

VIRUS



VIRUS

BEITRÄGE ZUR SOZIALGESCHICHTE DER MEDIZIN

*HERAUSGEGEBEN VON ELISABETH DIETRICH-DAUM, MICHAELA FAHLENBOCK,
MARINA HILBER, ALOIS UNTERKIRCHER UND CARLOS WATZKA FÜR DEN VEREIN
FÜR SOZIALGESCHICHTE DER MEDIZIN*

8



VERLAGSHAUS DER ÄRZTE

© 2009 Verlagshaus der Ärzte GmbH,
Nibelungengasse 13, A-1010 Wien
www.aerzterverlagshaus.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.

Umschlag: Lisa Hahsler, Deutsch-Wagram
Umschlagfoto: Hagen Schaub
Satz: Christine Dobretsberger, Wien
Projektbetreuung: Hagen Schaub
Druck & Bindung: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Printed in Austria

Vorstand:

Ehrenpräsidentin: Univ.-Doz. Mag. DDr. Sonia Horn
Präsident: Priv. Doz. Mag. Dr. Carlos Watzka
1. stv. Präsidentin: Univ. Prof. Dr. Elisabeth Dietrich-Daum
2. stv. Präsidentin: Mag. Dr. Ingrid Arias
Sekretär: Mag. Marcel Chahrour
1. stv. Sekretärin: Mag. Dr. Gabriele Dorffner
2. stv. Sekretärin: Mag. Dr. Maria Heidegger
Finanzreferent: Mag. Dr. Andreas Golob
Finanzreferent-Stv.: Mag. Dr. Christian Promitzer
Rechnungsprüfer: Dr. Michael Lenko
Rechnungsprüfer-Stv.: Mag. Dr. Angela Griebenböck

Wissenschaftlicher Beirat:

Univ.-Prof. Dr. phil. Gunda Barth-Scalmani, Innsbruck
Univ.-Prof. Dr. phil. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller, Wien
Pflegerdir. DKS Maria Jesse, Wien
Univ.-Prof. Dr. phil. Robert Jütte, Stuttgart
Univ.-Prof. Dr. med. Christine Marosi, Wien
Univ.-Prof. Dr. rer.nat. Dr. med. Werner Mohl, Wien
Ass. Prof. Dr. Alfred St. Weiss, Salzburg
Univ.-Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann, Göttingen

Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Sozialgeschichte der Medizin mit dem Ziel, eine Vielfalt von Herangehensweisen und Methoden zu unterstützen – Veranstaltung von Vorträgen, Seminaren, Tagungen, Ausstellungen und ähnlichen wissenschaftlichen Treffen sowie von Exkursionen – Aufbau und Pflege internationaler Kontakte, Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen mit ähnlichen wissenschaftlichen Zielen im In- und Ausland, Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses – Mitarbeit in der Erwachsenenbildung – Unterstützung von verschiedenen Bildungsveranstaltungen mit dem Ziel, die Ansätze der Sozialgeschichte der Medizin zu vermitteln – Ideelle und materielle Unterstützung von Forschungsvorhaben, die dem Ziel des Vereines entsprechen, Vermittlung von Informationen zu verschiedenen Veranstaltungen, Herausgabe von vereinseigenen Publikationen – Einrichtung von Arbeitskreisen zu verschiedenen Themen

VIRUS – BEITRÄGE ZUR SOZIALGESCHICHTE DER MEDIZIN

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des/der Verfassers/in wieder und stellen nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion dar. Beiträge, Rezensionsexemplare und Bestellungen von Vereinspublikationen werden an die unten stehenden Adressen erbeten.

Herausgeber: Verein für Sozialgeschichte der Medizin, A-1210 Wien, Georgstraße 37, <http://www.univie.ac.at/sozialgeschichte-medizin>
Korrespondenzadresse: PD Dr. Carlos Watzka, Strassoldogasse 10/12, 8010 Graz.
Redaktion: Elisabeth Dietrich-Daum (Elisabeth.Dietrich@uibk.ac.at), Marcel Chahrour (marcel.chahrour@gmx.at), Carlos Watzka (carlos.watzka@uni-graz.at)
Bestellung/Abonnement: Andreas Golob (an.golob@uni-graz.at)

ISSN 1605-7066

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL	9
BEITRÄGE	13
CORNELIA BOGEN (Halle)	15
Ordnung, Vermittlung und Orientierung des Gesundheitsdiskurses im 18. Jahrhundert – das Beispiel der Ärzte und Publizisten Frank, van Swieten und Moritz	
ELISABETH DIETRICH-DAUM / ELENA TADDEI (Innsbruck)	27
Psychiatrische Versorgung am Land. Die Rolle der praktischen Ärzte am Beispiel der Südtiroler Landarztpraxis des Franz von Ottenthal (1818–1899)	
ANDREAS GOLOB (Graz)	43
Katechismen, sokratische Erzählungen, Merksätze. Medien der Gesundheitserziehung um 1800.	
CASIMIRA GRANDI (Trento)	51
Il suicidio nel Trentino asburgico: tra società e medicina (1816–1918)	
MARIA HEIDEGGER (Innsbruck)	71
Seelsorge in der frühen Anstaltspsychiatrie: Das Beispiel Hall in Tirol im Vormärz	
MARINA HILBER (Innsbruck)	85
Geburtsgeschichte(n) – Einblicke in geburtshilfliche (Ausbildungs-) Räume um 1830	
PETER F. N. HÖRZ (Bonn)	95
Der Schnitt fürs Leben. Gesundheit und Krankheit in den Diskursen um Präputium und Zirkumzision	
KATARINA KEBER (Ljubljana)	111
Cholera epidemics and the public healthcare system in Carniola	
ELISABETH LOBENWEIN (Salzburg)	119
Medizin- und sozialgeschichtliche Aspekte der Mirakelberichte von Maria Luggau in Kärnten (1740–1800)	

JANEZ POLAJNAR (Ljubljana)	129
Eugenics and its Efforts to Adopt a Sterilization Act in Slovenia (1918–1941)	
MICHAELA RALSER (Innsbruck)	143
Über den Wandel der Signaturen der Seele in der klinischen Psychiatrie um 1900. Am Beispiel der Innsbrucker Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie der Gründerjahre	
OLIVER SEIFERT (Innsbruck)	155
„Die kleine Patientin wurde am 1. August abgeholt“. Von der Schwierigkeit der Rekonstruktion eines Kindermordes im Rahmen der NS-„Euthanasie“	
ANDREJ STUDEN (Ljubljana/Koper)	165
„Die alkoholische Depravation und sittliche Entartung des Säufers“ – Das Problem des Alkoholismus und die Rezeption der Theorie der progressiven Degeneration in der slowenischen Psychiatrie am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts	
WOLFGANG WEBER (Hohenems)	181
Von Tätern und Opfern der NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald	
PROJEKTBERICHTE	195
GERHARD AMMERER (Salzburg) / CARLOS WATZKA (Graz)	197
Der Teufel in Graz. Heilungen von dämonischer Besessenheit um 1600 im soziokulturellen Kontext – ein Werkstattbericht	
MARTIN GÖGELE (Bozen)	209
Die MICROS-Studie. Die Untersuchung genetischer Isolate am Beispiel dreier Gemeinden des Vinschgaus (Südtirol)	
REZENSIONEN	221
MARTIN SCHEUTZ (HG.)	223
Totale Institutionen (= Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8. Jg./1), Studienverlag, Innsbruck u.a. 2008, 200 Seiten <i>rezensiert von Monika Ankele (Wien)</i>	

ELISABETH DIETRICH-DAUM / MARTIN DINGES / ROBERT JÜTTE / CHRISTINE ROILO (HG.)	227
Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert (Veröffent- lichungen des Südtiroler Landesarchivs/ Pubblicazioni dell'Archivio Provinciale di Bolzano 26), Studienverlag, Innsbruck u.a. 2008, 364 Seiten <i>rezensiert von Michaela Fahlenbock (Innsbruck)</i>	
BRICOLAGE	231
Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie 5, Themenheft: Medikale Kulturen. Innsbruck University Press, Innsbruck 2008, 272 Seiten <i>rezensiert von Flavio Häner (Basel)</i>	
VEREINSNACHRICHTEN	235
AUTORINNEN UND AUTOREN	241



Seit einigen Jahren bemüht sich der „Verein für Sozialgeschichte der Medizin“ mit Sitz in Wien, insbesondere jungen Wissenschaftler/innen, die zu Themen aus dem Bereich der Medizingeschichte Österreichs bzw. mit Österreich-Bezug arbeiten, durch eine regelmäßig stattfindende Tagung eine Plattform für ihre aktuellen Forschungen zu bieten. Von 3. bis 4. Juli 2008 fanden diese „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ nun erstmals in Innsbruck statt.

An der dortigen Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität ist innerhalb des interdisziplinären Forschungsschwerpunktes „Schnittstelle Kultur: Kulturelles Erbe – Kunst – Wissenschaft – Öffentlichkeit“ im Jahre 2007 der Arbeitsbereich „Medikale Kulturen“ eingerichtet worden, der sich aus historischer wie kulturwissenschaftlicher Perspektive mit dem Forschungsfeld gesundheits- und krankheitsbezogener Vorstellungen und Handlungen verschiedener sozialer Gruppen sowie mit historischen Institutionen der „Fürsorge“ und „Behandlung“ befasst. Die Mitglieder dieses Arbeitsbereiches haben die diesjährigen „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ mit organisiert. Der nun vorliegende achte Band des „VIRUS“ versammelt in der Rubrik „Beiträge“ einen Großteil der an dieser Tagung präsentierten Vorträge von Kolleg/inn/en aus Österreich, Deutschland, Italien und Slowenien, die durch die verwendeten Quellen, die angewandte Methodik oder die Einbettung in aktuelle Forschungsdebatten einen Einblick in die Vielfalt des Forschungsfeldes „Medizingeschichte“ zu geben vermögen.

Die Rubrik „Projektberichte“ informiert über zwei in ihrer methodischen Herangehensweise sehr unterschiedliche Forschungsvorhaben: Gerhard Ammerer und Carlos Watzka geben einen ersten Einblick in ihre geplante Edition einer im Archiv der Diözese Graz-Seckau aufbewahrten Handschrift, die drei um 1600 in Graz ausgeübte Teufels-austreibungen zum Inhalt hat. Martin Gögele stellt die am Institut für Genetische Medizin der Europäischen Akademie Bozen (EURAC) angesiedelte MICROS-Studie vor. Für diese wurden genealogische Daten zu drei Südtiroler Gemeinden erhoben, die sowohl in Hinblick auf medizinisch-genetische als auch auf historisch-demographische Fragestellungen ausgewertet werden. Drei Rezensionen zu Neuerscheinungen aus dem Bereich der Psychatriegeschichte, der historischen Arztpraxenforschung sowie der volkskundlich/kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung runden den achten Band des „VIRUS“ ab.

Sowohl die Vielfalt der bei den „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ vorgestellten Projekte als auch die rege Teilnahme an dieser Veranstaltung zeigen, dass die in den späten 1970er-Jahren begonnene Erweiterung des Fachs Medizingeschichte durch Methoden und Fragestellungen aus der Sozialgeschichte, den Kulturwissenschaften sowie aus der Zeitgeschichte auch in der österreichischen Medizingeschichtsschreibung „angekommen“ ist. Die Publikation der Vorträge im „VIRUS“ dient somit neben der inhaltlichen Auseinandersetzung mit Themen der Sozialgeschichte der Medizin nicht zuletzt auch der Information über Österreich weite Forschungsaktivitäten sowie der Kommunikation zwischen den in diesen Themenfeldern Forschenden.

In diesem Sinne wünscht das Herausgeber/innenteam den Leser/inne/n dieser Ausgabe eine informative und anregende Lektüre!

Elisabeth DIETRICH-DAUM
Michaela FAHLENBOCK
Marina HILBER
Alois UNTERKIRCHER
Carlos WATZKA





BEITRÄGE



ORDNUNG, VERMITTLUNG UND ORIENTIERUNG DES GESUNDHEITSDISKURSES IM 18. JAHRHUNDERT

– das Beispiel der Ärzte und Publizisten
Frank, van Swieten und Moritz

1. Frank, van Swieten und Moritz als gelehrte Aufklärer

1.1. Rolle und Wirkung der drei Zeitgenossen in der österreichischen Aufklärung

Die Ärzte Gerard van Swieten (1700–1772) und Johann Peter Frank (1745–1821) haben das österreichische Gesundheitswesen im 18. Jahrhundert, das mit seiner klinischen Ausbildung für die westeuropäischen Zeitgenossen Vorbildcharakter hatte, nachhaltig reformiert. In ihren gesundheitspolitischen und sozialmedizinischen Schriften und mit ihren klinisch-praktischen Aktivitäten transformierten diese gelehrten Aufklärer die Versorgungshäuser in Krankenhäuser und in moderne Lehr- und Forschungsstätten.

Der kaiserliche Leibarzt von Maria Teresia, van Swieten, setzte vor allem bereits bestehende Vorschläge zur Reform des Sanitätswesens und der medizinischen Fakultät um. In der unter ihm errichteten Medizinischen Klinik wurde das veraltete Unterrichts- und Prüfungssystem reformiert.¹ Die Medizinstudenten und Promovenden erhielten in den Einrichtungen klinisch-medizinpraktischen Unterricht direkt am Krankenbett, wo man die Patientengruppen, die ein je typisches Krankheitsbild repräsentierten, täglich mit Hilfe einer schematisch-systematisierten Methode beobachtete.² Dieses rationale Beobachten und Erfassen des Krankheitszustandes entsprach in der Epoche der Aufklärung der Leitidee, Medizinkonzepte anhand empirischer Beobachtungen zu prüfen. Die bereits im 17. Jahrhundert bahnbrechenden wissenschaftlichen Erkenntnisse im physiologischen Bereich sollten somit stärker als zuvor der ärztlichen Praxis und damit dem Wohl der PatientInnen – und zwar der PatientInnen aus allen sozialen Schichten³ – dienen.

Am Krankenbett hielt auch Frank seine Vorlesungen. Der Verfasser des mehrbändigen „Systems einer vollständigen Medizinischen Polizey“⁴ war immer darum bemüht, seine (staats-)theoretischen Überlegungen und statistischen Erkenntnisse für die Reform des Gesundheitswesens mit dem Ziel praktisch anwendbar zu machen, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, um so mittelbar die Produktivität und Wohlfahrt in den Herrschaftsgebieten zu garantieren.⁵ Frank, der von Kaiser Joseph II. nach Wien berufen

1 Karl H. SPITZY, Inge LAU, Van Swietens Erbe. Die Wiener Medizinische Schule heute in Selbstdarstellungen (Wien/München/Bern 1982), 5.

2 Ich danke Sonia HORN für diesen Hinweis.

3 Zu van Swietens Bestreben, eine soziale verträgliche Heilkunde zu etablieren: Vgl. Erna LESKY, Gerard van Swieten. Auftrag und Erfüllung. In: Erna LESKY, Adam WANDRUSZKA (Hg.), Gerard van Swieten und seine Zeit (Wien/Köln/Graz 1973) 11–62, 32.

4 Der zeitgenössische Terminus für die staatliche Gesundheitspolitik ist die Medizinische Polizey. Er ist jedoch keine originäre Wortschöpfung des 18. Jahrhunderts. Vgl. Ludwig HÖR-NIGK, Politia medica oder Beschreibung dessen, was die Medici, so wohl insgesamt als auch verordnete Hof-Statt-Feldt-Hospital- und Pest-Medici, Apothecker, Materialisten, Wundtärzte, Feldtscherer, Hebammen... (Frankfurt a.M. 1638).

5 Johann Peter FRANK, System einer vollständigen medizinischen Polizey (6 Bände, Mannheim/Tübingen/Wien 1779–1819).

- 6 Karl Philipp MORITZ, *Gnothi Seauton* oder Magazin zur Erfahrungsseelenkunde als ein Lesebuch für Gelehrte und Ungelehrte (Berlin 1783–93).
- 7 Isabel RICHTER, *Erfahrungsräume. Selbstreflexionen zum Ende des Lebens in Tagebüchern des späten 18. Jahrhunderts*. In: Carlos WATZKA, Marcel CHAHROUR (Hg.), *Vor Freud. Therapeutik der Seele vom 18. bis zum 20. Jahrhundert (= Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin, Wien 2008)*, 111–124, hier 111.
- 8 Dass der zeitgenössische Vorurteilsbegriff nicht nur negativ konnotiert war, sondern auf der Ebene der praktischen Wissenschaft als methodologische Notwendigkeit im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess aufgefasst wurde im Sinne wahrer oder falscher Urteile, die vor der Beurteilung eines Sachverhalts stehen, hat Rainer Godel gezeigt. Vgl.: Rainer GODEL, *Vorurteil – Anthropologie – Literatur. Der Vorurteilsdiskurs als Modus der Selbstaufklärung im 18. Jahrhundert* (Tübingen 2007) 9. Auf der medialen Vermittlungsebene von medizinischer Information jedoch werden Vorurteile als Kampfbegriffe von den zeitgenössischen Publizisten im Gesundheitsdiskurs verstanden, weil diese sich das Publikum nicht als wissenschaftliche, sondern als aufzuklärende AkteurInnen vorstellen, die von der Falschheit und Schädlichkeit gesundheitsbezogener Vorurteile erst überzeugt werden müssen im Rahmen einer medizinischer Aufklärung in den Medien.
- 9 Heute wird der Glaube an die Wirkung böser Geister als Iatrodämonologie bezeichnet, die zu den übernatürlichen Konzepten der Medizin zählt. Iatrodämonologie oder Iatrotheologie fassen Krankheit als Ergebnis der Wirkung von Kräften auf, die mit den Naturgesetzen nicht erklärt oder nicht empirisch bestätigt werden können. Sowohl weite Teile der Bevölkerung als auch einige Ärzte vertraten in ihrem Verständnis von Gesundheit und Krankheit diese Auffassung, so zum Beispiel der in Halle wirkende Theologe und Arzt Michael Alberti (1682–1757), der dem Teufel die Macht zugestand, Krankheiten erzeugen zu können (Iatrotheologie). Vgl.: Karl Ed. ROTHSCHUH, *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart* (Stuttgart 1978), hier 17–20 u. 67–70.
- 10 Eintrag „Aberglaube“. In: Johann Christoph ADELUNG, *Grammatisch-kritisches Wörterbuch der Hochdeutschen Mundart* (1. Band, Wien, 1811), 29–32, hier 29.
- 11 Medizinische Aufklärer des 18. Jahrhunderts betrachteten beispielsweise die auf astrologischen Informationen beruhende Kalenderliteratur, den Glaube an die Heilkraft bestimmter Metalle, das Tragen von Amuletten, das Aussprechen von Beschwörungsformeln sowie Wunderkuren als Quelle des Aberglaubens. Vgl. Johann Karl OSTERHAUSEN, *Ueber medicinische Aufklärung* (Zürich 1798) 371.

wurde, erfüllte seinen kaiserlichen Auftrag, soziale und hygienische Reformen zu entwerfen, und formulierte seine Ideen im eben genannten Werk.

Karl Philipp Moritz (1756–1793), der mit seinem Berliner erfahrungsseelenkundlichen Magazin *Gnothi Seauton* (MzE)⁶ die empirische Psychologie begründete, wirkte mit seiner publizistischen Aktivität auch in Österreich, wo seine Schriften mit großem Interesse gelesen wurden. Das MzE sammelte Berichte von auf Empfindungsanalysen beruhenden „Seelenzergliederungen“ und Reisen ins Innere, die von interessierten AkteurInnen der entstehenden bürgerlichen Öffentlichkeit verfasst und an die Redaktion eingesandt wurden. Bei der Revision des Magazins durch die Redaktion erfolgte dann später eine Einordnung dieser gesammelten Fallgeschichten von Selbst- und Fremdbeobachtungen in ein theoretisches Gerüst. Das MzE sollte zur Selbsterkenntnis befähigen, aber ähnlich einer Schocktherapie auch die Bedrohungen des Psychischen für das Ich aufzeigen. Die Zeitschrift entsprach den damals vorherrschenden Bedürfnissen der BürgerInnen, sich über das Interesse an sich selbst und durch Selbstaufklärung zu einer diskursiven Öffentlichkeit jenseits des Privaten zu entwickeln.⁷

1.2. Selbstverständnis und publizistisches Anliegen

Um das Selbstverständnis und die Ziele ihrer publizistischen Aktivität besser einordnen zu können, muss vorab kurz erläutert werden, welche Vorstellungen und Praktiken im Handlungsfeld von Gesundheit und Krankheit diese drei zeitgenössischen Aufklärer diskursiv bekämpfen wollten. Frank, van Swieten und Moritz fühlten sich den Prinzipien der Vernunft, Gelehrsamkeit und Vorurteilsfreiheit⁸ verpflichtet. Gesundheit und Krankheit waren in ihrem Verständnis keine übernatürlichen oder geheimnisvollen Ereignisse. Deshalb wollten sie die weitere Verbreitung supranaturalistischer Krankheitsvorstellungen verhindern, denen zufolge Dämonen, böse Geister oder der Teufel die Menschen mit Krankheit, Epidemien und Tod plagten oder denen zufolge Krankheit als Strafe Gottes für begangene Sünden zu verstehen ist.⁹ Einem eigenverantwortlichen Umgang mit Krankheit stand in ihrem Verständnis vor allem der Aberglaube entgegen, der im allgemeinen zeitgenössischen Verständnis bedeutete, dass natürlichen Dingen eine übernatürliche Kraft eingeräumt werde, die wissenschaftlich nicht nachweisbar sei.¹⁰ Im speziellen Verständnis der Akteure des öffentlichen Gesundheitsdiskurses wurden auch solche Krankheitskonzepte als unvernünftig und abergläubig bezeichnet, die auf magischen, astrologischen und mystischen Vorstellungen beruhten.¹¹ Die gelehrten, publizistisch aktiven Ärzte warfen in ihren Schriften den nicht akademisch ausgebildeten Marktschreibern, Quacksalber, Kurpfuschern und Scharlatanen vor, die Neigung der allgemeinen Bevölkerung zum Aber- und Wunderglauben zu nähren.¹² Mit dieser dem zeitgenössischen Gesundheits-

diskurs zugrunde liegenden Polemik gegen die traditionellen Heiler versuchten die gelehrten Ärzte zum einen, ihren gesellschaftlich bis dato nicht anerkannten Expertenstatus für Gesundheitsfragen einzuklagen und zum anderen, einen eigenen Gegenstandsbereich der gebildeten, ärztlichen, akademischen Medizin zu etablieren, den sie dadurch von jener in der Bevölkerung verbreiteten Heilkunde abgrenzten, die sie als „Volksmedizin“ bezeichneten.¹³

Um der weiteren Verfestigung von heilkundlichen Gesundheitspraktiken in der allgemeinen Bevölkerung entgegenzuwirken¹⁴, die auf dem Aberglauben und auf Vorurteilen beruhten, traten sie nicht nur als Wissenschaftler, sondern zugleich als Publizisten auf und nutzten den sich im 18. Jahrhundert ausdifferenzierenden öffentlichen Diskursraum, um auch andere von ihren aufklärerischen Vorstellungen zu überzeugen. Da ihrer Ansicht nach der Aberglaube – der den Betroffenen seinen „unordentlichen“ Affekten und „irrigen“ Eindrücken unkontrolliert folgen lasse¹⁵ – keinen vernünftigen Gesetzen folgte, sondern durch bloße Tradition legitimiert und durch Brauchtum unkritisch weitergegeben werde, musste er öffentlichkeitswirksam bekämpft werden. Sie versuchten deshalb mit säkularisierten, populärwissenschaftlichen Formen der Wissensvermittlung eine Mentalitätsveränderung beim „unaufgeklärten“ Publikum zu erzielen. Der im Folgenden skizzierte Diskurs der drei Autoren zu solchen gesundheitsschädlichen „Vorurteilen“ soll im Anschluss anhand eines Diskursmodells systematisiert werden, das sich an Michel Foucault (1926–1984) anlehnt.¹⁶

2. Der Kampf gegen gesundheitswidrige Vorurteile

2.1. Johann Peter Frank

In seinem Werk beschäftigt sich Frank dezidiert mit gesundheitswidrigen Vorurteilen, die „die hauptsächlichste Aufmerksamkeit der Polizei verdienen“¹⁷, und zwar in zweierlei Hinsicht: Zum einen widmet er sich den aus seiner Sicht verheerenden Folgen irrationaler Handlungen, die aus abergläubischen Praktiken der Volksmedizin hervorgehen und die Gesundheitserhaltung des Volks gefährden. Zum anderen klagt er seine ärztlichen Kollegen an, die aus Unwissenheit den Aberglauben beim Volk bestärken, statt ihn zu bekämpfen.

Frank spricht sich beispielsweise dezidiert gegen eine geläufige Praxis aus, Kinder zu den Toten zu führen, da er darin die Gefahr sieht, dass sie sich mit Krankheiten anstecken könnten.¹⁸ Er beschreibt auch kritisch die volkstümliche Praxis, Kinder auszusetzen, wenn sie unter bestimmten Planetenkonstellationen geboren werden. Frank schlägt nun seinerseits verschiedene Maßnahmen vor, um das Übel solcher volkstümlichen Praktiken abzuwenden. Das nicht akademisch ausgebildete Heilpersonal dürfe z.B. keine zur Abreibung genutzten Kräuter an Dritte verabreichen, wenn es nicht von einem

12 „Der gewöhnlichste Kunstgriff, wodurch sie den unverständigen Haufen fangen, ist dieser, daß sie sich das Ansehen geben, als wüßten sie übernatürliche Künste, als hätten sie geheime Mittel, Bezauberungen aufzulösen. [...] Und wiewohl solche Betrüger selbst über die Dummheit derer, die sie hierdurch gleichsam am Strick herumführen, insgeheim lachen, so ist es doch ihr Vortheil, daß sie durch allerley List den Aberglauben des gemeinen Volkes von allerley Hexereyen und Teufeleyn bestärken“. Vgl. N.N., Eintrag „Marktschreyer“. In: Johann Georg KRÜNITZ (Hg.) Oekonomische Encyclopädie, oder Allgemeines System der Staats= Stadt= Haus= und Landwirthschaft (84. Bd., 1801) 593–625, hier 613.

13 Dass der Begriff der Volksmedizin ein soziales Konstrukt der Ärzte im 18. Jahrhundert ist, hat Stolberg gezeigt. Diese in den ärztlichen Schriften konstituierte oppositionelle Andersartigkeit der Volksmedizin gegenüber der „offiziellen“, akademischen Medizin entsprach nicht der faktischen Realität. Denn erstens konkurrierten verschiedene Medizinkonzepte innerhalb der akademischen Medizin des 18. Jahrhunderts miteinander, so dass von einem einheitlichen Theoriegebäude kaum die Rede sein kann. Zweitens gab es Austauschprozesse und viele Übereinstimmungen zwischen „Schulmedizin“ und „Volksmedizin“ hinsichtlich der Heilverfahren und drittens war die akademische Medizin in ihren Behandlungserfolgen nicht fortschrittlicher als die Volksmedizin. Vgl. Michael STOLBERG, Probleme und Perspektiven einer Geschichte der „Volksmedizin“. In: Thomas SCHNALKE, Claudia WIESMANN (Hg.), Die Grenzen des Anderen. Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive (Köln/Weimar/Wien 1998) 49–73, hier 51–52.

14 Die zeitgenössischen Publizisten der medizinischen Volksaufklärung haben – mit Ausnahme der auf dem Aberglauben beruhenden Heilverfahren – die traditionellen Hausmittel der Volksmedizin nicht generell verachtet oder als Opposition zur „vernünftigen“ Schulmedizin betrachtet. Vielmehr sprachen sich die gelehrten Ärzte für die Aufnahme derjenigen sowohl schulmedizinischen als auch volksmedizinischen Heilmittel in die medizinische Wissenschaft aus, deren Wirksamkeit einer naturwissenschaftlichen Prüfung standhielt. Vgl. Holger BÖNING, Medizinische Volksaufklärung und Öffentlichkeit. In: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur 15/1 (1990) 1–92, hier 37.

15 N.N., Eintrag „Aberglaube“. In: Johann Heinrich ZEDLER (Hg.), Grosses vollständiges Universal-Lexikon (1. Band, Halle/Leipzig, 1732-1745) 108–111.

16 Dieses Diskursmodell wird unter Punkt 3 „Verortung der drei Medizinpubli-

Arzt angeordnet sei. Ferner solle man die beim Volk beliebten Kräuterbücher genau auf ihren Inhalt hin überprüfen und sie erst danach dem Volk überlassen:

*„Sechstens muß auch darauf gesehen werden, dass man dem Landmanne keine sogenannte Kräuter- oder Hausarznei-Bücher, ohne dass man von ihrer Unschädlichkeit wohl überzeugt seye, unter die Hände kommen lasse...“.*¹⁹

Frank beschreibt nicht nur den Einfluss schädlicher Gebräuche auf die Gesundheit der Bevölkerung, sondern kritisiert die diskursive Praxis und Gutachtertätigkeit der ärztlichen Berufsgruppe. In dieser selbstreferentiellen Bezugnahme auf den zeitgenössischen Gesundheitsdiskurs kritisiert er vor allem, dass Ärzte als „gelehrte Aufklärer“ auftreten, es aber nicht sind. Er wirft den Ärzten vor, dass sie aus Unwissenheit häufig die Ursachen von Krankheiten kaschieren, und dass sie Krankheiten – besonders des Geistes und der Psyche – dämonisieren, wenn ihre Therapien erfolglos sind.

*„Wenn mehrere geschickte Aerzte das Uebel weder erkennen noch heilen können, oder wenn die Krankheit, ohne bekannte Ursache, auf einmal den höchsten Gipfel erreicht, so isst man gewiß, daß dieselbe einen übernatürlichen Grund habe. Anstatt auf die vielen Fragen, die man gewöhnlich den Aerzten über natürliche Begebenheiten aufstellt, gründlich zu antworten, oder dabey auf eine, wie sie dachten, demüthigende Weise, ihre Unwissenheit frey heraus zu gestehen; schrieben sie alle außerordentlichen, in das Wunderbare fallende Ereignisse, einer übernatürlichen Macht zu, und glaubten so, ihre, und der Wissenschaft Ehre hinlänglich gerettet“.*²⁰

Heutzutage gebe es jedoch keinerlei Gründe mehr, Geschichten über Hexen und Besessenen Glauben zu schenken. Er verweist auf Maria Theresia als Vorbild, denn die lasse alle, die angeblich vom Teufel besessen seien, ins Krankenhaus bringen, um sie von gelehrten Ärzten untersuchen zu lassen.

*„Die Märchen des Vampyrismus sind durch die unter der großen Kaiserinn Maria Theresia, auf van Swietens Veranlassung vorgenommenen Untersuchungen, längst in das Reich der Finsternisse und des Aberglaubens verwiesen worden...“.*²¹

2.2. Gerard van Swieten

Van Swieten löste Franks Forderung, die irrigen Diagnosen, die auf Aberglauben beruhen, natürlich und rational zu erklären, bereits Mitte des 18. Jahrhunderts ein, indem er zur Entmythologisierung des Vampirglaubens als „*Barbarei der Unwissenheit*“ aufruft und sogar Vampirfälle biologisch und physiologisch erklärt.²² Entsetzt

zisten im Mehrebenen-Diskursmodell“ näher vorgestellt.

17 Johann Peter FRANK, Von Sicherheits-Anstalten, in so weit sie das Gesundheitswesen angehen (4. Band, Mannheim 1788) 395.

18 Johann Peter FRANK, Von der außerehelichen Zeugung, dem geflissentlichen Mißgebühren und anderen Misshandlungen der uneheligen Kinder, von der physischen Erziehung des Neugebohrnen bis zum erwachsenen Bürger (2. Band, Mannheim, 1780) 63–91.

19 FRANK, Von der außerehelichen Zeugung, 107.

20 FRANK, Von Sicherheits-Anstalten, 598–600, hier 600.

21 FRANK, Von Sicherheits-Anstalten, 614.

22 Bereits vor van Swieten hat Michael Ranft den Zustand unverwester Leichen als Resultat natürlicher Vorgänge erklärt. Vgl. Michael RANFT, Tractat von dem Kauen und Schmatzen der Todten in Gräbern: Worin die wahre Beschaffenheit derer Hungarischen Vampyr und Blut-Sauger gezeigt, Auch alle von dieser Materie bißher zum Vorschein gekommene Schrifften recensiret werden (Leipzig 1734).

über einen Vampirismus-Prozess in Mähren, von dem sie durch einen Bericht in einer Wiener Zeitung erfahren hatte, schickte Maria Theresia ärztliche Gutachter in das betreffende Gebiet, um den Fall aufzuklären. Van Swieten erstellte dazu ein Gutachten, die „Anmerkungen zum Vampirismus“.²³ Die griechisch-orthodoxe Religion in den südosteuropäischen Ländern böte, so van Swieten in der Vorrede, ein besonderes Einfallstor für den Aberglauben, glaubt man doch hier noch daran, dass der Teufel über den Menschen und seine Seele Besitz ergreifen könne.²⁴ Die fälschlich als Vampire posthum Verurteilten bezeichnet van Swieten als „*Schlachtopfer der Ignoranz, und des Aberglaubens*“.²⁵ Doch nach welchen „Gesetzmäßigkeiten“ des Aberglaubens wurde damals ein Verstorbener zum Vampir erklärt? Diejenigen Leichen, die man Jahre nach ihrer Bestattung nahezu unversehrt in ihrem Grabe liegend auffand, wurden als Vampire bezeichnet. Sie würden – und so lautet die zweite Behauptung im Volksmund – die Menschen durch ihre Erscheinung beunruhigen. Dem ersten Vorurteil begegnet van Swieten mit dem Einwand, dass ein Leichnam auch ohne die Beihilfe einer übernatürlichen Ursache lediglich austrocknen könne, wenn er zuvor einbalsamiert und der Sarg luftdicht verschlossen worden sei, so dass der Fäulungsprozess außer Gang gesetzt oder zumindest verlangsamt werde. Zudem seien die geistlichen Kommissarien und das niedere Heilpersonal, deren Urteil darüber entscheide, ob es sich bei der vorgefundenen Leiche um einen Vampir handle, zu inkompetent. Allein der gelehrte Arzt, der bereits Leichenöffnungen vorgenommen habe und über anatomische Kenntnisse verfüge, könne in solchen Fragen ein Urteil sprechen. Van Swieten zitiert und verweist in seiner Argumentation zudem auf weitere Werke, die den Vampirglauben als Blendwerk enttarnen, um seine Argumente im zeitgenössischen Diskurs der rationalen Wissenschaften abzusichern.

Dem zweiten Vorurteil begegnet er mit dem sachlichen Argument, dass es bislang keine Zeugenberichte gebe. Angesichts des Aberglauben-Diskurses, der in den Medien geführt werde, wo täglich Geschichten über Geister und andere übernatürliche Erscheinungen kursierten,²⁶ sei es nicht verwunderlich, dass die Einbildungskraft entfacht werde, die wiederum den Unwissenden zu Torheiten veranlassten. Um solche Bräuche abzustellen, müsse das Volk nicht nur aufgeklärt werden. Zusätzlich sollten staatliche Verordnungen verabschiedet werden, um die Aufklärung auch nachhaltig zu machen. Maria Theresia hat aufgrund und entsprechend van Swietens Gutachten ein Dekret zur Abstellung des Aberglaubens in allen kaiserlich-königlichen Erbländern erlassen, deren Einhaltung von den Magistraten und Polizeiverwaltern überwacht werden sollte.²⁷ Van Swieten setzt sich auch gegen die Verbreitung lebensverlängernder Wundermitteln ein.

