von Artikulationsfähigkeiten auch das Vermögen, von den Lippen abzulesen, als primäres Lernziel vorsah, arbeiteten auch die Schulen des LVR völlig selbstverständlich in der Tradition der auf dem Mailänder Taubstummenlehrerkongress von 1880 entschiedenen Methodenfrage. Hiernach sollten im Deutschen Reich, später in der Weimarer Republik und schließlich auch in der Bundesrepublik Deutschland Gehörlose in erster Linie nach der oralen, der sogenannten „deutschen Methode“, unterrichtet werden. Diese ging zurück auf den Leipziger Taubstummenlehrer Samuel Heinicken (1729-1790). Ihm folgend waren Gehörlosenpädagogen bis in die 1980er Jahre hinein der Meinung, gehörlose Kinder könnten allein durch die Fähigkeit, sich der Lautsprache zu bedienen und vom Munde ablesen zu können, in die Gesellschaft der Hörenden integriert werden. Dem stand die auf den Pariser Gehörlosenpädagogen Abbé Charles Michel de l'Epée (1772-1789) zurückgehende, sogenannte „französische Methode“ gegenüber, nach der das Erlernen der Gebärdensprache als der natürlichen Sprache gehörloser Menschen im Zentrum didaktischer Fragen stand. Eine „andere“ Sprache, das Gebärden, bestens zu beherrschen, galt aus der Perspektive der Vertreter der manuellen Methode als vorrangige Möglichkeit, gehörlosen Menschen aus einer mittelbaren Isolation heraus zu helfen, die vor allem dadurch verursacht war, dass sie einer „normalen“ Lautsprache nie vollkommen mächtig sein können und in der Folge vielgestaltigen Stigmatisierungen und Ausgrenzungen ausgesetzt waren und sind. Dennoch: als „eigene“ Sprache wurde die Gebärdensprache bis in die jüngste Zeit strikt abgelehnt.[35]

Man befürchtete die (Selbst-)Abschottung der Betroffenen, die mit ihrer exklusiven Kommunikations-Methode für die arbeits- und leistungsorientierte „Normal-Gesellschaft“ der Hörenden verloren schienen oder von deren kulturellen Leben ausgeschlossen blieben. Doch diese pädagogische Zielvorstellung, beispielsweise durch Sprachbildung für gehörlose oder Mobilitätstraining für blinde Menschen Isolationen aufzubrechen, sollte zugleich auch in den Gehörlosenschulen im Rheinland lange durch den einschränkenden Rückgriff auf „Normalitätsvorstellungen“ begrenzt bleiben. Denn die Idee, dass man es insbesondere bei gehörlosen Kindern mit Menschen zu tun habe, die Vollsinnigen intellektuell, qua natura ihrer „Behinderung“, niemals auch nur ähnlich sein könnten, beschnitt über Jahre die Ernsthaftigkeit und strukturelle Konsequenz, mit der das später so genannte Normalisierungsprinzip – der Wunsch nach Teilhabe, Durchlässigkeit, Integration und gleichbe-

[33] Goffman (1973), S. 16.

[34] Pflegestellenbegutachtung durch Direktor August Hein, Rheinische Landesgehörlosenschule Essen vom 19.6.1953, ALVR 29080.

[35] Groschek (2008), S. 17f. Zum „Methodenstreit“ vgl. ebd., passim, bes. S. 246ff.

rechtigtem Zugang zu allen Bereichen der Gesellschaft – angestrebt werden konnte. Noch in den 1970er Jahren hieß es etwa über Menschen mit eingeschränktem Gehörsinn:

> „Es ist ein weitverbreiteter, aber deshalb nicht weniger schwerwiegender Irrtum, wenn man glaubt, daß ein tauber = gehörloser Mensch ein Normalmensch ohne Gehör sei. Der Irrtum ist deshalb so schwerwiegend, weil er einen sachgemäßen und gerechten Zugang zum Gehörlosen verschließt. Man erwartet bei ihm gleiche Begriffe und Begriffsinhalte, gleiches Wort- und Sprachverständnis wie bei den Normalsinnigen und infolgedessen gleiches Verhalten und gleiche Reaktionen, gleiche Einsichten und Erkenntnisse, nur daß er eben leider nicht hören kann. Zu welchen Mißgriffen und Fehlurteilen solche Unkenntnis führen kann, zeigt die tägliche Erfahrung.“[36]

Insofern waren die Schulen des Landschaftsverbandes in der historischen Rückschau auch „Zufluchtsorte vor der Welt“,[37] Asyle im Goffmanschen Sinne, wenn sie „Behinderung“ als unüberwindliches Defizit konstruierten, das eines Schonraumes bedurfte. Goffmans Ansatz folgend trugen auch die Schulen für Menschen mit „Behinderung“ gerade vor diesem Hintergrund Züge einer totalen Institution: Denn ihre Aufgabe – die planmäßige Bildung mit dem Ziel der Integration in die (Arbeits-)Welten der „Normalen“ – ging zugleich mit einem Menschenbild von nur begrenzt „normalisierbaren“ Bedürftigen einher. In dieser Weise formierte sich in den Schulen für Menschen mit (Sinnes-)Behinderungen ein spezifisches Spannungsverhältnis zwischen dem Ziel der Ermächtigung über die „Behinderung“ hinaus und der Festschreibung von Fürsorgebedürftigkeit – mithin eine Konstruktion von Behinderung. Dieser Doppelcharakter der Schulen blieb über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg bestehen, insbesondere die Merkmale des Lenkens und Schützens, die für die pädagogische Arbeit an den Schulen wahrnehmbar sind, hatten lange Bestand. Schrittweise Veränderungen bestätigten und festigten diese Tendenzen zunächst, bevor erst in den 1970er Jahren Zugeständnisse an Konzepte der Selbstständigkeit und Autonomie der Schüler gemacht wurden – nicht selten unter Druck gesetzlicher Entwicklungen, wie etwa der Ergänzungen des Schulverwaltungsgesetzes,[38] in die dennoch weiterhin vor allem paternalistische Blicke auf die „behinderten“ Schüleren einflossen.

Wo sich der Charakter der LVR-Schullandschaft in den späten 1950er und 60er Jahren durch steten (räumlichen) Ausbau und kontinuierlich anwachsende Schülerzahlen bei gleichzeitig immer deutlicher spürbarem Mangel an qualifizierten Lehrkräften auszeichnete, war es vor allem die Zeit ab Mitte der 1960er Jahre, mit der auf breiterer Ebene Wandlungsprozesse begannen. So kamen etwa im Oktober und November 1955, anlässlich der Direktoren-Konferenzen der LVR-Schulen, Fragen der einschneidenderen „Differenzierung“ leistungsschwächerer Schüler zur Erörterung, in deren Folge zum Beispiel die Euskirchener Gehörlosenschule deutlich systematischer zur Sammelschule für sog. „B-Schü-

[36] Schmitt (1973). Schmitts Beitrag zur Gehörlosenseelsorge wurde auch unter den Fachkollegen der Lehrerschaft an den Schulen für Gehörlose des LVR rezipiert und wurde Gegenstand der Erörterungen über den Religionsunterricht und religiöse Unterrichtsinhalte im Kollegium der Schule in Essen, vgl. die ergänzte Abschrift des Artikels in der Sachakte „Aufgabenfelder“ der Essener Gehörlosenschule, ALVR 29336.

[37] Goffman (1973), S. 17.

[38] Vgl. z.B. Runderlaß des Kultusministeriums Nordrhein-Westfalen zu § 25 SchVG (16.10.1968): Schülermitverwaltung, ALVR 32390.

ler“ ausgebaut wurde.[39] Diese Praxis der „fürsorglichen Separation“ kann als wesentliches Merkmal der Schulentwicklung der 1950er und 1960er Jahre bezeichnet werden. Diese Entwicklung spiegelt sich auch im „Gutachten“ sowie in den „Empfehlungen zur Ordnung des Sonderschulwesens“ der Kultusministerkonferenzen wider, die 1960 und 1972 den Ländern den wesentlichen Ausbau eines differenzierten Sonderschulsystems nahelegten. In die gleiche Phase fällt schließlich auch der Wandel der didaktischen und sonderpädagogischen Schwerpunkte und Herangehensweisen an „Behinderung“ und „Normalisierung“, wenn es etwa um die ab 1969 umzusetzenden Prinzipien der Schülermitverwaltung ging oder in Düren nach wohlwollender Prüfung dieses Konzeptes 1973 mit dem sog. „Mobility Training“ für blinde Schüler begonnen wurde.[40] Zugleich boten ab 1967 erste, zaghafte Schulversuche zu integrativer Beschulung den Ausblick in zukünftige Entwicklungen.

Die Alltagsgeschichte von Schülern, die in den „Sonder-“ bzw. „Förderschulen“ des LVR lernten und lebten, gewinnt vor diesem Hintergrund vor allem dort an Kontur, wo „Behinderung“ als Verhandlungsgröße in den „ganz normalen“ Schulalltag verwoben war. Denn jenseits „behinderungs-spezifischer“ Zusammenhänge war „Schule“ auch für sinnesbehinderte Kinder ein Ort, an dem über die Jahrzehnte hinweg und jeweils abhängig von den Gegebenheiten der aktuellen pädagogischen und erzieherischen Leitlinien etwa mit Ordnung, Strafe oder Züchtigung umgegangen wurde, wie in vielen anderen „normalen“ Schulen auch. Dennoch sind feingliedrige Unterschiede erkennbar, wo „Behinderung“ etwa in die Begründungen und Rechtfertigungen für eine besondere, im Wortsinne *sonder*pädagogische Behandlung von Schülern eingeflochten war. So waren rigidere Ordnungsmaßnahmen und Disziplinierungen in der Regel durch einen Schutz- und Sicherheitsgedanken legitimiert: Vielfach wurde hier die „spezielle“ Gefährdungslage der Kinder mit Sinnesbehinderungen – etwa beim Spiel auf dem Pausenhof oder im Kontakt mit der „Außenwelt“ jenseits des Schulgeländes – in Rechnung gestellt.[41] Wie eng dieses (stützende) Fürsorge-Korsett aus Ordnung und Disziplin gestaltet war, hing – das zeigen etwa die Auswertungen der Lehrerkonferenzprotokolle der verschiedenen Schulen – wesentlich von einem als „Schul-Kultur“ zu bezeichnenden Mikro-Klima innerhalb der einzelnen Schulen und zu unterschiedlichen Zeiten ab. So setzte etwa der Direktor der Wuppertaler Schule für Gehörlose in den 1950er Jahren das Prinzip von Disziplin und Gehorsam nicht allein zum Schutz der ihm anvertrauten, körperlich eingeschränkten und darum besonders zu „überwachenden“ Schülern ein, sondern dehnte zugleich seinen autoritären Zugriff auf „seine“ Schule auch auf das alsbald widerständige Kollegium aus.[42] Andernorts argumentierte sein Essener Kollege zur gleichen Zeit gerade *mit* der „Behinderung“ und öffnete den Kindern und Lehrern

[39] Vgl. Niederschriften über die Konferenzen der Leiter der Rheinischen Landesgehörlosenschulen und der Rheinischen Landes-Blindenbildungsanstalt in Düren (11.10.1955 und 18.11.1955), ALVR 26619.

[40] 1973 begann die Schule in Düren mit dem „Mobility Training“ ihrer blinden Schüler, wie aus den Korrespondenzen zwischen Schuldirektor Eis, Gesundheitsdezernentin Oel-Monat und Abteilungen des Regierungspräsidenten hervorgeht, ALVR 29477.

[41] So gemahnte etwa Schuldirektor Schulte in Wuppertal das Kollegium in regelmäßigen Abständen, besonderen Wert darauf zu legen, dass die Schüler in Reih’ und Glied vom Pausenhof in die Unterrichtsräume zurückzukehren hätten, um Unfälle zu vermeiden, vgl. die Lehrerkonferenzprotokolle für die Jahre 1957 bis 1983, ALVR 28893.

[42] Vgl. ebd.

insofern Raum für positive Selbstermächtigung. Denn gerade aufgrund ihres sinnlichen Defizites verfügten die Schüler – hieß es aus Essen – über eine besondere Sensibilisierung etwa für Umweltgefahren: Ihre eingeschränkte sinnliche Wahrnehmung mache sie zu besonders aufmerksamen und disziplinierten Kindern.[43]

Wie diese eigentümlichen Eigenwelten von Schulen und Psychiatrien in den rheinischen Einrichtungen hergestellt und legitimiert wurden, vor allem wie sie aus der Perspektive von Patienten und Schülern wahrgenommen wurden, versucht das Projekt zu rekonstruieren.[44]

2. ... und ihr Wandel

Die bundesrepublikanische Anstaltspsychiatrie stellte trotz augenscheinlich fast erdrückender institutioneller Kontinuitäten[45] keinen ahistorischen, monolithischen Block dar, der in seiner langen Geschichte unverändert blieb. Dies kann vor allem dort deutlich werden, wo der Blick auf die Alltagswelten der in den Institutionen lebenden Menschen geschärft wird. Insofern untersucht das Projekt, der Zielrichtung der Gesamtdarstellung folgend, vor allem patientengeschichtlich relevante Aspekte, wie Fragen der psychiatrieinhärenten Verschlingung von Pädagogik und Therapie und solche des Selbstbestimmungsrechts von Patienten.[46]

So erlebte die seit ihrer Gründung im 19. Jahrhundert nur sehr langsam voran schreitende und programmatisch immer wieder eingeforderte Klinifizierung der Anstalten, d.h. ihre Angleichung an Allgemeinkrankenhäuser, durch die somatotherapeutischen Umbrüche der 1950er Jahre, durch die Einführung und Etablierung der „modernen" Psychopharmaka (1953 des ersten Neuroleptikums und 1958 des ersten Antidepressivums) einen wichtigen Schub.[47]

Das therapeutische Instrumentarium der Psychiater unterschied sich nach 1945 zunächst jedoch kaum von den bereits seit Mitte des neunzehnten Jahrhunderts angewandten Mitteln: So wurden in den Anstalten noch bis weit in die fünfziger Jahre hinein Therapien wie Opiumkuren bei schweren Depressionen oder Dauerbäder und Ganzpackungen angewandt. Eine Erweiterung erfolgte lediglich durch die in den dreißiger Jahren entwickelte Schocktherapie, die durch einen künstlich ausgelösten Schock eine veränderte Stimmungslage herbeiführen sollte. Die Schockbehandlungen waren nicht nur sehr schmerzhaft und qualvoll für die Betroffenen, sondern setzten sie überdies hohen gesundheitlichen Risiken aus. Die Therapie knüpfte damit an Denkmuster an, die das Ziel, die psychische Erkran-

[43] Vgl. die Korrespondenz des Essener Schuldirektors August Hein anlässlich einer Beschwerde über das Verhalten der gehörlosen Schüler im Straßenverkehr (Juli 1952), in: ALVR 19107 sowie ALVR 29060.

[44] In ähnlicher Perspektive z.B. Schmuhl/Winkler (2012).

[45] So veränderte sich – als Ausdruck einer fortbestehenden, finanziellen Unterversorgung und ausbleibender Reformen – der Personalschlüssel bis in die 1970er Jahre hinein fast gar nicht, vgl. Finzen/Schädle-Deininger (1979), S. 15; Bundesminister (1973), S. 196.

[46] Vgl. Noack (2004).

[47] Balz (2010).

kung zu bekämpfen, letztlich höher bewertete als die körperliche Unversehrtheit der Patienten sowie deren Recht auf Selbstbestimmung.[48]

Ausgelöst durch die 1952 veröffentlichte Beobachtung, dass Chlorpromazin manische und schizophrene Psychosen günstig beeinflusst, setzten sich neuentwickelte Psychopharmaka zunehmend gegenüber den bis dahin angewandten somatischen Therapien durch. Seit Mitte 1953 kamen die später als Neuroleptika bezeichneten Substanzen in den Rheinischen Anstalten zur Anwendung, wurden zunächst jedoch zurückhaltend eingesetzt. Ausschlaggebend hierfür waren keineswegs die bereits früh beschriebenen Nebenwirkungen und gesundheitlichen Folgeschäden, sondern vielmehr der anfangs deutlich zu gering angesetzte Arzneimitteletat des LVR.[49] Die neuen Psychopharmaka machten auch Kranke mit schwersten psychischen Störungen für psycho- und soziotherapeutische Interventionen zugänglich, wodurch die Anzahl der an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmenden Patienten enorm gesteigert werden konnte, während zugleich bis dahin gängige „Sicherungen" weitgehend verzichtbar wurden. Neben den positiven Veränderungen auf das therapeutische Milieu machte sich aber auch die Tendenz bemerkbar, fehlendes Personal durch übermäßigen Medikamenteneinsatz zu „ersetzen".

Zugleich genossen die Arbeitstherapie und die psychiatrische Außenfürsorge seit Beginn der 1950er Jahre wieder einen sehr hohen Stellenwert in der Diskussion, wenn auch die therapeutischen Gesichtspunkte gegenüber ökonomischen Beweggründen recht bald wieder in den Hintergrund treten sollten. Da ein Mangel an Pflegekräften eine Wiederaufnahme der Arbeitstherapie in größerem Umfang unmöglich machte, war der Anteil der arbeitenden Kranken an der in den 1950er Jahren stetig wachsenden Anstaltspopulation zahlenmäßig stabil, prozentual aber stark rückläufig. Durch die Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer und der hauptsächlich medikamentösen Beruhigung der Kranken erschien eine Heranziehung von Patienten zur Arbeit nicht mehr sinnvoll. Daher wurde auch die Arbeitstherapie Anfang der 1960er Jahre zur Beschäftigungstherapie weiterentwickelt, die nun vor allem auf eine sinnvolle Gestaltung der Lebensbezüge der Patienten zielte, ohne aber auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als Behandlungsziel zu verzichten.[50] Auf der Wahrnehmungsebene blieb die Situation in den Kliniken für viele Patienten indes auch über die 1960er Jahre hinaus ungünstig, Medikalisierung, Betreuungsverhältnis und Therapieformen erschienen mangelhaft. Den Schilderungen von Patienten zufolge fühlten sie sich auch in den 1970er Jahren vor allem „abgespritzt", hätten Ärzte meist nur wenige Minuten während der Visite zu Gesicht bekommen und beklagten zudem das weitgehende Fehlen anderer Therapieformen.[51] Tatsächlich war die Anzahl von Psychologen und Sozialarbeitern oft verschwindend gering. Noch 1978 betrug die Zahl der Psychologen pro Patient zwischen 1:365 in Bedburg-Hau und 1:30 in Essen. Ähnlich ungünstig und von

---

[48] Shorter/Healy (2007).

[49] Vgl. das Protokoll über die Besprechung der Direktoren der psychiatrischen Anstalten und Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland am 14. Juni 1957 im Bad-Hotel „Zum Hirsch" in Baden-Baden anlässlich der Wanderversammlung südwestdeutscher Psychiater und Neurologen, in: ALVR 31318.

[50] Hanrath (2002), S. 111-118 und S. 317-322.

[51] Diese Schilderungen finden sich in Patientenbeschwerden (u.a. in den Auflistungen von 1974 in: ALVR 42469), in den „Unbequemen Nachrichten" (ebd.) sowie in Zeitzeugeninterviews mit ehemaligen Professionellen oder Patienten.

ähnlich großer Varianz waren die Zahlen der jeweils beschäftigten Sozialarbeiter: Wo in Bedburg-Hau 404 Patienten von einer Person aus dem Bereich Sozialarbeit betreut wurden, lag der Betreuungsschlüssel in Köln-Merheim bei 1:29.[52] Auffällig ist zudem eine sehr hohe Anzahl von Zwangseinweisungen.[53] Von Patienten wurden Anstaltsaufenthalte häufig als gefängnisähnlich wahrgenommen, statt therapiert fühlten sie sich bestraft. Insgesamt ergibt sich aber in Bezug auf die Therapieformen ein differenziertes Bild: Althergebrachte Strukturen der reinen Verwahrpsychiatrie standen neben den Herangehensweisen und Konzepten einzelner Klinikleiter, Ärzte, Psychologen oder Sozialarbeiter, die sich stärker um eine Humanisierung der Psychiatrie bemühten und etwa sozialpsychiatrische Konzepte stärkten.

Die nach 1968 forciert einsetzende gesellschaftliche Modernisierung eröffnete in einem eng abgesteckten Rahmen Handlungsspielräume für reformorientierte Professionelle und erhöhte den Veränderungsdruck auf das strukturkonservative System. Die Transformationsprozesse mit ihren unterschiedlichen Akteuren, ihren Interessen und Zielen, die komplizierten und spannungsreichen Aushandlungsprozesse sowie die erzielten Kompromisslösungen werden im Rahmen des Projektes soweit beleuchtet, wie sie auch Folgen für den Alltag der Anstaltsbewohner besaßen. Institutionelle Bruchlinien, partielle, mit den Logiken des Anstaltssystems konforme Modernisierungen, frühe Auseinandersetzungen mit der NS-Vergangenheit und frühe Reforminitiativen von Einzelpersonen erhalten dabei ein besonderes Augenmerk. Als prominentes Beispiel lässt sich der Sozialpsychiater Caspar Kulenkampff (1921-2002) anführen, ab 1967 Leitender Direktor der Rheinischen Kliniken Grafenberg, Mitinitiator der Psychiatrie-Enquête und dessen Vorsitzender sowie Gesundheitsdezernent des Landschaftsverbandes zwischen 1971 und 1983. Er konnte eine Reihe von Reformen anstoßen (z.B. die Gründung einer Tagesklinik in Düsseldorf-Grafenberg 1967, allmähliche Aufhebung der Geschlechtertrennung ab 1968, Gründung der Landesklinik Rheydt 1972). In seine Amtszeit als Gesundheitsdezernent fiel aber auch der „Brauweiler-Skandal", der 1978 zur Schließung der im Umland von Köln gelegenen Fachklinik führte. Kulenkampff wurde darüber hinaus die wissentliche Tolerierung von Missständen in anderen Kliniken vorgeworfen.[54]

Wie geschildert lassen sich, trotz aller strukturellen Ähnlichkeiten als totale Institutionen, im Detail Unterschiede zwischen den einzelnen Anstalten feststellen.[55] Solche zeitlich durchaus stabilen Differenzen können auch an der überregionalen Presseberichterstattung abgelesen werden. So kamen die beiden bedeutenden Hamburger Periodika „Der Spiegel" und „Die Zeit" interessanterweise zu ähnlichen Bewertungen wie die Interviewpartner: Sie erwähnten zwei Institutionen negativ – die Klinik im 1970 zu Viersen eingemeindeten Süchteln (Ende der 1960er Jahre anlässlich der körperlichen Misshandlung eines männlichen Patienten durch zwei Pfleger sowie in der eingangs erwähnten Titelgeschichte 1971) und die Fachklinik Brauweiler im Rahmen des „Brauweiler-Skandals" vor 1980, über den in

[52] Vgl. die statistische Aufstellung vom 7.10.1981 in: ALVR 42451.

[53] So waren etwa 1981 je nach Klinik zwischen 35% und 95% der Patienen freiwillig eingewiesen, Landschaftsverband Rheinland (1981), S. 62f. Auch hier zeigen sich große Unterschiede zwischen den Einrichtungen.

[54] „Tür zudrücken.", Der Spiegel (1981).

[55] Über solche Unterschiede berichteten auch ehemalige, im Rahmen des Projektes interviewte, Patienten.

mehreren Beiträgen berichtet wurde.[56] Alle anderen Institutionen wurden nicht oder positiv erwähnt, so beispielsweise die Landesklinik Rheydt als fortschrittlich bewertete Therapieeinrichtung oder das Landeskrankenhaus Düren angesichts der Auflösung des „festen Hauses" und der Planung eines „forensischen Dorfes".[57] Die Frage, ob die unterschiedliche Berichterstattung über die rheinischen Anstalten reale Differenzen in der Versorgungsqualität widerspiegelte, lässt sich noch nicht sicher beantworten. So ließe sich die fehlende Erwähnung z.B. auch auf ein fehlendes kritisches Umfeld im regionalen Raum und eine weitgehende Abschottung der Institution zurückführen. Trotz einer in einigen wenigen Artikeln auftauchenden Grundsatzkritik an der medizinischen Zentrierung der Psychiatriepolitik des Landschaftsverbandes und an dem Fortbestand von Großkliniken im „Spiegel" und in einem Beitrag aus der „Zeit" von Carmen Thomas dominierte in den beiden Zeitschriften der „fortschrittsoptimistische Glaube" an die medizinisch-psychiatrische Expertise. Der Wissenschafts- und Deutungsanspruch der Psychiatrie wurde, anders als in der zeitgenössischen Antipsychiatrie, nicht in Frage gestellt.[58]

Wo Wahrnehmungen und öffentliche Benennung von Missständen oder auch Skandalen punktuell nahezu eruptive Veränderungen – wie etwa die Schließung der Klinik in Brauweiler – oder mittelfristige Reformen in der Kliniklandschaft im Rheinland anschoben, veränderte sich das pädagogische Gefüge für Schüler an Einrichtungen des Landschaftsverbandes nur langsam entlang der auch in der Bundesrepublik an Bedeutung gewinnenden Idee der „Normalisierung".[59] Veränderungsdruck oder Impulse von Außerhalb tauchten in der öffentlichen Diskussion über das Leben in den Schulen kaum oder in der Breitenwirkung deutlich weniger zwingend auf. So ist der lange währende Prozess, in dem sich insbesondere Betroffenengruppen diesseits und jenseits der Lehrerpulte für die Etablierung der Idee einsetzten, dass Gebärdensprache in Alltag und Unterricht von Gehörlosen anzuerkennen ist, außerhalb (akademischer) Fachkreise und Interessengemeinschaften von Gehörlosen und ihren Angehörigen weithin unbemerkt geblieben. Nichts desto trotz kam dieser langwierige Paradigmen-Wechsel, der mit dem ersten internationalen Kongress zur Gebärdensprachforschung 1985 in Hamburg initiiert wurde und erst im Jahre 2002 im Rahmen des Behindertengleichstellungsgesetzes (§ 6 BGG) mit der offiziellen Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache zu einem letztlich spürbaren Ergebnis kam, einer „Revolution" gleich.[60] Insofern ist für die Entwicklung der Geschichte der Menschen in den Förderschulen des LVR neben Fragen nach institutionellen Veränderungen des pädagogischen Settings, wie Unterrichtsinhalten, Betreuungsschlüsseln, Ausstattung und (Internats-)Unterbringung, vor allem der Blick auf die kleinen Schritte im Wandel des Behinderungsbegriffes von großer Wichtigkeit. Dabei wird deutlich, dass es auch die Schulen waren, in denen junge Menschen in ihrer Individualität auch über ihre medizinisch messbaren Einschränkun-

---

[56] Zu Süchteln siehe u.a.: „Hund gesund.", Der Spiegel (1967); Mauz (1968); Mauz (1970); „Rückspiegel", Der Spiegel (1970); „Eia-popeia, bitte nicht schlagen!", Der Spiegel (1971). Zu Brauweiler siehe besonders „Tür zudrücken.", Der Spiegel (1981); Mauz (1981a); Mauz (1981b).

[57] Rheydt findet Erwähnung bei Thomas (1974); zu Düren siehe „Vorgriff auf Orwell?", Der Spiegel (1979). Das forensische Dorf wurde 1986 eröffnet.

[58] Thomas (1974); „Tür zudrücken.", Der Spiegel (1981). Zur Antipsychiatrie vgl. Bopp (1982).

[59] Bösl (2009); Bank-Mikkelsen/Thimm (2005).

[60] Groschek (2008), S. 13f.

gen zwischen Sehbehinderung bzw. Blindheit sowie Schwerhörigkeit bzw. Taubheit hinaus mit Merkmalen der „Behinderung" gleichsam „ausgestattet" wurden. Die hier erfahrenen Prägungen, in den nur für kurze Zeit dezidiert so bezeichneten Sonderschulen des LVR als nicht „normal", als „besonders" im defizitären Sinne behandelt, wahrgenommen und sogar in der Binnenperspektive differenziert zu werden, beeinflussten die weiteren Lebenswege der Schüler nachhaltig. Wo die sogenannten „Entlassschüler" am Ende ihrer Schulzeit in psychologischen Begutachtungen an ihren intellektuellen Fähigkeiten, vor allem an ihren eingeschränkten sinnlichen Wahrnehmungsdefiziten, gemessen wurden, die sie allein für handwerkliche Berufe oder Hilfsarbeiter-Tätigkeiten zu qualifizieren schienen, weil nach dem Urteil der begutachtenden Psychiater allzu oft etwa die „sprachlich gebundenen Denkleistungen"[61] analytische Fähigkeiten begrenzen mochten, wird „Behinderung" als soziale und kulturelle Konstruktion praktisch nachvollziehbar. Insofern waren die Schulen gerade für Menschen mit Sinnesbehinderungen jene Biographie-Orte, wo Zuschreibungsdynamiken langfristige Alltagsrelevanz erhielten.[62]

3. Die eigene Geschichte erzählen

Ziel des Projektes ist die Erforschung der Geschichte von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen, die seit Ende des Zweiten Weltkrieges bis in die Zeit der reformerischen Umbrüche der 1980er Jahre zeitweilig in unterschiedlichen Einrichtungen des Landschaftsverbandes lebten. Damit rückt die Perspektive von Patienten und Schülern in den Mittelpunkt der Untersuchung. Es ist danach zu fragen, wie sich der Alltag in den Einrichtungen für die „Betroffenen" gestaltete und welchen Wandlungen er unterworfen war. Insofern knüpft das Projekt an Ansätze einer Alltagsgeschichte[63] und an den geforderten Perspektivenwechsel einer Hinwendung zum Konzept des „Patients View"[64] in der neueren Medizingeschichte an. Dabei geht es jedoch nicht allein um eine neue Blickrichtung auf klinische, therapeutische und pädagogische Zusammenhänge, sondern daneben auch um Fragen der Herstellung von Wahrnehmung.[65] Im Sinne der in Deutschland noch jungen Disziplin der „Disability History" werden sowohl „Krankheit" und „Behinderung" als auch „Normalität" in ihrer Begrifflichkeit und lebenspraktischen Bedeutung als das Ergebnis von sozialen und kulturellen Zuschreibungen aufgefasst.[66]

Im Beitrag des „Spiegel" von 1971 standen zwar die „Geisteskranken" thematisch im Mittelpunkt, doch kamen sie selber nur in kurzen bestätigenden Zitaten zu Wort, wie im

[61] Psychologisches Gutachten zur Schulentlassung und Berufseignung (1.12.1953), in: ALVR 29054.

[62] Die sich heute auch in Deutschland zunehmend etablierende „Disability History", die sich als sozial-, diskurs- und mentalitätshistorische Disziplin der „Disability Studies" versteht, hat die Bedeutung der sozialen sowie kulturellen Konstruiertheit von Krankheit und Behinderung im Wandel der gesellschaftlichen Praxis und im Wechselspiel mit Selbstbildern und externalen Identitätskonstruktionen herausgearbeitet. Dieser Ansatz hat sich für den Teilbereich zur Geschichte der Menschen mit Behinderungen in Schulen des Landschaftsverbands Rheinland als besonders fruchtbar erwiesen. Zum Ansatz siehe mit Forschungsbeispielen Bösl/Klein/Waldschmidt (2010).

[63] Lüdtke (1997).

[64] Porter (1985); Davies (2001).

[65] Condrau (2007).

[66] Bösl/Klein/Waldschmidt (2010).

obigen Ausschnitt über eine Patientin aus der heutigen LVR-Klinik Viersen. Sie blieben als Opfer eines als rückschrittlich und repressiv dargestellten Systems passive Objekte. Handelnde Subjekte waren kritische Professionelle, deren Perspektive die Darstellung bestimmte. Die Reportage ist ein typisches Beispiel für die historisch dominierende Repräsentationsweise und ihres Zugriffes auf die soziale und kulturelle Konstruktion von „psychischer Krankheit" und von „Behinderung". Die Geschichte des „Anormalen" ist so als Geschichte des Diskurses über den „Verrückten" oder „Behinderten" und seine Krankheit bzw. Devianz zu verstehen. Dessen Stummheit ist nicht nur Folge eines ausgeprägten hierarchischen Verhältnisses oder des eigenen, marginalisierten gesellschaftlichen Status, sondern resultiert auch aus dem weitgehenden Mangel an Ego-Dokumenten.[67] So bleiben seine Äußerungen, sein Denken und Fühlen, die Wahrnehmung seiner Krankheit und Umwelt durch denjenigen vermittelt und interpretiert, der sich als vernünftig, gesund und „nichtbehindert" versteht.

Die Tatsache, dass Angehörige marginalisierter Gruppen in der Regel kaum authentische schriftliche Zeugnisse hinterlassen, legt die Durchführung von Zeitzeugen-Interviews nahe. Die Oral History ist für die Erforschung von Diskriminierung und Ausgrenzung sowie zur Rekonstruktion von Alltagswelten besonders geeignet, da traditionelle Quellen solche Aspekte bestenfalls rudimentär und nur aus Sicht der Professionellen abbilden. Die subjektive Seite der von Insassen gemachten (erinnerten) Erfahrungen wird aus Verwaltungs- und Patienten- bzw. Schülerakten kaum ersichtlich. Zudem können die Interviews dazu beitragen, den Blick für die Herrschaftsperspektive der schriftlichen Überlieferung zu schärfen.[68]

So werden im Rahmen des Projektes leitfadengestützte, narrative Interviews durchgeführt. Statt geschlossener Fragen werden lediglich Gesprächsimpulse gesetzt. Die Interviewten können selbstständig Themen auswählen, strukturieren und gewichten, kurz: ihre Geschichte erzählen. Atmosphärisches, die Anpassungen an die Routinen und Anforderungen der totalen Institution, aber auch die kleinen Kämpfe um Privatsphäre und Autonomie, alltägliche Gewalterfahrungen, die ganze „Mikrophysik des Anstaltslebens" kann so sichtbar gemacht werden.[69] Zeitzeugen-Interviews halten in erster Linie Erfahrungen fest, die der Identitätssicherung der berichtenden Menschen dienen. Erlebnissen wird nachträglich ein Sinn verliehen, der sich in die eigene Biografie integrieren lässt. Die Generierung von Erinnerungen und ihre Darstellung sind also in einem hohen Maß von Interessen der Gegenwart bestimmt. Diese Aspekte, die ähnlich auch für herkömmliche schriftliche Zeugnisse gelten, muss die Quellenkritik natürlich berücksichtigen.

---

[67] Für die Rekonstruktion der Geschichte von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in den Einrichtungen des LVR stehen zeitgenössische Druckschriften sowie insbesondere die Schriftgutüberlieferung im Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland (ALVR), in den Archiven einzelner Kliniken und im Landesarchiv NRW zur Verfügung. Zum Charakter dieser Quellen gehört es, dass sie in ihren Entstehungs- und Überlieferungskontexten ausschließlich Ergebnisse einer zielgerichteten Verwaltungspraxis abbilden und somit nur begrenzte Einblicke in das „Universum der Institutionen" zulassen. Insbesondere für die Psychiatrien im Zeitraum nach 1970 kann diese Perspektive jedoch um die einer wachsenden kritischen Öffentlichkeit erweitert werden, die sich in Medienberichten oder Druckschriften artikulierte.

[68] Hier und im Folgenden vgl. Abrams (2010).

[69] Für den Alltag in der Psychiatrie der ehemaligen DDR siehe Müller/Mitzscherlich (2006).

Erving Goffman identifizierte in seiner soziologischen Feldstudie verschiedene Sicht- und Umgangsweisen, die die Insassen in der Begegnung und auch in den Auseinandersetzungen mit den sozialen Regeln der totalen Institution entwickelten.[70] Diese Verarbeitungsmodi scheinen teilweise auch für im Nachhinein erzählte Erinnerungen an Anstaltsaufenthalte zu gelten, wie sich in den bisher durchgeführten, explorativen Interviews andeutet.[71] Besonders hervorzuheben sind die in den Interviews zum Ausdruck kommenden Mechanismen von Konversion und Kolonisierung. Sie lassen sich sozialpsychologisch als Identifizierungen mit dem Aggressor verstehen: Der Insasse unterwirft sich nicht allein der Institution, vielmehr übernimmt er (partiell) die Perspektive der Professionellen. So berichtete ein Zeitzeuge über von Pflegekräften ausgehende, willkürliche Gewalt und Erniedrigungen gegenüber Patienten, wie er sie für die 1960er Jahre erinnerte. Er nahm diese bisweilen drastischen Handlungsweisen jedoch nicht als gewaltsam wahr bzw. sah die Handlungen als legitim an. Zugleich wird aus den Befriedigungen, die in der Anstalt subjektiv erreichbar sind, ein stabiles Arrangement aufgebaut: Verbotene, aber tolerierte Freiheiten – Ausgänge, Kontakte zum anderen Geschlecht u.a. – werden zum Aufbau einer relativ zufriedenen Existenz verwendet.

Die Bedeutung der Größe einer Institution für die Atmosphäre und das Wohlbefinden wurde in zwei weiteren Interviews deutlich: Trotz erheblicher Unterschiede, wie sie sich etwa in Bezug auf die räumliche Situation oder die therapeutischen Konzepte, zum Beispiel zwischen einer geschlossenen Station in den späten 1970er Jahren und einer soziotherapeutischen Station in einem neuen Standardbettenhaus der frühen 1980er Jahre, darstellen, wurde das vorherrschende Klima hier wie dort als kalt und die Klinikerfahrung als bestrafend empfunden. Dies wurde in den Erzählungen kontrastiert mit wesentlich angenehmeren Erfahrungen in späteren gemeindenahen Stationen oder kleineren Kliniken.
Insgesamt bieten die bisher bereits durchgeführten, explorativen Interviews nicht nur sehr wertvolles und detailreiches Material über verschiedenste Aspekte des Alltags in den Kliniken, sondern auch eine unverzichtbare Binnenperspektive auf die Mechanismen und möglichen Erfahrungen in totalen Institutionen.

[70] Goffman (1973), S. 65-70.

[71] Die Mehrzahl der ca. 30 Interviews wird im Jahr 2013 stattfinden.

Literatur

1. „Eia-popeia, bitte nicht schlagen!“ Spiegel-Report über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (VI): Geisteskranke, Der Spiegel 31 (1971), S. 38-51.
2. „Hund gesund“, Der Spiegel 21 (1967), 14, S. 63.
3. „Rückspiegel“, Der Spiegel 24 (1970), 30, S. 136.
4. „Tür zudrücken“, Der Spiegel 35 (1981), 7, S. 92-96.
5. „Vorgriff auf Orwell?“, Der Spiegel 33 (1979), 50, S. 72-76.
6. Abrams (2010): Lynn Abrams, Oral History Theory, London et al. 2010.
7. Balz (2010): Viola Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland 1950-1980, Bielefeld 2010.
8. Bank-Mikkelsen/Thimm (2005): Niels Erik Bank-Mikkelsen, Walter Thimm (Hrsg.), Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zur Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzeptes, Marburg 2005.
9. Blasius (1980): Dirk Blasius, Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt am Main 1980.
10. Bösl (2009): Elsbeth Bösl, Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld 2009.
11. Bösl/Klein/Waldschmidt (2010): Elsbeth Bösl, Anne Klein, Anne Waldschmidt (Hrsg.), Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung, Bielefeld 2010.
12. Bopp (1982): Jörg Bopp, Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik, 2. Aufl. Frankfurt am Main 1982.
13. Brink (2010): Cornelia Brink, Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010.
14. Bühring (2001): Petra Bühring, „Psychiatrie-Reform. Auf halbem Weg stecken geblieben“, Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), 6, S. A 302-304.
15. Bundesminister (1973-1974): Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Materialsammlung zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Teil I-IV, Stuttgart 1973-1974 (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, 9; 10; 16; 17).
16. Condrau (2007): Flurin Condrau, The Patient’s View Meets the Clinical Gaze, Social History of Medicine 20 (2007), 3, S. 525–540.
17. Davies (2001): Kerry Davies, „Silent and Censured Travellers“? Patients’ Narratives and Patients’ Voices: Perspectives on the History of Mental Illness since 1948, Social History of Medicine 14 (2001), 2, S. 267–292.
18. Deutscher Bundestag (1975): Deutscher Bundestag (Hrsg.), Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Anhang, Bonn 1975 (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201).

19. Deutscher Bundestag (1979): Deutscher Bundestag (Hrsg.), Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht, Bonn 1979 (Deutscher Bundestag, Drucksache 8/2565).
20. Dreßen (1997): Willi Dreßen, Mord, Totschlag, Verbotsirrtum. Zum Wandel der bundesrepublikanischen Rechtsprechung in NS-"Euthanasie"-Prozessen, in: Matthias Hamann, Hans Asbeck (Hrsg.), Halbierte Vernunft und totale Medizin. Zu Grundlagen, Realgeschichte und Fortwirkungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Berlin/Göttingen 1997, S. 179-197.
21. Expertenkommission (1988): Expertenkommission zur Versorgung im Psychiatrischen und Psychotherapeutisch-Psychosomatischen Bereich, Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn 1988.
22. Fangerau/Nolte (2006): Heiner Fangerau, Karen Nolte (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beihefte, 26).
23. Groschek (2008): Iris Groschek, Unterwegs in eine Welt des Verstehens. Gehörlosenbildung in Hamburg vom 18. Jahrhundert bis in die Gegenwart, Hamburg 2008.
24. Goffman (1973): Erving Goffman, Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt am Main 1973.
25. Hanrath (2002): Sabine Hanrath, Zwischen „Euthanasie" und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964), Paderborn et al. 2002.
26. Kastl (2010): Jörg Michael Kastl, Einführung in die Soziologie der Behinderung, Wiesbaden 2010.
27. Landschaftsverband Rheinland (1981): Landschaftsverband Rheinland, Die Rheinischen Landeskliniken. Zahlen, Fakten und Tendenzen, Köln 1981.
28. Landschaftsverband Rheinland (2007): Landschaftsverband Rheinland, Psychiatrie im Rheinland. Rückblick und Ausblick, Düsseldorf 2007 (DVD-ROM).
29. Lüdtke (1997): Alf Lüdtke, Alltagsgeschichte: Aneignung und Akteure. Oder – es hat noch kaum begonnen!, WerkstattGeschichte 6 (1997), S. 83-91.
30. Mauz (1968): Gerhard Mauz, „Sanfter Zwang im Interesse des Kranken", Der Spiegel 22 (1968), 44, S. 72-75.
31. Mauz (1970): Gerhard Mauz: „Nicht frei von Rechtsirrtum", Der Spiegel 24 (1970), 9, S. 49.
32. Mauz (1981a): Gerhard Mauz, „Ich möchte wieder als Arzt arbeiten". Gerhard Mauz zur Verurteilung des Psychiaters Dr. Fritz Gottfried Stockhausen in Köln, Der Spiegel 35 (1981), 21, S. 77-79.
33. Mauz (1981b): Gerhard Mauz, „Dat war sowieso eine jroße Familie …", Der Spiegel 35 (1981), 10, S. 61-63.
34. Müller/Mitzscherlich (2006): Thomas R. Müller, Beate Mitzscherlich (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Erzählungen von Zeitzeugen. Frankfurt am Main 2006.

35. Müller/Scheuerle (1961/62): Hans-Werner Müller, Gerhard Scheuerle, Statistische Erhebungen über stationär untergebrachte psychisch Kranke, Der Nervenarzt 32 (1961), 9, S. 418-423 und Der Nervenarzt 33 (1962), 8, S. 358-366.
36. Noack (2004): Thorsten Noack, Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Juristische Entscheidungen, Politik und ärztliche Positionen 1890-1960, Frankfurt am Main 2004.
37. Novella (2008): Enric J. Novella, Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: A critical review, Medicine, Health Care and Philosophy 11 (2008), S. 303-314.
38. Porter (1985): Roy Porter, The Patient's View. Doing Medical History from Below, Theory and Society 14 (1985), 2, S. 175-198.
39. Finzen/Schädle-Deininger (1979): Asmus Finzen, Hilde Schädle-Deininger, „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen". Die Psychiatrie-Enquête, Wunstorf/Rehburg-Loccum 1979 (= Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, 25).
40. Schmuhl/Winkler (2012): Hans-Walter Schmuhl, Ulrike Winkler, „Als wären wir zur Strafe hier". Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in den 1950er und 1960er Jahren, 3. Aufl. Bielefeld 2012.
41. Shorter/Healy (2007): Edward Shorter, David Healy, Shock Therapy. A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness, New Brunswick/New Jersey/London 2007.
42. Sparing (2001): Frank Sparing, „Das Personal hat sich hier gemästet, und muß dafür zur Rechenschaft gezogen werden". Hungersterben in der Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg nach dem Ende des Nationalsozialismus, in: Frank Sparing, Marie-Luise Heuser (Hrsg.), Erbbiologische Selektion und „Euthanasie". Psychiatrie in Düsseldorf während des Nationalsozialismus, Essen 2001, S. 315-336.
43. Thomas (1974): Carmen Thomas, „Während die Deutschen sich in Betten flüchten … Dr. Bennett geht ungewöhnliche Wege bei der Behandlung psychisch Kranker", Die Zeit (11.10.1974).
44. Vanja (1993): Christina Vanja, Leben und Arbeiten in einer Heil- und Pflegeanstalt Ende des 19. Jahrhunderts, in: Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hrsg.), Psychiatrie in Heppenheim. Streifzüge durch die Geschichte eines hessischen Krankenhauses 1866-1992, Kassel 1993, S. 42-62.
45. Werner (1995): Wolfgang Franz Werner, Walter Creutz – Widerstandskämpfer?, in: Archivberatungsstelle Rheinland (Hrsg.), Folgen der Ausgrenzung. Studien zur Geschichte der NS-Psychiatrie in der Rheinprovinz, Köln 1995, S. 173-195.
46. Zimmermann (2001): Volker Zimmermann, „Kann weiterbeschäftigt werden" – „Entnazifizierung" und Strafverfolgung von Ärzten und Personal der Rheinischen Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg, in: Frank Sparing, Marie-Luise Heuser (Hrsg.), Erbbiologische Selektion und „Euthanasie". Psychiatrie in Düsseldorf während des Nationalsozialismus, Essen 2001, S. 337-354.

Der vermeintliche Schwangerschaftsabbruch im Roman „Homo Faber. Ein Bericht“ von Max Frisch (1957)

Gloria Winterlich und Dominik Groß

1. Einleitung und Fragestellung

In seinem Roman „Homo faber. Ein Bericht“ (1957) schildert Max Frisch das Aufeinandertreffen des erfolgreichen Schweizer Ingenieurs Walter Faber mit seiner Tochter Elisabeth „Sabeth“ Piper, von deren Existenz er jedoch nichts weiß: Faber – der im Roman als Ich-Erzähler auftritt – hatte sich circa zwei Jahrzehnte zuvor von seiner schwangeren Freundin Johanna „Hanna“ Landsberg getrennt. Beide waren damals scheinbar übereingekommen, dass ein Schwangerschaftsabbruch in besagter Situation die beste Lösung sei. So heißt es an entsprechender Stelle:

> „Hanna hatte versprochen, nach meiner Abreise sofort zu Joachim zu gehen, der seine ärztliche Hilfe angeboten hatte, und in diesem Sinn nahmen wir Abschied; es war ausgemacht, dass unser Kind nicht zur Welt kommen sollte.“[1]

Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags steht die Schilderung ebendieses geplanten, aber letztlich nicht realisierten Abbruchs.[2] Dabei verfolgt der Aufsatz das Ziel, die literarische Verarbeitung des Themenfelds „Schwangerschaftsabbruch“ am Beispiel dieses höchst erfolgreichen und frühzeitig kanonisierten Romans aus der Mitte des 20. Jahrhunderts nachzuzeichnen und zu analysieren.[3]

Folgende Vorannahmen bilden dabei den Ausgangspunkt des Aufsatzes:[4] In der (belletristischen) Literatur werden vielfach – sei es in autobiographischer oder fiktiver Form – umstrittene gesellschafts- und gesundheitspolitische Themen und Kontoversen nachgezeichnet. Dies gilt auch für konflikthafte medizinische Eingriffe und Maßnahmen wie den

---

[1] Frisch (1997), S. 57.

[2] 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 (Erstberichter) und Dagmar Schmitz (Tutorin) wissenschaftlich betreut wird. Ein erster Teil der Arbeit wurde bereits im folgenden Werk veröffentlicht: Winterlich/Schmitz/Groß (2011).

[3] Nach Reinhold Viehoff ist die literaturkritische Rezeptionsgeschichte des Romans in vier Phasen zu gliedern: Zunächst eine erste Welle von Rezensionen in Zeitungen und Zeitschriften in den Jahren 1957 und 1958. Durch die erste wissenschaftliche Beschäftigung mit dem „Homo faber“ und der entsprechenden Forschungsliteratur setzte eine zweite Phase ein, die zur Kanonisierung des Romans führte, der nun allgemein als moderner Klassiker gewertet wurde. Dieser Erfolg führte zu einer Gesamtausgabe der Werke Frischs 1976, was wiederum die dritte Phase einleitete. Dem Werk wird seitdem ein besonderer zeitlicher und künstlerischer Kontext zwischen „Stiller“ und „Mein Name sei Gantenbein“ beigemessen. Die vierte Phase, ausgelöst durch die Taschenbuchausgabe im Suhrkamp-Verlag 1977, sorgte schlussendlich für die Etablierung von „Homo faber“ als Lektüre für den schulischen Unterricht. In der Folge erschienen zahlreiche Analysen, Lektüreschlüssel und Materialien zur didaktischen Aufbereitung für Lehrer und Schüler. Vgl. Viehoff (1983), S. 243-246.

[4] Groß/Schäfer (2008), S. 334f.

Schwangerschaftsabbruch. Die Darstellung derartiger Kontroversen in der Literatur reflektiert und prägt hierbei den gesellschaftlichen Blick auf die betroffene Thematik, das heißt, Literatur bildet einerseits Meinung ab und wirkt andererseits meinungsbildend. Vor diesem Hintergrund gelten die Austauschprozesse zwischen dem gesellschaftlichen Diskurs über „Abtreibung" und dessen Verarbeitung in der belletristischen Literatur als besonders aufschlussreich.

Dem eigentlichen literarischen Diskurs über den Schwangerschaftsabbruch im Roman „Homo faber" sollen jedoch einige grundlegende Informationen zu Autor und Werk vorangestellt werden: So liefert Kapitel 2 zunächst eine kurzgefasste Biographie von Max Frisch und Kapitel 3 bietet nachfolgend eine konzise Beschreibung des Handlungsverlaufs. In Kapitel 4 widmen wir uns dann dem eigentlichen Untersuchungsgegenstand, das heißt, wir nehmen die jeweiligen Standpunkte der Protagonisten zum Thema „Schwangerschaftsabbruch" in den Blick. Anschließend gilt es, etwaige biographische Elemente – konkret: persönliche Erfahrungen und Einstellungen des Autors Max Frisch zum Themenfeld – herauszuarbeiten und in den soziobiographischen Kontext der Zeit einzubetten (Kapitel 5). Es folgen kurzgefasste Schlussbemerkungen.

2. Max Frisch – eine biographische Skizze

Max Rudolf Frisch wurde am 15. Mai 1911 in Zürich als zweiter Sohn des Architekten Helmut Frisch und Karolina Frisch, geb. Wildermuth, geboren. Frisch wuchs gemeinsam mit seinen beiden älteren Geschwistern – Emma Elisabeth und Franz – unter „ärmlichen Bedingungen" auf. Zu seinem Vater hatte Frisch keine innige emotionale Beziehung; seine Mutter hingegen stand ihm, eigenen Angaben zufolge, sehr nahe.[5]

Von 1924 bis 1930 besuchte Frisch das kantonale Realgymnasium in Zürich. Nach dem Schulabschluss ermöglichten ihm die Eltern das Studium der Germanistik an der Universität Zürich. Zu jener Zeit hatte Frisch bereits mehrere, unveröffentlichte Theaterstücke geschrieben und verfolgte das Ziel, Schriftsteller zu werden. Als sein Vater im März 1932 verstarb und der Familie Schulden hinterließ, sah sich der junge Mann jedoch gezwungen, trotz seines Stipendiums von 800 Schweizer Franken, Geld zu verdienen, um seinen Lebensunterhalt zu bestreiten und seine Mutter finanziell zu unterstützen. Nach Abbruch seines Studiums begann er als Journalist für verschiedene Zeitungen zu arbeiten, darunter die „Neue Zürcher Zeitung", „Frankfurter Zeitung" und „Kölnische Zeitung".[6] Er verfasste überwiegend feuilletonistische Texte, Kritiken und Reiseberichte. Nach vier Jahren als Journalist entschied sich Frisch 1936, den ihm angebotenen Redaktionsposten abzulehnen, da er sich als Literat gescheitert fühlte: „Ich kam zu der Einsicht, dass es mit meiner Literatur nichts ist und habe sie radikal aufgegeben".[7]

---

[5] „Zum Vater eine schwache, eigentlich eine Nicht-Beziehung. (...) Dabei ist nicht etwa irgendetwas Fürchterliches zu überdecken. Es ist von meiner Seite aus eine Gefühlslücke (...). Die Mutter war zentral. (...) [Sie] ging (...) nach Wien, Berlin und Russland als Gouvernante. Das war damals ein großer Schritt. (...) Das Bild, das ich von meiner Mutter habe, ist eine Art Ikone", Interview mit Max Frisch von 1981, zitiert nach Hage (1999), S 14f.

[6] Karasek (1974), S. 7.

[7] Interview mit Max Frisch von 1974, zitiert nach Arnold (1975), S. 11.

Noch im gleichen Jahr begann er an der Eidgenössischen Hochschule in Zürich ein Architekturstudium und schloss 1940 mit dem Diplom ab. Sofort erhielt er eine Anstellung im Architektenbüro von William Dunkel, wo er die Kollegin Gertrude Anna Constanze von Meyenburg kennenlernte. Sie wurden ein Paar und heirateten schließlich am 30. Juli 1942. Aus der Ehe gingen drei Kinder hervor: Ursula (geb. 1943), Hans Peter (geb. 1944) und Charlotte (geb. 1949).

Nach nur neun Jahren zerbrach die Ehe. Der Grund lag, so Frisch, in seinen unerfüllten Sehnsüchten nach dem „wirklichen Leben“. Er brach aus seiner sicheren, bürgerlichen Existenz aus, legte die Arbeit als Architekt nieder und ließ sich schließlich am 25. Februar 1955 von seiner Frau scheiden.[8]

Von nun an wandte er sich ausschließlich dem Schreiben zu, das er bereits während seines Architekturstudiums wieder aufgenommen hatte. In seinen Werken arbeitete er persönliche Erfahrungen und Emotionen in den Handlungsverlauf und die Charakterzüge seiner Protagonisten ein. Während dieser Zeit entstand auch der Roman „Homo faber. Ein Bericht“, der 1957 veröffentlicht wurde und rasch zu einem Beststeller wurde. Hier verarbeitete Max Frisch zentrale Themen seines Lebens: die dilemmatischen Aspekte von persönlicher Identität auf der einen und der auferlegten sozialen Rolle auf der anderen Seite, die prägenden Auswirkungen von Zufall und schicksalhaften Ereignissen und die konfliktthafte Beziehung beziehungsweise Kommunikation zwischen den Geschlechtern sowie die allgemeinen Schwierigkeiten des Zusammenlebens.

Im Jahr 1961 lernte Frisch die damals erst 23 Jahre alte Germanistik- und Romanistikstudentin Marianne Oellers kennen. Ihretwegen trennte sich Frisch von seiner damaligen Lebensgefährtin Ingeborg Bachmann. Nach sieben Jahren heirateten Oellers und Faber und unternahmen gemeinsam mehrere Reisen in die USA, die Sowjetunion, nach Japan und Jerusalem. Doch auch diese Ehe scheiterte: 1973 kam es zur räumlichen Trennung und sechs Jahre später zur Scheidung.

Zu jener Zeit verstärkte sich Frischs kritische Einstellung gegenüber nationalen und internationalen politischen Entwicklungen.[9] Er verfasste mehrere Texte, in denen er das aktuelle politische Geschehen hinterfragte und zur kritischen Reflektion des Weltgeschehens auffordern wollte:

> „Gäbe es die Literatur nicht, liefe die Welt vielleicht nicht anders, aber sie würde anders gesehen werden, nämlich so wie die jeweiligen Nutznießer sie gesehen haben wollen: nicht in Frage gestellt.“[10]

---

[8] „Als ich in diese bürgerliche Ehe einstieg – das war die Verheiratung mit einer Tochter aus dem Großbürgertum –, ging ich da hinein mit allem Goodwill, also wie ein Don Quixote; ich habe die belletristischen Wörter und Werte des Bürgertums mal für bare Münze genommen und versucht, sie zu leben. (...) Ich merkte natürlich mehr und mehr, dass ich der einzige war, der das ernst nimmt und dran glaubt. Und merkte, was alles nicht stimmt, wie schal es ist, wie verlogen (...). Aber wichtig dabei ist, dass ich als Gläubiger, sozusagen als Konvertit, dahinein kam und nachher ausgestiegen bin. (...) ich bin ausgestiegen mit dem Impuls eines ziemlichen Ekels davor“. Interview mit Max Frisch von 1974, zitiert nach Arnold (1975), S. 17.

[9] „Tatsächlich mischte sich Max Frisch nach 1945 kräftig in politische Debatten nicht nur der Schweiz ein – bis zum Lebensende. Doch ließ er sich dabei nie von einer politischen Partei einspannen, und sein Engagement war von Selbstzweifel nicht frei. Seine Skrupel benannte er“. Hage (1999), S. 85.

[10] Frisch (1976), S. 353. Vgl. Hage (1999), S. 91.

Bis zu seinem Lebensende sah sich Frisch als Schriftsteller verpflichtet, das politische Geschehen kritisch zu begleiten.

Seinen Lebensabend verbrachte Frisch in seiner Heimatstadt Zürich. Nach seinem letzten Roman „Montauk“ 1975, welcher als das autobiographischste seiner Werke gilt,[11] trat Frisch kaum noch mit Publikationen hervor. Er konzentrierte sich vermehrt auf die in Angriff genommene Verfilmung seines Romans „Homo faber. Ein Bericht“ durch den Regisseur Volker Schlöndorff. Doch Frisch war es letztlich nicht mehr möglich, den Drehort zu besuchen, da er aufgrund eines Darmkrebsleidens gesundheitlich deutlich geschwächt war.

Am 4. April 1991 erlag der weltberühmte Schriftsteller im Alter von 79 Jahren seinem Leiden. Die Trauerfeier fand fünf Tage später statt. Es sprachen seine engsten Freunde Peter Bichsel, Michael Seigner und seine Lebensgefährtin Karin Pilliod. Da Frisch überzeugter Agnostiker[12] gewesen war, war kein geistlicher Vertreter zugegen. Ebenso wurde seinem Wunsch entsprochen, dass kein politischer Vertreter das Wort ergreifen solle. Noch im selben Jahr kam „Homo Faber“ in die Kinos.

3. Der Handlungsverlauf in „Homo Faber. Ein Bericht“

Im Mittelpunkt des Romans steht das Aufeinandertreffen des erfolgreichen Schweizer Ingenieurs Walter Faber mit Elisabeth „Sabeth“ Piper, die sich im Verlaufe der Beziehung als dessen Tochter entpuppt.

Die Handlung beginnt während der 1930er Jahre, in denen Faber in Zürich Ingenieurswesen studiert. Zu jener Zeit wird seine Freundin Johanna „Hanna“ Landsberg, eine deutsche Halb-Jüdin, von ihm schwanger. Das Paar beschließt, zunächst zu heiraten – einerseits, um dem Kind sichere Verhältnisse zu bieten, andererseits, um Hanna durch eine heiratsbedingt erhaltene Schweizer Staatsbürgerschaft vor den Nationalsozialisten zu schützen. Doch da Hanna befürchtet, dass Faber sie nicht aus Liebe, sondern reinem Pflichtgefühl heiraten will, entscheidet sie sich gegen die Hochzeit und eine gemeinsame Zukunft. Das Paar trennt sich und vereinbart, die Schwangerschaft abzubrechen, wobei Joachim Hencke, ein Freund Fabers und Medizinstudent im Staatsexamen, helfen soll. Als Faber Zürich wenige Zeit später verlässt, um dem Arbeitsangebot einer renommierten Firma zu folgen, geht er davon aus, dass der Abbruch vollzogen wird.[13]

Jahre später trifft Faber auf einer Schiffsreise nach Paris, wie erwähnt, unwissentlich auf seine mittlerweile 21 Jahre alte Tochter. Er verliebt sich in sie und beginnt ein Verhältnis mit ihr, verschiebt einen Geschäftstermin und begleitet sie auf ihrer weiteren Reise von Paris nach Athen. Unterwegs erzählt sie ihm von ihrer Mutter Hanna Piper, geb. Landsberg. Nach und nach wird ihm klar, dass er Sabeths Vater sein muss. Doch er verdrängt dieses Faktum und hält an der Beziehung zu ihr fest.

Nach einigen Tagen wird Sabeth an einem Strand zufällig von einer Giftschlage gebissen. Faber bringt das Mädchen schnellstmöglich in das nächste Krankenhaus nach Athen.

---

[11] „Dies ist ein aufrichtiges Buch, Leser, (...) denn ich bin es, den ich darstelle. (...) So bin ich selber der einzige Inhalt meines Buches“, Frisch (1975), S. 5.

[12] Habermas (2007).

[13] Frisch (1997), S. 57.

Dort treffen Hanna und Faber erstmals wieder aufeinander. Sie sprechen die unausweichliche Wahrheit aus, dass Faber der Vater von Elisabeth ist und so ein inzestuöses Verhältnis mit ihr unterhielt.

Wenige Tage später verstirbt Sabeth an einer nichterkannten Hirnblutung, die sie erlitt, als sie vor der Schlange flüchtend eine Böschung hinunterstürzte. Faber verlässt Athen und versucht, in sein altes Leben zurückzufinden, was ihm nicht gelingt. Er kündigt seine Stelle und kehrt zu Hanna zurück, da er mit ihr seinen Lebensabend verbringen will.

In Athen muss er umgehend das dortige Krankenhaus aufsuchen, da er an wiederholt auftretenden, starken Magenschmerzen leidet. Es stellt sich heraus, dass er an Magenkrebs erkrankt ist und operiert werden muss. Das Werk schließt mit den Worten „08:05 Uhr. Sie kommen“.[14] Es „bleibt dem Leser wenig Zweifel: Walter Faber wird die Operation nicht überleben“.[15]

4. Die Standpunkte der Protagonisten zum Schwangerschaftsabbruch

Frisch greift in seinem Roman zwei in weiten Bereichen diametral entgegengesetzte Ansichten zum Schwangerschaftsabbruch auf und ordnet sie in dichotomer Weise Faber bzw. Hanna zu. Während Faber weitgehend *rationale* (Pro-)Argumente aufführt, orientiert sich Hanna vorwiegend an ihren *Emotionen* und gelangt so zu einer Haltung *contra interruptionem*.

4.1 Walter Faber

Faber argumentiert ausschließlich *für* den Schwangerschaftsabbruch. Dabei führt er einerseits spezifische, auf die gegebene Situation bezogene Begründungen auf, andererseits allgemeine Aspekte, die seine generelle Befürwortung einer Abtreibung unterstreichen.

Zunächst werden die *situationsbezogenen* Ausführungen Fabers näher beleuchtet. In Anbetracht der politischen Situation hätten die Jüdin Hanna und ihr Kind am ehesten vor den Nationalsozialisten geschützt werden können, wenn sie durch die Ehe die Schweizer Staatsbürgerschaft erhielten.[16] Da Hanna die Hochzeit jedoch ablehnt, zieht Faber die Schlussfolgerung, dass es vernünftiger sei, kein uneheliches, jüdisches Kind zur Welt zu bringen.

Des Weiteren macht er geltend, dass die finanzielle Absicherung für Kind und Mutter nicht gewährleistet sei, da sowohl er als auch Hanna noch Studenten ohne gesichertes Einkommen seien. Er überlegt, eine ihm angebotene Stelle in Bagdad anzunehmen, um die nötigen finanziellen Mittel aufbringen zu können.[17] Jedoch müsse er dann die junge Mutter alleine zurücklassen.

Zuletzt deutet er etwaige negative Konsequenzen für die weitere berufliche Karriere an. Er erläutert, dass die Schwangerschaft (und eine eventuelle Ehe) seine Chancen, im Ausland für eine große Firma zu arbeiten, zerstören könnten.[18]

Fabers Argumente liefern über die vorgenannten situationsbezogenen Aspekte hinaus Hinweise auf eine *grundsätzliche* Befürwortung von Schwangerschaftsabbrüchen. So betont

[14] Ebenda, S. 203.
[15] Knapp/Knapp (1991), S. 54.
[16] Frisch (1997), S. 48 und S. 56.
[17] Ebenda, S. 33, 45 und 48.
[18] Ebenda, S. 47f.

er, dass der Mensch durch seine fortschrittlichen Bestrebungen in der Medizin, Hygiene und Technik die natürliche Selektion durch die Natur unterbunden habe. Daher bestehe die Gefahr der Überbevölkerung und nachfolgenden Rohstoffmangels. Der Eingriff des Menschen in die Natur verpflichte diesen, eine solche Entwicklung aufzuhalten, indem er sich der Geburtenkontrolle, unter Einschluss des Schwangerschaftsabbruchs, bediene.[19] Nur so könne die „Heiligkeit des Lebens"[20] bewahrt werden. Lediglich durch eine begrenzte Zahl an Menschen könne der Einzelne von einem relativ größeren Angebot an Ressourcen profitieren und so seine Lebensqualität verbessern, die als wesentlicher Teil der „Heiligkeit des Lebens" zu verstehen sei.

Im Zuge seiner Argumentation greift Faber das Prinzip der Menschenwürde auf.[21] Als deren wichtigste Ausdrucksform sieht er die Möglichkeit, „vernünftig zu handeln und selbst zu entscheiden".[22] Nach seiner Ansicht sei der Schwangerschaftsabbruch eine Entscheidung, die angesichts der Gefahren der Überbevölkerung, Ressourcenknappheit und daher drohender Kriege, aus Vernunftgründen gefällt werden müsse.[23] Entzöge man einem Menschen diese Entscheidungsoption, entzöge man ihm gleichzeitig einen Teil seiner Menschenwürde.

Zuletzt erläutert Faber, warum er zwischen einer Geburtenkontrolle durch Verhütung und der Abtreibung keinen Unterschied sieht: „In jedem Falle ist es ein menschlicher Wille, kein Kind zu haben".[24]

Entscheidend sei einzig, dass man kein Kind wolle. Welches Mittel man anwende, um die Geburt eines ungewollten Kindes zu verhindern, sei demgegenüber nachrangig. Dass seine rational geprägte Sicht als moralisch verwerflich erachtet werden könnte, kommentiert er wie folgt:

> „Unwissenheit, Unsachlichkeit (...). Es sind immer die Moralisten, die das meiste Unheil anrichten. Schwangerschaftsunterbrechung: Eine Konsequenz der Kultur, nur der Dschungel gebärt und verwest, wie die Natur es will."[25]

Auch gibt er zu bedenken, dass eine psychische Beeinträchtigung der Frau nach einer Abtreibung nur dann auftreten könne, wenn „die betroffene Person von moralischen oder religiösen Vorstellungen beherrscht wird".[26]

---

[19] „Fortschritt in Medizin und Technik nötigen den verantwortungsbewussten Menschen zu neuen Maßnahmen. (...) Früher keine Hygiene. Zeugen und gebären und im ersten Jahr sterben lassen, wie es der Natur gefällt, das ist primitiver, aber nicht ethischer. (...) Konsequenz des Fortschritts: wir haben die Sache selbst zu regeln". Frisch (1997), S. 105.

[20] „Heiligkeit des Lebens! Die natürliche Überproduktion (wenn wir drauflos gebären wie die Tiere) wird zur Katastrophe; nicht Erhaltung der Art, sondern Vernichtung der Art". Frisch (1997), S. 105f.

[21] Ebenda, S. 106.

[22] Ebenda.

[23] „Würde des Menschen, vernünftig zu handeln und selbst zu entscheiden. Wenn nicht, so ersetzen wir die Seuchen durch Krieg. (...) Wer die Schwangerschaftsunterbrechung grundsätzlich ablehnt, ist romantisch und unverantwortlich". Frisch (1997), S. 106.

[24] Ebenda, S. 106.

[25] Ebenda.

[26] Ebenda, S. 107.

Walter Faber imponiert als überzeugter, gleichsam kategorischer Befürworter des Schwangerschaftsabbruchs. Hierzu bedient er sich rein rationaler Argumente; bemerkenswerterweise operiert er dabei mit dem Schlagwort der „Menschenwürde“, ohne jedoch sein Verständnis des Begriffs näher zu bestimmen bzw. zu problematisieren.

4.2 Johanna „Hanna“ Piper, geb. Landsberg

Im Gegensatz zu Faber lehnt Hanna die Abtreibung ihres gemeinsamen Kindes ab. Ihre Gründe wurzeln in ihren starken Emotionen. Allerdings verwirft Hanna einen Schwangerschaftsabbruch nicht kategorisch.

Als Hanna Faber von ihrer Schwangerschaft berichtet, ist sie zunächst enttäuscht, dass er überwiegend sachlich reagiert.[27] Sie hatte sich eine freudige, emotionale Reaktion erhofft.[28] Als diese ausbleibt und als sie zusätzlich Fabers Frage, ob sie einen Arzt kenne, den sie aufsuchen könne,[29] als Drängen auf einen Schwangerschaftsabbruch (miss-)deutet, entschließt sie sich zunächst, einen Abbruch vornehmen zu lassen. Doch als sich das Paar wenige Zeit später trennt und Faber Zürich verlässt, entdeckt sie, „dass sie ein Kind wünschte (...) ohne Vater, nicht unser Kind, sondern ihr Kind“.[30]

Der Grund für ihre Entscheidung, das Kind doch zur Welt zu bringen und vaterlos aufzuziehen, liegt in Hannas Kindheit: Als junges Mädchen gewann sie den Eindruck, dass Männer Frauen an körperlicher Kraft und im gesellschaftlichen Ansehen überlegen sind.[31] Sie beschließt, es den Männern gleichzutun, macht Karriere und „lehnt (...) alles Männliche ab, das sie lediglich im Widerstreit mit der Frau und in seiner Überheblichkeit ihr gegenüber wahrzunehmen weiß“.[32]

Hanna erkennt in der Mutterschaft eine gesellschaftliche Position, die ihr der Mann nicht streitig machen kann. Die Mutterrolle – als eine Art soziales Monopol – scheint ihr die Möglichkeit zu bieten, dem Mann überlegen zu sein. Die Versorgung und Erziehung des vaterlosen Kindes ist nun einzig ihre Aufgabe – kein Mann hat das natürliche Recht hierzu beizutragen, wie es der (nichtsahnende) leibliche Vater hätte.

Als Hanna in ihrer späteren Ehe mit Joachim Henke ein zweites Mal schwanger wird, entscheidet sie sich jedoch gegen das Kind. Sie will unbedingt vermeiden, dass Joachim als Vater die Erziehung des Kindes gleichberechtigt mitbestimmen darf. Er wäre ihr ebenbürtig; sie würde ihre überlegene Position einbüßen. Und so lässt sie eine Abtreibung durchführen.

---

[27] „Ihre Behauptung, ich sei zu Tode erschrocken, bestreite ich noch heute; ich fragte bloß: Bist du sicher? Immerhin eine sachliche und vernünftige Frage“. Frisch (1997), S. 47.

[28] „Ihre Enttäuschung! Ich tanzte nicht vor Vaterfreude, das ist wahr“. Frisch (1997), S. 48.

[29] „Ich fragte: Hast du denn einen Arzt wo du hingehen kannst? Natürlich meinte ich bloß: um sich einmal untersuchen zu lassen. Hanna nickte. Das sei keine Sache, sagte sie, das lasse sich schon machen! Ich fragte: Was meinst du? Später behauptete Hanna, ich sei erleichtert gewesen, dass sie das Kind nicht haben wollte“. Frisch (1997), S. 48.

[30] Ebenda, S. 201.

[31] Ebenda, S. 182f.

[32] Heidenreich (1977), S. 86.

> „Joachim sorgte für das Kind [Sabeth], ohne sich in seine Erziehung einzumischen; es war ja nicht sein Kind, auch nicht mein Kind, ein vaterloses, einfach ihr Kind, ihr eigenes, ein Kind, das keinen Mann etwas angeht, (...) aber Joachim vertrug es grundsätzlich nicht, dass Hanna sich in allem, was Kinder betrifft, als einzige und letzte Instanz betrachtete. (...) Offenbar hoffte er mehr und mehr auf ein Kind, ein gemeinsames, das ihm die Stellung des Vaters geben würde, (...) Joachim glaubte (...): Du willst keinen Vater im Haus! Er meinte, Hanna wolle nur Kinder, wenn nachher der Vater verschwindet.“[33]

Im Für und Wider um eine Abtreibung entscheidet Hanna anhand der Frage, ob sie durch das Kind in eine Rolle einrückt, die sie dem Mann überlegen macht oder die sie ihm gleichstellt. Durch die Trennung von Faber konnte Hanna ein vaterloses Kind aufziehen und als einziger Elternteil eine gleichsam „monopolistische“ Rolle einnehmen. Joachim jedoch hätte Ansprüche auf seine Vaterrolle gestellt, wodurch Hanna und er gleichgestellte Elternteile eines gemeinsamen Kindes geworden wären.

Hannas Handlungsweise dokumentiert eine emotionale, von persönlichen Interessen und Befindlichkeiten geprägte Entscheidungsfindung. Prosaische bzw. sachliche Argumente treten demgegenüber in den Hintergrund. Damit stellt sie gewissermaßen einen Gegenpart zur nüchtern-sachlichen Abwägung Fabers dar.

5. Autobiographische Bezüge in „Homo faber. Ein Bericht“

> „Ich habe mich selbst nie beschrieben. Ich habe mich nur verraten.“[34]

Mit diesen Worten erklärte Max Frisch die sehr auffälligen autobiographischen Züge seiner Werke. Wenngleich er sich selbst nie eindeutig als Protagonisten einer Erzählung zu erkennen gab, ließ er jedoch stets persönliche Erfahrungen und Wertvorstellungen in die Charaktere einfließen – so auch in seinem 1957 veröffentlichten Roman „Homo faber. Ein Bericht“ und den darin beschriebenen Überlegungen zur Abtreibung.

