

virus



# virus

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin.

9

Herausgegeben von Carlos Watzka, Elisabeth Dietrich-Daum und Andreas Golob  
für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin.

Wien 2010



VERLAGSHAUS DER ÄRZTE

## Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Die vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin herausgegebene Zeitschrift versteht sich als Forum für wissenschaftliche Publikationen mit empirischem Gehalt auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit sowie angrenzender Gebiete, vornehmlich solcher mit räumlichem Bezug zur Republik Österreich, ihren Nachbarregionen sowie den Ländern der ehemaligen Habsburgermonarchie. Zudem informiert sie über die Vereinstätigkeit. Der Virus wurde 1999 begründet und erscheint mittlerweile jährlich im Verlagshaus der Ärzte in Wien.

Der Virus ist eine peer-reviewte Zeitschrift und steht Wissenschaftler/innen aus allen Disziplinen für Beitragsvorschläge offen. Einreichungen für Beiträge im engeren Sinn müssen bis 31.10., solche für alle anderen Rubriken (Projektvorstellungen, Veranstaltungs- und Ausstellungsberichte, Rezensionen) bis 31.12. eines Jahres als elektronische Dateien in der Redaktion einlangen, um für die Begutachtung und gegebenenfalls Publikation im Folgejahr berücksichtigt werden zu können. Nähere Informationen zur Abfassung von Beiträgen finden sich auf: [www.sozialgeschichte-medizin.org](http://www.sozialgeschichte-medizin.org). Diesbezügliche Anfragen richten Sie bitte an: Carlos Watzka: [carlos.watzka@uni-graz.at](mailto:carlos.watzka@uni-graz.at)

Neuere Vereinspublikationen sind über das Verlagshaus der Ärzte lieferbar. Ältere sind teils noch direkt beim Verein verfügbar. Hierfür, sowie für Anfragen betreffend Vereinsmitgliedschaft bzw. Abonnement des Virus wenden Sie sich bitte an: Andreas Golob: [an.golob@uni-graz.at](mailto:an.golob@uni-graz.at). Die Mitgliedschaft kann auch online beantragt werden: [www.sozialgeschichte-medizin.org](http://www.sozialgeschichte-medizin.org).

## Impressum

Herausgeber: Verein für Sozialgeschichte der Medizin, A-1210 Wien, Georgstraße 37. Redaktion: Carlos Watzka ([carlos.watzka@uni-graz.at](mailto:carlos.watzka@uni-graz.at)), Elisabeth Dietrich-Daum ([Elisabeth.Dietrich@uibk.ac.at](mailto:Elisabeth.Dietrich@uibk.ac.at)), Andreas Golob ([an.golob@uni-graz.at](mailto:an.golob@uni-graz.at)).

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwendung, vorbehalten. Autoren und Verlag haben alle Buchinhalte sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann keine Garantie übernommen werden. Eine Haftung der Autoren bzw. des Verlags wird daher nicht übernommen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers/der Verfasserin wieder und stellen nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion dar.

© 2010 Verlagshaus der Ärzte GmbH, Nibelungengasse 13, A-1010 Wien – [www.aerzteverlagshaus.at](http://www.aerzteverlagshaus.at)

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Wien.

Umschlag: Lisa Hahsler, Deutsch-Wagram

Umschlagfoto: Safeguarding Military Information (Film – USA 1943: Ausschnitt Standbild)

Layout-Entwurf: Mag. Herbert Moser, CCM, Salzburg

Layout und Satz: Yvonne Bormes, Graz

Projektbetreuung: Mag. Hagen Schaub, Wien

Druck & Bindung: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, Horn

Printed in Austria ISSN 1605-7066

---

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Editorial</b> .....	7
------------------------	---

## **Beiträge**

### **Thomas Bryant**

Der deutsche „Volkskörper“ im Spannungsfeld zwischen „Volksgesundheit“ und „Volkskrankheit“. Bevölkerungswissenschaftliche Pathologisierungspatridigmen und biopolitische Medikalierungsstrategien zur demographischen Alterung im 20. Jahrhundert. ....	11
--	----

### **Ralf Futselaar**

A Healthy Defeat? Mapping the Postwar Decline of Tuberculosis in Japan, 1945-1955. ....	25
---	----

### **Andreas Golob**

Publizität und Kommerzialisierung von Gesundheit und Krankheit im letzten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts. Das Beispiel der Grazer Bauernzeitung. ....	43
---	----

### **Markus Oppenauer**

Die 1968er-Bewegung – Eine Diskontinuität in der historischen Entwicklung der Homöopathie in Österreich? .....	69
--	----

### **Ramón Reichert**

Immunologie und Kalter Krieg. Zur Populärkultur medizinischer Abwehrmetaphern. ....	85
---	----

### **Melanie Ruff**

Franz Zamecnik: Infanterist – Invalide – Feinmechaniker. Gesichtsrekonstruktionen während des Ersten Weltkrieges in der k. u. k. Monarchie. ....	97
--	----

---

## **Arne Thomsen**

Aspekte des katholischen Krankenhauswesens im Ruhrgebiet im langen 19. Jahrhundert. .... 115

## **Projektvorstellungen**

### **Elfriede Huber-Reismann**

Das staatliche „Fürsorgewesen“ in der Bezirkshauptstadt Leoben von den An-  
um 1900 bis 1938. Eine Übersicht auf Grundlage der regionalen Pressebe-  
richterstattung. .... 129

## **Rezensionen**

Monika Ankele: Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeug-  
nisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn.  
Rezensiert von Maria Heidegger. .... 141

Wolfgang Uwe Eckart, Robert Jütte: Medizingeschichte. Eine Einführung.  
Rezensiert von Carlos Watzka. .... 144

## **Vereinsnachrichten**

Vorschau auf die Tagungen des Vereins 2011-2013. .... 150

Neue Richtlinien für die Gestaltung von Beiträgen für den „Virus“. .... 151

---

# Editorial

---

Liebe Leser/innen des Virus,

etwas verspätet, dafür aber „innerlich erneuert“, halten Sie den „Virus“ Nr. 9 des Jahres 2010 in Händen. Grund für beides sind Finanzierungsschwierigkeiten, denen der Verein für Sozialgeschichte der Medizin als Herausgeber der Zeitschrift im vergangenen Jahr entgegenzuwirken beginnen musste. Steigende Herstellungskosten standen einer nicht unbedingt einfacher gewordenen Förder- und Sponsor-Situation gegenüber. Da sich zugleich das bisherige Virus-Layout – mit „Marginalien“ statt Fuß- bzw. Endnoten – als in der Umsetzung besonders aufwändig, daher auch teuer und fehleranfällig erwies, entstand im Vereinsvorstand die Idee, die nötigen Einsparungsmaßnahmen mit einer Reorganisation von Layout und Satz und zugleich mit einer Erneuerung des Erscheinungsbildes der Zeitschrift zu verbinden.

Die Realisierung dieses Vorhabens umzusetzen, beanspruchte einige Zeit, nun liegt aber mit Band 9, wie wir meinen, ein nicht nur zu vertretbaren Kosten produzierter, sondern auch in Qualität der Darstellung und Lesbarkeit deutlich verbesserter „Virus“ vor. Vorläufig beibehalten wurde die mittlerweile ‚typisch‘ gewordene Umschlaggestaltung. Hier ist aber eine moderate Veränderung im Sinne einer Anpassung an den neuen typographischen Stil im Inneren für den nächsten Band geplant.

Soviel zu den bei der Gestaltung eines Druckwerks doch nicht ganz unwesentlichen „Äußerlichkeiten“; eine weitere Umstellung im Produktionsbereich ist noch zu erwähnen: Der „Virus“ erscheint künftig in einer höheren Auflage. Dies erscheint aufgrund erfreulicherweise gestiegener Mitglieder-, Abonnenten- und Verkaufszahlen angeraten, und soll dem in letzter Zeit gegebenen Problem Abhilfe schaffen, dass manche Bände des Virus schon wenige Jahre nach ihrem Erscheinen nicht mehr lieferbar waren.

Nun aber noch einige Worte zu dem, was die meisten Leser/innen wohl primär interessieren wird, dem Inhalt: Der vorliegende Band Nr. 9 des „Virus“ versammelt sieben Beiträge, die aus der Vereinstagung „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ des Jahres 2009 in Linz hervorgegangen sind, einen Projektbericht sowie zwei Rezensionen und, am Ende des Bandes, unter der Rubrik „Vereinsnachrichten“ weitere Mitteilungen seitens des Vereinsvorstandes.

Entsprechend dem Schwerpunkt der damaligen Tagung widmen sich die Beiträge der Medizin vom ausgehenden 18. Jahrhundert und liefern, wie wir meinen, aufschlussreiche neue Forschungsergebnisse zu wichtigen, oftmals bislang aber wenig beachteten Feldern der „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ – im Allgemeinen für Mitteleuropa, in einem Fall aber auch für einen von europäischen Medizinhistoriker/innen gewöhnlich wenig beachteten Raum, nämlich Japan.

Insoweit entsprechende Beiträge für derzeit in Österreich betriebene Forschungen bedeutende Anknüpfungspunkte zu vergleichenden Studien bieten können, wird der „Virus“ auch künftig solche Abhandlungen publizieren. Unser vorrangiges Ziel als Verein für Sozialgeschichte der Medizin mit Sitz in Österreich bleibt aber die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ in

Österreich, einschließlich seiner Nachbarstaaten bzw. den Ländern der ehemaligen Habsburgermonarchie.

Diesbezüglich ist es der Redaktion ein wichtiges Anliegen, die derzeit eher mäßige Frequenz von Einreichungen qualitativ hochwertiger und thematisch adäquater Beiträge zu erhöhen. Daher sei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass 1. Beitragsvorschläge zu den jährlich stattfindenden Vereinstagungen – gleichgültig ob von inner- oder außerhalb des Vereines kommend – sehr willkommen sind, und dass 2. Anfragen und Einreichungen für Beiträge, Projektberichte und Rezensionen auch unabhängig von einer Teilnahme an diesen Konferenzen gerne jederzeit an den Verein gerichtet werden können.

Alle zugesandten Texte durchlaufen zunächst einen Begutachtungsprozess in inhaltlicher und formaler Hinsicht im Redaktionsteam, und werden danach einer externen peer-review unterzogen, bevor sie publiziert werden. Einige Informationen hierzu finden Sie auf der vorderen Umschlaginnenseite, die aktualisierten Richtlinien für die Beitragsgestaltung sind auf der Homepage des Vereins – [www.sozialgeschichte-medizin.org](http://www.sozialgeschichte-medizin.org) – abrufbar, diesem Band sind sie zudem als Annex in der Rubrik „Vereinsnachrichten“ beigegeben.

Wir wünschen eine anregende Lektüre,

Carlos Watzka, Elisabeth Dietrich-Daum und Andreas Golob

---

# Beiträge

---



---

Thomas Bryant

# Der deutsche „Volkskörper“ im Spannungsfeld zwischen „Volksgesundheit“ und „Volkskrankheit“

*Bevölkerungswissenschaftliche Pathologisierungsparadigmen und biopolitische Medikalierungsstrategien zur demographischen Alterung im 20. Jahrhundert*

---

## Summary

An interdisciplinary discourse about the effects of demographic ageing started in late Imperial Germany. It reached its climax in the Weimar Republic and the “Third Reich”, continued – however with some semantic changes – after World War II and still goes on to this day. Because of the declining birth rates the German “national body” (“Volkskörper”) was in a disastrous condition, as various experts asserted since 1911. Especially demographers railed against the phenomenon of demographic transition that was hitherto unknown to them. They were worried about “national health” (“Volksgesundheit”), since this phenomenon was considered to be a special kind of a “national disease” (“Volkskrankheit”) that might end up in “national death” (“Volkstod”) sooner or later. Thus gerontophobic attitudes more and more became a commonplace in demographic research and population policy as well. The paper examines how different protagonists within the demographic discourse developed and publicized their paradigms of pathologizing on the one hand and strategies of medicalization on the other hand in order to explain and to fight the increasing ageing of the German people throughout the whole twentieth century.

## Keywords

Germany, 20th century, ageing, demographic transition, population policy, Volksgesundheit, Volkskörper

## 1. Einleitung

Was heute zu Beginn des 21. Jahrhunderts gemeinhin unter dem (scheinbar wertneutralen) Signum „demographische Alterung“<sup>1</sup> firmiert, wurde im vergangenen Jahrhundert nicht nur, aber auch und gerade in Deutschland von vielen Bevölkerungswissenschaftlern buchstäblich als eine existenzgefährdende „Volkskrankheit“ aufgefasst. Diese „Volkskrankheit“ war aber bezeichnenderweise nicht zu verstehen im Sinne einer Pande-

---

1 Vgl. Thomas BRYANT, Von der „Vergreisung des Volkskörpers“ zum „demographischen Wandel der Gesellschaft“. Geschichte und Gegenwart des deutschen Alterungsdiskurses im 20. Jahrhundert. In: Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte 35 (2007) 110-127.

mie, also einer konkreten gesundheitsgefährdenden oder gar lebensbedrohlichen Großseuche, von der jeweils unzählige Einzelschicksale in Mitleidenschaft gezogen werden. Vielmehr war sie zu verstehen im Sinne eines nicht medizinisch, sondern ausschließlich demographisch diagnostizierbaren und biopolitisch therapierbaren überindividuell-kollektiven Siechtums, welches die Vitalität des sozial konstruierten beziehungsweise imaginierten deutschen „Volkkörpers“ paralyisiert.<sup>2</sup>

„Volks-Krankheit“ als gleichsam „demographischer Letalfaktor“ meinte in diesem besonderen Zusammenhang also weniger eine weitverbreitete Krankheit *innerhalb* des Volkes, sondern – anders als im herkömmlichen Sprachgebrauch – eine Krankheit des Volkes in seiner Gänze, das heißt einer ganz spezifischen „Volkskörper-Krankheit“, die im Zuge fortschreitender „Volksvergreisung“ und „Volksschrumpfung“ schlimmstenfalls im „Volkstod“ enden würde. Es war die Rede vom vermeintlich unmittelbar bevorstehenden „Finis Germaniae“, das in den 1980er Jahren vor allem in der apokalyptischen Prophezeiung „Die Deutschen sterben aus!“ seinen Niederschlag fand.

Der interdisziplinäre Diskurs über die korporeale Vulnerabilität beziehungsweise den demographischen Fortbestand des deutschen Volkes, dessen zählbeige Ausläufer in der einen oder anderen Form bis in die aktuelle Gegenwart hineinreichen, setzte im späten Kaiserreich (genauer gesagt: ab 1911) mit der sogenannten „Geburtenrückgangsdiskussion“ ein und war vor allem während der Weimarer Republik sowie der nationalsozialistischen Herrschaft allenthalben anzutreffen.<sup>3</sup> Als der maßgebliche Hauptprotagonist dieses Diskurses trat vor allem der Demograph Friedrich Burgdörfer mit seinem unermüdlichen Kampf gegen „Volksschrumpfung“, „Volksvergreisung“ und „Volkstod“ in Erscheinung. Die Problematisierung und nicht selten nachgerade Pathologisierung des Phänomens der demographischen Alterung betrieb Burgdörfer vom Ende des Ersten Weltkrieges bis zum Ende der „Ära Adenauer“ in den 1960er Jahren geradezu exzessiv.

Auf der Grundlage ausgewählter einschlägiger Publikationen aus der gesamten deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts soll im folgenden aufgezeigt werden, wie demographische Transitionsprozesse – in erster Linie, aber freilich nicht ausschließlich – von den Vertretern der Bevölkerungswissenschaft paradigmatisch zu einer dringend korrekturbedürftigen morbiden „Volksordnung“ erklärt wurden und welche biopolitischen Gegenmaßnahmen dies in den verschiedenen epochalen Zeiträumen sowohl propagandistisch als auch realiter jeweils zur Folge hatte. Der Schwerpunkt der Betrachtungen wird dabei eindeutig auf der ersten Jahrhunderthälfte liegen, da das Thema während dieser Zeit auch seine politisch wirkmächtigste Virulenz entfaltete.

- 
- 2 Vgl. zur „Imaginärpolitik“ und zum Begriff des „Volkkörpers“ Michael GAMPER, Nacktes Leben – lebendige Nacktheit. Formung der Masse durch Körper- und Volkskörperpolitik, In: Paula DIEHL (Hg.), Körper im Nationalsozialismus. Bilder und Praxen (München 2006) 149-170; Wolfgang FACH, Rebecca PATES, Die drei Körper des Volkes. In: Comparativ. Leipziger Beiträge zur Universalgeschichte und vergleichenden Gesellschaftsforschung 13/3 (2003) 14-30.
  - 3 Vgl. Jürgen REYER, „Rassenhygiene“ und „Eugenik“ im Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Pflege der „Volksgesundheit“ oder Sozialrassismus? In: Ulrich HERRMANN, Jürgen OELKERS (Hg.), Pädagogik und Nationalsozialismus (Basel, Weinheim 1988) 113-145; Justus H. ULBRICHT, „Französische Krankheit“ oder: Politische Gefahren am „deutschen Volkskörper“. Diskurse über die Krankheit der Epoche im weltanschaulichen Schrifttum des Wilhelminismus. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Technischen Universität Dresden 47/3 (1998) 59-64.

## 2. Deutsche „Volkskrankheit“ – Bevölkerungswissenschaftliche Diagnosen zur Pathologisierung der demographischen Alterung

Vor dem Ersten Weltkrieg spielte das Thema „demographische Alterung“ noch keine erkennbar bedeutsame Rolle. Der Schwerpunkt innerhalb der ab 1911 einsetzenden „Geburtenrückgangsdiskussion“ lag eindeutig auf der zahlenmäßigen Stärke sowie auf der ethnisch-biologischen Zusammensetzung des deutschen „Volkskörpers“ und weniger auf dessen Altersstruktur. Es bedurfte erst einer intensiveren Beschäftigung mit den Ursachen, Folgen und Erscheinungsformen des Geburtenrückgangs, um die zeitgenössischen Autoren nach Kriegsende allmählich für den Zusammenhang zwischen Altersstruktur und Bevölkerungsgröße zu sensibilisieren.

Zudem trug die militärische Niederlage dazu bei, dass sich die daraus resultierende enorme außenpolitische Schwächung im Zusammenspiel mit den für misslich erachteten demographischen Verhältnissen zu einer Gefahr ersten Ranges auszuwachsen drohte.<sup>4</sup> Der Geburtenrückgang – und mithin auch die befürchtete „Vergreisung des Volkskörpers“ als Sinnbild für den in einen allgemeinen Demographie-Diskurs eingebetteten Alterungsdiskurs – galt aus diesem Grunde bei vielen Untergangspropheten fortan als „die Zukunftsfrage Deutschlands“<sup>5</sup> schlechthin. Im Zuge des nun verschärften demographischen Problembewusstseins, das den sozusagen „am Alter erkrankten“ und nun seinem sukzessiven „Absterben“ entgegensehenden „Volkskörper“ zum Politikum erhob, machten sich vor allem Bevölkerungswissenschaftler daran, ein mögliches „Finis Germaniae“ abzuwenden.

Es war in erster Linie der bereits erwähnte Bevölkerungsstatistiker Prof. Dr. Friedrich Burgdörfer (1890-1967)<sup>6</sup>, der sich in Deutschland erstmals ausführlich mit dem Phänomen demographischer Veränderungsprozesse beschäftigte. Seit dem späten Kaiserreich thematisierte er in zahlreichen Publikationen und Vorträgen vor allem die damit einhergehenden Gefahren (z.B. Säuglingssterblichkeit, Geschlechtskrankheiten, Neo-Malthusianismus, Kriegsverluste, Kontrazeptiva, Abtreibungen<sup>7</sup>). Dem zeitgenössischen Sprachduktus entsprechend stellte Burgdörfer unermüdlich die „Vergreisung“ beziehungsweise „Überalterung“<sup>8</sup> des deutschen „Volkskörpers“ an den Pranger. Vor allem mit seinem 1932 erschienenen Hauptwerk „Volk ohne Jugend“<sup>9</sup> verlieh er der Pathologisierung und

4 Vgl. Peter MARSCHALCK, Die bevölkerungswissenschaftlichen Deutungen von Fruchtbarkeitsunterschieden und ihre bevölkerungspolitischen Konsequenzen seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts. In: Eckart VOLAND (Hg.), Fortpflanzung. Natur und Kultur im Wechselspiel – Versuch eines Dialogs zwischen Biologen und Sozialwissenschaftlern (Frankfurt a.M. 1992) 13-27, hier 17.

5 Vgl. Friedrich KIRSTEIN, Der Geburtenrückgang, die Zukunftsfrage Deutschlands (Marburg 1917).

6 Vgl. Thomas BRYANT, Friedrich Burgdörfer (1890-1967). Eine diskursbiographische Studie zur Geschichte der deutschen Demographie im 20. Jahrhundert (= Pallas Athene. Beiträge zur Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte 32, Stuttgart 2010).

7 Vgl. Katja PATZEL-MATTERN, „Volkskörper“ und „Leibesfrucht“. Eine diskursanalytische Untersuchung der Abtreibungsdiskussion in der Weimarer Republik. In: Stefan HAAS, Clemens WISCHERMANN (Hg.), Körper mit Geschichte. Der menschliche Körper als Ort der Selbst- und Weltdeutung (= Studien zur Geschichte des Alltags 17, Stuttgart 2000) 191-222.

8 Zur Kritik am Begriff der „Überalterung“ vgl. Franz-Xaver KAUFMANN, Die Überalterung. Ursachen, Verlauf, wirtschaftliche und soziale Auswirkungen des demographischen Alterungsprozesses (= Veröffentlichungen der Handels-Hochschule St. Gallen 58, St. Gallen, Zürich 1960) 180-185.

9 Vgl. Friedrich BURGDÖRFER, Volk ohne Jugend. Geburtenschwund und Überalterung des deutschen Volkskörpers. Ein Problem der Volkswirtschaft – der Sozialpolitik der nationalen Zukunft (= Beihefte zur Zeitschrift für Geopolitik 9, Berlin 1932).

Dramatisierung<sup>10</sup> des von ihm untersuchten „abnormen“ Phänomens – auch über die engeren Grenzen seiner eigenen Disziplin hinaus – wegweisende Impulse, die nicht nur für die Weimarer Republik und die Zeit des Nationalsozialismus kennzeichnend waren, sondern in sublimierter Form auch den bundesdeutschen Nachkriegsdiskurs prägen sollten.

Nicht von ungefähr zog der Berliner Gynäkologe Dr. Fritz Heinsius 1933 in einer Besprechung zu Burgdörfers „Volk ohne Jugend“ die prägnante Schlussfolgerung: *„Ein Volk ohne Jugend, ein vergeister Volkskörper, ist der Heilung bedürftig [...]“*<sup>11</sup> Damit war klar vor Ausdruck gebracht, wie ein bestimmtes gesamtgesellschaftliches Phänomen in den (ansonsten nur auf Einzelpersonen angewandten sowie medizinisch codieren und normativ konnotierten) Kategorien von „Gesundheit“ und „Krankheit“ beurteilt wurde. *„Der Altersaufbau“*, so hieß es dementsprechend 1940 bei Burgdörfer, *„ist gewissermaßen das Röntgenbild der Struktur des Volkskörpers, das eine wichtige Grundlage für die volksbiologische Diagnose und Prognose bildet.“*<sup>12</sup>

Folglich erstellten Burgdörfer und seine Fachkollegen mit dem quasi-medizinischen diagnostischen Instrumentarium der Bevölkerungsstatistik zuerst ein genaues „völkisches Krankheitsbild“, um sodann den bevölkerungspolitisch verantwortlichen Praktikern der Weimarer Republik, des NS-Regimes sowie der frühen Bundesrepublik Deutschland operationalisierbare Ratschläge zur Medikalisierung der – wiederum demographisch beziehungsweise „volksbiologisch“ verstandenen – angeschlagenen „Volks Gesundheit“ an die Hand zu geben.

Während die dezidierten Protagonisten der Rassenhygiene und Eugenik jene quasi-medizinische demographische Diagnose hauptsächlich als Ergebnis einer massenhaft um sich greifenden „rassischen Entartung“ (d.h. eines biologisch-physiologischen Degenerationsprozesses) interpretierten, tendierten Ökonomen, Theologen, Demographen und andere Fachleute eher dazu, sozioökonomische, soziomoralische und soziopolitische Ursachen für den Geburtenrückgang und damit für die demographische Alterung verantwortlich zu machen.<sup>13</sup> In seiner „Wohlstandstheorie“ vertrat etwa der Münchner Nationalökonom Prof. Dr. Lujo Brentano (1844-1931) die Auffassung, dass steigender wirtschaftlicher Wohlstand notwendigerweise zu sinkenden Geburtenraten führe. Sein

10 Vgl. Thomas BRYANT, „Volk ohne Jugend“ als „demographisches Drama“. Der Bevölkerungsstatistiker Friedrich Burgdörfer im Wechselspiel zwischen wissenschaftlicher Publizistik und popularisierter Wissenschaft (1909-1933). In: Patrick KRASSNITZER, Petra OVERATH (Hg.), *Bevölkerungsfragen. Prozesse des Wissenstransfers in Deutschland und Frankreich (1870-1939)* (Berlin, Köln, Weimar 2007) 47-66.

11 Fritz HEINSIUS, Rezension zu BURGDÖRFER, *Volk ohne Jugend*. In: *Zentralblatt für Gynäkologie* 57/19 (1933) 1147-1150, hier 1149.

12 Friedrich BURGDÖRFER, *Altersaufbau und Familienstandgliederung der bayerischen Bevölkerung nach der Volkszählung vom 17. Mai 1939*. In: *Zeitschrift des Bayerischen Statistischen Landesamts* 72/2 (1940) 107-173, hier 108.

13 Vgl. Ursula FERDINAND, *Geburtenrückgangstheorien in der Nationalökonomie Deutschlands zwischen 1900 und 1930. Fallbeispiel Julius Wolf (1862-1937)*. In: Rainer MACKENSEN (Hg.), *Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft und der Johann Peter Süßmilch-Gesellschaft für Demographie mit Unterstützung des Max Planck-Instituts für demographische Forschung*, Rostock (Opladen 2002) 135-158; Thorsten HALLING, Julia SCHÄFER, Jörg VÖGELE, *Volk, Volkskörper, Volkswirtschaft. Bevölkerungsfragen in Forschung und Lehre von Nationalökonomie und Medizin*. In: Rainer MACKENSEN, Jürgen REULECKE (Hg.), *Das Konstrukt „Bevölkerung“ vor, im und nach dem „Dritten Reich“* (Wiesbaden 2005) 388-428.

Breslauer Kollege Prof. Dr. Julius Wolf (1862-1937) propagierte derweil das Theorem von der „Rationalisierung des Sexuallebens“<sup>14</sup>, wonach ein grundlegender gesellschaftlicher Wandel in unterschiedlichen Lebensbereichen (z.B. fortschreitende Urbanisierung, Emanzipation der Frau, Anwendung von Kontrazeptiva) schließlich zu einer Entkopplung von Sexualität und Fortpflanzung geführt habe.

Diesen und ähnlichen Gedankengängen zufolge musste man „Alter“ und „Alterung“ nicht nur als spezifisch deutsche demographische „Volks-Krankheit“, sondern in einem noch viel umfassenderen Sinne auch als demographische „Zivilisations-Krankheit“ der modernen westlichen Industriegesellschaft insgesamt begreifen.<sup>15</sup> Ähnlich wie bei den fachlich spezialisierten Rassenhygienikern und Eugenikern mussten gleichwohl auch bei diesen Bemühungen um eine plausible Diagnose immer wieder biologistisch angehauchte Metaphern erhalten, um die vermeintliche „demographische Pathogenese“ ursächlich erklären zu können. Denn „*wenn sich ein Volk nicht mehr aus eigener Kraft erhalten könne, so sei dies schließlich – zumindest Burgdörfer zufolge – als ein Zeichen dafür zu werten, „daß der Volkskörper in seinen Zellen, den Familien, krank“ sei.*<sup>16</sup> Daher sei der Geburtenrückgang im Wesentlichen nichts anderes als „*eine Zellkrankheit des Volkskörpers...*“<sup>17</sup> Eine trennscharfe Unterscheidung zwischen „Volk“, „Volkskörper“, „Volksgemeinschaft“, „Nation“, „Rasse“ oder ähnliches wurde bei derartigen Gedankengängen in aller Regel nicht vorgenommen. Somit spiegelt die meist synonyme Verwendung dieser Begriffe zugleich auch die interdisziplinären Verquickungen des Alterungsdiskurses wider.

Die „demographische Erkrankung“, unter welcher der deutsche „Volkskörper“ nach Ansicht der Bevölkerungsexperten litt, ging also – um im Bilde zu bleiben – weniger auf externe beziehungsweise fremde „Krankheitserreger“ zurück. Es waren mithin nicht in erster Linie feindliche Angriffe von außen, welche den Fortbestand des deutschen Volkes zu unterminieren trachteten, sondern es war vor allem das deutsche Volk selbst, das durch den nachlassenden „Willen zum Kind“<sup>18</sup> und die Erosion kinderreicher Familien die Axt an die Wurzel seiner eigenen Existenz anlegte. Nach dieser Lesart waren Geburtenrückgang und demographische Alterung als Vorboten des drohenden „Volkstodes“ vorrangig gewissermaßen ein kollektives und endogenes „Eigenverschulden“. Während des „Dritten Reiches“ wurde diese Argumentation zwar mehrheitlich aufrechterhalten; die dezidierte Selbstbezeichnung wurde jedoch dahingehend erweitert, dass nun auch und gerade in deutlich verstärktem Maße sogenannte „Fremdvölkische“ (d.h. Juden,

14 Vgl. Julius WOLF, Der Geburtenrückgang. Die Rationalisierung des Sexuallebens in unserer Zeit (Jena 1912); Hubert KIESEWETTER, Julius Wolf 1862-1937 – zwischen Judentum und Nationalsozialismus. Eine wissenschaftliche Biographie (Stuttgart 2008).

15 Friedrich Burgdörfer sprach in seinem gleichnamigen Buch aus dem Jahre 1942 von einer „Kulturkrankheit Europas“; vgl. Friedrich BURGDÖRFER, Geburtenschwund. Die Kulturkrankheit Europas und ihre Überwindung in Deutschland (= Beihefte zur Zeitschrift für Geopolitik 14, Berlin, Heidelberg, Magdeburg 1942).

16 Friedrich BURGDÖRFER, Das Bevölkerungsproblem, seine familienweise Erfassung in Statistik und Politik, Inaugural-Diss. (München 1917) 22.

17 Friedrich BURGDÖRFER, Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung. Die Lebensfrage des deutschen Volkes (= Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 28/2, Berlin 1929) 65.

18 Vgl. Jörg MARX, „Der Wille zum Kind“ und der Streit um die physiologische Unfruchtbarkeit der Frau. Die Geburt der modernen Reproduktionsmedizin im Kriegsjahr 1942. In: Martin STINGELIN (Hg.), Biopolitik und Rassismus (Frankfurt a.M. 2003) 112-159.

Ausländer oder sonstige biologisch diskreditierte Personengruppen) für die demographische Krise des deutschen „Volkskörpers“ verantwortlich gemacht wurden. Diesbezügliche Überfremdungs- und Zersetzungsängste nährten den Drang nach konsequenter Purifizierung und Medikalisierung des „verunreinigten“ und „erkrankten“ deutschen „Volkskörpers“.<sup>19</sup>

Mehr noch: Von den neuen Machthabern als selbsternannte Hüter und Bewahrer des deutschen „Volkskörpers“ wurde die Negativattribution „krank“ zunehmend auf die verschiedensten Bereiche und Erscheinungsformen des gesellschaftlichen Lebens angewandt, wenn sie diese als missliebige und bekämpfungswert erachteten. Als ein Beispiel unter vielen sei etwa der Görlitzer Arzt Dr. Albert Niedermeyer genannt, der 1933 *„die bisherige Auffassung der Frauenbewegung von ‚Gleichberechtigung‘ in Wirklichkeit“* für eine *„ungesunde Gleichmacherei“* hielt und der demzufolge auch *„das Frauenstudium als Massenerscheinung“* verurteilte, weil es nach seinem Dafürhalten *„eine der schwersten Krankheiten am Volkskörper“* darstelle.<sup>20</sup> Demographische Belange waren hier zwar nicht expressis verbis angesprochen; gleichwohl beruhte diese antiemanzipatorische Stoßrichtung aber auf der unausgesprochenen Annahme, dass diese Form der weiblichen Selbstbestimmung der angeblich „völkisch“ determinierten Pflichterfüllung als „deutsche Mutter“ zuwiderlaufe und somit eine sozialpathologische Komponente beinhalte.

Vom Prinzip her war die – um mit Eva Barlösius zu sprechen – „Demographisierung des Gesellschaftlichen“<sup>21</sup> freilich kein originäres Wesensmerkmal des Nationalsozialismus, da sie auch in gänzlich anders gearteten politischen Systemen (auch außerhalb Deutschlands) verbreitet war und sich darüber hinaus nach wie vor noch immer großer Beliebtheit erfreut. Das besondere Alleinstellungsmerkmal lag vielmehr in der gleichsam *„totalen Demographisierung“* des menschlichen Daseins und Zusammenlebens schlechthin, das heißt des allumfassenden Bestrebens einer ideologischen *Weltdeutung* einerseits und einer daraus abgeleiteten und durchaus wortwörtlich zu verstehenden politischen *Weltaneignung* andererseits auf der Grundlage demographischer Zusammenhänge. Namentlich erfolgte diese menschenverachtende Theoriebildung und menschenvernichtende Handlungspraxis unter dem zur körperpolitischen Staatsdoktrin erhobenen sozialdarwinistischen Signum der „Rasse“ und des „Rassenkampfes“.

Auch wenn es nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges in aller Regel freilich nicht mehr opportun war, beispielsweise eine vermeintliche „jüdische Weltverschwörung“ als Erklärungsansatz für unerwünschte bevölkerungsmäßige Verwerfungen sowie für Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit des deutschen Volkes ins Feld zu führen, so änderte dies dennoch grundsätzlich nichts an der nach wie vor ungebrochenen Pathologisierung der demographischen Alterung an sich. Untergangspropheten ver-

19 Zum Zusammenhang von (deutschem) „Volkskörper“ und (jüdischem) „Fremdkörper“ innerhalb der nationalsozialistischen Weltanschauung vgl. Boaz NEUMANN, The phenomenology of the German people's body (Volkskörper) and the extermination of the Jewish body. In: *New German Critique* 36/106-1 (2009) 149-181; Lars RENSMANN, Antisemitismus und „Volksgesundheit“. Zu ideologiekritischen Verbindungslinien im politischen Imaginären und in der Politik. In: Christoph KOPKE (Hg.), *Medizin und Verbrechen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Walter Wutke* (Ulm 2001) 44-82.

20 Albert NIEDERMEYER, Das Frauenstudium. In: *Ärztliche Mitteilungen* 34/9 (1933) 206-208, hier 208.

21 Vgl. Eva BARLÖSIUS, Die Demographisierung des Gesellschaftlichen. Zur Bedeutung der Repräsentationspraxis. In: Eva BARLÖSIUS, Daniela SCHIECK (Hg.), *Demographisierung des Gesellschaftlichen. Analysen und Debatten zur demographischen Zukunft Deutschlands* (Wiesbaden 2007) 9-34.

schiedenster Couleur bedienten sich sowohl vor als auch nach der politischen Zäsur des Jahres 1945 unablässig aus dem reichhaltigen Sammelsurium an demographischen Schreckensszenarien.

Bereits im Kaiserreich, in der Weimarer Republik und erst recht im „Dritten Reich“ hatte man davor gewarnt, dass niedrige Geburtenraten (sprich: weniger Kinder und vor allem weniger Soldaten) unter anderem die Wehrkraft eines Volkes empfindlich schwächen und dadurch fahrlässig expansionistische Begehrlichkeiten bei geburtenstärkeren Nachbarvölkern wecken könnten. Diese Argumentation, deren eigentliche Ursprünge sich bis in das Zeitalter des Absolutismus<sup>22</sup> zurückverfolgen lassen, machte sich offenkundig auch der spätere Bundeskanzler Dr. Helmut Kohl (\* 1930) zu eigen, als er 1978 die besorgte Frage stellte: *„Wie wollen wir bei der Geburtenrate von heute in 25 Jahren unsere NATO-Verpflichtungen erfüllen?“*<sup>23</sup>

Nicht minder beliebt, um die dräuenden negativen Konsequenzen der „Vergreisung“ und „Schrumpfung“ des deutschen „Volkskörpers“ zu verdeutlichen, war spätestens seit den 1920er Jahren – und ist zuweilen noch immer – der fortwährende Verweis auf die sozialpolitischen beziehungsweise wohlfahrtsstaatlichen Bedrängnisse, die sich aus einer demographisch alternden und sich immer weiter verkleinernden Bevölkerung ergeben könnten. So konnte sich etwa angesichts der Weltwirtschaftskrise der Hygiene-Professor Dr. Hermann Dold (1882-1962) bei der Erörterung der Frage „Wie steht es um den deutschen Volkskörper?“ im Jahre 1931 nicht erklären, *„wie ... in einem dermaßen überalterten Volk von der geschrumpften Schicht der Schaffenden die Tributlasten und die vermehrten sozialen Lasten, insbesondere die Mittel für die Altersversorgung der relativ so stark vermehrten Nichtmehrerwerbstätigen aufgebracht werden“*<sup>24</sup> sollten. Für Dold, der auf der Grundlage der Burgdörfer'schen Berechnungen den „normalen Altersaufbau“ der Vorkriegszeit mit den „abnormen Alterszusammensetzungen der Nachkriegsjahre“<sup>25</sup> kontrastierte, stand jedenfalls fest: *„Ein Volk lebt durch seine Kinder. Es stirbt an den Kindern, die ihm nicht geboren werden.“*<sup>26</sup> Im Jahr zuvor – um noch ein weiteres Beispiel unter unzähligen anderen zu nennen – hatte auch der jüdische Rechtswissenschaftler Prof. Dr. Ernst Cohn (1904-1976) in ganz ähnlicher Weise betont: *„Jedes Staatswesen steht und fällt mit der Zahl und Art seiner Bevölkerung.“*<sup>27</sup>

22 Vgl. etwa das Plädoyer des Arztes Prof. Dr. Johann Peter Frank (1745-1821) für eine „Peuplierungspolitik“, die u.a. „durch den ‚demographischen Schock‘ der großen Bevölkerungsverluste während des Dreißigjährigen Krieges bedingt“ war; Markus PIEPER, *Der Körper des Volkes und der gesunde Volkskörper*. Johann Peter Franks „System einer vollstaendigen medicinischen Polizey“. In: *Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 46/2 (1998) 101-119, hier 103.

23 Helmut Kohl auf dem CDU-Landesparteitag in Niedersachsen von 1978; zit. n. Rina OLFE-SCHLOTHAUER, Anna TÜHNE (Hg.), *FrauenBilderLeseBuch* (Reinbek 1985) 443.

24 Hermann DOLD, *Wie steht es um den deutschen Volkskörper?* Rede zur Reichsgründungsfeier, gehalten an der Christian-Albrechts-Universität am 18. Januar 1931 (= Kieler Universitätsreden 12, Kiel 1931) 6.

25 DOLD, *Wie steht es* 7. – Zum Verhältnis von „Normalität“ und „Normativität“ vgl. Jürgen LINK, *Versuch über den Normalismus*. Wie Normalität produziert wird, 2., akt. u. erw. Aufl. (Opladen, Wiesbaden 1999); vgl. ferner Wolfgang Fritz HAUG, *Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts*. Die Ideologie der gesunden Normalität und die Ausrottungspolitiken im deutschen Faschismus – Materialanalysen (= *Ideologische Mächte im deutschen Faschismus* 1, Berlin, Hamburg 1987).

26 DOLD, *Wie steht es* 4-5.

27 Ernst COHN, *Die Abtreibung als rechtspolitisches Problem der Gegenwart*, Inaugural-Diss. (Greifswald 1930).

Das wusste ganz offensichtlich auch Dr. Franz-Josef Wuermeling (1900-1986)<sup>28</sup>, seines Zeichens erster Ressortchef des im Herbst 1953 neugeschaffenen „Bundesministeriums für Familienfragen“. Wuermeling ließ es sich nicht nehmen, immer wieder das altbekannte Schreckgespenst von der „bedrohlich anwachsende[n] Überalterung des deutschen Volkes“ und dem „allmähliche[n] Aussterben unseres Volkes“<sup>29</sup> an die Wand zu malen. Auch schreckte er nicht davor zurück, seine Landsleute vor einem drohenden „Volkstod“<sup>30</sup> zu warnen und die „Förderung des Willens zum Kind“<sup>31</sup> anzumahnen, was darauf schließen lässt, dass sich der christdemokratische Minister augenscheinlich die apokalyptische Rhetorik völkisch-nationalistisch gesinnter Demographen aus der Zeit vor 1945 zu eigen gemacht hatte.<sup>32</sup> Dadurch begab er sich unweigerlich auf den schmalen Grat zwischen nationalsozialistisch konterminierten Geburtenförderungsprogrammen einerseits und (aus sozialpolitischer und demographischer Sicht) durchaus wohlgemeinten und berechtigten Appellen andererseits.

Im Laufe der nachfolgenden Jahre und Jahrzehnte sind all jene Begrifflichkeiten, die allzu sehr an die unselige NS-Zeit erinnerten, immer mehr aus dem Mainstream des politischen und publizistischen Alltagssprachgebrauchs verschwunden. Allenfalls ewiggestrige Apologeten aus dem extrem rechten Lager scherten sich nicht um „political correctness“, wenn es darum ging, der „Übervermehrung der fremdrassigen Völker“ und der daraus resultierenden „biologische[n] Überrundung der weißen Menschen“ im Zuge der „Alterskrise der europäischen Völker“ durch eine deutlich von nationalsozialistischem Geist erfüllte Bevölkerungspolitik Einhalt zu gebieten.<sup>33</sup>

Diese im Jahre 1957 von einem gewissen Dr. M. Findeisen in seinem Buch „Europa stirbt und merkt es nicht“ geäußerten Befunde wurden in ähnlicher Form auch noch in den 1980er Jahren von anderen Autoren ebenso variantenreich wie inhaltsgleich vorgebracht. Zu nennen wäre hier etwa die 1984 im rechtsgerichteten „Grabert-Verlag“ erschienene Broschüre „Deutschland – ohne Deutsche“, in der ein dreiköpfiges Autorenkollegium den westdeutschen Geburtenrückgang seit Beginn der 1970er Jahre untersuchte und dabei zu dem erschreckenden Ergebnis kam, dass sich „das deutsche Volk“ angeblich „in der Todesspirale“ befände und ein deutscher „Genozid“ beziehungsweise „Volksselbstmord“ unmittelbar bevorstehe.<sup>34</sup> Etliche weitere Beispiele für derartige semantische, aber auch inhaltliche Atavismen – wie etwa das unverhüllt ge-

28 Zur Biographie Wuermelings vgl. Jürgen ARETZ, Franz-Josef Wuermeling (1900-1986). In: Jürgen ARETZ, Rudolf MORSEY, Anton RAUSCHER (Hg.), *Zeitgeschichte in Lebensbildern*. Aus dem deutschen Katholizismus des 19. und 20. Jahrhunderts, Bd. 10 (Münster 2001) 245-259.

29 Franz-Josef WUERMELING, *Staatliche Familienpolitik?* In: *Bonner Hefte. Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur* 1/8 (1953) 1-16, hier 3-4.

30 Franz-Josef WUERMELING, *Keine Bevölkerungspolitik, sondern Familienpolitik!* In: *Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung* 231 (1955) 1967-1968, hier 1967.

31 PRESSE- UND INFORMATIONSAMT DER BUNDESREGIERUNG (Hg.), *Deutschland im Wiederaufbau. Tätigkeitsbericht der Bundesregierung für das Jahr 1953* (Bonn 1953) 311.

32 Vgl. Klaus-Jörg RUHL, *Zwischen völkischer und konservativer Ideologie. Familienpolitik in Deutschland (1913-1963)*. In: Jost DÜLFFER, Bernd MARTIN, Günter WOLLSTEIN (Hg.), *Deutschland in Europa. Kontinuität und Bruch – Gedenkschrift für Andreas Hillgruber* (Berlin, Frankfurt a.M. 1990) 374-388.

33 M. FINDEISEN, *Europa stirbt und merkt es nicht* (Baden-Baden, Frankfurt a.M. 1957) 23, 137.

34 Robert HEPP, *Das deutsche Volk in der Todesspirale*. In: N.N., *Deutschland – ohne Deutsche* (Tübingen 1984) 15-29; Heinrich SCHADE, *Genozid – Volksselbstmord*. In: N.N., *Deutschland – ohne Deutsche* (Tübingen 1984) 1-14.

schichtsrevisionistische Pamphlet des Soziologen Prof. Dr. Robert Hepp (\* 1938) über „Die Endlösung der Deutschen Frage“<sup>35</sup> – ließen sich an dieser Stelle anführen.

Ungeachtet der Tatsache, dass nicht nur in der einschlägigen wissenschaftlichen Fachdisziplin der Demographie, sondern auch in der (mehrheitlich gemäßigten) nicht-fachlichen Öffentlichkeit die organologische Metapher vom „Volkkörper“ ausgedient hat und auch der sozialmedizinische Topos „Volksgesundheit“ als positives Gegenstück zur „Volkskrankheit“ gemeinhin nicht mehr benutzt wird, so haftet dem Phänomen „demographische Alterung“ aber dennoch nach wie vor der Makel des irgendwie Abnormen und Pathologischen und daher Unerwünschten und Korrekturbedürftigen an.

Dadurch kommt die Kontinuität einer solchen einseitig negativen Sichtweise, die einer vollständig entemotionalisierten und entideologisierten Erörterung jenes komplexen demographischen Transitionsprozesses zuweilen noch immer im Wege steht, nunmehr in diversen – im Übrigen allerdings nicht minder negativ behafteten – Alternativmetaphern zum Tragen. Dies gilt etwa für den von dem Fernsehjournalisten Hans Mohl (1928-1998) im Jahre 1993 publizistisch proklamierten „Krieg der Generationen“ im Zuge einer mutmaßlich bevorstehenden „Altersexplosion“ oder auch für „das kommende Desaster“ einer „drohenden Vergreisung“, in welcher der Soziologie-Professor Dr. Dr. Reimer Gronemeyer (\* 1939) 2004 das potentielle „Zentrum eines sozialen Erdbebens“ zu erblicken glaubte.<sup>36</sup>

### 3. Deutsche „Volksgesundheit“ – Biopolitische Therapien zur Medikalisierung der demographischen Alterung

Wenn Burgdörfer 1932 meinte, dass „ein Volk ohne Jugend ... ein Volk ohne Hoffnung, ein Volk ohne Zukunft“<sup>37</sup> sei, so lässt sich an diesen Worten deutlich ablesen, wie „Jugend“ in erster Linie als ein normativ aufgeladener Topos in Szene gesetzt wurde, der unter anderem für Kraft, Stärke, Fortschritt, Wachstum, Dynamik und damit letzten Endes auch stellvertretend für Macht, Selbstbehauptung und Fortexistenz eines ganzen Volkes stand. Von dieser Basis aus war es möglich, diesen Topos gegen die unerwünschte Alterung der Gesellschaft in Stellung zu bringen, da „Jugend“ gewissermaßen als Chiffre für die „nationale Regeneration“ und die „(Wieder-)Gesundung“ des angeblich demographisch arg in Mitleidenschaft gezogenen deutschen Volkes decodiert werden konnte.<sup>38</sup>

Oberstes Ziel jedweder politischen Anstrengung musste es daher sein, „zurückzufinden von dem Irrweg biologischer Selbstverstümmelung und Selbstvernichtung auf den Weg völkischer Erneuerung, völkischer Wiedergeburt und Selbsterhaltung“, wie Burgdörfer 1940 formulierte.<sup>39</sup> Deswegen sprach er sich zeitlebens für eine großzügig angelegte Familienpolitik aus. Neben Burgdörfer gab es aber freilich noch zahlreiche andere Personen und

35 Robert HEPP, Die Endlösung der Deutschen Frage. Grundlinien einer politischen Demographie der Bundesrepublik Deutschland – mit einem Exkurs über Demokratie und Identität (= Veröffentlichungen der Stiftung Kulturkreis 2000 8, Paris, Tübingen, Zürich 1988) 91.

36 Reimer GRONEMEYER, Die Entfernung vom Wolfrudel. Über den drohenden Krieg der Jungen gegen die Alten (Frankfurt a.M. 1994) 21; vgl. Hans MOHL, Die Altersexplosion. Droht uns ein Krieg der Generationen? (Stuttgart 1993).

37 Friedrich BURGDÖRFER, Volk ohne Jugend XIII.

38 Vgl. Barbara STAMBOLIS, Der Mythos der jungen Generation. Ein Beitrag zur politischen Kultur der Weimarer Republik, Inaugural-Diss. (Bochum 1982).

39 Friedrich BURGDÖRFER, Kinder des Vertrauens. Bevölkerungspolitische Erfolge und Aufgaben im Großdeutschen Reich (= Volkheit und Glaube 6, Berlin 1940) 29.

Organisationen, die sich – aus den unterschiedlichsten Bereichen der Wissenschaft, Politik und des öffentlichen Lebens im allgemeinen kommend – mit dem Geburtenrückgang auseinandersetzen und eine umfassende sozusagen „Rejuvenalisierung“ des deutschen „Volkskörpers“ anmahnten. Es geschah dies allerdings ebenfalls meist in reichlich polemischer, populistischer und sensationslüsterner Form.

Exemplarisch sei in diesem Zusammenhang die im November 1924 gegründete „Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit“ unter dem Vorsitz von Burgdörfers Kollegen Prof. Dr. Dr. Hans Harmsen (1899-1989)<sup>40</sup> hervorgehoben. Die „Arbeitsgemeinschaft“, die *„schnell zum mächtigsten aller pronatalistisch orientierten Sittlichkeitsvereine der Weimarer Republik“* avancierte und der 1927 nicht weniger als *„349 verschiedene Gruppen angeschlossen“* waren, wurde vom Reich, von einzelnen Ländern sowie von den Kirchen getragen.<sup>41</sup> Ihr erklärtes Ziel war die Stärkung der „Volksgesundheit“ durch eine sittliche Erneuerung des „deutschen Volkstums“.

Im Gegensatz zu den oftmals recht detailliert ausformulierten hypothetischen Untergangsszenarien waren die jeweils vorgeschlagenen Lösungskonzepte in vielen Fällen – nicht allein bei der genannten „Arbeitsgemeinschaft“ – doch eher vage. Bereits 1912 brandmarkte beispielsweise Prof. Dr. Carl Tönniges den Geburtenrückgang als *„eine Krankheit des Staatsorganismus“*, die nur *„durch eine weitausschauende, grosszügige Volkspolitik“* geheilt werden könne.<sup>42</sup> Zwei Jahrzehnte später witterte Adolf Hitler (1889-1945) seine Chance, genau diese Forderung für sich und seine Partei zu reklamieren. In einer Rede vor dem Industrie-Club in Düsseldorf am 26. Januar 1932 verkündete der „Führer“ der NSDAP, er sähe *„das Mittel des deutschen Wiederaufstiegs ... im Primat der Wiederherstellung eines gesunden, nationalen und schlagkräftigen deutschen Volkskörpers.“* Daher bestehe das Ziel der NS-Bewegung darin, *„daß sie als schönstes Ergebnis ihres Ringens wieder einen vollständig innerlich regenerierten deutschen Volkskörper zurücklassen wird, ... unduldsam und unerbittlich gegen jeden, der diesen Volkskörper wieder zu zerstören und zu zersetzen trachtet ...!“*<sup>43</sup>

Bereits ab dem darauffolgenden Jahr ließ der neue Reichskanzler seinen markigen Worten handfeste Taten folgen: Über verschiedene bevölkerungspolitische Maßnahmen und Praktiken versuchte das NS-Regime, die demographische Quantität und Qualität des deutschen „Volkskörpers“ unter rassenhygienischen und eugenischen Gesichtspunkten gezielt zu beeinflussen. Nicht selten geschah dies mit verheerenden Konsequenzen für die jeweils davon betroffenen Personengruppen – darunter speziell auch ältere Menschen<sup>44</sup>, die gewissermaßen als „personifizierte Vergreisung“ das abschreckende Gegen-

40 Vgl. Petra OVERATH, „Volkskörper“ und Recht. Zur Diskussion französischer bevölkerungspolitischer Gesetze bei Hans Harmsen vor 1933. In: Louis PAHLOW (Hg.), Die zeitliche Dimension des Rechts. Historische Rechtsforschung und geschichtliche Rechtswissenschaft (= Rechts- und Staatswissenschaftliche Veröffentlichungen der Görres-Gesellschaft 112, Paderborn 2005) 222-239.

41 Cornelia USBORNE, Frauenkörper – Volkskörper. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik (= Theorie und Geschichte der bürgerlichen Gesellschaft 7, Münster 1994) 104.

42 Carl TÖNNIGES, Der Geburtenrückgang und die drohende Entvölkerung Deutschlands (Leipzig 1912) 2; vgl. Verena STEINECKE, Menschenökonomie. Der medizinische Diskurs über den Geburtenrückgang von 1911 bis 1931 (= Forum Frauengeschichte 9, Pfaffenweiler 1996) 43.

43 INSTITUT FÜR ZEITGESCHICHTE (Hg.), Hitler. Reden, Schriften, Anordnungen – Februar 1925 bis Januar 1933, Bd. 4/3 (München 1997) 110.

44 Vgl. Susanne HAHN, Altersforschung und Altenpflege im Nationalsozialismus. In: Christoph MEINEL, Peter VOSWINCKEL (Hg.), Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten (Stuttgart 1994) 221-229; Heiko M. PANNBÄCKER, Alter

bild zu der stets um Jugendlichkeit und Vitalität ringenden und mithin gerontophob ausgerichteten „Volksgemeinschaft“ repräsentierten.

Grundsätzlich war es im „Dritten Reich“ so, dass eine pronatalistische „Auslese“ (z.B. „Ehstandsdarlehen“, „Lebensborn e.V.“) unentwegt mit einer antinatalistischen „Ausmerze“ (z.B. „Verhütung erbranken Nachwuchses“ durch Zwangssterilisationen, „Vernechtung lebensunwerten Lebens“ durch das sogenannte „Euthanasie“-Programm) korrelierte. So lobte etwa eine interne Schulungsbroschüre des SS-Hauptamtes aus dem Jahre 1941 die vermeintlichen Errungenschaften der „Nürnberger Gesetze“ von 1935. Diese hätten erfolgreich verhindert, „daß Erbkrankte, Krüppel, Blöde, asoziale Elemente und unheilbar Kranke sich hemmungslos vermehren und Artfremde im Volkkörper die Überhand gewannen.“ Damit sei schließlich „der Verpestung des Volkkörpers [...] für alle Zeiten Einhalt geboten“ worden.<sup>45</sup>

Dem Reichsführer-SS Heinrich Himmler (1900-1945) waren derweil in besonderem Maße auch homosexuelle „Volksgenossen“ ein Dorn im Auge. Seinem Leibarzt Dr. Felix Kersten (1898-1960) vertraute er in einem Gespräch am 10. November 1940 an, „die Homosexuellen mit Stumpf und Stiel ausrotten [zu] wollen“, da sie „ein gefährlicher Herd im gesunden Volkkörper“ seien. Dass „der Homosexuelle [...] ein Verräter am eignen Volkkörper“ sei und „daher ausgemerzt werden“ müsse, begründete Himmler aber weniger damit, dass er per se sittlichen Anstoß an – von der NS-Ideologie gemeinhin als „widernatürlich“ beziehungsweise „entartet“ diffamierten – gleichgeschlechtlichen Sexualpraktiken nahm. Stattdessen hob er auf den demographischen Aspekt gab, indem er seinem Arzt zu bedenken gab:

„Stellen Sie sich einmal vor, wieviele Kinder auf Grund dieser Tatsache nicht geboren werden, und wie ein Volk nervlich und seelisch ruiniert wird, wenn diese Pest überhandnimmt.“<sup>46</sup>

Zur Heilung des *gesamten* erkrankten „Volkkörpers“ arbeiteten Ärzte, die ansonsten eigentlich als originäre Fachleute für die Anwendung von ausschließlich *individualtherapeutischen* Maßnahmen zuständig waren, nun vielfach Hand in Hand mit Demographen zusammen.<sup>47</sup> Letztere verstanden sich unterdessen gewissermaßen als Quasi-Mediziner und beanspruchten analog dazu ebenfalls eine Medikalisierungskompetenz bei der Behebung sozialpathologischer Symptome am „Körper“ des im Kollektivsingular auftretenden „Patienten“ (sprich: des Volkes). So wie sich der Einzelne – zumindest idealiter – als Privatperson in der „Volksgemeinschaft“ vollständig auflöste und dabei in jederlei Hinsicht der selbstbestimmten Verfügungsgewalt über seinen eigenen Körper verlustig ging, genauso wurde auch der „Volkkörper“ in seiner Gänze zur formbaren

---

ohne Raum. Vom Umgang der Nationalsozialisten mit alten Menschen. In: Gerd BIEGEL (Hg.), Geschichte des Alters in ihren Zeugnissen von der Antike bis zur Gegenwart (= Veröffentlichungen des Braunschweigischen Landesmuseums 72, Braunschweig 1993), 133-140; Lil-Christine SCHLEGEL-VOß, Alter in der „Volksgemeinschaft“. Zur Lage der älteren Generation im Nationalsozialismus (= Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 80, Berlin 2005).

45 REICHSFÜHRER-SS/SS-HAUPTAMT/SS-SCHULUNGSAMT (Hg.), Sieg der Waffen – Sieg des Kindes (Berlin 1941) 24.

46 Felix KERSTEN, Totenkopf und Treue. Heinrich Himmler ohne Uniform (Hamburg 1955) 68-69.

47 Vgl. Rebecca SCHWOCH, „Treueste Pflichterfüllung“ im Dienste der „Volksgesundheit“. Ärztliche Standespolitik im Nationalsozialismus. In: Marc von MIQUEL (Hg.), Sozialversicherung in Diktatur und Demokratie. Begleitband zur Wanderausstellung der Arbeitsgemeinschaft „Erinnerung und Verantwortung“ der Sozialversicherungsträger in NRW (= Schriften 8, Essen 2007), 261-274.

Verfügungsmasse staatstotalitärer Herrschaftspraxis.<sup>48</sup> Mithin war in semantischer Hinsicht der organistische Terminus „Volkskörper“ im „Dritten Reich“ nichts weiter als ein geradezu euphemistisches Synonym für den technizistischen Begriff „Menschenmaterial“, wobei jedoch in beiden Fällen gleichermaßen soziologische Kollektive im zynischen Sinne des Wortes zur willenlosen „Bio-Masse“ degradiert wurden.

Es ist lohnenswert, sich an dieser Stelle nicht nur in ereignisgeschichtlicher, sondern auch in theoretischer Hinsicht über das Wesen staatlich-administrativer Ambitionen und Praktiken auf dem bevölkerungspolitischen Sektor, wie sie nicht nur für den Nationalsozialismus kennzeichnend waren, Klarheit zu verschaffen. Die bevölkerungstheoretischen Reflexionen von Michel Foucault über „Sexualität und Wahrheit“ im ersten Band seiner gleichnamigen Trilogie erweisen sich hierbei als besonders zielführend. Für Foucault bildet *„das Auftreten der ‚Bevölkerung‘ als ökonomisches und politisches Problem“*<sup>49</sup> seit der Mitte des 18. Jahrhunderts den Ausgangspunkt seiner diesbezüglichen Überlegungen. Davon leitet er die beiden von ihm geprägten analytischen Kategorien der „Bio-Politik“ und der „Bio-Macht“ ab.

„Bio-Politik“ umfasst nach Foucault sämtliche Bereiche, welche *„die Fortpflanzung, die Geburten- und die Sterblichkeitsrate, das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer, die Langlebigkeit mit allen ihren Variationsbedingungen“* tangieren und die darüber hinaus auch noch *„zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und regulierender Kontrollen“* deklariert werden.<sup>50</sup> Daran anknüpfend versteht Foucault unter „Bio-Macht“ die jeweils unterschiedlichen *„Techniken zur Unterwerfung der Körper und zur Kontrolle der Bevölkerungen“*<sup>51</sup>, also die konkreten Ansatzpunkte und Handlungsweisen des sogenannten „social engineering“. Letzteres wiederum bezeichnet – um mit Lutz Raphael zu sprechen – die *„Gestaltung sozialer Zustände“* beziehungsweise die Intervention *„in die soziale Welt“* unter *„Verwendung humanwissenschaftlichen Wissens in Verwaltungen, Unternehmen und Verbänden.“*<sup>52</sup>

Die sogenannte *„Polizei des Sexes“*<sup>53</sup> steht nach Auffassung Foucaults im Zentrum der ökonomisch und politisch als Problem wahrgenommenen „Bevölkerung“. In diesem speziellen Kontext ist mit „Polizei“ die Notwendigkeit gemeint, *„den Sex durch nützliche und öffentliche Diskurse zu regeln“*<sup>54</sup>. Demzufolge handelt es sich bei dieser besonderen biopolitischen Praxis des Diskursivierens und Regulierens im Wesentlichen um ein sozialdisziplinatorisches Vorgehen. Das heißt mit anderen Worten, dass die administrative *„Disziplinierung des Sexuallebens“* seitens der (staatlichen) „Disziplinarmacht“<sup>55</sup> als Vollstreckerin der

48 Vgl. Paula DIEHL, Körperbilder und Körperpraxen im Nationalsozialismus. In: Paula DIEHL (Hg.), Körper im Nationalsozialismus. Bilder und Praxen (München 2006) 9-33, hier 20.

49 Michel FOUCAULT, Sexualität und Wahrheit, 1. Bd. (Frankfurt a.M. 1983) 30.

50 FOUCAULT, Sexualität und Wahrheit 135.

51 FOUCAULT, Sexualität und Wahrheit 135.

52 Lutz RAPHAEL, Sozialexperten in Deutschland zwischen konservativem Ordnungsdenken und rassistischer Utopie (1918-1945). In: Wolfgang HARDTWIG (Hg.), Utopie und politische Herrschaft im Europa der Zwischenkriegszeit (= Schriften des Historischen Kollegs – Kolloquien 56, München 2003) 327-346, hier 327-328.

53 FOUCAULT, Sexualität und Wahrheit 30.

54 FOUCAULT, Sexualität und Wahrheit 30.

55 FOUCAULT, Sexualität und Wahrheit 144; vgl. Alexander PINWINKLER, Amtliche Statistik, Bevölkerung und staatliche Politik in Westeuropa (ca. 1850-1950). In: Peter COLLIN, Thomas HORSTMANN (Hg.), Das Wissen des Staates. Geschichte, Theorie und Praxis (= Rechtspolitik 17, Baden-Baden 2004) 195-215, hier 202-203.

„Bio-Macht“ gleichsam als ein für legitim erachtetes bevölkerungspolitisches Korrektiv gegenüber der individuellen „Rationalisierung des Sexuallebens“ à la Julius Wolf in Erscheinung tritt. Auf diese Weise soll das Wohl (sprich: die „Gesundheit“) des kollektiven „Volkskörpers“ befördert und Schaden (sprich: „Krankheit“) von ihm abgewendet werden.

Da es sich die Bundesrepublik Deutschland – um nun wieder auf zur ereignisse-schichtlichen Ebene zurückzukehren – aufgrund ihres freiheitlich-demokratischen Selbstverständnisses von Anfang an versagte, ihre „Disziplinarmacht“ auf dem Gebiet des biologischen Reproduktionsverhaltens ihrer Bürgerinnen und Bürger mit dirigistischen oder gar totalitären Methoden und Zwangsmaßnahmen auszuüben, war die von Bundeskanzler Dr. Konrad Adenauer (1876-1967) unmittelbar nach Beginn seiner zweiten Amtsperiode durchgesetzte Gründung eines „Bundesministeriums für Familienfragen“ anfangs keineswegs unumstritten. Schließlich begründete der erste Regierungschef des noch jungen westdeutschen Staates diesen Schritt 1953 damit, dass „die wachsende Überalterung des deutschen Volkes ... andauernd“<sup>56</sup> ansteige und „die Bevölkerungsbilanz des deutschen Volkes ... erschreckend“<sup>57</sup> sei.

In der Folgezeit taten der Kanzler und sein zuständiger Minister Wuermeling rhetorisch zwar ihr Bestes zu versichern, das neue Ministerium betreibe ausschließlich sozialpolitisch orientierte Familienpolitik. Die tatsächliche Nähe zu einer indirekt ebenso biopolitisch motivierten (wenngleich nicht repressiv implementierten korporealen) Bevölkerungspolitik, die immer auch als Korrektiv gegenüber der demographischen Alterung in Stellung gebracht werden sollte, konnte allerdings kaum glaubhaft in Abrede gestellt werden. – Dabei ist es im Übrigen bis zum heutigen Tag geblieben.

#### 4. Zusammenfassung und Schlussbetrachtung

Wie anhand verschiedener Beispiele gezeigt werden konnte, gehörten die der Medizin entlehnten Termini „Erkrankung“ und „Krankheit“ sowie „Gesundung“ und „Gesundheit“ (häufig in Verbindung mit der Vorsilbe „Volks-“) spätestens seit der Weimarer Republik „fest zum sprachlichen Inventar, mit dem“ nicht nur „die ökonomischen und administrativen Eliten“, sondern auch Wissenschaftler, Publizisten und sonstige Personen des öffentlichen Lebens „ihre Deutungen der Nation formulierten.“<sup>58</sup> Dabei schwang manchmal eher unterschwellig, meist aber ziemlich offensichtlich die normative Prämisse mit, es gäbe so etwas wie eine „demographische Homöostase“, die in erster Linie durch verschiedene endogene Faktoren (z.B. Geburtenrückgang) gestört sei. Lediglich ein möglichst weitreichendes Vorgehen gegen sämtliche Erscheinungen (wie etwa nachlassender „Wille zum Kind“), welche für die diagnostizierte „demographische Devianz“ verantwortlich gemacht wurden, könne das aus den Fugen geratene Gleichgewicht wiederherstellen.

56 Regierungserklärung Konrad Adenauers auf der dritten Sitzung des zweiten Deutschen Bundestages am 20. Oktober 1953. In: N.N., Verhandlungen des Deutschen Bundestages. Stenographische Berichte (2. Wahlperiode 1953), Bd. 18 (Bonn 1954) 18; vgl. Astrid JOOSTEN, Die Frau, das „segenspendende Herz der Familie“. Familienpolitik als Frauenpolitik in der „Ära Adenauer“ (= Forum Frauengeschichte 6, Pfaffenweiler 1990) 29.

57 Interview mit Konrad Adenauer beim „Kanzler-Tee“ am 20. September 1953 („Tee-Gespräch“ Nr. 47). In: N.N. Adenauer. Rhöndorfer Ausgabe – Teegespräche 1950-1954 (Berlin 1984) 491.

58 Moritz FÖLLMER, Der „kranke Volkskörper“. Industrielle, hohe Beamte und der Diskurs der nationalen Regeneration in der Weimarer Republik. In: Geschichte und Gesellschaft. Zeitschrift für Historische Sozialwissenschaft 27 (2001) 41-67, hier 41.