23 Gerard van SWIETEN, Abhandlung des Daseyns der Gespenster: nebst einem Anhang vom Vampyrismus (Augsburg 1768).

24 Manche westlichen Vertreter des Katholizismus nutzen ihre Schriften über den Vampirglauben dazu, um das slawische, orthodoxe Osteuropa als abergläubisch und deshalb als rückwärtsgewandt und unzivilisiert darzustellen. Vgl. Margot RAUCH, „So sie Vampyri nennen“ – der Vampirismus bis Bram Stoker im Überblick. In: Wilfried SEIPEL (Hg.), *Dracula. Woiwode und Vampir*. Ausstellungskatalog des Kunsthistorischen Museums Wien (Wien 2008) 133–188, hier 137.

25 SWIETEN, Anhang vom Vampyrismus, 22.

26 Das Phänomen des Vampirismus war ein prominentes Thema in der Europäischen Öffentlichkeit des 18. Jahrhunderts. Vgl. Thomas M. BOHN, *Vampirismus in Österreich und Preußen*. Von der Entdeckung einer Seuche zum Narrativ der Gegenkolonisation. In: *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas* 56/2 (2008) 161–177, hier 162 und 176.

27 SWIETEN, Anhang vom Vampyrismus, Vorrede.

„Einen Pilz statt des Gehirn scheinen jene im Kopf zu haben, die in der Hoffnung auf Langlebigkeit die im Herzen eines langlebigen Hirschs entstandenen Knochen einnehmen, einen Sirup für langes Leben schlecken und teures Geld für im libyschen Wüstensand getrocknete Leichen, sogenannte Mumien, ausgeben und so selbst vom Tode noch Leben erhoffen“.²⁸ Er prangert – nicht nur in diesem Fall – immer wieder an, dass das leichtgläubige Volk zu uninformatiert sei, um sich eine vernünftige Lebensweise anzueignen, die zu einem langen Leben verhelfe.

2.3. Karl Philipp Moritz

Zur josephinischen Zeit entstand auch das Moritzsche Magazin zur Erfahrungsseelenkunde, in dem die sich konstituierende bürgerliche Öffentlichkeit aufgeklärt wurde und sich selbst aufklärte – rational und nach einer wissenschaftlichen Methode der (Selbst-)Beobachtung. Formen des religiösen Aberglaubens und gesundheitswidrige Vorurteile wurden hier empirisch und im Rahmen eines vermögenspsychologischen²⁹ Diskurses analysiert und in ihren Ursachen natürlich erklärt.

So widmet sich auch Moritz den seiner Meinung nach gesundheits-schädlichen Praktiken des Volksaberglaubens:

„An vielen Örtern ist`s auch gebräuchlich, daß, wenn das Kind aus der Kirche nach der Taufe heimgetragen wird, man es sogleich einige Minuten in den Brodschrank legt, damit es nicht näschtig werden soll“.³⁰

Die Überlieferung volkstümlicher Praktiken durch die Vorfahren stelle einen Grund dar, warum die Menschen so abergläubisch seien. Moritz fährt wie folgt fort:

„Der Unwissende findet überall Gegenstände, deren physische Verhältnisse er nicht überschauen kann, er nimmt also gleich seine Zuflucht zu gewissen verborgenen Kräften, und personifiziert sie, [...]. Er hat wenig Neigung dazu, das Ding sich natürlich zu erklären, weil das Wunderbare seiner sinnlichen Phantasie schmeichelhafter ist, und er von Jugend auf den Kopf von unsichtbaren Geistern voll hat. Gemeiniglich verhält sich der gemeine Mann auch nur bloß mechanisch bei seinem Aberglauben. [...] Man wird gemeinen Leuten den Aberglauben jeder Art nicht eher aus den Köpfen bringen, bis man ihnen einen deutlichen Unterricht in der Naturlehre zu geben anfängt, ...“.³¹

In der Revision seines Magazins geht Moritz auf die in den Fallgeschichten beschriebenen irrationalen Handlungen ein, indem er sie vermögenspsychologisch erklärt.

28 Hugo GLASER, Gerard Freiherr von Swieten. Rede über die Erhaltung der Gesundheit der Greise (Wien 1778) (= Sudhoffs Klassiker der Medizin und der Naturwissenschaften 38, Leipzig 1964) 55.

29 „Vermögenspsychologie“ ist eine psychologische Richtung der empirischen Psychologie, die in Deutschland im 18. Jahrhundert führend war. Der Begriff rekurriert auf die psychischen Grundkräfte, Funktionen und Dispositionen des menschlichen Bewusstseins, die als „Seelenvermögen“ bereits in der Antike beschrieben worden sind (Aristoteles). Die Zeitgenossen der Aufklärungsepoche unterschieden das Gefühl (Lust/Unlust) vom Erkenntnisvermögen (oberes: Verstand; unteres: Empfindung, Einbildungskraft) und vom Begehrungsvermögen (oberes: Wille; unteres: sinnliche Begierde). Erfahrungsbezogene Erkenntnisse über die Operationsweise und das Zusammenspiel dieser psychischen Kräfte wurden im 18. Jahrhundert durch die deskriptive Beschreibung und öffentliche Kommunikation über die unmittelbare Selbstwahrnehmung (abnormer) psychischer Vorgänge sowie über die Fremdbeobachtung einzelner verhaltensauffälliger Individuen gewonnen.

30 Karl Philipp MORITZ, Volksaberglauben. Fortsetzung der Revision der drei ersten Bände dieses Magazins. In: Gnothi Seauton oder Magazin zur Erfahrungsseelenkunde als ein Lesebuch für Gelehrte und Ungelehrte (1788). In: Petra und Uwe NETTELBECK (Hg.), Karl Philipp Moritz. Die Schriften in dreissig Bänden (Band 6/1, Nördlingen 1986) 18–25, hier 21.

31 MORITZ, Volksaberglauben, 22.

3. Verortung der drei Medizinpublizisten im Mehrebenen-Diskursmodell

In aufklärerischer Tradition verpflichteten sich die Medizinpublizisten Frank, van Swieten und Moritz, all diejenigen Formen des Aberglaubens und gesundheitswidriger Vorurteile in der allgemeinen Bevölkerung zu bekämpfen, die in ihren Augen einer eigenverantwortlichen, an den Idealen der Vernunft orientierten Lebensführung entgegenstanden. Dazu zeigten sie in ihren publizistischen Stellungnahmen den Schaden und die Irrationalität diverser Praktiken auf und erklärten angeblich übernatürliche Phänomene auf natürliche Weise, physiologisch oder psychologisch. Indem sie so öffentlich dafür plädierten, mit medizinischem Wissen rational umzugehen, verpflichteten sie den öffentlichen medizinischen Diskurs selbst auf eine solche Rationalität. Wenn beispielsweise Frank das Unwissen der Ärzte, die an der Verfestigung des Aberglaubens beim Volk entscheidend mitwirken, brandmarkte, dann kritisierte er eben gerade den medizinischen Diskurs – und die Praxis – dieser Ärzte, weniger das als unaufgeklärt erachtete Volk. Indem Frank, van Swieten und Moritz den Gesundheitsdiskurs und seine Rationalität selbst zum Gegenstand des öffentlichen Diskurses machten, deckten sie die Defizite im zeitgenössischen medialen Gesundheitsdiskurs schonungslos auf. Diese mediale Öffentlichkeitsstrategie sollte für die Publizisten in der Spätaufklärung wegweisend werden. Aus medienwissenschaftlicher Sicht ist sie als die logische Konsequenz der Ausdifferenzierung eines Mediensystems zu betrachten, das sich im Modus der Selbstreferentialität auf sich selbst kritisch bezieht. Dieser historische, selbstreferentielle Gesundheitsdiskurs der drei Publizisten soll im Folgenden auf ein Diskursmodell appliziert werden, das die diskurstheoretischen Grundideen von Foucault³² in einem Modell mit drei Ebenen weiterführt, so dass der gegenseitige Bezug der Diskurse aufeinander und zugleich ihre jeweils eigenständige Funktion deutlich wird.³³ Der Medienwissenschaftler Sascha Trültzsch hat dieses Modell in seiner Medieninhaltsanalyse zu DDR-Familienserien noch einmal ausführlich dargestellt und angewandt.³⁴ Foucaults Diskursmodell wurde deshalb in Anlehnung an soziologische Theorien³⁵ weiterentwickelt, weil er nicht die konstitutive Vermittlungsebene (Mesoebene) mit berücksichtigt, in der die AkteurInnen bzw. DiskursteilnehmerInnen mit Hilfe der Massenmedien zwischen der Mikro- (individuelles Handeln) und Makroebene (Staat) vermitteln. Das erweiterte Modell umfasst drei Diskursebenen, die die Gesellschaftsebenen spiegeln: Der Diskurs auf der Makroebene – der Ordnungsdiskurs, wo Normen und Prinzipien ausgehandelt und in (juristischen, politischen) Texten festgeschrieben werden – dient der Stabilisierung der sozialen Ordnung und damit im Sinne Foucaults der Stabilisierung herrschaftlicher Macht. Darunter sind die bei Foucault weniger berücksichtigten Diskurse der Vermittlungsebene – Orientierungsdiskurs – angeordnet, auf der

32 Foucault begreift den Diskursbegriff als Machtinstrument zur Stabilisierung des gesellschaftlichen Systems, wobei im Diskurs Wissen und kulturelle Güter ungleich verteilt werden. Er unterscheidet verschiedene Diskursebenen voneinander. Er verweist auf das Gefälle, das zwischen den Alltagsdiskursen einerseits und den Diskursen auf der Makroebene (z.B. juristische Texte) andererseits besteht. Die letzteren werden im Vergleich zu den Alltagsdiskursen stärker von Macht kontrolliert, weil sie verbindliche Funktionen für die Gesellschaftsgestaltung haben. Vgl. Michel FOUCAULT, *Die Ordnung des Diskurses* (10. Aufl., Frankfurt a.M. 2007) 18.

33 Dieses Mehrebenen-Diskursmodell wurde im Rahmen des an der MLU Halle-Wittenberg im Jahr 2008 mit einer Publikation abgeschlossenen DFG-Forschungsprojekts „Programmgeschichte des DDR-Fernsehens“ entwickelt. Vgl. Walfried HARTINGER, Sebastian PFAU, Sascha TRÜLTZSCH, Reinhold VIEHOFF, Familie in der DDR und ihr Leitbild: Methodische Vorstrukturierungen. In: Reinhold VIEHOFF (Hg.), „Die Lebenswürdigkeit des Alltags“. Die Familienserie *Rentner haben niemals Zeit* (Leipzig 2003) 9–12; Rüdiger STEINMETZ, Reinhold VIEHOFF (Hg.), *Deutsches Fernsehen Ost: eine Programmgeschichte des DDR-Fernsehens* (Berlin 2008).

34 Sascha TRÜLTZSCH, Kontextualisierte Medieninhaltsanalyse. Mit einem Beispiel zum Frauenbild in DDR-Familienserien (Wiesbaden 2009) 123–144.

35 Der deutsche Soziologe Esser hat darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, die Interaktionsbeziehungen zwischen der sozialen Ebene/Makroebene (Institutionen), der vermittelnden Mesoebene (Medien) und der Mikroebene (handelnde Individuen) zu analysieren, weil Veränderungen auf der sozialen Ebene nur mit Veränderungen der individuellen Handlungsweisen erklärt werden können (und umgekehrt), welche wiederum über die Vermittlungsebene auf die Makroebene wirken. Vgl. Hartmut ESSER, *Soziologie: Spezielle Grundlagen. Situationslogik und Handeln* (1. Bd., Frankfurt a.M., New York 1999) 11–20.

Akteure einerseits die auf der Makroebene getroffenen Festlegungen nach unten an die Bevölkerung kommunizieren, aber auch die individuellen Vorstellungen und Lebensbedingungen nach oben vermitteln. Die Mikro-Diskursebene – Alltags- oder Selbstvergewisserungsdiskurs der handelnden AkteurInnen genannt – zielt auf die individuellen Lebenswelten ab, in der sich die Individuen an den politischen Angeboten und Vorgaben orientieren – oder nicht.³⁶ Diese Mehrebenen-Perspektive auf Diskurse wende ich im Folgenden auf die Untersuchung des Gesundheitsdiskurses im 18. Jahrhundert an, weil sie einerseits die Positionen, Rollen und interesselitete Motive der Ärzte im öffentlichen Diskurs und andererseits die dynamischen Interaktionen zwischen den verschiedenen Diskursebenen beschreibbar machen.

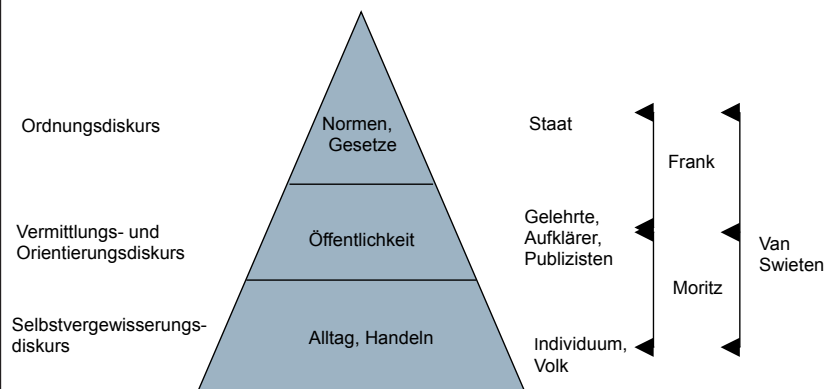


Abb. Schematische Verortung der drei Medizinpublizisten in einem Mehrebenen-Diskursmodell

Frank, der staatliche Regelungen zur Bekämpfung gesundheitswidriger, abergläubischer Praktiken vorschlägt, argumentiert auf der Ebene von und im Blick auf Normen und Gesetze. In seinem Werk informiert der Autor die herrschenden Obrigkeiten unter anderem über schädliche volkstümliche Praktiken, die das Krankheits- und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung betreffen und die mehr Todesfälle verursachen würden als kriegerische Auseinandersetzungen. Folglich publiziert er vermittelnd zwischen dem sozialen Herrschafts- und Ordnungsdiskurs des österreichischen Staates (Machtebene) und dem Orientierungsdiskurs der medizinischen Aufklärer, um Joseph II. Vorschläge zur Reform des österreichischen Gesundheitswesens durch Verbesserung der sozialen und hygienischen Zustände zu unterbreiten.

Moritz dagegen vermittelt mit seinem Magazin zwischen dem Orientierungsdiskurs und dem lebensweltlichen Alltags- und Selbstvergewisserungsdiskurs des Volkes, in dem er die Fallgeschichten

³⁶ Sascha TRÜLTZSCH, Medieninhaltsanalyse mit systematisch rekonstruierten Kontexten: Vorschlag einer Methode zur Analyse von Fernsehserien. In: Ders. (Hg.), *Abbild – Vorbild – Alltagsbild. Thematische Einzelanalysen zu ausgewählten Familienserien des DDR-Fernsehens* (Leipzig 2007) 15–30, hier 20–21.

der bürgerlichen Öffentlichkeit in seinem Magazin publiziert (Alltagsdiskurs) und diese in ein theoretisches Gerüst der empirischen Psychologie einbindet (Orientierungsdiskurs). Im Volksmund als übernatürlich bezeichnete Phänomene erklärt er vermögenspsychologisch. Die in den Fallgeschichten beschriebenen absonderlichen Handlungen von Personen werden in den Kontext abergläubischer, religiöser Praktiken und dadurch fehlgeleiteter Vorstellungskräfte gerückt. Am Beispiel von Moritz zeigt sich, dass es den medizinischen Publizisten im 18. Jahrhundert nicht ausschließlich darum ging zu versuchen, medizinisch-rationale Deutungsmuster von oben (Staat) nach unten (Publikum) durchzusetzen, wie es die Foucaultsche Medikalisierungsthese nahelegt.³⁷ Vielmehr nutzt Moritz die Fallgeschichten der medizinischen Laien (Alltagsdiskurs) als empirisches Material, um eine neue Wissenschaft – die empirische Psychologie – zu begründen (Orientierungsdiskurs der medizinischen Aufklärer), weshalb es zu einer Interaktion des fachwissenschaftlichen Diskurses der Ärzte und Psychologen mit dem Diskurs des Laienpublikums kam. Auf diese Weise haben die medizinischen Laien durch ihre Beiträge in den erfahrungsseelenkundlichen Magazinen den zeitgenössischen Gesundheitsdiskurs mitgestaltet.³⁸

Van Swieten publiziert auf allen drei Ebenen. Zum einen argumentiert er auf der normativen Machtebene, indem er Gutachten für seine Kaiserin über abergläubische Praktiken erstellt, auf deren Grundlage Maria Theresia Anweisungen für die Polizeiverwalter in den jeweiligen Herrschaftsgebieten zur Unterbindung des Aberglaubens erlässt. Zum anderen klärt er in seinen Schriften das Publikum über gesundheitswidrige Vorurteile auf und agiert somit zwischen dem Alltags- und dem Vermittlungsdiskurs der medizinischen Aufklärer. Das Modell verdeutlicht, wie sich die verschiedenen Ebenen der deutschsprachigen Gesundheitskommunikation in der Epoche der Aufklärung über den Diskurs zum Aberglauben aufeinander bezogen und dynamisiert haben. Zudem konnte gezeigt werden, wie die Interessen der Akteure in der öffentlichen Diskussion um Gesundheit und Krankheit zusammenwirken und welche Ziele sie mit gesundheitspolitischen Reformprojekten für die österreichischen Erbländer verwirklichen wollten. Dabei bedienen sie alle hier als relevant dargestellten Diskursebenen, so dass sich ihre Ideen als verbindliche Orientierungen nicht nur auf der Ebene der Normen und Gesetze, sondern auch auf der des öffentlichen Diskurses und der alltäglichen Lebensführung langsam und zunächst nur in bestimmten sozialen Schichten durchsetzen konnten. Man muss aber anmerken, dass solche Modernisierungsprozesse immer durch gegenläufige Tendenzen und Widersprüche charakterisiert sind. Vermeintlich „vormoderne“ und „irrationale“, in der Bevölkerung verbreitete Handlungspraktiken, die an bestimmte sinnstiftende Interpretationen angebunden waren,³⁹ wurden nicht einfach aufgegeben, sondern mit dem „modern-rationalen“ Weltbild kombiniert.⁴⁰

37 Michel FOUCAULT, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks (München 1973).

38 Der Medikalisierungsthese, der zufolge die Ärzte des 18. Jahrhunderts in Zusammenarbeit mit den staatlichen Obrigkeiten das „niedere Heilpersonal“ aus dem medizinischen Handlungsfeld verdrängten und die Patienten den Strukturen der staatlichen Gesundheitsversorgung unterwarfen, wurde seit den 1980er Jahren in der sozialmedizinischen Forschung verstärkt widersprochen. So beschreibt Loetz den Medikalisierungsprozess als Produkt einer „medizinischen Vergesellschaftung“, die durch komplexe Aushandlungsprozesse von medizinischen Angeboten zwischen Arzt und Staat einerseits und den traditionellen Heilern sowie Patienten andererseits charakterisiert war. Vgl. Francisca LOETZ, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1859 (Stuttgart 1993) 321–322. Dieser Reformulierung der Medikalisierung als „medizinische Vergesellschaftung“ widerspricht Stenzel, der in seiner systemtheoretisch angelegten Untersuchung den Begriff der „medikalen Differenzierung“ vorschlägt. Vgl.: Oliver STENZEL, Medikale Differenzierung. Der Konflikt zwischen akademischer Medizin und Laienheilkunde im 18. Jahrhundert (Heidelberg 2005) 23–24.

39 Wolff hat in seiner Studie gezeigt, dass die allgemeine Bevölkerung im Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert die von den gelehrten Ärzten propagierte Pockenimpfung nicht allein wegen ihrer Traditionsverbundenheit und ihren „irrationalen“ Motiven heraus ablehnte. Vielmehr zeigte sie sich aufgrund von rationalen Gründen skeptisch gegenüber dieser medizinischen Innovation. So diente die Ablehnung der Kuhpockenimpfung bei den Kindern durch die Eltern einer Geburtenkontrolle oder der Umgehung von Impfgeldern. Vgl.: Eberhard WOLFF, Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts (Stuttgart 1998) 370, 385.

40 Nils FREYTAG, Mentalitäten als Modernisierungshindernisse? Chancen und Grenzen kulturwissenschaftlicher Zugänge. In: Thomas STAMM-KULMANN (Hg.), Pommern im 19. Jahrhundert. Staatliche und gesellschaftliche Entwicklung in vergleichender Perspektive (Köln, Weimar, Wien 2007) 295–311, hier 299.

Literatur

- ADELUNG Johann Christoph, Grammatisch-kritisches Wörterbuch der Hochdeutschen Mundart (1. Band, Wien, 1811) 30–31.
- BOHN Thomas M., Vampirismus in Österreich und Preußen. Von der Entdeckung einer Seuche zum Narrativ der Gegenkolonisation. In: *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas* 56/2 (2008) 161–177.
- BÖNING Holger, Medizinische Volksaufklärung und Öffentlichkeit. In: *Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur* 15/1 (1990) 1–92.
- ESSER Hartmut, *Soziologie: Spezielle Grundlagen. Situationslogik und Handeln* (1. Bd., Frankfurt a.M., New York 1999).
- FOUCAULT Michel, *Die Ordnung des Diskurses* (10. Aufl., Frankfurt a.M. 2007).
- FOUCAULT Michel, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* (München 1973).
- FRANK Johann Peter, *System einer vollständigen medizinischen Polizey* (4 Bände, Mannheim/Tübingen/Wien 1779–1819).
- FRANK Johann Peter, *Von der außerehelichen Zeugung, dem geflissentlichen Mißgebühren und anderen Misshandlungen der uneheligen Kinder, von der physischen Erziehung des Neugeborenen bis zum erwachsenen Bürger* (2. Band, Mannheim, 1780).
- FRANK Johann Peter, *Von Sicherheits-Anstalten, in so weit sie das Gesundheitswesen angehen* (4. Band, Mannheim, 1788).
- FREYTAG Nils, *Mentalitäten als Modernisierungshindernisse? Chancen und Grenzen kulturwissenschaftlicher Zugänge*. In: Thomas STAMM-KULMANN (Hg.), *Pommern im 19. Jahrhundert. Staatliche und gesellschaftliche Entwicklung in vergleichender Perspektive* (Köln/Weimar/Wien, 2007) 295–311.
- GLASER Hugo, Gerard Freiherr van Swieten. Rede über die Erhaltung der Gesundheit der Greise (Wien 1778) (= *Sudhoffs Klassiker der Medizin und der Naturwissenschaften* 38, Leipzig 1964).
- GODEL Rainer, *Vorurteil – Anthropologie – Literatur. Der Vorurteilsdiskurs als Modus der Selbstaufklärung im 18. Jahrhundert* (Tübingen 2007).
- HARTINGER Walfried, PFAU Sebastian, TRÜLTZSCH Sascha, VIEHOFF Reinhold, *Familie in der DDR und ihr Leitbild: Methodische Vorstrukturierungen*. In: Reinhold VIEHOFF (Hg.), *„Die Liebenswürdigekeit des Alltags“*. Die Familienserie Rentner haben niemals Zeit (Leipzig 2003) 9–12.
- HÖRNIGK Ludwig, *Politia medica oder Beschreibung dessen, was die Medici, so wohl insgemein als auch verordnete Hof-Statt-Feldt-Hospital- und Pest-Medici, Apothecker, Materialisten, Wundtärzte, Feldtscherer, Hebammen...So dann endlichen: Die Patienten und Krancke selbst zu thun, und was, auch wie sie in Obacht zu nehmen* (Frankfurt a.M. 1638).
- LESKY Erna, Gerard van Swieten. Auftrag und Erfüllung. In: Erna

- LESKY, Adam WANDRUSZKA (Hg.), Gerard van Swieten und seine Zeit (Wien/Köln/Graz 1973) 11–62.
- LOETZ Francisca, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1859 (Stuttgart 1993).
- MORITZ Karl Philipp, Gnothi Seauton oder Magazin zur Erfahrungsseelenkunde als ein Lesebuch für Gelehrte und Ungelehrte (Berlin 1783–93).
- MORITZ Karl Philipp, Volksaberglauben. Fortsetzung der Revision der drei ersten Bände dieses Magazins. In: Gnothi Seauton oder Magazin zur Erfahrungsseelenkunde als ein Lesebuch für Gelehrte und Ungelehrte (1788). In: Petra und Uwe NETTELBECK (Hg.), Karl Philipp Moritz. Die Schriften in dreissig Bänden (Band 6/1, Nördlingen 1986) 18–25.
- N.N., Eintrag „Aberglaube“. In: ZEDLER (Hg.), Grosses vollständiges Universal-Lexikon (1. Band, Halle/Leipzig, 1732–1745) 108–111.
- N.N., Eintrag „Marktschreyer“. In: Johann Georg KRÜNITZ (Hg.), Oekonomische Encyclopädie, oder Allgemeines System der Staats=Stadt= Haus= und Landwirthschaft (84. Bd., 1801) 593–625.
- RANFT Michael, Tractat von dem Kauen und Schmatzen der Todten in Gräbern: Worin die wahre Beschaffenheit derer Hungarischen Vampyr und Blut-Sauger gezeigt, Auch alle von dieser Materie bißher zum Vorschein gekommene Schrifftten recensiret werden (Leipzig 1734).
- RAUCH Margot, „So sie Vampyri nennen“ – der Vampirismus bis Bram Stoker im Überblick. In: Wilfried SEIPEL (Hg.), Dracula. Woiwode und Vampir. Ausstellungskatalog des Kunsthistorischen Museums Wien (Wien 2008) 133–188.
- RICHTER Isabel, Erfahrungsräume. Selbstreflexionen zum Ende des Lebens in Tagebüchern des späten 18. Jahrhunderts. In: Carlos WATZKA, Marcel CHAHROUR (Hg.), Vor Freud. Therapeutik der Seele vom 18. bis zum 20. Jahrhundert (= Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin, Wien 2008), 111–124.
- ROTHSCHUH Karl Ed., Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart (Stuttgart 1978).
- SPITZY Karl H., LAU Inge, Van Swietens Erbe. Die Wiener Medizinische Schule heute in Selbstdarstellungen (Wien/München/Bern 1982).
- STEINMETZ Rüdiger, VIEHOFF Reinhold (Hg.), Deutsches Fernsehen Ost: eine Programmgeschichte des DDR-Fernsehens (Berlin 2008).
- STENZEL Oliver, Medikale Differenzierung. Der Konflikt zwischen akademischer Medizin und Laienheilkunde im 18. Jahrhundert (Heidelberg 2005).
- STOLBERG Michael, Probleme und Perspektiven einer Geschichte der „Volksmedizin“. In: Thomas SCHNALKE, Claudia WIES-

- MANN (Hg.), Die Grenzen des Anderen. Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive (Köln/Weimar/Wien 1998) 49–73.
- van SWIETEN Gerard, Abhandlung des Daseyns der Gespenster: nebst einem Anhang vom Vampyrismus (Augsburg 1768).
- TRÜLTZSCH Sascha, Kontextualisierte Medieninhaltsanalyse. Mit einem Beispiel zum Frauenbild in DDR-Familienserien (Wiesbaden 2009).
- TRÜLTZSCH Sascha, Medieninhaltsanalyse mit systematisch rekonstruierten Kontexten: Vorschlag einer Methode zur Analyse von Fernsehserien. In: Sascha TRÜLTZSCH (Hg.), Abbild – Vorbild – Alltagsbild. Thematische Einzelanalysen zu ausgewählten Familienserien des DDR-Fernsehens (Leipzig 2007) 15–30.
- WOLFF Eberhard, Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts (Stuttgart 1998).

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG AM LAND

Die Rolle der praktischen Ärzte am Beispiel der Südtiroler Landarztpraxis des Franz von Ottenthal (1818–1899)¹

Der folgende Beitrag versucht anhand der Datenbank „*Historiae Morborum*“, die im Rahmen eines InterregIII A-Projektes (Österreich-Italien) zwischen 2002 bis 2008 erstellt wurde und seit März 2008 online zugänglich ist, der Frage nachzugehen, wie die psychiatrische Versorgung am Land im 19. Jahrhundert erfolgte, welche Rolle dem Primärbehandler – dem Landarzt – dabei zukam und wie mit „Irren“ im medialen und sozialen System der Zeit „verfahren“ wurde. Im Zentrum steht der Südtiroler Landarzt Franz von Ottenthal, dessen Krankengeschichten mit 179.341 Eintragungen aus 18.000 Ordinationstagen und rund 7.000 Visiten von 54.379 PatientInnen aus dem Tauferer- und Ahrntal und Umgebung den Datenpool² der „*Historiae Morborum*“ darstellen. Der Nachlass dieses Landarztes ist aus drei Gründen besonders ertragreich: Erstens behandelte Ottenthal als niedergelassener Privatarzt selbst Menschen mit psychischen Erkrankungen, zweitens war er Gerichtsarzt und verfasste zahlreiche (gerichtliche) Gutachten und drittens engagierte er sich zwischen 1861 und 1882 als Landtagsabgeordneter in der Frage der Errichtung der zweiten Nervenheilanstalt Tirols in Pergine. Ergänzend zu den „*Historiae Morborum*“ wurden Dokumente aus dem Historischen Archiv des heutigen Psychiatrischen Krankenhauses [PKH] Hall, des Tiroler und Südtiroler Landesarchivs [TLA, SLA] und des Staatsarchivs Bozen [Archivio di Stato di Bolzano ASBz] herangezogen, um das soziale Prozedere von Psychiatrisierung und Hospitalisierung fassen zu können.

Als Dr. Franz von Ottenthal 1847 seine Karriere als Privatarzt in seinem Heimatort Sand im Tauferer Ahrntal begann, wurden psychisch kranke Menschen, bzw. die als solche wahrgenommen wurden, im Wesentlichen entweder von deren Angehörigen oder in von Gemeinden oder Orden³ betriebenen Versorgungshäusern, Armenasylen, Spitälern und zum Teil in Gemeindegefängnissen versorgt. Obwohl die Unterbringung von „*Geisteskranken*“ in Asylen und Spezialanstalten im Verlauf des 19. Jahrhunderts auch in Österreich zur dominierenden Form psychiatrischer Versorgung wurde,⁴ befand sich nur ein geringer Teil der Kranken in der damals einzigen Nervenheilanstalt des Kronlandes in Hall.⁵ Die am 1. September 1830 eröffnete „*k.k. Provinzial-Irrenanstalt*“ Hall in Tirol bot um 1850 nur für rund 100 Männer und Frauen⁶ Verpflegung, aber auch nur dann, wenn das

1 Dieser Beitrag stellt eine gekürzte Version des in italienischer Sprache publizierten Originalartikels der beiden Autorinnen dar, der im Themenband 17/2 (2008) „*Psychiatrielandschaft/Oltre il manicomio*“ der Zeitschrift „*Geschichte und Region/storia e regione*“ 85–104 erschienen ist.

2 Vgl. URL: <http://www.uibk.ac.at/ottenthal>.

3 In Österreich und Süddeutschland waren insbesondere die Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder in der „*Irrenpflege*“ und in gewissem Maße auch „*Irrenheilung*“ tätig. Vgl. Carlos WATZKA, *Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa* (Köln u.a. 2005).

4 Die Tendenz zur Internierung psychisch Kranker begann europaweit bereits im ausgehenden 17. Jahrhundert, jedoch wurde ein dichtes Netz von Spezialinstituten erst im 19. Jahrhundert geknüpft. Vgl. dazu den Überblick bei Heinz SCHOTT, Rainer TÖLLE, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen* (München 2006) 236–326.

5 Für die Eckdaten zur Einführung psychiatrischer Anstalten in Österreich vgl. Oesterreichs Wohlfahrts-Einrichtungen 1848–1898. Festschrift zu Ehren des 50 jährigen Regierungs-Jubiläums Seiner k. u. k. Apostolischen Majestät Kaisers Franz Joseph I., Bd. III: *Gesundheitspflege* (Wien 1900). Vgl. Johann TSCHALLENER, *Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol; mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate* (Innsbruck 1842) 64.

6 Vgl. Thomas REDINGER, *Zur Geschichte der psychiatrischen Disziplin. Die „Irrenanstalt“ von Hall in Tirol (1830–1882)*. (Diplomarbeit, Innsbruck 1998) 30f. Vgl. auch Jahresbericht der Landes-Irrenanstalt Hall für das Jahr 1881. In: *Tiroler Landesarchiv (TLA), Landschaftliches Archiv 1882, Akten des Landesausschuss, Allgemeine Reihe*, Zl. 12968.

- 7 Vgl. dazu die bibliografischen Angaben bei Maria HEIDEGGER und Elisabeth DIETRICH-DAUM, Die k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz – eine totale Institution? In: Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8/1 (2008) 69–85.
- 8 Vgl. Rodolfo TAIANI (Hg.), Alla ricerca delle menti perdute. Viaggi nell'istituzione manicomiale (Trento 2003).
- 9 Vgl. Norbert SCHNETZER (Hg.), 600 Jahre Valduna: Der lange Weg – vom Klarissinnenkloster zum Landeskrankenhaus (Rankweil 1999). Gernot EGGER, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten. Arme und „Irre“ in Vorarlberg (= Studien zur Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 7, Bregenz 1990).
- 10 Carlos WATZKA, Der ‚Irrenboom‘ in Steiermark. Zum Problem der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Moderne. In: newsletter MODERNE 5/1 (2002) 21–26.
- 11 Vgl. Doris KAUFMANN, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland. 1770–1850 (Göttingen 1995) 236–260.
- 12 Noch um 1900 wurden fast 50 % der psychiatrisch betreuungsbedürftigen Menschen privat versorgt. Vgl. Hans WEISS, Geschichte der Psychiatrie in Österreich. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2 (1978) 41–57, hier 44 und 52.
- 13 Österreichisches Staatsarchiv, Allgemeines Verwaltungsarchiv, Ministerium des Innern, allg. Sign. 36, Kt. 977, 4909 ex 1885: R. Ergänzungsbericht über Sanitätsangelegenheiten im politischen Bezirke Bruneck im Jahr 1880.
- 14 Vgl. dazu: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Die Klage der Ärzte. Marktprobleme und Professionalisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Österreich. In: bricolage 5 (2008) 201–221.
- 15 Vgl. Wilfried BEIMROHR, Das Tiroler Landesarchiv und seine Bestände (= Tiroler Geschichtsquellen 47, Innsbruck 2002) 104, 220 und Richard SCHÖBER, Geschichte des Tiroler Landtages im 19. und 20. Jahrhundert (Innsbruck 1984) 282–287.