Frisch war im Laufe seines Lebens mehrmals mit einem Schwangerschaftsabbruch bei seinen Partnerinnen konfrontiert worden. In seinem wohl „intimsten“[35] Werk „Montauk“ berichtete Frisch diesbezüglich:

> „Vier Abtreibungen bei drei Frauen, die ich geliebt habe. Drei Mal ohne Zweifel, dass es richtig war. Nie ohne Schrecken. Die Rolle des Mannes dabei, der dann den Arzt bezahlt. Ein Mal: weil ich verheiratet bin, und sie möchte meinen Freund heiraten. Ein Mal mit einem anderen Grund: es ist zu spät in unserer Geschichte. Wir sind Freunde geblieben. Ein Mal ist es ein Irrtum gewesen; eine Schuld, so denke ich später, meine Schuld. Ich habe nicht den Mut, das Kind zu verlangen; ich sehe sie so ohne Zögern (wenn auch voller Angst natürlich) und ich bin betroffen. Ich frage nur nochmals: Du willst es wirklich nicht? Sie weiß, dass ich bei ihr bleiben möchte. Als

[33] Frisch (1997), S. 201f.

[34] Frisch (1975), S. 156.

[35] „Und doch übertrifft diese Erzählung Montauk in mancherlei Hinsicht alles, was wir bisher von Frisch kannten. Es ist sein intimstes und zartestes, sein bescheidenstes und gleichwohl kühnstes, sein einfachstes und vielleicht eben deshalb sein originellstes Buch“. Reich-Ranicki (1991), S. 81.

> jüngerer Mann habe ich mir Kinder nicht eigentlich gewünscht; die schlichte Nachricht, dass ein Kind gezeugt worden ist, hat mich gefreut: der Frau zuliebe. Später wird es anders, aber ich bin nicht deutlich genug mit meinem Wunsch, ich wage es nicht, da ich die Geliebte ohne Zögern sehe. Dann stehe ich in einer nächtlichen Straße, nachdem ich noch einmal gefragt habe, und warte in Erbarmen. Alles andere, so meine ich, wäre Erpressung. Auch das ist lang her. Die Erpressung wäre richtiger gewesen (in diesem Fall). Ein Mal rät der Arzt dazu und gegen unseren Wunsch.“[36]

Frisch hatte sich demnach privat mehrmals mit der Frage einer Abtreibung auseinandersetzen müssen. Seine Erfahrungen schlugen sich in der Beschreibung der Beziehung zwischen Walter Faber und Hanna Landsberg in „Homo faber. Ein Bericht“ nieder: Wie erwähnt, wird die deutsche Halb-Jüdin Hanna um 1936[37] ungewollt von Faber schwanger. Der junge Mann erklärt sich bereit, Hanna zu heiraten. Auf dem Standesamt entscheidet sich Hanna jedoch gegen die Hochzeit, da sie vermutet, dass Faber sie nicht aus Liebe ehelichen will. Sie glaubt, sein Beweggrund sei einzig sein Pflichtgefühl, die jüdische Mutter und ihr Kind vor den Nationalsozialisten zu schützen. Durch die Hochzeit erhielten sie die Schweizer Staatsbürgerschaft und könnten daher nicht nach Deutschland ausgewiesen werden.

Hier nun zeigt sich eine auffällige Parallele zu Frischs Beziehung mit der deutschen Jüdin Käte Rubensohn. Beide studierten ebenfalls in den 1930er Jahren in Zürich. Ob Rubensohn von Frisch schwanger wurde, ist nicht eindeutig belegt, wohl aber, dass Frisch sie zum Schutz vor den Nationalsozialisten heiraten wollte:

> „Dann bin ich bereit sie zu heiraten, damit sie in der Schweiz bleiben kann.“[38]

Als das Paar bereits auf dem Standesamt ist, entscheidet sich Rubensohn gegen die Hochzeit: Das ist „nicht Liebe, die Kinder will, und das lehnt sie ab“.[39] In dieser Aussage zeigt sich ein Hinweis auf eine eventuell bestandene Schwangerschaft Rubensohns. Dieser wird noch verstärkt durch Frischs Kommentar: „Will ich kein Kind, weil sie eine Jüdin ist?“.[40] Er nennt nicht explizit, dass die junge Frau ein Kind von ihm erwartete, aber er lässt kaum einen Zweifel daran. Da Rubensohn und Frisch nie ein Kind zusammen hatten, liegt die Annahme nahe, dass es zu einer Abtreibung gekommen ist.[41]

Um welche der oben aufgeführten vier Abtreibungen es sich gehandelt haben könnte, kann aufgrund fehlender Angaben nicht bestimmt werden. Aufschlussreicher ist ohnehin,

---

[36] Frisch (1975) S. 108f.

[37] 1933 bis 1935 Assistent an der ETH Zürich, Freundschaft mit Hanna; 1935: Heiratsvorhaben; 1936: Trennung von Hanna und Umzug nach Bagdad; Techniker bei der Firma Escher-Wyss, vgl. Knapp/Knapp (1991), S. 44. Aus der Auflistung dieser Daten lässt sich schließen, dass Hanna 1936 schwanger gewesen ist, da sie sich schwanger von Faber trennte. Vergleiche hierzu: „Hanna hatte versprochen, nach meiner Abreise [nach Bagdad] sofort zu Joachim zu gehen, der seine ärztliche Hilfe angeboten hatte, (...) und in diesem Sinne nahmen wir Abschied; es war ausgemacht, dass unser Kind nicht zur Welt kommen sollte“. Frisch (1997) S. 57.

[38] Frisch (1975), S. 168.

[39] Ebenda. Vgl. hierzu Tantow/Tantow (1994), S. 42: „Max wollte Käte heiraten, doch sie lehnte ab, weil sie vermutete, es würde nicht aus Liebe, sondern aus Mitleid geschehen“.

[40] Frisch (1975), S. 168.

[41] „Jedoch beide Paare, sowohl Walter und Hanna als auch unser Autor und Käte beschließen, das Kind nicht zur Welt kommen zu lassen“. Konstantinović (1977), S. 149.

wie Frisch die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch in den einzelnen Fällen begründete.

Erste Abtreibung: Es bestand eine außereheliche Schwangerschaft. Die Entscheidung zum Abbruch fiel aufgrund der Tatsache, dass eine Eheschließung des Paares nicht möglich war, da Frischs Partnerin seinen Freund heiraten wollte und er selbst bereits verheiratet war.

Zweite Abtreibung: Frisch nennt als Grund, dass der Zeitpunkt der Schwangerschaft „zu spät in unserer Geschichte“[42] gewesen sei: Zum Zeitpunkt der Schwangerschaft war die Beziehung bereits gescheitert. Er und seine Partnerin waren kurz vor der Trennung oder schon getrennt; hierzu macht er keine spezifizierenden Angaben. Lediglich die Aussage, dass sie Freunde geblieben seien, verweist auf ein Ende der Beziehung.

Dritte Abtreibung: Die dritte ungeplante Schwangerschaft zog ebenfalls eine Abtreibung nach sich. Allerdings nennt Frisch diese Entscheidung einen Irrtum. Er habe sich nicht getraut, das Kind von der Mutter zu verlangen, da er ihren festen Entschluss, einen Abbruch vornehmen zu lassen, zu sehr respektierte.

Vierte Abtreibung: Im letzten Fall lag nach Frischs Beschreibung eine ärztlich diagnostizierte Medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vor. Auch wenn er und seine Partnerin das Kind gerne bekommen hätten, hatten sie keine Zweifel an der Richtigkeit ihrer Entscheidung.

Bei drei der vier Abbrüche war Frisch gänzlich von der Entscheidung überzeugt. In diesen Fällen ließ die gegebene Situation für ihn keinen anderen Entschluss zu; sei es nun dadurch, dass eine Medizinische Indikation vorlag oder die Beziehung nicht stabil genug war.

Frisch zog zur Entscheidungsfindung primär rationale Argumente heran. Diese Eigenschaft der sachlichen Argumentation findet sich im Roman bei Walter Faber wieder, der bei der Konfrontation mit der ungeplanten, außerehelichen Schwangerschaft Hannas rationale Begründungen für einen Abbruch aufführt. Die komplette Ausblendung der emotionalen Komponente in der Argumentation im „Für“ und „Wider“ der Abtreibung kommentiert Frisch wie folgt:

> „Als jüngerer Mann habe ich mir Kinder nicht eigentlich gewünscht; die schlichte Nachricht, dass ein Kind gezeugt worden ist, hat mich gefreut: der Frau zuliebe.“[43]

Frischs Entscheidung für eine Abtreibung wurzelte im Fehlen des Wunsches, Kinder zu haben. Da ein Kind seinerseits prinzipiell ungewollt war, fiel es ihm leichter, es abzulehnen. Einzig seiner Partnerin zuliebe war er bereit, eine Vaterschaft anzunehmen.

Im Fall der dritten beschriebenen Abtreibung berichtet Frisch allerdings, dass er den Wunsch nach dem Kind und einer Familiengründung verspürte, jedoch nicht „deutlich genug“.[44] Angesichts des festen Entschlusses seiner Partnerin, eine Abtreibung vornehmen zu lassen, vermochte er es nicht, seinen Standpunkt entschieden zu vertreten. Auch wollte er sie nicht zu einer Fortsetzung der Schwangerschaft drängen, da er dies als eine Form der

[42] Frisch (1975) S. 108.
[43] Ebenda, Seite 109.
[44] Ebenda.

„Erpressung“ ansah.[45] Später bereut er, nicht zu diesem Mittel gegriffen zu haben. Die Abtreibung war ein Irrtum; „eine Schuld, (...) meine Schuld“.[46] Während Frisch in den anderen Fällen keinen Wunsch nach einem Kind verspürte und daher eine Abtreibung als logische Konsequenz ansah, fühlte er dieses eine Mal den Wunsch, doch noch Vater zu werden. Da es trotzdem zur Abtreibung kam, machte er sich später Vorwürfe, den Abbruch nicht verhindert zu haben.

Frisch ließ in seine Argumentation bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs nie religiöse Überzeugungen oder Vorstellungen einfließen. Er selbst war überzeugter „Agnostiker, der jedes Glaubensbekenntnis verweigerte“.[47] Da nach seiner Ansicht die wesentlichen Fragen nach der Seele, dem Lebenssinn oder auch Gott nicht zu beantworten seien, nahmen religiöse Vorstellungen keinen Einfluss auf seine Entscheidungen. Eben diese Eigenschaft projizierte er in seinem Roman auf den Protagonisten Faber. Dieser kritisiert die Religion, indem er erklärt:

> „Schädigung der Frau? (...) psychisch nur in sofern, als die betroffene Person von moralischen und religiösen Vorstellungen beherrscht wird.“[48]

Eine Schwangere, die stark religiös beeinflusst ist, würde bei einer Abtreibung durch ihre Angst, gegen Gottes Gebote verstoßen zu haben, unter enormen Schuldgefühlen leiden. Es seien also nicht der Abbruch an sich, sondern die religiösen Vorstellungen der Frau die Ursache für ihr schlechtes Gewissen und die daraus resultierende psychische Belastung. Um die seelischen Schäden eines Abbruchs zu verhindern, müsse man sich daher von beherrschenden Wertvorstellungen lösen und unbeeinflusst einzig nach den Fakten der gegebenen Situation entscheiden.

Auffällig ist, dass Faber moralische Wertvorstellungen als ebenso schädlich einordnet wie religiös motivierte Überzeugungen. An anderer Stelle erklärt er:

> „Es sind immer die Moralisten, die das meiste Unheil anrichten. Schwangerschaftsunterbrechung: eine Konsequenz der Kultur, nur der Dschungel gebärt und verwest wie die Natur will. Der Mensch plant.“[49]

Nach Fabers Ansicht trüben sowohl religiöse als auch moralische Vorstellungen die Urteilsfähigkeit des Menschen, wodurch er nicht in der Lage sei, rationale Entscheidungen zu fällen.

Für Frisch selbst galt nur ein einziges, moralisches Prinzip, das jedoch nicht im Widerspruch zu der Aussage seines Protagonisten Faber steht: „Du sollst dir kein Bildnis machen!“.[50] Mit diesem Gebot (Exodus 20:4) bezog sich Frisch nicht auf die ursprüngliche

---

[45] Ebenda.

[46] Ebenda.

[47] Habermas (2007). Agnostizismus steht ursprünglich für die Unmöglichkeit, gesichertes oder begründetes Wissen in metaphysischen oder transzendenten Fragen zu erlangen. Häufig ist damit auch die grundsätzliche Ablehnung der Frage selbst verbunden, vgl. Löhr (1998); unter diese abzulehnenden, da eben unbeantwortbaren Fragen fallen auch diejenigen nach dem Tod, dem Weiterleben danach sowie dem Sinn des Lebens selbst.

[48] Frisch (1997), S. 107.

[49] Ebenda, S. 106.

[50] Vgl. Tantow/Tantow (1994), S. 73.

Bedeutung der Aussage, nämlich sich kein Bild von Gott zu machen und dieses nicht anzubeten. Frisch transferierte das Gebot auf die zwischenmenschliche Ebene. Er forderte auf, sich kein festes Bildnis von anderen Menschen zu machen, also keine Vorurteile zu haben. Man solle „sich nicht eine endgültige Meinung zurechtlegen (...), die späteren Ansichten möglicherweise widerspreche".[51]

Jede anstehende Entscheidung solle erst nach Abwägung der individuellen Gegebenheiten und Hinterfragen der Beweggründe gefällt werden, selbst, wenn die Situation ähnlich einer bereits erlebten sei. Nur wenn man sich von seinen Bildern beziehungsweise Vorurteilen löse, könne man ein unbeeinflusstes, rationales Urteil fällen, das der spezifischen Situation gerecht würde.

Zu den Bildnissen, die man sich nicht als feste Konstrukte zurechtlegen solle, zählen nach Frischs Ansicht auch strikte religiöse und moralische Wertvorstellungen:

> „Du sollst dir kein Bildnis machen bedeutet in diesem Sinne, Sorge dafür zu tragen, dass sich diese Ideologien nicht in unseren Hirnen einnisten, sondern dass wir sie permanent in Frage stellen."[52]

In diesem moralischen Grundprinzip besteht die zentrale Botschaft an den Leser. Frisch appelliert an ihn, keine Vorurteile auszubilden, auch nicht bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs.

6. Schlussbemerkungen

Als Frisch seinen Roman „Homo faber. Ein Bericht" im Jahr 1957 veröffentlichte, bestand seit 15 Jahren ein einheitliches Strafgesetz in der Schweiz. Vor 1942 hatte jeder Kanton seine eigene Gesetzgebung. Im Kanton Zürich, in dem Frisch lebte, galt eine Abtreibung als Straftat und wurde mit Gefängnis für die Schwangere und zusätzlichem Bußgeld für die durchführende Person geahndet.[53] Mit Einführung der einheitlichen Gesetzgebung galt nach Artikel 120 des StGB ein Schwangerschaftsabbruch als straffrei, wenn er mit einer schriftlichen Einwilligung der Schwangeren und einem ärztlichen Gutachten, welches eine Medizinische Indikation bescheinigte, von einem approbierten Arzt durchgeführt wurde.[54] Trotz dieser juristisch eindeutigen Regelung blieb die Debatte um die Abtreibung innerhalb der Schweizer Gesellschaft weiterhin bestehen. Frisch selbst ergriff öffentlich keine Partei. Sein Bestreben lag nicht in der Rechtfertigung einer bestimmten Position, sondern darin,

---

[51] Ebenda, S. 73f.

[52] Ebenda, S. 74.

[53] § 140 StGB des Kantons Zürich: „Eine Schwangere, welche rechtswidrig durch äußere oder innere Mittel ihre Frucht vorsätzlich im Mutterleibe tötet, oder vor der gehörigen Reife abtreibt, ist des Verbrechens der Abtreibung der Leibesfrucht schuldig und wird mit Arbeitshaus bis zu fünf Jahren oder Gefängnis bestraft. Mit der gleichen Strafe, jedoch verbunden mit Buße, wird derjenige belegt, welcher mit Einwilligung der Schwangeren rechtswidrig solche Mittel gegeben oder angewendet hat". Zeller (1912), § 140.

[54] § 120 Schweizer Strafgesetzbuch: „1. Eine Abtreibung im Sinne des Gesetzes liegt nicht vor, wenn die Schwangerschaft mit schriftlicher Zustimmung der Schwangeren infolge von Handlungen unterbrochen wird, die ein patentierter Arzt nach Einholung eines Gutachtens eines zweiten patentierten Arztes vorgenommen hat, um eine nicht anders abwendbare Lebensgefahr oder große Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit von der Schwangeren abzuwenden". Rehberg (1999), § 120, Abs. 1.

den Leser zu ermutigen, vorurteilsfrei und emotionslos – ohne vorgefertige Bilder oder Stereotype – an das Thema „Schwangerschaftsabbruch“ heranzugehen. So ist Frischs persönliche Maxime zugleich seine implizite Botschaft an den Leser:

> „Du sollst dir kein Bildnis machen!“

Literatur

1. Arnold (1975): Heinz Ludwig Arnold, Gespräche mit Schriftstellern: Max Frisch, Günter Grass, Wolfgang Koeppen, Max von der Grün, Günter Wallraff, München 1975.
2. Frisch (1975): Max Frisch, Montauk: Eine Erzählung, Frankfurt am Main 1975.
3. Frisch (1976): Max Frisch: Der Autor und das Theater. Rede auf der Frankfurter Dramaturgentagung 1964, in: Max Frisch. Gesammelte Werke in zeitlicher Folge, Bd. 5: 1964-1967, herausgegeben von Hans Mayer und Walter Schmitz, Frankfurt am Main 1976, S. 339-354.
4. Frisch (1997): Max Frisch, Homo Faber. Ein Bericht, 7. Aufl. Frankfurt am Main 1997.
5. 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.
6. Habermas (2007): Jürgen Habermas, Ein Bewusstsein von dem, was fehlt – Über Glauben und Wissen und den Defaitismus der Modernen Vernunft, Neue Zürcher Zeitung online, 10.02.2007, http://www.nzz.ch/aktuell/startseite/articleevb7x-1.110807 (gesehen am 02.07.2013).
7. Hage (1999): Volker Hage, Max Frisch, 12. Aufl. Reinbek 1999.
8. Heidenreich (1977): Sybille Heidenreich, Homo Faber. Untersuchungen zum Roman, Hollfeld 1977.
9. Karasek (1974): Hellmuth Karasek, Max Frisch, Velber 1974.
10. Knapp/Knapp (1991): Mona Knapp, Gerhard Knapp, Max Frisch: Homo Faber – Grundlagen und Gedanken zum Verständnis erzählender Literatur, Frankfurt am Main 1991.
11. Konstantinović (1977): Zoran Konstantinović, Die Schuld an der Frau. Ein Beitrag zur Thematologie der Werke von Max Frisch, in: Manfred Jurgensen, Frisch: Kritik – Thesen – Analysen. Beiträge zum 65. Geburtstag, Bern 1977, S. 145-155.
12. Löhr (1998): Gebhard Löhr, Art. Agnostizismus (Religionsgeschichtlich), in: Religion in Geschichte und Gegenwart, Bd. 1, Tübingen 1998, Sp. 186.
13. Petersen (1980): Carol Petersen, Max Frisch, Berlin 1980 (= Sammlung Metzler. Realien zur Literatur, Abt. Literaturgeschichte, 178).
14. Rehberg (1999): Jörg Rehberg, Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB), Zürich 1999.
15. Reich-Ranicki (1991): Marcel Reich-Ranicki, Max Frisch, Zürich 1991.

16. Tantow/Tantow (1994): Karin Tantow, Lutz Tantow, Max Frisch. Ein Klassiker der Moderne, München 1994.
17. Viehoff (1983): Reinhold Viehoff, Max Frischs Homo Faber in der zeitgenössischen Literaturkritik der ausgehenden fünfziger Jahre. Analyse und Dokumentation, in: Walter Schmitz (Hrsg.), Frischs Homo Faber, Frankfurt am Main 1983 (= Suhrkamp Taschenbuch: Materialien, 2028), S. 243-289 und 355-361.
18. Winterlich/Schmitz/Groß (2011): Gloria Winterlich, Dagmar Schmitz, Dominik Groß, Die italienische Abtreibungsdebatte im Spiegel der belletristischen Literatur. Das Beispiel „Brief an ein nie geborenes Kind“ der Schriftstellerin Oriana Fallaci, in: Dominik Groß et al. (Hrsg.), Medizingeschichte in Schlaglichtern. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“, Kassel 2011 (= Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker, 2), S. 329-349.
19. Zeller (1912): Heinrich Zeller, Das Strafgesetzbuch für den Kanton Zürich, Zürich 1912.

Die „Antipsychiatrie“ der 1960er und frühen 1970er Jahre im Spiegel der Autobiographie „Meine Reise durch den Wahnsinn“ von Mary Barnes

Svenja Hein, Dominik Groß und Jean-Philippe Ernst

1. Einleitung und Fragestellung[1]

Kritik begleitet die Psychiatrie seit ihren Anfängen.[2] In den 1960er und frühen 1970er Jahren erlebte sie eine Phase radikaler Infragestellung, die sowohl innerhalb als auch außerhalb des Faches geäußert wurde. Diese Kritik fand auch in verschiedenen Erzählungen ihren Ausdruck, unter denen Ken Keseys „Einer flog über das Kuckucksnest“ (im amerikanischen Original 1962 erschienen) wohl die bekannteste und einflussreichste ist, nicht zuletzt dank der Oscar-prämierten Verfilmung aus dem Jahre 1975 mit Jack Nicholson in der Hauptrolle. Während in Keseys fiktivem – allerdings von eigenen beruflichen Erfahrungen inspirierten – Roman die Schrecken einer repressiven Anstalt dargestellt werden, beschreibt Mary Barnes in ihrer Autobiographie „Meine Reise durch den Wahnsinn“ die vermeintliche Alternative: den Aufenthalt in der therapeutischen Wohngemeinschaft Kingsley Hall. In diesem Projekt im Osten von London, das vermutlich den bekanntesten Versuch einer praktischen Umsetzung „antipsychiatrischer“ Ideen diese Zeit darstellte, lebte die Autorin von 1965 bis 1970. Hier – um es mit ihren eigenen Worten zu sagen – ging Barnes „nach unten“, um später „wieder hoch zu kommen“, und lernte dabei neben ihrem Therapeuten Joe Berke weitere wichtige Vertreter der zeitgenössischen Psychiatriekritik kennen, darunter Ronald Laing, ein schottischer Psychiater und Autor von „Das geteilte Selbst“.

Es ist diese spezifische historische und räumliche Konstellation, die „Meine Reise durch den Wahnsinn“ aus psychiatriegeschichtlicher Sicht besonders interessant macht. Es ist anzunehmen, dass, wie in den theoretischen Schriften auch, in diesem Narrativ aus Betroffenenperspektive die kontroversen Ansichten zum psychiatrischen Krankheitskonzept und zu Behandlungsmethoden zum Ausdruck kommen, welche die Psychiatriekritik dieser Zeit kennzeichnen. Davon ist insbesondere daher auszugehen, weil Mary Barnes sich die Kingsley Hall als Einrichtung nach der Lektüre von Laings Werken bewusst selbst ausgesucht hatte und das Buch anschließend gemeinsam mit ihrem „Therapeuten“ Joe Berke verfasste, der sich als junger amerikanischer Arzt aus Unzufriedenheit mit der institutionellen Psychiatrie der Gruppe um Laing angeschlossen hatte.

Der vorliegende Beitrag geht daher von der These aus, dass „Meine Reise durch den Wahnsinn“ ein charakteristisches psychiatriehistorisches Zeugnis der späten 1960er und frühen 1970er Jahre darstellt, das womöglich nicht repräsentativ für die Psychiatrie der damaligen Zeit ist, wohl aber zentrale, das Fach betreffende Kontroversen widerspiegelt. In diesem Sinne gilt es zu prüfen, inwiefern Barnes’ und Berkes Buch strittige zeitgenössische Meinungen widerspiegelt, zugleich aber auch durch ihre Wirkung als literarisches Werk

[1] Der Beitrag ist ein Zwischenergebnis des von Svenja Hein bearbeiteten Promotionsprojekts „Zwischen Autonomie und Fürsorge: Die Darstellung der Schizophrenie in autobiographischen Romanen“. Als Tutor fungiert Jean-Philippe Ernst, als Doktorvater Dominik Groß.

[2] Vgl. Dain (1989), Schmiedebach (1996) sowie Engstrom (2011) zur Psychiatriekritik im 19. Jahrhundert.

gesellschaftliche Meinungen – über die Psychiatrie sowie über den Krankheitscharakter und die medizinische Behandlungsbedürftigkeit psychischer Krisenzustände – bildet.[3]

Zur Untersuchung dieser Fragestellungen werden zunächst Struktur und Inhalt des Buchs dargestellt (Kapitel 2), bevor in Kapitel 3 verschiedene Aspekte der Erzählung näher in den Blick genommen werden: die Krankheitsentstehung, der therapeutische Ansatz, das Arzt-Patienten-Verhältnis, das Erleben, die Rolle der Familie sowie die Bewältigung und die weitere Perspektive. Anschließend soll das Werk psychiatriegeschichtlich kontextualisiert werden (Kapitel 4). Hierbei sind vor allem die Entstehung und Entwicklung der psychiatriekritischen bzw. antipsychiatrischen Bewegung und ihre Auswirkungen nachzuzeichnen. Im darauffolgenden Kapitel (5) wird dann näher auf die Kingsley Hall eingegangen. Anschließend sollen die eben skizzierten Fragestellungen untersucht (Kapitel 6-8) und ein abschließendes Fazit gezogen werden (Kapitel 9).

2. Struktur und Inhalt des Werkes

Das Buch von Mary Barnes und Joseph Berke erschien im englischsprachigen Original erstmalig im Jahre 1971 unter dem Titel „Mary Barnes, two accounts of a Journey through Madness", die deutschsprachige Ausgabe wurde zwei Jahre später als „Meine Reise durch den Wahnsinn" veröffentlicht. Das Werk besteht sowohl aus autobiographischen Kapiteln von Mary Barnes als auch von ihrem Therapeuten Dr. Joseph Berke verfassten Kapiteln, in denen dieser von seinem Werdegang berichtet und die von Barnes geschilderten Vorgänge kommentiert und ergänzt. Somit werden den Lesern zwei Perspektiven auf das Geschehen geboten. Der Großteil des Buches ist allerdings von Barnes verfasst.

„Meine Reise durch den Wahnsinn" ist am ehesten der literarischen Gattung der Autobiographie zuzuordnen. Indem Autorin, Erzählerin und Protagonistin des Werkes identisch sind und Barnes mit ihrem Realnamen für die Wahrhaftigkeit des Erzählten „haftet", sind nach Lejeune die Grundvoraussetzungen für die Zugehörigkeit zur Gattung Autobiographie erfüllt.[4] Zudem wird im Vorwort betont, dass sich größte Mühe gegeben wurde, die Zitate möglichst wortwörtlich wiederzugeben. Durch die Ich-Erzählperspektive wird die Identifikation mit der Protagonistin erleichtert. Als Tempus wählte die Autorin das Präteritum. Auffällig ist die hohe Anzahl an verwendeten Zitaten, was noch einmal bestätigt, dass die Autorin einen hohen Wahrhaftigkeitsanspruch an ihr Werk stellte. Weitere verwandte Techniken, die eine Projektionsfläche bieten, sind ausführliche Gedankenberichte und die wörtliche Rede.

Erzählt wird die Geschichte von Mary Barnes, die 1923 als ältestes von vier Kindern im englischen Portsmouth geboren wurde. Sie machte eine Ausbildung zur Krankenschwester und absolvierte anschließend ein Studium, um Schwesternschülerinnen zu unterrichten. Im Alter von 28 Jahren wurde Mary – wie zuvor ihr Bruder Peter – aufgrund der Diagnose Schizophrenie in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen. Die dort angewandten Behandlungsmethoden hinterließen allerdings einen sehr negativen Eindruck auf die junge Frau, woraufhin sie beschloß, außerhalb des traditionellen psychiatrischen Ver-

[3] Vgl. hierzu bspw. Groß/Schäfer (2008), S. 334f., sowie Hein/Groß/Ernst (2010), S. 322ff.
[4] Vgl. Lejeune (1994), S. 15, sowie Wagner-Egelhaaf (2005), S. 6.

sorgungssystems nach Unterstützung zu suchen. Nach einer langen, leidvollen Wartezeit fand sie 1965 schließlich Hilfe in einer therapeutischen Hausgemeinschaft, in der Patienten, Therapeuten, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Künstler und andere Interessierte zusammen lebten und arbeiteten. Mary wurde von dem amerikanischen Psychiater Joseph Berke behandelt, der sie ohne Medikamente nur anhand von Gesprächen zu therapieren versuchte. Mary begann zu malen und erlangte durch dieses anfängliche Hobby einen respektablen Bekanntheitsgrad. Durch das Wiedererleben ihrer Vergangenheit kann Mary sich schließlich von dieser lösen und ihren „Wahnsinn“ überwinden.

3. Inhaltliche Analyse von Barnes' Autobiographie

3.1 Aspekt der Krankheitsentstehung

Mary „erkrankte“[5] erstmals im Alter von 28 Jahren. Es geschieht im Jahre 1952, als die junge Frau das erste Mal zu einer EEG-Untersuchung nach London gebracht wird. Zuvor hatte Mary begonnen, mehr und mehr Zeit allein zu verbringen. Viele Dinge waren ihr plötzlich zu viel geworden und sie hatte weniger gesprochen als gewöhnlich. Zu dieser Zeit lebte sie in einem Kloster, bis die Mutter Oberin ihr empfahl, zurück zu ihrer Familie zu ziehen und als Pflegerin zu arbeiten. Nachdem sie trotz verschriebener Schlaftabletten keine Ruhe finden konnte, wies der Hausarzt sie in die geschlossene Abteilung einer Nervenklinik ein. Marys Aufnahme erfolgte freiwillig. Zunächst wurde die Patientin körperlich untersucht, was sie noch nicht beunruhigte, da sie so den Eindruck bekam, „krank“ zu sein und sich davon versprach, Hilfe zu erhalten. Der Arzt riet der Patientin, sich wieder eine Stelle als Krankenschwester zu suchen. Mary verdiente sich ihren Weg aus der Nervenklinik durch emsige Arbeit auf Station: Sie putzte, flickte Laken und verrichtete schwere körperliche Arbeit. Nach ihrer Entlassung arbeitete sie wieder in ihrem alten Job als Krankenschwester. Doch die Angst vor ihrem alltäglichen Leben saß weiterhin tief und so stellte Mary ein Gesuch, einen zweijährigen Lehrgang zur Schwesternausbilderin zu machen. Diesem wurde stattgegeben und für Mary begann eine Zeit des Lernens. Sie befand sich unter anderen Studenten, bestand Prüfungen und fühlte sich dennoch nie ganz wohl in diesen Kreisen. Trotz der Gesellschaft war sie oft einsam und traurig, fühlte sich erschöpft und müde und schrieb alle diese Gefühle ihrer „Geisteskrankheit“ zu. Eine Einreise in die USA wurde ihr aufgrund ihrer Krankengeschichte nicht bewilligt. Auch Marys Bruder Peter geht es zunehmend schlechter. Er leidet unter Selbstmordgedanken und Mary kommt die Idee, dass sich beide zusammen in psychoanalytische Therapie begeben sollten. Die junge Frau hatte sich aufgrund ihres Studiums viel Wissen angelesen und über Kontakte wurde ihr Dr. Ronald Laing empfohlen. Gleich bei der ersten Begegnung, die mit ihrem Bruder zusammen stattfand, fühlt Mary sich wohl. Laing organisierte eine Unterbringung im Richmond Fellowship Hospital. Dort jedoch begann es Mary immer schlechter und schlechter zu gehen. Schließlich eröffnete ihr Laing, dass sie dort nicht bleiben könne und er eine andere Klinik

[5] Da die Verfasser den traditionellen psychiatrischen Krankheitsbegriff in Frage stellen – wie in dem vorliegenden Beitrag näher auszuführen ist –, gilt es, die Bezeichnung „Erkrankung“ in diesem Kontext mit Vorsicht zu verwenden, um ihrem Werk gerecht zu werden. Allerdings benutzt Barnes selbst am Anfang ihres Buches häufig diesen Begriff, vgl. Barnes/Berke (1973), bspw. S. 54 und S. 62f., sodass seine Verwendung nicht unangemessen erscheint.

für sie vorgesehen habe. Diese habe jedoch erst einen Platz im darauffolgenden Jahr frei und Mary müsse diese Zeit überstehen. Alles wird zunehmend anstrengender für die Patientin. Mary gelangte schließlich an einen Punkt, an dem sie stark selbstmordgefährdet war. Nach über einem Jahr erreichte sie schließlich die Botschaft, dass ein Platz frei sei. Mary kam nach Kingsley Hall.[6]

3.2 Aspekt des therapeutischen Ansatzes

Mary ließ sich nur langsam auf die Therapie ein. Sie kündigte ihre Nebentätigkeiten und begann, die Kontrolle abzugeben. Man ließ sie in Kingsley Hall gewähren: Mary beschmierte sich zum Teil über und über mit Kot, sie musste angezogen und mit der Flasche gefüttert werden. Die Türen des Hauses standen offen, so dass es Mary jederzeit frei stand, zu gehen. Sie bewohnte ein eigenes Zimmer und zog es vor, viel Zeit in diesem zu verbringen, abgeschieden von der Gemeinschaft. Zeitweise lag sie den ganzen Tag katatonisch im Bett, oder sie zog sich in „den Kasten" zurück. Dieser war ein im Keller aufgebautes hölzernes Therapiehilfsmittel, welches mit wechselnden Lichtern, variierenden Farben und von der Decke hängenden Fäden und Büchern ausgestattet war.[7] Mary sollte im Laufe ihrer Zeit in Kingsley Hall dort viel Zeit verbringen. Oft zog sie sich dorthin zurück, weil „der Kasten" für sie einen „Wohlfühlort" darstellte. Mary nahm Decken oder Stofftiere mit hinein und urinierte auch in den Kasten.

Die Therapien wurden von Joe Berke durchgeführt, der teilweise mit in der Hausgemeinschaft wohnte. Die weitere Versorgung übernahmen im Laufe der Jahre verschiedene Personen, darunter Pflegepersonal, aber auch andere Bewohner. Es sind keine Anzeichen von Zwängen in der Therapie zu vermerken, vielmehr wurde davon ausgegangen, dass die Patientin Zeit brauche, um Dinge zu verarbeiten. An einem gewissen Punkt ihrer Behandlung wünschte Mary sich sogar, künstlich ernährt zu werden:

> „Mary wollte tief in sich selbst hinabsteigen und bis in die Zeit vor ihrer Geburt zurückkehren, als sie noch ein Fötus war. Und sie verlangte, dass ihr alle in Kingsley Hall dabei halfen."[8]

Über die Durchführung der künstlichen Ernährung wurde heftig debattiert. Man befürchtete, dass die Patientin versterben könne, so dünn war sie. Ihr Therapiewunsch wurde anerkannt und ihm sollte soweit möglich auch Folge geleistet werden, nur stand ihre Sicherheit vor dem Autonomiebedürfnis. Es wurden einige Stimmen laut, die Mary gerne in eine Nervenheilanstalt eingewiesen hätten, um sie dort künstlich ernähren zu lassen und ihr Überleben zu garantieren. Letzten Endes übernahm Ronald Laing die Aufgabe, sich mit Mary auseinanderzusetzen und zu erklären, dass sie wieder Nahrung zu sich nehmen müsse, wenn sie in Kingsley Hall wohnen bleiben wolle. Mary wird als vernunftbegabtes, autonomes Wesen wahrgenommen, das eigene Entscheidungen bezüglich der Erkrankung treffen kann.

Es wird beschrieben, dass die junge Frau bereits vor ihrer Aufnahme in Kingsley Hall geplant hatte, „nach unten" zu gehen. Sie wollte dies tun, um ihre eigene Kindheit wieder

[6] Barnes/Berke (1973), S. 41-66.
[7] Ebd., S. 91.
[8] Ebd., S. 203.

zu erleben – angefangen bei der Zeit im Mutterleib – und sich somit von allem zu befreien.[9] Für ihren noch recht unerfahrenen Therapeuten stellte dies eine Möglichkeit dar, von der Patientin zu lernen:

> „Als ich nach Kingsley Hall kam, wurde mir sofort klar, dass ich am meisten über Psychosen lernen könnte, wenn ich Mary unterstützte, ‚ihren Weg zu gehen‘.“[10]

Der hier verfolgte Ansatz lässt erkennen, dass Therapie nicht als einseitig verstanden wurde und sich nicht eines feststehenden Behandlungskonzeptes bedient wurde, vielmehr profitierte auch der Behandelnde von dem Miteinander. Zum verfolgten therapeutischen Ansatz gibt Berke an:

> „Meine Strategie Mary gegenüber beinhaltete zwei verschiedene Aufgaben: erstens die Sorge um ihr physisches Wohlergehen und zweitens, sie auf ihren Zorn aufmerksam zu machen, sobald er sich Bahn brach.“[11]

Die Fokussierung auf den „Zorn“ der Patientin rührte aus der damaligen Auffassung, dass in sich widersprüchliche, innerfamiliäre Kommunikationsstrukturen einen bedeutenden Anteil zur Entstehung einer „Schizophrenie“ beitragen würden. Die Familie wurde als System verstanden, in dem der geistig Kranke Symptomträger für ein pathologisches Miteinander war. Weil dieser ein externalisierendes Verhalten zeigte, war er oft gesünder als der Rest der Familie. Deshalb nahm man die Nachricht, dass Marys Eltern einen Besuch angekündigt hatten, mit Begeisterung auf. Man erhoffte sich neue Kenntnisse aus dem Studium von Familienstrukturen.

Berke gibt in seinen Kapiteln des Buches zu verstehen, dass er die Psychose mehr als eine „Karriere“ denn als „Krankheit“ versteht. Erkrankte Personen gehorchten einem anderen „Realitätsgesetz“. Er bemühte sich, den Patienten zuzuhören und das von ihnen Gesagte nicht als verrückt abzustempeln, sondern in einen Kontext zu setzen. Nach Ronald Laing konnten Menschen unbeschadet aus Psychosen herausgehen, wenn diese genügend Lebensunterstützung erhielten. Da die „Nervenheilanstalten“ zu der Zeit dieser Funktion nicht nachkamen, sondern vielmehr als Verwahrungsanstalten dienten, wurde eine Alternative gesucht:

> „Deshalb suchten Ronnie und seine Freunde und Kollegen ein Haus, in dem sie leben und ein oder zwei Personen, die auf einen Psychose-‚Trip‘ gingen, eine wirksame Lebenshilfe geben könnten.“[12]

Zeit an sich und die Dauer der „Behandlungen“ scheinen in Kingsley Hall keine Rolle gespielt zu haben. Die „Patienten“ durften sich so viel Zeit für die Behandlung nehmen, wie sie benötigten. Auch Mary, die verschiedene, wiederkehrende Phasen der Regression durchlebte, wurde diese Zeit zugestanden. Die Gemeinschaft stellte sich auf Mary ein, in welcher Phase auch immer sie sich gerade befand. Als sich herauskristallisierte, dass Mary echtes Talent als Malerin besitzt, wurde sie von Kingsley Hall gefördert. Diese anfänglich

---

[9] Vgl. ebd., S. 94.
[10] Ebd., S. 205.
[11] Ebd., S. 210.
[12] Ebd., S. 81.

nur als therapeutische Unterstützung gedachte Maßnahme entwickelte sich soweit, dass Mary am Ende ihres Aufenthaltes eigene Ausstellungen hatte. Der „Patient" wurde nicht nur als solcher gesehen, sondern auch als künstlerisch tätiger Mensch. Nach Marys letzter regressiven Phase 1968 stabilisierte sich der Zustand der Patientin und infolge dessen veränderte sich auch das therapeutische Setting:

> „Von drei einstündigen Sitzungen die Woche, die in Kingsley Hall stattfanden, gingen wir bis Mitte des Jahres 1968 nach und nach zu zwei und später zu einer Stunde wöchentlich über."[13]

Mary lernte, ihre Gefühle in Worten und nicht nur in Taten auszudrücken. Die von Joe Berke als „Psychoanalyse"[14] bezeichnete Gesprächstherapie wurde auch nach Marys Entlassung fortgeführt.

3.3 Das Arzt-Patient-Verhältnis

Mary Barnes und Joe Berke begegneten sich das erste Mal in Laings Büro. Berke war beeindruckt von der Frau mittleren Alters. Er ging in die USA, um sein Medizinstudium abzuschließen und kehrte anschließend zurück, um in Kingsley Hall zu arbeiten und zu leben. Da Mary sich in einem Zustand der Regression befand, war der Behandlungsbeginn gleich ein sehr physischer: Joe musste Mary füttern, er badete sie und ließ sich von ihr beißen.[15] Da die Grenzen zwischen den Berufsgruppen in Kingsley Hall fließend waren, war es der Therapeut Joe Berke, der Mary ihr Essen anreichte, sie badete und sie zu Bett brachte. Mary war so auf Joe fixiert, dass sie es nur schwer ertrug, als dieser für einige Tage wegfuhr. Auch machte sie keine Unterscheidungen, was ihren eigenen Willen und den von Berke betraf. Als dieser einmal nicht mit ihr spazieren gehen mochte, da es regnete, konnte Mary dies nicht akzeptieren, woraufhin Joe erwiderte:

> „Hör zu, Mary, auch wenn du gern im Regen spazierengehst, dann bedeutet das noch lange nicht, dass ich das auch mag."[16]

---

[13] Ebd., S. 325.

[14] Berkes Buchkapitel sind voll mit psychoanalytischen Begriffen, beispielsweise dem der Regression, Barnes/Berke (1973), S. 205, oder dem der Übertragung, ebd., S. 251. Auch wenn die Kritik an der Psychiatrie in den 1960er Jahren sich teilweise auch gegen die Psychoanalyse richtete, sind die Einflüsse dieser auf die Philadelphia Association doch unverkennbar. Laing zum Beispiel war ausgebildeter Analytiker und durchaus ein Bewunderer von Freud, vgl. Thompson (1996). Zwar übte er verschiedentlich Kritik an der Psychoanalyse und warf der Psychotherapie vor, dass sie den Patienten dazu bringe, seine Sicht zugunsten der des Therapeuten aufzugeben – eigentlich könne dieser aber mehr über die innere Welt vom Patienten lernen als umgekehrt, vgl. Laing (1973), S. 99, andererseits zeigt Laings „therapeutischer" Ansatz gegenüber der Schizophrenie aber durchaus Ähnlichkeiten zu denen von Frieda Fromm-Reichmann oder Harry Stuck Sullivan, die im Gegensatz zu den meisten Analytikern und Analytikerinnen die Psychoanalyse auch für die Behandlung von Psychosen anwendeten, vgl. hierzu Kotowicz (1997), S. 20-23, sowie Hein/Groß/Ernst (2010) für eine kurze Übersicht über Fromm-Reichmanns Leben und Wirken.

[15] Vgl. Barnes/Berke (1973), S. 104f.

[16] Ebd., S. 113.

Die Compliance der „Patientin“ wird hier durch ihre „Krankheit“ gefördert: Mary glaubt, dass sie sich der Behandlung widersetze, wenn sie den Anweisungen ihres Therapeuten nicht präzise folge leistet, und so achtet sie penibel darauf, keine „Fehler“ zu machen.

Die Beziehung der beiden ist von Achtung und Vertrauen geprägt, bis Joe seiner Patientin aus Ungeduld ins Gesicht schlägt. Beide beschreiben diesen Vorfall aus unterschiedlichen Sichtweisen mit verschiedenen Erklärungen, doch muss er als ein einschneidendes Ereignis registriert werden. Laut Berke war Mary ihm lange Zeit durch das Haus gefolgt und hatte stets einen Aufstand veranstaltet, wenn er Anstalten machte, dieses zu verlassen. An diesem Tag war Mary sogar soweit gegangen, zu drohen, dass sie sich ihr Hemd vom Leib reißen und auf die Straße laufen würde, wenn Joe nicht da bleibe.

> „Das reichte mir. Ohne zu zögern trat ich einen Schritt zurück, holte aus und gab Mary eine Ohrfeige. Es war ein wunderbares Gefühl, denn mit diesem einen Schlag entlud sich nicht nur meine Wut über ihr Geschrei auf der Treppe, sondern die ganze Wut, die ich bei vielen ähnlichen Gelegenheiten immer wieder heruntergeschluckt hatte.“[17]

Während Joe das Weite suchte, um der Situation zu entkommen und seine Gedanken zu ordnen, suchte Mary Joes Kontakt, wollte sich von ihm säubern lassen und dabei demonstrativ die mit Blut befleckte Bluse anbehalten.[18] Für Joe war dies ein Anlass, seine Rolle als Arzt in der therapeutischen Gemeinschaft zu überdenken:

> „Ich war entsetzt und dachte: ‚Wie kann ein Arzt seinen Patienten so behandeln?‘ Das ist eine sehr interessante Reaktion, denn ich hatte mich immer sehr darum bemüht, in Kingsley Hall nicht die Rolle eines Arztes zu spielen. Wir alle hatten uns stets darum bemüht, uns so zu verhalten, als wären wir nichts als ein den anderen gleichgestelltes Mitglied einer Gemeinschaft.“[19]

Scheinbar war es schwierig, die – gesellschaftlich – vorgegebenen Rollen abzulegen. Berke schreibt sogar, dass die in Kingsley Hall ausgebildeten Psychiater nur außerhalb der Gemeinschaft als solche tätig gewesen seien, aber innerhalb dieser keine „Patienten“ behandelten:

> „Mindestens fünf Monate vergingen, bis ich mich an einen normalen gesellschaftlichen Umgang in Kingsley Hall gewöhnen konnte, ohne automatisch in die Slogans ‚dieser Verrückte‘ oder ‚dieser Sozialarbeiter‘ zu verfallen. Und es dauerte noch länger, bis die anderen mir bestätigten, dass ich mein Arztgehabe endlich abgelegt hatte und mich wie ein normaler Mensch benahm.“[20]

Interessant ist hingegen, dass Mary ihre Rolle klar als diejenige der Patientin verstand. Nach Berkes Auffassung tat sie dies, damit man sich mehr um sie kümmere. Marys Vertrauen in Joe und seine Fähigkeiten war groß, sie vergleicht ihn mit einem Bären und gibt sogar an, sich von ihm geliebt zu fühlen.[21]

---

[17] Ebd., S. 218.
[18] Vgl. ebd., S. 118f.
[19] Ebd., S. 218.
[20] Ebd.
[21] Vgl. ebd., S. 122.

Obwohl die Bewohner von Kingsley Hall kamen und gingen, blieb die therapeutische Beziehung der Beiden konstant bestehen. Berke hatt keine Berührungsängste, er badete Mary sogar, nachdem sie sich über und über mit Kot beschmiert hatte. Für Mary war dies Ausdruck seiner Liebe und Zuneigung, sie sah in ihrem Therapeuten ihre Mutter.[22] Da Mary während ihrer Zeit in Kingsley Hall ihre eigene Vergangenheit erneut durchlebte und somit aufarbeitete, wünschte sie sich von Joe auch ein Kind.

> „Der Gedanke, Joe zu heiraten und ein Kind von ihm zu bekommen setzte sich tief in mir fest. Warum sollte ich kein Kind bekommen? In meiner Phantasie stand das Kinderkriegen in engem Zusammenhang mit Kot und Urin. Viel ‚Großes' zu machen und oft aufs Klo zu gehen war für mich das Gleiche wie Kinderkriegen."[23]

Als Joe diesen Zusammenhang erkannt hatte und ihn zu therapeutischen Zwecken einsetzte, erlangte er einen tiefen Zugang zu Mary. Dabei ahnte sie nicht, wie viel Überwindung es ihn zum Teil kostete. Er ekelte sich davor, sie von ihrem eigenen Kot zu säubern und beschreibt sogar, dass Mary ein Talent dafür gehabt habe, jemandes persönlichen Albtraum wahr werden zu lassen. Doch erkannte er auf der anderen Seite, dass Mary ihren Kot, der „das Böse" in ihr verkörpert, nicht lieben konnte, wenn nicht jemand anders, in diesem Fall ein von ihr hochgeachteter Therapeut, dazu in der Lage war.[24]

Zugeben zu können, dass man von einer so intensiven und einnehmenden (therapeutischen) Beziehung auch mal genervt sein kann, lässt Berke menschlich wirken. So schwierig und einnehmend die Begegnungen mit Mary auch sein konnten, hatte er stets ein Ziel vor Augen: Mary sollte sich ihrer eigenen Vergangenheit und somit dem Ursprung ihrer Wut bewusst werden, um diese zu überwinden und daraus Freiheit zu erlangen. Mehr aus Zufall gab Joe seiner Patientin Papier und Stifte und diese begann zu malen. Als klar wurde, dass Mary Talent hat, förderte Joe dieses und ermutigte sie, Malstunden zu nehmen. Als es Mary besser ging, verbuchte Berke dies nicht einfach als „seinen" Therapieerfolg, sondern beschreibt es mit diesen Worten:

> „Nachdem Mary sich endlich entschlossen hatte, ‚hochzukommen', änderte sich unsere Beziehung zueinander ganz beträchtlich."[25]

Die Anzahl der wöchentlichen Therapiestunden wurde reduziert und Mary traute sich, eigene Erfahrungen in der Welt zu machen.

3.4 Der Aspekt des Erlebens

Die ersten Anzeichen ihrer Erkrankung nahm Mary nur bedingt wahr. Zuvor war sie sehr kontaktscheu geworden und mied den Umgang mit ihren Mitmenschen. Als die vom Arzt verschriebenen Schlaftabletten nicht wirkten, wies dieser Mary in eine Nervenklink ein. Dort, auf der geschlossenen Station, war jeglicher Lichtkontakt eine Qual für die Patientin. Auch Geräusche und Berührungen konnte Mary nicht ertragen. Als Trost empfand sie allein, im warmen Wasser der Badewanne zu liegen:

---

[22] Vgl. ebd., S. 161.
[23] Ebd., S. 140.
[24] Vgl. ebd., S. 236f.
[25] Ebd., S. 325.

> „Wenn ich aufrecht stand, hielt ich mich stocksteif und bemühte mich krankhaft, nicht auseinanderzufallen und alles um mich herum zu verlieren. Bewegung war gefährlich. Schlaf löschte alles aus. Nicht wach zu sein machte alles leichter.“[26]

Die Behandlung sollte nicht lange dauern. Der Arzt Dr. Werner deklarierte die Patientin als gesund; sie konnte sich durch harte körperliche Arbeit ihren Weg aus der stationären Therapie erkämpfen. Doch die Symptomfreiheit sollte nicht lange anhalten. Nach außen machten Marys Lebensumstände einen gefestigten Eindruck: Sie wurde Dozentin für Schwesternschülerinnen und ging einem geregelten Leben nach, doch ihr war bewusst, dass sie an einer „Geisteskrankheit“ litt: „Meine ‚Ideen‘ machten mir zu schaffen“.[27] Mary wünschte sich, psychoanalytisch behandelt zu werden und musste sich gedulden, einen Platz in einer Klinik zu bekommen.

> „Während meiner Zeit im Jugendheim wirkte ich äußerlich normal, aber innerlich näherte ich mich immer mehr dem Wahnsinn. (...) Oft hatte ich schreckliche Angst vor anderen Menschen. Ich suchte die Einsamkeit, das körperliche Alleinsein. Geistig war ich vollkommen isoliert.“[28]

Nach Jahren des Wartens, in denen Mary schier zu verfallen drohte, wurde schlussendlich ein Platz in Kingsley Hall frei. Dort angekommen, ließ Mary langsam dem Geschehen seinen Lauf. Sie kündigte ihre Arbeit, um nach „unten zu gehen“, wie sie es nennt. Gleichzeitig stieg die Angst.[29] Es folgten Phasen der Regression, in denen Mary mit der Flasche gefüttert werden musste, tagelang im Bett lag, einnässte und mit ihrem Teddy spielte. Sie wurde von Mitgliedern der Hausgemeinschaft gewaschen und versorgt. Oft hatte die Patientin die Augen geschlossen und fühlte ihre Glieder steif und schwer. Des Weiteren beschreibt sie Depersonalisationsempfindungen:

> „Manchmal schien mein Körper sich zu teilen. Ich bildete mir ein, dass sich mein Bein oder mein Arm auf der anderen Seite des Zimmers befand.“[30]

Der Krankheitsverlauf kann als zyklisch beschrieben werden: Es gab Zeiten, in denen Mary tagelang ihr Bett nicht verließ, kaum sprach oder aß. Sie bezeichnet diese als ihre „Kindheitsphase“. Interessanterweise betrachtete die junge Frau sich selbst und ihren Therapeuten als eine Person. Alles, was ihm zustößt, hatte mir ihrer eigenen Person zu tun. Auch hatte sie in diesen Krankheitsphasen kein Gefühl für ihren eigenen Körper:

> „Tanzen half mir, ein Gefühl für meinen eigenen Körper zu entwickeln.“[31]

Mary fühlt oft eine unbändige Wut in sich: „ES“. Diese Wut war übermächtig, sie fesselte Mary und breitete sich in ihr aus. Oft richtete sich diese Wut auch gegen andere:

---

[26] Ebd., S. 42.
[27] Ebd., S. 47.
[28] Ebd., S. 61.
[29] Vgl. ebd., S. 95.
[30] Ebd., S. 103.
[31] Ebd., S. 113.

> „Der größte Teil von ES richtete sich gegen Joe. Wie die kochende See brandete es auf und zerriss mich in Stücke."[32]

Mary unterteilt die Jahre ihrer Erkrankung in „Jahre unten" und „Jahre oben". Die Jahre, die sie „unten" verbrachte, waren geprägt von Regression und Zurückgezogenheit, die Patientin wurde mutistisch, nahm kindliche Züge an, kotete und nässte ein, da dies ihr Wohlbefinden steigerte. In diesen Phasen dachte sie konkretistisch und bezog alle Ereignisse, die geschahen, auf sich. Auch unterlag sie dem Wahn, dass sie bestraft werde:

> „Wenn in meinem Zimmer irgend etwas verändert wurde, verursachte mir das erhebliche Qualen. Wenn ein Gegenstand an eine andere Stelle gerückt wurde, steckte ein düsterer Grund dahinter. Was hatte ich verbrochen, dass Noel diesen Teller beiseite schob?"[33]

In den Phasen „unten" kehrte die junge Frau körperlich und geistig zurück bis in den Zustand eines Fötus in der Gebärmutter. Diese Phasen dauerten zum Teil Monate und wiederholten sich auch mehrmals.

> „Dann kam eine Phase heftigen Wachstums. Ich stehe auf und laufe überall im Haus herum, strecke mich in die Höhe, dehne mich aus."[34]

Nun war es Mary möglich, zu kommunizieren; sie nahm aktiv am Leben in Kingsley Hall teil und konnte für sich selbst sorgen.

3.5 Die Rolle der Familie

Mary Barnes wurde in Portsmouth, England, als ältestes von vier Kindern geboren. Ihr jüngerer Bruder Peter kam zweieinhalb Jahre später zur Welt, acht Jahre später Ruth, gefolgt von der kleinsten Schwester Dorothy, die 13 Jahre jünger war als die Protagonistin.[35] Früh schon musste Mary sich um ihren jüngeren Bruder Peter kümmern, da die Mutter oft krank war. Im Gegensatz zur schwachen Mutter steht der starke Vater, der die Familie zusammen hielt. Mary Barnes beschreibt das Klima in der Familie als kühl, trotz aller oberflächlichen Freundlichkeit.

> „Unter den Freundlichkeiten lauerten Zorn und Gewalt. Nur an der Oberfläche waren wir eine freundliche Familie."[36]

Marys Kindheit verlief nicht ohne Schwierigkeiten: Ein einschneidendes Erlebnis ist die Geburt ihres Bruders, während der das Mädchen ohne Erklärung für einige Zeit zu ihrer Großmutter geschickt wurde. Das Gefühl des Verlassenseins und der Ungewissheit sollten Mary noch lange zu schaffen machen. Als Kindergartenkind war Mary unsicher und kontaktscheu. Am liebsten war sie daheim mit ihrer Mutter zusammen. Andere Kinder hänselten sie. In der Grundschule bestanden die Probleme weiter, auch weigerte sich Mary öfter,

---

[32] Ebd., S. 133.
[33] Ebd., S. 182.
[34] Ebd., S. 193.
[35] Vgl. ebd., S. 14-24.
[36] Ebd., S. 14.

zur Schule zu gehen.[37] Als die Pubertät einsetzte, war Mary eifersüchtig auf ihren Bruder, und besonders darauf, dass er ein Junge war:

> „Immer wenn sie sagten: ‚Na ja, er ist eben ein Junge‘, wurde ich schrecklich wütend, und als mein Körper voller wurde und meine Brüste wuchsen und die Periode kam, da hasste ich das alles.“[38]

Peter gelang es, die Prüfung zur Oberschule zu bestehen; eine Leistung, die auch Marys Mutter geglückt war. Mary hingegen bestand diese nicht und konnte deshalb nicht das College besuchen.[39] Überhaupt steht Mary im Schatten ihrer harten, unglücklichen Mutter. Das Verhältnis der Beiden wird bis zum Schluss von Marys unerfülltem Wunsch nach mütterlicher Liebe und Aufmerksamkeit und der mangelnden Empathie ihrer Mutter geprägt sein. Mrs. Barnes nahm für sich selbst in Anspruch, eine „einfache Frau“ zu sein, die für ihre Familie da ist. Sie war eine prüde, verschlossene Frau, der es nicht möglich war, mit ihrer Tochter über Gefühle oder Intimitäten zu sprechen.

Als Marys Bruder Peter auf ein technisches College ging, machten sich das erste Mal Krankheitssymptome bei ihm bemerkbar. Mary erklärte es damit, dass Peter „ehrlicher war als die übrige Familie“,[40] er habe dem „Wahnsinn“ nicht standhalten können. Peter konnte sich nicht mehr im selben Zimmer wie seine jüngere Schwester Ruth aufhalten, da er einen tiefen Hass verspürte. Nach einiger Zeit ging Peter auch nicht mehr zum College. Als die Familie für einige Tage in den Urlaub fuhr, blieben Peter und Mary allein zurück. Nachts versuchte Peter, zu seiner Schwester ins Bett zu schlüpfen, und gibt an, mit ihr schlafen zu wollen. Die verängstigte Mary lud eine Freundin zum Übernachten ein und hatte so Ruhe vor ihrem Bruder. Als sie diese Vorkommnisse ihrer Familie erzählte, wurde ihr geraten, zum Arzt zu gehen. Die Ärztin nahm Marys Erzählungen zum Anlass, Peter in die Klinik einzuweisen. Als die Ambulanz am nächsten Tag kam, um den Jungen abzuholen, hatte niemand aus seiner Familie ihn vorgewarnt. Mary besuchte ihren Bruder einige Tage später, und erfuhr, dass er schizophren war, „dementia praecox, wie sie es nannten“.[41] Mary machte sich Vorwürfe, da sie ihrem Bruder nicht hatte helfen können.

Selbst als Mary eine erwachsene Frau ist, beeinflusst sie das Verhältnis zu ihrer Mutter zutiefst. Im Jahre 1959 siedelten Marys Eltern mit Ruth nach Südafrika über. Bei einem Besuch drei Jahre später fragt die Mutter:

> „Was habe ich dir getan? Ich fühle, dass du meine Nähe nicht ertragen kannst?“[42]

Mary versuchte, ihrer Mutter zu erklären, dass sie nichts dafür könne. Sie glaubte, dass das Verhalten ihrer Mutter durch deren Kindheit zu begründen sei und möchte nicht, dass diese sich Vorwürfe macht. Nach Marys Empfinden war ihre Mutter eine sehr schamhafte Frau. Der Sexualakt an sich war für sie mit Scham besetzt und Kinder zu gebähren eine

---

[37] Vgl. ebd., S. 18f.
[38] Ebd., S. 21.
[39] Vgl. ebd., S. 23.
[40] Ebd., S. 28.
[41] Ebd., S. 34. „Dementia praecox“ ist ein eigentlich schon damals veralteter Begriff für Schizophrenie.
[42] Ebd., S. 48.

Strafe. Ihre eigenen Kinder waren somit Ausdruck dieser Schande, die sie ständig zu kompensieren versuchte.[43]

Die Tatsache, dass die Mutter nach Marys Geburt keine Milch hatte, um ihre Tochter zu stillen, interpretiert Mary so:

> „Sie konnte nicht, sie hasste mich. Trotzdem wollte sie mir einreden, dass sie mich liebte und dass ihr etwas daran läge, wenn ich aß.“[44]

Aus Berkes Perspektive wird beschrieben, wie Mary Besuch bekam, als sie bereits längere Zeit in Kingsley Hall wohnte. Ihre Eltern, die nach Südafrika gezogen waren, kamen zu Besuch nach England und sahen ihre Tochter das erste Mal seit langer Zeit. Mary war sehr aufgeregt und ängstlich. Sie wollte ihre Familie zunächst gar nicht sehen. Sowohl Mary als auch ihre Mutter „somatisierten“, indem sie das Gefühl der Angst vor der familiären Begegnung und dann der Verärgerung darüber, dass diese nicht stattfinden könnte, in körperlichen Beschwerden „ausdrückten“.[45] Ihr Therapeut erkannte darin Parallelen. Bei späteren Treffen blieb der Austausch daher an der Oberfläche, eine Tatsache, die den gegenseitigen Umgang der Familienmitglieder miteinander erleichterte. Mutter und Vater fragten auch nicht nach Marys Krankheitsprozess:

> „Sie schienen vergessen zu wollen und durften mit nichts in Verbindung gebracht werden, was sie an ‚Geisteskrankheit‘ erinnerte.“[46]

Einzig die Mutter schenkte Mary etwas Anerkennung für ihre Malerei. Sie zeigte die Kunstwerke sogar ihren Freundinnen, was Mary viel bedeutete. Für die Patientin stellte der lebenslange Kampf der Eltern miteinander eine extreme Belastung dar. Als sie ihre Eltern auf eine mögliche Scheidung ansprach, erntete sie nur Unverständnis:

> „Für sie war ich vollkommen verrückt, das konnte ich fühlen. Die Selbsttäuschung war vollkommen.“[47]

Im Jahre 1969 zog auch Marys Bruder Peter in Kingsley Hall ein. Er hatte zuvor lange Zeit in verschiedenen Kliniken und Einrichtungen gelebt. Mary wünschte sich für ihren Bruder denselben Therapieerfolg, den sie erlebt hatte, und setzte sich für eine Behandlung bei Joe Berke ein. Sie fühlte eine starke Verantwortung und auch Schuldgefühle ihrem Bruder gegenüber, musste aber mit der Zeit erkennen, dass dieser eine selbstständige, autonome Person war, mit eigenen Gefühlen und einer anderen Geschichte:

> „Peter war das Opferlamm gewesen, er wurde als ‚verrückt‘ abgestempelt, damit der Rest der Familie als geistig gesund gelten konnte.“[48]

Indem Mary lernte, sich von ihrem Bruder bewusst abzugrenzen, ihre Fürsorge für ihn zu reduzieren und ihn als denjenigen anzuerkennen, der er war, lernte sie auch ein Stück weit, mit ihrer eigenen Geschichte Frieden zu schließen.

---

[43] Vgl. ebd., S. 140.
[44] Ebd., S. 161.
[45] Vgl. ebd., S. 212.
[46] Ebd., S. 257.
[47] Ebd., S. 258.
[48] Ebd., S. 308.

3.6 Aspekte der Bewältigung und der Perspektive

Ihr Therapeut Joe Berke war es, der Mary mit Papier und Stiften bekannt machte. Zunächst waren es nur Kritzeleien, doch auf Joes Ermutigungen hin machte Mary weiter. Sie malte auf Papier, Tapete und allem, was sie in die Finger bekam. Im Malgeschäft wurden richtige Utensilien gekauft und so entstanden erstmalig Marys „Bildergeschichten“. Zu Beginn fühlte es sich jedoch „falsch“ für sie an:

> „Später erklärte mir Joe, dass ich kein Vertrauen zu mir hätte und dass ich weder wüsste, was ich wollte, noch wie ich es kriegen könnte.“[49]

Joes Vertrauen in Marys Talent gab ihr den Mut, weiterzumachen. Im Januar 1966 wurde sie an einer Kunstschule angemeldet. Dort bescheinigte man ihr, ihre Sache gut zu machen. Die Schülerin gewann immer mehr Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten. In ihren guten Phasen malte sie viel. Dabei hielt sie sich an keinerlei Konventionen, sondern bemalte auch die Wände, Fußböden und die Möbel in Kingsley Hall. Ihre Bilder zeigen oft religiöse Themen und Motive. Auf diese Art und Weise gelang es der Patientin, zu kommunizieren, auch wenn sie mit den anderen Mitbewohnern nicht sprach. Unter den Kunstwerken sind auch Geschichten und Geschenke für andere. Mary konnte sich zum ersten Mal aus ihrer isolierten Krankheitswelt lösen und etwas für die Gemeinschaft tun. Nachdem Mary im Frühjahr 1967 das vierte und letzte Mal „unten“ gewesen war, veränderte sich ihr Zustand:

> „Mein Leben nahm ganz feste Formen an. Malen, Schreiben, die Tagesmesse lesen. Mein Wachstum schien gesicherter.“[50]

Marys Bilder wurden in Ausstellungen gezeigt, sie genoss mehr und mehr Ansehen. Die Presse begann, sich für die schizophrene Künstlerin zu interessieren. Im April 1969 hatte sie ihre erste eigene Ausstellung. Es erschienen ein Artikel in der „Vogue“ und ein Fernsehbeitrag über ihre Arbeiten, die Ausstellung war ein großer Erfolg. Viele alte Bekannte, Bewohner und Bewohnerinnen und auch Marys Bruder Peter kamen, um bei der Eröffnung dabei zu sein. Gleichzeitig mit der künstlerischen Entwicklung stabilisierte sich auch Marys Gesundheitszustand. Sie lernte, ihre innere von der äußeren Erlebniswelt abzugrenzen. Auch das Verhältnis zu ihrem Therapeuten und den Mitbewohnern in Kingsley Hall veränderte sich. Ihr gelang es, weniger Zeit des Personals in Anspruch zu nehmen und einen eigenen Willen zu entwickeln.[51] Grund für diese positiven Entwicklungen war Marys Auseinandersetzung mit der Vergangenheit, vor allem ihrer Kindheit. Indem sie lernte, sich von dieser loszulösen und ihre eigenen Verhaltensmuster zu erkennen, konnte sie eben diese auch ändern:

---

[49] Ebd., S. 126.
[50] Ebd., S. 196.
[51] Vgl. ebd., S. 250f.

> „Mary betrachtet ihre Vergangenheit als ein Spinnennetz, in dem sie eingeschlossen war und aus dem sie sich loszumachen versuchte. Die Spinne, das war ihre beherrschende, dominierende, besitzheischende Mutter. (...) Mary musste der Existenz des Netzes und ihrer eigenen Bindung an diese klebrigen, haftenden, umfangenen, ineinander verflochtenen Fäden ins Gesicht sehen, die ihr ganzes Dasein durchzogen."[52]

Langsam aber sicher konnte Mary sich befreien.

Im Jahre 1969 arbeiteten Mary Barnes und Joe Berke gemeinsam an einem Buch über Marys Erkrankung. Über die dahinter stehende Motivation weiß man jedoch leider nicht viel. Mary hatte Kingsley immer als einen Ort der Zuflucht und der Heilung gesehen. Sie hatte dort viele lehrreiche Erfahrungen gemacht, die sie im Anschluss an ihre Behandlung gern weitergeben wollte. So half sie anderen schizophrenen Patienten beim „nach unten Gehen". Als Kingsley Hall im Mai 1970 die Tore schloss, zog Mary in eine eigene kleine Wohnung im Norden Londons.[53]

4. Psychiatriehistorische Kontextualisierung

Die 1960er Jahre waren ein Jahrzehnt tiefgreifender gesellschaftlicher Veränderungen – und dies gilt auch für die Psychiatrie und die Sichtweise auf psychische Störungen. Parallel zu anderen sozialen Bewegungen entwickelte sich eine psychiatriekritische Bewegung, die größtenteils von einer jungen Generation von Psychiatern und Psychiaterinnen ausging und häufig mit dem Begriff „Antipsychiatrie" zusammengefasst wird. Bevor näher in den Blick genommen wird, welche Formen der Psychiatriekritik sinnvollerweise unter diese Bezeichnung zu fassen sind, soll deren geschichtliche Entwicklung kurz nachgezeichnet werden.

Schon kurz nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs – angestoßen durch kritische Veröffentlichungen über die dramatische Versorgungslage in staatlichen Anstalten – kam es in den USA zu einer öffentlichen Debatte über die damaligen Zustände in stationären Psychiatrien, was unter anderem dazu führte, dass erste Schritte in Richtung einer stärkeren ambulanten Versorgung angestoßen wurden. Auch in Großbritannien kam es etwa zur gleichen Zeit zu Reformen in der psychiatrischen Versorgung, beispielsweise in der Form früher therapeutischer Gemeinschaften.[54] Die Kritik, die sich in diesem Rahmen an der damaligen psychiatrischen Versorgung äußerte, war allerdings primär reformistisch angelegt, also auf eine konkrete Verbesserung der Psychiatrie ausgerichtet.[55] In den 1960er Jahren entstand dann jedoch sowohl in den USA als auch in mehreren westeuropäischen Staaten eine radikale psychiatriekritische Bewegung, die nicht – oder zumindest nicht nur – Veränderungen der Psychiatrie einforderte, sondern deren Wissenschaftlichkeit und Daseinsberechtigung insgesamt in Frage stellte.

Insbesondere zwischen 1960 und 1967 war eine Reihe von theoretischen Schriften veröffentlicht worden, die dafür den Weg bereiteten. 1960 erschien Ronald D. Laings „The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness". Hier kritisierte der junge briti-

---

[52] Ebd., S. 251.

[53] Vgl. ebd., S. 337.

[54] Vgl. Hein/Groß/Ernst (2010), S. 313f.; Fussinger (2011); vgl. auch Schott /Tölle (2005), S. 306f.

[55] Vgl. andererseits Fussinger (2011), die diese Unterscheidung zwischen reformistischer und radikaler Psychiatriekritik in Frage stellt.

sche Psychiater, dass der klinisch-psychiatrische Blick die existentielle Situation, in der sich „der schizophrene Patient“ befindet, nicht verstehen kann und der Ergänzung durch eine phänomenologisch-existentialistische Sichtweise bedürfe.[56] 1960 war ebenfalls das Erscheinungsjahr von „The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct“ von Thomas Szasz – ein Psychiater, der in den USA tätig war. Szasz kritisierte darin die Gleichsetzung von psychischen mit körperlichen Erkrankungen. Die Rede von psychischer Erkrankung könne nicht mehr als eine Metapher sein, da sie nicht objektiv nachweisbar sei, und die Psychiatrie erfülle nur die Funktion, gesellschaftliche Konformität herzustellen und Kontrolle auszuüben.[57] 1961 veröffentlichte der US-amerikanische Soziologe Erving Goffman sein Werk „Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates“, in dem er psychiatrische Anstalten als totale Institutionen beschrieb, in denen die Insassen einer strengen zentralen Autorität unterworfen und ihr Tagesablauf exakt durchgeplant sei.[58] Und im gleichen Jahr publizierte Michel Foucault in französischer Sprache „Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique“, in dem er die Frühgeschichte der Psychiatrie als eine Geschichte der Unterdrückung und Abschottung des „Wahnsinns“ interpretierte.[59]

Während Laing sich in „The Divided Self“ noch eng an Konzepten orientierte, die in der damaligen Psychiatrie breit diskutiert wurden, entfernte er sich in den Folgejahren zunehmend vom „psychiatrischen Mainstream“ und verband in seinen Werken Psychiatriekritik mit Gesellschaftskritik, was in der sogenannten „Neuen Linken“ auf großes Interesse stieß. Dennoch kann Laing selbst wohl zu keiner Zeit als Marxist im engeren Sinne bezeichnet werden – anders als sein Freund und Kollege David Cooper.[60] Cooper, der in seinem 1967 erschienenen Werk „Psychiatry and Anti-Psychiatry“ den Begriff der „Antipsychiatrie“ prägte, vertrat die Position, dass die Schizophrenie eigentlich eine soziale Krisensituation sei, in der die Handlungen und Erfahrungen einer Person durch andere entwertet würden. Die Psychiatrie diene zu sehr den Bedürfnissen einer entfremdeten Gesellschaft und gerate dadurch in Gefahr, die Interessen ihrer Patienten und Patientinnen zu verraten.[61]

Die psychiatriekritischen Schriften stammten also zu einem großen Teil aus der Feder von Psychiatern (Laing, Cooper, Szasz und verschiedene andere) oder zumindest von Personen, die berufliche Erfahrung im Bereich der Psychiatrie (Foucault und Goffman) hatten. Der Kreis der Interessierten ging aber weit über Professionelle hinaus: Studierende, Patienten, Künstler und viele mehr wurden auf diese Schriften aufmerksam und zum Teil sogar zu Anhängern dieser Bewegung. Psychiatriekritik war zum Ende des Jahrzehnts in vielen Ländern so populär geworden wie vermutlich nie zuvor. Für die Studentenbewegung war sie Teil einer umfassenden Gesellschaftskritik und die Bücher von Laing und anderen fanden hier weite Verbreitung.[62] Exemplarisch hierfür ist das „Sozialistische Patientenkollek-

[56] Vgl. Laing (1965), S. 17f.
[57] Vgl. Szasz (1960).
[58] Vgl. Goffman (1961).
[59] Vgl. Foucault (1961).
[60] Vgl. Crossley (1998).
[61] Vgl. Cooper (2001), S. X und S. 2.
[62] Vgl. Crossley (1998).

tiv", ein in Heidelberg aktives, revolutionäres Projekt um den Assistenzarzt Wolfgang Huber, das aus der „Krankheit eine Waffe machen" wollte, aufgrund personeller Verbindungen zur RAF aber in das Visier der Behörden geriet und sich bald darauf auflöste.[63]

Es ist diese Verbindung aus heterogenen theoretischen Ansätzen fundamentaler Psychiatriekritik sowie der sie begleitenden sozialen Bewegung, die häufig als „Antipsychiatrie" bezeichnet wird. Die Verwendung dieses Begriffs ist aber alles andere als unproblematisch. Zwar wurde der Begriff 1967 von David Cooper geprägt, in der Folge waren es aber vor allem Kritiker dieser Bewegung, die unter diesem Stichwort jegliche Form fundamentaler Psychiatriekritik subsummierten.[64] Es gab hingegen kaum einen bekannten Theoretiker, der sich selbst als „Antipsychiater" verstand. Michel Foucault wies diese Bezeichnung von sich fern, da er sich nicht dieser theoretischen Strömung zuordnete und zudem eine Binarität, wie sie sich in dem Begriffspaar „Psychiatrie – Antipsychiatrie" ausdrückt, ablehnte.[65] Szasz wehrte sich sogar energisch gegen seine Einordnung als Antipsychiater, da er in diesem „selbst-stigmatisierende[n] Etikett" ein „Gemeinschaftsprodukt von Ronald D. Laing und David Cooper" sah, von denen ihn gravierende weltanschauliche Differenzen trennten und seine Kritik zudem primär auf den Zwang in der Psychiatrie fokussiert war.[66]

Selbst Laing, der in einem engen Austausch mit Cooper stand und vielfach als *der* antipsychiatrische Theoretiker der 1960er Jahre wahrgenommen wird, stand dem Begriff skeptisch gegenüber. 1985 fasste er seine Position rückblickend folgendermaßen zusammen:

---

[63] Vgl. dazu Kersting (2001), S. 166f.: „Das kurzlebige, aber heftig umstrittene ‚Sozialistische Patientenkollektiv' um den Mediziner Wolfgang Huber hatte sich im Februar 1970 zusammengetan und umfasste bei seiner Schließung im Sommer 1971 etwa 500 Patientinnen und Patienten. Seine Protagonisten und Sympathisanten verfochten eine ‚antipsychiatrisch'-marxistisch orientierte Konzeption und Deutung des Verhältnisses von Krankheit und Gesellschaft und radikalisierten sich schließlich bis hin zu terroristischem Denken und Handeln im Umfeld der RAF". Vgl. auch Ramert (2007).