Es steht zu vermuten, dass der Erfolg jener ursprünglich aus dem Sprachschatz der Medizin stammenden Begrifflichkeiten vor allem darauf beruhte, dass damit in besonders pointierter Form gleichsam der „Nerv der Zeit“ getroffen wurde. Im Schatten der für viele Menschen erschütternden Kriegs- und Krisenerfahrungen nach 1918 eigneten sich die medizinisch-korporealen Topoi „(Volks-)Erkrankung“ und „(Volks-)Krankheit“ offensichtlich besonders gut für eine anschauliche und daher milieu- und lagerübergreifend leicht nachvollziehbare Zustandsbeschreibung der prekären politischen, sozialen, wirtschaftlichen, aber auch demographischen Verhältnisse in Deutschland. Gleichzeitig konnte damit aber auch die Hoffnung verbunden werden, die „große Depression“ könne durch eigene Anstrengung (z.B. Steigerung der Geburtenraten) auch wieder überwunden werden, um auf diese Weise in den Prozess der „(Volks-)Gesundung“ überzugehen, der dann schließlich in den wünschenswerten Zustand der „(Volks-)Gesundheit“ münden werde.<sup>59</sup>

Diese „Volksgesundheit“<sup>60</sup> erfuhr dann allerdings während des NS-Regimes eine enorme ideologische Radikalisierung, die in letzter Konsequenz in eine mörderische Politik der „Auslese“ und „Ausmerze“ mündete. Sowohl tatsächliche Mediziner als auch selbsternannte Quasi-Mediziner (sprich: Demographen und ihresgleichen) tummelten sich gewissermaßen am Kranken- oder gar Sterbebett des darbenenden „Volkskörpers“ und nahmen bei ihren biopolitischen Operationen das Ableben des realen Individuums zugunsten des Überlebens des imaginierten Kollektivs billigend in Kauf.

Aus seriösen öffentlichen Diskussionen um die möglichen Gefahren – aber auch Chancen – der demographischen Alterung ist der pervertierte Begriff „Volksgesundheit“ daher nach 1945 ebenso nahezu vollständig verschwunden wie der seitdem nicht minder diskreditierte Begriff des „Volkskörpers“. Dieser historisch bedingte semantische Wandel wird für eine halbwegs unaufgeregte und ersprießliche wissenschaftliche, politische und allgemeingesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen „demographische Alterung“ in Deutschland sicherlich auch in Zukunft von ähnlich bedeutungsvoller Tragweite sein wie die schrittweise Ablösung des im 18. und 19. Jahrhundert vorherrschenden „Übervölkerungsparadigmas“ durch das seit dem frühen 20. Jahrhundert aufkommende „Überalterungsparadigma“.<sup>61</sup>

### Autoreninformation

Thomas Bryant, Dr. phil., Historiker und Dozent für Erwachsenenbildung,  
Bastianstraße 24, D-13357 Berlin, Deutschland. Email: post@thomas-bryant.de

59 Vgl. FÖLLMER, Der „kranke Volkskörper“ 48. – Zu alternativen Medikalisierungsstrategien (z.B. der Regeneration des „Volkskörpers“ durch Arbeit) vgl. Andrea WOELDIKE, Die „Gesundung des Volkskörpers durch Arbeit“. Eine kulturhistorische Auseinandersetzung mit der Entwicklung des Begriffs der „deutschen Arbeit“. In: Thomas LUTZ, Ulrike PUVOGEL, Dietmar SEDLACEK, Ingrid TOMKOWIAK (Hg.), „Minderwertig“ und „asozial“. Stationen der Verfolgung gesellschaftlicher Außenseiter (Zürich 2005) 11-32.

60 Zum nationalsozialistischen Verständnis des Begriffes „Volksgesundheit“ vgl. Michael H. KATER, „Volksgesundheit“. Ein biopolitische Begriff und seine Anwendung. In: Hartmut LEHMANN, Otto Gerhard OEXLE (Hg.), Nationalsozialismus in den Kulturwissenschaften, Bd. 2 (= Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 211, Göttingen 2004) 101-114.

61 Vgl. Martin LENGWILER, Vom Übervölkerungs- zum Überalterungsparadigma. Das Verhältnis zwischen Demographie und Bevölkerungspolitik in historischer Perspektive. In: BARLÖSIUS, SCHIECK (Hg.), Demographisierung des Gesellschaftlichen 187-204, hier 187.

---

Ralf Futselaar

## A Healthy Defeat?

*Mapping the Postwar Decline of Tuberculosis in Japan, 1945–1955*

---

### **Summary**

Während der amerikanischen Besetzung Japans begann ein steiler Rückgang der Tuberkulose – die für Jahrzehnte, wenn nicht Jahrhunderte, die führende Todesursache gewesen war – sowohl hinsichtlich der Inzidenz wie der Mortalität. Die Ursachen für diesen Rückgang bleiben ein Mysterium. Dies ist sowohl auf die Limitationen der verfügbaren Daten zurückzuführen, wie auf der Epidemiologie der Tuberkulose inhärente Schwierigkeiten. Nichtsdestoweniger kann die sorgsame Erfassung des Rückgangs dieser Erkrankung in seinen zeitlichen und räumlichen Aspekten helfen, zu einem besseren Verständnis dieses spektakulären, auch in international vergleichender Perspektive beachtenswerten Phänomens zu gelangen.

### **Keywords**

Tuberculosis, epidemiology, public health, BCG, Japan, mid-20th century

### **1. Introduction**

Over the past decades, the good health and exceptional longevity of the Japanese have achieved an almost mythical status. Rightly so: on average, Japanese people live longer, remain slimmer, and suffer less breast, prostate and other cancers than people in other developed countries. And it is not only the elderly and middle-aged that profit; infant mortality is likewise the lowest in the world. This is very fortunate for the Japanese of course, and could not have escaped the attention of the world's health scientists. Over the past decades, much research has been done into the Japanese' lifestyle and diet, looking for the causes of their remarkable fitness. The country has also gained a striking popularity on the lunatic fringes of healthcare; short of awful taste, nothing appears to sell a health product or food supplement as well as the claim that it is traditionally Japanese. This is remarkable, for although the good health of the Japanese is certainly real, it is not at all traditional. Up to about 1950 the vast majority of the Japanese never enjoyed good health, but suffered through short, sick lives, plagued by rampant infectious disease and shockingly high infant and childhood mortality. In terms of health Japan lagged well behind similarly developed European countries. The millions of elderly Japanese who nowadays have come to symbolize their country's good health were born in an era when it would have compared favorably to only the very poorest of modern sub-Saharan African countries.

The bad health of the prewar Japanese had many causes, and the range of medical problems that affected them was enormous. But one disease, tuberculosis (TB), stood out as a particularly virulent, lethal scourge, and was by far the leading cause of death in the country during the first half of the century. Few, if any, industrializing countries at the time had failed as dismally as Japan to curb the disease. During the Asia-Pacific war the situation escalated, and when Japan surrendered to the allies in August 1945 the disease was rampant, claiming uncounted numbers of lives, and instilling fear in the Japanese. Not in them alone, moreover; the newly installed General Headquarters (GHQ) under general MacArthur recognized that TB was a threat to allied personnel, as well as to the success of the occupation, and supported efforts to control the disease. These efforts were, superficially judged, much more effective than those of successive Japanese governments before 1945 had been, a fact the Americans were eager to emphasize. By the time effective chemotherapy became widely available in Japan in the 1950s, the number of registered deaths caused by the disease was already less than half the prewar level and new infections among the country's youth had been decimated. It is difficult to say, however, to what extent policies introduced by either GHQ or the postwar Japanese governments actually caused this spectacular decline. If they managed to cure TB, they themselves had little idea how they had done so.

Virtually nothing is yet known about the remarkable decline of TB in Japan. During the first postwar decade, when the memory of TB's tremendous toll was fresh and fear of its return still lingered, a number of extensive investigations into the disease were undertaken. Very soon, however, interest all but petered out, as it did in most of the developed world. The invention and use of antibiotic therapies had led to a widely held belief that TB was on its way out, and attention shifted to different medical problems. Now we know that TB is anything but beaten, and that Multi Drug Resistant (MDRTB) strains of the disease are an acute, lethal threat to all. That is one, but not the only reason to revisit the decline of TB in Japan. The virtual disappearance of a threatening and particularly stigmatizing disease probably had a marked, but as yet mostly unexplored, impact on the postwar Japanese society and economy. Theories that emphasize the importance for good health in economic development may still be lacking robust empirical backing, but it is not far-fetched to suppose that good health and sharply lowered infection risks contributed greatly to postwar Japanese development.<sup>1</sup>

## **2. A Health Revolution – overcoming TB in the wake of defeat**

As table 1 makes abundantly clear, a significant change took place in Japan after the war. Within a few years, recorded tuberculosis death rates were already well below wartime levels, but this was only the beginning of a dramatic decline. By 1947, the earliest year for which reasonably reliable data on TB mortality are available, female TB mortality had sunk considerably below prewar rates. The decline of male TB mortality lagged behind female rates, likely as a consequence of the high incidence of the disease among soldiers, many of whom were still being repatriated at the time. Even among men, however, a sharp downturn of TB mortality was evident.

---

1 This is not the place to discuss the vast literature on public health from the perspective of development economics. An introduction may be garnered from Guillem LOPEZ-CASASNOVAS, Berta RIVERA, Luis CURRAIS (Eds.), *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications* (Cambridge MA 2005).

**Table 1: Registered Tuberculosis Mortality per 100.000, 1920-1970 Japan**

year	Women	Men	year	Women	Men
1920	238,6	208,8	1946	n.a.	n.a.
1921	224,9	201,2	1947	166,6	208,9
1922	232,3	205,2	1948	162,0	198,6
1923	216,7	190,2	1949	153,1	185,4
1924	204,0	184,1	1950	133,7	159,5
1925	203,2	185,1	1951	100,0	121,0
1926	193,7	178,6	1952	73,5	91,2
1927	199,2	188,2	1953	58,6	74,6
1928	196,6	185,7	1954	53,2	72,0
1929	200,6	188,7	1955	44,3	60,6
1930	188,7	182,6	1956	40,0	57,5
1931	186,4	186,0	1957	37,9	56,2
1932	176,7	182,1	1958	31,1	48,1
1933	184,9	190,9	1959	27,4	43,8
1934	190,2	194,9	1960	25,6	43,1
1935	188,0	193,6	1961	21,7	37,8
1936	204,7	209,4	1962	21,0	37,9
1937	201,6	207,9	1963	17,1	31,7
1938	204,7	214,6	1964	16,4	31,1
1939	207,5	225,2	1965	15,2	30,6
1940	198,5	227,8	1966	13,6	27,2
1941	191,9	240,3	1967	11,7	24,1
1942	195,6	252,7	1968	10,8	23,0
1943	201,6	272,2	1969	10,2	22,1
1944	n.a.	n.a.	1970	9,5	21,6
1945	n.a.	n.a.			

Source: Japan Anti-tuberculosis Association, *Kekkaku tokei souran 1900-1992* (Tokyo 1997).

It should be noted, however, that these initial improvements only benefited a particular section of society. As can be seen in table 2, during the first years after the war, significantly lower TB mortality was seen mostly among the young, or more specific the age groups between 10 and 30. Older people did not fare nearly as well. This is remarkable, because younger people had been among the main victims of the disease during the preceding decade. In part this can be explained by the fact that young people, both as soldiers and as workers, were disproportionately affected by the war, but it also reflects a peculiarity of TB. For reasons unknown, prepubescent children have only a low risk of

developing (pulmonary) TB, even when infected. The onset of puberty makes people vulnerable to TB, very vulnerable in fact, and hence teenagers often develop active TB in populations where the disease is endemic. In Japan, TB was certainly endemic, but the risk of contracting the disease for young people appears to have declined markedly. The continued high mortality among over-30s suggests that TB was not so much cured in Japan, but rather cut off from its normal influx of fresh victims. This view is supported by the modern observation that cases of „re-activated“ TB today remain quite common among the cohorts born before ca 1930, but rare among those born thereafter.<sup>2</sup>

**Table 2: Annual TB mortality per 100.000, age-specific**

period	0-10	10-19	20-29	30-39	40-59	60+
1930-1934	5,66	34,38	74,04	50,57	52,96	21,26
1935-1939	5,83	35,41	84,81	53,26	52,13	19,61
1942-1943	5,38	29,09	111,37	63,55	57,37	22,03
1947	5,10	14,18	59,85	58,03	54,19	19,58
1948	4,45	11,90	56,24	56,47	54,62	18,46
1949	4,81	10,16	48,30	53,63	52,75	19,97

*Source: Japan Anti Tuberculosis Association, Kekkaku tokei souran*

Mortality statistics, of course, are a rather rough measure of the impact of disease. They are relatively secure, to the extent that death is no particularly debatable state of being, unlike disease, but disease incidence rather than mortality is what is particularly interesting to this investigation. Fortunately, the postwar Japanese governments held similar views. As a consequence, in 1953 and '58 extensive surveys were conducted, in which a sample population of Japanese were investigated with x-ray equipment. The data thus gathered reinforces the impression from mortality data; by 1958 infection among under-35s had all but ceased, whereas the over-50s still lived with prewar infection rates and worrying levels of active disease.<sup>3</sup> Although, as explained in more detail below, Japanese data on TB are not without problems, the sharp decline of the disease among young Japanese in the late forties and early fifties was certainly real -and was a consequence of low disease rates, rather than improved survival.

That TB was declining during the first postwar years was not immediately evident to the Japanese at the time. They did not have access to today's disease statistics and by any standard the disease was still rampant. The country, moreover, could not have appeared particularly healthy to even the most optimistic of observers. The occupation was an improvement over incendiary and nuclear bombardments, brutal warfare, and the severe

2 Kimiko INOUE, Shoga MATOBE, Counterattack of Tuberculosis after 38 years. In: The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease V (2001) 873-875.

3 Masayoshi YAMAGUCHI, Survey of Tuberculosis Prevalence in Japan, 1953. In: Bulletin of the World Health Organization XIII (1955) 1041-1073. Takehisa OMURA, Harumichi OKA, Akira KOBAYASHI, The Trend of Tuberculosis in Japan during the period 1953-58. Comparison of the results of tuberculosis prevalence surveys. In: Bulletin of the World Health Organization XXVI (1962) 19-45. Compare: Tadao SHIMAO, Kekkaku to sono yobou nitsuite – kanijisseki shourai tenbou kanga. In: Kekkaku LXXX (2005) 481-489.

shortages of the final years of the war, but the Japan of 1947 sure must have appeared considerably worse than that of 1937. The memory of the war years, and the fear of disease, permeated Japanese postwar culture. Perhaps the best depiction of the gloom of these days is Akira Kurosawa's bleak movie *"Drunken Angel"*, set in the slums of postwar Tokyo, where TB was as rampant as crime, addiction, and despair -and ultimately a more inescapable killer.

The country was poor, the food situation dire and hapless immigrants were arriving in their hundreds of thousands. Diseases such as typhus and even cholera flared up, causing panic among the populace and the occupying forces alike. In these dreadful circumstances, the quantitatively greatest health problem of the time was not typhus or any other new disease that affected people in their thousands, but still TB, that affected hundreds of thousands. Dower, in his evocative description of postwar despair notes that *"tuberculosis carried off far more victims than all the other diseases combined"* and adds that *"like radiation sickness, like physical disability, like being a war orphan or a poor war widow or a 'third-country person', having tuberculosis was a social stigma. In this instance, the communicable nature of the disease made fear of contact reasonable, but the social consequences were comparable."*<sup>4</sup>

Irrespective of disease statistics, the Japanese still had every reason to fear TB, and no reason whatsoever to be complacent. The disease was rampant, and there was every reason to expect that it would continue its onslaught for years to come.

Of course, the decline of TB in postwar Japan was as spectacular as it was because of the tremendously high levels of the disease at the time of surrender. Reliable data are not available, but the disease was estimated to have killed more than 200,000 Japanese in 1945 – more than died in the nuclear bombardments of Hiroshima and Nagasaki combined. With the end of hostilities some of the worst disruptions of normal life disappeared, and a reflection of these, slight, improvements in TB rates would have been normal. But the decline of TB that took place was, in retrospect, not slight, and neither did it fit even the most optimistic of contemporary expectations.

Although Japanese medics were quicker to note that changes were afoot than the general public, they were hardly jubilant. As late as 1962, Omura and others complained that much of the declining infection rate among young people was offset by higher disease rates among older people, and that drug-resistant strains were already on the rise.<sup>5</sup> It is now clear that the initial decline in the disease indeed was to prove the harbinger of an entirely new disease regime, but this was not evident to a medical profession that remained overburdened with TB patients. On the ground, things looked murkier and less promising than they seem in retrospect, because the declining infection and mortality rates did not initially translate into fewer patients – perhaps even the contrary. Doctors still had every reason to be worried about what remained a widespread, difficult to treat, debilitating and deadly disease.

Even in retrospect the Japanese medical establishment has not emphasized the seminal changes of the late 1940s. Shimaō, a veteran of Japanese TB medicine and one of the most eminent doctors in the country, has proposed dividing the history of TB in Japan into four phases: 1899-1918, 1918-1930, 1930-1945, 1945-mid-'70s.<sup>6</sup> By lum-

4 John D. DOWER, *Embracing Defeat. Japan in the Wake of World War II* (New York) 103.

5 OMURA, OKA, KOBAYASHI, *The Trend of Tuberculosis in Japan 19-45*.

6 SHIMAO, *Kekkaku to sono yobou nitsuite* 481-489.

ping together, in the fourth period, the rapid decline of the first postwar years with the decades of slow decline that followed after effective antibiotics had become available, he somewhat downplays what seems now to have been by far the most important period. He considers the 25 years after surrender to be a coherent period of decline, during which Japan changed from a disastrously consumptive country into a world leader in public health, which seems to belie the dramatic changes shown in table 1, which show that the trend was strongest in the first few years, and leveled off thereafter. From the perspective of medical practice, however, his division is in fact quite sensible, because, as mentioned, hospital wards were still full throughout the 50s, and it did take until well into the '60s to stamp out the disease -or rather reduce it to low, relatively unthreatening levels. Radical changes did not immediately translate into a different everyday experience for medics.

Likewise understandable is that the interpretation offered by Brigadier General Crawford F. Sams, who was in charge of the American efforts to improve public health in Japan, differs quite dramatically from that of Shimao. Rather than a prolonged period of gradual decline, he emphasized the dramatic policy changes of the occupation period, implemented by his own office. Sams viewed the health and longevity of the Japanese as an American achievement, and good health as the cornerstone of postwar Japanese democracy. In 1953, when the Americans handed over control over most of Japan to the Japanese, he boasted that

*“a continued rapid drop in deaths from tuberculosis will occur in the future in Japan as a result of the program instituted during the Occupation. Great credit is due the comparatively small group of American personnel and the large group of Japanese who wholeheartedly cooperated in the initiation and maintenance of this program.”*<sup>7</sup>

In his 1998 memoirs, *Medic*, he made similar claims.<sup>8</sup> It is dangerous to take the views of Sams at their face value, however. As Aldous has shown, Sams, and the occupying authorities in general, were keen to claim credit for health improvements they had not caused, and from policies they had neither invented nor implemented.<sup>9</sup> On the other hand, It is undeniable, first, that Sams' rule over medical matters in Japan coincided with revolutionary improvement and, second, that his confident prediction was to prove entirely accurate.

A less triumphant version of Sams' view that rapid improvements during the occupation period shaped Japan's epidemiological transition is given by Carl Mosk and S. Ryan Johansson, who noted in 1986 that *“within five years [after surrender RF], Japanese life expectancy at birth rose faster and further than in the previous five decades of economic development.”*<sup>10</sup> To them, the sudden improvement of Japanese health was inexorably linked with postwar Japanese governments' efforts to channel vast budgets into ever better healthcare, enabling them to care efficiently for the (urbanizing) population. De-

7 Crawford J. SAMS, Experiences in Immunization against Tuberculosis with BCG vaccine in Japan. In: *American Journal of Public Health* XLIV (1953) 903-908.

8 Crawford J. SAMS, *Medic. The Mission of an American Military Doctor in Occupied Japan and Wartorn Korea* (New York 1998) 111.

9 Chris ALDOUS, Transforming Public Health?: A Critical Review of Progress Made Against Enteric Disease during the American-led Occupation of Japan (1945-52). In: *Nippon Ishigaku Zasshi* LIV (2008) 3-17.

10 Carl MOSK, S. Ryan JOHANSSON, “Income and Mortality: Evidence from Modern Japan” in: *Population and Development Review* III (1986) 432.

votion to public health and the Japanese talent for organization together saved the Japanese from disease and early death. The drain of resources through warfare had ended and public welfare was prioritized. But as to what exactly these investments in health and healthcare were, or which diseases they cured and how, they remain somewhat unclear. Nevertheless, if public health interventions caused the decline of mortality, they should also have caused the decline of TB which, as noted, was by far the largest health problem in the country, certainly in terms of mortality.

Below, the different explanations for the decline of TB in postwar Japan will be discussed in detail, but we must first turn to the remarkable and mysterious history of TB in Japan before and during the Second World War.

### 3. TB and the Japanese

For decades, TB had been Japan's "National Disease", both in the sense that it played a dominant role in public consciousness, and that it was quantitatively either the leading, or one of the leading causes of death. But the exact impact of the disease on the Japanese population is in fact shrouded in mystery. Data collected in Japan before the 1940s is by and large unreliable, because the disease was often veiled in secrecy and hence remained unrecorded. Many patients did not acknowledge having the disease, nor sought treatment against it. As a consequence, the bacteria could spread with relative ease. Shame about illness is, of course, not at all specific to Japan or the past, as present day reactions to, say, incontinence, venereal disease, or erectile dysfunction show. In the Japanese case, the motivation to keep the disease secret was twofold. On the one hand, the disease was believed to result from moral transgressions, such as promiscuity and alcoholism. That, however, was only part of the problem. In Japanese culture, like in many East-Asian societies, family lineage and heredity play a central role, and this exerted a considerable influence on notions of disease. In Japan, until quite recently, many if not most believed that TB was not only an acquired but also a hereditary ailment. A family member with TB, hence, was not only a source of shame, but also stigmatized other family members as carriers and spreaders of the disease. Merely having a relative with TB could greatly decrease opportunities for marriage, and hence the possibility of continuing (or starting) family lines. Such ideas about TB were not, by the way, unique to East Asia, but they do appear to have lingered particularly long there, notably in Japan.

Johnston demonstrated that even though the true nature of TB was well known in academic circles since 1900 at the latest, this knowledge was slow to penetrate the minds of the population at large, and remained obscure in the countryside. He found that in many cases the disease was not acknowledged by patients and their families, and worse, often not even by doctors. Some medical practitioners claimed that the diagnosis of TB alone could be so psychologically devastating that patients quickly died. Perhaps more important was the pressure from patients and their families not to disclose or even name the disease. In many cases, when patients died of TB, doctors filed death certificates mentioning other diseases than TB, so as to protect the family of the deceased from the shame of being a "tubercular family". The secrecy surrounding TB in Japan, presumably, cost many lives, as people were neither properly treated, nor quarantined to prevent further infections. It also presents historians with an unreliable heritage of disease statistics.<sup>11</sup>

---

11 William JOHNSTON, *The Modern Epidemic. A History of Tuberculosis in Japan* (Cambridge MA 1995).

The military campaigns of the '30s and early '40s strengthened the resolve of Japanese governments to monitor the disease more closely. Military expansion and ambitions for conquest in Asia required a large and healthy army of conscripts, as exemplified in the slogan "*kenpei kenmin*", or "*good soldiers, healthy people*". Consequently, efforts against TB were stepped up considerably. Sanatoria were built throughout Japan, often with stubborn disregard for local opposition, and propaganda was made to improve public knowledge and reduce prejudice. In 1937 reporting of the disease was made mandatory for doctors, who were in any case increasingly placed under stringent state supervision. The Welfare Ministry, founded in 1938 and still extant today, worked to ensure both access to medical services, and improvements of the Japanese disease environment. From 1937, X-rays for adolescent men were introduced to prevent infected recruits from spreading TB in the armed forces.<sup>12</sup>

These efforts clearly did not stop the disease from killing vast numbers of people, especially men, as even the incomplete statistics we have amply show. Before the mid-'30s, more women were registered to have died of TB, but after 1931, the number of men far surpassed the number of female victims. It is no surprise that men suffered more TB in this period, as they were the ones staffing Japan's notoriously TB-infested army. At least part of the rise in male TB mortality, however, should be ascribed to improved registration. The newly introduced X-rays, medical checks for conscripts, and military medicine almost exclusively targeted men. Army doctors tried to sieve out consumptive individuals, and were unlikely to care as much for their patients' social position and reputation as local practitioners likely did for their civilian, paying patients. Moreover, the disincentive of admitting to having TB could have been overshadowed, at least for some, by the opportunity to avoid military service altogether, as in the (in)famous case of the novelist Yukio Mishima, who simulated the disease to escape military service.

The final years of the war not only saw Japan's military prospects dwindle, but also the complete defeat in its battle against TB. Incessant bombardments, declining rations and an increasingly desperate war all helped the disease in its deadly onslaught on the Japanese. In the last phase of the war, the Japanese became a nigh perfect environment for Tuberculosis; a population cramped in small quarters, many or most with severely impaired immunity, limited access to medical care, and in frequent contact with a particularly sick Imperial Army. Numbers are unreliable for the later war years, but the welfare ministry estimated that in 1945 alone, TB killed at least 203,000 people in Japan. One may assume that many more people were sick with TB but survived.<sup>13</sup>

The cards, then, were clearly stacked against the Japanese at the time of surrender, and TB was widely expected to remain a mass killer for years to come. How was this disastrous epidemic curbed? As we have seen, opinions differed, but no conclusive evidence is forthcoming for any of the claims or suggestions made, because the most interesting period is not well documented. Compared with the last reported rates from the war years, from 1943, TB among teenagers had no less than halved by 1947. It is not clear, however, exactly what happened between 1943 and 1947, and when it did. It is not entirely impossible that TB rates among youngsters were already declining during the later war years, although no evidence for such a scenario is available, and neither does it seem particularly likely given the circumstances. Then again, a sudden drop after August 1945

12 JOHNSTON, *The Modern Epidemic* 265; Gregory J. KASZA, 'War and Welfare Policy in Japan.' In: *The Journal of Asian Studies* LXI (2002) 424.

13 GHQ, *History of the Nonmilitary Activities of the Occupation of Japan* 22, 'Public Health' 61a.

is not particularly likely either. The relative dearth of information is worsened by the fact that fighting the disease did not have immediate priority. To the occupiers, the disease was worrying, but less so than epidemics of typhus and cholera that erupted and posed a far more immediate risk, and also caused far more social unrest. The English language *Nippon Times*, in many respects the public voice of the occupation regime at the time, referred to TB as a “major health problem in Japan”, but not without adding: “*but it is less acutely contagious and is thereby less of a menace to the occupation troops.*”<sup>14</sup> Moreover, emerging epidemics of highly contagious diseases such as cholera could be fought effectively with relatively simple means, whereas medical measures against TB were not readily available.

In the course of 1947, after more pressing infectious disease dangers had been curbed, a clear policy against TB began to take shape. Sams lists various measures taken by his office, such as the setup of 800 health centers, mandatory testing for under-30s, protein-rich school lunches, and especially mass vaccination of under-thirties with BCG, the controversial vaccine against TB about which more below. The first task he mentions, however, was “*to overcome the Japanese feeling that tuberculosis was a shameful disease*”.<sup>15</sup> This view was not limited to Sams, but permeated the American hierarchy. Thus, in the *History of Nonmilitary activities* written by GHQ after the occupation period, we read:

*“An even greater handicap facing medical authorities in the institution of measures to combat this grave disease was the fatalistic attitude of the Japanese. To them, it was a shameful disease to be concealed whenever possible and few cases were brought to the attention of health officials.”*<sup>16</sup>

The *Nippon Times* reported on the efforts of A.P. Knight, SCAP’s pediatrics and tuberculosis consultant, who travelled the country lecturing to (mostly) women.<sup>17</sup> It is difficult to establish, let alone measure, how necessary such campaigning by SCAP still was, let alone how much effect it had.

Necessity and effectiveness aside, the emphasis on the enlightenment of the Japanese is illustrative of American attitudes to both TB and the Japanese. The quote above, which contrasts a scientific, modern interpretation of the disease among the Americans with a traditional, superstitious one among the Japanese, is illustrative of contemporary discourse on TB. American officials routinely described the prevalence of TB as a direct consequence of occupied societies’ ills. The disease was linked with cultural practices, notably in Japan, and with political oppression, in the German case.<sup>18</sup> It is easy to deride the American discourse on the disease, which usually had only the most rudimentary basis in scientific medicine, and certainly appears hypocritical in the light of domestic American policies and problems, but it remains to be seen how detrimental the taboo on TB was for Japan at the time.

Although the effects of American-led consciousness-raising cannot be discounted out of hand, it is sensible to have a look at the medical measures taken at the time. Neither the Japanese nor the Americans had very effective medical measures against TB at their

14 Control of Disease Here is a Big Problem. In: *Nippon Times* (19 October 1945) 2.

15 SAMS, Experiences 904.

16 GHQ, *History of the Nonmilitary Activities of the Occupation of Japan*, no 22, ‘Public Health’ 57.

17 *Nippon Times* (4 April 1947) 3.

18 Wolfgang WOELK, Jörg VÖGELE (Eds.), *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland* (Berlin 2002).

disposal; the first effective antibiotic therapy against TB, streptomycin, first arrived in Japan only in 1949, and in a limited quantity of 600 grams, enough for perhaps 50 patients. In the course of 1950, after a number of trials, indigenous production of Streptomycin began, and Japan entered into the era of modern pharmaceutical treatment of the TB. By the time a strong effect may have been expected, in about 1951 or '52, the death toll of the disease had already been reduced to a fraction of what it had been at the time of surrender, or even during the '30s. The bulk of the reduction of TB hence predated the advent, and certainly widespread and effective use, of antibiotic chemotherapy.<sup>19</sup> Without antibiotics, medical policies against TB centered on two main strategies: sanatorium care and Bacillus Calmette Guérin vaccination. Both of these were stepped up significantly in the postwar years, and it is worthwhile to investigate their possible efficacy.

The first public TB sanatoria in Japan, as mentioned, had opened their doors in 1915, and sanatorium treatment had steadily increased since. The effectiveness of sanatorium treatment was, and is, controversial, but what it does achieve is the isolation of patients, thereby removing a source of infection and decreasing the risk of infection outside the sanatorium walls. GHQ officials were decidedly unimpressed with the sanatorium situation in Japan at the time of their arrival. Quarantining patients was attractive to GHQ, who understandably preferred not to expose its personnel to the consumptive Japanese without isolating the most dangerous spreaders of TB first. The frustration exemplified in the quote above was at least partly inspired by the impression that, even though more and better sanatorium care was expected to benefit the Japanese themselves as well, they seemed particularly lax to co-operate.

Sanatorium care was in fact relatively underdeveloped in Japan. At the time of surrender, with people perishing of TB in their hundreds of thousands, Japan had fewer than 50.000 sanatorium beds available. Until 1950, by which time there were 60.000, those were never even filled. Patients proved reluctant to go to sanatoria, an unwillingness that was ascribed by GHQ to the shame associated with the disease. It is questionable whether this impression was entirely correct. During the first postwar years food rations in Japan were relatively low, and most people routinely resorted to the black market. Isolation in a sanatorium would, by severing access to the black market, leave patients with an insufficient diet, something they naturally did not look forward to, and could have harmed more than helped their health. After food rations for sanatorium patients were raised in 1948, patient numbers began to increase.<sup>20</sup>

Nevertheless, the impact of sanatoria on the spread of TB was probably not overly great.<sup>21</sup> Apart from the question whether sanatorium treatment is effective at all, it seems questionable that a 20 per cent increase of sanatorium capacity would have caused much of the postwar decline. The number of beds available, combined with the very long duration of treatment of each patient, makes a strong effect unlikely. Assuming that serious cases were more likely than mild ones to end up there, and hence that sanatorium patients still made up a sizable proportion of the TB dead, it is difficult to see how they would have had the capacity to cure a large proportion of the remaining patients. It is

19 GHQ, History of the Nonmilitary Activities of the Occupation of Japan no 22 ,Public Health' 59.

20 GHQ, History of the Nonmilitary Activities.

21 For a discussion of the Austrian case cf.: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Die "Wiener Krankheit". Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich (Wien-München 2007) 327,342.

not unlikely, however, that sanatoria played a more significant role as institutions of quarantine, than as curative measures for patients, at least until therapies were improved in the 1950s. They would not, however, have isolated so many patients so effectively that the stark decline in infections among young Japanese could be explained by it.

An alternative and much more viable, medical explanation dominated both Japanese and American medical opinion during the 1950s: BCG. To many health professionals at the time the vaccine *Bacillus Calmette Guérin*, or BCG, was if not a panacea, then at least a prime weapon in the fight against TB. From the Japanese side, two papers were published in the *Bulletin of the World Health Organization* outlining the outcomes of surveys done for the Ministry of Health and Welfare. The first of these, by Yamaguchi (1955) was in fact quite scathing in his assessment of the government's efforts to control TB. He emphasized the failure to address the disease among adults, and was also critical of efforts to isolate infected children. He did recognize, however, that the introduction of BCG vaccination of schoolchildren had contributed significantly to the decline of TB among the younger age groups. This view was echoed by Omura et al. in the same journal seven years later, who emphasized the very considerable success that had been achieved by then -and that did not appear reversible anymore.<sup>22</sup> Another strong proponent of BCG was Sams himself. In his 1953 article on TB claimed that the drop of TB mortality among the young was caused primarily by the immunization of millions of children with BCG under his leadership. *"In about 30 years by continuing our BCG immunization program .... we could have produced a relatively completely immune protection."*<sup>23</sup>

Unlike sanatorium care, BCG is at least a quantitatively viable explanation for the observed decline of TB. Already in 1942, BCG vaccinations had been introduced nationwide, but after the War the campaign to immunize children was stepped up considerably. In 1948 mandatory vaccination was introduced for all serum negative children attending school. This resulted in an almost blanket vaccination of all Japanese between 5 and 30 years old by the early '50s. Evidently, the decline of TB among precisely the age group that was injected with BCG is a strong argument for the efficacy of the vaccine, a fact that did not escape the proponents of vaccination. As epidemiological stories go, the history of the BCG campaign Japan is almost too beautiful to be true; the country was suffering mass TB and resulting mortality, mandatory BCG immunization was introduced for the young, and a few years later TB dropped dramatically among those young, but not among older, non-immunized Japanese.

Regrettably, it may indeed be too good to be true. From its invention in 1919, BCG has been a highly controversial vaccine. Although it is the most widely used vaccine in the world today, its efficacy against pulmonary tuberculosis is dubious. Or rather, the protection offered by the vaccine seems to differ widely between different locations. In modern Britain, the vaccine appears to offer protection against pulmonary TB of about 80 per cent, whereas trials in India and other places suggest that the efficacy may be very close to zero. It has been suggested that the vaccine is only effective when levels of "background" TB are low, which is a situation quite exactly opposite to the Japanese postwar experience.<sup>24</sup> And that is not all. BCG can only work in, and was only administered to,

22 Masayoshi YAMAGUCHI, Survey of Tuberculosis prevalence in Japan, 1953. In: *Bulletin of the World Health Organization* XIII (1955) 1041-1073; OMURA, OKA, KOBAYASHI, *The Trend of Tuberculosis in Japan* 19-45.

23 SAMS, *Experiences* 907.

24 The literature on this subject is, understandably, vast. A relatively recent metastudy is T. F. BREWER,

the uninfected, that is to people who were not already carriers of the disease. The number of carriers of TB, however, is far greater than the number of sufferers and currently includes about a third of the world's population. In postwar Japan, the percentage of already infected children was understandably high; not only because they had lived through the preceding, disease rich period, but also because they remained surrounded by adults among whom TB was rife and who could not be isolated in sanatoria. Table 3 gives a tentative impression of the levels of TB infection among urban and rural Japanese. These are high, certainly among older teenagers. Although a viable theory, it is not as self-evident as it may have once seemed that the BCG campaign solved the TB problem in Japan.

**Table 3: Rural and Urban TB infection rates ca 1949**

	Age (years)	Urban districts (%)	Rural areas (%)
Infants and children	1 to 6	5 to 10	3 to 5
Primary school children	7 to 12	30	15
Junior High School students	13-15	40-50	20-40
Senior High School students	16-18	50-70	30-40
College students	19-23	70-80	-
Office and plant workers	adults	80-90	40-70

*Source: National Archive and Records Service, GHQ/SCAP records (331) box no. 9430 folder 3, May 1951*

As mentioned above, however, many experts at the time (including Sams) also emphasized the importance of nutrition in combating TB. This emphasis makes much sense both from the perspective of contemporary knowledge and modern epidemiology. TB has long been associated with nutrition. Historically, treatment often involved heavy diets, and some historians have suggested that improved nutrition was the key to the historical decline of TB in the developed world. More recently, research has brought to light that micronutrient malnutrition may play an important role in immunity from TB, a proposition I have elaborated before.<sup>25</sup> Like BCG, a nutritional explanation has the

---

Preventing Tuberculosis with Bacillus Calmette-Guérin Vaccine: a Meta-Analysis of the Literature. In: *Clinical Infectious Diseases* XXXI (2000) 64-67.

25 Ralf D. FUTSELAAR, *Lard, Lice and Longevity. The Standard of Living in Occupied Denmark and the Netherlands, 1940-1945* (Amsterdam 2008).

advantage that postwar nutritional interventions were by and large aimed at the young, notably through school meals. School milk for example, still an inexorable part of every child's daily school lunch in Japan, was introduced during the occupation years both to improve the health of Japanese youths and, in all likelihood, to help rid the US of its overproduction of dairy.

Malnutrition, overpopulation and other social and economic problems contributed greatly to the danger posed by the disease, and these problems were in fact being addressed. Both the occupation authorities and LARA, the Licensed Agencies for Relief in Asia, imported massive amounts of food from 1946 onwards and considerable efforts were made to provide adequate shelter for the millions of homeless and displaced. The standard of living remained very low, but compared to the suffering of 1945 moderate improvements were achieved. However desperate the situation still was, these efforts may well have contributed to the decline of TB.

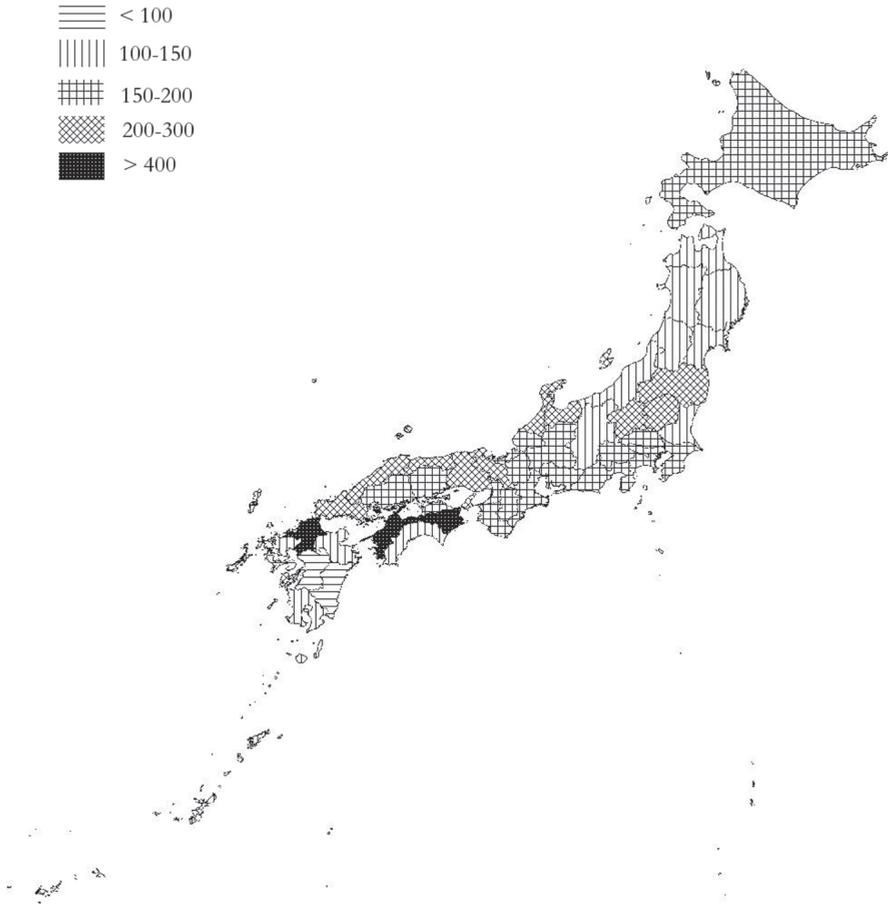
To ascribe the decline of disease in Japan to dietary improvements is, however, a tall order. Until at least 1948, the country was teetering on the brink of famine. Official rations were not, or barely, enough to survive on, forcing the Japanese to resort to black markets for basic nutrition. Acute food crises were, if not common, certainly not unheard of in large parts of the country. And although the food situation gradually improved, it seems rather far-fetched to explain the dramatic improvements observed by the late 40s to the favorable food situation in the country. Certainly contemporary Japanese would have been incredulous to learn of such an explanation.

#### 4. A closer look

After the Meiji revolution of the 1870s the former *Han* system of regional organization was abandoned, and replaced with the modern prefectures (*Ken*), which remain by and large unchanged today since having been finalized in 1881. Moreover, Japan has since then had mostly centralistic governments, usually with a hunger for information that bordered on the obsessive. Because the American occupation authorities wisely chose not to change the ken-structure of Japan, and neither did the post-occupation Japanese governments, the country now boasts excellent long-running region-specific statistical series. While these are of course not perfect, they do allow for detailed regional comparisons, among other things of mortality, before, after and during the war.

As mentioned, prewar TB statistics are unreliable, but data on TB mortality since the 1930s are believed to be less unreliable than either earlier data, or data on incidence of the disease. Old prejudice dies hard, as a rule, and people may still have been averse to admitting to TB, but as mentioned the Japanese government did make a significant effort to ensure patients were localized and treated. From the early 1950s onwards, reporting TB held the promise of adequate and quick treatment, hardly something to snub in the face of a deadly disease, and contemporaries believed the taboo on TB to have waned considerably, or indeed to have disappeared, during and after the war. Unlike the prewar period, contemporary experts were reasonably confident about the data gathered. Without letting go altogether of suspicion, it is worth investigating whether prefecture-specific TB incidence data gathered in the 1930s to 1950s can shed light on the decline of TB among young Japanese.

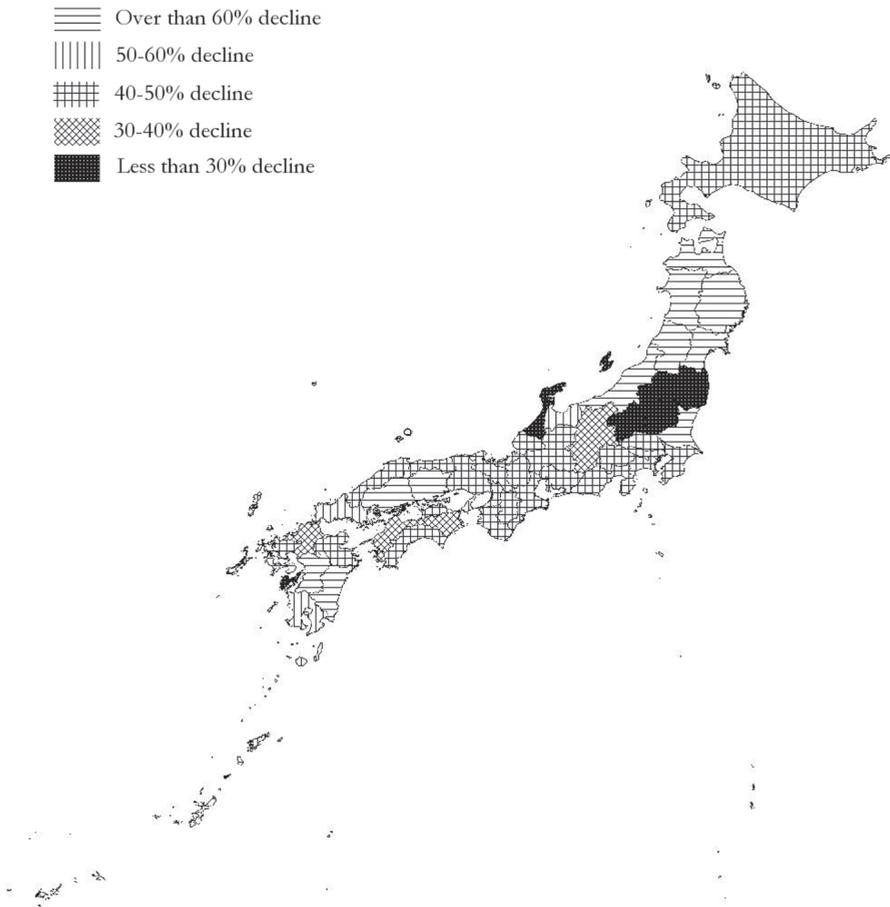
The results of such an investigation yield unexpected results. In 1955, seven years after the introduction of mandatory BCG immunization, considerable regional differences persisted, also among the teenagers who had been targeted in the BCG immunization



*Graph 1: TB mortality per 100.000, by prefecture 1955, 15-19 year-olds.  
Source: Kekkaku tokei souran 1900-1992*

campaign. As can be seen in graph 1, adolescents in the (relative) periphery of the country in particular suffered considerably higher rates of TB than the main island of Honshu, to the extent that teenagers on the islands Kyushu and Hokkaido were ten times more likely to die of the disease than teenagers in Yamanishi prefecture in central Honshu. This does not mean, on the other hand, that TB was a particularly rural phenomenon; not only was (and is) Kyushu quite heavily urbanized, several urban prefectures on Honshu, including Osaka, Hyogo, Nara and Kyoto, which were anything but peripheral, also reported relatively high rates of TB. There is no evident relation between urbanity and TB rates, nor can a statistical relation with average income be established.

An interesting detail with regard to central Honshu (the area, roughly, in between Tokyo and Osaka, centered on Nagoya), which enjoyed the lowest TB incidence during

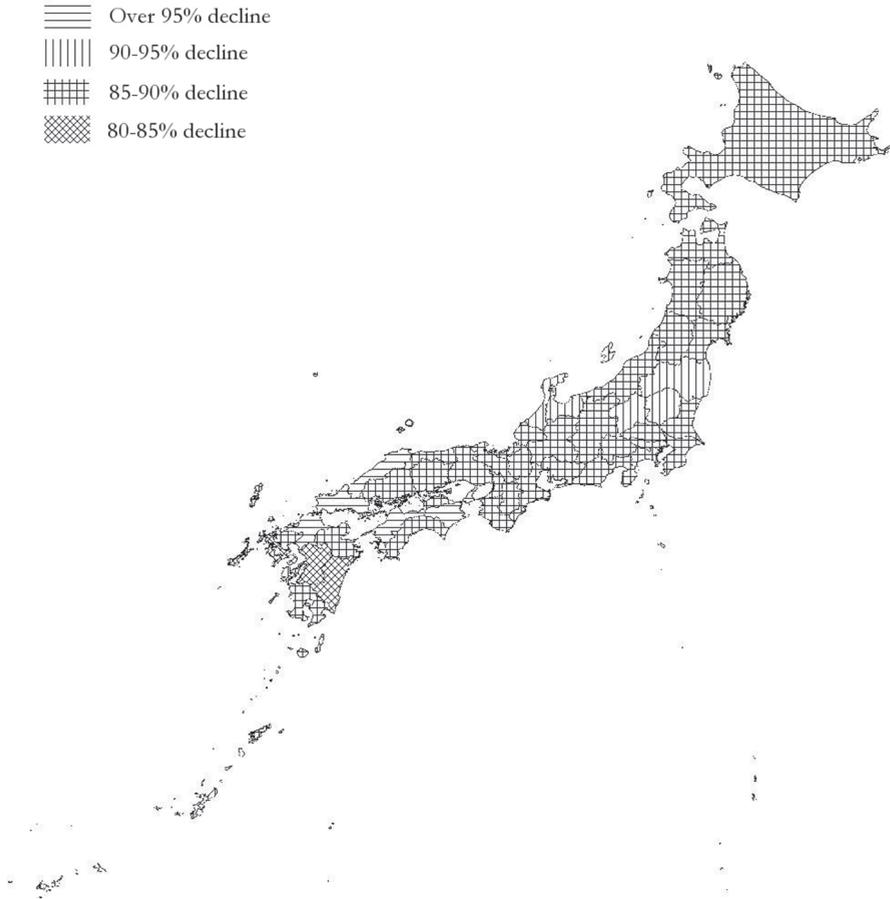


*Graph 2: Change in TB mortality by prefecture 1935-1947, 15-19 year-olds.*  
 Source: *Kekkaku tokei souran 1900-1992*

the 1950s, had been the area where TB killed most during the 1930s. This remarkable feat has been ascribed to the closing of many of the notorious textile factories in the region, which were widely considered hotbeds of infection before the war.<sup>26</sup>

What do these regional disparities mean for the possible efficacy of BCG in the Japanese population? In all prefectures, TB incidence among young people was lower than it had been before the war, and far lower among the age groups exposed to vaccination than to the older age-groups that had not been vaccinated. This is evident support for the contemporary impression that vaccination had in fact saved Japan's youth from TB. But the question remains why regional differences persisted and. There is no evidence, rather

<sup>26</sup> JOHNSTON, *The Modern Epidemic*.



*Graph 3: Change in TB mortality by prefecture 1947-1955, 15-19 year-olds*  
 Source: *Kekkaku tokei souran 1900-1992*

the contrary, that Kyushu, Hokkaido or the Western industrial cities had less availability of BCG, or a sloppier enforcement of the mandatory vaccination than other parts of the country. This means that other factors must have played a role as well.

Given that all of Japan suffered very high levels of TB when the campaign started, it seems unlikely that different patterns of infection during the war were responsible for different outcomes in different areas. This, moreover, would be completely at odds with the observation that the geographic spread bears almost no semblance to the situation before the war. It appears, rather, that the outcomes in disease terms differed, and differed considerably, even though similar vaccination policies had been implemented throughout the country, using the same strands of (dried) BCG. This does beg the question what alternative explanations are possible for the sharply improved health of young

Japanese, and why some areas apparently suffered continued high levels of the disease, even if these were far lower than they had been before the war.

But what was causing the regional differences in TB incidence? As mentioned, much has been made of the importance of diet in the decline of TB. It seems an unlikely cause of health improvements, since Japan suffered considerable poverty following surrender, and several serious food crises. On the other hand, however, a number of very significant, positive changes were also evident. Most importantly, the post-surrender years saw a transformation of the Japanese diet, which had a basis in the war years, but only became widely adopted by non-military Japanese after the end of the war. As Cwiertka has recently demonstrated, military diets unified and transformed Japanese eating habits. By combining Japanese, Chinese and European elements, the military had attempted to create a widely acceptable, nutritious diet. Many of the current staples of the Japanese diet, such as *Ramen* and *Katsu*, were introduced in this period.<sup>27</sup>

That was not the only nutritional innovation. Since the 1890s, Japanese schoolchildren had consumed the *Kyushoku* or school lunch. During the war, the nutritional quality of these meals had deteriorated, as both the total supply of foods faltered, and the military need for food rose. After surrender, military claims on food supplies more or less terminated, while food could again, and was being imported. Not surprisingly, school lunches were given priority, possibly raising the caloric intake of Japanese youths. Not only was there more food available, often of the high density, military variety, it also changed in other ways. School milk became a daily staple, and the animal-source content of school lunches generally rose. This may not seem much of an improvement to present day observers; insofar they live in a low-infectious disease, high-obesity society. To Japanese youths at the time, however, they may have been an important improvement.<sup>28</sup>

## 5. Conclusion

What are we to make of these findings? Firstly, it is clear that a more detailed investigation does not lead to a clearer answer to the question how Japan escaped from mass TB mortality. Curative medicine is not the answer, since sanatoria were too few and antibiotics came too late to have had an influence on the initial decline. Preventive medicine, notably BCG, may have seemed the success story of the occupation years to contemporaries, but was not. Had the efficacy of BCG been as high as its proponents believed, it is very unlikely that vast differences between different regions would have subsisted.

Clearly, the decline of TB in postwar Japan is more likely to have been a result from other, non-medical changes. There is substantial evidence of a shift in economic entitlements that favored the young, but at the time of writing that evidence is mostly anecdotal. Only a quantitative reconstruction of changes in diets, living space and other economic and social entitlements may help towards establishing relations with more certainty.<sup>29</sup>

This leaves, of course, the oft repeated but rarely substantiated claim that Japanese cultural inhibitions and secrecy caused the high TB burden of Japan before the American occupation. The problem with this assertion is that it is nigh impossible to prove or

27 Katarzyna C. CWIERTKA, *Modern Japanese Cuisine. Food, Power and National Identity* (London 2006) 138.

28 Carl MOSK, *Making Health Work: Human Growth in Modern Japan* (Berkeley 1996).

29 Cf. DIETRICH-DAUM, *Wiener Krankheit* 318-345.

disprove. No surveys were done at the time to establish whether the disease was still truly taboo in the 1940s, or for that matter the 1930s. In any case, both the tempo of the changes observed and the age-specific impact they had suggest that the influence of cultural change was not overwhelming.

**Information on the author**

Ralf Futselaar, M.A., PhD., Historian, Research Fellow at the Institute for Advanced Social Research, Kwansai Gakuin University, 1-155 Uegahara Ichiban-cho, Nishinomiya, Hyogo 662-8501, Japan. Email: ralf.futselaar@gmail.com.

---

Andreas Golob

# Publizität und Kommerzialisierung von Gesundheit und Krankheit im letzten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts

*Das Beispiel der Grazer Bauernzeitung*

---

## Summary

The article asks how health aspects surfaced in newspapers at the end of the eighteenth century. Michael Hermann Ambros' *Grazer Bauernzeitung* (Peasants' Newspaper) (1786–1796, entirely preserved: 1791f., 1794–1796) served as primary source. At the beginning of the 1790s, it regularly contained articles on preventive measures, especially featuring dietetic advice. Child care and first aid could also be identified as focuses. To a lesser extent, the editor included simple as well as secure prescriptions. Principally, the usually anonymous authors recommended to consult professional accredited healers. These specialists, and in particular the cited internationally renowned authorities, provided sources of the distributed knowledge. The contributors interpreted health in physical, psychic as well as social terms. Concepts of humoral and neural pathology dominated the writers' background. Details linked health to facets of economy, religion, natural history, morals and beauty. The style was forthright, beside instructive texts narratives played a significant role. According to the newspaper's nature, the contributions generally represented up to date and practical tips to remain or, respectively, become healthy. To a certain extent this ephemeral character led to conflicting statements.

Moreover, regulations and employment advertisements of local, regional and central authorities showed the official will to control public health issues. Welfare institutions also published accounts of their achievements. Ambros himself had to display the same extent of transparency when he gathered donations not only from Styrian compatriots but also from non-locals. Governmental agencies not only approved these efforts, but also accredited healers and health-related merchandise. Permissions served as additional recommendations apart from qualities and quantities of services or, respectively, commodities. Some announcements, however, which did not meet all official criteria and where printed and publicly disseminated nevertheless, demonstrated the power of market forces and marketing. Commercial advertisements for beverages and elixirs could even contradict the standards which were set in the informative articles. Demands in marriage advertisements and attempts to seek healthy ways for intellectual as well as physical child education indicated a rudimentary health consciousness at least among the upper strata of society. On the other hand, real estate advertisements most clearly reflected the gap between enlightened vision and reality in this field. Of course, these observations will have to be supplemented with further evidence. On the whole, the

newspaper's position oscillated between popular education and marketing. These partly connected contexts deserve to be considered in further detail. Especially long-lived newspapers should be analysed and might illuminate historical change.

## Keywords

Graz; Austria; Habsburg Monarchy; Enlightenment; Eighteenth Century; Popularisation; Transfer of Knowledge; Public Health; Charity; Gender; Children; Health Staff; Healthcare Industry; Health Consciousness; Newspaper; Marketing.

## 1. Einleitung und Aufgabenstellung

Die 1786 gegründete *Grazer Bauernzeitung*<sup>1</sup> gehörte bis zur Einstellung im Jahre 1796 nicht nur am lokalen Markt zu den bemerkenswerten Presseprodukten. Ihr Herausgeber, Michael Hermann Ambros,<sup>2</sup> ein gebürtiger Tiroler, hatte sich zunächst einen Namen als Publizist in Wien gemacht, bevor er für einige Zeit in der Grazer Zeitungslandschaft sesshaft wurde. Durch Kontakte in der ganzen Monarchie, die er als Redakteur bewusst förderte, wurde seine Zeitung zu einer „Originalzeitung“, die gegenüber den anderen, vergleichbaren Medien hervorstach und dementsprechend überdurchschnittlichen sowie überregionalen Absatz fand. Um in der harten Konkurrenz in der ersten Hälfte der 1790er Jahre, als zeitweise nicht weniger als insgesamt fünf lokale Presseorgane um die interessierte Öffentlichkeit buhlten,<sup>3</sup> bestehen zu können, war jedoch nicht nur eine akkurate Tagesberichterstattung vonnöten. Als weitere Komponenten gehörten Meldungen über neu erlassene staatliche Vorschriften, die Einschaltung kommerzieller Inserate oder auch die Mitteilung von Todesfällen bereits zum Standard. Vor allem um 1790 etablierten sich in Graz zudem multidisziplinär angelegte Zeitungsanhänge in populärer Sprache.

Während medizinische Zeitschriften, die sich an ein Fachpublikum wandten oder/und Wissenstransfer an die gebildete Elite (und über deren Funktion als Katalysator an breitere Bevölkerungsschichten) betrieben, bereits mehrfach wissenschaftlich bearbeitet wurden,<sup>4</sup> hat die nachgeordnete, zweifelsohne vorwiegend als repetitiv und rezeptiv zu

- 
- 1 Auch unter den Titeln Bauernzeitung, Der Biedermann, Der Steyrische Biedermann. Reiches erhaltenes Quellenmaterial aus den Jahren 1791 und 1792, 1794 bis 1796. Zur Zitierweise beziehungsweise zu den verwendeten Abkürzungen: Da die Anhänge bis auf den Jahrgang 1792 nicht paginiert waren, erfolgt der Nachweis der betreffenden Fundstellen primär durch das Datum der Zeitungen. Außerdem werden die Überschriften der Annoncen zitiert. Dubletten nach den Erstanzeigen wurden zur Entlastung des Fußnotenapparates weggelassen. Die Bauernzeitung wird ungeachtet der genauen Namensvarianten unter diesem Titel beziehungsweise kurz als GBAZ zitiert. „[Z]“ bedeutet: Die Anzeige befindet sich (im Gegensatz zur Mehrzahl der Fundorte in den Anhängen) noch im Zeitungsblatt. Die Zitate folgen der für die Bauernzeitung eigentümlichen Orthographie.
  - 2 Heinrich K. CASPART, Michael Hermann Ambros. Ein österreichischer Journalist zwischen Aufklärung und Reaktion. Ein Beitrag zur österreichischen Mediengeschichte (= Dissertationen der Universität Wien 221, I und II, Wien 1991) 2 Bde insb. 217-390.
  - 3 Andreas GOLOB, Dynamisierung und Erstarrung in der Steiermärkischen Presselandschaft. In: Harald HEPPNER, Nikolaus REISINGER (Hg.), Wandel einer Landschaft. Das „lange“ 18. Jahrhundert und die Steiermark (= Schriftenreihe der österreichischen Gesellschaft zur Erforschung des 18. Jahrhunderts 12, Wien 2006) 411-431.
  - 4 Z. B. Wolfgang ADAM, Medizin und Essayistik. Gattungspoetologische Überlegungen am Beispiel der Wochenschrift *Der Arzt*. In: Helmut HOLZHEY, Urs BOSCHUNG (Hg.), Gesundheit und Krankheit im 18. Jahrhundert. Referate der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft zur Erforschung des 18.

charakterisierende Ebene der allgemeineren Zeitungsbeilagen<sup>5</sup> kaum Aufmerksamkeit erfahren. Daher soll in diesem Beitrag an einem prominenten Fallbeispiel konzentriert, quasi monographisch aufgezeigt werden, welche Rolle(n) eine Zeitung im Gefüge von Gesundheit und Krankheit einnehmen konnte.

## 2. Ratschläge zur Gesundheitspflege

Vordergründig interessieren jene Beiträge in den Anhängen der Bauernzeitung, die sich mit Ratschlägen in Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen. Im vollständig erhaltenen Jahrgang 1791 differenzierten sich zu diesem Themenkomplex eigene, im Verhältnis zur Vielzahl der Beiträge jedoch selten explizit auftretende Rubriken<sup>6</sup> heraus. Konzeptuell fiel dabei die Verbindung mit wirtschaftlichen Belangen auf. Als Konkurrenz zu diesen „Beiträge[n] zur Erhaltung [!] der Gesundheit“ kamen Materien aus den verschiedensten Wissensgebieten vor.<sup>7</sup> Darunter fanden sich die „Litteratur“, die mit Rezensionen<sup>8</sup> und zeitkritischen, mit Esprit vorgetragenen Miniaturen oder auch längeren Texten in Vers und Prosa vertreten war, die Ökonomie, Nachrichten von diversen Innovationen oder die Historiographie. Den gemeinsamen Nenner bildeten das Motto „prodesse et delectare“ und die Relevanz für die „gemeinen Staatsbürger“ beiderlei Geschlechts, die sich auch im Namen des Presseorgans wiederfinden sollten. Um nicht bloß bereits veröffentlichte Quel-

---

Jahrhunderts. Bern, 1./2. Oktober 1993 (= Clio Medica 31, Amsterdam/Atlanta 1995) 79-88. Erdmuth DREISZIGACKER, Populärmedizinische Zeitschriften des 18. Jahrhunderts zur hygienischen Volksaufklärung. Medizinische Dissertation (Marburg 1970). Reiner GLAUER, Gesundheitserziehung durch Ärzte als naturrechtlich begründetes Programm aufgeklärter Medizin im 18. Jahrhundert. Medizinische Dissertation (Hannover 1976) 16. Hanspeter MARTI, Eine medizinische Schweizer Zeitschrift im Dienst der Aufklärung: Johann Heinrich Rahns Gazette de Santé. In: Helmut HOLZHEY, Urs BOSCHUNG (Hg.), Gesundheit und Krankheit im 18. Jahrhundert. Referate der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft zur Erforschung des 18. Jahrhunderts. Bern, 1./2. Oktober 1993 (= Clio Medica 31, Amsterdam/Atlanta 1995) 107-116. Bettina WAHRIG, Globale Strategien und lokale Taktiken. Ärzte zwischen Macht und Wissenschaft 1750-1850. In: Richard VAN DÜLMEN, Sina RAUSCHENBACH (Hg.), Macht des Wissens. Die Entstehung der modernen Wissensgesellschaft (Köln/Wien/Weimar 2004) 655-679, hier 657f.

- 5 Ulrike GROSZE, Der „Augsburgische Intelligenz-Zettel“ als populärmedizinischer Ratgeber zu Fragen der Prävention und Selbstbehandlung von Krankheiten. In: Sabine DOERING-MANTEUFFEL, Josef MANČAL, Wolfgang WÜST (Hg.), Pressewesen der Aufklärung. Periodische Schriften im Alten Reich (= Institut für Europäische Kulturgeschichte der Universität Augsburg, Colloquia Augustana 15, Berlin 2001) 517-536.
- 6 Medizinisch-Oekonomische Beiträge. In: GBAZ 13. Januar 1791, GBAZ 14. Februar 1791, GBAZ 21. Februar 1791, GBAZ 24. Februar 1791, GBAZ 28. Februar 1791. Vgl. Medizinische Bemerkung. In: GBAZ 21. April 1791, GBAZ 18. Juli 1791. Siehe für 1792: Medizinisch-Oekonomische Beiträge. In: GBAZ 4. Juni 1792 141-143. Über die Bedeutungen der Gesundheit als Grundlage und Teil der Hauswirtschaft: N.N., Von Bereitung eines guten süßen Weines aus sauren unreifen Trauben. In: GBAZ 24. Oktober 1791, GBAZ 27. Oktober 1791 und GBAZ 31. Oktober 1791, hier GBAZ 27. Oktober 1791 [unter „Beiträge zur Haus- und Landwirtschaft“]. Vgl. für gesundheitsspezifische Aspekte auch fallweise: Rubrik zum Vergnügen des schönen Geschlechts. In: GBAZ 27. Oktober 1791, GBAZ 10. November 1791, GBAZ 5. Dezember 1791, GBAZ 19. Dezember 1791. Insgesamt wurden 84 Aufsätze sehr unterschiedlicher Länge und Komplexität in die Auswertung einbezogen.
- 7 N.N. [Michael Hermann AMBROS], Die – so betitelte Grazer Bauernzeitung. In: GBAZ 17. Februar 1791.
- 8 Siehe für eine spezifische Auswertung der Buchempfehlungen und Buchanzeigen aller Grazer Presseerzeugnisse: Andreas GOLOB, Facetten medizinischer Wissensvermittlung um 1800. Anzeigen und Rezensionen von medizinischen Ratgebern in der Grazer Medienlandschaft 1787-1811. In: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 7 (2007) 85-99.

len plündern zu müssen, regte der Redakteur Ambros auch gezielt Zuschriften an. Diese „*Aufsätze und Beiträge des ... Zeitungskollegiums*“ steuerten seinen Angaben zufolge nicht nur Männer, sondern „*wohl auch ein Paar Frauenzimmer*“ aus der gesamten Monarchie bei. Sie sollten im breitesten möglichen Verständnis ebenfalls „*interessirende Bemerkungen, Fragmente, Exzerpte, schöne Aufsätze verschiedenen Inhalts, Alterthümer- und Oerterbeschreibungen, Auszüge schöner Geschichten aus den Ortsarchiven, Karakterschilderungen edler und unedler Menschen, merkwürdige Biographien, medizinische oder ökonomische Beiträge [!], seltsame Berechnungen, Beobachtungen, u. dgl. m.*“<sup>9</sup> enthalten. Trotz dieses Originalitätsanspruchs, der insbesondere ab 1794 deutlich zurückgenommen wurde,<sup>10</sup> muss allerdings betont werden, dass es sich bei den meisten Versatzstücken wohl um Derivate aus der medizinischen Volksaufklärung handelte, die teilweise auch auf konkrete Quellen zurückgeführt werden können. Durch ausdrückliche Verweise, die gemäß den zeitgenössischen Gepflogenheiten jedoch in der Minderzahl blieben, wurden umfassende Auszüge aus Claudius Martin Scherers *Tirolischem Arzt*,<sup>11</sup> aus Johann Clemens Todes *Unterhaltendem Arzt*<sup>12</sup> und aus dem *Salzburger Intelligenzblatt*<sup>13</sup> evident. Neben diesen Herkunftsangaben wurden in den Artikeln Ärzte als maßgebliche Autoritäten zitiert. So fanden sich Zuweisungen zu hervorragenden Fachvertretern wie Herman Boerhaave,<sup>14</sup> Albrecht von Haller,<sup>15</sup> Gerard van Swieten,<sup>16</sup> Maximilian Stoll,<sup>17</sup> Christoph Wilhelm Hufeland,<sup>18</sup> John Hunter,<sup>19</sup>

9 N.N. [Michael Hermann AMBROS], Einige Erinnerungen vom Verleger dieser Zeitung. In: GBAZ 14. Juli 1791.

10 Zuletzt enthielten die (wohl aufgrund ihres wenig originären Charakters) nicht erhaltenen wöchentlichen Beilagen standardmäßig nur noch Gratiens Maximen und Auszüge aus der Neuwieder Zeitung. Siehe N.N. [Michael Hermann AMBROS], An die Liebhaber der Grazer Bauernzeitung. In: GBAZ 25. Dezember 1794 und [Ohne Titel am Ende des Anhangs]. In: GBAZ 28. April 1796. Siehe für das Interesse der Leserschaft an Auszügen aus der Neuwieder Zeitung schon die einleitende Anmerkung bei N.N., Uiber die Teufel-Philosophie. Eine teuflisch-philosophische Zeitung. In: GBAZ 13. August 1792 289f., hier 289.

11 N.N., Rettungsmittel wider das Aufblähen des Rindviehes. In: GBAZ 18. Juli 1791. N.N., Vom Einfluß der Jahreszeiten und der Witterung auf Krankheiten. In: GBAZ 21. Juli 1791. N.N., Von Präservativmitteln. In: GBAZ 28. Juli 1791 und GBAZ 1. August 1791. N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? In: GBAZ 4. August 1791 und GBAZ 8. August 1791. N.N., Wie soll sich der Geistliche vor Anstekung sichern? In: GBAZ 15. August 1791. N.N., Vom Rizinusöl. In: GBAZ 4. Juni 1792 141-143.