Profil des Pflinglings der Konzeption der Anstalt entsprach, der bzw. die Aufzunehmende also entweder als „heilbar“ begutachtet wurden oder für sich oder die Umgebung als gefährlich galt.⁷ Die Unterbringungssituation blieb während der gesamten Praxisjahre Ottenthals prekär, zu Ende des gewählten Zeitfensters vermochte das ehemalige Kronland Tirol mit seinen inzwischen drei Anstalten (Hall, Pergine 1882⁸, Valduna 1869⁹) mit ca. 500 Betten keine ausreichende psychiatrische Anstaltsversorgung anzubieten, zumal auch hier die als „*Irrenboom*“¹⁰ in die Literatur eingegangene Entwicklung, womit die überproportionale Zunahme des Bedarfs in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gemeint ist, eingesetzt hatte. Als Konsequenz mussten trotz zahlreicher Erweiterungsbauten sowohl in Pergine als auch in Hall Kranke aus Platzgründen immer wieder abgewiesen werden, womit den Gemeinden weiterhin die schwierige Aufgabe zukam, ortszuständige „*Irre*“ in Familien oder in eigens dafür zu errichtenden (und zu finanzierenden) Zweigstellen der großen Heilanstalten unterzubringen. Die Ärzte (Gemeinde-, Armen- und Privatärzte) vor Ort – also die Primärbehandler – waren gefordert und nahmen eine zentrale Rolle in der Behandlung von Menschen mit „*Seelenstörungen*“ sowie in der „*Verwaltung*“ des „*Irrsinns*“ ein.¹¹ Die Statistiken der AnstaltspatientInnen und nicht-hospitalisierten „*Irren*“ der Zeit zeigen, wie umfassend diese Aufgabe den Berufsalltag der Ärzte vor Ort geprägt haben muss: Um 1880 befanden sich in Österreich insgesamt nahezu 6.000 Personen in so genannten „*Irrenanstalten*“, aber 1.343 in den Versorgungsanstalten und 18.800 in privater Pflege;¹² im hier untersuchten Raum des Gerichtsbezirkes Bruneck wurden 1880 laut der Nachweisungen der Gemeinden 36 männliche und 25 weibliche „*Irrsinnige*“ in Familien bzw. in Gemeinden versorgt.¹³ Somit muss davon ausgegangen werden, dass drei Viertel der „*Irren*“ in die medizinische Zuständigkeit der Ärzte vor Ort fielen. Allein diese Zahlen verdeutlichen, dass praktische Ärzte eine zentrale Rolle im System medizinischer Versorgung von „*Irren*“ spielen mussten. Doch wie kann die Rolle der Primärbehandler als „*Psychiater*“ historisch angemessen beschrieben werden? Über welche fachlichen Kompetenzen verfügte der praktische Arzt und wie weit reichten seine ärztlichen Pflichten im Rahmen eines Sanitätssystems, das erst in Ausformung¹⁴ begriffen war und im Kontext einer medizinischen Disziplin, die sich als solche erst entwickelte? Tatsächlich hat die Forschung diesen Fragen bislang nur am Rande Beachtung geschenkt, weshalb dieser Beitrag diese Thematik aufgreift.

1. Der Arzt Franz von Ottenthal im System medizinischer und sozialer Versorgung und Verwaltung

Generell stellten praktische Ärzte und Wundärzte die erste Ebene eines entlang der politischen Verwaltung¹⁵ organisierten Medizinal-

systems dar, das sich im Zusammenwirken mit die Verwaltung der Gemeinden betreffenden Bestimmungen in den fünfzig Jahren zwischen 1850 und 1900 stark verändert hat. Auf der untersten Ebene der politischen Verwaltung hatten die Gemeinden auf Grund des provisorischen Gemeindegesetzes vom 17. März 1849¹⁶ die medizinische Versorgung der Gemeindeangehörigen sicher zu stellen und für die Besoldung der bestellten Ärzte aufzukommen. Doch erst das Landesgesetz zur Organisation des Sanitätsdienstes in den Gemeinden aus dem Jahr 1884¹⁷, das auf den Bestimmungen des Reichssanitätsgesetz (30. April 1870, RGBl. Nr. 68, §§ 3–5) basierte, regelte endlich nach Jahrzehnte dauernden Verhandlungen die Form der medizinisch-sanitären Verwaltung in Tirol. Charakteristisch für die Entwicklung war außerdem, dass ein kompliziertes Zusammenwirken der Heimatrechtsbestimmungen¹⁸, der Gemeindegesetze und des Landessanitätsgesetzes die Gemeinden verpflichtete, allgemein für die Versorgung der Gemeindearmen aufzukommen. Insofern fiel den Gemeinden auch die Verpflichtung zu, für die Pflege vermögensloser, psychisch kranker Gemeindeangehöriger aufzukommen, sofern diese nicht über eigenes Vermögen verfügten oder von der eigenen Familie versorgt werden konnten. Konkret bedeutete dies, dass die Gemeinden entweder für eine Unterbringung dieser Menschen in einer Gemeindelokalität einschließlich deren unentgeltlicher Verpflegung und ärztlicher Behandlung zu sorgen hatten oder dass sie im Falle der auswärtigen Unterbringung für die Verpflegskosten in Kranken- und Heilanstalten aufkommen mussten. Dass diese Verpflichtung auf Grund der Finanzschwäche der Gemeinden zunehmend zu Konflikten zwischen diesen und der Heilanstalt in Hall führte, zeigen die in den Beständen des Bezirksamtes Bruneck archivierten Mahnschreiben der Anstaltsleitung, worin im Falle fehlender Kostenübernahme auch mit der Entlassung aufgenommener Gemeindeglieder gedroht wurde.

Die Ärzte des Tauferer Ahrntales unterstanden verwaltungsmäßig dem Bezirksphysikat Bruneck. Zu deren Kernaufgaben, vor allem zu jenen des Gemeinde- und des Gerichtsarztes, zählten neben der medizinischen Versorgung der Bevölkerung die Ausübung der Leichenbeschau, das Impfwesen, die sanitäre Überwachung von Lokalen und Lebensmitteln, die Erhebungen und Anzeigepflicht bei Epidemien, die Geburtshilfe, das Begutachtungswesen und die Behandlung von „*seelisch*“ bzw. psychisch kranken Menschen. Die Behandlung psychisch kranker Menschen war somit Teil der allgemeinen medizinisch-ärztlichen und sozial-administrativen Aufgaben, ein entsprechendes Diplom oder eine zusätzliche Spezialausbildung waren dafür nicht erforderlich.¹⁹

1.1. Franz von Ottenthal – Privat- und Gerichtsarzt in Sand (1847–1899)²⁰

Dr. Franz Seraph Joseph Anton v. Ottenthal, am 23. Mai 1818 als Sohn von Johann Paul v. Ottenthal und der Maria Anna Gräfin Hendl geboren, ordinierte über 50 Jahre als Privatarzt in Sand in Taufers. Er stu-

16 Das provisorische Gemeindegesetz von 1849 wurde mehrfach reformiert: zunächst durch das Kaiserliche Patent vom 24. 4. 1859, RGBl. Nr. 58, dann durch das Gesetz vom 5. 3. 1862, RGBl. Nr. 18.

17 Landesgesetz vom 20. Dezember 1884 (LGBl. Nr. 1/1885).

18 Auch das provisorische Heimatgesetz vom 17. 3. 1849 (RGBl. Nr. 170) wurde in mehreren Punkten zuungunsten der nicht in der Heimatgemeinde Geborenen verändert. Vgl. Ilse REITER, Ausgewiesen, abgeschoben. Eine Geschichte des Ausweisungsrechtes in Österreich vom ausgehenden 18. bis ins 20. Jahrhundert (Frankfurt a. M. u.a. 2000).

19 Vgl. Mary LINDEMANN, Health & Healing in Eighteenth-Century Germany (Baltimore u.a. 1996) 95–103 und Elena TADDEI, Bestellungsverfahren von Ärzten in Tirol in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Qualifikationen, Auswahlkriterien und Erwartungen. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Martin DINGES, Robert JÜTTE u.a. (Hg.), Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert (Innsbruck u.a. 2008) 221–237.

20 Für eine ausführliche Biografie des Arztes siehe: Elena TADDEI, Franz von Ottenthal (1818–1899). Arzt und Tiroler Landtagsabgeordneter (Wien 2009) im Druck.

dierte ab dem Studienjahr 1837/38 Medizin an der Universität Wien, da Innsbruck bis 1869 über keine medizinische Fakultät verfügte. Wie Quellen des Wiener Universitätsarchivs zeigen, wurde Ottenthal 1843 Doktor der Medizin und Doktor der Chirurgie. Im Jahr darauf legte er auch das Rigorosum für das Magisterium der Geburtshilfe ab und schien fortan in den Ärzteverzeichnissen für Tirol und Vorarlberg als „*Med. et Chir. Doctor*“ auf.²¹ Seine berufliche Laufbahn führte ihn nach Beendigung des Studiums zunächst nach Windisch-Matrei, wo er bis 1846 die Stelle des Gerichts- und Gemeindefacharztes innehatte. 1847 gab Ottenthal diesen Posten auf und kehrte in seinen Heimatort Taufers zurück, wo seine auf dem Anszitz Neumelans residierende Familie schon seit Generationen wichtige Gerichts- und Verwaltungsämter innehatte. Hier eröffnete er eine Ordination als Allgemeinarzt, die er ununterbrochen bis 1899 führte. Diese befand sich im weitläufigen Landgericht Taufers des Physikatsbezirks Bruneck und umfasste das gesamte Tauferer- und Ahrntal von Gais, nordöstlich der Stadt Bruneck gelegen, bis zum Talschluss in Kasern und zählte 1847 10.315 EinwohnerInnen. Zwischen 1861 und 1888 wurde Ottenthal immer wieder auf befristete Zeit auch zum Gerichtsarzt, provisorischen Gemeindefacharzt und als Gerichtskassier bestellt. Franz von Ottenthal starb 81-jährig am 29. Jänner 1899²² in Sand in Taufers; im vorangegangenen Monat hatte er der Statthalterei nach mehr als 50-jähriger Tätigkeit den Eintritt in den verdienten Ruhestand gemeldet.

1.2. Die Ausbildung des Arztes

Generell gilt für die Zeit des Landarztes Ottenthal, dass es frei praktizierende Fachärzte oder Spezialisten für psychiatrische Erkrankungen in Tirol noch nicht gab. Die wenigen frühen „Spezialisten“ des sich erst in Ausformung befindlichen medizinischen Faches arbeiteten an Universitätskliniken oder in den privaten und öffentlichen „Irrenanstalten“. Ein praktischer Arzt war somit über weite Strecken auf sich allein gestellt und darauf angewiesen, sich über Lektüre und eigene Erfahrung die nötige Kompetenz zu verschaffen. Denn das Studium dürfte bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein keine substanzielle Hilfestellung geboten haben²³. Hinsichtlich der universitären Ausbildung Ottenthals findet sich lediglich in den §§ 16–18 der geltenden Studienordnung der Wiener Universität die Bemerkung, dass in den Vorlesungen über chronische Krankheiten mit Sitz in den Nerven, „*Melancholie, die Narrheit und die Tobsucht erklärt werden*.“²⁴ Dies scheint alles gewesen zu sein, was der Landarzt und spätere Gerichtsarzt in seinem Studium über die Psyche und deren Erkrankungen erfahren haben soll. Tatsächlich aber dürfte zumindest unter den Doktoranden der Wiener Universität das Interesse an der Erforschung psychischer Erkrankungen in den 1840er Jahren deutlich zugenommen haben, was die in der Nationalbibliothek verwahrten Dissertationen der Zeit zeigen: Zwischen 1825 und 1850 wurden in Wien sechs Dissertationen zum Thema „*Kretinismus*“, sechs zu

21 Universitätsarchiv Wien, Medizin 11, Nr. 2 1839–1846, f. 118vr.

22 Südtiroler Landesarchiv (SLA), Matriken (MA) Taufers im Pustertal, Rolle 100, S[terbematrikel] Abt. 5 1883–1914.

23 Erste Schritte in Richtung psychiatrischer Ausbildung an Universitätskliniken wurden in Wien ab 1870 und in Graz ab 1872 unternommen. Die Universitätsklinik Innsbruck eröffnete erst 1891 ein Institut für Psychiatrie, zu diesem Zeitpunkt war Ottenthal bereits über vierzig Jahre in der Praxis und wie sein Kollege Dr. Daimer für die Behandlung der „Irren“ zuständig. Vgl. SCHOTT, TÖLLE, Geschichte der Psychiatrie 295–296.

24 Joseph KROPATSCHEK, Österreichische Staatsverfassung 3 (Wien 1795) 729.

25 Siehe Datenbankabfrage der ÖNB, Katalog 1501–1929, Stichwörter „Melancholie“, „Paranoia“, „Cretinismus“, „Psychica“: URL: <http://aleph.onb.ac.at/> Katalog 1501–1929 der ÖNB [Zugriff am 25.10.2007].

„Melancholie“, fünf über die „Psyche“ und 21 zu „Geisteskrankheiten“ angenommen.²⁵ Im Nachlass Ottenthals sind sechs Dissertationen aus seiner Studienzeit verwahrt, die – von Studienkollegen gewidmet – sich mit Themen der Psychiatrie/psychischen Erkrankung auseinandersetzen. Dass Ottenthal aber auch die Werke früherer Psychiater, etwa den „*Traité médico-philosophique sur l'alienation*“ (1801) von Philippe Pinel, das Buch von Jean Etienne Dominique Esquirol „*Von den Geisteskrankheiten*“ (1838), Wilhelm Griesingers Hauptwerk (1845) „*Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*“ oder zumindest die Veröffentlichungen der Anstaltsdirektoren der Provinzial-Irren-Heilanstalt Hall, Johann Tschallener²⁶ und später Josef Stolz²⁷ rezipierte, ist anzunehmen, aber auf Grund der Unvollständigkeit des Nachlasses unsicher.²⁸

2. Der Arzt als Therapeut

Die Quellenbasis der hier beschriebenen Tätigkeit Ottenthals als Therapeut bilden die in seinen „*Historiae Morborum*“ [im Folgenden HM] notierten Krankengeschichten. Wie schon angedeutet, orientierte sich Ottenthal bei der Beschreibung der Krankheitsbilder weitgehend an den gängigen zeitgenössischen Kategorien, wie sie z.B. in Dr. Tschalleners Anstaltsbeschreibung²⁹ zusammengefasst waren. Tschallener unterteilte das Spektrum der „Geisteskrankheiten“ in die Kategorien „Wahnsinn“, „Blödsinn“, „Tobsucht“, „Melancholie“, „Narrheit“ und „Nymphomanie“. Ottenthals „Diagnosen“ beschränken sich aber nicht auf die Angabe der Krankheitsform, sie enthalten in unterschiedlicher Dichte Informationen, die auf in der Anamnese aufgenommene oder vermutete Krankheitsursachen, etwa auf eine Alkoholerkrankung („*Säuferwahn*“) oder das fortgeschrittene Alter des/der PatientIn („*paranoia senilis*“) oder ein auslösendes Ereignis, hinweisen. Dies lässt vermuten, dass das Kategorienschema der „Geisteskrankheiten“ dem Arzt mit wachsender Erfahrung zu eng bzw. zu wenig differenziert gewesen sein könnte bzw. dass der Arzt dem allgemeinen Trend zur Konkretisierung und Spezifizierung der Krankheitsformen folgte.

In den Jahren zwischen 1848 und 1899 hielt der Arzt mit einer Häufung in den 1880er und 1890er Jahren in insgesamt 764 Einträgen fest, dass PatientInnen „*melancholicus*“ bzw. „*melancholica*“ seien. Melancholie ist die in seinen Krankengeschichten am häufigsten genannte Krankheitsform. Obwohl Ottenthal hinsichtlich möglicher Ätiologien und insbesondere hinsichtlich seiner „Diagnosen“ sonst äußerst zurückhaltend war, schienen ihm eine Reihe dieser Fälle auf Vererbung zurückführbar oder im Menschen innewohnend zu sein, andere hingegen von einem singulären Ereignis ausgelöst, wie dem Verlust von Hab und Gut oder dem Verlust bzw. der Abwesenheit eines geliebten Menschen. Bei Frauen vermutete Ottenthal häufig den

26 Vgl. TSCHALLENER, Beschreibung.

27 Josef STOLZ, Mechanischer Zwang (körperliche Beschränkung) bei der Behandlung der Geisteskranken und die allmähige Beseitigung desselben in der Irrenanstalt zu Hall in Tirol. In: Zeitschrift für Psychiatrie XXVIII (1871) 519–551.

28 Nach Auskunft von Horst Schober, derzeitiger Besitzer von Neumelans, wurde der Bücherbestand des Nachlasses Ottenthal unter den Erben verteilt. Eine Inventarliste wurde bedauerlicherweise nie angelegt.

29 Vgl. TSCHALLENER, Beschreibung, Tabelle Nr. 2.

Verlust eines Kindes als möglichen Auslöser der Krise. Im Fall einer diagnostizierten „*Melancholie*“ verschrieb der Arzt vorzugsweise Digitalis oder Opium als Beruhigungsmittel, aber auch einfache Abführmittel wie „*Tinctura Colocynthid*“ oder Stärkungsmittel. Auch bei der Patientin Elisabeth M., die im Februar 1861 in seine Praxis gekommen war, da die Menstruation nicht eingetreten und sie nach seiner Auffassung „*melancholisch*“ war, erprobte er zunächst ein Abführmittel, bei ihrem zweiten Besuch im März, an welchem sie über ihre Aufregung wegen des Verlustes ihres Dienstplatzes klagte und „*religiöse Zweifel*“ äußerte, verschrieb der Arzt schließlich Zinkacetat in Verbindung mit Natriumnitrat.

Bei der zweithäufigsten Nennung „*Hysteria*“ (705) ist zu bemerken, dass diese Bezeichnung nicht ausschließlich für die Beschreibung eines psychiatrischen Krankheitsbildes im Sinne von „*hysterica esset*“ (88) verwendet wurde, sondern auch den Verlauf bzw. das Erscheinungsbild diverser Körpervorgänge oder Erkrankungen charakterisieren sollte, wie z.B. „*alvus hysterica*“, „*diarrhoea hysterica*“, „*menstrua hysterica*“, „*congestio hysterica*“.

Auch in den HM wird „Hysterie“ primär bei Frauen diagnostiziert. Lediglich in zehn der 98 Datensätze wurde ein männlicher Patient von Ottenthal als „*Hysteriker*“ bezeichnet.

227 Einträge in den HM, somit die dritthäufigste Nennung, beziehen sich auf die als „*Paranoia*“ umschriebene psychische Erkrankung. „*Paranoia*“ diagnostizierte der Arzt vor allem in Verbindung mit biologischen Prozessen wie Vergreisung, mit dem Klimakterium, Schwangerschaft und Geburt, aber auch in Verbindung mit „*religiösem Wahn*“.

Beispielhaft für die Schwierigkeiten, die sich Ottenthal bei der Diagnosestellung und folglich der angezeigten Therapie eröffneten, kann die Krankengeschichte der 46-jährigen Agnes P. aus Lappach stehen, die sich zwischen 1885 und 1887 bei Franz von Ottenthal in Behandlung befand. Zunächst schien die Patientin vor allem von Rücken-, später von Bauch- und Magenschmerzen geplagt, bis der Arzt am 16. März 1885 eine „*alteratio intellectus*“ feststellte und sogleich vermerkte, dass er keine erbliche Belastung konstatieren könne. Im Verlauf weiterer Konsultationen im Frühjahr und Sommer 1885 hielt Ottenthal wiederholt die Diagnose „*paranoia*“ fest, bis er schließlich am 22. Oktober 1885 diagnostizierte: „... *avunuclus a matre vesanus erat per 2 annos. paranoja religiosa [.] Verdammt spricht von selbstmord diarrhoea 1 [-] 5 Kinder – schwere Geburt 2 mal Miliaria sonst gesund*“ und verschrieb zunächst „*P[ulvis] Opii 0.1 Extr.[actum] Catechu 1 Artemis[ia] 5 3 St[un]d 1 Messersp[itze]*.“, ein gängiges, starkes opiathältiges Mittel um den Darm und den Magen zu beruhigen und allgemein Schmerzen zu lindern.³⁰ Doch dürfte das verschriebene Medikament nicht die erwünschte Wirkung gezeigt haben, denn die Patientin kam bis zum September 1887 weitere zwölf Mal in die Praxis des Landarztes.³¹ Dass dieser in der Wahl der Medi-

30 HUNNIUS. Pharmazeutisches Wörterbuch (8. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin u.a. 1998) 1003.

31 HM, 1885/5, 1737.

kamente variierte, wird in diesem Fall mit der wechselnden Symptomatik des Krankheitsbildes der Patientin zusammenhängen.

Die vierthäufigste Nennung (166) bezieht sich auf das in der Regel mit körperlichen Gebrechen verbundene Krankheitsbild „*Hebetudo*“. Hier sah Ottenthal Zusammenhänge mit in der Regel seit der Geburt aufgetretenen Gesundheitsproblemen wie Inkontinenz, Sprechstörungen und Taubheit, aber auch mit sozialer Verwahrlosung, wie im Beispiel der siebenjährigen Maria R., die 1856 als schwächliches Kind wegen Atemnot in die Praxis von Ottenthal gebracht wurde. Ihren bedauernswerten Zustand führte der Arzt auf ein Versorgungs- und Erziehungsdefizit auf Grund des „Schwachsinn“ der Mutter zurück: „*a matre hebetis animi educata non sequitur infantes*“.³²

Schließlich diagnostizierte Ottenthal 88-mal „*Wahnsinn*“ („*vesania, vesanus/a esse*“), vor allem als Parallelerkrankung bzw. Folgeerkrankung von „*Melancholie*“, „*Paranoia*“ oder „*Hysterie*“. Die Einträge sind wie bei der Diagnose „*hebetudo*“ gleichmäßig über die 50 Praxisjahre verteilt. Auffallend selten, nur insgesamt 34-mal, notierte Ottenthal „*Tobsucht*“ („*ira*“ bzw. „*iracundus/a esse*“). In einer Reihe von Fällen konnte der Arzt aber keine eindeutige Zuordnung leisten, weil die PatientInnen in seinen Augen entweder an mehreren Formen gleichzeitig litten oder ein psychisches Leiden in seinen Augen in ein anderes übergegangen war.

Hinsichtlich der eingeschlagenen Therapien des Landarztes fällt allgemein auf, dass die verschriebenen Mittel vorrangig auf eine Stabilisierung physiologischer Körperprozesse hinzielten. Dies kann mehrere Gründe gehabt haben. Zunächst ist zu berücksichtigen, dass im humoralpathologischen Körperkonzept dem geregelten Ablauf der physiologischen Grundfunktionen große Bedeutung zukam. Außerdem war die Bandbreite psychisch wirkender Arzneien schmal und allgemein noch wenig solides Erfahrungswissen über deren lindernde oder gar heilende Wirkung verfügbar. Im Gesamteindruck tritt uns Ottenthal als ein experimentierender Therapeut, der zum Teil ratlos und überfordert war, gegenüber. Bemerkenswert erscheint uns auch, dass Ottenthal in einer Reihe von Konsultationen nicht wegen seiner Kompetenz als Mediziner aufgesucht wurde, sondern als „Vertrauter“, als Psychologe angesprochen wurde, zuweilen gar in der Rolle eines „Seelsorgers“ schlüpfen musste. Armut, Angst vor gewalttätigen Übergriffen, vor Bestrafung im Jenseits wegen versäumter Beichte, Existenzsorgen aufgrund von Unfällen (Hausbrand etc.) und Verlust der Dienststelle³³, Zukunftsängste nach „*Zigeunerprophezeiungen*“³⁴, Ehekonflikte und Liebeskummer („*ob amorem frustratum*“³⁵) und allgemein Alltagssorgen verschiedenster Art notierte der Arzt sorgfältig, womöglich auch deshalb, weil auch er diese wie seine PatientInnen als Auslöser für physische und psychische Probleme einstufte. Die Vorstellung, dass vorrangig Priester für die seelischen Probleme der Menschen des 19. Jahrhunderts zuständig waren, muss in dieser Hinsicht sicher relativiert werden.³⁶

32 HM, 1856/2, 405.

33 HM, 1861/1, 267.

34 HM, 1890/4, 2056.

35 HM, 1863/2, 446.

36 Vgl. dazu David LEDERER, *Madness, Religion and the State in Early Modern Europe. A Bavarian Beacon* (Cambridge 2006) 1–49.

3. Wege der Psychiatrisierung: Kuratel und Hospitalisierung

Zu Ottenthals Kernaufgaben als Gerichtsarzt zählte im hier besprochenen Kontext neben dem Verfassen von „*Irrengutachten*“³⁷ die Beurteilung über die Notwendigkeit einer Kuratelverhängung sowie die Leichenbeschau³⁸ bei Todesfällen von psychisch kranken PatientInnen.³⁹ In jedem dieser Fälle war eine gerichtsärztliche Untersuchung zwingend erforderlich. Innerhalb dieser drei Gruppen von Gutachten überwiegen jene zu Kuratelverfahren zahlenmäßig deutlich. Beschauprotokolle und Gutachten für Einweisungsverfahren sind hingegen nur in geringer Zahl überliefert, diese dürften aber von vornherein in der Unterzahl gewesen sein.

3.1. Unter „Kuratel“

Nach §§ 269, 270 und 273 des „*Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches*“ von 1811 waren erwachsene Personen dann unter Kuratel zu stellen, wenn diese nach gerichtsärztlichem Urteil „*ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen, und ihre Rechte nicht selbst verwahren*“ konnten.⁴⁰ Wie bei minderjährigen Waisen- und Halbwaisen sollte, explizit angeführt, Taubstummten und Volljährigen, die dem „*Wahn- und Blödsinn verfallen*“ waren, ein (männlicher)⁴¹ „*Curator*“ beiseite gestellt werden, dem neben der Verwaltung des Vermögens der Mündel, in allen wesentlichen rechtlichen Fragen die Entscheidungsbefugnis übertragen wurde. Damit ein Kuratelverfahren eingeleitet werden konnte, waren vor allem Angehörige verpflichtet, dem Gericht eine entsprechende Anzeige zu übermitteln bzw. den Sachverhalt dem Gericht zur Kenntnis zu bringen, wodurch psychisch kranke bzw. geistig beeinträchtigte Menschen ihren Angehörigen in dieser Hinsicht völlig ausgeliefert waren.⁴² Im Verfahren selbst war der/die Kranke nicht Subjekt, sondern Objekt, wodurch er/sie selbst kein Parteingehör hatte, kein Rechtsmittel einlegen konnte und nicht einmal erfuhr, wie entschieden wurde. Durch die Kuratelverhängung wurde der/die „*Geisteskranke*“ vollkommen handlungsunfähig und konnte auch nicht über den Ort oder die Art der Unterbringung entscheiden.⁴³ In Kuratelfragen wurde Ottenthal insbesondere dann zum gerichtlichen Gutachter bestellt, wenn die zu untersuchende Person zum Patientenstock des Arztes gehörte. In solchen Fällen legte Ottenthal den Entwurf des Gutachtens in den HM an entsprechender Stelle ein. Die in Heft 4 des Jahrgangs 1888 der HM notierte Geschichte des taubstummen Johann M. aus Mühlen, den Ottenthal 1888 auf Aufforderung des Gerichtes untersuchte, um eine Beurteilung des „*geistigen Zustand[es]*“ wegen einer beantragten Verlängerung der Vormundschaft über denselben, könnte auf Grund ihres exemplarischen Charakters aus einer Lehrbuchsammlung stammen. Da Ottenthal den Patienten, wie er in der Einleitung seines zwei Wochen später erfolgten Gutachtens schrieb, „*seit seiner Kindheit*“ kannte, lieferte er dem k. k. Bezirks-Gericht Taufers einen vergleichsweise ausführ-

37 Vgl. ASBz, Kreisakten (KA) Bruneck, 1848, 906/2, Sanität, Infoblatt.

38 Vgl. beispielsweise in SLA, Nachlass Ottenthal (NL Ottenthal), Verordnungen den Untersuchungsbericht Ottenthals zum Todesfall der Pfründnerin im Spital Taufers Katharina A. aus dem Jahre 1885, Nr. 8186.

39 SLA, Verordnung der Ministerien des Inneren, der Justiz und der Finanzen vom 17. Februar 1855, Nr. 33.

40 Vgl. Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten Deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie (ABGB), Theil 1 (Wien 1811).

41 § 192 ABGB 1811 schloss Frauen, Ordensgeistliche und solche Personen, die außer Landes lebten, von der Übernahme einer Vormundschaft aus. Vgl. Ursula FLOßMANN, Österreichische Privatrechtsgeschichte (3. verbesserte Auflage, Wien u.a. 1996) 47.

42 Vgl. dazu die Geschichte der Maria M. aus Drittelsand, die auf Antrag ihres Bruders wegen „Wahn- oder Blödsinns“ von Ottenthal und seinem Kollegen Daimer gerichtsärztlich untersucht wurde. SLA, NL Ottenthal, 252, Nr. 2133 IVb3.

43 Vgl. dazu FLOßMANN, Österreichische Privatrechtsgeschichte 49.

lichen Bericht, der die wichtigsten Stationen in der Anstaltskarriere des Kranken aufzählte. Laut Gutachten litt der taubstumme Patient unter ausgeprägtem „Kretinismus“ und unheilbarem „Blödsinn“. Er sei außerdem von der Landes-Taubstummenanstalt, wohin er als Knabe gebracht wurde, als „bildungsunfähig“ zurückgeschickt worden. Aktuell sei, so das Gutachten, sein Gesichtsausdruck vollkommen „geistesleer“, sein Hals mit „mehrfach gelappten an Umfang“ zunehmenden „Kropfgeschwulsten behaftet“, sein Gang langsam schleppend und „schlottrig“. Er würde „... jahraus, jahrein in der Umgegend umher[streichen], um von wohlthätigen Bewohnern Kost, Kleidungsstücke u dgl. zu erlangen.“ Das Gutachten schließt mit der Bemerkung, dass nach ärztlicher Erfahrung des Gutachters, „Kretinismus“ und Taubstummheit in „... so hochgradiger Entwicklung unheilbar ...“ seien und Johann M. „... weder jetzt noch in Zukunft der vormundschaftlichen Aufsicht und Pflege entbehren ...“ könne.⁴⁴ Allein das Urteil über den Gesundheits- und Geisteszustand des Patienten war geeignet, die beantragte Kuratelverhängung zu begründen. Ob darüber hinaus auch das von Ottenthal beschriebene soziale Verhalten des Kranken, sein Betteln und „Herumstreichen“ für die Entscheidung des Gerichtes von Belang war, oder ob der Arzt mit diesem Gutachten eine weitere Verwahrlosung seines Patienten verhindern wollte oder lediglich auf Klagen der Bevölkerung reagierte, darüber lässt sich nur spekulieren. Doch nicht immer konnte Ottenthal, wie im eben geschilderten Gutachten, ein eindeutiges Urteil abgeben. Besonders wenn er sich hinsichtlich der Prognose unsicher war, empfahl er zuzuwarten, wie im Fall des 58-jährigen Anton P. aus Kematen, den er 1898 untersuchte. Obwohl der Patient bereits vor Jahren wegen „Wahnsinns“ in Hall gewesen war, attestierte ihm der Arzt fähig zu sein, das eigene Vermögen zu verwalten, sodass er eine Kuratelverhängung im Augenblick ablehnte.⁴⁵ Im Fall der Maria W., die sich 1889 im Spital in Taufers befand und nach Ansicht der Gemeindevorsteherung von St. Peter von „Wahnsinn besessen“ und deswegen unter Kuratel zu stellen sei, konnte Ottenthal eine Geisteskrankheit gar nicht feststellen und folglich auch keine Kuratelverhängung empfehlen.⁴⁶ Wie letzt beschriebene Fälle zeigen, scheint Ottenthal in Fragen der Kuratelverhängung in der Regel für die Interessen seiner PatientInnen eingetreten zu sein und, wenn medizinisch vertretbar, eine solche auch verzögert oder überhaupt verhindert zu haben. Möglicherweise hatte seine Haltung in Kuratelfragen mit seiner langjährigen Tätigkeit in der Gemeindevorsteherung und bei Gericht zu tun, wodurch er die administrativen und finanziellen Folgen der Kuratelverhängungen für Gemeinde und Gericht kannte und daher geneigt war, solche nur bei eindeutiger Sachlage zu befürworten. Aber nicht nur der Gutachter selbst, auch das Gericht agierte vorsichtig und ließ sich die Entscheidung wie im zuletzt beschriebenen Fall bei Bedarf durch ein zweites ärztliches Gutachten, z.B. durch den Gemeindevorsteher, absichern. Kuratelverfahren wurden häufig auch dann veranlasst,

44 HM, 1888/4, 1687.

45 HM, 1898/1, 142.

46 SLA, NL Ottenthal, Verordnungen No. 1691/VII Sz – 1889.

wenn eine Person aus der „*Irrenanstalt*“ ungeheilt entlassen worden oder geflohen war, wie im Fall des Nikolaus O. aus St. Johann, der im Dezember 1898 aus der „*Irrenanstalt*“ entwichen war und offenbar bei seiner Mutter Unterschlupf fand. Die Mutter des Patienten wandte sich an die Gemeinde mit der Bitte, von einem Kuratelverfahren abzu- sehen, da sie ihren Sohn bis zu seiner Besserung von ihrem „*Kapital*“ erhalten wolle und auch die Geschwister eine Kuratelverhängung ablehnten.⁴⁷ Da Nikolaus O. zu diesem Zeitpunkt völlig mittellos war, ist nicht anzunehmen, dass die Familie aus ökonomischen Gründen die Kuratelverhängung fürchtete. Wahrscheinlicher ist, dass sie, wie im Brief angedeutet wird, auf Besserung des Zustandes ihres Verwandten hofften und dem Kranken wie der Familie selbst die Schmach der Kuratelverhängung ersparen wollten.

3.2. Der Weg in die „*Irrenanstalt*“

Der Weg eines/r psychisch Kranken in die „*Irrenanstalt*“ führte in der Regel über mehrere Stationen. Selten wurde eine Person ausschließlich aufgrund der Einweisung eines Arztes in eine Anstalt verbracht. Diese war zwar Voraussetzung für dessen schlussendliche Aufnahme, doch gingen diesem Schritt zum Teil mehrere Interventionsprozesse voraus, etwa von Angehörigen und Geistlichen oder den zuständigen Gemeinden oder Gerichten. Dem Ansuchen um Aufnahme einer Person in die „*Irrenanstalt*“, ob von Privatpersonen, der Gemeindevorsteherung oder von Gerichten wegen veranlasst, folgte die Aufforderung an den behandelnden Arzt oder den Gerichtsarzt, ein „*parere medicum*“ zu verfassen. Aus diesem musste hervorgehen, ob eine Einweisung in die Anstalt die Heilungschancen der/des Kranken vergrößern oder der/die Kranke sich oder andere gefährden könne. Wie bei Kuratelverfahren hatte das Urteil des Gutachters im Einweisungsverfahren großes Gewicht, weshalb der Anstaltsleiter von Hall bereits in den 1840er Jahren eine Anleitung⁴⁸ zur Abfassung von „*Irrengutachten*“ an die Ärzte, Gerichte und Magistrate versandt hatte. Auch Ottenthal dürfte sich weitgehend an dieser Vorlage orientiert haben, nach welcher durch Beantwortung von sechzehn Fragen Angaben über die aufzunehmende Person zu machen waren. Tschalleners Anleitung begann mit der Frage nach den Personendaten, also Name, Stand, Alter und Charakter. In Frage zwei sollte der Arzt über den körperlichen und geistigen Zustand der Eltern, Geschwister und Verwandten Bericht erstatten, was ihm auf Grund der Größe seines Einzugsgebietes nicht immer möglich war. Auch zur dritten Frage – stattgehabte Kinderkrankheiten und andere Krankheiten einschließlich der Heilerfolge und Erziehung in der Jugend – konnte Ottenthal nur selten die gewünschte Auskunft geben. Ebenso vermochte er die Regelmäßigkeit des Schulbesuchs und die Art der erfahrenen Erziehung nur bei jungen Personen aus seinem dörflichen Umfeld in Erfahrung zu bringen. Ähnlich dürfte die Beantwortung der vierten Frage, die nach den „*Jugendsünden*“ wie Onanie, „*Mastupration*“ [sic]

47 Historisches Archiv des PKH Hall, Patientenverwaltungsakt des Nikolaus O. aus St. Johann in Ahm ex 1898.

48 Vgl. TSCHALLENGER, Beschreibung 66–69.

49 HM, 1885/1, 455.

„Venerie“, „starken Leidenschaften“ und „üblen Gewohnheiten“, wie „Saufen“, Spielen, Raufen u. dgl. fragte, dem Gutachter Schwierigkeiten bereitet haben, selbst wenn er die PatientInnen kannte. Doch auch dann waren seine Einträge nur kurz, z.B. „etwas Onanie, kein Trinker“.⁴⁹ Etwas ausführlicher ging Ottenthal in der Regel auf Punkt fünf ein, welcher die „höchst wichtige Frage“⁵⁰ nach dem Verhalten in Glaubenssachen stellte, also ob die Person ein „Religionszweifler“ sei oder „freigeisterische ... Ansichten“ habe. Wie Punkt fünf der Vorlage fragte auch der sechste nach der sozialen Angepasstheit der Person, allerdings nicht in religiöser, sondern in politischer Hinsicht. Der repressive Zug in der Frageformulierung ist offensichtlich, wenn angegeben werde sollte, ob der Kranke zu den politisch Unzufriedenen bzw. „Neuerungssüchtigen“ zu zählen sei. Dieser Punkt blieb bei Ottenthal zumeist unbeantwortet, einige Male bestätigte der Arzt, dass die Person sich nicht um politische Ereignisse kümmere oder im Verhalten wenig von jenem der Standesgenossen abweiche. Ob politisch unerwünschtes Verhalten als Zeichen einer Geistesstörung erachtet wurde und/oder das angegebene „politische“ Urteil des Arztes der besseren Kontrollierbarkeit der Person in der Anstalt selbst dienen sollte, ist nicht zu beantworten. Auch die Fragen sieben und neun zielten auf eine Einschätzung des sozialen Verhaltens der Person ab, insbesondere auf seinen/ihren Umgang mit anderen Menschen und in verschiedenen belastenden Situationen. Die Beantwortung dieser Fragen blieb ebenso knapp und beschränkte sich in der Regel auf die Angabe der aus der Sicht des Arztes die Krankheit auslösende Ursachen, wie z.B. den Zorn wegen Benachteiligung durch seine Brüder von Sebastian O.⁵¹ oder den Schrecken der Theresia B., den der Tod ihres Vaters ausgelöst habe.⁵² Allgemein aber scheint abweichendem Verhalten, sei dies in sozialer Hinsicht, in religiöser und „moralischer“ Beziehung (Onanie, Masturbation, Umgang mit dem anderen Geschlecht) oder in politischer Hinsicht (Teilnahme an Versammlungen, „umstürzlerische“ Äußerungen) hohe diagnostische Bedeutung beigemessen worden zu sein. Die zentrale Stellung dieser Fragen in der Vorlage kann als Indiz für die Psychiatrisierung abweichenden Verhaltens gelten.⁵³ Die Fragen acht und zehn der Anleitung sollten eine Klärung des Einflusses körperlicher Leiden auf den psychischen Zustand der Person bringen. Bei Personen, die zur Patientenklientel des Arztes zählten, fasste er die in seinen Notizen verzeichneten Krankheiten zusammen, ohne diesen aber besondere Relevanz zu geben. Auch die Fragen zwölf und dreizehn, die nach dem richtigen oder „irrigen“ Denken und Erkennen von Gegenständen oder Tatsachen fragten, blieben vielfach unbeantwortet. Anstatt dessen beschrieb er ausführlich, wovor sich die PatientInnen fürchteten („Hölle“, „weltliche Verfolgung“), wie sich dies im Verhalten niederschlug („Zurückgezogenheit“, Schlaflosigkeit, Selbstmordversuche, Attacken) und unter welchen Bedingungen z.B. der Stand des Mondes⁵⁴ die Symptome besonders hervortraten. In Punkt vierzehn hatte der Gut-

50 TSCHALLENER, Beschreibung 67.

51 Vgl. HM, 1864/2, 940.

52 Vgl. HM, 1883/1, 241.

53 Zu dieser Thematik siehe zuletzt Kai SAMMET, Wirre Reden auf den Scilices – Augusterlebnisse eines Paralytikers. In: Historische Anthropologie 13 (2005) 220–244.