[64] Vgl. Shorter (1999), S. 408f.; Berlim/Fleck/Shorter (2003); Payk (2004).

[65] Die Ablehnung solcher Binarität kann durch ein Zitat Foucaults in der Einleitung zu „Die Geburt der Klinik" verdeutlicht werden, das sich auch auf „Wahnsinn und Gesellschaft" beziehen lässt. Foucault (1973), S.17: „Noch einmal sei es gesagt: dieses Buch ist weder für eine Medizin gegen eine andere geschrieben, noch gegen die Medizin für ein Nichtvorhandensein der Medizin. Es handelt sich hier – wie auch in anderen Arbeiten – um eine Studie, die versucht, in den Schichten des Diskurses die Bedingungen seiner Geschichte freizulegen".

[66] Szasz (2003): „So wäre es zum Beispiel völliger Unsinn, einen Mediziner, der Zwangsbehandlung auf dem Gebiet der Dermatologie kritisiert, einen ‚Antidermatologen' zu nennen oder einen Kritiker der Onkologie ‚Antionkologen' oder einen kritischen Augenarzt einen ‚Antiaugenarzt'. Genauso unsinnig ist es, einen Kritiker psychiatrischer Zwangsbehandlung einen ‚Antipsychiater' zu nennen. Dieser Begriff zeigt eigentlich nur, dass sich die Psychiatrie ausschließlich über Zwang definiert, nicht über Heilungsabsicht".

> „I never idealized mental suffering, or romanticised despair, dissolution, torture or terror. I have never said that parents or families or society ‚cause‘ mental illness, genetically or environmentally. I have never denied the existence of patterns of mind and conduct that are excruciating. I have never called myself an anti-psychiatrist, and have disclaimed the term when my friend and colleague, David Cooper, introduced it. However, I agree with the anti-psychiatric thesis that by and large psychiatry functions to exclude and repress those elements society wants excluded and repressed. If society requires such exclusion then exclusion it will get, with or without the aid of psychiatry. Many psychiatrists want psychiatry to bow out of this function (...). Such a complete change of policy requires as complete a change of outlook, and that is rare.“[67]

Nichtsdestotrotz scheint Laing den Begriff „Antipsychiatrie“ während seiner aktiven Zeit in der psychiatriekritischen Bewegung wenn nicht selbst verwendet, so doch auch nicht öffentlich von sich gewiesen zu haben.[68] Wenn also sinnvoll von einer Antipsychiatrie-Bewegung der 1960er und frühen 1970er Jahre gesprochen werden kann, dann machen Cooper und Laing deren Zentrum aus.[69] Die beiden standen in engem beruflichen Austausch und waren sogar befreundet. Zu ihren gemeinsamen Projekten zählen ein 1964 veröffentlichtes Buch über Jean-Paul Sartre („Reason and Violence: a decade of Sartre's philosophy“) sowie der 1967 ausgerichtete Kongress „Dialectics of Liberation“ in London, an dem unter anderem der kritische Theoretiker Herbert Marcuse sowie Stokely Carmichael von den „Black Panthers“ teilnahmen.[70]

5. Philadelphia Association und Kingsley Hall

Vor allem aber gründeten Laing und Cooper 1965 gemeinsam mit anderen die Philadelphia Association, zu deren Zielen die Etablierung von praktischen Alternativen zur institutionellen Psychiatrie gehörte. Diese Assoziation baute ein Netzwerk von miteinander verbundenen, therapeutischen Wohngemeinschaften auf, wo Menschen mit psychischen Problemen wohnen konnten. In den 1970ern existierten in England acht solcher Gemeinschaften.[71] Kingsley Hall war bei weitem nicht das einzige, allerdings das erste und bis heute bekannteste Wohnprojekt der Philadelphia Association, die bis heute – wenn auch unter veränderten Rahmenbedingungen – therapeutische Gemeinschaften betreibt.[72]

---

[67] Laing (1985), S. 8f., zitiert nach Kotowicz (1997), S. 6.

[68] Szasz (2009), S. 38f.

[69] Vgl. Crossley (1998) sowie Kotowicz (1997), S. 5: Anti-psychiatry „became very much part of the then current vocabulary. I shall also continue using it for three reasons. First, because of its wide usage at the time we find frequent references to it in literature; second, because no other term seems to quite fit (‚radical psychiatry‘ or ‚alternative psychiatry‘, for example, do not overlap with ‚anti-psychiatry‘); third because in one respect the term is accurate: it highlights the ‚anti‘-aspect of these thinkers. They were all against establishment psychiatry or against establishment tout court“.

[70] Vgl. Crossley (1998).

[71] Vgl. Ticktin (o. J.); Itten (2010); Roberts/Itten (2006), S. 792; Bopp (1982), S. 41, sowie Rissmiller/Rissmiller (2006).

[72] Vgl. Moutsou (2008), S. 65.

In die Kingsley Hall im East End von London einzuziehen, hatte eine starke symbolische Bedeutung für die Gruppe um Laing und Cooper, unter anderem, weil hier Mahatma Gandhi während Verhandlungen mit der britischen Regierung 1931 verweilt hatte.[73] Das Gebäude bot Platz für 14 Personen und sollte zwischen 1965 und 1970 zu einem Raum für einen alternativen Umgang mit psychischen Störungen werden. Das Buch von Barnes und Berke fängt ungefähr diese Zeitspanne ein. Nach Angaben von Laing lebten in diesen fünf Jahren 119 Menschen in der Kingsley Hall, rund 85% davon waren zwischen 20 und 40 Jahren alt.[74]

Die therapeutische Gemeinschaft war jedoch keine „Erfindung" der Philadelphia Association selbst. In Großbritannien hatte es solche kleinen, WG-ähnlichen Behandlungseinheiten mit soziotherapeutischer Ausrichtung schon in den 1940er und 1950er Jahren gegeben. Vor allem der meist als „Reform-" oder „Sozialpsychiater" wahrgenommene Maxwell Jones hatte zahlreiche Konzepte der Philadelphia Association bereits vorweggenommen.[75] Das Neue an Kingsley Hall war vermutlich die Radikalität, mit der die Prinzipien „des aufmerksamen Nicht-Einmischens, des Rollenabbaus, der Enthierarchisierung, der freien Einteilung des Tagesablaufs und der Selbsthilfe"[76] umgesetzt wurden. Im Umgang mit Mary Barnes, wie er in „Meine Reise durch den Wahnsinn" geschildert wird, finden sich viele dieser Aspekte wieder. Marys Entscheidungen werden im Regelfall akzeptiert, niemand will ihr vorschreiben, wann sie was zu tun hat. Zweimal gerät diese Permissivität an Grenzen: zuerst, als Mary nichts essen möchte und in Kingsley Hall künstlich ernährt werden will, was sich als unmöglich erweist, und danach, als es Beschwerden dagegen gibt, dass ihre Bilder zu großen Raum einnehmen. In beiden Fällen wird die Entscheidung allerdings ausführlich diskutiert. Theodor Itten, ein Schüler von Laing, formulierte drei Regeln, die in Kingsley Hall Bestand gehabt hätten:

> „1. All the rules are open to be questioned, including this one. 2. If you need support in whatever way, existential, psychological, social, economical, physical, ask for it. 3. Self regulation, auto-rhythmia is fine, up to the point where it trespasses onto others."[77]

Auch der Rollenabbau und die Dehierarchisierung wurden in Kingsley Hall laut den Berichten von Barnes und Berke größtenteils realisiert:

---

[73] Vgl. Barnes/Berke (1973), S. 199f.

[74] Laing (1971), S. 59; vgl. auch Itten (2005).

[75] Vgl. Fussinger (2011). Auch David Cooper hatte schon vor der Gründung der Philadelphia Association eine 25-Betten-Station in einem psychiatrischen Krankenhaus in London übernommen, und in dieser sogenannten „Villa 21" bereits versucht, die Konzepte umzusetzen, die für Kingsley Hall charakteristisch werden sollten, scheiterte dabei aber am Widerstand des Pflegepersonals, dem seine Vorstellungen zu weit gingen, sowie an den strukturellen Gegebenheiten eines Krankenhauses, vgl. Cooper (2011) sowie Fussinger (2011). Dass die neugegründete Philadelphia Association ihre Projekte völlig außerhalb des Rahmens der institutionellen Psychiatrie aufbaute, kann als eine Konsequenz aus Coopers Erfahrungen mit der „Villa 21" angesehen werden.

[76] Bopp (1982), S. 63.

[77] Vgl. Itten (2005).

> „There were no staff and no patients (...). There were people who were ‚up‘ and people who were ‚down‘. The people who were ‚up‘ or capable of functioning in a more usual social sense looked after the Hall.“[78]

Und als Marys Zustand sich deutlich gebessert hat, bringt sie sich mit ein und unterstützt Neuankömmlinge in der Kingsley Hall.

Barnes und Berke gewähren den Lesern und Leserinnen einen Einblick in Konzepte und Organisation dieses Projektes, aber auch in den Lebensalltag und das Miteinander in der Kingsley Hall. Dies bedeutet allerdings nicht, dass ihre Darstellung in allen Aspekten repräsentativ ist. Clancey Sigal zeichnet in seiner Autobiographie beispielsweise ein viel düstereres Bild der Geschehnisse in Kingsley Hall. So berichtet er im Gegensatz zu Barnes und Berke auch von medikamentösen Zwangsbehandlungen, die an ihm vorgenommen worden seien.[79] Auch Laings Experimente mit LSD werden von Barnes nicht erwähnt.[80]

Die therapeutische Gemeinschaft musste Kingsley Hall 1970 verlassen, da der Mietvertrag nicht verlängert wurde. Probleme mit den Anwohnern scheinen diese Entscheidung beeinflusst zu haben.[81] Heute befindet sich in dem Gebäude das Büro der Gandhi Foundation.

6. Ein charakteristisches und exemplarisches Narrativ?

Mary Barnes Geschichte scheint also durchaus ein charakteristisches Narrativ für die Psychiatriegeschichte der 1960er Jahre zu sein. Wie nie zuvor bildete sich eine breite psychiatriekritische Bewegung heraus, deren Speerspitze die sogenannte „Antipsychiatrie“ darstellte. Kingsley Hall, der Ort des Geschehens, kann dabei Ende der 1960er Jahre als das Epizentrum dieser Bewegung angesehen werden. Nicht nur gehörte Marys Therapeut und Co-Autor Joe Berke zu deren Protagonisten – er war unter anderem der Hauptorganisator des oben erwähnten „Dialectics of Liberation“-Kongresses. Mit Ronald D. Laing – „Ronnie“, wie nicht nur Mary Barnes ihn nannte – nimmt sogar die Gallionsfigur der gesamten Bewegung zentral am Geschehen teil. Zudem tauchen mit Aaron Esterson und David Cooper weitere wichtige Vertreter im Buch auf.[82] Barnes zieht kurz nach der Eröffnung der Kings-

---

[78] Berke (1980), S. 99, zitiert nach Fussinger (2011), S. 151.

[79] Vgl. Sigal (2005): „That night, after I left Kingsley Hall, several of the doctors, who persuaded themselves that I was suicidal, piled into two cars, sped to my apartment, broke in, and jammed me with needles full of Largactil, a fast-acting sedative used by conventional doctors in mental wards. Led by Laing, they dragged me back to Kingsley Hall where I really did become suicidal. I was enraged: the beating and drugging was such a violation of our code. Now I knew exactly how mental patients felt when the nurses set about them before the doctor stuck in the needle“.

[80] Vgl. Crossley (1998). Überhaupt scheint Barnes ihrer Behandlung in Kingsley Hall recht unkritisch gegenüberzustehen. Dass Berke sie zweimal ins Gesicht schlug, wird von ihr nicht als eine gravierende Verletzung des (therapeutischen) Verhältnisses wahrgenommen, und nur in einem Nebensatz gibt sie zu, eine andere Therapeutin die Treppe hinunter gestoßen zu haben.

[81] Vgl. u.a. die Webseite von Kingsley Hall (o. J.): „Unfortunately, given habits of residents in the ‚no-holds barred‘ experiment, to howl at night or walk into local pubs and finish all drinks on the table, the local community was largely hostile to the Philadelphia project. Windows were regularly smashed, faeces pushed through the letter box and residents harassed at local shops“.

[82] Vgl. Barnes/Berke (1973), beispielsweise S. 93 und S. 100.

ley Hall ein und bleibt dort, bis das Projekt „ausziehen" muss. Damit erlebt sie fast deren komplette Bestehenszeit mit. Es ist also kaum möglich, als „Patientin" näher dran gewesen zu sein an einem der charakteristischsten Phänomene der Psychiatrie-Geschichte der späten 1960er Jahre. Zudem übernahm Mary Barnes als erfolgreiche Künstlerin auch die Rolle eines medialen Aushängeschildes für die Kingsley Hall.

Wenngleich „Meine Reise durch den Wahnsinn" insgesamt als *charakteristisches Narrativ* für die späten 1960er Jahre angesehen werden kann, heißt dies nicht, dass die Geschichte von Mary Barnes auch *exemplarisch* für den Umgang mit psychischen Störungen zu dieser Zeit ist. Kingsley Hall war damals in Großbritannien zwar – wie erwähnt – nicht das einzige therapeutische Wohnprojekt und allein in den Gemeinschaften der Philadelphia Association dürften in den 1970er Jahren bis zu etwa 100 Personen gewohnt haben;[83] diese Zahl ist allerdings äußerst gering im Vergleich zu den rund einhunderttausend Patientinnen und Patienten in Großbritannien, die sich weiterhin in traditionellen psychiatrischen Anstalten befanden.[84] Wie deren Behandlung davon beeinflusst wurde, was am Rande des Faches vor sich ging, ist schwer zu beurteilen. Es existieren durchaus verschiedene Hinweise, dass die Werke von Laing und anderen unter jungen Vertretern des Faches zahlreiche Interessenten fanden. So vermutete Anthony Clare, ein in Großbritannien sehr bekannter Psychiater, dass Laing eine ganze Generation junger Männer und Frauen in ihrer Wahl, Psychiaterinnen oder Psychiater zu werden, beeinflusst habe. Verschiedene Ärzte äußerten später, dass sich das Gesicht der Psychiatrie durch diese Entwicklungen verändert habe.[85] Sofern den uns vorliegenden Quellen zu entnehmen ist, war das Ende der 1960er Jahre allerdings noch nicht der Fall. Der Großteil der arrivierten Psychiaterinnen und Psychiater stand der Antipsychiatrie, oder dem, was sie darunter subsummierten, ablehnend gegenüber.[86] In einer Auswertung der Publikationen im „British Journal of Psychiatry" spiegelt sich die Psychiatriekritik dieser Zeit nicht erkennbar wider.[87] Und auch in einer historischen Analyse der Unterlagen des britischen Psychiatrie-Verbands, dem „Royal College of Psychiatrists", kommt die Antipsychiatrie überhaupt nicht zur Sprache.[88]

Ähnlich wie der autobiographische Roman „Ich habe dir nie einen Rosengarten versprochen" von Joanne Greenberg über einen Aufenthalt in einer psychoanalytisch orientierten Klinik in den USA der späten 1940er Jahre[89] beschreibt auch Barnes' Autobiographie ein charakteristisches Kapitel der Psychiatriegeschichte, nicht aber die durchschnittliche Situation psychiatrischer Patientenkollektive zu der jeweiligen Zeit. Dies gilt es, bei der Interpretation des Werkes zu berücksichtigen, allerdings mag dies auch einen Teil des Reizes dieser Bücher darstellen, als in ihnen gerade auch sehr kontroverse Konzepte zum Ausdruck kommen.

---

[83] Dies scheint zumindest plausibel angesichts einer Zahl von bis zu acht Gemeinschaften in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts, vgl. Roberts/Itten (2006), S. 792.

[84] Vgl. Scull (1975), nach Bennett/Morris (1983), S. 8.

[85] Vgl. Crossley (1998), besonders S. 887; Clare (1992), S. 204: „everyone in contemporary psychiatry owes something to R. D. Laing".

[86] Vgl. Crossley (1998).

[87] Vgl. Moncrieff/Crawford (2001).

[88] Vgl. Bewley (2008).

[89] Vgl. Hein/Groß/Ernst (2010).

7. Umstrittene Konzepte

Welche umstrittenen Konzepte werden nun eigentlich genau in dem Buch zum Ausdruck gebracht? Wie stehen diese im Verhältnis zu psychiatriekritischen Theorien dieser Zeit, insbesondere denen Laings? Sind die Kapitel von Barnes und die von Berke in dieser Hinsicht vergleichbar, oder kommen darin divergierende Positionen zum Ausdruck?

Zunächst fällt auf, dass nicht nur Berke, sondern auch Barnes der institutionellen Psychiatrie sehr kritisch gegenüber steht. Schon ziemlich am Anfang des Buches, als sie über ihren ersten „Zusammenbruch“ berichtet, lässt sie daran keinen Zweifel:

> „Als man mich zum EEG nach London brachte, schloß ich daraus, daß ich krank sein müsse und wollte ein Taxi nehmen, nicht den Bus. Ich hatte Vertrauen zu ihnen. Damals wußte ich noch nichts von den Gefahren der Elektroschocks und wie manche Menschen mit sogenannten ‚Behandlungen‘ andere ‚bestrafen‘.“[90]

Der Preis, den Barnes bereit ist zu zahlen, um nicht erneut in ein Krankenhaus eingeliefert zu werden, ist immens hoch. Über ein Jahr harrte sie in ihrem sehr schlechten psychischen Zustand aus und war einem Suizidversuch nahe, bevor Laing ihr endlich einen Platz in der Kingsley Hall anbieten konnte. Als ihre Eltern sie besuchten und berichteten, dass es ihrem Bruder in der Klinik gut gehe, protestierte sie. Später setzte sie alles daran, Peter ebenfalls nach Kingsley Hall zu holen. Barnes kann also eindeutig als scharfe Kritikerin der institutionellen Psychiatrie ihrer Zeit identifiziert werden. Im Rahmen von Berkes Bericht über seine medizinische Ausbildung wird auch seine Ablehnung dieser Psychiatrie deutlich. Besonders kritisch äußerte er sich gegenüber den ungleichen Machtverhältnissen auf psychiatrischen Stationen.[91] Er fasste den Entschluss, in einem alternativen Umfeld therapeutisch tätig zu werden und landete schließlich in der Kingsley Hall.

Barnes und Berke eint auch ihre Ablehnung von „Elektroschocks“ und Psychopharmaka.[92] Letzteres ist deswegen erwähnenswert, weil zwischen Marys erstem „Zusammenbruch“ und ihrem Aufenthalt in Kingsley Hall einige wegweisende Entwicklungen in der Psychopharmakologie erfolgt waren. 1953 war mit Chlorpromazin das erste Neuroleptikum zur Behandlung von Psychosen auf den Markt gekommen, wenig später mit Imipramin auch das erste „moderne“ Antidepressivum.[93] Die Psychiatriekritik der 1960er Jahre trat also zu einem Zeitpunkt auf, als diese neuen Therapieoptionen begonnen hatten, die klinische Praxis grundlegend zu verändern. In diesem Sinne ist die „Antipsychiatrie“ auch als Gegenbewegung zu einer zunehmend von pharmakologischen Gesichtspunkten dominierten Entfremdung des Arzt-Patienten-Verhältnisses verstanden worden.[94] Auch Mary Barnes ist zwischenzeitlich mit Chlorpromazin behandelt worden, hatte aber den Eindruck, dass dies nicht half.[95]

---

[90] Barnes/Berke (1973), S. 40.
[91] Vgl. ebd., S. 84f. und S. 108.
[92] Vgl. ebd. S. 274, S. 286 und S. 327.
[93] Vgl. Schott/Tölle (2005), S. 485 und S. 490.
[94] Vgl. Berlim/Fleck/Shorter (2003).
[95] Vgl. Barnes/Berke (1973), S. 65.

Joseph Berke drückt mitunter deutlich seine Skepsis sogar gegenüber psychiatrischen Diagnosen im Allgemeinen aus. In seinem Eingangskapitel schreibt er:

> „Lange bevor ich von Mary Barnes irgend etwas wußte, war mir klar, daß der Zustand, den man allgemein als ‚Geisteskrankheit' bezeichnet, keine ‚Krankheit' oder gar ein ‚Leiden' ist (Ausdrücke, die die medizinische Psychiatrie verwendet), sondern daß es sich dabei vielmehr um Beispiele seelischer Nöte handelt, die durch Störungen im ganzen Bereich sozialer Beziehungen, vornehmlich der Familie, hervorgerufen werden."[96]

Barnes hingegen äußert sich zu diesem Aspekt nicht eindeutig. An den Stellen, wo sie von ihrem Klinikaufenthalt spricht, distanziert sie sich zwar deutlich von psychiatrischen *Behandlungs-*, nicht aber von psychiatrischen *Krankheitskonzepten*. Dies mag daran liegen, dass sie sich nicht so ausführlich mit der Theorie befasst hat wie Berke, kann aber auch damit zu tun haben, dass sie als Betroffene einen anderen Blickwinkel auf ihren Zustand hatte und die Bezeichnung „krank" ggf. nicht für ganz unpassend hielt[97] oder sich vom „Patientenimage" Hilfe versprach, wie Berke vermutete.[98] Eine besonders positive Konnotation hat für Barnes der Begriff der „Therapie". Sie verwendet ihn vielfach, und Berke merkt an, dass sie „alles, was für sie (oder jeden anderen) getan wurde, als Therapie" auslegte.[99]

Allerdings bringt Barnes mehrfach zum Ausdruck, dass der „Wahnsinn" für sie ein Zustand ist, der, um ihn therapieren zu können, durchlebt werden muss. Das „nach unten Gehen", das aus traditionell psychiatrischer Sicht eher als negative Eskalation ihres Zustandes bewerten werden würde, wird im Buch als etwas beschrieben, was Barnes seit langem geplant hatte. Erst anschließend kann überhaupt die Phase des „wieder hoch Kommens" erfolgen, und am Ende dieses Prozesses fühlt sie sich besser als je zuvor. „Die Reise durch den Wahnsinn" ist damit in einem gewissen Sinne eine elementare Selbsterfahrung.[100] Diese Sichtweise weist Übereinstimmungen mit den theoretischen Positionen Laings auf, der solche Selbstheilungsprozesse in den Kontext von Praktiken stellte, die in der Vormoderne weltweit verbreitet waren.[101] Es kommt den Protagonisten des Buches zufolge also nicht darauf an, so schnell wie möglich wieder „normal" zu werden, sondern einen durchaus langwierigen und häufig sehr anstrengenden Prozess zu durchleben, an dessen Ende so et-

---

96 Ebd., S. 71.

97 Ebd., S. 62f.: „Trotz meiner Anstrengungen, mir so wenig wie möglich anmerken zu lassen, dachte ich oft, daß sie eigentlich sehen müßten, wie krank ich war. Ich schien innerlich zu verbluten. Es kam mir vor, als liefe Blut aus meinem Arm, aber niemand kümmerte sich darum. Alles war so unwirklich. Warum sahen sie nicht, wie ich war? Sie hielten mich für normal. Sie glaubten, ich wäre ‚wie sie'. Ich wußte, daß das nicht stimmte".

98 Ebd., S. 219.

99 Ebd., S. 219.

100 Berke, S. 205, formuliert dies so: „Heute würde ich sagen, daß Mary eine These verkörperte, die besagt, daß Psychose, wenn man ihr freien Lauf läßt, eine potentielle Erlebnisbereicherung darstellt (...). Mary hatte sich selbst zum Versuchskaninchen gemacht, wobei sie die Art des Experiments allerdings selbst bestimmte. Die Tatsache, daß Mary ihren ‚Trip' schon Jahre vor der Bekanntschaft mit Laing oder Berke oder irgendeinem von uns fertig geplant hatte, dürfte die Kritik zerstreuen, daß wir Mary nur dazu benutzten, unsere Vorstellungen in die Realität umzusetzen".

101 Vgl. Laing (1964). Laing nennt z.B. Erfahrungen von Reisen ins Jenseits oder Erfahrungen von Wiedergeburt.

was wie „Heilung“ stehen soll. Dieses Konzept weist Übereinstimmungen zu psychoanalytischen Therapievorstellungen auf, steht aber in deutlichem Widerspruch zur damals und auch heute gängigen psychiatrischen Praxis, Psychosen schnellstmöglich pharmakologisch zu behandeln.

In den im Buch dargestellten Konzepten spiegeln sich die großen psychiatrischen Kontroversen der 1960er und 1970er Jahre wider: die Angemessenheit stationärer Versorgungssysteme, die Sinnhaftigkeit des psychiatrischen Krankheitsbegriffs sowie die Ausrichtung der Therapie. Auch heute noch führen die Konzepte der damaligen Psychiatriekritik zu scharfen Gegenreaktionen. In „Meine Reise durch den Wahnsinn“ werden diese Konzepte nicht nur von Berke vertreten, sondern größtenteils auch von Barnes selber. Damit stellt sich die Frage, inwiefern auch Barnes damit eine meinungsbildende Rolle eingenommen hat.

8. Barnes als Meinungsbildnerin

Dass Barnes von den Konzepten in der Kingsley Hall selbst tief überzeugt war, wird nicht nur durch ihre positive Darstellung dieser Einrichtung deutlich, sondern auch schon dadurch, dass sie sich diese Einrichtung nach einer Lektüre von Laings „The Divided Self“ selbst ausgesucht hatte. Schon während ihres Aufenthaltes, als ihre künstlerische Tätigkeit mit dazu beitrug, die Kingsley Hall in der medialen Öffentlichkeit bekannt zu machen, kam ihr eine meinungsbildende Rolle zu,[102] die durch die Veröffentlichung der „Reise durch den Wahnsinn“ noch einmal deutlich zunahm. Das Buch wurde in 17 Sprachen übersetzt und kann wohl als das bedeutendste Narrativ über antipsychiatrische Praxis aus der Betroffenenperspektive angesehen werden. Mary Barnes’ Geschichte wurde zudem von David Edgar als Theaterstück adaptiert und im Jahre 1979 in Birmingham uraufgeführt.[103]

Das Wörterbuch der Psychoanalyse streicht ihre Rolle für die Antipsychiatrie folgendermaßen heraus:

> „Ähnlich wie sich die psychoanalytische Bewegung in der Geschichte der Anna O. (Bertha Pappenheim) eine Entstehungsmythologie schuf, wurde für die Antipsychiatrie eine Frau zur Symbolfigur: Mary Barnes. Die Ex-Krankenschwester, die als unheilbare Schizophrene eingeschätzt worden war, ging im Alter von etwa vierzig Jahren ins Krankenhaus von Kingsley Hall, wo Joseph Berke sie fünf Jahre lang regredieren ließ. Durch diese ‚Höllenfahrt‘ und eine Art symbolischen Todes wurde sie in gewisser Weise neu geboren, entwickelte sich dann zur Malerin und schrieb dann ihre ‚Reise‘ als Roman nieder.“[104]

[102] Vgl. Barnes/Berke (1973), zum Beispiel S. 152 oder S. 292.
[103] Vgl. Majerus (2010); Borgmeier (1993), S. 401.
[104] Roudinesco/Plon (2004), S. 45.

Eine ähnliche Interpretation findet sich bei Thomas Szasz, wenn auch mit deutlich sarkastischerem Unterton:

> „Mary Barnes is to anti-psychiatry what the Wolfman is to psychoanalysis: each is the movement's most famous case, it's most eloquent testimonial witness to the miraculous powers of it's leader. The book (...) provides ‚penetrating glimpses' not so much into the inner world of schizophrenic, as the publisher's blurb promises, as into the inner sanctum of Kingsley Hall, the holy mosque of anti-psychiatry."[105]

Barnes scheint sich dieser Rolle in gewisser Weise bewusst zu sein, wenn sie im Vorwort betont, wie sehr sie und Berke sich bemüht hätten, die Zitate möglichst wortwörtlich wiederzugeben. Barnes äußert sich ihrem Buch nicht explizit zu den Motiven ihres Schreibens. Wie es bei vielen anderen Werken von Krankheitsnarrativen der Fall ist, scheint auch bei ihr ein Motiv darin gelegen zu haben, die Art von Behandlung, die sie erfahren hat, zu verteidigen und weiterzuempfehlen.[106] In diesem Sinne bezeugt sie mit ihrem Namen und ihrer Geschichte den Erfolg der Kingsley Hall und spricht mit dieser Botschaft auch Menschen an, die nicht in Kontakt mit den theoretischen Schriften der Philadelphia Association gekommen sind.

9. Fazit und Ausblick

Mary Barnes Autobiographie über ihren Aufenthalt in der Kingsley Hall ist ein für die Psychiatriegeschichte der 1960er und frühen 1970er Jahre charakteristisches Zeugnis. Nicht, weil sie die durchschnittliche Behandlung zu dieser Zeit porträtiert, sondern gerade deshalb, weil sie eine historisch sehr spezifische Konstellation einfängt. Die zentralen psychiatrischen Kontroversen dieser Zeit werden nicht nur umrissen, sondern Barnes bezieht hierzu deutlich Position, indem sie die traditionelle Psychiatrie als nicht hilfreiche und sogar schädliche Institution porträtiert und stattdessen die „therapeutische Gemeinschaft" propagiert. Barnes wird dadurch zur Botschafterin der Theorien Laings und anderer. Die Geschichte der britischen „Antipsychiatrie" ist unwiderruflich mit Mary Barnes' Narrativ verknüpft. Auch heute noch kommt kein Bericht über die Kingsley Hall ohne den Verweis auf deren „bekannteste Bewohnerin"[107] aus. Dennoch fällt auf, dass „Meine Reise durch den Wahnsinn" sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache zurzeit nur noch antiquarisch erhältlich ist.

Als das Buch erschien, war der Höhepunkt der Bewegung in Großbritannien schon überschritten. Anfang der 1970er Jahre trennten sich die Wege ihrer Protagonisten und Vertreter: Laing selbst legte nach der Schließung von Kingsley Hall ein Sabbat-Jahr ein und wendete sich danach verstärkt anderen Themen zu, wie dem Buddhismus und der Wiedergeburt. Zudem hatte er zunehmend Alkoholprobleme, was letztlich 1981 zu seinem Rücktritt als Vorsitzendem der Philadelphia Association führte. Er verstarb 1989 beim Tennisspielen in St. Tropez an einem Herzinfarkt.[108] David Cooper verließ die Philadelphia Asso-

[105] Szasz (1988), S. 27.
[106] Siehe auch Szmigiero (2011).
[107] Vgl. Crossley (1998), S. 880.
[108] Vgl. Ticktin (o. J.); Kotowicz (1997), S. 8.

ciation schon Anfang der 1970er Jahre, da sie seiner Meinung zu sehr spirituell und zu wenig politisch ausgerichtet gewesen sei. Cooper starb 1986, ebenfalls an einem Herzinfarkt.[109] Auch Berke kehrte der Philadelphia Association Anfang der 70er Jahre den Rücken und gründete die Arbours Association, die einen ähnlichen Ansatz verfolgt.[110] Bis zum Jahr 2009 war Berke Direktor des „Arbours Crisis Centre“ und arbeitet heute als Psychotherapeut in eigener Praxis und als wissenschaftlicher Autor.[111] Mary Barnes selbst war nach ihrem Wegzug aus Kingsley Hall als Schriftstellerin und Künstlerin aktiv und verstarb 2001 in Tomintoul in Schottland. 2010 fand in London erneut eine große Ausstellung ihrer Bilder statt.[112]

Die institutionelle Psychiatrie reagierte auf die Kritik der 1960er Jahre nicht nur abweisend, sondern bald auch mit Veränderungen: die Reformen der psychiatrischen Versorgung und die Reflexionen über den Krankheitsbegriff müssen zumindest teilweise in diesem Sinne verstanden werden. Aus Sicht der Psychiatrie ist die Kritik der 1960er damit größtenteils gegenstandslos geworden.[113] Innerhalb des Faches findet sich nur wenig, das sich als Erbe der Antipsychiatrie-Bewegung bezeichnen ließe. Eine der direktesten und gerade auch im deutschsprachigen Raum einflussreichsten Auswirkungen findet sich im „Soteria-Konzept“. Dieses geht im Wesentlichen auf den US-amerikanischen Psychiater Loren Mosher zurück, der 1966/67 für einen Forschungsaufenthalt in der Kingsley Hall verweilte und dabei auch Mary Barnes kennenlernte.[114] Das „Soteria-Konzept“ übernahm von dem Kingsley Hall-Projekt einige Kernelemente, wie beispielsweise den Verzicht auf Zwangsmaßnahmen und die geringe Rollendifferenzierung sowie – initial – den Verzicht auf Neuroleptika. Die erste Einrichtung dieser Art wurde im Jahre 1971 im kalifornischen San Jose eröffnet. Während die „Soteria Kalifornien“ in den 1990er Jahren aufgrund von Finanzierungsproblemen ihre Pforten schließen musste, besteht der 1983 in Bern eröffnete Ableger bis heute fort. In Deutschland wurden seit 1999 drei psychiatrische Stationen nach dem „Soteria-Konzept“ eingerichtet. Zudem haben verschiedenste Kliniken einzelne Elemente dieses Programms, wie das „weiche Zimmer“ oder offene Stationstüren, auf ihren Akutstationen übernommen.[115]

Die heutige „Antipsychiatrie“ findet aber außerhalb des Faches statt. Sie wird primär von Betroffenen verkörpert, die sich in Deutschland zumeist als „Psychiatrie-Erfahrene“ bezeichnen und in Verbänden und Organisationen zusammenschließen. Als Kennzeichen dieser „neuen Antipsychiatrie“ kann die Organisation praktischer Alternativen zur Psychiatrie unter Betroffenenkontrolle – wie beispielsweise im Berliner „Weglaufhaus“ – angesehen werden.[116]

---

109 Vgl. Ticktin (1986).

110 Vgl. Coppock/Hopton (2000), S. 75; Arbours Association (o. J.): „Through our therapeutic communities we aim to provide a non-institutional alternative to psychiatric treatment for individuals, where the autonomy and unique potential of each individual is respected“.

111 Vgl. Berke (o. J.).

112 Vgl. die zahlreichen Nachrufe in der europäischen Presse, hier beispielhaft The Times (2001).

113 Vgl. beispielhaft Kick (1990); Nasser (1995); Kersting (2001), S. 171ff.; Berlim/Fleck/Shorter (2003) sowie Häfner (2005), S. 68, und Payk (2004).

114 Vgl. Barnes/Berke (1973), S. 245, sowie Itten (2010).

115 Vgl. Soteria-Netzwerk (o. J.).

116 Vgl. von Trotha (2001).

Die Bezugnahme auf die Protagonisten der 1960er Jahre ist eher kritisch-distanziert, wie folgendes Zitat des Mitbegründers des „Weglaufhauses", Thilo von Trotha, unterstreicht:

> „Und die sperrigen, häufig tristen, immer unberechenbaren Wirklichkeiten der Verrückten sprengten die gedankenvollen, aber praxisfernen Synthesen aus Marxismus, Psychoanalyse, strukturaler Linguistik, Ethnologie und Existentialismus, mit denen die antipsychiatrischen Intellektuellen von Cooper und Laing bis Basaglia und Guattari den Irren neue soziale Räume zu öffnen versuchten. Weder als unverdaubare Splitter eines total gewordenen ‚gesellschaftlichen Verblendungszusammenhangs' noch als neues Subproletariat kapitalistischer Klassenstrukturen war das spezifische Anderssein der Irren adäquat zu erfassen."[117]

Peter Lehmann vom „Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener" verwendet in diesem Kontext sogar die Bezeichnung „veraltete Antipsychiatrie", der er die „neue Antipsychiatrie" gegenüberstellt.[118] Während deren Orientierung an der Praxis in gewisser Weise Kontinuitäten zur Kingsley Hall zeigt, ist die Entwicklung weg von einer durch einzelne – fast ausschließlich männliche und weiße – Protagonisten formulierten Psychiatriekritik hin zu einer von Betroffenen dominierten Bewegung ein wirklicher Paradigmenwechsel, der sich nicht nur in Deutschland, sondern auch anderswo zeigt.[119]

---

[117] von Trotha (2001), S. 208.

[118] Lehmann (2001): „Sie wird nicht von Professionellen getragen, die für und über ‚psychisch Kranke' reden wollen, sondern von Psychiatriebetroffenen, die sich auf allgemeine Menschenrechtserklärungen berufen und die wissen, daß es Geisteskrankheiten (im Gegensatz zu Hirnkrankheiten) als medizinische Komplexe mit kategorisierbaren Ursachen, Verläufen und Prognosen nicht gibt. Sie wollen die Psychiatrie nicht reformieren, sondern ein System mitmenschlicher Hilfeleistung für Menschen in psychischen Notlagen sozialer Natur entwickeln, neue – mehr oder weniger institutionelle – Formen des Lebens mit Verrücktheit und Andersartigkeit".

[119] Vgl. zum Beispiel Rissmiller/Rissmiller (2006).

Literatur

1. Arbours Association (o. J.): Arbours Association, About the Arbors Association, http: //www.arboursassociation.org/aboutarbours.html (gesehen am 24.09.12).
2. Barnes/Berke (1973): Mary Barnes, Joseph H. Berke, Meine Reise durch den Wahnsinn, München 1973.
3. Bennett/Morris (1983): Douglas Bennett, Isobel Morris, Deinstitutionalization in the United Kingdom, International Journal of Mental Health 11 (1982/1983), 4, S. 5-23.
4. Berke (1980): Joseph H. Berke, Therapeutic community models: II Kingsley Hall, in: Elly Jansen, The Therapeutic Community, London 1980, S. 95-101.
5. Berke (o. J.): Homepage von Joseph H. Berke, http://www.jhberke.com (gesehen am 24.09.12).
6. Berlim/Fleck/Shorter (2003): Marcelo T. Berlim, Marcelo P. A. Fleck, Edward Shorter, Notes on antipsychiatry, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 253 (2003), S. 61-67.
7. Bewley (2008): Thomas Bewley, Madness to Mental Illness: A History of the Royal College of Psychiatrists, London 2008.
8. Bopp (1982): Jörg Bopp, Antipsychiatrie: Theorien, Therapien, Politik, Frankfurt am Main 1982.
9. Borgmeier (1993): Raimund Borgmeier, Journeys Through Madness. Welten des Wahnsinns im zeitgenössischen englischen Drama, in: Klaus Peter Müller (Hrsg.), Englisches Theater der Gegenwart. Geschichte(n) und Strukturen, Tübingen 1993, S. 389-412.
10. Clare (1992): Anthony Clare, In the Psychiatrist's Chair, London 1992.
11. Cooper (2001): David Cooper, Psychiatry and Anti-psychiatry, London 2001 (Reprint der Ausgabe 1967).
12. Coppock/Hopton (2000): Vicki Coppock, John Hopton, Critical Perspectives on Mental Health, London 2000.
13. Crossley (1998): Nick Crossley, R. D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A Socio-Historical Analysis, Social Science and Medicine 47 (1998), S. 877-889.
14. Dain (1989): Norman Dain, Critics and Dissenters: Reflections on „Anti-Psychiatry“ in the United States, Journal of the History of the Behavioral Sciences 25 (1989), S. 3-25.
15. Engstrom (2011): Eric J. Engstrom, Zur Geschichte der Psychiatriekritik im 19. Jahrhundert, Themenportal Europäische Geschichte (2011), http://www.europa.clio-online.de/site/lang__en-US/mid__11428/ItemID__507/40208214/default.aspx (gesehen am 17.06.13).
16. Foucault (1961): Michel Foucault, Folie et déraison: Histoire de la folie à l'âge classique, Paris 1961.
17. Foucault (1973): Michel Foucault, Die Geburt der Klinik – Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München 1973.
18. Fussinger (2011): Catherine Fussinger, „Therapeutic community“, psychiatry's reformers and antipsychiatrists: Reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II, History of Psychiatry 22 (2011), 2, S. 146-163.

19. Goffman (1961): Erving Goffman, Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates, New York 1961.
20. 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.
21. Häfner (2005): Heinz Häfner, Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt, 3. Aufl. München 2005.
22. Hein/Groß/Ernst (2010): Svenja Hein, Dominik Groß, Jean-Philippe Ernst, US-amerikanische Psychiatriegeschichte im Spiegel des Romans „I Never Promised You A Rose Garden" von Joanne Greenberg, in: Dominik Groß et al. (Hrsg.), Medizingeschichte in Schlaglichtern. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker", Kassel 2010 (= Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker, 2), S. 305-330.
23. Itten (2005): Theodor Itten, All the lonely people where do they all come from. Facts, feelings and experience from the Philadelphia Association London, Lecture presented at the Conference of the Association for Community Living, New York 2005, http://laingsociety.org/colloquia/thercommuns/allthelonelypeople.htm (gesehen am 03.10.12).
24. Itten (2010): Theodor Itten, Modelle des Wahnsinns: Loren Mosher in der Tradition von Ronald D. Laing, Psychotherapie Forum 18 (2010), S. 215-221.
25. Kersting (2001): Franz-Werner Kersting, Psychiatrie-Reform und '68, in: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Bd 2, Bonn 2001, S. 165-182.
26. Kick (1990): Hermes Andreas Kick, Antipsychiatrie und die Krise im Selbstverständnis der Psychiatrie, Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 58 (1990), S. 359-404.
27. Kingsley Hall (o. J.): The History of Kingsley Hall, http://www.kingsleyhall.co.uk/kingsleyhall.htm (gesehen am 06.10.12).
28. Kotowicz (1997): Zbigniew Kotowicz, R. D. Laing and the Paths of Anti-Psychiatry, London 1997.
29. Laing (1964): Ronald D. Laing, Is Schizophrenia a Disease?, International Journal of Social Psychiatry 10 (1964), S. 184-193.
30. Laing (1965): Ronald D. Laing, The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness, Harmondsworth 1965.
31. Laing (1971): Ronald D. Laing, The Politics of the Family, and Other Essays, London 1971.
32. Laing (1973): Ronald D. Laing, Phänomenologie der Erfahrung, Frankfurt am Main 1973.
33. Laing (1985): Ronald D. Laing, Wisdom, Madness and Folly: the Making of a Psychiatrist, London 1985.
34. Lehmann (2001): Peter Lehmann, Alte, veraltete und neue Antipsychiatrie, Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung 19 (2001), S. 264-270.
35. Lejeune (1994): Philippe Lejeune, Der autobiographische Pakt, Frankfurt am Main 1994.

36. Majerus (2010): Benoît Majerus, Mapping antipsychiatry. Elemente für die Geschichte einer transnationalen Bewegung, Themenportal Europäische Geschichte (2010), http://www.europa.clio-online.de/2010/Article=440 (gesehen am 17.06.2013)
37. Moncrieff/Crawford (2001): Joanna Moncrieff, Mike J. Crawford, British psychiatry in the 20th century – observations from a psychiatric journal, Social Science and Medicine 53 (2001), S. 349-356.
38. Moutsou (2008): Christina Moutsou, When Philosophy Meets Practice: Setting Up a PA Community Household, in: John Gale, Alba Realpe, Enrico Pedriali (Hrsg.), Therapeutic Communities for Psychosis – Philosophy, History and Clinical Practice, London 2008, S. 63-72.
39. Nasser (1995): Mervat Nasser, The rise and fall of anti-psychiatry, Psychiatric Bulletin 19 (1995), S. 743-746.
40. Payk (2004): Theo R. Payk, Antipsychiatrie – eine vorläufige Bilanz, Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 72 (2004), S. 516-522.
41. Ramert (2007): Tobias Ramert, Antipsychiatrie - Bedeutung von Theorie und Praxis für die heutige Psychiatrie (= Diplomarbeit, Hamburg 2007).
42. Rissmiller/Rissmiller (2006): David J. Rissmiller, Joshua H. Rissmiller, Evolution of the Antipsychiatry Movement into Mental Health Consumerism, Psychiatric Services 57 (2006), S. 863-866.
43. Roberts/Itten (2006): Ronald Roberts, Theodor Itten, Laing and Szasz: Anti-psychiatry, Capitalism, and Therapy, Psychoanalytic Review 93 (2006), 5, S. 781-799.
44. Roudinesco/Plon (2004): Elisabeth Roudinesco, Michel Plon, Wörterbuch der Psychoanalyse: Namen, Länder, Werke, Begriffe, Wien 2004.
45. Schmiedebach (1996): Heinz-Peter Schmiedebach, Eine „antipsychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende, in: Martin Dinges (Hrsg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-1933), Stuttgart 1996 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beihefte, 9), S. 127-159.
46. Schott/Tölle (2005): Heinz Schott, Rainer Tölle, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2005.
47. Scull (1975): Andrew T. Scull, Decarceration: Community treatment and the deviant, a radical view, Englewood Cliffs (NJ) 1975.
48. Shorter (1999): Edward Shorter, Geschichte der Psychiatrie, Berlin 1999.
49. Sigal (2005): Clancey Sigal, A trip to the far side of madness, The Guardian online (03.12.2005), http://www.guardian.co.uk/books/society (gesehen am 01.10.2012).
50. Soteria-Netzwerk (o. J.): Homepage der Internationalen Arbeistgemeinschaft Soteria, http://www.soteria-netzwerk.de/index.htm (gesehen am 07.10.2012).
51. Szasz (1960): Thomas S. Szasz, The Myth of Mental Illness, American Psychologist 15 (1960), S. 113-118.
52. Szasz (1988): Thomas S. Szasz, Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry, Syracuse (NY) 1988 (Reprint der Ausgabe 1976).
53. Szasz (2003): Thomas S. Szasz, Abschaffung der Psychiatrie – Gleichstellung oder soziale Misere?, Interview, geführt und übersetzt von Marianne Kestler, 11.04.2003, http://www.lichtblick-newsletter.de/so-kvpm14.html (gesehen am 19.09.2012).

54. Szasz (2009): Thomas S. Szasz, Anti-Psychiatry: Quackery Squared, Syracuse (NY) 2009.
55. Szmigiero (2011): Katarzyna Szmigiero, In sickness and in health: the rise of English-language illness narratives, in: Krzysztof Andrzejczak (Hrsg.), Participations and Assessments (2), Publication of the Department of English, Lodz 2011 (= Przedsiebiorczosc I Zarzadzanie, 12/11), S. 21-38.
56. Thompson (1996): M. Guy Thompson, Deception, Mystification, Trauma: Laing and Freud, Psychoanalytic Review 83 (1996), S. 827-847.
57. Ticktin (1986): Stephen Ticktin, Brother Beast: A Personal Memoir of David Cooper, Asylum Magazine for Democratic Psychiatry 1 (1986), 3, S. 14-16.
58. Ticktin (o. J.): Stephen Ticktin, Biography R. D. Laing, http://r-d-laing.com/resources/biography/ (gesehen am 24.09.2012).
59. The Times (2001): Mary Barnes. Psychotherapy patient who was weaned a second time as an artist and writer (Nachruf), The Times 2001 (9.07.2001).
60. von Trotha (2001): Thilo von Trotha, Unterwegs zu alten Fragen: Die Neue Antipsychiatrie, Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung 19 (2001), 4, S. 201-210.
61. Wagner-Egelhaaf (2005): Martina Wagner-Egelhaaf: Autobiographie, 2. akt. und erw. Aufl. Stuttgart/Weimar 2005 (= Sammlung Metzler, 323).

Entzauberung der Wunderzellen – Die klinischen Studien zur Zellulartherapie an der Kölner Universitätsklinik

Hans-Georg Hofer

Wer im Rheinland den Begriff *Frischzelle* vernimmt, mag vielleicht an das jährlich stattfindende *Festival für Intermediale Performance* der Kölner Kunsthochschule denken. 2011 hieß es hierzu im Veranstaltungskalender der Stadt Köln:

> „Frischzelle zeigt Performances, in denen die Übergänge zwischen akustischen und elektronischen, vor allem aber visuellen und musikalischen Medien diffus werden, um sich schließlich vollständig aufzulösen. Der explizite Focus liegt auf computergenerierter Echtzeitgrafik und experimenteller elektroakustischer Musik. Frischzelle liefert damit jährlich die Zutaten für ein Universum, in dem sich aus den dunklen Hintergrundströmungen der Kunst und Musik seit einiger Zeit sehr interessante neue Galaxien herausbilden."[1]

Die Frischzelle steht für eine kreative Kunstszene, die ihre Energie aus den „brodelnden audiovisuellen Laboren" Kölns bezieht und hierzu auch „internationale Eminenzen der abstrakten Elektronik" anlocken kann. Begrifflich kann die Frischzelle allerdings weder Anspruch auf künstlerische noch auf rheinische Exklusivität erheben. Schon ein schneller Blick in überregionale elektronische und gedruckte Medien zeigt, dass Frischzellen und Frischzellenkur – verstanden als Metapher für Erneuerung – zum Standardrepertoire der Werbeindustrie zählen, ja überhaupt fester Bestandteil gesellschaftlicher Kommunikation geworden sind.

Während in sprachlichen Zusammenhängen die enorme Aufmerksamkeit nachhallt, die Frischzellen im Westdeutschland der 1950er Jahre zuteil wurde, ist die damit aufgerufene medizinische Bedeutung weitgehend vergessen – oder wird jenseits der augenzwinkernden Pointe nicht weiter thematisiert. Hier setzt der vorliegende Beitrag an. In diesem geht es mir darum, eine wissenschaftshistorische Perspektive einzunehmen und den Begriff der Frischzelle auf spezifische medizinische Kontexte und handelnde Akteure zu befragen. Da ich an anderer Stelle auf die allgemeine Bedeutung und Reichweite der „Frischzellen-Fama" für die westdeutsche Aufbaugesellschaft hingewiesen und größere Zusammenhänge zu Aufstieg und Fall der Zellulartherapie skizziert habe,[2] soll im Folgenden eine exemplarische Herangehensweise gewählt werden. Im Mittelpunkt stehen hierbei die experimentellen und klinischen Studien, die die beiden Kölner Universitätsmediziner Hans Schulten und Ulrich Kanzow zwischen 1956 und 1958 durchführten. Die Studien sollten eine Klärung in der zu diesem Zeitpunkt überaus kontrovers diskutierten Frage herbeiführen, ob die auf den Schweizer Arzt Paul Niehans zurückgehende Frischzellentherapie bzw. Zellulartherapie einen therapeutischen Nutzen hatte, der kausal und direkt auf die Injektion von

[1] Frischzelle: Festival für Intermediale Performance. 4.-6. Oktober 2011. URL: http://www.stadt-koeln.de/6/veranstaltungskalender/07106 (12.12.2012).
[2] Hofer (2009).

tierischen Zellen zurückgeführt werden konnte. Dies wurde nach Abschluss der Untersuchungen entschieden verneint.

Bei den Kölner Studien zur Zellulartherapie handelte es sich um die umfassendsten und einflussreichsten ihrer Art. Sie wurden über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren an der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Köln unter Berücksichtigung der damals neuesten Standards in der klinisch-therapeutischen Forschung durchgeführt und bildeten über den unmittelbaren Zeitraum ihrer Entstehung und Rezeption hinaus den Referenzrahmen der wissenschaftlichen Kritik an der Zellulartherapie. Damit trugen sie dazu bei, dass sich Argumente der Ablehnung und Abgrenzung genauer begründen ließen und das medizinische Interesse an diesem Behandlungsverfahren nach 1960 allmählich abnahm, auch wenn es nie gänzlich verschwand.

1. Voraussetzungen und Hintergründe der Studien

Das als „Frischzellentherapie" oder „Zellulartherapie" bezeichnete Behandlungsverfahren des Schweizer Arztes Paul Niehans war Anfang der 1950er Jahre innerhalb kurzer Zeit sehr bekannt geworden. Der Grundgedanke dieses Verfahrens, nämlich fein zerkleinertes, tierisches Gewebe, vorzugsweise von ungeborenen Lämmern, mit einer Kochsalzlösung aufzuschwemmen und die Mixtur intramuskulär zu injizieren, war zwar nicht neu, wurde aber von Niehans geschickt aufgegriffen und verbreitet.[3] Von Niehans' Privatsanatorium in der Nähe von Montreux am Genfer See schienen vielversprechende Impulse auszugehen. Es wurde nicht nur von Patientinnen und Patienten aus aller Welt zur Behandlung besucht, sondern auch von deutschen Ärzten, die dort die Methode genauer studieren wollten. 1953 wurde in Versammlungsräumen des Frankfurter Schlachthofs die *Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Zellulartherapie* gegründet; diese schloss bereits ein Jahr später mehr als dreihundert Ärzte zusammen.[4]

Niehans wollte die Zellulartherapie als „biologische Medizin" verstanden wissen, als eine „gezielte Therapie zur Entwicklung mangelhaft angelegter oder zur Regeneration leidender Organe".[5] Doch entstand bei der schnell wachsenden Gruppe der Zellulartherapeuten der Wunsch, das bis dahin von Tierherden, serologischen Voruntersuchungen und Schlachthöfen abhängige Verfahren einfacher und praktikabler gestalten zu können. Dies führte in Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie zur Entwicklung von gefriergetrockneten Frischzellen („Trockenzellen"), die über mehrere Jahre gelagert und bei Bedarf steril aus der Ampulle entnommen werden konnten. Die industrielle Herstellung von Frischzellenpräparaten war ein wichtiger Schritt für die Praktikabilität und Verbreitung

[3] Hofer (2009), S. 230-233; Wolff (2002), S. 1726f.

[4] Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft, die sich 1958 in „Deutsche Gesellschaft für Zelltherapie" umbenannte, war der Frankfurter Internist Karl Sprado. Vgl. Mommsen (1981). Um Niehans und die Zellulartherapie versammelten sich Anfang der 1950er Jahre auch Ärzte, die aufgrund ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit schwer belastet waren, wie zum Beispiel der ehemalige KZ-Arzt Hans Eisele, in dessen Münchener Praxis ein Bildnis von Niehans mit persönlicher Widmung hing, oder der Erlanger Psychiater (und ehemalige „T4"-Gutachter) Berthold Kihn. Eisele flüchtete 1958 vor der Justiz nach Kairo, wo er 1967 starb. Vgl. Zimmermann/Zimmermann (2003), S. 417; Klee (1992), S. 125f.

[5] Niehans (1957), S. 19.

des Verfahrens: Um eine Zellulartherapie zu bekommen, brauchte es fortan nur einiger weniger gekühlter Ampullen. In Deutschland begann das Heidelberger Unternehmen „Rhein-Chemie", die Trockenzellen industriell herzustellen und unter dem Produktnamen „Siccazell" zu verkaufen. Andere Unternehmen wie „Milcell" in Hamburg folgten.[6]

1954 wurde der Zellulartherapie mit einem Schlag Aufmerksamkeit zuteil, als Niehans (auf Vermittlung des Dirigenten Wilhelm Furtwängler, den Niehans von 1945 an über mehrere Jahre in seinem Sanatorium beherbergt hatte) zu Papst Pius XII. gerufen wurde. Als „Arzt des Papstes" (Kurt Joachim Fischer)[7] wurde Niehans international bekannt. In den Medien häuften sich Berichte über die „Wunderzellen" des Schweizer Arztes, die kranke, abgenutzte und vorzeitig gealterte Körper wieder zu „revitalisieren" vermochten.[8] Gerüchten über die Behandlung von Bundeskanzler Konrad Adenauer, die etwa die Zeitschrift „Der Spiegel" bewogen, Niehans auf die Titelseite des Blatts zu setzen, wurde zwar mehrfach und energisch – auch von Hans Schulten und Ulrich Kanzow – widersprochen,[9] dennoch war die Behandlungsmethode in aller Munde. Im Westdeutschland der 1950er Jahre schien das Wirtschaftswunder sein medizinisches Analogon gefunden zu haben.

Dabei war völlig unklar geblieben, was den Zellen diese Fähigkeit verleihen sollte: Waren es Hormone, Fermente, Nukleinsäuren, Proteine, Lipoide? Und ging von den Inhaltsstoffen injizierter tierischer Zellen überhaupt ein therapeutischer Nutzen aus? Für die Universitätsmedizin war wissenschaftliche Kritik an der Zellulartherapie nicht einfach, denn es waren nicht nur praktische Ärzte, die in dieser Behandlungsmethode eine vielversprechende berufliche Zukunft sahen. Auch Chefärzte großer westdeutscher Kliniken und Krankenhäuser sowie Universitätsmediziner zeigten sich von Niehans beeindruckt und forderten eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Zellulartherapie.[10]

Das Forum, in dem sich die akademische Medizin über das „Problem der Zellulartherapie" Klarheit zu verschaffen suchte, war der 1951 ins Leben gerufene Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer. Von dort wurde die Kritik ins Rollen gebracht, und zwar von Hans Schulten, Ordinarius für Innere Medizin an der Universität Köln und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, von Hermann Eyer, seit 1946 Direktor des Hygienischen Instituts in Bonn, und Paul Martini, Inhaber des Lehrstuhls für Innere Medizin in Bonn. Die Besprechungen der Experten mündeten in eine noch 1955 veröffentlichte „Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats des Präsidiums des Deutschen Ärztetages zum Problem der Frischzellentherapie". Der Kernsatz der Stellungnahme lautete: „Bei der Frischzellentherapie handelt es sich um ein noch unerprobtes, nicht unge-

---

[6] Hofer (2009), S. 234.

[7] Fischer (1957).

[8] Beispiele in Hofer (2009), S. 237.

[9] Hans Schulten, Zellen à la Niehans, Der Spiegel (24. April 1957), S. 6.

[10] Hierzu zählten etwa der Marburger Pharmakologe und Hygieniker Hans Schmidt, der Heidelberger Anatom Hermann Hoepke oder der (1945 in Innsbruck von seinem Lehrstuhl entlassene) Internist Gustav-Wilhelm Parade. Vgl. Hoepke (1962); Parade (1952). In Köln war es vor allem der Herz- und Kreislaufspezialist Paul Uhlenbruck, außerordentlicher Universitätsprofessor an der Medizinischen Fakultät und Chefarzt am Sankt Vinzenz-Hospital, der sich für die Anerkennung der Zellulartherapie einsetzte. 1962 umfasste das von der Internationalen Forschungsgesellschaft für Zellulartherapie herausgegebene Literaturverzeichnis der Zellulartherapie mehr als 750 Veröffentlichungen, darunter eine Vielzahl in angesehenen medizinischen Zeitschriften.

fährliches Verfahren, dessen Anwendung in der Praxis noch nicht empfohlen werden kann".[11] Da diese Stellungnahme nicht nur unter Zellulartherapeuten, sondern auch im Beirat selbst ein „Diskussionsgetöse" auslöste, wie das Protokoll in der nächsten Sitzung vermerkte, wurden weitere Schritte als dringlich erachtet und Hans Schulten die Aufgabe übertragen, mit der Planung der klinisch-experimentellen Untersuchungen zu beginnen.

1.1 Akteure: Hans Schulten und Ulrich Kanzow

Der Internist Hans Schulten zählte als Leiter der Medizinischen Poliklinik der Universität Köln zu den angesehensten Vertretern seines Fachs. Schulten hatte nach dem Studium der Medizin eine Assistentenstelle an der II. Medizinischen Universitätsklinik in Hamburg angetreten, wo er sich 1930 auch habilitieren konnte. Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten trat Schulten in mehrere Organisationen der Partei ein (1933 SA-Sturmführer, 1937 Mitglied der NSDAP), 1936 wurde er Vertrauensarzt der NSDAP beim Amt für Volksgesundheit der Gauleitung Hamburg. Ein Jahr zuvor war Schulten zum nichtbeamteten außerordentlichen Professor ernannt worden. 1939 folgte er, nachdem er für die Neubesetzung der Medizinischen Poliklinik in Bonn als Zweitgereihter nicht zum Zug gekommen war,[12] einem Ruf als Professor für Innere Medizin an der Universität Rostock und übernahm dort zugleich die Leitung der Medizinischen Poliklinik.[13] Während des Zweiten Weltkriegs hatte Schulten als „Beratender Internist" der Wehrmacht mehrere hochrangige militärmedizinische Positionen inne.[14] Im Herbst 1943 wechselte Schulten an die Universität Köln, wo er das Ordinariat für Innere Medizin übernahm. Damit verbunden war das Direktorat der Medizinischen Universitätsklinik und der Städtischen Krankenanstalt/Medizinischen Poliklinik. Nach dem Krieg wurde Schulten 1949/50 Dekan der Medizinischen Fakultät und 1954/55 schließlich Rektor der Universität Köln.[15] Als Mitglied des Präsidiums des Deutschen Ärztetags nahm Schulten auch auf berufs- und fachpolitische Entwicklungen Einfluss. Von 1956 bis 1958 war Schulten Vorsitzender des 1951 gegründeten Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer.[16]

Schultens Mitarbeiter Ulrich Kanzow studierte Medizin in Bonn, München und Göttingen und wurde nach seiner Promotion (1948) Mitarbeiter an der Medizinischen Poliklinik in Köln bei Hans Schulten. 1955 erhielt er die Anerkennung als Facharzt, 1959 habilitierte er sich für Innere Medizin. Die klinischen Studien zur Zellulartherapie fielen somit genau in die wissenschaftliche Qualifikationsphase von Kanzow. Auch wenn dieser in der Folge keinen Lehrstuhl für Innere Medizin an einer Universitätsklinik erlangte, so wurde er doch ein weithin bekannter und einflussreicher Vertreter der westdeutschen Medizin. 1967 wurde Kanzow Chefarzt der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten

[11] Protokoll der Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des Präsidiums des Deutschen Ärztetages in Bonn-Bad Godesberg (22. Juni 1955), Archiv der Bundesärztekammer, Berlin.

[12] Forsbach (2005), S. 159. Das nach der Berufung von Max Bürger nach Leipzig vakante Ordinariat wurde 1938 mit Friedrich Tiemann, einem überzeugten Nationalsozialisten und Schüler des einflussreichen Münchener Internisten Alfred Schittenhelm, besetzt.

[13] Buddrus/Fritzlar (2007), S. 368f.

[14] Neumann (2005), S. 184 und 195.

[15] Schäfer/Scholl (2008).

[16] Bachmann/Heerklotz (1997), S. A 582.

Solingen und ließ als Mitbegründer des Marburger Bundes und Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein auch ein ausgeprägtes berufspolitisches Engagement erkennen.

Anlass und Methodik der Studien führte Hans Schulten im Sommer 1957 in seinem Eröffnungsvortrag des Internationalen Lehrgangs für praktische Medizin in Meran aus. Schulten hatte den Vortrag mit dem Titel „Wissenschaft als Gewissen des Arztes. Dargestellt am Beispiel der Zellulartherapie" betitelt. Darin legte er offen, wie groß der medizinische und mediale Druck auf die universitäre Medizin geworden war, zur Zellulartherapie Stellung zu nehmen, und zwar auf eine eindeutige Art und Weise. Gleichzeitig ließ er erkennen, wie mühsam und schwierig die klinische Prüfung von neuartigen Heilmethoden auf ihre objektive Wirksamkeit sei, zumal wenn sie – wie im Fall der Zellulartherapie – „mit vielseitigen Anwendungsgebieten und großen Ansprüchen" angepriesen wurden: „Es ist sehr leicht, gewagte therapeutische Untersuchungen aufzustellen. Es ist ebenso leicht, zu sagen, das glaube ich nicht, ich halte das für Unsinn. Aber es ist sehr schwer, zu *beweisen*, wie die Dinge wirklich liegen". Eben dies sei Aufgabe der medizinischen Wissenschaft, die angesichts der zahlreichen und dringenden Rufe, Nachprüfungen anzustellen, „nicht mehr schweigen könne (...) sie muss der Praxis sagen, das ist richtig und das ist falsch".[17] Dem äußeren Anlass seines Vortrags gemäß stellte Schulten heraus, dass die auf anerkannten Methoden basierende Prüfung von Behandlungsmethoden zwar vordringlich die zentrale Aufgabe wissenschaftlicher Medizin, aber zudem eben auch im „ärztlichen Gewissen" zu verankern sei.

1.2 Zur methodischen Verortung der Studien

Methodisch nahmen Schulten und Kanzow Anleihe bei den Arbeiten des Internisten Paul Martini, dem Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Bonn. Martini hatte mit seiner Methodenlehre der therapeutisch-klinischen Forschung, die 1953 in dritter Auflage erschienen war, der deutschen Universitätsmedizin wichtige Impulse gegeben.[18] Als unverzichtbar erschien Schulten neben der Schaffung einer Vergleichsgruppe vor allem die – wie Martini es genannt hatte –„unwissentliche Versuchsanordnung", die „Tarnung" von Präparaten, sodass von Seiten der Patienten nicht unterschieden werden konnte, ob das zu prüfende Heilmittel oder nur ein Scheinpräparat zur Anwendung kam.[19] Darüber hinaus hatten Schulten und Kanzow auch jene methodischen Prinzipien zur Durchführung von clinical trials rezipiert, die britische und amerikanische Wissenschaftler und Forschergruppen seit den 1940er Jahren erfolgreich zur Umsetzung gebracht hatten. Hierzu zählten insbesondere die Arbeiten von Austin Bradford Hill, der für das Medical Research Council eine Reihe klinischer Studien federführend organisiert hat, die aufgrund ihrer methodischen Innovativität der britischen Nachkriegsmedizin zu hohem wissenschaftlichen Ansehen verhalfen.[20] Auf große Aufmerksamkeit stießen gleichzeitig klinische Studien, die den besonderen Wert des Doppelblind-Versuchs zeigten. Vor allem die Forschungen Harry Golds

[17] Schulten (1957), S. 378.
[18] Martini (1953). Die erste Auflage der „Methodenlehre" hatte Martini 1932 veröffentlicht.
[19] Martini (1953), S. 27.
[20] Valier/Timmermann (2008).

und Mitarbeitern der amerikanischen Cornell University wurden von Martini und Schulten wahrgenommen.[21]

Auch der Begriff „Placebo", den der amerikanische Anästhesist Henry K. Beecher rezeptionsrelevant prägte,[22] fand Mitte der 1950er Jahre rasch Eingang in die klinische Forschung. Die Ausschaltung suggestiver Einflüsse war gerade im Fall der Zellulartherapie von großer Bedeutung. Durch die selbstbewusste Art und Weise, wie Niehans die Zellulartherapie in Medizin und Öffentlichkeit platziert hatte, war die Erwartungshaltung nicht nur auf Seiten der Patientinnen und Patienten, sondern auch von Seiten der Ärzte groß. Niehans' suggestives Versprechen, mittels Zellulartherapie „dem kranken Organismus neues Leben zu schenken",[23] übte eine Faszination aus, die bei den Untersuchungen unbedingt ausgeschaltet werden musste. Schulten formulierte dies so:

> „Wir Forscher sind ja auch Ärzte. Wir möchten ja so gerne Mittel gegen diese Krankheiten, wir möchten ja so gerne helfen (...) Hoffnungen, Befürchtungen, kurz alle Gefühle sind aber die schlechtesten Ratgeber der Forschung. Selbst wenn die Objektivität der Beobachtung nicht gestört werden sollte, so springen doch zu leicht unsere Empfindungen auf den Kranken über, und das kann nur durch den einfachen oder doppelten Blindversuch verhindert werden."[24]

Schulten und Kanzow misstrauten somit den *Erfahrungen* der Zellulartherapeuten – und setzten ihr die kontrollierte Beobachtung in wissenschaftlichen Therapieversuchen entgegen. Die für die Kölner klinischen Studien zur Zellulartherapie entscheidende Fragestellung formulierte Schulten wie folgt:

> „Es ist selbstverständlich, daß, wenn man die Zellen – seien es frische, gefrorene oder getrocknete – einem Menschen einspritzt, dann natürlich in diesem Organismus etwas geschieht. Hier geht es aber um eine andere Frage: Nicht ob etwas geschieht, sondern ob etwas geschieht, was sich mit einer gewissen Regelmäßigkeit therapeutisch ausnutzen läßt."[25]

Hierbei nahmen die Kölner Internisten auch Niehans selbst in die Pflicht, der wiederholt davon gesprochen hatte, dass die „empirisch gefundenen Wirkungen der Zellulartherapie" wissenschaftlich genauer untersucht werden müssten:

> „Die von Niehans zugegebenen Mängel sind trotz zahlreicher Berichte bis heute nicht behoben. Viele der berichteten Erfolge sind für die Beurteilung des therapeutischen Nutzens nicht ausreichend, da die Suggestibilität des Kranken und Spontanschwankungen nicht immer genügend berücksichtigt wurden. Es herrscht auch unter Zellulartherapeuten noch keine Einigkeit über die Indikationen für diese Behandlungsweise. (...) So sind eine Fülle von Zweifeln und Unklarheiten mit der Zellulartherapie verknüpft, die überwunden werden müssen."[26]

---

[21] Martini (1957).
[22] Beecher (1955).
[23] Niehans (1957), S. 9.
[24] Schulten (1957), S. 381.
[25] Schulten (1957), S. 381.
[26] Kanzow/Schulten (1957), S. 447.

Davon ausgehend kündigten Schulten und Kanzow umfassende experimentelle und klinische „Nachprüfungen" an, deren Ergebnisse in einer Aufsatzserie der internistischen Fachzeitschrift „Die Medizinische" veröffentlicht werden sollten. Die Kölner Untersuchungen wurden mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft, des Kultusministeriums von Nordrhein-Westfalen und des Vereins der Freunde und Förderer der Universität Köln unterstützt.[27]

2. Die Kölner Studien zur Zellulartherapie: Fünf Schritte, ein Ergebnis

Den Auftakt der Kölner Untersuchungsserie zur Zellulartherapie machte die Überprüfung eines biochemischen Verfahrens, das von Niehans und seinen Anhängern zur Diagnose und Verlaufskontrolle der Frischzellentherapie angewandt wurde: die „Abderhaldensche Abwehrferment-Reaktion". Das von Emil Abderhalden, Professor für Physiologie und Physiologische Chemie an der Universität Halle, entwickelte Verfahren hatte zu diesem Zeitpunkt bereits eine lange und kontroverse Geschichte. Bereits 1912 hatte Abderhalden das Verfahren in seiner Monographie „Die Abwehrfermente" vorgestellt und darin die These vertreten, dass der Körper durch (parenterale) Zufuhr von Eiweiß oder Proteinen mit dem Auftreten von spezifischen Abwehrproteinasen – oder Abwehrfermenten – reagiere, die sich nach Ausscheidung durch die Nieren im Harn nachweisen ließen. Das Abderhaldensche Verfahren fand quer durch medizinische Fachdisziplinen rasche Verbreitung, obwohl andere Forschergruppen in ihren Laboratorien die Experimente von Abderhalden nicht wiederholen konnten. Noch vor dem Ersten Weltkrieg hatten Biochemiker und Pathologen den Beweis erbracht, dass dieser Methode keine wissenschaftliche Aussagekraft zukomme. Dennoch hielt sich in den folgenden Jahrzehnten in Teilen der deutschen Universitätsmedizin hartnäckig der Glaube an den praktischen Wert dieses Verfahrens.[28]

In den 1950er Jahren maßen die Zellulartherapeuten dem Abderhaldenschen Verfahren erneute Bedeutung zu. Sie argumentierten, damit die Diagnosestellung verbessern, wichtige Hinweise für die Auswahl des Injektionsmaterials gewinnen und die Wirkung der injizierten Zellen genauer verfolgen zu können. Zwischen der vermuteten Dysfunktion von Organen und dem Auftreten von Abwehrfermenten wurde somit ein spezifischer Zusammenhang angenommen. Da Zellulartherapeuten die Bestimmung von Abwehrfermenten nicht selbst vornahmen, sondern externe Untersuchungsstellen damit beauftragten, hatten auch Kanzow und Schulten diesen Weg zu gehen. Mit der Untersuchung einer größeren Anzahl von Urinproben (mit jeweils gar keinen oder falschen klinischen Diagnosen) wurden jedoch zwei unterschiedliche und voneinander unabhängige Untersuchungsstellen beauftragt. Das Ergebnis der Analysen gab Anlass zu größter Skepsis: Wurde etwa die gleiche Urinprobe an beide Institute eingeschickt, so betrug die Übereinstimmung der Ergebnisse nur 22,6 Prozent. Weiterhin zeigte sich, dass mit der Abwehrfermente-Reaktion zwischen dem Urin nachweislich kranker und gesunder Männer nicht unterschieden werden konnte

[27] Schulten (1957), S. 381.