12 N.N., Von verschlukten Kernen von Kirschen, Pflaumen, und anderen Früchten. In: GBAZ 30. Juni 1791.

13 N.N., Hochfürstliche Verordnung, die Errichtung einer Feuerversicherungsanstalt in Salzburg betreffend. In: GBAZ 11. Juni 1792 158-160 und GBAZ 14. Juni 1792 165f.

14 N.N., Mittel, die Hühneraugen und Warzen bequem zu vertreiben, von Jakob von der Haar. In: GBAZ 24. September 1792 378-380, hier 379.

15 N.N., Mittel, wie bei den Kindern die Auszehrung zu verhüten sey. In: GBAZ 21. April 1791.

16 N.N., Mittel, die Hühneraugen und Warzen bequem zu vertreiben 379.

17 N.N., Einfluß der Jahreszeiten. N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? GBAZ 4. August 1791.

18 N.N., Wichtige Sache der Menschheit. In: GBAZ 26. Dezember 1791. N.N., Wirksamkeit der Kanzel. In: GBAZ 6. Februar 1792 84.

19 N.N., Vom Frühling und dessen Einfluß auf unsre Gesundheit. In: GBAZ 28. April 1791 und GBAZ 2. Mai 1791, hier GBAZ 2. Mai 1791. N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 28. Juli 1791. Für die ebenfalls britischen Ärzte Kite, Sayer und Fothergill: N.N., Etwas von Scheintodten. In: GBAZ 5. Mai 1791 bzw. N.N., Wie soll sich der Geistliche vor Anstekung sichern? bzw. N.N., Dr. Fother Gill von Entstehung der Krankheiten bei Kindern, die durch das Ableken der gemahlten Spielsachen,

Simon André Tissot,<sup>20</sup> Jakob von der Haar,<sup>21</sup> Bernardino Ramazzini,<sup>22</sup> Sanctorius Sanctorius,<sup>23</sup> Johann Baptist Helmont<sup>24</sup>, Petrus Andreas Matthiolus<sup>25</sup> oder Hieronymus Merkurialis<sup>26</sup>. Neben Johann August Unzers bahnbrechender Zeitschrift *Der Arzt*<sup>27</sup> fanden sich auch Hinweise auf die *Gazette Salulaire*,<sup>28</sup> ein *Journal de Medecine*<sup>29</sup> und Klassiker der Volksaufklärung<sup>30</sup> wie das *Noth- und Hilfsbüchlein*<sup>31</sup> und einen *Katechismus der Naturlehre*. Textstücke aus „*Warschauer Zeitungen*“,<sup>32</sup> „*einem Prager Blat*“,<sup>33</sup> der *Prager Zeitung*<sup>34</sup> und der etwas höheren Sphäre der *Erlangischen gelehrten Zeitungen*<sup>35</sup> zeugten von parallelen Bemühungen in Ambros' Kollegenkreis. Die klassische Antike<sup>36</sup> war namentlich mit den Größen Hippokrates<sup>37</sup> und Galen<sup>38</sup> vertreten. An der jüdischen althergebrachten Sitte wurden Reinlichkeitspostulate gelobt.<sup>39</sup> Durch Ortsangaben in den

---

oder der Mahlerpinsel entstehen. (Eine sehr nützliche Warnung für Eltern.) In: GBAZ 11. Oktober 1792 416f. Vgl. auch den Einsatz des Doverschen Pulvers: N.N., Uiber Kopfschmerzen. In: GBAZ 12. Mai 1791. Zudem eine Anekdote aus London: N.N., Merkwürdige Wirkung des Schreckens. In: GBAZ 1. September 1791.

- 20 N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? GBAZ 8. August 1791.
- 21 N.N., Mittel, die Hühneraugen und Warzen bequem zu vertreiben.
- 22 N.N., Vom Herbst und dessen Einfluß auf unsere Gesundheit. In: GBAZ 17. September 1792 363-365, hier 364.
- 23 Ebd. 363-365.
- 24 N.N., Wie soll sich der Geistliche vor Ansteking sichern?
- 25 N.N., Mittel wider genossene giftige Champignons. In: GBAZ 18. Juli 1791.
- 26 N.N., Wie soll sich der Geistliche vor Ansteking sichern?
- 27 Explizit: N.N., Herbst 364. N.N., Uiber die Krankenbesuche. In: GBAZ 19. November 1792 504f., hier 504. Zu Unzer allgemein: N.N., Frühling GBAZ 28. April 1791. N.N., Etwas von Scheintodten. N.N., Von der Notwendigkeit der Reinlichkeit. In: GBAZ 23. Mai 1791 und GBAZ 26. Mai 1791, hier GBAZ 26. Mai 1791. N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? GBAZ 4. August 1791. N.N., Wie sind vom Kohlendampf Betäubte und Erstikte zu erwecken. In: GBAZ 26. Dezember 1791 und GBAZ 29. Dezember 1791, hier GBAZ 29. Dezember 1791.
- 28 N.N., Mittel, das Rindvieh auf der Weide wider das Ungeziefer zu schützen. In: GBAZ 16. Juli 1792 232.
- 29 N.N., Von verschlukten Kernen.
- 30 N.N., Uiber die Furcht vor dem Donnerwetter. In: GBAZ 6. August 1792 277 und GBAZ 9. August 1792 283-285, hier 285.
- 31 Vgl. für die zahlreichen autorisierten und nicht autorisierten Ausgaben dieses Ratgebers: Reinhart SIEGERT, Aufklärung und Volkslektüre. Exemplarisch dargestellt an Rudolph Zacharias Becker und seinem „Noth- und Hilfsbüchlein“. In: Archiv für Geschichte des Buchwesens 19 (1978) Sp. 565-1348.
- 32 N.N., Etwas zur Heilkunde. In: GBAZ 30. Juni 1791.
- 33 N.N., Ein vortreflicher Rosoli wider die Blähungen. In: GBAZ 13. Oktober 1791.
- 34 N.N., Glücksanzeigen verschiedener Gattung ... Warnung wider die gefährlichen Erddünste. In: GBAZ 23. Juni 1794.
- 35 N.N., Beiträge zur Thierarznei. Anmerkung über die erste Milch der gebährenden Thiere, als ein Arzneimittel der Natur. In: GBAZ 10. Dezember 1792 549.
- 36 N.N., Einige Nachrichten vom Opium. In: GBAZ 11. April 1791. N.N., Reinlichkeit. N.N., Herbst 364.
- 37 N.N., Frühling GBAZ 28. April 1791. N.N., Herbst 364. N.N., Mittel, die Hühneraugen und Warzen bequem zu vertreiben 379.
- 38 N.N., Champignons.
- 39 N.N., Reinlichkeit GBAZ 26. Mai 1791.

Texten können weitere Bezugspunkte in Wien,<sup>40</sup> Trnava (Tyrnau, hier Tirnau),<sup>41</sup> Cannstatt,<sup>42</sup> Hannover,<sup>43</sup> Weimar,<sup>44</sup> Chemnitz,<sup>45</sup> Russland,<sup>46</sup> Dänemark,<sup>47</sup> Schweden,<sup>48</sup> Braunschweig,<sup>49</sup> Franken,<sup>50</sup> Bayern,<sup>51</sup> im Bodenseeraum,<sup>52</sup> im Rheingebiet und in der Pfalz<sup>53</sup> sowie in den Niederlanden<sup>54</sup> verortet werden. Thematisch, beispielsweise anhand von Wirkstoffen, zeigte sich Kultur- und Wissenstransfer aus dem Orient<sup>55</sup> und aus der Neuen Welt,<sup>56</sup> aber naturgemäß auch von nahegelegenen deutschsprachigen<sup>57</sup> Zentren der Heilmittelproduktion.

Ein unbestreitbarer Vorteil des Zeitungscharakters lag in der Aktualität der Meldungen. Insbesondere konnten saisonale Besonderheiten hervorgehoben werden.<sup>58</sup> Das Frühjahr<sup>59</sup> und der Herbst<sup>60</sup> wurden im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Aspekte monographisch behandelt. Die Widersprüchlichkeit,<sup>61</sup> die in gewisser Weise im Charakter der Zeitung als aktuelles Medium fußte, vor allem aber auf die Vielzahl der unter-

---

40 N.N., Das Hausmittel. In: GBAZ 2. Mai 1791. N.N., Wichtige Sache der Menschheit.

41 N.N., Etwas von Scheintodten.

42 N.N., Warnung vor unsichern Laxiermitteln. In: GBAZ 10. Oktober 1791.

43 N.N., Von sparsamer Fütterung des Viehes, nebst einem Mittel gegen das Faulfressen des Viehes in nassen Jahren. In: GBAZ 5. Dezember 1791.

44 N.N., Wichtige Sache der Menschheit.

45 N.N., Die Macht wahren Muttergefühls. In: GBAZ 16. Februar 1792 108.

46 N.N., Kohlendampf GBAZ 29. Dezember 1791.

47 N.N., Von verschlukten Kernen.

48 N.N., Von sparsamer Fütterung.

49 N.N., Kanzel.

50 N.N., Das Hausmittel.

51 N.N., Donnerwetter 277: Kerzen aus Altötting.

52 N.N., Bereitung eines guten süßen Weines GBAZ 27. Oktober 1791.

53 N.N., Das Eau de Carmes (Karmeliterwasser) zu verfertigen. In: GBAZ 24. Dezember 1792 577f.

54 N.N., Wie soll sich der Geistliche vor Ansteking sichern? N.N., Von dem Kaffee. In: GBAZ 5. November 1792 472f., hier 472.

55 N.N., Opium. N.N., Reinlichkeit GBAZ 26. Mai 1791: Türkische Bäder.

56 Aus Peru: N.N., Etwas von dem Chinabaum, und des [sic!] Chinarinde. In: GBAZ 14. März 1791. N.N., Rizinusöl 141.

57 N.N., Ueber die Modekuren im Frühling. In: GBAZ 19. Mai 1791: „Frankfurter Hauptpillen“, Pyromonter Heilwasser und Selterswasser.

58 N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791: Zur Faschingszeit und ihren Ausschweifungen. N.N., Aufmunterung zum Tanzen. In: GBAZ 31. Januar 1791. N.N., Von dem Nutzen der Kirschen, und Gebrauch derselben. In: GBAZ 16. Juni 1791: „Eben zu rechter Zeit angebracht.“ N.N., Einfluß der Jahreszeiten und der [teils auch atypischen!] Witterung auf Krankheiten. N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 28. Juli 1791. N.N., Kohlendampf GBAZ 26. Dezember 1791. N.N., Abhandlung von Samlung und Aufbewahrung der Pflanzen. In: GBAZ 5. Juli 1792 205-207 und GBAZ 9. Juli 1792 213f., hier 205. N.N., Vom Nutzen der Heidelbeere, der bequemsten Zeit sie einzusammeln, und der besten Art sie einzumachen. In: GBAZ 6. August 1792 277f.

59 N.N., Von den Milch- und Molkenkuren. In: GBAZ 18. April 1791. N.N., Frühling – einleitend auch im Kontrast zum Winter. N.N., Modekuren.

60 N.N., Herbst. N.N., Bemerkungen über den Genus[s] der Gartenfrüchte, Herbstfrüchte, nebst ihren besondern Arten. In: GBAZ 8. November 1792 482f. und GBAZ 12. November 1792 488-490.

61 Für den Vorwurf gegenüber der Ratgeberliteratur in ihrer Gesamtheit: N.N., Ueber das Lesen medizinischer Schriften. In: GBAZ 9. Juni 1791.

schiedlichen Quellen zurückgeführt werden kann, zeigte sich etwa bei der Mitteilung von Rezepten.<sup>62</sup> Im Bezug auf Mittel gegen Zahnschmerzen wurde das Auflegen von Kren auf die Extremitäten zunächst für fragwürdig erachtet,<sup>63</sup> in einem späteren Ratsschlag<sup>64</sup> jedoch explizit empfohlen.

Die Schwerpunkte innerhalb des gesundheitsrelevanten Gesichtskreises können aufgrund ihrer Masse nur gerafft im Überblick referiert werden. Ein grundsätzliches Anliegen galt der Erhaltung der physischen, intellektuellen und psychischen Gesundheit.<sup>65</sup> Dazu diente vor allem eine „*Lebensordnung*“,<sup>66</sup> die sich an der Diätetik im weitesten Sinn des Wortes und an den traditionellen „*sex res non naturales*“<sup>67</sup> orientierte. So wurden die richtige Balance von Bewegung und Ruhe<sup>68</sup> sowie das Verhältnis von Schlafen<sup>69</sup> und Wachen thematisiert. Frischer Luft kam entscheidende Bedeutung zu.<sup>70</sup> Speise und Trank<sup>71</sup> des Menschen wurden ebenso aufgegriffen wie Ausdünstung,<sup>72</sup> Verdauung und Ausscheidung, die in aller Offenheit<sup>73</sup> durchexerziert wurden. Die untrennbare Verbindung mit dem Gemütszustand<sup>74</sup> führte auf das Gebiet der Affekte. Abhärtung,<sup>75</sup> Maßhalten<sup>76</sup> sowie Reinlichkeit<sup>77</sup> des Körpers, der Wohnung und der Kleidung ergänz-

- 
- 62 N.N., Uiber Kopfschmerzen. N.N., Kurze Nachricht von der sogenannten Ignazius Bohne. In: GBAZ 6. Juni 1791. N.N., Nuzen der Kirschen. N.N., Mittel wider die Quetschungen. In: GBAZ 20. Juni 1791. N.N., Etwas zur Heilkunde. N.N., Rosoli. N.N., Mittel für Frauenzimmer, betrunkene Männer wieder nüchtern zu machen. In: GBAZ 27. Oktober 1791. N.N., Mittel gegen das Durchliegen in Krankheiten. In: GBAZ 5. November 1792 476f. N.N., Eau de Carmes. Für eine launische Auseinandersetzung: J\*\*\*\*t, Recepte. (Fast lauter Arkana.) ... II. Wider die Schreibsucht. In: GBAZ 6. Juni 1791.
- 63 N.N., Gute und schlechte Hausmittel gegen das Zahnweh ohne Aberglauben. In: GBAZ 14. Juni 1792 166-168, hier 168.
- 64 N.N., Ein sicheres Hausmittel zu schneller Stillung der Zahnschmerzen. In: GBAZ 12. November 1792 490.
- 65 N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791. N.N., Einige diätische Lebensregeln überhaupt. In: GBAZ 2. Juni 1791.
- 66 N.N., Frühling GBAZ 28. April 1791. N.N., Modekuren. N.N., Einige diätische Lebensregeln. N.N., Unverbesserliches Schönheitsmittel fürs Frauenzimmer. In: GBAZ 10. November 1791.
- 67 N.N., Einige diätische Lebensregeln. N.N., Herbst 364.
- 68 N.N., Verhaltensregeln beim Tanzen. In: GBAZ 3. Februar 1791. N.N., Frühling GBAZ 2. Mai 1791.
- 69 N.N., Vom Schlaf. – Wo und wie soll man schlafen? In: GBAZ 21. Februar 1791, GBAZ 24. Februar 1791 und GBAZ 28. Februar 1791.
- 70 N.N., Frühling GBAZ 2. Mai 1791.
- 71 N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791. N.N., Gute Speisen machen nicht alzeit fett. In: GBAZ 19. Dezember 1791. N.N., Von der Uiberfütterung der Kinder. In: GBAZ 30. Juli 1792 265f. N.N., Bemerkungen über den Genus.
- 72 N.N., Frühling GBAZ 2. Mai 1791.
- 73 N.N., Rizinusöl 142. Vgl. für den Umgang mit „venerische[n] Warzen an den Schamtheilen“: N.N., Mittel, die Hühneraugen und Warzen bequem zu vertreiben 380. Hiezu auch der anerkannte Vorschlag, Jugendliche zur Abschreckung mit den „schmerz- und eckelhafte[n] Operationen“ an Geschlechtskranken in Krankenhäusern vertraut zu machen: N.N., Gedanken über die Erziehung der Jugend. In: GBAZ 25. Oktober 1792 448-450, hier 449.
- 74 N.N., Merkwürdige Wirkung des Schrekens. N.N., Donnerwetter 284.
- 75 N.N., Mittel, wie bei den Kindern die Auszehrung zu verhüten sey. N.N., Uiber Kopfschmerzen.
- 76 N.N., Verhaltensregeln beim Tanzen. „Mittelstrasse“: N.N., Frühling GBAZ 2. Mai 1791. N.N., Einige diätische Lebensregeln. N.N., Ueber das Lesen medizinischer Schriften. „Mittelweg“: N.N., Gedanken über die Erziehung 449.
- 77 N.N., Reinlichkeit.

ten diesen Kanon. Im Hintergrund bildete die Natur das Fundament der gesunden und essentiell eben naturgemäßen Lebensführung.<sup>78</sup> Am Rande wurde in diesem Zusammenhang auch die Grenze zwischen menschlichem und tierischem Verhalten reflektiert.<sup>79</sup> Speziellere, teils warnende Betrachtungen galten schließlich der Wirkung von Substanzen wie Kaffee,<sup>80</sup> Tabak,<sup>81</sup> Alkohol,<sup>82</sup> Chinarine,<sup>83</sup> Rizinusöl<sup>84</sup> und Opium<sup>85</sup>. Sowohl zur Vorbeugung als auch für den Krankheitsfall brachten die Artikel Rezeptvorschläge, die den Anspruch der Sicherheit erfüllen mussten.<sup>86</sup> Die Unfallverhütung und einfache Notfallmaßnahmen kamen ebenfalls zur Sprache.<sup>87</sup> Die Gesundheitsfürsorge für Kinder stellte eine weitere Hauptsorge in den Beiträgen dar.<sup>88</sup> Auf der entgegenge-

- 
- 78 Gegen Schlafmittel: N.N., Schlaf GBAZ 28. Februar 1791. N.N., Einfluß der Jahreszeiten – allerdings auch mit einer Mutmaßung über eine „geheime Naturkraft“, die Krankheiten verursachen könnte. Vgl. auch das Fieber als Element der Natur, das zu einem gewissen Grad geduldig ertragen werden muss: N.N., Chinabaum. Für das Ertragen von Schmerzen: N.N., Durchliegen 476.
- 79 N.N., Abhandlung über die Trunkenheit, und Mittel wider den Rausch. In: GBAZ 10. Februar 1791 und GBAZ 14. Februar 1791, hier GBAZ 10. Februar 1791. N.N., Schlaf GBAZ 21. Februar 1791. Tiere als „Ammen erwachsener Leute“: N.N., Milch- und Molkenkuren. N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? GBAZ 4. August 1791. N.N., Von sparsamer Fütterung. N.N., Herbst 363f. Für die Behandlung von Tieren durch Laien: N.N., Von der Fäule der Schaaf. In: GBAZ 9. Mai 1791. N.N., Der gemeine Tabak (herba nicotiana) und dessen Nutzen. In: GBAZ 20. Oktober 1791. N.N., Pferde mit neuem Habern ohne Gefahr zu füttern. In: GBAZ 5. November 1792 477. N.N., Thierarznei. Insbesondere für eine „Operazion“, den chirurgisch anspruchsvollen [!] „Stich“: N.N., Rettungsmittel wider das Aufblähen. NB. letztlich ein positives Bild des „Naturmensch[en]“, jedoch gleichzeitig eine abwertende Bemerkung zu den kulturell rückständigen „kalmükisch- und hottentotischen Halbvihern“: N.N., Uiber den Ursprung des vormaligen Gesundheittrinkens. In: GBAZ 8. Oktober 1792 407-409, hier 409 bzw. 408.
- 80 N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791. N.N., Schlaf GBAZ 28. Februar 1791. N.N., Ists besser oder gesünder, den Kaffee unmittelbar aufs Essen, oder ein Paar Stunden nachher zu trinken? In: GBAZ 22. Dezember 1791. N.N., Von dem Kaffee.
- 81 N.N., Schlaf GBAZ 28. Februar 1791. N.N., Tabak. N.N., Zahnweh 166f.
- 82 N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791. N.N., Schlaf GBAZ 28. Februar 1791.
- 83 N.N., Chinabaum.
- 84 N.N., Rizinusöl.
- 85 N.N., Schlaf GBAZ 28. Februar 1791. N.N., Opium.
- 86 Siehe Fußnote 62.
- 87 N.N., Etwas von Scheintodten. N.N., Verhaltensregeln bei Ohnmachten. Ein sicheres Mittel. In: GBAZ 5. Mai 1791. Bei Bissverletzungen: N.N., Etwas zur Heilkunde. N.N., Champignons. N.N., Kohlendampf. Auch im veterinärmedizinischen Bereich: N.N., Rettungsmittel wider das Aufblähen. Über Leichenhäuser zur Vermeidung des Begrabens Scheintoter: N.N., Wichtige Sache der Menschheit. N.N., Kanzel. N.N., Donnerwetter 285. N.N., Warnung vor der Anwendung des Bleies in dem Inneren des menschlichen Körpers. In: GBAZ 10. Dezember 1792 549f. N.N., Erddünste. N.N., Glücksanzeigen verschiedener Gattung ... Seltene Wirkung des Erdbades bei von Bliz berührten Personen. In: GBAZ 14. August 1794. Vgl. für Tests an einem Feuerlöschmittel: N.N., [Ohne Titel in der Rubrik „Staaten- Kunst- Natur- und Menschengeschichte“] GBAZ 7. November 1791.
- 88 N.N., Mittel, wie bei den Kindern die Auszehrung zu verhüten sey. N.N., Das Hausmittel. N.N., Von verschlukten Kernen. N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? J. A. J–e., An die Mütter Deutschlands. Präserv. Mittel wider die Würmer der Kinder. In: GBAZ 5. Dezember 1791. N.N., Ists besser oder gesünder, den Kaffee unmittelbar aufs Essen, oder ein Paar Stunden nachher zu trinken? N.N., Rizinusöl 142. N.N., Uiberfütterung. N.N., Fother Gill. Den besonders in der Kindheit auftretenden Blattern sollte ein eigener Beitrag gewidmet werden, der letztlich jedoch anscheinend nicht veröffentlicht wurde, siehe: N.N. [Michael Hermann AMBROS], Erinnerungen von Seite des Verlegers der Bauernzeitung. In: GBAZ 30. Januar 1792.

setzten Stufe des menschlichen Lebenslaufs wurde die Würde des Alters mit Berichten über alte Menschen und ihren vorbildlichen Lebenswandel unterstrichen.<sup>89</sup> Hinsichtlich der Erziehung, die als stetig im Wandel begriffener, epochenspezifischer Transfer von einer Generation zur nächsten interpretiert wurde, wurden auch unterschiedliche Auffassungen zur gesunden Lebensführung<sup>90</sup> nicht verschwiegen. Frauenspezifische Aspekte blieben auf den ersten Blick in der Minderzahl und beschränkten sich interessanterweise teilweise auf heldenhafte, teils geschlechtsatypische Handlungen.<sup>91</sup> Allerdings muss hier auf die generelle Rolle der Frauen in der Kindererziehung<sup>92</sup> und in der häuslichen Gesundheitsfürsorge<sup>93</sup> hingewiesen werden. Spezielle Anweisungen für körperlich Behinderte bezogen die Autoren schließlich ein.<sup>94</sup>

Der praxisorientierte Wissenstransfer, der über die zweckfreie Wissensvermittlung<sup>95</sup> klar dominierte, ging prinzipiell von der Basis akkreditiert-ärztlicher Erfahrung und Expertise aus, eine Tatsache, die von diesen Autoritäten anerkannte „Volksheilmittel“<sup>96</sup> allerdings nicht ausschloss. Volksweisheiten<sup>97</sup> und Gebräuche<sup>98</sup> wurden ebenfalls kritisch untersucht. Dem Aberglauben trat das Medium in aufklärer Mission in jedem Fall entschieden entgegen.<sup>99</sup> Genauso verhielt es sich mit betrügerischen und/oder kommerziellen Machenschaften.<sup>100</sup> Insgesamt blieb die Lai-

- 
- 89 N.N., Graz den 12ten Jäner. In: GBAZ 13. Januar 1794 32 [Z]. N.N., Gratz. In: GBAZ 16. März 1795 168 [Z]. Für das Ideal des gesunden Alterns im Allgemeinen: N.N., Einige diätische Lebensregeln.
- 90 N.N., Aufmunterung zum Tanzen. N.N., Eine Operazion mit Magenbürsten. In: GBAZ 17. Oktober 1791. N.N., Donnerwetter 284. Zur sexuellen Aufklärung und zur Abhärtung: N.N., Gedanken über die Erziehung 448f.
- 91 N.N., Villach in Kärnthen. In: GBAZ 27. Oktober 1791: Über eine eifrige Feuerlöschgehilfin. N.N., Die Macht wahren Muttergefühls: Über die Rettung des eigenen Kindes. Zudem N.N., Schönheitsmittel. N.N., Rizinusöl 142f. (u. a. gegen Frauenleiden).
- 92 N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? – abschließend mit einer Beruhigung, wonach das Nicht-Säugen keine Krankheiten mit sich bringe, und einem Plädoyer für entsprechend ihrer Leistung remunerierte Ammen. J. A. J-e., An die Mütter Deutschlands – der Unterschrift nach von einer Frau, die nach der Ursache des Übels „forschte“, mitgeteilt. N.N., Uiberfütterung.
- 93 N.N., Mittel für Frauenzimmer, betrunkene Männer wieder nüchtern zu machen. Im negativen Sinn: N.N., Warnung vor unsichern Laxiermitteln.
- 94 N.N., Mittel, die Hühneraugen und Warzen bequem zu vertreiben 379: Ratschläge für „Krüppel“.
- 95 N.N., Erfindungen. Zergliederungskunst (Anatomie). In: GBAZ 23. August 1792 313.
- 96 N.N., Zahnweh. Buttermilch als Alternative zu den vorweg aufgezählten Kuren: N.N., Milch- und Molkenkuren. N.N., Sammlung und Aufbewahrung der Pflanzen. Negativ hingegen die selbst zubereiteten „Salben“: N.N., Quetschungen. Auch gegen exzessives Verlangen nach Aderlässen: N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 28. Juli 1791.
- 97 Bestätigend: N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791: „Nach dem Essen soll man stehen, oder tausend Schritte gehen“.
- 98 Mit einem negativen Urteil: N.N., Ursprung des vormaligen Gesundheittrinkens.
- 99 N.N., Das Hausmittel. N.N., Rettungsmittel wider das Aufblähen. N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 1. August 1791: „verhext“. N.N., Uiberfütterung: „von den Zwergen ausgetauscht ... behext, berufen, beschrien ... angeblasen, besaugt“ – mit allerlei pseudoreligiösen Gegenmitteln. N.N., Donnerwetter 277.
- 100 N.N., Lächerliche Wirkungen des Weins. In: GBAZ 7. Februar 1791. N.N., Von Präservativmitteln 28. Juli 1791: „Quaksalber“, „Materialisten“, „Oeltrager“. N.N., Warnung vor unsichern Laxiermitteln: „Theriakkrämer“. N.N., Bereitung eines guten süßen Weines GBAZ 27. Oktober 1791: „pfuschen“. Für die Skepsis gegenüber „Bauernärzte[n]“ bzw. „Bauerndoktor[en]“, gleichgesetzt mit

enschaft Befehlsempfängerin<sup>101</sup> der akkreditierten Heilkunde und wurde auf deren professionelle Kenntnisse<sup>102</sup> verwiesen. Größtenteils huldigend gestaltete sich auch ein Auszug über die Ärzteschaft aus Adolph Freiherrn von Knigges Standardwerk.<sup>103</sup> Nur in den seltensten Fällen wurde die Arzneiwissenschaft als rat- oder machtlos dargestellt<sup>104</sup> oder gar in rousseauistischer Manier<sup>105</sup> als naturwidrig abgewertet.<sup>106</sup> In ebenso rarer Weise diente die *Bauernzeitung* schließlich auch der Ärzteschaft selbst zur fachinternen Kommunikation.<sup>107</sup> Beispielsweise fand sich Johann Peter Franks Aufruf, Präparate einzusenden, um ein neu einzurichtendes „*Museum pathologicum*“ in Wien damit zu bestücken.<sup>108</sup>

Die Terminologie in der Beschreibung körperlicher Zustände entliehen die Verfasser nach wie vor der Säftelehre.<sup>109</sup> Die holistischen, schematischen Verknüpfungen zu den vier Temperamenten<sup>110</sup> und trockenen oder feuchten respektive heißen oder

---

„Quaksalbern“ und [!] auch mit dem Terminus „Vieharzt“: N.N., Rettungsmittel wider das Aufblähen. Spekulativ-ironisch: N.N., Magenbürsten.

- 101 Siehe für Schwächen in der Kommunikation zwischen Arzt und Leidenden sowie deren Angehörigen: N.N., Einfluß der Jahreszeiten. N.N., Etwas von Hypochondrie. In: GBAZ 24. Oktober 1791. Vgl. für den „Instanzenzug“ der Inanspruchnahme medizinischen Wissens von einer Verwandten und einem „Theriakkrämer“ über den „Dorf-Kirurgen“ bis zum „Amtsphisikus“ N.N., Warnung vor unsichern Laxiermitteln.
- 102 N.N., Milch- und Molkenkuren. N.N., Frühling GBAZ 28. April 1791. N.N., Ohnmachten. N.N., Uiber Kopfschmerzen. N.N., Reinlichkeit GBAZ 26. Mai 1791: „Zahnärzte“. N.N., Etwas zur Heilkunde. N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 28. Juli 1791 – hier auch zur moralischen Verpflichtung des akkreditierten Heilpersonals, das Wissen zu teilen. N.N., Tabak. N.N., Ists besser oder gesünder, den Kaffee unmittelbar aufs Essen, oder ein Paar Stunden nachher zu trinken? N.N., Kohlendampf GBAZ 26. Dezember 1791. N.N., Rizinusöl. N.N., Zahnweh 167. Für unaufgeklärten Widerstand: N.N., Uiberfütterung. Mit einer Warnung vor Verwechslungen von Symptomen: N.N., Mittel, die Hühneraugen und Warzen bequem zu vertreiben 380. N.N., Der wahre Trost im Unglück. In: GBAZ 11. Oktober 1792 417-419 und GBAZ 15. Oktober 1792 426f., hier 418. N.N., Krankenbesuche 504. N.N., Wirkung des Erdbades.
- 103 N.N., Betrachtungen über Aerzte. In: GBAZ 20. Oktober 1791 – allerdings auch mit Versatzstücken zu Inkompetenz, Profitgier (zusammen mit Apothekern und Chirurgen) und Theorielastigkeit. Scherzhaft-negativ: N.N., Als Arzt Murner starb. In: GBAZ 5. Dezember 1791.
- 104 N.N., Von verschlukten Kernen. N.N., Trost 427: gegenüber einem Laien, der sich als erfolgreicher „Seelenarzt“ im Fall einer Witwe erwies.
- 105 N.N., Modekuren und N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 28. Juli 1791: Medikamente als Auslöser „künstliche[r] Krankheit“. Vgl. Jean-Jacques ROUSSEAU, Emil[e] oder Über die Erziehung [1762]. Vollständige Ausgabe in neuer deutscher Fassung besorgt von Ludwig Schmidts (Paderborn/München/Wien/Zürich, 7. Auflage 1985) 30f.
- 106 Beispiele allgemeiner Kritik: Mild-philosophisch in Bezug auf die Individualität des Menschen: N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791. Ärzte als schlechtes Vorbild bei der Einhaltung ihrer eigenen, teils widersprüchlichen Ratschläge: N.N., Ueber das Lesen medizinischer Schriften. Gegen schlecht qualifizierte „Landwundärzte“: N.N., Quetschungen. Gegen theorielastige Fachvertreter: N.N., Einfluß der Jahreszeiten.
- 107 Dem komplexen Inhalt nach: N.N., Einfluß der Jahreszeiten. Zur Einschlägigkeit der Quelle nicht nur für Laien, sondern auch für „Aerzte, Wundärzte und Apotheker“: N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? GBAZ 4. August 1791.
- 108 Joh[ann] Peter FRANK, Ankündigung. In: GBAZ 15. Februar 1796.
- 109 N.N., Trunkenheit GBAZ 10. Februar 1791. N.N., Milch- und Molkenkuren. N.N., Einige diätische Lebensregeln. N.N., Bemerkungen über den Genus 482f.
- 110 N.N., Milch- und Molkenkuren. N.N., Tabak.

kühlen Qualitäten spielten eine bedeutende Rolle.<sup>111</sup> Zudem kamen einzelne Organe<sup>112</sup> ins Blickfeld, und vor allem die Nerven<sup>113</sup> erwiesen sich als wichtige Komponente. Sprachmetaphorisch betrachtet, tauchten mechanistische Vergleiche mit Maschinen<sup>114</sup> auf. In einigen Fällen konnten Personifizierungen<sup>115</sup> die Drastik der Aussagen erhöhen. Überhaupt dienten nicht selten Anekdoten und literarisch anmutende narrative Texte zur Verdeutlichung.<sup>116</sup> Hier können peripher auch die realen Krankengeschichten<sup>117</sup> genannt werden, die aus der ärztlichen Praxis stammten und Anamnese, Krankheitsverläufe sowie Genesungswege veranschaulichten. Einige Vergleiche kamen aus der alltäglichen Lebenswelt der Leserschaft,<sup>118</sup> während andere Erklärungsansätze mit der Autorität von Versuchen<sup>119</sup> operierten. Gesundheit wurde schließlich auch ideell mit Schönheit in Beziehung gesetzt.<sup>120</sup>

Die angesprochenen schematischen und allgemeingültig erscheinenden Elemente blieben schließlich nicht ohne Gegenpol. Die Individualität des Menschen<sup>121</sup> bildete nämlich ein starkes Gegengewicht zu den nivellierenden Ansätzen. Die menschliche Geselligkeit und die Gesellschaft im Allgemeinen trugen allerdings wesentlich zur Er-

111 N.N., Bemerkungen über den Genus 483.

112 Zusätzlich zum klassischen Viererschema und zum Magen etwa die Nieren: Ebd. 489.

113 N.N., Verhaltensregeln beim Tanzen. N.N., Trunkenheit GBAZ 10. Februar 1791. N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 28. Juli 1791. N.N., Ist es in grössern Städten nicht vortheilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? N.N., Tabak. N.N., Kohlendampf GBAZ 26. Dezember 1791. N.N., Mittel, die Hühneraugen und Warzen bequem zu vertreiben 378. N.N., Etwas vom Gefühle. In: GBAZ 8. Oktober 1792 410f., hier 411.

114 N.N., Trunkenheit GBAZ 10. Februar 1791. N.N., Schlaf GBAZ 21. Februar 1791. N.N., Einige diätische Lebensregeln. N.N., Betrachtungen über Aerzte. N.N., Von dem Kaffee 472.

115 N.N., Verhaltensregeln beim Tanzen: Mit dem Bild der stickigen Luft als einer „heimlichen Mörderin“. N.N., Frühling GBAZ 28. April 1791: „[D]er verführerische, veränderliche Frühling“. N.N., Reinlichkeit GBAZ 23. Mai 1791: Der „fressende Schmutz“. N.N., Herbst 365 und 363: Die „Falschheit“ der Jahreszeit als „ein gefährlicher Feind für die Menschen und ihre Gesundheit“.

116 N.N., Lächerliche Wirkungen des Weins: „Ein trunkener Charlatan“ trinkt eine Urinprobe anstatt sie zu untersuchen. N.N., Merkwürdige Wirkung des Schreckens. N.N., Gute Speisen. N.N., Verhärtung eines Geräderten. In: GBAZ 17. September 1792 362f. N.N., Der vergnügte Elende. In: GBAZ 24. Mai 1792 121. N.N., Trost. Ein fingierter Brief an einen Arzt: N.N., Hypochondrie. Für Nachrichtenmeldungen: N.N., Warnung vor unsichern Laxiermitteln. N.N., Villach in Kärnthen. N.N., Die Macht wahren Muttergefühls. Vgl. für eine Gedichtstrophe zur Gesundheit: N.N., Mädchenmoral. In: GBAZ 6. Dezember 1792 541f., hier 541.

117 N.N., Etwas von Scheintodten. Explizit als „Geschichte“: N.N., Von verschlukten Kernen. Als „Fall“: N.N., Fother Gill 416. Teils mit autobiographischer Färbung: N.N., Von Präservativmitteln.

118 N.N., Herbst 363: Zu Schwellung und Gefühlsmängeln feuchter Haut, die „man sehen kan, wenn man einen Theil des Körpers eine Zeitlang im Wasser hält“ – mit Analogien zur Schwächung der Sinne. N.N., Bemerkungen über den Genus 489: Vergleich eines zusammengepressten „ledernen Schlauch[es]“ mit dem überfüllten Magen.

119 Für die Befürwortung von Versuchen: N.N., Chinabaum. N.N., Von sparsamer Fütterung. N.N., Rizinusöl 143. Für die Erwähnung von Tierversuchen: N.N., Kohlendampf GBAZ 29. Dezember 1791. Konkret zur Erkennung gepanschten Weines: N.N., Anwendung des Bleies 550. Vgl. für die Kerzenprobe: N.N., Erddünste. Für die Rolle der frühen Chemie: N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 1. August 1791. N.N., Von dem Kaffee 473.

120 N.N., Aufmunterung zum Tanzen. N.N., Verhaltensregeln beim Tanzen. N.N., Schönheitsmittel.

121 N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791. N.N., Schlaf GBAZ 24. Februar 1791. N.N., Milch- und Molkenkuren. N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 1. August 1791. N.N., Ists besser oder gesünder, den Kaffee unmittelbar aufs Essen, oder ein Paar Stunden nachher zu trinken? N.N., Bemerkungen über den Genus 489.

haltung der Gesundheit bei.<sup>122</sup> Insbesondere die Reinlichkeit wurde auch als soziale, sittlich-moralische Verpflichtung wahrgenommen.<sup>123</sup> Gleiches galt für die Hilfeleistung in Extremsituationen.<sup>124</sup> Vorschriften zur Versicherung gegen Feuerschäden hatten naturgemäß eine volkswirtschaftliche Komponente.<sup>125</sup> Andererseits überwogen gesellschaftskritische Positionen, die sich gegen ungesunde Aspekte des Herdentriebes wandten.<sup>126</sup> Die gesellschaftliche Rollenverteilung kann abschließend ebenfalls im Hinblick auf die Verbreitung von Gesundheitswissen analysiert werden. Lateinische Zitate<sup>127</sup> und Pflanzen- oder Rezeptnamen<sup>128</sup> zeugten davon, dass sich die Anhänge primär an Gebildete und Eingeweihte richteten, die ihr erweitertes Wissen in einem weiteren Schritt an breitere Bevölkerungsschichten mitteilen sollten.<sup>129</sup> Sowohl den geistigen als auch den wirtschaftlichen Eliten wurde andererseits aber auch kritisch der Spiegel vorgehalten. Details ungesunder Lebensführung konnten vor allem in diesen sozialen Sphären festgestellt werden,<sup>130</sup> während der einfache „*Landmann*“<sup>131</sup> mit seiner naturgemäßen Lebensweise als verbrämtes und wohl auch paradox erscheinendes Ideal präsentiert wurde. Die geistliche Führungsrolle zeigte sich ebenfalls zwiespältig. Einerseits wurde die traditionelle priesterliche Funktion,<sup>132</sup> die im katholischen Sakrament der Krankensalbung verortet werden konnte, durchaus doppeldeutig betrachtet. Andererseits stellte die aufge-

122 N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791. N.N., Einige diätische Lebensregeln.

123 N.N., Reinlichkeit GBAZ 23. Mai 1791.

124 N.N., Die Erziehung der alten [!] Deutschen. In: GBAZ 9. Mai 1791. N.N., Trost 418.

125 N.N., Hochfürstliche Verordnung 158, 165f. – durchaus mit obrigkeitlichen Druckmitteln. NB. zudem, dass Kranke, die an ihrem Leiden selbst Schuld trugen, „sich selbst und andern lästig“ sein würden: N.N., Verhaltensregeln beim Tanzen. Vgl. für beruhigende Argumente auf der Basis der Statistik, jedoch auch für Mahnungen zur pflichtschuldigen Befolgung der anerkannten Vorsorgemaßnahmen: N.N., Donnerwetter 285.

126 N.N., Medizinisch-Oekonomische Beiträge GBAZ 13. Januar 1791. N.N., Trunkenheit GBAZ 10. Februar 1791: NB. hier auch Stereotype wie den alkoholisierten Seemann und leutselige Betrunkene, die sich „freigebig mit Grüßen gegen alle Juden und Bettler“ [!] zeigen würden. N.N., Ist es in grössern Städten nicht vorteilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen? – zur „Beruhigung mancher Mutter“ einleitend vor allem auch gegen „Moralisten“ und „Poeten“ als Konkurrenten der rationalen „naturwissenschaftlichen“ Medizin. Gegen die Mode: N.N., Modekuren. N.N., Einige diätische Lebensregeln. N.N., Hypochondrie. Für eine skeptische Haltung gegenüber der Lernwilligkeit des Publikums: N.N., Ueber das Lesen medizinischer Schriften. N.N., Bewährtes Mittel gegen die Hühneraugen. Vom Hrn. v. Willburg, Dr. der Chirurgie. In: GBAZ 20. Juni 1791. N.N., Rettungsmittel wider das Aufblähen. N.N., Krankenbesuche.

127 N.N., Trunkenheit GBAZ 14. Februar 1791. N.N., Gedanken über die Erziehung 450.

128 Überwiegend doppelt angegeben. N.N., Schlaf GBAZ 28. Februar 1791. N.N., Quetschungen. N.N., Von verschlukten Kernen. N.N., Champignons. N.N., Sammlung und Aufbewahrung der Pflanzen 206.

129 Für direkte Adressierungen an die Leserschaft: N.N., Frühling GBAZ 2. Mai 1791. N.N., Uiber Kopfschmerzen. N.N., Nuzen der Kirschen. Auf den Wunsch der Leserschaft hin abgehandelt: N.N., Ists besser oder gesünder, den Kaffee unmittelbar aufs Essen, oder ein Paar Stunden nachher zu trinken? Als historisches Beispiel für die Verantwortung der geistlichen und weltlichen Eliten: N.N., Zergliederungskunst.

130 N.N., Ist es in grössern Städten nicht vorteilhafter, wenn Mütter ihre Kinder nicht säugen?

131 N.N., Modekuren. Realistisch zur Unvereinbarkeit städtischen Lebens mit bäuerlichen Idealen: N.N., Einige diätische Lebensregeln.

132 N.N., Wie soll sich der Geistliche vor Anstekung sichern? Gegen aufgedrungene Hilfe in der „Pazientenstube“, die als „Heiligtum“ ein geschütztes Refugium sein sollte: N.N., Krankenbesuche 505.

klärte Predigt ein eindeutig positives Medium der Wissensvermittlung dar.<sup>133</sup> Die Religion und das göttliche Prinzip als solches galten ebenfalls uneingeschränkt als Trost und Stärkung.<sup>134</sup>

### 3. Vorschriften und Verlautbarungen

Außer ihrer belehrenden Funktion diente die Zeitung als Verlautbarungs- und Informationsmedium für beziehungsweise über das öffentliche Gesundheitssystem. Hierher gehörten zunächst Verordnungen der verschiedenen Verwaltungsebenen, die Ambros – wie alle offiziellen Verlautbarungen der Staatsinstanzen – als eine Art Service<sup>135</sup> zur Vervollständigung seines Blattes verstand. Thematisch stach die Vorsorge vor Feuersbrünsten hervor. Dieser Problematik waren mehrere umfangreiche, detailliert wiedergegebene Verordnungen gewidmet.<sup>136</sup> Eine andere Gruppe von Verlautbarungen enthielt Maßregeln und konkrete Vorschläge zum Umgang mit Seuchen.<sup>137</sup> Die Zulassungs- und Nostrifizierungsmodalitäten für Ärzte tangierten den Bereich der offiziellen Akkreditierung.<sup>138</sup> Eine grundlegende innerösterreichische Vorschrift betraf die Zahlungsverpflichtungen für die medizinische Versorgung Einheimischer und Fremder am Land.<sup>139</sup> Ausschreibungen von öffentlichen Stellen für Ärzte bildeten ebenfalls einen Aspekt der Aufrechterhaltung eines geordneten Gesundheitssystems.<sup>140</sup> Eine weitere Sorge galt der

133 V. a. N.N., Kanzel. Auch N.N., Wie soll sich der Geistliche vor Ansteking sichern? Vgl. für die persönliche Belehrung: N.N., Von Präservativmitteln GBAZ 1. August 1791.

134 N.N., Trost 426 – allerdings nur „für gewöhnlich Betrübte“, im gleichen Atemzug mit der „Philosophie“ genannt. Bzw. N.N., Die Macht wahren Muttergefühls. N.N., Der vergnügte Elende. N.N., Donnerwetter 284: Mit einem überaus positiven Gottesverständnis, das dem Gewitter wegen der wohlthätigen Wirkungen, die bis hin zur Zerstörung von „Maulwurfshäufen“ reichten, aber auch als Naturschönheit positive Züge abrang.

135 N.N. [Michael Hermann AMBROS], An das bekanntmachende Publikum. In: GBAZ 12. Dezember 1791. Die Bauernzeitung erlangte nie den Status eines offiziellen Amtsblattes, dieser blieb der Grätzer Zeitung vorbehalten, die in dieser Funktion bis dato [!] agiert.

136 N.N., Wien den 7. November. In: GBAZ 12. November 1792 491f. Insbesondere: GUBERNIUM STEIERMARK, Gubernialverordnung, in Betreff der Feuerordnung für sämtliche Städte und Märkte. In: GBAZ 13. Dezember 1792 558f., GBAZ 17. Dezember 1792 564-566, GBAZ 24. Dezember 1792 578-580, GBAZ 27. Dezember 1792 583, GBAZ 31. Dezember 1792 590-592. Vgl. Landstände Steiermark, Kurrende. In: GBAZ 22. Dezember 1794: Zur Ausschüttung von Hilfspgeldern bei „Feuer- Wetter- und Wasserschäden“ – siehe die Beispiele für Spendenaktionen für die Aktualität des Problems.

137 KREISAMT GRAZ, Kurrende von dem k. k. Grazer Kreisamte an sämentliche Werbbezirkskommissarien, Dominien und Magistraten. In: GBAZ 12. September 1791. V. a. Mitteilung eines Mittels gegen die Ruhr. GUBERNIUM STEIERMARK, Kurrenden vom k. k. Gubernium in Steyermark. In: GBAZ 17. April 1794. NB. N.N., Wien. In: GBAZ 7. Mai 1795 288 [Z]: Zur öffentlichkeitswirksamen Blatternimpfung einer Erzherzogin.

138 N.N., Wien den 7. November. In: GBAZ 12. November 1792 492.

139 GUBERNIUM INNERÖSTERREICH, Direktivregeln wegen dürftigen Kranken auf dem Lande. In: GBAZ 31. März 1791.

140 LANDESAUSSCHUSZ BÖHMEN, Glüksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 24. November 1794: Kreischirurg in Beroun (Beraun). GUBERNIUM STEIERMARK, Gubernial-Kundmachung. In: GBAZ 15. Juni 1795: Arztstelle in Altenmarkt im Brucker Kreis. GUBERNIUM STEIERMARK, Physikatsstelle zu vergeben. In: GBAZ 22. Juni 1795: Maribor (Marburg an der Drau). GUBERNIUM STEIERMARK, Physikats-Stelle zu vergeben. In: GBAZ 22. Oktober 1795: Hartberg. GUBERNIUM STEIERMARK, Erledigte Physikats-Stelle. In: GBAZ 21. März 1796: Hartberg. GUBERNIUM STEIERMARK, Kundmachung. In: GBAZ 9. Juni 1796: Physikats Mürzzuschlag, nach Abgang nach Hartberg. Vgl. auch: GUBERNIUM STEIERMARK, Nachricht. In: GBAZ 8.

Einschränkung des Handels mit potentiell giftigen Arzneimitteln.<sup>141</sup> In einer letzten, peripher einschlägigen Verlautbarung bestätigte die Grazer Stadtverwaltung nach einer Qualitätsprüfung bei den Flecksiedern, die auf deren eigenen Wunsch durchgeführt worden war, dass die Erzeugnisse sowohl gesund als auch appetitlich wären.<sup>142</sup>

Die Zeitung diente den Behörden jedoch nicht nur als Erfüllungsgehilfin. Beispielsweise fanden sich Jahresbilanzen der öffentlichen Krankenanstalten, aus denen zum Teil auch Behandlungsdaten chirurgischer und medizinischer Fälle hervorgingen.<sup>143</sup> Auch die Verrechnungssagenden der Grazer Armen- und Krankenanstalten für Logistik, Einkäufe sowie für diverse Dienste wurden aufgeschlüsselt und deren Ausschreibung angekündigt.<sup>144</sup> Diese Nachrichten können quasi als rudimentär-transparente Rechenschaft über die Leistung der medizinischen Polizei gelesen werden. Auch die Totenlisten des Magister Sanitatis, die fester Bestandteil jedes Anhangs waren, gaben nicht nur Daten zu sozialer Herkunft und Alter der Verstorbenen preis, sondern vermerkten auch Todesfälle in Armenstiftungen und zivilen sowie militärischen Krankenhäusern. Insbesondere Suizide oder Opfer von Unfällen wurden öffentlich bezeugt.<sup>145</sup>

In einigen Fällen spendeten die Behörden vorbildlichen Mitgliedern der Medizinalversorgung letztendlich öffentliches Lob und schufen dadurch Anreize für vergleichbare Leistungen. Dies geschah etwa vonseiten des Kreisamtes Celje (Cilli), das die Verdienste des lokalen Kreisphysikus würdigte.<sup>146</sup> Hierher gehörten auch Adelsstandserhebungen,

---

Februar 1796: Bestellung eines Stellvertreters für den Grazer Armenphysikus Scheller. GUBERNIUM STEIERMARK, Kundmachung. In: GBAZ 26. Oktober 1795: Einstellung eines neuen „Geburtshelfer[s]“ für die Armenpraxis.

- 141 LEOPOLD II., Patent. In: GBAZ 6. Oktober 1791. GUBERNIUM STEIERMARK, Kurrenden vom k. k. Gubernium in Steyermark. In: GBAZ 12. Juni 1794.
- 142 MAGISTRAT GRAZ, Erinnerung an das Publikum. In: GBAZ 25. April 1796 264 [Z].
- 143 K. K. Armen-Versorgungs-Anstalten-Direktion in Graz, Summarischer Ausweis, wie viele in das allgemeine Kranken- Gebähr- und Tollhaus zu Graz vom 1ten Jänner bis letzten Dezember 1793 sind aufgenommen worden, wie viele von diesen wieder entlassen und verstorben sind. In: GBAZ 27. Januar 1794 und Summarischer Ausweis, wie viele in das allgemeine Kranken- Gebähr- Toll- und Siechenhaus zu Graz vom 1. Jänner bis letzten Dezember 1794 sind aufgenommen worden, wie viel von diesen wieder entlassen worden, und verstorben sind. In: GBAZ 12. Januar 1795.
- 144 ARBEITSHAUS-VERWALTUNG, GUBERNIUM STEIERMARK, ARMENVERSORGUNGSDIREKTIONSKANZLEY, Erinnerung. In: GBAZ 20. April 1795.
- 145 Alle unter dem Titel „Verstorbene in Graz“, z. B.: GBAZ 19. Mai 1791: Tödliche Verletzung durch ein Pferd. GBAZ 11. Juli 1791: Ein Korporal, der „sich mit einer Muskete selbst erschossen“ hat. GBAZ 25. August 1791: Ertrunkener. GBAZ 1. September 1791: Ertrunkene „Wäschermagd“. GBAZ 8. Oktober 1795: Kohlendampfpfoper. GBAZ 15. Oktober 1795: Ertrunkenes Kind. GBAZ 26. November 1795: Selbsttötung eines Theologiestudenten. GBAZ 28. Januar 1796: „Schlagfluß im Ballhaus“. GBAZ 23. Mai 1796: Ertrunkenes Kind. Siehe zum Tod eines auswärtigen Juristen auch ein „Verzeichnis der von hier abgegangenen Fremden“ in GBAZ 9. Februar 1792 96: „... ist todt im Zimmer gefunden, und gerichtlich beschauet worden“. In Fremdenverzeichnissen wurde größtenteils die Gegenwart notabler Persönlichkeiten angezeigt; beispielsweise fand sich in GBAZ 30. Juni 1791 der folgende Eintrag: „[Name] Kreischirurgin von Bruk“. NB. letztlich auch die Begründung in einer Prodigalitätserklärung in MAGISTRAT FRIEDBERG, Bekanntmachung. In: GBAZ 18. Juli 1791: Hier wurde ein dem „Wahnsinn“ verfallener Bäcker als Verschwender für geschäftsunfähig erklärt.
- 146 KREISAMT CELJE (Cilli), Vom K. K. Kreisamte Zilli, den 14. Oktober 1791. In: GBAZ 20. Oktober 1791. Vgl. später für eine nicht offizielle Würdigung: N.N., Vaterländische Intelligenznachrichten ... Der ruhmvolle Arzt. Ein Beitrag zur Vaterlandsgeschichte. In: GBAZ 2. Januar 1792 6f.

die Mediziner betrafen;<sup>147</sup> die Ehrung von Siegern eines Preisausschreibens der Josephs-akademie war ebenfalls eine Meldung wert.<sup>148</sup> Abseits der Ärzteschaft fiel eine Auszeichnung für einen Fuhrmann auf, der eine vorbildliche Feuerwehrausrüstung unterhielt.<sup>149</sup>

#### 4. Private Spendenakquisition

Ambros machte die *Bauernzeitung* selbst auch zu einem Medium, in dem die Wohltätigkeit einen gewichtigen Platz einnahm.<sup>150</sup> Während des Türkenkriegs am Beginn der 1790er Jahre fand sich eine Anzeige, die vor allem Frauen zur Sammlung von Textilien aufrief, die als Verbandsmaterial im Allgemeinen Krankenhaus verwendet werden konnten.<sup>151</sup> Der privaten Anzeige eines kranken „*Hausarme[n]*“, der eine Familie zu versorgen hatte, bot das Medium ebenfalls ein breitenwirksames Forum zur Spendensammlung in eigener Sache.<sup>152</sup> Der Buchhändler Kienreich schaltete später Anzeigen, um einer unschuldig in Not geratenen und von „*Krankheiten*“ geplagten Familie zu helfen.<sup>153</sup> Für eine Gabe von mindestens sieben Kreuzern winkte den Spendenden eine Landkarte. Die detaillierte Aufstellung der einzelnen eingegangenen Spenden konnte den folgenden Blättern entnommen werden.<sup>154</sup>

In einer eigenen Initiative versprach der Zeitungsschreiber, Notleidende durch einen Teil seines Gewinns zu unterstützen.<sup>155</sup> In der „*Mutterstadt*“ der *Grazer Bauernzeitung* sollten demnach Spenden im Gegenwert von acht Jahresabonnements ausgeschüttet werden. Fünfzehn Gulden waren zur winterlichen Wohnbeihilfe für einen gebrechlichen oder kinderreichen Bürger vorgesehen, der vom Bürgermeister und drei

147 N.N., Erhebungen in den Adelstand. In: GBAZ 30. August 1792 330: Ein wohlthätiger Augenarzt an der Universität Cluj (Klausenburg). N.N., Adels-Erhebungen. In: GBAZ 8. Oktober 1792 411: Ein Wiener Medizinprofessor aufgrund seiner und seines Sohnes Verdienste.

148 N.N., Wien. In: GBAZ 4. Mai 1795 279 [Z].

149 N.N., Wien. In: GBAZ 5. Mai 1796 288 [Z].

150 Vgl. Jürgen WILKE, Von der Lotterie zur patriotischen Opfergabe. Vorstufen und Erscheinungsformen von Spendenkampagnen in der älteren Presse. In: Jürgen WILKE (Hg.), Massenmedien und Spendenkampagnen. Vom 17. Jahrhundert bis in die Gegenwart (= Medien in Geschichte und Gegenwart 26, Köln/Weimar/Wien 2008) 15-72, hier insb. 31-36 und 46f.

151 ALLGEMEINES KRANKENHAUS, Ersuchen um Kopey. In: GBAZ 3. März 1791. Vgl. für eine weitere Aktion: Michael [Hermann] AMBROS, An das mitleidige Publikum. In: GBAZ 6. September 1792 359f. [Z], hier 360. Für tatsächlich eingegangene Spenden einer Grazer Oberstleutnantsgattin und einer Gattin eines Militärbeamten: N.N. [Michael Hermann AMBROS], [Ohne Titel]. In: GBAZ 13. Januar 1794 32 [Z] bzw. GBAZ 3. Februar 1794 80 [Z].

152 N.N., Demüthigste Bitte eines erkrankten und sehr dürftigen Mannes um eine gnädige Aushilfe von seinen kummervollen Umständen. In: GBAZ 14. Juni 1792 171. Als Kontaktperson fungierte ein Priester. Anzeigen dieser Art wollte Ambros später ausdrücklich begünstigen, indem er sie kostenlos einzurücken gedachte: Siehe Michael [Hermann] AMBROS, Nachricht an das Steyermärkische Publikum. In: GBAZ 15. November 1792 498f.

153 [Johann Andreas] KIENREICH, Flehen an die öffentliche Wohlthätigkeit. In: GBAZ 13. November 1794 728 [Z].

154 N.N. [Johann Andreas KIENREICH], Fortsetzung des Verzeichnisses der milden Beiträge für die öfter erwähnte unglückliche Familie. In: GBAZ 24. November 1794 752 [Z], GBAZ 27. November 1794 760 [Z] und Fortsetzung des Verzeichnisses der für die öfter gemeldte unglückliche Familie in der Kienreichischen Buchhandlung eingegangenen, verrechneten, und abgelieferten milden Beiträge. In: GBAZ 1. Dezember 1794 777 [Z] sowie Fortsetzung der Beiträge für die bedürftige Familie. In: GBAZ 25. Dezember 1794 824 [Z].

155 N.N. [Michael Hermann AMBROS], Mein Dank. In: GBAZ 15. Dezember 1791 [Z].

Bürgern ausgewählt werden sollte. Einen gleich hohen Betrag bestimmte Ambros für eine schwangere Witwe, deren Anonymität gewahrt werden würde. Hier traf ein Gremium von fünf Frauen die Entscheidung. Die verbleibenden achtzehn Gulden waren für einen verarmten Beamten reserviert, der etwa durch „*längere Krankheit*“ dienstuntauglich geworden war. Die zuständige Kommission rekrutierte sich aus der Grazer Beamtenschaft. Die ehrgeizigste Aktion lief jedoch nach dem Stadtbrand in Bruck an der Mur, der unter anderem auch zahlreiche treue Zeitungsabonnenten getroffen hatte, im Jahr 1792 an.<sup>156</sup> Basierend auf dem Stoff der Anhänge des Jahres 1791, also auch unter Einschluss gesundheitsrelevanter Materien,<sup>157</sup> produzierte der Journalist eine polyhistorisch angelegte Sammlung unter dem Titel *Abendmüsse zum Nutzen und Vergnügen für beide Geschlechter*. Der Verkaufserlös einer Tranche dieser Auswahl und erwünschte zusätzliche Spenden sollten in weiterer Folge in der Zeitung – zumindest mit chiffrierten Angaben – transparent dokumentiert<sup>158</sup> werden. Nicht nur Grazer und Steirer waren aufgerufen, sondern auch Kaufleute, die gerade auf der Messe weilten.<sup>159</sup> Abschließend vergaß Ambros nicht, zu betonen, dass seine Aktion die staatliche Akkreditierung erhalten hatte. Später ergänzte er ausdrücklich, dass „*eigentlich keine öffentliche Sammlung, noch weniger ein offenes Protokoll*“ für individuelle und korporative Spenden bei ihm eingerichtet waren.<sup>160</sup> Als Erfolg konnte Ambros schließlich die Summe von 66 Gulden und drei Kreuzern verbuchen, von denen zwei Drittel aus den ungarischen, böhmischen und österreichischen Ländern eingelangt waren.<sup>161</sup>

156 AMBROS, An das mitleidige Publikum. Aus der Nachricht ging (ebd. 360) auch hervor, dass zuvor schon „die abgebranteten Klöcher“ durch „Extrablätter“, die eine Summe von 51 Gulden lukriert hatten, unterstützt worden waren.

157 Siehe vor allem den Inhalt des zweiten Bandes bei N.N. [Michael Hermann AMBROS], Für die unglücklichen Brugger. In: GBAZ 24. September 1792 380f.: Diätetisches.

158 Spendenlisten fanden sich in folgenden Nummern: GBAZ 10. September 1792 368 [Z]. GBAZ 13. September 1792 376 [Z]. GBAZ 17. September 1792 384 [Z]. GBAZ 20. September 1792 392 [Z]. GBAZ 24. September 1792 380 – z. B. auch unter Beischluss eines „rührenden“ Begleitschreibens und von einem ehemaligen weiblichen Brandopfer. GBAZ 27. September 1792 408 [Z]: Mit engagierter Beteiligung eines Lehrers und eines Pfarrers. Letzterer besorgte regelmäßig auch Arzneien und Verpflegung für Kranke in seiner Gemeinde. GBAZ 1. Oktober 1792 416 [Z]. GBAZ 4. Oktober 1792 424 [Z]. GBAZ 15. Oktober 1792 448 [Z]. GBAZ 1. November 1792 488 [Z]. GBAZ 19. November 1792 528 [Z]. Vgl. für die meist monotonen Überschriften, die hier aus Platzgründen nicht wiedergegeben wurden, die angrenzenden Fußnoten.

159 Die Bauernzeitung sollte also auch ein Faktor in der überregionalen Spendenakquisition sein. Siehe für einen weiteren, geographisch weit gefassten Ansporn dieser Art N.N. [Michael Hermann AMBROS], Für die verunglückten Brugger. In: GBAZ 1. Oktober 1792 416 [Z]: Hier betonte Ambros zudem, dass die Wohltätigen auch mit Hilfe rechnen durften, falls ihnen etwas Vergleichbares zustoßen würde. Die Zahlungsmodalitäten mittels „Diligence oder durch Anweisungen“ erleichterten die Vernetzung zusätzlich. Vgl. für das Mitgefühl angesichts der eigenen Schwierigkeiten im Laufe des Jahres 1792, in dem die Zeitung kurzfristig verboten war, N.N. [Michael Hermann AMBROS], Für die verunglückten Brugger. In: GBAZ 19. November 1792 528 [Z].

160 N.N. [AMBROS], Für die unglücklichen Brugger 380. Letzteres war bei der Konkurrenz, in Leykams Komptoir, der Fall. Für das Misstrauen gegenüber spontanen Aktionen und Bettelei: N.N., Hochfürstliche Verordnung 159, 165.

161 N. N. [AMBROS], Für die verunglückten Brugger 528 [Z]. Für die Übergabe an den Grazer Bürgermeister als Mittelsmann letztendlich N.N. [Michael Hermann AMBROS], Empfangschein. In: GBAZ 26. November 1792 544 [Z]. Siehe noch für weitere Schadensfälle, bei denen sich Ambros nicht direkt einbrachte, jedoch Raum in den Anhängen zur Verfügung stellte: Maria Anton Körper, An die Herrn Pfarrer im Lande. In: GBAZ 19. November 1795: Bitte des Stadtpfarrers um Teilnahme an der dezidiert interkonfessionellen Unterstützung für die an ihrem Unglück schuldlosen Brandop-

## 5. Das akkreditierte Heilpersonal

Die ausführlichsten Anzeigen medizinischer Dienstleistungen stammten naturgemäß von durchreisenden Ärzten, die ihre Dienste vorstellten beziehungsweise anpriesen. Ein Wiener Zahnarzt, der am Ende des Jahres 1795 in Graz weilte, listete ausführlich sein Repertoire auf, das im Ziehen, Regulieren, Füllen und Reinigen von Zähnen bestand. Überdies fabrizierte er Prothesen und kümmerte sich um die Schmerztherapie.<sup>162</sup> Am weitschweifigsten verbreiterte sich jedoch der Wiener Mediziner, Chirurg und Augenarzt Baron le Febur über sein Können bei Heilungen von Augen- sowie Ohrenkrankheiten und Brüchen. Bei seiner Ankunft aus den ungarischen Ländern, wo er zuletzt gewirkt hatte, ließ er eine ausführliche Mitteilung einschalten,<sup>163</sup> in der er seine Dienstleistungen nicht nur für die zahlende Kundschaft, sondern auch für Mittellose ankündigte. Die Angebote des nach vier Jahren wieder die „Hauptstadt Innerösterreichs“ beehrenden Arztes umfassten sowohl Anerkanntes als auch Innovativ-Experimentelles. Darunter befanden sich beispielsweise ein „Augenwasser“, ein Tabakpräparat, Brillen sowie Glasaugen oder auch „Urinrichter“ für Inkontinente, universitär geprüfte Bruchbänder und insbesondere für Soldaten geeignete Bruchpolster. Einige Zeit nach seiner ersten Meldung geriet der Neuankömmling in Rivalität zu einem Grazer Kollegen, die eindrucksvoll publizistisch ausgetragen wurde. Franz Siegerist, der landschaftliche „Augen- Gehör- und Brucharzt“, hielt dem Konkurrenten entgegen, eine feste Praxis in Graz zu betreiben, sofern er nicht in offiziellem Auftrag Arme am Land versorgte. Diese Gepflogenheiten stellte Siegerist explizit den Reisepraktiken anderer Heilkundiger gegenüber. Dabei vergaß er nicht, anzudeuten, dass sich die Konkurrenz dadurch wohl negativen Konsequenzen ihrer Methoden entziehen könnte. Neben seiner Erfahrung und seiner offiziellen Akkreditierung betonte er zudem, einen Lohn nur im Fall der Genesung zu verlangen, überdies rügte er den Verschleiß von Universalmedikamenten und stellte den bedürftigen Kranken auch noch Kost und Logis während ihrer Behandlung in Aussicht. Angaben zu seinem Bruchbändersortiment, das Produkte englischer Machart einschloss, rundeten das Inserat ab.<sup>164</sup> Febur ließ in weiterer Folge vor allem seine Heilerfolge für sich sprechen und teilte diese von Zeit zu Zeit mit.<sup>165</sup> Außerdem benachrichtigte er das Publikum, dass er „neue Gehör-Maschinen“<sup>166</sup> auf Lager hatte. Eine letzte

---

fer in der steirischen Kleinstadt Friedberg. N.N., Ballnachricht. In: GBAZ 19. November 1795: Ein Grazer Benefizmaskenball für die Friedberger Brandopfer. GUBERNIUM STEIERMARK, Bekanntmachung edler Handlungen. In: GBAZ 24. März 1796: Spendensammlung für einen erdrutschgeschädigten Bauern im Judenburger Kreis durch Nachbarn, den Fohnsdorfer Pfarrer und die Fohnsdorfer Schülerschaft.

- 162 Johann ASCH(N)ER, Nachricht an das Publikum. In: GBAZ 1. Oktober 1795. Für die Verlängerung des Aufenthaltes und mit Angaben über Hausbesuche und Armenbehandlungen: Johann ASCH(N)ER, [Ohne Titel]. In: GBAZ 16. November 1795 530 [Z], Nachricht. In: GBAZ 3. Dezember 1795.
- 163 Baron LE FEBUR, Beschluß der in der Zeitung abgebrochenen Nachricht vom Herrn Baron le Febur. In: GBAZ 18. August 1794.
- 164 Franz SIEGERIST, Anzeige. In: GBAZ 25. August 1794.
- 165 Baron Le FEBUR, Graz den 7. [sic!] September. In: GBAZ 4. September 1794, Graz den 15. September. In: GBAZ 15. September 1794, [Ohne Titel]. In: GBAZ 2. Oktober 1794 631 [Z]: NB. auswärtige Geheilte etwa aus der südlichen Steiermark – hier auch Angaben über die weitere Reiseroute über Maribor (Marburg an der Drau), Ptuj (Pettau) und Varaždin (Warasdin) nach Zagreb (Agram).
- 166 Baron LE FEBUR, Graz den 7. September.