54 Vgl. HM 1864/2, 940.

achter anzugeben, ob eine Therapie bereits vorgenommen wurde und wie diese gewirkt habe. In dieser Frage ließ sich der Arzt nur ungern in die Karten schauen, fast formelhaft notierte er an der entsprechenden Stelle „*ein Kurverfahren wurde eingeleitet*“ oder „*eine Behandlung fand nicht statt*“. Der letzte Punkt des Fragekatalogs verlangte eine Einschätzung, ob die betreffende Person heilbar bzw. gefährlich und damit eine Aufnahme in die Anstalt begründet sei. Bei der Beantwortung dieser Frage argumentiert der Arzt relativ differenziert. Während er bei so genannten „*gefährlichen*“, suizidgefährdeten und unter Verfolgungängsten leidenden PatientInnen immer für eine Aufnahme plädierte, überließ er die Entscheidung der Anstaltsleitung, wenn keine unmittelbare Gefahr eines Übergriffs oder einer Selbsttötung bestand. Wollte ein Arzt den Anforderungen der Vorlage genügen, war er vor allem bei PatientInnen, die nicht in seinem Umfeld lebten, über weite Strecken auf Informationen Dritter angewiesen. In solchen Fällen musste er im sozialen Umfeld des Patienten/der Patientin recherchieren, Angehörige befragen oder den Geistlichen zu Rate ziehen. Wie Ottenthal bei der Einholung dieser Informationen vorging und wen er befragte, kommt nur in einer kleinen Zahl seiner Gutachten zum Vorschein, wie auch meist unklar bleibt, wer die Einweisung betrieben hat, d.h., wer bei Gericht oder beim Arzt vorstellig wurde. Im Falle des Geistlichen Peter G., der schon einmal für zwei Jahre in der „*Irrenanstalt*“ gewesen war und 1891 wiederum zu Ottenthal kam, scheint es der Arzt selbst gewesen zu sein, der die Initiative zur neuerlichen Einweisung ergriff. Der Patient zeigte nach Ottenthals Notiz „*Wahnsinnssymptome*“ und drohte sich selbst zu verletzen, weshalb sich der Arzt veranlasst sah, eine neuerliche Überstellung nach Hall zu empfehlen.⁵⁵ In der Regel kann aber davon ausgegangen werden, dass die Initiativen zur Einweisung einer Person aus dem engeren Umfeld der Betroffenen selbst kamen, also in erster Linie von Angehörigen und gegebenenfalls von Vorstehern von Spitälern bzw. Versorgungshäusern. In den von uns eingesehenen Sanitätsakten zu Einweisungsverfahren aus dem Einzugsgebiet von Ottenthal konnten bislang keine Hinweise auf polizeiliche Interventionen gefunden werden. Hingegen spielten Geistliche aus mehreren Gründen eine bedeutungsvolle Rolle. Beispielsweise hatte sich der Arzt, wie er selbst notierte, im Zusammenhang mit der Untersuchung eines „*Säufers*“ mit dem Kooperator über eine mögliche „*Geistesstörung*“ des Mannes besprochen. Von ihm hatte er erfahren, dass der Patient, der nach Ottenthals Notizen des Nachts „*Geister sah*“ und fünf bis sechs Liter trinke, zeitweise verwirrt redete und der nach Meinung des Arztes kurz vor dem „*delir.[ium] tremens*“ stand, die eigene Nichte mit Fäusten misshandelte. Ottenthal notierte auch, dass der Kaplan der Ansicht sei, dass der Patient in das „*Irrenhaus*“ gehörte.⁵⁶ Während diese kurze Notiz breiten Spielraum für Interpretationen lässt, ist die Rolle des Geistlichen in der Geschichte der ledigen 53-jährigen Bauerntochter Anna I. aus St. Georgen, die 1852 für ein dreiviertel Jahr

55 HM, 1891/4, 1683.

56 HM, 1879/1, 363.

auf Grund der Diagnose „*Aberwitz*“ in Hall gewesen war, besser greifbar. Die „*Geisteskrankheit*“ der Patientin, die nach ihrer Entlassung aus der Anstalt immer gesund schien, die fleißig arbeitete, „*friedfertig*“ und „*in Erfüllung ihrer religiösen Pflichten nach keiner Richtung exorbitant*“ war, sei, so Ottenthal, zuerst von ihrem Beichtvater bemerkt worden, der ihr dann auftrug, sich an einen Arzt zu wenden.⁵⁷ Allein dadurch, dass Geistliche schon auf Grund des politischen Gewichtes des Klerus (Schulaufsicht, Heiraterlaubnis, Armutsbesccheinigungen, Aufsichtspersonen über Spitäler, Versorgungshäuser und Armenfonds, Mittels- und Kontrollpersonen im Findelwesen) eine gewichtige Stellung im sozialen Gefüge der dörflichen Welt einnahmen und daher gut über das Alltagsgeschehen in ihren Pfarren informiert waren, verfügten sie als Beichtväter selbstverständlich auch über eine Reihe von Informationen privater Art. Außerdem waren Geistliche im gesamten 19. Jahrhundert nicht nur in Tirol zum Teil von den Landesbehörden bzw. deren subsidiären Organen in medizinischen Kampagnen, wie dem Impfwesen, eingebunden gewesen, wodurch zumindest zeitweise ein enger Kontakt zum Dorfarzt geknüpft werden musste.⁵⁸

Mit der Erhebung der für das Gutachten notwendigen Informationen und dem Verfassen eines die Einweisung befürwortenden „*Parere*“ war die Aufnahme in einer Anstalt noch nicht gesichert. Wie eingangs erwähnt, konnte einem Ansuchen um Aufnahme in die „*Irrenanstalt*“ auf Grund von Platzmangel häufig nicht statt gegeben werden. Allerdings scheint in solchen Fällen der Patient/die Patientin in Evidenz gehalten worden zu sein, wie aus einem Beispiel aus dem Jahr 1860 hervorgeht, worin die Anstaltsleitung dem Bezirksamt Bruneck mitteilte, dass sich „... endlich ein Platz zur Aufnahme“ des „*irrsinigen*“ Johann H. aus Lorenzen ergeben habe.⁵⁹ Zwei Jahre nach der Überstellung wurde das Bezirksamt allerdings dahingehend informiert, dass Johann H. als „*Verrückter*“ unheilbar und als gefährlich eingestuft worden sei, weshalb er die Anstalt verlassen müsse, da hier nur „*Heilbare*“ und „*Ungefährliche*“ aufgenommen werden könnten. Das Angebot der Familie, 100 fl. für die weitere Verwahrung des Patienten zu übersenden, nahm die Anstaltsleitung nicht an und empfahl stattdessen, die genannte Summe zur Unterbringung des Patienten in einem Spital zu verwenden und die projektierte Erweiterung der Anstalt abzuwarten.⁶⁰ Diese Geschichte ist in mehrfacher Hinsicht für die prekäre Unterbringungssituation bezeichnend. Zunächst zeigt dieser „Fall“, dass die Anstaltsleitung bei Platzmangel zuerst die als „*gefährlich*“ diagnostizierten Kranken heimschickte, obwohl sie laut Anstaltsstatuten diese ausdrücklich aufzunehmen hatte. Sie zeigt auch, dass die Lokalverwaltungen vor Ort, wie im Falle Bruneck, keine oder nur unzureichende Unterbringungsmöglichkeiten für psychisch Kranke bieten konnten. Und dieses Problem muss schon länger virulent gewesen sein, denn bereits 1857 hatten sich Ottenthal und sein Kollege J. Daimer mit ihrer Unterschrift einem Gerichtsausschuss-

57 HM, 1863/3, 1020 und Historisches Archiv des PKH, Buch 1, Zl. 678 ex 1863.

58 Vgl. Alois UNTERKIRCHER, „Tyroler! lasset eure Kinder impfen“ – Sterblichkeitsverhältnisse und frühe Seuchenprophylaxe in Tirol am Beispiel der Pocken im 19. Jahrhundert. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Rodolfo TAIANI (Hg.), Geschichte und Region/Storia e regione 14/1 (2005), „Medikalisierung auf dem Lande/Medicalizzazione in area alpina“ 42–69.

59 ASBz, KA Bruneck, 1860, 1031, Nr. 743 der Anstaltsdirektor Stolz an das Bezirksamt Bruneck.

60 ASBz, KA Bruneck, 1862, 1043, Nr. 118, 156.

beschluss angeschlossen, der die Bereitstellung eines Lokales neben der Gendarmerie für „*Irr- und Wahnsinnige*“ verlangte, da in der Anstalt in Hall und in der Abteilung des Krankenhauses Bruneck immer wieder PatientInnen aus Platzmangel abgewiesen wurden.⁶¹ Das oben geschilderte Beispiel zeigt deutlich, dass die Möglichkeiten der Hospitalisierung von psychisch Kranken wegen regionaler Versorgungsdefizite und chronischem Platzmangel in Hall zeitweise sehr eingeschränkt gewesen sein müssen. Patienten und Patientinnen, deren Zustand keine Aussicht auf Heilung und soziale Reintegration versprach, sollten nach dem Konzept der „*Landes-Irrenanstalt*“ andern Orts in „*Verwahrung*“ genommen werden. Für die Erfolgsbilanz der großen „*Irrenanstalt*“ waren „*unheilbare*“ Kranke zumindest in den ersten Jahrzehnten ihres Bestehens eine uninteressante Klientel. Auch das Beispiel der „*Irrenversorgung*“ in Tirol bestätigt, dass Michel Foucaults These von der „*großen Einschließung*“⁶² einer historischen Überprüfung nicht stand hält. Den Unterbringungsmöglichkeiten von psychisch kranken Menschen in öffentlichen Anstalten waren zumindest bis in die 1880er Jahre deutliche Grenzen gesetzt.

Literatur und Quellen

Archivalien

Archivio di Stato di Bolzano (ASBz): Kreisakten (KA) Bruneck, Sanität.

Historisches Archiv Psychiatrisches Krankenhaus (PKH) Hall: Patientenverwaltungsakten.

Österreichisches Staatsarchiv: Allgemeines Verwaltungsarchiv, Ministerium des Innern, allg. Sign. 36, Kt. 977, 4909 ex 1885:

R. Ergänzungsbericht über Sanitätsangelegenheiten im politischen Bezirke Bruneck im Jahr 1880.

Südtiroler Landesarchiv (SLA):

Matriken (MA) Taufers im Pustertal, Rolle 100, S[terbematrikel] Abt. 5 1883–1914.

Nachlass (NL) Ottenthal, Verordnungen und Dekrete, *Historiae Morborum* (HM)

Tiroler Landesarchiv (TLA):

Landschaftliches Archiv 1882, Akten des Landesausschuss, Allgemeine Reihe, Zl. 12968.

Stenografische Sitzungsprotokolle des Tiroler Landtages 1861–1883.

Universitätsarchiv Wien: Medizin 11, Nr. 2 1839–1846, f. 118vr.

URL: <http://www.uibk.ac.at/ottenthal> [Zugriff am 02.04.2008].

URL: <http://aleph.onb.ac.at/> Katalog 1501-1929 der ÖNB [Zugriff am 05.04.2008].

61 ASBz, LA Taufers, 857, 1061. Ein ähnliches Szenario spielte sich 1888 in Ala ab. Auch dort mussten aus Platzmangel jährlich 30–40 „*Unheilbare*“ zu Lasten des Krankenhauses in Trient oder der einzelnen Familien entlassen werden. Die Stadtverwaltung bat somit um Unterstützung durch den Landesfonds um das Gebäude mit 30–35 Betten wieder instand setzen zu können. Vgl. TLA, Stenografische Sitzungsprotokolle des Tiroler Landtages (7. Session, 6. Periode 1888) 153–156.

62 Vgl. Michel FOUCAULT, *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft* (Frankfurt a. M. 1973).

Literatur

- Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten Deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie (ABGB), Theil 1 (Wien 1811).
- BEIMROHR Wilfried, Das Tiroler Landesarchiv und seine Bestände (= Tiroler Geschichtsquellen 47, Innsbruck 2002).
- DIETRICH-DAUM Elisabeth, Die Klage der Ärzte. Marktprobleme und Professionalisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Österreich. In: *bricolage* 5 (2008) 201–221.
- EGGER Gernot, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten. Arme und „Irre“ in Vorarlberg (= Studien zur Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 7, Bregenz 1990).
- FLOßMANN Ursula, Österreichische Privatrechtsgeschichte (3. verbesserte Auflage Wien u.a. 1996).
- FOUCAULT Michel, Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Frankfurt a. M. 1973).
- HEIDEGGER Maria, DIETRICH-DAUM Elisabeth, Die k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz – eine totale Institution? In: *Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit* 8/1 (2008) 69–85.
- HUNNIUS. Pharmazeutisches Wörterbuch (8. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin u.a. 1998).
- KAUFMANN Doris, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland. 1770–1850 (Göttingen 1995).
- KROPATSCHEK Joseph, Österreichische Staatsverfassung 3 (Wien 1795).
- LEDERER David, Madness, Religion and the State in Early Modern Europe. A Bavarian Beacon (Cambridge 2006).
- LINDEMANN Mary, Health & Healing in Eighteenth-Century Germany (Baltimore u.a. 1996).
- Oesterreichs Wohlfahrts-Einrichtungen 1848–1898. Festschrift zu Ehren des 50 jährigen Regierungs-Jubiläums Seiner k. u. k. Apostolischen Majestät Kaisers Franz Joseph I., Bd. III: Gesundheitspflege (Wien 1900).
- REDINGER Thomas, Zur Geschichte der psychiatrischen Disziplin. Die „Irrenanstalt“ von Hall in Tirol (1830–1882), (Diplomarbeit, Innsbruck 1998).
- REITER Ilse, Ausgewiesen, abgeschoben. Eine Geschichte des Ausweisungsrechtes in Österreich vom ausgehenden 18. bis ins 20. Jahrhundert (Frankfurt a. M. u.a. 2000).
- SAMMET Kai, Wirre Reden auf den Scillies – Augusterlebnisse eines Paralytikers. In: *Historische Anthropologie* 13 (2005) 220–244.
- SCHNETZER Norbert (Hg.), 600 Jahre Valduna: Der lange Weg – vom Klarissinnenkloster zum Landeskrankenhaus (Rankweil 1999).

- SCHOBER Richard, Geschichte des Tiroler Landtages im 19. und 20. Jahrhundert (Innsbruck 1984).
- SCHOTT Heinz, TÖLLE Rainer, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen (München 2006).
- STOLZ Josef, Mechanischer Zwang (körperliche Beschränkung) bei der Behandlung der Geisteskranken und die allmälige Beseitigung desselben in der Irrenanstalt zu Hall in Tirol. In: Zeitschrift für Psychiatrie XXVIII (1871) 519–551.
- TADDEI Elena, Bestellungsverfahren von Ärzten in Tirol in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Qualifikationen, Auswahlkriterien und Erwartungen. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Martin DINGES, Robert JÜTTE, Christine ROILO (Hg.), Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert (Innsbruck u.a. 2008) 221–237.
- TADDEI Elena, Franz von Ottenthal (1818–1899). Arzt und Tiroler Landtagsabgeordneter (Wien 2009) im Druck.
- TAIANI Rodolfo (Hg.), Alla ricerca delle menti perdute. Viaggi nell'istituzione manicomiale (Trento 2003).
- TSCHALLENER Johann, Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol; mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate (Innsbruck 1842).
- UNTERKIRCHER Alois, „Tyroler! lasset eure Kinder impfen“ – Sterblichkeitsverhältnisse und frühe Seuchenprophylaxe in Tirol am Beispiel der Pocken im 19. Jahrhundert. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Rodolfo TAIANI (Hg.), Geschichte und Region/ Storia e regione 14/1 (2005): „Medikalisierung auf dem Lande/Medicalizzazione in area alpina“ 42–69.
- WATZKA Carlos, Der ‚Irrenboom‘ in Steiermark. Zum Problem der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Moderne. In: newsletter MODERNE 5/1 (2002) 21–26.
- WATZKA Carlos, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (Köln u.a. 2005).
- WEISS Hans, Geschichte der Psychiatrie in Österreich. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2 (1978) 41–57.

KATECHISMEN, SOKRATISCHE ERZÄHLUNGEN, MERKSÄTZE

Medien der Gesundheitserziehung um 1800

1. Einleitung

Die schulische Gesundheitserziehung¹ bildete nur einen Teil der medizinischen Volksaufklärung. Abgesehen von allgemeinen Medien wie Kalendern und leicht verständlichen Broschüren, etablierten sich im Kontext der Schule spezifische, leicht zugängliche Behelfe, die dem methodischen Repertoire des Unterrichts entsprachen. So wurden Katechismen, sokratische Erzählungen und Merksätze instrumentalisiert, um Wissen zu den anthropologischen Grundkonstanten Gesundheit und Krankheit einzuprägen und respektive zu verdeutlichen. Auf steirischem Terrain produzierten die Druckerpressen schon in den 1790ern Beispiele für alle drei Vermittlungsformen.² Daher, und da die Geschichte des aufgeklärten Schulwesens bereits aufbereitet ist,³ scheint die Steiermark als Ausgangspunkt für Untersuchungen geeignet. Der Charakter der Region als rezipierende Bildungslandschaft bedingt die Frage nach auswärtigen Bezugspunkten, die am Beginn der Betrachtungen steht. Darauf folgt eine Auseinandersetzung mit den Inhalten der Fallbeispiele.

2. Vorbilder und Wege des Wissenstransfers

An der Dominanz der nord- und mitteldeutschen Pädagogen führte im späten 18. Jahrhundert kein Weg vorbei. Im Kreis jener Autoren, die sich mit der Grundschulbildung befassten, fiel Villaumes konsequentes Curriculum auf, das der Gesundheitserziehung breiten Raum zugestand und stellvertretend zitiert werden kann. Den Beginn machten „*Unterredungen*“ über die Funktionen der Körperteile und insbesondere der Sinne.⁴ Hier zeigte sich der Ansatz für sokratische Gespräche und Erzählungen, die den Unterricht auch nach dem Erlernen des Lesens begleiten sollten.⁵ Im zweiten Jahr folgten Belehrungen über „*Mäßigkeit in Essen und Trinken, im Spiele*“ sowie über die Notwendigkeit der Reinlichkeit.⁶ Die dritte Schulstufe brachte rudimentäres Wissen zu Verdauung, Atmung und Kreislauf.⁷ Im vierten Schuljahr⁸ wurden Ernährungsgewohnheiten analysiert, Alkoholika abgelehnt, koffeinhaltige Getränke skeptisch beleuchtet, Reinlichkeit für Kleidung, Wohnung und Körper postuliert oder die Gefahren der

1 „Erziehung“ kann natürlich nicht nur als bildungsoptimistischer, humaner Dienst angesehen werden, sondern muss auch kritisch als Disziplinierungsmittel interpretiert werden. Da Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit die Thematisierung von Krankheit überstrahlten, scheint der kompakte Begriff „Gesundheitserziehung“ adäquat.

2 Hier werden drei Beispiele, die in ihrer Gattung Erstlinge repräsentieren, vorgestellt: N.N., Entwurf zu einem Gesundheitskatechismus, der mit dem Religionskatechismus für die Kirchen und Schulen der K. K. Staaten verbunden werden kann (Graz 1793). Johann Jakob GABRIEL, Von den Mitteln[,] die Gesundheit zu erhalten. Ein Geschenk für Kinder. Allen Eltern, Lehrern und Jugendfreunden gewidmet (Graz, 2., vermehrte und verbesserte Auflage 1802). Erstaufflage: 1792. Michael KUNITSCH, Drey hundert fünfzig Sätze lehrreichen Inhaltes zu Vorschriften und zum Dictiren. Zusammengetragen zum Behufe für öffentliche und Privatlehrer der Deutschen Jugend (Graz 1797).

3 Walter PIETSCH, Die Theresianische Schulreform in der Steiermark (1775–1805) (Graz 1977).

4 [Peter] VILLAUME, Praktisches Handbuch für Lehrer in Bürger- und Land-Schulen (Wien 1787) 72. Erstaufflage: Dessau 1781.

5 Vgl. hierzu Heidrun ALZHEIMERHALLER, Handbuch zur narrativen Volksaufklärung. Moralische Geschichten 1780–1848 (Berlin u.a. 2004) besonders 280–331.

6 VILLAUME, Handbuch 89–91.

7 Ebd. 122–126.

8 Ebd. 138–148.

- 9 VILLAUME, Handbuch 215–230. Ein-gangs gab Villaume Tissot als Quelle an.
 10 Ebd. 106.
 11 Ebd. 156 bzw. 108–110.
 12 Ebd. 180 f.
 13 Irmtraut SAHMLAND, Der Gesund-heitskatechismus – ein spezifisches Kon-zept medizinischer Volksaufklärung. In: Sudhoffs Archiv 75 (1991) 58–73, hier 67 und 70f. Holger BÖNING, Medizinische Volksaufklärung und Öffentlichkeit. Ein Beitrag zur Popularisierung aufklärerischen Gedankengutes und zur Entstehung einer Öffentlichkeit über Gesundheitsfragen. Mit einer Bibliographie medizinischer Volksschriften. In: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur 15/1 (1990) 1–92, hier 39f.
 14 Martin VOGEL (Hg.), Bernhard Christoph FAUST, Gesundheits-Katechismus zum Gebrauche in den Schulen und beyhm häuslichen Unterrichte (Bückerburg 1794) (Dresden 1925) 5f. NB. auch die Forderung nach visuellen Behelfen für den Anatomie- und Physiologieunterricht ebd. 15. Auf Grund der teuren Kupferstiche handelte es sich jedoch um ein weniger leicht zugängliches Medium.
 15 Ebd. 4.
 16 N.N., N.N. [Bernhard Christoph FAUST], Entwurf zu einem Gesundheits-Catechismus für die Kirchen und Schulen der Grafschaft Schaumburg-Lippe (Bückerburg, neueste Auflage 1793). In: Journal für Damen und andere Frauenzimmer (22. Mai 1793) 179–181, hier 181: „Hier in Grätz ist diese nämliche Schrift unter dem Titel: ‚Entwurf zu einem Gesundheits-Katechismus, der mit dem Religions-Katechismus für die k. k. Staaten verbunden werden kann‘ in der Trötscherschen Buchhandlung das Exemplar broschürt für 4 1/2 kr. zu haben.“
 17 Siehe für die Erzählungen in GABRIEL, Von den Mitteln (mit Seitennachweisen in Klammern): Friedrich Eberhard von ROCHOW, Der Kinderfreund. Ein Lesebuch zum Gebrauch in Landschulen 1 (Brandenburg und Leipzig 1776), Nr. 28 (52f), 32 (54f), 53 (57), 54 (59), 60 (73f), 71 (44f) u. 2 (1779), Nr. 27 (53f), 39 (39–41), 40 (59f). Aus dem lokalen Plagiat nach Rudolph Zacharias BECKER: N.N., Noth- und Hülf-Büchlein für Bauersleute, oder lehrreiche Freuden- und Trauer-Geschichte des Dorfs Mildheim. Für Junge und Alte beschrieben (Graz 1789) 92f (21f), 93 (22), 100 (23f), 114f (19f), 115 (20f). VILLAUME, Handbuch 90 (13f). NB. als Wiener Nachdruck die hier zitierte Villaumeausgabe.
 18 Michael KUNITZSCH, Moralische Erzählungen, Geschichten, Beyspiele und Gespräche, zum Behufe für Landschullehrer und zur Bildung für deutsche Jünglinge. Gesammelt und bearbeitet (Graz 1798) 2, 4f, 10–12.

Leidenschaften ausgebreitet. Die übliche Warnung, sich nicht abrupt von der Hitze in die Kälte zu begeben, wurde durch einen Hinweis auf russische Badegewohnheiten relativiert. Im abschließenden sechsten Jahr nahm das Verhalten in Krankheiten umfassenden Raum ein.⁹ Kranke mussten sich demnach schonen, viel trinken, durften nur leichte Speisen zu sich nehmen. Ihr Umfeld sollte rein gehalten werden. Vor dem traditionellen Ergreifen Hitze fördernder Mittel wurde abgeraten, während die Konsultation akkreditierten Heilpersonals empfohlen wurde. Allerdings fanden sich auch einfache Tinkturen gegen Brandschäden, Hautausschläge, Quetschungen und Insektenstiche oder ein Rezept für ein Brechmittel. Der Ruhr und den Pocken waren eigene Abschnitte eingeräumt. Im letztgenannten Fall wurde die Impfung kurz erwähnt. Abseits dieses systematischen Entwurfs konnte die Gesundheitserziehung unterschwellige Formen annehmen. So wurde das Erlernen des Schreibens auf seine mögliche Pathologie hin untersucht.¹⁰ War diese Fähigkeit erlernt, boten Diktate zur Festigung der Orthographiekenntnisse und kalligraphische Übungen Möglichkeiten, verschiedenste Inhalte zu vermitteln.¹¹ Zu den Methoden auditiver Natur trat dadurch das haptische Element, und nicht zuletzt fügte sich dieses Mittel in die mehrklassige Schulrealität ein. Während sich die Lehrperson mit einer Gruppe von Kindern beschäftigte, übten sich andere, fortgeschrittenere im Schreiben von Buchstaben oder im Abschreiben so genannter Vorschriften. Aufsätze markierten die höchste Stufe der Reflexion.¹²

Im Gegensatz zu diesen subtilen Vermittlungsmethoden wirkte Fausts Konzept des 1792 erstmals veröffentlichten *Entwurfs zu einem Gesundheits-Catechismus* mit verkürzten Inhalten in trockenem Stil geradezu anachronistisch.¹³ Dem Namen nach stand er in der Tradition kirchlicher Vermittlungstraditionen und sollte diese – quasi als Appendix – um das Sachgebiet Gesundheit erweitern. Allerdings verkörperte dieses Mittel der meist dialogischen Wissensvermittlung insbesondere ab der Aufklärung gleichzeitig eine verschriftlichte Spur allgemeiner Lehrmethoden und ihrer Hauptinhalte. Faust selbst war sich der Einschränkung bewusst und befasste sich im endgültigen Gesundheitskatechismus kritisch mit seinem eigenen Werk. Einleitend wandte er sich gegen mechanische Repetitionen, und auch er verlangte von den Lehrenden Erklärungen, „*fortschreitende Fragen*“ und Gespräche respektive „*Erzählungen*“ als flankierende Maßnahmen bei Lektüre und Verinnerlichung der Inhalte, um den Intellekt und nicht nur das Gedächtnis zu fördern.¹⁴ Zudem zitierte der Arzt eine Würzburger Vorschrift, wonach der Gesundheitskatechismus als Grundlage für Diktate und Schönschreibübungen dienen sollte. Letztlich würde „... *das ganze Werkchen den Kindern gleichsam in die Hände geliefert, und dessen Inhalt nach und nach in Umlauf gesetzt*“.¹⁵

Der Wissenstransfer in die Steiermark verlief sowohl direkt als auch indirekt. So handelte es sich bei der Grazer Version des Gesundheitskatechismus um ein Plagiat des Vorbildes,¹⁶ und auch andere direkte

Referenzen fielen auf.¹⁷ Weitere Indizien bezeugten Zwischenstationen in der Habsburgermonarchie und in ihrem unmittelbaren geographischen Umfeld. Ignaz Richard Wilfling,¹⁸ ein gebürtiger Steirer, der maßgeblich am Ausbau des deutschen Prager Schulwesens teilnahm, diente genauso als Bindeglied wie Franz Michael Vierthaler,¹⁹ der das Salzburger Schulwesen reformierte. Beide bezogen sich in ihren theoretischen und durchaus reflektierten Werken auf Leitbilder der deutschsprachigen Pädagogik.²⁰ Vor allem Vierthaler relativierte diese Vorgaben, und auch die Gesundheitserziehung wies er in engere Schranken.²¹ Kapitel über „*Medicin*“ in „*Schul- und Volksbüchern*“ und Lehrende, die höchstens einen „*Halbarzt*“ abgaben, waren ihm ein Ärgernis. Verwechslungsmöglichkeiten könnten außerdem dazu führen, dass Unerfahrene „*an sich selbst zum Mörder*“ würden.

3. Steirische Beispiele

Der in der Steiermark gedruckte Gesundheitskatechismus deckte sein Themenfeld wie sein Vorbild umfassend ab. Auf langatmige banale Fragen zur Definition von Gesundheit²² folgten Überlegungen zu Zeugung und erster Versorgung gesunden Nachwuchses.²³ Schon hier zeigte sich, dass der Leitfaden die Kinder auch nach der Schulzeit begleiten sollte. Die Wichtigkeit frischer Luft wurde ebenso ausgeführt wie Ermahnungen zur Reinlichkeit.²⁴ Die richtige Kleidung wurde sowohl generell als auch im Hinblick auf unnötiges Warmhalten von Kopf und Hals thematisiert.²⁵ Der ideale Zustand der Wohnungen und die Zimmertemperatur, die mit ökonomischen Aspekten der Brennmaterialersparnis kombiniert wurde, leiteten zu Warnungen vor Hitze- respektive Kälteschäden über.²⁶ Erläuterungen zu Speisen und Getränken durften ebenfalls nicht fehlen.²⁷ Neben alkoholischen Getränken galten besorgte Worte auch dem Tabak.²⁸ Ein Kapitel über Gewitter²⁹ rundete den ersten Teil ab. Der zweite Teil enthielt nach einem eindringlichen Plädoyer für die akkreditierte Heilkunde³⁰ vorwiegend diätetische Instruktionen für Kranke.³¹ Ansteckende Krankheiten nahmen besondere Aufmerksamkeit in Anspruch.³²

Die Grazer Monographie im Bereich der Sokratik, die ein Priester und Katechet kompilierte, wandte sich laut „*Vorrede*“ gegen Fausts Gesundheitskatechismus, den es zu ersetzen galt.³³ War beim Katechismus der Umfang der Information von zentralem Interesse, so muss nun zusätzlich der Stil betrachtet werden. Außerdem erlaubt die Reichhaltigkeit der Schilderungen breiteren interpretatorischen Spielraum. Die in persönlichem Stil angesprochene Jugend wurde durch fiktive oder historisch anmutende Geschichten, Dialoge, Verhaltensregeln und Raisonnements belehrt.³⁴ Als Königsweg zur Gesundheitspflege wurde die „*Gewohnheit*“ gesunden Verhaltens vorgestellt, die durch Wissen um die Vermeidung von Krankheiten ergänzt werden musste.³⁵ Eingang demonstrierte das Beispiel des „*Herr[n] Oront*“

19 Siehe das prominente Eingangszitat bei Franz Xaver SPERL, *Lehrreiche Stoffe zu Vorschriften und zum Dicitiren. Auch als Lese- und Memorirbuch für Kinder zu gebrauchen* (Graz 1817).

20 Ignaz Richard WILFLING, *Was muß ein Kreisschulvisitator wissen und thun, um der Kirche sowohl als dem Staate wahren Nutzen zu schaffen? oder: Fragen, welche bei dem im November 1786 zu Prag gehaltenen Konkurse den Kandidaten zu Kreisschulkommissärstellen aufgegeben worden, in Kürze beantwortet* (Prag und Leipzig 1787) 60; Basedow, Campe, Resewitz, Rochow, Salzmann, Villame, Weiße. Bzw. Fr.[anz] Michael VIERTHALER, *Elemente der Methodik und Pädagogik, nebst kurzen Erläuterungen derselben* (Salzburg 1791) 72–75; Basedow, Resewitz, Riemann, Rochow, Villame (neben anderen Einzelbelegen).

21 VIERTHALER, *Elemente* 119f. Dieser Ansatz entsprach dem gewandelten Verhältnis zur Aufklärung, bedingt durch die revolutionären Ereignisse ab 1789. Andererseits sind die Zuordnung zum süddeutschen Raum im Allgemeinen und insbesondere die Nähe zur *Medicisch-chirurgischen Zeitung*, die ab 1790 erschien und eine strikte Linie gegenüber der medizinischen Volksaufklärung vertrat, auffällig. Vgl. z.B. die harsche Kritik an Faust: J.[ohann] J.[akob] HARTENKEIL, F.[ranz] X.[aver] MEZLER (Hg.), *Medicisch-chirurgische Zeitung* 4/3 (1793) 84–95.

22 N.N., Entwurf 4–6.

23 Ebd. 5–7.

24 Ebd. 7–9 bzw. 10f.

25 Ebd. 11–14.

26 Ebd. 20–22. Vgl. für die Schulbauten ebd. 45. In eine ähnliche wirtschaftliche Kerbschlag das Lob der Arbeitsamkeit ebd. 24–26.