[28] Beispielsweise durch die Arbeiten des (von Abderhalden und seinen Anhängern angefeindeten) deutsch-jüdischen Biochemikers Leonor Michaelis oder des britischen Pathologen Archibald Leitch, vgl. Deichmann/Müller-Hill (1998), S. 109-111.

und somit das Verfahren keinerlei Differenzierungskraft hatte; zudem spiegelten die Ergebnisse das Vorhandensein von Organen und Zellgewebe vor, die im Körper der Probanden gar nicht vorhanden sein konnten. Wurde Männerharn mit der falschen Geschlechtsangabe eingesandt (vorgespiegelt wurde also, dass es sich um Frauenharn handelte), stellten die Untersuchungsinstitute Abwehrfermente gegen Ovar-Follikel und Corpus luteum fest. Aus diesen Untersuchungsergebnissen leiteten Kanzow und Schulten die „völlige Wertlosigkeit" von Befunden ab, die anhand der Abderhaldenschen Reaktion erstellt worden waren:

> „Begründet der Zellulartherapeut seine Organwahl mit einem so ermittelten Ausfall der A.-R., so stützt er sich damit auf Befunde, die den wissenschaftlichen Wert eines Horoskops besitzen."[29]

In der zweiten Veröffentlichung wurden Untersuchungsergebnisse zur zellulartherapeutischen Behandlung von Gelenkrheumatismus und Arthrosen mitgeteilt. Hierzu hatte Ulrich Kanzow die Zusammenarbeit mit der Kölner Orthopädischen Klinik gesucht (als Mitautoren firmierten Rudolf Wallossek und Matthias Hackenbroch). In die Studie wurden 30 Patientinnen und Patienten eingeschlossen, denen über einen definierten Beobachtungszeitraum entweder Ampullen mit „Trockenzellen" der Firma „Rhein-Chemie" (Plazenta- oder Nebennierenrinden-Trockenzellen) oder einem Leerpräparat (Placebo) injiziert wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass unter gleichen Bedingungen die Behandlung der Polyarthritis mit Trockenzellen gegenüber der Placebo-Behandlung keinen Vorteil gebracht hatte.[30] Dabei hatten alle Studienteilnehmer vorab die gleichen Informationen mitgeteilt bekommen:

> „Alle Patienten wurden bei Beginn der Behandlung darauf hingewiesen, daß sie mit Zellpräparaten des bekannten Schweizer Arztes behandelt werden sollten, die schon so vielfältig geholfen hätte. Die meisten von ihnen hatten darüber durch die zahlreichen Berichte in Tageszeitungen oder illustrierten Zeitschriften bereits mehr oder weniger umfangreiche Kenntnisse. Sie wussten häufig (oder nahmen an), dass der Papst damit geheilt worden sei, ebenso Dr. Konrad Adenauer. (...) Allen Patienten wurde in gleicher Weise gesagt, dass die Wirkung der Zellinjektionen oft erst im Verlauf von mehreren Wochen deutlich würde, weshalb Geduld am Platze sei."[31]

Die Studie adressierte somit im Vorfeld ausdrücklich die enorme Popularität der Frischzellentherapie und regte gezielt suggestive Faktoren bei *allen* an der Studie beteiligten Patientinnen und Patienten an, um diese sodann gezielt zu isolieren. „Ein großer Teil der Untersuchungen erfolgte im sogenannten ‚doppelten Blindversuch', wobei der Prüfer nicht wusste, ob der Patient Trockenzellen oder Placebo erhalten hatte".

Im Februar 1958 veröffentlichte Kanzow mit zwei Mitarbeitern die Ergebnisse der dritten Studie, die sich mit dem Einfluss von Zellinjektionen auf die Blutlipoide befasste.[32] Ausgangspunkt waren hier erneut die von Niehans und anderen Zelltherapeuten mitgeteilten „Erfolge" in der Behandlung von arteriosklerotischen Erkrankungen des Herzens, des

---

[29] Kanzow/Schulten (1957), S. 450.

[30] Hinsichtlich der Behandlung der Arthrosen räumten die Autoren selbstkritisch ein, dass die Zahl der behandelten Kranken zu klein gewesen sei, um ein sicheres Urteil abzugeben.

[31] Kanzow/Wallossek (1957), S. 1336.

[32] Ernst/Kanzow/Oettgen (1958).

Gehirns und der Extremitäten. Diese basierten auf der Vermutung, dass nach Injektion von Plazenta-Zellen ein Absinken der Blutfettwerte (insbesondere des Cholesterins) beobachtet werden könne, die in weiterer Folge arteriosklerotische Erkrankungen günstig beeinflussten. Dem widersprach die Forschergruppe um Kanzow nach Abschluss der einfachverblindeten, placebokontrollierten Studie sehr entschieden. Die Lipoid- und Proteinbestimmungen vor und nach der Behandlung ergaben ein klares Ergebnis. Zwischen der einen Gruppe (von knapp 60 Patienten), die ambulant mit Plazenta-Zellinjektionen behandelt wurden, und einer zweiten Gruppe (von 44 Patienten), denen ein Scheinpräparat verabreicht wurde, fanden sich keine Unterschiede. Damit ließ das Studienergebnis keinerlei Wirkung der Zellinjektionen auf die Blutfette erkennen. Weitere tierexperimentelle Untersuchungen an Kaninchen, die in drei Vergleichsgruppen unterteilt wurden, bestätigten den Befund: „Die wiederholten Injektionen von Plazenta-Zellen haben weder den Cholesterin- und Lipoidgehalt des Blutes noch die morphologischen Veränderungen an den Gefäßen beeinflusst".[33]

In der vierten Studie, die Kanzow in Zusammenarbeit mit dem Institut für Blutgruppenforschung in Köln-Bensberg durchführte, wurde den im Zusammenhang mit der Zellulartherapie auftretenden allergischen Reaktionen nachgegangen. Über allergische Zwischenfälle, die in Einzelfällen in Form eines anaphylaktischen Schocks zu Todesfällen geführt hatten, war in der zellulartherapeutischen Literatur sehr unterschiedlich berichtet worden. Während Niehans allergische Reaktionen nur äußerst selten beobachtet haben wollte, hatte der Internist Hans-Georg Ritschel, der als Chefarzt des Herforder Krankenhauses umfangreiche Erfahrungen mit der Zellulartherapie gesammelt hatte, nach der ersten Zellinjektion bei rund 15 Prozent aller Fälle allergische Erscheinungen festgestellt; nach Wiederholungsinjektionen sogar in 35 Prozent aller Fälle. Dies hatte Rietschel allerdings nicht gehindert, einer der vehementesten Befürworter der Zellulartherapie zu sein.[34]

In dieser Frage konnte die Kölner Forschergruppe keine eindeutige Klärung herbeiführen. In der Patientengruppe, die einmalig mit Zellinjektionen behandelt worden war, zeigten sich in zehn Prozent aller Fälle allergische Reaktionen. Bei elf Patienten, die wiederholt mit Zellinjektionen behandelt worden waren, traten in zwei Fällen die befürchteten anaphylaktischen Symptome auf („Kreislaufkollaps, Schweißausbruch, Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfall"). Damit lagen die Untersuchungsergebnisse in der Bandbreite der von den Zellulartherapeuten mitgeteilten Beobachtungen.[35] In einem zweiten Schritt wurde versucht, mittels serologischer Untersuchungen genaueres Wissen über die nach den Injektionen entstehende Antikörperbildung zu generieren. Obwohl die serologischen Untersuchungen nach einem genau definierten Prüfplan sowie nach den Grundsätzen der Doppelverblindung und der Placebo-Kontrolle durchgeführt wurden, ergaben die Untersuchungen auch hier kein klares Bild. Zwar ließ sich eindeutig feststellen, dass es nach der Injektion von Organzellen zur Bildung von Antikörpern kam; deren Häufigkeit war allerdings sehr unterschiedlich. Auch bildeten sich Antikörper nicht nur gegen das zur Injektion verwen-

[33] Ernst/Kanzow/Oettgen (1958), S. 278.

[34] Kanzow/Kindler (1958), S. 312; Rietschel (1957).

[35] Kanzow/Kindler (1958), S. 313. Ob die Patientinnen und Patienten nach Abschluss der Behandlung über das Ziel der Untersuchungen aufgeklärt worden sind, ist – wie auch bei den anderen Studien – nicht bekannt.

dete Organ, sondern auch gegen das Serum per se (also ohne Zellen) und gegen andere injizierte Organzellen der Spendertierart; sie waren somit nicht organspezifisch. In Teilen jedoch wurden Annahmen von Niehans und den Zellulartherapeuten durchaus bestätigt, wie etwa die These, dass fötale Organzellen gegenüber solchen von Jungtieren eine nur verminderte antigene Kraft hatten. Kanzow und Kindler stellten überdies fest, dass „trotz des häufigen Auftretens serologisch nachweisbarer Antikörper klinische Erscheinungen einer Allergie auch nach Wiederholungsinjektionen relativ selten beobachtet" wurden,[36] eine im Hinblick auf die zuvor geschilderten Zwischenfälle doch einigermaßen erstaunliche Beurteilung.

Mit der im März 1958 veröffentlichen fünften Mitteilung zur Untersuchung der Zellulartherapie schlossen Kanzow und Schulten ihren Untersuchungszyklus ab. Dafür wurden weitere Krankheitsgruppen aus dem großen Indikationskatalog ausgewählt, über deren Behandlung im zellulartherapeutischen Schrifttum große Erfolge berichtet wurden. Die einzelnen Studien der Kölner Forschergruppe zur Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen (Koronarsklerosen, periphere Durchblutungsstörungen), Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, Bronchitis), Nieren- und Harnerkrankungen sowie zu klimakterischen Störungen und Adipositas wurden erneut unter möglichst weitgehender Einhaltung der methodischen Standards der klinischen Forschung (Einfachverblindung, Doppelverblindung, Placebokontrolle) durchgeführt. Die Ergebnisse fielen allesamt zu Ungunsten der Zellulartherapie aus. Unter den kontrollierten Untersuchungsbedingungen erwiesen sich die Zellinjektionen nicht wirksamer als Gaben des Leerpräparats.[37] In der einfachverblindeten Studie über die Koronarsklerosen etwa hatten alle Patienten die Information erhalten, „Zellen des bekannten Schweizer Arztes" Niehans verabreicht zu bekommen. Nach mehr als zweimonatiger Beobachtung und mehreren Zwischenauswertungen zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten in der Placebogruppe häufiger über eine Besserung ihres subjektiven Befindens berichteten als diejenigen, die Zellinjektionen erhalten hatten (55 Prozent gegenüber 50 Prozent). Das, was Niehans und die Zellulartherapeuten unter dem Begriff „Revitalisierung" zusammenfassten, war offenbar unabhängig davon, ob organische Zellen oder ein Scheinpräparat injiziert wurden. Ein pharmakodynamischer Erfolg konnte den Zellinjektionen nicht zugesprochen werden.

2.1 Zusammenfassung der Studienergebnisse, Reaktion auf Kritik

In seiner Schlussbetrachtung fasste Kanzow nochmals die Ergebnisse aller fünf Veröffentlichungen zusammen und zog Bilanz. Ausgangspunkt der Untersuchungen war die anhaltende und breite Aufmerksamkeit, die Niehans und die Zellulartherapie in der deutschen Ärzteschaft erlangt hatte:

[36] Kanzow/Kindler (1958), S. 316.
[37] Kanzow (1958), S. 400-404.

> „Weiten Kreisen der Deutschen Ärzteschaft wurde seit 1954 die Niehanssche Zellulartherapie als das neue Wunder in der Medizin nahegebracht. Mit der ganzen unfassbaren Kraft embryonaler und jugendlicher Zellen sollten Krankheiten geheilt, Siechtum gelindert, der im Leben verbrauchte Körper aufgefrischt werden. (...) Die Indikationsliste umspannte bald das ganze Feld der inneren Medizin und der Endokrinologie, dehnte sich auf die Dermatologie und Gynäkologie und letztlich auch auf die Pädiatrie aus."[38]

Die unreflektierte, aus Einzelbeobachtungen gewonnene und in der Gestalt von Kasuistiken präsentierte, praktische Erfahrung der Zellulartherapeuten sei jedoch keiner Kontrollinstanz unterworfen worden: „Alle ihre Hoffnungen, all' ihr vermeintliches Wissen um die Wirkungen der Zellulartherapie gründeten auf therapeutische Beobachtungen, die ohne ausreichende wissenschaftliche Kontrolle gesammelt waren".[39] Dadurch waren Niehans und seine Anhänger versucht, ihren Erfahrungen den Status von Erfolgsbeweisen zu verleihen. Dem hätte die Kölner Forschergruppe jedoch Prüfverfahren entgegengesetzt, „von denen nach unserer heutigen Kenntnis erwartet werden kann, dass sie am wenigsten zu Fehlschlüssen führen".[40] Kanzow zeigte sich somit durchaus problembewusst gegenüber wissenschaftlichen Objektivitätsansprüchen und verabsolutierte auch die eigenen Studienergebnisse nicht. Gleichzeitig stellte er sich auf einen eindeutigen Standpunkt: Bei der Zellulartherapie handle es sich um eine unwissenschaftliche, unwirksame und auch nicht ungefährliche Behandlungsmethode, von deren Anwendung die deutsche Ärzteschaft fortan absehen sollte.

Auch Kanzows Vorgesetzter, Hans Schulten, hatte wenige Monate zuvor in seinem veröffentlichten Vortrag die Zellulartherapie als eine Behandlungsmethode bezeichnet, die wissenschaftlichen Standards der therapeutischen Forschung nicht standhalten konnte. Für die Formulierung der Untersuchungsergebnisse hatte Schulten aber bedächtige Worte gewählt. Sie lauteten:

> „Es konnte keinerlei Anhalt dafür gefunden werden, daß unter den beschriebenen Versuchsbedingungen bei den genannten Krankheiten die Zellulartherapie einen praktisch verwertbaren Einfluß besitzt."[41]

Mit diesem absichtlich vorsichtigen Schlussstatement wollte Schulten seine Zuhörerschaft, die im Wesentlichen aus praktischen Ärzten bestand, selbst zu einem kritischen Urteil über die Zellulartherapie hinführen.[42]

---

[38] Kanzow (1958), S. 403.
[39] Kanzow (1958), S. 404.
[40] Kanzow (1958), S. 404.
[41] Schulten (1957), S. 385.
[42] Aus der im Anschluss an den veröffentlichten Vortrag ausschnittsweise wiedergegebenen Diskussion lässt sich eine verhaltene – in Teilen wohl auch skeptische – Reaktion der Zuhörerschaft ableiten. Der anwesende Herforder Zellulartherapeut Hans-Georg Rietschel, der sich zum Wortführer der skeptisch gebliebenen Ärzte aufschwang, insistierte darauf, dass sich anhand von „gut untersuchten Einzelbeispielen" sehr wohl „sichere Wirkungen" von Zellinjektionen beobachten lassen. Damit vermochte Rietschel allerdings kaum zu überzeugen, und Schulten sah keinen Grund, von den Schlussfolgerungen seines Vortrags abzugehen.

1960 präsentierte Kanzow eine Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse auf dem Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin. Als hervorstechendstes Ergebnis der zweijährigen Untersuchungen stellte Kanzow nicht nur die Absenz eines spezifischen, pharmakodynamischen Effekts der Zellinjektionen heraus; als gleichermaßen bedeutend erschien ihm die Erkenntnis, wie stark (auto-)suggestive Kräfte, selbst bei Erkrankungen wie dem chronischen Gelenkrheumatismus, wirken konnten. Denn wie die Untersuchungen gezeigt hätten, waren in der Placebogruppe mehrfach sogar bessere Ergebnisse erzielt worden als in der Gruppe mit den Zellinjektionen. Vor diesem Hintergrund konzedierte Kanzow, dass von der Zellulartherapie eine bemerkenswerte suggestive Kraft ausgehen konnte, die sowohl Ärzte als auch Patienten in den Bann gezogen hatte. Patienten, denen vor Beginn der Untersuchungen gesagt worden war, mit jenen Zellinjektionen behandelt zu werden, die auch Papst Pius XII. und – angeblich – Bundeskanzler Konrad Adenauer verabreicht worden waren, zeigten deutliche Besserungserfolge. Die solcherart angeregte Vorstellungskraft und Hoffnung auf Heilung konnte somit einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausüben. In eine ähnliche Richtung hatte noch vor Beginn der Kölner Studien auch der Hamburger Internist Artur Jores argumentiert, als er die Wirkung der Frischzellen im Kontext von „Magie und Zauber in der modernen Medizin" diskutierte.[43] Hans Schulten hingegen zeigte sich hinsichtlich des von Kanzow und Jores angesprochenen Placeboeffekts vorsichtiger. Zwar seien die in den klinischen Studien beobachteten Besserungen (und eben auch teilweise Verschlechterungen) in beiden Patientengruppen (Zellengruppe und Placebogruppe) zu beobachten gewesen. Allerdings stellte Schulten dazu fest:

> „Was ich vor allem bei den Besserungen nicht zu entscheiden wage, ist, inwieweit es sich um suggestive Einflüsse oder um den normalen unbeeinflussten Verlauf der Krankheit handelt. Dieser ist offenbar viel wechselvoller als wir dachten. Nur eines ist sicher: mit einem materiellen Einfluss der Zellinjektionen haben sie nichts zu tun."[44]

In seinem Berliner Vortrag nahm Kanzow auch Stellung zu der Kritik, die an den Kölner Studien vor allem aus dem Lager der Zellulartherapeuten geäußert wurde. Kritisiert wurde etwa, dass die meisten Patienten ambulant und nicht stationär behandelt wurden. Dass daraus Ungenauigkeiten resultierten, wurde von Kanzow nicht bestritten. Er wies aber darauf hin, dass aufgrund des, von den Zellulartherapeuten selbst behaupteten, langsamen Wirkungseintritts und der dadurch bedingten mehrmonatigen Studiendauer die stationäre Aufnahme der Patienten gar nicht möglich gewesen wäre.[45] Ein zweiter Kritikpunkt, der von dem Herforder Internisten und Zellulartherapeuten Hans-Georg Rietschel geäußert wurde, betraf die Wahl des Placebos: Kanzow und Schulten hatten als Scheinpräparat eine Koch-

[43] Jores (1955).

[44] Schulten (1957), S. 382.

[45] Kanzow (1960), S. 526: „Es wird wohl nur wenige Anhänger der Zellulartherapie geben, die ihre Erfahrungen während einer wochen- bis monatelangen Krankenhausbeobachtung sammelten". Schulten stellte sich auf den Standpunkt, dass die ambulante Untersuchung der Patienten an der Poliklinik sogar ein Vorteil war, da damit lange Beobachtungszeiten möglich waren und „nicht die unübersichtlichen Einflüsse des Übergangs vom häuslichen ins Krankenhausmilieu berücksichtigt werden mussten". Vgl. Schulten (1957), S. 381.

salzlösung genommen, die – um die trübe Flüssigkeit der Zellsuspensionen zu simulieren – mit etwas Campolon angereichert war. Bei Campolon handelte sich um ein Injektionspräparat mit Leberextrakt, das in den 1930er Jahren der Tübinger Hämatologe Max Gänsslen entwickelt und in Zusammenarbeit mit dem Leverkusener Pharma-Unternehmen Bayer auf den Markt gebracht hatte. Das Präparat wurde zur Behandlung von Bluterkrankungen (wie der perniziösen Anämie) eingesetzt.[46] Rietschel warf der Kölner Forschergruppe vor, für das Placebo kein vollständig unwirksames Scheinpräparat, sondern Leberextrakte verwendet zu haben. Dies konnte seiner Ansicht nach erklären, warum in den Kölner Studien wiederholt bei beiden Behandlungsgruppen ganz ähnliche Ergebnisse erzielt worden waren. Das Campolon-Scheinpräparat sei kein „echtes" Scheinpräparat, sondern eine in der Wirkung mit Leber-Trockenzellen vergleichbare Substanz gewesen.[47]

Sowohl Schulten als auch Kanzow wiesen diesen Vorwurf entschieden zurück. Campolon sei deshalb verwendet worden, um einerseits der Kochsalzlösung eine charakteristische Färbung zu geben und um andererseits bei der Injektion „eine gewisse Schmerzhaftigkeit" hervorzurufen, „so wie sie durch die Zellpräparate meist verursacht wird". Aufgrund der extrem geringen Beimischung von Leberextrakt könne jedoch keineswegs von einem „Leberzellpräparat" gesprochen werden. Kanzow verteidigte erkennbar gereizt den Einsatz des gewählten Placebos:

> „Man mag nun diese von uns als Placebo deklarierte Lösung für ein gutes oder schlechtes Scheinpräparat halten, sicher ist doch, daß bisher niemand auf den Gedanken gekommen war, der Injektion von physiologischer Kochsalzlösung mit oder ohne einen geringen Campolonzusatz alle die Wirkungen nachzurühmen, die mit den angeblich so differenten, bisher unbekannte Heilkräfte entfaltenden Zellsuspensionen zu erzielen waren."[48]

3. Resumee und Ausblick

Aus Sicht der Universitätsmedizin schien mit dem Abschluss der Kölner klinischen Studien ein klares Wort gesprochen zu sein. Zwar war auf die von den Zellulartherapeuten in den Mittelpunkt gerückte Frage, *wie* die injizierten Zellen wirken, gar nicht eingegangen worden. Hierzu kamen tierexperimentelle Studien, so wie sie etwa der Wiener Veterinärmediziner Alfred Kment durchführte, zu unterschiedlichen Ergebnissen. Aber vom Standpunkt der wissenschaftlichen Therapieforschung und mit Blick auf die klinisch-praktische Medizin hatten Kanzow und Schulten zu Recht auf die Klärung der Frage gedrungen, *ob* die Zellen überhaupt einen therapeutischen Nutzen hatten. Ende des Jahres 1957 wurde eine im Ton deutlich verschärfte Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer veröffentlicht.

---

46 Gänsslen (1930), S. 2099.
47 Schulten (1957), S. 385 (Diskussionsbemerkung Rietschel).
48 Kanzow (1960), S. 526.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der Zellulartherapie wurde festgestellt,

> „daß ein über die Suggestivwirkung hinausgehender Effekt bei der großen Mehrzahl der bisherigen Indikationen sicher nicht besteht. Darüber hinaus ist auch die Trockenzellentherapie keineswegs ungefährlich. Schädigungen und selbst Todesfälle sind mitgeteilt worden. Die Anwendung solcher Methoden, d. h. der ein- oder mehrmaligen Injektion eiweißhaltiger Gemische, wirkt dem Bestreben der deutschen Ärzteschaft, die zunehmende Sensibilisierung bzw. Allergisierung der Bevölkerung einzuschränken, direkt entgegen. Vor einer Einführung der Methode muss daher dringend gewarnt werden."[49]

Die Übersetzung der wissenschaftlichen Kritik in die praktische Anwendung ließ sich allerdings nicht so leicht gewährleisten. Ärzte, die mit zellulartherapeutischen Methoden arbeiteten, pochten nach wie vor darauf, dass es sich hierbei um ein Verfahren handelte, dass nicht nur seit Jahrzehnten erfolgreich zur Anwendung gekommen, sondern in den vergangenen Jahren auch Gegenstand von wissenschaftlichen Tagungen geworden sei. Dieses Argument wurde geschickt mit standes- und professionspolitischen Diskussionen über die stets befürchtete Einschränkung ärztlicher Handlungsfreiheiten und eine Verlagerung der Entscheidungssouveränität in Richtung Krankenkassen verknüpft.

Um dies abschließend an einem Beispiel zu illustrieren: In den frühen 1950er Jahren konnten gesetzliche Krankenkassen die Übernahme von Kosten für zellulartherapeutische Präparate mit dem Argument zurückweisen, dass es sich um ein „kassenunübliches" (und somit „kassenunzulässiges") Behandlungsverfahren handelte. Innerhalb der Argumentation der Krankenkassen spielten die sogenannten „schwarzen Listen" eine wichtige Rolle. Vor allem die Kölner Liste, eine 1957 von der Kölner Verwaltungsstelle herausgegebene Auflistung von Arzneimitteln, die aufgrund von unbewiesenem therapeutischen Nutzen von den Krankenkassen nicht übernommen wurden, sorgte für Konflikte zwischen Ministerien, Ärzteverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen.[50] Schließlich musste diese Liste, auf der auch die umstrittenen Zellpräparate verzeichnet waren, zurückgezogen werden.

1955 hatte das Gesetz über das Kassenarztrecht der niedergelassenen Ärzteschaft einen maßgeblichen Einfluss in der Gestaltung der medizinischen Versorgung zugestanden.[51] Die starke Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankenkassen zeigte sich wiederholt auch in der Frage der Zellulartherapie: 1960 etwa berichtete der Stuttgarter Internist und Zellulartherapeut Berthold Kern von der Ablehnung des Regressantrages eines Krankenverbandes durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Zwei Kassenärzte, die zellulartherapeutische Präparate im Umfang von „mehreren Tausenden D-Mark" auf Kassenkosten verordnet hatten, waren mit Regressforderungen von Seiten der Krankenkassen konfrontiert worden. Inhaltlich bezogen sich die Regressforderungen auf die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, wonach die Zellulartherapie als noch ungenügend erforscht beziehungsweise nutzlos und somit für die Kassenpraxis abzulehnen sei. Zudem wurde auf die „Bestimmungen über wirtschaftliche

---

[49] Ärztliche Mitteilungen (11. Dezember 1957, S. 1062).

[50] Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: Die Geschichte der KV Nordrhein. Düsseldorf 2012, S. 18-20. http://www.kvno.de/downloads/allgem_veroeffentlichungen/50_jahre_kvno.pdf (20.11.2012).

[51] Gerst (1997), S. 226.

Arzneiverordnungsweise“ verwiesen, die es erlaubten, ein noch nicht ausreichend geprüftes Präparat als „kassenunzulässig“ zu bezeichnen und damit die Regresspflicht zu verweigern.[52]

Die Kassenärztliche Vereinigung lehnte jedoch den Regressantrag, mit Hinweis auf die Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1929 und das neue Kassenarztrecht von 1955, ab. Die Kosten für die zellulartherapeutischen Präparate waren also von den Krankenkassen zu tragen. Als Begründung der Ablehnung wurde zum einen die Behandlungssouveränität des Kassenarztes herausgestrichen, der allein darüber zu entscheiden habe, was für den Patienten notwendig oder überflüssig sei. Zum anderen stellte sich die Kassenärztliche Vereinigung auf den Standpunkt, dass die Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats keinerlei Rechtswirksamkeit für Therapie und Regresswesen und letztendlich den Charakter von „unverbindlichen Privatmeinungen“ hätten. Wenn sich – wie im vorliegenden Fall – der Arzt vom Wert und der Notwendigkeit der Zellulartherapie überzeugt habe, so konnte er sie seinen Kassenpatienten auf Kassenkosten gewähren.[53]

Während der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer auf Basis der Kölner klinischen Studien unmissverständlich gegen die Zellulartherapie Stellung bezogen hatte, wehrten gleichzeitig Spitzenfunktionäre der Bundesärztekammer und anderer ärztlicher Interessensvertretungen bzw. Standesorganisationen jegliche Maßnahmen, die zu einer Ächtung – und in weiterer Folge zu einem Verbot – führen konnten, ab. Dahinter stand, wie 1960 die ärztlichen Protestkampagnen gegen den Entwurf des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes zeigten,[54] auch ein konkretes machtpolitisches Interesse, nämlich keinerlei Einschränkung der „ärztlichen Freiheit“ hinzunehmen sowie jegliche Ausweitung der Kontrollbefugnisse von Seiten der Krankenkassen zu verhindern. Die Geschichte der Zellulartherapie ist somit nicht nur ein gutes Beispiel für die Art und Weise, wie in der frühen Bundesrepublik Deutschland die Aushandlungsprozesse zwischen „wissenschaftlicher“ und „nichtwissenschaftlicher“ Medizin geführt wurden, sondern auch dafür, wie schwierig und langwierig der Prozess der Arzneimittelregulierung angesichts einer Vielzahl von divergierenden Akteuren, Interessen und Handlungsebenen verlief.[55]

Auch die öffentliche Kritik an Niehans und der Zellulartherapie blieb schwierig. Der Schweizer Arzt hatte in der Politik und in der katholischen Kirche namhafte Fürsprecher und genoss hohe Anerkennung. Bundespräsident Theodor Heuß, der sich schon 1952 für die Ernennung von Niehans zum Ehrensenator der Universität Tübingen eingesetzt hatte, verlieh ihm schließlich 1957 das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Als Begründung wurden – wie schon 1952 – das Engagement von Niehans für die Freilassung der deutschen Kriegsgefangenen in Frankreich sowie sein Eintreten für die „Rehabilitierung Deutschlands“ angeführt.[56] Ein Jahr später – im Sommer 1958 – berichtete der Rom-Korrespondent der „Bonner Rundschau“ anlässlich eines erneuten Besuches von Niehans beim Papst davon, dass sich die Zellulartherapie „durch-

[52] Kern (1960), S. 795.
[53] Kern (1960), S. 797.
[54] Gerst (1997), S. 228f.
[55] Daemmerich (2004).
[56] Hofer (2009), S. 244.

gesetzt" habe.[57] Daraufhin gab auch Paul Martini seine bisherige, dem engen Kontakt zu Theodor Heuß und Bundeskanzler Konrad Adenauer geschuldete Zurückhaltung auf und bezog in derselben Zeitung klar Stellung. Martini schrieb:

> „Die wissenschaftlich denkenden und kritischen deutschen Ärzte sind genauso wie ihre italienischen (aber auch, und erst recht ihre schweizerischen) Kollegen der Überzeugung, daß die Wirkungen der Niehansschen Zelltherapie auf Suggestion beruhen."[58]

4. Schluss

In den 1960er Jahren nahm das Interesse an der Zellulartherapie deutlich ab, verschwand aber nie ganz von der medizinischen und medialen Oberfläche. Kanzows 1960 geäußertes Diktum, wonach die Zellulartherapie viel von ihrem Nimbus eingebüßt habe „und schon wieder in Vergessenheit zu geraten"[59] scheint, sollte sich nicht bewahrheiten. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hatte sich auch weiterhin mit der Zellulartherapie zu befassen und veröffentlichte 1976 erneut eine Stellungnahme, die neben den Gesundheitsrisiken vor allem den fehlenden Wirksamkeitsnachweis betonte. Mit Inkrafttreten des neuen Arzneimittelgesetzes galten fortan Zellularpräparate als „Alt-Arzneien", die nur noch befristet zugelassen waren. 1987 erließ das (West-)Berliner Bundesgesundheitsamt ein (zunächst auf ein Jahr befristetes) Verbot zellulartherapeutischer Präparate, um „die medizinisch nicht mehr vertretbar erscheinenden Risiken dieser Arzneimittel" zu bewerten. Betroffen waren davon insgesamt 235 Arzneimittel von vier deutschen pharmazeutischen Unternehmen. Bereits ein Jahr zuvor hatte die schweizerische Internationale Kontrollstelle für Heilmittel alle angemeldeten Zellularpräparate „wegen nicht nachgewiesenen Nutzens abregistriert"; damit war die „Agonie der Zelltherapie" („Die Zeit") eingeleitet.[60] Eine erstaunliche Erfolgsgeschichte hingegen, die scheinbar gegenläufig zum Abstieg der Zellulartherapie in der Medizin verlief, war der Aufstieg der „Frischzellen" in der Sprachkultur. Als Metapher für die Erneuerung von Althergebrachtem und Namensgeber von Fitnessstudios, Kommunikationsagenturen und Musikfestivals sind Frischzellen auf eine bemerkenswerte Art und Weise präsent – auch wenn die ursprüngliche Bedeutung heute zumeist vergessen und nicht selten auf bizarre Art und Weise entfremdet ist.

---

[57] Lampe (1958).

[58] Martini (1958).

[59] Kanzow (1960), 524.

[60] Schuh (1987). Ein 1997 im Zusammenhang mit dem BSE-Skandal erlassenes Verbot der Frischzellentherapie wurde hingegen 2000 vom Bundesverfassungsgericht wieder aufgehoben. Das Gericht gab den Klägern – vier Ärzten, die in Privatsanatorien mit dem Behandlungsverfahren arbeiteten – Recht, dass es sich bei aus ungeborenen Lämmern gewonnenen Substanzen um keine „Arzneimittel" handelte. Zur Frage der Wirksamkeit und des therapeutischen Nutzens hingegen äußerte sich das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich nicht.

Literatur

1. Bachmann/Heerklotz (1997): Klaus-Dittmar Bachmann, Brigitte Heerklotz, Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekamm. Funktion und Arbeit sowie Bilanz (1951 bis 1996), Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), S. A 582-588.
2. Beecher (1955): Henry K. Beecher, The Powerful Placebo, JAMA 159 (1955), S. 1602-1606.
3. Buddrus/Fritzlar (2007): Michael Buddrus, Sigrid Fritzlar, Die Professoren der Universität Rostock im „Dritten Reich", München 2006.
4. Daemmrich (2005): Arthur Daemmrich, Pharmacopolitics. Drug Relation in the United States and Germany, Chapel Hill/London 2004.
5. Deichmann/Müller-Hill (1998): Ute Deichmann, Benno Müller-Hill, The Fraud of Abderhalden's Enzymes, Nature 393 (1998), S. 109-111.
6. Ernst/Kanzow/Oettgen (1958): Wolfgang Ernst, Ulrich Kanzow, Herbert Friedrich Oettgen, Untersuchungen zur Zellulartherapie. III. Mitteilung: Über den Einfluß von Plazenta-Zellinjektionen auf die Blutlipoide, Die Medizinische (1958), 7, S. 277-281.
7. Fischer (1957): Kurt Joachim Fischer, Niehans. Arzt des Papstes, München 1957.
8. Forsbach (2006): Ralf Forsbach, Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich", München 2006.
9. Gänsslen (1930): Max Gänsslen, Ein hochwirksamer, injizierbarer Leberextrakt, Klinische Wochenschrift 9 (1930), S. 2099-2102.
10. Gerst (1997): Thomas Gerst, Neuaufbau und Konsolidierung: Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1995, in: Robert Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997, S. 195-242.
11. Hoepke (1962): Hermann Hoepke, Zum 80. Geburtstag von Professor Dr. Paul Niehans, Bern 1962.
12. Hofer (2009): Hans-Georg Hofer, 1957: Frischzellen-Fama. Paul Niehans und die westdeutsche Aufbaugesellschaft der 1950er Jahre, in: Nicholas Eschenbruch et. al. (Hrsg.), Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan, Bielefeld 2009, S. 229-253.
13. Internationale Forschungsgesellschaft (1962): Internationale Forschungsgesellschaft für Zellulartherapie (Hrsg.), Literaturverzeichnis der Zellulartherapie, Bern 1962.
14. Jores (1955): Arthur Jores, Magie und Zauber in der modernen Medizin, Deutsche Medizinische Wochenschrift 80 (1955), S. 915-920.
15. Kanzow (1958): Ulrich Kanzow, Untersuchungen zur Zellulartherapie, V. Mitteilung: Weitere klinische Ergebnisse, Die Medizinische (1958), 10, S. 400-404.
16. Kanzow (1960): Ulrich Kanzow, Kritisches zur Zellulartherapie, Deutsches Medizinisches Journal 11 (1960), S. 524-528.
17. Kanzow/Kindler (1958): Ulrich Kanzow, Manfred Kindler, Untersuchungen zur Zellulartherapie, IV. Mitteilung: Die Antikörperbildung nach Zellinjektionen, Die Medizinische (1958), 8, S. 312-316.

18. Kanzow/Schulten (1957): Ulrich Kanzow, Hans Schulten, Untersuchungen zur Zellulartherapie, I. Mitteilung: Über den Wert der Abderhaldschen Abwehrfermente-Reaktion für die Praxis, Die Medizinische (1957), 13, S. 447-450.
19. Kanzow/Wallossek (1957): Ulrich Kanzow, Rudolf Wallossek, Untersuchungen zur Zellulartherapie, II. Mitteilung: Die Behandlungsergebnisse bei primärchronischem Gelenksrheumatismus und Arthrosen, Die Medizinische (1957), 13, S. 1335-1338.
20. Kern (1960): Berthold Kern, Zelltherapie für die Kassenpraxis. Eine Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung, Ärztliche Praxis XII/14 (2. April 1960), S. 795-797.
21. Klee (1992): Ernst Klee, Persilscheine und falsche Pässe. Wie die Kirchen den Nazis halfen, 3. Aufl. Frankfurt am Main 1992.
22. Lampe (1958): Friedrich Lampe, Ich bin kein Wunderdoktor. Die Zellulartherapie des Prof. Niehans hat sich durchgesetzt, Bonner Rundschau 188 (16. August 1958).
23. Lettré, Hans (1954): Zum Problem der Zellulartherapie nach Niehans, Arzneimittel-Forschung 4 (1954), S. 484f.
24. Martini (1953): Paul Martini, Methodenlehre der therapeutisch-klinischen Forschung, 3. Aufl. Berlin 1953.
25. Martini (1957): Paul Martini, Die unwissentliche Versuchsanordnung und der sogenannte doppelte Blindversuch, Deutsche Medizinische Wochenschrift 82 (1957), S. 597-602.
26. Martini (1958): Paul Martini, Nochmals: Ich bin kein Wunderdoktor. Prof. Dr. Martini (Bonn) nimmt Stellung zur Zellulartherapie, Bonner Rundschau Nr. 198 (28. August 1958).
27. Mildenberger (2011): Florian Mildenberger, Medikale Subkulturen in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Gegner (1950-1990), Stuttgart 2011 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beihefte, 41).
28. Mommsen (1981): Helmut Mommsen, Dr. med. Karl Sprado (1911-1980) zum Gedächtnis, Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren 22 (1981), S. 4.
29. Neumann (2005): Alexander Neumann, „Arzttum ist immer Kämpfertum“. Die Heeressanitätsinspektion und das Amt „Chef des Wehrmachtssanitätswesens“ im Zweiten Weltkrieg, Düsseldorf 2005 (= Schriften des Bundesarchivs, 64).
30. Parade (1952): Gustav-Wilhelm Parade, Somatopsychische Wirkungen der Epithelkörperchenüberpflanzung, in: Beiträge zur Zellulartherapie. Festschrift zum 70. Geburtstag von Paul Niehans, München/Berlin 1952, S. 35-43.
31. Rietschel (1957): Hans-Georg Rietschel, Problematik und Klinik der Zellulartherapie, München/Berlin 1957.
32. Schäfer/Scholl (2008): Daniel Schäfer, Petra Scholl, Die Dekane der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, in: 100 Jahre Klinik „auf der Lindenburg“. Festschrift des Universitätsklinikums Köln, Köln 2008, S. 162-183.
33. Schuh (1987): Hans Schuh, Die Agonie der Zelltherapie, Die Zeit Nr. 35 (21. August 1987); http://www.zeit.de/1987/35/die-agonie-der-zelltherapie/seite-3 (12.12.2012)

34. Schulten (1957): Hans Schulten, Wissenschaft als Gewissen des Arztes. Dargestellt am Beispiel der Zellulartherapie, Monatskurse für die ärztliche Fortbildung 9 (1957), S. 381-385.
35. Valier/Timmermann (2008): Helen Valier, Carsten Timmermann, Clinical trials and the reorganization of medical research in post-Second World War Britain, Medical History 52 (2008), S. 493-510.
36. Wolff (2002): Eberhard Wolff, Vor 50 Jahren: Paul Niehans bringt den Begriff „Zellulartherapie" in die Öffentlichkeit, Schweizerische Ärztezeitung 83 (2002), S. 1726f. http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2002/2002-33/2002-33-711 (12.12.2012).
37. Zimmermann/Zimmermann (2003): Susanne Zimmermann, Thomas Zimmermann, Die Medizinische Fakultät der Universität Jena im „Dritten Reich" – ein Überblick, in: Uwe Hoßfeld et. al. (Hrsg.), „Kämpferische Wissenschaft". Studien zur Universität Jena im Nationalsozialismus, Köln 2003, S. 401-436.

Nachlässe, Netzwerke und Neurowissenschaftler – Zur Sondersammlung John Eccles in der Institutsbibliothek für Geschichte der Medizin

Sophia Sotke, Ulrich Koppitz und Fabio De Sio

Der australische Neurophysiologe und Nobelpreisträger Sir John C. Eccles (1903-1997) schloss seinen vielzitierten autobiographischen Aufsatz von 1977 mit den Sätzen:

> „(...) The last journey of my odyssey is now ended, again across the ocean to Europe (...) I have here all my books and journals – many thousands of volumes and a large collection of reprints, so that I can continue my academic life, concentrating on the field that lured me into neurophysiology over 50 years ago – the mind-brain problem."[1]

Zuvor hatte Eccles anschaulich geschildert, dass er mit seiner Laborausrüstung gleichsam wie mit einem Schneckenhaus durch die Welt gezogen war, von Neuseeland nach Australien bis in die USA. Dies gilt in zeitlich noch größerem Umfang für seine Korrespondenzen und seine Privatbibliothek, die zuvor bereits mit ihm von Oxford nach Sydney gereist waren und nach Ende der Laborforschungen den Umzug ins Tessin begleiteten, wo er noch mannigfaltige Briefe zu Tausenden verfasst hat. Diesen Nachlass hat er testamentarisch der Wissenschaft zur Verfügung gestellt. Bis es schließlich dazu kommen konnte, waren allerdings mehrere (strukturelle) Probleme zu lösen, die aber nicht davon abhalten sollten, eine derartige Chance für ein Medizinhistorisches Institut – soweit möglich – zu nutzen.[2]

Der Werkstattbericht zum Jahrestreffen des Rheinischen Kreises im Jahr 2011 kann, mittlerweile durch vermehrte Projekterfahrungen gereift, hier erneut vorgestellt werden:[3] Zunächst wird die Bedeutung der Sondersammlung John Eccles im Überblick – buchstäblich einladend – dargestellt, um anschließend Nutzen und Nachteil eines Nachlasses zu diskutieren. Es folgen erste, vor allem bibliometrische, Ergebnisse, um anschließend das Online-Portal „Kalliope" vorzustellen. Hieraus folgende Möglichkeiten der Netzwerkanalyse

---

[1] Eccles (1977), S 18. Eccles veröffentlichte zwei weitere komplementäre, autobiographische Aufsätze: Eccles (1975), Eccles (1983); weitere Hinweise finden sich in Vorworten von Buchpublikationen wie Eccles (1994). Die ausführlichste Biographie in wissenschaftlicher Perspektive stellen Curtis/Andersen (2001) dar, zu ergänzen durch Eccles/Biersack (2000) sowie familiengeschichtlich durch Mennis (2003).

[2] Besonderer Dank geht an die Witwe Lady Helena sowie den Spiritus rector der Transaktion nach Düsseldorf, Hans-Joachim Freund, den wissenschaftlichen Beirat und den Projektleiter Alfons Labisch. Freilich war die Aktion bereits mit allerlei Arbeiten verbunden, der Dank der Autoren geht an das Team der Praktikanten/innen und Hilfskräfte Asli Cevahir, Paula Elsholz, Carsten Isberner, Julia Kouzmenko, Karl-Heinz Kuhlmann, Isabell Pieper-Scholz, Annika Schürmann, Daniel Vienken und Ilona Vix.

[3] Dank der großzügigen Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft konnte im September 2011 ein internationales Auftaktsymposion in der Akademie der Wissenschaften und der Künste Nordrhein-Westfalen durchgeführt werden, vgl. Freund/Koppitz/Labisch (2011), und 2012 ein einjähriges Erschließungsprojekt im Rahmen des im deutschsprachigen Raum speziell für Nachlässe entwickelten Online-Portals „Kalliope".

werden zum Abschluss mit internationalen Forschungsperspektiven zur Entstehung der Neurowissenschaften verknüpft.

1. Einladung – zur Bedeutung des Nachlasses von John Carew Eccles

Der Nachlass von John C. Eccles ist nicht nur das Zeugnis einer außergewöhnlichen akademischen Karriere, sondern kann auch als Wegweiser in die Wissenschaftsgeschichte dienen. Seit seiner Promotion in Oxford (1929) gelang es Eccles über ein halbes Jahrhundert lang, eine zentrale Rolle in der Neurophysiologie zu spielen. Seine Laboratorien in Neuseeland und Australien wurden trotz ihrer geographischen Randlage zu internationalen Zentren der Produktion und Verbreitung wissenschaftlicher Innovationen.[4] Der Einfluss von Eccles auf die dortige „Scientific Community" war deshalb erwartungsgemäß groß, noch bemerkenswerter ist aber, welche Spuren der australische Wissenschaftler auf globaler Ebene hinterließ – in Zeiten, in denen interkontinentale Kommunikation und Reisen ein kompliziertes Unterfangen waren. Seine Laboratorien waren Anziehungspunkte für eine Vielzahl von (Post-)Doktoranden von vier verschiedenen Kontinenten, und die Lehrjahre bei Eccles wiesen einem Großteil von ihnen den Weg zu erfolgreichen akademischen Karrieren in ihren Heimatländern, gelegentlich bis hin zu Würden in Stockholm.[5]

Tabelle 1: Tabellarischer Lebenslauf von John Carew Eccles; nach Freund (2011), S. 18, und Curtis et al. (2001)

1903	Geboren in Melbourne, Australien
1925	Bachelor of Medicine (MB) und Chirurgie/Surgery (BS), Univ. Melbourne
1926/1929	Rhodes Grant, MA und PhD an der University of Oxford, Großbritannien
1927-1934	Junior Research Fellow, Staines Medical Fellow at Exeter College, Oxford
1934-1937	Tutorial Fellow at Magdalen College, University of Oxford
1937-1943	Direktor Kanematsu Memorial Inst. of Pathology, Sydney Hospital, Australien
1944-1951	Professor of Physiology, University of Otago, Dunedin, Neuseeland
1952-1966	Professor of Physiology, Australian National University, Canberra
1954	Foundation Fellow of the Australian Academy of Science, Präsident 1957-61
1958	Knight Bachelor (Sir)
1963	Nobelpreis für Physiologie und Medizin mit Hotchkin und Huxley
1966-1968	Forschungsgruppenleiter am Institute for Biomedical Research in Chicago, USA
1968	Divorce (Irene geb. Miller, seit 1928), 2nd Marriage (Dr. Helena Táboříková)
1968-1975	Distinguished Prof. Physiology und Biophysics, State Univ Buffalo, USA
1975-1997	Experte und Sachbuchautor im Tessin, Schweiz

[4] Foley/Storey (2009).
[5] Stuart/Zigmond (2006).

Allein im geographischen Sinne kann das Beispiel Eccles also als Korrektiv zu einer angloamerikanisch-zentrierten Perspektive wirken und eine globale Sichtweise auf die Geschichte der Neurowissenschaften eröffnen. Abgesehen von der geographischen Mobilität zwischen Instituten in England, Australien, Neuseeland oder den USA bis hin zu Affiliationen in der Schweiz und Europa widmete sich Eccles der Erforschung zahlreicher verschiedener Probleme und Areale des Nervensystems: Seine „contributions to neuroscience ranged from peripheral cellular mechanisms to the cognitive neuroscience of the forebrain and in experimental models from in vitro tissue to the behaving human".[6] Man kann Eccles also ohne Umschweife einen beachtlichen Einfluss auf die Neurowissenschaften im 20. Jahrhundert attestieren. Sein hohes Ansehen innerhalb der wissenschaftlichen Welt wird durch die vertraulichen Korrespondenzen bestätigt, die Eccles seit Mitte der 1930er Jahre mit Koryphäen der Neurophysiologie führte (z.B. mit Henry Dale, John Fulton und Ralph Gerard). In der Korrespondenz liegt einer der Schwerpunkte des Eccles-Archivs, denn anhand ihrer kann die Entwicklung und Diversifizierung eines Forschungssystems nachvollzogen werden. Die Korrespondenz dokumentiert die Prozesse von jahrzehntelanger wissenschaftlicher Forschung, die Verfeinerung von Methoden, die Entstehung technischer Innovationen und die kritische Auseinandersetzung mit Ideen von Eccles und anderen Forscherpersönlichkeiten des 20. Jahrhunderts.

1951 gelang es Eccles und seinen Mitarbeitern in Dunedin, Potentialmessungen in motorischen Neuronen der Wirbelsäule bei Katzen in vivo durchzuführen.[7] Es war das erste Mal, dass diese Methode am zentralen Nervensystem angewendet wurde, und dies kann als Meilenstein neurophysiologischer Forschung bezeichnet werden.[8] Die Korrespondenz aus der Zeit in Dunedin zeigt, wie hoch Eccles' Ansehen zu dieser Zeit war: so wurde er oft um seine Meinung zu Forschungsarbeiten anderer gebeten oder in der Hoffnung angeschrieben, dass er vor der Veröffentlichung Einblick in seine eigenen Forschungen gewähre.

Vor allem ist der Name John Carew Eccles untrennbar mit der Erforschung der Signalübermittlung im Nervensystem und insbesondere der Weiterleitung von Aktionspotenzialen über den synaptischen Spalt verbunden. Lange war Eccles ein Befürworter der elektrischen Hypothese, bis er in den 1940er und 1950er Jahren nach einer langwierigen, arbeitsreichen und akribischen Überprüfung seiner eigenen Arbeiten schließlich seine eigene Theorie widerlegte und damit die chemische Übertragung durch Neurotransmitter im zentralen Nervensystem nachwies.[9]

Unter dem Titel „War of the Soups and Sparks" ist ein wissenschaftlicher Disput zu Übertragungsmechanismen des Nervensystems als Beispiel für akademische Kampfeslust und jahrzehntelange Forscherfehden bekannt geworden.[10] Auch hier bietet die Korrespondenz aus dem Eccles-Nachlass viele Möglichkeiten. Nicht nur gewährt sie Einblicke in die

---

[6] Stuart/Pierce (2006). Einen guten Einblick in Eccles' Wirken und die Vielseitigkeit seiner Interessen geben auch die weiteren Artikel des durch Douglas Stuart herausgegebenen Themenheftes von „Progress in Neurobiology 78", vgl. z.B. Ito (2006) und Wiesendanger (2006).

[7] Brock/Coombs/Eccles (1952) ; Brock/Coombs/Eccles (1953).

[8] Ausführlich: Stuart/Brownstone (2011).

[9] Todman (2008).

[10] Zur Bezeichnung: Valenstein (2005); vgl. Eccles (1976); Bacq (1975); McComas (2011).

Konflikte und die allmähliche Transformation von Eccles' elektrischer Hypothese aus erster Hand, sondern liefert auch neue Einblicke in die wissenschaftliche Streitkultur, was zu einer Entmystifizierung des Disputs beitragen könnte. Denn trotz der gegensätzlichen Auffassungen der beiden (elektrophysiologischen und pharmakologischen) Lager, präsentiert sich dem Leser im Briefwechsel eine akademische Gemeinschaft, die im Bewusstsein bevorstehender, bahnbrechender Entdeckungen durch das Bemühen um die gemeinsame Sache zusammen gehalten wird. Eccles' Korrespondenz erweitert die Wissenschaftsgeschichte in diesem Zusammenhang um die persönliche Perspektive der Wissenschaftler, sei es Frustration über die Verständnislosigkeit anderer oder Sorge um die Entwicklung der eigenen Forschung – und über die der anderen. Vor allem aber trifft man auf zahlreiche scherzhafte „Sticheleien" zwischen den etablierten Wissenschaftlern, deren akademischer Sportsgeist und „Oxbridge-Prägung" weit über dem Disput standen. So erfährt man zum Beispiel, dass in den 1940er Jahren in britischen Laboratorien Wetten darüber abgeschlossen wurden, wann Eccles die elektrische zugunsten der chemischen Hypothese aufgeben würde.

Kurz vor seiner Übersiedlung nach Australien schrieb ihm Sir Henry Dale in Vorbereitung einer Tagung am 29. Januar 1937 bedauernd:

> „(...) that we shall no longer have with us the most doughty critic of the acetylcholine heresy, on the occasion when it is brought forward in the historic home of lost causes. (...) There is one point in his observations (...) that I should be unhappy if you were not offered the opportunity to smite it to the boundary. One of us will be waiting there to catch it, of course, but I should hate to think that you did not get the chance of a joyous smack at it. (...) We have, in the last few years, had numerous opportunities of controversy, which on your side, and I hope on ours, has always been fair and good-tempered. Our differences of opinion and interpretation, however, have not in the least weakened my admiration for the splendid work which you have been doing."[11]

In der Korrespondenz zeigt sich aber auch, wie aufreibend und schmerzlich der Prozess für Eccles gewesen sein muss, der in seinen Briefen immer wieder versucht, Kollegen von seinen Thesen und Ergebnissen zu überzeugen. Auch wenn diese Debatte von der Wissenschaftsgeschichte nicht unbeachtet geblieben ist, eröffnet das Eccles-Archiv Potenzial für neue Forschungen, die sich vor allem mit der Spätphase des Diskurses und dem Umdenken Eccles' befassen werden – besonders im Hinblick auf die Fragestellung, was von der elektrischen Hypothese übrig blieb und wie die widerlegte These die Neurophysiologie trotzdem weiter gebracht hat. Viele weitere Fragen und Themen eröffnen sich im Eccles-Archiv für die Wissenschaftsgeschichte, z.B. wäre hier die Überwindung des einfachen Reflex-Systems hin zu komplexeren Erregungs-Hemmungs-Modellen von Nervenzellen zu untersuchen oder die Entdeckung neuronaler Plastizität.

Nicht unerwähnt bleiben sollte Eccles' Verbindung zum österreichischen Philosophen Karl Popper, den er in Dunedin in den 1940er Jahren kennen lernte. Dessen Thesen zur Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie beeinflussten Eccles sehr, als er um seine elektrische

[11] Korrespondenz Eccles mit Henry Dale 1937, 2NZ-2023-1937-01-29; vgl. Freund/Koppitz/Labisch (2011), S. 93-95, hier S. 93f.; vgl. auch Girolami/Taborikova/Nistico (1994).

Hypothese rang, und beide blieben ihr Leben lang eng verbunden, insbesondere in den Auseinandersetzungen um das menschliche Selbst und das Gehirn-Geist- bzw. Leib-Seele-Problem.[12] Die intellektuelle Beziehung zwischen Popper und Eccles kann als sehr eng bezeichnet werden, was auch aus der intensiven, jahrzehntelangen Korrespondenz der Beiden ersichtlich wird.

Der Bezug zu Karl Poppers Weltenanschauung bringt uns zum letzten, wahrscheinlich größten Forschungsgebiet, das mit dem Eccles-Archiv verbunden ist: der lebenslangen Auseinandersetzung Eccles' mit der Philosophie des Geistes und seine Bestrebungen, neurowissenschaftliche Forschung mit seiner persönlichen Geisteshaltung (als Humanist, aber auch als Christ) gemeinsam in ein Modell zu bringen, das seiner wissenschaftlichen Präzision, seinen religiösen Ansichten und seiner bemerkenswerten philosophischen Belesenheit gerecht werden konnte. Gerade die Korrespondenz zeugt davon, dass Eccles in seiner festen Geisteshaltung keine Auseinandersetzung scheute, vor allem nicht mit den immer zahlreicher werdenden Vertretern monistischer oder materialistischer Ansichten. Er erscheint als unersättlicher Leser und beinahe zwanghafter Kritiker, vor allem in seinen zahlreichen Briefen an die Herausgeber von Zeitschriften, in denen er vehement protestierte, wenn er Pauschalisierungen im Bereich philosophischer Themen wahrnahm, die er, im Gegensatz zu vielen seiner Kollegen, für mehr hielt als ein außerwissenschaftliches Hobby. Eccles' Nachlass dokumentiert nicht nur ein außergewöhnliches Leben, sondern eröffnet den Experten neue Pforten zur faszinierenden Geschichte der Neurowissenschaften in ihrer ganzen Vielschichtigkeit.

2. Nutzen und Nachteil eines Nachlasses – Archiv und Bibliothek

2.1 Wege und Strukturen

Aufgrund seiner Generationszugehörigkeit und seines bewegten Lebenslaufes verwundert es kaum, dass John Eccles in einer Briefkultur sozialisiert war, die den wissenschaftlichen Diskurs ihrer Zeit auch durch Beigabe zahlreicher Sonderdrucke oder unveröffentlichter Unterlagen vertiefte. Dagegen erscheint es eher verwunderlich, dass der Nachlass von John Eccles schließlich in Düsseldorf archiviert wird, denn in seiner „Odyssee" haben die Rheinischen Metropolen keine besondere Rolle gespielt; angesichts von über 20 Ehrenpromotionen, Akademiemitgliedschaften oder Gastprofessuren lassen sich nur wenige Vorträge und Symposien im Umfeld der Akademie der Wissenschaften und der Künste sowie kaum ein halbes Dutzend Aufenthalte in Nordrhein-Westfalen nachweisen.

Migrationstheoretisch werden üblicherweise Push- und Pull-Faktoren unterschieden, und dieses Modell hat seinen Charme nicht nur für die Erklärung von Eccles' Lebenslauf, sondern auch darüber hinaus: Wie kam der Nachlass von John Eccles ins Rheinland?

Die vordergründige Antwort lautet, dass ein Spediteur aus Basel Anfang 2009 über 280 Umzugskartons auf Paletten anlieferte, über deren Inhalt nicht viel bekannt war. Damit ist ein wesentlicher Push-Faktor benannt: In Vollzug des testamentarischen Willens hat die Witwe Dr. Helena Eccles sich stets dafür eingesetzt, diesen wissenschaftlichen Nachlass zusammen zu verwahren. Dabei handelt es sich sowohl um Korrespondenzen und Manu-

[12] Popper/Eccles (1977); Casey (2010).

skripte, häufig mit den jeweiligen Kongressunterlagen, als auch die Privatbibliothek mit rund 2.500 Büchern, tausenden von Sonderdrucken und etwa 50 Fachzeitschriften über viele Jahrgänge hinweg, ferner akademische Urkunden, einige Fotos und weitere Archivalien.

Dabei ist die Motivation der Witwe, selbst promovierte Neurophysiologin, weniger nostalgisch als vielmehr durchaus wissenschaftshistorisch begründet. Doch der Wunsch, den Nachlass als Sondersammlung zusammen zu halten, widerspricht den Prinzipien sowohl der Archive als auch der Bibliotheken. Denn alle seit dem Jahr 2000 angefragten Institutionen wollten diese Schenkung aufteilen auf Archiv und verschiedene Bibliotheksabteilungen unter Kassation aller Dubletten und der Sonderdrucke. Erst nachdem durch flexible institutionelle Rahmenbedingungen dieser Push-Faktor allgemein zufriedenstellend geregelt werden konnte, sind Pull-Faktoren in Form neurowissenschaftlicher Netzwerke wirksam geworden.

Denn schon bald nach dem Ableben von John Eccles war zunächst tatsächlich der gesamte Nachlass von einem Forschungsinstitut der Universität Basel übernommen worden, doch mangels wissenschafts- bzw. medizinhistorischer Einrichtungen fand keinerlei Aufbereitung statt, was allseits als unbefriedigend empfunden wurde, zumal die Hochschulleitung den Nachlass praktisch ohne Benutzungsmöglichkeit einlagern ließ. Nachdem alle Anstrengungen im englischsprachigen Raum vergeblich erschienen, entwickelte schließlich auf Anregung der Witwe der emeritierte Düsseldorfer Neurologe Hans-Joachim Freund die Idee, gleichsam komplementär zum Cécile- und Oskar Vogt-Archiv, dem Kern des gleichnamigen Hirnforschungsinstituts der Heinrich-Heine-Universität, den Eccles-Nachlass nach Düsseldorf zu holen.[13] Schließlich hat sich nur eine kleine Einrichtung als hinreichend flexibel erwiesen, eine allseits akzeptable Lösung auszuarbeiten, nämlich der Fachapparat im Institut für Geschichte der Medizin, das notariell damit beauftragt ist, diesen Bestand für die Wissenschaft zugänglich zu machen.[14]

Seitdem finden Bestände der Sondersammlung in Seminaren für Studierende der Humanmedizin im Fach „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ ebenso Verwendung wie im „Studium universale“ oder in Projektseminaren in der Geschichtswissenschaft. Als Auftaktveranstaltung wurde im September 2011 in der Akademie der Wissenschaften und der Künste Nordrhein-Westfalen eine betont internationale, interdisziplinäre und gleichsam intergenerationelle Tagung organisiert, bei der, analog zu den Jülicher Vogt-Brodman-Symposien für Hirnforschung, langfristige Entwicklungen der Forschungslandschaft reflektiert wurden, u.a. mit Pionieren wie Per Andersen, Tom Sears oder Piergiorgio Strata, die selbst noch bei Eccles gearbeitet haben.[15]

---

[13] Freund (2011); zum Vogt-Archiv siehe Grell (2011).

[14] Vgl. im Detail auch Koppitz (in Vorbereitung).

[15] Freund/Koppitz/Labisch (2011), S. 191-193. Anschließend wurden beim dritten Arbeitstreffen medizinhistorischer Bibliotheksmitarbeiter Datenschutz- und urheberrechtliche Probleme von Sondersammlungen vor dem Hintergrund möglicher Digitalisierungen und Veröffentlichungen im Internet diskutiert.

2.2 Privatbibliothek und Auswertungsmöglichkeiten

Bei der Aufbereitung des umfangreichen Nachlasses für die Wissenschaft erscheint die Reihenfolge nicht unwichtig, so dass entgegen der Interessen und Neigungen der Historiker zunächst die Privatbibliothek erschlossen und 2010 für den Publikumsverkehr eröffnet worden ist, damit sie als zentrales Arbeitsinstrument für die weitere Erschließung zur Verfügung steht. John Eccles muss trotz regalmeterweisen Belegexemplaren über die Jahrzehnte ein Vermögen in seine Bibliothek, insbesondere Subskriptionen dutzender Fachzeitschriften, investiert haben, und verschiedentlich äußerte er seine Sympathien für die Dauerhaftigkeit der Kulturwelt, für Bücher und Bibliotheken:

> „(...) Even with these facilities there is a serious failure of historical scholarship in our present scientific literature. References are usually restricted to the immediate past – 5 to 10 years at most. The consequences are that most young scientists lack perspective in their work. (...) After more than 50 years of scientific publication I am sensitive to the prevailing ignorance that there is of the historical developments that have led over the last few decades to our present knowledge and understanding."[16]

> „(...) The doom prophecies of the futorologists should not panic us into a technology where computer storage replaces books. Let us remember the joy of owning a personal library for browsing in, for reading again some treasured work and for searching in for ideas and inspirations in one's own cultural life. (...) So in writing my paean of praise of books, I add my plea for conservation."[17]

Im Gegensatz zu seinem Lehrer und Vorbild Charles Sherrington[18] oder etwa William Osler war Eccles kein antiquarischer Sammler, sondern seine Bibliothek spiegelt deutlich den Bücherbedarf seiner Lebensphasen, ausgehend von den Handbüchern der 1920er Jahre hin zu den Kongressbänden des ausgehenden 20. Jahrhunderts. Seine Privatbibliothek gewinnt nicht nur an Charme durch persönliche Widmungen, sondern vor allem an Aussagekraft durch zum Teil überraschend unverblümte Annotationen.[19] Darüber hinaus diente sie teilweise auch als Ablagesystem, wobei diese Papiere (z.B. Briefe, Sonderdrucke, Visitenkarten) gesondert in den Archivbestand überführt worden sind. Auch aus arbeitsökonomischen Gründen wurden die Buchbestände in einer eigenen „Endnote-Datei" verzeichnet.[20]

---

[16] Eccles (1981), S. 48.

[17] Eccles (1981), S. 50; auch als Anhänger der Drei-Welten-Lehre Karl Poppers, in der bleibendes Kulturgut die höchste Stufe darstellt.

[18] Eccles/Gibson (1979).

[19] Den für Experten unschätzbaren Wert einer solch einmaligen Privatbibliothek bestätigte ausdrücklich der erste auswärtige Benutzer der Eccles-Collection, der an der National Library of Medicine in Bethesda, USA, affiliiert ist. Selbstverständlich erscheinen die Interpretationsmöglichkeiten von Gelehrtenbibliotheken früherer Epochen vergleichsweise wichtiger, vgl. z.B. Finger/Benger 1987, während es im 20. Jahrhundert eher um Details geht, z.B. verbesserte Eccles im Widmungsexemplar der 1984 von Kollegen herausgegebenen Festschrift an der Bildunterschrift auf S. 411, dass das Foto bereits 1951 in Dunedin aufgenommen wurde und nicht in Canberra 1953/54.

[20] Der Katalog findet sich als alphabetisch sortierte Liste im Internet, zur Systematik vgl. Koppitz et al. (2011a), S. 26. Vgl. auch die Unterseiten zur Eccles-Sammlung: www.uniklinik-duesseldorf.de/eccles.

Tabelle 2: Persönliches in der Nachlassbibliothek J. Eccles; nach Freund (2011), S. 25

Privatbibliothek	Freihandbestand		Magazinbestand	
	in Prozent	Grundgesamtheit	in Prozent	Grundgesamtheit
Bücher (gesamt: 2.445)	73	1788	27	667
Ausführliche Notizen	3	52	0	0
Sonstige Notizen	14	244	4	30
Archivalien im Buch überliefert	18	325	11	74
Widmungsexemplare	10	184	9	63

Hinzu kommt die Sonderdrucksammlung, konzentriert auf etwa 40 Autoren, die teilweise – wie Eccles und sein Physiologisches Institut in Canberra selbst – ihre gesammelten Werke für Kollegen haben einbinden lassen.[21]

Nach dem deutschen Regelwerk zur Nachlasskatalogisierung (RNA) sind im Falle von Nachläßen die Werke mit der jeweils eigenen Autorschaft der Person getrennt von der seiner Bibliothek bzw. Sammlung zu verzeichnen.[22] Die Signaturen der Werke berücksichtigen sowohl die eigenhändige Zählung, die der Autor für die eingebundenen gesammelten Werke verwandt hat, als auch die Zusammenhänge mit Sammelbänden, Neuauflagen und Übersetzungen.[23] Für die Bücher ohne eigenen Beitrag wurde eine Systematik entwickelt, nach der die wesentlichen Teile der Privatbibliothek von Eccles sowie der Institutsbibliothek von Cécile und Oskar Vogt in Freihandregalen als Präsenzbestand zur Verfügung stehen; der unmittelbar benachbarte Benutzerarbeitsplatz dient vorzugsweise zur Vorlage der Archivalien. [24]

3. Bibliometrischer Vergleich von Werkverzeichnis und Datenbankrecherchen

3.1 Privatbibliothek und Werkverzeichnis

Die vom Autor selbst zusammengestellte, gebundene Offprint Collection stellte offensichtlich die Grundlage des bislang umfangreichsten Werkverzeichnisses dar, das von David Curtis und Per Andersen für die Australische Akademie der Wissenschaften erstellt worden ist. Jenes Werkverzeichnis konnte nun auf der Grundlage von Belegexemplaren in der Privatbibliothek und weiterer Recherchen noch um 63 Publikationen (10%) sowie vor allem etwa 250 Ergänzungen und Korrekturen erweitert werden. Die 706 bibliographischen Angaben für 631 Werke mit Übersetzungen und Neuauflagen stehen nun im Internet zur Ver-

[21] Die Sonderdruck-Sammlung enthält hauptsächlich Werke von Altman, Andersen, Bardis, Bishop, Brodal, Brooks, Changeux, Cotman, Desmedt, Doty, Hökfelt, Hubel, Ito, Jones, Jung, Karczmar, Katz, Keynes, Kandel, Kornhuber, Krnjevic, Kuffler, Libet, Lundberg, Miledi, Mountcastle, Oscarsson, Philipps, Porter, Roland, Sperry, Stephan, Strata, Szentagothay, Tobias, Walberg, Weiss, Willis and Wilson. Eccles selbst bestellte üblicherweise jeweils etwa 300 Sonderdrucke seiner Originalarbeiten.

[22] Regeln zur Erschließung von Nachlässen (2010), S. 11f.

[23] Vgl. den online Katalog: www.uniklinik-duesseldorf.de/eccles, und die Beispiele in Koppitz et al. (2011a), S 25f.

[24] Hinweise zur Archivbenutzung auf: www.uniklinik-duesseldorf.de/eccles.

fügung.[25] Der Zugang von Publikationen betrifft vor allem späte Buchbeiträge, die der Autor nach 1983 anscheinend gesundheitsbedingt nicht verzeichnet hatte, z.B. in einem Sammelband des Wissenschaftszentrums in Nordrhein-Westfalen, der 1994 unter dem Titel „Neuroworlds" im Campus-Verlag erschienen ist. Damit sind die in der Sekundärliteratur zu findenden Angaben, die sich auf das von Eccles selbst gleichsam kanonisierte Werkverzeichnis beziehen, hinsichtlich der Selbstwahrnehmung von Eccles weiterhin gültig, aber bibliometrisch retrospektiv zu relativieren.[26]

Das Werkverzeichnis diente als zentrale Grundlage der Katalogisierung und es reizte die Aufgabe, dieses einmal aufgrund denkbar günstiger Überlieferungs- und Arbeitsbedingungen erzielte Ergebnis mit dem einer Datenbankrecherche und -aufbereitung (Fehler- und Dublettenbereinigung) in „Medline" bzw. im „Web of Science" zu vergleichen.

3.2 Werkverzeichnis vs. Datenbankrecherchen

Signifikante Unterschiede ergaben sich wie erwartet im Bereich der unselbstständigen Veröffentlichungen außerhalb der gelisteten Fachzeitschriften, also in einer Publikationsform, die gerade Eccles nach seinem Nobelpreis 1963 zunehmend aufgegriffen hat. Um die Unterschiede und den Wert eines derart aufwändigen Werkverzeichnisses zu verdeutlichen, kann man die Publikationen nach Umfang gewichten und erhält das signifikante Ergebnis, dass gegenüber 5.367 Seiten Autorschaft im „Web of Science" das Düsseldorfer Werkverzeichnis auf 14.062 Seiten (262% ohne Herausgeberschaften, Übersetzungen etc.) kommt.

Die Tabelle veranschaulicht die erheblichen quantitativen Unterschiede (Seitenzahlen ohne Übersetzungen, anstelle der Anzahl von Publikationen p.a.) zwischen dem bereinigten Abfrageergebnis aus dem „Web of Science" und dem Düsseldorfer Werkverzeichnis, die zunächst vor allem durch die Berücksichtigung von Publikationsformen wie Buch oder Buchbeitrag begründet sind.

Deutlich wird der Wandel der von Eccles gemäß thematischer, fach- und adressatenspezifischer Entwicklungen gewählten Publikationsformen vor allem auch in seiner Eigenschaft als Nobelpreisträger. So erreichen Bücher 46% und Buchbeiträge 17% des insgesamt veröffentlichten Seitenumfangs. Damit ist nicht nur ein quantitativer Unterschied zwischen der Perspektive der online verfügbaren Literaturrecherche und der Grundgesamtheit benannt. Ohne auf die sich dadurch ergebenden thematischen Erweiterungen näher eingehen zu können, kann als Indikator des Themenspektrums die jeweilige Liste der bedeutendsten Co-Autoren herangezogen werden.

[25] Vgl. das chronologische Werkverzeichnis online auf: www.uniklinik-duesseldorf.de/eccles, und das thematische Werkverzeichnis in Freund/Koppitz/Labisch (2011).

[26] Vgl. z.B. Stuart/Brownstone (2011), S. 79, basierend auf: Curtis/Andersen (2001).

Tabelle 3: Zeitschriftenbeiträge (Web of Science) im Vergleich zum gesamten Werkverzeichnis; nach Freund (2011), S. 25

	Top 10 Co-Autoren im Web of Science	Seiten	Publikationen
1.	TÁBORIKOVÁ, Helena	496	36
2.	ECCLES, Rose M.	372	25
3.	COOMBS, Jack S.	308	14
4.	FATT, Paul	267	12
5.	SCHMIDT, Robert F.	260	17
6.	SASAKI, Kazu	226	13
7.	SABAH, Nassir	217	15
8.	ANDERSEN, Per	193	16
9.	LLINAS, Rudolfo	172	10
10.	CURTIS, David	171	12

	Top 10 Co-Autoren im Werkverzeichnis	Seiten	Publikationen
1.	POPPER, Karl R.	660	2
2.	MCGEER, Patrick L.	646	2
3.	TÁBORIKOVÁ, Helena	515	43
4.	ECCLES, Rose M.	388	27
5.	ITO, Masao	387	7
6.	SHERRINGTON, Charles	363	12
7.	SZENTAGOTHAI, Janos	335	2
8.	COOMBS, Jack S.	313	18
9.	SCHMIDT, Robert F.	275	26
10.	FATT, Paul	271	16

Daraus kann gefolgert werden, dass das Gesamtwerk eines vielseitigen wissenschaftlichen Autors des 20. Jahrhunderts – wie John Eccles – durch Datenbankabfragen nicht nur unvollständig (38%) wiedergegeben, sondern vor allem auch als zu einseitig charakterisiert wird.[27]

Von manchen – eher populärwissenschaftlichen – Büchern abgesehen sollte auch für das 20. Jahrhundert der Einfluss naturwissenschaftlicher Monographien und ihrer Autoren keinesfalls gering geschätzt werden, obwohl entsprechende Tendenzen schon von Eccles' Zeitgenossen beobachtet wurden. So schrieb beispielsweise Lawrence Brock an Eccles im Jahr 1952 aus Cambridge:

> „The [sc. your] book too is eagerly awaited; I think I'll have to buy two, one for current consumption and one to be posted out for an autograph. If you don't present one to the Library (Departmental) here, Rose and I will have to as I am sure they won't buy a copy. The Library is good for Journals, but bad beyond belief in respect on monographs. It makes me wish that some of the £400 or so which it will cost to have Adrian in oils hanging from the tearoom wall could go into the Library fund."[28]

Die hier angesprochene Monographie „The neurophysiological basis of mind" steht immerhin mit 482 Zitationen auf Platz acht der meistzitierten von 283 Werken Eccles', die im „Web of Knowledge" verzeichnet sind.[29]

---

[27] Vgl. Koppitz et al. (2011b), S. 29-32; für den medizinhistorischen Methodenkurs zur gattungsspezifischen Literaturrecherche sind die Werke Eccles' ein dankbares Beispiel.