Anzeige<sup>167</sup> zu seiner Ware ließ vermuten, dass auch er mit Konkurrenz zu kämpfen hatte, fühlte er sich doch bemüßigt, darauf hinzuweisen, dass seine innovativen, robusten und erprobten Bruchbänder aus englischen Präzisionsteilen gefertigt und Funktionstests unterzogen worden waren. Daher waren sie billigen Imitaten überlegen. Nicht zuletzt versprach der Fachmann Serviceleistungen, die unter seiner Adresse in Buda (Ofen) eingefordert werden konnten.

In zwei Anzeigen lokaler Provenienz wurden medizinische Dienstleistungen<sup>168</sup> und Krankenpflegedienste<sup>169</sup> offeriert. Außerdem wurden auch spezialisierte Dienstleistungen in Wien beworben, nämlich eine Möglichkeit für Arme, sich im Allgemeinen Krankenhaus Staroperationen zu unterziehen,<sup>170</sup> und das „geistliche Wiener Krankeninstitut“,<sup>171</sup> das sowohl Anstaltspflege als auch Geldzahlungen für Priester bot. Zudem verlautbarte das Heilpersonal über die Zeitung aktualisierte Kontaktdaten für Leidende. Beispielsweise verständigte eine Hebamme Hilfesuchende über ihren Wohnungswechsel.<sup>172</sup> Ein Wundarzt, der ebenfalls seinen Standort verändert hatte, gab sogar noch detaillierter Auskunft über seine Erreichbarkeit. Demnach konnte bei Notfällen in der Nacht „die Glocke beym Barbierladen“ betätigt werden.<sup>173</sup>

Die Verkaufsanzeigen, die sich auf Verkäufe von Ordinationen bezogen, gewährten Einblicke in den Besitz der Praktiker, der zum Teil ausgedehnte Realitäten inkludierte.<sup>174</sup> In Ausnahmefällen gaben die Anzeigen den Kaufinteressenten auch Aufschluss über die allgemeine medizinische Versorgungslage im unmittelbaren geographischen Umfeld.<sup>175</sup> Ähnliches galt für Apotheken, die sich ebenfalls nicht selten in beachtlichen Immobilien befanden und benachbarte Grundstücke einschlossen.<sup>176</sup>

167 Baron LE FEBUR, Graz den 15. September.

168 HOFSTÄTTER, Anzeige für Kranke. In: GBAZ 16. Juni 1796. Es handelte sich vor allem um Hilfeleistungen bei Augenproblemen.

169 N.N., Bekanntmachungen in Auszügen aus andern Landesblättern ... Vermischte Anzeigen. In: GBAZ 5. November 1795.

170 VON BART, Anzeige. In: GBAZ 18. April 1791. Siehe für eine ähnliche Meldung über kostenlose Augenbehandlungen in Wien: Barth, Schmidt, Vaterländische Intelligenznachrichten ... Vermischte Anzeigen. In: GBAZ 10. November 1791.

171 GEISTLICHES WIENER KRANKENINSTITUT, Vaterländische Intelligenznachrichten ... Vermischte Anzeigen. In: GBAZ 10. November 1791.

172 Anna KONSTANTIN, Nachricht. In: GBAZ 2. April 1795.

173 SWETH, Nachricht. In: GBAZ 23. April 1795.

174 N.N., Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 9. Januar 1794. N.N., Bekanntmachungen in Auszügen aus andern Blättern. In: GBAZ 4. Dezember 1794. Jos[eph] FRANBERGER, Nachricht. In: GBAZ 19. Februar 1795: Inklusive Apotheke. N.N., Haus sammt Baders-Gerechtigkeit zu verkaufen. In: GBAZ 13. April 1795: Detto und Auffistung der Anspruchsberechtigungen auf Naturalien; direkt vermittelt über das Komptoir. N.N., Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 9. Mai 1796: Mit Apotheke. Ohne genauere Angaben: Johann Heim, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 3. April 1794. Für den Verkauf von Berechtigungen: MAGISTRAT GRAZ, Edikt. In: GBAZ 31. Januar 1791. Maria Anna Gerschebek, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 15. Dezember 1794: Mit Fachliteratur und „Instrumenten“. GUBERNIUM STEIERMARK, Chirurgisches Jus zu vergeben. In: GBAZ 27. April 1795.

175 N.N., Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 1. Dezember 1794. GUBERNIUM STEIERMARK, Chirurgisches Jus.

176 N.N., Apotheke in Paks [in Ungarn]. In: GBAZ 19. Juli 1792 243. Franz Xav[er] Fürst, Haus- und Apotheke in Judenburg. In: GBAZ 2. August 1792 275f. Johann BONOZA, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 15. Mai 1794. Dominikus TOSOLT, Haus sammt Apotheker-Gerechtig-

Schließlich bildete die *Bauernzeitung* auch ein Forum, das genutzt werden konnte, um Stellengesuche überregional kursieren zu lassen. So wurde ein junger, in Buda (Ofen) akkreditierter Wundarzt dem Publikum vorgestellt.<sup>177</sup> Ein weiterer Bewerber, der seine Ausbildung am Josephinum in Wien genossen hatte und bereits über Erfahrung im militärischen Sanitätsdienst verfügte,<sup>178</sup> vertraute ebenfalls der Breitenwirkung des Mediums Zeitung. Ein Wiener Wundarzt, der auch seine „Soft Skills“ als Musiker sowie seine Sprachkenntnisse betonte, suchte letztlich eine Bedienstung in einem adeligen Haushalt.<sup>179</sup> Angebote ließen sich nur für Lehrlinge bei einem Wundarzt<sup>180</sup> und bei einem Apotheker<sup>181</sup> feststellen.

## 6. Gesundheit und Kommerz

Die Gesundheit als Objekt der Kommerzialisierung trat naturgemäß nicht nur unter akkreditierten Fachleuten auf. Weitere Beispiele bereitete die Vermarktung tatsächlich oder mutmaßlich gesundheitsfördernder Arznei- und Lebensmittel.

Mittel aller Art wurden durchaus nicht nur an spezifisch medialen Orten offeriert. Die „*Lebensessenz*“ des Augsburger Arztes Johann Georg Kiesow<sup>182</sup> war genauso bei einem Kaufmann erhältlich wie Karmeliter-Melissegeist<sup>183</sup> bei einem seiner Konkurrenten. In der Ausschreibung zur Versteigerung eines Warenlagers wurde den „*Medikamenten*“ ihr Platz unter anderen Spezereiartikeln zugewiesen.<sup>184</sup> Eine Krämerin, die auch Reinigungsdienste anbot, vertrieb nicht nur „*Türkische Saife*“ zur Fleckentfernung, sondern auch reinigendes „*unverbesserliches Zahnpulver*“ sowie „*ein ganz neues Arkanum*“ für lockere Zähne.<sup>185</sup> Bei einem Kaufmann und Kaffeehausbesitzer in Varaždin (Warasdin) konnte die Kundschaft etwa auch eine Pferdearznei erstehen.<sup>186</sup> Ambros selbst, der sich wie der vorgenannte Händler auf eine breite Resonanz stützen konnte, machte sich um den Vertrieb eines in Wien staatlich und universitär geprüften sowie bereits durch die *Wiener Zeitung* dem Publikum vorgestellten Kropfgegenmittels verdient, das sowohl Mensch als auch Tier wohlfeile Heilung verschaffte. Ehrgeizig übernahm er die postalische Versendung nicht nur in die Steiermark, sondern auch nach Innerösterreich und in die benachbarten Länder.<sup>187</sup> Andererseits zeichnete eine Apotheke als Verschleißstelle

---

keit wird feilgebothen. In: GBAZ 2. Juni 1794. Vgl. auch N.N., Apotheke zu verkaufen. In: GBAZ 13. August 1792 296; Nur mit einem Hinweis auf den großen Einzugsbereich.

177 FRAGAMT BUDA (Ofen), Vaterländische Intelligenznachrichten ... Vermischte Anzeigen. In: GBAZ 10. November 1791.

178 Johann JANDL, [Ohne Titel]. In: GBAZ 22. Dezember 1791.

179 N.N., Glücks-Anzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 3. März 1796.

180 N.N., Nachricht. In: GBAZ 26. März 1795 – Vermittlung über das Komptoir.

181 N.N., Ein Apotheker-Lehrjunge wird gesucht. In: GBAZ 21. August 1794 536 [Z].

182 Andreas GRIESZLER, Nachricht. In: GBAZ 13. Januar 1791.

183 Barth[o]l[o]m[äus] AKHERL, Aus Steyermark. In: GBAZ 27. Oktober 1791. Siehe ohne genauere Angaben auch N.N., Kräutelwein zu bekommen. In: GBAZ 23. Oktober 1794.

184 HERRSCHAFT GLEINSTÄTTEN, [Ohne Titel]. In: GBAZ 16. Februar 1795 104 [Z].

185 Josepha HANHART, Anzeige. In: GBAZ 4. Januar 1796.

186 Anton Ernest PERCKO, Avertissement. In: GBAZ 19. Dezember 1791.

187 N.N. [Michael Hermann AMBROS], Für die Menschheit äußerst wichtige Nachricht. In: GBAZ 13. Januar 1794. Danach zahlreiche weitere Annoncen, z. B.: GBAZ 14. Juli 1794 [unter dem gleichen Titel]. Siehe für den Einbezug der am Grazer Jahrmarkt weilenden Kaufleute, also für zusätzliche Katalysatoren zur Verschickung der Latwerge: N.N. [Michael Hermann AMBROS], Die Urlische

für Parfum und Spirituosen verantwortlich.<sup>188</sup> Ein anderer Apotheker führte ein „[c] *heimisches Mittel*“ zur Ungeziefervertilgung, das für Menschen nicht nur unbedenklich sein sollte, sondern geradezu ein „*mehr heilsames*“ Präparat darstellen würde.<sup>189</sup> Dezierte Universalmittel traten letztendlich kaum ins helle Licht der Zeitungsöffentlichkeit. So blieb die Anzeige für ein Präparat, das seine Wirkung gleichermaßen gegen Blutverunreinigungen, Zahnschmerzen, Krämpfe, Geschlechtsleiden, Potenzschwierigkeiten, Ausschlag, Frauenleiden und Gliederschmerzen entfaltete und im Komptoir der *Preßburger Zeitung* angeboten wurde, singulär.<sup>190</sup>

Abfüllungen aus diversen Heilquellen waren vor Ort ebenfalls in einer „Specerei-handlung“ beheimatet.<sup>191</sup> Der direkte Verkauf von „*Mineralprodukten*“ aus dem böhmischen Bílina (Bilin) in die ungarischen Länder ohne Mitwirkung des vorherigen Monopolisten aus Bratislava (Preßburg) bezeugte konkret den überregionalen Vertrieb von Heilwassererzeugnissen.<sup>192</sup> Ein „*Wundersalz*“ aus Füred, dessen Wirkung von Chemikern in Pest getestet worden war und das die Zulassung durch die Behörden in Buda (Ofen) erlangt hatte, verstand sich als wesentlich billigerer Ersatz für das Glaubersalz.<sup>193</sup> Freilich langten auch Inserate für Aufenthalte an anerkannten oder neu entdeckten Heilquellen ein. Das „*Gesundheitsbaad*“ in Laško (Tüffer) lockte mit Bewirtung sowie „*Unterkunft*“ und versprach „*gute Qualität*“ sowie „*Reinlichkeit*“.<sup>194</sup> Hinsichtlich des Heilwassers in Tatzmannsdorf konnte auf äußerliche und innerliche Anwendungsmöglichkeiten verwiesen werden, und auch hier wurde für das leibliche Wohl und Übernachtungsmöglichkeiten Sorge getragen.<sup>195</sup> Eine Quelle in Töplice (hier Terpovische Töplize) im Komitat Varaždin (Warasdin) linderte die „*Schwäche der Nerven, der Glieder, des ganzen Körpers*“, Krämpfe sowie Hysterie und Hypochondrie. Hier waren nicht nur die Infrastrukturen für Beherbergung und Verpflegung gegeben, sondern auch ausgedehnte Unterhaltungsfazilitäten vorhanden, wie der Komitatsphysikus, also eine anerkannte Autorität, mitteilte.<sup>196</sup>

Neben diesen tatsächlichen und mutmaßlichen Mitteln fiel auch die Verknüpfung von primären Genussmitteln mit Gesundheitsaspekten auf. Ein Wiener Chocolatier führte in seinem Sortiment unter anderem eine „*Gesundheits-Chiokolade*“, die bereits

---

Kropflatwerge. In: GBAZ 8. September 1794. Für die Modalitäten einer tatsächlichen Versendung des „in Commission“ vertriebenen Heilmittels nach Timișoara (Temeswar): N.N. [Michael Hermann AMBROS], Einige Erinnerungen von Seite des Verlegers dieser Zeitung. In: GBAZ 26. März 1795 192 [Z]. Für das Auslaufen der Dienstleistung: Michael Hermann AMBROS, Nachricht. In: GBAZ 18. April 1796.

188 FABRIK ZU ST. HELENA, Nachricht. In: GBAZ 6. Juni 1791.

189 APOTHEKE ZUM GOLDENEN HIRSCHEN, Nachricht. In: GBAZ 31. März 1794 208 [Z]. Für Anfragen aus Lapánca (Lapancza) und Baja (Frankenstadt) in Ungarn aufgrund der Anzeige [!], die an die betreffende Apotheke weitergeleitet wurden: N.N. [Michael Hermann AMBROS], Einige Erinnerungen von Seite des Verlegers auf verschiedene Veranlassungen. In: GBAZ 12. Mai 1794.

190 PRESZBURGER-ZEITUNGSKOMPTOIR, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 21. August 1794.

191 DAVIDISCHE SPECEREIHANDLUNG, Gesundheits-Wässer. In: GBAZ 6. Juni 1796.

192 PR. HERZOG RAUDNITZ FÜRST LOBKOWIZISCHE INDUSTRIE- UND KOMMERZDIR-EKZION, Nachricht. In: GBAZ 21. April 1791.

193 Jos[eph] OESTERREICHER, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 12. Juni 1794.

194 HERRSCHAFT TÜFFER, Nachricht. In: GBAZ 1. Mai 1794.

195 HERRSCHAFT BERNSTEIN, Nachricht. In: GBAZ 23. Mai 1796.

196 Johann Bapt[ist] LALANGUE, Nachricht. In: GBAZ 15. Mai 1794.

durch die Wiener Zeitung eingeführt worden war und Furore gemacht hatte.<sup>197</sup> Eine Taverne bei Oberdrauburg wartete „mit [dem] *besten und gesunden Wein*“ auf, der im Rahmen einer Versteigerung in größerer Menge abgegeben wurde.<sup>198</sup> In der Gegend um Ptuj (Pettau) wurden sogar allgemein Weine „*von bester und sehr gesunder Qualität*“ für die Gastronomie und den privaten Konsum angepriesen.<sup>199</sup> Von Grazer Seite fielen in diesem Zusammenhang mehrere Anzeigen für einen gesundheitsfördernden Kaffee auf, der offensichtlich abführend und Schleim lösend wirkte, Eigenschaften, die sowohl das Steiermärkische Gubernium, als auch die Niederösterreichische Verwaltung und die Wiener Medizinische Fakultät bestätigten.<sup>200</sup> Nicht zuletzt erwies sich auch der „*Geschmack*“ als hervorragend. Abgesehen von werbenden Elementen enthielten die Annoncen zudem die Preise für zwei Qualitäten und detaillierte Dosierungshinweise. Später rühmte der Anbieter noch die besonders wohltuende Wirkung seines Produktes auf den weiblichen Organismus.<sup>201</sup> War früher vor allem noch von Rabatten für Kommissionäre die Rede, so musste nun<sup>202</sup> eine exklusive, strikte Akkreditierung gegen unberechtigte Plagiate Platz greifen. Eine eigene Anzeige diente wohl der Verteidigung des Produkts gegenüber abschätzigen Urteilen.<sup>203</sup> Im Rahmen einer harschen Kritik an einer konkurrierenden Gesundheitskaffeeanzeige in der *Grätzer Zeitung* verwies der Beschwerdeführer auf die Bestätigung der Ungefährlichkeit des eigenen, in Wien ersonnenen, aus Zucker hergestellten Fabrikats und zitierte überdies eine autoritative Würdigung „*des Salzburger Intelligenzblattes*“.

Abseits der Genussmittelherstellung warb ein Wiener Perückenmacher für eine innovative, lebensechte sowie leichte Perücke, indem er ihre vor Erkältungen schützende Wirksamkeit für Glatzköpfe und Soldaten im Winter betonte.<sup>204</sup> Wieder befüllbare sogenannte „*Feuerfläschl*“ sollten unter anderem in der Nacht erwachenden Kranken Licht spenden.<sup>205</sup>

## 7. Annäherungsversuche an das persönliche Gesundheitsbewusstsein

Letztendlich interessiert auch die beiläufige Erwähnung von gesundheitlichen und hygienischen Aspekten in Privatanzeigen. Diese Beobachtungen könnten ein Mosaik-

197 Johan SCHÄTZL, Anzeige. In: GBAZ 20. August 1792 310.

198 MISZ BRUCKEN TAFERN, Wein-Lizitation. In: GBAZ 23. Mai 1791.

199 HERRSCHAFT EBENSFELD, Weinverkauf. In: GBAZ 14. Juni 1792 172.

200 Franz Xav[er] FRIK, Karl MOLITOR, Ankündigung, Des Levant oder mit Zucker gebreuten türkischen Wirtschafts- und Gesundheits-Koffee. In: GBAZ 4. Juni 1792 148.

201 Erstmals bei Johann Georg STÖHR, Erinnerung des auf ganz besondere Art zubereiteten Türkischen Gesundheits- und Wirtschaftskaffees. In: GBAZ 9. Oktober 1794.

202 Johann Georg STEHR, Ankündigung des auf ganz besondere neu erfundene Art zubereiteten Levantiner Gesund- und Wirtschaftskaffee. In: GBAZ 31. März 1794 – ab hier auch mit Berücksichtigung der Gutachten der Grazer medizinisch-chirurgischen Schule und des Kreisamtes. Johann Georg STÖHR, Erinnerung des auf ganz besondere Art zubereiteten Türkischen Gesundheits- und Wirtschaftskaffees. In: GBAZ 9. Oktober 1794, GBAZ 9. März 1795 152 [Z], GBAZ 18. Februar 1796.

203 [Johann G.] STÖHR, [Karl] MOLITOR, An das hochschätzbare Publikum. In: GBAZ 2. August 1792 275. Anscheinend gegen den zuvor Mitunterzeichneten Frik gewandt. Vgl. zuletzt noch kurz: Frau [!] FRICK, Bekanntmachungen in Auszügen aus andern Blättern. In: GBAZ 1. Dezember 1794.

204 Karl WETSCHORRECK, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 16. Januar 1794. NB. Die Krise des Gewerbes nach 1789.

205 N.N., Nachricht. Ganz neuer und bestens gefertigter Feuerfläschl. In: GBAZ 30. Mai 1791. N.N., Erinnerung an die Herren Abnehmer der Feuerfläschchen. In: GBAZ 18. August 1791.

steinchen zur Fragestellung liefern, inwiefern im ausgehenden 18. Jahrhundert von einem rudimentären Gesundheitsbewusstsein gesprochen werden kann, und ob die oben angesprochene Popularisierung von Wissen um die Gesundheit Wirkung zeigte. Unter den Heiratswilligen<sup>206</sup> spielten die eigene Gesundheit und jene der Umworbene eine Hauptrolle. Neben der wirtschaftlich-finanziellen Lage und der moralischen Prinzipientreue bildete der gesundheitliche Zustand geradezu eine Konstante. So beschrieben sich Suchende als gesund,<sup>207</sup> und auch als Suchkriterium<sup>208</sup> tauchte diese erwünschte Kerneigenschaft auf. In eine ähnliche Richtung,<sup>209</sup> die allerdings hauptsächlich auf die physische Attraktivität abzielte, bewegten sich die Andeutungen über körperliche Vorzüge beziehungsweise die Forderungen<sup>210</sup> nach diesen Attributen.

- 206 Die 33 Anzeigen der sogenannten „Anbiether und Anbietherinen“ wurden grundsätzlich kostenlos eingerückt, siehe N.N. [Michael Hermann AMBROS], Heuraths-Anträge und Gegen-Anträge. In: GBAZ 30. Januar 1794. Ihre allgemeine Ausführlichkeit unterscheidet sich wohl deswegen von jener der anderen, kostenpflichtigen Annoncen in diesem Abschnitt. Siehe für die üblichen Inseratpreise N.N. [Michael Hermann AMBROS], Einige Erinnerungen von Seite des Verlegers dieser Zeitung auf verschiedene Veranlassungen. In: GBAZ 17. April 1794: Kleinanzeigen mit zwei Wiederholungen: 34 kr., „größere“ und Edikte: 51 kr. Die Anzeigen standen unter der immer gleichen, hier bereits zitierten Rubrikenüberschrift (lediglich mit unwesentlichen orthographischen Abweichungen). In weiterer Folge werden daher die Zeitungsdaten ausreichen. Zusätzliche Titel wurden dann zitiert, wenn mehr als eine Annonce geschaltet war. Insgesamt sah Ambros sein Engagement – vergleichbar mit den anderen gemeinnützigen Aktionen – als „wohlthätige[s] Institut“ und zeitgemäße, neue Möglichkeit der Heiratsanbahnung sowie zur Erlangung der „Glükseligkeit“. Die Heiratsannonce hätte sich mittlerweile etabliert und das „schädliche Vorurtheil“, dass lediglich Immobilienangelegenheiten, Geldgeschäfte, Viehverkäufe oder Stellenanzeigen geziemende Inhalte abgaben, verdrängt, siehe GBAZ 13. März 1794. Ab dieser Grundsatzklärung waren die Annoncen auch nummeriert. Später argumentierte der Herausgeber noch mit dem „erlaubte[n] [!] wohlfeile[n] Mittel der Publizität“, das er dubiosen Kuppeleien gegenüberstellte, siehe GBAZ 17. März 1794. Der ausdrückliche Aufruf an ledige und verwitwete Frauen, sich (über Mittelsmänner) an das Komptoir zu wenden, zeugte von einem eklatanten Männerüberschuss. Siehe für den Appell: N.N. [Michael Hermann AMBROS], Anmerkung des Verlegers. In: GBAZ 24. März 1794. Vgl. zur scherzhaften Reflexion der Beiträge einen fingierten Antrag in Versform, der insbesondere alle körperlichen und gesundheitlichen Ideale ins Gegenteil verkehrte und die Zentralität Mammons hervorhob: N.N., Nr. 10. Heurathsantrag eines jungen Kriegers. In: GBAZ 17. April 1794 – hier zeigte sich auch der generell launige Stil der Zeitung.
- 207 Explizite Selbstdefinition ausschließlich bei Männern: GBAZ 2. Januar 1794. GBAZ 10. April 1794. N.N., Nr. 9. In: GBAZ 17. April 1794. GBAZ 24. April 1794. GBAZ 5. Mai 1794. GBAZ 7. Juli 1794. GBAZ 10. Juli 1794. GBAZ 28. August 1794. GBAZ 22. Juni 1795.
- 208 Die singuläre Forderung einer Frau, in diesem Fall einer Witwe: GBAZ 24. März 1794 – NB. auch: „von gutem Humor“. N.N., Nr. 9: Suche nach einer Gattin „ohne körperlichen Schaden“. GBAZ 26. Mai 1794. GBAZ 7. Juli 1794. GBAZ 14. Juli 1794. GBAZ 28. August 1794: „vollkommen gesund“. GBAZ 22. Juni 1795: „gut gebaut, gesund“.
- 209 Bei Frauen: N.N., Heuraths-Anboth. In: GBAZ 6. Januar 1794. GBAZ 27. Januar 1794. GBAZ 30. Januar 1794. N.N., Nro. 4. In: GBAZ 17. März 1794. GBAZ 22. Mai 1794 – für GBAZ 14. April 1794. GBAZ 13. November 1794.  
Bei Männern: N.N., Heuraths-Antrag. In: GBAZ 6. Januar 1794: „ohne körperlichen Fehler“. N.N., Heuraths-Anboth. In: GBAZ 13. Januar 1794 – eine Sammelanzeige für sieben Steirer. N.N., Heuraths-Anboth. In: GBAZ 13. Januar 1794. GBAZ 16. Januar 1794. GBAZ 20. März 1794: „ohne mindesten Defekt“. GBAZ 10. April 1794. GBAZ 14. April 1794: „ohne körperliche Gebrechen“. N.N., Nr. 9. GBAZ 24. April 1794. GBAZ 14. Juli 1794. Franz Bruderhofer, Heuraths-Anträge und Gegen-Anträge. In: GBAZ 16. Oktober 1794. GBAZ 22. Juni 1795.
- 210 Bei Frauen eingefordert: N.N., Für das Mädchen von 24 Jahren. In: GBAZ 30. Januar 1794. GBAZ 20. März 1794. GBAZ 10. April 1794: Forderung von mittelmäßigen [!] Eigenschaften. GBAZ 14. April 1794. N.N., Nr. 9. GBAZ 26. Mai 1794. GBAZ 7. Juli 1794. [Franz] BRUDERHOFER, Heuraths-Anträge und Gegen-Anträge. In: GBAZ 31. Juli 1794. GBAZ 28. August 1794. BRUDER-

Ein interessierter Zeitungsleser erkundigte sich bei einer Antragstellerin explizit, ob sie „Leibesfehler“ aufweisen und die Kondition für Reisen mitbringen würde. Im zweiten, allgemein gehaltenen Teil der Anzeige verlangte er, um sich ein Bild machen zu können, Bildzuschriften, deren Wahrheitsgehalt er danach persönlich zu überprüfen gedachte.<sup>211</sup> Eine Konkurrentin der adressierten Antragstellerin wurde daraufhin nicht nur mit den geforderten Eigenschaften charakterisiert. Der Vermittler, der die Anzeige für sie arrangiert hatte, bescheinigte ihr im gesellschaftlichen Umgang sogar eine geradezu maskuline „Standhaftigkeit“.<sup>212</sup> In zwei Anfragen wurde zudem speziell das Überstehen der Blattern ohne unschöne Narbenbildung ausdrücklich thematisiert.<sup>213</sup> In einem Fall wurde auch der Heimatort eines Heiratskandidaten, eine ungenannte Stadt bei Wien, als „gesunder Ort“<sup>214</sup> gerühmt. Hinsichtlich des Alters fiel die Formulierung einer Witwe auf, die mit „über 40“ fühlte, dass sie „bereits die Hälfte“ ihrer „Laufbahn zurück gelegt“ hätte.<sup>215</sup> Ein 44-Jähriger, der sich seines unüblichen Heiratsalters bei rationaler Betrachtung ebenfalls bewusst war und in der Heirat „wahres Erdenglück“ ersehnte, stellte neben anderen, bescheidenen Forderungen „nur gute Gesundheit des Körpers und der Seele“ in den Vordergrund.<sup>216</sup> Ergänzend kann noch eine Nachricht zitiert werden, die sich auf eine Wiener Heiratsstiftung bezog. Um das Startkapital von zweihundert Gulden zu erlangen, mussten nicht nur Altersgrenzen eingehalten und Kenntnisse in der Haus- und Landwirtschaft nachgewiesen werden. Die Gesundheit beider Eheleute gehörte nämlich ebenfalls zu den Bedingungen.<sup>217</sup>

In den übrigen Anzeigen, die zumeist auf äußerste Kürze bedacht waren, kamen gesundheitliche Aspekte bloß sehr selten vor. Im Zuge einer Veräußerung in Maribor (Marburg an der Drau) wurde 1791 beispielsweise ausdrücklich auf die Feuerfestigkeit eines Hauses hingewiesen.<sup>218</sup> Im gleichen Jahr wurde eine mustergültige Woh-

---

HOFER, Heuraths-Anträge. GBAZ 22. Juni 1795: „gut gebaut, gesund“.

Für die einzigen diesbezüglichen Vorstellungen einer Witwe: GBAZ 13. November 1794.

- 211 N.N., Für das Mädchen von 24 Jahren – gemeint war die Anzeige N.N., Heuraths-Anboth. In: GBAZ 6. Januar 1794.
- 212 N.N., Nro. 4. Da sich eine Portraitsitzung am Land als unmöglich erwies, sollte übrigens gleich ein direktes Treffen Klarheit verschaffen.
- 213 GBAZ 20. März 1794: Von der Wunschkandidatin wurde verlangt, dass sie „schon geblattert“ hatte. In der Selbstbeschreibung eines Werbers: N.N., Nr. 9.
- 214 GBAZ 9. Januar 1794.
- 215 N.N., Nro. 6. In: GBAZ 24. März 1794. Altersunterschiede beanspruchten insgesamt wenig Gewicht. Der konkrete Fall einer Erbin, die wie hier einen Partner für den Fortbestand eines Betriebes suchte, blieb nicht singulär. Auch Männer suchten durchaus nach älteren Frauen und Witwen, wenn diese entsprechende Vermögensverhältnisse aufwiesen, siehe etwa GBAZ 10. April 1794.
- 216 GBAZ 14. Juli 1794.
- 217 LANDESREGIERUNG NIEDERÖSTERREICH, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 28. August 1794. Die angehenden Ehemänner mussten auch die Militärdienstbefreiung genießen. Vgl. für zeitgenössische regulatorische, populationistische (und letztlich protoeugenische) Steuerungsversuche von ärztlicher Seite v.a.: Johann Peter FRANK, System einer vollständigen medicinischen Polizey. Erster Band. Von Fortpflanzung der Menschen und Ehe-Anstalten, von Erhaltung und Pflege schwangerer Mütter, ihrer Leibesfrucht, und der Kindbetterinnen in jedem Gemeinwesen (Wien, 3. Auflage 1786) 275-342. Vgl. für eine lokale Stiftung, die alle fünf Jahre weiblichen Verwandten zugute kam und sonst den Barmherzigen Brüdern zur Krankenversorgung zustand: GUBERNIUM Steiermark, Erledigte Georg Weiß'sche Stiftung von 120 fl. zu einem Heurathsgut für ein armes Mädchen. In: GBAZ 16. April 1795.
- 218 N.N., Haus-Verkauf. In: GBAZ 3. Februar 1791.

nung in der Grazer Gries-Vorstadt als „*licht, trocken, und ganz bequemlich*“ angepriesen.<sup>219</sup> Ein Gebäude, das in der Grazer Jakomini-Vorstadt zum Verkauf stand, bot zur Mitte der 1790er Jahre die beruhigende Annehmlichkeit eines Blitzableiters.<sup>220</sup> Ein Zimmer im ebenfalls suburbanen Lend-Viertel verfügte gar über die „*gesündeste Luft*“.<sup>221</sup> Nicht nur Immobilien selbst, sondern auch deren Umfeld konnte als Anlass für das Argument gesunder Wohnverhältnisse dienen. So lag der St. Johannhof zwischen Maribor (Marburg an der Drau) und Ptuj (Pettau) „*in einer ... gesunden Gegend*“.<sup>222</sup> Eine letzte Meldung kontrastierte das zeitgenössische Ideal mit der rückständigen Realität. Bei Maria Hilf außerhalb der Grazer Innenstadt stand nämlich ein Haus mit eigenem Garten und Kegelbahn zum Verkauf, das zwar über „*keine Senkgrube*“ verfügte, jedoch als Alternative „*das sehr bequeme Feuerbachel*“ für Entsorgungszwecke in seiner Nähe vorzuweisen hatte.<sup>223</sup>

Im Hinblick auf Dienstleistungen können weiters einige wenige Beispiele aus dem privaten Erziehungswesen ins Treffen geführt werden. Eindeutig positionierte sich beispielsweise ein Lehrer im niederösterreichischen Obergrünbach bei Göpfritz, der seine Dienste auch privat anbot und Kostkinder aufzunehmen gedachte.<sup>224</sup> Sein breites Repertoire umfasste nicht nur die allgemeine Schulbildung inklusive naturkundlicher sowie ökonomischer Realfächer und den Musikunterricht in Streich- und Blasinstrumenten sowie im Gesang, sondern auch „*eine physische und moralische Erziehung nach den Regeln der besten und neuesten Erziehungsschriften des Lokes, Salzmannes und besonders des Revisionswerkes*“.<sup>225</sup> Abseits des formalen Curriculums standen überdies „*pädagogische Spiele, und gimnastische Uebungen*“ sowie körperlich anspruchsvolle „Arbeit“ auf dem Programm. In einer Grazer Anzeige ähnlichen Zuschnitts fiel aus gesundheitlicher Perspektive insbesondere das Versprechen auf, die Kost für die zu verpflegenden Kinder „*reinlich*“ zuzubereiten.<sup>226</sup> Die Vorzüge „*einer gesunden und angenehmen Gegend*“<sup>227</sup> erwarteten schließlich die Kostkinder im vor den Toren von Graz gelegenen Geidorf. Die Suche nach einem „*Erzieher*“, der nach den Prinzipien

219 N.N., Wohnung in Bestand zu verlassen. In: GBAZ 21. Juli 1791.

220 VARENA, Bekanntmachungen in Auszügen aus andern Landesblättern ... Haus zu verkaufen. In: GBAZ 23. Dezember 1795.

221 N.N., Zimmer für Mannspersonen. In: GBAZ 24. März 1794.

222 Johann E. v. ZINZENFELS, Viktoria E. v. ZINZENFELS, Antrag zum Verkauf des St. Johannhofes im Untersteyer. In: GBAZ 22. September 1791.

223 N.N., Haus zu verkaufen. In: GBAZ 9. April 1795.

224 Lorenz REIF, Nachricht. In: GBAZ 11. Juni 1792 164.

225 In diesem Zusammenhang kann an folgende zwei Schriften gedacht werden: [Peter] VILLAUME, Von der Bildung des Körpers in Rücksicht auf die Vollkommenheit und Glückseligkeit der Menschen, oder über die physische Erziehung insonderheit. In: [Joachim] H[einrich] CAMPE (Hg.), Allgemeine Revision des gesammten Schul- und Erziehungswesens von einer Gesellschaft praktischer Erzieher 8 (Wien/Wolfenbüttel 1787) 211-492. Salzmann wurde insbesondere durch seine Kampagne gegen die Unkeuschheit bekannt, siehe vor allem Christian Gotthilf SALZMANN, Über die heimlichen Sünden der Jugend (Leipzig, 3. Auflage 1799), Erstauflage 1785. – Hiezu auch wiederum Villaume, neben anderen, im Revisionswerk: [Peter] VILLAUME, Ueber die Unzuchtsünden in der Jugend. Eine gekrönte Preisschrift. In: [Joachim] H[einrich] CAMPE (Hg.), Allgemeine Revision des gesammten Schul- und Erziehungswesens von einer Gesellschaft practischer Erzieher 7 (Wolfenbüttel 1787) 1-308. Auch Lockes unten zitierte Abhandlung erschien im Revisionswerk in deutscher Übersetzung. Gleiches galt für Rousseaus Emile.

226 N.N., Nachricht. In: GBAZ 18. September 1794 600 [Z].

227 N.N., Nachricht. In: GBAZ 19. Mai 1796.

Lockes unterrichtete und daher wohl die Gesundheitsfürsorge sowie die physische Erziehung berücksichtigte,<sup>228</sup> bewegte sich letztendlich wahrscheinlich in die gleiche Richtung.<sup>229</sup>

Interessanterweise unterstrichen auch zwei Dienstsuchende, die direkt über das Komptoir vermittelt wurden, ihren hervorragenden Gesundheitszustand.<sup>230</sup> Ein Grazer Bittsteller, der sich in akuter Armutsgefahr befand, führte nicht nur seine Schreib-, Rechen- und Lateinkenntnisse ins Treffen, sondern postulierte auch, „*immer gesund*“ gewesen zu sein, um eine Stelle als Schreiber mit entsprechendem Gehalt zu erlangen.<sup>231</sup> Ein bereits erfahrener Schreiber mit Windisch- und Musikverständnis definierte sich ebenfalls über seine robuste Gesundheit.<sup>232</sup> Auf der Arbeitgeberseite betonte ein potentieller Dienstgeber, dass sein zukünftiger Diener nicht dem Alkohol zusprechen dürfte.<sup>233</sup>

## 8. Zusammenfassung und Ausblick

Die im Vergleich zu anderen Wissensgebieten durchaus häufigen gesundheitspezifischen Aufsätze in den Zeitungsanhängen erreichten eine beachtliche Bandbreite. Der Zeitungscharakter brachte aktuelle Bezüge, aber auch widersprüchliche Aussagen mit sich. Inhaltliche Schwerpunkte konnten in der Prävention und in der Fürsorge für Kinder erkannt werden. Die Gesundheit wurde dabei prinzipiell als physischer, psychischer und sozialer Zustand interpretiert. Sprachlich und konzeptionell gesehen dominierten schonungslose Offenheit gegenüber den behandelten Fragestellungen sowie althergebrachte Ordnungsschemata. Erzählende Momente standen neben nüchterneren Mitteln der Wissensvermittlung. Verbindungslinien führten in Kontexte der Ökonomie, Religion, Naturkunde, Moral und Ästhetik. Aspekte des Heilens wurden überwiegend der professionellen Sphäre der akkreditierten Heilkunde, die den Ausgangspunkt und das anerkennende oder verwerfende Nadelöhr des Wissenstransfers verkörperte, zugeschrieben. Lediglich Notfallmaßnahmen und einfache, sichere Substanzen standen auch der Laienschaft zu. Die Quellen für diese Ausführungen stammten – sofern sich dies direkt oder indirekt nachvollziehen ließ – überwiegend aus dem deutschen Sprachraum. Schweden, Russland, Italien, die Niederlande, anglo- sowie frankophone Nachweise und außereuropäische Bezüge waren zwar wahrnehmbar, blieben jedoch mehr oder weniger marginal. Personell griffen die Autoren der Beiträge insbesondere auf Autoritäten des 18. Jahrhunderts zurück, einen weiteren chronologischen Schwerpunkt bildete die Antike.

Die in der *Bauernzeitung* veröffentlichten Vorschriften und Verlautbarungen zeugten einerseits vom Bestreben der Behörden, kontrollierend einzugreifen und zu reglementieren. Andererseits zeigten sich jedoch auch Facetten der öffentlichen Berichter-

228 John LOCKE, Gedanken über Erziehung [1693], übersetzt und hg. von Heinz WOHLERS (= Klinkhardts Pädagogische Quellentexte, Bad Heilbrunn, 2. Auflage 1966) 8-24.

229 N.N., Erbschaftseinberufungen und andere Glückesbotschaften. In: GBAZ 21. November 1791. Eigentlich eine Anzeige aus Wien.

230 Vgl. für verpflichtende Gesundheitsatteste etwa die Ausschreibungen für Aufnahmen an der Theresianischen Militärakademie für Niederösterreich und Krain: LANDSTÄNDE NIEDERÖSTERREICH, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 24. März 1794 bzw. LANDSTÄNDE KRAIN, Glücksanzeigen verschiedener Gattung. In: GBAZ 1. Mai 1794.

231 N.N., Dienstsuchender. In: GBAZ 30. Juni 1794.

232 N.N., Dienstsuchender. In: GBAZ 21. Juli 1794.

233 N.N., Nachricht. In: GBAZ 5. Mai 1794.

stattung über die zum Wohl der Bevölkerung erbrachten Leistungen. Die damit verbundene Transparenz musste Ambros selbst insbesondere dann gewährleisten, wenn er sich daran machte, die überregionale Position der *Bauernzeitung* in den Dienst der Wohltätigkeit zu stellen. Die behördliche Genehmigung spielte hier eine wesentliche Rolle und bildete auch eine Klammer zu den Anzeigen des Heilpersonals und der Kaufmannschaft. Neben Qualität und Quantität des Leistungsumfangs beziehungsweise des Produkts kam es nämlich nicht zuletzt auch auf die offizielle Anerkennung an. Allerdings zeugten jene Anzeigen, die nicht mit diesem Sanctus aufwarteten, und dennoch die Aufnahme in die Öffentlichkeit der Zeitungsbeilagen erwirkt hatten, von der Macht des Marktes und der Vermarktung. Die kommerziellen Anzeigen für Heil- und Genussmittel standen dabei sogar zum Teil im Widerspruch zu jenen Standpunkten, die in den Aufsätzen im Sinne eines Bildungsauftrags vertreten wurden.

Die beiläufigen Bezüge zur Gesundheit insbesondere in Heiratsannoncen könnten bei aller Vorsicht für einen grundsätzlich hohen Stellenwert der Gesundheit ins Treffen geführt werden. Die sowohl auf der Angebotsseite als auch auf der Seite der Nachfrage angesprochene Sorge für eine auch körperlich-gesundheitliche Erziehung reflektierte eventuell eine allgemeine Aufbruchsstimmung in diese Richtung zumindest in den höheren Schichten. Vor allem die privaten Wohnungsannoncen spiegelten hingegen die Kluft zwischen Wollen und Wirklichkeit wider. Um diese Einzelbeobachtungen zu stützen, müsste die Evidenz freilich quantitativ erweitert werden.

Die Position der *Bauernzeitung* oszillierte summa summarum also zwischen gemeinnütziger Bildung und Vermarktung. Diese teilweise verschränkten Kontexte und die Vielzahl der ihnen zuzurechnenden Materien verdienen es, in weiteren Medien analysiert zu werden. Insbesondere Zeitungen mit einer langen Lebensdauer, wie etwa das *Wiener Diarium* oder auch die *Grätzer Zeitung*, könnten – anders als die relativ kurzlebige *Bauernzeitung*, die nur Momentaufnahmen bieten konnte – auch historischen Wandel respektive Kontinuitäten veranschaulichen.

### **Autoreninformation**

Andreas Golob, Mag. & Dr. phil., Historiker, Mitarbeiter des Universitätsarchivs der Karl-Franzens-Universität Graz, Universitätsplatz 3/TG, 8010 Graz. Email: an.golob@uni-graz.at.

---

Markus Oppenauer

# Die 1968er-Bewegung – Eine Diskontinuität in der historischen Entwicklung der Homöopathie in Österreich?

---

## Summary

This article describes how conceptual resources from the 1968 movement, especially from the anti-psychiatric movement, can be fruitfully used to shed light on the history of the homeopathic project in Austria in the late 20<sup>th</sup> century. In concreto, the paper first presents a case study about an Austrian physician and homeopath. On the basis of this example the process of establishing a modern homeopathic infrastructure in Austria will be analyzed in the context of its wider social and cultural environment. In addition to that the paper also introduces the historiographical framework of recent debates on the subject in the general history of medicine. By addressing some similarities and the potential mutual transfer of concepts between the anti-psychiatric movement of the 1960ies and 1970ies and the homeopathic movement in general, this paper aims at contributing to a historically informed debate on the development of homeopathic projects in Austria and Europe in the second half of the 20<sup>th</sup> century.

## Keywords

Austria, late 20<sup>th</sup> century, Gernot Vielkind, revolution of '68, anti-psychiatric movement, homeopathy, medical staff, historiography of medicine

## 1. Einleitung

Obwohl in der letzten Zeit verschiedene Anstrengungen unternommen wurden, sich mit der Geschichte der Homöopathie in Österreich auseinander zusetzen, ist nach wie vor ein empfindlicher Mangel an Überblickswerken und Detailanalysen, vor allem hinsichtlich der Zeit nach 1945, zu konstatieren<sup>1</sup>. Die vorliegende Arbeit stellt daher einen Versuch dar, die Entwicklung der österreichischen Homöopathie in einem spezifischen historischen Kontext, nämlich während der Phase der Protestbewegungen in den 1960er und 1970er Jahren, zu untersuchen und damit den geschichtswissenschaftlichen Diskurs zu diesem Themenkomplex um einen weiteren Aspekt zu ergänzen.

Der erste Teil der folgenden Untersuchung bringt ein Fallbeispiel, in dem mittels der Methode der „Oral History“ versucht wird, mögliche Parallelen oder Überschneidungen

---

1 Ein fundierter historischer Beitrag, der als wichtige Basis für weitere Studien bezeichnet werden kann, ist der bei der Tagung der Liga der Homöopathie 2003 in Graz vorgestellte Sammelband: Sonia HORN (Hg.), Homöopathische Spuren. Beiträge zur Geschichte der Homöopathie in Österreich (Wien 2003).

zwischen dem beschleunigten Institutionalisierungsprozess der homöopathischen Bewegung in den 1960ern beziehungsweise 1970ern und den kulturellen und sozialen Umwälzungen jener Periode herauszuarbeiten.<sup>2</sup> Exemplarisch soll dies am Beispiel der Ausbildungszeit des Allgemeinmediziners und Homöopathen Dr. Gernot Vielkind geschehen, dessen Studienzeit, medizinhistorisch betrachtet, in jenen Zeitabschnitt fiel, in welchem etliche Initiativen auf akademischer Ebene einen Aufschwung der holistischen Heilmethoden, insbesondere der Homöopathie, einleiteten. Anhand dieser Vorgangsweise sollen Bereiche und Entwicklungen, die auf gewisse Wechselwirkungsprozesse zwischen der homöopathischen Bewegung und der 1968er-Bewegung in Österreich verweisen, identifiziert werden. Die anschließende detaillierte Entfaltung des aus dem Fallbeispiel herausgearbeiteten Untersuchungsfeldes, bildet den Orientierungsrahmen für den zweiten Teil dieses Beitrages. Ausgehend von dieser Fallstudie und unter Berücksichtigung adäquater Fachliteratur, Artikeln und Quellen soll für folgende These argumentiert werden:

Der dynamisierte Institutionalisierungsprozess der Homöopathie in Österreich in den 1960ern und 1970ern kann als Teil eines generellen Trends in der medizinischen Landschaft, der eine Demokratisierung beziehungsweise Humanisierung des Arzt/Ärztin—Patient/in Verhältnisses anstrebte, beschrieben werden. Die wechselseitigen Transferprozesse zwischen dem allgemeinen Gesundheitssystem, insbesondere der Homöopathie und der Antipsychoiatriebewegung, verdeutlichen diesen strukturellen Wandel innerhalb medikalen Kultur Österreichs.

Im letzten Abschnitt dieses Beitrages zum Strukturwandel innerhalb der medizinischen Landschaft Österreichs während des letzten Drittels des 20. Jahrhunderts erfolgt eine Zusammenschau der Thesen, die einen kritischen Blick auf rezente Entwicklungen und Prozesse erlaubt. Diese Thematisierung der *Schanierfunktion* der 1960/70er für die heutige medizinische Landschaft in Österreich soll vor allem den Institutionalisierungskontext der homöopathischen Bewegung erhellen und nicht zuletzt die Leser und Leserinnen für rezente Probleme und Fragestellungen im medizin-historischen Diskurs sensibilisieren.

## 2. Eine Geschichte: Dr. Gernot Vielkind. Ein Weg zur Homöopathie<sup>3</sup>

Gernot Vielkind (Jahrgang 1943) wurde in Salzburg geboren. Seine Mutter – eine der Naturheilkunde zugewandte Allgemeinmedizinerin - ordinierte in einer dem Familienhaushalt angeschlossenen Praxis. Hier ergaben sich erste Berührungspunkte für ihn mit seinem späteren Tätigkeitsbereich beziehungsweise, wie er es formuliert, seiner „*Berufung*“. Des Weiteren erinnert sich Vielkind an die intellektuelle Begeisterung seiner Mutter für die Lehren von Paracelsus, die in gewisser Weise den Orientierungsrahmen für ihre eigene ärztliche und weitere wissenschaftliche Tätigkeit bildeten. Ein anderer

2 Die kontemporäre Medizingeschichtsschreibung identifiziert in ihrem historischen Zugang Medizin als kulturelles Produkt. Die konsequente Weiterführung dieses Ansatzes führt schließlich zur Forde-  
 rung der Historisierung und Kontextualisierung medizinischer Methoden und Praktiken. Vgl. Norbert PAUL/Thomas SCHLICH (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven* (Frankfurt am Main 1998).

3 Im Folgenden beziehen sich meine Ausführungen, wenn nicht anders angegeben, auf das Interview mit Dr. Gernot Vielkind vom 18. 12. 2008. Die autorisierte Transkription des Interviews befindet sich im Besitz des Autors. An dieser Stelle möchte ich mich noch einmal bei Herrn Dr. Vielkind für sein unermüdetes Engagement bei diesem Projekt bedanken.

Kontakt mit medizinischen Heilmethoden beziehungsweise Behandlungspraktiken ergab sich für ihn durch regelmäßige Mitarbeit in der veterinärmedizinischen Praxis seines Onkels, die in einer ländlich geprägten Ortschaft im Großraum Salzburg angesiedelt war. Nach der Matura ermutigte die Mutter ihren Sohn Medizin zu studieren. Vielkind wollte jedoch, nach eigenen Angaben, kein „*Protektionsbeispiel*“ sein und so entschloss er sich im Jahre 1964 in Wien Medizin zu inskribieren und sich später in dieser Umgebung um eine Ordination zu bemühen. Er wollte keinesfalls als Profiteur des wissenschaftlichen Netzwerkes seiner Familie gelten, die im Raum Salzburg etliche angesehene und einflussreiche Personen umfasste. Von Beginn an widmete er sich neben seinem Studium einer breiten Palette an Wissenschaften, wie Psychologie, Philosophie sowie Kybernetik, und stieß hierbei auch unter anderem auf naturheilkundliche Therapiemethoden.<sup>4</sup>

Bei dieser Beschäftigung mit einem breiten Spektrum an Gegenstandsbereichen kam Vielkind auch mit der Antipsychiatriebewegung der 1960er und 1970er und hier insbesondere mit den Studien von Franco Basaglia und Ronald D. Laing in Berührung. Die theoretischen Konzeptionen dieser beiden Wissenschaftler und das Studium der Programme anderer Akteure im Rahmen dieses Projektes<sup>5</sup> beeinflussten seine weitere wissenschaftliche Laufbahn nachhaltig:

*„Eine wichtige Persönlichkeit war Ronald D. Laing, „The Divided Self“ (1960), der die Psychiatrie reformiert hat. Vielleicht steht er auch mit Franco Basaglia in einem Zusammenhang, der in Italien erreichte, dass Ende der 80er alle Psychiatrieanstalten geschlossen und die Leute einfach durch Psychotherapie ambulant behandelt wurden, was ein durchaus soziales Gedankengut ist. Utilitarismus nach Jeremy Bentham; das größte Glück der größten Zahl! Das war auch die Ideologie, der ich nachgehängt war dass möglichst viele Leute in den Genuss von möglichst vielem kommen.“<sup>6</sup>*

Im Anschluss an diese Ausführungen über frühe Einflüsse und medizinischen Orientierungen soll nun das allgemeine Verlaufsmuster des Studiums von Gernot Vielkind sowie die sozialen, kulturellen und auch politischen Rahmenbedingungen eingegangen werden. Zunächst lässt sich festhalten, dass seine Ausbildungszeit keineswegs derjenigen eines „typischen“ 68er-Studenten<sup>7</sup> entsprach. Trotz seiner Bekanntschaften mit linken und revolutionären Studenten und einiger Aufenthalte in der Frankfurter Szene der späten 60er Jahre kann Vielkind nicht als Anhänger einer studentischen Gegenkultur im engeren Sinne bezeichnet werden. Seinen Ausführungen zufolge widmete er sich seinem Medizinstudium mit Fleiß, Ausdauer und Gewissenhaftigkeit.<sup>8</sup> An dieser Stelle sei auf einen kurzen Abschnitt aus dem Interview hingewiesen, der seine Position zur Protestbewegung in Österreich ziemlich pointiert wiedergibt: *„Ich war zum Beispiel in*

4 Interview Vielkind 10.

5 Bezüglich eines kurzen Überblicks über die Antipsychiatriebewegung beziehungsweise Ziele und Proponenten vgl. z. B. Th. R. PAYK, *Anti- psychiatry*. In: Eugen M. WOLPERT u. a. (Hg.), *Images in psychiatry. German speaking countries. Austria, Germany, Switzerland* (Heidelberg 2006) 589-597. [Im zweiten Teil der Abhandlung bezieht der Autor deutlich gegen diese Neuorientierung in Diagnostik und Therapie Stellung].

6 Interview Vielkind 3.

7 Vgl. dazu z. B. Jakob TANNER, *„The Times They Are A- Changin‘“* Zur subkulturellen Dynamik der 68er-Bewegung. In: Ingrid GILCHER- HOLTEY (Hg.), 1968. Vom Ereignis zum Gegenstand der Geschichtswissenschaft (Göttingen 1998) 206-223.

8 Siehe Interview z. B 5 *„Ich persönlich habe so etwas nie unterstützt, bin auch dort [Universität, Anm. des Autors] nicht zu Wahlen gegangen, weil ich eigentlich nur Medizin studieren wollte“.*

*einer dreizehnköpfigen Wohngemeinschaft, in der sehr viel diskutiert wurde und ich habe die dann verlassen, weil einfach nur diskutiert wurde. Da wurden Soziogramme aufgestellt, wer welche Sachen einbringt oder ausbringt!*<sup>9</sup> Die Situation auf der Wiener Medizinischen Fakultät fasst Vielkind mit den Begrifflichkeiten, wie beispielsweise „konservative Struktur“, „tiefstes konservatives Mittelalter“ und „angepasste Studentenschaft“ zusammen. Diese als konservativ empfundenen Strukturen der Universität beeinflussten in einer gewissen Weise auch seine Studienzeit in Wien, denn auch er verfolgte, wie bereits erwähnt, kaum die radikalen politischen Vorstellungen einiger seiner Kollegen von anderen Instituten beziehungsweise von anderen Fachrichtungen. Seine alternativen Konzepte basierten auf anderen, noch zu besprechende Quellen.

Während seines Studiums und unmittelbar nach erfolgreicher Ablegung der Promotion war er viel unterwegs gewesen, wodurch er sowohl unterschiedliche wissenschaftliche Perspektiven als auch alternative Denk- und Handlungsmuster kennen lernen und studieren konnte. Eine seiner zahlreichen Reisen während der Studienzeit führte ihn, wie so viele junge Menschen zu dieser Zeit, nach Indien, wo er ein Erlebnis hatte, welches als weiteres Schlüsselerlebnis auf seinem Weg zur Homöopathie gelesen werden kann.

*„Das wichtigste Ereignis für mich, in meinem Leben, ..., war wie ich nach Indien gefahren bin, im Jahre 1966. Fünf Monate war ich unterwegs, einen Monat hin am Landweg und ebenso zurück und dort eine Woche im Himalaja gewandert und den Rest der Zeit war ich in einem Ashram, ..., zusammen mit einem Guru, .... In Benares bin ich durch den Markt gegangen und da lag ein alter Mann am Boden, halb nackt, und vor seinem Mund eine Lache von Erbrochenem und hinter seinen Beinen Durchfall. Der Mann ist dort an Cholera gestorben. Der erste Eindruck ... in Bombay, am Hafen, dort bin ich durch die Slums gegangen, wo eine ganze Familie unter einem halben Leintuch wohnte. Was sie bei der Regenzeit gemacht haben, weiß ich nicht. Das Ganze war so erschütternd für mich, dass ich beschlossen habe, also wie Albert Schweitzer, in der Entwicklungshilfe zu arbeiten. Eine logische Konsequenz, denke ich, ist dann die Führung zur Naturheilkunde ...“<sup>10</sup>*

Im Jahre 1968 kam Vielkind, durch die Vermittlung eines Wahlonkels aus Yorkshire, als Visiting-Student nach Oxford. Auch hier war von den studentischen Unruhen und alternativen Lebensformen, mit Ausnahme der London School of Economics, nur wenig spürbar. Nichtsdestotrotz widmete sich Vielkind neben seinen Studien, die durch progressive Unterrichtsmethoden und -praktiken gekennzeichnet<sup>11</sup> und daher, seinen Ausführungen zufolge, für Medizinstudenten aus Österreich äußerst attraktiv waren, auch den Genüssen eines gehobenen Studentenalltages, wozu zahlreiche und ausgedehnte Party- und Lokalbesuche zählten. Während der Zeit in Oxford beschäftigte er sich darüber hinaus eingehend mit den Theorien des Psychiatriereformers Ronald D. Laing als auch mit der „Philosophie“ und den Forderungen der so genannten „Hippiebewegung“. Hier erwähnt er vor allem den zivilisationskritischen Naturbegriff, der dieser Bewegung anhaftete. Ein weiteres interessantes Charakteristikum seines akademischen Bildungsweges ergibt sich aus der von ihm gewählten Konstellation seiner Lehrenden. So weist Vielkind auf den Umstand hin, dass er als einer der wenigen, ein Schüler von Prof. Dr.

9 Interview Vielkind 2.

10 Interview Vielkind 7- 8.

11 Interview Vielkind 4: *„Ich bin als Student hingekommen und habe bei Herzoperationen assistieren dürfen. Das war in Wien undenkbar, da war ich froh wenn ich bei einer Blinddarmoperation assistieren durfte.“*

Karl Hermann Spitzky<sup>12</sup> und Dr. Mathias Dorcsi<sup>13</sup> war. Hiermit ist eine weitere Anekdote verknüpft: Der Arzt Gernot Vielkind beginnt seinen beruflichen Werdegang auf eine eher unkonventionelle Art und Weise. Begeistert von der Idee der Entwicklungshilfe entschließt er sich nach der Absolvierung seines Studiums sowie des anschließenden Turnusdienstes, in Afrika karitativ tätig zu sein. In einem Gespräch legte er seinem Professor, Dr. Spitzky, diese Pläne vor, worauf dieser ihm noch einmal, mit der Absicht seinen Schüler an die klinische Medizin zu binden, geraten haben soll, zu bleiben und eine Anstellung an der Universität anzustreben. Vielkind jedoch war von seinem Weg nicht mehr abzubringen<sup>14</sup> und so schickte sein Mentor ihn nach Äthiopien um dort einen Immunologiekurs über Lepra und Tropenkrankheiten zu absolvieren. Diese Erfahrungen prägten Vielkind so sehr, dass er nach diesem eher unfreiwilligen Studienaufenthalt, der wahrscheinlich auch als Abschreckung gedacht war, versuchte, eine Arbeitsstelle in der Entwicklungshilfe zu anzunehmen. Hierbei fiel seine Wahl auf Sambia, wo er sich in der Hauptstadt Lusaka an das zuständige Ministerium wandte und ein dementsprechendes Ansuchen stellte. Nachdem sämtliche bürokratische Hürden überwunden waren, übernahm er die Leitung eines Buschhospitals. Diese berufliche Herausforderung hatte eine besondere Bedeutung in seinem wissenschaftlichen Werdegang, da sie ihm die Möglichkeit eröffnete, die persönliche und umfangreiche Betreuung seiner Patienten zu forcieren und seine bisherigen Erfahrungen und Studien in die Praxis zu übersetzen. Naturheilkundliche Methoden und Praktiken nahmen, seinen Ausführungen zufolge, innerhalb seines Tätigkeits- und Wirkungskontextes natürlich eine besondere Stellung ein.

Die nächste Zäsur in der wissenschaftlichen und beruflichen Laufbahn von Vielkind fällt in das Jahr 1977, nach seinem mehrjährigen Engagement in der Entwicklungshilfe. In Wien begegnet er einer ehemalige Studienkollegin, die ihn zu den Lehrveranstaltungen des Homöopathen Dr. Gerhard Resch<sup>15</sup>, einlud. Begeisterungsfähig wie er war, nahm er diese Gelegenheit wahr. Man muss an dieser Stelle annehmen, dass die Inhalte beziehungsweise Themen dieser Kurse den Leitideen und Vorstellungen (Motivationsprofil) hinsichtlich der medizinischen Praxis Vielkinds entsprachen, denn schon bald

---

12 Kliniker und anerkannter Antibiotika-Fachmann.

13 Dr. Mathias Dorcsi war Facharzt für Physikalische Medizin sowie Homöopath. Diese scheinbar ungewöhnliche Konstellation von Lehrern liest sich jedoch nur auf den ersten Blick als Paradoxon, denn einerseits war es das Ziel der Homöopathiebewegung nach 1945 kooperative Strukturen im Sinne einer Ganzheitsmedizin zu etablieren und zu fördern und andererseits hielt auch Dr. Spitzky ab den späten 1960ern Vorträge auf diversen Homöopathentagungen. Bezüglich Dorcsi vgl. Leopold DREXLER, Mathias Dorcsi. Ein Leben für die Homöopathie. In: Documenta Homoeopathica 9 (1988) 8-84.

14 Diesem Misstrauen gegenüber dem dominanten akademischen Medizinsystem der 1960er und 1970er und die Hinwendung zu ganzheitlichen Heilpraktiken begegnet man cum variationi in einigen Erfahrungsberichten junger Ärzte. Siehe zum Beispiel in der Retrospektive: Günter MATTITSCH, Was findet der junge Mediziner an der Homöopathie? In: Documenta Homoeopathica 5 (1982) 9-14, besonders 9: *„War von einer Biochemie und Pathophysiologie noch eine Faszination und Hoffnung ausgegangen, angesichts einer der menschlichen Dimension hilflos und oft ironisierend- negierend gegenüberstehenden Klinik, machte sich eine zunehmend ablehnende Haltung gegenüber diesem medizinischen Selbstverständnis in mir bemerkbar. Im Gegensatz dazu standen viel versprechende Aussagen über eine personale Schau menschlichen Leidens, über eine Ganzheitlichkeit menschlichen Wesens, .... Diese damals von mir sehr enthusiastisch aufgenommenen Vorstellungen begleiteten mich über das Studiumende hinaus in meinen ersten ärztlichen Aufgaben- und Erfahrungskreis in einem der Homöopathie wohlwollend gegenüberstehenden Kleinspital.“*

15 Zu diesem Schüler von Dr. Dorcsi siehe z. B. DREXLER, Mathias Dorcsi 34-35.

besuchte er die vor kurzem implementierten Badener Intensivkurse zur Ausbildung von Homöopathen. In diese Zeit fällt auch seine erste Begegnung mit Dr. Mathias Dorcsi, den er wegen seines unermüdlischen Engagements für das homöopathische Projekt sehr bewunderte:

*„Ich habe bereits gesagt, dass Professor Dorcsi gegen größte Widerstände ankämpfen musste. Er hat sich über die Zwiespältigkeit beklagt, dass die Medizinprofessoren selbst zu ihm gekommen sind, aber in den Gremien dann immer gegen ihn gewählt und abgestimmt haben.“<sup>16</sup>*

Im Jahre 1978 gelang es Vielkind schließlich eine Ordination im niederösterreichischen Weinviertel zu eröffnen, in der er von Beginn an komplementärmedizinische und hierbei vor allem homöopathische Heilmethoden anbot. Hiermit zählt er zur ersten Generation der Schüler Dorcsis, die mit ihrem Engagement in der Homöopathischen Gesellschaft und in ihren eigenen Praxen eine zunehmende homöopathische Erschließung der Bundesländer vorantrieben. Vielkind organisierte und leitete beispielsweise erstmals in den frühen 1980ern Fortbildungskurse und Arbeitskreise für interessierte Kollegen aus Niederösterreich.<sup>17</sup> Nach etlichen Jahren in der eigenen Praxis (derzeit in Lichtenau im Waldviertel in Niederösterreich) und als Teilnehmer beziehungsweise Veranstalter zahlreicher Fortbildungs- und Selbstheilungsseminare verspürt Vielkind noch heute den Wunsch, humanitäre Arbeit zu leisten und somit wenigstens einen Bruchteil seiner Begeisterung für das homöopathische Welt- und Menschenbild auf Patienten sowie junge Ärzte überspringen zu sehen. Zeichen für dieses ungebrochene Engagement im Rahmen karitativer Projekte wären seine Tätigkeit im Hospiz Melk von 2001-2003, die Ausbildung von Homöopathen in Sarajevo in den Jahren 2004-2007 und seine Volontariate in einer indischen Klinik 2006 und bei einem Hilfsprojekt für Straßenkinder in Rumänien 2007 anzuführen.

### **3. Die Situation der Homöopathie in Österreich in den 1960ern und 1970ern**

Einer möglichst umfassenden Darstellung der homöopathischen Strukturen im Österreich der 1960er-Jahre muss notwendigerweise eine Rekonstruktion, des von Leopold Drexler als *„Neuorganisation der Homöopathie“* beschriebenen Prozesses nach dem Zweiten Weltkrieg vorangestellt werden.<sup>18</sup> Dieser wird meist, ausgehend von der Ursprungsgruppe rund um Mathias Dorcsi, als Erfolgsgeschichte dargestellt. Hiermit steht vor allem eine Aneinanderreihung der zum Teil erfolgreichen Initiativen dieser „Pioniere“ in Verbindung, die, so meine Auffassung, den einzelnen Projekten ein zu hohes Maß an historischer Erklärungskraft beimisst. Die folgenden Abschnitte sollen von rezenten medizinhistorischen Untersuchungen ausgehend, diese thematische Engführung überwinden und somit zu einer breiteren historisch fundierten Debatte beitragen.

Dreh- und Angelpunkt sämtlicher Initiativen zur Institutionalisierung beziehungsweise Akademisierung der Homöopathie in Österreich nach 1945 war die so genannte „Ursprungsgruppe“ rund um Dr. Mathias Dorcsi und Dr. Robert Seitschek (Facharzt für Innere Medizin und Homöopath). Nach einer Intensivierung der Bemühungen be-

<sup>16</sup> Siehe Interview Vielkind 16.

<sup>17</sup> Siehe z. B. DREXLER, Mathias Dorcsi 66-67.

<sup>18</sup> Siehe Leopold DREXLER, Homöopathische Medizin – ihre Wurzeln und Entstehung. In: Peter KÖNIG (Hg.), *Durch Ähnliches heilen. Homöopathie in Österreich* (Wien<sup>2</sup> 2005) 26- 29.

züglich einer Vereinsgründung Ende der 1940er kam es im Jahre 1953 zur Konstituierung der „*Vereinigung homöopathisch interessierter Ärzte*“.<sup>19</sup> Ex post betrachtet charakterisiert Dr. Seitschek die Zielsetzung dieses Vereins als „*Synopsis und Synthese von Schulmedizin und Homöopathie*“.<sup>20</sup>

Ein weiterer wichtiger Akteur im Prozess der Etablierung einer homöopathischen Infrastruktur unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg war das Unternehmen Peithner KG, mittlerweile GmbH & Co. Dieses im Familienbesitz befindliche pharmazeutische Unternehmen fungierte als Relaisstelle für den Aufbau von Kontakten und somit von homöopathischen Netzwerken.<sup>21</sup> Robert Seitschek erinnert sich zum Beispiel an einige Hilfestellungen des Unternehmens in dieser Phase der homöopathischen Bewegung: „*Als bald entstand der Gedanke, die an der Homöopathie interessierten Ärzte Österreichs zu sammeln. Herr und Frau Mag. Peithner stellten mir das Adressenmaterial der interessierten Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung.*“<sup>22</sup>

Rezente medizinhistorische Untersuchungen, die sich mit dieser „Anfangsphase“ der homöopathischen Bewegung in der Zweiten Republik auseinandersetzen, stellen vor allem das Konzept des „totalen Neubeginns“ gründlich in Frage. Diesbezüglich sei vor allem auf den Aufsatz von Ingrid Arias verwiesen, in dem, ausgehend von der Rekonstruktion der Ausbildungs- und Berufszeit der Ärztin Dr. Maria Schreiber, auf homöopathische Kontinuitäten zwischen Erster und Zweiter Republik eingegangen wird.<sup>23</sup> Bereits in den späten 1940ern kam es zu einem engen Kooperationsverhältnis zwischen Dr. Schreiber, der Lehrerin von Seitschek, und den späteren Gründungsmitgliedern der „Vereinigung homöopathisch interessierter Ärzte“. Der engagierten Ärztin blieb jedoch in weiterer Folge die Anerkennung, welche ihren männlichen Kollegen zuteil wurde, verwehrt. Sie wurde somit ein Opfer der konservativ geprägten Strukturen der österreichischen Homöopathie. In Anlehnung an eine Studie der deutschen Historikerin Monika Mommertz kann die wissenschaftliche Tätigkeit von Dr. Maria Schreiber innerhalb der homöopathischen Bewegung als modernes Beispiel einer „*Schattenökonomie*“ der Medizin beschrieben,<sup>24</sup> oder mit dem von Margaret Rossiter für wissenschaftliche Inklusions- beziehungsweise Exklusionsmechanismen geprägten Konzept des „*Matilda-Effekts*“ erklärt werden.<sup>25</sup>

19 Die Vereinsgründung wurde sogar auf akademischem Boden und zwar im Hörsaal des Histologischen Instituts der Universität Wien vollzogen.