27 Ebd. 14–17.

28 Ebd. 17–19 bzw. 20.

29 Ebd. 22f.

30 Ebd. 26–29.

31 Ebd. 29–44.

32 Allgemein ebd. 36–38. Zu Pocken ebd. 38–42. Zu Masern ebd. 42. Zu Ruhr ebd. 42–44.

33 GABRIEL, *Von den Mitteln*. NB. sogar die positive Aufnahme bei HARTENKEIL, MEZLER, *Zeitung* 4/2 (1793) 46–48. Es handelt sich um eine der ersten exklusiv der Gesundheit gewidmeten Sammlungen dieser Art: Siehe Annette M.[iriam] STROß, *Pädagogik und Medizin. Ihre Beziehungen in „Gesundheitserziehung“ und wissenschaftlicher Pädagogik 1779–1933* (= *Bibliothek für Bildungsforschung* 17, Weinheim 2000) 360. Zum Autor: Joh[ann] Baptist von WINKLERN, *Biographische und litterarische Nachrichten von den Schriftstellern und Künstlern, welche in dem Herzogthume Steyermark geboren sind, und in, oder außer demselben gelebt*

haben und noch leben. In alphabetischer Ordnung. Ein Beytrag zur National-Litterärsgeschichte Oesterreichs (Graz 1810).

34 In Summe 25 Erzählungen und zwei Dialoge. Unglücksfälle wie Scheintod infolge von Unterkühlung, Beinahe Erstickten, Ertrinken oder Erhängen wurden großteils mit Instruktionen bedacht.

35 GABRIEL, Von den Mitteln 11f.

36 Ebd. 5f.

37 Ebd. 7.

38 Ebd. 6f.

39 Ebd. 9. Die Abschreckung durch den letalen Ausgang kann nicht nur als schwarze Pädagogik abgetan werden, sondern muss im Verhältnis zu Lebenserwartung und Kindersterblichkeit bei medizinischer Unterversorgung und Seuchengefahr um 1800 eingeschätzt werden. Andererseits illustrierte gerade das Einstiegsbeispiel den konträren Fall von Zivilisationskrankheiten einer zugellosten, übersättigten Gesellschaft.

40 Ebd. 16f.

41 Ebd. 73f.

42 Ebd. 55f.

43 Ebd. 52f.

44 Ebd. 32f.

45 Ebd. 48f.

46 Ebd. 66.

47 Ebd. 46f, 51f. Damit korrespondierte das Überwiegen selbstverschuldeter Übel.

48 Ebd. 39f, 50 (statt Zuflucht bei „weisen Männern [sic!], alten Mütterchen, Scharfrichtern, Marktschreyern“), 57 („verständiger“ [!] „Bader“), 59f NB. die Empfehlungen, bei Notsituationen schnellstmöglich Ärzte zu holen ebd. 66–71. Vgl. die Widerlegung des Vorurteils vom profitgierigen akkreditierten Arzt ebd. 57f.

49 Ebd. 39–41. Vgl. allgemein. ebd. 59 und für die Befolgung von Predigten ebd. 52.

50 Ebd. 9, 46f.

51 Ebd. 22, 59f.

und seiner Kinder eine maßvolle Lebensführung.³⁶ Der Fleischkonsum hielt sich zugunsten des Verzehrs von Obst und Gemüse in Grenzen. Naschereien kamen nicht auf den Tisch. Der Verzicht auf überheizte Zimmer und Betten, das Ertragen kalter Witterung sowie das der Reinlichkeit zuträgliche Waschen mit Kaltwasser dienten der Abhärtung. Die derartig Erzogenen versprühten „jugendliches Feuer“, ihre Backen glichen farblich „Rosen“, und ihre Konstitution wurde mit der Kraft von „jungen Rehe[n]“ verglichen.³⁷ Die in gegensätzlicher Weise verzärtelten, kränklichen Kinder des „Herrn Weichlich“ erschienen hingegen drastisch-realistisch als „elend“, ihre Haut war „gelb“ gefärbt, „blaue Lippen“, „eingefallene Augen“, Zahnschäden und allgemeine Schwäche ergänzten den erbärmlichen Eindruck. An ihrem Verhalten fiel das lustlose Essen auf.³⁸ Als Folge dieses Lebensstils mussten drei der vier Sprösslinge ihr Leben lassen, wobei zwei Geschwister schon von banalen Erkältungen, die sie sich beim Spielen im Winter zugezogen hatten, dahingerafft wurden.³⁹

Fehlverhalten wurde jedoch nicht nur mit physischen, sondern auch mit religiösen und sozialen Aspekten verknüpft. So sah sich ein in die Naschsucht abgeglittener Jugendlicher zuerst zur Beschaffungskriminalität gezwungen und erlitt auf der Flucht vor weltlicher Strafverfolgung und „Schande“ nach Ostindien durch „göttliche“ Ahndung den Tod beim Untergang seines Schiffes.⁴⁰ Im konträren Fall verhalf eine moralische Lebensführung zu Standhaftigkeit im Angesicht des Todes. Die letzte Erzählung handelte beispielsweise von einem tugendhaften Knaben, der im Sterben seine Eltern tröstete und ihnen, vor allem für die Gewährung schulischer Bildung, dankte.⁴¹ Explizit wurde die Hinwendung zu Gott bei Leiden der Seele, wie „Schweremuth“ oder „Raserey“, empfohlen.⁴² Der Konnex von psychischen Regungen und Krankheiten an sich wurde etwa am Beispiel einer von „Neid“ besessenen Bäuerin aufgezeigt, die letztlich frühzeitig am „Gallenfieber“ starb.⁴³ Der „einfältig[e]“ Niklas wurde wiederum durch mangelnde Körperhygiene von „Ausschlag“, Mundgeruch sowie „Ungeziefer“ geplagt und „wurde am Ende stinkend, bekam eine ungesunde gelbe Farbe, so daß jedermann sich scheuete mit ihm umzugehen“.⁴⁴ Andererseits verfügte ein mit der Tollwut infizierter Diener, festgebunden zu werden, um Schäden durch sein Verhalten von seiner Umwelt fernzuhalten.⁴⁵ Bei Verunglückten wurde die Erste-Hilfe-Leistung prinzipiell als „Pflicht“ postuliert,⁴⁶ während Mildtätigkeit⁴⁷ gegenüber Kranken unterrepräsentiert blieb.

Medikalisierungstendenzen machten sich mit Ratschlägen, akkreditierte Heilkundige zu konsultieren,⁴⁸ bemerkbar. Waren diese nicht greifbar, so sprangen Mitglieder der Elite, wie ein Pfarrer, der in einer epidemischen Notsituation vor Hitze fördernden Mitteln warnte,⁴⁹ ein. Auch er verwies auf die Kompetenz geprüfter Ärzte. Teile der Gemeinde erwiesen sich jedoch als „zweifelsüchtig“, vertrauten dem Heilwissen des „Halter[s]“ und lieferten sich so der Lebensgefahr aus. Im Familienkreis galt das Vorbild des Vaters⁵⁰, der Eltern⁵¹ oder auch klügerer

Geschwister⁵² als *ultima ratio*. Krankheit konnte so auch als Zuwiderhandeln gegenüber jenen interpretiert werden, denen das Kind Gehorsam schuldete. Mit dem negativen Einfluss einer Amme⁵³ deutete eine Geschichte letztlich auch die Kampagne gegen diese Dienstleisterinnen an.

Die erste steirische Merksatzsammlung besorgte ein umtriebiger Lehrer.⁵⁴ Von den insgesamt 350 Nummern können 55 der Gesundheitspflege zugerechnet werden. Sie mischten sich unter Lehrreiches aus Ökonomie, Naturkunde, Geographie, Moral, Religion oder Lebensklugheit und zum generellen Wert des Lernens. Die Auflistung veranschaulicht die sachliche Streuung und ihre Schwerpunkte. Naturgemäß bestanden – wie ein Vergleich der Nummern demonstriert – zahlreiche Überschneidungen zwischen den Gebieten der Gesundheitsfürsorge.

Themen und ihre Häufigkeit	Nummern
Diätetik	
Ernährung	12 27,47,72,81,89,123,134,178,213,258,311f.
Krankenkost	4 64,83,152,313
Arbeit, Bewegung	12 3,15,41,47,64,74,82,122,157,169,213,218
Leidenschaften	9 15,41,61,64,74,122f.,213,258
Atmen reiner Luft	6 3,15,47,169,184,195
Reinigung der Luft	2 46,316
Schlafen/Wachen	4 27,65,213,218
Schwitzen	3 20,83,313
Vorsichtsmaßnahmen	
Maßhalten	13 15,27,47,61,72,81,89,122f.,169,178,213,258
Prävention allgemein	3 17,169,320
Lebensmittelqualität	5 306f.,317-319
Verhalten bei Seuchen	5 15,20,83,307,315
Abhärtung	3 134,169,194
Feuergefahr	2 49,69
Umgang mit Waffen	1 58
Alkoholika	3 64,72,178
(Gift-)Pilze	1 77
Diverses	
Reinlichkeit	3 15,134,194
Kleidung	2 47,134
Wohnen	2 47,134
Umgang mit Behinderten	3 86,139f.
Besorgter Brief an einen Kranken	1 56
Funktionen der Sinne	2 17,124
Weitere Körperfunktionen	2 74,81
Physische Entwicklung und Altern	1 101
Vertrauen in die akkreditierte Heilkunde	3 20,64,71
Gesundheit der Tiere	3 163,168,311
Erste Hilfe bei blutenden Wunden	1 314

Somit wurde auch in dieser Gattung – wie bei den beiden zuvor behandelten – ein breites gesundheitspädagogisches Spektrum mit den schon bekannten Konnotationen⁵⁵ abgedeckt.

52 GABRIEL, Von den Mitteln 15 und 16. In beiden Fällen handelte es sich um weisere Schwestern. NB. in diesem Kontext die allgemeine Bedeutung der weiblichen Haushaltsmitglieder für die Gesundheit. Im Part der uneinsichtigen Geschädigten überzeugten hingegen männliche Individuen.

53 Ebd. 16.

54 KUNITSCH, Sätze IXf. Kunitsch bezeichnete seine Kompilation als erstes derartiges „*inländisches Werkchen*“. Mit Inland dürfte die Habsburgermonarchie gemeint sein. Im gleichen Atemzug erwähnte er nämlich je ein Vorbild aus Salzburg, das noch nicht der Monarchie angehörte, und aus Halle. Zum Autor: PIETSCH, Schulreform 166–169.

55 Besonders dicht, mit religiösen sowie sozialdisziplinierenden Untertönen, und als Probe für den Stil etwa KUNITSCH, Sätze 21: „72. *Bey der Mahlzeit genieße soviel von den Speisen, bis du dich gesättiget hast; aber du muß dich nicht überfüllen, und deiner Gesundheit schaden. Trinke, was dir nöthig oder zuträglich ist, und freue dich der Güte deines Gottes; beausche dich aber nicht, damit du nicht als ein Trunkenbold Gott verhaßt und vor Menschen lächerlich und verächtlich wirst.*“ Für die seltenere Versform mit Reimen ebd. 56, Nr. 213.

Quellen

- GABRIEL Johann Jakob, Von den Mitteln[,] die Gesundheit zu erhalten. Ein Geschenk für Kinder. Allen Eltern, Lehrern und Jugendfreunden gewidmet (Graz, 2., vermehrte und verbesserte Auflage 1802).
- HARTENKEIL J.[ohann] J.[akob], MEZLER, F.[ranz] X.[aver] (Hg.), Medicinisch-chirurgische Zeitung 4 (1793).
- KUNITSCH Michael, Drey hundert fünfzig Sätze lehrreichen Inhaltes zu Vorschriften und zum Dictiren. Zusammengetragen zum Behufe für öffentliche und Privatlehrer der Deutschen Jugend (Graz 1797).
- KUNITSCH Michael, Moralische Erzählungen, Geschichten, Beyspiele und Gespräche, zum Behufe für Landschullehrer und zur Bildung für deutsche Jünglinge. Gesammelt und bearbeitet (Graz 1798).
- N.N., Entwurf zu einem Gesundheitskatechismus, der mit dem Religionskatechismus für die Kirchen und Schulen der K. K. Staaten verbunden werden kann (Graz 1793).
- N.N., N.N. [Bernhard Christoph FAUST], Entwurf zu einem Gesundheits-Catechismus für die Kirchen und Schulen der Grafschaft Schaumburg-Lippe (Bückeburg, neueste Auflage 1793). In: Journal für Damen und andere Frauenzimmer (22. Mai 1793) 179–181.
- N.N., Noth- und Hülf-Büchlein für Bauersleute. oder lehrreiche Freuden- und Trauer-Geschichte des Dorfs Mildheim. Für Junge und Alte beschrieben (Graz 1789).
- ROCHOW Friedrich Eberhard von, Der Kinderfreund. Ein Lesebuch zum Gebrauch in Landschulen 1 (Brandenburg und Leipzig 1776). 2 (1779).
- SPERL Franz Xaver, Lehrreiche Stoffe zu Vorschriften und zum Dictiren. Auch als Lese- und Memorirbuch für Kinder zu gebrauchen (Graz² 1817).
- VIERTHALER Fr.[anz] Michael, Elemente der Methodik und Pädagogik, nebst kurzen Erläuterungen derselben (Salzburg 1791).
- VILLAUME [Peter], Praktisches Handbuch für Lehrer in Bürger- und Land-Schulen (Wien 1787).
- VOGEL Martin (Hg.), Bernhard Christoph FAUST, Gesundheits-Katechismus zum Gebrauche in den Schulen und bey dem häuslichen Unterrichte (Bückeburg 1794) (Dresden 1925).
- WILFLING Ignaz Richard, Was muß ein Kreisschulvisitator wissen und thun, um der Kirche sowohl als dem Staate wahren Nutzen zu schaffen? oder: Fragen, welche bei dem im November 1786 zu Prag gehaltenen Konkurse den Kandidaten zu Kreisschulkommissärstellen aufgegeben worden, in Kürze beantwortet (Prag und Leipzig 1787).

Literatur

- ALZHEIMER-HALLER Heidrun, Handbuch zur narrativen Volksaufklärung. Moralische Geschichten 1780–1848 (Berlin u.a. 2004).
- BÖNING Holger, Medizinische Volksaufklärung und Öffentlichkeit. Ein Beitrag zur Popularisierung aufklärerischen Gedankengutes und zur Entstehung einer Öffentlichkeit über Gesundheitsfragen. Mit einer Bibliographie medizinischer Volksschriften. In: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur 15/1 (1990) 1–92.
- PIETSCH Walter, Die Theresianische Schulreform in der Steiermark (1775–1805) (Graz 1977).
- SAHMLAND Irmtraut, Der Gesundheitskatechismus – ein spezifisches Konzept medizinischer Volksaufklärung. In: Sudhoffs Archiv 75 (1991) 58–73.,
- STROß Annette M.[iriam], Pädagogik und Medizin. Ihre Beziehungen in „Gesundheitserziehung“ und wissenschaftlicher Pädagogik 1779–1933 (= Bibliothek für Bildungsforschung 17, Weinheim 2000).
- WINKLERN Joh.[ann] Baptist von, Biographische und litterarische Nachrichten von den Schriftstellern und Künstlern, welche in dem Herzogthume Steyermark geboren sind, und in, oder außer demselben gelebt haben und noch leben. In alphabetischer Ordnung. Ein Beytrag zur National-Litterärgeschichte Oesterreichs (Graz 1810).



IL SUICIDIO NEL TRENTINO ASBURGICO:

Tra società e medicina (1816–1918)

1. Una conclusione per iniziare

Al termine della mia riflessione sul suicidio nel Trentino asburgico dopo anni di studio del fenomeno, inserito nel più ampio contesto della storia della popolazione con particolare attenzione per la dinamica demografica – perseguendo un itinerario di ricerca pluridecennale –, ho maturato delle perplessità: infatti, l'analisi quantitativa della ricerca mi lascia perplessa al punto da essere passata in secondo piano rispetto alla critica delle fonti e dei dati. Probabilmente è un mio problema, perchè mi scontro sempre con una tipologia di fonti che io, storica, non riesco ad accettare come rappresentative nel lungo-medio periodo per le molteplici lacune e difformità che rilevo in esse; i colleghi demografi applicano correttivi matematici e modelli onde ovviare a tale inconveniente: ma ciò non soddisfa la mia metodologia di analisi storica.

Questo è il motivo per cui, dopo una laboriosa elaborazione sulla mortalità per suicidio che consente di sbizzarrirmi con tutti i possibili incroci sulle molte variabili rilevate, di fare mappe tematiche delle zone campionate, ritengo che nel presente articolo sia più proficuo rimanere nel campo descrittivo-qualitativo, posponendo l'analisi quantitativa e le relative critiche – stante il lungo lavoro che ciò richiederebbe per essere a mio parere accettabile in ambito storico – poiché sono convinta che sia fondamentale restringere l'indagine per avviare una solida base critica di contesto prima di definire le specificità connesse all'evento suicidario, al fine di non proporre analisi seriali capaci solo di appiattirle.

2. Presentazione

Il suicidio è un avvenimento sociale da sempre presente nella società umana, che occupa molto spazio nell'immaginario collettivo e che nel corso dell'Ottocento ha interessato sempre più ampiamente la nascente psichiatria: di qui nella mia trattazione il suo essere ai confini tra società e medicina. In quanto storica, ho accolto la tesi di una psichiatria che ha „celato a sé stessa le proprie radici storico-sociali nella presunzione dell'ideale della neutralità della scienza“¹, scegliendo il fondamento somato-biologico quale emblema della psichiatria (italiana e non solo), nell'illusione di non compromettersi

1 Ferruccio GIACANELLI, Per una storia sociale della psichiatria italiana. In: CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA (Hg.), Storia della sanità in Italia (Roma 1978) 219–233, hier 220. Un doveroso ringraziamento agli allievi del corso di Storia dell'Università della Terza Età di Trento (1993–96) che si sono prestati per l'onerosa opera di rilevazione dei suicidi nei registri dei defunti conservati presso l'Archivio Diocesano di Trento, cui dedico questo articolo con tarda riconoscenza, nonché al Direttore dell'Archivio don Livio Sparapani che con competenza e pazienza li ha ospitati e seguiti.

con i processi sociali e culturali – e con la storia.

In proposito, però, vorrei anche riportare una indicazione metodologica dello storico Franco Della Peruta, il quale asseriva la necessità di:

*„arrivare ad una saldatura negli studi di storia della medicina e della sanità tra l’approccio “interno”, attento soprattutto alle vicende e agli sviluppi della scienza, e l’approccio storico-sociale, che cerca di collocare l’analisi dei fatti morbosi nel concreto contesto di una società storicamente determinata nella sua struttura e nei suoi caratteri“.*²

È questa una suggestiva traccia di ricerca che ho fatto mia nella presente analisi, perché ritengo che le problematiche connesse al suicidio trovano in tale impostazione una stimolante prospettiva di indagine.

Nello specifico del caso in esame il periodo si apre con l’avvento di un governo la cui politica connota fortemente la società trentina, nonché con l’inizio della sistematica trascrizione dei suicidi secondo precise regole statali, e citando Morin possiamo ben dire „che una riforma della morte può essere solo l’altra faccia di una riforma della vita“³. La morte nel Trentino asburgico, quale essa fosse, passava così dal dominio del sacro e del privato alla razionalizzazione amministrativa dell’impero d’Austria.⁴

Ho inteso, pertanto, affrontare lo studio del suicidio come una ricerca di storia della società che ne fa da sfondo, mettendo al centro dell’indagine l’uomo non nella sua circoscritta individualità, bensì in quanto parte di un aggregato sociale composito, perseguendo l’idea di un affresco che facesse risaltare l’evento suicidio.⁵

L’aspetto materiale del suicidio è chiaramente definibile come azione individuale per porre fine alla propria vita, la considerazione delle motivazioni che lo determinano, invece, è cosa assai più complessa che richiede ampie indagini e approfonditi apporti culturali correttamente contestualizzati. Sullo scenario della ottocentesca provincia trentina si profilava la fine di un immoto mondo alpino, dove la certezza delle tradizioni non era più sufficiente a sedare l’angoscia insinuante dell’intrinseca debolezza in un ambiente obsoleto e la sua gente affrontava, non senza sgomento, l’accentuarsi dei suicidi. O, forse, semplicemente si confrontava per la prima volta con i „*numeri dei suicidi*“, grazie all’introduzione della „*verifica di morte*“ nei registri parrocchiali dei defunti, fonte che chi scrive ha esaminato per questo studio, incrociandola con la legislazione civile e le norme di polizia su una circostanza che non poteva più essere celata alla società dal clero compiacente, ma poteva in ogni modo essere alterata grazie a certificazioni di morte modificate per malintese questioni di morale e di ordine sociale.

La sovrapposizione nella persona del parroco della figura dell’ufficiale di stato civile, introdotta da un decreto dell’I. R. Commissione Aulica

2 Franco DELLA PERUTA, Per uno studio della malattia come ricerca di storia della società (1815–1914). In: CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA (Hg.), Storia della sanità in Italia (Roma 1978) 25–41, 25.

3 Edgard MORIN, L’uomo e la morte (Roma 1980) 9.

4 Casimira GRANDI, Gio Batta Cucati, becchino (1814–1848). In: Claudia PANCINO, Renato G. MAZZOLINI (Hg.), Un bazar di storie (Trento 2006) 167–192.

5 Per l’approccio metodologico alle popolazioni alpine: Stefano LEVATI, Luigi LORENZETTI (Hg.), Dalla Sila alle Alpi (Milano 2008).

Centrale d'Organizzazione nel 1815⁶, determinava il passaggio delle competenze in materia di anagrafe dalle autorità civili a quelle ecclesiastiche, o più precisamente:

„Il clero curato del Trentino rientrava così in possesso delle sue vecchie prerogative, rinvigorite anzi dal prestigio che ad esse veniva dato dal nuovo ordinamento giuridico introdotto con il Codice civile universale austriaco”⁷.

I grandi avvenimenti della vita umana continuavano ad essere opportunamente sottoposti all'oculato governo della Chiesa per buona pace dei benpensanti, ma al contempo il citato decreto prescriveva la compilazione dei registri secondo meticolose istruzioni, mirate all'unificazione delle trascrizioni; tale azione era finalizzata a consentire la trasmissione dei dati raccolti alle autorità civili di competenza incaricate di redigere le periodiche statistiche sulla dinamica naturale della popolazione dell'impero, dove la descrizione degli eventi naturali attinenti alla popolazione avrebbero dovuto consentire anche un complesso di indagini intese a misurare le relazioni e le leggi cui erano sottoposti.⁸ Questa procedura rappresentava l'innovazione significativa di un movimento riformatore – non completamente riuscito – che implicava l'intervento dello Stato in settori della vita fino allora di esclusiva competenza ecclesiastica, fatto attraverso provvedimenti che si situavano all'incrocio di cambiamenti e riorganizzazioni concernenti aspetti amministrativi di varia natura; tale mutamento implicava l'assunzione di responsabilità da parte delle autorità sulla vita dei cittadini, segnando l'avvento di una politica che avrebbe conformato fortemente la struttura sociale trentina, mirante all'affermazione del potere centrale secondo un preciso progetto di ordine pubblico.⁹ Il nuovo governo proponeva norme razionali sul controllo statistico – e implicitamente sociale – della dinamica naturale, cui la coincidenza degli interessi di Stato e Chiesa sulla popolazione bene si prestava all'attenta documentazione dei principali eventi della vita umana, quali erano la nascita, il matrimonio e la morte.¹⁰ Il cessato Principato Vescovile di Trento aveva organizzato i registri parrocchiali solo per finalità religiose, quindi le informazioni a corredo dei sacramenti erano molto più concise e meno omologate; pertanto, il clero trentino doveva semplicemente continuare la consueta documentazione con l'aggiunta delle ulteriori notizie richieste dallo Stato.¹¹

Al parroco asburgico spettava pure il rilascio di tutti i certificati che derivavano dai registri parrocchiali e, inoltre, delle attestazioni di moralità, povertà ed „esistenza in vita” dei pensionati statali: incombenze che ne definiscono pienamente la figura di ufficiale di stato civile, ma soprattutto fanno rilevare la sua potenziale capacità di controllo sociale grazie al duplice incarico che ricopriva. Ed era nella complessa figura del parroco, che le incombenze complementari alla

6 Intorno ai registri dei matrimoni, delle nascite e delle morti, in: Raccolta delle Leggi Provinciali, per il Tirolo e Vorarlberg per l'anno MDCCXV, II (1822) 405-408.

7 Casimira GRANDI, „Curatore d'anime dello stato civile”: il parroco durante la dominazione asburgica (1814-1918). In: Gauro COPPOLA, Casimira GRANDI (Hg.), La „conta delle anime”. Popolazione e registri parrocchiali: questioni di metodo ed esperienze (Bologna 1989) 251-273.

8 Ordinanza governativa 30 giugno 1815, n. 368; Casimira GRANDI, La valenza numerica della collettività: una suggestione per i politici? Alcuni elementi per la storia della popolazione trentina. In: Luigi BLANCO (Hg.), Le radici dell'autonomia (Milano 2005) 83-97.

9 Casimira GRANDI, Gente del Trentino. In: Andrea LEONARDI, Maria GARBARI (Hg.), L'età contemporanea 1803-1918 (Bologna 2000) 839-872, hier 848.

10 Umberto CORSINI, La politica ecclesiastica dell'Austria nel Trentino dopo la secolarizzazione del Principato e la sua annessione. In: Miscellanea in onore di Roberto Cessi (= Edizioni di Storia e Letteratura 3, Roma 1958) 56-76.

11 Livio SPARAPANI (Hg.), Scritture parrocchiali della Diocesi di Trento. Fonti per la storia della popolazione II (Roma 1992).

tenuta dei registri ecclesiastici avevano trasformato in funzionario statale, che le tematiche connesse al suicidio assumono contorni problematici: per la discrezionalità interpretativa cui si prestavano le «verifiche di morte» rilasciate dal medico „visitatore dei morti“ nella fase della loro trascrizione sull'apposita colonna del libro parrocchiale dei defunti, alla voce „*malattia e Qualità della morte*“¹², perché il „*curatore d'anime dello stato civile*“ era comunque sopraffatto dal suo esercizio sacerdotale.

3. Il percorso di ricerca

Dalla disamina delle possibili fonti sulla mortalità suicidaria nel Trentino austriaco risalta l'importanza di quelle religiose – nonostante i limiti su esposti –, che si evidenzia per la ricchezza delle informazioni, non ultimo a fronte della carente documentazione civile conservata nel competente Fondo Polizia conservato presso l'Archivio di Stato di Trento. Pur nel sostanziale apprezzamento delle fonti ecclesiastiche, non ultimo per la costante presenza parallela di registri complementari e per la sostanziale continuità dei metodi di rilevazione,¹³ la definizione delle cause di morte risulta essere l'aspetto più debole in tali atti, infatti alla già citata discrezionalità del clero nelle trascrizioni sovente si aggiungeva la inattendibilità di diagnosi fumose e abborracciate, ulteriormente complicate da un copista poco avvezzo alla terminologia medica. E tralascio volutamente qualsiasi commento sulle diagnosi dell'epoca, limitandomi a ricordare che „*l'attività che i medici svolgono è espressione della società, dei rapporti che si instaurano fra gli uomini, dello sviluppo storico di questi rapporti, e cioè della storia umana*“.¹⁴ Posto che una morte è ascritta a suicidio in prima istanza dalla certificazione medica, risalta la fondamentale importanza di quanto riportato in proposito. L'omogeneità della fonte parrocchiale, peraltro, si evidenzia sullo sfondo della complessa articolazione territoriale trentina, connotata da ambienti fisici e sociali affatto diversi – su un territorio frammentato in circa 380 parrocchie – media del periodo. Nell'impossibilità oggettiva di gestire la totalità dei dati, sono pervenuta ad una campionatura del territorio elaborata attraverso la divisione amministrativa ecclesiastica del decanato – unità intermedia tra la parrocchia e la diocesi – stante che in primis la ricerca è su fonti ecclesiastiche, pervenendo all'individuazione di aree rappresentative sulla base dei fattori che caratterizzano un territorio montuoso quale quello del Trentino: altimetria, esposizione, comunicazioni. Dati questi presupposti ho circoscritto il campione ai decanati di Ossana, Malè, Livo, Borgo Valsugana, Villalagarina e alle città di Trento e Rovereto al fine di avere anche la presenza urbana, per un totale di 52 parrocchie rurali e quattro urbane; in area rurale le parrocchie corrispondevano territorialmente al comune, salvo poche eccezioni in cui si contavano pure alcune cappellanie.

12 Intorno ai registri cit. 435–440; Archivio Storico del Comune di Trento, Regolamento del Fiscato Civico, approvato in Consiglio comunale il 1 Aprile 1887, §§ 5, 7, 15.

13 Onde sottolineare l'importanza della continuità propongo alcuni dati sui suicidi rilevati a Venezia in epoca asburgica e italiana, in cui è evidente cosa comporta la difformità delle rilevazioni: 1846-55 (13), 1856-65 (33), 1866-75 (100), 1876-85 (242), 1886-95 (253)

14 Fonte: Archivio del Comune di Venezia, Venezia Ufficio Municipale di statistica, 1895 [periodico interno].
L[uciano] CONTI, Struttura sociale e medicina. In: La medicina e la società contemporanea (Roma 1968) 259–279, hier 259.

L'organizzazione della schedatura delle morti mediante suicidio è stata fatta sulla determinazione di 24 campi di rilevazione:

1. comune
2. parrocchia
3. anno (l'insieme dei primi 3 campi consente di individuare il registro)
4. luogo di ritrovamento
5. cognome
6. nome
7. sesso
8. patronimico o soprannome (per ovviare a problemi di omonimia)
9. età
10. stato civile
11. professione
12. ora della morte
13. giorno della morte
14. mese della morte
15. ora della sepoltura (sepoltura implicitamente significa inumazione in cimitero)
16. giorno della sepoltura
17. altro sulla sepoltura (es. fuori del recinto cimiteriale)
18. modalità
19. eventuale valutazione dell'evento (da parte di vari)
20. note del trascrittore
21. nome del trascrittore
22. qualifica del trascrittore della verifica di morte
23. nome dell'estensore della verifica di morte
24. note del rilevatore

Di particolare rilevanza per l'analisi sociale sono le variabili concernenti la condizione professionale – campo 11 –, articolate su 18 definizioni che rispecchiano fedelmente la situazione lavorativa dell'epoca, poiché ho ritenuto opportuno non costringerle artificialmente nei classici 5 settori solitamente attribuiti alla popolazione attiva (1. agricoltura, 2. industria, 3. commercio, 4. servizi, 5. pubblico), capaci di riflettere più l'economia che la condizione dei lavoratori. Inoltre, stante i su esposti problemi di eventuale alterazione della tipologia di morte, ho posto particolare attenzione agli elementi riguardanti la sepoltura – campi 15, 16, 17 –, le cui modalità possono a volte chiarire l'ipotesi suicidiaria, ad esempio se fatta in ore antelucane nel pieno dell'inverno.

La modalità con cui il suicida si è procurato la morte rappresenta l'elemento di più immediato interesse per lo studioso, al punto che per non pochi aspetti sarei tentata di definirlo come il focus di tutto il lavoro, ma anche il più insidioso stante la densità delle

molte congetture di varia natura che si concentrano su di esso, il che evidenzia la necessità di incrociarlo con le altre variabili onde pervenire alla piena comprensione della prassi suicidaria adottata; quindi, sono state inserite diciassette variabili per definire la modalità, ma la piena fruizione di tale elemento si ottiene comunque solo attraverso l'incrocio accurato con gli altri indicatori sociali rilevati. A tal proposito è opportuno ricordare la già discussa discrezionalità del parroco nella trascrizione della „qualità della morte“, sia per supposti motivi di ordine pubblico –essendo il suicidio un caso penalmente perseguibile perché la vita del suddito apparteneva all'imperatore –, sia perché l'„uccisione di sé” era in ogni caso un evento contrario alla morale cristiana, il che aggiunge ulteriore diffidenza sull'elemento modalità.

Riguardo alla modalità della morte ho dovuto inserire un ulteriore livello di analisi (e di complicazione), vale a dire la valutazione particolarmente accurata dei suicidi per annegamento e caduta messi in atto dai pellagrosi, stante l'endemia che imperversava nel Trentino dell'epoca. Anche in questo caso è fondamentale il contributo personale del clero trascrittore, poiché se in esso prevaleva il „pastore in cura d'anime” non mancavano accenti di umana pietà pur a fronte di un suicidio correttamente riportato e ascritto all'irresponsabilità derivante dalla malattia – quando non attribuito a cause accidentali dovute all'alterazione mentale che comportava questa patologia; al contrario, se prevaleva il funzionario asburgico si trovava semplicemente un suicidio compiutosi mediante annegamento o caduta, perché questa era l'informazione statistica richiesta.

Merita un cenno l'importanza di individuare il medico che redigeva la verifica di morte, nonché di colui che la trascriveva (oltre al parroco a volte poteva essere un sacerdote con altre mansioni o persino il sacrestano): perché di là dal fondamentale valore di conoscere sempre il produttore della fonte per poterla comprendere, entrambe queste figure potevano alterarla consapevolmente per le già dette motivazioni, ma lo potevano fare pure in maniera del tutto incolpevole indotti in errore dalla formazione personale. L'elaborazione del dato nominativo consente di risalire, per l'appunto, alla loro formazione.

A chiusura della sintetica presentazione di questo percorso di ricerca, posso affermare che sono stati rilevati 1034 casi, e mi esprimo così perché le morti per suicidio chiaramente riportate o accolte come tali dopo la verifica sono infinitamente meno: solo 268. Tra queste non poche sono attribuite a morti accidentali o traumatiche assolutamente dubbie sulla base delle informazioni a corredo della verifica di morte, il che mi ha indotto nel corso dei lavori a trasferire il mio primario interesse dal suicidio alla trascrizione dello stesso.

Solitamente si dice che „il suicidio si nasconde alla statistica”, ma forse bisognerebbe dire più correttamente che il „suicidio si nasconde” per sua implicita natura all'opinione pubblica, alle amministrazioni ed alla statistica.

4. Il contesto

La storicizzazione del suicidio nel Trentino asburgico impone il raffronto con una situazione ambientale per molti aspetti complessa, dove geomorfologia, entropia sociale ed economia concorrevano a delineare quadri umani assai articolati, a volte esasperando le caratteristiche deteriori di una popolazione che nel corso del XIX secolo era faticosamente passata dalle 264.189 unità del 1815 alle 386.583 del 1910, segnando un incremento del 59 % nello stesso periodo in cui la popolazione dell' Austria-Ungheria era più che raddoppiata: esplicito sintomo di disagio esistenziale.¹⁵ Nella sua *Storia minima del mondo* il demografo Massimo Livi Bacci afferma che la storia demografica della popolazione va interpretata attraverso l'incessante compromesso tra le costrittive forze ambientali e tradizionali e quelle prodotte dal cambiamento dei comportamenti sociali, un processo sempre mutevole al di fuori di ogni automatismo e dominato dalla scelta: tutto questo nell'analisi del basso incremento demografico trentino si commenta da sé, ma indica anche l'importanza dell'indagine ambientale a fronte dell'evento suicidario quale elemento della mortalità.¹⁶

Nella prima metà dell'Ottocento la transizione di uomini e istituzioni trentine nell'orbita dell'impero asburgico aveva attratto le attenzioni e le speranze dei più, ponendo in secondo piano i molti problemi strutturali insoluti complice una popolazione vocata al quietismo e alla concretezza della quotidianità attorno al campanile; in questo periodo tale provincia aveva conosciuto una relativa tranquillità, non ultimo perché la sua popolazione aveva raggiunto l'agognata sussistenza, mentre nel periodo successivo ritornerà in auge la ben nota etica della sottosussistenza. Infatti, la seconda parte del secolo XIX è stata travolta dal sovvertimento dei confini politici dovuto all'unificazione italiana ed alla destabilizzante „grande emigrazione”, subendo pure e in maniera amplificata i dissesti prodotti dall'apertura del mercato internazionale del lavoro e dall'inadeguatezza della politica economica in atto.