[28] Briefkopf des Pembroke College, Cambridge: Brock an Eccles, 2AU-2009-1952-11-13; gemeint ist die Monographie Eccles (1953).

[29] Der WoK-Titeleintrag Nr. 000305514400007.16 verzeichnet diese Monographie irrtümlich als eine Art Sonderheft einer sonst nicht verwendeten Reihe „Neurophysiological B", so dass einerseits leider keine anschauliche „Citation Map" erstellt und andererseits nicht in allen Fällen von korrekten Verknüpfungen ausgegangen werden kann, in denen dieses Buch in Originalbeiträgen gelisteter Zeitschriften zitiert worden ist, das heißt, der Listenplatz meistzitierter Werke von Eccles könnte sich vermutlich noch wesentlich günstiger darstellen.

4. Datenbanken, Netzwerke und internationale Forschungsperspektiven

4.1 Online-Portal „Kalliope“

Das von der DFG geförderte Erschließungsprojekt sieht den Anschluss an das Online-System „Kalliope“ vor, so dass Findmittel mit Kommentierungen weltweit online recherchiert werden können.[30]

„Kalliope“, eine deutschsprachige Online-Datenbank für Autographen und Nachlässe, wächst täglich und zunehmend über die deutschen Klassiker hinaus in das 20. Jahrhundert hinein; auch in den Bereichen Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Im Gegensatz zur Datenbank des Bundesarchivs, die auf der Bestandsebene verbleibt,[31] orientiert sich „Kalliope“ in der Nachfolge der zentralen deutschen Autographendatei der Staatsbibliothek Berlin an einer Erschließungstiefe, die auch Einzelblatteinträge ermöglicht. Das System folgt dem Grundsatz der Verknüpfung mit Normeinträgen der zentralen deutschen Autoren- und Körperschaftsdatenbank der Nationalbibliothek und der getrennten Verzeichnung von Briefen von und an diese Personen. Durch Geschichte und Föderalismus bedingt, ergeben sich häufig Netzwerkstrukturen, mit denen die auf verschiedene Bestände und Institutionen oft weit verstreuten Korrespondenzen sozusagen virtuell zusammengeführt werden. Die Datensätze einer Handschrift bzw. eines Konvoluts können beinahe beliebig detailliert beschrieben und kommentiert werden.

Die Archivalien umfassen etwa 30 Archivkartons mit Manuskripten (Werke/RNA Kategorie 1), 75 Kartons Korrespondenzen (RNA Kategorie 2) und 15 Kartons Lebensdokumente (RNA Kategorie 3) sowie einige wenige Zeitungsausschnitt- und andere Sammlungen (Kategorie 4). Die Korrespondenzen werden gemäß der Richtlinien von „Kalliope“ in Eingangs- und Ausgangspost (letztere mit gerader Endnummer) aufgeteilt, allerdings nur virtuell durch die Signaturen, während für die Inventarnummer und Lagerung aus Gründen der Benutzerfreundlichkeit keine Aufteilung vorgenommen wird und die vorgefundene Struktur und Blattfolge erhalten bleiben. Signaturen wie Inventarnummern sind gleichermaßen abhängig von der Vertraulichkeit, unterteilt nach Zeitabschnitten bzw. Lebensstationen und Überlieferung mit Rücksicht auf Sperrfristen.

Ein Datenschutzproblem, das sich ergab, da beispielsweise einige von Eccles Briefpartnern oder Dritte noch leben (oder in der Schweiz gar amtieren), konnte mit der Redaktion von „Kalliope“ geklärt werden.[32] Die Verzeichnung arbeitet sich von außen nach innen und, soweit ersichtlich, chronologisch vor, ab 2013 können Anträge zur Archivbe-

[30] Vgl. http://kalliope-portal.de/

[31] Vgl. www.nachlassdatenbank.de.; allerdings existieren in anderen Archiven und Institutionen in erheblichem Umfang weitere Teilnachlässe.

[32] Dankbar hervorzuheben ist das verständnisvolle Entgegenkommen der Staatsbibliothek Berlin, besonders der Redaktion von „Kalliope“, in vielen Problemlagen und Fragen, auch wenn sich aus den umfangreichen online veröffentlichten Manualen und Richtlinien keinerlei Lösungsweg zu ergeben scheint.

nutzung gestellt werden,[33] auch wenn die Vollendung noch Jahre in Anspruch nehmen wird und bis dahin kein Anspruch auf Vollständigkeit bestehen kann; bis zum Abschluss der Erschließungsarbeiten erscheint auch eine (Teil-)Digitalisierung unzweckmäßig.[34] Insgesamt ermöglicht die Verknüpfung mit dem Netzwerk „Kalliope" im Internet, dass Nachteile, die durch die Verstreuung von Archivgut auf verschiedene Institutionen entstehen, überwunden werden.

4.2 Netzwerke online und in der Praxis

John Eccles kann, sowohl in der Selbst- als auch der Außenwahrnehmung, als ein ausgesprochener „Netzwerker" bezeichnet werden. Im jahrzehntelangen Streit zur Signalübermittlung im Nervensystem entwickelte sich Eccles als Protagonist der elektrischen Forschungsrichtung zum gefragten Diskutanten in der Physiologischen Gesellschaft.[35] Stets legte er größten Wert darauf, wissenschaftliche Kontakte zu pflegen, um nicht ins Abseits zu geraten. So schrieb er 1946 aus Neuseeland an den deutsch-britischen Physiologen Feldberg:

> „It was nice of you to say that I wasn't yet forgotten in England. Out here, as you would realize from your Melbourne experience, one is rather sensitive about being forgotten. At the time of your letter I was particularly sensitive as I had just had a paper turned down for the J. Physiol. I thought it a good paper and it has since been published in the J. Neurophysiol. just as I submitted it to the J. Physiol. (title: Synaptic Potentials of Motoneurones)."[36]

[33] Benutzerordnung und Antragsformular unter www.uniklinik-duesseldorf.de/eccles, auch in: Freund/Koppitz/Labisch (2011), S. 19-24; die Identifizierung (bei Naturwissenschaftlern aus dem Commonwealth die häufig erforderliche Neuanlage von Normdatensätzen zu Personen oder Institutionen) bedeutet allerdings einen erheblichen Arbeitsaufwand, so dass eine, die Möglichkeiten von „Kalliope" ausschöpfende, tiefe Erschließung nur langsam vorankommen kann. Besonders berücksichtigt wird die Population der Co-Autoren und Mitarbeiter nach Stuart/Pierce (2006).

[34] Ein Großteil der Bestände ist mit sukzessive ablaufenden Sperrfristen versehen, die Situation ist auch von daher nicht vergleichbar mit dem hervorragend aufgearbeiteten und online präsentierten Nachlass von Emil von Behring, vgl. www.uni-marburg.de/behring-digital. Um spätere maschinelle Bearbeitungen nicht zu erschweren, wird auf das Einbinden der Archivalien verzichtet.

[35] Der vielgepriesene Sportsgeist der wissenschaftlichen Debatten spiegelt sich in zahlreichen Briefwechseln, zum Beispiel mit Henry Dale 1937, siehe Freund/Koppitz/Labisch (2011), S. 94f.; vgl. auch Girolami/Taborikova/Nistico (1994).

[36] 2NZ-2034-1946-09-03, veröffentlicht in: Freund/Koppitz/Labisch (2011), S. 118.

Dabei ging seine Auffassung akademischer Netzwerke durchaus in Richtung Denkkollektiv,[37] wenn er beispielsweise 1947 an den britischen Nobelpreisträger Lord Adrian schrieb:

> „I fear that I will not be able to come to the international Congress, coming as it does so soon after my visit to America last year. I would have liked to have presented my new theory of inhibition, which may ere this have appeared in Nature. However, I hope at least to receive some critical comments by mail. It is the isolation from such criticism that is the worst deprivation out here.“[38]

Seit er als australischer Rhodes-Stipendiat in Oxford war, pflegte er wissenschaftliche Kontakte als ausgesprochener Kosmopolit.[39] Im Aufschwung des wissenschaftlichen Konferenzwesens seit Ende der 1940er Jahre wurde John Eccles eine feste Größe, so dass er zum Beispiel in den Autobiographien von Neurowissenschaftlern deutlich häufiger genannt wird als jeder andere.[40]

Neuronale Netzwerke, wie sie im 20. Jahrhundert herausgearbeitet wurden, legen entsprechend strukturierte Ansätze zur Beschreibung des eigenen Faches nahe.[41] Ein anschauliches Beispiel häufiger Genealogien wissenschaftlicher Disziplinen bildet der sogenannte „Neurotree“ im Internet, in dessen Perspektive Eccles eine zentrale Position zugeteilt wird. Hier wird der Netzwerker Eccles als geeignetes Beispiel für eine viele Generationen übergreifende Linie von Mentoren und Schülern herangezogen und dient ebenfalls als Ausgangspunkt eines – mit mathematischen Algorithmen – erstellten Netzwerk-Clusters, das einzelne neurowissenschaftliche Forschungsdisziplinen und Persönlichkeiten zueinander in Beziehung setzt.[42] Gegenüber derartig anschaulichen, aber trotz alledem zwangsläufig vereinfachten Abbildungen, ist das Zusammenstellen der Mitarbeiter und Mitautoren und -autorinnen eine verdienstvolle Grundlagenarbeit für weitere wissenschaftssoziologische Untersuchungen.[43] Denn die Kriterien Co-Autor oder Mitarbeiter erscheinen für folgende Zitationsanalysen essentiell. Wie hinsichtlich der thematischen und damit zusammenhängenden Publikationsvielfalt dargelegt, sollten sich diese nicht auf das „Web of Knowledge“

---

[37] Denkkollektive im Sinne Ludwik Flecks: In seinen Veröffentlichungen zu Theorie und Strategien der Forschung nimmt Eccles stets Bezug auf seinen Freund Karl Popper, wobei er kaum andere Wissenschaftstheoretiker zu rezipieren scheint.

[38] 2NZ-2002-1947-05-26, veröffentlicht in: Freund/Koppitz/Labisch (2011), S. 119.

[39] Schon bald nach dem Weltkrieg auch zu deutschen und japanischen Kollegen im Bemühen, unter anderem die während der Kriegszeit jeweils unzugängliche Forschungsliteratur durch großzügige Sonderdrucksendungen bereit zu stellen, vgl. die Korrespondenzen mit Richard Jung, 2NZ-2057 und 2NZ-2058, zum Beispiel Briefe vom 25.8.1947, 13.7.1948 und 28.10.1953, veröffentlicht in Freund/Koppitz/Labisch (2011), S. 128-130 und S. 166.

[40] Vgl. die Register zu den mittlerweile über 100 Autobiographien in Squire (1996-2011) – unter Berücksichtigung dessen, dass die im jeweiligen Band enthaltenen Autobiographen selbst nicht gezählt werden sollten, werden der Abstand und Eccles' Rolle als kosmopolitische Vaterfigur v.a. im Zusammenhang mit Konferenzen deutlich. Dies ist umso beeindruckender, als in den meisten Fällen keine gemeinsame Affiliation vorlag, wie anhand einer alphabetisierten Liste der Institutskollegen nach Stuart/Pierce (2006) festgestellt werden kann.

[41] Fangerau/Martin/Lindenberg (2009).

[42] http://neurotree.org/neurotree/resources/neurotree_poster_sfn2006.pdf (12.10.2012).

[43] Stuart/Pierce (2006); eine alphabetisch geordnete Liste einschließlich der hinzugefügten Co-Autoren und Co-Autorinnen findet sich nun als Unterseite auf www.uniklinik-duesseldorf.de/eccles.

und damit Aufsätze in Journals beschränken, sondern auch Buchbeiträge und Monographien berücksichtigen, um spezifische Gruppen von Eccles' Werken vergleichend zu untersuchen. Diese Ergebnisse wiederum könnten mit gezielten Analysen der Korrespondenten-Population verglichen werden, wie dies anhand ausgewählter Teile des Nachlasses von Jacques Loeb zu beeindruckenden Ergebnissen geführt hat.[44] Hypothesen etwa zur gegenseitigen Beeinflussung experimentalwissenschaftlicher und epistemologischer Autoren können durch Analysen von Zitations- und Korrespondenten-Netzwerken von John Eccles überprüft werden.

Projekte wie das unter der Bezeichnung „EvoClass"[45] vom BMBF geförderte machen deutlich, dass das Netzwerk als Hilfsmittel zur historischen Analyse wissenschaftlicher Aktivitäten ebenso wie zur „rekonstruktiven Visualisierung formeller und informeller Denkkollektive" besser geeignet ist als die genealogische Darstellung in Stammbäumen, da es unter anderem auch die Analyse von Querverbindungen und differenzierter lateraler Verknüpfungen erlaubt.[46] Die von der Soziologie ausgehende Netzwerkforschung hat sich in der Analyse wissenschaftshistorischer Prozesse bewährt[47] und ist auch deshalb für den Umgang mit dem Nachlass eines Neurowissenschaftlers hilfreich, weil sie in der „Analyse von Kommunikationsprozessen ein[en] der Schlüssel zur Erforschung von Wissenstransfer" sieht.[48]

Anhand der im Eccles-Archiv vorliegenden Publikationen, Korrespondenzen sowie Konferenz-Unterlagen können die Mitglieder des persönlichen, des Publikations- und des Korrespondenznetzwerks von Eccles nicht nur benannt, sondern quantitativ und qualitativ analysiert werden. Gerade die Auswertung der jahrzehntelangen, durch Eccles oft periphere geographische Lage intensiv geführten Korrespondenz kann eine neue Perspektive auf die direkten und indirekten Kontakte dieses Wissenschaftlers, und damit auf die „Scientific Community" der Neurowissenschaften im 20. Jahrhundert, bieten. Neben den Kontakten, mit denen der Korrespondent in direktem Austausch stand, können auch solche nachvollzogen werden, die in der Korrespondenz erwähnt werden. Für die Wissenschaftsgeschichte interessant sind vor allem diejenigen, mit denen sich die Korrespondenzpartner intellektuell auseinandergesetzt haben. Von Bedeutung erscheinen dabei nicht nur Häufigkeiten wie bei einer Co-Zitationsanalyse, sondern auch Richtungen bis hin zu Polarisierungen. Mithilfe eines solchen kognitiven Soziogramms kann ein Denkkollektiv im Sinne Ludwig Flecks als Gruppe von Personen, die in gedanklicher Wechselwirkung stehen, erarbeitet werden.[49] Die Analyse der Korrespondenz erlaubt dabei aber nicht nur das Erstellen einer intellektuellen „Mindmap" eines Autors, die sich in den über Zitationen erfolgenden Textvernetzungen wissenschaftlicher Publikationen manifestiert, sondern darüber hinaus auch eines

---

[44] Fangerau (2010), S. 125-178.

[45] Siehe www.uni-ulm.de/en/med/project.html, und den Konferenzbericht von Thorsten Halling: Bridging Disciplines: Evolution and Classification in Biology, Linguistics and the History of Sciences, http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=3823.

[46] Fangerau (2009), S. 215.

[47] Fangerau/Halling (2009); vgl. bereits Garfield (1973), Thiele (1978) und Cronin/Atkins (2000), sowie Fangerau (2010).

[48] Fangerau (2009), S. 216.

[49] Vgl. Fangerau (2009); Fangerau (2010).

„informellen Denkkollektivs", bestehend aus persönlichen sowie intellektuellen Verbindungen.[50]

Erleichtert werden solche Ansätze durch die Datenbankstruktur von „Kalliope", die nicht nur der Heuristik dient, sondern zusätzlich neue Möglichkeiten eröffnet. Wie dargestellt werden ein- und ausgehende Korrespondenz desselben Partners grundsätzlich als verschiedene Einheiten definiert, so dass beispielsweise asymmetrische Korrespondenzen leicht feststellbar sind. Hilfreich erscheint „Kalliope" auch hinsichtlich der im Schriftwechsel „behandelten" dritten Personen durch die Möglichkeit exakter Identifikation per Verknüpfung mit der Ansetzungsform, wodurch Soziogramme, ähnlich wie bei Zitationsanalysen, erstellt werden könnten. Zuvor ungekannte Möglichkeiten kann „Kalliope" entfalten, wenn es um Netzwerke geht, deren Briefe mittlerweile über verschiedene Archive verteilt sind.

4.3 Internationale Forschungsperspektiven

Den bedeutenden Entwicklungen experimenteller Forschungsmöglichkeiten zum Problemkomplex von Hirn, Selbst und Verhalten nach dem Zweiten Weltkrieg war eine konzeptuelle „Neurologization" vorausgegangen,[51] das heißt, es waren zahlreiche Ansätze hypothetischer Nervensysteme zu Testzwecken entwickelt worden, um eine gemeinsame Grundlage für Daten unterschiedlicher Genese und Konzepte (Psychologie, Physiologie, Kybernetik, Zoologie, Anatomie, Chemie) und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unter dem Oberbegriff „Neurowissenschaft" zu entwickeln. Dadurch wurden Monographien wie beispielsweise Konorski (1948) oder Eccles (1953) zu Klassikern und erlangten als konzeptuelle Basistexte der entstehenden „Neuroscience" nachhaltige Bedeutung.

Ein wissenschaftshistorisches Forschungsthema zum Eccles-Nachlass wird es sein, die Rolle dieser theoretischen Konstruktionen von Gehirn und zentralem Nervensystem für die experimentellen Herangehensweisen zu analysieren, mit denen seitdem die anatomischen und physiologischen Voraussetzungen von (menschlichem) Verhalten untersucht und in einem multidisziplinären Gesamtrahmen, charakteristisch für die Neurowissenschaften, interpretiert worden sind.

Ein zweites Forschungsziel auf einer anderen, aber vielfach verbundenen Ebene, ist die kulturelle Bedeutung des zentralen Organs im Nervensystem, des Gehirns, als Organisationszentrale bewusster und unbewusster Lebensvorgänge. In diesem Zusammenhang sollen die Prozesse und Kommunikationsstrategien untersucht werden, mit denen das Gehirn (insbesondere das menschliche) zur wichtigsten Forschungsfront und Aufgabe erklärt wurde, die Wissenschaftler lösen sollten. Dieser Prozess impliziert methodologische und epistemologische Transitionen hin zur Meistererzählung von direkten Verbindungen zwischen dem Wissen um Hirnfunktionen und den bedeutendsten Fragen westlicher Kultur in doppelter Funktion: Einerseits verknüpften sie laufende Forschungen mit der Zukunft der westlichen Welt (das Gehirn als elektronische Maschine verwies auf unsere technologische automatisierte Zukunft, Computer und Gehirne würden gleichermaßen verstanden und gesteuert).[52] Andererseits absorbierten sie traditionelle Wertfragen (z.B. die Körper-Geist-Re-

[50] Fangerau (2009), S. 223.
[51] Skinner (1938).
[52] Pickering (2010).

lation, Willensfreiheit, moralische Werte und soziale Bindungen) und versprachen, sie rational in experimentell begründete Lösungen zu überführen.[53] Damit bildeten die Ausgangskonzepte der Neurowissenschaft nicht nur den Rahmen zur Inspiration und Organisation von Experimentalforschung im Sinne „epistemischer Dinge", sondern wurden auch zu kulturellen Symbolen für die Bedeutung des Forschungsfortschritts zur Verbindung von Natur- und Zivilisationsgeschichte im Sinne einer konvergenten Evolution.[54]

Um verschiedene Interpretationen der Verknüpfung von Hirn, Selbst und Verhalten auf zwei wesentlichen Ebenen zu untersuchen, erscheint „das Gehirn" in doppelter Perspektive: Einerseits als ein „epistemisches Ding", das heißt vorläufig unklar definiertes Ziel ergebnisoffener Laborforschungen unter Berücksichtigung der Entwicklung verschiedener Experimentalsysteme,[55] andererseits als „cultural icon" im Diskurs der sich rapide entwickelnden Massenmedien, vor dem Hintergrund der rapiden Entwicklung der Datenverarbeitung hin zu einer „brain culture".[56] In der Nachkriegszeit wurden einige Laborwissenschaftler zu prominenten Intellektuellen, manche sogar zu kulturellen Autoritäten – ein Prozess, der bis in das heutige Problemfeld von Wissenstransfer und Wissenspopularisierung beziehungsweise „public understanding of science" hinein reicht.[57] Damit kann die wissenschaftshistorische Analyse auf drei miteinander verbundenen Ebenen betrieben werden: Erstens der epistemologisch-operationalen unterschiedlicher Forschungsansätze der Neurowissenschaften, zweitens der epistemologisch-kulturellen zur Ausgrenzung von Forschungsgegenständen, etwa als parapsychologische Phänomene, sowie drittens kulturell-gesellschaftlich, wie sich die Neurowissenschaften in den Medien präsentierten und mit welchen Implikationen das Gehirn als Ikone für die Zukunft der (post-)industriellen Gesellschaft verknüpft worden ist.

Über solche systematischen Studien hinaus kann der (neurowissenschaftliche) Eccles-Nachlass für verschiedene Recherchen von Interesse sein und wird daher mithilfe der Internet-Datenbank „Kalliope" für die wissenschaftliche Öffentlichkeit sukzessive erschlossen.

---

53 Hagner/Borck (2001).
54 Vgl. Eccles (1989).
55 Rheinberger (1997), S. 2.
56 Pickering (2010).
57 Bowler (2009).

Literatur

1. Bacq (1975): Zenon M. Bacq, Chemical transmission of nerve impulses: a historical sketch, Oxford 1975.
2. Bowler (2009): Peter J. Bowler, Science for All: The Popularization of Science in Early Twentieth-Century Britain, Chicago/London 2009.
3. Brock/Coombs/Eccles (1952): Lawrence Brock, Jack S. Coombs, John C. Eccles, The recording of potentials from motoneurones with an intracellular electrode, Journal of Physiology 117 (1952), S. 431-460.
4. Brock/Coombs/Eccles (1953): Lawrence Brock, Jack S. Coombs, John C. Eccles, Intracellular recording from antidromically activated motoneurones, Journal of Physiology 122 (1953), S. 429-461.
5. Cronin/Atkins (2000): Blaise Cronin, Helen B. Atkins (Hrsg.), The web of knowledge – a Festschrift in honor of Eugene Garfield, Medford (NJ) 2000.
6. Curtis/Andersen (2001): David R. Curtis, Per Andersen, John Carew Eccles 1903-1997, Historical Records of Australian Science 13 (2001), S. 439-473.
7. Eccles/Biersack (2000): Helena Eccles, Hans J. Biersack (Hrsg.), Sir John Eccles in memoriam, a tireless warrior for dualism, Landsberg am Lech 2000.
8. Eccles (1953): John C. Eccles, The neurophysiological basis of mind: The principles of neurophysiology. The Waynflete Lectures 1952, Oxford 1953.
9. Eccles (1975): John C. Eccles, Under the spell of the synapse, in: Frederic G. Worden, Judith P. Swazey, George Adelman (Hrsg.), The neurosciences: paths of discovery, Cambridge (MS) 1975, S. 159-179.
10. Eccles (1976): John C. Eccles, From electrical to chemical transmission in the central nervous system, Notes and Records of the Royal Society of London 30 (1976), 2, S. 219-230.
11. Eccles (1977): John C. Eccles, My scientific odyssey, Annual Review of Physiology 39 (1977), S. 1-18.
12. Eccles (1981): John C. Eccles, In praise of books, in: Matthias Pflieger, Ernst Reinhard Piper (Hrsg.), Für Klaus Piper zum 70. Geburtstag, München 1981, S. 48-50.
13. Eccles (1983): John C. Eccles, The human mystery: a lifelong search for truth, Civitas 38 (1983), S. 301-305.
14. Eccles (1989): John C. Eccles, The evolution of the brain: creation of the conscious self, London et al. 1989.
15. Eccles (1994): John C. Eccles, How the Self controls its Brain, Berlin et al. 1994.
16. Eccles/Gibson (1979): John C. Eccles, William C. Gibson, Sherrington, his life and thought, Berlin et al. 1979.
17. Fangerau (2009): Heiner Fangerau, Der Austausch von Wissen und die rekonstruktive Visualisierung formeller und informeller Denkkollektive, in: Heiner Fangerau, Thorsten Halling (Hrsg.), Netzwerke: Allgemeine Theorie oder Universalmetapher in den Wissenschaften? Ein transdisziplinärer Überblick, Bielefeld 2009, S. 215-246.
18. Fangerau (2010). Heiner Fangerau, Spinning the scientific web – Jacques Loeb (1859-1924) und sein Programm einer internationalen biomedizinischen Grundlagenforschung, Berlin 2010.

19. Fangerau/Halling (2009): Heiner Fangerau, Thorsten Halling, Noch ein Buch zu Netzwerken? Eine kurze Einleitung, in: Heiner Fangerau, Thorsten Halling (Hrsg.), Netzwerke: Allgemeine Theorie oder Universalmetapher in den Wissenschaften? Ein transdisziplinärer Überblick, Bielefeld 2009, S. 7-9.
20. Fangerau/Martin/Lindenberg (2009): Heiner Fangerau, Michael Martin, Robert Lindenberg, Vernetztes Wissen: Kognitive Frames, neuronale Netze und ihre Anwendung im medizinhistorischen Diskurs, in: Heiner Fangerau, Thorsten Halling (Hrsg.), Netzwerke: Allgemeine Theorie oder Universalmetapher in den Wissenschaften? Ein transdisziplinärer Überblick, Bielefeld 2009, S. 29-48.
21. Finger/Benger (1987): Heinz Finger, Anita Benger, Der Kölner Professor Gisbert Longolius, Leibarzt Erzbischof Hermanns von Wied, und die Reste seiner Bibliothek in der Universitätsbibliothek Düsseldorf, Düsseldorf 1987.
22. Foley/Storey (2009). Paul B. Foley, Catherine E. Storey, History of neurology in Australia and New Zealand, in: Stanley Finger, Francois Boller, Kenneth L. Tyler (Hrsg.), Handbook of Clinical Neurology, Bd. 95: History of Neurology, Amsterdam et al. 2009, S. 781-800.
23. Freund (2011): Hans-Joachim Freund, Securing the Eccles Collection, in: Hans-Joachim Freund, Ulrich Koppitz, Alfons Labisch (Hrsg.), The Legacy of John C. Eccles – Selected Letters (1937-1963) and Guide to the Archive in Düsseldorf, Aachen 2011, S. 7f.
24. Freund/Koppitz/Labisch (2011): Hans-Joachim Freund, Ulrich Koppitz, Alfons Labisch (Hrsg.), The Legacy of John C. Eccles – Selected Letters (1937-1963) and Guide to the Archive in Düsseldorf, Aachen 2011.
25. Garfield (1973): Eugene Garfield, Historiographs, Librarianship, and the History of Science, in: Conrad H. Rawski (Hrsg.), Toward a theory of librarianship. Papers in honor of Jesse Hauk Shera, Methuen (NJ) 1973, S. 380-402.
26. Girolami/Taborikova/Nistico (1994): Paul Girolami, Helena Taborikova, Giuseppe Nistico (Hrsg.), In Memory of Sir Henry Dale, Rom 1994.
27. Grell (2011): Ursula Grell, Brain Pool: The C. and O. Vogt-Archives – an invitation to history-based neuroscientific research, in: Hans-Joachim Freund, Ulrich Koppitz, Alfons Labisch (Hrsg.), The Legacy of John C. Eccles – Selected Letters (1937-1963) and Guide to the Archive in Düsseldorf, Aachen 2011, S. 9-17.
28. Hagner/Borck (2001): Michael Hagner, Cornelius Borck (Hrsg.), Mindful practices. On the neurosciences in the twentieth century, Science in context 14 (2001), S. 507-510.
29. Ito (2006): Masao Ito, Cerebellar circuitry as a neuronal machine, Progress in Neurobiology 78 (2006), S. 272-303.
30. Konorski (1948): Jerzy Konorski, Conditioned reflexes and neuron organisation, Cambridge 1948.
31. Koppitz et al. (2011a): Ulrich Koppitz et al., John Eccles' private Library, in: Hans-Joachim Freund, Ulrich Koppitz, Alfons Labisch (Hrsg.), The Legacy of John C. Eccles – Selected Letters (1937-1963) and Guide to the Archive in Düsseldorf, Aachen 2011, S. 25-28.

32. Koppitz et al. (2011b): Ulrich Koppitz et al., About the Revised List of Publications by John C. Eccles, in: Hans-Joachim Freund, Ulrich Koppitz, Alfons Labisch (Hrsg.), The Legacy of John C. Eccles – Selected Letters (1937-1963) and Guide to the Archive in Düsseldorf, Aachen 2011, S. 29-32.
33. McComas (2011): Alan J. McComas, Galvani's Spark: The Story of the Nerve Impulse, Oxford et al. 2011.
34. Mennis (2003): Margret R. Mennis, The Book of Eccles: A portrait of Sir John Eccles, Australian Nobel Laureate and Scientist 1903-1997, Lalong 2003.
35. Pickering (2010): Andrew Pickering, The cybernetic brain: sketches of another future, Chicago 2010.
36. Popper/Eccles (1977): Karl R. Popper, John C. Eccles, The Self and Its Brain: An Argument for Interactionism, Berlin 1977.
37. Regeln zur Erschließung von Nachlässen (2010): Regeln zur Erschließung von Nachlässen und Autographen (RNA), betreut von der Staatsbibliothek zu Berlin – Preußischer Kulturbesitz und der Österreichischen Nationalbibliothek Wien, Stand: 04.02.2010, http://kalliope.staatsbibliothek-berlin.de/verbund/rna_berlin_wien_mastercopy_08_02_2010.pdf (gesehen am 22.11.2013).
38. Rheinberger (1997): Hans Jörg Rheinberger, Towards a History of Epistemic Things. Synthesizing Proteins in a Test Tube, Stanford 1997.
39. Skinner (1938): Burrhus F. Skinner, The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis, New York 1938.
40. Squire (1996-2011): Larry S. Squire (Hrsg.), The History of Neuroscience in Autobiography, 10 Bde., Washington 1996-2011.
41. Stuart/Brownstone (2011): Douglas G. Stuart, Robert M. Brownstone, The beginning of intracellular recording in spinal neurons: Facts, reflections, and speculations, Brain Research 1409 (2011), S. 62-92.
42. Stuart/Pierce (2006): Douglas G. Stuart, Patricia A. Pierce, The academic lineage of Sir John Carew Eccles (1903-1997), Progress in Neurobiology 78 (2006), S. 136-155.
43. Stuart/Zigmond (2006): Douglas G. Stuart, Michael J. Zigmond, Preface, Progress in Neurobiology 78 (2006), S. 135.
44. Thiele (1978): Joachim Thiele, Wissenschaftliche Kommunikation – die Korrespondenz Ernst Machs, Kastellaun 1978.
45. Todman (2008): Don Todman, John Eccles (1903-97) and the experiment that proved chemical synaptic transmission in the central nervous system, Journal of Clinical Neuroscience 15 (2008), S. 972-977.
46. Valenstein (2005): Elliot S. Valenstein, The war of the soups and the sparks: the discovery of neurotransmitters and the dispute over how nerves communicate, New York 2005.
47. Wiesendanger (2006): Mario Wiesendanger, Eccles' perspective of the forebrain, its role in skilled movements, and the mind-brain problem, Progress in Neurobiology 78 (2006), S. 304-321.

Tabellen

Tabelle 1: Tabellarischer Lebenslauf von John Carew Eccles; nach Freund (2011), S. 18, und Curtis et al. (2001).
Tabelle 2: Persönliches in der Nachlassbibliothek J. Eccles; nach Freund (2011), S. 25.
Tabelle 3: Zeitschriftenbeiträge (Web of Science) im Vergleich zum gesamten Werkverzeichnis; nach Freund (2011), S. 25.

Sven Effert (1922-2000) und die Gründung des „Helmholtz-Instituts für Biomedizinische Technik“ der RWTH Aachen

Maren Friederike Weber und Dominik Groß

1. Einleitung

Sven Effert gehörte wohl zu den prägendsten und markantesten Figuren der Gründungsphase der Medizinischen Fakultät und des „Helmholtz-Instituts“ der RWTH Aachen. Sein besonderes Verdienst wird darin gesehen, „das große Potential der Ingenieurleistungen der RWTH für die Medizin nutzbar gemacht“ zu haben.[1]

Vor diesem Hintergrund verfolgt der vorliegende Beitrag das Ziel, die Rolle des Internisten und Gründungsordinarius Sven Effert bei der Etablierung des Forschungsschwerpunktes „Medizintechnik“ und bei der Gründung des „Helmholtz-Instituts für Biomedizinische Technik“ näher zu beleuchten. Dabei gilt es, zunächst den privaten und wissenschaftlichen Werdegang des Mediziners zu skizzieren (Kapitel 2), bevor auf die Berufung Efferts nach Aachen (1966) und seine frühe Tätigkeit als Ordinarius für Innere Medizin (1966ff.) einzugehen sein wird (Kapitel 3). Im Mittelpunkt der Analyse stehen sodann die Aktivitäten und Initiativen Efferts, die 1973 schließlich zur Gründung des „Helmholtz-Instituts“ führten (Kapitel 4). Ein letztes Augenmerk gilt abschließend der rezenten Entwicklung dieses Instituts und einem Vergleich der damaligen mit der heutigen Struktur.

2. Sven Effert – Ein kurzer Blick auf Leben und Werk

Sven Effert wurde am 31. März 1922 in Aachen als Sohn des Fabrikanten Edgar Effert und der Sängerin Else Effert, geb. Philips, geboren. Edgar Effert war Geschäftsführer der „Schumacher Metallwerke GmbH“ (später SCHUMAG) in Aachen.[2]

Effert besuchte von 1928 bis 1932 die Grundschule in Aachen. Im Anschluss daran lernte er an der humanistisch geprägten Staatlichen Kaiser-Wilhelm-Schule, Oberschule für Jungen in Aachen, und schloss diese am 10. Februar 1940 mit der Reifeprüfung ab.[3] Bereits im Reifezeugnis war der Wunsch Efferts vermerkt, Medizin studieren zu wollen.

Nachdem Sven Effert von April bis August 1940 seinen Reichsarbeitsdienst abgeleistet hatte, begann er Ende 1940 das Medizinstudium an der Universität Bonn, das er im Sommersemester 1941 an der Universität Freiburg im Breisgau fortsetzte. Es folgten Unterbrechungen durch Fronteinsätze; schließlich konnte Effert mit Beginn des Sommersemesters 1943 das Studium im Rahmen einer Studentenkompanie wieder aufnehmen. Am 12. Oktober 1943 legte er die Ärztliche Vorprüfung in Bonn ab. Kurz vor Kriegsgefangennahme durch die Amerikanischen Besatzer (im April 1945) erfolgte 1944 ein Einsatz als Feldunterarzt im Westen. Nach der Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft Ende 1945 konnte das Studium an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf wieder aufgenommen

[1] Hanrath/Meyer (2000), S. 161.

[2] Personalakte UK Aachen: Personal-Fragebogen, S. I; Hanrath/Meyer (2000), S. 161f.

[3] Privatnachlass: „Zeugnis der Reife“; Personalakte UK Aachen: Personal-Fragebogen 1951, S. IV.

werden. Sven Effert schloss am 8. Januar 1948 in Düsseldorf sein Medizinstudium mit dem Gesamturteil „sehr gut" in der Ärztlichen Prüfung ab, und am 19. Januar 1948 wurde ihm durch den Sozialminister des neu gegründeten Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) die „Bestallung als Arzt" erteilt. Am selben Tag verlieh ihm die Medizinische Akademie zu Düsseldorf den Grad eines Doktors der Medizin. Effert promovierte durch seine Dissertation „Untersuchungen über Körpergröße und Körpergewicht von Schulkindern mit Hilfe der Grosszahlforschung (10 bis 14-jährige Mädchen in Düsseldorf)".[4]

Zum 1. Oktober 1948 begann Effert seine internistische Laufbahn an der I. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf bei Erich Boden. Hier war er zunächst als Volontärassistent[5] tätig. Am 18. März 1952 wurde Effert als wissenschaftlicher Assistent vom Oberstadtdirektor der Stadt Düsseldorf in den Beamtenstatus erhoben und war damit ab dem 1. April 1952 planmäßiger wissenschaftlicher Assistent der Klinik.[6] Für insgesamt 18 Monate unterbrochen wurde die Tätigkeit in der Inneren Medizin durch ausschließliche Aufenthalte in der Röntgen-Abteilung der Klinik als planmäßiger Assistent unter der Leitung H. Köhnles. Hier erwarb Effert die erforderlichen Kenntnisse der internistischen Röntgendiagnostik und arbeitete auf allen Gebieten auch selbstständig praktisch. Bereits während seiner achtjährigen Tätigkeit in der I. Medizinischen Klinik zeigte er reges Interesse an röntgenologischen Fragestellungen und stand „im Bedarfsfalle der Abteilung [Röntgenabteilung] helfend zur Verfügung".[7] Er bearbeitete wissenschaftliche radiologische Problemstellungen, insbesondere den Herzkatheterismus sowie die Synthese von Röntgenologie des Herzens und Elektrokardiographie. Zudem befasste sich Effert auch mit der „allgemeinen Röntgendiagnostik der Lunge, (...) des Magen- Darmkanales (sic!) und des

---

[4] Effert (1948); Privatnachlass/Persönliche Dokumente: Führungszeugnis Reichsarbeitsdienst; Zeugnis der ärztlichen Vorprüfung 1943; Übersicht über die Ärztliche Prüfung 1948; Lebenslauf, Prof. Dr. med. Sven Effert 1973; Personalakte UK Aachen: Personal-Fragebogen 1951 und Handschriftlicher Lebenslauf 1951.

[5] Aus einem entsprechenden Dokument in Efferts Personalakte des UK Aachen geht hervor, dass für die Bewerbung auf eine Volontärassistentenstelle die Nachweise über die Bestallung als (Zahn-)Arzt sowie über den Erwerb der „medizinischen oder zahnärztlichen Doktorwürde oder (...) den entsprechenden Doktorgrad" zu erbringen waren. Eine Annahme erfolgte nur für eine voraussichtliche Dauer von einem Jahr, Personalakte UK Aachen: Bestimmungen über Einstellung der Volontärassistenten an den Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf (1951). Dabei ist bemerkenswert, dass die Volontärassistenten im Krankheitsfall Anspruch auf freie poliklinische und stationäre Behandlung in den Städtischen Krankenanstalten hatten (ebenda), gemessen an sonstigen Nachteilen gegenüber wissenschaftlichen Assistenten wie fehlendem Anspruch auf Versorgung, Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung, Personalakte UK Aachen: Vertrag „Volontärassistenz" für die Zeit vom 01.01.1951 bis 31.12.1951. Im Jahr 1951 betrugen die Bezüge für den Volontärassistenten Effert (verheiratet, ein Kind) monatlich 310 DM brutto, Personalakte UK Aachen: Betr. „Einstellung des bez. Volontärassistenten Dr.med. Sven Effert an der Medizinischen Klinik" 1951.

[6] Privatnachlass/Persönliche Dokumente: Zeugnis über planmäßige wissenschaftliche Assistenz an der I. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf 1954; Ernennungsurkunde zum wissenschaftlichen Assistenten 1952. Auch vorhanden in Personalakte UK Aachen: (1952b) Ernennungsurkunde zum wissenschaftlichen Assistenten 1952; Vertrag über Fortführung des Dienstverhältnisses Medizinische Klinik I in Düsseldorf ab 01.04.1952 als wissenschaftlicher Assistent.

[7] Privatnachlass/Persönliche Dokumente: Zeugnis über 18 Monate planmäßige Assistenz in der Röntgenabteilung der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf 1957.

Skelettsystems“ sowie „speziell mit der geziehlten (sic!) Bronchographie“, die er in großer Anzahl auch in der I. Medizinischen Klinik eigenverantwortlich durchführte.[8]

Er war an zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten der Medizinischen Klinik beteiligt, darunter an der Forschung über die Hämodynamik bei Hypertonie, über Venendruckmessungen sowie über die Wirkung von Nebennierenhormonen auf den Kreislauf. Zu einem großen Teil wirkte Effert an der Einführung der Herzkathetertechnik mit und erwarb so schließlich die detaillierten Kenntnisse, die zu ihrer Durchführung notwendig sind. Unter Efferts Mitwirkung kam es zur Publikation zahlreicher Artikel über Anwendung, Erfolg und Technik der Methode bei Patienten mit angeborenen sowie erworbenen Herzfehlern. Zudem bildete er sich auf dem Gebiet der Elektrokardiographie (EKG) weiter und führte seit 1951 unter Bodens Leitung, parallel zu seiner Stationsarbeit, die EKG-Abteilung der Klinik. Hier verfasste er auch wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema und wirkte an der siebten Auflage von Bodens Werk „Lehrbuch der Elektrokardiographie“ entscheidend mit. Schon Boden zählte Effert zu seinem engsten Mitarbeiterkreis, nicht nur aufgrund seiner fachlichen Kenntnisse, sondern auch wegen der „besonders hoch zu wertenden charakterlichen Eigenschaften“.[9]

Nach der Emeritierung Bodens übernahm Franz Grosse-Brockhoff die Leitung der Medizinischen Klinik. Unter seiner Führung entwickelte sich Effert sowohl in der Klinik als auch in der Forschung weiter und machte sich einen Namen in der einschlägigen Fachwelt. Am 24. November 1959 wurde er aufgrund seiner Habilitationsschrift „Der derzeitige Stand der Ultraschallkardiographie“,[10] seiner bisherigen Veröffentlichungen sowie „durch wissenschaftliche Aussprache“ von der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf unter dem Rektorat Professor Fritz Hahns zum Dozenten für das Fach Innere Medizin ernannt. Zum 21. Februar 1964 erfolgte die Ernennung des Privatdozenten Efferts zum Oberarzt durch den Rektor der Medizinischen Akademie in Düsseldorf, Professor Anton Kiesselbach, im Namen der Landesregierung NRW und für den Kultusminister. Ein Jahr darauf, am 10. Juni 1965, erhielt Effert den Titel „außerplanmäßiger Professor“, und ein Jahr später ereilte ihn der Ruf an die neu gegründete Medizinische Fakultät der RWTH Aachen.[11]

3. Sven Effert – Die Anfangsjahre als Ordinarius in Aachen

Sven Effert gehörte zur ersten Generation von Ordinarien an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen. Am 1. Januar 1966 waren die Städtischen Krankenanstalten an der Goethe-Straße als „Klinische Anstalten der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule“ (1.000 Betten) in den Besitz des Landes Nordrhein-Westfalen übergegangen, und bereits am 1. März 1966 wurde mit dem Chirurgen Martin Reifferscheid (1917-1993) der

[8] Privatnachlass/Persönliche Dokumente (1954) Zeugnis über planmäßige wissenschaftliche Assistenz an der I. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf.

[9] Ebenda.

[10] Effert (1959).

[11] Privatnachlass/Persönliche Dokumente: Ernennungsurkunde zum „Dozenten für das Fach Innere Medizin“ 1959; Ernennungsurkunde zum Oberarzt 1964; Ernennungsurkunde zum außerplanmäßigen Professor 1965. Ernennungsurkunde zum „Ordentlichen Professor unter Verleihung der Eigenschaft eines Beamten auf Lebenszeit“ 1966.

erste ordentliche Professor berufen. Gut drei Monate später, am 18. Juni 1966, erfolgte die feierliche Konstituierung der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen. Reifferscheid folgten am 14. Mai 1966 die Ordinarien für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Hugo Eickhoff), Dermatologie (Walther Gahlen), Orthopädie (Anton Hopf), Augenheilkunde (Alfred Jäger), Urologie (Wolfgang Lutzeyer), Kinderheilkunde (Hans Schönenberg) und Pathologie (Jakob Schoenmackers). In den darauffolgenden Monaten des Jahres 1966 wurden schließlich noch fünf weitere Lehrstühle besetzt, darunter auch der Lehrstuhl für Innere Medizin II,[12] auf den zum 1. Oktober 1966 Sven Effert berufen wurde.[13]

Effert übernahm bei Beginn seiner Tätigkeit in Aachen, wie seine anderen berufenen Kollegen, das Personal der bisherigen Städtischen Krankenanstalten Aachen. Damit verfügte er über die mit 258 Betten mit Abstand größte Abteilung innerhalb der Städtischen Krankenanstalten mit den meisten Angestellten.[14]

Aus dem Entwurf einer Berufungsvereinbarung zwischen dem Kultusministerium und Effert geht der Stellenschlüssel der bisherigen Medizinischen Klinik mit dem Stand vom Juli 1966 hervor. Dabei waren unter anderem Stellen für drei Oberärzte und 15 Wissenschaftliche Assistenten vorhanden. Außerdem hieß es, das Kultusministerium wollte sich für die Einrichtung einer weiteren Oberarzt- sowie von fünf Stellen für Wissenschaftliche Assistenten einsetzen. Dabei wurde auch klar gestellt, dass aufgrund der vorgesehenen Aufteilung der bisherigen Medizinischen Klinik in zwei Lehrstühle und Einbeziehung einer geplanten Medizinischen Poliklinik eine Aufteilung der vorhandenen Mittel und Stellen zu möglichst gleichen Teilen erfolgen sollte. Effert stand mit Übernahme des Lehrstuhls für das Jahr 1966 ein Etat von 42.600 DM für laufende sowie 275.000 DM für einmalige Sachmittel zu. Da Effert offenbar eine einmalige Summe von 335.520 DM für den Bereich der bisherigen Medizinischen Klinik sowie für das vorgesehene Zentrallabor der Medizinischen Fakultät als erforderlich erachtete, wurden ihm des Weiteren Mittel in Höhe von insgesamt DM 67.000 DM in Aussicht gestellt, die im Haushaltsplan für die Jahre 1967 und 1968 als einmalige Zahlungen bereitgestellt werden sollten.[15]

Bereits im Februar 1967 wurde seitens der Landesregierung einem Antrag entsprochen, den Lehrstuhl Efferts in Lehrstuhl für Innere Medizin I umzubenennen. Ob Effert selbst diesen Antrag gestellt hatte, geht aus den vorliegenden Dokumenten nicht hervor.

---

[12] Aus Dokumenten des Privatnachlasses geht hervor, dass Effert im Juli 1966 zunächst auf den zweiten Lehrstuhl für Innere Medizin berufen wurde. Im Februar 1967 jedoch erfolgte durch den Kultusminister des Landes NRW eine Umbenennung dieses Lehrstuhls in „Lehrstuhl für Innere Medizin I". Vgl. Privatnachlass/Korrespondenz: Korrespondenz bez. Berufung zum „Ordentlichen Professor auf den zweiten Lehrstuhl für Innere Medizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen" 1966; Abschrift betr. Bezeichnungen der beiden Abteilungen im Bereich der Inneren Medizin der Medizin. Fakultät an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen und Übertragung der jeweiligen Leitung 1967 sowie Abschrift betr. Umbenennung des Lehrstuhls für Innere Medizin I 1967.

[13] Berufen am 20. Juli 1966. Vgl. Privatnachlass/Korrespondenz: Korrespondenz bez. Berufung zum „Ordentlichen Professor auf den zweiten Lehrstuhl für Innere Medizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen" 1967; Korrespondenz bez. Berufungsvereinbarung 1966.

[14] Aus Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. 24018 (1965), S. 1.

[15] Privatnachlass/Korrespondenz: Korrespondenz bez. Berufungsvereinbarung 1966.

Kurz darauf, am 6. April 1967, wurde Robert Heintz auf den Lehrstuhl für Innere Medizin II berufen.[16]

Am 30. November 1972 erhielt Effert von der Ärztekammer Nordrhein die „Genehmigung, in Verbindung mit der Bezeichnung Arzt für Innere Medizin die Teilgebietsbezeichnung Kardiologie zu führen“.[17] Diese ging ihm mit einem Schreiben der Ärztekammer vom 7. Februar 1973 zu, womit er zugleich als Fachreferent für das Teilgebiet Kardiologie bestätigt wurde.[18]

In ebendiese Zeitphase fiel auch das aufkeimende wissenschaftliche Interesse Efferts an der Biomedizinischen Technik (BMT), einer interdisziplinären Forschung von Ingenieuren, Naturwissenschaftlern und Medizinern im Sinne eines Fortschritts im Bereich der klinischen Medizin. Im Fokus der gesellschaftlichen Belange stand diese interdisziplinäre Form der Forschung damit aber noch lange nicht.

Schon 1961 war es zur Gründung der „Deutsche Gesellschaft für Medizinische und Biologische Elektronik“ gekommen, die dem damaligen technologischen Fokus zufolge auf das Gebiet der elektronisch gesteuerten Medizintechnik ausgerichtet war. Die Professoren B. Rajewski (Frankfurt am Main) und H. W. Knipping (Köln) waren ihre ersten Vorsitzenden. Die satzungsgemäßen Ziele waren,

> „(...) die Entwicklung und Anwendung elektronischer Verfahren in der klinischen Medizin wie in der medizinisch-biologischen Grundlagenforschung zu unterstützen und das allgemeine Verständnis für die Bedeutung der elektronischen Verfahren in Medizin und Biologie zu fördern“.[19]

Um 1970 erfolgte eine Umbenennung in „Deutsche Gesellschaft für biologische und medizinische Technik“.[20] In etwa parallel zur Entstehung der Gesellschaft kam es in Stuttgart zur Gründung einer anderen Gruppierung um die Professoren Blenke, Keller, Heuck und Faust unter dem Namen „Gesellschaft für Biomedizinische Technik“. Diese war stärker durch die Gebiete Maschinenbau und Verfahrenstechnik beeinflusst. 1971 dann schlossen sich beide Gesellschaften zusammen, indem letztere zwar aufgelöst wurde und in der etwas älteren Gruppe aufging, aber ihren Namen mit einbrachte. Von nun an hieß die Vereinigung somit „Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik, DGBMT“. Sven Effert war bis 1975 Vorsitzender der Gesellschaft.[21]

---

[16] Privatnachlass/Korrespondenz: Abschrift betr. Umbenennung des Lehrstuhls für Innere Medizin I 1967; Abschrift betr. Bezeichnungen der beiden Abteilungen im Bereich der Inneren Medizin der Medizin. Fakultät an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen und Übertragung der jeweiligen Leitung 1967; RWTH Aachen (1967), S. 135.

[17] Privatnachlass/Persönliche Dokumente: Genehmigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung Kardiologie in Verbindung mit der Bezeichnung Arzt für Innere Medizin 1972.

[18] Privatnachlass/Korrespondenz: Korrespondenz betr. Teilgebietsbezeichnung Kardiologie und Bestätigung als Fachreferent für das Teilgebiet 1973.

[19] Zitiert nach Klasmeier (1969), S. 32f.

[20] Redaktion der Zeitschrift Elektromedizin (1970), S. 207.

[21] Vgl. Konecny/Kaiser (im Druck); Effert (1972), S. 15-17. Vgl. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik e.V. (2000), S. 42.

4. Sven Effert und die Gründung des „Helmholtz-Instituts“

Zwischen dem Ruf Efferts auf den Lehrstuhl für Innere Medizin I der RWTH Aachen (1966) und der Gründung des „Helmholtz-Instituts für Biomedizinische Technik Aachen“ (HIA, 1971) lagen fünf Jahre. Im Folgenden gilt es nachzuzeichnen, welche Initiativen und Aktivitäten in diesem vergleichsweise kurzen Zeitraum zur Gründung des HIA führten und welche Rolle Sven Effert hierbei zukam.

Auch wenn es zu Beginn der 1960er Jahre verstreute Einzelaktivitäten in der biomedizinisch-technischen Forschung und Industrie gegeben hatte,[22] so konnte doch in der Bundesrepublik Deutschland – anders als im internationalen Maßstab – noch nicht von einer organisierten Forschung oder Institutionalisierung die Rede sein. Vor diesem Hintergrund gab die Stiftung Volkswagenwerk Ende 1967 – getreu ihrem Motto „Wir springen dort ein, wo es noch weiße Flecken auf der Landkarte der Wissenschaft gibt“[23] – bei Gerd Klasmeier[24] eine Studie zum Stand der Biomedizinischen Technik in Deutschland in Auftrag, die dieser bereits im Mai 1968 vorlegte. Die Studie sollte zum Ziel haben, den Bedarf an einer Weiterentwicklung des Gebietes zu bestimmen und eine gezielte Förderung desselben mit Mitteln der Stiftung zu initiieren. Klasmeier ging dabei der Frage nach, inwiefern bzw. warum dieses interdisziplinäre Forschungsgebiet in Deutschland bis dato vernachlässigt worden war und analysierte das verfügbare Potential. Er resümierte nach Abschluss seiner Studie:

> „(...) die für eine erfolgreiche medizinische Forschung erforderliche Zusammenarbeit zwischen der Medizin und den Ingenieur- und Naturwissenschaften in Deutschland [erreicht] den internationalen Standard nicht (...). Die Mittel, die zu der hier skizzierten Initialzündung notwendig sind, entsprechen den Kosten von zwei Kilometern Autobahn.“[25]

Tatsächlich lag – so Gotthard Gambke[26] im Geleit der von Klasmeier angefertigten Studie – das „Gebiet der ‚Bio-Medizinischen Technik‘ (BMT) (...) in der Bundesrepublik noch brach und unterentwickelt da“.[27] In den USA gab es bereits seit 1959 eine systematische Ausbildung in der Biomedizinischen Technik mit ca. 85 Absolventen pro Jahr. Auch in einigen europäischen Staaten verlief die Entwicklung ähnlich wünschenswert. In Frankreich

---

[22] Beispielsweise gründete Max Schaldach 1963 gemeinsam mit Otto Franke die Firma Biotronik, ein Unternehmen, das den ersten implantierbaren Herzschrittmacher in Deutschland entwickelte. Das seit 1970 unter seiner Leitung stehende Zentralinstitut für Biomedizinische Technik in Erlangen sowie das Helmholtz-Institut in Aachen erhielten 1971 den Zuschlag der Stiftung Volkswagenwerk.

[23] Der Spiegel (1975), S. 60.

[24] Professor Dr. rer. nat. Gerd Klasmeier (1925-1981). Studium der Physik in Würzburg, Diplom 1957. Ab 1957 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Physikalischen Institut der Universität Würzburg, 1962 am Institut für angewandte Physik. Promotion in Würzburg 1963. Seit 1964 Konservator, 1967 Oberkonservator am Physikalischen Institut mit dem Hauptarbeitsgebiet „Eektronische Messtechnik“. Lehrauftrag der Universität Würzburg seit 1968. Vgl. Klasmeier (1969), S. 139; Rau/Effert (1983).

[25] Klasmeier (1969), S. 54.

[26] Gotthard Gambke (1908-1988). Referent bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft, 1962 bis 1972 Generalsekretär der Stiftung Volkswagenwerk.

[27] Klasmeier (1969), S. 5.

z.B. war die Notwendigkeit einer Förderung der Biomedizinischen Technik auf höchster Ebene – der „Délégation générale a la recherche scientifique et technique“ (DGRST) – erkannt und anerkannt worden. Seit 1964 diente in Paris das „International Institute for Medical Electronics and Biological Engineering“ (IIMEBE) als gemeinnützige Einrichtung zur Förderung des interdisziplinären Fachgebietes weltweit. Es stand bald mit Gruppen in London, Moskau, Tokio und Stockholm in Kontakt. Seine Aufgaben waren u.a. die Planung und Koordinierung der Ausbildung in Biomedizinischer Technik, die Kontaktaufnahme zwischen Industrie und Benutzern der Geräte in Forschung sowie in Klinik und Praxis, außerdem die Erstellung verbindlicher Normen und Standards inklusive der Zusammenarbeit mit der „International Standard Organization“ (ISO).[28]

Vor diesem Hintergrund schlug Klasmeier Ansätze zum Aufbau einer dem internationalen Vergleich standhaltenden Biomedizinischen Technik in Deutschland vor:

1. Es sollte eine Förderung von etwa zehn interdisziplinären, problemorientierten Arbeitsgruppen über mindestens drei Jahre geben (à 350.000 DM).
2. Die Errichtung resp. Förderung eines Zentrums für Biomedizinische Technik als Pilotprojekt sollte geplant werden. Dieses sollte Rückhalt für die in Klinik und Forschung tätigen Arbeitsgruppen bieten, die Entwicklung von Geräten für medizinische Forschungsarbeiten ermöglichen, die selbst über keine interdisziplinären Arbeitsgruppen verfügten, sowie Kaufberatung und Reparaturdienste für technische Geräte leisten. Zudem sollte sich das Department in der Lehre betätigen, eine Spezialbibliothek errichten und sich aktiv an der biomedizintechnischen Ausbildung beteiligen. Bei all diesen Forderungen könnte eine Anlehnung an geplante Zentren nach seiner Auffassung den Start eines solchen Instituts sehr erleichtern. Das veranschlagte Budget sollte etwa drei Mio. DM umfassen.
3. Die Ausbildung für Biomedizinische Technik sollte z.B. durch Vergabe von Auslandsstipendien an etwa zehn qualifizierte Diplom-Ingenieure oder Physiker für ein je einjähriges Zusatzstudium (ca. 400.000 DM) gefördert werden. Eine Mitarbeit in Arbeitsgruppen entsprach aber nach Klasmeier bereits auch einer Ausbildung. Eine Fortbildung der Mediziner könnte durch Abhaltung entsprechender Kurse erfolgen.[29]

Mit Blick auf das bestehende internationale Zentrum in Paris schlug Klasmeier vor, ebenso ein deutsches Informationszentrums zu schaffen, das durch gute Öffentlichkeitsarbeit der Biomedizinischen Technik zu Förderung und Anerkennung verhelfen, Ausbildungsfragen koordinieren sowie Informationen über laufende Forschungsprojekte und verfügbare Geräte bereitstellen sollte. Außerdem sollte es mittels Informationen über den Status quo im Ausland dort ggf. über Stipendien eine entsprechende Weiterbildung auf internationalem Niveau ermöglichen. Ein langfristiger Erfolg dieser Fördermaßnahmen könnte dabei nur bestehen, wenn nach der Initialphase aus Haushaltsmitteln auch neue Projekte geschaffen werden könnten.[30]

---

[28] Ebenda, S. 33-41.
[29] Ebenda, S. 47-51.
[30] Ebenda, S. 52-54.

In Deutschland gab es zudem keinerlei gezielte, organisierte Ausbildung in diesem Bereich. Klasmeier schlug zunächst ein Aufbaustudium vor, das mit der Voraussetzung Diplomexamen (Ingenieurwissenschaften/Physik/ggf. Chemie oder Biologie) später auch die Möglichkeit zur Promotion bieten sollte. Ein vollständiges Zweitstudium wurde als ungeeignete Lösung angesehen, sie sei „unökonomisch und enthält zuviel (sic!) Redundanz“[31]. Nach Empfehlungen des Wissenschaftsrates wurde damals noch die Einrichtung zweier Studienwege zum theoretischen Mediziner (als Gesprächspartner der Ingenieure in der Forschung und damit Impulsgeber) parallel zur normalen Ausbildung des Arztes geplant, wovon man aber später abrückte.[32] Gotthard Gambke stellte zudem fest:

> „Nicht unerwähnt bleiben soll, daß die BMT im Hochschulbereich eine interfakultative (sic!) Zusammenarbeit in einem bisher an unseren Hochschulen nicht bekannten Maße voraussetzt und somit die Entwicklung dieses Gebietes ein Stück praktizierte Hochschulreform darstellt.“[33]

Aachen schien aufgrund der just erfolgten Attachierung einer Medizinischen Fakultät an die Technische Hochschule geradezu prädestiniert für interdisziplinäre Forschungsprojekte und damit eine Förderung der Biomedizinischen Technik zu sein. Auch wenn anfangs offenbar Zweifel bestanden, so war bei genauerer Betrachtung klar, dass die Anbindung einer Medizinischen Fakultät an eine Technische Hochschule über kurz oder lang zu interdisziplinärer Zusammenarbeit führen musste. Vorgesehen war in der Version der Satzung der Medizinischen Fakultät von Dezember 1965 bereits ein „intrafakultatives Institut für technische Entwicklung und medizinische Technologie“.[34] Uexküll monierte allerdings im Januar 1966, dass der Gedanke der Aufnahme einer Ausbildung für biomedizinisches Ingenieurwesen in der Satzung keinen Niederschlag gefunden hätte.[35]

Schon vor der Gründung der Medizinischen Fakultät an der RWTH Aachen gab es interdisziplinäre Forschungsprojekte auf dem Gebiet Herzkreislauf (im Wesentlichen im Bereich Herzschrittmacher und künstliche Herzklappen) zwischen Instituten der RWTH und der Universität Düsseldorf, die seit 1966 auch von der Stiftung Volkswagenwerk gefördert wurden.[36] Effert, bis 1966 noch Oberarzt in Düsseldorf, hatte sich bereits 1964 im Namen der Klinik mit einem Schrittmacher-Defekt an Werner Irnich[37] vom Institut für theoretische Elektrotechnik der RWTH gewandt und somit erste Kontakte angebahnt. Schon 1967, nur ein Jahr nach Efferts Berufung nach Aachen, wurde hier eine Arbeitsgruppe „Bioelektronik“ aufgebaut. Entscheidend für den späteren Zuschlag der Stiftung Volkswa-

---

[31] Ebenda, S. 44.
[32] Ebenda, S. 46.
[33] Ebenda, S. 7.
[34] Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. 1055 (1965), S. 24.
[35] Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. 24001 (1966), S. 4.
[36] Vgl. Effert (1976), S. 10.
[37] Professor Dr.-Ing. Werner Irnich, geboren am 16.03.1934 in Anrath. Studium der Elektrotechnik an der RWTH Aachen, 1962-1968 wissenschaftlicher Assistent am Institut für theoretische Elektrotechnik (Professor Dr.-Ing. W. Engl), 1968 Promotion, 1968-1977 Klinik für Innere Medizin/Kardiologie (Professor Sven Effert). Etablierung des ersten systematatischen Schrittmacher-Follow-up in Deutschland. Habil. über „Elektrostimulation des Herzens“, ab 1975 Privatdozent für Bioelektronik und Medizinische Meßtechnik. Vgl. Hochschularchiv der RWTH Aachen (2007) sowie Persönliche Mitteilung, Irnich (2012).

genwerk für Aachen und Erlangen sollte die Existenz solcher „Keimzellen“ werden, auf die sich die weitere Entwicklung eines Instituts gründen konnte.[38] Die „Bioelektronik (...) [war] daher das Schlagwort der Stunde“,[39] und Irnich und Effert erklärten diesen Begriff folgendermaßen:

> „Unter ‚Bioelektronik‘ verstehen wir die Anwendung elektrotechnischer Gesetzmäßigkeiten und elektronischer Schaltungen zum Zwecke des Messens (Diagnose), Überwachens und Steuerns (Therapie) von biologischen und medizinischen Vorgängen.“[40]

Auch die Bezeichnung „Biomedical engineering“ war damals gebräuchlich, konnte laut Effert aber noch nicht passend ins Deutsche übersetzt werden, wobei sich mit „Biomedizinischer Technik“ aber seiner Meinung nach zumindest ein prägnanter Begriff gefunden hatte.[41]

Effert zufolge war die Elektrotechnik mit ihren Unterdisziplinen (Messtechnik, Elektronik und Informationsverarbeitung) 1969 am stärksten im biotechnischen Bereich engagiert, seitens der medizinischen Fachbereiche gab es mit der Inneren Medizin die größte Zusammenarbeit.[42] Schon ohne Institutionalisierung existierte zu dieser Zeit eine interdisziplinäre Forschung an diversen Themen, so z.B. an einer Methode der Herzüberwachung nach Herzinfarkt (darüber berichtete Effert einem Zeitungsartikel aus Venezuela zufolge bereits 1969 auf einem Kongress in den USA).[43] In der Abteilung für Innere Medizin I in Aachen gab es eine solche kardiologische Überwachungsstation bereits seit 1967, ebenso einen Herzkathetermessplatz mit den Möglichkeiten einer Rechts- sowie Linksherzkatheteruntersuchung und der Angiographie. Untersuchungen an Schrittmachern wurden durchgeführt und deren Kontrolle nach Implantation vorgenommen (damals verfügbar waren vorhofgesteuerte, Demand- und Stand-By-Schrittmacher). Es war bereits möglich, transvenös Schrittmacher mittels eines durch die Armvene ohne Röntgenkontrolle vorzuschiebenden Katheters mit Goldspitze aus feinem Platindraht anzulegen.[44] Auch das Ballonpulsationsverfahren, ein Verfahren der assistierten Zirkulation, wurde im Tierexperiment erfolgreich erprobt, und Effert hoffte auf baldige Anwendung beim Menschen.[45]

Zudem wurde in Aachen auch das Ausbildungsproblem angegangen: Effert erkannte die „Notwendigkeit einer gemeinsamen Sprache zwischen Ärzten und Ingenieuren bei der fortschreitenden Technik“[46] und eröffnete im September 1971 den ersten Lehrgang für Bioelektronik in Wuppertal, der die Sinne dafür schärfen sollte, wo eine Erweiterung der Grenzen in medizinischer Diagnostik und Therapie durch Ingenieure oder Techniker möglich war.[47]

---

38 Privatnachlass/Persönliche Dokumente: Lebenslauf Prof. Dr. med. Sven Effert 1973, S. 9.
39 Praxis-Kurier (1971), S. 23.
40 Irnich/Effert (1969), S. 43.
41 Effert/Bleifeld/Bussmann (1970), S. 101; vgl. auch Rau/Effert/Waschmann (1979).
42 Effert/Bleifeld/Bussmann (1970), S. 101f.
43 La Republica (1969).
44 Welt am Sonntag (1970).
45 Effert, zitiert in den VDI-Nachrichten (1970). Effert/Bleifeld/Bussmann (1970), S. 104-138.
46 Effert, zitiert in Rheinische Post (1970).
47 Praxis-Kurier (1971), S. 23.

In dieser Situation wurde Effert mit einem Schreiben vom 19. Juli 1968 die Ausschreibung der Stiftung Volkswagenwerk zugestellt. Darin stellte Gotthard Gambke, ihr damaliger Generalsekretär, zunächst klar:

> „Unter Bio-Medizinischer Technik versteht die Stiftung vornehmlich die Anwendung naturwissenschaftlicher und ingenieurmäßiger Mittel und Methoden auf Probleme der Medizin. Hierbei ist nicht nur an Probleme orientierter Grundlagenforschung gedacht, sondern betont auch an die Nutzung der im Bereich der Bio-Medizinischen Technik gewonnenen Erkenntnisse und neuen technischen Möglichkeiten für die Praxis."[48]

Im Folgenden führte Gambke das Angebot und die Bedingungen weiter aus: Es sollte eine einmalige Starthilfe in Höhe von 3,5 Millionen DM für die Errichtung eines interdisziplinären Departments für Bio-Medizinische Technik zur Verfügung gestellt werden, die recht flexibel verwendet werden durften (Schaffung von Arbeitsplätzen, -raum, -einrichtung). Dabei sollte das zu fördernde Department eine selbstständige Vertretung des Fachbereichs Biomedizinische Technik in Lehre und Forschung darstellen und aus mindestens zwei Arbeitsgruppen mit jeweils einem gleichberechtigten Leiter bestehen, die die Einrichtung auch entsprechend gleichberechtigt nutzen sollten. Zumindest der jeweilige Leiter des Departments sollte Mitglied der Fakultäten sein, mit denen das Institut zusammenarbeitet. Die Leiter sollten lehrbefugt sein und mindestens einer von beiden ein Ingenieur oder Physiker. Sollte der Abschluss von Zeitarbeitsverträgen geplant sein, so sollten diese mindestens über die Dauer von fünf Jahren gelten. Es sollte des Weiteren die Möglichkeit zum Diplomabschluss sowie zur Promotion und Habilitation gegeben sein. Auch qualifiziertes Werkstattpersonal sollte im Stellenplan Berücksichtigung finden und das Budget so ausgelegt sein, dass der Statuserhalt und Fortbestand der Einrichtung auch nach Auslaufen der Förderhilfe durch die Stiftung gesichert war. Das Institut sollte selbstständige wissenschaftliche Arbeit ermöglichen; eigene Produktion und Auftragsforschung für kommerzielle Firmen wurde ausgeschlossen. Eine Unterbringung auf dem Klinik-Campus oder in dessen Nähe war als wünschenswert nahegelegt worden. Entsprechend diesen Bedingungen sollte ein konkreter Vorschlag bis zum 31. Dezember 1968 eingereicht werden. Ein Manuskript der damals noch nicht veröffentlichten Klasmeier-Studie wurde der Ausschreibung zur Kenntnisnahme beigefügt.[49]

Effert sah die Aachener „Keimzelle" prädestiniert für eine Bewerbung und führte die Verhandlungen im Auftrag der RWTH.[50] Im Projekt-Vorschlag vom 12. Dezember 1968 hieß es:

> „Die Basis für ein interdisziplinäres Department Bio-Medizinische Technik gemäß den in Ihrem Schreiben vom 19. Juli 1968 mitgeteilten Vorstellungen der Stiftung ist in Aachen vorhanden."[51]

---

[48] Unterlagen Helmholtz-Institut Aachen, Gambke (1968), S. 1.

[49] Ebenda, S. 2-5

[50] Effert, in: Berndt Lüderitz, Oral History of Cardiac Pacing and Electrophysiology, S. 12, in Privatnachlass/Diverse.

[51] Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. N 0106 C (1968), S. 1.

Nach eigener Aussage brachte die RWTH bereits mit der Errichtung einer Medizinischen Fakultät an der TH zum Ausdruck, wie viel ihr interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeute. In dem „Bewerbungsschreiben“ wurden exemplarisch acht laufende, interdisziplinäre Forschungsprojekte vorgestellt, darunter – zusätzlich zu den vorgenannten interdisziplinären Projekten mit Beteiligung des Lehrstuhls für Innere Medizin I – auch solche mit Beteiligung anderer Lehrstühle. Auch bestand in Aachen schon die Initiative zur Ausbildung in der Biomedizinischen Technik in Form eines einstündigen Seminars für Mediziner, das durch einen Ingenieur gehalten wurde.

Bislang, so die Verantwortlichen, fehlte in Aachen allerdings die Institutionalisierung, also ein Ort, an dem die Koordination laufender Forschungsprojekte erfolgen konnte, eine Fachvertretung der Biomedizinischen Technik, die als Bindeglied mit eigenständiger Aufgabenbewältigung und Übernahme der Ausbildung in Biomedizinischer Technik fungieren konnte. Bei Aufstellung der avisierten Kosten kam ein einmaliger Investitionsbetrag von 1,6 Mio. DM für Bau und Einrichtung eines geplanten Departments zustande, der Jahresetat wurde auf 570.000 DM geschätzt. Damit könnte man das zu errichtende Department mit der erhofften Starthilfe zweieinhalb Jahre betreiben, danach stünden dann Haushaltsmittel der Hochschule zur Verfügung. Exemplarisch wurden als mögliche Leiter einer solchen Einrichtung Peter Osypka[52] (Kiel), Max Schaldach (Berlin) und Werner Irnich (Aachen) vorgeschlagen. Der geplante Aufgabenbereich sollte die Vertretung der Biomedizinischen Technik in Forschung und Lehre und die Ausbildung für Mediziner und Ingenieure (Aufbaustudium) resp. die Einrichtung von Kursen für Mediziner sowie von Vorlesungen für MTA umfassen. Eine Abdeckung wissenschaftlicher Grundlagenforschung sollte gewährleistet sein und interdisziplinäre Kontakte sollten gefördert werden. Das geplante Institut sollte eine Beratung sowohl der Klinischen Medizin bei biomedizinischen Fragestellungen als auch der Klinischen Institute und Lehrstühle bei Kauf, Nutzung und Wartung technischer Geräte sowie einen zentralen Reparaturdienst anbieten, sollten Ausfallzeiten des entsprechenden Kundendienstes elektronischer Geräte bestehen.[53]

Auf die Ausschreibung der Stiftung Volkswagenwerk gingen elf Projektvorschläge ein, von denen zwei besondere Beachtung fanden. Daher verdoppelte die Stiftung ihre Fördersumme auf zweimal 3,5 Mio. DM und vergab die Starthilfen an die von der Universität Erlangen-Nürnberg und von der Technischen Hochschule Aachen vorgestellten Projekte. Die Einrichtung in Erlangen war – mit Zugehörigkeit zur medizinischen, naturwissenschaftlichen und technischen Fakultät – als direkter Bestandteil der Universität geplant. In Aachen hingegen war die Trägerschaft durch eine noch zu gründende Forschungsgesellschaft beabsichtigt. Deren Mitglied, das Land NRW, sollte die Folgekosten für die Basisfinanzierung (Instandhaltung des Instituts etc.) mit immerhin rund 2,4 Mio. DM jährlich (Stand

[52] Professor Dr.-Ing. Peter Osypka, geboren 1934 in Mechtal (Oberschlesien). 1952 Abitur in Halberstadt, 1953 Studium der Elektrotechnik an der TU Braunschweig. 1969 Leiter für den Bereich Bioelektronik bei Hoffmann-La-Roche in Basel (CH). 1972 Geschäftsführender Gesellschafter der Firma Biomedix in Lörrach, 1977 Gründer und Inhaber der Osypka Medizintechnik GmbH in Lörrach. Teilweise weltweite Produktion von Herzschrittmacher-Elektroden. 1977 erste Implantation einer permanenten Schraubelektrode mit fester Schraube in das Herz. Vgl. Osypka AG (o. J.).

[53] Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. N 0106 C (1968).