20 Siehe Robert SEITSCHKEK, *Homöopathie im Spannungsfeld der modernen Medizin* (Wien 1987) 20.

21 Eine überblicksartige Unternehmensgeschichte findet sich im Sammelband von Sonia HORN (Hg.), *Homöopathische Spuren. Beiträge zur Geschichte der Homöopathie in Österreich* (Wien 2003). Gerhard PEITHNER, *Zur Geschichte des Hauses Dr. Peithner KG nunmehr GmbH & Co.* In: HORN (Hg.), *Homöopathische Spuren 170-178.*

22 Siehe SEITSCHKEK, *Homöopathie im Spannungsfeld*, 19-20.

23 Ingrid ARIAS, *Die Homöopathin Dr. Maria Schreiber.* In: HORN, *Homöopathische Spuren* 157-162.

24 Mommertz zeigt anhand einer Fallstudie zur Gründung der Berliner Sozietät, dass durch die Professionalisierung und Akademisierung der Wissenschaften im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert verschiedene Exklusionsmechanismen in Gang gesetzt wurden, die zu einer nachhaltigen Marginalisierung von häuslichen insbesondere von weiblich dominierten Arbeitssystemen beitrugen. Vgl. Monika MOMMERTZ, *Schattenökonomie in der Wissenschaft. Geschlechterordnung und Arbeitssysteme in der Astronomie der Berliner Akademie der Wissenschaften im 18. Jahrhundert.* In: WOBBE Theresa (Hg.), *Frauen in Akademie und Wissenschaft. Arbeitsorte und Forschungspraktiken 1700-2000* (Berlin 2002) 31-64.

25 W. Margaret ROSSITER, *Der Matilda Effekt in der Wissenschaft.* In: Theresa WOBBE (Hg.), *Zwischen Vorderbühne und Hinterbühne. Beiträge zum Wandel der Geschlechterbeziehungen in der Wissenschaft vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart* (Bielefeld 2003) 191-210.

Nach diesem Exkurs in die Science & Gender-Forschung möchte ich nun wieder auf die „Vereinigung für homöopathisch interessierte Ärzte“ und die Rahmenbedingungen für die akademische Etablierung der Homöopathie in Österreich zurückkommen.<sup>26</sup> Den Orientierungsrahmen für den Aufbau geeigneter Strukturen für Organisation und Ausbildung bildeten einerseits die Kontakte und Verbindungen Dr. Robert Seitscheks zu ausländischen Homöopathen und Institutionen, denen unter anderem die Abhaltung des *Internationalen homöopathischen Ligakongresses in Salzburg 1958*<sup>27</sup> zu verdanken war, und andererseits die Anstrengungen von Dr. Mathias Dorcsi hinsichtlich der Implementierung eines Ausbildungssystems für Homöopathen, die sich zunächst im Programm der so genannten „*Schweizerisch-Bayrisch-Österreichischen Atterseetagen*“ (1966-1972)<sup>28</sup> manifestierten. Jedoch waren der Umfang und das Ausmaß der interessierten Studenten und der ausgebildeten Mediziner zunächst noch unzureichend. Darüber hinaus ist auch die Interessenlage innerhalb der neu gegründeten Vereinigung als inhomogen zu beschreiben. Einzelne Auffassungsunterschiede unter den Mitgliedern wurden bereits kurz nach der Konstituierung im Jahre 1953 offenbar. Angesprochen auf diese „Flügelkämpfe“ in der Vereinigung meinte Vielkind, dass Dorcsi einer der wenigen war, die von ihren persönlichen Interessen abstrahierten und für eine geschlossene Bewegung eintraten. Vor diesem Hintergrund kann der Anfang der 1980er erschienene Beitrag von Dorcsi mit dem Titel „*Isolation oder Integration*“ auch als eines von mehreren Manifesten für eine geschlossene Bewegung gelesen werden. Dies wird vor allem in folgendem Abschnitt deutlich:

*„Überall dort, wo die Voraussetzungen von guten Lehrern genützt wurden und der Idee Hahnemanns neue Impulse gegeben wurden, entstanden Schulen mit Lehrern und Schülern. – Überall dort, wo übertrieben wurde, wo Intoleranz und Rivalität entstanden, kam es zum Stillstand, zur Isolierung und zum Niedergang der Homöopathie. ... Voraussetzung ist, dass wir die Zeit nützen für das Gemeinsame und nicht für das Trennende.“*<sup>29</sup>

Vielkind bezeichnete die Anstrengungen seines Mentors während der „Aufbauphase“ als „*Sisyphosarbeit*“ und weist vor allem auf das ziemlich ambivalente Verhältnis zwischen Dr. Dorcsi und den etablierten Ärzten an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien hin.

*„Professor Dorcsi hat dann Verbindungen aufgebaut, er hat selber die wichtigsten Leute, sagte er, die Professoren der Medizinfakultät sind zu ihm gekommen, mit ihren Familien, ... aber bei den Abstimmungen haben sie immer gegen ihn gestimmt. ... er hat praktisch eine Sisyphosarbeit geleistet.“*<sup>30</sup>

In den späten 1960ern und frühen 1970ern kam es jedoch zu einer breiteren Anerkennung, sowohl unter den Ärzten der naturwissenschaftlich orientierten (akademischen)

26 Vgl. im Folgenden DREXLER, *Homöopathische Medizin* 15- 30.

27 Hinsichtlich einer kurzen Zusammenschau der Vortragenden und der Beiträge vgl. SEITSCHEK, *Homöopathie im Spannungsfeld* (1987).

28 Für weitere Informationen bezüglich dieser Expertentagen vgl. Mathias DORCSI, *Isolation oder Integration*. In: *Documenta Homoeopathica* 5 (1982) 29-40, bes. 37- 40; Ders., *Die Wiener Schule und die Integration*. In: *Documenta Homoeopathica* 10 (1990) 15-19; Georg BAYR, *Die Jahre von 1969-1975*. In: *Documenta Homoeopathica* 3 (1980) 95-112. [Hinsichtlich der Teilnehmer und diskutierter Themen sehr ausführlich].

29 Siehe Mathias DORCSI, *Isolation*. In: *Documenta Homoeopathica* 5 (1982) 39, weiters siehe DREXLER, Mathias Dorcsi 18- 20.

30 Interview Vielkind 12.

Medizin, als auch in der Öffentlichkeit<sup>31</sup>, und damit zu einem Aufschwung und einer besseren Verankerung der Homöopathie im österreichischen Gesundheitssystem. An dieser Stelle sei exemplarisch auf einige Initiativen und Ereignisse hingewiesen:

1973: Erstmalige offizielle Anerkennung der Homöopathie mittels Forschungsauftrages des Wissenschaftsministeriums an Prof. Dr. Dorcsi.

1975: Eröffnung des Ludwig- Boltzmann-Instituts für Homöopathie sowie 1. „Bader“ Ausbildungskurs.

1977: Beginn der Herausgabe des Jahrbuchs „Documenta Homoeopathica“.<sup>32</sup>

Es entsteht mitunter der Eindruck, dass diese Initiativen zur akademischen Etablierung der homöopathischen Heilmethodik innerhalb der medizinischen Landschaft Österreichs hauptsächlich von der „Gründungs-“ beziehungsweise Basisgruppe um Robert Seitschek und Mathias Dorcsi getragen wurden, jedoch wird vor allem in der bisherigen „Haushistoriographie“ homöopathischer Institutionen und Assoziationen, der gesellschaftliche, kulturelle und wirtschaftliche Kontext, in welchen dieser Aufschwung eingebettet war, zu sehr vernachlässigt. Aufgrund dieses Mangels an Studien zu den sozialen und kulturellen Dimensionen des Institutionalisierungsprozesses erscheint die homöopathische Entwicklung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch immer als einheitlicher und historisch notwendiger Prozess. Hier könnte ein historisch fundierter Ansatz zu einer differenzierteren Interpretation beitragen. Auch Dorcsi relativierte beziehungsweise korrigierte diese Sichtweise zum Teil bereits in seinen Aufzeichnungen und Skripten, zum Beispiel mittels folgendem Zitat:

*„Das Erfreuliche am Aufbruch der Medizin ist, dass er vor allem von jungen Menschen, Studenten, Ärzten und Betroffenen ausgeht, mit dem Ziel der Vermenschlichung der Gesellschaft und Medizin.“*<sup>33</sup>

Meine Überlegungen orientieren sich vor allem an der Praxis der postmodernen Wissenschaftsgeschichte, die, beeinflusst durch neuere Entwicklungen in Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsforschung, ihren Untersuchungsgegenstand als Forschungsfeld begreift, welches sich mit sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Entwicklungen und Strömungen in einem gegenseitigen Wechselverhältnis befindet. Deshalb soll nun im nächsten Abschnitt, auf der Basis der zuvor vorgestellten Fallstudie, eine Analyse dieser Rahmenbedingungen am Beispiel der Antipsychiatriebewegung vorgenommen werden, die jenes Defizit der bisherigen Historiographie zu überwinden versucht. Im Zusammenhang damit wird auf den Wandel in der Konzeption des Arzt/Ärztin-Patienten-Verhältnisses eingegangen, der sowohl in der Antipsychiatriebewegung als auch im allgemeinen Gesundheitssystem in jener Periode eine zentrale Rolle einnahm und,

31 Hier gelangen wir in das historisch relevante Themengebiet „Verhältnis zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit“. Neuere wissenschaftshistorische Studien problematisieren die Verwendung des klassischen Modells von „Wissenschaft“ und „Öffentlichkeit“, als zwei voneinander hermetisch abgetrennten Bereichen, und argumentieren stattdessen für einen Pluralismus der Zugangsweisen beziehungsweise für ein Interdependenzmodell, in dem Wissenschaften und deren Öffentlichkeiten als „Ressourcen füreinander begreifen“. Vgl. Mitchell G. ASH, Wissenschaft(en) und Öffentlichkeit(en) als Ressourcen füreinander. Weiterführende Bemerkungen zur Beziehungsgeschichte. In: Sybilla NIKOLOV/ Arne SCHIRRMACHER (Hg.), Wissenschaft und Öffentlichkeit als Ressourcen füreinander. Studien zur Wissenschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert (Frankfurt 2007) 349-362.

32 Hierzu sowie für weiterführende Informationen vgl. DREXLER, Homöopathische Medizin 27- 28; Ders., Über die Wiener Schule der Homöopathie. Eine Standortbestimmung. In: Documenta Homoeopathica 11 (1991) 267-273; DORCSI, Isolation. In: Documenta Homoeopathica 5 (1982) 29-40.

33 Siehe DREXLER, Mathias Dorcsi 58.

so die Argumentation, als Diskussionsterrain sowie möglicher Impulsgeber für den Aufschwung von holistischen beziehungsweise homöopathischen Heilmethoden gesehen werden kann.

#### 4. Antipsychiatriebewegung und die „Demokratisierung des Arzt/Ärztin-PatientIn Verhältnis“

Das Arzt/Ärztin-PatientInnen Verhältnis ist ein Schlüsselfaktor jeglicher akademischer Entfaltungen medikaler Kulturen, der sich cum variationi durch die gesamte Medizinhistoriographie verfolgen lässt. Eine Vielzahl von WissenschaftshistorikerInnen versuchen vor allem hinsichtlich der Kontroverse zwischen allopathischer und homöopathischer Medizin diese vielgestaltige Beziehung und Konstante im Gesundheitsbereich mittels eingehender Analyse für ihre Fragestellungen produktiv zu machen, denn wie es Robert Frank in seiner einschlägigen Untersuchung formuliert,

*„... spielt in der Debatte um die Ursachen dieses (homöopathischen bzw. alternativ-medicinischen, Anm. des Verfassers) Erfolges die Beziehung zwischen heterodoxen Ärzten und ihren Patienten eine Schlüsselrolle ... Sowohl Befürworter als auch Kritiker heterodoxer Medizin in Wissenschaft und Massenmedien konzipieren sie als zufrieden stellender und intensiver und stellen sie den eher knappen, mitunter technisierten schulmedizinischen Konsultationen gegenüber.“<sup>34</sup>*

Ein zentrales Element innerhalb der Arzt/Ärztin – PatientIn Beziehung ist, meiner Auffassung nach, ein Aushandlungsprozess, der vor dem Hintergrund sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Veränderungen immer wieder neu geordnet wird. Die Aufgabe des Medizinhistorikers bzw. der -historikerin ist es, die Mechanismen, Kontinuitäten und Grenzen, welche dieser Prozess aufweist zu erforschen und kritisch darzustellen. Im Folgenden soll nun anhand ausgewählter Primär- und Sekundärliteratur gezeigt werden, wie das historische Phänomen der „Antipsychiatriebewegungen“ und hier vor allem die Denkansätze von Franco Basaglia in die bisherigen Überlegungen zu integrieren sind. In einem seiner zahlreich erschienenen Werke, welches den provokanten Titel „Was ist Psychiatrie?“ trägt, konstatierte Franco Basaglia einen gewissen Konflikt zwischen der psychiatrischen Theorie und Praxis, der sich vor allem im autoritär-hierarchisch strukturierten Verhältnis zwischen dem Psychiater und dem/r PatientIn manifestiere. Hierbei problematisierte er vor allem die zunehmende Technisierung und Schematisierung der wissenschaftlichen Methoden und Praktiken, die zu einer zunehmenden Polarisierung innerhalb der Arzt/Ärztin-PatientIn Beziehung beiträgt. Basaglia formulierte dies wie folgt:

*„Die psychiatrischen Diagnosen haben inzwischen einen kategorialen Wert erlangt, insofern nämlich, als sie eine Etikettierung, eine Stigmatisierung des Kranken darstellen, über die hinaus es keine Möglichkeit der Aktion oder Annäherung gibt. Sobald der Psychiater seinem Gesprächspartner (dem „Geisteskranken“) von Angesicht zu Angesicht gegenübertritt, weiß er, dass er auf einen reichen Schatz an technischen Kenntnissen zählen kann, mit deren Hilfe er von den Symptomen ausgehend, das Phantasiegebilde einer Krankheit zu rekonstruieren vermag; dabei fühlt er jedoch ganz deutlich, dass gleich nach der Formulierung der Diagnose der andere seinem Blickfeld entschwindet, weil er nun endgültig auf eine Rolle festgelegt ist, die für ihn vor allem einen neuen sozialen Status sanktioniert.“<sup>35</sup>*

34 Siehe Robert FRANK, Konfliktquellen in homöopathischer Arzt-Patienten Beziehung. In: MedGG 22 (2004) 179-200, hier 179.

35 Siehe Franco BASAGLIA, Was ist Psychiatrie? In: Ders. (Hg.), Was ist Psychiatrie? (Frankfurt am Main 1974) 7-18, hier 7.

An diese Thematisierung der Polarisierung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn schließt sich folgende Konkretisierung an:

„... auf der einen Seite also eine Wissenschaft, die ideologisch in der Erforschung der Genese einer von ihr selbst als „unverständlich“ erkannten Krankheit engagiert ist; auf der anderen Seite der Kranke, der aufgrund seiner angeblichen „Unverständlichkeit“ von einem Anstaltssystem unterdrückt, erniedrigt und zerstört wurde, das, statt für ihn eine Beschützerrolle mit therapeutischen Strukturen zu übernehmen, zum stufenweisen – und oft unwiderruflichen – Zerfall seiner Identität beigetragen hat.“<sup>36</sup>

Ausgehend von einer, wie er es formuliert, „alternativen therapeutischen Annäherung“ an den/die so genannten Kranke/n, begriff Basaglia das in den 1960ern in Italien bereits vielerorts angedachte und partiell realisierte Konzept der „Therapiegemeinschaft“<sup>37</sup>, deren Programmatik eine teilweise Öffnung der Anstalten vorsah, nur als Übergangsmodell zu neuen therapeutischen Strukturen, welche eine Überwindung der Kluft zwischen dem Psychiater und den Patienten ermöglichen würden. Basaglias Weg zu einem nützlichen und nutzbaren Lösungsansatz ist auf der Ebene der theoretischen Betrachtung vorerst der einer doppelten Reflexion. Hiermit ist gemeint, dass es nicht lediglich zu einem Diskurs über sinnvolle oder sinnlose Methoden und Praktiken, sondern ebenso zu einem Diskurs über die konstituierende Funktion respektive Eigenschaft der verwendeten Theorien kommen sollte. Basaglia meinte in diesem Zusammenhang, mit einem Verweis auf ein Interview mit Jean- Paul Sartre, von einer „Infragestellung die sich selbst in Frage stellt“ sprechen zu müssen.<sup>38</sup> Mit dem Blick auf dieses zweifache Unterfangen, das auf dem Weg zu alternativen psychotherapeutischen Strukturen sowohl zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn als auch zwischen PatientIn und Gesellschaft zu bewerkstelligen sei, gelangte Basaglia zu seiner zentralen These, nämlich dass die „Befreiung des Kranken mit der Befreiung der Gesamtgesellschaft zusammenfallen“<sup>39</sup> müsse beziehungsweise würde.

Die konsequente Weiterführung von Basaglias Überlegungen würde demnach zu einer Verlagerung der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Perspektive führen, nämlich weg von der für den Aufseher gedachten Architektur der Heil- und Pflegeanstalten (Stichwort *Panopticon*) hin zu einer alternativen therapeutischen Infrastruktur, die dem/der Patienten/Patientin einen größtmöglichen Entfaltungs- beziehungsweise „Spielraum“ ermöglichte. Hiermit käme es zu einer Entwicklung, die sich, in die historische Perspektive gesetzt, gegen den Prozess der „Sozialdisziplinierung“ zu wenden scheint, welcher im 18. Jahrhundert einsetzte.<sup>40</sup>

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Franco Basaglia nicht nur ein Theoretiker war, der mit seinen Reformvorschlägen zu einer kritischen und nützlichen Diskussion anre-

36 BASAGLIA, Was ist Psychiatrie? 8.

37 BASAGLIA charakterisiert diese theoretische Konzeption folgendermaßen: „Die Therapiegemeinschaft ist eine Gemeinschaft und nicht eine Ansammlung von Kranken; sie ist eine Gemeinschaft, die so organisiert ist, dass sie die interpersonelle Dynamik unter den sie konstituierenden Gruppen zulässt und die gleichen Eigenschaften aufweist wie jede andere Gemeinschaft freier Menschen.“ In weiterer Konsequenz soll die psychiatrische Therapiegemeinschaft der „Freisetzung der therapeutischen Energie eines jeden Mitglieds der Gemeinschaft gegenüber dem anderen“ dienen und somit sowohl den Patienten als auch die Ärzte, Pfleger und das Verwaltungspersonal mit einbeziehen. Vgl. Basaglia, Was ist Psychiatrie? 23-24.

38 BASAGLIA, Was ist Psychiatrie? 13-14.

39 BASAGLIA, Was ist Psychiatrie? 15.

40 BASAGLIA, Was ist Psychiatrie? 24-25.

Hinsichtlich des Terminus „*Panopticon*“ nach Jeremy Bentham vgl. z. B. Michel FOUCAULT, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses (Frankfurt am Main 1977) 251-292.

gen beziehungsweise beitragen wollte, er ist ebenso als Praktiker zu sehen, der mit dem „*Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz*“ einen Orientierungsrahmen für ähnliche Initiativen und Entwicklungen im gesamten medizinischen Sektor vorgab. Im Folgenden soll kurz dargestellt werden, wie sich dieser Versuch einer Übersetzung der Theorie in die psychiatrische Praxis gestaltete.<sup>41</sup>

Im Jahre 1961 wurde, angelehnt an das Muster eines bereits in Großbritannien durchgeführten Experimentes einer Umwälzung von Psychiatrien,<sup>42</sup> von den Ärzten, Psychologen, Pflegern und Kranken der psychiatrischen Anstalt von Görz der Entschluss gefasst, eine alternative therapeutische Infrastruktur zu implementieren. Das Verlaufsmuster dieses, wie ihn Basaglia bezeichnet, „*institutionellen Umwälzungsprozesses*“ kann allgemein weniger als revolutionär, denn als evolutionär charakterisiert werden. An dieser Stelle sei auf einige Maßnahmen, die im Rahmen dieses neuen Modells einer psychiatrischen Therapie realisiert wurden, hingewiesen:<sup>43</sup> Ablehnung jedweder Form von Gewalt, schrittweise Implementierung der „Therapiegemeinschaft“ als dominantes psychotherapeutisches Konzept, streng regulierter bzw. reglementierter (beschränkter) Einsatz von Psychopharmaka und Entwicklung von Szenarien und Konzepten für Entlassungen von Patienten und eines „Lebens außerhalb der Klinik“ (Reintegration).

Um jedoch einen langfristigen Erfolg sicherzustellen, strebte die Antipsychiatriebewegung im Allgemeinen und die Gruppe um Franco Basaglia im Speziellen einen Wandel des politisch-ökonomischen Systems an. Es galt daher die Öffentlichkeit und nicht nur ein interessiertes Expertentum von der Tatsache zu überzeugen, dass der Psychiatrieproblemlösungskomplex sowohl eine institutionelle als auch eine kollektive (gesellschaftliche) Dimension aufweist. Diesen Prozess einer Miteinbeziehung der Öffentlichkeit in den psychiatrischen Diskurs und in psychiatrische Praktiken beschreibt Franz-Werner Kersting, der sich bereits in zahlreichen Studien dieser Reformbewegung innerhalb der westdeutschen Psychiatrie widmete, als „*Vergesellschaftung der Psychiatrie*“, deren „*gesellschaftspolitischer Nähr- und Resonanzboden*“ in der antiautoritären „*Gesellschafts- und Traditionskritik*“ der 68er- Bewegung zu suchen sei.<sup>44</sup>

Abschließend seien die Ergebnisse beziehungsweise Erkenntnisse des von 1961 bis 1967 durchgeführten Görzer Deinstitutionalisierungsexperiments (1961-1967) mit folgendem Zitat noch einmal zusammengefasst:

*„Basaglia und seine Mitarbeiter versuchten, am Beispiel der psychiatrischen Anstalt in Görz ein neues Verhältnis zwischen Arzt (bzw. Pfleger) und Patient, zwischen gesundem und krankem Individuum zu finden und zu praktizieren. Es gelang ihnen, eine Wirklichkeit zu schaffen, in der die Wechselseitigkeit der Beziehungen, die Gemeinschaftlichkeit des täglichen Daseins und die Reaktivierung der Individualität der Patienten zur Richtschnur wurden.*

41 Vgl. dazu und im Folgenden Franco BASAGLIA (Hg.), Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz (Frankfurt am Main 1971), Italienische Originalausgabe in Turin 1968. [Basaglia war damals mit der Führung dieser Institution betraut].

42 Als Vorlage diente zum Beispiel das Experiment von Maxwell Jones in England.

43 Hierzu vgl. Franco BASAGLIA, Kritische Schlussbetrachtung und Perspektiven. In: Ders. (Hg.), Die negierte Institution (1971) 361-371.

44 Siehe Franz-Werner KERSTING, „1968“ als psychiatriegeschichtliche Zäsur. In: Martin WOLLSCHLÄGER (Hg.), Sozialpsychiatrie. Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven (Tübingen 2001) 43-56, hierzu 48 [An dieser Stelle möchte ich mich bei Dr. Hans-Georg Hofer vom Medizinhistorischen Institut an der Universität Bonn, bedanken, der mir diesen Literaturhinweis zur Verfügung stellte].

*Das Personal erlebte eine erhöhte Arbeitsbefriedigung; die Kranken entdeckten zum ersten Mal eine gewisse Lebensbefriedigung.*<sup>45</sup>

## **5. Die homöopathische Bewegung in Österreich und die Antipsychiatriebewegung – Ressourcen füreinander!?**<sup>46</sup>

Wie ist nun der Einfluss der Psychiatriereformbewegung der 1960er und 1970er auf das österreichische Gesundheitssystem in jener Periode einzuschätzen? Die Beantwortung dieser Frage erweist sich als ein Unternehmen geschichtswissenschaftliche Spurensuche in „homöopathischen Dosierungen“.

Man kann zunächst argumentieren, dass sich die allgemeine Rezeption der verschiedenen Deinstitutionalisierungsprojekte in England beziehungsweise Italien, im Rahmen des Heilsystems der naturwissenschaftlich orientierten Medizin, bereits zu einem gewissen Teil aus dem Interview mit Gernot Vielkind erschließt. Philipp Homan weist auf den Umstand hin, dass es in Österreich zu einer „*verspäteten Rezeption*“ der antipsychiatrischen Projekte kam, die sich danach eher in medizin- beziehungsweise psychiatriekritischen Tendenzen niederschlug und somit nicht nur auf den Bereich der Psychiatrie beschränkt blieb.<sup>47</sup> Hervorzuheben sei dennoch der intensive Austausch auf wissenschaftlicher Ebene zwischen der italienischen Bewegung und österreichischen Institutionen oder Personen, der sich zunächst in der Etablierung der Arbeitsgemeinschaften „*Kritische Medizin*“ und „*Demokratische Psychiatrie*“ sowie der Gründung des Basaglia Hauses für psychosoziale Betreuung in Linz manifestierte. Ein interessantes Charakteristikum dieser sozialen Bewegungen war, dass die Trägerschaft kaum Personen aus der Anstaltspsychiatrie, sondern durchwegs aus anderen medizinischen beziehungsweise wissenschaftlichen Feldern umfasste.<sup>48</sup>

Einen weiteren wichtigen Hinweis in dieser Hinsicht liefert ein Aufsatz von Doris Pfabigan und Astrid Jilge, in dem mittels eines sozialgeschichtlichen Ansatzes versucht wird, den Alltag der Pfleger im Geriatriezentrum am Wienerwald in der Zeit von 1945- 2004 zu rekonstruieren.<sup>49</sup> Hier fällt folgendes Zitat auf:

*„Die italienische Anti-Irrenhaus-Bewegung hat nicht nur die Psychiatrie, sondern das gesamte gesellschaftliche Gefüge in Frage gestellt. Die Kritik an den psychiatrischen Institutionen weitete sich aus zu einer Kritik an den anderen systemtragenden Institutionen wie Gefängnisse, Polizeiapparate, Schulen, Heime, usw. Diese Bewegung ist Teil einer äußerst kritischen politisch-kulturellen Bewegung, die die Würde des einzelnen Menschen unvergleichlich höher stellt als die staatlichen Institutionen mit ihrem Ordnungsdenken.“*<sup>50</sup>

Mit dieser Breite des Themen- sowie Kritikspektrums bot die Antipsychiatriebewegung den verschiedensten Bereichen im Gesundheitswesen (in Theorie und Praxis) Im-

45 Vgl. BASAGLIA, Die negierte Institution 374. Das Zitat entstammt dem Nachwort zur deutschen Ausgabe.

46 In der Überschrift orientiere ich mich an der Terminologie von Mitchell G. ASH.

47 Vgl. Philipp HOMAN, Zur Geschichte der Antipsychiatrie in Österreich ab 1960 (Wien 2008, Univ. Dipl. Arb.) 84-104.

48 Vgl. HOMAN, Geschichte der Antipsychiatrie 88- 96.

49 Vgl. Doris PFABIGAN, Astrid JILGE, Einblicke und Ausblicke. Darstellung des Arbeitsalltags aus der Sicht von Pflegenden im Geriatriezentrum am Wienerwald im Zeitraum von 1946-2004. In: Ingrid ARIAS, Sonia HORN, Michael HUBENSTORF (Hg.), „In der Versorgung“. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“ (Wien 2005) 283-322.

50 PFABIGAN, JILGE, Einblicke und Ausblicke 304.

pulse für eine Humanisierung der medizinischen Methoden und Praktiken. Pfabigan und Jilge heben in ihrem Text vor allem auf die Veränderungen im Pflegebereich ab, die in erster Linie mit einer „*Demokratisierung des Arzt/ Pfleger - Patienten Verhältnisses*“ einhergingen. Die Autorinnen konkretisieren diesen Punkt mit folgender Interpretation eines Pflegers:

„Nun begann sich auch die Position der PatientInnen zu verändern. Die Auffassung setzte sich durch, dass der einzelne Mensch nicht wie ein Werkstück, ein Objekt behandelt und versorgt werden kann. Die Arbeit für die PatientInnen kann immer nur Arbeit mit den PatientInnen sein.“<sup>51</sup>

Und genau hier gilt es mit dem Blick auf die Veränderungen in der Dialektik zwischen allopathischer und homöopathischer Medizin im Österreich der 1960er und 1970er anzusetzen. Bezüglich der Konzeption der Arzt/Ärztin-PatientIn Beziehung weisen die Antipsychoiatriebewegung und die Homöopathie etliche Parallelen auf. Für eine Darstellung derselben lohnt zunächst ein Blick zur Homöopathie. Susanne Diez weist in ihrer Untersuchung darauf hin, dass „... der Mensch in der homöo-pathischen [sic?] Anamnese und Behandlung immer als ganze Person, also als leiblich-seelisch-geistige Einheit wahrgenommen wird“ und deshalb „fühle sich der Patient auch als ganzer Mensch mit all seinen Bezügen, Sorgen und Beschwerden wahrgenommen, und zwar von einem Arzt, der ihm ebenfalls als Ganze Person begegnet. *Homöopathie als „Medizin der Person“* (M. Dorcsi) (Hervorhebung im Original) und die ebenfalls von Dorcsi geforderte ‚Anamnese als Begegnung‘ schaffen die Grundlage einer vertrauensvollen und auch dadurch wirksamen ärztlichen Behandlung.“<sup>52</sup>

Trotz all dieser positiven Zuschreibungen, die durchaus als legitim bezeichnet werden können, liegt es jedoch für den exakten Beobachter auf der Hand, dass auch die homöopathische Arzt/Ärztin-PatientIn Beziehung, so wie jede zwischenmenschliche Beziehung auch, niemals völlig konfliktfrei sein kann. Hinsichtlich einer gewissen Differenzierung dieses Modells ist zum Beispiel der Beitrag von Robert Frank anzuführen, der ausgehend von einer Analyse verschiedener Interaktionsmuster zwischen homöopathischem Arzt und Patient drei mögliche Konfliktfelder herausarbeitet. Hierzu sind die „*Kommunikation des Arzneimittelbildes*“, „*Patientenerwartungen die sich aus der schulmedizinischen Sozialisation erklären lassen*“ und der „*institutionelle Rahmen der Konsultation*“ (Kassen- oder Privatpraxis) zu zählen.<sup>53</sup> Frank will jedoch seinen empirischen Befund keinesfalls als grundsätzliche Widerlegung des bekannten Modells der intensiveren homöopathischen Arzt/Ärztin-PatientIn Beziehung verstanden wissen, nichtsdestotrotz zeichnet er in seinen Ausführungen ein komplexes Bild dieser Beziehung und argumentiert für weitere Forschungen auf diesem Gebiet.

Diese komplexen Modelle zum homöopathischen Arzt/Ärztin- PatientIn Verhältnis stoßen auf immer breiteres wissenschaftliches Interesse und tragen unter anderem zu einer gewissen „Entmystifizierung“ des Arztberufes bei. So gelang es neueren sprachwissenschaftlichen Untersuchungen mittels Analyse der Kommunikationsstrukturen zwischen Ärzten und Patienten die dichotomische Sichtweise, die von der bisherigen Forschung propagiert wurde, gründlich in Frage zu stellen. Gunnar Stollberg stellt in seinem Beitrag Untersuchungen vor, in denen, anhand der Dekonstruktion von Begrifflich-

51 PFABIGAN, JILGE, Einblicke und Ausblicke 304.

52 Siehe Susanne DIEZ, Homöopathie und Gesundheitssystem. In: Peter KÖNIG (Hg.), *Durch Ähnliches heilen* (Wien 2005) 233-261, hier 245.

53 Vgl. FRANK, Konfliktquellen 186- 194.

keiten und Zuschreibungen wie zum Beispiel „Experten“ und „Laien“, verschiedene Schichten von Experten- als auch Laientum sowohl auf der Seite des/r Patienten/Patientin, als auch auf der des/r Arztes/Ärztin freigelegt werden konnten.<sup>4</sup> Dieser interessante Befund korreliert, meiner Meinung nach, mit der modernen Entwicklung der zunehmenden Ausdifferenzierung der Wissenschaftssysteme und den damit verbundenen Spezialisierungstendenzen in den jeweiligen Fachgebieten.

Um nun diese Analyseebene abzuschließen, sei noch einmal auf die Parallelen zwischen Homöopathie und der Antipsychiatriebewegung hingewiesen: Zum einen steht bei beiden ein demokratisches Arzt/Ärztin-PatientIn Verhältnis (weg von der Dominanz des/r Arztes/Ärztin, Abbau der traditionellen Machtstrukturen, weg von paternalistischen bzw. autoritär-hierarchischen Strukturen im Gesundheitssystem, Entwicklung und Professionalisierung von alternativen therapeutischen Strukturen, Methoden und Praktiken) im Mittelpunkt ihres Heilsystems. Zum anderen ist bei beiden eine gewisse kritische Haltung gegenüber der Technisierung und Entindividualisierung der medizinischen Methoden und Praktiken eigen. Vor diesem Hintergrund der ähnlichen Konzeptionen beziehungsweise Modelle kann man zu folgender Interpretation gelangen: Die „Demokratisierung“ beziehungsweise „Humanisierung der Arzt/ Psychiater- Patienten/ Psychotiker Beziehung“ war für die Antipsychiatriebewegung der 1960er und 1970er von zentralem Interesse. Kersting begreift diese Demokratisierungs- beziehungsweise Liberalisierungstendenzen als Produkt des „*katalysatorischen Ineinandergreifens von Psychiatriereform und 68er Bewegung*“.<sup>55</sup> Er formuliert dies mit einem Verweis auf den

*„Umstand, dass die so genannte „68er- Generation“ mit ihren antiautoritären Programmen und Aktionen in einem spezifischen Wechselverhältnis zu bereits angelegten, längerfristigen Entwicklungstrends von Politik, Gesellschaft und Kultur stand. Die Geschichtswissenschaft hat gerade erst begonnen, sich intensiver mit diesen Entwicklungslinien zu beschäftigen. Und eine dieser Linien war eben das Bemühen um die Modernisierung und Humanisierung der psychiatrischen Versorgung. ... Die von der Forschung zwar schon wiederholt angeschnittene, aber noch nicht systematischer formulierte und verfolgte Frage nach dem Überlagerungs-, Durchdringungs- und Beschleunigungsverhältnis von Psychiatriereform und 68' stellen, heißt mithin, beide Phänomene und Begriffe als Chiffren ein- und derselben gesamtgesellschaftlichen Umbruchphase im Übergang von den 60er zu den 70er Jahren nehmen und diese Phase auf ihre maßgeblichen Voraussetzungen, Triebkräfte, Verlaufsformen, Folgewirkungen und Kosten hin beleuchten.“<sup>56</sup>*

Der Homöopathiebewegung in Österreich, aber auch in anderen europäischen Staaten, gelang es anscheinend, so die Conclusio dieser Untersuchung, aufgrund ihrer konzeptionellen Verfasstheit, diese Reformbestrebungen beziehungsweise Reformorientierung auf medizinischem aber auch auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet, die vor allem in der jüngeren Generation Unterstützung fanden beziehungsweise von angehenden Wissenschaftlern rezipiert und anschließend weiterentwickelt wurden (siehe Dr. Gernot Vielkind), in ihre Agenda zu integrieren und somit den Grundstein für einen nachhaltigen Institutionalisierungsprozess zu legen. Die Übersetzung dieser lokal entwickelten Therapiekonzepte (Italien, Großbritannien) in andere medizinische Anwendungskontexte ist

54 Vgl. Gunnar STOLLBERG, Patienten und Homöopathie – ein Überblick über die soziologische Literatur. In: MedGG 18 (2000) 103-118, hierzu siehe 107-108.

55 KERSTING, „1968“ 49.

56 KERSTING, „1968“ 44-45.

somit vor allem als Ergebnis der positiven Resonanz in der jüngeren (studentischen) Generation, sowie im Fall der Homöopathie, ebenfalls als gelungene Anpassung an die spezielle Diagnose- und Therapiekultur zu deuten. Die Homöopathie wurde demnach Teil eines allgemeineren Trends, der weder vom medizinischen System ausging noch von ihm vereinnahmt wurde. Der Prozess der Demokratisierung des Arzt/Ärztin-PatientIn-Verhältnisses kann demzufolge sowohl als Bindeglied und Ebene des Diskurses zwischen den beiden behandelten Bewegungen (Homöopathie und Antipsychiatriebewegung), als auch als Basis und teilweise Ursache für deren Anziehungskraft und Aufschwung verstanden werden. Die zunehmende Institutionalisierung der Homöopathie in Österreich seit den späten 1960er Jahren ließe sich demnach als ein wesentlicher Bestandteil in einem Ensemble sich wechselseitig beeinflussender Prozesse begreifen, deren Vielgestaltigkeit bei einer Auseinandersetzung mit der 1968er-Bewegung immer mitgedacht werden muss.

### **Autoreninformation**

Markus Oppenauer, Mag. phil., Historiker, Mitarbeiter der Sammlungen der Medizinischen Universität Wien, Währinger Straße 25, 1090 Wien. Email: markus.oppenauer@meduniwien.ac.at

.....

Ramón Reichert

# Immunologie und Kalter Krieg.

*Zur Populärkultur medizinischer Abwehrmetaphern*

.....

## Summary

Against the background of the post-war era of the 1950s, which was shaped by highly antagonistic views (“Cold War”, “East-West conflict”), the cited medical instructional films communicated technologies of power which influenced individuals’ behaviour and tried to turn the subject into an object. On the other hand, the films established technologies of self which, as a part of medical care, should enable individuals to autonomously control their bodies, thoughts and lifestyles. Animated maps of cerebral structures and functions, which were used in instructional films, finally created a new culture of perception. Cinematic narratives, together with cinematic techniques, forged audiovisual spaces of knowledge which corresponded with historically and culturally established stereotypes of conventional brain metaphors that came from various sources of knowledge and cultures of remembrance. Therefore, instructional films not only served as didactic media of medical education, but also provided numerous connections to discourses of historical Cold War Culture. Thus, they can be interpreted as a relevant part of the historical culture of memory and of the political imaginary.

## Keywords

Cold War Science, Brain-Washing, Biopolitics, Immune System, Metaphors of Invasion, Instructional Films

Im Herbst 1950 begann der Journalist und CIA-Mitarbeiter Edward Hunter mit der Planung und Durchführung einer antikommunistischen Pressekampagne, an der er sich selbst maßgeblich beteiligte. Am 24. September veröffentlichte er in den *Miami Daily News* einen richtungsweisenden Artikel mit dem Titel *„Brain-Washing‘ Tactics Force Chinese into Ranks of Communist Party.*<sup>1</sup> Erstmals tauchte in der US-amerikanischen Medienöffentlichkeit die Wortschöpfung „Brain-washing“ (dt. „Gehirnwäsche“) auf und stieg in der Feindbildpolitik des Kalten Kriegs zu einem Leitbegriff auf.

„Brain-washing“ ist ein Lehnbegriff der chinesischen Wortschöpfung *xǐ nǎo* (xǐ, „waschen“, nǎo, „Gehirn“) und wurde von der US-Administration zur drastischen Metapher für die in den kommunistischen Staaten ausgeübte Praxis der psychologischen Manipulation zur Zeit des Korea-Kriegs aufgebaut. Vor dem Hintergrund dieser politisch moti-

---

1 Vgl. die Buchpublikation gesammelter Aufsätze von Edward HUNTER, *Brain-washing in Red China. The calculated destruction of men’s minds* (New York 1951).

vierten Popularisierungskampagne wurden wissenschaftlich-technische Repräsentationen von Hirnfunktionen und -strukturen zu einem bedeutenden Austragungsort gesellschaftlicher Diskurse und politischer Machtverhältnisse. In der Folgezeit wurde die Abwehrmetapher des Gehirns zur Ikone und durchlief dabei eine vielschichtige Bildkarriere.

### 1. „Engineering the American Self“

Der Prozess der Ikonisierung des Gehirns als Bestandteil staatlicher Bewusstseinskontrolle wurde jedoch bereits im Zweiten Weltkrieg initiiert. Mit dem Kriegseintritt der USA im Jahr 1941 produzierte das *U.S. Office of War Information* unter dem Schlagwort „*Engineering the American Self*“<sup>2</sup> Instructional Films zur direkten Verhaltensbeeinflussung des militärischen Personals. Die Trainingsfilme waren behavioristisch orientiert und operierten mit schematischen Trickgrafiken des Gehirns zur Aufmerksamkeitssteuerung des Kinopublikums („attention marker“).<sup>3</sup>

Ein Film-Still des Trainingsfilms *Safeguarding Military Information* (USA 1943) zeigt eine farblich kontrastierende Gegenüberstellung zwischen einem Soldaten, der sich in einer feindlichen Umwelt der Infiltration, Spionage und Abwehr befindet. Im Körperperum riss leuchtet ein in weißer Farbe hervorgehobenes Gehirn im Querschnitt, das sich deutlich vom schwarzen Hintergrund abhebt (Abb. 1). Eine Kamerafahrt in das Innere des Körpers in Richtung Gehirn sorgt für eine zusätzliche Blickführung, die vom Off-Kommentar verstärkt wird („be aware“). Instruierende Filme wie *Safeguarding Military Information* nutzten die Potentiale und Funktionen der Gehirnmetapher, um die Lernenden zu stimulieren, neue Lehrinhalte durch bildhaftes Anknüpfen an einheitliche und wiederholbare Bildzeichen effektiver zu erlernen. Die Bildmetaphern sollten weniger das Vorwissen (Erinnerung) aktualisieren, sondern dienten vielmehr zur Steigerung mnemotechnischer Behaltensleistungen. Ausgehend von den militärischen Trainingsfilmen entwickelte sich an der Schnittstelle politischer Einflussnahme, der Sichtbarmachung mentaler Prozesse und einer invasorischen Blickkultur eine filmische Motivgeschichte des Gehirns, die sich aus spezifischen Kinotechniken zusammensetzte (Kadrierung, Montage, Trickfilmtechnik, Tiefenanordnungen, Kamerafahrten und -bewegungen, Bild-Ton-Relation u.a.).<sup>4</sup>

Maßgeblicher Auftraggeber der *Instructional Films* war das *Office of War Information*, das kleine Lehrfilmhersteller im Mittelwesten der USA damit beauftragte, audiovisuelle Zeichenregister zur effektiven Blickführung eines Massenpublikums zu entwickeln.<sup>5</sup> Innerhalb dieser Register visueller Instruktionen sollten die Repräsentationen des Gehirns die Aufgabe der innerdiegetischen Adressierung („filmisches Verstehen“) und der extra-diegetischen Konditionierung des Publikums („filmische Anleitung zur Lebensführung“) übernehmen.

Im Produktions- und Rezeptionskontext der *War Information* dominierten vor allem positivistische Evidenzstrategien zur Visualisierung mentaler Prozesse. Erst nach *Kriegs-*

2 Vgl. Edward BERNAYS, *The Engineering of Consent* (New York 1947) 17.

3 United States Office of War Information, Bureau of Motion Pictures, *A List of United States War Information Films* (Washington D.C. 1942) 3-20. Vgl. Denise WINN, *The Manipulated Mind. Brainwashing, Conditioning and Indoctrination* (London 2000).

4 Vgl. David B. KLEIN, *Mental Hygiene. The Psychology of Personal Adjustment* (New York 1944) 37.

5 David H. CULBERT, *Information Control and Propaganda. Records of the Office of War Information* (Frederick 1986) 423-488; James M. MYERS, *The Bureau of Motion Pictures and its Influence on Film Content during World War II. The Reasons for its Failure* (Lewiston 1998) 145-162.

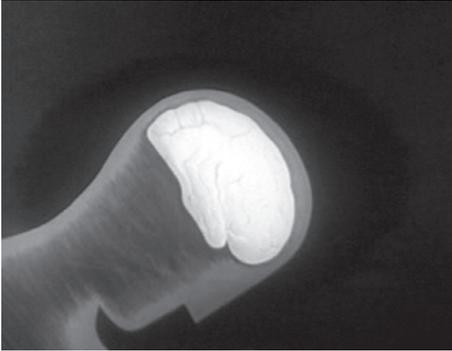


Abb. 1: Safeguarding military information

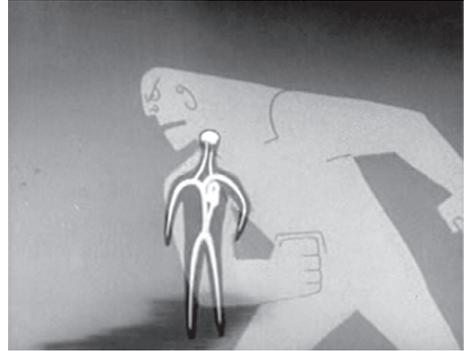


Abb. 2: The fight against communism

ende rückten die negativen Seiten der Konditionierung des Gehirns in den Vordergrund. Das Eindringen in die Gedankenwelt eines anderen Menschen wurde zunehmend als unheimliche und angstbesetzte Entfremdung (Alienation) der eigenen Identität angesehen.<sup>6</sup>

In der Nachkriegsära dominierte die Beziehung des Körpers zu seiner Umwelt ein Denken, das stark von antagonistischen Vorstellungen geprägt war. ‚Kalter Krieg‘ und ‚Ost-West-Konflikt‘ bezeichneten einen fundamentalen ‚Systemgegensatz‘ und prägten gleichermaßen kulturelle und wissenschaftliche Diskurse. Vor diesem ideengeschichtlichen Hintergrund wurde das Gehirn zum bevorzugten Kampfplatz des Ost-West-Konflikts stilisiert. In Filmen wie *The Fight Against Communism* (USA 1950) oder *Practicing Democracy in the Classroom* (USA 1952) kämpften personifizierte Hirnzellen gegen ideologische Fremdkörper. Mit trickanimierten Cartoons zelebrierten antikommunistische *Social Guidance Movies* ihre medienspezifischen Möglichkeiten, indem sie etwa mit Hilfe wissenschaftlich-technischer Bildrepertoires versprachen, schädliche Gedanken sichtbar zu machen, um sie anschließend zu eliminieren (Abb. 2).

In der Zeit der Korea-Krise war *Brain-washing* in aller Munde.<sup>7</sup> Am 10. April 1953 hielt der CIA-Direktor Allen W. Dulles seine programmatische Antrittsrede über das *Brain-Warfare*.<sup>8</sup> Sein Vortrag über die Erfordernisse der psychologischen Kriegsführung verstand sich als Startschuss für ein umfassendes Forschungsprogramm zur Beherrschung des menschlichen Gehirns. Das von regierungsnahen Institutionen geförderte Erziehungsprogramm der „Mental Hygiene“ zielte auf die *internalisierte* Kontrolle und Steuerung der US-Bürgerinnen und -Bürger.<sup>9</sup> Mitte der 1950er Jahre initiierten die Psychologen Edgar H. Schein und Robert J. Lifton im Auftrag der US-Regierung und in enger

6 Liz HEDGECOCK, ‘The Martians Are Coming!’ – Civilization v. Invasion in *The War of the Worlds* and *Mars Attacks!* In: Deborah Cartmell et al. (Hg.), *Alien Identities. Exploring Differences in Film and Fiction* (London 1999) 104-120.

7 Susan L. CARRUTHERS, *Redeeming the Captives. Hollywood and the „Brainwashing“ of America’s Prisoners of War in Korea.* In: *Film History* 10/3 (1998) 275-294, hier: 275.

8 William SARGANT, *Battle for the Mind. A Physiology of Conversion and Brain-washing* (Cambridge 1997) 87f.

9 Vgl. Lawrence E. SHAFFER, Edward J. SHOBEN, *The Psychology of Adjustment. A dynamic and experimental Approach to Personality and Mental Hygiene* (Boston 1956) Kapitel 2.

Zusammenarbeit mit führenden Repräsentanten der Gruppenforschung, der pharmazeutischen Industrie und des Operations Research zahlreiche Forschungsprogramme über Möglichkeiten der sogenannten Mind Control, die auch Menschenversuche beinhalteten.<sup>10</sup> Ein funktionierendes Brain-Warfare sollte nicht länger von technischen Überwachungsapparaturen abhängig sein: Gruppenzwang und sozialer Anpassungsdruck galten als die effektivsten Methoden zur Herstellung der *Mind Control*.<sup>11</sup>

## 2. Gehirn, Organismus, Staat

Die im Jahr 1949 sprunghaft angestiegene Produktion von psychologischen Lehrfilmen<sup>12</sup> über die Möglichkeiten der direkten Beeinflussung des Organismus durch Drogen und Strahlungen ist ein Indikator für das erstarkte Rollenbild neurologischer und sozialpsychologischer Diskurse im ideologischen Abwehrkampf der USA.<sup>13</sup> Bilder des Gehirns implizierten dabei stets die Simulation eines medizinischen Blicks unter die Haut.<sup>14</sup> Mit dem invisorischen Blick auf das Verborgenste und Geheimste des Menschen sollte das ontologische Zentrum des Individuums suspendiert werden. Der wissenschaftlich-technische Zeichentrick des Lehrfilms verwandelte den traditionellen Sitz der Seele, der Gedanken und der Emotionen in experimentell reproduzierbare Versuchsanordnungen. In der Ära des „Battle for the Mind“<sup>15</sup> begannen allmählich Computermetaphern die Visualisierung von Hirnfunktionen zu überlagern und stiegen rasch zum „icon for principal systems of symbolic and material, difference“<sup>16</sup> auf.

Mit der Aufwertung der operationellen Definition von Denken musste die Bildwelt des Lehrfilmwissens kein dezidiertes Feindbild mehr präsentieren, sondern brauchte sich nur noch auf die *inneren* Strukturen der Selbsterhaltung und der Feinderkennung konzentrieren. Mit der Erfindung des Immunsystems als einer neuen politischen Dimension eines flexiblen, sich ständig wandelnden Körpers verlor das Gehirn seine zentrale Stellung als oberste regulierende Instanz des menschlichen Organismus.

In den Anfängen des Kalten Kriegs etablierten der spätere Nobelpreisträger<sup>17</sup> Frank Macfarlane Burnet und Frank Fenner in ihrer Schrift *The Production of Antibodies*<sup>18</sup> den formal-theoretischen Modellbegriff des „immunologischen Selbst“ – ein Begriff, der sich

10 Edgar SCHEIN, *Coercive Persuasion, A Socio-Psychological Analysis of the „Brainwashing“ of American Civilian Prisoners by the Chinese Communists* (New York 1961); Robert J. LIFTON, *Thought Reform and the Psychology of Totalism. A Study of „Brainwashing“ in China* (Harmondsworth 1961).

11 Dominic STREATFEILD, *Brainwash. The Secret History of Mind Control* (London 2006) 47.

12 Charles F. HOBAN, *The State of the Art of Instructional Films* (Stanford 1971) 122f.; Edward B. van ORMER, *Instructional Film Research, 1918-1950* (New York 1972) 269.

13 Vgl. Kathleen TAYLOR, *Brainwashing: The Science of Thought Control* (Oxford 2006).

14 Vgl. zur Historiographie der Abwehrmetapher Ramón REICHERT, *Der Diskurs der Seuche. Sozialpathologien 1700-1900* (München 1997); Laura OTIS (Hg.), *Metaphors of Invasion in Nineteenth Century Literature, Science, and Politics* (Baltimore 1999); Philipp SARASIN, *Infizierte Körper, kontaminierte Sprachen. Metaphern als Gegenstand der Wissenschaftsgeschichte*. In: Philipp SARASIN, *Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse* (Frankfurt 2003); Claus PIAS (Hg.), *Abwehr. Modelle – Strategien – Medien* (Bielefeld 2008).

15 Vgl. SARGANT, *Battle*.

16 Donna HARAWAY, *The Biopolitics of Postmodern Bodies. Constitutions of Self in Immune System Discourse*. In: Donna HARAWAY, *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention by Nature* (New York 1991) 203-230, hier 204.

17 Burnet erhielt 1960 den Nobelpreis für seine Entdeckung der erworbenen immunologischen Toleranz.

18 Frank Macfarlane BURNET, Frank FENNER, *The Production of Antibodies* (New York 1948).

zu einer leitenden Metapher zur Beschreibung von immunitären Reaktionen entwickeln sollte.<sup>19</sup> Mentale Handlungen und Entscheidungen wurden dezentralisiert und waren integraler Bestandteil sämtlicher Schutzmechanismen des Organismus. Das von Burnet und Fenner entwickelte „Selbst-Nichtselbst“-Konzept setzte ein gesundes, normales und aggressives Selbst voraus, das sich gegen eine potentiell feindliche Umwelt behauptet und damit die Erhaltungsfunktion des Körpers gewährleistet. Dieser Definition ging eine eindeutige Unterscheidung zwischen dem körpereigenen Selbst und dem körperfremden Nicht-Selbst voraus. Innen und Außen standen für die klare Teilung zwischen Selbst und Nicht-Selbst.

Die Metaphorik des Immunsystems wurde in wechselnden historischen Zusammenhängen mit den Metaphern der Politik und des Staates vermischt. Die Annahme, dass sich ein gesundes Immunsystem ohne äußeren Einfluss in einem *normalen* Zustand befindet und nur durch ein von außen eindringendes Antigen in seiner *Normalität* gestört wird, wurde in der Ära des Kalten Kriegs als biologische Metapher zur Beschreibung des US-Staatskörpers aufgenommen und in populärkulturelle Kontexte übertragen:

„*In the 1940s and 1950s, immunology and virology became saturated with a Cold War consciousness as they drew upon medical fears of illness that paralleled political fears of communist infiltration and invasion. These fears manifested themselves in the identification of communists and homosexuals as diseased elements of an otherwise healthy American body politics.*“<sup>20</sup>

Die repressive Semantik politischer Metaphern und normativer Körperkonzepte prägte in der Feindbildkonstruktion des Ost-West-Konflikts den operativen Wortschatz des biomedizinischen Wissens. Vor diesem Hintergrund verkörperte das Gehirn ein xenophobisches „Selbst“, das in einer „überlebensnotwendigen“ Feindschaft einem pathologischen „Nicht-Selbst“ gegenübergestellt wurde. Im diskursiven Geflecht von Immunologie, Molekularbiologie, Cold War Culture und politischer Public Relations spielte das Gehirn die Rolle einer anpassungsfähigen und antizipationsfreudigen Steuerungseinheit im Abwehrkampf der Human Fortress.<sup>21</sup> Damit formierte sich ein anschlussfähiges Regierungswissen, das in die militärisch-technologische Metaphorik des Kalten Kriegs integriert werden konnte.<sup>22</sup> Die Zellenorganisation dieses Modells zeichnete sich durch eine autonome Selbststeuerung, eine kooperative Arbeitsteilung und ein effizientes Kommunikationssystem aus. Dabei haben die wehrhaften Zellen ihre Aufgaben internalisiert und arbeiten reibungslos zusammen. Von der selbsttätigen Zellenorganisation wurde schließlich das liberale Prinzip des Politischen abgeleitet, demzufolge es weder im Körper noch im Staat eine übergeordnete Steuerungseinheit geben könne. Fiktionalisierungen maximaler Kontrolle, optimaler Organisation und effektiv operierender Arbeitsteilung wurden sowohl von der Kriegsmetaphorik der Immunologie als auch im Bewährungsmotiv des *Alien Movie* in unzähligen Variationen vorgenommen.

Vor diesem Hintergrund konnte sich eine weitere Verschiebung in der Bewertung des Immunsystems etablieren. So trat im Rahmen einer informationstheoretisch geprägten Konzeption des Immunsystems seit Mitte der 1960er Jahre das Verständnis eines pas-

19 Alfred I. TAUBER, Historical and Philosophical Perspectives on Immune Cognition. In: Journal of the History of Biology 30 (1997) 419-440.

20 David OGDEN, Cold War Science and the Body Politic: An Immuno/Virological Approach to Angels in America. In: Literature and Medicine 19/2 (2000) 241.

21 Emily MARTIN, Flexible Bodies. The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS (Boston 1994) 48.

22 Lily E. KAY, Who wrote the Book of Life. A History of the Genetic Code (Stanford 2000) 189.

siven, einfachen und reaktiven Abwehr-Mechanismus zugunsten der Konzeption einer aktiven, komplexen und prinzipiell offenen Produktion von „Immun-Antworten“ zurück. Der Immunologe Niels Jerne schlug angesichts der wachsenden Komplexität experimenteller Daten und der Schwierigkeit, sie alle in den begrifflichen Rahmen einzupassen, eine neue originelle Theorie der Immunität vor – die Theorie idealtypischer Netzwerke. 1974 entwickelte Jerne in seinem Aufsatz *Towards a network theory of the immune system* das erste Immun-Netzwerkmodell, mit dem er einen Perspektivenwechsel innerhalb der Immunologie vollzog und erstmals für eine Abgrenzung vom „Selbst-Nichtselbst“-Konzept argumentierte.<sup>23</sup>

Während in der Selektionstheorie angenommen wurde, dass sich das Immunsystem ohne äußere Reize in einem Ruhezustand befände und nur durch ein stimulierendes Antigen aktiviert werden könne, ging Jerne in seiner Netzwerktheorie davon aus, dass das Immunsystem auch bei Fehlen eines äußeren Reizes ein dynamisches Verhalten aufweise. Jernes Immunologie zufolge entwickle sich das Immunsystem während der embryonalen Phase als Resultat einer ‚Selbst-Erfahrung‘: Bevor sie auf ein äußeres Antigen treffen, müssen die Zellen des Immunsystems erst lernen, miteinander zu kommunizieren.<sup>24</sup> Das Netz adaptiert sich so an fremde Substanzen und an neue Elemente, die auftauchen und in das Netz integriert werden.<sup>25</sup> Der immunologische Prozess konnte folglich als ein kognitives System etabliert werden, das wie ein selbstreferentieller Prozess funktioniert. In einem komplexen Netzwerk ist es daher nicht mehr einfach zu unterscheiden, was ‚Selbst‘ und was ‚Nicht-Selbst‘ ist.

In den späten 1970er Jahren wurde das „Selbst“ zur Grundlage immunologischer Theoriebildung, und die Immunitätsforschung betitelte sich als die Wissenschaft der „self/non-self discrimination“<sup>26</sup>. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass die Identität des immunen Selbst mithilfe der – kausal begründbaren – Beschreibung seiner physikalischen und genetischen Wirkungsgesetze erklärt werden könne. Dieses dominierende Modell wurde in der jüngeren Theoriedebatte selbst herausgefordert. Unter dem Eindruck der aktuellen Forschungsergebnisse der Transplantationsmedizin und der Auto-Immunologie<sup>27</sup> wird dafür plädiert, die statische Dichotomie von „self/non-self“ aufzugeben und das Immunsystem als polymorph, nicht-linear und mehrdimensional zu konzipieren.<sup>28</sup> Der holistische Netzwerk-Ansatz begreift den Organismus als kooperatives System und geht von einer individuellen Identität aus, die in ein inklusives Ganzes eingebettet ist.<sup>29</sup> Dabei werden die Antikörper, die für die Unterscheidung von „Selbst“ und „Nicht-Selbst“ verantwortlich sind, *selbst* als Teil des Organismus aufgefasst. In den neueren Immunologien wird also von einem flexiblen Körper ausgegangen, der unentwegt im Austausch mit seiner Umwelt steht und aus diesem Reichtum

23 Niels K. JERNE, *Towards a network theory of the immune system*. In: *Annals of the Institute Pasteur/Immunology* (Paris) 125 (1974) 373-389.

24 Ebd. 393.

25 Ebd. 395.

26 Rodney E. LANGMAN, Melvin COHN, *A minimal model for self-nonsel self discrimination: a return to the basics*. In: *Seminar in Immunology* 12 (2000) 189-195.

27 Vgl. Martin SCHWARTZ, Jordan R. COHEN, *Autoimmunity can benefit self-maintenance*. In: *Immunology Today* 21 (2000) 265-268.

28 Francisco J. VARELA, et. al., *Cognitive networks: Immune, neural, and otherwise*. In: Alan PERELSON (Hg.), *Theoretical Immunology* (Redwood City 1988) 359-375.

29 Vgl. Alfred I. TAUBER, *The Immune Self: Theory or Metaphor?* (New York/Cambridge 1994) 57f.

ständig selektiert, was er braucht, um seine Eigenart zu erhalten.<sup>30</sup>

Die Geschichte der modernen Genetik kann nicht nur in den Termini einer Kybernetisierung der Biologie beschrieben werden. Gleichfalls kann auch eine Biologisierung der Kybernetik konstatiert werden: Die engen Kooperationen zwischen Mathematikern, Physikern und Biologen wirkten sich schließlich in beide Richtungen aus. So entwickelte der Mathematiker John von Neumann in seiner 1949 gehaltenen Lecture *Re-evaluation of the problems of complicated automata – problems of hierarchy and evolution* erste Überlegungen zum Modell „selbstreplikativer Automaten“, die gravierende Folgen im technologischen Diskurs hatten und erfand damit das Computervirus – zumindest als theoretische Möglichkeit.<sup>31</sup> So sollten sich in Neumanns Gedankenmodell diese komplizierten Automaten wie biologische Organismen verhalten. Neumanns Überlegungen wirkten wiederum zurück auf die molekulargenetische Forschung, sodass die Kybernetik als Katalysator für wesentliche biologische Entwicklungen bis hin zur Entdeckung der Molekülstruktur der DNA durch Francis Watson und James Crick begriffen werden kann.

### 3. Zeichensysteme der Wissensrepräsentation

Mit der gesicherten Auftragslage durch militärisch-administrative Institutionen entstand im Zweiten Weltkrieg eine fachwissenschaftlich spezialisierte Lehrfilmindustrie.<sup>32</sup> Sie etablierte ein Massenpublikum, das den Film als ein Instrument der Belehrung und Erziehung akzeptierte.<sup>33</sup> Vor dem Hintergrund breit angelegter Popularisierungskampagnen zur „Mental Hygiene“ etablierte sich in der Ära der *Cold War Culture* ein neuartiges Lehrfilmformat: Prädikatisiert als *Classroom Films* wurden *Social Guidance Movies* flächendeckend in High Schools und Universitäten eingesetzt und erreichten ein Millionenpublikum.<sup>34</sup>

Das Korpusmaterial zur Ikonographie des Gehirns enthält 22 Filme aus dem Zeitraum 1948 bis 1953. Der überwiegende Teil der Laufbilder präsentiert einen tricktechnisch versierten *Querschnitt* des menschlichen Schädels im Profil und tradiert eine bestimmte visuelle Darstellungskonvention: das Eindringen des medizinisch-technischen Blicks in das Innere menschlicher Anatomie vermittelt der visuellen Simulation eines anatomischen Schnittes, der den gesamten menschlichen Körper für das klinische Blick- und Bildrepertoire transparent macht. Die um das Gehirn der Massen entbrannte psychologische Kriegsführung (*Brain-Warfare*) kommuniziert in ihren sogenannten *Social Guidance Movies* ein selektives Bild des Gehirns, das sich aus klinisch-pathologischen Wissensformationen speist.

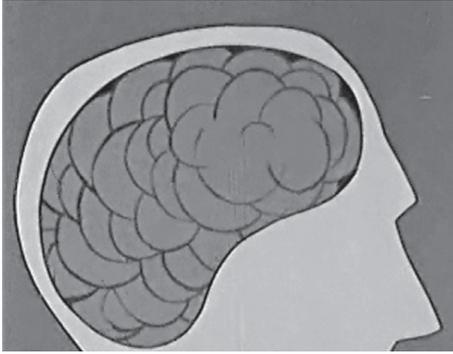
30 Vgl. MARTIN, *Flexible Bodies*.

31 John VON NEUMANN, *Re-evaluation of the problems of complicated automata – problems of hierarchy and evolution* (Fifth Illinois Lecture), December 1949. In: William ASPRAY, Arthur BURKS (Hg.), *Papers of John von Neumann on Computing and Computer Theory* (Boston 1987) 477-490.

32 Produziert wurden die 16mm-Filme von kleinen Lehrfilmherstellern im Mittelwesten der USA, die eng mit dem War Department und dem United States Information Service kooperierten: Coronet Films (der größte Produzent von Educational Films, gegründet von David Smart im Jahr 1946), Encyclopaedia Britannica Films (Produzent einer Filmreihe zum Thema Mental Hygiene), ETRI Films (einer der größten Lehrfilm-Produzenten der 1930er Jahre), Avis Films (Mittelbetrieb, der sich auf die filmische Darstellung der Health Education konzentrierte), Centron (Mittelbetrieb mit Themenschwerpunkt Mental Hygiene) und The Bell System (Genreproduzent von Safety Film und Mental Hygiene).

33 Paul SAETTLER, *A History of Instructional Technology* (New York 1968) 44.

34 Ken SMITH, *Mental Hygiene. Classroom Films 1945-1970* (New York 1999) 31.

Abb. 3: *Mind control*Abb. 4: *Mind control*

Der für ein Expertenpublikum produzierte Streifen *Mind Control* (USA 1951) stellt die wissenschaftlich-technischen Potentiale der Bewusstseinskontrolle betont positiv dar. Um die ‚Gehirnwäsche‘ der eigenen Bevölkerung zu rechtfertigen, konstruiert der Film ein Innen/Außen-Schema, in dem das Gehirn zu einer Abwehrmetapher gegen die ‚militärische Invasion‘ des ideologischen ‚Feindes‘ stilisiert wird. *Mind Control* operiert mit einer Serie von visuellen Oppositionen. Als bedrohlich gilt weniger das affektbestimmte Denken, sondern vielmehr das sich dem wissenstechnischen Zugriff entziehende Denken, auf das die – im nebenstehenden Film-Still (Abb. 3) abgebildete – undurchsichtige Wolke als Grenzfigur der Repräsentation anspielt. Die Erfassung mentaler ‚Zustände‘ und ‚Prozesse‘ in einem Raum des Wissens (Spatialisierung) wird in *Mind Control* mit einem Medienwechsel vom abstrakten Bild (tricktechnisch animierte Wolke) zum Schriftbild (Schriftinsert „Thinking“) vollzogen (Abb. 4).

In der Darstellung der Denkkakte recurriert der Film mehrmals auf personifizierende Gehirnmetaphern. So werden etwa mentale ‚Gegenstände‘ in animierten Sequenzen oft mit Gesichtsmerkmalen verlebendigt. Personifizierung ist ein häufig anzutreffendes didaktisches Mittel des populärwissenschaftlichen Lehrfilms. In *Understand Your Emotions* (USA 1950) personifiziert etwa die Voice Over zusätzlich mentale Prozesse und konstruiert ein Subjekt zielgerichteten Handelns: „The brain intends to avoid negative emotions“.

Ein weiteres Charakteristikum ist die Verwendung von Raummetaphern bei der Modellierung mentaler Prozesse, welche die Logik der Bildmedien insgesamt betrifft (Zeichnung, Fotografie, Film, Röntgentechnik, Computertomografie).<sup>35</sup> Im Film sind es vor allem die Grafikanimationen, die ausgewählte Weg-, Gebiets- und Container-Metaphern evozieren und auf der Tonebene mit grundlegenden Körpererfahrungen wie Bewegung, Kraftwirkung und Inklusion/Exklusion sowie mit den entsprechenden Bewegungsverben/ Präpositionen verknüpft werden (z.B. „The electrical signal moves to“). Die Tricktechnik erzeugt in Zusammenarbeit mit der schematischen Zeichnung Signifikanten der Raumorientierung: Pfeile evozieren Richtungen, Strecken, Wege, Verläufe und produzieren damit kleine Anekdoten sowie situative Beschreibungen menschlicher Körperfunktionen.