Fra popolazione ed economia, fra uomo e produzione, i rapporti sono strettissimi e altrettanto si può dire del legame esistente fra le strutture sociali e produttive; la difficoltà di questa analisi consiste nel valutare i variegati fenomeni che si propongono in tale settore ritornando ogni volta all'uomo come centro della storia sociale cui appartiene: un percorso imprescindibile per affrontare la comprensione del suicidio, non ultimo perché nell'ambiente montano si coglie maggiormente lo stretto legame che induce a dire „l'uomo è un prodotto del territorio”. Ed è nel negativo substrato economico dei più che troviamo la costante dell'evento suicidario lungo tutto l'Ottocento trentino: la povertà, si palesi essa con la patologia pellagrosa procurata dall'alimentazione della miseria, piuttosto che con la follia dell'alcolismo acquisita da tanti migranti – giusto per citare in ordine cronologico le due principali cause di ricovero psichiatrico dei trentini all'epoca –, oppure

15 GRANDI, Gente del Trentino 855.

16 Massimo LIVI BACCI, *Storia minima della popolazione del mondo* (Bologna 2002).

la disperazione di chi semplicemente non aveva di che sfamarsi. Certamente non mancano altre motivazioni tra i casi di suicidio che ho esaminato, ma se valutiamo che la composizione sociale del Trentino era dominata dalla predominante ruralità della sua gente (con un tasso che per attività e insediamento nel secolo in questione oscillava tra il 70 ed il 90%), si intuisce essere stato l'estremo depauperamento contadino il marcatore forte del fenomeno.¹⁷ Un immiserimento pervasivo nel mondo rurale, al punto che Cesare Battisti definiva „proprietari proletari“ il cardine dell'agricoltura locale: vale a dire coloro che avevano proprietà di circa mezzo ettaro; e il Nostro in maniera altrettanto impressionistica definiva gli emigranti „esiliati dalla miseria“.¹⁸

Significativo, però, era anche il disagio del conformismo estremo vissuto come regola di vita dalla gente di condizione civile, dall'esigua borghesia locale, una società che reprimeva sul nascere qualsiasi digressione ad uno *status quo* tanto informalmente codificato quanto rigidamente vissuto.

Per atavica tradizione la maggioranza dei trentini era abituata a confrontarsi quotidianamente con la difficoltà del vivere – come peraltro l'assoluta maggioranza delle contemporanee genti europee –, fatto salvo che qui povertà ed emarginazione erano state ulteriormente accentuate dalle problematiche che avevano ulteriormente destabilizzato nel corso del secondo Ottocento la precaria situazione di questa terra: al confine di Stati allora tanto diversi e nemici. Di qui la mia ipotesi già sostenuta in precedenti studi, di un Trentino „terra di mezzo“ dove si scontava tale indefinitezza nell'incapacità di gestire la commistione delle diverse culture e senza peraltro elaborarne una realmente autoctona. Una dimostrazione di ciò si aveva anche nell'andamento della dinamica naturale locale lungo tutto il periodo asburgico, più simile a quella italiana che a quella austriaca, come pure in una dinamica migratoria parimente assimilabile a quella della penisola: e analogo andamento aveva il trend dei suicidi.¹⁹ Era un significativo intreccio di fattori naturali e sociali tipici di un contesto statale diverso da quello del paese cui il Trentino apparteneva e nel quale i suoi abitanti si riconoscevano sudditi fedeli. In proposito, riprendendo „l'influenza della razza sul suicidio“ dello psichiatra ottocentesco Emilio Morselli – pur con qualche riserva – è interessante rilevare il più alto tasso suicidario delle popolazioni di „sangue germanico“ nell'asburgico impero multietnico; infatti, in „diciotto paesi [...] quelli aventi una proporzione di tedeschi superiore al 90 per cento danno una media di 143 suicidi su un milione, mentre gli altri con minime parti di sangue germanico stanno anche al basso della scala del suicidio“.²⁰ In una tabella il Nostro riportava un tasso suicidario per Italo-Romani e Latini di 27 su 1 milione, e concludeva che „il concetto moderno della nazionalità corrisponde a reali differenze fra i popoli, non solo in quanto a lingua, costumi, aspirazioni, vincoli storici, ma altresì in quanto ai fenomeni intimi della vita sociale“.²¹

17 GRANDI, *Gente del Trentino* 850.

18 Cesare BATTISTI, *Per il nostro Trentino. Le condizioni economiche e la dittatura militare. Discorso tenuto al parlamento austriaco durante la discussione della riforma tributaria*, 6 novembre 1913. In: Renato MONTELEONE (Hg.), *Scritti politici e sociali* (Firenze 1966) 356; Cesare BATTISTI, *Emigranti difendetevi* s.n.t. 1.

19 Luigi BLANCO (Hg.), *Organizzazione del potere e territorio* (Milano 2008).

20 Emilio MORSELLI, *Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata* (Roma 1879) 18.

21 MORSELLI, *Il suicidio* 19.

L'incertezza economica e la penosa situazione sociale avevano prodotto in Trentino una condizione diffusa di depauperamento endemico tendente ad accentuarsi nel corso degli anni, che aveva prostrato gran parte del popolo assecondando l'emarginazione di larga parte della provincia dalle traiettorie del moderno sviluppo industriale e dell'agricoltura di mercato. Neppure la fortunata diffusione del sistema cooperativo riuscì a risollevare significativamente le sorti di questo territorio, come dimostrano due inequivocabili indicatori sociali: ancora nel 1905 si contavano ben 80 „comuni pellagrosi”, ossia fortemente interessati da un alto numero di quella che era definita „malattia da miseria” e il tasso medio emigratorio del Trentino era pari a quello delle province italiane meridionali maggiormente interessate da questo evento.²²

L'intreccio di una pluralità di fattori di disagio sociale, prodotti dalla perdurante negativa congiuntura economica, riproduceva generazione dopo generazione dinastie di miseri, segnati nel corpo e nella mente da privazioni che si perpetuavano: la catena della fame mai saziata da sufficiente polenta di mais si poteva interrompere solo emigrando.²³ Vale a dire che i mali dell'emigrazione scacciavano quelli della miseria, ma sempre mali erano: pellagra e frenosi alcolica – nel linguaggio medico dell'epoca –, che quando arrivavano all'ultimo stadio se non uccidevano aprivano le porte dei manicomi, l'istituzione ospedaliera destinata ai matti che si andava contestualmente sviluppando.

A tale approccio ritengo particolarmente adatta la definizione che diede della sua disciplina lo psichiatra Augusto Tamburini nei primi anni del Novecento, da lui intesa „come Scienza Sociale e come funzione di Stato”.²⁴ Nei paesi occidentali l'istituzione psichiatrica apparve storicamente necessaria all'inizio dell'era capitalista-industriale, in funzione della gestione di quella follia che si percepiva come „problema sociale”.²⁵ Il dilagante pauperismo europeo agli albori della rivoluzione industriale aveva insegnato che le crescenti masse di poveri andavano gestite, già Giuseppe II proponeva di risolvere il problema mediante la creazione di istituti per i poveri, case di lavoro, ospedali e manicomi.²⁶ Il caso italiano contribuisce ulteriormente alla comprensione di questo percorso di sviluppo della psichiatria, se si considera che molti manicomi erano stati creati dall'evoluzione di istituzioni assistenziali di matrice caritativa, le quali non di rado avevano attribuzioni di polizia urbana: il binomio follia-povertà si consolidava nell'istituzione psichiatrica, proposta non ultima come una presenza sociale a garanzia della sicurezza pubblica, prima che come luogo di cura tributario di malati con tendenze suicide. Ad inizio Novecento si asseriva che: „pazzia, delitto, suicidio aumentano dovunque, sieno esse il portato di modificazioni costituzionali morbose degli esseri, della lotta per la vita, delle esigenze dei tempi nuovi, dei costumi”.²⁷

22 Notificazione dell'Imperial Regia Luogotenenza, del 20 giugno 1905 n. 6974, relativa alla fissazione dei territori della pellagra. In base a § 1 della Legge 24 febbraio 1904; Ufficio per la Mediazione del Lavoro della Camera di Commercio ed Industria in Rovereto, Gli emigranti del Trentino (Rovereto 1908) 5.

23 Emilio DUSE, Pellagra, alcoolismo ed emigrazione nella Provincia di Belluno (Udine 1909).

24 Augusto TAMBURINI, La psichiatria e la sua odierna evoluzione. In: Ricerche di neurologia ecc. dedicate al Prof. Leonardo Bianchi (Catania 1913), I-XXXII, hier XXVII.

25 Klaus DÖRNER, Il borghese e il folle: storia sociale della psichiatria (Bari 1975).

26 Jean Pier GOUTTON, La società e i poveri (Milano 1977) 151.

27 L. SCABIA, Trattato di terapia delle malattie mentali (Torino 1918) 16.

5. Il suicidio nel Trentino asburgico

Qualche decennio addietro, nel 1879, anche il già nominato Morselli scriveva che:

*„Nel complesso degli Stati civili d'Europa e di America, la frequenza del suicidio si manifesta colla ascendente e uniforme progressione delle cifre, sicché in generale la morte volontaria è andata dal principio del secolo e va tutt'ora aumentando, con più rapidità dell'aumento geometrico della popolazione e della mortalità generale“.*²⁸

È appena il caso di ricordare come gli „Stati civilizzati d'Europa e d'America“ avevano iniziato a introdurre regolari scritture di anagrafe civile nell'epoca citata grazie al fervore napoleonico in materia, antecedentemente anche il suicidio era stato soggetto all'attenzione poco professionale di coloro che si occupavano di tali incombenze senza precise attribuzioni: di qui l'evidenza sempre maggiore che andava assumendo il fenomeno quando regolarmente rilevato, una situazione in cui si identificava anche il Trentino asburgico. Maurice Halbwachs, autore di un importante studio su *Les causes du Suicide* inteso idealmente come seguito alla più famosa opera di Durkheim,²⁹ asseriva che nell'impero asburgico l'organizzazione della statistica sul fenomeno era carente pur essendo di antica data la sua rilevazione – risalendo al 1819; egli attribuiva tale problema al fatto che i registri dei decessi erano gestiti dal clero, un'affermazione che esplicitamente conferma quanto ho accennato all'inizio circa il trentino parroco ufficiale di stato civile.

A dimostrazione il Nostro citava il gesuita padre Krose:

*„Jusqu'à 1872 le nombre des suicides augmente en Autriche, mais d'un mouvement lent. Cette même année on commence à publier les relevés sanitaires prescrits [par] le Conseil supérieur de'hygiène, que permettent de compléter les données des registres que tenaient les prêtres. Or le nombre des suicides augmente de 1.677 en 1872 à 2.463 l'année suivante, soit de près de 50 pour cent. Sans doute le krach de Vienne, en 1873, peut expliquer pour une petite part cette augmentation. Mais elle résulte principalement de ce que les relevés sont plus exacts, puisqu'elle continue les années suivantes“.*³⁰

28 MORSELLI, Il suicidio 11.

29 Maurice HALBWACHS, *Les causes du suicide* (Paris 1930); Emile DURKHEIM, *Il suicidio* (Torino 1998).

30 HALBWACHS, *Les causes* 355. L'accento all'incremento dovuto alla crisi finanziaria del 1873 era stato indagato anche da Morselli, il quale attribuiva ad esso un aumento del 40 %.

Quanto riportato convalida ulteriormente la fondamentale importanza delle scritture parrocchiali per la conoscenza del suicidio, ma anche la stretta dipendenza del fenomeno dalla qualità del dato, come si desume dal fatto che l'avvento di un'istituzione qualificata

in ambito medico quale il „Consiglio superiore d’igiene” aveva indotto un considerevole aumento nella quantificazione dell’evento. Indirettamente, quindi, era ribadita l’importanza della causa di morte scientificamente riscontrata e correttamente registrata, condizioni che si potevano ottenere solo con la diretta partecipazione del medico alle indagini del caso e con l’accurata trascrizione del risultato nei libri dei morti da parte del clero: una prassi sovente elusa, anche in Trentino.³¹ Appartiene al folclore locale l’uso di „raccontare” al medico la morte di una persona per ottenere l’atto della stessa, una pratica diffusa soprattutto in ambito rurale, ovunque praticata dai poveri che facevano riferimento all’improbabile presenza dei medici condotti e che trovava la benevola comprensione del clero. E una rilettura della „morte volontaria” alla luce di questa ipotesi porta a non poche perplessità documentali.

La provincia trentina viveva in maniera dilazionata nel tempo quanto succedeva nel più ampio Impero, pertanto è ipotizzabile che anche la innovativa pratica di rilevazione dei suicidi imposta dal „Consiglio superiore d’igiene” si sia affermata assecondando tale tendenza, posticipando così le modalità di rilevazione che portavano all’innalzamento delle morti per suicidio. Onde comprendere cosa significava per questo territorio essere „terra di mezzo” è indicativo considerare la media annua dei suicidi in Italia e Austria: cifre che compendiano quanto già detto relativamente al più contenuto numero di morti volontarie delle popolazioni latine e all’incremento dei suicidi nelle terre degli Asburgo dopo il perfezionamento delle rilevazioni, cosa che avvicinava il trend austriaco a quello europeo (v. tab. 1 in appendice). Così come, non essendo possibile elaborare statistiche demografiche circoscritte al Trentino negli anni di cui esistono le rilevazioni a livello nazionale per Italia e Austria, può essere indicativo riflettere sulle cifre dei suicidi di questi paesi valutando che l’andamento trentino nel tempo era simile o di poco superiore a quello della penisola, ma costantemente inferiore all’austriaco.

L’assenza di adeguate rilevazioni non scusa la rozzezza di tale suggerimento per la provincia in esame, parzialmente giustificato solo dalla volontà di proporre quantomeno una traccia del sostanziale costante incremento del suicidio in Europa nell’epoca considerata e – intuitivamente – anche in Trentino. Nel ribadire la mancanza dei dati necessari per procedere ad una compiuta analisi quantitativa delle variabili più indicative del fenomeno, ritengo utile proporre la descrizione degli elementi rilevati nella tabella n. 2 riportata in appendice, così da segnare almeno un sommario profilo dei soggetti che avevano messo in atto la morte volontaria.

Il profilo suicidario trentino si proponeva sullo scenario immaginario della mistica delle vette contrapposta alla montagne maudite dell’isolamento e dell’inquietudine esistenziale, che nel corso dell’Ottocento si andava accentuando a causa dell’impossibilità per molti di corrispondere in loco alle proprie aspettative di vita, segnando

31 Sul „tecnicismo statistico” quale fattore dell’incremento del numero dei suicidi vgl. MORSELLI, Il suicidio 11.

una progressione ascendente collegata alla persistente problematicità dell'economia locale.³² La diffusa percezione del disagio sociale che si concretizzava con particolare evidenza in disperati flussi migratori e nell'endemia pellagrosa – grande tributaria di suicidi nel suo ultimo stadio –, concorreva a distogliere l'attenzione dalla parallela „morte volontaria”, sicuramente sottostimata nelle rilevazioni tratte dai libri dei defunti perché pietosamente mistificata dalla pietas dei parroci;³³ e non solo, anche la trascuratezza data dall'assenza della qualifica del rilevatore del decesso induce a perplessità circa l'attendibilità di questa informazione: variabile non rilevata nel 92% dei casi.

Nel periodo considerato il massimo dei suicidi si ebbe nei primi vent'anni del Novecento, rispettivamente con il 20,5% nel primo decennio e il 20,1% nel secondo. I maschi rappresentavano l'80,6% dei casi e nell'aridità dei numeri spiccano le età estreme di questi disperati eventi, con un morto sotto i 14 anni³⁴ ed uno di 82, a fronte della percentuale di suicidi più alta che si riscontrava nelle due classi di età centrali per la vita attiva, comprese tra 21 e 40 anni, rappresentanti rispettivamente il 21,6 ed il 22 %. Il luogo del ritrovamento coincideva al 78 % con la residenza, che a sua volta coincideva al 78 % con il luogo d'origine, coincidenza spiegabile in parte con la complessa geomorfologia del territorio trentino che ostacolava la mobilità interna e fissava la dimora. Nel 39,6 % dei casi non era indicato lo stato civile dei deceduti, il 28 % dei celibi/nubili rappresentava lo stato civile maggiormente presente tra i rilevati. La professione non era stata rilevata nel 39,6 % dei casi – è verosimile che a tale percentuale appartenessero molti contadini –, tra le professioni rilevate primeggiavano gli artigiani coll'11,2 %, seguiti dai contadini col 9 %. Per oltre la metà dei suicidi – 57 % – non era stata rilevata l'ora di morte, ma stante le basse percentuali riportate per le ore notturne è probabile che fossero questi i tempi prevalenti, quelli più interessati dal fenomeno anche secondo gli esperti e pure i meno visibili, al contrario di quelli centrali di mattina e pomeriggio che risultavano essere i più rilevati. I mesi col maggiore tasso suicidario erano maggio e giugno, entrambi attestati all'11,6 % – erano pure i mesi più problematici per i pellagrosi. Le modalità di morte erano nell'ordine: ferite da arma da fuoco 23 % – la circostanza meno adulterabile; suicidio per impiccagione 15,3; suicidio non meglio specificato 11,9; alterazione mentale 10,4; annegamento 9,7 – nelle ultime quattro categorie è verosimile la presenza della follia prodotta dalla pellagra, che portava a scegliere questi mezzi per porre fine alla propria vita.

Il profilo prevalente ricavato dai dati elaborati propone un suicida maschio in età attiva, rurale per residenza e attività, ma induce pure a considerare la incisiva presenza di una malattia prodotta dalla miseria quale la pellagra, sintesi estrema di irrisolti problemi con precise ripercussioni strutturali sull'economia e sulla società. È un risultato che può sembrare persino banale nel contesto territoriale europeo

32 GRANDI, *Gente del Trentino* 839-872.

33 Michele COMIN, *Contributo alla storia della pellagra in Trentino*, s.n.t. [primi '900].

34 Lino FERRIANI, *I drammi dei fanciulli* (Como 1902); l'autore dedica la seconda parte dell'opera al suicidio dei fanciulli, 207–264.

dell'endemia pellagrosa, se non fosse per la peculiare caratteristica del Trentino „terra di mezzo“ partecipe di una cultura affatto diversa dagli altri paesi interessati da tale patologia. Dei molti altri protagonisti di questa dolorosa storia rimangono solo frammenti di memorie, episodi costretti in categorie anonime per vizi di rilevazione o per assenza di interesse. Nell'appiattimento delle statistiche suicidarie non c'è posto per i 5 casi – su oltre mille – che mi hanno maggiormente colpito per la discrezionalità nel determinare la tipologia dell'evento o l'originalità del mezzo usato per metterlo in atto, anche se ognuno di essi è esaurito in meno di una riga: l'ubriacone di paese suicida per annegamento in una pozzanghera; l'affogamento accidentale della maestra in una pescera durante una passeggiata notturna a piedi scalzi nella notte dicembrina; la domestica che si avvelena ingoiando un numero imprecisato di zolfanelli; l'amante della natura che si toglie la vita succhiando radici di acconito; la donna trentina che muore ingoiando i suoi orecchini, secondo la prassi delle aristocratiche cinesi.

La conclusione è sicuramente poca cosa rispetto al progetto iniziale, ma ritengo che le mie ipotesi critiche possono essere utili all'obiettività di una storia trascurata e sovente mal conosciuta qual è quella che si occupa dell'evento suicidario in chiave sociale localistica, posto che è sempre e comunque un evento da nascondere – e non solo per evitare emulazioni.

Appendice

1. Numero medio annuo di suicidi in Italia ed Austria per milione di abitanti

	Italia	Austria	Media annua europea*
1836–45	(?) 29	45	91
1846–55	(?) 29	48	104
1856–60	(?) 29	55	110
1861–65	29	64	111
1866–70	30	78	122
1871–75	35	106	118
1876–80	41	162	150
1881–85	49	162	158
1886–90	50	160	157
1891-95	57	159	163
1896–1900	63	158	157
1901–05	63	173	163
1906–10	78	187	167
1911-13	84	201	172
1922–25	86	293	175

*) calcolata su: Italia, Belgio, Inghilterra Norvegia, Austria, Svezia, Baviera, Francia, Prussia, Danimarca, Sassonia (mia elaborazione)
Fonte: M. Halbwachs, *Les causes du suicide* (Paris 1930) 92.

2. Caratteristiche dei suicidi dai registri dei morti della Diocesi di Trento (1816–1923)

TAB. 2. 1		
	tot	%
Luogo del ritrovamento		
Stesso della residenza	229	78,7
Fuori residenza	21	12,3
In Italia	11	5,2
altrove	6	1,9
Luogo di origine		
sconosciuto	5	1,9
Stesso della residenza	211	78,7
Fuori residenza	33	12,3
In Italia	14	5,2
altrove	5	1,9
Sesso del suicida		
maschile	216	80,6
femminile	52	19,4
Età di morte		
Non riscontrata	4	1,5
13–20	23	8,6
21–30	58	21,6
31–40	59	22,0
41–50	48	17,9
51–60	48	17,9
61–70	19	7,1
71–90	9	3,4
morte per decenni		
1815–20	3	1,1
1821–30	5	1,9
1831–40	11	4,1
1841–50	9	3,4
1851–60	12	4,5
1861–70	10	3,7
1871–80	16	6,0
1881–90	27	10,1
1891–1900	46	17,2
1901–1910	55	20,5
1911–1920	54	20,1
1921–1930	20	7,5
Stato civile		
Non riscontrato	106	39,6
Celibe/nubile	75	28,0
Coniugato/a	65	24,3
Vedovo/a	22	8,2

Professione suicida		
1. Non riscontrata	113	42,2
2. Contadino	24	9,0
3. Contadino e artigiano	1	0,4
4. Giornaliero	3	1,1
5. Artigiano	30	11,2
6. Operaio	11	4,1
7. Militare	19	7,1
8. Negoziante-impiegato	22	8,2
9. Possidente-funzionario	6	2,2
10. Imprenditore	3	1,1
11. Servizi domestici femm.	5	1,9
12. Studente	3	1,1
13. Casalinga	4	1,5
14. domestico	5	1,9
15. Altri	4	1,5
16. Commercianti	2	0,7
17. Sottufficiali	12	4,5
18. professionisti	1	0,4
Ora della morte		
0 – non definita	155	57,8
1	3	1,1
2	2	0,7
3	2	0,7
4	4	1,5
5	3	1,1
6	7	2,6
7	7	2,6
8	5	1,9
9	7	2,6
10	9	3,4
11	10	3,7
12	5	1,9
13	4	1,5
15	6	2,2
16	7	2,6
17	8	3,0
18	6	2,2
19	2	0,7
20	4	1,5
21	7	2,6
22	4	1,5
23	1	0,4

Ora di morte per intervalli		
Non rilevata	155	57,8
1-3	7	2,6
4-6	14	5,2
7-9	19	7,1
10-12	24	9,0
13-15	17	6,3
16-18	16	6,0
19-21	11	4,1
22-24	5	1,9

TAB. 2. 2		
mese di morte		
gennaio	28	10,4
febbraio	13	4,9
marzo	18	6,7
aprile	26	9,7
maggio	31	11,6
giugno	31	11,6
luglio	26	9,7
agosto	17	6,3
settembre	24	6,9
ottobre	23	8,6
novembre	15	5,6
dicembre	11	4,1
mese di sepoltura		
gennaio	4	1,5
febbraio	3	1,1
marzo	1	0,4
aprile	9	3,4
maggio	7	2,6
giugno	6	2,2
luglio	5	1,9
agosto	4	1,5
settembre	6	2,2
ottobre	7	2,6
novembre	3	1,1
dicembre	3	1,1
modalità del suicidio		
1 annegamento	26	9,7
di questi 5 erano pellagrosi		
2 annegamento per pazzia	10	3,7

modalità del suicidio		
1 annegamento	26	9,7
di questi 5 erano pellagrosi		
2 annegamento per pazzia	10	3,7
3 morte per caduta	8	3,0
4 trauma indefinito	1	0,4
5 ferita arma da fuoco	62	23,1
di questi 1 era pellagroso		
6 ferita arma da taglio	11	4,1
7 ferite per pazzia	1	0,4
8 morte indefinita	1	0,4
9 avvelenamento	21	7,8
10 suicidio non meglio specificato	32	11,9
di questi 3 erano pellagrosi		
11 suicidio con fuoco	3	1,1
12 suicidio impiccagione	41	15,3
di questi 2 erano pellagrosi		
13 suicidio soffocamento	20	7,5
14 morti "ferroviarie"	3	1,1
15 alterazione mentale	28	10,4
di questi 4 erano pellagrosi		
Qualifica del rilevatore		
Non riscontrata	249	92,9
sanitario	7	2,6
ecclesiastico	8	3,0
altro	4	1,5

Fonte: Archivio Diocesano Tridentino, Registri dei morti 1816–1923.

Fonti e bibliografia

Fonti

Archivio del Comune di Venezia: Venezia Ufficio Municipale di statistica, 1895 [periodico interno].

Archivio Storico del Comune di Trento: Regolamento del Fiscato Civico, approvato in Consiglio comunale il 1 Aprile 1887, §§ 5, 7, 15.

Archivio Diocesano Tridentino, Registri dei morti 1816–1923

Raccolta delle Leggi Provinciali, per Tirolo e Vorarlberg per l'anno MDCCXV, II (1822) 405–408.

Ordinanza governativa 30 giugno 1815, n. 368.

Bibliografia

- BATTISTI Cesare, Per il nostro Trentino. Le condizioni economiche e la dittatura militare. Discorso tenuto al parlamento austriaco durante la discussione della riforma tributaria, 6 novembre 1913. In: MONTELEONE Renato (Hg.), *Scritti politici e sociali* (Firenze 1966).
- BLANCO Luigi (Hg.), *Organizzazione del potere e territorio* (Milano 2008).
- COMIN Michele, Contributo alla storia della pellagra in Trentino, s.n.t. [primi '900].
- CONTI L[uciano], *Struttura sociale e medicina*. In: *La medicina e la società contemporanea* (Roma 1968) 259–279.
- CORSINI Umberto, *La politica ecclesiastica dell'Austria nel Trentino dopo la secolarizzazione del Principato e la sua annession*. In: *Miscellanea in onore di Roberto Cessi* (Roma 1958) 56–76.
- DELLA PERUTA Franco, *Per uno studio della malattia come ricerca di storia della società (1815–1914)*. In: *CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA* (Hg.), *Storia della sanità in Italia* (Roma 1978) 25–41.
- DÖRNER Klaus, *Il borghese e il folle: storia sociale della psichiatria* (Bari 1975).
- DURKHEIM Emile, *Il suicidio* (Torino 1998).
- DUSE Emilio, *Pellagra, alcoolismo ed emigrazione nella Provincia di Belluno* (Udine 1909).
- FERRIANI Lino, *I drammi dei fanciulli* (Como 1902).
- GIACANELLI Ferruccio, *Per una storia sociale della psichiatria italiana*. In: *CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA* (Hg.), *Storia della sanità in Italia* (Roma 1978) 219–233.
- GOUTTON Jean Pier, *La società e i poveri* (Milano 1977).
- GRANDI Casimira, Cucati Gio Batta, becchino (1814–1848). In: Claudia PANCINO, Renato G. MAZZOLINI (Hg.), *Un bazar di storie* (= Università degli Studi di Trento, Trento 2006) 167–192.
- GRANDI Casimira, „Curatore d'anime dello stato civile“: il parroco durante la dominazione absburgica (1814–1918). In: Gauro COPPOLA, Casimira GRANDI (Hg.), *La „conta delle anime“*. Popolazione e registri parrocchiali: questioni di metodo ed esperienze (Bologna 1989) 251–273.
- GRANDI Casimira, *La valenza numerica della collettività: una suggestione per i politici? Alcuni elementi per la storia della popolazione trentina*. In: Luigi BLANCO (Hg.), *Le radici dell'autonomia* (Milano 2005) 83–97.
- GRANDI Casimira, *Gente del Trentino*. In: Andrea LEONARDI, Maria GARBARI (Hg.), *L'età contemporanea 1803–1918* (Bologna 2000) 839–872.
- HALBWACHS Maurice, *Les causes du suicide* (Paris 1930).

- LEVATI Stefano, LORENZETTI Luigi (Hg.), *Dalla Sila alle Alpi* (Milano 2008).
- LIVI BACCI Massimo, *Storia minima della popolazione del mondo* (Bologna 2002).
- MORIN Edgard, *L'uomo e la morte* (Roma 1980).
- MORSELLI Emilio, *Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata* (Roma 1879).
- SCABIA L., *Trattato di terapia delle malattie mentali* (Torino 1918).
- SPARAPANI Livio (Hg.), *Scritture parrocchiali della Diocesi di Trento. Fonti per la storia della popolazione II* (Roma 1992).
- TAMBURINI Augusto, *La psichiatria e la sua odierna evoluzione*. In: *Ricerche di neurologia ecc. dedicate alla Prof. Leonardo Bianchi* (Catania 1913), I-XXXII.
- Ufficio per la Mediazione del Lavoro della Camera di Commercio ed Industria in Rovereto, *Gli emigranti del Trentino* (Rovereto 1908).



SEELSORGE IN DER FRÜHEN ANSTALTSPSYCHIATRIE:

Das Beispiel Hall in Tirol im Vormärz

1. Vorbemerkung

Dieser Aufsatz geht von der These aus, dass vor dem Hintergrund einer kollektiven, schichtenübergreifenden Frömmigkeit¹ in der Zeit des rigiden Reformkatholizismus im Tiroler Vormärz (und darüber hinaus) das Problem des Seelenheils der „Irren“ als besonders brisant wahrgenommen wurde. Ein entsprechendes Bild vermitteln die ältesten Krankenakten im historischen Archiv des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol [PKH] – sie reichen in das Jahr 1830 zurück. „Religiöser Wahn“ wurde hier zu den häufigsten Formen psychischen Krankseins gezählt. 1851 bemerkte der dritte Anstaltsdirektor Dr. Josef Stolz (1811–1877) in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, der „tirolische Landbauer“ – an sich gut gegenüber psychische Krankheiten gewappnet – hätte eine „sehr verwundbare Achillesferse“: „*sein tief religiöses Gemüth und die nicht selten allzusorgfältige Pflege desselben*“². Zehn Jahre später berichtete er, dass „*ein beträchtlicher Theil der melancholischen Kranken, besonders so lange die Psychose keinen allarmirenden Grad erreicht, ausschliesslich nur religiösen Trost und übersinnliche Hilfe sucht, wobei sich derlei Kranke gewöhnlich überspannten Priestern und Laien in die Arme werfen.*“³ In der Tat würden „*hier zu Land die meisten melancholischen Erkrankungsformen eine vorherrschend religiöse Färbung*“ aufweisen und „*so lange sie sich ausserhalb der Anstalt befinden, zur Zeit kirchlicher Feste Verschlimmerungen, welcher Umstand nicht selten dem Volkswahne als Bestätigung des dämonischen Ursprunges dieser Geistesstörungen dienen*“⁴ erleiden. Auf der anderen Seite wurde gerade in der Gründerzeit der Haller „Irrenanstalt“ einer sogenannten „schönen religiösen Weltansicht“⁵ eine therapeutische Funktion im „Heilplan“ und der Mitwirkung und Mithilfe des Irrenhauskaplans eine wesentliche Rolle in der psychisch-moralischen Kur zugewiesen.⁶ Alles in allem war die Position des Anstaltsgeistlichen innerhalb der sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts etablierenden Psychiatrie aber von ambivalenter Natur. Er agierte innerhalb eines umstrittenen Felds um das Geschäft des Seelenheilens vor dem Hintergrund der Säkularisierung der Seele. Die Forschung charakterisiert die ersten Jahrzehnte der deutschen Anstaltspsychiatrie zwar als Phase, in der sich die Psychiatrie noch nicht von ihren philosophischen Wurzeln gelöst hatte⁷, doch wurde die gemeinsame Schnittmenge zwischen Seelenheilkunde und Seelsorge zunehmend

- 1 Nicole PRIESCHING (Hg.), Unter der Geisel Gottes. Das Leiden der stigmatisierten Maria von Mörl (1812–1868) im Urteil ihres Beichtvaters (Brixen 2007) 10.
- 2 Josef STOLZ, Zur fortschreitenden Parese. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 8 (1851) 517–559, hier 527.
- 3 Josef STOLZ, Aerztlicher Bericht der k. k. Irren-Anstalt zu Hall in Tyrol über das Militärjahr 1860. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 18 (1861) 581–598, hier 589.
- 4 Ebd. 589.
- 5 PKH, Krankenakten Frauen 1832: Notburga K.
- 6 Einen informativen Überblick über die Behandlungsmethoden dieser Zeit bietet Michael KUTZER, Die therapeutischen Intentionen in der Irrenanstalt des 19. Jahrhunderts. Das Beispiel „Kloster Eberbach“ (1815–1849). In: Christina VANJA u. a. (Hg.), Wissen und Irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg (Kassel 1999) 46–59.
- 7 Vgl. dazu Udo BENZENHÖFER, Psychiatrie und Anthropologie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (Stuttgart 1993).

geringer, je mehr sich die Erstere an naturwissenschaftlichen Paradigmen orientierte. In Bezug auf die Tiroler „Irrenanstalt“ in der Zeit des Vormärz stellt sich die Frage nach dem Verhältnis der Seelsorge zur Seelenheilkunde gerade im Hinblick auf die Pathologisierung bestimmter Ausdrucksformen sogenannter „Volksfrömmigkeit“. Diesen Fragen soll im Rahmen eines größeren Forschungsvorhabens nachgegangen werden. In diesem Beitrag möchte ich die normative Position des Kaplans entlang der Haller Anstaltsbeschreibung beschreiben und anschließend die Biographien zweier Seelsorger-Akteure skizzieren. Der Aufsatz schließt mit einer exemplarischen Thematisierung religiöser Praktiken in psychiatrischen Krankengeschichten.

2. Die Kaplane in der Irrenanstalt Hall

Mit der Gründung der k. k. Provinzial Irrenanstalt Hall in Tirol im September 1830 sollte das Konzept einer „psychischen Heilanstalt“ realisiert werden. Doris Kaufmann weist darauf hin, dass bereits mit der neuen Bezeichnung der „Sitz“ der Erkrankung beim Irresein in der „Psyche“ verortet wurde und dies „eine Neufassung gegenüber der alten theologisch besetzten Seele“⁸ gewesen wäre. In der Tat ist die Entstehungsgeschichte psychischer Heilanstalten verknüpft mit einer allmählichen Durchsetzung naturwissenschaftlich-empirischer Methoden, welche die zunehmende Deutungsmacht der „Irrenärzte“ gegenüber den traditionellen Kompetenzen Geistlicher in der „Irrenbehandlung“ legitimierten.⁹ Gleichwohl erwuchs die „moderne“ Anstalt aus mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Verwahrungs- und Behandlungskonzepten. Der neu definierte heilkundliche Sinn, so Christina Vanja, „ordnete sich jedoch nicht mehr in religiöse Zusammenhänge ein, sondern war säkular bestimmt; das heißt der Lebensalltag folgte den neuen anthropologischen Vorstellungen der Psychiatrie.“¹⁰ Doris Kaufmann spricht von einem „säkularen Eingriff in die Sphäre der Seele“ und von einem „wirksamen Prozess der ‚Naturalisierung‘ des Seelenbegriffs“¹¹. Bereits in einem der frühesten programmatischen Texte für die deutsche Anstaltspsychiatrie, den „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen“ Johann Christian Reils aus dem Jahre 1803, wurde für die „Heilanstalt“ ein besonderes Personal gefordert, nämlich „zu eigenen Zwecken instrumentierte Ärzte, Prediger und Philosophen“ und weiter: „Es gehört eine richtige Vertheilung, grosse Anstrengung und ein leises Spiel der Kräfte dazu, Irrende zu heilen“.¹² Die Handlungsmöglichkeiten und Positionen katholischer Priester waren, folgt man dieser Charakterisierung, im „modernen“ psychiatrischen Raum in ein solches Kräftespiel eingebettet. In der zeitgenössischen Literatur wurde dem Geistlichen meist eine klar begrenzte Position in diesem Feld zugewiesen, wobei die Ansichten der Autoren über das Talent des Geistlichen zum Heilungsgeschäft

8 Doris KAUFMANN, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850 (Göttingen 1995) 195.

9 Vgl. zu ärztlichen Klagen wegen Einmischung der Geistlichen in Therapiefragen Alexandra CHMIELEWSKI, Norm und Autonomie. Legitimierungsstrategien und Deutungsmacht süddeutscher Anstaltspsychiater in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (Stuttgart 2006) 67–82.