1977) nahezu allein tragen.[54] Das brachte einerseits den Vorteil mit sich, dass gleichzeitig zwei verschiedene Modelle der Finanzierung bzw. Zugehörigkeit der Biomedizinischen Technik zu den einzelnen Disziplinen entstanden, durch deren direkten Vergleich man wichtige Erfahrungen über die zukünftig sinnvollste Art der Institutionalisierung sammeln konnte. Andererseits war die Sicherheit der künftigen Finanzierung als eine der zwingenden Voraussetzungen für die Bewilligung der Starthilfe in Aachen damit im Gegensatz zu Erlangen noch nicht gegeben, da die Neugründung der für die Trägerschaft des geplanten Instituts vorgesehenen Forschungsgesellschaft für Biomedizinische Technik e. V. andauerte. So erhielt das Erlanger Department bereits am 14. November 1969 die Bewilligung (gleich nach der Entscheidung durch das Kuratorium), das Institut in Aachen hingegen erst am 9. November 1971. Von da an befand sich letzteres aber „nunmehr in zügigem Aufbau".[55] Es trug den Namen von Hermann von Helmholtz, dem „bahnbrechendem Arzt, Physiologen und Physiker der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts".[56] Effert und Rau[57] zufolge hatte Helmholtz bereits 1889 anlässlich einer Tagung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Innsbruck die längst notwendige Anwendung der exakten Naturwissenschaften in der Physiologie – und damit auch in der Medizin – begrüßt und so ihren „seit Jahrtausenden nie dagewesenen Aufschwung" begründet.[58] Damit war er als Namensgeber für solch ein interdisziplinäres, zukunftsorientiertes Institut bestens geeignet. Das Bioelektronische Labor der Medizinischen Klinik I fungierte u.a. „als Keimzelle" für das geplante Institut.[59]

---

[54] „1st International Conference on Mechanics in Medicine and Biology" (1979); Herr (1982), S. 27.

[55] Stiftung Volkswagenwerk Hannover (1972), S. 134.

[56] Effert, in: Berndt Lüderitz, Oral History of Cardiac Pacing and Electrophysiology, S. 12, in Privatnachlass/Diverse.

[57] Professor Dr. rer. nat. Dipl.-Ing. Günter Rau, geboren 1938 bei Göppingen. 1958-1964 Studium der Nachrichtentechnik, 1964-1966 Institut für Elektrobiologie und Biophysikalische Messtechnik der Technischen Universität Karlsruhe. 1966 als Stipendiat der Stiftung Volkswagenwerk Studium der Biologie an der Universität Freiburg. 1969 Promotion mit einem verhaltensphysiologischen Thema zum Doktor rer. nat. 1976 Berufung auf den Lehrstuhl für Biomedizinische Technik und Ernennung zum wissenschaftlichen und geschäftsführenden Direktor des Helmholtz-Instituts an der RWTH Aachen. Emeritierung 2004. Vgl. Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. 11195 (1975), S. 4f.; Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. 11195 (1974); Effert (1976), S. 5. sowie Persönliche Mitteilung, Rau (2012).

[58] Effert/Rau (1991), S. 126.

[59] Effert, in: Berndt Lüderitz, Oral History of Cardiac Pacing and Electrophysiology, S. 13, in Privatnachlass/Diverse.

Aber Unterstützung in der Gründungsphase erhielt das Institut auch von anderer Stelle:

> „Das alte Institut für Pathologie [bis 1960 unter Martin Staemmler,[60] später unter Jakob Schoenmackers][61] steuerte wesentliche Bestandteile bei der Gründung des Helmholtz-Institutes für biomedizinische Technik und des Tumorzentrums Aachen bei.“[62]

In dem Bewilligungsschreiben der Stiftung Volkswagenwerk vom 9. November 1971 wurden auch die Bedingungen erwähnt, unter denen die Hilfe fließen sollte: Die durch Fördergelder erworbenen Gebrauchsgüter durften nur entsprechend dem Zuwendungszweck benutzt werden, laufende Kosten (Energieverbrauch, Reparaturen, Ersatzteile usw.) der mit Stiftungsmitteln erworbenen Gegenstände wurden nicht abgedeckt. Des Weiteren wurden jährliche kurze Zwischenberichte und ein umfassender Abschlussbericht nach Ablauf der gesamten Förderzeit erwartet. Die Mittel sollten erst kurz vor Bedarf zur Verfügung gestellt werden, um ein langes zinsloses Ruhen der Gelder beim Empfänger zu vermeiden.[63] Da die Stiftung das „Interesse der Öffentlichkeit an Forschung und Lehre und deren Förderung pflegen“ wollte, sollte über geförderte Projekte auch eine entsprechende Pressenotiz veröffentlicht werden:

> „(...) Sie soll das Ziel des Projektes klar erkennen lassen und ggfs. (...) auch kurz auf praktische Anwendungsmöglichkeiten eingehen, die aus ihm hervorgehen könnten, (...) [und] für den „gebildeten Laien“ verständlich sein (...).“[64]

Weitere Pressenotizen sollten, bei längeren Forschungsvorhaben nach Abschluss, bei für die Öffentlichkeit interessanten Zwischenergebnissen auch während der laufenden Forschung, jeweils mit Hinweis auf die Förderung durch die Stiftung erfolgen.

Über das exakte Gründungsdatum des Helmholtz-Instituts Aachen (HIA) bestehen in den vorliegenden Quellen Unklarheiten. Effert widersprach sich selbst, indem er sowohl die Jahre 1970 als auch 1971 als Gründungsdaten des Helmholtz-Instituts benannte. Die definitive Zusage der Stiftung erfolgte jedoch erst mit dem besagten Schreiben vom November 1971. Aus der zwar nicht eingesehenen Satzung des HIA, aber nach mündlicher Information Günter Raus geht auch aus dieser als Gründungsdatum der 2. November 1971 hervor.[65]

---

[60] Professor Dr. med. Martin Staemmler, 1890-1974. Pathologe und Lehrstuhlinhaber in Chemnitz, Kiel, Breslau und zuletzt Aachen. Rektor der Universität Breslau 1938 bis 1942. 1950 bis 1960 Direktor der Pathologisch-bakteriologischen Abteilung an den Städtischen Krankenanstalten Aachen. Zugehörigkeit zur NSDAP, insbesondere zwischen 1933 und 1935 enorme Anzahl politischer, rassenhygienischer Publikationen. Die Aufdeckung der NS-Vergangenheit 2006 führte zur Annulierung der 1972 verliehenen Ehrenmitgliedschaft der Medizinischen Gesellschaft Aachen. Vgl. Kühl (2011), S. 7 und S. 116-142.

[61] Professor Dr. med. Jakob Schoenmackers (1912-1982), 1960 bis 1980 Direktor des Pathologisch-Bakteriologischen Institutes der Städtischen Krankenanstalten, Gründungsdekan der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen. Emeritiert 1980. Vgl. Kühl (2011), S. 159.

[62] Mittermayer (1991), S. 105.

[63] Unterlagen Helmholtz-Institut Aachen, Gambke (1971), Anlage I, S. 3 und Anlage II, S. 1.

[64] Ebenda, Anlage III, S. 1.

[65] Effert, in: Berndt Lüderitz, Oral History of Cardiac Pacing and Electrophysiology, S. 12, in Privatnachlass/Diverse; Effert/Rau (1991); Persönliche Mitteilung, Rau (2012).

Das HIA erhielt den Status eines An-Instituts[66] der RWTH mit eigenem Budget und eigenen Mitarbeitern, das von der oben genannten Forschungsgesellschaft getragen wurde. Die Starthilfe zur Gründung erfolgte durch die bewilligten Mittel der Stiftung Volkswagenwerk, die Grundfinanzierung erfolgte durch das Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes NRW, damit also das Land. So war das Institut nach Auslaufen der Förderhilfen der Stiftung nur dem Ministerium und dem Vorstand der Forschungsgesellschaft weisungsgebunden. Vorstandsvorsitzender war seit der Gründung des HIA bis Ende 1983 Friedrich Graf Stenbock-Fermor[67] (als Kanzler der RWTH).[68]

Es dauerte weitere zwei Jahre, bis das HIA feierlich eröffnet werden konnte. Provisorisch konnte Forschung dank der Abteilungen für Pathologie und Gerichtliche Medizin schon seit 1971 stattfinden, bis im Jahre 1973 ein Neubau dem Institut den notwendigen Raum bieten konnte. Neben der Medizin fanden sich die drei Hauptbereiche Maschinenwesen, allgemeine Physik und Elektrotechnik-Elektronik. Friedrich Graf Stenbock-Fermor sah in der Gründung des „Helmholtz-Instituts" eine besondere Verwirklichung der interdisziplinären Ziele der RWTH:

> „Die Fakultätsgründung im Jahre 1966 diente ja nicht nur dazu, ein Gefäß für die überlaufende Menge der Studienbewerber zu bilden; das entscheidende Ziel war die institutionelle Verbindung von Medizin- und Ingenieurwissenschaften. Die theoretischen und methodischen Kenntnisse der Ingenieurwissenschaften sollten der Medizin dienstbar gemacht, die Wechselbeziehung zwischen beiden Disziplinen systematisch beobachtet und entwickelt werden. (...) Sie [diese Absicht] wird durch die Gründung des Helmholtz-Institutes in besonders wirksamer Weise konkretisiert."[69]

Sven Effert sprach diesem in seiner Eröffnungsrede besonderen Dank als in den Belangen der Wissenschaftsverwaltung versiertem Vorstandsvorsitzenden aus. Zudem lobte er die weise Forderung der Stiftung Volkswagenwerk, das neue Institut auf dem Klinikgelände unterzubringen, denn erst das dadurch ermöglichte tägliche Miteinander in den einzelnen Bereichen „führt zur Durchdringung der wechselseitigen Probleme und damit zu neuen Lösungsansätzen".[70]

Exemplarisch wurden bei der Eröffnungsfeier aktuelle Forschungsprojekte vorgestellt, die sich mit Herzschrittmachern, Messungen der Blutviskosität und Mikrozirkulation, der Entwicklung von Kreislaufmodellen, künstlichen Herzklappen sowie künstlichen Herzen, Blutpumpen, Ballonpulsation, dem Einfluss größerer elektrischer und magnetischer Felder

[66] Neben der Vielfalt der Institute und Abteilungen weist die RWTH eine stattliche Zahl angegliederter Institute („An-Institute") auf, die in Vereins- oder Gesellschaftsform mit beschränkter Haftung im Wesentlichen von Fördervereinen getragen werden. Diese wiederum bestehen aus Unternehmen, Firmenrepräsentanten, Hochschulen und Vertreter der Wirtschaftskammern. Vgl. Hepple/Kölsch (2000), S. 181.

[67] Professor Dr. jur. Graf Friedrich Stenbock-Fermor, Kanzler i. R., geboren 1908 in Dubbeln, ab 1965 Honorarprofessor für Staats-, Straf-, und Arbeitsrecht. Vgl. Hochschularchiv der RWTH Aachen (2007).

[68] Vgl. Herr (1982), S. 27; Persönliche Mitteilung, Rau (2012).

[69] Stenbock-Fermor (1973), S. 4.

[70] Effert (1973), S. 6.

auf den Organismus sowie biomedizintechnischen Methoden bei der Aufklärung von Tötungsdelikten befassten.[71]

Doch mangelte es noch an der von der Stiftung geforderten interdisziplinären Komponente. So ist in einem Besetzungsvorschlag Rolf Hacksteins[72] aus der Fakultät für Maschinenwesen zu lesen:

> „Das Helmholtz-Institut (...) sieht in seiner Satzung eine Leitung durch drei Wissenschaftler (Kollegium) nach dem Kollegialprinzip vor. Je einer soll dem Bereich Medizin, Naturwissenschaften und Ingenieurwissenschaften angehören. (...) Eine Leerstelle hat das Land NRW zur Verfügung gestellt.“[73]

Im März 1973 wurde Professor Boenick als ingenieurwissenschaftlicher Leiter vorgeschlagen. Offenbar gab es Probleme bei der Aussprache oder Annahme des Rufs, die nicht eruiert werden konnten, so dass es im September 1974 zu einer erneuten Ausschreibung, diesmal durch die Fakultät für Elektrotechnik, kam, die im April 1975 den Vorschlag zur Besetzung der Stelle mit einem der beiden Kandidaten Dr.-Ing. M. Pfeiler oder Dr. rer. nat. Günter Rau hervorbrachte. Darin hieß es:

> „Der zu berufende Lehrstuhlinhaber sollte der Fakultät mit Sitz, aber ohne Stimme angehören. Zunächst sollte nur die Besetzung einer der beiden ausgeschriebenen Stellen erfolgen, um dem zweiten Leiter die Option zu bieten, bei der Wahl des Dritten mitzuentscheiden.“[74]

Es verging abermals ein Jahr bis zu einer endgültigen Berufung und Rufannahme durch Rau. Am Ende hatte die RWTH in der Person Raus eine Führungspersönlichkeit gewinnen können, die durch ihre Vita mit Doppelstudium der Ingenieur- und Naturwissenschaften befähigt war, beiden geforderten Leitungspositionen gerecht zu werden. Die Kooperation zwischen HIA und der Abteilung für Innere Medizin I war Rau zufolge von Beginn an durch ein „konstruktives Zusammenarbeiten“ geprägt. Effert und Rau seien in Deutschland ein „einzigartiges, unschlagbares Team“ gewesen: Effert war technisch sehr aufgeschlossen, hatte als Klinikchef allerdings eine Vielzahl an Verpflichtungen, so dass Rau allein als Geschäftsführer des Instituts agierte. Sie sprachen sich dennoch nicht nur im wissenschaftlichen Programm, sondern auch in vielen administrativen Fragen miteinander ab. Es habe nahezu täglich ein gemeinsames, ca. halbstündiges Gespräch über aktuelle Themen und Entscheidungen gegeben.[75]

In der Folgezeit wurden unter Raus Leitung vier Abteilungen mit jeweils eigenständigem Profil etabliert, die einen Bezug zu medizinischer Anwendung und klinischem Nutzen

---

[71] Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (1973), S. 8-44.

[72] Professor Dr.-Ing. Rolf Hackstein (1925-2011). Studium des Maschinenbaus an der RWTH Aachen. 1955 Promotion am Forschungsinstitut für Rationalisierung. Mehrjährige Tätigkeit in der Industrie, 1966 Direktor des Forschungsinstituts für Rationalisierung. Ab 1967 Leiter des Instituts für Arbeitswissenschaft an der RWTH Aachen. Aus: IAW - Lehrstuhl und Institut für Arbeitswissenschaft der RWTH Aachen (o. J.).

[73] Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. 11192 (1973), S. 1f.

[74] Hochschularchiv der RWTH Aachen, Sign. 11195 (1975), S. 2f.

[75] Persönliche Mitteilung, Rau (2012).

erkennen lassen sollten. Das war einerseits der Bereich „Ergonomie“, der 1977 neu aufgebaut wurde und unter der Leitung S. Trispels den Austausch zwischen Mensch und Technik untersuchte. Des Weiteren gab es unter der Leitung M.W. Scheiwes eine Forschungsgruppe „Kryobiologie“, die sich mit der Grundlagenforschung an tiefgefrorenen Zellen in Suspension und der Optimierung der Einfrierverfahren biologischer Zellen im Allgemeinen und der Einfrierung von Erythrozyten mithilfe von Stärke (HAES) im Speziellen befasste, und der man in den Folgejahren eine große Bedeutung beigemessen hatte.[76] Ein weiterer Schwerpunkt war der Bereich „Herzklappen/Blutpumpen“, auch als „Bereich Biomechanik“ bezeichnet, unter der Leitung von Dr. H. Reul, der seinerseits aus der Pathologie übernommen worden war. Die „Biophysikalische Messtechnik“, lange Zeit unter Dr. Silnys Leitung, leistete in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Innere Medizin I in Bezug auf EKG, non-invasive Herzinfarkterkennung und hochauflösendes Thorax-EKG (HTEKG) wichtige Forschungsarbeit, aber auch auf anderen Gebieten wie der Elektromyographie und der Bewegungsanalyse.

5. Die Situation heute – Struktur und Forschungsgebiete des Helmholtz-Instituts

Das Helmholtz-Institut der Gegenwart unterscheidet sich in institutioneller Hinsicht deutlich von der Einrichtung, die mit maßgeblicher Hilfe Efferts 1971 ins Leben gerufen wurde. Ursächlich hierfür war nicht zuletzt ein Beschluss des Ministeriums für Schule, Wissenschaft und Forschung des Landes NRW, sogenannte „An-Institute“ nicht mehr in der gewohnten Form weiter zu finanzieren. Vielmehr sei es

> „(...) das Ziel, die Forschung in die Hochschulen zurückzuverlagern. (...) Dementsprechend hat das Land der Forschungsgesellschaft für Biomedizinische Technik e. V. als dem Trägerverein des Helmholtz-Instituts bereits im Jahr 2000 keinen Haushalt vorgegeben, sondern die Zuwendung als ‚Projektmittel zur Einwerbung von Drittmitteln‘ deklariert. Aus diesen Gründen sind vom Institut die Anstrengungen zur Drittmitteleinwerbung mit hohem zeitlichen Aufwand verstärkt worden. Andererseits beobachten wir, dass die freizügige Publikationstätigkeit sich für die Einwerbung von Drittmitteln, insbesondere mit Industriepartnern, negativ auswirken kann; hier sind entsprechende Absprachen erforderlich. Auch das Institut macht einen Lernprozess durch – trotzdem konnte die Kooperation mit industriellen Partnern oder in EU-Vorhaben in erfreulicher Weise gesteigert werden.“[77]

Auf diese Veränderungen hatte sich das HIA seit 2000 einzustellen. Im Juli 2001 kam es zur Gründung des Lehrstuhls für Angewandte Medizintechnik an der Medizinischen Fakultät, den Günter Rau bis Ende 2004 kommissarisch leitete, und worin das HIA vorerst als „Institute for Biomedical Technologies“ aufging. Parallel damit einher ging die Auflösung der „Forschungsgesellschaft für Biomedizinische Technik e.V.“, deren Ehrenvorsitzender Effert war.

2002 wurde die „Arbeitsgemeinschaft Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik der RWTH Aachen“ als fakultätsübergreifende Kooperation unter Beteiligung der Fa-

[76] Rau/Effert/Waschmann (1979), Vorwort.
[77] Rau (2001), S. 5.

kultäten für Mathematik, Informatik und Naturwissenschaften, für Elektro- und Informationstechnik, für Maschinenbau sowie für Medizin gegründet, die dem „Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik“ die Möglichkeit zur fachlichen Ausweitung bieten konnte. In der Medizinischen Fakultät wurden wurden drei weitere ordentliche Professuren für die Bereiche Zellbiologie, Tissue Engineering (Zell- und Molekularbiologie) und Molekulare Bildgebung geschaffen. Zudem wurden Lehrstühle für Medizinische Informationstechnik (Fakultät für Elektrotechnik und Informationstechnik), für Medizintechnik (Fakultät für Maschinenwesen) sowie für Biomaterialien (Fakultät für Mathematik, Informatik und Naturwissenschaften) eingerichtet.[78] Dadurch wurde dem Anspruch eines interdisziplinären, interfakultativen Charakters des Instituts unter veränderten Vorzeichen Rechnung getragen. Die Nachfolge Raus trat 2004 Professor Thomas Schmitz-Rode[79] an, ein ebenfalls in doppelter Hinsicht qualifizierter Wissenschaftler. Das Direktorium wählt jeweils einen Koordinator für die Dauer von drei Jahren, welcher die Arbeitsgemeinschaft als Sprecher nach außen vertritt.[80]

Eine Übersicht über die 2012 aktuelle Zusammensetzung des Instituts unter Angabe der jeweiligen Lehrstuhlinhaber gibt das Organigramm in Abbildung 1.

[78] Vgl. RWTH Aachen (2012); AKM Innovationsmanagement GmbH (o. J.); Rau/Radermacher (2003), S. 7; Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (2011).

[79] Univ.-Professor Dr. med. Dipl.-Ing. Thomas Schmitz-Rode, geboren 1958 in Langenfeld/Rheinland. 1983-1988 Studium der Humanmedizin und 1976-1982 Studium des Maschinenbaus an der RWTH Aachen. 1996 Habilitation (Diagnostische Radiologie UK Aachen). Von 2004 bis heute Professor für „Angewandte Medizintechnik“, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen. Vgl. AKM Innovationsmanagement GmbH (o. J.).

[80] 2012 sind dies Univ.-Professor Dr. rer. nat. M. Zenke als Koordinator und Sprecher des Direktoriums sowie Univ.-Professor Dr.-Ing. K. Radermacher als sein Stellvertreter. Ebenda.

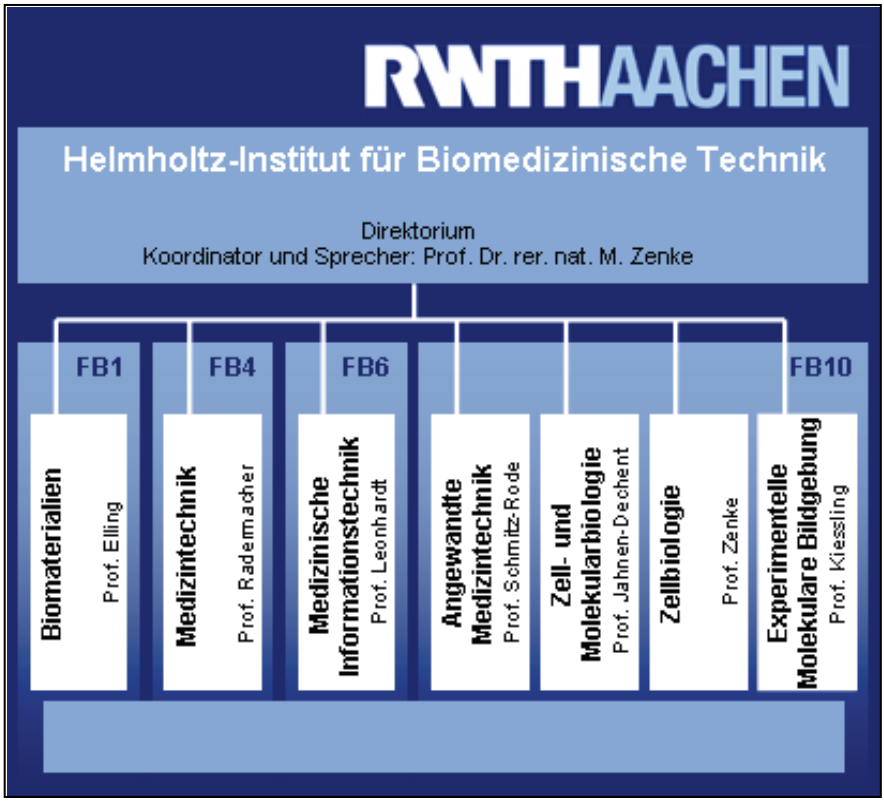


Abbildung 1: Organigramm „Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik", RWTH Aachen (Stand 2012)

6. Schlussbemerkungen

Angesichts der heutigen Ausrichtung des Institutes ist bemerkenswert, dass Effert bereits 1996 – also vor mehr als 15 Jahren – in technologischer Weitsicht die spätere Schwerpunktsetzung in der biomedizinischen Technik antizipierte, indem er feststellte:

> „Aber von ihrem Ansatz her scheinen mir Genetik und Molekularbiologie in der klinischen Medizin die dominierende Basis für spektakuläre wissenschaftliche Ergebnisse in naher Zukunft zu sein.“[81]

Sven Effert starb am 9. Januar 2000 nach kurzer, schwerer Krankheit im Alter von 77 Jahren in Aachen. Nach Angabe aus dem Kreis der Familie litt er – technisch versorgt mit einem modernen Herzschrittmacheraggregat – an einer Herzinsuffizienz, die schließlich zum Tode führte. Auf seinen Tod folgten zahlreiche Nachrufe, angefangen bei Traueranzeigen seiner Familie, von Universitätskollegen und der Ärztekammer in der Aachener Tagespresse über Kurzlebensläufe in derselben bis zu posthumen Laudationes und Nekrologen in der Fachpresse[82]. In allen Beiträgen wird Effert als eine Forscherpersönlichkeit beschrieben, deren besonderes Verdienst es war, eine Brücke zwischen den Bereichen Medizin und Technik zu schlagen und die Institutionalisierung der Biomedizinischen Technik entscheidend zu befördern – eine Einschätzung, die nach der Auswertung der hier vorgestellten Primärquellen absolut zutreffend erscheint.

---

[81] Effert, in: Berndt Lüderitz, Oral History of Cardiac Pacing and Electrophysiology, S. 27, Privatnachlass/Diverse (1996),

[82] Persönliche Mitteilung, Stüttgen (2010); Aachener Zeitung/Aachener Nachrichten (2000a) und (2000b). Hanrath/Meyer (2000).

Quellen

Privatnachlass Prof. Dr. Sven Effert
Persönliche Dokumente.
Korrespondenz.
Diverse.

Personalcenter des Universitätsklinikum (Unterordner A)
Personalakte Sven Effert, UK Aachen: Unterordner 2; 14; 15; 16; 23 und 25.

Hochschularchiv der RWTH Aachen
Sign. N 0106 C; 1055; 11192; 11195; 24001; 24018.

Unterlagen des Helmholtz-Instituts Aachen
Ausschreibung der Stiftung Volkswagenwerk zur Förderung des Fachgebiets der Bio-Medizinischen Technik (an Sven Effert).
Bewilligung der Starthilfe zur Errichtung des von der Forschungsgesellschaft für Biomedizinische Technik e.V. getragenen Helmholtz-Institutes für Biomedizinische Technik an der Technischen Hochschule Aachen in Höhe von 3.500.000 DM durch die Stiftung Volkswagenwerk (an Sven Effert), Anlage II.

Persönliche Mitteilungen (mündlich und schriftlich)[83]
Dr. med. dent. Doris Stüttgen, Düsseldorf (Gespräch am 01.04.2010 und schriftliche Korrespondenz).
Prof. Dr.-Ing. Werner Irnich, Wettenberg-Launsbach (Gespräch 31.01.2012 und schriftliche Korrespondenz).
Prof. Dr. rer. nat. Dr.-Ing. Günter Rau, Aachen (Gespräch 23.02.2012 und schriftliche Korrespondenz).

Literatur

1. „1st International Conference on Mechanics in Medicine and Biology“ (1979): Bericht zur „1st International Conference on Mechanics in Medicine and Biology“, 30. August bis 1. September 1978 in Aachen, in: Günter Rau, Sven Effert, Michael Waschmann (Hrsg.), Forschungsbericht Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der RWTH Aachen 1977/78, Aachen 1979, S. 115f. Wiederabdruck aus: Biomedizinische Technik 23 (1978), S. 10.
2. Aachener Zeitung/Aachener Nachrichten (2000a): Todesanzeigen Prof. Dr. med. Sven Effert (im Namen der Familie Effert, im Namen seiner Schüler Hanrath und Meyer, im Namen des Helmholtz-Instituts sowie der RWTH Aachen. Aachener Nachrichten, Nr. 12, 15.01.2000, S. AB (fortlaufend S. 26).

[83] Die Erstautorin bedankt sich herzlich bei allen, die für ein Interview zur Verfügung standen.

3. Aachener Zeitung/Aachener Nachrichten (2000b): Todesanzeige Prof. Dr. med. Sven Effert, im Namen der Ärztekammer Nordrhein, Kreisstelle Aachen. Aachener Nachrichten, Nr. 15, 19.01.2000, S. AB (fortlaufend S. 22).
4. AKM Innovationsmanagement GmbH (o. J.): AKM Innovationsmanagement GmbH, AME Leitungsteam, o. J., http://www.ame.hia.rwth-aachen.de/index.php?id=1&L=uohmmettqyexla (gesehen am 16.08.2012).
5. Der Spiegel (1975): Anonymus, VW-Stiftung: Talfahrt mitmachen. Die Krise bei VW trifft auch die deutsche Wissenschaft, Der Spiegel (1975), 21, S. 60.
6. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik e.V. (2000): Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik e.V., Die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik trauert um ihr Ehrenmitglied: Prof. (em.) Dr. med. Sven Effert, 31.03.1922-09.01.2000, Biomedizinische Technik 45 (2000), 3, S. 42.
7. Effert (1948): Sven Effert, Untersuchungen über Körpergröße und Körpergewicht von Schulkindern mit Hilfe der Grosszahlforschung (10-14-jährige Mädchen in Düsseldorf) (= Diss. med. Düsseldorf 1948).
8. Effert (1959): Sven Effert, Der derzeitige Stand der Ultraschallkardiographie, Düsseldorf 1959.
9. Effert (1972): Sven Effert, Biomedizinische Technik, in: Rheinisch-Westfälische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Vorträge Natur-, Ingenieur- und Wirtschaftswissenschaften, N 222, Opladen 1972, S. 7-22.
10. Effert (1973): Sven Effert, Aufbau des Helmholtz-Institutes für Biomedizinische Technik an der RWTH Aachen, in: Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (Hrsg.), Eröffnungsbericht, Aachen 1973, S. 5-7.
11. Effert (1976): Sven Effert (Hrsg.), Forschungsbericht Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der RWTH Aachen 1974-76, Aachen 1976.
12. Effert/Bleifeld/Bussmann (1970): Sven Effert, Walter Bleifeld, Wulf-Dirk Bussmann et al., Die Anwendung der biomedizinischen Technik im Rahmen einer medizinischen Klinik, in: Der Minister für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen, Jahrbuch 1970, Opladen 1970, S. 101-140.
13. Effert/Rau (1991): Sven Effert, Günter Rau, Geschichte des Helmholtz-Institutes für Biomedizinische Technik, in: Axel Hinrich Murken (Hrsg.), Festschrift zum 25jährigen Bestehen der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Zülpich 1991, S. 126-129.
14. Hanrath/Meyer (2000): Peter Hanrath, Jürgen Meyer, Nachruf auf Prof. Dr. med. Sven Effert, Intensivmedizin und Notfallmedizin 37 (2000), 3, S. 161f.
15. Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (2011): Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, 2011, http://www.hia.rwth-aachen.de/index.php?id=2 (gesehen am 06.08.2012).

16. Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (1973): Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (Hrsg.), Eröffnungsbericht, Aachen 1973.
17. Hepple/Kölsch (2000): Volker Hepple, Ulrich Kölsch, Die Hochschulen und Forschungsinstitute der Region, in: Klara van Eyll, Otto Eschweiler (Hrsg.), Wirtschaftsgeschichte der Region Aachen: Vom Ende des Zweiten Weltkriegs bis zur Gegenwart, Köln 2000, S. 176–194.
18. Herr (1982): Doris Herr, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen – Neubau, Aachen 1982.
19. Hochschularchiv der RWTH Aachen (2006): Hochschularchiv der RWTH Aachen, Biographische Datenbank. 146 Biographien von Namensgebern, Rektoren, Ehrensenatoren und Nobelpreisträgern der RWTH Aachen von der Gründung des Polytechnikums im Jahre 1870 bis heute (2006), http://www.archiv.rwth-aachen.de/biographischedatenbank//index.htm (gesehen am 11.04.2012).
20. Hochschularchiv der RWTH Aachen (2007): Hochschularchiv der RWTH Aachen, Professoren/innen und Dozenten/innen der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule in alphabetischer Reihenfolge, 1870-1995 (2007), http://www.archiv.rwth-aachen.de/lehrkoerper/ (gesehen am 11.04.2012).
21. IAW – Lehrstuhl und Institut für Arbeitswissenschaft der RWTH Aachen (o. J.): Lehrstuhl und Institut für Arbeitswissenschaft der RWTH Aachen, Geschichte des IAW, o. J., http://www.iaw.rwth-aachen.de (gesehen am 14.08.2012).
22. Irnich/Effert (1969): Werner Irnich, Sven Effert, Überblick über die biologisch-medizinische Elektronik, Biomedizinische Technik/Biomedical Engineering 14 (1969), 2, S. 43f.
23. Klasmeier (1969): Gerd Klasmeier, Biomedizinische Technik. Bericht im Auftrag der Stiftung Volkswagenwerk zur Situation eines interdisziplinären Fachgebietes in der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen 1969.
24. Konecny/Kaiser (im Druck): Ewald Konecny, Siegfried Kaiser, Die deutschsprachigen Fachgesellschaften für Biomedizinische Technik, in: Ute Morgenstern, Marc Kraft (Hrsg.), Lehrbuchreihe Biomedizinische Technik, Bd. 1: Faszination, Einführung, Überblick, Berlin (im Druck).
25. Kühl (2011): Richard Kühl, Leitende Aachener Klinikärzte und Ihre Rolle im „Dritten Reich“, Kassel 2011. (= Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte, 11).
26. La Republica (1969): Anonymus, Un computador anuncia vibraciones del corazon, La Republica vom 20.04.1969, S. 10.
27. Mittermayer (1991): Christian Mittermayer, Die Geschichte des Institutes für Pathologie, in: Axel Hinrich Murken (Hrsg.), Festschrift zum 25jährigen Bestehen der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Zülpich 1991, S. 103-109.
28. Osypka AG (o. J.): Osypka AG, Portrait (Geschichte) o. J., http://www.osypka.de/index.php?cat=2&art=28&titel=Geschichte&lang=de (gesehen am 15.08.2012).

29. Praxis-Kurier (1971): Anonymus, Elektronik für Mediziner? In der BRD ist der Biomeßtechniker noch eine Ausnahme, Praxis-Kurier vom 22.09.1971, S. 23.
30. Rau (2001): Günter Rau, Vorwort, in: Günter Rau (Hrsg.), Forschungsbericht Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der RWTH Aachen 1999/2000, Aachen 2001, S. 5-10.
31. Rau/Effert (1983): Günter Rau, Sven Effert (Hrsg.), Forschungsbericht Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der RWTH Aachen 1981/82, Aachen 1983.
32. Rau/Effert/Waschmann (1979): Günter Rau, Sven Effert, Michael Waschmann (Hrsg.), Forschungsbericht Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der RWTH Aachen 1977/78, Aachen 1979.
33. Rau/Radermacher (2003): Günter Rau, Klaus Radermacher (Hrsg.), Forschungsbericht Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der RWTH Aachen 2001/02, Aachen 2003.
34. Redaktion der Zeitschrift Elektromedizin (1970): Redaktion der Zeitschrift Elektromedizin, 5. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für medizinische und biologische Elektronik e. V., Elektromedizin 15 (1970), 6, S. 207-211.
35. Rheinische Post (1970): Anonymus, „Der Computer wird nie Arzt“: Prof. Effert: Die Technik – das unentbehrliche Hilfsmittel, Rheinische Post vom 12.10.1970.
36. RWTH Aachen (2012): RWTH Aachen, Helmholtz-Institut. Fakultät für Elektrotechnik und Informationstechnik 2012, http://www.elektrotechnik.rwth-aachen.de/cms/Elektrotechnik_und_Informationstechnik/Forschung/Einrichtungen/~rky/Helmholtz_Institut/ (gesehen am 06.08.2012).
37. Schumag GmbH (1968): Schumag GmbH, Anzeige Schumag: Schumacher Metallwerke Ges. mit beschr. Haftung, in: RWTH Aachen (Hrsg.), Alma Mater Aquensis. Berichte aus dem Leben der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Bd. 6: 1968, Essen 1968, S. 175.
38. Stenbock-Fermor (1973): Friedrich Stenbock-Fermor, Begrüßungsansprache von Professor Graf Stenbock-Fermor, Vorsitzender des Vorstandes der Forschungsgesellschaft für Biomedizinische Technik, in: Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (Hrsg.), Eröffnungsbericht, Aachen 1973, S. 3f.
39. Stiftung Volkswagenwerk Hannover (1972): Stiftung Volkswagenwerk Hannover, Projektberichte: Departments für Biomedizinische Technik, in: Stiftung Volkswagenwerk Hannover (Hrsg.), Jahresbericht 1971, Göttingen 1972, S. 133-135.
40. VDI-Nachrichten (1970): Anonymus, Ballonpumpe in der Hauptschlagader soll Herz entlasten, VDI-Nachrichten vom 11.03.1970.
41. Welt am Sonntag (1970): Anonymus, Gold ins Herz, Welt am Sonntag vom 06.03.1970, S. 18.

Abbildungen

Abbildung 1: Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (2011); http://www.hia.rwth-aachen.de/index.php?id=3> (gesehen am 31.08.2012).

Die Entwicklung der Physiotherapie seit Gründung der Bundesrepublik Deutschland

Jürgen Förster

1. Einleitung

Es ist durchaus schwierig, die Anfänge der Physiotherapie in Deutschland eindeutig zu bestimmen.[1] Möglicherweise ist es vor allem eine Frage der Begriffsdefinition.[2] Die gegenwärtige Physiotherapie in Deutschland entwickelte sich im Verlaufe des 20. Jahrhunderts.[3] Dabei veränderte sich die Berufsbezeichnung – von der „Heilgymnastik" über die „Krankengymnastik" bis hin zur heute gültigen Bezeichnung „Physiotherapie". Letztere wurde tatsächlich erst im vereinten Deutschland im Rahmen einer Gesetzesnovellierung eingeführt.[4] Das „Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994 (MPhG)", setzt die hohen internationalen Ausbildungsanforderungen der europäischen Gesetze in deutsches Recht um und ist vermutlich dafür verantwortlich, dass sich die heutigen Physiotherapeuten teils erheblich von ihren historischen Vorgängern unterscheiden.[5] Das Ergebnis einer Literaturrecherche zum Thema der Entwicklung der Physiotherapie in Deutschland ist allerdings höchst unbefriedigend. So konstatiert Kohlwes: „Es gibt nur wenig Literatur über die Geschichte der Physiotherapie, eindeutige Aufzeichnungen über den Beginn und Werdegang der Physiotherapie habe ich bei meinen Recherchen nicht gefunden".[6]

Im Falle der Physiotherapie ist die Geschichte des Berufes nicht loszulösen von der Geschichte seiner Ausbildung und vice versa. Außerdem ist „für die Geschichte der Physiotherapie jede Quelle wichtig und jeder neue Blickwinkel aufschlussreich. Jeder Blick, jede erzählte Variante vervollständigt und verfeinert das Bild von der Entwicklung des Berufs".[7] Deshalb scheint es dem Autor zu einer möglichst differenzierten Darstellung der Sachlage wichtig, im Folgenden nacheinander die Entwicklung des Berufes und der jeweiligen Ausbildung aufzuzeigen.

2. Die Geschichte der Physiotherapie

„Die Geschichte der Physiotherapie ist weder langweilig noch ‚trocken'. Denn sie erzählt spannende Geschichten und ist der Grund dafür, dass wir heute über ‚Direct Access' und

---

[1] Hüter-Becker (2004), S. 5.
[2] Kurtenbach/Neumann/Stofft (1997), S. 1-10.
[3] Hüter-Becker (2004), S. 5.
[4] Grosch (1996), S. 247; Hüter-Becker (2004), S. 31; Kurtenbach/Neumann/Stofft (1997), S. 11; Raps/Melzer (1995), S. 8.
[5] Raps/Melzer (1995), S. 9; Hüter-Becker (1997), S. 565-569; Hüter-Becker (2000); Hüter-Becker (2004), S. 5.
[6] Kohlwes (2009), S. 42.
[7] Kaltenborn (2007), S. 1025.

Akademisierung diskutieren können".[8] Dass wir in der Gegenwart aus der Geschichte lernen können, um unsere Zukunft entsprechend zu gestalten, ist bekannt. Die Kenntnis der geschichtlichen Entwicklungen verbessert das Verständnis der aktuellen Gegebenheiten.[9]

Die Festlegung des Beginns der Physiotherapie ist, wie erwähnt, möglicherweise eine Frage der Begriffsbestimmung. Kälte, Wärme, Massagen, Güsse und Bäder sowie manuelle Techniken zur Behandlung von diversen Beschwerden waren bereits lange vor der griechischen Antike bekannt.[10] Zur gleichen Zeit wurden bereits aktive körperliche Übungen unter Anleitung von Heilkundigen oder Trainern therapeutisch eingesetzt. Momentan ist die Rückführung aktueller Therapien auf diese prestigeträchtige Zeit der medizinischen Entwicklung wieder einmal in Mode. Kein Konsens herrscht jedoch darüber, ob diese Tätigkeiten tatsächlich als Wurzeln der modernen Physiotherapie bezeichnet werden können.[11] So glaubt Antje Hüter-Becker, dass die moderne Physiotherapie sich im 20. Jahrhundert entwickelte. Sicher ist, dass die Berufsbezeichnung „Physiotherapeut" erst mit der deutschen Wiedervereinigung gesetzlich eingeführt wurde.[12]

2.1 Begriffsbestimmung: „Physiotherapie" und „Physikalische Therapie"

Zum Verständnis der aktuellen Situation scheint es wichtig, das Problem der – nicht immer eindeutigen – Terminologie zu adressieren: Im nationalen und internationalen Kontext werden beide vorgenannten Begriffe teilweise gleichbedeutend gebraucht. Tatsächlich nutzen beide Therapieformen weitgehend die gleichen Behandlungstechniken. Während die Physiotherapie allerdings rechtlich unbedingt durch Physiotherapeuten appliziert werden muss, wird die Physikalische Therapie häufig, wenn auch nicht immer, von Physiotherapeuten oder Masseuren und medizinischen Bademeistern durchgeführt. Die Physikalische Therapie ist eher symptombezogen, die Physiotherapie hingegen kennt durchaus kausale Ansätze. Der Begriff „Physikalische Therapie" beschreibt die Behandlung mit physikalischen Mitteln: mechanische Reize (z.B. Massage), thermische Reize (Wärme, Kälte), Wasser oder Strom.

Eine kurze Erläuterung der Berufsbezeichnungen des „Masseurs" und des „Masseurs und medizinischen Bademeisters" scheint an dieser Stelle zum Verständnis erforderlich. Der Beruf des Masseurs ist mit der Verabschiedung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes im Jahre 1994 abgeschafft worden. Die Masseure und medizinischen Bademeister verabreichen heute vornehmlich die physikalische Therapie. Letztlich beschreiben die beiden Begriffe „Physiotherapie" und „Physikalische Therapie" Therapieformen, während die Physikalische Medizin in Deutschland eine Weiterbildungsbezeichnung zum Facharzt darstellt. Nach der Definition aus der deutschen Weiterbildungsordnung für Fachärzte umfasst das Gebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin" die (sekundäre) Prävention, interdisziplinäre Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von körperlichen Beeinträchtigungen sowie Struktur- und Funktionsstörungen, und zwar sowohl mit konservativen, physika-

---

[8] Kohlwes (2009), S. 40.
[9] Weber (2008), S. 1404.
[10] Kurtenbach/Neumann/Stofft (1997), S. 1.
[11] Hüter-Becker (2004). S. 5.
[12] Ebenda, S. 27.

lischen, manuellen als auch naturheilkundlichen Therapiemaßnahmen sowie den Verfahren der rehabilitativen Intervention.[13]

Für Kurtenbach et al. ist die Physiotherapie ein Bestandteil der physikalischen Therapie. Diese wiederum sei ein „Bestandteil der (physikalischen) Medizin" und ihre Entwicklung somit eng mit „der Entwicklung der gesamten Medizin verknüpft".[14] Die Physiotherapie („Physio" griech.: natürlich) lässt sich als die Behandlung gestörter physiologischer Funktionen durch physiologische Anpassungsmechanismen definieren.

Im Allgemeinen gilt die Physiotherapie als

> „Heilverfahren durch Einsatz von passiver (...) und aktiver Bewegung des Menschen zur Prävention, Therapie und Rehabilitation von gesundheitlichen Beschwerden und Schädigungen, die durch Alterungsprozesse, Verletzung und Krankheit entstanden sind, sowie zur allgemeinen Gesundheits- und Leistungsförderung (..). [Sie] umfasst Untersuchung, Erstellen einer physiotherapeutischen Diagnose und eines Therapieplans, Intervention und Evaluation der Therapie. Die Intervention ist orientiert am Therapieziel und kann verschiedene Therapiekonzepte beinhalten (...). Wesentliche Merkmale einer physiotherapeutisschen Intervention sind das Erlernen eines Einübungsprogramms und die Anleitung zum Verhalten im Alltag."[15]

In den verschiedenen Anwendungen der Physiotherapie kommen, abhängig von der Untersuchung, dem Zustand des Patienten und den Kenntnissen und Erfahrungen des Therapeuten, verschiedene Behandlungstechniken (Maßnahmen) zum Einsatz. Als physiotherapeutische Bezugswissenschaften können vor allem Anatomie, Physiologie, Pathologie, Biomechanik (also medizinisches Wissen), Psychologie, Pädagogik und Sozialwissenschaften/Gesundheitswissenschaften gesehen werden.[16]

Die Physiotherapeuten gehören mit weiteren therapeutischen Berufen[17] zu den Gesundheitsfach- bzw. Medizinalfachberufen.

Ein weiterer Begriff ist bis heute sowohl in der Umgangs- als auch in der Fachsprache in Gebrauch: „Krankengymnastik". Die Behandlung von Kriegsverletzten prägte wahrscheinlich diesen Begriff. Die Begriffsbezeichnung ist einerseits in Westdeutschland vor der Gesetzesnovellierung von 1994 eine gebräuchliche Berufsbezeichnung und anderseits laut Heilmittelkatalog aktuell eine in der Physiotherapie angewandte Therapieform.[18] Es handelt sich dabei um denjenigen Teil der physiotherapeutischen Behandlung, bei welcher der Patient selbst aktiv ist.

Wertvolle Hinweise liefert auch der „Gender-Aspekt" der Physiotherapie: Anfang des 20. Jahrhunderts gab es zwar den Beruf der Heilgymnastin, nicht aber den des Heilgymnasten. Ähnliches gilt für die Geschichte der Physiotherapie: Bis 1947 wurden in Deutschland nur Frauen in der Physiotherapie ausgebildet, obwohl zu Beginn die Therapien natio-

---

[13] Weiterbildungsordnung (2003/2010).

[14] Kurtenbach/Neumann/Stofft (1997), S. 1.

[15] Pschyrembel (2007), S. 1494 (Hervorhebungen vom Verfasser entfernt).

[16] Schämann (2005), S. 16.

[17] Ergotherapeuten, Logopäden, Masseure und medizinische Bademeister, Heilpraktiker, Diätassistenten, Hebammen und Entbindungspfleger, Krankenpfleger und Kinderkrankenpfleger, Medizinisch-technische Assistenten, Orthoptisten, Pharmazeutisch-technische Assistenten, Podologen und Rettungsassistenten.

[18] Heilmittelkatalog (2011).

nal und international von männlichen Fachleuten entwickelt und eingeführt worden sind.[19] Hier seien stellvertretend nur der französische Arzt Nicolas Andry (1658-1742), der schweizerische Mediziner Jean André Venel (1740-1791), die Pädagogen Johann Christoph Friedrich GutsMuths (1759-1839) und Franz Nachtegall (1777-1847) sowie Per Hendrik Link (1776-1839) aus Schweden genannt. Letzterer ist der Begründer der „schwedischen Heilgymnastik" und wird heute noch gerne als „Vater der Krankengymnastik" bezeichnet. Hier wird erstmals der Bezug zwischen der körperlichen Aktivität und dem physischen Zustand sichtbar. Möglicherweise finden sich deshalb, und vor dem Hintergrund der oben angeführten Definition, hier die Wurzeln der modernen Physiotherapie.[20]

Der enorme Wert, der heute auf interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Zusammenarbeit gelegt wird, geht v.a. auf den deutschen Arzt Albert C. Neumann (1803-1876) zurück, der die Zusammenarbeit der Mediziner mit den Heilgymnasten erstmals beschrieb: „Der Gymnast steht zum heilgymnastischen Arzt oder Kinésitherapeuten wie der Apotheker zum medikamentösen Arzt".[21] Dass die ersten Heilgymnasten „höhere Töchter" waren, ist für diese Zeit und ihre gesellschaftlichen Strukturen bezeichnend: „Diese Tatsache spielt allerdings für die weitere Entwicklung des Berufes vielleicht eine nicht unbedeutende Rolle. Denn als Helferin war die Gymnastin eine untergebene Hilfe und keineswegs eine gleichberechtigte Konkurrentin in der Männerdomäne der Medizin".[22]

Der Beruf wurde im Laufe der Jahre zunehmend auch für Männer interessant. Möglicherweise lag dies mit an der Außendarstellung bzw. der Außenwahrnehmung des Berufes. Durch die Medialisierung des Leistungssports und dessen Protagonisten – und dazu gehören auch (Sport-)Mediziner und (Sport-)Physiotherapeuten – steht der Beruf zunehmend im Rampenlicht.[23]

2.2 Die Entwicklung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Durch die geschichtliche Entwicklung der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit den Weltkriegen, der steigenden Zahl von Verletzten durch den Straßenverkehr und die Industrialisierung stieg der Bedarf an Krankengymnasten an. Damit verbunden war eine skuzessive Erweitung der Einsatzgebiete von Krankengymnastik: Neben den orthopädischen Einsatzbereichen kamen weitere aus der Chirurgie, der Neurologie, der Gynäkologie und der Inneren Medizin hinzu. Parallel dazu entwickelten und vervielfältigten sich auch die eingesetzten Behandlungstechniken. Aus der so genannten „Gruppe 48" mit Asta von Mülmann, Christa Dültgen, Fräulein Gustedt und Irmgard Kolbe entstand in den 1940er Jahren eine erste Form eines „Berufsverbandes".[24] Als zur gleichen Zeit die erste „Fachzeitschrift der Krankengymnastik" erschien, folgte tatsächlich die Gründung des „Zentralverbands der krankengymnastischen Landesverbände". Nach mehreren Namensanpassungen[25] existiert diese Organisation bis heute unter dem Namen „physio Deutschland – Deutscher Verband

[19] Schemmann (1995), S. 56.
[20] Hüter-Becker (2004), S. 8.
[21] Ebenda.
[22] Hüter-Becker (2004), S. 9; vgl. auch Kohlwes (2009), S. 41.
[23] Hüter-Becker (2004), S. 25; siehe auch Weber (2008), S. 1402.
[24] Hüter-Becker (2004), S. 16.
[25] U.a. Deutscher Verband für Physiotherapie; Zentralverband der Krankengymnasten – ZVK e.V.

für Physiotherapie (ZVK) e.V.". Dieser Berufsverband ist u.a. Mitglied der 1951 in Kopenhagen gegründeten „World Confederation for Physical Therapy" (WCPT). Physiotherapeuten sind heute in Deutschland allerdings in weiteren Berufsverbänden organisiert, zum Beispiel dem „Berufsverband Selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.", dem „Verband Physikalische Therapie" (VPT) und dem „VDB-Physiotherapieverband e.V.".

2.3 Die 50er und 60er Jahre

Neben Fortschritten in der Berufspolitik wurden Behandlungstechniken entwickelt und Tätigkeitsfelder ausgeweitet. So entstanden beispielsweise Therapiekonzepte in der Pädiatrie und der Psychiatrie, vor allem aber öffneten die ersten privaten Krankengymnastik-Praxen. Die deutschen Krankengymnasten versuchten zusehends, ihre Beziehungen zu internationalisieren. Ihre führenden Vertreter erlangten schnell die entsprechende Anerkennung und Deutschland war Gründungsmitglied des Weltverbandes.[26]

1958 wurde schließlich ein richtungsweisendes Berufsgesetz erlassen. Die Zusammenfassung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters sowie des Krankengymnasten zu dem international bereits geläufigen Einheitsberuf des Physiotherapeuten – in frankophonen Ländern „Kinésitherapeuten" genannt – wurde abgelehnt. Alle drei genannten Berufe bleiben nebeneinander bestehen; dies ist bis dato einzigartig in der Welt. In diese Zeit des Aufbaus bzw. der Konsolidierung des Berufes fiel auch die Organisation der ersten fachinternen Fortbildungskurse. Die Krankengymnastik etablierte sich sowohl in der Kuration (stationär und ambulant) als auch in der Rehabilitation.

2.4 Die 70er Jahre

Verschiedene Ereignisse bzw. Gegebenheiten verliehen der Krankengymnastik weiteren Auftrieb: die steigende Anzahl operativer Therapiemethoden, der Paradigmenwechsel von der post-operativen Schonung hin zur frühen krankengymnastischen Nachbehandlung – später „frühfunktionelle Nachbehandlung"; die Erschließung weiterer medizinischer Fachgebiete wie der Intensivmedizin, die beginnende Veränderung der gesellschaftlichen Altersstrukturen, die Verbreiterung der diagnostischen und therapeutischen Techniken und Konzepte, der (politisch gewollte) Ausbau der Rehabilitation („Rehabilitation vor Rente") und die Förderung der Prävention. Zudem übernahmen die Sozialversicherungssysteme in zunehmendem Maße die krankengymnastischen Behandlungskosten.[27] Möglicherweise führte dies – gepaart mit dem damaligen beruflichen Selbstverständnis – dazu, dass viele Tätigkeitsfelder, wie etwa die Sportphysiotherapie, an Gymnastiklehrer, Masseure und medizinische Bademeister oder Sportlehrer „verloren" gingen.

2.5 Die 80er Jahre

Die Gesundheitsreformen drängten die Krankengymnasten, wie andere medizinische Berufe, immer wieder in enge finanzielle Schranken. Andererseits wurde die Krankengymnastik nun als fester Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens wahrgenommen und fand damit auch den Weg in die aufkommende Palliativversorgung. 1981 wurde der „Interessen-

[26] Weber (2008), S. 1401; Wolf (2004), S. 79.
[27] Weber (2008), S. 1402.

verband freiberuflicher Krankengymnasten – IFK e.V.“ gegründet.[28] Auch dieser Verband passte seinen Namen den neuen Entwicklungen an und nennt sich heute „Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.“

2.6 Die 90er Jahre

1994 wurde ein neues Berufsgesetz, das „Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG)“ verabschiedet. Der Titel des Gesetzes soll

> „den Mitgliedsstaaten [des Europäischen Binnenmarktes bzw. der Europäischen Union] anzeigen, daß gegenüber dem in den anderen Mitgliedsstaaten üblichen Einheitsberuf des ‚Physiotherapeuten‘ nach dem besonderen nationalen System in der Bundesrepublik Deutschland der deutsche Masseur und medizinische Bademeister neben dem deutschen Krankengymnasten einen Beruf in der Physiotherapie darstellt, wobei jeder der genannten Berufe entsprechend den Ausbildungszielbeschreibungen (...) traditionell auch weiterhin seinen eigenen Ausbildungs- und Tätigkeitsschwerpunkte hat.“[29]

Die herausragenden Veränderungen waren nunmehr der Wegfall des Berufes des Masseurs, die Verlängerung der Ausbildung zum Physiotherapeuten auf drei Jahre und die Verlängerung der Ausbildung zum Masseur und medizinischen Bademeister auf zweieinhalb Jahre (einschließlich des Praktikums). Zugleich übernahmen die westdeutschen Krankengymnasten die internationale und in der DDR bereits übliche Berufsbezeichnung des „Physiotherapeuten“. Raps und Melzer konstatieren, dass „durch die Beibehaltung der generellen Trennung der Bereiche Massage und Krankengymnastik sich für den Beruf des zukünftigen Physiotherapeuten keine grundlegende Änderung gegenüber dem derzeitigen Berufsbild des Krankengymnasten ergeben“.[30] Während die Abschaffung des Berufes des Masseurs bzw. des einheitlichen Ausbildungsgangs zum Masseur und zum Masseur und medizinischen Bademeister als eine logische Konsequenz erscheine, da es in der Praxis keinerlei nennenswerte Unterschiede in der Berufsausübung gebe, seien die Berufsbilder des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Physiotherapeuten aus den folgenden Gründen nicht zu vereinheitlichen. Die physikalische Therapie – dem Berufsbild des Masseurs und medizinischen Bademeisters zugeordnet – und die Bewegungstherapie – dem Berufsbild des Physiotherapeuten zugeordnet – seien zu umfangreich, um in einem Lehrgang vermittelt zu werden, und durch die Existenz bzw. den Umfang des medizinischen Badewesens in Deutschland sei die Beibehaltung des Berufsbildes des Masseurs und medizinischen Bademeisters notwendig.

Die Tatsache, dass der Gesetzgeber gleich mehrere Möglichkeiten zur „Nachqualifizierung“ zulässt, d.h. die verkürzte Ausbildung des Masseurs und medizinischen Bademeisters zum Physiotherapeuten, macht allerdings deutlich, dass der erstgenannte Berufeszweig als die „weniger qualifizierte“ Variante gesehen wird. Dies wirft in den Augen der Autoren

[28] Repschläger (2004), S. 81.
[29] Zitiert nach Schewior-Popp (1999), S. 92.
[30] Raps/Melzer (1995), S. 9.

Raps und Melzer die Frage nach der gleichzeitigen Daseinsberechtigung beider Berufsbilder auf.[31]

Im Übrigen entwickelte sich seit den 1990er Jahren ein zusehends unüberschaubarer und weitgehend unkontrollierter Fort- und Weiterbildungsmarkt. Selbst wiederholte Kostendämpfungen im Gesundheitswesen halten die Physiotherapeuten nicht davon ab, sich wie kaum eine andere Berufsgruppe fortgesetzt weiterzubilden. In diese Zeit fallen auch drei der von Hein dargestellten sieben Stationen zur beruflichen Emanzipation der Physiotherapie: die Demonstration von ca. 2.000 Physiotherapeuten gegen die Ausgrenzung der physiotherapeutischen Leistungen im Jahre 1996, die Aufnahme des Partnerschaftsmodells in das Sozialgesetzbuch V. im Jahre 1997 und die Anfänge der Akademisierung am Ende des Jahrzehnts.[32]

2.7 Das neue Jahrtausend

Neue Maßnahmen zur Kostendämpfung treffen immer wieder sowohl die stationär als auch ambulant tätigen Physiotherapeuten. Im ambulanten Bereich wurden die Heilmittelrichtlinien 2001 eingeführt und 2004 verändert. Im so genannten Heilmittelkatalog sind die Art und die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel aufgelistet.

Im stationären Bereich trägt die Einführung der DRG (*Diagnosis Related Groups* – Diagnosebezogene Fallgruppen) den knapper werdenden Ressourcen Rechnung. In beiden Fällen wird zusätzlich zu der Verknappung der Ressourcen und der Veränderung von Aufbau- und Ablauforganisation der Ruf nach Leistungserfassung und Leistungsdokumentation, auch im Namen der Qualitätssicherung, lauter.[33]

Als Reaktion auf diese Entwicklung gründete sich 2003 die „Zukunftsinitiative Physiotherapie“ (ZIPT). Diese Initiative setzt sich aus engagierten Physiotherapeuten zusammen, die ehrenamtlich versuchen, auf den Wandel im Gesundheitswesen und die neuen Rahmenbedingungen zu reagieren und auf künftige Entwicklungen Einfluss zu nehmen.

Seit der Einführung des Heilmittelkataloges 2001 hat sich der Schwerpunkt der belegten Fortbildungen auf die so genannten „Abrechnungspositionen“ konzentriert. Diese sind qualitativ und quantitativ geregelt. Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an einer von den Kostenträgern anerkannten Fortbildung berechtigt zu einer finanziell vorteilhafteren Abrechnung der entsprechenden Behandlung – sofern diese ärztlich verordnet wurde. Trotz aller Fortbildungsmaßnahmen sind die Physiotherapeuten sich der Tatsache bewusst, dass die angewandte Therapie, deren Intensität und Umfang auf Erfahrungswerten beruhen, und die meisten Therapieformen – und damit möglicherweise die Physiotherapie als Ganzes – bisher kaum evidenzbasiert sind. Dieses Bewusstsein erklärt unter anderem die ersten Bestrebungen zur Akademisierung gegen Ende der 1990er Jahre, die 2001 in der Etablierung der ersten Bachelor-Studiengänge in Hildesheim, Holzminden, Göttingen, Kiel und Osnabrück mündeten. Der „Zentralverband der Krankengymnasten/Physiotherapeuten“ vertritt seitdem die Auffassung, eine Heilmittelkammer sei unabdingbar. Vor diesem Hintergrund und dem lauter werdenden Ruf nach einem Nachweis von Nutzen und Wirksamkeit im Sinne einer evidenzbasierten Praxis, und damit verbunden auch nach der

[31] Ebenda, S. 10.
[32] Maus, (1996); Hein (2007), S. 585.
[33] Weber (2008), S. 1402.

Wissenschaftlichkeit der Physiotherapie, ist die vom Zentralverband geforderte Fortbildungspflicht für Selbstständige und fachliche Leiter von Einrichtungen mit Kassenzulassung zu sehen. Ziel ist es, die Qualität der physiotherapeutischen Behandlung der Patienten durch eine ständige Aktualisierung der Kenntnisse und Fähigkeiten zu verbessern.[34]

Noch weiter ging beziehungsweise geht die Forderung nach einer Akademisierung der Physiotherapie, die ein wesentlicher Schritt auf dem Weg der Professionalisierung sei.[35] Die Bedeutung der Professionalisierungsbestrebungen in der Physiotherapie beschreibt Zalpour im Deutschen Ärzteblatt (April 2005) und in der Zeitschrift für Physiotherapeuten (Januar 2008) durch eine Auflistung der Wesensmerkmale dieses Prozesses: Spezialisierung und Verwissenschaftlichung der Berufsposition (Expertenschaft), Höherqualifizierung der Berufsbildung und Einrichtung formaler Studiengänge, Fachprüfungen zur Kontrolle des Berufszugangs und der Berufsqualifikation, Organisation der Berufsangehörigen in besonderen Berufsverbänden als Interessenvertretung und Disziplinargewalt, Kodifizierung der berufsethischen Normen (Berufsethos), zunehmende universelle Leistungsorientierung sowie zunehmende berufliche Autonomie mit Entscheidungs- und Handlungsspielraum und Steigerung des Berufsprestiges und des Einkommens (bzw. damit einhergehend auch des Sozialprestiges).[36]

Wenn auch einige dieser Merkmale einer Profession bereits seit einiger Zeit nachweisbar sind, so blieben doch einige Kennzeichen bisher unerreicht. Ein wichtiger Grund hierfür dürfte die heterogene Ausbildungslage sein. Zwar wird die Ausbildung durch ein Staatsexamen abgeschlossen, jedoch ist ein bundesweit verbindliches Curriculum nicht in Sicht. Die Physiotherapie ist in Deutschland immer noch ein weisungsgebundener Heilhilfsberuf. Forschung und Entwicklung findet in der Physiotherapie vornehmlich im Ausland statt. Das Erstellen von Leitlinien und generell die Arbeit nach dem Grundsatz einer evidenzbasierten Praxis finden in Deutschland erst allmählich Beachtung und werden häufig immer noch viel mehr als Bedrohung denn als eine Chance wahrgenommen.[37]

Dieser Veränderungsprozess führt möglicherweise zu einer erhöhten Handlungsautonomie mit einem freien Zugang zum Physiotherapeuten. Für die Effektivität und Effizienz dieser Regelung gibt es vielfältige Belege.[38] Die conditio sine qua non hierfür ist allerdings die Akademisierung und die Professionalisierung der Physiotherapie in Deutschland. So oder so ist die Physiotherapie nicht mehr aus dem deutschen Gesundheitswesen wegzudenken. Im stationären Bereich ist die Physiotherapie für das Image eines Klinikums enorm wichtig, und durch sie kann ein Klinikum auch ein gewisses Alleinstellungsmerkmal erlangen.[39]

Bezogen auf den ambulanten Bereich sprechen die Aussagen des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer Bände: „Eine Ausgrenzung von Leistungen [aus dem Leistungskatalog der GKV] ist nicht sinnvoll – schon gar nicht die Physiotherapie“. Die Physiotherapie gehöre, so Seehofer weiter, zum Standard hochwertiger Medizin. Er räumte

---

[34] Repschläger (2005), S. 15; Apphuhn (2006).
[35] Weber (2008), S. 1403.
[36] Zalpour (2005), S. 966, und Zalpour (2008), S.105.
[37] Scherfer (2001).
[38] Zalpour (2008), S. 106.
[39] Baumann (2010), S. 10.

ein, seine früheren Versuche, die Physiotherapie zwecks Kostensenkung aus dem Leistungskatalog zu streichen, seien nicht sinnvoll und gar kontraproduktiv gewesen.[40] Insgesamt ist die Zahl der Physiotherapeuten in den Jahren 2000 bis 2008 um fast 75% (49.000 Einheiten) gestiegen. Bezeichnend ist, dass dieser Zuwachs fast ausschließlich in den Praxen stattfand. In allen anderen Einrichtungen (Krankenhäusern, Kliniken etc.) stagnierte der therapeutische Personalbestand oder nahm sogar leicht ab.[41] Eine Anpassung der Ausbildung im Sinne einer Erweiterung der praktischen Ausbildung auf die freien Praxen bleibt jedoch aus rechtlichen Gründen weiterhin problematisch.

Die steigende Konkurrenzsituation auf dem „Gesundheitsmarkt" und erneute Reformen des Gesundheitswesens im ambulanten und rehabilitativen Bereich wiederum sind Anlass für viele Physiotherapeuten, parallel zu den Bestrebungen der Akademisierung und der folgenden Evidenzbasierung der Physiotherapie, an weiteren Märkten teilhaben zu wollen, z.B. dem Fitness- und Wellnessmarkt. Aus dieser Kombination entstand in Zusammenarbeit mit gleichgesinnten Medizinern das „Medical-Wellness". In diesen Kontext gliedern sich auch die Bestrebungen des direkten Zuganges zum Physiotherapeuten für alle Versicherten ein: der „Direct Access" oder „First Contact Practitioning" bzw. das Konzept der Selbstüberweisung durch den Patienten („Patient Self Referral"). Hiermit würden die Physiotherapeuten erstmals die sichere Nähe und möglicherweise den Schutz der Mediziner verlassen und in die therapeutische Unabhängigkeit, einschließlich der daraus resultierenden Freiheit und Verantwortung, streben. Die erste Ausgabe des Heilmittelkatalogs zur Regulierung des ambulanten Sektors der Heilmittel im Jahre 2001 schreibt detailliert vor, welches Heilmittel wann und in welcher Quantität verordnet werden darf bzw. soll. Hein merkt völlig zurecht an, dass hier einerseits Heilmittel gesetzlich verankert werden, die einige Jahre zuvor noch als entbehrlich angesehen wurden, und andererseits, diese Texte – zumindest die physiotherapeutischen Leistungen betreffend – von den Beteiligten selbst „entwickelt und vorformuliert" wurden.[42]

Seit der Einführung des Fallpauschalensystems („Diagnosis Related Groups") zur Abrechnung von Krankenhausleistungen in Deutschland im Jahre 2003 hat die Physiotherapie im stationären Anwendungsbereich einen schweren Stand. Da die Physiotherapie in diesem Klassifikationssystem nicht bzw. nur indirekt berücksichtigt wird, müssen die Physiotherapeuten ihre Daseinsberechtigung immer wieder erneut besonders herausstellen. Dieses System dient nicht der tatsächlichen Kostenkalkulation, sondern der Feststellung der Summe, die für den jeweiligen Fall bezahlt werden kann. Neben der notwendigen Behandlung von Patienten zur Vorbeugung von Komplikationen und sekundären Erkrankungen, zur Leistungssteigerung und zum Wohlbefinden, argumentieren Physiotherapeuten mit einer möglichen Reduzierung der Liegezeiten durch ihre Intervention. Gesche Ketels und Claudia Winkelmann konstatierten darüber hinaus in einem Interview, die Physiotherapie sei für das Image einer Klinik wichtig und stelle möglicherweise eine Abgrenzung gegenüber Mitbewerbern dar.[43]

---

[40] Aussage Seehofers, zitiert nach: „Physiotherapie gehört zum Standard hochwertiger Medizin"
[41] Appuhn (2010).
[42] Hein (2007), S. 585,
[43] Baumann (2010), S. 10.

Die Physiotherapeuten sind nicht an eine Berufsordnung gebunden, dennoch gab der Zentralverband für Krankengymnasten/Physiotherapeuten 1979 und noch einmal 1999 eine Berufsordnung mit Grundsätzen des beruflichen Selbstverständnisses heraus, die auch Einblicke in bzw. Ratschläge für die Berufsausübung enthält.[44]

3. Zusammenfassung

Retrospektiv kann man festhalten, dass die Physiotherapie in Deutschland vier große, zeitlich nicht scharf abgrenzbare Phasen durchlaufen hat:

Bis zum Ende des „Dritten Reichs" im Jahr 1945 war dies „die Phase der Berufsfindung und Verberuflichung mit ersten Regelungsansätzen (...) in unmittelbarer Anbindung an die ärztliche Behandlung".[45]

Anschließend, bis circa 1960, also bis zur Verabschiedung des ersten bundeseinheitlichen Gesetzes, folgte „die Phase der Etablierung als ‚gehobener' Frauenberuf zur Unterstützung und Ergänzung ärztlicher Behandlung mit Gründung eines Berufsverbandes" und der Vereinheitlichung des Berufsgesetzes auf Bundesebene.[46]

Sie wurde abgelöst von der „Phase der quantitativen Erweiterung und qualitativen Differenzierung (...) mit relativer Handlungsautonomie im Bereich der Befund- und Behandlungstechniken auf der Basis ärztlicher Verordnung" als kontinuierlich fortlaufendem Prozess bis circa 1994.[47] In diesem Jahr erfolgte die Verabschiedung des neuen Berufsgesetzes sowie die Vorlage der vielbeachteten Dissertation von Susanne Schewior-Popp an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg.[48]

Last not least findet sich die (noch keinesfalls abgeschlossene) Phase der beruflichen Emanzipation und des Aufstiegs zur Profession. Auch wenn sich die Handlungsautonomie (noch) nicht grundlegend verändert hat, so hat seit den späten 1980er Jahren die Akademisierung und seit den 90er Jahren das Qualitätsmanagement in diesen Prozess der Professionalisierung Eingang gefunden.[49]

Die beschriebenen Phasen sind allerdings nicht losgelöst vom internationalen Kontext zu betrachten: die Veränderungen innerhalb und außerhalb der Europäischen Union binden die Ausrichtung der Physiotherapie in Deutschland in zunehmendem Maße an internationale Standards. Vermutlich beeinflusst dies den Prozess der Professionalisierung deutlicher als nationale Tendenzen. Allerdings „werden bei der angestrebten Änderung der Ausbildungsinhalte und -strukturen für den Berufstand weitere große Anstrengungen notwendig sein, um das Ziel des Aufstieges zu einer Profession erreichen zu können".[50] Dazu muss auch das „grundsätzliche Dilemma der Gesundheitsberufe zwischen sozialer Stellung

---

[44] Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) e.V. (o. J.).

[45] Schewior-Popp (1999), S. 75 (Hervorhebungen vom Verfasser entfernt).

[46] Ebenda (Hervorhebungen vom Verfasser entfernt).

[47] Ebenda (Hervorhebungen vom Verfasser entfernt).

[48] Letztere wurde anschließend als Fachbuch veröffentlicht, vgl. Schewior-Popp (1999). Der hier genutzte Druck ist die zweite, unveränderte Auflage aus dem Jahre 1999.

[49] Rudolph (2006), S. 63, und Hein (2007), S. 585.

[50] Rudolph (2006), S. 72.

einerseits und professioneller Autonomie andererseits“ gelöst werden.[51] Die Nähe der Physiotherapie zur Medizin verlieh ihr zwar bisher immer ein hohes Maß an Sicherheit, doch war der Preis stets die Akzeptanz der ärztlichen Kompetenz und Verordnungsgebundenheit. Die daraus resultierende Einschränkung der beruflichen Handlungsfreiheit ergibt sich aus der eingangs erwähnten Diskussion um den „Direct Access“.[52]

4. Ausblick

Die viel zitierten Veränderungen in der deutschen Gesellschaft – der demographische Wandel, die damit verbundene Multimorbidität bzw. die steigende Komplexität der Krankheitszustände einerseits und der steigende Kostendruck andererseits – erfordern zukünftig eine Anpassung der Dienstleistungen in den Gesundheitsberufen und damit auch der Physiotherapie. Die Akademisierung ist hierfür laut einem Thesenpapier des Zentralverbandes der Physiotherapeuten eine maßgebliche Voraussetzung.[53]

Nur ein Zugang zur aktuellen Forschung ermöglicht in Zukunft eine optimale Versorgung der Versicherten. Aus diesem Grund unterstützt der Verband die Etablierung grundständiger Studiengänge. Während er hier eine Lösung im Modell des staatlichen Gesundheitscampus sieht, fordert der Wissenschaftsrat in einer aktuellen Pressemitteilung staatliche Hochschulen und Universitäten explizit auf, diese Studienplätze zu schaffen.[54] Ob nun die vollständige Akademisierung oder eine teilweise Akademisierung, wie sie der Medizinische Fakultätentag fordert, zu einer akzeptablen Lösung führt, wird die Zukunft zeigen.[55] Über die grundsätzliche Sinnhaftigkeit der Akademisierung der Physiotherapie – zumindest teilweise – herrscht jedoch ein breiter Konsens.

---

[51] Schewior-Popp (1999), S. 80 (Hervorhebungen vom Verfasser entfernt).
[52] Ebenda.
[53] Physio-Deutschland (2012).
[54] Wissenschaftsrat (2012).
[55] Medizinischer Fakultätentag (2012).