In Filmen mit einer ausgeprägten Adressierungsfunktion wie etwa *Understand Your Emotions* (USA 1950) und *Control your Emotions* (USA 1950) wird das reifizierte und

35 Vgl. George LAKOFF, Mark JOHNSON, *Philosophy in the Flesh. The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought* (New York 1999).

spatialisierte Gehirn als ein navigierbarer Raum dargestellt. Die Simulation navigierbarer Räume wird hier mit einer subjektiven Kamera aufgenommen, um den Aspekt der Immersion zu verstärken: Mit der durch Kameraschwenks und -bewegungen unterstützten *Ästhetik der Navigation* soll das Gehirn für die Betrachterinnen und Betrachter als ein virtueller Aktionsraum erfahrbar werden. Verkehrswege und -zentren organisieren dabei einen ‚lückenlos erschlossenen‘ Raum. Schematisch gezeichnete Kartografien des Gehirns konstruieren einen synoptischen oder panoramatischen Blick auf den Lehrgegenstand. Anstelle mühsamer Deduktionen und Argumentfolgen zielen simplifizierende Geometrien des didaktischen Films auf ein schnelles Verstehen und simulieren eine übersichtliche, unkomplizierte Welt des Geordneten. Tricktechnische Aufnahmen machen das Gefüge aus Prozessierendem, Fließendem, Kreisförmigem in seinem festgelegten, gleichförmigen Rhythmus als etwas Zusammenhängendes und Zusammenarbeitendes sichtbar.

#### 4. Wegweiser und Karten

An bestimmte Stellen gerückt, fordern Pfeile die Aufmerksamkeit des Betrachters (Abb. 5). Jedes Detail des grafischen Zeichens kann mit Bedeutung aufgeladen werden. Intensitätsdifferenzen wie Strichbreite, Duktus, Farbe sollen für überdeutliche Differenzierungen sorgen und suggerieren Zusammenhänge innerhalb der Trickfilmanimation. In der Welt der animierten Dinge scheint jede Neuerung und jede Modifikation eine Bedeutungsproduktion zu bewirken. Das Dünne, das Dicke, das Fette transformieren den Zeichenkörper des Vektors und schaffen neue Bedeutungen: das Beachtliche, das Neue, das Einleuchtende. Pfeile und Vektoren gelten als Bestandteile der didaktischen Blickführung; sie geben Hinweise und Anordnungen zur richtigen Lektüre, versammeln die Aufmerksamkeit der Rezipientenschaft an markanten Punkten und etablieren lineare Ordnungen und eindeutige Richtungen. In Verknüpfung mit Kamera (Detail, Zoom) und Schnitt (Rhythmisierung der Lektüre) werden die Betrachtenden in das *Innere der Bilder* hineingeführt. Mit der fokussierenden Detailaufnahme wird etwa versucht, die teilnehmende Kinoerfahrung des Publikums zu intensivieren (Immersion) und in Verbindung mit tricktechnisch animierten Pfeilen und Vektoren auf bestimmte Wahrnehmungsziele hin zu strukturieren.

Zahlreiche Lehrfilme verwenden anatomische Modelle des Gehirns in Realfilmaufnahmen. In *Understand Your Emotions* (USA 1950) wird eine Nahaufnahme präsentiert, die einen Experten bei der Demonstration am dreidimensionalen Hirnmodell zeigt. Der Experte im Lehrfilm ersetzt den Lehrer im Klassenraum; seine auf bestimmte Hirnregionen hinweisenden Finger und Hände haben eine ähnliche Funktion wie die Richtungspfeile in den Sequenzen des Zeichentricks; die Richtungspfeile in animierten Szenen rekurrieren wiederum auf den im Unterricht gebräuchlichen Zeigestab. Schließlich lokalisiert eine am Hirnmodell angebrachte Schrifttafel eine spezifische Hirnfunktion und spielt damit auf das didaktische Lehrmittel der Schultafel im Unterricht an – der Lehrfilm verwandelt das Kino in einen Klassenraum.

In der Medialisierung didaktischen Wissens nimmt schließlich die unterschiedliche Zuordnung von Farb- und Helligkeitswerten einen zentralen Stellenwert ein. Die *Social Guidance Movies* nutzen zur Visualisierung des Freund-Feind-Schemas die kontrastierenden Farben Schwarz und Weiß. Die schwarze Farbe konnotiert das Feindliche, Schädliche und Fremde, die weiße Farbe repräsentiert alle Attribute eigener Körperidentität. Die Grundfarbe des intakten Gehirns ist stets weiß. Eine organische Schwächung des Gehirns wird überwiegend kartografisch angezeigt. In *Alcohol and the Human Body*

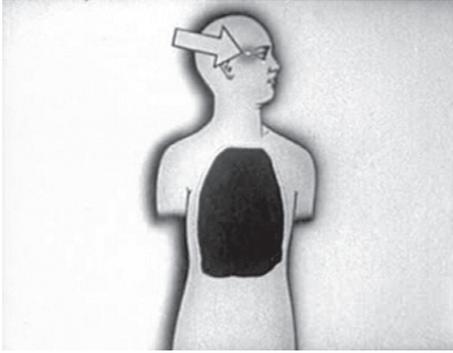


Abb. 5: *Understand your emotions*

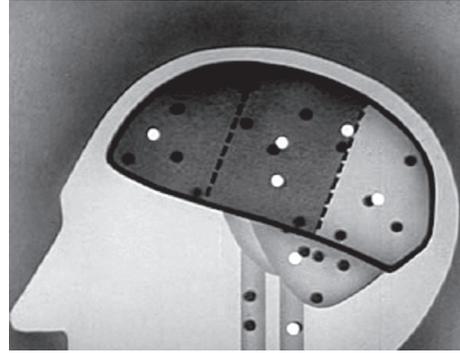


Abb. 6: *Alcohol and the human body*

(USA 1949) wird die Verschlechterung des Gesundheitszustandes territorial visualisiert (Abb. 6). Das Gehirn wird dabei als eine in Sektoren unterteilte Karte repräsentiert. Die Voice Over kombiniert die schwarz gefärbten Hirnterritorien mit Szenarien feindlicher Invasion („The aliens invade the body and hijack many of its systems“) und assoziiert damit ein populärwissenschaftliches Sujet (Auswirkungen von Alkoholkonsum auf spezifische Gehirnfunktionen) mit einem xenophoben Stereotyp der *Cold War Culture* („Alien“, „Invasion“, „Hijacking“).

## 5. Ikonologie des Lehrfilms

Vor dem Hintergrund der Nachkriegsära der 1950er Jahre, die stark von antagonistischen Vorstellungen („Kalter Krieg“, „Ost-West-Konflikt“) geprägt war, vermittelten die hier untersuchten medizinischen Lehrfilme ihren Betrachterinnen und Betrachtern jene Technologien der Macht, die das Verhalten von Individuen prägen und das Subjekt zum Objekt machen könnten; andererseits etablierten sie Technologien des Selbst, die es dem Einzelnen im Rahmen der Gesundheitsfürsorge ermöglichen sollten, eigenständig eine Reihe von Operationen an seinem Körper, seinem Denken und seiner Lebensführung vorzunehmen.<sup>36</sup> Die dazu in den Lehrfilmen verwendeten trickgrafisch animierten Karten der Gehirnstrukturen und -funktionen ermöglichten schließlich auch eine neuartige Wahrnehmungskultur: Die filmische Narration, in Verbindung mit einer kino-spezifischen Technik, schuf mit Hilfe von Kadrierung, Montage, Zeittransformationen und Tricktechnik audiovisuelle Räume des Wissens, die wiederum ein Verweisungsspiel mit historisch und kulturell geformten Stereotypen konventioneller Gehirnmetaphern etablierten, die sich aus unterschiedlichen Wissensbeständen und Erinnerungskulturen speisen konnten. Die Lehrfilme fungierten folglich nicht nur im engeren Sinn als didaktische Medien medizinischer Belehrung, sondern sie bildeten darüber hinaus auch zahlreiche Anschlüsse an die Diskurse der historischen *Cold War Culture*. Damit können sie als ein relevanter Bestandteil der historischen Gedächtniskultur und des politischen Imaginären angesehen werden.

<sup>36</sup> Vgl. Michel FOUCAULT, Technologien des Selbst. In: Luther H. Martin u.a. (Hg.), *Technologien des Selbst* (Frankfurt am Main 1993) 24-62, hier: 26f.

**Autoreninformation**

Ramón Reichert, Univ. Prof. Dr. phil., Kultur- und Medienwissenschaftler, Professor für Neue Medien am Institut für Theater-, Film- und Medienwissenschaft, Universität Wien, Maria-Theresien-Straße 3, 1010 Wien. Email: [ramon.reichert@univie.ac.at](mailto:ramon.reichert@univie.ac.at)



---

Melanie Ruff

# Franz Zamecnik Infanterist – Invalide – Feinmechaniker

*Gesichtsrekonstruktionen während des Ersten Weltkrieges  
in der k.u.k. Monarchie*

---

## **Summary**

In the course of the fighting at the fronts of World War I, the introduction of new projectiles led to an unanticipated number of head injuries, catching the military leadership and casualty medical support unprepared. Since the military saw the frequency of facial injuries as an imminent danger to its forces, it determined that specialists were needed to treat facial injuries quickly and effectively.

Maxillofacial doctors were confronted with a new situation. On the one hand, due to disfigurements, it became necessary to address psychological issues in treatments, and on the other hand, military leaders demanded treatment methods that would make the largest number of soldiers fit for battle as quickly as possible. From this point on, medical activity was viewed as a quantifiable resource by the military and was actively integrated in warfare.

The main question is: How did the injured soldiers deal with disfigurements? A review of existing patient files reveals different approaches soldiers took to come to terms with their facial injuries. There were patients whose complete resignation culminated in suicide and others who drafted self-confident designs for living; Franz Zamecnik's reaction, presented in this essay, is an example of the latter.

The soldiers' and doctors' perspectives must be assessed against the background of institutional medicine and the military.

## **Keywords**

1914-1918, World War I, Medical History, Plastic surgery, Facial reconstruction

## **1. Einleitung**

Im Zuge der Kampfhandlungen an den Fronten des Ersten Weltkrieges kam es durch den Einsatz neuer Geschosse zu unerwartet vielen Kopfschussverletzungen, worauf die militärische Führung und das Sanitätswesen nicht vorbereitet waren.

Maßgebend für die große Häufung an Kopfverletzungen war die spezielle Kampfführung im Ersten Weltkrieg: das Feuern in liegender Stellung und in den Schützengraben mit erhobenem Kopf, Kampfmittel wie Minen sowie Handgranaten und stark split-

ternde Schrapnell-Geschosse.<sup>1</sup> Die Fachärzte diagnostizierten, dass neben den Schmerzen, den Beschwerden beim Kauen und dem Unvermögen zu sprechen die Entstellungen im Gesicht besonders demoralisierend und auch oftmals traumatisierend auf die Soldaten wirkten.<sup>2</sup> Eine erste Maßnahme war die Einführung von Stahlhelmen, welche die überraschend hohe Zahl an Gesichtsverletzten im Stellungskrieg eindämmen sollten. Da das Militär und die politische Führung in den häufig auftretenden Gesichtsverletzungen eine Gefahr für die eigene Streitkraft sahen, bestand ein großer Bedarf an medizinischen Experten,<sup>3</sup> die rasch und effizient Gesichtsverletzungen behandeln konnten.

Die kieferchirurgisch tätigen Ärzte sahen sich also einer neuen Situation gegenüber. Zum einen wurde es aufgrund der Entstellungen notwendig, psychologische Belange in die Behandlung von Gesichtsverletzten miteinzubeziehen.<sup>4</sup> Zum anderen erwartete die militärische Führung die Entwicklung von effektiven Behandlungsmethoden, um möglichst schnell möglichst viele Soldaten wieder frontdiensttauglich zu machen. Medizinisches Handeln wurde in diesem Kontext als militärisch kalkulierbare Ressource gesehen und in das Kriegsgeschehen aktiv eingebunden. Zahnärzte und Chirurgen nahmen die vom Militär übertragene Aufgabe bereitwillig an und ließen sich, von der Kriegseuphorie angesteckt, zu Versprechungen von Behandlungserfolgen von bis zu über achtzig Prozent verleiten.<sup>5</sup> Im Kontext dieser Zielsetzung wurde die Kooperation von Zahnärzten und Chirurgen intensiviert. Ihren Ausdruck fand die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den neu errichteten Spezialheilstätten für Kieferschussverletzte.<sup>6</sup> Behandelt wurden dort Unterkieferbrüche, Oberkieferbrüche, Frakturen und Weichteilverletzungen; sowohl plastische als auch kosmetische Eingriffe wurden durchgeführt. Die im Ersten Weltkrieg entwickelte institutionelle Verbindung ist in Wien bis heute an der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie aufrecht.<sup>7</sup>

Die massenhaft auftretenden Gesichtsverletzungen hatten aber nicht nur neue Behandlungstechniken und neue Organisationsformen zur Folge, sondern bedeuteten auch für die Betroffenen, dass sie lernen mussten, mit den ihnen zugefügten Verletzungen am Körper und der daraus resultierenden neuen Lebenssituation umzugehen, eine spezifische Herausforderung, der sie in sehr unterschiedlicher Weise begegneten.

- 
- 1 Barbara HOFFMANN, Kriegsblinde in Österreich: Die Entstehung eines „Zwei-Klassen-Systems“ von blinden Menschen. In: *Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 6 (2007) 75-84, hier 76.
  - 2 A. Ritter von WAGNER, Beobachtungen über den Einfluß der Kiefer- und Kriegsverletzungen auf die Psyche. In: Emil STEINSCHNEIDER (Hg.), *Beiträge zur Kieferschußtherapie*. Aus Anlaß des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Wien 1917) 1-2.
  - 3 Juljan Zilz, Leiter der Kriegszahnklinik in Lublin, führte in seinem Sanitätstagebuch zwei Zahnarztpraktikantinnen an. (Bestand der Sammlungen der Medizinischen Universität Wien (MUW), Nachlass Zilz). In den Berichten der Spezialheilstätte für Kieferschussverletzte in Wien an das Armeee-tappenkommando wird eine Ärztin angeführt, jedoch ohne Angabe ihres Tätigkeitsbereichs. (Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (KA), Militär-Ärzte (Militärkommando Wien) [2].) Offen ist die Frage, ob es auch in anderen Sanitätsanstalten Frauen gab, die als Ärztinnen und Chirur-ginnen tätig waren. Da es sich bei den zitierten Fachleuten ausschließlich um Männer handelte, wird im Folgenden die männliche Form verwendet werden.
  - 4 WAGNER, *Beobachtungen* 1f.
  - 5 S. SCHAAR, Statistischer Jahresbericht aus dem k.u.k. Reservespital Nr. 17 (Spezialspital für Kiefer-verletzte). In: STEINSCHNEIDER, *Beiträge zur Kieferschußtherapie* 263-268, hier 268.
  - 6 KA, Neue Feldakten (NFA), Div. San. Chef, 3.J.D.165, 1914/15, Erlass des k.u.k. 4. Armeee-tappenkommando, „Behandlung von Kieferschussfrakturen“, 12. März 1915.
  - 7 <http://www.meduniwien.ac.at/maxillo-facial/index.htm>, 21. September 2010.

Wenn in diesem Aufsatz eine spezifische Kriegsverletzung und ihre Behandlung am Beispiel des Verwundeten Franz Zamecnik in den Fokus genommen wird, so soll ärztliches Handeln dabei in einen größeren medizinsozialhistorischen und alltagsgeschichtlichen Kontext gestellt und nach den Rahmenbedingungen und der Umsetzung von Behandlungsmethoden unter spezifischen Umständen (in diesem Fall Krieg und Medizin) gefragt werden.<sup>8</sup> Am Beispiel Franz Zamecnik lässt sich anschaulich zeigen, wie neue Behandlungsmethoden in einer Kriegssituation erprobt wurden und welche Mechanismen von Seiten des Militärs, der zivilen Verwaltung, der Politik, der Medizin und nicht zuletzt des Patienten selbst auf Behandlungen beziehungsweise Therapien Einfluss nahmen. Nicht zuletzt soll daher das militärisch wie medizinisch motivierte Streben einzelner Ärzte und ihrer Forschungsteams mit Patientengeschichten und Behandlungstechniken in Verbindung gebracht werden, um Handlungsspielräume und Lebensentwürfe von Kieferschussverletzten sichtbar zu machen. Dabei soll nicht nur der ärztlichen Perspektive jene der Patienten gegenüber gestellt werden, sondern es wird auch nach zeitgenössischen Wahrnehmungen und Darstellungen der Gesichtsverletzten gefragt werden.

In den letzten Jahren erschienen mehrere Studien, die sich mit medizinhistorischen Themen im Kontext von Gesellschaft, Monarchie und Militär während des Ersten Weltkrieges befassten.<sup>9</sup> Gesichtsverletzte spielen in diesen Arbeiten eine untergeordnete Rolle<sup>10</sup> und wurden meist dann thematisiert, wenn es darum ging, die Gräueltaten des Krieges hervorzuheben. Mit dieser Arbeit soll daher der Anfang gemacht werden, diese Forschungslücke zu schließen.

## 2. Patientenakten von Kieferschussverletzten als Quelle

Als Quellen werden medizinische Schriften, zeitgenössische Berichte, die den Themenkomplex zum Inhalt haben, Akten aus den Nachlässen der Ärzte sowie aus den Archiven von Behörden und Krankenanstalten verwendet. Die Akten sind Teil des Bestandes des Zahn museums in den Sammlungen der Medizinischen Universität Wien (MUW). Dieser bislang noch nicht erschlossene Bestand wurde im Zuge der Recherche für die Arbeit erstmals gesichtet. In den Patientenakten finden sich Angaben über

- 
- 8 Eberhard WOLFF, Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: Norbert PAUL, Thomas SCHLICH (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven* (Frankfurt/Main/New York 1998) 310-334, hier 312.
  - 9 Vgl. Hans-Georg HOFER, *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)* (Wien/Köln/Weimar 2004); HOFFMANN, *Kriegsblinde*; Bernd ULRICH, „...als wenn nichts geschehen wäre.“ Anmerkungen zur Behandlung der Kriegsoffer während des Ersten Weltkriegs. In: Gerhard HIRSCHFELD, Gerd KRUMREICH (Hg.), *Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch. Erlebnis und Wirkung des Ersten Weltkriegs* (Frankfurt am Main 1996) 115-130; Sabine KIENITZ, *Beschädigte Helden. Kriegsinvalidität und Körperbilder 1914-1923* (Paderborn 2008); Julia KÖHNE, *Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens (1914-1920)* (Husum 2009); Brigitte BIWALD, *Von Helden und Krüppeln. Das österreichisch-ungarische Militärsanitätswesen im Ersten Weltkrieg. Teil 2 (= Militärgeschichtliche Dissertation 14/2, Wien 2002)*; Cay-Rüdiger PRÜLL, „Die Sektion als letzter Dienst fürs Vaterland“. In: Wolfgang U. ECKART, Christoph GRADMANN (Hg.), *Die Medizin und der Erste Weltkrieg* (Pfaffenweiler 1996) 155-182; Klaus-Dieter THOMANN, *Die medizinische und soziale Fürsorge für die Kriegsversehrten*. In: Eckart, Gradmann (Hg.), *Medizin 183-196*.
  - 10 Mit Ausnahme für den französischen Raum: Sophie DELAPORTE, *Les Gueules Cassées. Les blessés de la face de la Grande Guerre* (Paris 1996).

den Patienten (z.B.: Geburtsort, Wohnort, Eltern, Religion, Staatsangehörigkeit,<sup>11</sup> Beruf, körperliche Beschaffenheit), detaillierte Daten über Behandlungsschritte und zahlreiche Anmerkungen der behandelnden Ärzte. Wenn ein Patient als nicht geheilt aus der Behandlung entlassen wurde, wurde ein militärärztliches Zeugnis ausgestellt. In diesen Zeugnissen finden sich, zusätzlich zu den oben angeführten Informationen, auch Angaben zur Arbeitsfähigkeit, zum Grad der Invalidität und zu den Richtwerten für Ansprüche auf finanzielle Unterstützung.

Einen weiteren zentralen Quellenkorpus stellt der Nachlass Zilz in den Sammlungen der MUW dar. Juljan Zilz war während des Ersten Weltkrieges mit dem Aufbau von zahnärztlichen Feldspitälern an der Front im östlichen Teil der Monarchie betraut. 1916 baute er die Kriegszahnklinik der k. u. k. Armee in Lublin auf, an der er bis 1918 als Wissenschaftler und Arzt tätig war und sich auf die Behandlung von Kieferschussverletzungen spezialisierte. In seinem Arbeitszimmer richtete er eine Sammlung aus Moulagen, zahnärztlichen Modellen, Plastiken, Gemälden und Fotos ein, die durch Röntgenbilder und Patientenakten ergänzt wurden, um Behandlungsschritte und Erfolge zu dokumentieren. Dieser – nach derzeitigem Wissensstand vollständige – Nachlass von Juljan Zilz und die Patientenakten aus der Poliklinik in Wien stellen den Kern der Quellen dieser Arbeit dar.

Ergänzend zu diesem umfangreichen Quellenmaterial wurde der Bestand der „*Neuen Feldakten*“ [NFA] des Kriegsarchivs [KA] im Österreichischen Staatsarchiv, im Speziellen der Aktenbestand des Armeestetappenkommandos,<sup>12</sup> der Abteilung für Sanitätswesen im Armeestetappenkommando und der Aktenbestand der k. u. k. Sanitätsanstalten, gesichtet. Zusätzliche Angaben zu den Patienten selbst lassen sich, sofern von der jeweiligen Person erhalten, in den Superarbitrierungsakten<sup>13</sup> und den Hauptgrundbuchblättern des Kriegsarchivs finden.

Es zeigt sich, dass unter Berücksichtigung aller Akteure und ihrer Intentionen ein vielschichtiges Bild des „Alltags“ eines Gesichtsverletzten rekonstruierbar ist. Auch wenn es eine Reihe von Einschränkungen hinsichtlich der Aussagekraft der Dokumente zu beachten gilt – so finden sich kaum Ego-Dokumente der Betroffenen, und die an Interessen des Sanitäts- und Gesundheitswesens orientierten Akten bringen auch die Sicht der Ärzte nur gefiltert zum Ausdruck – so werden Handlungsstrategien von Ärzten sowie von Patientinnen<sup>14</sup> und Patienten doch in vielfacher Weise sichtbar.

Kann das Bild des unter der Entstellung leidenden Soldaten aufrecht erhalten werden, oder zeigen die Patientenakten andere Perspektiven auf? Die erste Durchsicht der erhaltenen Patientenakten zeigt einen differenzierten Umgang der Soldaten mit ihren Gesichtsverletzungen. Völlige Resignation, die in Selbstmord mündete, existierte parallel neben selbstbewussten Lebensentwürfen und individuellem Umgang mit Behandlungen. Ein Beispiel aus diesen Fällen ist der hier vorgestellte Lebensentwurf von Franz

11 Behandelt wurden Soldaten aus allen Kronländern der Monarchie (zudem auch Zivilpersonen), aus dem Deutschen Reich und Kriegsgefangene (hier aus Russland). Vgl. dazu: Juljan ZILZ, Kriegszahnärztliche Beobachtungen und Erfahrungen. In: Österreichische Zeitschrift für Stomatologie. Sonderabdruck aus Heft 12/13 (Wien 1915) 9.

12 Mit Etappe ist das Gebiet hinter der Front, in dem sich Versorgungsdienste und -einrichtungen, Lazarette, Ersatztruppen sowie Verwaltungsbehörden wie das Armeestetappenkommando befanden, gemeint. Räumlich erstreckte sie sich während des Ersten Weltkrieges von der Front- bis zur Reichsgrenze. Ab der Reichsgrenze begann das Hinterland. Vgl. dazu: Gerhard HIRSCHFELD, Gerd KRUMREICH, Irina RENZ (Hg.), Enzyklopädie Erster Weltkrieg (Paderborn 2009) 465.

13 Der Terminus „Superarbitrierung“ bezeichnet die Feststellung der militärischen Dienst- und bürgerlichen Erwerbsfähigkeit nach einer Verletzung im Einsatz für das Militär.

14 Unter den Kieferschussverletzten der „Klinik Zilz“ befanden sich auch zivile Kriegsgesopfer.

Zamecnik. Die Fragestellungen zielen bei der Analyse dieser Dokumente nicht auf die Rekonstruktion eines idealtypischen Lebensentwurfes oder „Sonderfalles“, sondern auf Optionen individuellen Handelns in einer Lebenssituation, die durch den Krieg stark reglementiert war. Der Fokus dieses Aufsatzes richtet sich zum einen auf die Folgen der Verletzungen, ihrer Behandlung und ihrer zeitgenössischen Thematisierung für den Betroffenen, zum anderen auf seine eigene spezifische Umgangsweise damit. Ausgehend von der Hypothese, dass trotz der weitgehenden Fremdbestimmung durch militärische und medizinische Instanzen, sowie durch das Einwirken unterschiedlicher Interessen und Kräfte auf das Leben der Verwundeten individuelles Handeln der Soldaten möglich war und stattfand, soll im Folgenden anhand des biographischen Beispiels Franz Zamecniks Fragen nach Handlungsmöglichkeiten, Strategien und Selbstdarstellungen von Gesichtsverletzten nachgegangen werden. Die einzelnen Behandlungsschritte und deren medizinischer, wissenschaftlicher und militärischer Charakter können herausgearbeitet werden. Es zeigte sich, dass trotz fehlender Ego-Dokumente Einiges über Zamecniks Agieren und seinen Umgang mit der Gesichtsverletzung aus dem Patientenakt,<sup>15</sup> der Superarbitrierungsliste und dem Militärgrundbuchblatt rekonstruierbar ist. Im Zentrum dieser Analyse werden die Konsequenzen der Invalidität und die Wiedererlangung einer möglichst uneingeschränkten Erwerbsfähigkeit stehen. Die Erwerbsfähigkeit findet sich als Ziel in der Gesetzgebung, den medizinischen Schriften sowie im Umgang der Mediziner mit den verwundeten Soldaten und manifestierte sich schlussendlich auch im Umgang der Soldaten mit ihrer Invalidität.

### 3. Franz Zamecnik

Franz Zamecnik wurde 1893 in Spytihněv (Spittinau), Mähren, geboren. Bevor er als Infanterist im Infanterie-Regiment Nr. 84 in der 15. Feldkompanie Cieszyn (Teschen) in Polen, an dem Feldzug gegen Russland im Ersten Weltkrieg teilnahm,<sup>16</sup> war er, wahrscheinlich in Wien, als Feinmechaniker tätig. Als er 1914 einrückte, war er unverheiratet.<sup>17</sup> Mit 21 Jahren wurde er am 19. Oktober 1914 am San, einen Monat nach dem ersten Einsatz seines Regiments in Zamość (Zamosch), in der Woiwodschaft Lublin, durch einen Granatsplitter im Gesicht schwer verwundet. Was kam auf einen schwer verwundeten Soldaten zu, der in den ersten Kriegsmonaten an der Ostfront, die sich durch ständige Bewegung der Kampflinien auszeichnete, verwundet wurde?

Die ersten Kriegsmonate an der Ostfront waren gekennzeichnet durch Desorganisation und Unterschätzung der durch die eingesetzten Waffen hervorgerufenen Verletzungen. Verordnungen und Pedanterie der Verwaltungsorgane verschlechterten die Situation zusätzlich. Aus mangelnder Kommunikation unter den zuständigen Organen kam es vor, dass Verwundete oft tagelang in der Etappe herumirrten, bis sie in einem Lazarett behandelt wurden.<sup>18</sup>

Die größte Schwierigkeit für das Sanitätswesen an der Ostfront war die große Zahl der zu behandelnden Soldaten. Anfängliche organisatorische Schwierigkeiten wogen be-

---

15 Bestand der Sammlungen der MUW.

16 KA, NFA, Geburtsjahr 1893, Inhalt Z, Wien, Karton Nr. 1433, GBBL, Hauptgrundbuchblatt Franz Zamecnik.

17 KA, NFA, Superarbitrierungsakten, Karton-Nr. 1.354, Superarbitrierungsakt Franz Zamecnik, Partikularrevisionsliste.

18 HOFER, Nervenschwäche 385.

sonders schwer, weil dadurch eine rechtzeitige Behandlung der Verletzungen nicht gewährleistet war. Wundinfektionen und Fehlbehandlungen waren die Folgen. Ärzte in den Feldspitälern waren in erster Linie bemüht, den geordneten Krankenabtransport in den Griff zu bekommen und Schwerverwundete möglichst rasch in eine geeignete Krankenanstalt zu überstellen, sofern es eine solche bereits gab. Spezialheilanstalten, wie etwa solche für Kieferschussverletzte, entstanden erst aus der Notwendigkeit des Kriegsverlaufs. Leichtverwundete wurden in der Etappe behandelt, um sie so schnell als möglich wieder an der Front einsetzen zu können.<sup>19</sup>

Am Beispiel von Franz Zamecnik, der monatelang erfolglos in für seine Verletzung unzulänglichen Spitälern behandelt wurde, treten einige der beschriebenen Lücken im Sanitätswesen zu Tage.

#### 4. Die Verletzung

Die Diagnose der behandelnden Ärzte der Poliklinik lautete im Juli 1915 rückwirkend: „Nach Granatsplitterverletzung Defekt des rechten Unterkiefers, Defekt im rechten Gaumen, Defekt mehrerer Zähne rechts hinten Unter- und Oberkiefer.“<sup>20</sup>

Granatsplitterverletzungen galten als besonders gefährlich, weil die Wunden zu Infektionen neigten und sich die Heilung, wenn überhaupt, oftmals erst nach mehrmonatiger Behandlung einstellte.<sup>21</sup>

Am Tag der Überstellung in die Poliklinik wurden Bilder von Franz Zamecnik angefertigt. Auf diesen Bildern sind die Auswirkungen des Schusses auch knapp ein Jahr nach der Verletzung noch deutlich zu sehen. Im Bereich des Kinns fehlen die Kieferknochen, und im Bereich des Unter- und Oberkiefers sind die Lücken der Zahnreihen deutlich zu erkennen. Unverkennbar sind auch stark ausgebildete Narben im Bereich des Kinns. [s. Abb 1]

Neben der Wiederherstellung des Kau- und Artikulationsvermögens stand die Herstellung geeigneter Prothesen im Vordergrund. Als Abschluss der Behandlung dienten kosmetische Operationen der Wiederherstellung des Erscheinungsbildes. Des Weiteren galt es, psychischen Problemen durch Entstellungen im Gesicht vorzubeugen, die besonders auf unverheirateten Männern, so die Meinung der behandelnden Ärzte Franz Zamecniks, lasteten. Die Ärzte im k. u. k. Reservespital Nr. 17, in das schlussendlich auch Franz Zamecnik überstellt wurde, prognostizierten bei schweren Entstellungen die Herabsenkung der Heiratschancen dieser Männer. Damit war nicht nur persönliches Leid verbunden, sondern auch ein erschwerter Alltag, weil Ehefrauen, so die zeitgenössische Vorstellung, für die spezielle Verpflegung, derer Kieferschussverletzte bedurften, zuständig waren. Dies umfasste die aufwändige Zubereitung spezieller Nahrung und, bei noch nicht ausgeheilten Wunden, das Wechseln der Verbände sowie die Mundhygiene.<sup>22</sup> Auch für die Bewertung der Dienstfähigkeit spielte der Zugang zu einer geeigneten Ernährung eine Rolle, wie später noch gezeigt werden wird.

#### 5. Verpasste Chancen: Die Behandlung an der Front und in der Etappe

Erstbehandelt wurde Franz Zamecnik im Notspital Preworzk, das etwa hundert Kilometer Luftlinie vom Verletzungsort entfernt stationiert war. Von dort ging es weiter

19 BIWALD, Von Helden und Krüppeln 59.

20 KA, Superarbitrierungsakt Zamecnik, Vormerkblatt der Rudolf Stiftung.

21 Juljan ZILZ, Die zahnärztliche Tätigkeit im Kriege (Wien 1915) 5.

22 WAGNER, Beobachtungen 1-3.



*Abb. 1: Aufgenommen am 18. 7. 1915, neun Monate nach der Verwundung, Patientenakt der Poliklinik Wien, Sammlungen der MUW.*



*Abb. 2: Aufgenommen am 7. 9. 1916, Patientenakt der Poliklinik Wien, Sammlungen der MUW.*

Richtung Westen in das Landesspital Cieszyn, wo er bis zur Überstellung im Juni 1915 in Behandlung blieb.<sup>23</sup>

Das Landesspital in Cieszyn besaß keine gesonderte Einrichtung für Kieferschussverletzte. Wie aus einem Erlass des k. u. k. 4. Armee-Etappenkommandos hervorgeht, sollten Kieferschussverletzte jedoch in eigens dafür eingerichtete Sanitätsanstalten eingewiesen werden. Bei Verletzungen am San war dies die Zahnklinik des mobilen Feldspitals 4/2 („Klinik Zilz“<sup>24</sup>), die zwei Tage vor Franz Zamecniks Verwundung, am 17. Oktober 1914, im etwa sechzig Kilometer Luftlinie entfernten Łańcut (Landshut), eingerichtet wurde. Die nächsten Stationen der Klinik waren Wadowice<sup>25</sup> vom 1. Dezember 1914 bis zum 25. Mai 1915 und anschließend, nach einem kurzen Zwischenstopp in Tarnów (Tarnau), Lublin, wo die „Klinik Zilz“ bis Kriegsende blieb.<sup>26</sup>

Łańcut lag direkt auf dem Weg nach Preworz. Franz Zamecnik hätte länger als zwölf Tage am Verbandsplatz an der Front verbringen müssen, um die bis 31. Oktober 1914 in Łańcut stationierte Zahnklinik zu verpassen. In Anbetracht der Ausstattung solcher Verbandsplätze, die sich meist im Freien befanden und über keine geeignete Ausrüstung für eine stationäre Behandlung verfügten, ist dieser Fall unwahrscheinlich.

<sup>23</sup> KA, Superarbitrierungsakt Zamecnik, Militärärztliches Zeugnis, 7. Juni 1918.

<sup>24</sup> Der Standort und der Name der Klinik änderten sich parallel zum Kriegsverlauf. Um Verwirrungen vorzubeugen, wird im Folgenden von der „Klinik Zilz“ gesprochen werden.

<sup>25</sup> KA, Erlass „Behandlung von Kieferschussfrakturen“.

<sup>26</sup> Vormerkblatt für die Qualifikationsbeschreibung, Kopie im Nachlass Zilz, Sammlungen der MUW (Datum und Herkunft unbekannt).

Aus den Aufzeichnungen des Klinikleiters Julian Zilz geht hervor, dass es üblich war, verletzte Soldaten direkt vom Verbandsplatz in die Klinik zu überstellen.<sup>27</sup> Auch nach der Erstversorgung wären alle vier Stationierungsorte der „Klinik Zilz“ näher an Zamość (Verwundungsort) und Preworzk (Notversorgung) gelegen als Cieszyn.

Ein Grund für die auftretenden Probleme war der überraschende Verlust der Gebiete um den San<sup>28</sup> und der folgende ungeordnete Rückzug der 4. Armee, in der auch Franz Zamecnik diente, und der auch die „Klinik Zilz“ angehörte. Ein weiterer Grund für die nicht erfolgte Überstellung in eine Spezialanstalt für Kieferschussverletzte könnte im Konkurrenzkampf der Ärzte liegen. Das Miteinbeziehen zahnärztlichen Wissens in einer zuvor chirurgischen Domäne war neu<sup>29</sup> und hatte sich, wie das folgende Zitat des Leiters der zahnärztlichen Abteilung des k. u. k. Reservespitals in Litoměřice (Leitmeritz) zeigt, noch nicht allorts durchgesetzt:

*„So stiess ich denn anfangs auf einen leisen Widerstand, obgleich der Befehl lautete, alle Kieferverletzungen auf meine Abteilung zu schicken. Ist mir doch ein Fall untergekommen, in welchem bei einer Zerschmetterung des Unterkiefers [...] versucht wurde, die verbliebenen Kieferstümpfe mit Draht zusammenzuziehen.*

*In einem anderen Falle wurde bei einer ganz einfachen Kieferfraktur zwischen 4 und 5 die Knochennaht gemacht, welche dem Patienten ausser einem 15 cm langen Hautschnitt keinen weiteren Nutzen brachte, an die hier wie bei jeder Knochenfraktur absolut notwendige Immobilisierung der Frakturstücke durch irgendeinen Fixationsverband (Schiennen- oder Drahtverband) wurde überhaupt nicht gedacht.*

*Erst als es mir gelungen war, einige Fälle, welche mir mit der wohl im stillen gestellten Prognose „nihil faciendum“ zugeschickt wurden, wieder herzustellen, liess sich eine steigende Frequenz auf der Abteilung nachweisen. Eine weitere Schwierigkeit ergab sich aus dem Umstande, dass die Patienten oft erst viele Wochen nach der Verletzung in unsere Behandlung kamen. So bekamen wir vor allem eine unverhältnismässig grosse Zahl von Pseudarthrosen in Behandlung, und durch Narbenzüge stark dislozierte Frakturstücke machten uns grosse Schwierigkeiten.“<sup>30</sup>*

Die Schilderungen des Arztes Paul Plowitz zeigen, auf welche Widerstände die behandelnden Ärzte bei ihren BerufskollegInnen stoßen konnten. Dieses Zitat zeigt aber auch, welche Konsequenzen ein missverständlicher beruflicher Ehrgeiz und die Machtkämpfe unter den verschiedenen Disziplinen für die Patientinnen und Patienten haben konnten. Widerstand aus der Ärzteschaft kam zu allermeist aus den Reihen der „anerkannten“ medizinischen Disziplinen, allen voran von Seiten der Chirurgie. Mit ähnlichen Problemen hatte auch Julian Zilz zumindest bis 1916 zu kämpfen.<sup>31</sup>

27 Julian ZILZ, Pathologisch-anatomische Befunde bei Kieferverletzungen. In: Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde. Sonderabdruck aus Heft 33/2 (Wien 1917) 2.

28 Manfred RAUCHENSTEINER, Österreich-Ungarn. In: HIRSCHFELD, Enzyklopädie 64-86, hier 66-68.

29 Julian ZILZ, Ein Jahr klinischer Tätigkeit im Felde. In: Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde 32/1 (Wien 1916) 1-24, hier 2; Josef v. BODÖ, Die odontorthopädische Versorgung der bleibenden Unterkieferpseudarthrosen und die dadurch erzielte Behebung der bisherigen Invalidität und Erwerbsunfähigkeit dieser Kriegsinvaliden. In: Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde 34/3-4 (1918) 177-195, hier 177f.

30 Paul PLOWITZ, Kriegserfahrungen aus der Abteilung für Kieferverletzungen. In: Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde 32/1 (Wien 1916) 83-86, hier 83f.

31 ZILZ, Ein Jahr klinischer Tätigkeit im Felde 2.

## 6. Erste Behandlungsschritte

Als erste einschlägige Behandlung Zamecniks, die anhand der Quellen nachvollzogen werden kann, wurde am 15. März 1915, sechs Monate nach der Verletzung, im Landesspital Cieszyn eine „*Plastik der Unterlippe*“ vorgenommen.<sup>32</sup> Über frühere Behandlungsschritte und Behandlungsmethoden kann aufgrund der fehlenden Quellen nichts gesagt werden. Über den Erfolg derselben ist im Patientenakt der Poliklinik Folgendes notiert:

„*Patient wurde bisher 6mal operiert und wurden ihm auch angeblich Teile des Unterkiefers herausgenommen*“ [...] „*Patient wurde die ganze Zeit über in Teschen behandelt, leider mit negativem Erfolg.*“<sup>33</sup>

Zamecnik wurde mit einer Pseudarthrose<sup>34</sup> des Unterkieferknochens, einer ungeeigneten Prothese und Entstellungen im Gesicht in das Hinterland überstellt. Pseudarthrosen traten gehäuft auf, wenn die zahnärztliche Behandlung zu spät einsetzte und keine sofortige Schienung des Kiefers vorgenommen wurde, um die Knocheanteile wieder in die richtige Position zu bringen und zu fixieren, um ein Zusammenwachsen an den Bruchstellen zu ermöglichen. Die Entfernung einzelner Teile des Unterkiefers war in einem solchen Fall besonders schwerwiegend.

Die lückenhafte Organisation des Sanitätswesens, fehlgeleitete Konkurrenzkämpfe unter den Ärzten und mangelnde medizinische Ressourcen,<sup>35</sup> können als Hauptargumente für die Fehlentscheidungen in Bezug auf Behandlungsort und -methode angesehen werden. Die „Klinik Zilz“ hätte nicht nur über ein geeignetes medizinisches Personal verfügt, sondern hätte auch den Transportweg des Schwerverwundeten erheblich verkürzt. Die Chance, Franz Zamecnik medizinisch korrekt mithilfe neuester Erkenntnisse zu behandeln, wurde innerhalb von neun Monaten gleich mehrmals verabsäumt.

## 7. Krankentransport von der Etappe in das Hinterland

Nach der Behandlung im Landesspital Cieszyn wurde Franz Zamecnik in das etwa neunhundert Kilometer<sup>36</sup> entfernte Kaiserin-Elisabeth-Spital in Wien überstellt. Danach wurde er im Rekonvaleszentenheim vom Roten Kreuz in Simmering und schließlich im Reservespital Nr. 17, das erste Spital seiner Spitalslaufbahn mit einer ausgewiesenen Spezialabteilung für Kieferschussverletzte, behandelt.<sup>37</sup>

Kieferschussverletzte sollten zwar so „*rasch als möglich an Sanitätsanstalten*“ abgegeben werden, „*die für spezialärztliche Behandlungen von Kieverletzungen eingerichtet*“ wa-

32 KA, Superarbitrierungsakt Zamecnik, Vormerkblatt der Rudolf Stiftung.

33 Sammlungen der MUW, Patientenakt der Zahnärztlichen Abteilung der allgemeinen Poliklinik Wien, Franz Zamecnik.

34 Pseudarthrose gr. arthron Gelenk, falsches Gelenk an der Bruchstelle bei nicht geheilten Knochenbrüchen. Otto DORNBLÜTH, Klinisches Wörterbuch (Berlin, 13/14. Auflage 1927).

35 Gustav WUNSCHHEIM, Über Pseudarthrosen des Unterkiefers. In: STEINSCHNEIDER, Beiträge zur Kieferschußtherapie 163-198, hier 168f.

36 Für die heute etwa elfstündige Zugfahrt wurden 1915 mindestens dreißig Stunden reine Fahrzeit benötigt. Krankentransporte wurden aber mehrmals angehalten, um eine mögliche Frontdiensttauglichkeit zu überprüfen und Soldaten, denen ein langer Transport schaden würde, in eine näher gelegene Sanitätseinrichtung zu überstellen. KA, NFA, 3.J.D.165, 1914/15 Div. San. Chef, Erlass Op.Nr. 32818, August 1915.

37 Vgl. STEINSCHNEIDER, Beiträge zur Kieferschußtherapie.

ren.<sup>38</sup> Darüber waren sich Ärzte<sup>39</sup> und Behörden einig. Doch war ein Abtransport in eine im Hinterland befindliche Spezialheilanstalt nicht selbstverständlich. So durften verletzte Soldaten laut Militär erst ins Hinterland abtransportiert werden, wenn von einer Behandlungsdauer von über vier Wochen für die Erlangung der Frontdiensttauglichkeit ausgegangen werden konnte.<sup>40</sup> Nach einem Erlass der 14. Abteilung des Kriegsministeriums sollten Rekonvaleszente, die „Körperersatzstücke“ benötigten „und sich in Sanitätsanstalten befinden, bei denen die klaglose Anfertigung und Anpassung der erforderlichen Ersatzstücke nicht möglich ist, zu einer Sanitätsanstalt (Rekonvaleszentenheim)<sup>41</sup> in Wien oder Budapest“ überstellt werden.<sup>42</sup> Dieser Erlass erklärt auch, warum Franz Zamecnik nicht – wie medizinisch sinnvoll – direkt in eine Spezialheilanstalt überstellt wurde, sondern erst die oben angeführten Stationen durchlaufen musste.

Wieder standen militärisch-organisatorische Interessen und Richtlinien gegenüber einer für den Soldaten sinnvolleren Behandlung im Vordergrund. Die Folgen der verspäteten und falschen Behandlung waren eine Pseudarthrose im Unterkieferknochen und die daraus entstandene lebenslange Invalidität Zamecniks.

## 8. Behandlung im Hinterland: Poliklinik.

Ab dem 18. Juni 1915, also neun Monate nach seiner Verletzung, wurde Zamecnik in der zahnärztlichen Abteilung der allgemeinen Poliklinik in Zusammenarbeit mit der Spezialheilanstalt für Kieferschussverletzte (k. u. k. Reservespital Nr. 17) in Wien behandelt. Aufgabe der Ärzte in der Poliklinik war es nun, die falschen Behandlungen wieder zu korrigieren. Folgendermaßen wurde versucht, die Behandlungsfehler zu beheben:

„Gleitschiene auf der linken Seite. Operative Trennung der derben Narbenzüge, die an Stelle des rechten Kieferkörpers vorhanden sind, und allmähliche Herstellung einer Prothese.“<sup>43</sup>

Die Behandlung der Narbenzüge war nicht nur aufgrund der dadurch auftretenden Entstellung wichtig, sondern auch, um ein uneingeschränktes Öffnen des Mundes zu gewährleisten. In den nächsten Monaten wurden Zahnkronen angefertigt, und in mehrteiligen Behandlungsschritten wurde die Prothese (Gleitschiene) für den Ober- und Unterkiefer angepasst. Interessant ist in diesem Zusammenhang folgender Eintrag im Patientenakt vom 18. Januar 1916:

„Patient hat sich nach unseren Angaben den im Bruhn'schen Werk angeführten Lippenerweiterer angefertigt und übt damit.“<sup>44</sup>

Franz Zamecnik griff also selbständig in die Behandlung ein, indem er sich sein eigenes Therapiegerät baute. Im Laufe seines Krankenhausaufenthaltes ließ er sich zum Maschinenzeichner umschulen. Der genaue Zeitpunkt ist leider in den Akten nicht notiert. Möglich wurden Umschulungen aufgrund der kaiserlichen Verordnung vom August 1915, in der festgelegt wurde, dass Kriegsverletzten zusätzlich zur ärztlichen Behandlung

38 KA, Erlass „Behandlung von Kieferschussfrakturen“.

39 Vgl. die Aufsätze in: STEINSCHNEIDER, Beiträge zur Kieferschußtherapie.

40 KA, Erlass vom 3. August 1915.

41 Fixe („etablierte“) Sanitätsanstalten.

42 KA, Erlass „Behandlung von Kieferschussfrakturen“.

43 Sammlungen der MUW, Patientenakt Zamecnik.

44 Ebd.

eine Schulung zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit zugänglich zu machen sei. Bezahlt wurden diese Maßnahmen aus dem gemeinsamen Etat des Heeres und der Kriegsmarine.<sup>45</sup> Es wäre durchaus möglich, dass Zamecnik im Zuge der Umschulung den Lippenweiterer konstruierte und auch baute.

## 9. Urlaub als Facette des selbstbewussten Umgangs mit der Entstellung

Franz Zamecnik war während seiner Behandlung drei Mal auf Urlaub: das erste Mal im Februar 1916, das zweite Mal vom 11. Oktober 1916 bis zum 14. November 1916 aufgrund „*landwirtschaftlicher Zwecke*“<sup>46</sup> und das dritte Mal vom 23. Februar 1917 an für acht Tage wegen Familienangelegenheiten.<sup>47</sup> Abbildung 2 zeigt Franz Zamecnik kurz vor seinem zweiten Urlaub Anfang September 1916. Die Narben im Gesicht waren stark ausgeprägt, das Kinn zeigte sich stark nach hinten fliehend, und ihm fehlte, was auf dem Bild nicht erkennbar ist, der Großteil der Zähne.<sup>48</sup>

Um den Schrecken des Krieges zu verbildlichen, wurden in der zeitgenössischen Literatur,<sup>49</sup> wie in der Sekundärliteratur, gerne Gesichtsverletzte als Beispiele herangezogen. Gleichzeitig mit der Verbildlichung des Schreckens wurde attestiert, dass Soldaten mit entstellten Gesichtern die Reaktion der Familie fürchteten und daher die Heilstätten oftmals nicht verlassen wollten.<sup>50</sup> Dass dies in einzelnen Fällen durchaus so gewesen sein kann, ist nicht zu widerlegen, jedoch zeichnen die erhaltenen Patientenakten aus der Zahnärztlichen Abteilung der allgemeinen Poliklinik in Wien ein anderes Bild der Soldaten im Umgang mit ihren Verletzungen. Aus den zugänglichen Akten geht hervor, dass die Soldaten ausnahmslos während der Behandlungsphase beziehungsweise in Behandlungspausen um Urlaub ansuchten. In all diesen Fällen kann davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen über den Behandlungserfolg und den Heilungsverlauf im Bilde waren. Ein völliges Abschotten der Patienten von den Angehörigen ist auch aus einem anderen Grund unwahrscheinlich: Gesichtsverletzte waren auf die Behandlung in Spezialheilanstalten angewiesen. Von diesen gab es in der k. u. k. Monarchie im März 1915 bereits 24 Standorte, in größeren Städten wie Budapest, Graz, Innsbruck, Kraków (Krakau), Mostar, Sibiu (Nagyszeben, Hermannstadt), Prag, Wien und Zagreb. Die Zuteilung der Verletzten erfolgte nach Heimatbezirk.<sup>51</sup> Das heißt, während eines Teils der Behandlung befanden sich die Verletzten in unmittelbarer Nähe ihrer Angehörigen. Besuche von Angehörigen während der Behandlungsphasen sind daher nicht ausgeschlossen.

Angehörige und Patientinnen und Patienten gingen, soweit dies aus den Urlaubsgesuchen geschlossen werden kann, mit den Verletzungen und den dadurch erfolgten Entstellungen also selbstbewusster um, als ihnen retrospektiv oftmals zugetraut wurde.

---

45 HOFFMANN, Kriegsblinde 77.

46 Sammlungen der MUW, Patientenakt Zamecnik.

47 Ebd. Dienstzettel.

48 Siehe das Foto des Gebissmodells aus Gips von Franz Zamecnik. Sammlungen der MUW, Patientenakt Zamecnik.

49 Ernst FRIEDRICH, Krieg dem Kriege (München 1930).

50 ULRICH, „...als wenn nichts geschehen wäre.“ 117, Erna M. JOHANSEN, „Ich wollt', ich wäre nie geboren.“ Kinder im Krieg (Frankfurt am Main 1986) 125f. Brigitte HAMANN, Der Erste Weltkrieg. Wahrheit und Lüge in Bildern und Texten (München 2008) 150.

51 KA, Erlass „Behandlung von Kieferschussfrakturen“.

## 10. Behandlungsprioritäten setzen: Wiedererlangung der Diensttauglichkeit

Kurz nach dem ersten Urlaub, am 13. April 1916, ging in der zahnärztlichen Abteilung der allgemeinen Poliklinik ein Dienstzettel mit der Frage nach der Einsatzfähigkeit Zamecniks ein. Die dritte Abteilung des k. u. k. Reservespitals Nr. 17 drängte auf eine Wiedereingliederung in den aktiven Dienst, weil Franz Zamecnik „eine Anstellung bei [der] K.u.K Marine, Flugzeugstation in Pola, in Aussicht hätte.“<sup>52</sup> Der zuständige Arzt und Klinikvorstand, Gustav Wunschheim von Lilienthal, antwortete optimistisch:

„Die Behandlung des Genannten wird beiläufig noch zwei Monate dauern.“<sup>53</sup>

Das heißt, man rechnete mit dem Abschluss der Behandlung Mitte Juni 1916, zwei Jahre vor der tatsächlichen Entlassung. Die behandelnden Ärzte versprachen dem Militär nicht nur einen frühen Behandlungserfolg, sondern auch die Wiedereinsatzfähigkeit für den aktiven Dienst.

Zu diesem Zeitpunkt war man von einer zufriedenstellenden Heilung der Verwundung jedoch noch entfernt. Von Franz Zamecnik wurden in dieser Behandlungsphase Gebissabdrücke angefertigt, und ihm wurden Galerienklammern für die künftige Prothese eingesetzt. Der Kieferknochen war nicht verheilt, und eine plastische (kosmetische) Korrektur der Narben und Weichteile stand noch aus. Eine selbständige und uneingeschränkte Ernährung war Zamecnik noch nicht möglich.

Der vom Militär ausgeübte Druck legte also den Spielraum und das Behandlungsziel der Ärzte fest. Gleichzeitig spielten Ärzte mit zu optimistischen Prognosen den Militärs in die Hände, und machten Verletzte wie Zamecnik wieder zu kalkulierbaren Ressourcen für die Streitkraft.

Franz Zamecnik wurde gemeinsam mit anderen Soldaten am 30. September 1916 „in Anerkennung tapferen] Verhalten[s] vor dem Feinde“ die silberne Tapferkeitsmedaille II. Klasse verliehen (s. Abb. 3 und 4).<sup>54</sup> Die Verwundetenmedaille, die ab dem 12. August 1918 verliehen wurde, bekam er nicht.<sup>55</sup>

## 11. Superarbitrierung

Nach abgeschlossener Behandlung stellten die Ärzte in den Kliniken militärärztliche Zeugnisse für die Superarbitrierung aus, in denen sie den allgemeinen Gesundheitszustand, den Behandlungserfolg, die Militärauglichkeit und die bürgerliche Erwerbsfähigkeit bewerteten. Franz Zamecnik sollte demnach am 20. März 1917 mit dem Befund D (zu jedem Dienst ungeeignet) mit einer fünfzigprozentigen Erwerbsunfähigkeit und einer dauerhaften Invalidität aus dem Militärdienst entlassen werden.<sup>56</sup> Dieses Zeugnis wurde jedoch nicht, wie sonst üblich, nach der Beendigung der Therapie ausgestellt. In einer sechs Wochen andauernden Behandlung sollten noch eine plastische Operation durchgeführt und die Prothese „umgearbeitet“ werden.<sup>57</sup> Warum war es in

52 Sammlungen der MUW, Patientenakt Zamecnik, Dienstzettel, 13. April 1916.

53 Ebd.

54 KA, Hauptgrundbuchblatt Zamecnik.

55 <http://www.mlorenz.at/Orden&Auszeichnungen/Orden.htm>, 21. September 2010.

56 Sammlungen der MUW, Patientenakt Zamecnik, Militärärztliches Zeugnis, 20. März 1917.

57 „Anbei wird das militärärztliche Zeugnis zur Superarbitrierung des bei uns in Behandlung stehenden Infanteristen Franz Zamecnik mit dem Bemerkten übermittelt, dass die Behandlung desselben noch

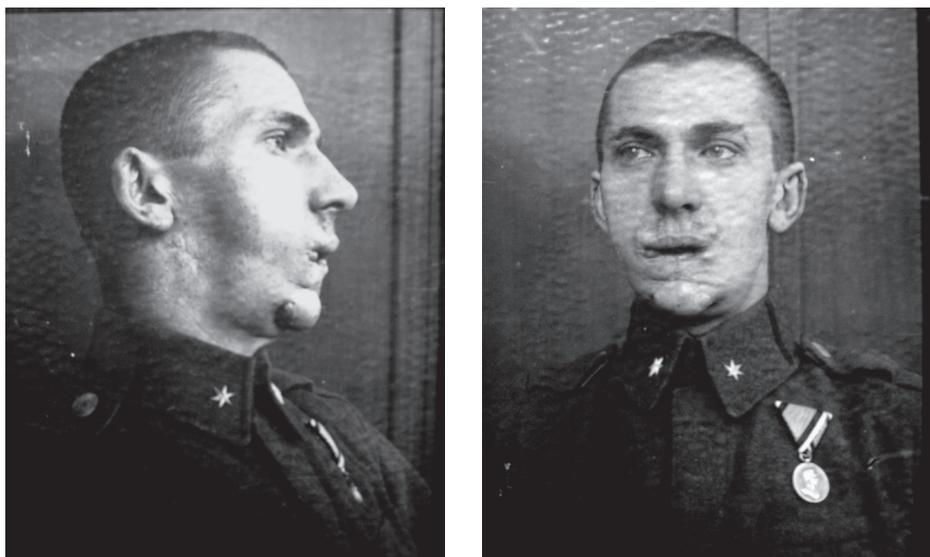


Abb. 3 und 4: Aufgenommen im März 1917, Patientenakt der Poliklinik Wien, Sammlungen der MUW.

diesem Fall nicht notwendig, den endgültigen Behandlungserfolg abzuwarten?

Ausschlaggebend für die Bewertung der Invalidität waren nach Adolf Deutsch, dem berufsberatenden Arzt des Invalidenamtes in Wien:

*„[...] die wirtschaftlichen Folgen der Kriegsbeschädigung, nicht die Verwundung an sich oder erlittene Schmerzen, nicht Beschwerden an sich oder dergleichen. Nicht die anatomische Schädigung, sondern der funktionelle Ausfall wird entschädigt. Entschädigt wird die Einbuße an Erwerbsfähigkeit unter billiger Berücksichtigung des früheren Berufes.“<sup>58</sup>*

Bewertet werden sollte also ausschließlich der Verlust der bürgerlichen Erwerbsfähigkeit. „Heldentum“ und das „Opfer im Dienst fürs Vaterland“ fanden keinen Einzug in die Regelwerke.<sup>59</sup> Da Zamecnik einen Beruf ausübte, in dem sein Äußeres auf KundInnen und ArbeitskollegInnen nicht „abschreckend“<sup>60</sup> wirken hätte können, beeinflusste das Ergebnis der plastischen Operation die Bewertung der Erwerbsfähigkeit nicht. Daher musste der Ausgang der Operation für die Ausstellung des Zeugnisses nicht abgewartet werden.

---

ungefähr sechs Wochen in Anspruch nehmen wird, da einerseits noch eine plastische Operation auszuführen ist, andererseits seine Prothese auch noch einmal umgearbeitet werden muss.“ (Vermerk zum Militärärztlichen Zeugnis, ebd.)

58 Adolf DEUTSCH, Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten (Wien 1920) 8.

59 Verena PAWLOWSKY, Harald WENDELIN, Kriegsoffer und Sozialstaat. Österreich nach dem Ersten Weltkrieg. In: Natali STEGMANN (Hg.), Die Weltkriege als symbolische Bezugspunkte: Polen, die Tschechoslowakei und Deutschland nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg (Tübingen 2007) 127-146, hier 135.

60 Adolf DEUTSCH, Zur Schätzung der Erwerbsverminderung bei Kriegsbeschädigten. In: Der Invalide 2/5 (1. März 1919) 2-3, hier 3.

Das militärärztliche Zeugnis stellte Gustav Wunschheim von Lilienthal, Vorstand der „Zahnärztlichen Abteilung der allgemeinen Poliklinik“, aus. Er bewertete Pseudarthrosen, wenn der Soldat der Mannschaft angehörte, pauschal mit einer Erwerbsunfähigkeit von fünfzig Prozent. In Bezug auf die Demobilisierung bevorzugte Wunschheim Angehörige der Mannschaft gegenüber Offizieren, weil er davon ausging, dass Offiziere im Gegensatz zu einfachen Soldaten eine Schonkost im Dienst zugänglich sei. Offiziere konnten daher „zu leichten Diensten“ herangezogen werden und wurden nicht zur Superabitrirung entlassen.<sup>61</sup>

Im zivilen Leben waren es nach Wunschheim verheiratete und selbständig tätige Männer, die weniger unter der Verletzung zu leiden hatten, weil sie einerseits von ihren Frauen mit der arbeitsaufwändigen Schonkost versorgt werden konnten, und/oder andererseits durch die Selbständigkeit ein flexiblerer Alltag möglich war. Da sich die berufliche wie private Lage jederzeit ändern konnte, plädierte Wunschheim jedoch auch hier für eine einheitliche Bewertung von fünfzig Prozent Erwerbsunfähigkeit.

Zur Vorstellung bei der Superabitrirkommission kam es im konkreten Fall aber nicht. Die Ärzte und vermutlich auch Zamecnik (operative Eingriffe dieser Art konnten auch verweigert werden)<sup>62</sup> hatten sich für die Weiterbehandlung entschieden.

## 12. Wiederaufnahme der Behandlung

Ohne Angabe von Gründen wurde Zamecniks Behandlung in der Poliklinik in Zusammenarbeit mit dem Rudolfsspital im Juni 1917 wieder aufgenommen. Ein halbes Jahr zuvor sahen die behandelnden Ärzte noch keine Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes durch weitere operative Eingriffe:

„Anfertigung eines Unterstückes zur Überbrückung der Pseudarthrose, da eine Osteoplastik<sup>63</sup> keine Aussicht bot.“

Was hatte sich in diesem halben Jahr geändert? Was motivierte Ärzte der Poliklinik und des Rudolfsspitals, derartig riskante Eingriffe durchzuführen?

Pseudarthrosen waren ein häufiger Grund für Superabitrirungen bei Patienten aus der Poliklinik<sup>64</sup> und anderen Behandlungsorten.<sup>65</sup> Zu diesem Ergebnis kam auch Gustav Wunschheim von Lilienthal. Bis Ende September 1916 wurden in Wunschheims Abteilung in der Poliklinik 715 Soldaten mit Frakturen des Ober- und Unterkiefers behandelt. 399 (76 Prozent) der 529 aus der Behandlung entlassenen Soldaten waren wieder frontdiensttauglich, 41 waren „minder“ tauglich und 89 „invalid“ – „zu jedem Dienst untauglich“. Unter den letztgenannten befanden sich überdurchschnittlich viele Soldaten mit Pseudarthrosen im Kieferbereich.<sup>66</sup>

Aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit der Invalidität und der damit verbundenen Dienstuntauglichkeit, was nichts Anderes bedeutete als einen Misserfolg der Methoden der behandelnden Ärzte, wurde viel wissenschaftliche Arbeit in die Heilung von Pseudarthrosen investiert. In der Poliklinik und im Reservespital Nr. 17 war 1916 die Erfah-

61 WUNSCHHEIM, Pseudarthrosen 197.

62 Ebd. 178.

63 Ausfüllung von Knochenlücken durch Verwertung der knochenbildenden Tätigkeit der Knochenhaut, oder Einheilung von Knochen, Elfenbein. Otto DORNBLÜTH, Klinisches Wörterbuch.

64 Sammlungen der MUW, Patientenakt Zamecnik.

65 Vgl. BODÒ, Die odontorthopädische Versorgung der bleibenden Unterkieferpseudarthrosen.

66 WUNSCHHEIM, Pseudarthrosen 163.

rung mit Transplantationen noch gering, weil die meisten Patienten diese Operation ablehnten.<sup>67</sup> Die Durchführung einer solchen Operation war mit einem beträchtlichen Risiko und Schmerzen für den Patienten verbunden.

Zamecnik willigte in diesen Eingriff ein und wurde im Juni 1917 das erste Mal von Dr. Funke im Rudolfsspital<sup>68</sup> operiert. Es folgten weitere Operationen im Unterkiefer sowie der Unterlippe (kosmetisch), Narbenkorrekturen und andere plastische Operationen. Nach diesen Operationen wurde die endgültige Unterkieferprothese in der Poliklinik angefertigt. Die Pseudarthrose im linken Fragment, die den Grund für die Transplantation (Osteoplastik) und die anderen operativen Eingriffe in den zwölf Monaten davor darstellte, war jedoch weiterhin vorhanden:

*„Die Fraktur kam trotz vorgenommener osteoplastischer Operation nicht zur Verheilung, so dass die Kaufähigkeit dauernd stark herabgesetzt ist.“<sup>69</sup>*

Franz Zamecnik wurde am 7. Juni 1918 *„mit einer oberen und unteren Prothese“* endgültig, mit dem Befund D (für jeden Dienst ungeeignet) und der ärztlichen Bescheinigung einer sechzigprozentigen Berufsunfähigkeit, aus der Behandlung in der Poliklinik entlassen.<sup>70</sup> Das oberste Ziel, Zamecnik so schnell als möglich wieder wehrdienstfähig zu machen,<sup>71</sup> scheiterte. Somit galt die Nachbehandlung als abgeschlossen, und man konnte ihn der Superarbitrierungskommission vorstellen.<sup>72</sup>

Die Beurteilung in den militärärztlichen Zeugnissen setzte sich aus gewerblichen und medizinischen Aspekten zusammen. Bei der gewerblichen Beurteilung wurde die Berufs- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit geschätzt. Nach der zweiten Behandlungsphase wurde Franz Zamecnik von Wunschheim mit sechzig Prozent Berufsunfähigkeit bewertet. Berufsunfähig bedeutete, dass eine Einschränkung in der Ausübung der bisherigen Tätigkeit bestand, beziehungsweise, dass es durch die Verletzung unmöglich wurde, dieser weiterhin nachzugehen. Die Erwerbsunfähigkeit hingegen orientierte sich an der allgemeinen gewerblichen Leistungsfähigkeit, die nach einer Umschulung in einem anderen Beruf wieder vollständig gegeben sein konnte. Ein oftmals verwendetes Beispiel aus der zeitgenössischen Literatur war der Beruf des Kellners. Die Gastwirte weigerten sich demnach, aufgrund der abschreckenden Wirkung auf Gäste Servicepersonal mit entstellten Gesichtern wieder einzustellen. Nach einer geeigneten Umschulung sollten die Verletzten wieder uneingeschränkt erwerbsfähig sein.<sup>73</sup>

Aus einem medizinischen Blickwinkel betrachtet, wurde die Erwerbsminderung wie folgt bewertet: Dem „Invalidenarzt“ Alfred Deutsch zufolge sollte für eine Pseudoarthrose des Unterkiefers eine Erwerbsminderung von dreißig bis 75 Prozent veranschlagt werden. Die folgende „Hilfestellung“ fand sich im Leitfaden zur Einschätzung der Erwerbsminderung:

67 WUNSCHHEIM, Pseudarthrosen 163. 178.

68 Bei solchen Operationen wurde mit Dr. Funke, dem Spezialisten für Transplantationen im Rudolfsspital, zusammengearbeitet. WUNSCHHEIM, Pseudarthrosen 184 und 187.

69 KA, Superarbitrierungsakt Zamecnik, Militärärztliches Zeugnis.

70 Ebd.

71 Juljan ZILZ, Beobachtungen 8.

72 Sammlungen der MUW, Patientenakt Zamecnik, Brief der Poliklinik an das Reservespital Nr. 17, 7. Juni 1918.

73 DEUTSCH, Schätzung 2.

*„Die geringen Sätze bei befriedigender Bezahnung und aktivem Kiefergelenk, sonst höhere Sätze, insbesondere je weiter nach vorn die Pseudoarthrose sitzt“<sup>74</sup>*

Mit 75 Prozent Höchstsatz war eine Pseudoarthrose, vergleichbar einem Substanzverlust der Zunge für Sprechberufe wie die des Lehrers, Schauspielers oder Sängers und mit irreparablen Gaumendefekten, sehr hoch eingestuft. Nur ein Kieferbruch, der *„durch eine Prothese nicht zu bessern ist“*, wurde mit achtzig Prozent höher bewertet. Diese Bewertungen stehen etwa auf einem Niveau mit dem Verlust eines Unterschenkels (fünfzig bis sechzig Prozent Erwerbsminderung), dem Verlust der Hand (sechzig Prozent links, siebenzig Prozent rechts), einer inkompletten Querschnittläsion (Querschnittlähmung) nach einer Rückenmarkverletzung (fünfzig bis achtzig Prozent), einer mittelschweren progressiven (aktiven) Tuberkulose (fünfzig bis siebenzig Prozent) oder einer Herzmuskelerkrankung (35 bis hundert Prozent).<sup>75</sup>

Das militärärztliche Zeugnis wurde von den behandelnden Ärzten, die in der Beurteilung von verminderter Erwerbsfähigkeit geübt waren, ausgestellt. Dies war jedoch nur ein Teil der Bewertung im Superarbitrierungsverfahren. Nach Adolf Deutsch hatte die Schätzung des behandelnden Arztes im militärärztlichen Zeugnis eine eingeschränkte Aussagekraft,<sup>76</sup> denn diese Schätzung sollte allenfalls einen ersten Richtwert für die spätere Begutachtungskommission darstellen.<sup>77</sup> Zur Bewertung wurden des Weiteren die Meinung eines Vertrauensarztes der Organisation der Kriegsbeschädigten und das Attest des zuständigen Amtsarztes („Invalidenarzt“) herangezogen.