10 Christina VANJA, „Die Irrenanstalt muss in einer anmuthigen Gegend liegen.“ Über die Gründung der Herzoglich Nassauischen Heil- und Pflegeanstalt Eichberg. In: VANJA u. a. (Hg.), Wissen und Irren 11–35, hier 23 f.

11 KAUFMANN, Aufklärung 27, 29.

12 Johann Christian REIL, Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen (Halle 1803) 20 f.

unterschiedlicher kaum sein konnten. In der vom zweiten Haller Direktor Johann Tschallener (1783–1855) 1842 publizierten Anstaltsbeschreibung wurde der Hauskaplan knapp als eine „wesentliche Person“ bezeichnet, mit 400 Gulden und einem Holz- und Kerzendeputat entlohnt, dem Direktor untergeordnet, „*diesem geziemende Achtung und Gehorsam in allen nicht rein geistlichen Amts- und Dienstsachen schuldig*“¹³. Der seelsorgliche Wirkungsbereich erstreckte sich ausdrücklich auf die „Irren“. Nur für diese hatte der Haller Kaplan täglich die heilige Messe zu lesen, das Rosenkranzbeten zu leiten und religiösen Unterricht getrennt in deutscher oder italienischer Sprache zu erteilen; eine Belehrung und Betreuung des Wartpersonals war hingegen nicht vorgesehen. Eine nach Geschlecht und Jahreszeit differenzierte Tagesordnung sah einen dichten Plan religiöser Praktiken in der Anstalt vor. Zu den allgemeinen Seelsorgepflichten zählten die Betreuung der Sterbenden und die Einsegnung der Toten. Zum Kerngeschäft des katholischen Hausgeistlichen gehörte sodann das Abnehmen der Beichte, wobei „*die Kranken aber in der Wahl ihres Beichtvaters ja nicht zu beschränken, und überhaupt bei seiner Pastoring die gutächtliche Meinung des Direktors und Primararztes einzuholen und fleißig zu benützen [war]*“.¹⁴ Unter Umständen konnte das Beichtgeheimnis eine rituell untermauerte Möglichkeit für ein spezielles Vertrauensverhältnis zwischen Geistlichem und „Insassen“ bereitstellen, womit der Kaplan zumindest zeitweise – insbesondere aber in Konfliktfällen – zwischen den beiden „Welten“ des Personals und der „Insassen“ positioniert sein konnte.¹⁵ Über die Mitwirkung der Seelsorger am weltlichen Geschäft der Seelenheilung finden sich bei Tschallener folgende Erläuterungen: „*Er ist verpflichtet, nach Anleitung des Primararztes zur psychischen Heilung der Kranken nach Kräften mitzuwirken. Es ist ihm aber strenge verbothen, hiebei einseitig zu Werke zu gehen, Belohnungen oder Strafen eigenmächtig zu erteilen, und sich in die arzneiliche oder disciplinäre Behandlung einzumischen; sollten nach seinem Ermessen hierin erhebliche Mißgriffe statt finden, so hat er zuförderst der Direktion sein Bedenken mitzuteilen.*“¹⁶ Tschallener orientierte sich in seiner Beschreibung vor allem an den 1818 publizierten Richtlinien Johann Christian August Heinroths.¹⁷ Danach sollte der Geistliche nur „Gehülfe“ des Arztes bei der handverlesenen Auswahl jener Patienten und Patientinnen sein, die für „geistliche Einwirkung empfänglich sind.“¹⁸ Ähnlich wurden die Grenzen religiöser Praktiken in der „Irrenanstalt“ in der 1831 erschienenen programmatischen Schrift „Die Irrenanstalt nach all ihren Beziehungen“ von Christian Friedrich Wilhelm Roller definiert. Der Bonner Universitätsprofessor und Magnetiseur Josef Ennemoser aus Tirol pflichtete dieser Position in einer umfangreichen Besprechung bei – und zwar in der vom Tiroler Protomedikus Johann Nepomuk von Ehrhart redigierten Salzburger „Medizinisch-chirurgischen Zeitung“:

13 Johann TSCHALLENER, Beschreibung der k. k. Provinzial-Iren-Heilanstalt zu Hall in Tirol; mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate (Innsbruck 1842) 39.

14 TSCHALLENER, Beschreibung 40.

15 Vgl. zu dieser modellhaften Einteilung Erving GOFFMAN, Asyle. Über die soziale Situation psychischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1972) und als kritische Auseinandersetzung aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive zuletzt: Martin SCHEUTZ (Hg.), Totale Institutionen. Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8 (2008), Heft 1.

16 TSCHALLENER, Beschreibung 40.

17 Johann Christian August HEINROTH, Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Vom rationalen Standpunkt aus entworfen. 2 Theile. Mit Anhang: Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken (Leipzig 1818).

18 Michael KUTZER, „Psychiker“ und „Somatiker“ – „Somatiker“ als „Psychiker“: Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien. In: Eric J. ENGSTROM, Volker ROELCKE (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum (Mainz 2003) 27–47, hier 45.

„Die Ansichten über religiöse Uebungen sind verschieden; nicht für alle Irren indessen ist religiöse Erbauung rätlich, der Arzt hat hierüber zu entscheiden. Der Verf[asser] gibt folgende nähere Bestimmungen an: 1) bey gehöriger Vorsicht wird die religiöse Einwirkung heilsam, ja nothwendig seyn, 2) sie ist vorzüglich psychisches Heilmittel; 3) sie muß auf mehrfache Weise Statt haben; 4) der gemeinschaftliche Gottesdienst muß eigens für das Irrenhaus berechnet, die Predigt klar und kurz seyn; 5) die äußere Form muß dem Zwecke und Glaubensbekenntnisse der Irren entsprechen; 6) Beichte und Abendmahl muß auf eine geringe Zahl eingeschränkt seyn; 7) Morgen- und Tischgebethe, jedoch nicht mit pedantischer Pünctlichkeit; 8) der Geistliche macht als Psycholog – Pädagog und Religionslehrer seine bestimmten Besuche; 9) der Arzt bestimmt die Irren für den Besuch des Geistlichen; religiös Wahnsinnige werden von religiösen Beziehungen ausgeschlossen; 10) in der Anstalt ist ein eigener Geistlicher nöthig.“¹⁹

In dieser Konstellation sollte der Geistliche demnach aus der Therapie der „religiös Wahnsinnigen“ ausgeschlossen werden – gerade dieses seelsorgliche Feld galt als besonders umstritten. Im Gegensatz dazu fand die tätige Mithilfe des Priesters bei der Pflege von Außenkontakten, insbesondere bei der Belehrung der Angehörigen allgemeine Zustimmung. Bei Tschallener heißt es dazu:

„Des Priesters und des Arztes Sache ist es, die Angehörigen des Kranken zu belehren und zu überzeugen, dass es für ihr unglückliches Familienglied von der größten Wichtigkeit ist, nur recht bald aus jenen Verhältnissen zu kommen, unter welchen es zehn- für einmal erkrankt ist, damit dessen Heilung [...] um so sicherer und um so schneller bewerkstelligt werden kann.“²⁰

3. Johann Stephan Raffener, Sebastian Ruf

Im Vormärz wurden in Hall nacheinander vier Hauskapläne bestellt. Die erste Ausschreibung des Postens erfolgte 1829. Ein Dreivorschlag des Landesguberniums auf der Grundlage von nur vier Bewerbungen setzte Lukas Tolpeit, Seelsorger des Zwangsarbeitshauses in Schwaz, an die erste Stelle, weil dieser über einschlägige praktische Erfahrungen innerhalb einer zeitgenössischen Verwahreinstitution verfügte. Protomedikus Ehrhart ersuchte auch das bischöfliche Ordinariat um eine Empfehlung und bot an, einen zusätzlichen Kandidaten vorzüglich zu berücksichtigen. Auf diese Weise wurde außerhalb der offiziellen Ausschreibung Johann Stephan Raffener als weiterer Anwärter genannt. Ehrhart hegte allerdings Vorbehalte gegenüber diesem Priester und ersuchte den Kreishauptmann von Imst, beim Landrichter von Glurns, in dessen Verwaltungsgebiet Raffener wirkte, genauere

19 Medizinisch-chirurgische Zeitung Nr. 73 vom 12. September 1831, 356 f.

20 TSCHALLENER, Beschreibung 70.

Informationen über ihn einzuholen. Insbesondere wünschte er eine „genaue Schilderung hinsichtlich der Fähigkeiten, psychologischen Kenntnisse und Verwendung, dann des Charakters, der Verträglichkeit, der pünktlichen Befolgung der Aufträge, endlich hinsichtlich des öfters zur Sprache gekommenen Hanges dieses Priesters zu Curpfuschereyen“ und eine gewissenhafte Einschätzung „ob Pr[ie]ster] Raffener zu der fraglichen Stelle als vollkommen geeignet zu halten sey, wobey es sich um den Besitz von ärztlichen und wundärztlichen Kenntnissen gar nicht handle.“²¹ Dass der fragliche Priester medizinische Kompetenzen aufwies, wurde für eine Anstellung in Hall offensichtlich eher als Hindernis denn als Vorteil gewertet, doch konnten entsprechende Befürchtungen um einen konkurrierenden Priesterarzt zerstreut werden. Der 44 Jahre alte Raffener wurde zum ersten Irrenhauskaplan bestellt. Raffener war 1785 in Mals als Sohn eines Weißgerbers geboren worden, hatte Schulen in Meran und Innsbruck besucht und zunächst Theologie studiert. Allerdings scheiterte der konservativ eingestellte Student im Umfeld der zu dieser Zeit an der Innsbrucker Universität wirkenden aufgeklärten Professoren.²² Es zog ihn nach Rom, wo er zwar sein Theologiestudium beenden, aber nicht zum Priester geweiht werden konnte, nachdem Napoleon Papst Pius VII. gefangen gesetzt hatte. Raffener studierte daraufhin in Rom Medizin, nahm eine Hofmeisterstelle im Haus eines italienischen Herzogs an und beschäftigte sich mit literarischen Arbeiten. Mit einer deutschen Grammatik für Italiener verschaffte er sich ein ansehnliches Honorar. Nach Absolvierung des Medizinstudiums tat Raffener zwei Jahre Dienst in einem römischen Spital, trat danach als Oberarzt in die österreichische Armee ein, verließ nach einem einschneidenden Erlebnis – einem Piratenüberfall – diesen Dienst und ging nach Bormio, wo ihm die Ausübung der ärztlichen Praxis gestattet wurde (bzw. „wo man sich seit jeher um österreichische Verordnungen wenig kümmerte“²³). Von da ging er nach Berlin, um sich in der Medizin weiterzubilden. Danach wirkte er als Landarzt in Graubünden, besonders in Suz. Von dort nahm er Abschied, um sich nach 15-jähriger ärztlicher Praxis nun doch zum Priester weihen zu lassen. Nach seiner Weihe 1826 in Brixen wirkte er als Frühmesser auf der Haid, später in Glurns „als Missionär der Seele und dem Leibe nach“ und als „Notthelfer in jeder Beziehung“²⁴. Mit der Ausübung einer unentgeltlichen ärztlichen Praxis neben seinem Priesteramt konkurrierte Raffener allerdings die ansässigen Wundärzte, die ihn beim Landesprotomedikus Ehrhart anzeigten. Das bischöfliche Ordinariat gelangte daraufhin zur Ansicht, dass sich der Priesterarzt, der zudem fließend italienisch und französisch sprach, für den Dienst in der neu gegründeten „Irrenanstalt“ geradezu auszeichnete. Raffener wurde daraufhin zum ersten „Irrenhauseelsorger“ bestellt, wirkte jedoch nur zwei Jahre lang in Hall. Bereits im Spätherbst 1832 wanderte er als Missionar in die Vereinigten Staaten aus. Fast drei Jahrzehnte lang, bis zu seinem Tod 1861 in Williamsburg/Brooklyn, erbaute er dort unter anderem aus eigenen

21 TLA, Jüngerer Gubernium 1829, Sanität 75: Protomedikus Ehrhart an den Kreishauptmann von Imst, 24.12.1829. Vgl. dazu auch Thomas REDINGER, Geschichte der psychiatrischen Disziplin. Die „Irrenanstalt“ von Hall in Tirol (1830–1882) (Hausarbeit, Innsbruck 1998) 79–81.

22 Biographische Angaben nach Constant von WURZBACH, Raffener Stephan. In: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich, Band 24 (Wien 1872) 223–225 sowie die Artikelserie „Galerie merkwürdiger Tiroler“ im Südtiroler Volksblatt 1867, Beilagen Nr. 16, 18, 20, 22, 24, 28, 30.

23 Südtiroler Volksblatt 1867, Beilage Nr. 20.

24 Ebd. Nr. 22.

Mitteln mehr als 30 Kirchen, begründete katholische Kirchengemeinden in New York und Rhode Island und hinterließ bei seinem Tod ein ansehnliches Stiftungsvermögen aus Eisenbahnaktien und Staatsanleihen, das auszubildenden Jugendlichen in seiner Vinschgauer Heimat zukommen sollte. Die kurze Praxis als Irrenhauskaplan wird im „Südtiroler Volksblatt“ wie folgt geschildert:

„Mit dem damaligen Direktor bei der Anstalt [Anton Pascoli] stand er im vertraulichsten Verhältnisse und konnte so von den oft nur zu grausam gegen unzurechnungsfähige Irren auftretenden Mann Linderung der bereits angedrohten Strafe erwirken. Man konnte dem Priester es oft ansehen, dass ihn solch übertriebene Strenge gegen irrsinnige Menschen empörte, doch er zog es vor, mit Geduld und Liebe das harte Herz zu schmelzen, und nicht als Ankläger aufzutreten.“²⁵

In diesem Text wird die typische Position und Rollenerwartung an einen jeweiligen Hausseelsorger hervorragend auf den Punkt gebracht. Allgemein wird der Einsatz des Geistlichen für eine humane und menschenwürdige Behandlung der „Irren“ durch mehr oder weniger vehemente Kritik an Missständen und die Verurteilung von Grobheiten besonders hervorgehoben.²⁶

Noch deutlicher wurde dieses Stellenprofil durch den vierten Irrenhauskaplan Sebastian Ruf (1802–1876) akzentuiert. In einem Brief an Ludwig Steub begründete Ruf seinen persönlichen moralphilosophischen Ansatz als Geistlicher im „Irrenhaus“ wie folgt:

„Ich glaube an meine Ueberzeugungen so wenig, als an meinen Glauben. Unser Räthsel kann sich nur im Jenseits lösen, wenn es ein solches gibt. Bei meinen Irren könnte ich mit Kant und Fichte gar nichts ausrichten, aber ein schöner Spruch aus der Bibel und das Versprechen einer bessern Welt erhebt sie. Wenn ich die gute Wirkung sehe, glaube ich mitunter selbst daran. Was uns am Höchsten stehen muß, das ist die Humanität. Alle Dogmen und alle Religionen sind nur die Bindfäden, die sie festigen sollen. Ich stimme daher mit dem Christenthume vollkommen überein und predige seine Lehren ohne Hinterhalt.“²⁷

Im Gegensatz zu Raffener, der sich in der kurzen Zeit als Irrenhauskaplan bereits mit Auswanderungsplänen befasste, blieb Ruf über drei Jahrzehnte in der Anstalt. 1802 in dem als Marienwallfahrtsort bekannten Absam nahe Hall als Sohn des Dorfschmieds geboren, erlebte Ruf aus nächster Nähe die erfolgreiche Etablierung der Psychiatrie als wissenschaftlicher Disziplin, mehr noch, er nahm aktiv daran Teil.²⁸ Ruf hatte sich ein Medizinstudium im fernen Wien nicht leisten können und war stattdessen am Priesterseminar in Brixen ausgebildet worden, ein geradezu typisches Tiroler Gelehrtenschicksal,

25 Südtiroler Volksblatt 1867, Beilage Nr. 22

26 Vgl. Angela ROTH, Würdig einer liebevollen Pflege. Die württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert (Zwiefalten 1999) 71.

27 Zitiert in Ludwig STEUB, Sängerkrieg in Tirol. Erinnerungen aus den Jahren 1842–1844 (Stuttgart 1882) 83.

absorbierte doch Hans Heiss zufolge, „einen Gutteil der bildungsorientierten Intelligenz“ Tirols der geistliche Stand.²⁹ Nach Stationen als Seelsorger in der Leutasch und in Tobadill, einem kleinen Bergdorf im Tiroler Oberland, kam er 1837 als Hauskaplan nach Hall und blieb in dieser Funktion bis zu seiner Pensionierung 1872. Sein Freund, der Tiroler Dichter Adolf Pichler, mutmaßte:

„Einerseits mochte er fühlen, daß ihm der Dienst des Staates mehr Sicherheit vor den Narren außer dem Narrenhause verschaffe, als ein kirchliche Würde; Schnüffler und Spione konnten ihm hier nicht leicht was anhaben; hauptsächlich jedoch hielt ihn der Umstand fest, daß er hier ein reiches Feld für seine psychologischen und philosophischen Studien fand.“³⁰

Ruf studierte also relativ unbehelligt philosophische Schriften, verfasste literarische und historische Arbeiten und publizierte ab den 1850er Jahren mehrere Schriften zur gerichtlichen Medizin und Kriminalpsychologie.

„Bei solcher Richtung seiner Studien musste ihm aber der Verkehr mit den Irren, der wohl andern sehr abstoßend dünkt, äußerst anziehend und belehrend scheinen. Er hat da durch die liebliche Weise seines Umganges viele Hunderte getröstet, erquickt und zu mannigfachen Heilungen wesentlich beigetragen“³¹, äußerte Ludwig Steub und Wurzbach folgerte, dass Ruf „die Heilung der kranken Seelen besser gelang, als vielen anderen geistlichen und weltlichen Aerzten.“³²

Als Mitglied zweier intellektueller Gesellschaften, des Innsbrucker Lesevereins im „Gasthaus zur Sonne“ sowie der „Dienstags-Gesellschaft“ im „Gasthaus zur goldenen Rose“, war Kaplan Ruf überdies Mittelpunkt des lokalen literarisch-politisch-liberalen Umfelds. Er fuhr jeden Dienstag um 12 Uhr Mittags mit dem Stellwagen nach Innsbruck, ging zuerst in den Buchladen, traf sich dann mit seinen Freunden – Liberale, Intellektuelle, Literaten, Wissenschaftler.³³ Ihm behagte, so Ferdinand Lentner, eine landschaftliche Anstellung mehr als ein kirchliches Amt, und er wäre mit Leib und Seele als Psychologe und Psychiater bei der Sache gewesen.³⁴ Ein weiterer Freund, Ludwig Steub, meinte ironisch: „Nachdem er nämlich so viele Philosophen und so viele Irren studirt hatte, war er unter diesen Studien mehr oder weniger Atheist geworden, jedoch ohne das katholische Glaubensbekenntnis aufzugeben“³⁵ und Adolf Pichler urteilte: „Mit dem Katholizismus war Ruf längst fertig.“³⁶ Doch konnte sich Ruf eben durch seinen loyalen Dienst als Irrenhauskaplan persönliche Freiräume in einer Zeit rigider Zensur und verordneter ultramontaner Frömmigkeit bewahren.³⁷ In diesem Sinne formulierte Pichler 1846 in einem Brief aus Wien:

28 Besonders hervorzuheben sind die drei im Literaturverzeichnis angeführten Schriften Rufs.

29 Hans HEISS, Bürgertum in Südtirol. In: Ernst BRUCKMÜLLER u. a. (Hg.), Bürgertum in der Habsburgermonarchie (Wien u.a. 1990) 299-317, hier 306.

30 Adolf PICHLER, Zu meiner Zeit. Schattenbilder aus der Vergangenheit (Gesammelte Werke, Bd. 1) (München u.a. 1905) 125f.

31 STEUB, Sängerkrieg 80.

32 Constant von WURZBACH, Sebastian Ruf. In: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich, Band 27 (Wien 1874) 240–242.

33 Ferdinand LENTNER, Sebastian Ruf. Irrenhaus-Kaplan zu Hall i. T. als Seelenforscher. Ein Beitrag zur Lehre von der Zurechnung im Strafrecht (Innsbruck 1902) 9.

34 Ebd. 13.

35 STEUB, Sängerkrieg 81.

36 PICHLER, Aus meiner Zeit 129.

37 STEUB, Sängerkrieg 84 meint, dass der Kaplan in so hohem Ansehen stand, „dass ihn das Kirchenlicht zu Brixen immer in Ruhe ließ.“

„Wie steht es denn mit Dir, lieber Wastele? Wahrscheinlich trinkst Du Dein Glasele, tröstest die „Gestörten“ im Narrenhaus und fopfst die „Gestörten“ außer dem Narrenhaus.“³⁸

4. Krankengeschichten

Krankengeschichten, so meine ich, bieten Zugang zur alltags-historischen Dimension des prekären Verhältnisses zwischen „gesunder“ Frömmigkeit im Sinne eines heilenden „diäteti-schen“ Behelfs gegen „krankhafte Störungen des Seelenlebens“³⁹ und der Gefahr eines „überspannten“ schwärmerischen Eifers. Vorauszuschicken ist, dass eine „brauchbare Krankengeschichte“ nach allgemeiner Ansicht bereits ein vor der Einweisung durchge-führtes umfangreiches „Irren-Krankenexamen“ voraussetzte, das unter anderem auch folgende Frage inkludierte:

„Wie war der Kranke in religiöser Hinsicht [...], war er ein Religionszweifler; war er Religionsschwärmer; hatte er freigeisteri-sche, seinen orthodox kindlich frommen Glauben störende Ansich-ten aus was immer für einer Quelle erhalten; fand er vielleicht einen zu strengen Beichtvater?“⁴⁰

Bereits vorhandene religiöse Skrupel wurden nicht nur von strengen Beichtvätern befördert, aus psychiatrischer Sicht stellten auch die Volksmissionen der Redemptoristen ein besonderes Problem dar.⁴¹ Der Nationalliberale Matthias Koch berichtete 1846 in seinen Reise-bildern über deren Predigten, die – um ihren Zweck zu erreichen – „heftig gemüthserschütternd“ wirken mussten. „Dies setzt voraus“, so Koch, „daß die Zuhörer verstockte schwere Sünder seyen. Wären sie das zufällig nicht, bestünden sie vielmehr aus gewissenhaften oder gar aus gewissenhängtlichen Leuten, so wird auf diese Gemüthter eine so heftig erschütternde Rede mit dem Nachtheil einer peinlichen Angst und selbst einer gefährlichen Aufregung einwir-ken. Dies geschieht in Tirol eben nicht selten, und bisweilen mit be-klagenswerthen Folgen.“⁴²

In einem Brief an Ludwig Steub berichtete Sebastian Ruf 1845: „Da die Missionen viele Individuen in unsere Anstalt lieferten, so fand das Gubernium gut, selbe sehr zu beschränken.“⁴³ „Zu scharfe Predigten und Zusprüche im Beichtstuhle“ werden wie das Lesen „zu religiöser Bücher“⁴⁴ in den Krankengeschichten als Auslöser psychischer Krisen häufig genannt. Aus professionell-psychiatrischer Perspektive wird darin insbesondere auch die Laienbehandlung durch Seelsorger kriti-siert, die den geistigen Zustand der Betroffenen noch verschlimmern würden: „Jetzt suchten die Angehörigen bald da bald dort, selten aber geeignete Hülfe, bis die Reihe auch an einen Geistlichen kam, der den Teufel aber auch nicht aus dem Leibe brachte.“⁴⁵ Innerhalb

38 PICHLER, Aus meiner Zeit 350.

39 Im Sinne einer „vernünftigen“ christ-lichen Religion als Moralphilosophie skizziert KAUFMANN, Aufklärung 61 das Programm der theologischen Aufklärung.

40 TSCHALLENGER, Beschreibung 67.

41 Der katholische Orden der Redemp-toristen war von Alfons von Liguori gegründet worden. 1749 wurden die Ordensregeln von Papst Benedikt XIV anerkannt. 1820 – kurz nach dem Tod des Redemptoristen und „Wiener Stadtpatrons“ Klemens Maria Hof-bauer – wurde der Orden auch in den österreichischen Ländern eingeführt, 1827 trafen die ersten Ordensbrüder in Innsbruck ein. Ab den 1840er Jah-ren wurden im ganzen Land Volks-missionen abgehalten.

42 Matthias KOCH, Reise in Tirol in land-schaftlicher und staatlicher Beziehung (Karlsruhe 1846).

43 STEUB, Sängerkrieg 93.

44 TSCHALLENGER, Beschreibung 162 f.

der Anstalt stellten die vom Kaplan geleiteten religiösen Praktiken Beichte, Kommunion und Teilnahme an den Gottesdiensten wesentliche Etappen auf dem Weg der psychischen Heilung dar. Insbesondere den Gottesdiensten wies man geradezu sozialtherapeutische Funktionen zu. Individuell war das gestörte Verhältnis zwischen „wahrer Frömmigkeit“ und „krankhafter Überspitzung“ durch die Beichte zu regeln – wodurch die Kranken auf die Barmherzigkeit Gottes verwiesen und die Furcht vor ewiger Verdammnis, für die Tschallener eine rauhe und fanatische Umgebung verantwortlich machte, bekämpft werden sollte. Als therapeutisches Werkzeug diente angesichts der „gewöhnlich nur beschränkten Religionskenntnisse des Landvolkes“, und deren „ebenso beschränkten Begriffe von Gott und seinen Eigenschaften“⁴⁶ der Religionsunterricht, den der Geistliche in deutscher und italienischer Sprache, getrennt für Frauen und Männer erteilte, doch auch der ärztliche Direktor hielt sich kompetent für religiöse Unterweisung. Über die Behandlung eines jungen Mannes berichtet Tschallener wie folgt:

„Ich nahm diesen Menschen nun einmal auf mein Zimmer und both alle Worte und Trostgründe auf, ihm seinen Wahn von unausweichbarer ewiger Verdammniß zu benehmen, was doch so viel fruchtete, daß N. N. zu beichten verlangte, welches ihm auch bewilliget wurde. Bei dieser Beicht ging es aber noch nicht erwünscht. N. bekannte mir einige Tage darauf, als ich ihn auf sein Bitte wieder zu mir nahm, daß er gegen den Herrn Kaplan nicht ganz aufrichtig gewesen sey. Neue und die nachsichtigste Belehrung mit den ergiebigsten Trostgründen brachten den Patienten zu einer zweiten Beicht und heil. Kommunion, und von dieser Zeit an war die unverkennbarste Besserung eingetreten; N. N. wurde gemüthsrühig, begann neuen Muth und neue Lebenslust zu fassen, und benahm sich bis Ende Mai zu unserer vollsten Zufriedenheit [...].“⁴⁷

Im Fall des „irrsinnigen“ Priesters Josef C. hingegen misslangen sämtliche Heilversuche. Josef C. hatte als Beichtvater gewissermaßen ein Berufsrisiko, zu erkranken: Sekundararzt Johann Georg Hechenberger beschrieb die „Pathogenie“ der Erkrankung wie folgt:

„Als Beichtvater lernte er itzt das große Mißverhältnis kennen zwischen der von ihm höchst unverletzbar gehaltenen Moralgesetzgebung und den täglichen Uebertretungen derselben; dadurch entstand misanthropische Schwermuth in ihm wodurch sein ohnehin schon übertriebener Eifer noch mehr angefeuert ward, diesem Sittenverderbnisse entgegenzuarbeiten.“

Josef C. fasste offenbar den Entschluss, als Missionar nach Afrika zu reisen. Hechenberger setzt fort:

45 TSCHALLENER, Beschreibung 147.

46 Ebd. 164.

47 Ebd. 182.

„Die Vorstellung, daß er als Seelenhirt mit dem Teufel um die verirrtten Seelen kämpfen müsse, bemächtigte sich seiner kranken Phantasie so lebhaft, daß er itzt häufig den Satan – als seinen einzigen Gegner vor sich sah, seine Reise nach Afrika eiligst antreten zu müssen wähnte, und schon das Schiff im Meere, das ihm ein volles Wasserglas präsentierte, schwimmend erblickte, welches ihn von Ancona aus an Afrikas Küsten tragen sollte.“⁴⁸

In diesem Fall bemühte sich Anstaltskaplan Josef Fuchs um eine behutsame und einfühlsame „Korrektion“ seines geistlichen Bruders – und riskierte dafür 1834 auch eine heftige Auseinandersetzung mit seinem vorgesetzten Direktor.⁴⁹ Allein vergebens. Josef C. verstarb nach nur kurzem Aufenthalt in der Haller Irrenanstalt.

Wie sah nun aber die seelsorgliche Betreuung der Rekonvaleszenten und der als geheilt aus der Anstalt Entlassenen aus? Hier – außerhalb des unmittelbaren Hoheitsgebiets des Anstaltspsychiaters – sahen nicht wenige Zeitgenossen den eigentlichen und bedeutsamsten Beitrag der klerikalen Seelsorge. Der Prager Sekundararzt Josef Riedel beendete seine Beschreibung der Prager Irrenanstalt 1830 dementsprechend wie folgt:

„Ein würdiger Priester, der solche Genesene, besonders auf dem Lande öfters besucht, und das Band in ihrem Herzen wieder anzuknüpfen sich bemüht, welches uns in diesem Leben fest hält, und Trost- und Hoffnungsreich einem künftigen entgegenleitet, das Band des Glaubens und Vertrauens an eine allmächtige, weise und gütige Vorsehung, ein solcher Priester, sage ich, würde auf die lobenswertheste Art als Seelenarzt auftreten und das Werk des Irrenarztes krönen!“⁵⁰

Ähnlich wünschte sich Tschallener, auch er an markanter Stelle am Ende seiner Anstaltsbeschreibung, für die Entlassenen „würdige Priester“, „um das Volk über den Umgang mit solchen Genesenen geeignet zu belehren“. Neben diesen gesellschaftlichen und pastoralmedizinischen Aufgaben sollte der Klerus bei Tschallener aber – ganz im Sinne des Staatskirchentums im Vormärz – weitere nützliche Agenden übernehmen, indem er noch über zwei bis drei Jahre „zum Fortschritt der psychischen Heilkunde“ seelsorgliche Berichte an die Anstalt übersende.⁵¹

Fazit: Die weltliche Medizin erhob unüberhörbar Anspruch auf die heilerische Kompetenz in Bezug auf Seelenkrankheiten – und wies dabei der traditionellen Pastoralmedizin in und zunehmend auch außerhalb der Anstalt eine eindeutig untergeordnete und zuarbeitende Rolle zu.

48 PKH, Krankenakten Männer 1834, Josef C.

49 Vgl. zu diesem Konflikt ausführlich: Maria HEIDEGGER, Oliver SEIFERT, Ein soziales Drama im „Irrenhaus“: Hall im Jahre 1834. In: Carlos WATZKA, Marcel CHAROUR (Hg.), VorFreud. Therapeutik der Seele vom 18. bis zum 20. Jahrhundert (Wien 2008) 65–87.

50 Josef G. RIEDEL, Prag’s Irrenanstalt und ihre Leistungen in den Jahren 1827, 1828 und 1829 (Prag 1830) 130.

51 TSCHALLENER, Beschreibung 328.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

Archivalien

Historisches Archiv des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol [PKH]

Krankenakten Frauen 1832: Notburga K.

Krankenakten Männer 1834: Josef C.

Tiroler Landesarchiv Innsbruck [TLA]

Jüngerer Gubernium 1829, Sanität 75: Protomedikus Ehrhart an den Kreishauptmann von Imst, 24.12.1829.

Zeitungsartikel

ENNEMOSER Josef, Besprechung des Werkes C. F. W. Roller „Die Irrenanstalt nach all ihren Beziehungen“. In: *Medizinisch-chirurgische Zeitung* Nr. 72 vom 8. September 1831 und Nr. 73 vom 12. September 1831.

GALLERIE merkwürdiger Tiroler. In: *Südtiroler Volksblatt* 1867, Beilagen Nr. 16, 18, 20, 24, 28, 30.

Primär- und Sekundärliteratur

BENZENHÖFER Udo, *Psychiatrie und Anthropologie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts* (Stuttgart 1993).

CHMIELEWSKI Alexandra, Norm und Autonomie. Legitimierungsstrategien und Deutungsmacht süddeutscher Anstaltspsychiater in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (Stuttgart 2006) 67–82.

GOFFMAN Erving, *Asyle. Über die soziale Situation psychischer Patienten und anderer Insassen* (Frankfurt a. M. 1972).

HEIDEGGER Maria, SEIFERT Oliver, Ein soziales Drama im „Irrenhaus“: Hall im Jahre 1834. In: Carlos WATZKA, Marcel CHAROUR (Hg.), *VorFreud. Therapeutik der Seele vom 18. bis zum 20. Jahrhundert* (Wien 2008) 65–87.

HEINROTH Johann Christian August, *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Vom rationalen Standpunkt aus entworfen. 2 Theile. Mit Anhang: Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken* (Leipzig 1818).

HEISS Hans, Bürgertum in Südtirol. In: Ernst BRUCKMÜLLER u.a. (Hg.), *Bürgertum in der Habsburgermonarchie* (Wien u.a. 1990) 299–317.

KAUFMANN Doris, *Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850* (Göttingen 1995).

KOCH Matthias, *Reise in Tirol in landschaftlicher und staatlicher Beziehung* (Karlsruhe 1846).

- KUTZER Michael, Die therapeutischen Intentionen in der Irrenanstalt des 19. Jahrhunderts. Das Beispiel „Kloster Eberbach“ (1815–1849). In: Christine VANJA u. a. (Hg.), Wissen und Irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg (Kassel 1999) 46–59.
- KUTZER Michael, „Psychiker“ und „Somatiker“ – „Somatiker“ als „Psychiker“: Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien. In: Eric J. ENGSTROM, Volker ROELCKE (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum (Mainz 2003) 27–47.
- LENTNER Ferdinand, Sebastian Ruf. Irrenhaus-Kaplan zu Hall i. T. als Seelenforscher. Ein Beitrag zur Lehre von der Zurechnung im Strafrecht (Innsbruck 1902).
- PICHLER Adolf, Zu meiner Zeit. Schattenbilder aus der Vergangenheit (gesammelte Werke, Bd. 1) (München u.a. 21905).
- PRIESCHING Nicole (Hg.), Unter der Geißel Gottes. Das Leiden der stigmatisierten Maria von Mörl (1812–1868) im Urteil ihres Beichtvaters (Brixen 2007).
- REDINGER Thomas, Geschichte der psychiatrischen Disziplin. Die „Irrenanstalt“ von Hall in Tirol (1830–1882) (Hausarbeit, Innsbruck 1998).
- REIL Johann Christian, Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen (Halle 1803).
- RIEDEL Josef G., Prag's Irrenanstalt und ihre Leistungen in den Jahren 1827, 1828 und 1829 (Prag 1830).
- ROTH Angela, Würdig einer liebevollen Pflege. Die württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert (Zwiefalten 1999).
- RUF Sebastian, Psychische Zustände. Ein Beitrag zur Lehre von der Zurechnung, mit besonderer Rücksicht auf psychische Störungen (Innsbruck 1852).
- RUF Sebastian, Die Delirien. Die Visionen und Hallucinationen des Tag- und Nachtlebens und die phantastischen Zustände (Innsbruck 1856).
- RUF Sebastian, Die Criminaljustiz. Ihre Widersprüche und die Zukunft der Strafrechtspflege. Criminalpsychologische Studien (Innsbruck 1870).
- SCHEUTZ Martin (Hg.), Totale Institutionen (= Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8, Heft 1, Innsbruck 2008).
- STEUB Ludwig, Sängerkrieg in Tirol. Erinnerungen aus den Jahren 1842–1844 (Stuttgart 1882).
- STOLZ Josef, Zur fortschreitenden Parese: In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 8 (1851) 517–559.
- STOLZ Josef, Aertzlicher Bericht der k. k. Irren-Anstalt zu Hall in Tyrol über das Militärjahr 1860. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 18 (1861) 581–598.