Literatur

1. Appuhn (2006): Peter Appuhn, Fortbildungspflicht verabschiedet. Wirksam nach Übernahme in Rahmenverträge. Punktesammeln ab 31. Oktober, http://www.physio.de/php/meldung.php3?id=6164 (gesehen am 29.03.2013).
2. Appuhn (2010): Peter Appuhn, Wachstumsmarkt Physiotherapie. 75 Prozent mehr Therapeuten in acht Jahren (12.03.2010), http://www.physio.de/php/meldung.php3?id=7219 (gesehen am 05.06.2013).
3. Baumann (2010): Elke Baumann, Stellung der Physiotherapie im Krankenhaus, Physiopraxis 8 (2010), 3, S. 8-10.
4. Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) e.V. (o. J.): Beruf und Bildung (o. J.), https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung.html (gesehen am 05.06.2013).
5. Grosch (1996): Gerhard Grosch, Kurze Geschichte der Physiotherapie, in: Antje Hüter-Becker, Heidrun Schewe, Wolfgang Heipertz (Hrsg.), Physiotherapie, Bd 3: Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Berufslehre, Wissenschaftliches Arbeiten, Geschichte, Stuttgart 1996 (= Lehrbuchreihe Physiotherapie, 3), S. 231-254.
6. Heilmittelkatalog (2011): www.heilmittelkatalog.de (gesehen am 02.07.2013).
7. Hein (2007): Roland Hein, Ein Beruf emanzipiert sich. Zeitschrift für Physiotherapeuten 59 (6), S. 584-585.
8. Hüter-Becker (1997): Antje Hüter-Becker, Ein neues Denkmodell für die Physiotherapie, Zeitschrift für Physiotherapeuten 39 (1997), 4, S. 565-569.
9. Hüter-Becker (2000): Antje Hüter-Becker, Bewährtes erhalten – Zukunft gestalten, Zeitschrift für Physiotherapeuten 52 (2000), 4, S. 606-622.
10. Hüter-Becker (2004): Antje Hüter-Becker, Geschichte der Physiotherapie, in: Antje Hüter-Becker, Mechthild Dölken (Hrsg.), Physiolehrbuch Basis: Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten, Stuttgart/New York 2004, S. 5-32.
11. Kaltenborn (2007): Fredy Kaltenborn, Wissenschaftlicher Männerberuf – Physiotherapie im 19. und 20. Jahrhundert – Geschichte aus erster Hand betrachtet, Zeitschrift für Physiotherapeuten 59 (2007), 10, S.1025-1029.
12. Kohlwes (2009): Heidi Kohlwes, Ein Beruf für höhere Töchter. Physiotherapie in den 50er Jahren, Physiopraxis, 7 (2009), 10, S. 40-42.
13. Kurtenbach/Neumann/Stofft (1997): Hermann Kurtenbach, Claudia Neumann, Eckart Stofft, Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Masseure und medizinische Bademeister (MB-APrV) sowie für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). Kommentar, Stuttgart 1997, S. 1-10.
14. Maus (1996): Josef Maus, Massenprotest von Krankengymnasten gegen Seehofer-Reform, Deutsches Ärzteblatt 93 (1996), 50, S. A-3322
15. Medizinischer Fakultätentag (2012): http://www.mft-online.de/files/presseerklrung-qualifikationsbedarf_von_gesundheitsfachberufen7-2012.pdf (gesehen am 25.09.2012).
16. Pschyrembel (2007): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, 261. neu bearbeitete und erw. Aufl. Berlin/New York 2007.

17. Raps/Melzer (1995): Wolfgang Raps, Waltraud Melzer, Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Kommentar, Remagen 1995.
18. Repschläger (2004): Ute Repschläger, Klare Ziele – konkrete Perspektiven: Der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V., in: Antje Hüter-Becker, Mechthild Dölken (Hrsg.), Physiolehrbuch Basis: Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten, Stuttgart/New York 2004, S. 81-83.
19. Repschläger (2005): Ute Repschläger, Neue Fortbildungspflicht für Heilmittelerbringer, Physiotherapie. Fachmagazin für selbstständige Physiotherapeuten 2 (2005), S. 15f.
20. Rudolph (2006): Michael H. Rudolph, Professionalisierung der Physiotherapie in Deutschland (= Bachelorarbeit Physiotherapie, Schwandorf 2006).
21. Schämann (2005): Astrid Schämann, Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Profession" (= Diss. Berlin 2005).
22. Schemmann (1995): Ulrike Schemmann, Die Krankengymnastik – zur Entstehung eines Frauenberufes um die Jahrhundertwende (= Magister-Arbeit, Frankfurt 1995).
23. Scherfer (2001): Erwin Scherfer, Evidenzbasierte Praxis in der Physiotherapie: Bedrohung oder Chance?, Zeitschrift für Physiotherapie 53 (2001) ,6, S.945-958.
24. Schewior-Popp (1999): Susanne Schewior-Popp, Krankengymnastik und Ergotherapie: Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens, 2. Aufl. Idstein 1999 (= Diss. Heidelberg 1994).
25. Weber (2008): Corina Weber, Ein altes Image ablegen. Der Professionalisierungsprozess in der Physiotherapie aus der Geschichte heraus betrachtet – Teil 1, Zeitschrift für Physiotherapeuten 60 (2008), 12, S. 1401-1404.
26. Weiterbildungsordnung (2003/2010): Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25.06.2010 nach dem Beschluss des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden im Mai 2010, http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_07122011.pdf (gesehen am 01.03.2013).
27. Wissenschaftsrat (2012): Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Berlin 2012, http://www.wissenschaftsrat. de/download/archiv/2411-12.pdf (gesehen am 02.07.2013).
28. Wolf (2004): Ulrike Wolf, ZVK und WCPT, in: Antje Hüter-Becker, Mechthild Dölken (Hrsg.), Physiolehrbuch Basis: Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten, Stuttgart/New York 2004, S. 73-80.
29. Zalpour (2005): Christoph Zalpour, Physiotherapie – Auf dem Weg zur Professionalisierung, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), 14, S. 966-968.
30. Zalpour (2008): Christoph Zalpour, Der First-Contact-Practitioner in Deutschland. Eine Frage der Qualität und Qualifikation, Zeitschrift für Physiotherapeuten 60 (2008), 1, S. 105-111

Perspektiven und Reaktionen der bundesweiten Medizinstudierendenvertretung auf die Implementierung der „Arzt im Praktikum-Phase“

Katharina Kulike und Dominik Groß

1. Einleitung und Fragestellung

Mit der 5. Verordnung zur Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung und deren Inkrafttreten am 15.12.1986 wurde als neue Praxisphase im Anschluss an das Studium der Humanmedizin der „Arzt im Praktikum“ (AiP) eingeführt.[1] Dieser war als Erweiterung der praktischen Ausbildungszeit konzipiert, um Absolventinnen und Absolventen vor einer eigenständigen ärztlichen Tätigkeit und insbesondere vor der damals möglichen, sofortigen Niederlassung zunächst unter Supervision zum Arzt weiter auszubilden; die Verleihung der ärztlichen Approbation wurde fortan an die erfolgreiche Absolvierung der AiP-Phase geknüpft.

Bekanntermaßen war der besagte Ausbildungsabschnitt innerhalb der Studierendenschaft sehr umstritten.[2] Vor diesem Hintergrund widmet sich der vorliegende Beitrag einer Analyse der Positionen und Aktivitäten der national organisierten Medizinstudierendenvertretung bezüglich der Einführung und Umsetzung der AiP-Phase. Die Untersuchung erfolgt auf der Grundlage der Archivalien, die Eingang in das „Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft“ (ADM) am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen gefunden haben; zugrunde gelegt wurden alle Dokumente, die Hinweise auf Verlautbarungen der bundesweit organisierten Medizinstudierendenvertretung zum Themenfeld AiP geben. Zielsetzung ist es, anhand der im ADM vorhandenen Archivalien die Haltung der nationalen Medizinstudierendenschaft auf die Einführung des „Arzt im Praktikums“ zu analysieren, die Forderungen und Vorschläge nachzuzeichnen, mit denen die Studierenden dieser Implementierung begegneten, sowie die Methoden bzw. (argumentativen) Strategien herauszuarbeiten, derer sie sich bedienten.

Nach einer konzisen Skizzierung von Ursprung und Konzeption des Archivs Deutsche Medizinstudierendenschaft gilt es, das zur Erschließung des Archivmaterials konzipierte Kategoriensystem und im Anschluss die inhaltsanalytische Kategorienbildung zur Feinanalyse der Archivalien vorzustellen. Diese inhaltsanalytischen Kategorien umfassen die Gründe für den „Arzt im Praktikum“ aus Sicht der Studierenden, die von ihnen antizipierten Auswirkungen der AiP-Phase und die durch sie identifizierten Verantwortlichkei-

[1] BMG (1984), ADM-F-D-B-A-AD-A-4; BMG (1986), ADM-F-D-B-A-AD-C-3; BMJFG (1987), ADM-F-D-AG-E-1. Die Formulierung „Arzt im Praktikum“ wird dem damals üblichen Sprachgebrauch entsprechend auch in dieser Arbeit verwendet. Dabei sind selbstverständlich auch Ärztinnen in dieser Ausbildungsphase eingeschlossen.

[2] Mit Studierendenschaft oder Medizinstudierenden sind in dieser Arbeit ausschließlich die Studierenden im Fachbereich Humanmedizin in Deutschland vor und nach der Wiedervereinigung gemeint, wobei diese Analyse keine Dokumente über die Studierendenschaft in Ostdeutschland vor 1990 umfasst und daher hierzu auch keine Aussagen treffen kann.

ten, aber auch die konkreten studentischen Forderungen und die hierbei zugrunde gelegten Strategien der Studierendenschaft.

Gemeinsam mit den analysierten Strategien werden auch die eingegangenen Diskurskoalitionen der Studierendenschaft untersucht sowie zuletzt die subjektiven Handlungsspielräume der Studierendenschaft erläutert.

2. Das Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft

Das Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft (ADM) wurde 2008 von Studierenden der Fachschaft Medizin an der RWTH Aachen initiiert. Ausgangspunkt für die Etablierung dieses Archives waren etwa 50 Aktenordner mit weitgehend unsortiertem Schriftwechsel, mit Protokollen und anderen schriftlichen Belegen über die lokalen und nationalen gesellschaftspolitischen Aktivitäten der Medizinstudierenden. Das Datenmaterial reicht von den 1960er Jahren bis in die Gegenwart. Zur Erschließung der Quellen wurden zunächst die Rohmaterialien gesichtet und die Bestände sortiert; zur digitalen Archivierung diente das Programm „Jabref".

Um die Dokumente inhaltlich zugänglich zu machen, erfolgte eine Verschlagwortung, wobei alle vergebenen Schlagworte in einer Schlagwortliste festgehalten wurden. Diese Schlagwortliste ist mittels einer exemplarischen Durchsicht der Fachtagungsrundbriefe sowie unter Berücksichtigung der aktuellen Tätigkeit der „Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V." (bvmd) erstellt und überprüft worden.[3] Da man vermeiden wollte, dass sich die Schlagwortliste durch die Eingabe neuer Archivalien immer wieder verlängert und letztlich durch die vorgenommenen Veränderungen Dokumente, welchen konsequenterweise das gleiche Schlagwort hätte zugeordnet werden müssen, unterschiedliche Schlagworte tragen, erfolgte eine exemplarische Durchsicht. Außerdem wurde in einer kommentierten Schlagwortliste dokumentiert, welche ebenfalls häufig verwendeten Begriffe welchem Schlagwort zugeordnet werden sollten. So werden zum Beispiel mit dem Schlagwort „Praktische Ausbildung" in der kommentierten Schlagwortliste auch die Begriffe „skills labs", „Anamnesegruppen", „Untersuchungskurs", „Blockpraktikum", „Famulaturen" und „Krankenpflegepraktikum" versehen. Zudem erfolgte die Kategorisierung der Schlagwortliste. Die erstellten Kategorien orientieren sich an den Haupttätigkeitsfeldern der studentischen Arbeit, sie sollen sowohl die Suche im Archiv übersichtlicher gestalten als auch helfen, bei der Archivierung die Schlagwortvergabe zu reflektieren. Die Schlagwortliste ist jederzeit erweiterbar; diese Erweiterungen sollten aus den oben genannten Gründen allerdings nur sehr zurückhaltend und planvoll erfolgen.

---

[3] Sogenannte Rundbriefe der Fachtagung Medizin im Verband Deutscher Studentenschaften (VDS) bzw. Fachtagung Medizin und Fachtagung Medizin e.V. sind schriftliche Mitteilungen an ihre Mitglieder, wobei in diesen Schriften sowohl über interne Angelegenheiten der Fachtagung berichtet wird oder Protokolle von Mitgliederversammlungen gedruckt werden, als auch oftmals ein Pressespiegel mit Diskussionen aus anderen Bereichen der medizinischen Standespolitik oder der Gesundheits- und Sozialpolitik abgedruckt wird. Die Rundbriefe erschienen in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen, zumeist viermal jährlich, und wurden bis 2003 erstellt. Der erste Rundbrief, welcher im Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft archiviert ist, stammt vom Juni 1982, vgl. Fachtagung Medizin im VDS (1982), ADM-F-B-A-21.

Die Archivierung erfolgt entlang der Systematik eines eigens erstellten Verzeichnisbaums. Für jedes Dokument wird zunächst ein Autor festgelegt, wobei hier weniger eine natürliche Person im Vordergrund steht, sondern vielmehr möglichst präzise die Zuordnung zu einer spezifischen Arbeitsgruppe einer studentischen Organisation, einer Standesvertretung, Bereichen der Fakultätsarbeit o.ä. vorgenommen wird. Dabei erfolgt innerhalb des Verzeichnisbaums eine primäre Unterscheidung zwischen BRD und DDR vor 1990 und BRD nach 1990. Weiterhin werden innerhalb der BRD die Unterkategorien „Fakultäten“, „VDS-FTM“/„Fachtagung Medizin“/„Fachtagung Medizin e.V.“/„bvmd“, „studentische Organisationen und Vereine“ sowie „nicht-studentische Organisationen und Vereine“ und „externe Publikationen“ unterschieden.[4] Jede Verzweigung des Verzeichnisbaums erhält einen bestimmten Buchstaben; so wird für die primären Kategorien ein F für den Zeitraum „BRD 1945 – 1990“, ein G für den Zeitraum „DDR 1945 – 1990“ und ein H für den Zeitraum „BRD ab 1990“ vergeben. Die darunter angelegten Unterkategorien erhalten wieder einen Buchstaben zugeordnet und nach diesem System wird bis in die kleinste Aufzweigung verfahren. Die daraus entstehende Buchstaben- und Ziffernfolge ist für jede Archivalie einzigartig und wird, der Logik des Datenbankprogramms folgend, als sogenannter „Bibtexkey“ bezeichnet.

Auch wenn sich an einigen Stellen bedauerliche Lücken in der Dokumentation finden lassen, so ist doch festzustellen, dass es nach der im Rahmen des Archivaufbaus vorgenommenen Recherche nicht aussichtsreich ist, weitere Archivalien aufzutun. Insbesondere steht nicht zu erwarten, dass sich Archivalien in einem solchen Umfang auffinden lassen, als dass eine wesentliche Änderung in den – durch den bisher vorhandenen Archivbestand möglichen – Auswertungen notwendig würde.

3. Methodik zur Analyse der Archivalien

Die Analyse studentischer Perspektiven und Reaktionen auf die „Arzt im Praktikum-Phase“, eingführt 1986 im Anschluss an das Studium und vor Erlangen der Approbation zum Arzt, ist Bestandteil eines Promotionsvorhabens, das sich mit der Perspektive der Medizinstudierenden sowie ihrer Einflussnahme auf die medizinische Ausbildung seit 1989 befasst. Im Rahmen dieser Promotionsarbeit wird die Datenbank des Archivs nach denjenigen Einträgen durchsucht, die mit dem Schlagwort *Ausbildung* oder mit Begriffen verschlagwortet sind, welche in der kategorisierten Schlagwortliste dem Begriff *Ausbildung* zugeordnet werden. Von diesen Einträgen wurden konkret diejenigen, welche sich mit dem „Arzt im Praktikum“ befassen, einer umfassenderen Analyse unterzogen.

Für die Erschließung der Dokumente ist ein Kategoriensystem entwickelt worden, in dem für jede Archivalie Dokumententyp, Autorenschaft, Ausmaß der inhaltlichen Ausei-

[4] Die Abkürzung FTM steht für Fachtagung Medizin, wobei diese anfangs als Fachverband Medizin und später als Fachtagung Medizin Mitglied des Verbands Deutscher Studentenschaften (VDS) war. Der VDS wurde nach Zusammenschluss mit den Fachhochschulvertretungen in Vereinigte Deutsche Studentenschaften (VDS) umbenannt. Nach Auflösung der VDS vertrat zunächst die Fachtagung Medizin und nach Vereinsgründung die Fachtagung Medizin e.V. die studentischen Belange bundesweit. Heute organisieren sich die Fachschaften der Humanmedizinstudierenden in der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., der bvmd.

nandersetzung mit dem Thema und Öffentlichkeitsgrad unterschieden werden. Die Kategorien wurden dabei deduktiv formuliert und nach einer Stichprobenauswertung induktiv an das Archivmaterial angepasst. Da die Archivalien inhaltlich bereits umfassend und trennscharf durch die mehrfach überprüfte kategorisierte Schlagwortliste erschlossen sind, konnte auf ein weiteres inhaltlich-thematisch orientiertes Kategoriensystem verzichtet werden.

Zur Kodierung der formalen Struktur der Dokumente erfolgte folgende Zuordnung der Dokumententypen: *privater Brief, Serienbrief, Umfrage, Bericht, Antrag, Protokoll, Pressemitteilung, Positionspapier, Gesetzestext, Präsentation, Foto, Zeitschriftenbeitrag, Flyer und Poster*. Außerdem erhielt der eingangs beschriebene *Rundbrief* aufgrund seiner Quantität und zumeist hohen inhaltlichen Relevanz eine eigene Kategorie in dieser Unterteilung. Dokumente, die sich keiner dieser Typen zuordnen ließen, fallen unter *Sonstiges*, wobei versucht wurde, diese Zuordnung angesichts ihrer Ungenauigkeit zu vermeiden. Anhand dieser verschiedenen Kategorien kann zwar nicht direkt abgeleitet werden, wie groß die Bedeutung der verschiedenen Archivalien ist, aber die unterschiedlichen Dokumententypen haben durchaus einen unterschiedlichen Anspruch an Format und Form – Protokolle und Berichte sind zum Beispiel einem informellen Schriftwechsel gegenüber dahingehend aussagekräftiger, als dass sie nicht nur eine Momentaufnahme skizzieren, sondern sich meist aus einem Meinungsbildungsprozess über Formulierung und Inhalte ergeben haben. In erster Linie dient diese Kategorie der Charakterisierung des zu analysierenden Datenmaterials.

Außerdem erfolgte eine Kodierung der Archivalien nach Äußerungsmodalitäten. Es wird anhand der folgenden Kategorien nach Legitimation und Organisationsgrad des Autors unterschieden, so dass auch das Modell des legitimierten Sprechers bzw. Akteurs, der durch seine Beiträge den eigentlichen Diskurs überhaupt erst konstruiert, berücksichtigt werden kann.[5] Hierfür wird zwischen *Einzelperson*, *gewähltem Vertreter*, *Universität/Universitätsgremien*, *nationale*r *Studierendenvertretung*, *Standesorganisation*, *Fachgesellschaft*, *Ministerium/Behörde*, *Parteien* und *internationaler Vertretung* unterteilt. Da im Rahmen von Zeitschriftenbeiträgen, welche von Studierenden gesammelt und zeitweise auch verfasst wurden, nicht immer klar zugeordnet werden kann, ob sie dies auch in ihrer Rolle als legitimierter Vertreter taten, und da der Legitimationsgrad der Medien im öffentlichen Diskurs höher einzuschätzen ist als die Meinungsäußerung Einzelner zum Beispiel im Rahmen eines Briefwechsels, wurde außerdem die Kategorie *(Print-)Medium* eingeführt.

Zur Darstellung der inhaltlichen Relevanz der Dokumente ist zu klären, ob die behandelten Themen lediglich *erwähnt* sind – etwa wenn ein Einladungsschreiben auf eine Veranstaltung zur Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr hinweist. In der nächsten Stufe wurden Dokumente zusammengefasst, von denen zumindest eine umfangreichere *Beschreibung* besteht; dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Bericht von einem Treffen vorliegt, der die Positionen der Teilnehmer oder den Verlauf der Veranstaltung dokumentiert, ohne eine dezidierte Wertung vorzunehmen. Dem gegenüber steht die Kategorie *mit Analyse und Wertung*, die immer dann zutrifft, wenn Positionen kritisch hinterfragt oder in einen politischen Zusammenhang eingeordnet werden, beispielsweise dann, wenn die Studierenden die Erfolge ihrer eigenen Aktionen diskutieren. Noch darüber hinaus gehen Archivalien, die

[5] Keller (2011), S. 47 und 59.

beleuchten, wie zu einem Sachverhalt eigene Vorschläge präsentiert werden, da dies eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Gegenstand impliziert. An dieser Stelle ist es ganz entscheidend, zwischen der Analyse und Wertung von Vorschlägen Dritter und Vorschlägen des Autors der Archivalie zu dem jeweiligen Thema zu unterscheiden. Eine noch größere inhaltliche Relevanz wird Dokumenten zugestanden, die in Bezug zu veröffentlichten Gesetzesentwürfen oder Positionspapieren anderer Interessenvertreter stehen, da neben der umfangreichen Auseinandersetzung mit der Thematik auch der Realitätsbezug der Archivalie unterstrichen wird. Zusammenfassend ergeben sich in aufsteigender Reihenfolge folgende fünf Kategorien zur Unterscheidung der inhaltlichen Relevanz:

- Nur erwähnt
- Mit Beschreibung
- Mit Analyse + Wertung
- Mit Vorschlägen
- Mit Bezügen zu Gesetzestexten, Veröffentlichungen Dritter etc.

In der Kategorie *Öffentlichkeitsgrad* wird unterschieden, inwieweit die Archivalie für die Öffentlichkeit bestimmt war bzw. wie weit der Entscheidungsfindungsprozess über eine Position o.ä. bereits gediehen ist. Auch Dokumente, die sich in keinem aktiven Meinungsbildungsverfahren befinden, können so beispielsweise mit der Unterkategorie *Diskussion* erfasst werden. Bei umfangreicheren Schriftstücken soll sich die Zuordnung an dem für die nähere Analyse relevanten Thema orientieren. Nur weil ein Dokument inhaltlich Vorschläge beinhaltet, ist es nicht *per se* auch in seinem Öffentlichkeitsgrad mit *Zwischenstand* zu kategorisieren – dies hängt vielmehr vom Stand des Meinungsbildungsprozesses ab: Wenn sich dieser vorwiegend in einer kleineren Gruppe lokalisiert, ohne dass er zu diesem Zeitpunkt in einer breiteren Öffentlichkeit geführt werden soll, ist von einem *Zwischenstand* zu sprechen. Der unhandlichen Formulierung *Zwischenstand* wurde dabei vor *Zwischenergebnis*, welches dem natürlichen Sprachgebrauch eher folgt, der Vorzug gegeben, um einen Kodierungsfehler angesichts der Formulierungsnähe zu *Abstimmungsergebnis* zu vermeiden. Über die Kategorie *Abstimmungsergebnis* geht hinsichtlich des Öffentlichkeitsgrades noch die Zuordnung zu *Veröffentlichung* hinaus.

Da jede Archivalie nur einmal nach den beschriebenen Kategorien erfasst werden sollte, ist die Varianz zwischen Kodierungseinheit, also der kleinstmöglichen erfassten Texteinheit, und der Kontexteinheit, sprich des größten zuordenbaren Textteils, relativ groß; sie reicht von einem einzelnen Satz bis hin zum ganzen Dokument.[6] Für umfangreiche Dokumente, wie zum Beispiel den Rundbrief der Fachtagung Medizin, in denen mehrere Themen in unterschiedlichem Ausmaß behandelt werden, gilt dabei, dass jeweils der ausführlichste Beitrag zu dem untersuchten Thema mit dem höchsten Organisationsgrad hinsichtlich Öffentlichkeit und Autorenschaft die Zuordnung zu den jeweiligen Kategorien bestimmt.

[6] Mayring (2010), S. 59.

4. Ergebnisse der Auswertung nach dem beschriebenen Kategoriensystem

Die Stichwortsuche in der Datenbank des Archivs Deutsche Medizinstudierendenschaft erbrachte insgesamt 281 Einträge, die das Schlagwort „Arzt im Praktikum" beinhalten.[7] Der abgebildete Zeitraum reicht dabei von Juni 1982 bis September 2004. Nach Ausschluss von Dokumenten, die nicht durch Vertreter der nationalen Medizinstudierendenvertretung verfasst oder herausgegeben wurden, verbleiben 133 Archivalien.

Der näheren Analyse sollen nur diejenigen Dokumente unterzogen werden, deren inhaltliche Relevanz mindestens der Kategorie *mit Analyse und Wertung* zugeordnet wurde. Es finden sich 31 Dokumente der Kategorie *mit Analyse und Wertung*, 41 Einträge der Kategorie *mit Vorschlägen* sowie 26 Archivalien der Kategorie *mit Bezügen zu Gesetzestexten oder Veröffentlichungen Dritter*. Von den nicht näher untersuchten Dokumenten waren 12 der Kategorie *nur erwähnt* und 23 der Kategorie *mit Beschreibung* zugeordnet worden. Mit 72,9% wurde also die überwiegende Mehrheit der Archivalien aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz einer eingehenderen Analyse zugeführt.

Unter diesen 97 Dokumenten, welche angesichts ihrer inhaltlichen Relevanz einer Feinanalyse unterzogen werden sollten, fand sich eine hohe strukturelle Relevanz hinsichtlich ihres Öffentlichkeitsgrades bei 11 Dokumenten mit der Kategorie *Abstimmungsergebnis* sowie 50 Dokumenten der Kategorie *Veröffentlichung*. Eine niedrigere strukturelle Relevanz besaßen die 18 Dokumente der Kategorie *Diskussion* sowie 18 weitere Archivalien der Kategorie *Zwischenstand*. Die Mehrheit der zu untersuchenden Dokumente (62,9%) konnte also einem hohen Öffentlichkeitsgrad zugeordnet werden.

5. Feinanalyse der Arzt im Praktikum – Phase (AiP) anhand der ausgewählten Archivalien

Um die 97 ausgewählten Archivalien inhaltlich zu erschließen, wurden zur Feinanalyse der Dokumente inhaltsanalytische Kategorien definiert. Diese Kategorien wurden deduktiv unter der Maßgabe gebildet, dass zum einen geklärt werden sollte, welche Gründe die Studierenden für die Einführung des AiP vermuteten bzw. mit welchen der ihnen vorgeschlagenen Argumente sie sich auseinandersetzten, zum anderen sollten die aus studentischer Perspektive durch die Implementierung auftretenden Probleme und resultierenden Konsequenzen analysiert werden. Weiterhin galt es zu klären, mit welchen Mitteln die Studierenden auf die geplante Einführung bzw. später auf das Vorhandensein der AiP-Phase reagierten sowie ob (und wenn ja, welche) Diskurskoalitionen von den Studierenden in Anspruch genommen wurden. Während der Feinanalyse der Dokumente wurden die Kategorien induktiv angepasst und überarbeitet. Die Unterkategorien wurden durch prägnante Zitate aus den studentischen Texten gebildet, um während der Analyse eine möglichst große Nähe zu den Materialien zu gewährleisten. Wurden ähnliche Argumente in weiteren Archivalien festgestellt, so wurden auch diese der Aussage des zuvor identifizierten Zitats zugeordnet und mit ihren jeweiligen Belegstellen ebenfalls angegeben.

---

[7] Die Datenbank des Archivs Deutsche Medizinstudierendenschaft wird stetig erweitert. Im Verlauf kann sich daher die Anzahl der gefundenen Dokumente verändern. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit wird daher auf die Datenbank des Archivs mit Stand vom 23.07.2012 verwiesen.

Die erste Kategorie *Gründe für den „Arzt im Praktikum“* umfasst die Argumentationslinien, die den Studierenden mit Einführung der AiP-Phase präsentiert wurden, sowie die Zielsetzungen, die die Studierendenvertreter als eigentliche Motivation zur Implementierung der Praxisphase vermuteten.

In der zweiten Kategorie *Auswirkungen der AiP-Phase* wird dargelegt, welche Konsequenzen die Studierenden nach Einführung des Ausbildungsabschnittes befürchteten. Diese, zumeist negativ gedeuteten, Auswirkungen nehmen in der studentischen Argumentation einen großen Teil ein und führen zu einer recht umfassenden Phänomencharakterisierung.

Die *Verantwortlichkeit für die Implementierung* wurde als dritte inhaltsanalytische Kategorie definiert, auch wenn sich keine Argumentationslinien im engeren Sinne daraus ableiten lassen, sondern nur beschrieben werden kann, wen die Studierenden in der Verantwortung für Konzeption und Umsetzung des AiP sahen.

Mit der vierten Kategorie, den *Forderungen im Kontext der AiP-Phase*, wurde zum einen inhaltsanalytisch die Hauptforderung der Studierendenschaft belegt und zum anderen die weiteren Anforderungen, die vor allem an eine Implementierung adressiert wurden, skizziert.

Strategien der Studierendenschaft ist die fünfte Kategorie, anhand derer analysiert werden soll, welche unterschiedlichen Methoden die Studierenden anwendeten oder zumindest erwogen, um ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen bzw. um die von ihnen antizipierten Konsequenzen öffentlich zu machen.

Dies wird in der sechsten Kategorie zusammengefasst, die die *Diskurskoalitionen der Studierendenschaft* beinhaltet, also die Analyse der Bündnisse, die die Studierenden zur Umsetzung ihrer Forderungen eingingen beziehungsweise wen sie in ihren Argumentationsfiguren an ihrer Seite vermuteten.

Als siebte Kategorie werden die *subjektiven Handlungsspielräume* beschrieben, also die Möglichkeiten, die die Studierendenvertreter sahen, um ihre Forderungen durchzusetzen und außerdem, wie sie die Wirksamkeit ihrer Strategien beurteilten.

Tatsächlich zeigen sich in der Analyse keine relevanten Änderungen der studentischen Argumentation im Zeitverlauf. Daher wird auf zeitliche Dynamiken nur an den Stellen eingegangen, wo dies auch von Bedeutung erscheint.

5.1 Gründe, die aus Perspektive der Studierenden in die Einführung des „Arzt im Praktikums“ mündeten

Aus Sicht der Studierendenschaft lassen sich vier grundlegende Argumentationsfiguren für die Implementierung des AiP identifizieren. Diese umfassen (1) die befürchtete Ärzteschwemme, (2) die politische Intention, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen, (3) die Absicht der etablierten Ärzteschaft, den Zugang für den konkurrierenden Nachwuchs zu beschränken, und (4) die Notwendigkeit einer Praxisphase aufgrund der europäischen Harmonisierung.

In den 1980er Jahren gingen Politiker und Ärzteschaft von einem anhaltenden Überangebot an Ärztinnen und Ärzten aus. Ziel verschiedener politischer Bemühungen war da-

her die Verhinderung der „sogenannten Ärzteschwemme".[8] Die Studierenden implizierten dabei vor allem, dass durch die Etablierung einer AiP-Phase im Anschluss an das Studium die Zahl der vollapprobierten Ärzte reduziert werden sollte; die Akteure im Gesundheitswesen beabsichtigten, „die Zahl der fertigen Ärzte drastisch zu reduzieren", was die Studierendenschaft als „heimliche Berufslenkung" wertete.[9] Sie ordneten die AiP-Phase dabei aber nur als ein Instrument von vielen ein und beschrieben zum Beispiel im Rundbrief der Fachtagung Medizin im VDS vom Mai 1985 in diesem Kontext weitere Maßnahmen, wie die Änderung der Prüfungsbestimmungen durch die Einführung von mündlichen Prüfungen und einer generellen, lediglich einmaligen Wiederholungsmöglichkeit sowie das sogenannte „Skandalphysikum" mit überdurchschnittlich hohen Durchfallquoten.[10] Auf diese Aspekte kann angesichts der Fragestellung an dieser Stelle allerdings nicht weiter eingegangen werden.

Wenig glaubhaft erschienen den Studierenden dagegen die Argumente von Vertretern aus Politik und ärztlicher Standesvertretung, die darauf abzielten, den „Arzt im Praktikum" zu implementieren, da es zu wenig Assistenzarztstellen gäbe, oder um bestehende Mängel in der praktischen Ausbildung während des Humanmedizinstudiums auszugleichen.[11] Den Studierenden wurde vermittelt, dass „die sehr hohen Studentenzahlen (...) keine Verbesserung innerhalb des Studiums" erlaubten.[12] Die Studierendenvertreter bewerteten den AiP vielmehr als „Vorwand, die Ausbildung (...) zu verbessern", während es ihrer Meinung nach „primär um einen Versuch der Berufssteuerung" gehe, mit dem, ebenso wie mit den hiermit verbundenen niedrigeren Gehältern der „Ärzte im Praktikum", Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden sollten.[13]

Die Medizinstudierenden sahen den „AiP als Instrument für die Länder, um in Zukunft Stellen und Kosten zu sparen". „Es geht um nichts anderes als um die Schaffung von Billigärzten".[14] In der Studierendenschaft schien der Eindruck zu entstehen, dass durch die Einführung einer Praxisphase ohne Vollapprobation im Anschluss an das Studium der „Abbau von Überstunden durch mehr Klinikärzte, ohne die dafür eigentlich notwendige Erhöhung der Personalkosten" beabsichtigt war.[15] Die Studierendenschaft betonte in ihrer internen Kommunikation, sich dagegen wehren zu wollen, dass „die Finanzprobleme des

---

[8] Fachtagung Medizin im VDS (1983), ADM-F-B-D-A-1; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2.

[9] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17.

[10] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39.

[11] Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16.

[12] Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-31.

[13] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-31; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-H-14.

[14] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-A-36; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28.

[15] Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40.

Gesundheitswesen weiterhin auf uns abgewälzt werden sollen“.[16] Diese Argumentationskette nahm für die Studierendenschaft, bei quantitativer Betrachtung der dazu vorliegenden Dokumente, den größten Raum ein.

Sie warfen aber auch der etablierten Ärzteschaft die Intention vor, den „Nachwuchs von den Geldtöpfen der Krankenkassen fernzuhalten“.[17] Empört nahmen die Studierenden in ihrer Argumentation Bezug auf ein von ihnen abgedrucktes Zitat aus dem „Deutschen Arzt“ (8, 1983), der Zeitung des Hartmannbundes: „Was nützt die ‚schönste‘ Prozentzahl einer tapfer ausgehandelten Erhöhung der Gesamtvergütung z.B. für die Kassenärzte, wenn diese im Handumdrehen aufgezehrt wird durch wuchernde Arztzahlen. Da bleiben für den einzelnen Arzt nicht einmal mehr Krümel übrig“.[18]

Als vierte Argumentationsfigur – „Europäische Harmonisierung“ – registrierten die Studierenden zwar die von Seiten der Politik vorgetragene Notwendigkeit des „Arztes im Praktikum“ vor dem Hintergrund der Angleichung der allgemeinmedizinischen Versorgung in der Europäischen Gemeinschaft, nach der eine Niederlassung erst im Anschluss an eine Weiterbildungsphase möglich ist, befürchteten aber gleichzeitig, dass „die Anrechenbarkeit des AiP auf die im EG-Recht verzeichnete Pflichtweiterbildung nicht gewährleistet ist“ und werteten auch diese Begründung eher als Scheinargument.[19]

5.2 Erwartete Auswirkungen der „Arzt im Praktikum-Phase“

Mit Einführung des AiP befürchteten die Studierendenvertreter das Eintreten einer Reihe von fast durchgehend negativ gewerteten Auswirkungen. Einleitend muss erwähnt werden, dass in der langen Einführungsphase des „Arzt im Praktikum“, welcher nach ersten Ankündigungen durch den Bundesgesundheitsminister in Person von Heiner Geißler 1983 erst im Jahr 1989 tatsächlich Anwendung fand, die Studierendenvertreter immer wieder die von ihnen als unzulänglich empfundene Dialogbereitschaft und Kommunikationsstrategie der Politiker kritisierten: es sei „empörend, dass wir diese Informationen nicht als (...) gesichert betrachten können, da man aus dem BMJFG keine Informationen erhält“.[20]

Die Argumentationslinien der Medizinstudierenden umfassten arbeits- und sozialpolitische Auswirkungen mit einer Beeinträchtigung der Gesundheitsversorgung und Zunahme sozialer Ungerechtigkeit. Sie befürchteten sodann eine Verschlechterung der praktischen Ausbildung im Medizinstudium, eine Gefährdung der ärztlichen Weiterbildung und eine zunehmend wettbewerbsorientierte Gestaltung des Hochschul- und Gesundheitswesens. Außerdem werden die Argumentationen während der Konsolidierungsphase des AiP und die erwarteten Konsequenzen der Einstellung des AiP beschrieben.

Die meisten Begründungsansätze der Studierendenschaft sind arbeits- und sozialpolitischer Natur: So erwarteten sie einen „Flaschenhals auf dem Arbeitsmarkt“ bzw., dass der

---

[16] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-D-J-35; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-H-14; Fachtagung Medizin e.V. (2002), ADM-H-K-E-B-28.

[17] Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-31.

[18] Fachtagung Medizin im VDS (1983), ADM-F-B-D-J-32; Fachtagung Medizin im VDS (1983), ADM-F-B-D-A-1.

[19] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39.

[20] Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-4.

„Engpass auf dem Arbeitsmarkt (...) nur nach hinten verschoben" werde.[21] Vor allem die ausreichende und zeitgerechte Bereitstellung der notwendigen Ausbildungsplätze wurde dabei, trotz der wiederholten Versprechen durch die Politik, von den Studierenden als äußerst fragwürdig empfunden. Mit Äußerungen wie „Obwohl die AiP-Phase in fünf Wochen anlaufen soll, sind noch nicht einmal ein Viertel der erforderlichen Stellen vorhanden" wurde immer wieder dem Zweifel an der Umsetzbarkeit des AiP Ausdruck verliehen.[22]

Zur kostenneutralen Einführung des „Arzt im Praktikum" bei zugesicherter Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von Ausbildungsplätzen und angesichts des Stellenmangels für Ärzte war geplant, einen Teil der vorhandenen Assistenzarztstellen aufzuteilen, so dass sich mehrere Absolventen während ihrer AiP-Phase Arbeit und Gehalt eines Assistenzarztes teilen sollten.[23] Diese, von den Studierenden als faktische „Streichung von Assistenzarztstellen" gewertete, Maßnahme diene dazu, die „Zahl der Berufsanfänger zu dezimieren" und reduziere den AiP zum „Billigarztmodell", welches durch das „ungünstige Verhältnis von erfahrenen zu unerfahrenen Ärzten" eine „ernsthafte Gefährdung der Patientenversorgung mit sich" bringe.[24] Auch habe die Einführung des AiP zu einer „Verschlechterung der Basisversorgung im Krankenhaus" geführt und sei „auf Kosten (...) der Patientenversorgung" gegangen, denn „die AIP/ÄiPler [seien] in der Praxis zu häufig in

[21] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachkonferenz Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-B-2; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-31; Fachtagung Medizin (2000), ADM-H-J-H-8; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-H-3; Fachtagung Medizin e.V. (2002), ADM-H-K-E-B-28.

[22] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-37; Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-4; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-4; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-19; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15; vds Fachtagungs-Sekretariat (1988), ADM-F-B-A-4; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-A-15.

[23] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3.

[24] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-3; Fachkonferenz Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-18; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-31 und Fachtagung Medizin (1990), ADM-H-J-D-O-2.

Entscheidungssituationen auf sich alleine gestellt. Dies gefährdet den Patienten“.[25] Die Studierenden argumentierten außerdem: „Die Patienten werden schlechter behandelt, denn viele qualifizierte Arztstellen werden zugunsten von AIP-Stellen abgeschafft“.[26] Aus ihrer Sicht war die Einführung des „Arzt im Praktikums“ aber auch von Nachteil für andere Berufsgruppen. Sie konstatierten daher: „Der häufige Stationswechsel der AiPler wird zu[r] unzumutbaren Belastung für das Pflegepersonal“.[27]

Neben dem für die Studierenden sehr gewichtigen Argument der gefährdeten Patientenversorgung und der Sorge um die reine Anzahl der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze für den AiP brachten sie ihren Unmut über die Ausgestaltung der Praxisphase zum Ausdruck. Aus studentischer Perspektive verrichteten Absolventinnen und Absolventen während des AiP die „gleiche Arbeit wie Assistenzärzte“, erhielten allerdings lediglich ein „Gehalt von 1000 DM brutto, dafür muss die gesamte Arbeit eines Assistenzarztes inklusive Nacht- und Notdiensten gemacht werden“.[28] Dies habe dazu geführt, dass „junge Studienabgänger [nach] sechsjähriger Ausbildung trotz Vollzeitarbeit am Rande des Existenzminimums leben“.[29] Es handle sich bei den Arbeitsbedingungen um „tarifpolitisch legitimierte Ausbeutung“, um „eine soziale Katastrophe“.[30] Die Studierenden berichteten über „zu lange Arbeitszeiten, die nicht dem geltenden Arbeitsrecht entsprechen“, dass es „eine 6-monatige Probezeit geben [soll], in der wir jederzeit fristlos gekündigt werden können“ und davon, dass „einige niedergelassene ÄrztInnen die AiPlerInnen auch ohne Bezahlung arbeiten“ lassen.[31] Aus Sicht der Studierendenschaft ist der „Arzt im Praktikum“ daher „unsozial“: er gehe zu Lasten „von Frauen, ausländischen Kommilitonen und sozial schwächer Gestellten“, „besonders in Verbindung mit der Umstellung des BAFÖG (...) [würde er] die Zahl der Bewerber (...) aus sozial schwächeren Familien reduzieren“.[32] Der AiP sei

---

[25] Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-3; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-4; Fachkonferenz Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-18; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-A-17; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-A-6.

[26] Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2.

[27] Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16.

[28] Fachkonferenz Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-B-2; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-4; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin (1994), ADM-H-J-D-J-21; Fachtagung Medizin (2000), ADM-H-J-H-8; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5; Fachtagung Medizin e.V. (2002), ADM-H-K-E-B-28.

[29] Fachtagung Medizin (1997), ADM-H-K-B-A-5; Fachtagung Medizin (1997), ADM-H-K-B-A-6.

[30] Fachtagung Medizin (1991), ADM-H-J-E-B-7; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-G-A-1.

[31] Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-4; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; vds Fachtagungs-Sekretariat (1988), ADM-F-B-A-4; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-A-6.

[32] Fachtagung Medizin im VDS (1983), ADM-F-B-D-A-1; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachkonferenz Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-18; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-34; Fachtagung Medizin (2000), ADM-H-J-H-8; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-H-3.

„auch in Bezug auf die Frauenförderung diskriminierend", da zum Beispiel keine Sicherheit bezüglich einer Vertragsverlängerung im Falle einer Schwangerschaft bestünde und „für die Medizinstudentinnen (...) durch die zweimalige Bewerbungspflicht (...) die Chance, überhaupt einmal berufstätig zu sein, eingeschränkt" würde.[33]

Obwohl für die Einführung des „Arzt im Praktikum" die Intensivierung der praktischen Ausbildung als gewichtiges Argument angeführt wurde, hielten die Studierenden an ihrer Position fest, dass der AiP „keine Ausbildungsverbesserung" mit sich bringe.[34] Vielmehr bestand seitens der Studierenden die Befürchtung, die „praktische Ausbildung während des Studiums könnte mit dem Hinweis auf die nachfolgende AiP-Zeit noch weiter zurückgedrängt" werden.[35] Zum anderen war die pädagogische Ausgestaltung und Umsetzung der AiP-Phase nicht geklärt, was sich auch daran zeige, dass „die Auffassungen des Bundesministeriums und der Landesministerien darüber, was ein AiP'ler darf, (...) erheblich" divergierten.[36] Dieses „Statusproblem nach 6 Jahren Medizinstudium" führte bei den Studierenden nicht nur zu Unsicherheit über die von ihnen erwarteten Kompetenzen, sondern hatte auch monetäre Konsequenzen.[37] In dem Rundbrief der Fachtagung Medizin in den Vereinigten Deutschen Studentenschaften (VDS) vom Juni 1988 wurde daher aus einem Brief des BMJFG an die Fachschaft Würzburg vom 28.04.1988 zitiert, in dem es hieß: „Nach einer ausreichenden Einarbeitung und bei entsprechendem Ausbildungsstand wird der Arzt-im-Praktikum auch im Bereitschaftsdienst eingesetzt werden können". Im gleichen Kontext findet sich der Verweis auf die Tatsache, dass AiPler sich noch in der Ausbildung befinden und dementsprechend „nicht wie Assistenzärzte, sondern entsprechend niedriger vergütet werden" – so die Antwort des BMJFFG vom 05.05.1988 auf die Anfrage zur AiP-Phase der Abgeordneten Wilms-Kegel im Bundestag.[38] Die Einführung des „Arzt im Praktikum" war aus studentischer Sicht „arbeits- und studentenfeindliche Politik", die vor allem dadurch, dass „strukturierte Ausbildungsinhalte fehlen", zu einer „Verschlech-

[33] Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-H-16; ADM-H-J-D-J-2; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16.

[34] Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-4; Fachkonferenz Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-B-2; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-34; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39; Fachtagung Medizin (1990), ADM-H-J-D-O-2.

[35] Fachkonferenz Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-18; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-A-17.

[36] Vgl. Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16.

[37] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35.

[38] Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16.

terung (...) der Ausbildung“ führe.[39] Unter strukturierten Ausbildungsinhalten verstanden die Studierenden die im Verlauf des Implementierungsprozesses aufgegebene Unterteilung der AiP-Phase in abzuleistende Abschnitte in bestimmten Fächern und Fachgruppen, wie zum Beispiel Chirurgie und Innerer Medizin, bzw. in bestimmten Versorgungssektoren, also einer klaren Aufteilung der Praxisphase zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung. Gerade dieser Mangel an strukturierten Ausbildungsinhalten zieht sich in der studentischen Argumentation über die Zeit der anstehenden AiP-Einführung konstant bis zur Beendigung der von den Studierenden wenig geschätzten Praxisphase.

In ihrem Urteil über die Auswirkungen der AiP-Einführung auf die Qualität des Medizinstudiums waren die Studierenden vernichtend: Die Implementierung ginge „auf Kosten junger Absolventinnen und Absolventen“, für die „unzumutbare Wartezeiten“ entstünden oder sogar nur die Arbeitslosigkeit bliebe.[40] Insgesamt nehme „durch den AIP die Zahl der MedizinstudentInnen, die nicht ihre Ausbildung beenden können und ohne Abschluss auf der Straße stehen, zu“, so die Studierendenvertreter, die daher auch kritisierten, dass es keine Garantie gebe, dass „wir AiPler unsere Ausbildung auch beenden können“.[41] Zu den umfangreichen Kritikpunkten der Studierenden zählte außerdem die antizipierte Einschränkung der Mobilität, da der AiP die „Anerkennung des deutschen Studienabschlusses im Ausland deutlich erschwert“.[42]

Auch die beruflichen Perspektiven erschienen wenig vielversprechend: „Da ein Drittel aller Assistenzarztstellen in AIP-Stellen umgewandelt wird, wird es weniger Fachärzte geben“.[43] Zum anderen sei durch die geringere Anzahl an Assistentenstellen auch die anschließende „Weiterbildung ernsthaft gefährdet“.[44]

Eine aus heutiger Sicht ganz unvermutete Argumentationsfigur stellt die Einordnung dar, mit der die Medizinstudierenden den AiP als „nur ein ‚Mosaikstein‘ (...) im Versuch das Gesundheitswesen und auch das Hochschulwesen neu zu formieren“ beschrieben.[45] Die Vertreterinnen des Sekretariats der Fachtagung Medizin im VDS stellten im FTM-Rundbrief vom Oktober 1984 einen Zusammenhang zwischen Krankenhausfinanzierungsgesetz,

---

[39] Fachkonferenz Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-B-2; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-A-17; Fachtagung Medizin (1994), ADM-H-J-D-J-21; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-34; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-2; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-G-A-1; Fachtagung Medizin (2000), ADM-H-J-H-8; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-H-3; Fachtagung Medizin e.V. (2002), ADM-H-K-E-B-28.

[40] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-3; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-D-J-26; Fachkonferenz Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-18; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-17; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin (2000), ADM-H-J-H-8; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-H-3.

[41] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39.

[42] Fachtagung Medizin (1997), ADM-H-K-B-A-5, und Fachtagung Medizin (1997), ADM-H-K-B-A-6.

[43] Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2.

[44] Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13.

[45] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-37.

anstehender Novellierung des Hochschulrahmengesetzes (HRG) sowie der 4. und 5. Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung her. In allen Fällen habe es sich um eine Steigerung des Wettbewerbes zwischen den Studierenden bzw. den medizinischen Fakultäten und Universitäten gehandelt, die durch Instrumente wie vermehrte Anreize zur Drittmittelforschung – und die damit verbundene Einflussnahme großer Konzerne –, verschärfte Prüfungsbedingungen, u.a. durch eine Meldefristenregelung, Regulierung der Studienzeit durch veränderte Bedingungen des BAFÖG-Darlehens und anstehende Studiengebühren erreicht werden sollte. Diese Maßnahmen werteten die Studierenden als Versuch der „Elitenbildung" und Anpassung an „die Erfordernisse des Monopolkapitals, welches die Geschicke unseres Landes lenkt".[46] In einem Thesenpapier des Fachtagungssekretariats, welches zur Diskussion in den Fachschaften im Februar 1985 versandt wurde, hieß es unter vergleichbarer Argumentation:

> „Es treffen sich also bei den Medizinern die Vorhaben von Bildungs- und Gesundheitsministerium lanciert von den Interessen der Standesorganisationen. Das Ziel der Bundesregierung für den Gesundheitsbereich liegt darin, sich aus der Verantwortung zu ziehen und die Gesundheit der Menschen zusehend den Interessen einiger privater Krankenhausträger unterzuordnen. (...) Für diese Bedingungen braucht man auch neue Mediziner bzw. neue Ärzte, die darauf vorbereitet sind. Deshalb muss auch im Studium der Wettbewerbs- und Konkurrenzgedanke, das Zwei-Klassen-System verankert werden."[47]

Der damit einhergehende Apell, der an dieser Stelle auf die Kategorie *Forderungen im Kontext der AiP-Phase* vorgreift, ist der nach „Chancengleichheit statt Elitebildung".[48]

Nach der Einführung des AiP änderten sich die Argumentationsfiguren der Studierendenvertreter nicht wesentlich. So konstatierte die AG Studienreform im Rundbrief der Fachtagung Medizin aus dem Juni 1995, dass „das bisher stets angeführte Argument, nach dem AiP/ÄiP gleich praktisch tätig werden zu können, aufgrund von EU-Regelungen zur Weiterbildungspflicht hinfällig geworden" sei – demnach sei auch die mit dem AiP intendierte Verhinderung einer Niederlassung im direkten Anschluss an das Medizinstudium in dieser Form nicht mehr nötig.[49]

Unverändert beziehungsweise bestätigt schien die studentische Wahrnehmung dahingehend zu sein, dass „AiPler faktisch die gleiche Arbeit wie Assistenzärzte/ärztinnen" leisten, was „nicht nur durch die Anrechenbarkeit dieser Phase auf die Weiterbildung (...) belegt" sei.[50] Auch die von den Studierenden antizipierten Mängel der didaktischen Konzipierung des AiP wurden bekräftigt.[51]

Von den sonstigen Stellungnahmen hebt sich eine Mitteilung im Rundbrief Nr. 7 der Fachtagung Medizin aus dem Oktober 1992 deutlich ab: An dieser Stelle wurden die Er-

---

[46] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-37, S. 9.
[47] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-A-43, S. 2.
[48] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38.
[49] Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-2; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-34; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5.
[50] Fachtagung Medizin (1992), ADM-H-J-D-J-14; Fachtagung Medizin (1994), ADM-H-J-D-J-21; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-2; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-H-3.
[51] Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5.

gebnisse einer Umfrage auf AiP-Pflichtfortbildungen im Land Rheinland-Pfalz, durchgeführt von einer Initiative von AiPlern, die sich in der Fachtagung Medizin in Form der Arbeitsgemeinschaft „Armut im Praktikum“ organisierte, mit der Formulierung zusammengefasst, es zeige sich, „daß der/die AiP arbeitet wie ein(e) Assistenzarzt(ärztin) und schlechter bezahlt wird als Hilfspersonal im Krankenhaus“.[52]

Nachdem klar war, dass die „Arzt im Praktikum-Phase“ bei einer Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung nicht erhalten werden würde, befassten sich die Vertreter der Medizinstudierendenschaft vorwiegend mit den Auswirkungen der in den Gesetzentwürfen formulierten Übergangsregelungen. Auch wenn die Studierenden, ebenso wie andere Interessenvertreter im Gesundheitswesen, die Variante bevorzugten, nach der es „ab dem Stichtag 1.10.04 überhaupt kein AIP mehr gibt“, waren sie für die Bedenken des Arbeitsministeriums (die durch Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit vorgetragen wurden), dass an diesem Stichtag dann auch plötzlich die Geschäftsgrundlage für die AiP-Verträge entfalle, offen.[53] Nach Auffassung der Studierendenschaft handelte es sich hierbei aber vorwiegend um eine monetär begründete Argumentationslinie, da die Kompensation der – durch den Wegfall des AiP – entstehenden Finanzierungslücke noch nicht abschließend geklärt zu sein schien. Weitaus mehr Sorgen bereiteten den Studierenden jedoch die zu erwartenden Probleme der Absolventen, die sich zu diesem Zeitpunkt bereits in einem derartigen Arbeitsverhältnis befanden. Bei einer Fortführung der AiP-Regelung war zu befürchten, „dass ab dem 01.10.2004 erfahrene ÄiPler/AiPler unter der Aufsicht von neu voll approbierten, unerfahrenen Assistenzärzten, ärztlich handeln müssen“.[54] Als sehr spezifisches Problem im Rahmen der Übergangsphase wurde die Situation der AiPler identifiziert, die im ambulanten Bereich tätig waren, denn „bei Niedergelassenen beschäftigte(n) AiPler werden in den meisten Fällen große Probleme haben, da (...) [die] Finanzierung nicht gesichert (...) [ist und] Niedergelassene (...) AiP wesentlich einfacher beschäftigen können als Ärzte in Weiterbildung“.[55]

5.3 Verantwortlichkeit für die Etablierung der Arzt-im-Praktikum-Phase: Die studentische Perspektive

Aus Sicht der Studierenden lag die Verantwortung für die Implementierung der AiP-Phase klar auf Seiten der zuständigen Bundesregierung.[56] Insbesondere wurde von den Studierenden das Bundesministerium für Gesundheit adressiert und der jeweils amtierende Minister

---

52 Fachtagung Medizin (1994), ADM-H-J-D-J-21.

53 Fachtagung Medizin e.V. (2003), ADM-H-K-E-A-4.

54 Fachtagung Medizin e.V. (2003), ADM-H-K-E-B-10; Fachtagung Medizin e.V. (2003), ADM-H-K-K-J-6; Fachtagung Medizin e.V. (2004), ADM-H-K-E-A-3.

55 Fachtagung Medizin e.V. (2004), ADM-H-K-J-A-A-1.

56 Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-4; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-9; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-A-15; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-D-J-35.

bzw. die jeweils amtierende Ministerin.[57] Mehrmals drückten die Studierenden ihre Positionen in sogenannten „offenen Briefen" an die Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth aus, welche in studentischen Veröffentlichungen wie auch Dokumenten zur internen Vereinskommunikation relativ formlos mit „Frau Süßmuth" angesprochen wurde.[58]

Angesichts der Verantwortung der Regierungsparteien wurden besonders die „CDU, die umso mehr in Schwierigkeiten gerät, ihre Politik gegen unsere und Patienteninteressen durchzusetzen" bzw. die CDU-FDP-Koalition als verantwortlich für den „Arzt im Praktikum" angesehen.[59] Nach dem Regierungswechsel hieß es entsprechend: „wir fordern insbesondere die SPD auf, endlich nach über 2 Jahren ihrem Wahlkampfversprechen (...) nachzukommen".[60]

Durch die komplexen Zuständigkeiten für das Medizinstudium in der Bundesrepublik richteten sich die Bewertungen und Forderungen der Studierendenschaft teilweise auch allgemein an „alle Verantwortlichen in Gesundheits- und Wissenschaftspolitik" oder wurden als „Apell an die Gesundheitsminister der Länder und das BMG" kommuniziert.[61] Je nach deren Befürwortung des „Arzt im Praktikum" in den Zeitläufen machten die Studierenden auch die Landesregierungen und medizinischen Fakultäten, die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und insbesondere den Marburger Bund für die Durchsetzung bzw. Beibehaltung dieses Ausbildungsabschnitts verantwortlich.[62]

5.4 Forderungen der Studierendenschaft

Die primäre Forderung der Studierendenschaft war die Abschaffung der AiP-Phase. Weitere Ziele der Studierenden waren die Verbesserung der Ausbildungslage, die Einforderung von sozialpolitischer und tariflicher Gerechtigkeit, der Aufruf, keine Stellen abzubauen, um die Patientenversorgung nicht weiter zu gefährden, die Verbesserung der klinisch-prakti-

---

[57] Fachtagung Medizin im VDS (1983), ADM-F-B-D-A-1; Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-37; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-A-43; Fachkonferenz Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-B-2; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-5; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-31; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-2; Fachtagung Medizin (1997), ADM-H-K-B-A-6; Fachtagung Medizin e.V. (2002), ADM-H-K-E-B-28.

[58] Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-3; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-4; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-17; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-9; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15.

[59] Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-D-J-26; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-9; Fachtagung Medizin (1990), ADM-H-J-D-O-2.

[60] Fachtagung Medizin (2000), ADM-H-J-H-8; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5; Fachtagung Medizin e.V. (2002), ADM-H-K-E-B-28.

[61] Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21.

[62] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-37; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-43; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-D-3; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-9; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-31; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-2.

schen Ausbildung während des Studiums sowie zuletzt die Ausgestaltung der Übergangsbestimmungen nach Ende der AiP-Regelung.

Übergreifend war dabei der Appell der Studierendenvertreter, eine „ernsthafte, offene politische Diskussion mit den Betroffenen“ zu führen; generell schien der Studierendenschaft ein öffentlicher Diskurs ein wichtiges Anliegen zu sein.[63]

Zentrale Forderung der Vertreter der national organisierten Medizinstudierendenschaft war – von Beginn der Diskussion über eine mögliche konsekutive Praxisphase nach Studienende bis zur Aufgabe dieses Ausbildungskonzeptes – die klare Forderung, „das AiP/ÄiP ersatzlos abzuschaffen“.[64] Gerade in der Anfangszeit waren die Studierendenvertreter auch ganz entschieden nicht bereit, mehr Ausbildungsplätze für die AiP-Phase zu fordern, um klar zu machen, dass die Einführung des abgelehnten „Arztes im Praktikum“ für die Studierendenschaft undenkbar bliebe, wobei der Stellenmangel – wie zuvor bereits beschrieben – ein zentraler Kritikpunkt der Studierendenschaft war.

Als der Zeitpunkt der Realisierung näher rückte, schien diese Haltung zumindest gelegentlich kontroverse Diskussionen hervorzurufen. Es findet sich in einem Rundbrief der Fachtagung Medizin im VDS ein Protokoll der Fachtagung vom 09.-11. Dezember 1988 in Berlin abgedruckt, in welchem eine kontroverse Position zwischen Studierenden im Praktischen Jahr und den restlichen Studierendenvertretern dokumentiert ist. Auch wenn diese Kontroverse angesichts der unmittelbaren Konfrontation der Studierenden im Praktischen Jahr mit der anstehenden Stellensuche verständlich ist, muss an dieser Stelle betont werden, dass dies die einzige Textstelle ist, in der eine solche Argumentationslinie nachvollzogen werden kann:

> „Über das praktische Vorgehen wurde mensch sich schnell einig. Schon in der Arbeitsgruppe war ein Dissens zwischen PJ’lerInnen und FachschaftlerInnen deutlich geworden. Aus diesem Dissens wurde ein Kompromißpapier erarbeitet, das aber im Plenum wieder Dissens und Aufkommen dieser Diskussionen bewirkte. Es geht um die von der einen Seite als unterschiedlich angesehenen Interessen zwischen PJ’lerInnen, die für sich eine AiP-Stelle suchen und der kompromißlosen Ablehnung der Fachschaftler. Die andere Seite meinte, daß die Forderung nach zusätzlichen Stellen durchaus mit einer grundsätzlichen Ablehnung des AiP verbindbar sei. (...) Nach über einer halben Stunde Diskussion, ohne daß nur ein erster Ansatz eines Kompromisses denkbar schien, wurde der Dissens an die Fachschaften zur Diskussion überwiesen.“[65]

Dokumente, in denen später die Forderung nach einer vermehrten Bereitstellung von Ausbildungsplätzen für die AiP-Phase zu finden ist, konnten in der inhaltlichen Feinanalyse nicht identifiziert werden. Wenn die Studierenden an anderen Stellen öffentlich auf den Stellenmangel hinwiesen, war dies mit der Forderung verbunden, das politische Versprechen einzulösen und – bei der für die Studierenden offenkundigen Unmöglichkeit, die AiP-Pläne zu realisieren – von diesem Vorhaben Abstand zu nehmen bzw., nach Beginn dieser

---

[63] Fachkonferenz Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-B-2.

[64] Für diese Forderung finden sich in den untersuchten Archivalien über 40 Belege; diese verteilen sich weitgehend gleichmäßig über den untersuchten Zeitraum sowie die Dokumententypen, so dass auf eine Aufzählung der Dokumente verzichtet wird.

[65] Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-44.

Ausbildungszeit, die aus studentischer Perspektive notwendigen Konsequenzen zu ziehen und die AiP-Regelung wieder aufzuheben.

Aus der Reihe fällt auch, gerade angesichts der klaren Ablehnung des AiP in den Zeitläufen, das Ergebnis einer online-Umfrage, die von den Vertretern der Fachtagung Medizin in Zusammenarbeit mit „Medizinstudent.de" im Zeitraum vom 01. bis 31. Dezember 2001 durchgeführt wurde.[66] In die Auswertung dieser Umfrage gingen nach Angabe der Fachtagung Medizin die Daten von 729 Medizinstudierenden ein, wobei hier nur 38,3% der Studierenden den Wunsch äußerten, den AiP abzuschaffen, wohingegen 56,3% der Studierenden das AiP beibehalten, aber besser bezahlt sehen wollten; die restlichen Studierenden wollten die AiP-Zeit verkürzen (3,9%) bzw. an der AiP-Phase in der bestehenden Form nichts verändern (0,8%). Trotz dieser Umfrage hatte in den weiteren Stellungnahmen der Fachtagung Medizin die Forderung nach der Abschaffung des AiP Bestand.

Eine andere Argumentationslinie der Studierendenschaft war sozialpolitischer Natur: So wurden insbesondere Gleichstellungsaspekte betont, wenn die Forderung nach einer „Quotierung der Stellen entsprechend dem Bevölkerungsanteil der Frauen" oder nach „Vertragsverlängerung bei Ausfall durch Schwangerschaft etc." erging.[67]

Weniger spezifisch und vorwiegend tarifpolitisch orientiert war die Argumentationsfigur „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit", die sich zu verschiedensten Zeitpunkten des Analysezeitraums wiederfinden lässt, oder die anfängliche Ablehnung der ausgehandelten Tarifbestimmungen.[68] Ebenfalls aus der Zeit vor der Einführung stammen die Ablehnung einer Probezeit, von Wartezeiten zwischen Staatsexamen und Beginn der AiP-Zeit und die Forderung, „Verträge über die gesamte AiP-Zeit zu erhalten".[69] Anliegen wie „dem geltenden Arbeitsrecht entsprechende Arbeitszeiten" oder „Anschlussstellen mindestens in der Pflichtweiterbildung zu garantieren", finden sich erst nach Einführung und Anlauf der AiP-Phase im Dokumentenkorpus.[70]

Intensiv betonten die Studierenden in ihren Forderungen, wie schon in den antizipierten Auswirkungen der AiP-Phase auch, dass sie eine Verschlechterung der Patientenversorgung erwarteten. So wollten sie die „Anrechenbarkeit der AiPler/innen auf die Stellenpläne der Kliniken, im Interesse der Patientenversorgung" verhindern und argumentierten, dass „keine Stellen gestrichen werden" dürften, sofern der „Arzt im Praktikum" tatsächlich als Ausbildungsphase konzipiert wurde und „Tätigkeitsmerkmale als Auszubilden-

---

66 Fachtagung Medizin (2002), ADM-H-K-E-B-27.

67 Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-2; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-H-16

68 Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; vds Fachtagungs-Sekretariat (1988), ADM-F-B-A-4; Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-D-J-16; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-34; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-A-6.

69 Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11.

70 Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-A-6.

der“ hat.[71] Insgesamt wehrten sie sich gegen die Stellenkürzung, denn aus studentischer Perspektive müssten die Arbeitsplätze für den „Arzt im Praktikum“ zusätzlich zum bestehenden Stellenpool geschaffen werden.[72] Um dies trotz bestehenden Stellenmangels zu ermöglichen, schlugen sie vor, die Lebensarbeitszeit der Ärzteschaft auf 65 Jahre und die Wochenarbeitszeit auf 35 bis 40 Stunden zu begrenzen sowie für einen Überstundenabbau zu sorgen.[73] Zudem müssten im Interesse der Patientenversorgung „mehr Mittel für Ärzte“ bereitgestellt werden.[74] Später wurden, nachvollziehbar zum Beispiel im Protokoll der Mitgliederversammlung der Fachtagung Medizin vom 12.05.2001 in Mainz, zusätzliche Stellen für Assistenzärzte gefordert, um die notwendige Supervision der „Ärzte im Praktikum“ durch vollapprobierte Assistenzärzte gewährleisten zu können.[75]

Insgesamt wurden während der AiP-Phase erstaunlich viele Forderungen hinsichtlich der Ausbildungskonzeption gestellt: Zunächst greifen die Studierenden die initiale Argumentation der Politik auf, die Studierenden mit dem AiP als einer verlängerten Praxisphase besser auf eine anschließende Niederlassung vorbereiten zu wollen. So formulierten die Studierendenvertreter: „in allen Fällen bestehen wir auf einer sinnvollen Durchstrukturierung der AiP-Zeit, z.B. durch eine Aufteilung in Innere und Chirurgie als Pflichtfächer und darüberhinaus ein Wahlfach“.[76] Durch diese Argumentation standen sie, trotz Beibehaltung der Forderung nach einer generellen Abschaffung der AiP-Phase, auch einer Verkürzung der AiP-Zeit und einer Öffnung derselben für jedwede Ausbildungsstelle kritisch gegenüber.[77] Zu diesem Zeitpunkt, im Februar 1988, hofften die Studierendenvertreter noch, dass das anfängliche Versprechen, die AiP-Zeit auf die Vorbereitungsphase der Niederlassung und Pflichtweiterbildungszeiten anrechnen zu können, realisiert werde, und sie befürchteten, dass durch unstrukturierte Ausbildungsabschnitte, fern von den klinischen Kernfächern, diese Möglichkeit nicht gegeben sein würde. Des Weiteren wurden spezifische, auf die besondere Situation der Absolventinnen und Absolventen vor der Approbation angepasste Aus- und Weiterbildungsgelegenheiten gefordert.[78] Als Alternative zu der geplanten AiP-Phase wurde von den Studierendenvertretern, unter anderem im Rundbrief der Fachtagung Medizin aus dem Januar 1989, die „Erarbeitung eines neuen Weiterbildungskataloges mit einer stärkeren Betonung der allgemeinmedizinischen Primärversorgung“ vorgeschlagen.[79]

Der Forderung nach Abschaffung des „Arztes im Praktikum“ entsprechend, verlangten die Studierenden zum Ausgleich der von vielen Seiten identifizierten Mängel der prak-

---

[71] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-44.

[72] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39.

[73] Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-A-17; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-44.

[74] Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16.

[75] Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-A-6.

[76] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39.

[77] Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40.

[78] Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-A-6.

[79] Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-44.

tischen Ausbildung während des Medizinstudiums, „statt Arzt im Praktikum, Praxis ins Studium".[80] Dieser Forderung nach einer Intensivierung der praktischen Ausbildung (und damit letztlich nach einer Qualitätssteigerung des Medizinstudiums) wurde an zahlreichen Stellen Ausdruck verliehen.[81] Sie wurde oftmals flankiert durch die Aufforderung, das Studium einer grundlegenden Reform zu unterziehen.[82] Klar war für die Studierenden aber auch – vor allem, als Ende der 1990er Jahre eine „große" Studienreform in Aussicht gestellt wurde –, dass es keine Verknüpfung geben dürfe, nach der die AiP-Phase erst dann beigelegt werden sollte, wenn auch das Studium reformiert würde: „Da die Regelung bezüglich des AiP über die Regelungskompetenz der ÄAppO hinausgeht (BÄO) und damit die Zustimmung des deutschen Bundestags erfordert, fordern wir die Diskussion um die Beibehaltung oder Abschaffung des AiP von der Diskussion um die Neufassung der AO zu trennen".[83] Diese Argumentationsfigur findet sich etwas abgewandelt auch in denjenigen Dokumenten wieder, in denen zwar das Ende der AiP-Phase gefordert wurde, aber der Wunsch geäußert wurde, die umfassende Novelle der ÄAppO noch so lange aufzuschieben, bis grundlegende Reformkonzepte für die medizinische Ausbildung vorliegen, die auch aus studentischer Sicht eine ernsthafte Verbesserung der Studienqualität mit sich bringen.[84]

Nachdem klar war, dass die „Arzt im Praktikum-Phase" nicht weiterbestehen wird, waren auch hier die Forderungen eng an den antizipierten Auswirkungen orientiert. Wie bereits zuvor beschrieben, forderten die Studierenden, dass „ab dem Stichtag 01.10.2004 jeder, der sein Medizinstudium erfolgreich abgeschlossen hat (...) die Vollzulassung beantragen" könne.[85] Den Studierenden war es dabei ein wichtiges Anliegen, dass es „durch den Wegfall des AiP (...) nicht zu einem wesentlichen Stellenverlust" kommt, so dass aus der „Abschaffung des AiP" nicht etwa eine „Beschneidung der Ausbildungsmöglichkeiten" resultiert, wobei hier sicherlich vor allem die Stellen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gemeint waren.[86]

---

[80] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16; Fachtagung Medizin (1991), ADM-H-J-E-B-7; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-D-J-34.

[81] Fachtagung Medizin im VDS (1983), ADM-F-B-D-A-1; Fachkonferenz Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-B-2; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987); ADM-F-B-E-A-17; vds Fachtagungs-Sekretariat (1988), ADM-F-B-A-4; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-40; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-A-17.

[82] Fachkonferenz Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-18; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-44.

[83] Fachtagung Medizin (1997), ADM-H-K-B-A-5; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5.

[84] Fachtagung Medizin (2000), ADM-H-J-D-J-5; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5.

[85] Fachtagung Medizin e.V. (2003), ADM-H-K-E-B-10; Fachtagung Medizin e.V. (2003), ADM-H-K-K-J-6.

[86] Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-H-10; Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-D-J-17.

5.5 Strategien der Studierendenschaft zur Umsetzung ihrer Forderungen sowie Beschreibung der dafür eingegangenen Diskurskoalitionen

Die Studierendenschaft entwickelte über die Jahre eine Vielzahl von Strategien, um ihre Forderungen bekanntzumachen. Die meisten dieser Strategien waren darauf ausgerichtet, „Präsenz [zu] zeigen und vor allen Dingen eine Geschlossenheit der Studierenden“.[87] Neben öffentlichkeitswirksamen Aktionen zielten die Studierendenvertreter vor allem auf die „Intensivierung der Argumentationsbasis“, um letztlich eine „an konkreten Alternativen orientierte Studienreform“ zu erreichen.[88]

Es erfolgte dabei eine breite Unterteilung der Strategien: neben dem Weg durch die Institutionen, der Intensivierung des Informationsaustausches sowie der Mobilisierung innerhalb der Studierendenschaft auch die Sensibilisierung einer breiten bzw. spezifischen Öffentlichkeit bis hin zur Suche nach Unterstützern der studentischen Positionen.

In ihrem „Kampf gegen die Angriffe der Bundesregierung“ empfahlen die Studierendenvertreter die Kontaktaufnahme mit Vertretern und Institutionen des Politik- und Verwaltungsapparates – zum Beispiel durch Besuche der Bürgersprechstunden von Bundestagsabgeordneten, Wahlveranstaltungen und Pressekonferenzen, um den Bundeskanzler zu kontaktieren – oder durch schriftliche Kontaktaufnahme mit Mitgliedern des entsprechenden Bundestagsausschusses, der Bundesgesundheitsministerin sowie der jeweiligen Staatssekretäre im BMJFG.[89] Aber auch der Weg über die offiziellen Eingabemöglichkeiten der Bürgerschaft wurde gesucht. So überlegten die Studierenden, „über die Landtage Entschließungsanträge gegen den AIP durchzubringen“, „über die Bonner Oppositionsparteien (...) eine kleine Anfrage an die Bundesregierung wg. AiP zu initiieren“ sowie eine entsprechende Petition zu formulieren.[90] Eine besondere Herangehensweise, sich offiziell und formalisiert gegen die AiP-Phase zur Wehr zu setzen, war die Klage.[91] Mit dieser Möglichkeit befassen sich zahlreiche Dokumente. Teilweise handelt es sich um Informationen, die von der Fachtagung Medizin selbst zusammengetragen wurden, teils informierten sich im Rah-

[87] Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5.

[88] Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28.

[89] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachkonferenz Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-B-2; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-3; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-7; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-B-4; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-17; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28; Fachtagung Medizin (1991), ADM-H-J-E-B-7; Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5; Fachtagung Medizin (2002), ADM-H-K-E-B-27; Fachtagung Medizin e.V. (2003), ADM-H-K-E-B-10.

[90] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-A-36; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-19; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-12.

[91] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-36; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-22; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-12; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-17; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-9; vds Fachtagungs-Sekretariat (1988), ADM-F-B-A-4; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-44.

men der Mitgliederversammlungen der Fachtagung Medizin im VDS die Fachschaften gegenseitig; auch unterschiedliche Klagemöglichkeiten wurden evaluiert und nachverfolgt.