Im Fall Franz Zamecnik setzte die Superarbitrierungskommission die Bewertung der behandelnden Ärzte nicht um und verminderte mit dem Beschluss vom 9. August 1918 die Berufsunfähigkeit<sup>78</sup> auf 25 Prozent.<sup>79</sup> Zamecnik stand damit eine Invalidenpension von jährlich 72 Kronen und eine Verwundungszulage von jährlich 96 Kronen auf Lebenszeit zu.<sup>80</sup> Als problematisch ist hier die Differenz zwischen der (zivilen) ärztlichen Beurteilung und jener der (militärischen) Behörden, die letztendlich die Höhe der Bezüge und die Dienstfähigkeit festlegten, zu sehen. Die häufig undurchsichtigen und verwirrenden Beurteilungen der Erwerbs- beziehungsweise Berufsfähigkeit Zamecniks und die zuletzt erfolgte Herabsetzung der Bezüge waren beispielhaft für den Umgang der Behörden mit den Betroffenen. Dieses Problem blieb auch den Ärzten nicht verborgen, weshalb sie sich für eine einheitliche Bewertung einsetzten.<sup>81</sup> Die widersprüchlichen Angaben in militärärztlichen Zeugnissen sah Alfred Deutsch, neben fehlendem Urteilsvermögen Kriegsbeschädigter selbst und Fehlurteilen von Ärzten, als wesentlichen Grund für das wachsende Misstrauen der Invaliden gegenüber den Behörden.<sup>82</sup>

74 DEUTSCH, Anleitung zur Feststellung 53.

75 Ebd. 20-56.

76 DEUTSCH, Schätzung 6f.

77 Ebd. 14.

78 Die Berufsunfähigkeit bezieht sich auf den erlernten bzw. den zuvor ausgeübten Beruf. Im Vergleich dazu bezieht sich die Erwerbsfähigkeit auf die Fähigkeit, berufstätig sein zu können, unabhängig vom zuvor ausgeübten oder erlernten Beruf.

79 KA, Superarbitrierungsakt Zamecnik, Superarbitrierungsliste.

80 Ebd.

81 WUNSCHHEIM, Pseudarthrosen 12.

82 DEUTSCH, Schätzung 14.

### 13. Männliche Erwerbsfähigkeit

Als Franz Zamecnik einen Kurs als Maschinenzeichner besuchte, um nach der Behandlungsphase wieder berufstätig zu sein,<sup>83</sup> entsprach er den Vorstellungen der Behörden, die bemüht waren, die Soldaten durch Umschulungsprogramme wieder in das Erwerbsleben zurückzuführen:

*„Der Staat hat in der Erkenntnis, dass Berufsunfähige wohl erwerbsfähig gemacht werden können, ungeheure Summen aufgewendet, um durch Schulung und Kurse selbst Schwerstbeschädigte einer Arbeit zuzuführen.“<sup>84</sup>*

In dem in Österreich gewählten Weg des Umgangs mit Opfern des Ersten Weltkrieges wurde die Fürsorgepflicht des Staates aus der Wehrpflicht abgeleitet. Dabei wurde von einer Arbeitspflicht für invalide ehemalige Soldaten wie Franz Zamecnik ausgegangen.<sup>85</sup> Verwundete galten so lange als sozial nicht geheilt, solange sie nicht die bürgerliche Erwerbsfähigkeit wiedererlangt hatten. Da über die Erwerbsarbeit auch die Rolle des männlichen Familienerhalters definiert wurde, sollte ein Arbeitsplatz, entsprechend dem Gehaltsniveau vor der Verwundung, nach Möglichkeit wieder erreicht werden.<sup>86</sup> Die Umschulungsmaßnahmen entlasteten daher nicht nur den Staatshaushalt, sondern garantierten auch die Aufrechterhaltung des Mannes als Ernährer der Familie. Verwundete und Ärzte wurden von den militärischen wie zivilen Behörden in die Pflicht genommen, die Leistungsfähigkeit der männlichen Arbeitskraft zu optimieren. Mit der reduzierten Arbeitsfähigkeit in seinem alten Beruf wäre es für Franz Zamecnik schwierig gewesen, der gesellschaftlich geforderten Rolle zu entsprechen. Nach der Beendigung der Behandlung kehrte Zamecnik wieder in seinen Heimatort zurück. Ob er den Beruf eines Maschinenzeichners tatsächlich ausübte, heiratete und eine Familie gründete, geht aus den Quellen nicht hervor, weil sich seine Spur mit dem Umzug nach Spytihněv verliert.<sup>87</sup>

### 14. Schlussbetrachtungen und Ausblick

Es zeigte sich, dass das den Wünschen der Behörden entsprechende Verhalten Zamecniks nicht allein als Zeichen passiver Konformität mit dem System gesehen werden kann. Zamecniks Agieren entspricht nicht dem Bild des psychisch und körperlich unter der Entstellung leidenden Verwundeten, sondern zeigt auf, dass individuelles Handeln auch im Kontext eines streng normierten Alltags möglich war.

Offen bleiben müssen an dieser Stelle jedoch drei zentrale Fragenkomplexe, die in weiteren Studien bearbeitet werden sollen: Was konnte es für den einzelnen Verwundeten bedeuten, als entpersonalisiertes Schreckensbild des Krieges inszeniert zu werden, und nicht als „Held“, wie andere invalide Soldaten, in das zivile Leben zurückzukehren, und welche Konsequenzen hatte das für gesichtsverletzte Soldaten? Während sich in Frankreich Gesichtsverletzte im Verein „Les Gueules Cassées“<sup>88</sup> organisierten und über

83 Sammlungen der MUW, Patientenakt Zamecnik, Militärärztliches Zeugnis.

84 DEUTSCH, Schätzung 7.

85 Verena PAWLOWSKY, Harald WENDELIN, Die normative Konstruktion des Opfers – Die Versorgung der Invaliden, Witwen und Waisen des Ersten Weltkrieges. In: Laurence COLE, Christa HÄMMERLE, Martin SCHEUTZ (Hg.), Auf anderen Wegen? Neue Militärgeschichte der Habsburgermonarchie (im Erscheinen).

86 Ebd.

87 KA, Superarbitrierungsakt Zamecnik, Superarbitrierungsliste.

88 <http://www.gueules-cassees.asso.fr/>, 20. März 2010.

diese Vereinigung und ihre Publikationen auch eine Reihe von Forderungen artikulierten, standen ihre Leidgenossen im deutschsprachigen Raum ihrer schwierigen Lebenssituation als vereinzelt Individuen gegenüber.

Wie sehen die unterschiedlichen Zugänge zu Entstellungen und Selbstinszenierungen der behandelnden Ärzte aus? Die erste Durchsicht der Quellen lässt auf die Hypothese schließen, dass die Gesichter durch das Drucken von Vorher-Nachher-Abbildungen in den medizinischen Schriften zu einem wichtigen Teil der Konstruktion des Arztes als „Held[en] im weißen Kittel“<sup>89</sup> und gleichzeitig auch Teil der Konstruktion des Sieges der Medizin über die vernichtende Wirkung des Krieges auf den menschlichen Körper wurden. Es tritt ein Paradoxon zu Tage: Je schlimmer die Verletzung, desto überzeugender waren die Leistung der Ärzte und das Argument des Nutzens des Krieges für den medizinischen Fortschritt. In ähnlicher Form lässt sich das auch für pazifistische Instrumentalisierungen sagen: Je schlimmer die Entstellungen im Gesicht, desto überzeugender das Argument gegen die Gräueltaten des Krieges.

Zuletzt stellt sich die Frage, ob in diesem Zusammenhang der Krieg als „Motor“ für die Kiefer- und Gesichtschirurgie, wie in den zeitgenössischen Schriften gerne und oft betont, gesehen werden kann und nicht nur als „Motor“ für die Karriere einzelner Ärzte.

### **Autoreninformation**

Melanie Ruff, Mag. phil., Historikerin, Mitarbeiterin der Sammlungen der Medizinischen Universität Wien, Währinger Straße 25, 1090 Wien. Email: melanie.ruff@meduniwien.ac.at

---

89 Vgl. Burghard BREITNER, *Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege 1914 – 1918. Helden im weißen Kittel* (Wien 1936).

---

Arne Thomsen

# Aspekte des katholischen Krankenhauswesens im Ruhrgebiet im langen 19. Jahrhundert<sup>1</sup>

---

## Summary

In the middle of the 19th century the Ruhr area has started to develop from a rural landscape to an industrial region. Due to massive immigration into the district health service became more and more insufficient, especially for ill and sick workers who were the majority of patients in the new hospitals. However, municipal authorities had not the funds to establish enough hospitals so that catholic and protestant parishes started to build their own modern hospitals. In catholic communities the parish priest was the driving force before and during the establishment of the hospitals. Although catholic hospitals had different ways of funding it was difficult to achieve secured finances in this time. The nursing was done by catholic sisters of religious orders and congregations who worked for free, hoping for salvation. In the daily life of the hospitals the nurses had to cooperate with the doctors.

## Keywords

denominational hospitals, Ruhr area, German Empire, 19<sup>th</sup> century, catholic milieu

Bis zum Ersten Weltkrieg entstanden im Ruhrgebiet über 70 katholische Krankenhäuser.<sup>2</sup> Weitet man den Blick auf die benachbarten Gebiete aus, waren im Jahre 1913 43% aller katholischen Krankenhäuser Deutschlands in der preußischen Rheinprovinz oder in Westfalen beheimatet.<sup>3</sup> Auch heutzutage besitzt kaum eine andere europäische Region eine vergleichbar hohe Krankenhausdichte. Dieser Zustand fand im 19. Jahrhundert nicht überall Zustimmung. Der Düsseldorfer Regierungsrat Dr. Beyer beklagte bereits

---

1 Wenn in der folgenden Untersuchung Hospitäler erwähnt werden, sind damit, wenn nicht ausdrücklich anders bezeichnet, Krankenhäuser modernen Typs, d.h. Behandlungsstätten für heilbare Kranke gemeint. Zur Unterscheidung von Hospital und Krankenhaus vgl. Robert JÜTTE, Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert. In: Alfons LABISCH, Reinhard SPREE, (Hg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert (Frankfurt am Main 1996) 31-50. Axel H. MURKEN, Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart (Köln 1995). Carlos WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (Köln u.a. 2005).

2 Ein katholisches Krankenhaus wurde von Geistlichen und Bürgern katholischen Glaubens geleitet und getragen. Schwestern oder Brüder einer katholischen Gemeinschaft übten die Krankenpflege aus.

3 Catherine MAURER, Der Caritasverband zwischen Kaiserreich und Weimarer Republik. Zur Sozial- und Mentalitätsgeschichte des caritativen Katholizismus in Deutschland (Freiburg im Breisgau 2008) 93.

im Jahre 1874 ein „*Überwuchern der klösterlichen Anstalten*“.<sup>4</sup> Wie es zu dieser Entwicklung kommen konnte und wer die treibenden Kräfte waren, soll in der folgenden Untersuchung skizziert werden.<sup>5</sup>

Mit der Entstehung des rheinisch-westfälischen Industriegebiets im 19. Jahrhundert entwickelte sich zugleich ein katholisches caritatives Netzwerk, dessen tragende Säulen die oft aus kleinsten Anfängen entstandenen Krankenhäuser waren. Repräsentative Großbauten wie in anderen Landesteilen Preußens, besonders in Großstädten, waren im Ruhrgebiet aufgrund der dauerhaft angespannten Finanzlage selten möglich.<sup>6</sup> Im Lebensraum an den Flüssen Rhein, Ruhr und Emscher ähnelten einige Krankenhausbauten in ihrer Architektur dagegen der von zeitgenössischen Eigenheimen oder waren teilweise vormals Wohnhäuser. Die auffälligsten baulichen Elemente waren, wenn vorhanden, eine zentral gelegene Kapelle und ein charakteristischer Turm.<sup>7</sup> Ohne die zeitgenössische christlich-caritative Motivation und Frömmigkeitspraxis der katholischen Bevölkerung hätten zahlreiche Krankenhausgründungen nicht stattgefunden. Ein Krankenhaus war für viele Kirchengemeinden nach der Kirche die wichtigste Errungenschaft. Selbstheiligung und die Erlangung des ewigen Seelenheils waren für im katholischen Milieu verwurzelte Bürger erstrebenswerte Ziele, die sie durch Almosen mit Hilfe von Stiftungen und Spenden zu erreichen versuchten.<sup>8</sup> Durch caritative Tätigkeiten konnte ein kirchlicher Ablass erworben werden. Hierfür bot ein Krankenhausbau eine vorzügliche Gelegenheit. Im zeitgenössischen Verständnis führte Armut zum Verfall christlicher Werte, dem katholische Krankenhäuser durch mildtätige, also für Arme kostenlose Krankenpflege begegnen konnten. Die katholische Kirche erhoffte sich durch einen Beitrag zur Lösung der sozialen Frage eine Art neuer Legitimation in der Gesellschaft nach der Säkularisierungswelle zu Beginn des 19. Jahrhunderts.<sup>9</sup> Die Amtskirche stand somit, vor dem Hintergrund einer Stärkung der katholischen Identität durch Gründungen von katholischen Einrichtungen verschiedenster Art, neuen konfessionellen Krankenhäusern nicht im Wege.

Mit der Verabschiedung der preußischen Verfassung von 1850 erhielten Religionsgemeinschaften das Recht, eigene Wohltätigkeitsanstalten zu unterhalten. Zudem fielen bedeutende rechtliche Niederlassungsbestimmungen weg und die Einrichtungen stan-

4 Mit Anstalten sind hier Krankenhäuser gemeint. Denkschrift erhalten in: Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Regierung Düsseldorf, Sign. 20131. Hier zitiert in: Erwin GATZ, Kirche und Krankenpflege, im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preussischen Provinzen Rheinland und Westfalen (München u.a. 1971) 584.

5 Zum Thema entsteht eine Dissertation des Autors, die 2011 abgeschlossen werden soll.

6 In anderen Regionen Preußens legten kirchliche Organisationen offenbar großen Wert auf ansprechende Architekturmerkmale: Axel Hinrich MURKEN, Das kommunale und konfessionelle Krankenhaus in Deutschland von der Biedermeierzeit bis zur Weimarer Republik. In: Hans Heinrich BLOTEVOGEL (Hg.), Kommunale Leistungsverwaltung und Stadtentwicklung vom Vormärz bis zur Weimarer Republik (Köln u.a. 1990) 81-116, hier 84.

7 Demzufolge wäre eine baugeschichtliche Untersuchung, auf die sich die deutsche Krankenhausgeschichtsschreibung in der Vergangenheit stark konzentriert hat, für das Ruhrgebiet wenig lohnenswert.

8 Thomas KORTMANN, Von der Laienkaritas zum städtischen Ehrenamt – Zur Reform der Armenfürsorge in Münster um 1890. In: Franz-Josef JAKOBI, Ralf KLÖTZER, Hannes LAMBACHER, (Hg.), Strukturwandel der Armenfürsorge und der Stiftungswirklichkeiten in Münster im Laufe der Jahrhunderte (Münster 2002) 297-320, hier 301.

9 Relinde MEIWES, Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert. In: L'Homme 19 (2008) 39-60, hier 42.

den nicht mehr unter direkter staatlicher Aufsicht. Bereits einige Jahre zuvor war mit dem 1844 gegründeten Elisabeth-Krankenhaus in Essen eines der ersten katholischen Krankenhäuser der Region entstanden. Es stellt zugleich eine Besonderheit dar, da die Trägerschaft dieses Krankenhauses bei einem katholischen Krankenpflegeorden, den Barmherzigen Schwestern von der heiligen Elisabeth, lag.<sup>10</sup> Ansonsten gehörten die meisten Hospitäler den Kirchengemeinden, auf deren Territorien sie lagen. Eine Träger-GmbH, die als Rechtsform heute verbreitet ist, wurde bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges nur vereinzelt eingesetzt. Sie wurde überhaupt erst mit dem GmbH-Gesetz von 1892 eine mögliche Alternative zu anderen Trägerschaften. In Gelsenkirchen-Erle wurde diese neue Trägerform mit der breiteren finanziellen Basis begründet. Die Trägerschaft des neuen Elisabethhospitals lag nicht mehr bei nur einer einzelnen Kongregation, sondern bei 30 Gesellschaftern, die sich Elisabethstift GmbH nannten.<sup>11</sup>

Die Initiative für den Krankenhausbau ging zumeist vom Gemeindepfarrer aus, der oftmals von engagierten katholischen Bürgern seiner Kirchengemeinde unterstützt wurde. In einigen Gemeinden wurde zu diesem Zweck ein Krankenhausbauverein gegründet. Die hohe Identifikation des Pfarrers mit der entsprechenden Initiative war für das Entstehen der meisten modernen katholischen Hospitäler von entscheidender Bedeutung. Der Ausspruch des Oberhausener Pfarrers Josef Schmittmann, der das hiesige St. Joseph-Hospital als sein „*liebstes Kind*“<sup>12</sup> bezeichnete, ließe sich bestimmt auch auf andere Pfarrer übertragen. Der Gladbecker Pfarrer Franz Nonn schrieb, als das Krankenhausprojekt in seiner Gemeinde auf Gegnerschaft stieß, in seinen Notizen: „*Ich muss es machen, wie die Mutter, welche die Kinder wäscht, auch wenn sie schreien*“<sup>13</sup>. In Gelsenkirchen-Schalke bedeutete die Versetzung des Pfarrers in eine andere Gemeinde das Ende des Krankenhausbauprojektes, da der neu berufene Geistliche andere Prioritäten setzte.<sup>14</sup> Einem anderen Gelsenkirchener Pfarrer, Heinrich Spaller, wurde auf dem katholischen Altstadtfriedhof eine Erinnerungsstele gewidmet, die eine Darstellung des in seiner Amtszeit gebauten Marienhospitals schmückt.

Im Allgemeinen blieb der bei der Gründung aktive Pfarrer auch nach der Inbetriebnahme des Krankenhauses in führender Position und leitete beispielsweise den Krankenhausvorstand. Dies konnte in Einzelfällen auch negative Folgen wie eine hohe Verschuldung haben, wenn der betreffende Geistliche keine ökonomischen Kenntnisse besaß. Auch sparsames wirtschaftliches Handeln konnte aber zu Konflikten führen. So nutzten z.B. die zum Kuratorium gehörenden Anstaltsärzte das Ableben des Krankenhausvorsitzenden Schmittmann, um ihre Gehälter aufzustocken sowie eine Anstellung auf Lebenszeit zu verabschieden. Der neue Pfarrer musste diese Beschlüsse wieder rück-

10 Zur Geschichte der Kongregation siehe: GENOSSENSCHAFT DER BARMHERZIGEN SCHWESTERN VON DER HL. ELISABETH (Hg.), Von Gottes Güte und der Menschen Treue. Die Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern von der hl. Elisabeth zu Essen (Siegburg 1957).

11 ELISABETH-STIFT GMBH (Hg.), In ihren Werken sollt ihr sie erkennen. Die Geschichte der Elisabeth-Stift GmbH in Erle (Gelsenkirchen-Erle 1997) 9.

12 Hier zitiert in: Karl-Dieter HOFFMANN, Kirche in Oberhausen IV. Zur Geschichte der vier katholischen Krankenhäuser auf dem Gebiet der Stadt Oberhausen 1860-1930 (Oberhausen 1988) 129.

13 Pfarrarchiv St. Lamberti Gladbeck, Sign. 303. Hier zitiert in: Meike WAGENER-ESSER, Organisierte Barmherzigkeit und Seelenheil. Das caritative Sozialnetzwerk im Bistum Münster von 1803 bis zur Gründung des Diözesancaritasverbands 1916 (Altenberge 1999) 217.

14 Hans-Jürgen BRANDT, Der Plan des katholischen Krankenhauses. In: Hans-Jürgen BRANDT (Hg.), Schalke 91. Eine katholische Arbeitergemeinde im Ruhrgebiet mit Tradition. 100 Jahre Pfarrei St. Josef Gelsenkirchen-Schalke (Paderborn 1991) 346-348, hier 347.

gänglich machen beziehungsweise abändern. Fehler und eigenmächtiges Handeln der Beteiligten waren aufgrund mangelnder Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten natürlich nichts Ungewöhnliches.

Eine der ersten Handlungen des Vorstands war stets das Verfassen eines Statuts. Dieses war notwendig für das Erlangen der bischöflichen und staatlichen Genehmigung und wurde normalerweise schon vor Baubeginn angefertigt. Solche Dokumente, Statuten, Hausordnungen sowie auch Verträge zwischen Krankenhäusern und Schwesternkongregationen wurden bereits nach einheitlichen Mustern verfasst, obwohl verbindliche Grundlagen erst durch die gesetzliche Krankenhausordnung der Königlichen Regierung der Rheinprovinz von 1911 verabschiedet wurden.<sup>15</sup> Meist wurden offizielle Schriftstücke bereits bestehender Häuser als Vorlage benutzt. Genauso wichtig wie eine Satzung war ein Vertrag mit einer Kongregation zur Übernahme der Krankenpflege. Ohne die Bereitschaft der Barmherzigen Schwestern, die Krankenpflege und in einzelnen Fällen auch die Trägerschaft zu übernehmen, wären zahlreiche Krankenhäuser der Region erst später oder gar nicht eröffnet worden. Katholische Ordensschwestern waren vor der Eröffnung moderner Krankenanstalten, neben ihrem Wirken in den alten, multifunktionalen Hospitälern, auch ambulant in den Wohnhäusern der Kranken oder in speziellen Behandlungsräumen tätig. Diese Arbeit war meist wenig effizient und aufgrund der schlechten Transportwege und großen Entfernungen überaus zeitaufwendig. Von Seiten der Kommunen konnten die Bauherren nur wenig Unterstützung erwarten. Die Städte des Ruhrgebiets waren durch die rasche Entwicklung zur urbanen und schwerindustriellen Region und die damit verbundene Bevölkerungsexplosion (siehe Tabelle) überfordert und in der Regel dankbar, wenn andere für den Krankenhausbau aufkamen.

**Tabelle: Bevölkerungsentwicklung laut amtlicher Statistik (nach Gebietsständen, gerundet auf Tausend)<sup>16</sup>**

	Bochum	Dortmund	Essen
um 1850	17.000	31.000	9.000
um 1870	56.000	109.000	137.000
um 1910	234.000	584.000	295.000

Auf die Verdopplung der Bevölkerungszahl im Ruhrgebiet in den Jahren von 1852 bis 1868 antworteten etliche katholische Kirchengemeinden trotz der Wirtschaftskrise von 1857 bereits mit Krankenhausgründungen, so dass die Jahre 1857 und 1868 mit vier beziehungsweise sechs neuen Niederlassungen die ‚gründungsreichsten‘ Jahrgänge bis zum Ersten Weltkrieg waren. Um 1900 existierten im Ruhrgebiet schon 67 konfessionelle, aber nur 8 kommunale Krankenhäuser. Im übrigen Preußen war das Verhältnis dagegen umgekehrt.<sup>17</sup> Die durchschnittliche Größe der Häuser war im 19. Jahrhundert jedoch so gering, dass trotz der Vielzahl an Einrichtungen bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts ein Mangel an Krankenbetten vorherrschte.

<sup>15</sup> HOFFMANN, Kirche in Oberhausen 25.

<sup>16</sup> Zahlen aus: ARBEITSKREIS FÜR KIRCHLICHE ZEITGESCHICHTE, MÜNSTER (AKKZG), Konfession und Cleavages im 19. Jahrhundert. Ein Erklärungsmodell zur regionalen Entstehung des katholischen Milieus. In: Historisches Jahrbuch 120 (2000) 358-395, hier 387.

<sup>17</sup> Irmgard MÜLLER, Die Entwicklung des Gesundheitswesens im Ruhrgebiet. In: Rubin. Wissenschaftsmagazin der Ruhr-Universität Bochum 1 (1991) 38-45, hier 41-42.

Die Finanzierung des jeweiligen Bauwerks erfolgte zumeist aus - zum Teil konfessionsübergreifend eingeworbenen - Spenden und Erbschaften. Für notwendige Kredite konnten die Vermögenswerte der Kirchengemeinde belastet werden. Zum Zweck der lokalen Krankenhausfinanzierung unternahm ein Duisburger Kaplan 1859 gar eine erfolgreiche Kollektenreise nach Österreich und Italien.<sup>18</sup> Einige örtliche Bergwerke lieferten das nötige Heizmaterial zum Unkostenpreis oder gratis. Die Deckung der laufenden Kosten versuchten die Krankenhausverwaltungen neben anderen Einnahmen durch den Verkauf von ‚Abonnements‘ für den Krankheitsfall zu regeln. Solche Abonnements, eine *„Frühform der Krankenversicherung auf freiwilliger Basis“*<sup>19</sup>, sicherten die Unterbringung bei ernsthafter Erkrankung und konnten von Privatpersonen oder von Unternehmen für ihre Arbeiter erworben werden, stellten also eine Art Versicherungssystem dar.

Das Bochumer Elisabeth-Krankenhaus versuchte mit Erfolg solche Abonnements zu bewerben. Obwohl nur ca. 20% aller Abonnenten auch Leistungen dieses Hauses in Anspruch nahmen, übertrafen die Einnahmen allerdings anfangs nicht die Ausgaben. Das lag offensichtlich an den bewusst niedrig gehaltenen Kosten dieser Form der sozialen Absicherung für den Krankheitsfall. Sie betragen im Bochumer Krankenhaus 1850 einen ‚Thaler‘ pro Jahr.<sup>20</sup> Ungeachtet aller finanziellen und materiellen Zuwendungen blieb die finanzielle Situation nahezu aller Häuser durch vielfältige Kostensteigerungen permanent angespannt. Auf Mahnungen und Verbesserungsvorschläge von behördlicher Seite, ausgesprochen insbesondere während der jährlichen Revisionen des amtsärztlichen Kreisphysikus<sup>21</sup>, konnte wegen fehlender Mittel oftmals erst mit mehrjähriger Verspätung reagiert werden. Am Marienhospital in Wattenscheid listeten die Revisionsberichte über mehrere Jahre die gleichen Mängel auf, ohne dass Veränderungen vorgenommen wurden.<sup>22</sup> Die armseligen Verhältnisse erforderten von allen Bediensteten Pioniergeist und die Fähigkeit zur Improvisation. Benötigte etwa das Essener Krankenhaus ‚Haus Berge‘ eine Wanne, so musste diese extra aus einem benachbarten Kloster angeliefert werden.<sup>23</sup> In der Anfangszeit des Hamborner Krankenhauses mussten Kranke gar ihr eigenes Bett mitbringen. Die Bismarcksche Sozialgesetzgebung der 1880er Jahre trug dann aber wesentlich zur finanziellen Entlastung der Hospitäler bei und beendete die Zufälligkeit der Einnahmehöhen.

Ohne den Beitrag der Ordensschwwestern zur Niedrighaltung der Pflegekosten wäre ein wirtschaftliches Überleben einzelner Häuser aber unmöglich gewesen. Die Krankenpflegerinnen kannten weder Heimatbesuch noch Urlaub und wurden keinesfalls adäquat entlohnt. Ein Gehalt hätte auch den Konstitutionen ihrer Kongregation widersprochen. Dies bedeutete einen enormen Wettbewerbsvorteil gegenüber nichtkonfessionellen Krankenanstalten. Die Ansteckungsgefahr und ausufernde Arbeitszeiten waren weitere unattraktive Begleiterscheinungen der Schwesterntätigkeit. Ihr

---

18 St. JOHANNES-HOSPITAL (Hg.), Johannes-Nachrichten, Vincenz-Marien Nachrichten. Sonderausgabe. 125 Jahre St. Vincenz-Hospital (Duisburg 1986) 15f.

19 GATZ, Kirche und Krankenpflege 554.

20 Stadtarchiv Bochum, Sign. B, 07.04., Krankenpflege, Elisabeth-Anstalt.

21 Der Physikus war als Staatsbeamter der Bezirksregierung unterstellt. Seine Aufgabe bestand in medizinischer- und sanitätspolizeilicher Aufsicht.

22 Revisionsberichte in: Stadtarchiv Bochum, Sign. A WAT, Bau eines katholischen Krankenhauses in Wattenscheid.

23 Albrecht SCHENNEN, Zur Frühgeschichte der Essener Krankenhäuser im 19. Jahrhundert (Diss. med. Bochum 1970) 135.

religiöses Leben gab den Schwestern aber den Willen und die Kraft, die miserablen Arbeitsbedingungen zu ertragen. Auch die Unterbringung der Schwestern im Hospital war oft schwierig. Ihr Wunsch nach einem abgetrennten Wohntrakt verwirklichte sich zum Teil erst mehrere Jahrzehnte nach Eröffnung der Einrichtung.

Der typische Patient des Ruhrgebietskrankenhauses im langen 19. Jahrhundert war männlich, unverheiratet, ortsfremd und im arbeitsfähigen Alter zwischen 15 und 30 Jahren.<sup>24</sup> Er konnte im Krankheitsfall, häufig ausgelöst durch einen beruflichen Unfall in einer nahe gelegenen Zeche, nicht auf familiäre Unterstützung hoffen. Ziel des Krankenhausaufenthalts war die schnellstmögliche Genesung und damit auch Wiederherstellung der Arbeitskraft. Dies war im Interesse von Patient und Arbeitgeber zugleich, gab es doch nur, wenn überhaupt, ein äußerst geringes Krankengeld. Dieser Zustand besserte sich mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung 1883.<sup>25</sup> Etwaige Angehörige des Industriearbeiters waren noch nicht mitversichert. Für sie und für Nichtversicherte sprang bei Bedarf an stationärer Krankenpflege die städtische Armenkasse ein. In diesem Fall konnte der Patient aber sein allgemeines Wahlrecht verlieren.<sup>26</sup> Der Anteil von Frauen an den Krankenhauspatienten blieb bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges so deutlich niedriger als der Anteil männlicher Patienten, auch da die Statuten der Häuser neben Geisteskranken die Aufnahme von Wöchnerinnen und Säuglingen ausschlossen.<sup>27</sup>

Für das Krankenhaus bedeuteten Einnahmen aus der Armenfürsorge eine wichtigere Einnahmequelle als Zahlungen von Privatpatienten. Gelegentlich verzichteten die Hospitäler auch auf Kostenerstattung oder nahmen Naturalien als Aufnahmegebühr an. Wenn es die Räumlichkeiten zuließen, wurden bereits in den Anfangsjahren der jeweiligen Einrichtungen Einzelzimmer eingerichtet. Dadurch sollte die wohlhabende Bevölkerung angelockt werden, die ansonsten im Krankheitsfall eine Behandlung im eigenen Haus vorgezogen hätten. Des Weiteren führten viele Krankenhäuser ein Dreiklassensystem in der Pflege ein, dessen Auswirkungen sich am deutlichsten in der ungleichen Ausstattung der Patientenzimmer zeigten.<sup>28</sup> Patienten 1. Klasse waren Selbstzahler und belegten ein Ein-Bett-Zimmer. In der 2. Klasse mussten sich die zumeist als Kassenmitglieder versicherten Kranken das Zimmer zu zweit oder dritt teilen. Für die Patienten 3. Klasse zahlte zumeist die Armenkasse. Die dortige Begrenzung der Bettenzahl regelte die Größe des Krankensaales.

---

24 Die Gruppe der ‚labouring poor‘ stellte in zwei untersuchten Krankenhäusern in Hamburg und Stuttgart bis ins frühe 20. Jahrhundert rund 90% der Patienten. Reinhard SPREE, Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland während des 19. Jahrhunderts. In: Hans-Jürgen GERHARD (Hg.), Struktur und Dimension. Festschrift für Karl Heinrich Kaufhold zum 65. Geburtstag II (Stuttgart 1997) 413-446, hier 440.

25 Reinhard SPREE, Anspruch und Wirklichkeit der Krankenhausbehandlung im 19. Jahrhundert. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 19 (2000) 143-151, hier 148.

26 Diesen Zustand nahmen sich der Mediziner Rudolf Virchow sowie die deutsche Sozialdemokratie zum Anlass, in Reichstagsdebatten und in Publikationen eine unentgeltliche Krankenhausbenutzung zu fordern. Beate WITZLER, Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung (Stuttgart 1995) 137.

27 Die Niederlassungen der Barmherzigen Brüder in Essen und Dortmund sowie die Katholische Heilanstalt für alkoholranke Männer in Essen-Heidhausen nahmen ausschließlich Männer auf.

28 Am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg existierten sogar vier Pflegeklassen. SPREE, Finanzierung von Krankenhäusern 417.

Die Ansicht aber, Krankenhäuser seien „*Pforten zum Tode*“<sup>29</sup>, sollte sich noch länger im Bewusstsein der Bevölkerung halten. Dennoch strömte die Bevölkerung, nach kurzer Zeit des Abwartens, aufgrund von Mundpropaganda doch in die Krankenhäuser. Das bereits erwähnte erste Essener Krankenhaus besaß zu Beginn des Betriebes 1844 fünf Betten, die in den ersten 12 Monaten von nur 34 Kranken in Anspruch genommen wurden. 1855, eine Dekade nach der Gründung, hatte die Einrichtung aber schon eine Auslastung von über 1000 Kranken im Jahr aufzuweisen.<sup>30</sup> Die Krankenhäuser benötigten so, aufgrund steigender Patientenzahlen und neuer technisch-sanitärer Möglichkeiten, oftmals schon kurze Zeit nach Fertigstellung einen Aus- oder Neubau. Auch bauliche Mängel und Unzulänglichkeiten der Erbauten waren zum Teil festzustellen und Resultat fehlender Expertise, besonders in medizinisch-hygienischer Hinsicht gewesen. Im Laurentius-Krankenhaus in Essen-Steele wurden schon vor Fertigstellung der Anstalt zahlreiche Beanstandungen dokumentiert.<sup>31</sup>

Mit dem Ansteigen der Patientenzahl nahm auch die Anzahl der Krankenpflegerinnen zu. So ist ein paralleles Wachstum von Krankenhäusern und Kongregationen zu beobachten. Die Krankenhausvorstände baten die jeweiligen Mutterhäuser der Pflegekongregationen wiederholt um die Sendung weiterer Schwestern. Dem konnte aufgrund der hohen Nachfrage nicht immer stattgegeben werden. Bei den Münsteranern Clemensschwwestern existierte gar eine Warteliste mit Anfragen von Gemeinden.<sup>32</sup> Weltliche Krankenschwestern gab es zur damaligen Zeit selten. Das Marienhospital Altenessen bot im Jahr 1894 2-3-monatige Kurse zur Ausbildung von freiwilligen Krankenpflegerinnen an, jedoch erfolglos.<sup>33</sup>

Die Namensgebung der neu gegründeten Krankenhäuser hatte verschiedene Hintergründe. Viele verdanken ihre Bezeichnung der Gottesmutter Maria, dem heiligen Josef, Schutzpatron der Arbeiter oder der heiligen Elisabeth, Patronin des Hospitals. Andere Einrichtungen wurden nach ihrem Eigentümer, der Kirchengemeinde, benannt. Das Gladbecker Krankenhaus benannte sich als Ergebnis von kurzen Unstimmigkeiten nach der heiligen Barbara, der Schutzpatronin des Bergbaus. Damit sollte offensichtlich eine hohe Identifikation der Bergleute mit dem Hospital erreicht werden. Vermutlich erhoffte sich die Anstalt auch zusätzliche Zuwendungen dieser Klientel. Das Philippus-Stift in Essen leitete seinen Namen vom damaligen Kölner Erzbischof Kardinal Philippus Krenz ab. Ein kurioser Fall ist aus dem St. Elisabeth-Hospital in Bochum überliefert. Die Anstalt, 1848 gegründet und benannt nach der heiligen Elisabeth von Thüringen, erhielt 1849 ein Schreiben von Königin Elisabeth von Preußen. Darin übernahm diese das Protektorat des Hauses und übersandte ein Bildnis von ihr, weil sie davon ausging, dass das Haus nach ihr benannt wurde. Der Krankenhausvorstand, der lange auf die

---

29 Titulübersetzung Reinhard Sprees der viel zitierten Studie ‚Gateways to Death‘ von Erich Milton Sigsworth. SPREE, Anspruch und Wirklichkeit 144.

30 Martin WEYER-VON SCHOULTZ, Das Gesundheitswesen der Stadt Essen im 19. und frühen 20. Jahrhundert. In: Klaus WISOTZKY, Michael ZIMMERMANN (Hg.), Selbstverständlichkeiten. Strom, Wasser, Gas und andere Versorgungseinrichtungen. Die Vernetzung der Stadt um die Jahrhundertwende (Essen 1997) 185-215, hier 191.

31 SCHENNEN, Frühgeschichte Essener Krankenhäuser 123.

32 WAGENER-ESSER, Barmherzigkeit und Seelenheil 279.

33 Irmgard MÜLLER, Vom Hospital zur modernen Klinik. In: MARIENHOSPITAL ALTENESSEN (Hg.), 1888-1988. 100 Jahre Marienhospital Altenessen (Essen 1988) 14-42, hier 18. Zu fehlenden weltlichen Pflegekräften siehe auch GATZ, Kirche und Krankenpflege 591.

staatliche Genehmigung zur Inbetriebnahme gewartet hatte, verzichtete daraufhin einige Jahre lang auf das ‚St.‘ vor ‚Elisabeth‘.<sup>34</sup> Ein kirchenhistorisches Ereignis, die Rückkehr Pius VII. nach Rom, stand dagegen Pate für den Namen des Marienhospitals in Gelsenkirchen: Am 24. Mai 1814, 55 Jahre vor der Gründung des Klinikums, hatte der Papst aus dem Anlass seiner Heimkehr in den Kirchenstaat ein Dankesfest für die Mutter Maria gefeiert. Im Falle des Marienhospitals in Gelsenkirchen-Buer wurde offenbar das Patrozinium der Firma, die zuvor das Gebäude bewirtschaftete, übernommen. Die dortige Druck- und Färberei stellte sich 1857 unter den Schutz der Heiligsten Jungfrau Maria und des Heiligen Joseph.<sup>35</sup> In Hattingen-Niederwenigern trug die ehemalige Eigentümerin des für den Krankenhausbau erworbenen Grundstückes den Vornamen Elisabeth. Anscheinend wollte man sich mit der Namensgebung für den gewährten Nachlass im Kaufpreis bedanken. Aus Angst vor Enteignung wurde während des Kulturkampfes mit der Namenspatronin übrigens ein Scheinrückkauf vereinbart.<sup>36</sup>

Der Kulturkampf verschlechterte das Verhältnis der Schwesternkongregationen zum preußischen Staat. Die Generaloberin der im Bochumer Elisabeth-Hospital tätigen Vincentinerinnen musste jeden Monat ein Schriftstück über Veränderungen im Schwesternpersonal an die preußische Verwaltung senden. Dies musste auch geschehen, wenn es keine Neuerungen zu vermelden gab. Versetzungen von Schwestern oder berufliche Veränderungen mussten beantragt und begründet werden. Die Reaktion der Oberin auf diese Schikane war die immergleiche Begründung der Versetzung, nämlich die Entscheidung des Mutterhauses. Der Oberbürgermeister von Bochum musste nach Eingang des Schriftstücks der königlichen Regierung mit Sitz in Arnsberg bestätigen, dass keine Bedenken gegen eine Versetzung bestünden, bevor laut § 2 des so genannten ‚Klostergesetzes‘<sup>37</sup> die behördliche Genehmigung erfolgte. Auch das Abklingen des Kulturkampfes kann anhand erhaltener Schriftstücke nachvollzogen werden. Denn ab 1883 reichte eine vierteljährliche Meldung über Versetzungen aus und ein Jahr später war keine Begründung einer Versetzung mehr von Nöten.<sup>38</sup> Zuvor war bereits durch das 1. ‚Milderungsgesetz‘ vom 14. Juli 1880 die Gründung von neuen Niederlassungen wieder möglich geworden, ebenso die Wiederaufnahme von Tätigkeiten neben der Krankenpflege wie z.B. Unterricht.

Im Gegensatz zu anderen katholischen Einrichtungen hatte der preußische ‚Kulturkampf‘ für die katholischen Krankenhäuser auch positive Folgen: Nach der Verabschiedung des Klostergesetzes durften die Schwestern ab 1875 nicht mehr im Schulwesen unterrichten. So konnten die ehemaligen Schulschwestern in der Folgezeit, sofern sie nicht emigrierten, das Krankenhauspersonal verstärken und die Krankenschwestern in Pflege, Verwaltung oder Haushaltsführung entlasten. Dieser Aspekt und das Verbot, weiterhin Waisenkinder im Krankenhaus zu beherbergen, sollten sich positiv auf die

34 Herbert Anton NEUMANN, Chronik des St. Elisabeth-Hospitals Bochum 1848 – 1998 (Bochum 1998) 15.

35 Hugo VÖGE, Vor 120 Jahren und danach. Aus der Geschichte des Marienhospitals Buer, in Texten und Bildern dokumentiert. In: Beiträge zur Stadtgeschichte 13 (1987), 111-125, hier 111-112.

36 Joseph SCHULTE, Dieter BONNEKAMP, Ernst COLLENBERG, Thomas WEISZ, Chronik der katholischen Pfarrgemeinde Niederwenigern (Hattingen 1997) 55-57.

37 Gesetz, betreffend die geistlichen Orden und ordensähnlichen Kongregationen der katholischen Kirche vom 31. Mai 1875.

38 Stadtarchiv Bochum, Sign. B, 06.01. Kirchen, Katholische Kirchenangelegenheiten.

Professionalisierung der Krankenpflege auswirken.<sup>39</sup> Allerdings verzichteten die Kongregationen bis 1887 auf die offizielle Aufnahme von Novizinnen, da dies einer staatlichen Zustimmung bedurft hätte. Diese Praxis führte für einige Jahre zu einem Schwesternmangel in vielen Häusern.<sup>40</sup> Die Münsteraner Klemensschwwestern und die Paderborner Vinzentinerinnen nahmen junge Frauen jedoch unter dem Deckmantel, es handle sich um Dienstbotinnen, in ihre Kongregationen auf. Das St. Marien-Hospital in Oberhausen-Osterfeld, 1875 gegründet, musste damals zehn Jahre auf die staatliche Genehmigung warten. Auslöser für diese Verzögerung war das Festhalten der Kirchengemeinde an katholischen Pflegerinnen. Der für die Ausübung der Pflege notwendigen Niederlassung der Mauritzer Franziskanerinnen in Osterfeld verweigerten aber die preußischen Behörden wegen des ‚Kulturkampfes‘ die Zulassung.<sup>41</sup>

In einzelnen Städten des Ruhrgebiets ist ein paralleler Krankenhausbau von katholischer und evangelischer Seite dokumentiert. Dass hierbei die konfessionelle Konkurrenz wie in anderen Regionen Preußens die entscheidende Rolle gespielt hat, ist aber zu bezweifeln. Diese spielte, wie auch die innerkatholische zwischen den Kirchengemeinden, sicherlich eine Rolle. Es sind beispielsweise Beschwerden der evangelischen Gemeinde Duisburg über Konversionsversuche im katholischen St. Vincenz-Hospital der Stadt erhalten.<sup>42</sup> Hauptursache des Phänomens des gleichzeitigen Krankenhausbaus war aber wohl ein eminenter sozialer Bedarf, dem die Kommunalverwaltungen aufgrund eingeschränkter finanzieller Handlungsmöglichkeiten nicht nachkommen konnten. Die kirchlichen Bauherren wollten einen gesundheitlichen Notstand vermeiden oder zumindest lindern. Denn mit dem von der Eröffnung neuer Bergwerke und Stahlwerke ausgelöst, enormen Bevölkerungszuwachs der Ruhrstädte bestand ein hoher Bedarf an vermehrten Versorgungsangeboten im Gesundheitsbereich.<sup>43</sup> Die Gemeinde Gelsenkirchen beispielsweise bekam über Jahrzehnte ihre Abwasserentsorgung nicht in den Griff, was zu vielen Erkrankungen ihrer Einwohner führte. Bis zur Eröffnung des ersten Gelsenkirchener Krankenhauses 1867 mussten Kranke aber einen mehrere Stunden dauernden Transport in die Hospitäler der Umgebung in Kauf nehmen. Da weder Katholiken noch Protestanten in Gelsenkirchen alleine in der Lage waren, ein Krankenhaus zu finanzieren und ein Gemeinschaftshospital keine Mehrheit fand, einigte man sich auf eine katholische Einrichtung, zu dessen Finanzierung auch von evangelischer und jüdischer Seite beigetragen wurde. Der erfolgreiche Gründungsprozess des katholischen Krankenhauses ermutigte die evangelische Seite dann ihrerseits ein eigenes Krankenhausbauprojekt zu verwirklichen.<sup>44</sup> In Duisburg-Homburg verzichtete die evangelische Kirchengemeinde dagegen nach Inbetriebnahme des katholischen Krankenhauses auf ihr eigenes

---

39 Erwin GATZ, Wolfgang, SCHAFFER, Sozial-caritativ tätige Orden. In: Erwin GATZ, (Hg.), Geschichte des kirchlichen Lebens in den deutschsprachigen Ländern seit dem Ende des 18. Jahrhunderts. Die katholische Kirche V. Caritas und soziale Dienste (Freiburg im Breisgau u.a. 1997) 91-110, hier 108.

40 Ulrich KELLER, Dagmar KOPPERS, Sr. Maria Lucinda GRAMS, 100 Jahre Gesundheits- und Krankenpflegeschool am Herz-Jesu-Krankenhaus Dernbach (Dernbach 2009) 22-26.

41 HOFFMANN, Kirche in Oberhausen, 33.

42 Stadtarchiv Duisburg, Sign. 10, 5704, Kirchensachen der evangelischen Religionsgemeinschaften.

43 Nach 1870 kann anhand der Gründungsjahre der Krankenhäuser die Süd-Nord-Wanderung des Ruhrbergbaus nachgezeichnet werden: WAGENER-ESSER, Barmherzigkeit und Seelenheil, 148-149.

44 Zur Gelsenkirchener Krankenhausgeschichte vgl. Barbara LUEG-HOFFMANN, Das Krankenhaus- und Medizinalwesen der Stadt Gelsenkirchen im 19. Jahrhundert (Herzogenthrath 1992), hier 55.

Bauvorhaben, da kein Bedarf an zusätzlicher Krankenpflege mehr bestand. Bereits vor Gründung des katholischen Hospitals wurden übrigens die dortigen Clemensschwwestern, die ambulant tätig waren, von zwei evangelischen Diakonissinnen unterstützt.<sup>45</sup>

In den Statuten nahezu aller katholischen Krankenhäuser war festgehalten, dass Patienten ohne Beachtung ihrer Religion und Konfession zu behandeln seien. In der Praxis wurden aber etwa in Bochum ungefähr viermal so viele katholische wie evangelische Patienten im dortigen katholischen Krankenhaus gepflegt. Vor der Gründung der evangelischen Augusta-Krankenanstalt 1864 in Bochum war das Verhältnis ausgeglichener gewesen, doch waren katholische Patienten stets in der Mehrzahl. Dies lag aber primär an der Bevölkerungszusammensetzung Bochums während der Epoche der Industrialisierung, da die Katholiken insgesamt die Mehrheit stellten. 1871 erreichte der katholische Anteil mit 61,4% der Gesamtbevölkerung den Höchststand, während bis zum Ersten Weltkrieg nie mehr als die Hälfte der Bochumer Bürger evangelisch war.<sup>46</sup> Dazu kamen noch vereinzelt jüdische Patienten.

Allerdings durfte laut den üblichen Statuten ein Protestant nicht in das Kuratorium einer katholischen Klinik aufgenommen werden und es durften nur römisch-katholische Schwestern im Krankenhaus Dienst tun. Trotz dieser Einschränkungen kann man nicht von einer ausgeprägten Konkurrenzsituation sprechen: Die konfessionellen Essener Krankenhäuser einigten sich z.B. auf gleiche Pflegesätze und gleich lautende Verträge mit Dritten.<sup>47</sup> Mit den zu Beginn des 20. Jahrhunderts gegründeten Knappschaftskrankenhäusern hatten dagegen die Krankenhäuser beider Konfessionen Probleme. Sie fürchteten die moderne Konkurrenz und warfen den neuen Einrichtungen mangelnde religiöse Betreuung der Patienten vor.<sup>48</sup>

Konflikte, die im Zuge des Modernisierungsprozesses im Gesundheitswesen und der Professionalisierung der Ärzteschaft und Krankenpflegerinnen um die Jahrhundertwende in deutschen Krankenhäusern auftraten, sind im Industriegebiet an der Ruhr nur vereinzelt und verzögert zu beobachten. Ein Grund hierfür war die geringe Größe der Häuser, die oftmals noch um 1900 über keinen hauptamtlichen Arzt verfügten. Die Ärzte konnten nur langsam neuere Methoden in der Krankenbehandlung durchsetzen, da finanzielle Mittel zur Modernisierung fehlten und die Oberinnen der Orden auf der gewohnten Arbeits- und Lebensweise beharrten. So unterbrachen die Barmherzigen Schwestern ihre Arbeit für die regelmäßigen Gebetszeiten und verzichteten auch während des Dienstes nicht auf die aus ärztlicher Sicht unpraktische Ordenskleidung. Auch konnte etwaiges Fehlverhalten der Ordensschwestern seitens der Krankenanstalt oder gar der Ärzte nicht direkt sanktioniert werden. Alle personellen Entscheidungen wurden in den Mutterhäusern der Kongregation getroffen. Gute Pflegekräfte waren zur damaligen Zeit für den Erfolg eines Krankenhauses, auch für die Heilerfolge, meist wichtiger als die Tätigkeit der nur in geringer Anzahl angestellten Ärzte. So fiel es den Oberinnen der Krankenpflegekongregationen nicht schwer, weiter ihre traditionellen Vorstellungen bezüglich des Tagesablaufs und der Krankenpflege, die physisch und seelisch sein sollte,

45 Franz Gerd GEHNEN, St. Johannes-Stift feierte 100jähriges Bestehen. In: Beiträge zur Heimat- und Kulturpflege 11 (1994/95) 62-65, hier 63.

46 Antonius LIEDHEGENER, Christentum und Urbanisierung. Katholiken und Protestanten in Münster und Bochum 1830 – 1933 (Paderborn u.a. 1997) 433-434.

47 WEYER-VON SCHOULTZ, Gesundheitswesen Stadt Essen 195.

48 Ulrich LAUF, Religiöse Bezüge im historischen Knappschaftswesen. In: Kompass 118 (Sonderausgabe 2008) 18-25, hier 24.

durchzusetzen. Das später übliche Chefarztsystem mit Ärzten an der Spitze der Hierarchien in den Krankenhäusern ist damals noch nicht einmal ansatzweise erkennbar.<sup>49</sup> Zum Teil behandelten die Ärzte die gewöhnlichen Krankenhauspatienten seinerzeit noch ehrenamtlich. Ihre Einkünfte erzielten sie mit Privatpatienten außerhalb und innerhalb der Klinik. Feste Dienstzeiten waren unbekannt und ein Austausch mit Fachkollegen nur selten möglich. Den Krankenhausträgern fehlten noch die finanziellen Mittel, die Ärzte ganztägig an ihre Kliniken zu binden. Veränderungen in der Krankenhausführung und der Krankenpflege, wie sie in größeren deutschen Krankenhäusern seit den 1880er Jahren durchgeführt wurden, traten infolgedessen in den katholischen Hospitälern an der Ruhr verspätet und in geringerem Umfang ein. Modernisierungen wurden allerdings einfacher, als sich 1910 die Krankenhäuser im Deutschen Caritasverband auf dem Caritastag in Essen zur ‚Freien Vereinigung der Katholischen Krankenhausvorstände Deutschlands‘ vernetzten.<sup>50</sup> Mit diesem Schritt und der allgemeinen Krankenhausordnung von 1911 erhielten die katholischen Krankenhäuser am Vorabend des Ersten Weltkrieges bessere Organisationsmöglichkeiten und konnten sich besser innerhalb der Krankenhauslandschaft des Ruhrreviers etablieren. In der Weimarer Republik sollten nur noch vereinzelte Neugründungen hinzukommen.

### **Autoreninformation**

Arne Thomsen, M.A., Historiker, Doktorand am Lehrstuhl für Kirchengeschichte des Mittelalters und der Neuzeit, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstraße 150, 44801 Bochum. Email: arne.thomsen@rub.de

---

49 Eine Geschichte des Krankenhauswesens im Ruhrgebiet kann folglich, jedenfalls für die katholischen Krankenanstalten, nur als eine „beyond the great doctors“ geschrieben werden, wie eine aktuelle Entwicklung in der Medizingeschichtsschreibung bezeichnet wurde: Alfons LABISCH, Reinhard SPREE, Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick. In: Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 84 (1997) 171-210, 305-321, hier 186.

50 MAURER, Caritasverband, 135.



---

# Projektvorstellungen

---



---

Elfriede Huber-Reismann

# Das staatliche „Fürsorgewesen“ in der Bezirkshauptstadt Leoben von den Anfängen um 1900 bis 1938

*Eine Übersicht auf Grundlage der regionalen Presseberichterstattung*

---

Die vielfältigen Aufgaben im Bereich der sozialen Wohlfahrt waren vor der Errichtung der ersten staatlichen Fürsorgestellen vielfach von engagierten Badern, Ärzten und Hebammen privat und auf eigene Kosten übernommen worden. Auch kirchliche Einrichtungen trugen einen erheblichen Anteil dazu bei, dass Bedürftigen geholfen wurde. Der größte Teil der Tätigkeiten aber, der ab dem Jahr 1896 von den ersten in der Steiermark errichteten Fürsorgestellen übernommen wurde, war in den vorausgegangenen Jahrhunderten von „Armenärzten“ ausgeführt worden. Diese waren mit Geldern der „öffentlichen Hand“ dafür – meist kärglich –entlohnt worden. Auch in Leoben, der zweitgrößten Stadt der Steiermark, wurden eigene Armenärzte vom Magistrat beziehungsweise von der Gemeinde für ihre Tätigkeit honoriert. Dafür hatten sie bedürftige Kranke unentgeltlich zu behandeln.<sup>1</sup>

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war mit der im Eiltempo voranschreitenden Industrialisierung die Bevölkerung in Leoben innerhalb weniger Jahrzehnte von etwa 3.000 Einwohnern auf rund 26.000 Menschen angewachsen und damit hatten sich auch die sozialen Probleme potenziert. Mit großer Wohnungsnot, ständigem Wassermangel, Problemen bei der Abwasserbeseitigung, Missständen bei der Lebensmittelversorgung und auch der hohen Kindersterblichkeit sollen nur einige der Hauptprobleme angedeutet werden. Hiervon waren vor allem die Menschen im Bereich Donawitz, wo die Schwerindustrie angesiedelt war, und jene in der Vorstadt Mühlthal, mit der Durchzugstraße von Bruck in das obere Murtal, betroffen.<sup>2</sup>

Die hohe Kindersterblichkeit und die rückläufigen Geburtenzahlen ließen zu Beginn des 20. Jahrhunderts so manchen, nicht nur in Leoben, um das Fortbestehen des – deutschen – Volkes fürchten. In Deutschland wurden aus diesem Grund bereits im Jahr 1905 erste Fürsorgestellen mit staatlich geschulten Fürsorgeschwestern eingerichtet. In Wien und anderen größeren Städten Österreichs entstanden kurz danach ähnliche Fürsorgestellen.<sup>3</sup> Eine auffällig hohe Kindersterblichkeit vor allem in den Bal-

---

1 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 142, 22.12.1921, S. 2; Nr. 104, 28.9.1922, S. 2, Nr. 113, 19.10.1922, S.2.

2 Elfriede HUBER-REISMANN, Die Medizinische Versorgung der Stadt Leoben vom 13. bis zum 20. Jahrhundert. Eine sozialhistorische Quellenstudie als Beitrag zur Medizingeschichte sowie zur Steirischen Stadtgeschichtsforschung. (Graz 2009)

3 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 37, 17.3.1926, S. 4.

lungszentren rund um die großen Industriebetriebe war der spezifische Anlass, sich um eine bessere Beratung der Mütter in Bezug auf Säuglingspflege zu bemühen.

Eine erste Möglichkeit, Zugang auch zu den Leobner Frauen und Müttern zu finden, war eine Wiener Wanderausstellung über Säuglingsfürsorge, die im Oktober 1916, mitten im Ersten Weltkrieg, in der Stadt gezeigt wurde. Die Eröffnung der Ausstellung erfolgte am 4. Oktober unter Beisein zahlreicher städtischer Honoratioren. Anschaulich sollte der richtige Umgang mit dem Säugling erläutert sowie diesbezügliche Ernährungs- und Gesundheitsfragen beantwortet und mit überlieferten falschen Vorstellungen aufgeräumt werden. In drei ausführlichen Artikeln wurde diese kostenlose, aber lehrreiche Ausstellung, die zehn Tage lang im Turnsaal der Leobner Volksschule zu sehen war, in der Obersteirischen Volkszeitung beworben.<sup>4</sup>

Als nach den Ersten Weltkrieg die Not vor allem unter den Arbeiterfamilien in Leoben besonders groß war, viele Kinder an Unterernährung litten und nicht wenige Säuglinge aus Unwissenheit falsch behandelt wurden, setzte man sich von Seiten der Leobner Ärzteschaft, des Verwaltungsbezirkes sowie der Gemeinde für eine Verbesserung der Situation ein und begründete 1919 die erste Fürsorgestelle. Unterstützt wurde die Fürsorge in der Steiermark bald auch vom amerikanischen Roten Kreuz, das sich um den Aufbau dieser Einrichtung verdient machte. Zum Fürsorgebereich gehörte damals vor allem die Betreuung der Schwangeren, der jungen Mütter, der Säuglinge und der Kleinkinder sowie der Tuberkulosekranken.

Das im Wesentlichen nach dem Ersten Weltkrieg aufgebaute Fürsorgewesen in Leoben umfasste, wie der Obersteirischen Volkszeitung zu entnehmen ist, zwei Beratungsstellen: In Donawitz wurden Mütter, die in Göss, Leitendorf, Hinterberg und Donawitz wohnten, zwei Mal pro Monat im Kinderheim in der Buchmüllerstraße beraten. Getrennt davon wurde in der Vordernbergerstraße eine Säuglings- und Mütterberatungsstelle ausschließlich für die Werksangehörigen der ÖAMG eingerichtet, die von Werksarzt Dr. Gustav Hackl betreut wurde.

Frauen aus Judendorf, Nennersdorf und Leoben fanden in einer zweiten Bezirksberatungsstelle Hilfe und Beratung. Diese wurde im Jahr 1919 zunächst jeden zweiten und vierten Dienstagvormittag in einem Raum der Leobner Bezirksvertretung angeboten, bis die neue Lokalität in der Kaserne in der Peter-Tunner-Straße fertig gestellt werden konnte. Die Mütter wurden damals ausdrücklich aufgefordert, ihre Kinder mitzubringen. Der Saal sei geheizt und die Kinder könnten abgewogen werden.<sup>5</sup>

Die beiden Beratungsstellen erlebten nach der Gründung eines übergeordneten „Zweigvereins zur Förderung der Volksgesundheit“ bald einen deutlichen Aufschwung. Anfänglich, im Jahr 1919, mussten die Frauen aber mit zahlreichen Vergünstigungen regelrecht in die Fürsorgestelle „gelockt“ werden. So gab es beispielsweise für Schwangere besondere Karten, die ihnen den Vortritt in der leidigen Warteschlange ermöglichten. Mütter bekamen für ihre Säuglinge Gries, Weiß- oder Nährmehle, Milch und Zucker – die sonst kaum in ausreichender Menge auf den Lebensmittelkarten zu finden waren – sowie günstige Windeln und Kinderkleidung, worauf in der lokalen Presse ausdrücklich hingewiesen wurde.<sup>6</sup>

4 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 79, 4.10.1916, S. 4, Nr. 80, 7.10.1916, S. 4, Nr. 81, 11.10.1916, S. 4.

5 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 89, 8.11.1919, S. 3; Nr. 95, 29.11.1919, S. 4. Im Jahr 1934 übersiedelte die Bezirksfürsorgestelle in Leoben in neue Räumlichkeiten. Vgl. Obersteirische Volkszeitung, Nr. 112, 15.9.1934, S. 4.

6 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 37, 17.3.1926, S. 4.

Der genannte Verein bemühte sich zu Beginn der 1920er Jahre dann auch um die Verteilung von Spenden für bedürftige Kleinkinder. Im Jahr 1921 waren Lebensmittelspenden aus England zur Verteilung gelangt. Im Jahr darauf hatte das amerikanische Rote Kreuz eine größere Menge an Babywäsche und Kleidung für Kinder bis etwa zwei Jahren zur Verfügung gestellt, die zu sehr günstigen Preisen verkauft wurde. Diese durfte, das war als Bedingung festgelegt worden, nur an jene Kinder verteilt werden, die regelmäßig von der Fürsorgestelle betreut wurden. Zehn Prozent der Hilfesuchenden in Leoben wurden aufgrund ihrer Bedürftigkeit mit Wäsche beschenkt.

Als sich das amerikanische Rote Kreuz aus der Fürsorge zurückzog, musste die Finanzierung der Einrichtungen Ende 1922 neu geregelt werden. Betroffen waren die Gemeinden Leoben, Donawitz, Göss, Proleb, Niklasdorf und St. Peter Freienstein. Staatliche Vorschläge, ein Komitee zu gründen, dem die Aufbringung der nötigen finanziellen Mittel überlassen werden sollte, schienen zu schwerfällig. Nach längeren Diskussionen einigten sich die besagten Gemeinden im so genannten erweiterten Fürsorgeausschuss darauf, dass der Verein zur Förderung der Gesundheitspflege weiterhin die Fürsorge vor Ort durchführen sollten, die Gemeinden aber die Kosten für das Personal, die Räumlichkeiten, die Beheizung und die Beleuchtung tragen würden. Ein Drittel der Personalkosten wurde von Seiten des Staates zugeschossen. Vom Verein wurde nur die Kranken- und Pensionsversicherung für das Personal bezahlt. In diesem Rahmen war neben der Säuglings- und Mütterberatung auch die Tuberkulosenfürsorge inbegriffen.<sup>7</sup>

Mit Dezember 1922 errichtete die Alpine-Montangesellschaft für ihre Bergwerksangehörigen eine eigene Fürsorgestelle und stellte eine Fürsorgerin ein, die nun ausschließlich für die Arbeiterfamilien in den Bergwerken Seegraben und Münzenberg zuständig war. Durch diese Maßnahme verringerte sich die Zahl der Ratsuchenden in den anderen beiden Beratungsstellen um einige hundert.

Als Fürsorgearzt in den Bezirksfürsorgestellen war ab 1922 der damalige Bezirksarzt Dr. Alfred Kraemer bestellt. Als Fürsorgerin war Elise Jeschek und als Hilfsfürsorgerin Antonia Michlmayr beschäftigt. Ab Oktober 1922 wurde das Angebot erweitert und nun fanden Dienstags und Freitags von 9 bis 12 Uhr ärztliche Sprechstunden statt. Die Statistik für das Jahr 1922 wies 1.501 „befürsorgte“ Personen aus,<sup>8</sup> darunter 570 Säuglinge, 345 Kinder von 1 bis 2 Jahren und 22 Kinder von 2 bis 3 Jahren, aber auch 160 Schwangere und 404 stillende Mütter. Drei Viertel der betreuten Kinder waren ehelich geboren, und 70 Prozent der betreffenden Kinder wurden von ihren Müttern gestillt. Elf betreute Kinder starben im Jahr 1922, wobei sich die Sterblichkeit von gestillten und künstlich ernährten Kindern beinahe die Waage hielt. Als häufigste Todesursache, sieben Kinder waren davon betroffen, wurde Lungenentzündung angegeben. Sieben Kinder starben noch bevor sie das erste Lebensjahr vollendet hatten. Die beiden Fürsorgerinnen hatten in diesem Jahr 1.828 Hausbesuche absolviert. Den „Befürsorgten“ wurden 3.887 Kilogramm Gries und 2.217 Kilogramm „Nestlemehl“ sowie Seife zu günstigsten Preisen verkauft, dazu kam noch billige Kinderkleidung für 632 Befürsorgte. Allein diese Zahlen aus dem Jahr 1922 zeigen die dringende Notwendigkeit der Fürsorgestellen in Leoben sowie deren großartige Leistung.<sup>9</sup>

7 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 48, 24.4.1923, S. 2.

8 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 48, 24.4.1923, S. 2.

9 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 48, 24.4.1923, S. 2.

Der publizierte Fürsorgebericht für das Jahr 1923 wies ähnliche Zahlen auf. Schwangere kamen aber kaum noch in die Fürsorgestelle, da für sie die Schwangerenzubußen weggefallen waren und nun kaum noch Anreiz bestand, diese Fürsorgestelle aufzusuchen.<sup>10</sup> Im Jahr 1924 schied die Gemeinde Proleb aus dem Fürsorgeausschuss aus und organisierte die Gemeindefürsorge selbständig. Im Frühjahr des darauf folgenden Jahres beschloss auch die Gemeinde Leoben, sich aus dem Fürsorgeausschuss zurückzuziehen. Diese Entscheidung fiel im Gemeinderat mit Mehrheitsbeschluss. Auslöser dafür war der Entschluss des Fürsorgeausschusses, einen bestimmten Beamten zur gemeinsamen Verwaltung der Fürsorge einzustellen, dessen Auswahl die heftigsten Reaktionen bei den bürgerlichen Mehrheitsparteien im Leobner Gemeinderat auslöste. Dieser Kantonalismus konnte auf Dauer jedoch nicht gut gehen. Ende 1925 plante die Bezirksvertretung, die Bezirksfürsorge auf den gesamten Bezirk Leoben auszudehnen und dabei alle Gemeinden mit einzubeziehen. Die entsprechende Sitzung fand am 9. Dezember 1925 statt, wobei der Bezirksamt bekannt gab, dass hinkünftig die Bezirksfürsorge aufgrund der Vereinfachung der Leitung und Durchführung ohne Einfluss der Gemeinden stattfinden sollte. Dieses Vorhaben störte die Gemeinderäte der Deutschen Gemeindepartei ebenso wie die der Nationalistischen Partei. Der Leobner städtische Fürsorgeausschuss beschloss daraufhin, sich nicht dem Bezirk anzuschließen und die Fürsorge nur im eigenen Wirkungskreis durchzuführen. Die Minderheitsfraktion der Sozialdemokraten im Gemeinderat war dagegen für einen Zusammenschluss.<sup>11</sup>

Strittig waren vor allem die wahren Kosten, die auf die Gemeinde zukommen würden. Bislang hatte die Gemeinde etwa 23.000 Schilling pro Jahr für sämtliche Fürsorgeausgaben bereitstellen müssen. Der nun errechnete Betrag von nur rund 7.600 Schilling schien unrealistisch, da bei der Berechnung davon ausgegangen worden war, dass sämtliche Gemeinden des Bezirkes an diesem Projekt teilnehmen würden, wobei zu dieser Zeit aufgrund verschiedener Gemeinderatsbeschlüsse bereits feststand, dass sich nur die sozialdemokratischen Gemeinden beteiligen wollten. Die Projektgegner gingen davon aus, dass realistischer Weise von der Gemeinde Leoben mehr als 12.000 Schilling jährlich zu bezahlen wären. Ein weiterer Grund für die ablehnende Haltung war, dass die Mehrheit der teilnehmenden Gemeinden sozialdemokratisch regiert war und so im Bezirksfürsorgeausschuss mehrheitlich Sozialdemokraten vertreten wären. Die anderen Parteien sahen dadurch ein Ungleichgewicht in der Mitbestimmung, vor allem dann, wenn es sich um strittige Fragen wie Personalentscheidungen handeln werde. In der Vergangenheit hatte sich dies bereits einige Male gezeigt. Da außer dem Obmann bisher nur Sozialdemokraten diesem Ausschuss angehört hatten, befürchtete man, dass die eher bürgerliche Gemeinde Leoben nicht ausreichend gut vertreten sein würde. Genährt wurden diese Befürchtungen der anderen im Gemeinderat vertretenen Parteien auch dadurch, dass bei den Vorverhandlungen ausschließlich Sozialdemokraten über das zukünftige Fürsorgewesen diskutierten und weder ein Fachmann – hier wies man auf den langjährigen Fürsorgearzt Dr. Alfred Kraemer hin – noch Nicht-Sozialdemokraten um ihre Meinung gefragt worden seien. Schließlich sollte über den Beschluss, sich dem Bezirksfürsorgeprojekt nicht anzuschließen, Ende Dezember 1925 im Leobner Gemeinderat abgestimmt werden. Diese Abstimmung kam aber nicht zustande, da die Sozialde-

---

10 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 28, 8.3.1924, S. 7.

11 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 144, 22.12.1925, S. 2.

mokraten durch geschlossenes Verlassen der Gemeinderatsitzung dies verhinderten.<sup>12</sup> Nach zähem Ringen schloss sich die Stadtgemeinde Leoben dann schließlich doch der gemeinsamen Bezirksfürsorge an.

Die Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle in Leoben wurde 1926 von durchschnittlich 25 Müttern pro Vormittag aufgesucht. Die Kinder wurden zuerst gewogen und gemessen und anschließend vom Fürsorgearzt Dr. Kraemer genau untersucht. Eine Tafel mit der Aufschrift „Fragen werden stets gerne beantwortet“ sollte den Müttern die Angst vor dem Fragen nehmen. Ein Zeitungsbericht vom 25. März 1926 schildert ausführlich einen Vormittag in der Fürsorgestelle. Aus diesem Bericht lässt sich auch entnehmen, dass jene Mütter, die von sich aus mit ihren Kindern zur Fürsorgestelle kamen, sich an einer Beratung auch sehr interessiert zeigten und trotz oft schlechtesten sozialer Verhältnisse ihr Bestmöglichstes für ihre Kinder taten. Die „echten“ Problemfälle erschienen hingegen meist gar nicht erst vor dem Fürsorgearzt.<sup>13</sup>

Mit 1. April 1926 ermöglichte auch die Bezirkskrankenkasse Leoben eine Fürsorgeberatung speziell für ihre Mitglieder. Die Beratung in der Leobner Bezirksfürsorgestelle war im Gegensatz dazu, an keine Kassenzugehörigkeit gebunden. Dr. Karl Ottenthaler, Dr. Franz Pechan und Dr. Hans Weiß waren als Fürsorgeärzte ausgewählt und ihnen die potentiellen Leobner Ratsuchenden nach Straßenzügen zugeteilt worden. In Göss konnten die interessierten Frauen zwischen Dr. Josef Mandl und Dr. Paul Schweighofer wählen.<sup>14</sup>

Im Jahr 1929 erhielt in Donawitz die Werksfürsorgestelle neue Räumlichkeiten in der Lorberaustraße, welche am 20. April eröffnet wurden. Sogleich wurden 86 Säuglinge und Kleinkinder „befürsorgt“. Im Dezember desselben Jahres wurde in der Bezirksvertretungssitzung dann darüber diskutiert, ob in Donawitz eine bezirkseigene Schwangerenberatung und eine Tuberkulosenfürsorgestelle eingerichtet werden sollte. Die Kosten dafür sollten sich auf etwa 12.000 Schilling jährlich belaufen. Die Gesamtausgaben des Bezirkes für das Fürsorgewesen hatten für das Jahr 1928 193.107 Schilling und 55 Groschen betragen.<sup>15</sup>

Was die Inhalte der Beratungstätigkeit für Mütter von Säuglingen und Kleinkindern betrifft, so stand damals eine Reduktion der hohen Säuglingssterblichkeit ganz oben auf der Prioritätenliste. Für diese wurde von der damals noch jungen Sozialmedizin vornehmlich eine falsche Ernährung der kleinen Kinder verantwortlich gemacht; man förderte besonders das Stillen, da durch die Gabe von unbehandelter Kuhmilch häufig tödliche Magen-Darm-Erkrankungen ausgelöst wurden. Von den Krankenkassen wurden so genannte „Stillprämien“ bezahlt, und die intensive Aufklärung in Wort und Schrift trugen ebenfalls zur Stillförderung bei. Man beobachtete aufmerksam, dass diese Maßnahmen den bis dahin bestehenden „Sommergipfel“ der Kindersterblichkeit absenken halfen. Auch wurde schon Ende der 1920er Jahre durch vergleichende Analysen festgestellt, dass die Säuglingssterblichkeit in jenen Gebieten, in denen es eine gute ausgebauten Fürsorge gab, eindeutig zurückgegangen war.<sup>16</sup>

Eine eigene Schwangerenfürsorgestelle wurde in Leoben auf Anregung des Kinder-

12 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 144, 22.12.1925, S. 2.

13 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 36, 25.3.1926, S. 4.

14 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 39, 1.4.1926, S. 3.

15 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 140, 7.12.1929, S. 8.

16 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 29, 7.3.1936, S. 4.

arztes Dr. Karl Jellenigg eingerichtet. Gleich nach seiner Wahl in den Gemeinderat im Jahr 1924 brachte er seinen Vorschlag zum diesbezüglichen Ausbau der Fürsorgeeinrichtungen der Stadt dazu ein. Da damals die gesamten Fürsorgeeinrichtungen der Stadt dem Leobner Zweigverein des „Vereines zur Förderung der Volksgesundheit“ übertragen war, musste dieser dazu erst befragt werden. Ende Oktober 1924 konnte über Antrag dieses Vereines sodann vom erweiterten Fürsorgeausschuss der Beschluss gefasst werden, eine weitere Fürsorgestelle einzurichten. Da es damals noch keine vergleichbare Schwangerenfürsorgestelle in der Steiermark gab, musste hier Pionierarbeit geleistet und Informationen von anderswo – Wiener Neustadt hatte damals eine vorbildliche Beratungsstelle – eingeholt werden. So verzögerte sich die Ausschreibung zur Anstellung einer geeigneten „Fürsorgeschwester“.<sup>17</sup>

Am 4. März 1925 konnte die Schwangerenfürsorgestelle in Räumlichkeiten des damaligen Gymnasiums eingerichtet werden, welche schon der Mütter- und Säuglingsfürsorge offen standen. Die Zuständigkeit dieser Stelle in Leoben erstreckte sich über die Gemeinden Donawitz, Göss, Leoben, Niklasdorf und St. Peter Freienstein. Die fachärztliche Leitung wurde zuerst Kinderfacharzt Dr. Karl Jellenigg und noch im Laufe des Jahres 1925 Frauenfacharzt Dr. Josef Gmeiner übertragen. Als Fürsorgeschwester wurde die diplomierte Hebamme Josefine Stoiser aufgenommen. Zur Finanzierung trugen die Bezirkskrankenkasse und die Arbeiterkranken- und Unterstützungskasse bei. Die vorerst festgesetzte eine Wochenstunde Beratungszeit wurde bald auf zwei Stunden ausgedehnt. Langsam, aber stetig nahm die Zahl der Ratsuchenden zu, und auch die Hebammen, die bisher die Betreuung der Schwangeren selbständig durchgeführt hatten, schickten von ihnen betreute, werdende Mütter nun zum Teil auch zu dieser Beratungsstelle. Die durchschnittliche Inanspruchnahme der Beratungsstelle lag bald bei etwa 10 Frauen pro Woche. Nach etwa zwei Jahren Betriebszeit versuchte man die Besucherinnenfrequenz weiter zu erhöhen und die Einrichtung richtiggehend zu bewerben:

„Der Zweck der Fürsorgestelle ist“, so berichtete die lokale Presse 1927, „fachärztliche Beratung der Frauenwelt in den der Erfüllung ihres natürlichen Berufes gewidmeten Zeitläufen und Unterstützung in der ersten Zeit des Wochenbettes.“<sup>18</sup>

Die Fürsorge teilte sich in einen ärztlichen, einen pflegerischen und einen rechtlichen Teil. So unterstützte man vor allem die ledigen Schwangeren bei der Geltendmachung ihrer Rechte gegenüber dem „glaubhaft gemachten“ Vater, der gesetzlich verpflichtet war, für die Entbindungskosten, die Unterstützung der Mutter sechs Wochen nach der Geburt und die Versorgung des Kindes über drei Monate nach der Geburt aufzukommen. Da dieser Antrag bis zum sechsten Schwangerschaftsmonat vor Gericht eingebracht werden musste, war hier eiligste Vorsorge notwendig, um den Müttern große finanzielle Probleme und ernste Notlagen zu ersparen. Streng getrennt von der allgemeinen Fürsorge wurde in jedem Fall die medizinische Behandlung allfälliger Krankheiten. Die erkrankten Ratsuchenden wurden im Bedarfsfall an Ärzte oder Krankenanstalten weiterverwiesen.<sup>19</sup>

Besonders häufig wurde die Fürsorgestelle mit der Wohnungsnot, bevorstehender Delogierung oder Obdachlosigkeit werdender Mütter aus den unteren sozialen Schichten konfrontiert. In einigen Fällen konnten die Frauen wenigstens für die Zeit der Ent-

17 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 25, 3.3.1925, S. 3

18 Leobner Zeitung Nr. 89, 4.8.1927, S. 1 – 2.

19 Leobner Zeitung Nr. 89, 4.8.1927, S. 1 – 2.

bindung und des Wochenbettes an die Landesgebärklinik in Graz überwiesen werden. Bedürftige Frauen konnten sich auch für die Zuteilung von Wochenbettutensilien wie Betteinlagen und dergleichen vormerken lassen. Diese bekamen sie gleich nach der Geburt ausgehändigt. Die Fürsorgerinnen übernahmen in bestimmten Fällen für einige Tage auch die Betreuung der Kindern und des Haushalts von Frauen im Wochenbett. Die Pflege der Mütter blieb in den Händen der Hebammen.<sup>20</sup>

In den Bereich der Fürsorge fielen bald auch die Schulärzte, da an diese die Akten der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge weitergereicht wurden. Praktische Ärzte und später auch Zahnärzte wurden aus Steuermitteln dafür bezahlt, dass sie die Schüler in den Leobner Schulen auf ihren Gesundheitszustand hin untersuchten, sodass gegebenenfalls vorbeugende oder heilende Maßnahmen gesetzt werden konnten. Schon im Jahr 1904 hatte die Bezirksvertretung Leoben vorgeschlagen, bei der Anstellung von Schulärzten darauf zu achten, dass praktische Ärzte eingestellt würden, die auch über eine Ausbildung als Zahnarzt verfügten oder sich zumindest fachkundig auch mit dem Plombieren von Zähnen bei Schulkindern befassen könnten.<sup>21</sup> Die Aufgaben der Schulärzte wuchsen in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts derart an, dass sich die bevölkerungsreiche Gemeinde Donawitz 1919 genötigt sah, auf Vorschlag der Sanitätssektion gemeinsam mit der Gemeinde Göss, einen eigenen Schularzt anzustellen. Dieser sollte wünschenswerter Weise ein ausgebildeter Kinderarzt sein und keine Privatpraxis betreiben.<sup>22</sup> Der erste Facharzt für Kinderheilkunde ließ sich übrigens erst fünf Jahre nach diesem Gemeinderatsbeschluss in Leoben nieder.<sup>23</sup>

Die schulärztlichen Untersuchungen wurden gleich nach dem Ende des Ersten Weltkrieges verstärkt, da es galt, den Kampf gegen Unterernährung und mangelhafte Versorgung aufzunehmen. Manche Eltern standen aber der Einrichtung der Schulfürsorge sehr skeptisch gegenüber, fühlten sich kontrolliert und überwacht. Bei Schuleintritt wurde den Eltern ein Fragebogen mit rund 40 Fragen vorgelegt, der ausgefüllt werden musste und die Grundlage für das „Stammblatt“ bildete, das den Schüler durch die gesamte Schulzeit begleitete und dem Schularzt eine laufende Kontrolle der Entwicklung ermöglichte. Gegen Ende der 1920er Jahre kamen viele Kinder bereits mit einer „Untersuchungsakte“ zur ersten Schuluntersuchung, welche bereits in der Säuglingsfürsorgestelle angelegt worden war.<sup>24</sup>

Eine besonders wichtige Aufgabe der Schulärzte war die eingehende Untersuchung der Schulanfänger. Aus dem Bericht des Schulärztlichen Dienstes in Leoben für das Schuljahr 1921/22 geht hervor, dass im Rahmen von 100 Schulsprechstunden 685 Kinder erst- und 369 Kinder nachuntersucht wurden. 49 Kinder waren aufgrund von Tuberkuloseverdacht an die entsprechende Fürsorgestelle weiter verwiesen worden, und nicht weniger als 183 – also mehr als ein Viertel der Untersuchten! – wurden aufgrund verschiedener Erkrankungen zur Behandlung zu ihrem Hausarzt überwiesen. Sechs Kinder wurden wegen Schulunfähigkeit um ein Jahr zurückgestellt. Eine genauere Augenuntersuchung wurde bei 28 Kindern vorgenommen, von denen vier an die Grazer Augenklinik überstellt wurden. Da sie die anderen Schüler gefährdeten, wurden weiters

20 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 25, 3.3.1925, S. 3, Leobner Zeitung Nr. 89, 4.8.1927, S. 1 – 2.

21 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 54, 9.7.1904, S. 7.

22 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 103, 31.12.1919, S. 3.

23 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 98, 17.12.1977, S. 3.

24 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 51, 5.5.1927, S. 4.

25 Kinder mit ansteckenden Krankheiten für einige Zeit vom Unterricht suspendiert. Fünf Kinder wurden auf schulärztlichen Ratschlag hin operiert, und drei davon aufgrund der Dringlichkeit sofort in Krankenhaus gebracht.<sup>25</sup>

Die Schulärzte erledigten auch die schriftlichen Ansuchen um Aufnahme bei Heilstätten und anderen Kliniken. Weiters hielten sie Vorträge für interessierte Eltern beispielsweise über die Gefahren von Tuberkulose oder Rachitis. Außerdem führten die Schulärzte Impfungen gegen Pocken an den Schulen durch. Im Schuljahr 1921/22 waren es 228 Impfungen gewesen.<sup>26</sup> Diese Statistik zeigt recht eindrucksvoll die vielfältigen Aufgaben der damaligen Schulärzte.

Während des Schuljahres 1923/24 wurden vom Leobner Schularzt Dr. Robert Tischitz sogar 1.234 Kinder untersucht, von denen allerdings nur 135 als gesund eingestuft wurden. Bei den übrigen wurden verschiedenste Probleme erkannt, die – von „oben nach unten“ betrachtet – von Sehschwächen bis zu Plattfüßen reichten aber auch ernste Erkrankungen festgestellt. Unter den „ausgemusterten“ Kindern waren auch relativ viele vernachlässigte Kinder mit Floh-, Wanzen-, Wurm- oder Lausbefall. Ebenso genannt werden in dem betreffenden Zeitungsbericht Kinder mit Zahnkaries, Augentzündungen, Abszessen, Nervenleiden oder Kropfbildung. Festgestellt wurden auch Brandwunden, Hundebisse und sogar ein Fall von schwerer Schwefelsäureverätzung. Am häufigsten – in 269 Fällen, also bei nahezu jedem 4. untersuchten Schulkind – traten aber Lungenkrankheiten in Erscheinung. Bei 23 Kindern wurde ein behandlungsbedürftiger Herzfehler festgestellt. Den jeweiligen Leiden entsprechend wurde Rücksprache mit den Eltern gehalten, nötigenfalls die Fürsorge eingeschaltet bzw. das Kind an einen Hausarzt, eine Heilstätte oder ein Krankenhaus überwiesen und die gesetzten Maßnahmen schließlich neuerlich vom Schularzt kontrolliert. Die Statistiken über die Schuluntersuchungen wurden auch dem Ortsschulrat vorgelegt.<sup>27</sup>

Die Zahnbehandlung der Schulkinder wurde dank eines Übereinkommens von den Krankenkassen übernommen; für jene Kinder, deren Eltern keine Krankenversicherung hatten, bezahlte die Gemeinde die Zahnbehandlungskosten. Vorbeugend wirkte die Unterweisung in richtigem Zähnputzen mehrmals jährlich an der Schule durch eigens geschulte Fürsorgeschwestern. Den Kindern wurde der richtige Umgang mit Zahnbürsten und Zahnpulver erklärt und die Wichtigkeit der Mundhygiene näher gebracht.

Leichteren Fällen von Haltungsschäden wurde durch spezielle Turnübungen, die in der Schule beigebracht und ausgeführt wurden, entgegen gewirkt. In Donawitz gab es weiters die Möglichkeit, ein „Schulbad“ aufzusuchen und in der „Entlausungsanlage“ lästige Parasiten los zu werden.<sup>28</sup> Das Zimmer für die Schuluntersuchungen in Donawitz befand sich im ersten Stock der Mädchenschule. Der Schularzt wurde von zwei Fürsorgeschwestern unterstützt, die auch die Untersuchungsergebnisse in die Karteikarten eintrugen.<sup>29</sup>

Nach zehn Jahren in der Schulfürsorge zeichnete Dr. Jellenigg in einem Bericht an den Donawitzer Ortsschulrat ein sehr positives Bild über den langfristigen Erfolg der schulärztlichen Untersuchungen: Auf sozialem, hygienischem und medizinischem Ge-

25 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 88, 5.8.1922, S. 4.

26 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 88, 5.8.1922, S. 4.

27 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 79, 15.7.1924, S. 3.

28 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 53, 10.5.1927, S. 4.

29 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 53, 10.5.1927, S. 4.

biet ließen sich sicher Auffassung nach große Erfolge verzeichnen. Trotz der ökonomischen Notlage Mitte der 1930er Jahre war die Häufigkeit der Tuberkulose stark zurückgegangen, und Gelenks- oder Knochentuberkulose unter den Schulkindern war gänzlich verschwunden. Aufgrund der langfristigen Aufzeichnungen der Gesundheitsdaten konnte der Schularzt auch berufsberatend wirken und den Schulabgängern jene Berufssparten empfehlen, die für sie aus medizinischer Sicht am besten geeignet waren. Herausgestrichen wurden in diesem Bericht auch die hohen Kosteneinsparungen aufgrund wirkungsvoller Vorbeugemaßnahmen, die vor allem den Eltern und der öffentlichen Hand zugute kamen. Nicht unerwähnt blieb auch der Nebeneffekt, dass die Kinder durch die Schuluntersuchungen daran gewöhnt würden, im Bedarfsfall rechtzeitig einen Arzt zu Rate zu ziehen.<sup>30</sup>

Die soeben geschilderte Gesundheitsfürsorge des Bezirkes wurde während der Jahre des Ständestaates wie gewohnt weitergeführt. In den kleineren Ortschaften, wozu auch Göss zählte, bestand diese nunmehr als „Einheitsfürsorge“. Hier wurde Schwangers-, Säuglings-, Kleinkinder und Lungenfürsorge zusammen von einem Arzt und einer Fürsorgerin durchgeführt. In den größeren Orten wurden die einzelnen Fürsorgezweige auf jeweils spezialisierte Ärzte und Fürsorgerinnen aufgeteilt.

Insbesondere die städtische Säuglingsfürsorge- und Mütterberatungsstelle in Leoben, nunmehr unter der Leitung von Dr. Helmut Zeder, erfreute sich regen Zulaufs. Die Statistik zeigte nunmehr aber eine leichte Zunahme der Kindersterblichkeit sowie einen auffälligen Anstieg an Tuberkulosefällen, die vor allem auf die schlechte wirtschaftliche Lage zurückgeführt wurden.<sup>31</sup>

Ein Leobner Pressebericht aus dem Jahr 1937 thematisiert schließlich die Frage der Ausbildung der Ärzte in Bezug auf sozialärztliche Aufgaben, welche bislang ungenügend gewesen sei. Am 7. Oktober 1937 wurde daher in Graz ein kostenloser, dreitägiger Kurs abgehalten, der sich im Besonderen an Landärzte richtete. Den Ärzten wurden die Aufgaben in der Schwangers-, Mütter-, Säuglings und Schulfürsorge näher gebracht. Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Bekämpfung der Tuberkulose. Weitere Themen von Vorträgen waren: Armenarzt und Armenfürsorge, Kriegsbeschädigten- und Krüppelfürsorge, die Tätigkeit des Arztes und das Gesundheitswesen in der Sozialversicherung, Grundlagen der Seuchenbekämpfung und Gerichtsärztliche Befundtechniken sowie Erstversorgung von „Geisteskranken“ und sozialhygienische Volkserziehung.<sup>32</sup>

Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten übernahm das Leobner Gesundheitsamt einen Teil der Fürsorgeaufgaben. Als Leiter fungierte Medizinalrat Dr. Günther Ofner.<sup>33</sup> Auf die weitere Entwicklung während des Zweiten Weltkriegs sowie nach 1945 soll aber an anderer Stelle ausführlicher eingegangen werden.

30 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 51, 2.5.1935, S. 4.

31 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 71, 20.6.1936, S. 6.

32 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 109, 21.9.1937, S. 5. Zehn finanziell schwächer gestellten Ärzten, vorzüglich Distriktsärzten, wurde hierbei übrigens eine Fahrtkostenbeihilfe von 30 Schilling zur Teilnahme an der Veranstaltung gewährt.

33 Obersteirische Volkszeitung, Nr. 148, 15.12.1942, S. 3.



---

# Rezensionen

---



---

Monika Ankele: Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900.  
Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn.  
Böhlau Verlag Wien – Köln – Weimar 2009, 306 Seiten

Rezensiert von Maria Heidegger (Innsbruck)

---

Monika Ankele fragt nach Alltagspraktiken beziehungsweise nach den Praktiken und Taktiken der Alltags-Aneignung von Patientinnen in drei unterschiedlichen psychiatrischen Anstalten des beginnenden 20. Jahrhunderts. Die Autorin geht dabei von der Grundüberlegung aus, dass die Einweisung in eine Anstalt von den betroffenen Frauen als entscheidender Bruch, als Verlust des Vertrauten und Alltäglichen erfahren worden sei. Auf dieser Grundlage interessiert sie sich dafür, wie internierte Frauen subjektiv „auf diesen Einbruch des Unvertrauten und damit auf die Gegebenheiten, auf die Beschränkungen und Möglichkeiten psychiatrischer Institutionen reagierten“ (S. 10). Ankele nimmt also individuelle Reaktionen in den Blick – Reaktionen im Sinne von Praktiken der Aneignung (Alf Lüdtke) im Rahmen der alltäglichen Anstaltslogik von Psychiatrien. Dieser Zugang „von der Patientin zur Akteurin zu den Praktiken“ (S. 19) orientiert sich an grundlegenden kultur- und praxistheoretischen Schriften und einem mit einem entsprechenden Perspektivenwechsel einhergehenden Interesse für handelnde Individuen. Für das zu besprechende Buch, eine für den Druck überarbeitete Dissertation an der Universität Wien, nimmt Ankele somit einen dezidiert patientInnenzentrierten Blickwinkel (Roy Porter) ein, wie er seit den 1980er-Jahren für den Großteil sozialhistorisch ausge richteter MedizinhistorikerInnen maßgeblich wurde.

Monika Ankeles Quellen sind zum einen Selbstzeugnisse von Anstaltsinsassinnen wie Briefe, Texte, Zeichnungen, textile Arbeiten und Objekte, die von Ärzten für eine entsprechende Lehrsammlung diagnostischer Hilfsmittel der Universitätsklinik Heidelberg zwischen 1900 und 1920 zusammengetragen wurden (die so genannte „Sammlung Prinzhorn“). In Bezug auf diese Quellen ist die Überlieferungssituation, ist der Blick der Ärzte – die diesen Objekten eine besondere Bedeutung aus einer medizinischen Perspektive heraus zumaßen – in die Interpretation miteinzubeziehen. Monika Ankele gelingt dies überzeugend. Von 32 der insgesamt 88 Frauen, deren Selbstzeugnisse in der erwähnten Sammlung erhalten sind, konnten in unterschiedlichen Psychiatrien des deutschsprachigen Raums Krankenakten gefunden werden. Dieser Krankenaktenbestand bildet Ankeles zweite Quellengrundlage. Sie zieht die Akte ergänzend heran, um Aussagen zu Alltagspraktiken und Aneignungsweisen in der Psychiatrie treffen zu können: zu „Arbeiten – Sich Beschäftigen“ (S. 110–130), „Wohnen – Sich Einrichten“ (130–161); „Haar Tragen – Sich Kleiden“ (S. 161–191 und „Essen – Sich ernähren“ (S. 191–220). Dieser Teil der Studie ist mit größtem Gewinn zu lesen.

Eingangs beschreibt die Autorin auch den jeweiligen Entstehungskontext ihrer Quellen, in dem sie drei unterschiedlichen Anstaltstypen einem Vergleich unterzieht: die Großherzoglich Badische Universitätsklinik Heidelberg, die Großherzoglich badische

Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen und die private Kuranstalt Bellevue in Kreuzlingen am Bodensee. Die psychiatrische Landschaft um 1900 war vielgestaltig, geprägt von politischen Rahmenbedingungen, sozialen Klassenunterschieden, von medizinischen und gesellschaftlichen Zuschreibungen wie „heilbar“ und „unheilbar“, von Normierungen und Privilegierungen, die die psychiatrischen Erfahrungen der 32 Frauen bestimmten. Historische Psychiatrien sind somit eigentlich nur im Plural zu denken – diesem Umstand trägt Monika Ankele mit ihrem vergleichenden Zugriff Rechnung.

Die Ausführungen, die dieses Kapitel außerdem zu psychiatrischen Raum- und Zeitordnungen enthält, bilden den kontextuellen Hintergrund für den erwähnten, großartigen Abschnitt über Alltagskapitel und Aneignungsweisen. Inspiriert wird dieser Teil der Studie von Michel de Certeaus Theorien über die Kunst des Handelns, über das Basteln von Identität und Lebenswelt, über deren Konstruktion und Sicherung unter anderem durch subversive Praktiken und Taktiken der Kontrolle über Raum und Zeit. Verknüpft wird dieser theoretische Zugriff mit einem dezidiert geschlechterhistorischen und -sensiblen Zugang, wobei Ankele insbesondere von der Arbeit Karen Noltes über psychiatrische Hysterie-Diskurse profitieren kann. Von diesem Punkt aus könnten über Ankeles Studie hinausführend noch weitere Forschungswege abzweigen, etwa vergleichend genderspezifische Erfahrungsräume erkundet, Selbstartikulationen männlicher Patienten untersucht, sowie die Herstellung von Geschlechtsidentitäten, von „*Subjekten der Normalität*“ (Michaela Ralser) im psychiatrischen Raum hinterfragt werden.

Die Autorin schreibt der Psychiatrie um 1900 eine neue, veränderte Bedeutung des Alltäglichen zu (S. 60). Dies wäre jedoch vielleicht erst noch eingehender zu untersuchen gewesen. In Kenntnis der älteren Psychiatriegeschichte ist im Mikrokosmos „Irenanstalt“ um 1900 nämlich nicht alles so „neu“, wie es bei Ankele erscheint. Bereits seit Beginn der Anstaltspsychiatrie im ausgehenden 18. Jahrhunderts notierten Ärzte penibel genau alltägliche Äußerungen (und Entäußerungen) ihrer PatientInnen, um auf intaktes oder krankes Seelenleben zu schließen. Eine „*Diskursivierung des Alltäglichen*“ (Michel Foucault: „Das Leben des infamen Menschen“) im psychiatrisch-medizinischen Feld reicht doch um einiges weiter zurück, als es mit einer ausschließlichen Schwerpunktsetzung auf die Zeit um 1900 erscheinen mag.

Mit ihrem Fokus auf die Zeit um 1900 und auf Basis eines begrenzten Krankenaktenbestands sowie aussagekräftiger Selbstzeugnisse gelingt es Monika Ankele aber, eine Vielzahl neuer Aspekte in der Psychiatriegeschichte wahrzunehmen. Überzeugend arbeitet sie die „*meist flüchtigen Details des Lebens*“ (S. 25) in den Anstalten heraus, die begrenzten Spielräume für Formen der Selbstgestaltung, für Kreativität. Analysiert werden die Medien und Möglichkeiten der Selbstartikulation und Selbstvergewisserung der internierten Frauen. Die Schneiderin Agnes Richter beispielsweise, 51 Jahre alt, nähte und bestickte während ihres Aufenthalts in der sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Hubertusburg ein Jäckchen aus grauem Anstaltsleinen dicht an dicht mit Texten, Erzählungen und biographischen Erinnerungen. Monika Ankele stellt an diesem Beispiel auch den Zusammenhang mit der weiblichen Praxis des Handarbeitens her, sie macht darüber hinaus klar, dass Patientinnen nicht als unbeschriebene Blätter in die jeweilige Anstalt kamen, sondern sich mit ihren Kompetenzen, ihrem Wissen, ihren biographischen Erfahrungen den „*Mikrokosmos der alltäglichen Dinge*“ (S. 168) innerhalb der Psychiatrie anzueignen versuchten. Die Kreativität, die diese bedrängten Frauen (manche von ihnen wurden zuletzt Opfer der NS-„Euthanasie“) dabei im begrenzenden psychiatrischen Raum entfalteten, beeindruckt nachhaltig.

Fazit: Monika Ankele gelingt eine hervorragend lesbare, originelle und lebendige Annäherung an die Erfahrungen psychiatrisch behandelter Frauen im Anstaltsalltag des frühen 20. Jahrhunderts. In ihrem Resümee stellt die Autorin fest: „*Psychiatrien sind für mich nicht mehr vorstellbar ohne die Menschen, die an diesen Orten und in diesen Räumen leben und agieren*“ (S. 221). Ich bin überzeugt: Wer immer ihr Buch liest, wird dies ebenso sehen.

---

Wolfgang Uwe Eckart, Robert Jütte: Medizingeschichte.  
Eine Einführung.

Böhlau Verlag Wien – Köln – Weimar 2007, 378 Seiten.

Rezensiert von Carlos Watzka (Eichstätt–Graz)

---

Um es gleich vorwegzunehmen: ich finde am vorliegenden Werk eines verbesserungsfähig: den Titel/Untertitel. Denn als ich, vor inzwischen schon einiger Zeit, uf der Suche nach medizinhistorischen Neuerscheinungen auf dieses Werk stieß, erwarb ich es sogleich, freudig gespannt auf ein neues Überblickswerk zur ‚*Geschichte der Medizin*‘, verfasst von zwei ausgewiesenen Experten.

Ich fragte mich auch kurz, worin die unterschiedliche Schwerpunktsetzung gegenüber dem ja schon länger auf dem Markt befindlichen Lehrbuch zur „Geschichte der Medizin“ des ersten der beiden Autoren bestehen möge,<sup>1</sup> dann landete die Erwerbung aber zunächst auf einem Stapel von ‚bald zu lesenden‘ Werken, wo es eine Zeitlang blieb ...

Bei der späteren Lektüre wurde mir jedoch rasch klar, dass dieses Werk allen medizinhistorisch Forschenden und Lehrenden zu Kauf und Lektüre zu empfehlen sei, und dies ließ die Idee zu einer Rezension im *Virus* reifen, selbst wenn das 2007 erschienene Werk im Jahresband 2010 nur mehr bedingt als ‚Neuerscheinung‘ vorgestellt werden kann. Es handelt sich bei dem als UTB Taschenbuch erschienen Werk nämlich keineswegs, wie man glauben könnte, um eine weitere Übersichtsdarstellung zur Geschichte der Medizin, sondern vielmehr um ein *Lehr- und Handbuch der Medizingeschichtsschreibung*. Die Autoren weisen selbst im Vorwort darauf hin, dass die letzte deutschsprachige Arbeit derartiger Ausrichtung im Jahr 1949 entstanden ist,<sup>2</sup> und in der Zwischenzeit hat sich in der Historiographie der Medizin, aber natürlich auch in der Medizin selbst (und der Welt insgesamt) doch einiges verändert ...

Jütte und Eckart bieten in der von ihnen vorgelegten *Einführung* – um nun zur Charakterisierung des Werkes zu kommen – etwas, was wohl nur auf Basis langjähriger, intensiver Forschungs- und Lehrerfahrung in dieser hohen Qualität zu leisten ist, nämlich umfassende, zugleich aber konzise – das Werk hat keine 400 Seiten – Anleitungen und Informationen zu allen wesentlichen Bereichen medizinhistorischer Forschungstätigkeit:

Nach einer kurzen, gelungenen Einleitung (Kapitel 1) in „*Aspekte, Aufgaben [und] Arbeitsweisen*“ der medizingeschichtlichen Forschung und einer ebensolchen Übersicht

- 
- 1 Dasselbe, mittlerweile in 5. Auflage erschienen, bietet eine hervorragende Einführung insbesondere in die Wissenschaftsgeschichte der Medizin; andere, sozial- und kulturhistorisch ebenso relevante Aspekte nehmen in dem vornehmlich als Lehrbuch für angehende MedizinerInnen verfassten Werk nur einen geringen Raum ein: Wolfgang ECKART, *Geschichte der Medizin* (Berlin, Heidelberg, New York 2005).
  - 2 Walter ARTELT, *Einführung in die Medizinhistorik. Ihr Wesen, ihre Arbeitsweise und ihre Hilfsmittel* (Stuttgart 1949) [240 S.].

über die „*Geschichte der Medizingeschichtsschreibung*“ (S. 9-31) folgen vier Hauptkapitel: Kapitel 2 behandelt „*Quellen, Literatur, Hilfsmittel und Forschungseinrichtungen*“, Kapitel 3 „*Methoden und theoretische Ansätze*“, Kapitel 4 „*Grenzgebiete und Nachbardisziplinen*“ und Kapitel 5 „*Medizinhistorische Grundbegriffe*“. Ein Anhang enthält eine Übersicht über deutsch- und fremdsprachige medizinhistorische Zeitschriften sowie ein Sach- und ein Namensregister.

„*Medizingeschichte. Eine Einführung*“ bietet so tatsächlich als *Studienbuch* (Verlagsinformation) eine hervorragende Einführung für Studierende aller Disziplinen, die sich mit der Geschichte der Medizin befassen wollen und/oder müssen. Insbesondere die Kapitel 3 bis 5 haben entsprechenden Lehrbuchcharakter, sind der Sorgfältigkeit und Ausgewogenheit der Darstellung sowie der reichhaltigen und gut gewählten Literaturhinweise wegen aber durchaus auch für ‚Fortgeschrittene‘ lesenswert – keineswegs nur, aber natürlich auch zu Zwecken der Lehre.

Erläutert werden in Kapitel 3 (S. 134-242) fast alle in der Forschungspraxis derzeit bedeutenden methodischen und theoretischen Perspektivierungen; (mittlerweile) traditionellere, zugleich unverändert sehr prominente Ansätze (die aus meiner Sicht auch heuristisch unerlässlich sind), wie Wissenschaftsgeschichte, Ideengeschichte und Sozialgeschichte der Medizin, sowie spezifischere und rezenter Zugänge wie historische Anthropologie, Patientengeschichte, Geschlechtergeschichte, Körpergeschichte, Bio- und Prosopographie sowie Historische Demographie. Hierbei werden jeweils Grundannahmen des betreffenden ‚Paradigmas‘, eine größere Zahl bedeutender Forschungsarbeiten und deren wichtigste Erkenntnisse präsentiert – verdichtet, aber klar nachvollziehbar und gut lesbar, nie als ‚Faktenfriedhof‘. Wertvoll erscheinen nicht zuletzt die konsequenten Verweisen auf noch bestehende Forschungslücken.

Kapitel 4 (S. 243-318) widmet sich sodann ‚angrenzenden‘, für die Medizingeschichtsschreibung bedeutenden Forschungsrichtungen wie Pharmazie- und Technikgeschichte, Pflegegeschichte, Ethnomedizin, ‚volkskundlicher Gesundheitsforschung‘ u.a. Hier überzeugt die thematische Auswahl nicht völlig: so wird der Zahnmedizin ein gesonderter Abschnitt gewidmet, während etwa die medizinsoziologische Forschung trotz ihrer, wenigstens potentiell, erheblichen Relevanz auch für medizinhistorische Forschungsarbeiten, nicht präsent ist, ebenso wenig die public health-Studien oder die Gesundheitsökonomie, die, auch wenn selbst wenig mit historischen Fragen befasst, für die Medizingeschichte interessante Impulse geben könnten. Die dargebotenen Übersichten sind aber auch hier höchst informativ.

Dasselbe gilt für das kürzere Kapitel 5 (S. 312-354), das konzentrierte Einführungen in einige *Grundbegriffe* der Medizinhistorik bietet, namentlich zu *Medikalisierung, Professionalisierung, Nosologie, Pathographie, retrospektiver Diagnose, Medikalischer Kultur, Volksmedizin, Schulmedizin, medizinische Schulen* und *Periodisierung*.

Besonders hervorgehoben und zur Verwendung auch für die Forschungspraxis empfohlen sei aber das ausführliche zweite Kapitel (S. 32-133). Hier finden AnfängerInnen, DiplomandInnen und DissertandInnen, eine gleichermaßen gründliche wie praktikable Übersicht über zentrale Instrumente für das medizinhistorische Arbeiten:

Eckart und Jütte erläutern zunächst den Begriff *Quelle* sowie das richtige Zitieren von gedruckten und ungedruckten/archivalischen Quellen – ein gewiss nicht für alle LeserInnen überflüssiges Unterfangen.

Danach widmen sie sich eingehend dem medizinhistorischen Erkenntniswert von Artefakten und Überresten verschiedenster Art – von medizinischen Instrumenten und

Wachsmoellen über Krankenhausbauten und Medaillen bis hin zu „*menschlichen Überresten*“. Zu jedem Bereich werden ziemlich umfangreiche, wertvolle Hinweise auf weiterführende Literatur gegeben. Dies gilt auch für Bilder als medizinhistorische Quellen, denen ein gesonderter Abschnitt gewidmet ist, in dem auch auf einschlägige, immens reichhaltige Online-Kollektionen von Bilddateien verwiesen wird. Ein weiterer Abschnitt widmet sich der in der deutschsprachigen Medizingeschichte noch kaum genutzten Methode der oral history, also dem Erschließen von Informationen durch mündliche Befragung, relevant insbesondere für Fragen der ‚medizinischen Zeitgeschichte‘.

Hierauf folgt eine Vorstellung medizinhistorischer Fachliteratur, beginnend mit einer Übersicht über „*medizinhistorische Gesamtdarstellungen*“, gefolgt von einer Behandlung von (deutschsprachigen und internationalen) Bibliographien, Nachschlagewerken, Enzyklopädien und Online-Ressourcen. Was diese Ausführungen so besonders wertvoll macht, ist zum einen ihre Reichhaltigkeit an – im Text und/oder den angeschlossenen Listen gebotenen – bibliographischen Hinweisen (so werden etwa im Abschnitt „*Nachschlagewerke und Enzyklopädien*“ auf 9 Seiten über 75 Werke behandelt), zum anderen der Umstand, dass sich die beiden Autoren nicht scheuen, die vorhandene Literatur im Hinblick auf ihre Eignung als Hilfsmittel der weiteren medizinhistorischen Forschung auch zu evaluieren – natürlich kann dem/der Forschende/n keine noch so profunde und ‚objektive‘ Einführung die persönliche Prüfung zur Verfügung stehender Handbücher, Lexika usw. auf ihre Eignung für die jeweils individuellen wissenschaftlichen Zwecke abnehmen, aber eine von derart kompetenter Seite verfasste, auf der Kenntnis je einer Vielzahl vergleichbarer Arbeiten aufbauende Erörterung von Spezifika, Vorzügen und Nachteilen der behandelten Werke ist zweifellos eine bedeutende Hilfestellung – besonders nun, im beginnenden 21. Jahrhundert, mit seinen stets wachsenden Mengen an jährlich neu geschaffenen Textmengen (selbst im Bereich der Tertiärliteratur).

Eine wichtige Leistung für die Medizinhistoriographie (und die Historiographie der Medizinhistorik) haben Eckart und Jütte auch in den weiteren Abschnitten des zweiten Kapitels erbracht, die für einschlägige Forschungen bedeutsamen Institutionen, vornehmlich des deutschsprachigen Raumes, gewidmet sind: Fachbibliotheken und Universitätsinstitute (hierzu eine sehr übersichtliche Tabelle auf S. 105f.), Fachgesellschaften wie DGGMNT, GWG und ISHM<sup>3</sup>, medizinhistorisch bedeutsame Archive (dort auch eine knappe Einführung in archivkundliche Elementarbegriffe) und Museen, sowie – last not least – „*Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten*“ für (angehende) MedizinhistorikerInnen werden übersichtsartig präsentiert.

Für alle Teile des besprochenen Werkes gilt selbstverständlich, dass man sie an sich auch weit ausführlicher gestalten hätte können; allerdings hat der Text in der vorliegenden Fassung tatsächlich noch den Charakter eines – übersichtlichen, handlichen und mit € 20,50 [A] / 19,90 [D] nicht zuletzt auch preiswerten – *Studienbuchs*, und nicht den einer *Enzyklopädie*.<sup>4</sup> Auch wenn also (je nach Perspektive des Lesers/der Leserin) die eine

3 Der vergleichsweise ‚junge‘ Verein für Sozialgeschichte der Medizin in Österreich wird nicht erwähnt, aber für eine sicher bald zu erwartende, zweite Auflage lässt sich, denke ich, darauf hoffen, zumal unsere Vereinszeitschrift „Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“ erfreulicherweise bereits Aufnahme in die Auswahlliste medizinhistorischer Zeitschriften im rezensierten Werk (S. 355-358) gefunden hat.

4 Als jüngstes deutschsprachiges Unternehmen dieser Art, freilich für die Geschichte der Medizin, nicht die Medizinhistorik als solche, vgl. Werner GERABEK et al. (Hg.), *Enzyklopädie Medizingeschichte* (Berlin, New York 2005).

oder die andere Ergänzung sicher wünschenswert wäre, erscheint die Konzeption insgesamt, auch betreffend den Umfang der Ausführungen, sinnvoll, und damit zugleich auch, bei aller ohnehin erreichten Reichhaltigkeit und Vielfältigkeit der gebotenen Informationen, eine gewisse Beschränkung als unabdingbar.

Ein abschließendes Resümee zum rezensierten Wert insgesamt kann nur lauten: künftig unentbehrlicher Bestandteil jeder Handbibliothek von medizinhistorisch Forschenden!<sup>5</sup> Oder, wie sich Dominik Groß in einer Buchbesprechung im Deutschen Ärzteblatt ausdrückte: „*Das Buch erfüllt alle Voraussetzungen eines Standardwerks. Es bedarf keiner Prophetie, dem Werk eine weite Verbreitung vorauszusagen.*“<sup>6</sup>

---

5 Dies gilt wohl nicht nur, aber zuallererst für den deutschsprachigen Raum.

6 Dominik GROSZ, Medizingeschichte. Vielfältige Anregungen. In: Deutsches Ärzteblatt 105/19 (2008), 1006.



---

# Vereinsnachrichten

---

---

## Vorschau auf die Tagungen des Vereins 2011 bis 2013

---

Wie mittlerweile schon „Tradition“ veranstaltet der Verein für Sozialgeschichte der Medizin auch 2011 eine Jahrestagung unter dem Titel „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“. Schwerpunktthema ist diesmal „Behinderung“, die Veranstaltung wird von Do. 30.06. bis Sa. 02.07.2011 in Hartheim/Alkoven in Oberösterreich stattfinden. Kooperationspartner vor Ort ist der Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim.

Ein *Call for papers* mit näheren Spezifizierungen ergeht noch per Mailingliste und über HSK an alle Vereinsmitglieder und die scientific community im Allgemeinen; ab Februar 2011 wird dieser auch über die Vereinshomepage abrufbar sein.

Auch die Jahrestagungen 2012 und 2013 befinden sich mittlerweile bereits in Vorbereitung, wobei insbesondere unser wissenschaftlicher Beirat Alfred Stefan Weiss, Salzburg, den Vereinsvorstand tätig unterstützt.

Im Jahr 2012 wird das südsteirische Bad Radkersburg Veranstaltungsort sein, passend zur Thematik „Bäder und Wellness“, die dort im Vordergrund stehen soll. Hier erfolgt eine Kooperation mit der Gemeinde sowie dem örtlichen Tourismusverband. Als Tagungszeitraum ist Do. 26.04. bis Sa. 28.04.2012 anvisiert. Selbstverständlich wird der Verein rechtzeitig nähere Informationen versenden.

Für das Jahr 2013 ist präliminiert, die Jahrestagung mit Unterstützung des dortigen Stadtarchivs in Salzburg durchzuführen.

Die Situierung der Jahrestagung an wechselnden Orten innerhalb Österreichs, insbesondere auch außerhalb der Universitäten, erscheint dem Vorstand auch als ein gutes Mittel, um die Bekanntheit des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin in allen Teilen Österreichs zu fördern sowie die wissenschaftliche Forschung selbst, die gerade in Spezialfächern wie Medizingeschichte ja auf wenige räumliche „Cluster“ konzentriert ist, etwas aus diesen hinaus zu führen.

Wir freuen uns auf eine rege Beteiligung und laden die Vereinsmitglieder und alle anderen Interessenten herzlich zur Teilnahme, ob mit oder ohne eigene Vortragstätigkeit, ein.

Der Vorstand

---

# Zeitschrift „Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“

## *Informationen für AutorInnen und Richtlinien für die Gestaltung von Beiträgen*

gültig ab Band 11 (2012)

---

### **I. Allgemeines**

#### **Herausgeber, Erscheinungsweise, Ausrichtung der Zeitschrift**

Die Zeitschrift: „Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“ ist das Publikationsorgan des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin in Österreich und erscheint einmal jährlich im 4. Quartal (im Umfang von ca. 150-250 Druckseiten).

Sie versammelt wissenschaftliche Beiträge verschiedener Disziplinen, die sich mit Themen aus den Bereichen Medizin, Gesundheit und Krankheit in historischer, kultur- und/oder sozialwissenschaftlicher Perspektive empirisch auseinandersetzen. Weitergehende Einschränkungen für Beitragsvorschläge in thematischer oder methodischer Hinsicht bestehen nicht. Jedoch werden bloße Zusammenfassungen von bereits vorhandener Forschungsliteratur nicht publiziert, ebenso wenig bereits anderwärtig publizierte Artikel. Der „Virus“ publiziert vornehmlich Beiträge mit Bezug zur Geschichte der Medizin in Österreich, dessen Nachbarländern sowie der ehemaligen Habsburgermonarchie, vergleichend angelegte Arbeiten können aber über diesen Rahmen auch hinausgreifen. Hinsichtlich der behandelten Zeiträume bestehen keine Eingrenzungen, jedoch stehen Beiträge zur Medizin in der Neuzeit und der Moderne/Postmoderne im Vordergrund (16.-21. Jahrhundert).

#### **Begutachtung**

Alle für die Rubrik „Beiträge“ im engeren Sinn eingereichten Beiträge durchlaufen einen peer-review-Prozess und werden von mindestens zwei Gutachtern/innen, davon mindestens einem/r redaktions-externen, begutachtet. Beiträge für andere Rubriken (Projektvorstellungen, Veranstaltungs- und Ausstellungsberichte, Rezensionen) werden redaktionell begutachtet.

#### **Dateiformat**

Es werden aus Effizienzgründen für alle Rubriken nur Beitragsvorschläge akzeptiert, die elektronisch in einem der folgenden Formate erstellt sind: „.doc“, „.docx“, „.rtf“, sämtliche Textbestandteile sind dabei in einer einzigen Datei zusammenzufassen (einschließlich Summary, Autoreninformation, etwaigen Tabellen, Diagrammen und Abbildungen). Tabellen, Diagramme und sämtliche Bildelemente (Karten, Fotos usw.) sind zusätzlich in einzelnen, nummerierten Dateien mitzuliefern – Tabellen und Diagramme als MS-Word bzw. MS-Excel-Dateien, Abbildungen in Graustufen in den Formaten „.tif“ oder „.jpg“ in druckgeeigneter Qualität. Farbabbildungen sind aus Kostengründen nicht möglich.

## Sprache

Für alle Rubriken kann zwischen deutscher und englischer Sprache gewählt werden; auf Anfrage sind auch anderssprachige Beiträge grundsätzlich möglich. Etwaige Übersetzungsarbeiten haben die Autoren/innen selbst beizubringen.

## Rubriken, Textlängen und Einreichungsfristen

Der „Virus“ beinhaltet folgende, für Beitragsvorschläge von jedem/r Interessierten offene Rubriken, für welche die vorgesehenen minimalen und maximalen Beitragslängen bereits bei der Einreichung von Vorschlägen einzuhalten sind (Toleranzgrenzen von maximal +/- 10 % sind auf Nachfrage ggf. möglich).

Ebenso sind alle vorgesehenen Teilelemente bereits bei der Einreichung mitzuliefern. Der genannte Zeichenumfang ist ‚all inclusive‘ zu verstehen, d.h. einschließlich Fußnoten, Summary usw., sowie inklusive Leerzeichen gerechnet.

Nicht fristgerecht eingelangte Beiträge können (mit Ausnahme von geringfügigen Überschreitungen nach Rücksprache mit der Redaktion) erst für den Auswahl- und Redaktionsprozess des jeweils nachfolgenden Jahres berücksichtigt werden.

<i>Rubrik:</i>	<i>Zeichenumfang (incl.)</i>	<i>Einreichungsfrist*</i>
Beiträge im engeren Sinn:	30.000 – 60.000 Zeichen	31.10. des Vorjahres
Projektvorstellungen:	10.000 – 30.000 Zeichen	31.12. des Vorjahres
Veranstaltungs-/ Ausstellungsberichte:	3.000 – 10.000 Zeichen	31.12. des Vorjahres
Rezensionen:	3.000 – 10.000 Zeichen	31.12. des Vorjahres

*\* das heißt z.B.: ein für den Jahresband 2012 vorgesehener Beitrag muss bis 31.10.2011 in der Redaktion einlangen, eine Rezension bis 31.12.2012.*

## Begutachtungs- und Korrekturverfahren

Die eingelangten Beiträge werden begutachtet und die Autor/innen im Laufe des ersten Quartals des Erscheinungsjahres über eine Annahme bzw. Ablehnung sowie allfälligen Korrekturbedarf informiert (bei Nichtannahme zur Begutachtung aus formalen Gründen erfolgt die Mitteilung bereits im Laufe eines Monats nach Einreichung, sodass die Möglichkeit zur Überarbeitung gegeben ist).

Größere textliche Erweiterungen sind in diesem Stadium, außer auf Anregung der Redaktion, nicht mehr zulässig. Die korrigierten Fassungen angenommener Beiträge sind sodann bis spätestens 30.04. des jeweiligen Erscheinungsjahres an die Redaktion zurückzusenden. Nach dem Sommer erhalten die Autor/innen die Druckfahnen zur Durchsicht; der Erscheinungstermin liegt jeweils im letzten Quartal des Jahres.

## Autor/innen-Exemplare

Jede/r Autor/in eines Beitrags im engeren Sinn erhält drei Exemplare gratis zugesandt, Autor/innen anderer Rubriken erhalten je ein Exemplar. Weitere Exemplare können zum Vorzugspreis direkt beim Verein bestellt werden.

## II. Struktur der Beiträge und Gestaltung seiner Elemente

Beitragsvorschläge aller Rubriken (Besonderheiten für einzelne Rubriken sind ausgewiesen) sind nach folgenden Richtlinien zu gestalten, wobei die hier angegebene Reihenfolge zu beachten ist:

- **Name des Autors** (Vor- und Nachname)  
(kursiv)
- **Titel** (fett) und **Untertitel** (optional bei Beiträgen im engeren Sinn; nicht fett, kursiv)  
*bei Rezensionen: Autor und Titel des rezensierten Werkes, Verlag, Erscheinungsort und –jahr, Seitenzahl und Preis in €*
- *Nur für Beiträge im engeren Sinn:*  
**Summary** (beginnend mit „Summary“ als Titel, fett gesetzt)  
(englisch außer bei englischsprachigen Beiträgen, dann deutsch)  
(maximal 1.000 Zeichen)
- *Nur für Beiträge im engeren Sinn:*  
**Keywords** (beginnend mit „Keywords“ als Titel, fett gesetzt, englisch)  
(mind. 6, maximal 12, davon je eines zum räumlichen und zeitlichen Bezug – z.B. 19th century; 1950es; Habsburg Monarchy; Styria, mindestens 2 thematische und/oder methodische keywords)
- **Haupttext**  
*Bei Beiträgen im engeren Sinn:*  
Der Text soll in einige (wenigstens 3) Teile untergliedert sein; jeder Teil muss mit einer Überschrift – in Fettdruck – beginnen (z.B. Einleitung, Aspekt X, Aspekt Y, Aspekt Z, Resümee) Mehr als eine Gliederungsebene, also Unterüberschriften sind nicht zulässig.  
*In anderen Rubriken ist eine Untergliederung nicht nötig, aber möglich (eben falls maximal eine Ebene, Überschriften fett)*

### Besondere Elemente im Haupttext

Tabellen, Diagramme, Abbildungen sind zu nummerieren, mit Titeln (kursiv) zu versehen und provisorisch in den Text an der bevorzugten Stelle einzufügen. Die Positionierung im Druck kann sich aber ändern, daher bitte Verweise auf dieselben stets nur als „siehe Abb. 1“, „siehe Tab. 3“ usw. (nicht: „siehe die Tabelle unten“, „siehe Abbildung auf der folgenden Seite“ usw.). Für Beschriftungen innerhalb von Abbildungen (z.B. bei Kartenlegenden) ist der Schrifttyp „Garamond“ (nicht fett, nicht kursiv) zu verwenden.

### Wörtliche Zitate

Diese sind im Haupttext und in den Fußnoten stets kursiv und in „doppelten“ Anführungszeichen zu setzen (Zitate im Zitat ggf. in ‚einfachen‘ Anführungszeichen). Auslassungen in der Wiedergabe des Zitats durch den/die Autor/in werden durch „[...]“ markiert. Einfügungen werden ebenso in eckige Klammern gestellt („[x]“). Auf eigentümliche Schreibungen oder Tippfehler im Original kann durch „[sic]“ hingewiesen werden.

Wörtliche Zitate sind ausnahmslos, wenigstens am Ende jedes Absatzes, durch Fußnoten mit dem zugehörigen Literatur- bzw. Quellenhinweis zu belegen. Wörtliche Zitate mit mehr als zwei Zeilen Länge sollen in einen eigenen Absatz gestellt werden.

### **Anmerkungen, Literatur- und Quellenverzeichnis**

Anmerkungen sind als Fußnoten am jeweiligen Seitenende zu gestalten und automatisch in lateinischen Ziffern zu nummerieren. Der Anmerkungsapparat soll enthalten: Angaben zur verwendeten Forschungsliteratur sowie Quellen und Datenmaterial (siehe dazu unten Näheres), weiters allfällige, ergänzende Bemerkungen in vertretbarem Umfang. Es ist kein gesondertes Literatur- und Quellenverzeichnis mehr vorgesehen, der Ausweis von Literatur und Quellen erfolgt ausschließlich in den Anmerkungen.

### **AutorInnen-Kurzinformation**

Diese soll beinhalten: Vor- und Nachname, (optional) akademische Titel, aktuelle institutionelle Affiliation bzw. Berufstätigkeit, Postadresse, Email-Adresse (z.B. X.Y., Univ. Prof. Dr., Professorin am Institut für Neuere Geschichte an der Universität Wien, Karl Lueger-Ring 1, 1010 Wien, x.y.@univie.ac.at; A.B., Mag., MAS, Historiker in Mittelstadt, Beispielstrasse 2, 2222 Mittelstadt, a.b@gm.net) Optional ist die Angabe von Forschungsschwerpunkten (maximal 6).

### **Trennung der einzelnen Bestandteile voneinander**

Die Bestandteile Autorename, Titel samt Untertitel, Summary, Keywords, Überschriften im Haupttext sowie Sonderbestandteile (Tabellen, Abbildungen u.a.) sind jeweils durch eine Leerzeile davor und danach voneinander abzusetzen.

Bei wörtlichen Zitaten sind keine Leerzeilen vor und nach dem Zitat zu setzen.

Es gilt (im Deutschen) die neue **Rechtschreibung** nach Brockhaus. Auch auf korrekte Interpunktion ist zu achten. Jeder Satz hat mit einem Satzzeichen zu enden, ebenso jede Anmerkung. Satzteile und Beifügungen sind durch Kommata vom Rest des jeweiligen Satzes zu trennen. Mit „!“ ist sparsam umzugehen.

Ein **geschlechtergerechter Sprachduktus** soll, wo auch sachlich sinnvoll, zur Anwendung kommen: z.B. „Patientinnen und Patienten“ oder „PatientInnen“ generell statt „Patienten“; „Ärztinnen und Ärzte“ statt „Ärzte“ bei Texten zur modernen Medizin, „Fachleute“ statt „Fachmänner“ bei Bezugnahmen auf den Forschungsstand u.ä.

## **III. Formatierungen**

Der Haupttext soll in den eingereichten Dateien in Arial, 12 Punkt, 1,5 Zeilen Abstand gesetzt sein, der Fußnotentext ebenfalls in Arial, mit 10 Punkt, 1,5 Zeilen Abstand.

Es ist in allen Bestandteilen des Textes Blocksatz zu verwenden.

Hervorhebungen im Fließtext sind kursiv zu setzen.

Für alle Textbestandteile ist unbedingt zu beachten, dass außer den angegebenen Hervorhebungen keine weiteren Vorformatierungen zulässig sind !

Gänzlich zu vermeiden sind insbesondere:

- Silbentrennungen (weder automatisch noch händisch vorzunehmen)
- Formatvorlagen jeder Art, mit Ausnahme von „Standard“ und „Fußnotentext“
- automatische Nummerierungen oder Punktationen
- wechselnde Zeilenabstände oder Einzüge (auch nicht zu Absatzbeginn)
- Unterstreichungen
- durchlaufende GROSSBUCHSTABEN oder Kapitälchen
- erweiterte (Sperrungen) oder verkürzte Zeichenabstände
- sogenannte „Texteffekte“
- Schattierungen

Auch Sonderzeichen und Symbole sind grundsätzlich zu vermeiden.

Ausnahmen sind:

- Standard-Sonderzeichen der Tastatur (§, %, €, @, \, /, u.ä.)
- typographisch zur korrekten Darstellung von Buchstaben in fremdsprachigen Worten (bes. lateinische od. griechische Alphabete slawischer, romanischer und germanischer Sprachen) bzw. mathematischen Ausdrücken nötige Zeichen
- ACHTUNG: derartige Zeichen – z.B. š, ņ, í, è, à, φ, Σ – sofern vorkommend bitte vorläufig unbedingt rot gefärbt schreiben, damit sie beim Satz erkannt und graphisch richtig übernommen werden können.

Indizierung von Fußnoten: Die Referenzen werden als hochgestellte, automatisch nummerierte Zahlen generell jeweils am Ende des Satzes nach dem Satzzeichen unmittelbar (ohne Leerzeichen) eingefügt – z.B.: Text.<sup>1</sup> oder: Text?<sup>1</sup> (und nicht: Text<sup>1</sup>. oder Text. <sup>1</sup>). Soll aber auf ein bestimmtes Wort bzw. auf einen bestimmten Ausdruck Bezug genommen werden, kann die Referenz direkt im Satz nach Wort selbst (wiederum ohne Leerzeichen) eingefügt werden – z.B.: „... nach einer Exstirpation<sup>2</sup> kam es häufig zu schweren Gesundheitsproblemen ...“

#### **IV. Zitierweise**

Art der Zitation: Bei erstmaligen Nennungen wird grundsätzlich das vollständige Zitat wie untenstehend angegeben, bei wiederholtem Verweis auf dasselbe Werk bzw. dieselbe Quelle kommen Kurzzitate zur Anwendung (siehe weiter unten).

Verwendung von „Vgl.“: Dieser Hinweis wird verwendet, wenn auf einen längeren Text Bezug genommen wird (beispielsweise eine ganze Arbeit, die einem bestimmten Thema gewidmet ist), die nicht wörtlich zitiert wird. Steht der Ausdruck am Beginn einer Fußnote, ist er stets am Beginn groß zu schreiben.

#### **Monographien und Sammelbände**

- \* Vorname und Nachname von Autorin/Autor bzw. Herausgeberin/Herausgeber  
Vornamen klein, Familiennamen in GROSSBUCHSTABEN (nicht: Kapitälchen)  
bei einem oder mehreren HerausgeberInnen wird „(Hg.)“ nachgesetzt;  
mehrere Personen durch Beistriche voneinander trennen; danach Beistrich.
- \* Titel und gegebenenfalls Untertitel
- \* Erscheinungsort und Erscheinungsjahr, in runden Klammern gesetzt  
mehrere Erscheinungsorte durch Beistriche getrennt bzw. abgekürzt  
nach dem ersten als „u.a.“ (unbedingt bei mehr als drei Erscheinungsorten)

- \* Band- und Seitenangabe: nur Band- (römische Zahlen) und Seitenzahlen (arabische Zahlen), kein „Bd.“ oder „Band“, „S.“ oder „Seite“, kein „ff.“ sondern stets Angabe der Beginn- und Enddaten der Seitenzählung.
- \* bei Reihen: Angabe des Reihentitels (mit vorgesetztem „=“) innerhalb der Klammer vor Erscheinungsart- und Jahr.

#### Beispiele:

- \* Vgl. Wolfgang ECKART, Robert JÜTTE, Medizingeschichte. Eine Einführung (Köln, Weimar, Wien 2007) 71-102.
- \* Sonia HORN, Ingrid ARIAS (Hg.), Medizinerinnen (= Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin 3, Wien 2003).

#### Beiträge in Sammelbänden

wie oben, jedoch vorangestellt:

- \* Vorname(n) und Nachname(n) von AutorInnen des Beitrags  
Nachnamen wiederum in GROSSBUCHSTABEN, danach Beistrich
- \* Titel des Beitrags, danach Punkt und „In:“

#### Beispiel:

- \* Elisabeth DIETRICH-DAUM, Alois UNTERKIRCHER, „Medical History from below“. Die Krankengeschichten eines Südtiroler Arztes als historische Quelle zur Geschichte der Medikalisierung am Land. In: Sonia HORN et al. (Hg.), Wissensaustausch in der Medizin des 15. bis 18. Jahrhunderts (= Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin, Wien 2007) 75-92, hier 77.

#### Beiträge in Zeitschriften

- \* Vorname(n) und Nachname(n) von AutorInnen des Beitrags  
Nachnamen wiederum in GROSSBUCHSTABEN, danach Beistrich
- \* Titel des Beitrags, danach Punkt und „In:“
- \* Zeitschrift: Vollständiger Titel der Zeitschrift
- \* Jahrgang bzw. Band: Angabe der Zahl, ohne „Jg“ oder Ähnlichem (in arabischen Ziffern), bei Band- und Heftzählung Angabe beider Nummern, getrennt durch Schrägstrich: „/“.
- \* Erscheinungsjahr: in runde Klammer gesetzt.
- \* Seitenangabe: nur Seitenzahlen, kein „S“ oder Ähnliches; kein „ff.“

#### Beispiele:

- \* Vgl. Gilbert ZINSLER, Ein Pflaster – Was ist das? In: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 1 (1999) 32-39.
- \* Carlos WATZKA, Die „Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz“ und ihre Insassen 1874-1913. Eine Skizze zur Entstehung der „modernen“ Anstaltspsychiatrie in der Steiermark. In: Blätter für Heimatkunde 80/1-2 (2006) 14-40, hier 30.

#### Artikel in Zeitungen

- \* Vorname und Nachname (in GROSSBUCHSTABEN) des/der AutorIn
- \* Titel des Artikels, danach Punkt und „In:“
- \* Titel der Zeitung
- \* Datum in runder Klammer, Seite(n)

Beispiele:

- \* Leo SCHÖDL, Borgia-Rummel in Lainz. In: Wiener Beobachter (2. November 1940) 7.
- \* Wenn weder Autor noch Titel vorhanden sind, dann lautet das Zitat wie folgt:  
Kleine Volks-Zeitung (15. Juni 1944) 4.

### **Archivalische Quellen**

- \* Nennung des Archivs,
- \* Namen von Bestandsgruppe/Bestand,
- \* Faszikel-, Karton bzw., Buchnummer,
- \* Aktenzahl bzw. Heftzahl (soweit anwendbar),
- \* gegebenenfalls Titel der Quelle und Blatt oder Seitenangabe

Beispiel:

Kärntner Landesarchiv, Stadtarchiv Klagenfurt I, Akten, Fasz. 982/1 d/III, Instruktionsentwurf für Krankenwärterinnen.

### **Wiederholte Zitierung – Kurzzitate**

Bei Publikationen:

Angegeben wird nur:

- \* ggf. „Vgl.“
- \* Familienname des/der Autor/in: in GROSSBUCHSTABEN
- \* Titel sinnvoll und nachvollziehbar gekürzt auf ein bis drei/vier Wörter
- \* Seitengabe (ohne S.)

Beispiele:

ZINSLER, Pflaster 35 .

Vgl. DIETRICH-DAUM, UNTERKIRCHER, „Medical History from below“, 80f.

Bei archivalischen Quellen:

Hier sollen bei Wiederholungen die üblichen Kürzel für Archive und Bestandsgruppen gebraucht werden. Diese sind dann bei der Erstnennung in Klammern hinzuzufügen. Die Aktenzahlen u.a. sind stets genau anzugeben, der Titel der Quelle entfällt bei wiederholter Zitierung

Beispiel:

KLA, StA Klagenfurt I, A., Fasz. 982/1 d/III.

### **Fehlende bibliographische Angaben**

Bei im Originaltext fehlenden Angaben zu Publikationen sind folgende Hinweise an deren Stelle einzufügen:

- \* kein Autorenname genannt: N.N.
- \* kein Erscheinungsort angegeben: o.O.
- \* kein Erscheinungsjahr: o.J.
- \* keine Seitenzählung: o.S.

Aus dem Kontext erschließbare Daten sind in eckigen Klammern anzufügen.

**V. Dank**

Herzlichen Dank im Voraus für Ihr Interesse an einer Publikation in unserer Zeitschrift und ihre Bereitschaft zur Erleichterung unserer ehrenamtlichen Arbeit durch möglichst sorgfältige Befolgung der vorliegenden Richtlinien!

Für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin:

Graz, im Dezember 2010

Carlos Watzka, p.t. Präsident



## Verein für Sozialgeschichte der Medizin

---

### Vorstand:

Ehrenpräsidentin: Univ. Prof. Mag. DDr. Sonia Horn  
Präsident: Univ. Prof. i.K. Dr. Carlos Watzka  
Stv. Präsidentin: Univ. Prof. Dr. Elisabeth Dietrich-Daum  
Sekretär: Mag. Marcel Chahrour  
Stv. Sekretärin: Mag. Dr. Gabriele Dorffner  
Stv. Sekretärin: Mag. Dr. Maria Heidegger  
Finanzreferent: Mag. Dr. Andreas Golob  
Finanzref.-Stv.: Mag. Dr. Christian Promitzer

### Wissenschaftlicher Beirat:

Univ. Prof. Dr. Gerhard Baader, Berlin  
Univ. Prof. Dr. Gunda Barth-Scalmani, Innsbruck  
Pflegerdir. DKS Maria Jesse, Wien  
Univ. Prof. Dr. Robert Jütte, Stuttgart  
Univ. Prof. Dr. Christine Marosi, Wien  
Univ. Prof. DDr. Werner Mohl, Wien  
Ass. Prof. Dr. Alfred St. Weiss, Salzburg  
Univ.-Prof. Dr. Claudia Wiesemann, Göttingen

### Vereinsziele:

Förderung der Forschung und Vermittlung von Wissen auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit und angrenzenden Thematiken, insbesondere durch:

- Veranstaltung von Tagungen, Ausstellungen, Seminaren und Vorträgen
- Herausgabe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Unterstützung von Publikationsprojekten
- Durchführung von sowie Förderung und Beratung bei einschlägigen Forschungsprojekten
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit ähnlichen Zielen im In- und Ausland
- Etablierung intensiver und produktiver Kooperationen medizinhistorisch Forschender
- Unterstützung von jungen, einschlägig tätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern
- Mediale Vermittlung von Informationen zur Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin

### Kontakt:

Verein für Sozialgeschichte der Medizin, Georgstraße 37, A-1210 Wien  
[www.sozialgeschichte-medizin-org](http://www.sozialgeschichte-medizin-org)  
Email: [carlos.watzka@uni-graz.at](mailto:carlos.watzka@uni-graz.at)