Eine weitere zentrale Aktionslinie der Studierendenschaft in ihrem Vorgehen war die Intensivierung der eigenen Informationspolitik über Konsequenzen und Ausgestaltung der „Arzt im Praktikum"-Phase, sowohl innerhalb der Organe der Fachtagung Medizin und der Fachschaften als auch an der studentischen Basis. Zielsetzung schien dabei sowohl die Mobilisierung der Studierendenschaft gegen den AiP als auch der reine Informationsgewinn. Sie benannten dabei Instrumente zur Informationsgewinnung wie eine „Analyse der ersten AiP-Phase", eine Datenerhebung zur bundesweiten Stellensituation der „Ärztinnen und Ärzte im Praktikum" per Postkartenaktion bzw. im Rahmen einer „Umfrage auf AiP-Pflichtfortbildungen in Rheinland-Pfalz" mit anschließender „Evaluation des AiP" oder eine sogenannte „Chefarztumfrage", um zu erheben, inwieweit die Kliniken auf die Notwendigkeit von AiP-Stellen vorbereitet waren bzw. planten, sich vorzubereiten.[92] Auch erging an die Fachschaften die Aufforderung, in den Landesgesundheitsministerien die Gesamtzahl der AIP-Stellen zu erfragen.[93] Der andere zentrale informationspolitische Aspekt war die Basisarbeit der Studierendenschaft, entweder durch informelle Diskussion über die eigenen Ziele oder in Form einer formalisierten Urabstimmung, um so mit einer größere Legitimation der studentischen Aktionen gegen den AiP argumentieren zu können.[94] Eine kreativ anmutende Aktion, um innerhalb der breiten Masse der Studierendenschaft Unterstützung zu erlangen, war der sogenannte „Demokartenverkauf", mit dem zum einen auf die Veranstaltung aufmerksam gemacht wurde und bereits vor einer geplanten Demonstration abgeschätzt werden konnte, wie die Interessenlage der Studierenden war, und zum anderen der finanzielle Aufwand für andere Aktionsformen – insbesondere des Fachtagungssekretariates – kompensiert werden konnte.[95]

Die Aktivitäten der Studierendenschaft, welche mit der Zielsetzung erfolgten, eine öffentlichkeitswirksame Debatte anzustoßen, lassen sich dahingehend unterscheiden, ob der Diskurs gesamtgesellschaftlich ausgerichtet war, also vorwiegend Bürger und Patienten ansprechen wollte, oder ob die Absicht der Studierenden eher darin lag, eine „spezifische" Öffentlichkeit, also zum Beispiel Entscheidungsträger der Ärzteschaft und des Gesundheitswesens, zu erreichen.

Den Studierendenvertretern stand eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Verfügung, um mit ihrem Protest eine breite Öffentlichkeit zu erreichen, welcher aus studentischer Perspektive eine besondere Bedeutung zuzukommen schien. So stellten sie in den Thesen des Fachsekretariats an die Fachschaften im Februar 1985 klar: „es wird im nächsten Semester

---

[92] Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-9; Fachtagung Medizin im VDS (1990), ADM-F-B-D-J-42; Fachtagung Medizin (1992), ADM-H-J-D-J-14; Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-D-J-16.

[93] Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-19; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28.

[94] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-36 (mehrfach genannt); Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-19; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-D-J-16; Fachtagung Medizin (2000), ADM-H-J-D-J-5.

[95] Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-37.

hauptsächlich darauf ankommen, dass alles (...) in die Öffentlichkeit gelangt“.[96] Ihre Aktionsformen reichten dabei von nationalen und dezentralen Demonstrationen und bundesweit organisierten Aktionswochen über einen Streik der Medizinstudierendenschaft bis hin zu Plänen einer „Proteststafette vor dem Bonner Ministerium“ oder gar „bundesweit einheitliche[n] Besetzungsaktionen“, um zum Beispiel „durch die Belagerung des Bundesgesundheitsministeriums noch mal unsere Ablehnung des AIP deutlich zu machen“.[97] Auf ihren Mitgliederversammlungen diskutierten die Delegierten der Fachschaften, es müsse „überlegt werden, ob wir uns nicht mit einer Kampagne an die Patienten in den Krankenhäusern wenden“, wobei die Studierenden ein Flugblatt gestalteten, um die Bürgerinnen und Bürger über ihre Probleme und Forderungen aufzuklären und damit auch deren Interessen als potentielle Patientinnen und Patienten zu adressieren.[98]

Für die Studierendenschaft nahm die externe Kommunikation über die Printmedien eine besondere Rolle ein. Das Fachtagungssekretariat forderte, „alle Fachschaften sollen an wichtige überregionale (...) und regionale Presseorgane Briefe mit guten inhaltlichen Darlegungen u. Forderungen nach Veröffentlichungen zur 5. AO schicken“. So wurden auch Pressemitteilungen und sogar – anlässlich des Aktionstages „Dr. theoreticus“, in dessen Rahmen auch die sogenannte „Rote-Karte-Aktion“ stattfand – eine Pressemappe erstellt sowie an anderer Stelle eine „Zeitungskampagne gegen den AiP“ initiiert.[99] Insgesamt beabsichtigte die Studierendenvertretung durch die „Intensivierung sowohl der Informations- als auch der Medienarbeit“ ein „Klima in der Öffentlichkeit zu haben, das größere Aktionen als Selbstverständlichkeit erscheinen lässt“.[100]

Um studentische Positionen und Bedenken innerhalb der Ärzteschaft und unter Vertretern des Gesundheitswesens anzusprechen, war ihr wichtigstes Mittel ein Positionspapier

---

96 Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-A-43.

97 Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-A-36; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-5; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-19; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15.

98 Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-19; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-A-2.

99 Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; AG Studienreform (1993), ADM-H-J-B-A-12; Fachtagung Medizin e.V. (2002), ADM-H-K-E-B-28; Fachtagung Medizin e.V. (2004), ADM-H-K-A-10.

100 Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-A-34; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-12; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28; Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-D-J-16.

beziehungsweise eine Resolution.[101] Außerdem planten die Studierenden Rundschreiben an Organisationen, Parteien, Verbände und die Presse sowie öffentliche Veranstaltungen, zu denen Vertreter aus der Politik und andere Prominente eingeladen wurden, zum Beispiel ein „Symposium zur ÄrztInnenarbeitslosigkeit" zusammen mit Politikern und Gewerkschaften.[102] Weil nach Auffassung der Studierendenvertreter der Informationsgrad der Hochschullehrer erhöht werden müsse, wurde unter anderem eine öffentliche Streikauswertung mit Informationswänden und Wandzeitungen in den Fachbereichen vorgeschlagen.[103] Außerdem versuchten die Studierenden, durch Massenbewerbungen auf den befürchteten Stellenmangel aufmerksam zu machen.[104] Durch Vorträge auf dem Deutschen Ärztetag, zu dem die Studierendenvertreter einige Male mit aktiven Beiträgen eingeladen wurden, versuchten sie, die etablierte Ärzteschaft für die studentischen Belange zu sensibilisieren.[105] Auch kreative Ideen, wie eine Vernissage und Ausstellung anlässlich der AiP-Einführung, wurden umgesetzt. Sehr spezifisch war die Aufforderung an alle Medizinstudierenden, „massenhaft aus dem Marburger Bund aus[zu]treten", um damit gegen die AiP-Befürwortung des Verbandes zu protestieren.[106]

Sehr klar erkannten die Vertreter der Fachtagung Medizin, dass sie ihre Erfolgschancen erhöhen könnten, wenn es ihnen gelänge, neue Koalitionspartner für ihre Forderungen zu gewinnen.[107] Um solche Koalitionen zu stärken, empfahlen sie den Mitgliedern der Fachtagung auch, in den „Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte e.V." (VDÄÄ) und die Gewerkschaft „ÖTV" einzutreten bzw. sich in dieser im Rahmen entsprechender Arbeitskreise zu organisieren.[108] Über diese beiden Organisationen hinaus, welche sich früh

---

101 Fachtagung Medizin im VDS (1983), ADM-F-B-D-A-1; Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15; Fachtagung Medizin (1990), ADM-H-J-D-O-2; AG Studienreform (1993), ADM-H-J-B-A-11; AG Studienreform (1993), ADM-H-J-B-A-12; Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-H-10; Fachtagung Medizin (1994), ADM-H-J-D-J-21; Fachtagung Medizin (1994), ADM-H-J-D-J-20; Fachtagung Medizin (1995), ADM-H-J-H-16; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-D-J-35; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-H-14; Fachtagung Medizin (1997), ADM-H-K-B-A-6.

102 Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-21; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-44.

103 Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39.

104 Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3.

105 Fachkonferenz Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-18; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-A-17; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-G-A-1.

106 Fachtagung Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-A-3; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-17; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-9; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-D-3; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-A-43.

107 Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-19; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-28; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-15.

108 Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1989), ADM-F-B-D-J-44; Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-D-J-16.

und eindeutig gegen den AiP positioniert hatten, versuchten die Studierendenvertreter, den Beistand der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte zu gewinnen sowie eine Unterschriftenliste, mit Unterzeichnern vorwiegend aus Hochschulen und entsprechenden Verbänden, zu erlangen.[109] In der ärztlichen Standesvertretung strebten sie mittels eines Antrags gegen den AiP auf dem Deutschen Ärztetag Unterstützung an.[110]

Tatsächlich fanden sich einige mögliche Koalitionspartner für die studentischen Forderungen, da im Laufe der Zeit die unterschiedlichsten Organisationen und Institutionen aus verschiedensten Gründen den „Arzt im Praktikum“ in Frage stellten oder sogar ablehnten. Im Oktober 1984 berichteten die Studierenden, dass die „Krankenkassen (...) im AiP keine Verbesserung der Patientenversorgung [sehen] und [es deshalb ab]lehnen, den AiP über die Patienten zu finanzieren“.[111]

Aus dem Januar 1985 ist bekannt: „SPD und Grüne haben uns in allen Punkten (...) voll unterstützt und den Appell gegen (den) AIP (...) unterschrieben“; zudem berichteten die Studierenden über die Unterstützung des Bundesverbands Praktischer Ärzte (BPA), der Krankenkassen, diverser Fachbereichsräte, des Medizinischen Fakultätentags (MFT), dem Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV-Virchow-Bund) und der Westdeutschen Rektorenkonferenz (WRK).[112]

Im Februar desselben Jahres hieß es: „Die SPD lehnt den AiP nach wie vor ab und will ihn wieder abschaffen, sollte sie die Bundestagswahl gewinnen“. Erneut nahmen die Studierenden Bezug auf die ähnlichen Positionen des MFT und der WRK sowie später, im Mai 1985, auch des NAV.[113] Auf den Beistand der SPD kamen die Studierenden ein Jahr später zurück, als sie berichteten: „Die SPD-Gesundheitsministerkonferenz lehnt den AiP inzwischen geschlossen ab (...) [und] wird einen Antrag im Bundesrat einbringen, den Entwurf wieder zurückzuziehen“.[114] Neu im Januar 1987 ist die Positionierung des Hartmannbundes, der „sich eindeutig gegen die (...) Pläne der Bundesregierung“ wandte.[115] 1987 zählten die Studierenden auch den VDÄÄ und die ÖTV zu ihren Verbündeten und im Juni 1988 wurde der Liste potentieller Unterstützer der Wissenschaftsrat hinzugefügt.[116] Deutlich später, im März 1993, berichtete ein Studierendenvertreter aus der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums des BMG, dass nach „ca. einstündiger Debatte zum AiP (...) niemand die Fortschreibung (...) befürwortete“.[117]

---

109 Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-37; Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-35; Fachtagung Medizin (1996), ADM-H-J-D-J-28.
110 Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-13.
111 Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-D-J-37.
112 Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38.
113 Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-A-43; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-39.
114 Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-4.
115 Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17.
116 Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-11; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-D-J-10; Fachtagung Medizin im VDS (1988), ADM-F-B-D-J-16.
117 AG Studienreform (1993), ADM-H-J-B-A-11.

Angesichts der etwa fünf dazwischenliegenden Jahre ist es sicherlich auch erwähnenswert, dass sich die Studierenden im April 1994 sicher waren:

> „WR, HRK [Hochschulrektorenkonferenz], MFT, FM [Fachtagung Medizin], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.], DEGAM [Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin] und MB [Marburger Bund] sprachen sich deutlich gegen eine AiP-Fortführung aus. AWMF und HRK betonen, daß mit der AO-Reform der AiP definitiv zu fallen habe (...)".[118]

Von der Position der Bundesärztekammer, die „Arzt im Praktikum-Phase" beenden zu wollen, berichteten die Studierenden erst im November 2001.[119]

5.6 Subjektiver Handlungsspielraum der Studierendenschaft

Mit Hilfe der siebten und letzten Kategorie soll der Fragestellung nachgegangen werden, wie die Studierendenvertreter den Erfolg ihrer Aktionsformen einschätzten und womit sie den möglichen Erfolg begründeten. Interessanterweise lassen sich nur in einem relativ eng umgrenzten Zeitraum Aussagen der Studierendenschaft darüber finden. Dieser erstreckt sich vom Juni 1984 bis zum Januar 1987. Später lässt sich lediglich im Mai 1993 und dann noch einmal im Juni 2004 die Formulierung „begrüßt die Erfüllung ihrer langjährigen Forderung" finden.[120]

In den Jahren, in denen sich Rückschlüsse auf die Selbsteinschätzung der Studierendenschaft finden lassen, sind diese fast durchweg positiver Natur. Die Studierendenvertreter berichteten selbstbewusst, aber nicht unkritisch über die tatsächlichen Konsequenzen ihrer Aktivitäten: „Sie war mit ca. 12.000 Teilnehmern die wohl größte Medizinerdemo aller Zeiten" und „Unsere Aktionen haben etwas bewegt".[121] Außerdem sei es ein „großer Erfolg, dass der AIP verschoben wurde". Dies sei „auf unsere semesterlangen Kämpfe und insbesondere den Streik im letzten Semester zurückzuführen", wobei die Studierenden eine „ungeheure Bündnisbreite gegen den AIP erreicht" hätten, worauf „die Bewegung echt stolz sein" könnte.[122] Sie konstatierten weiter, dass „wir alle stolz sein können auf uns, auch wenn es so auszusehen scheint, als habe unser zäher Kampf gegen den ‚AiP' so gar nichts bewegt". Ferner hieß es: „Wir müssen uns klarmachen, dass wir seit letztem Herbst in kleinen Schritten viel erreicht haben". Auch müsste man „den Studentinnen und Studenten die großartigen Erfolge der Medizinerbewegung aufzeigen", wie die „einjährige Verschiebung des AiP".[123] Die Studierendenschaft schien auch kleine „Erfolge" wahrzunehmen, zum Beispiel, dass der „Streik/Boykott (...) vielfach ein gutes Presseecho hervorgerufen" habe und dass die Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth „sich gezwungen (...) [sah],

---

118 Fachtagung Medizin (1994), ADM-H-J-D-J-21.

119 Fachtagung Medizin e.V. (2001), ADM-H-K-K-J-5.

120 Fachtagung Medizin (1993), ADM-H-J-D-J-26; Fachtagung Medizin e.V. (2004), ADM-H-K-A-10.

121 Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-A-36; Fachtagung Medizin im VDS (1984), ADM-F-B-A-34; Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-A-43.

122 Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-A-43; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-D-J-26; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-7.

123 Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-5; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-9.

vor laufenden Fernsehkamaras zu versprechen, dass sie den AIP nur einführen wird, wenn es genügend Stellen gibt“ und „sogar auf das verfassungsmäßige Recht verwiesen [habe], die Ausbildung beenden zu können“. [124]

Letztlich war sich die Medizinstudierendenschaft aber sehr bewusst, dass es ihnen trotz all ihrer Bemühungen nicht gelungen war, die Implementierung des „Arzt im Praktikum“ zu verhindern. So hieß es schließlich: „Noch nie wurden die Interessen einer sozialen Gruppe und Bewegung derart missachtet“.[125]

6. Schlussbemerkungen

Abschließend lässt sich festhalten, dass die organisierte Studierendenschaft sich zumindest auf nationaler Ebene und in den Jahren der Implementierung in ihrer ablehnenden Haltung gegenüber der „Arzt im Praktikum-Phase“ einig war. Dies muss allerdings für die Jahre, in denen der „Arzt im Praktikum“ bereits fest etabliert war, relativiert werden: Hier ist es besonders interessant festzuhalten, dass die Kritik an der praktischen Ausbildung im Medizinstudium letztlich nie abgerissen ist; auch heute kommt bei Lehrprojekten, curricularen Modellvorhaben bis hin zur Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung der Verbesserung der praktischen Ausbildung eine besondere Bedeutung zu. Angesichts dessen kann die Haltung, den AiP zwar beizubehalten, aber besser zu bezahlen, als Wunsch nach einer Übergangsphase zur eigenverantwortlichen ärztlichen Berufsausübung verstanden werden, in der die Absolventen zwar praktisch tätig sind, aber gleichzeitig noch unter enger Supervision stehen und sich in ihrer Verantwortlichkeit vom vollapprobierten Arzt unterscheiden.

Die Studierenden scheinen sich insgesamt sehr differenziert mit den aus diesem Ausbildungsabschnitt resultierenden Konsequenzen auseinandergesetzt zu haben. Naturgemäß nehmen für die Studierendenvertreter die Befürchtungen um ihre beruflichen und finanziellen Perspektiven sowie die Qualität der eigenen Ausbildung einen hohen Stellenwert ein. Hervorzuheben ist aber auch, wie entschieden die Ablehnung der Praxisphase mit der Begründung erfolgte, diese würde die Patientenversorgung beeinträchtigen oder sogar gefährden. Ob dieses zentrale Argument aus ernstgemeinter Sorge oder strategischem Kalkül angeführt wird, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

In ihrer Argumentationslinie hoben die Studierenden zwischen dem rechtlichen und berufsständischen Status des AiP ab. Sie argumentierten, dass, sollte es sich beim AiP um einen Arzt handeln, dieser seine Approbation auch weiterhin nach dem letzten Staatsexamen erhalten müsse und keine rechtlichen bzw. sozial- oder tarifpolitischen Unterscheidungen vorgenommen werden dürften. Sollte der AiP aber ein Teil des Medizinstudiums – der Ausbildung – sein, so dürfe es keine Wartezeiten zwischen Hochschulstudium und Praxisphase geben, Assistenzarztstellen dürften nicht gestrichen werden und die Verteilung müsse analog der Plätze für die Studierenden im Praktischen Jahr vorgenommen werden; selbstverständlich sei dann auch eine strukturierte Ausbildung mit entsprechender Betreuung vonnöten.

---

[124] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-D-J-38; Fachkonferenz Medizin im VDS (1986), ADM-F-B-E-A-5; Fachtagung Medizin im VDS (1987), ADM-F-B-E-A-17.

[125] Fachtagung Medizin im VDS (1985), ADM-F-B-E-A-43.

Während es wenig überraschend ist, dass die Verantwortlichkeit für den AiP aus studentischer Perspektive beim Gesetzgeber gesehen wurde, muss angemerkt werden, dass die Medizinstudierendenschaft neben den finanziellen Interessen der Gesundheitspolitiker auch die Konkurrenzängste der Ärzteschaft und, daraus resultierend, die ärztliche Standesvertretung, vor allem den Marburger Bund, als treibende Kraft für die AiP-Phase wahrnahm.

Ihre vordringlichste Aktionslinie sah die nationale Medizinstudierendenschaft in jener Zeit in einem öffentlichen Diskurs, der über die involvierten Interessenvertreter aus Politik und Standesorganisationen vor allem auch die Bürgerschaft und damit (potentielle) Patientinnen und Patienten erreichte. Die Studierenden bemühten sich darum, sowohl mit Resolutionen und Pressemitteilungen als auch mit kreativen und teilweise drastischen Aktionen, Öffentlichkeit für ihre Positionen herzustellen und den Diskurs immer wieder neu zu beleben. Dies gelang ihnen durchaus – allerdings nur in den Jahren der Implementierung und frühen Etablierung sowie – in geringerem Umfang – während der Abschaffung dieses Ausbildungsabschnittes. Als Sonderweg sind im Rahmen der studentischen Vorgehensweise auch die verschiedenen Klageaktionen zu benennen.

Insgesamt kann die Fokussierung der Studierendenschaft auf eine breite öffentliche Debatte, den Weg durch die Institutionen und das Eingehen möglichst stabiler Diskurskoalitionen durchaus so interpretiert werden, dass sich die Studierenden ihrer beschränkten Möglichkeiten zur Einflussnahme angesichts fehlender politischer Druckmittel bewusst waren. Auch wenn die genannten Aktivitäten in der Retrospektive strategisch weitgehend sinnvoll erscheinen, war der nationalen Medizinstudierendenvertretung – zu diesem Zeitpunkt also der Fachtagung Medizin e.V. – mit dem Ende der „Arzt im Praktikum-Phase" im Jahr 2004 lediglich ein später (und angesichts der intensiven Bemühungen eher begrenzter) Erfolg beschieden.

Quellen

Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Literatur

1. Keller (2011): Reiner Keller, Diskursforschung, Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen, 4. Aufl. Wiesbaden 2011.
2. Wissenschaftsrat (1992): Wissenschaftsrat, Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, 1992.
3. Mayring (2010): Philipp Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 11. akt. Aufl. Weinheim/Basel 2010.

Medizin als Medium multipler Modernitäten – Die Beispiele China, Japan und Deutschland

Alfons Labisch

1. Einführung

Globalisierung geschieht. Jedermann merkt es, aber keiner hat ein übergreifendes oder gar allgemein anerkanntes Konzept, um diesen Zivilisationsschub in seinen Dimensionen zu erfassen. Politik, Kommunikation, Kultur, Umwelt, besonders aber die Wirtschaft werden üblicherweise als die Gebiete von Globalisierungsprozessen angesehen. Auch die alles durchdringenden Dimensionen der Globalisierung von Staaten und Gesellschaften über Institutionen bis hin zu den einzelnen Personen sind erkannt: Weltweit breiten sich die industriellen Produktionsweisen und Lebensformen in atemberaubendem Tempo auf dem gesamten Globus aus – alles hängt mit allem zusammen – und unweigerlich werden alle in diesen Prozess hineingezogen.

Ein wesentlicher Aspekt sämtlicher Erklärungsversuche reflektiert darauf, dass die wissenschaftlich-technische Rationalisierung und damit die spezifischen Denk-, Lebens- und Verkehrsformen des industrialisierten Westens zur allgemeinen Norm und damit zugleich zum globalen Maßstab werden. Ein Teilaspekt dieser wissenschaftlich-technischen Rationalisierung ist zweifellos die moderne naturwissenschaftliche Medizin. Mit dem Blick auf die ebenfalls durchdringende Reichweite der modernen Medizin wird in dem hier vorzustellenden Projektverbund die spezielle Problemstellung erhoben, ob und inwieweit die Medizin als Fokus von Globalisierungs- und Modernisierungsprozessen genutzt werden kann. Damit ist der generelle methodische Ansatz selbstverständlich die Geschichte als Wissenschafts- und Medizingeschichte.

Die allgemeine Fragestellung des hier vorzustellenden Verbundprojektes lautet also: Auf welchen unterschiedlichen Ebenen lassen sich durch den Fokus der Medizin Globalisierungs- und Modernisierungsprozesse feststellen? Aus dieser Warte sei hier die weitere methodische Diskussion abgesteckt, um sich dem Phänomen der Medizin als Medium der Globalisierung aus wissenschafts- und medizinhistorischer Sicht zu nähern:

- makrotheoretische und methodologische Ansätze,
- Konzeptualisierung von Fragestellung und Methoden,
- Eingrenzungen, empirische Fragestellungen und Ziele.

Im Anschluss an diese übergreifende Diskussion wird ein Projektverbund konzeptualisiert, in dem die Einführung der modernen Medizin in China, Deutschland und Japan als „Medium multipler Modernitäten“ untersucht werden soll. Die Arbeiten an dieser Fragestellung

sind zwar schon länger im Gange und es liegt auch eine Reihe von Publikationen vor,[1] allerdings beginnt die internationale Kooperation im Verbund von Wissenschaftlern aus China, Deutschland und Japan erst jetzt, so dass konkrete Arbeitsergebnisse noch nicht vorliegen.

2. Makrotheoretische und methodologische Ansätze: der Überbau

2.1 Modernisierungstheorien, Achsenzeit und multiple Modernitäten

Um Globalisierungsprozesse zu verfolgen, liegen eine Reihe makrosoziologischer Theorien vor:[2] Modernisierungstheorien (Karl Marx, Max Weber, Talcott Parsons, Jürgen Habermas, Manfred Stichweh etc.), Weltsystemtheorien (z.B. Immanuel Wallerstein), Theorien der Weltgesellschaft (z.B. Niklas Luhmann, John W. Meyer) und Globalisierungstheorien.

Abgesehen von der grundsätzlichen Gefahr des Eurozentrismus und des Fortschrittsgedankens aggregieren diese Theorieangebote generalisierte Konzepte bzw. Daten auf hoher Ebene. Sonderentwicklungen oder singuläre Ereignisse können so nur bedingt erklärt werden. Das Musterbeispiel ist die islamische Revolution im Iran, einem bis 1979 nach modernisierungstheoretischen Kriterien weit fortgeschrittenen Land. Besonders bemerkenswert an diesem Beispiel ist, dass sich historisch nicht die moderne Alternative einer sozialistischen/kommunistischen Revolution, sondern die scheinbar – der religiöse Fundamentalismus ist eine Erscheinung der Moderne – rückwärtsgewandte Alternative einer islamischen Revolution durchgesetzt hat. Damit erhält sowohl die Frage traditioneller Entwicklungslinien und Entwicklungsmomente als auch die Frage der Religion, oder, allgemeiner, der Wertbindung von Kulturen und Menschen eine Bedeutung, die dem klassischen, modernisierungstheoretischen Aspekt der Säkularisierung – als eines Teilaspekts wissenschaftlich-technischer Rationalisierung und gesellschaftlicher Differenzierung – widersprechen.

Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass der notwendige theoretische Ansatz der hier intendierten Untersuchungen so gefasst werden muss, dass sowohl kontingente historische Ereignisse, und damit immer auch ihr historisch gewordenes Handlungsumfeld, als auch die Orientierungen und die daraus resultierenden Intentionen historischer Akteure Gegenstände entsprechender Untersuchungen sein müssen. Makrosoziologisch ausgedrückt werden die strukturtheoretischen Ansätze der Globalisierung/Modernisierung um handlungs-

---

[1] Vgl. als Übersicht und mit Literaturverweisen Shizu Sakai et al. (Hrsg.), Transaction in Medicine and Heteronomous Modernization. Germany, Japan, Korea and Taiwan, Tokyo 2009 (= The University of Tokyo Center for Philosophy Booklet, 9). Aus der jüngeren Literatur, die zu der hier vorgetragenen Forschungsrichtung beiträgt, siehe in Auswahl Klaus Mühlhahn, Herrschaft und Widerstand in der „Musterkolonie“ Kiautschou. Interaktionen zwischen China und Deutschland, 1897-1914, München 2000 (= Studien zur Internationalen Geschichte, 8); ders., Power, Knowledge and Imperialism in the Making of Sino-Western Relations, 1784-1917, Berliner China-Hefte 33 (2008), S. 3-8; Wataru Iijima, „Farewell to the God of Plague“: Anti-Shistosoma japonicum Campaign in China and Japanese Colonial Medicine, The Memoirs of the Toyo Bunko 66 (2008), S. 45-79; ders., The establishment of Japanese Colonial Medicine: Infectious and Parasitic Disease Studies in Taiwan, Manchuria, and Korea under the Japanese Rule before WWII, o.O. o.J., S. 77-106; Iris Borowy (Hrsg.), Uneasy encounters. The politics of medicine and health in China 1900 - 1937, Frankfurt am Main 2009.

[2] Zum Folgenden vgl. grundlegend Knöbl (2007).

theoretische Ansätze ergänzt und auf diesem Wege Geschichte und Kontingenz zugelassen.

In dieser Problemstellung führt der zivilisationstheoretische Ansatz von Shmuel N. Eisenstadt mit Bezug auf Max Weber und Karl Jaspers weiter:[3] seit der „Achsenzeit" stützen sich die Hochkulturen, die die aktuelle Welt bestimmen, auf nahezu gleichzeitig errichtete Fundamente (vgl. hier Abbildung 1).

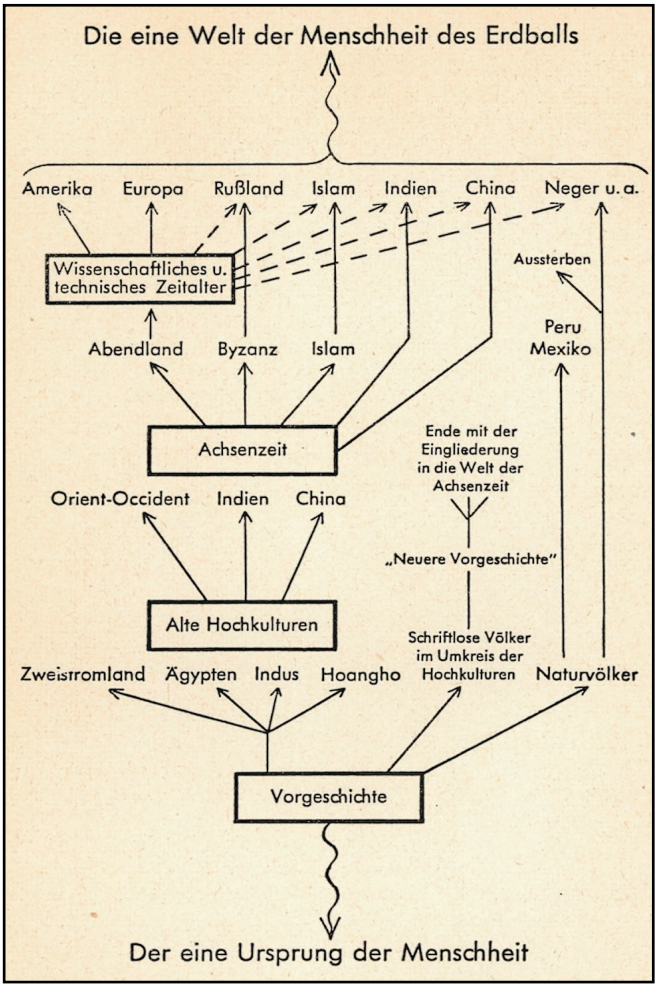


Abbildung 1: „Der eine Ursprung der Menschheit" von Karls Jaspers

[3] Dabei stützt sich Eisenstadt weniger auf Karl Jaspers als vielmehr auf die Beiträge von Benjamin I. Schwartz in: Ders. (Hrsg.), Wisdom, Revelation and Doubt. Perspectives on the First Millenium B.C., Cambridge (MA) 1975 (= Daedalus, 104,2).

Deren über die Jahrtausende tragende Wirkung besteht darin, dass sich die Angehörigen dieser Kulturen in ein Weltbild gestellt sehen, das zwischen transzendenter Orientierung und mundaner Lebenspraxis pendelt. Systematisch bedeutet Achsenzeit, dass die Menschen sich ihrer besonderen Stellung in der Welt gewahr werden und sich damit in drei Gedankenkreisen bewusst und aus sich selbst heraus ständig neu positionieren müssen: im Verhältnis zu sich selbst (Innenwelt), zu ihren Mitmenschen (Mitwelt), zu der sie umgebenden Natur (Außen- oder Umwelt) und dies umschlossen von der Frage, ob, in welchem Umfang und in welcher Institution diese Gedankensysteme mit letzter Gültigkeit zurück gebunden werden können – oder auch nicht. Demgemäß finden sich langfristig wirkende Wertbindungen einer Gesellschaft in ihren institutionellen Ordnungen samt ihrer Repräsentanz in der Lebenswelt wieder.

Eine besondere Rolle spielen dabei die heterodoxen Eliten, die gleichsam das reinigende Säurebad permanent auf die Grundlagen der Kultur hin reflektierter und gegebenenfalls konflikthaft erneuerter Ordnung darstellen. Aus Eisenstadts Überlegungen folgt das Konzept multipler Modernitäten, nach dem Gesellschaften aufgrund je eigener kultureller Voraussetzungen und Orientierungen je eigene Entwicklungspfade und je eigene Entwicklungsgeschwindigkeiten mit je eigenen Modernisierungen einschlagen.

Die multiplen Lebenswelten in multiplen Modernitäten stellen den Rahmen dar, in dem Akteure handeln und historisch wirksame Ereignisse schaffen – und auf diese Weise für den historischen Betrachter in den Quellen sichtbar werden. Der wesentliche Ertrag dieses Forschungsansatzes besteht darin, zwischen den Klippen empiriestrukturierender, makro-soziologischer Theorien einerseits und andererseits einer intuitionalistischen historischen Empirie einen methodischen Zugang zum Gegenstandsbereich zu finden, der zumindest gewisse allgemeinere Aussagen und damit auch angemessene Vergleiche ermöglicht und damit überhaupt erst die Möglichkeit verbundener Forschung ergibt.

2.2 Der Vergleich als übergeordnete Methode

Begriffe wie Modernisierung, Weltsystem, Weltgesellschaft oder Globalisierung setzen von vornherein den Vergleich zwischen zwei oder mehreren Ländern voraus. Über diese aus dem Gegenstand gegebene Notwendigkeit hinaus schärft der Vergleich auch rein methodisch den Blick für die gültigen Parameter: Welche Länder, Regionen, Gebiete, Zonen oder Viertel erfuhren durch welche Faktoren auf welchem Weg in welchen gesellschaftlichen Bereichen welche Modernisierung? Handelt es sich um autonome, aus der jeweiligen Gesellschaft kommende Impulse? Oder handelt es sich um Nachahmungsprozesse – etwa in der Administration, in der Rechtsordnung, in den Bildungseinrichtungen oder im Gesundheitswesen? Bei einem solchen Vorgehen ist der Vergleich allerdings nicht das Forschungsziel, sondern eine Methode.

Angesichts der Problematik historischer Vergleiche besonders bei makrotheoretisch ausgerichteten, soziologisch-historischen Studien ist es notwendig, adäquate Einheiten für die Analyse zu bestimmen. Den großflächigen Staaten oder Nationen mit ihren hochaggregierten Daten sind einzelne Regionen vorzuziehen, denen klar definierte Parameter vorgegeben werden können. Neben der räumlichen Eingrenzung bietet sich mit Hinweis auf die „histoire croisée“ die thematische Eingrenzung auf konkrete gesellschaftliche Bereiche an, wie etwa Institutionen, Rechtssystemen, wissenschaftlichen Disziplinen, sozialen Kategori-

en oder Handlungssystemen, darunter die Medizin. Sowohl bei der räumlichen wie bei der thematischen Eingrenzung werden die zu vergleichenden Bereiche nicht durch historisch kontingente Prozesse – wie etwa der Bildung und Ausdehnung von Nationalstaaten (China ist beispielsweise kein Nationalstaat) – sondern durch eine begründete Auswahl von Kriterien konstituiert. Obwohl die „komparative Sozialgeschichte des Wissens und Problemgeschichte der Wissenschaften" bereits seit langem zu den „in der Zukunft wichtigsten Aufgaben des transkulturellen Vergleichs" gezählt werden, ist dieser Gegenstandsbereich bislang nur selten als Vergleichsmedium genutzt worden.[4]

Bei historischen Vergleichen ergibt sich grundsätzlich das sogenannte „Galton'sche Problem": in einem Vergleichsverfahren *stricto sensu* dürfen sich die verglichenen Fälle nicht wechselseitig beeinflussen, weil ansonsten falsche Korrelationen und Schlussfolgerungen unausweichlich sind. Historisch sind solche Fälle kaum je gegeben. Überdies folgt daraus der systematische Fehler, dass allgemeine synchrone und diachrone Prozesse nicht von spezifischen Austausch- oder Entwicklungsprozessen unterschieden werden können. Demgegenüber liegt die „Reziprozität" im Fokus des Forschungsverbundes, sowohl in horizontaler Richtung – also zwischen Wissensgebieten, Regionen oder Staaten – als auch in vertikaler Richtung – also zwischen der Makro-, Meso- und Mikro-Ebene.

Die Erwartungen an das Potential und die Ergebnisse historischer Vergleiche sind damit reduziert.[5] An einen historisch-soziologischen Vergleich sind keine allzu hohen Erklärungsansprüche in theoretischer Hinsicht zu stellen. Der Vergleich ist nicht einmal ein erstrangiges systematisches Instrument zur Isolierung einzelner kausaler Faktoren. Allerdings ist der Vergleich unerlässlich in seiner heuristischen Funktion. Er dient dazu, die Besonderheiten des Einzelfalles schärfer hervortreten zu lassen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Fällen herauszuarbeiten, um ähnliche Prozesse treffsicher fassen zu können, und schließlich in einer Art Verfremdungsfunktion etwaige stillschweigende Vorannahmen und Vorurteile – insbesondere über die eigene Gesellschaft – abzubauen. Insofern ist der Vergleich ein unverzichtbares Instrument historisch-soziologischer Analyse.

2.3 Das Theorem der „Transactions" als weitere übergeordnete Methode

Der methodischen Diskussion des historischen Vergleichs folgend, stellen die permanenten Interaktionen und Interferenzen zwischen den zu vergleichenden Regionen ein Problem dar. Im streng logischen Sinne einen methodischen Vergleich störend – so Galton – sind sie für die hier anstehende Frage jedoch das eigentlich Interessante und Bemerkenswerte. Für diese elementare Aufgabe bietet sich – dies ist der Vorschlag von Yasutaka Ichinokawa – als methodischer Ausgangspunkt das Konzept der „Transaction" nach John Dewey und Arthur Bentley an.[6]

---

[4] Das Zitat bei Osterhammel (1996a), S. 287. Osterhammel verweist neben den klassischen Arbeiten von Joseph Needham besonders auf Shigeru Nakayama, Academic and scientific traditions in China, Japan, and the West, Tokyo 1984, und James R. Bartholomew, The formation of science in Japan. Building a research tradition, New Haven (CT) et al. 1989. In Osterhammel (1996b), S. 160f., wird ferner verwiesen auf Shingo Shimada, Grenzgänge, Fremdgänge. Japan und Europa im Kulturvergleich, Frankfurt am Main 1994. Shimada bringt nicht primär einen Vergleich der Wissenschaften, sondern von Raum, Zeit und Körper.

[5] Knöbl (2007), S. 189 mit Verweis auf Kocka (2003), hier besonders S. 40f.

[6] Ichinokawa (2009); Dewey/Bentley (1946); Dewey/Bentley (1949).

„Transaction" ist ein Konzept der Wissens- und Wissenschaftsphilosophie. In der Unterscheidung von einer „Interaction", im Sinne einer physikalischen Interpretation der Begegnung von anorganischen oder organischen Dingen, bedeutet „Transaction", dass Systeme von Beschreibungen und Namen benutzt werden, um die verschiedenen Aspekte und Phasen des Handelns zu erfassen – und zwar ohne die Beschreibungen und Namen letztgültigen Wesenheiten, Essentialen oder Realitäten zuzuordnen. Es geht mithin darum, jeweils verschiedene Wirklichkeitskonstruktionen in ihren Wechselwirkungen einander gegenüber zu stellen. Dies ist besonders dann möglich, wenn ähnliche oder gar dieselben Phänomene gemeinsam behandelt und damit auch benannt werden – wie dies etwa bei Krankheiten, insbesondere bei Massenkrankheiten, oder Heilmethoden geschieht.

Yasutaka Ichinokawa fasst die methodische Aufgabe folgendermaßen:[7]

> „Transaction indicates a total continual action from which a series of elements or essences or actors later derive, while ‚interaction' is supposed to occur between the independent and separate entities. Instead of starting from the independent and separate medicines confined beforehand within the national borders, we can imagine the medicine in Transaction that extends itself ‚beyond' or ‚across' them. If we say, for example, that the ‚Japanese' medicine was greatly transformed by the introduction of the ‚German' medicine, it should be called the ‚interactional' understanding of medicine. But if we say, in contrast, that at first there existed nothing but a borderless action of medicine which consisted in the fusion or amalgam of many kinds of directions, and that this action also constitutes the precondition even for the recognition of the differences between, say, the ‚Japanese' or the ‚German' medicine, then it could be called the ‚transactional' understanding of medicine."

Ob und inwieweit dieses Konzept methodisch trägt oder nur als Hinweis auf allgemeine Aufmerksamkeiten zu verstehen ist, wird sich im Laufe der Untersuchung zeigen.[8]

2.4 Globalisierung und multiple Modernitäten: Die Medizin als Medium

Aus den unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen, vornehmlich aus den Politik-, Wirtschafts- und Sozial-, aber auch aus den Geschichtswissenschaften, liegen Untersuchungen zu unterschiedlichsten Gegenständen des aktuellen globalen Geschehens vor. Denkwürdigerweise ist die Medizin dabei bislang weder als eigenständiger Gegenstand noch als untersuchungsleitender Fokus entdeckt worden. Wieso also Medizin?

Die Medizin ist einerseits eine auf aktuellste Ergebnisse und Techniken der Natur- und Lebenswissenschaften ausgerichtete Wissenschaft, andererseits ist die Medizin eine Praxis, die von allgemeinen Vorgaben der Gesundheitssicherung für die Gestaltung von Verhältnissen und Verhalten bis zur medizinischen Praxis tief im Alltagsleben der Menschen verwoben ist. Die Medizin kann also einerseits ein eigenständiger Gegenstand sein, um Modernisierungsprozesse zu erfassen, andererseits kann die Medizin als ein Medium dienen, das sowohl wissenschaftliche, technische – und damit auch wirtschaftliche – Pro-

---

[7] Ichinokawa (2009), S. 12.

[8] Gegebenenfalls ist auf das bewährte Konzept der „interzivilisatorischen Begegnung" zurückzugreifen, das Benjamin Nelson bereits an den Wissenschaften exemplifiziert hat. Vgl. Nelson (1977), S. 58-93; Nelson (1981a), S. 109-114, und Nelson (1981b). Vgl. auch Osterhammel (1989), S. 12 und 434.

zesse erfasst und das auch die Anpassungsprozesse gesellschaftlichen, gemeinschaftlichen und individuellen Handelns bis in die alltägliche Lebenswelt der Menschen erreicht.

Als Beispiel für diese Behauptungen können die mannigfaltigen Untersuchungen zur historischen Soziologie und Sozialgeschichte der Medizin in der Industrialisierung dienen: ohne eine öffentlich gewollte und öffentlich wirksame Gestaltung von Verhältnissen und Verhaltensweisen nach den Kriterien einer medizinisch-wissenschaftlich definierten Gesundheit wären weder der Prozess der Industrialisierung noch die industrielle Lebenswelt denkbar. Mit Blick auf die allgemeine Problemstellung der Globalisierung soll der spezifizierte Blick zurück durch den Fokus der Medizin dazu dienen, Prozesse der Modernisierung zu erfassen und zu untersuchen und so zum Verständnis aktueller Probleme beizutragen. Dieser Blick reicht von der Formulierung, Übertragung und ggf. Änderung medizinisch-wissenschaftlicher und abgeleiteter (gesundheits-)politischer Konzepte bis hin zur Medikalisierung gesellschaftlicher Verdichtungsformen und Lebensweisen, die ein Leben in den Agglomerationen industriellen Produzierens und weltweiten Handelns überhaupt erst möglich machten.

3. Operationalisierung von Fragestellungen und Methoden: der Mittelbau

Die allgemeine und die spezielle Problemstellung sowie die verschiedenen übergeordneten, methodischen Ansätze sind damit benannt. Für die eigentliche Untersuchung müssen diese Vorgaben allerdings konzeptualisiert und für die historische Empirie präzisiert werden.

3.1 Methodisches Konzept

Eisenstadt ist kein Historiker, sondern ein Vertreter der soziologischen Makrotheorie. Historisch-empirische Neuigkeiten wird man in Eisenstadts Texten daher schwerlich finden. Eisenstadt geht es um einen theoretischen Beitrag zur Modernisierungsdiskussion, und nicht um neue historische Erkenntnisse.[9] Im Mittelpunkt der Eisenstadt'schen Analyse stehen daher gesellschaftliche Konfigurationen als Handlungssysteme. Diese gewinnt Eisenstadt gemäß seinen theoretischen Vorgaben – heterodoxe Gruppen mit der Zuversicht, die eigenen Vorstellungen intramundan umzusetzen – zunächst empirisch aus vorhandenen, vornehmlich übergreifenden historischen oder politikwissenschaftlichen Publikationen. Die klassifizierten Handlungssysteme/Konfigurationen werden in einem zweiten Schritt auf ihre essentiellen Charakteristiken geprüft und generalisiert. Im dritten Schritt dienen diese – weitgehend abstrahierten – Handlungssysteme/Konfigurationen dazu, auf vergleichbare Handlungssysteme analytisch angewandt zu werden: dies ist die empirische Interpretation.

[9] Eisenstadt gibt keine methodischen Vorgaben, sondern stellt methodologische Überlegungen und beispielhafte Untersuchungen an. Vgl. aus der abundanten Literatur Eisenstadt (1987), Eisenstadt (1999), Eisenstadt (2000) sowie besonders aufschlussreich Eisenstadt (1965). Zur konstruktiven Reflexion und auch (Selbst-)Kritik des Eisenstadt'schen Theorems einschließlich methodischer Probleme siehe den Sammelband Johann P. Arnason, Shmuel N. Eisenstadt, Björn Wittock (Hrsg.), Axial Civilizations and World History, Leiden et al. 2005 (= Jerusalem Studies in Religion and Culture, 4), hierin insbesondere die Beiträge von Arnason, Wittrock, Cho-Yun, Wakeman Jr. und schließlich zusammenfassend Shmuel Eisenstadt.

> „Throughout, configurations are the fulcrum of analysis. They are the objects of classification, the subjects of theory, and the sources of empirical interpretation."[10]

Angesichts dieses zirkulären Verfahrens ist für historisch-empirisch ausgerichtete Untersuchungen auf die Grundannahmen des Theorems der multiplen Modernisierung zurückzugehen: extramundane Orientierungen führen zu einem Reflexionsprozess, der heterodoxe Sichtweisen hervorbringt. Diese werden von heterodoxen Gruppen oder reflektierten Eliten von der Peripherie ins Zentrum gebracht und dort als Auseinandersetzungen, Entscheidungen und gegebenenfalls als neue Handlungssysteme historisch wirksam. Auf diese Orientierungen, auf die sie tragenden Gruppen oder Personen, auf die dadurch hervorgerufenen Konflikte und institutionellen Ergebnisse hat sich die historische Empirie zu richten. Allerdings geschieht dies im Projektverbund in bewusster Ergänzung des Eisenstadt'schen Theorems unter der Vorgabe genereller, modernisierungstheoretisch relevanter Daten. Dies muss allein deswegen geschehen, um den grundsätzlichen Mangel eines „Hintergrundbegriffes von Modernität" auszugleichen, der dem Eisenstadt'schen Ansatz abgeht.

Die gesellschaftliche Meta-Theorie des Projektverbundes ist das Theorem der multiplen Modernisierung. Die thematische Eingrenzung der Modernisierungsprozesse ist die naturwissenschaftliche Medizin in ihrer Ausbreitung und Durchsetzung in Deutschland, Japan und China. Damit sind eine thematische und eine räumliche Eingrenzung gegeben. Eine „deutsche Medizin" existiert allerdings nicht. Überdies sind Nationalstaaten historisch kontingent. Das Generalthema des internationalen Transfers naturwissenschaftlicher Medizin wird deshalb auf einzelne historische Entwicklungsstränge und – soweit möglich – auf einzelne Regionen herunter gebrochen. Durch Vergleiche werden die aussagekräftigen Parameter von Modernisierungsprozessen herausgearbeitet. Austauschprozesse zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen und Regionen werden mit dem Konzept der „Transactions" erfasst. Die historische Empirie setzt voraus, dass für das jeweilige Einzelprojekt erforderliche Basisdaten sowohl für die Zeiten vor als auch während der untersuchten Modernisierungsprozesse erhoben und erläutert werden (z.B. Urbanisierung, Kommunikation, Administration, öffentliche Ordnung, Professionalisierung etc.). Diese begründet auszuwählenden Basisdaten bilden die Folie, vor der multiple Modernitäten erfasst werden können. Die historische Empirie selbst erstreckt sich mit Blick auf die oben beispielhaft genannten und durch Vergleiche validierten Aufmerksamkeitspunkte auf die orthodoxen bzw. heterodoxen Akteure und ihr jeweiliges soziales wie institutionelles Umfeld, auf ihre Gegenspieler samt ihrem sozialen und institutionellen Umfeld und auf die Ergebnisse dieses Prozesses.

Die Modernisierungsprozesse erscheinen als neue Handlungssysteme, Einrichtungen oder Institutionen.

3.2 Untersuchungsleitende Aufmerksamkeitshorizonte als Basis der historischen Empirie

„Eisentadt strangely lacks a grounded sense of history".[11] Eine historisch-empirische Untersuchungsmethode des Theorems der „multiple modernities" liegt bislang nicht vor. Das makro-soziologische und üblicherweise in – im Weber'schen Sinne – Idealtypen vorgetragene Konzept der „multiple modernities" ist dazu geeignet, den Blick der historischen Un-

[10] Hamilton (1984), S. 94f.
[11] Hamilton (1984), S. 86.

tersuchung zu fokussieren. Die Moderne erscheint in der Sicht Eisenstadts als ein Durchbruch des heterodoxen Potentials der axialen Zivilisationen.

> „Das kulturelle Programm der Moderne zeichnet sich einerseits durch eine Steigerung der axialen Spannung und mit ihr der existentiellen Ungewissheit und Reflexivität des Menschen aus, andererseits durch die Annahme der Gestaltbarkeit der Welt, genauer: der Verwirklichung transzendenter Ordnungen durch innerweltlichen Aktivismus."[12]

Im Zentrum stehen die Auseinandersetzungen heterodoxer Bewegungen und deren Themen, wie etwa Freiheit oder Gleichheit, mit der gesellschaftlich formalisierten Gewalt, etwa von Städten oder Staaten, die ihrerseits unter jeweils eigenen Leitbegriffen, wie etwa dem der Legalität, die Peripherie zu durchdringen suchen.

Der Durchbruch des kulturellen und politischen Programms der Moderne geht auf heterodoxe christliche Bewegungen der europäischen Zivilisation zurück, auch das Konzept Eisenstadts ist damit auf den ersten Blick eurozentrisch. Warum – und dies ist der entscheidende Unterschied gegenüber anderen Forschungsansätzen zur Modernisierung – wurde die Moderne auch in außereuropäischen Zivilisationen anschlussfähig und welche besonderen Ausprägungen hat die Moderne dort in der Begegnung mit den jeweils autochthonen Vorgaben angenommen? Mit Blick auf die langfristig angelegten transzendentalen und mundanen Vorgaben der außereuropäischen Kulturen entsteht mit Blick auf die jeweils historisch gegebene Ausgangssituationen also das Bild multipler, wenn nicht sogar divergierender Modernitäten. Als untersuchungsleitende Aufmerksamkeitshorizonte können dienen:

- primordiale Identitätscodes (z.B. Universismus, Naturreligion, Ahnenkult)
- zivilisatorische Tiefenstrukturen (z.B. Subsistenz-Landwirtschaft, Familie)
- institutionelle Vorgaben (z.B. Rolle der Frau)
- orthodoxe und heterodoxe Bewegungen, in Sonderheit der Versuch heterodoxer Bewegungen, sich in gesellschaftlichen Zentren zu etablieren (z.B. Professionalisierung der Medizin im klassischen Sinne)
- Eliten und Gegen-Eliten
- Schichtsysteme (z.B. Kasten)
- politische und wirtschaftliche Zentrenbildungen („Enklaven-Modernisierung", z.B. Vertragshäfen)
- Zentren und Peripherien
- kollektive Identitätssymbole (z.B. Haartracht, Kleidung, Verhaltensweisen)
- soziale Protestbewegungen (z.B. der „Boxer-Aufstand", Naturheilkunde vs. Schulmedizin)
- Bedeutung zivilgesellschaftlicher Elemente (z.B. Wahl-/Mitbestimmungsrecht)
- Modernisierungsgewinne vs. traditionale Verluste bzw. Widerstände
- Bedeutung von Migration, Kommunikation und transnationalen öffentlichen Sphären

[12] Vgl. Koenig/ (2006), S. 576.

Als methodisches Problem erweist sich, dass die idealtypischen Konstruktionen bestimmter Modernitätsstufen oder -zonen fern von realtypischen Konfigurationen oder gar historischen Einzelheiten sind – das wird auch bei der Lektüre von Eisenstadt deutlich. Eben hier können transferhistorische Untersuchungen ansetzen, wie sie in Wirtschaftsbeziehungen, Kolonialherrschaft oder Kriegen zum Ausdruck kommen. Denn „trotz etlicher Hinweise auf die globale Dimension der Moderne bleiben die Mechanismen der Diffusion kultureller Muster (...) weitgehend unspezifiziert".[13]

3.3 Handlungsebenen der Medizin als historische Untersuchungsfelder

An dieser Stelle ist der Leitbegriff „Gesundheit" einzuführen. Die jeweiligen Deutungen von Gesundheit bestimmen das Aktionsfeld der Medizin in einer Gesellschaft; die Deutung von Krankheit hingegen den konkreten Anlass für die Medizin, öffentlich oder individuell tätig zu werden.[14] Gegenüber anderen Leitbegriffen ist für den Themenbereich Medizin, Gesundheit und Krankheit signifikant, dass sich die biologischen Grundlagen individuellen und öffentlichen Handelns nicht wegleugnen lassen – wie dies etwa am Beispiel akuter Seuchenzüge zu sehen ist. Eine Person, eine Gemeinschaft, eine Gesellschaft, die in weit gespannten und langfristig angelegten Handlungsketten agiert, ist darauf angewiesen, dass ihre Biologie berechenbar funktioniert. Gesundheit muss folglich vorgreifend gesichert sein. Eben deshalb ist öffentliche Gesundheitssicherung ein Parameter für Modernisierungsprozesse.

Wirkmächtig – und daher auch für die entsprechenden spezifizierten Fragestellungen samt dem Quellenmaterial relevant – wird die Medizin in unterschiedlichen Bereichen: Der erste Wirkungskreis ist derjenige, in dem die unmittelbare Begegnung von Arzt und Patient stattfindet – von der Arztpraxis bis hin zum Krankenhaus. Dieser Wirkungskreis schließt seine Organisation, also beispielsweise das Krankenversicherungssystem, mit ein.

Der zweite Wirkungskreis ist derjenige, in dem die Medizin zur Gestaltung öffentlicher Verhältnisse und Verhaltensweisen beiträgt. Die Patienten werden hier als definierte Risikogruppen wahrgenommen. Dieser Wirkungskreis schließt beispielsweise das öffentliche Gesundheitswesen oder die Organisation der Gesundheit in Hafenstädten ein.

Der dritte Wirkungskreis ist derjenige, in dem medizinische beziehungsweise biologische Argumente genutzt werden, um Weltanschauung und Politik zu begründen. Derartige medikale Ideologien sind besonders in biologistischen Weltanschauungen wie beispielsweise dem Sozialdarwinismus greifbar.

[13] Koenig/Eisenstadt (2006), S. 578.

[14] Labisch (1992); Labisch/Paul (1998).

4. Eingrenzungen, Fragestellungen, Ziele: der Unterbau

4.1 Räumliche und zeitliche Eingrenzungen

Räumlich waren die Untersuchungen bislang zunächst auf Japan und Deutschland ausgerichtet, zeitlich auf die Transaktionen im Bereich der Medizin von der Meiji-Reform bis in die 1930er Jahre. Zwischenzeitlich sind rein akzidentell Korea und Taiwan hinzugetreten. Wenn indes die Vorgabe der Transaktion ernst genommen werden soll, ist es unabdingbar, China in die Untersuchung einzubeziehen. Denn China ist zweifellos in der gesamten Region Ostasien gleichsam der Stimmführer nahezu jeden transaktionalen Austausches, und zwar in Sonderheit dann, wenn die Vorgeschichte ernst genommen wird. Und weiterhin: In der Zeit der „ungleichen Verträge" und westlicher Sonderzonen wäre es sogar möglich, unterschiedliche Medikalisierungs-Modelle in einem Raum in zeitlicher Abfolge zu untersuchen: So hat es etwa in Quingdao (auf Deutsch: Tsingtau) zunächst ein chinesisches, dann ein deutsches, dann ein japanisches und dann wieder ein chinesisches Gesundheitssystem gegeben. Kurzum: Ohne China geht es nicht.

Zeitlich sollte die Untersuchung auf die Einführung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin eingegrenzt werden. Allerdings muss diese Grenze flexibel gehandhabt werden. Überaus rasche Anpassungsprozesse, aber auch Widerstände sind nur dann zu erfassen, wenn die Vorgeschichte hinreichend untersucht wird. Die Vorgeschichte ist also nicht nur in endogener Sicht (europäische Zivilisation, Deutschland) zu beachten, sondern auch aus der Sicht der betrachteten Länder: Wo standen China, Japan, Korea im frühen 19. Jahrhundert, welche Entwicklungen und Entwicklungsmomente lagen vor (Wissenschaft), wieso waren rasche Anpassungsprozesse (Japan) möglich? Was waren die treibenden Kräfte (Akteure/Akteurskonstellationen) in den Wissenschaften? Was waren retardierende Momente? Was geschah mit den marginalisierten, unterdrückten Wissensbeständen und Wissenschaften und den sie tragenden Gruppen?

Gänzlich zu vermeiden sind fiktionale „Startrampen" – wie zum Beispiel „traditionale" Gesellschaft, „traditionale" Medizin etc. Das Theorem der Achsenzeit gibt dem Begriff der Tradition ja eine transversale historische Bedeutung. Wann, so wäre methodisch zu fragen, und unter welchen Bedingungen fängt ein Pfad an? Insgesamt erfordert dies eine neue, postkoloniale Sicht des 19. Jahrhunderts – weg von der endogenen Sicht der Grundlagen, wie etwa Max Webers berühmten Untersuchungen zum 16. Jahrhundert Europas, weg von der Fixierung auf den eigenen Wandel, weg in Sonderheit von der nationalen Geschichte der Industrialisierung, hin zu einer exogenen Sicht: Was machte die Kolonialisierung mit den kolonialen Mächten? „Transaction" ist keine Einbahnstraße, sondern ein Marktplatz des Austausches.[15]

4.2 Historische Kontingenz, historische Empirie und konkrete Untersuchungsgegenstände

Damit kommen die unterschiedlichen Ausgangslagen sowie die historischen Kontingenzen, die „Zufälle" und damit die notwendig eintretenden Transaktionen in den Blick. Hier also schlägt die Stunde der Historiker. Um ein Beispiel zu geben: Wurde in Japan die deutsche Medizin wegen ihrer angeblichen wissenschaftlichen Weltgeltung übernommen? Oder wur-

[15] Knöbl (2007), S. 212f. Vgl. als herausragendes Beispiel auch Osterhammel (2009).

de sie aus zufälligen, mithin kontingenten Gegebenheiten übernommen – so jedenfalls Christian Oberländer.[16] Indes können derartige Kontingenzen erst im Laufe historisch-soziologischer Untersuchungen entdeckt werden. Der theoretische Zugriff muss erlauben, besondere Fragestellungen und Arbeitsbereiche zu generieren:

- besondere Bereiche heteronomer Modernisierung: z.B. Staatsgewalt, Militär (Beri-Beri), öffentliche Gesundheitssicherung,[17] Universitäten, medizinische Ausbildung[18]
- besondere Bereiche der Abdrängung und der De-Thematisierung: traditionelle, überkommene Medizin
- welche Medizin wurde in der Lebenswelt nachgefragt? Wie weit reichte überhaupt die angebliche Modernisierung in die Gesellschaft hinein?
- besondere Bereiche des Widerstands: medikale Selbstbilder, Volksmedizin, „Natur-Heilkunde", „asiatische" Identitäten, Widerstand gegen Modernisierung generell
- Bereiche der Transaktion: Wie wirkte sich der forcierte Austausch mit Japan oder China auf die europäische beziehungsweise auf die deutsche Medizin aus, und zwar sowohl wissenschaftlich (Paul Ehrlich – Sahachiro Hata) als auch in einem größeren kulturellen Rahmen (Erwin von Bälz und andere).[19] Thema: Rezeption der chinesischen und japanischen Erfahrungen in der deutschen Medizin

Ferner können in Anlehnung an Shigeru Nakayama genannt werden: traditionelle Denkstile (sichtbar etwa an unterschiedlichen Weisen des Klassifizierens), die Herausbildung von „Paradigmata", die Funktionen von Medien, die Organisation der Produktion und Verbreitung von Wissen (mit der europäischen Universität als weltgeschichtlichem Spezialfall). Ferner Status und Rollen von Wissensproduzenten in ihren jeweiligen Gesellschaften, disziplinäre Spezialisierung, überseeische Transplantation der europäischen Wissenschaft und ihre Interferenz mit einheimischen Traditionen.[20]

4.3 Die Ziele von Projektverbund und Arbeitstagung

Die Ziele beziehungsweise die angestrebten Ergebnisse des Projektverbundes liegen auf drei Ebenen. Inhaltlich wird angestrebt, am Beispiel der Medizin zu vertieften Aussagen über unterschiedliche Modernisierungsprozesse und -ergebnisse in China, Deutschland und Japan zu kommen, die höher aggregierten Aussagen auf der Ebene der Konzeptualisierung durch historisch vergleichende Aussagen auf der Ebene der Projektvergleiche zu ergänzen

[16] Oberländer (2009).

[17] Siehe beispielhaft Nagashima (2009) sowie die Beiträge von Kim und Kuo, beide in: Shizu Sakai et al. (Hrsg.), Transaction in Medicine and Heteronomous Modernization, Tokio 2009 (= The University of Tokyo Center for Philosophy Booklet, 9).

[18] Gmür (2009).

[19] Vgl. zu Erwin Bälz etwa Ichinokawa (2009), S. 13.

[20] Osterhammel (1996a), S. 287.

und von den einzelnen Projekten – zwar durch den Gesamtverbund systematisierte, aber jeweils für sich stehende – historisch-empirische Erkenntnisse zu erhalten.

Auf diese Weise sollen der Blick auf die eigene Entwicklung geschärft werden – dies gilt in Sonderheit für die europäische Erfahrung –, transaktionale Prozesse für die Entwicklung in Europa ermittelt und erklärt werden sowie das Verständnis für aktuelle transaktionale Prozesse auf globaler Ebene erweitert werden: Was sind Muster, Entstehungszusammenhänge oder Widerstände in der aktuellen Entwicklung?

Methodisch werden die Fragen verfolgt, ob die hier vorgestellte Gesamtkonzeption für ein größeres und langfristig angelegtes internationales Verbundprojekt trägt und ob die einzelnen Konzeptualisierungen folglich sowohl theoretisch als vor allen Dingen auch historisch-empirisch tragfähig sind – dies gilt in Sonderheit für das Konzept der multiplen Modernisierung und die Medizin, die hier gleichsam als Fokus für Modernisierungs- und Globalisierungsprozesse etabliert wird.

In diesem Sinne strebt der Forschungsverbund auch einen Beitrag zur theoretischen, in Sonderheit aber zur – bislang recht dürftigen – methodischen und empirischen Diskussion des Konzeptes multipler Modernitäten an.

Schließlich ist es das erklärte Ziel des Projektverbundes, angehende und junge Wissenschaftler und Nachwuchsforscher für den Gegenstandsbereich zu interessieren und zu qualifizieren. Ein entsprechender Austausch ist bereits in die Wege geleitet.

5. Zusammenfassung

Die Medizin ist eine auf aktuellste Ergebnisse und Techniken ausgerichtete Wissenschaft und zugleich eine Praxis, die tief im Alltagsleben der Menschen verwoben ist. Sie kann deshalb als ein Medium dienen, das einerseits wissenschaftliche und technische – und damit auch wirtschaftliche – Prozesse erfasst, andererseits auch die Anpassungsprozesse in der alltäglichen Lebenswelt der Menschen erreicht. Aus der Sicht der Globalisierung ist es das Ziel der Forschergruppe, durch den Blick zurück durch den Fokus der Medizin Prozesse der Modernisierung zu erfassen, zu untersuchen und auf diesem Wege Hintergrundwissen für aktuelle Fragen der Globalisierung zu schaffen.

Diese spezifizierte Problemstellung verspricht dann einen besonderen Erkenntniswert, wenn Globalisierungs- bzw. Modernisierungsprozesse in verschiedenen Ländern, Regionen, Institutionen oder Fachgebieten untersucht werden. Der historische Vergleich ist nicht das Forschungsziel, sondern ein Erkenntnismittel. Als Vergleichsregionen werden Europa und Ostasien gewählt. Der Fokus liegt zunächst auf Deutschland, Japan und China, und damit auf drei Ländern mit zeitlich gestaffelten Modernisierungsprozessen, die überdies durch die Medizin in einem Abhängigkeitsverhältnis standen. Mit der Wahl dieser drei Länder bzw. ausgewählter Regionen bzw. Wissens- und Tätigkeitsbereiche ist verbunden, den vielfältigen Austausch zwischen diesen Ländern in den Fokus der Untersuchungen zu bringen. Zeitlich wird die Untersuchung auf die Einführung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin eingegrenzt.

Mit dem Konzept der multiplen Modernitäten von Shmuel Eisenstadt wird ein theoretischer Ansatz verfolgt, der es erlaubt, Modernisierungsprozesse mit Blick auf kontingente historische Ereignisse, und damit auf das Handlungsumfeld und die Intentionen his-

torischer Akteure, zu erfassen. Die idealtypischen Konstruktionen bestimmter Modernitätsstufen oder -zonen Eisenstadts sind fern von realtypischen Konfigurationen oder gar historischen Einzelheiten. Eben hier setzen die transferhistorischen Untersuchungen dieses Projektverbundes an. Übergeordnete Methoden sind der historische Vergleich und die Analyse von Transaktionen zwischen und innerhalb der zu vergleichenden Forschungsgegenstände. Im Rahmen dieser theoretischen Vorgaben, Aufmerksamkeitshorizonte und gemeinsamer methodischer Ansätze werden die historischen Methoden in den Einzelprojekten mit Blick auf die thematische Gesamtkonzeption jeweils gegenstandsadäquat bestimmt. Die Einzelprojekte sind durch Gegenstands- sowie Methodennähe einander zugeordnet. Die Forschungsergebnisse werden sowohl inhaltlich als auch methodisch auf das Gesamtkonzept reflektiert. In diesem Sinne wird ein Beitrag zur theoretischen, besonders aber zur methodischen Diskussion des Konzeptes multipler Modernitäten angestrebt.

Literatur

1. Dewey/Bentley (1946): John Dewey, Arthur F. Bentley, Interaction and Transaction, The Journal of Philosophy 43 (1946), S. 505-517.
2. Dewey/Bentley (1949): John Dewey, Arthur F. Bentley, Knowing and the known, Boston 1949.
3. Eisenstadt (1965): Shmuel N. Eisenstadt, Essays on Comparative Institutions, New York 1965.
4. Eisenstadt (1987): Shmuel N. Eisenstadt, Allgemeine Einleitung: Die Bedingungen für die Entstehung und Institutionalisierung der Kulturen der Achsenzeit, in: Shmuel N. Eisenstadt (Hrsg.), Kulturen der Achsenzeit. Ihre Ursprünge und ihre Vielfalt, Bd. 1, Frankfurt am Main 1987 (= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 653), S. 10-40.
5. Eisenstadt (1999): Shmuel N. Eisenstadt, Multiple Modernities in an Age of Globalization, Canadian Journal of Sociology 24 (1999), 2, S. 283-295.
6. Eisenstadt (2000): Shmuel N. Eisenstadt, Multiple Modernities, Daedalus 129 (2000), S. 1-29.
7. Gmür (2009): Christian Gmür, Japanese Students at Halle University before World War I (1886-1914), in: Shizu Sakai et al. (Hrsg.), Transaction in Medicine and Heteronomous Modernization, Tokio 2009 (= The University of Tokyo Center for Philosophy Booklet, 9), S. 65-77.
8. Hamilton (1984): Gary G. Hamilton, Configurations in History. The Historical Sociology of S.N. Eisenstadt, in: Theda Skocpol (Hrsg.), Vision and Method in Historical Sociology, Cambridge 1984, S. 85-128.
9. Ichinokawa (2009): Yasutaka Ichinokawa, Introduction: Transaction in Medicine and Heteronomous Modernization, in: Shizu Sakai et al. (Hrsg.), Transaction in Medicine and Heteronomous Modernization, Tokio 2009 (= The University of Tokyo Center for Philosophy Booklet, 9), S. 9-17.
10. Knöbl (2007): Wolfgang Knöbl, Die Kontingenz der Moderne. Wege in Europa, Asien und Amerika, Frankfurt am Main/New York 2007 (= Theorie und Gesellschaft, 61).
11. Kocka (2003): Jürgen Kocka, Comparison and Beyond, History and Theory 42 (2003), S. 39-44.
12. Koenig (2006): Matthias Koenig, Shmuel N. Eisenstadt: Kulturtheoretische Zivilisationsanalyse, in: Stephan Moebius, Dirk Quadflieg (Hrsg.), Kultur. Theorien der Gegenwart. Überblicksband zu aktuellen Kulturtheorien, Wiesbaden 2006, S. 571-579.
13. Labisch (1992): Alfons Labisch, Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt am Main/New York 1992.
14. Labisch/Paul (1998): Alfons Labisch, Norbert Paul, Medizin: Zum Problemstand, in: Wilhelm Korff et al. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, S. 631-642.
15. Nagashima (2009): Takeshi Nagashima, Meji Medical Officials' International Comparison of Administrative Machinery and the Historiography of Public Health, in: Shizu Sakai et al. (Hrsg.), Transaction in Medicine and Heteronomous Modernization, Tokio 2009 (= The University of Tokyo Center for Philosophy Booklet, 9), S. 93-106.

16. Nelson (1977): Benjamin Nelson, Zivilisatorische Komplexe und interzivilisatorische Begegnungen, in: Benjamin Nelson, Der Ursprung der Moderne. Vergleichende Studien zum Zivilisationsprozess, Frankfurt am Main 1977, S. 58-93.
17. Nelson (1981a): Benjamin Nelson, On the Shoulders of Giants: The Comparative Historical Sociology of „Science", in: Benjamin Nelson, On the roads to modernity. Conscience, science, and civilizations. Selected writings, Totowa 1981, S. 109-114.
18. Nelson (1981b): Benjamin Nelson, Science and civilizations. „East" and „West": Joseph Needham and Max Weber, in: Benjamin Nelson, On the roads to modernity, Totowa 1981, S. 164-198.
19. Oberländer (2009): Christian Oberländer, The Introduction of „German Medicine" in Japan in the 1870s. „Heteronomous Modernization" and „Internal Colonization", in: Shizu Sakai et al. (Hrsg.), Transaction in Medicine and Heteronomous Modernization, Tokio 2009 (= The University of Tokyo Center for Philosophy Booklet, 9), S. 143-160.
20. Osterhammel (1989): Jürgen Osterhammel, China und die Weltgesellschaft. Vom 18. Jahrhundert bis in unsere Zeit, München 1989.
21. Osterhammel (1996a): Jürgen Osterhammel, Transkulturell vergleichende Geschichtswissenschaft, in: Heinz-Gerhard Haupt, Jürgen Kocka (Hrsg.), Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtsschreibung, Frankfurt am Main/New York 1996, S. 271-313.
22. Osterhammel (1996b): Jürgen Osterhammel, Sozialgeschichte als Zivilisationsvergleich. Möglichkeiten komparativer Geschichtswissenschaft, Geschichte und Gesellschaft 22 (1996), S. 143-164.
23. Osterhammel (2009): Jürgen Osterhammel, Die Verwandlung der Welt. Eine Geschichte des 19. Jahrhunderts, München 2009 (= Historische Bibliothek der Gerda-Henkel-Stiftung).
24. Shimada (1994): Shingo Shimada, Grenzgänge, Fremdgänge. Japan und Europa im Kulturvergleich, Frankfurt am Main 1994.

Abbildungen

Abbildung 1: „Der eine Ursprung der Menschheit" von Karls Jaspers; aus: Karl Jaspers, Vom Ursprung und Ziel der Geschichte, München 1949.

Korrespondenzadressen der Autorinnen und Autoren

Dr. phil. Johannes Beckmann-Kuhn
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. phil. Fabio De Sio
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Dr. med. Carola Döbber
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. med. Jean-Philippe Ernst
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. phil. Ursula Ferdinand
Südstern 14
D-10961 Berlin

Dr. rer. medic. Jürgen Förster
Schule für Physiotherapie
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30
D-52074 Aachen

Korrespondenzadressen

cand. med. Dr. phil. Gabriele Franken
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. phil. Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Svenja Hein
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

PD Dr. phil. Hans-Georg Hofer
Medizinhistorisches Institut
Universität Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
D-53105 Bonn

Anke Hoffstadt, M.A.
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. phil. Kay Peter Jankrift
Institut für Europäische Kulturgeschichte
Universität Augsburg
Eichleitnerstraße 30
D-86159 Augsburg

Stephanie Kaiser, M.A.
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
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

Ulrich Koppitz
Fachapparat für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Katharina Kulike
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Prof. Dr. med., Dr. phil. Alfons Labisch, M.A.
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. rer. nat. Frank Leimkugel
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Korrespondenzadressen

Jens Lohmeier, M.A.
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Katharina Mahr
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

PD 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

Dr. med. Thorsten Noack
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Michael Rosentreter, M.A.
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. rer. medic. Peter Schantz
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Mathias Schmidt, M.A.
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Peter Schuster
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Sophia Sotke, B.A. (seit Okt. 2013 Sophia Kampschulte)
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Frank Sparing, M.A.
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Cornelis van Tilburg MA
Leiden University Centre for the Arts in Society
Faculteit der Geesteswetenschappen
Doelensteeg 16
Postfach 9515
NL-2300 RA Leiden

Manfred Vigna
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Korrespondenzadressen

Maren Friederike Weber
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Saskia Wilhelmy, B.A.
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Gloria I. Winterlich
c/o Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Aachen
RWTH Aachen
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Dr. med. Verena Wulf
c/o Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Dr. med. Clara Wurm
c/o Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 20, Geb. 42
D-50931 Köln

Dr. phil. Andrea zur Nieden
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

Der vorliegende Band setzt die etablierte Reihe „Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“ fort. Dabei gingen viele Manuskripte erneut aus zwei Jahrestagungen hervor, die der Rheinische Kreis 2011 in Köln und 2012 in Grefrath ausrichtete. Einmal mehr kommen neben professionellen Geschichtswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, die überwiegend an den universitären Instituten in Nordrhein-Westfalen beschäftigt sind, auch praktisch tätige Ärzte und Apotheker mit besonderem Interesse an medizinhistorischen Fragestellungen zu Wort. Ebenfalls beibehalten wurde das Konzept, zusätzlich zu abgeschlossenen wissenschaftlichen Beiträgen auch Projektskizzen und Zwischenberichte aus laufenden Forschungsvorhaben aufzunehmen.

ISBN 978-3-86219-416-2