- TSCHALLENER Johann, Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol; mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate (Innsbruck 1842).
- WURZBACH Constant von, Raffener Stephan. In: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich, Band 24 (Wien 1872) 223–225.
- WURZBACH Constant von, Ruf Sebastian. In: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich, Band 27 (Wien 1874) 240–242.



GEBURTSGESCHICHTE(N)

– Einblicke in geburtshilfliche (Ausbildungs-)Räume um 1830

Am späten Abend des 24. März 1830 traf Johann Hueter in der Wohnung der Familie Egger im Innsbrucker Arbeiterviertel St. Nikolaus ein. Mit dem Schritt über die Türschwelle tauchte der Student der Wundarzneykunde in einen ambivalenten Raum ein, der von Diskretion und Öffentlichkeit gleichermaßen geprägt war. Sinn und Zweck seiner Anwesenheit im Haus Nr. 499 war ein edukativer, denn Hueter sollte in den folgenden Stunden den Geburtsvorgang der verheirateten Theresia Egger aus nächster Nähe beobachten und dabei praktische geburtshilfliche Erfahrungen sammeln.¹

Im europäischen Kontext war die Tatsache, dass auszubildende Ärzte, Wundärzte und Hebammen am „lebenden Phantom“² – der Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerin – in die Wissenschaft der Geburtshilfe eingeführt wurden, keineswegs neu. Nach frühen Versuchen praktischer Unterweisung in Leiden, Halle, Edinburgh und Straßburg hatte der Unterricht am Krankenbett bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts auch im Bereich der noch jungen akademischen Geburtshilfe Eingang gefunden.³ In der Metropole London waren um die Mitte des Jahrhunderts gleich mehrere Gebärhäuser entstanden, die Raum für klinischen Unterricht schufen.⁴ Und auch in Wien war der praktische Unterricht bereits seit der Mitte des 18. Jahrhunderts üblich und erfuhr seit 1784 seine Institutionalisierung im Wiener Gebärhäuser, seit 1789 sogar durch einen eigenen universitären Lehrstuhl für praktische Geburtshilfe.⁵ Aber auch in anderen vergleichsweise kleinen Universitätsstädten wie etwa Göttingen⁶ bestand seit der Mitte des 18. Jahrhunderts eine etablierte Tradition der praktischen geburtshilflichen Unterweisung.⁷

Im konservativen, krisengebeutelten und als Universitätsstandort mehrfach „ausgebremsten“ Tirol erfolgte hingegen erst mit der Einführung der *Bildungsanstalt für Zivilwundärzte und Hebammen (medizinisch-chirurgisches Lyzeum)* im Jahre 1816⁸ die Initialzündung zur Implementierung neuer medizinischer Ausbildungsstandards. Die Beschäftigung mit den historischen Rahmenbedingungen praktischer Unterweisung scheint jedoch nach wie vor ein Desiderat medizinhistorischer Forschung zu sein.⁹ Explizit versuchte dies bislang nur Jürgen Schlumbohm in seinem 2007 erschienenen Aufsatz zum Göttinger Gebärhäuser. Darin beschreibt er den klinischen Unterricht aus der Warte des Organisators und Vermittlers der Ausbildung. Zugrunde lagen dabei in erster Linie schriftliche Aufzeichnungen des Anstaltsdirektors

- 1 Universitätsarchiv Innsbruck (UAI), Med. Hebammen 1829–1880, Geburts-geschichte Johann Hueter.
- 2 Vgl. dazu Marita METZ-BECKER, Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebärhäusern des frühen 19. Jahrhunderts (Frankfurt/New York 1997) 192–220.
- 3 Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Die Entstehung des klinischen Unterrichts an den deutschen Universitäten des 18. Jahrhunderts und das Göttinger Accouchierhaus. In: Jürgen SCHLUMBOHM, Claudia WIESEMANN (Hg.), Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850. Göttingen, Kassel, Braunschweig (Göttingen 2004) 15–30, hier 22–27.
- 4 Roy PORTER, Hospitals and Surgery. In: Roy PORTER (Hg.), The Cambridge History of Medicine (Cambridge 2006) 176–210, hier 186.
- 5 Verena PAWLOWSKY, Ledige Mütter als „geburtshilfliches Material“. In: Comparativ. Leipziger Beiträge zur Kulturgeschichte und vergleichenden Gesellschaftsforschung 5 (1993) 33–52, hier 35.
- 6 Ähnlich wie Innsbruck zählte Göttingen um 1800 lediglich 10.000 EinwohnerInnen. Vgl. dazu für Innsbruck: Otto STOLZ, Geschichte der Stadt Innsbruck (Innsbruck 1959) 230; für Göttingen: Wieland SACHSE, Göttingen im 18. und 19. Jahrhundert: zur Bevölkerungs- und Sozialstruktur einer deutschen Universitätsstadt (Göttingen 1987) 256–259.
- 7 Vgl. dazu beispielsweise Jürgen SCHLUMBOHM, „Die Schwangeren sind der Lehranstalt halber da“: Das Entbindungshospital der Universität Göttingen, 1751 bis ca. 1830. In: Jürgen SCHLUMBOHM, Claudia WIESEMANN (Hg.), Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850. Göttingen, Kassel, Braunschweig (Göttingen 2004) 31–62.
- 8 Vgl. Manfred WESTHOFF, Medicina Oenipontana: Chirurgicum Lycei 1816–1869 [Diss.tech.] (München 1978).
- 9 Diese Schwachstelle medizinhistorischer Forschung spricht auch Seidel in seinem Werk zur Medikalisierung der Geburt in Deutschland an. Vgl. Hans-Christoph SEIDEL, Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland (Stuttgart 1998) 28.

Friedrich Benjamin Osiander (1759–1835), aus denen Schlumbohm die Ausbildungsrichtlinien zu rekonstruieren und sich der historischen Ausbildungsrealität anzunähern versuchte.¹⁰ Für die Innsbrucker Ausbildungsstätte haben sich aussagekräftige Quellen anderer Provenienz erhalten. Die sogenannten „Geburts geschichten“ – zeitgenössische Praxisberichte angehender männlicher Geburtshelfer aus den Jahren 1829 bis 1835 – erlauben einen faszinierenden Einblick in das „geburtshilfliche Geschäft“ dieser Zeit.¹¹ Sie vermitteln Informationen aus erster Hand und zeichnen ein Bild der Ausbildung und geburtshilflichen Praxis aus der Sicht der lernenden Rezipienten. Welche Rahmenbedingungen diese dabei vorfanden, wie sie die Vorgänge im Kreißzimmer erlebten und wie aktiv sie dabei selbst werden durften, sind nur einige der Fragestellungen, denen es nachzugehen gilt. Im Folgenden wird anhand des aus den Jahren 1830 und 1834 erhaltenen Quellenmaterials versucht, ausgewählte Facetten der praktischen Ausbildung in der Provinzialhauptstadt Innsbruck zu rekonstruieren.

1. „Geburts geschichten“ als sozial- und medizinhistorische Quelle

Wir haben es wohl dem glücklichen Umstand der zunehmenden Bürokratisierung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu verdanken, dass uns die erwähnten „Geburts geschichten“ knapp 180 Jahre nach ihrer Entstehung, in gutem Zustand, zur Verfügung stehen. Ursprünglich wohl als Abschlussarbeiten zur Bewertung des individuellen praktischen Lernerfolgs verfasst und eingereicht, waren die Berichte benotet und schließlich zum Zweck der Nachvollziehbarkeit archiviert worden. Die Struktur der Geschichten ist sehr einheitlich und folgt im Wesentlichen einer chronologischen Abfolge der Ereignisse. So beginnen die Berichte durchwegs mit einer kurzen Beschreibung der zeitlichen (wann), örtlichen (wo) und personellen Rahmenbedingungen, unter welchen die Geburt stattfinden sollte, sowie einer Wiedergabe des Anamnesegesprächs. Dabei wurden nicht nur biographische und medizinische Daten erhoben, sondern auch Aspekte der individuellen sozialen Lebensverhältnisse protokolliert. Der Hauptteil umfasst eine meist detaillierte Beschreibung der unterschiedlichen Geburtsphasen, der in den jeweiligen Phasen „gepflogenen“ Untersuchungen und der Befindlichkeit der Gebärenden sowie des neugeborenen Kindes. Die Berichte enden meist recht abrupt mit einer kurzen Notiz zum Zustand der Wöchnerin bei der Visite.

10 Vgl. Jürgen SCHLUMBOHM, *The Practice of Practical Education: Male Students and Female Apprentices in the Lying-in Hospital of Göttingen University, 1792–1815*. In: *Medical History* 51 (2007) 3–36.

11 Vgl. Gerhard OBERKOFER, *Geschichte und Bestände des Universitätsarchivs Innsbruck* (Innsbruck 1970) 63.

12 Der seit 1823 in Innsbruck lehrende Johann Joseph Ammerer wurde 1833 auf Grund einer vermuteten Alkoholkrankung seiner Professur enthoben. Vgl. dazu UAI, *Med.* 1831–1833, Karton 8, Zl. 38/11. Die praktische und theoretische Geburtshilfe wurde daraufhin zwei Jahre lang durch Franz von Wocher zu Oberlochau und Hausen supplied und schließlich im Jahre 1835 mit Fabian Ullrich ein neuer Professor für das Fach bestellt. Vgl. WESTHOFF, *Medicina* 81–83.

13 Tiroler Landesarchiv (TLA), Jüngerer Gubernium 1834, Sanität Zl. 10130.

Tab. 1: Anzahl der Geburtsgeschichten und darin beschriebenen Geburtsvorgängen

Jahr	Anzahl der Berichte	Anzahl der Geburten		
		Spital	Ambulanz	Gesamt
1830	25	7	12	19
1834	15	7	8	15

Quelle: UAI, *Med.Hebammen 1829–1880, Geburtsgeschichten 1830 und 1834*.

Dem ausgewählten Sample liegen insgesamt 40 Dokumente aus den Jahren 1830 und 1834 zugrunde, wobei sechs Spitalsgeburten des Jahres 1830 von jeweils zwei Studenten beschrieben wurden. Die konkreten Jahre wurden ausgewählt, um etwaige Auswirkungen eines Professorenwechsels im Jahre 1833 und die möglicherweise damit zusammenhängenden Änderungen in der geburtshilflichen Praxis sichtbar machen zu können.¹²

Es sei hier vorweggenommen, dass die Berichte des Jahres 1834 durchwegs weniger detailliert waren, sich allerdings kein grundlegender Wandel in der Ausbildungssituation feststellen ließ.

Es ist zu bezweifeln, dass die erhaltenen Geschichten die volle Zahl der stattgefundenen Lehrgeburten widerspiegelt, denn im Jahre 1824 wird immerhin bereits von durchschnittlich 60 Geburten pro Jahr allein in der Ambulanz berichtet.¹³

Die Verfasser der Texte waren größtenteils junge, gebildete Männer, denn zur zweijährigen Ausbildung am Lyzeum (ab 1833 dreijährig) wurde nur zugelassen, wer eine Lehre bei einem Chirurgen oder vier Gymnasialklassen mit ausgezeichnetem Erfolg absolviert hatte. Die geburtshilflichen Kurse konnten erst im zweiten Ausbildungsjahr, nachdem sich die Studenten bereits Wissen über Anatomie, Chirurgie und Physiologie angeeignet hatten, belegt werden. Die Berichte vermitteln eine sachlich distanzierte und nicht zuletzt auch männliche Sicht auf die Verhältnisse im Kreißzimmer.¹⁴

Im Zeitraum von 1818 bis 1836 orientierte man sich in den Vorlesungen an Ludwig Friedrich von Frorieps (1779–1847) *Theoretisch-praktischen Handbuch der Geburtshilfe zum Gebrauche bey akademischen Vorlesungen und für angehende Geburtshelfer*. Man wählte damit ein Werk, das ideologisch in der Tradition der Wiener Geburtshilflichen Schule nach Johann Lucas Boër (1751–1835), die eine natürliche, expektative Geburtshilfe propagierte, stand.¹⁵

14 Ähnliche Berichte aus der Hand von Hebammenschülerinnen sind nicht überliefert. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Schülerinnen lediglich eine mündliche und praktische Prüfung ablegen mussten. Probst berichtet weiters, dass 1765 nur Hebammen aus Städten und Märkten verpflichtet waren, des Lesens und Schreibens mächtig zu sein. Vgl. Jacob PROBST, *Geschichte der Universität in Innsbruck seit ihrer Entstehung bis zum Jahre 1860 (Innsbruck 1869)* 178. In die 1833 nahe Trient eröffnete Hebammenlehranstalt Alle Laste sollten jedoch nur mehr alphabetisierte Frauen aufgenommen werden, doch auch diese Regelung wurde schnell gelockert, um eine flächendeckende Versorgung mit geprüften Hebammen möglich zu machen. Vgl. dazu Emanuela RENZETTI, Rodolfo TAIANI, *Ein Handwerk gerät unter Kontrolle: Hebammen im Trentino im 18. und 19. Jahrhundert*. In: Otto DAPUNT (Hg.), *Fruchtbarkeit und Geburt in Tirol (Oberschleißheim 1987)* 109–121, hier 113.

15 „Die Grundideen verdanke ich [...] meinem Aufenthalte in der, der vorurtheilsfreien Naturbeobachtung gewidmeten, Schule der Geburtshilfe in Wien,“ kommentierte der aus Erfurt stammende Froriep seine wissenschaftliche Sozialisation. Ludwig Friedrich von FRORIEP, *Theoretisch-praktisches Handbuch der Geburtshilfe, zum Gebrauche bei akademischen Vorlesungen und für angehende Geburtshelfer*, 6. vermehrte und verbesserte Ausgabe (Weimar 1818) VI. Zur Person Frorieps vgl. Wiebke von HÄFEN, *Ludwig Friedrich von Froriep (1779–1847). Ein Weimarer Verleger zwischen Ämtern, Geschäften und Politik (Köln/Weimar/Wien 2007)*.

2. Die geburtshilflichen Räume: Öffentlichkeit vs. Diskretion

Die idealtypische Geburt fand auch in Innsbruck zuhause, in den privaten Räumlichkeiten der verheirateten Frau mit Hilfe und unter Aufsicht einer Hebamme statt. Divergierend von diesem Idealtypus lassen sich im Innsbruck der 1830er Jahre noch andere, öffentlichere Räume verorten, in denen sich Geburten ereigneten. Seit dem Jahre 1819 eröffnete sich beispielsweise in der Landeshauptstadt die Möglichkeit eines unkonventionellen Zuverdienstes: Um einen funktionierenden praktischen geburtshilflichen Unterricht überhaupt gewährleisten zu können, bot das medizinisch-chirurgische Studiendirektorat nämlich eine finanzielle Entschädigung für jede Frau, die ihren schwangeren bzw. gebärenden Körper zum Nutzen der Wissenschaft darbot. In dieser Ambulanz konnten *„angehende Geburtshelfer und Hebammenschülerinnen nicht nur die Hilfeleistung der Hebamme sehen, sondern selbst Beystand leisten, u[nd] überhaupt die erste praktische Anleitung erhalten,“* wie Gubernialrat Dr. von Erhart 1824 festhielt. Die geburtshilfliche Ambulanz („ambulierende Gebäranstalt“) verfügte zu diesem Zweck über ein jährliches Budget von 800 Gulden, jedoch über keine eigenen Räumlichkeiten.¹⁶

So wurden die Schwangerschaftsuntersuchungen wohl in einem Raum des Universitätsgebäudes vorgenommen¹⁷ und mit 1fl. 30kr. entlohnt. Die Geburten hingegen sollten im gewohnten Umfeld, in der privaten Sphäre der eigenen Behausung von Statten gehen. Der eigentlich diskrete und private Raum wurde durch die Anwesenheit der Studenten und Hebammenschülerinnen sowie des Professors mit Zustimmung der Gebärenden in einen halböffentlichen Raum verwandelt. Für ihre Kooperationsbereitschaft erhielt die werdende Mutter fünf Gulden.¹⁸ Ein weiterer von der Norm abweichender Raum war die Gebärdabteilung des Innsbrucker Bürgerspitals. Doch war es nicht die Aussicht auf eine bessere medizinische Versorgung, die die Frauen zu einer Spitalsgeburt animierte, sondern die Ausweglosigkeit, mit der sich die größtenteils ledige Klientel der Gebärdabteilung angesichts ihrer illegitimen Schwangerschaft konfrontiert sah. Der desolate Zustand des Spitals, die zu bezahlenden Verpflegungsgebühren für nicht aus Innsbruck stammende Frauen und die zwangsweise Verwendung zum praktischen Unterricht trugen nicht gerade zur Attraktivität dieser Anstalt bei. Aufgrund ihrer sehr bescheidenen Frequentierung konnte sie den Ansprüchen des klinischen Unterrichts deshalb nur marginal entsprechen.¹⁹

16 TLA, Jüngerer Gubernium 1824, Sanität Zl. 10130.

17 Vgl. Franz HUTER, Hundert Jahre Medizinische Fakultät Innsbruck 1869 bis 1969 (Innsbruck 1969) 23.

18 PROBST, Geschichte 317.

19 Vgl. dazu Marina HILBER, Vom „Sonderzimmer für Kindbetterinnen“ zur Landesgebäranstalt. Die Anfänge der institutionellen Entwicklung des Innsbrucker Gebärdhauses (1816-1869). In: Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 7 (2009) 195–205.

Tab. 3: Stand der Gebärenden und Geburtenreihe (1830/1834)

Jahr	Stand			Geburtenreihe				
	Ledig	Verheiratet	k.A.	I. para	II. para	III. para	IV. para	> IV. para
1830	8	11	0	5	2	4	1	7
1834	9	5	1	8	1	1	0	4
gesamt	17	16	1	13	3	5	1	11

Quelle: UAI, *Med.Hebammen 1829–1880, Geburtsgeschichten 1830 und 1834.*

Betrachtet man die Verteilung der Gebärenden nach ihrem Stand, so ergibt sich eine recht ausgewogene Bilanz zwischen ledigen und verheirateten Frauen. Auffallend hingegen ist die Tatsache, dass es sich bei den verheirateten Frauen des Samples nur in Ausnahmefällen um Erstgebärende (I. para) handelte und sie größtenteils schon mehr als vier Mal entbunden hatten. Auch die Tatsache, dass die Verheirateten bei ihrer Lehrgeburt mit 33 Jahren tendenziell älter waren als ihre ledigen Pendanten (26 Jahre), ist erwähnenswert und scheint die These zu stützen, dass sich erfahrene Gebärende eher dazu bereit erklärten, als Lehrobjekte zu fungieren und die gebotene finanzielle Entschädigung als willkommene Aufbesserung des oft geringen Familienbudgets sahen.

Neben den obgenannten geburtshilflichen Räumen konnten ledige Schwangere auch gegen entsprechendes Entgelt bei einer der städtischen Hebammen „Unterschluß“ finden, jedoch trachteten die jeweiligen Professoren für Geburtshilfe mehrfach nach einem Verbot dieser Praxis, da ihnen dadurch wertvolle Lehrfälle entgingen.²⁰

Über die Ausstattung der jeweiligen „Geburtsstuben“ erfahren wir nur sehr wenig, in den Privathaushalten stand der Gebärenden wohl meist das eigene Bett als unmittelbarer Ort der Niederkunft zur Verfügung. Über das Geburtsbett wurde in der Regel eine gegerbte Rehhaut oder ein Wachstuch gespannt und der obere Teil des Bettes durch eine zusätzliche Matratze, einen Strohsack oder ein Kissen erhöht. An den Bettpfosten wurden Tücher befestigt, an denen sich die Gebärende während der Presswehen festhalten konnte. So wurde auch der ledigen Maria Strasser eine solche „nach den Regeln der Kunst an dem Bette angebrachte Unterstützung für Hände und Füße angewiesen, um mehr mitarbeiten zu können.“²¹ Die Gebärdabteilung des Bürgerspitals verfügte zwar laut eines 1831 erstellten Inventars über einen Gebärdstuhl,²² jedoch wird in den Berichten die Verwendung desselben nie erwähnt. 1820 ließ man ein Geburtskissen nach Siebold anfertigen, doch auch dieses Utensil findet keine weitere Erwähnung.²³ Im Allgemeinen lässt sich aus den Geburtsgeschichten auf eine liegende Gebärdhaltung schließen, welche auch von der theoretischen Autorität präferiert wurde. Nach Froriep nämlich war eine stehende Geburtsstellung als „gefährlich“, das Hinsetzen auf dem blanken Boden als „unreinlich“, das Knien hingegen als ermüdend und verzögernd anzusehen.²⁴

20 TLA, Jüngerer Gubernium 1830, Sanität Zl. 26274.

21 UAI, Med. Hebammen 1829–1880, Geburtsgeschichte Franz Kunater.

22 Stadarchiv Innsbruck (StAI), Spital Raitung, Vormerkung über die dem Stadtspital Innsbruck angehörigen Gerätschaften vom 1t Februar 1831 bis 31 8ber 1831 [lose Blätter].

23 Vgl. UAI, Med. 1819–1822, Karton 2, Zl. 113/11. Das als Siebold'sches Geburtskissen bekannte Utensil wurde vom renommierten Geburtshelfer Elias von Siebold (1775–1828) entwickelt. Der speziell geformte Polster wurde unter das Gesäß der Gebärenden geschoben und stellte eine Weiterentwicklung der primitiven Erhöhung durch eine zusammengelegte Matratze oder einen Strohsack dar. Vgl. dazu Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften (Berlin 1836) 14. Band, 183–184.

24 FRORIEP, Handbuch 327–328.

3. Die Vorgänge im Kreißzimmer: Untersuchungen und Geburten

Im Unterschied zu Göttingen, wo Osiander die Studenten zwar im Vorfeld der Geburt reichlich Erfahrungen im Bereich der Untersuchungen sammeln ließ, jedoch nur je einem Studenten und einer Hebammenschülerin die eigentliche Betreuung der Geburt überantwortete,²⁵ wurden die Auszubildenden in Innsbruck meist in kleinen Gruppen zu den Lehrgeburten gerufen. Maximal vier Auszubildende durften laut Statuten der Ambulanz an den Entbindungen teilnehmen.²⁶ Durchschnittlich dürften es hingegen nur drei Personen (1 Student / 2 Schülerinnen) gewesen sein. Bei Spitalsgeburten wurde das Geburtszimmer in der Regel von einer größeren Zahl von Beobachtern wie Auszubildenden bevölkert. Neben zwei bis drei Studenten wurden stets „alle Candidatinnen“, d.h. je nach Semester zwischen 15 und 20 Schülerinnen, zugelassen.²⁷

Die Zahl der anwesenden Personen spielt eine gewichtige Rolle in der Rekonstruktion der Vorgänge im Kreißzimmer, denn sie beeinflusste ganz maßgeblich die Zahl der vorgenommenen Untersuchungen. Zur Übung der Untersuchungstechniken und zur Feststellung des Geburtsfortschritts sollte schließlich allen angehenden Geburtshelfern und Hebammen die Möglichkeit zur manuellen Examination gegeben werden. Das Lehrbuch sah vor, dass vor der vaginalen eine äußerliche Untersuchung des Beckens, des Gebärmuttergrundes und der äußeren Geschlechtsteile durchgeführt werden sollte. Bis zum Blasensprung wurden die Untersuchungen meist an der aufrecht stehenden, bekleideten Gebärenden durchgeführt, in den späteren Geburtsstadien dann in einer liegenden Position vorgenommen. Von Untersuchungen mit Instrumenteneinsatz, wie etwa einem Pelvimeter zur Beckenmessung, lesen wir in den Berichten nichts.

Die Tatsache, dass die werdende Mutter sich nicht entblößen musste, erscheint interessant, besonders vor dem Hintergrund der bekannten Osiander'schen Praxis. In Göttingen nämlich wurde zwar das Gesicht bzw. der Oberkörper der Gebärenden in den Lehrsituationen verhüllt, ihren Unterleib musste die Frau den Auszubildenden jedoch gänzlich nackt präsentieren. Diese trotz der Anonymität für die betroffenen Frauen entwürdigende Prozedur steht im krassen Gegensatz zu den von Froriep propagierten und wohl auf die Wiener Schule zurückgehenden Herangehensweisen. Denn, so forderte Froriep seine vornehmlich männliche Leserschaft auf: „... *man beleidige die Schaamhaftigkeit des Weibes nicht, nehme daher so selten wie möglich die Augen zu Hülfe, entblöße keinen Theil des Körpers unnöthigerweise, entferne alle Zeugen, und sey verschwiegen.*“²⁸ Obwohl sich seine Mahnung wohl nicht zur Gänze auf die Ausbildungssituation anwenden lässt, erlaubt sie doch einen Einblick in die Untersuchungspraxis. Inwieweit diese weibliche „Schaamhaftigkeit“ aber tatsächlich existierte, ist schwer nachvollziehbar. Francisca Loetz argumentierte, dass die Körperuntersuchung bis ins 1. Drittel des 19. Jahrhunderts zum

25 SCHLUMBOHM, Practice 19.

26 PROBST, Geschichte 317.

27 Vgl. UAI, Med. 1829–1830, Karton 6, Zl. 153/11.

28 FRORIEP, Handbuch 300–301.

gängigen Diagnosemittel geworden war und demnach kaum im Gegensatz zu den Schamgrenzen der Patienten stand.²⁹ Und tatsächlich findet sich in den 40 analysierten Berichten nur ein einziger Hinweis auf einen solchen Sachverhalt. „Die Gebärende klagte über keine bedeutenden Wehen, wahrscheinlich aus dem Grunde, weil ihr unsere Gegenwart nicht erwünscht war [...],“ erinnert sich der Student Johann Knaffl an eine Spitalsgeburt im Jahre 1830.³⁰

Eine durchschnittliche Zahl von Untersuchungen pro Geburt ist aus den Berichten nur schwer zu ermitteln, hing sie schließlich immer von der individuellen Dauer der Geburt und eventuell auftretenden Komplikationen ab. Um das Ausmaß der Untersuchungen zu exemplifizieren, wollen wir nun zur Entbindung der eingangs erwähnten Theresia Egger zurückkehren. Die 24-jährige Gärtnersfrau hatte bereits dreimal entbunden, jedoch jedesmal eine lange und harte Geburt hinter sich bringen müssen. Eine solche kündigte sich auch im protokollierten Fall an, denn die Untersuchungen durch eine Hebammen-schülerin und den Studenten Johann Hueter ergaben, dass der „[...] Kopf von dem sehr verdichten Uterus noch ganz eingeschlossen [sei]“. Die Auszubildenden verließen um halb zwei Uhr morgens die Gebärende und kamen am Nachmittag des darauf folgenden Tages wieder ins Haus Nr. 499. Die am Nachmittag des 25. März gemachte Untersuchung ergab jedoch keine wesentliche Veränderung und so verabschiedete man sich erneut von der Gebärenden. Erst um sieben Uhr abends hielt man gemeinsam mit dem Professor Nachschau. Dieser untersuchte und erklärte, dass „[...] die Gebärende noch bis Morgens 5 Uhr in diesen jetzigen Verhältnissen, aber doch wenigstens noch nicht Wöchnerin seyn werde.“ Daraufhin untersuchte Hueter erneut und „[...] fühlte den Kopf des Kindes, der Muttermund war bereits noch ganz geschlossen [...]“. Der Professor verließ das Geburtsgeschehen, während die Auszubildenden weiterhin den Zustand der Gebärenden überwachten. Im Laufe der Nacht stellten sich heftige Eröffnungswehen ein und bei den mehrfach wiederholten Untersuchungen war eine kontinuierliche Erweiterung des Muttermundes fühlbar. Der Blasensprung erfolgte und plötzlich schien alles sehr schnell zu geschehen, denn Hueter berichtet:

„Ich wollte dann untersuchen u[nd] schon kam der Kopf ins Einschneiden, wobey das Mittelfleisch kunstgemäß unterstützt wurde, u[nd] ohne auszusetzen tratt das Hinterhaupt zuerst u[nd] dann der übrige Theil des Kopfes das Gesicht gegen den rechten Schenkel gewandt, aus der Scheide [...]“.³¹ Theresia Egger brachte einen gesunden Knaben zur Welt und auch die Nachgeburt, die in Innsbruck meist nach Osiander, d.h. durch mäßigen Zug an der Nabelschnur, erfolgte, war unauffällig.³²

29 Francisca LOETZ, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850 (Stuttgart 1993) 90 und 108.

30 UAI, Med. Hebammen 1829–1880, Geburtsgeschichte Johann Knaffl.

31 UAI, Med. Hebammen 1829–1880, Geburtsgeschichte Johann Hueter (1830).

32 UAI, Med. Hebammen 1829–1880, Geburtsgeschichte Johann Hueter (1830).

4. Ausblick

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass uns die vorliegenden Quellen einen einmaligen Blick auf die Vorgänge in den eigentlich diskreten und verschwiegenen geburtshilflichen Räumen des frühen 19. Jahrhunderts gewähren. Sie zeichnen ein Bild von einer geburtshilflichen Tradition, die sich eindeutig am Wiener Modell einer der Natur überlassenen Geburtshilfe orientierte. Gleichzeitig illustrieren sie das zwiespältige System der Sicherstellung praktischen „Anschauungsmaterials“, das auf Freiwilligkeit und Zwang gleichermaßen baute. Dennoch weist das Genre der „Geburts geschichten“ wesentliche Schwächen auf. Da die Quellen beinahe ausschließlich regelmäßige Geburten ohne jegliche Anwendung von Instrumental- oder Manualhilfe beschreiben, muss vorerst unbeantwortet bleiben, wie die Studenten den Umgang mit den geburtshilflichen Instrumenten lernten. Nur eine Entbindung in unserem Sample wurde unter Instrumentaleinsatz (Forzeps) beendet, doch konnten sich die Studenten dabei keineswegs an der Applikation der Zange versuchen, sondern mussten den Eingriff einem bereits geübten Sekundararzt überlassen.³³ Die Studenten absolvierten während ihrer Ausbildungszeit lediglich „Trockenübungen“ an einer ledernen Nachbildung der weiblichen Geschlechtsorgane (Phantom).³⁴ Es stellt sich in diesem Zusammenhang prinzipiell die Frage, ob die Auszubildenden in ihrer praktischen Unterweisung im Kreißzimmer überhaupt genug Erfahrung sammeln konnten, um in der eigenen Praxis sachgemäß zu entbinden. Wir können hier wohl Schlumbohms Urteil folgen und festhalten, dass die praktische Ausbildung am Lyzeum nur als eine einführende Übungsphase bewertet werden kann. Die Studenten und Schülerinnen profitierten zwar von der praktischen Erfahrung, mussten ihr Wissen und ihre Fertigkeiten jedoch zweifelsohne in der eigenen Praxis ausbauen und perfektionieren.³⁵ Ein weiteres Defizit der Geschichten erkennen wir im Hinblick auf die Rolle und die Befugnisse der Hebammen(schülerinnen) innerhalb der beschriebenen geburtshilflichen Räume. Wir erhalten nur vage Informationen, denn die Studenten fokussierten in erster Linie ihre eigenen Tätigkeiten und erwähnten die Schülerinnen meist nur am Rande. So waren auch die Versorgung der Neugeborenen und der Wöchnerinnen den Hebammen überlassen und finden deshalb nur sehr selten Erwähnung. Die Sicht der jungen Studenten auf die mitunter ebenso jungen Gebärenden erschließt sich uns ebenfalls nur indirekt. Und gleichermaßen schwierig wie herausfordernd gestaltet sich die Frage nach dem Erleben der Gebärenden, welche nur durch den Filter eines männlichen Sprachrohrs zu Wort kommen.

33 Vgl. Med. Hebammen 1829–1880, Geburtsgeschichte Sebastian Thaler (1830) bzw. Degno Zambelli (1830).

34 Gert ROGENHOFER, *Medicina Oenipontana: Magistri annorum 1673–1810* [Diss.tech.] (München 1975) 231.

35 Vgl. SCHLUMBOHM, *Practice* 35–36.

Quellen:

Tiroler Landesarchiv (TLA)
 Jüngerer Gubernium
 Stadtarchiv Innsbruck (StAI)
 Stadtspital Raitungen
 Universitätsarchiv Innsbruck (UAI)
 Med. Hebammen 1829–1880,
 diverse „Geburtsgeschichten“ 1830/1834
 Med. 1819–1822
 Med. 1829–1830
 Med. 1831–1833

Literatur:

BUELTZINGSLOEWEN Isabelle von, Die Entstehung des klinischen Unterrichts an den deutschen Universitäten des 18. Jahrhunderts und das Göttinger Accouchierhaus. In: Jürgen SCHLUMBOHM, Claudia WIESEMANN (Hg.), Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850. Göttingen, Kassel, Braunschweig (Göttingen 2004) 15–30.
 Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften (Berlin 1836).

FRORIEP Ludwig Friedrich von, Theoretisch-praktisches Handbuch der Geburtshülfe, zum Gebrauche bei akademischen Vorlesungen und für angehende Geburtshelfer, 6. vermehrte und verbesserte Ausgabe (Weimar 1818).

HÄFEN Wiebke von, Ludwig Friedrich von Froriep (1779–1847). Ein Weimarer Verleger zwischen Ämtern, Geschäften und Politik (Köln/Weimar/Wien 2007).

HILBER Marina, Vom „Sonderzimmer für Kindbetterinnen“ zur Landesgebäranstalt. Die Anfänge der institutionellen Entwicklung des Innsbrucker Gebärhäuses (1816–1869). In: Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 7 (2009) 195–205.

HUTER Franz, Hundert Jahre Medizinische Fakultät Innsbruck 1869 bis 1969 (Innsbruck 1969).

LOETZ Francisca, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850 (Stuttgart 1993).

METZ-BECKER Marita, Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebärhäusern des frühen 19. Jahrhunderts (Frankfurt/New York 1997).

OBERKOFER Gerhard, Geschichte und Bestände des Universitätsarchivs Innsbruck (Innsbruck 1970).

PAWLOWSKY Verena, Ledige Mütter als „geburtshilffliches Material“. In: Comparativ. Leipziger Beiträge zur Kulturgeschichte und vergleichenden Gesellschaftsforschung 5 (1993) 33–52.

- PORTER Roy, Hospitals and Surgery. In: Roy PORTER (Hg.), The Cambridge History of Medicine (Cambridge 2006) 176–210.
- PROBST Jacob, Geschichte der Universität in Innsbruck seit ihrer Entstehung bis zum Jahre 1860 (Innsbruck 1869).
- RENZETTI Emanuela, Rodolfo TAIANI, Ein Handwerk gerät unter Kontrolle: Hebammen im Trentino im 18. und 19. Jahrhundert. In: Otto DAPUNT (Hg.), Fruchtbarkeit und Geburt in Tirol (Ober-schleißheim 1987) 109–121.
- ROGENHOFER Gert, Medicina Oenipontana: Magistri annorum 1673–1810 [Diss.tech.] (München 1975).
- SACHSE Wieland, Göttingen im 18. und 19. Jahrhundert: zur Bevölkerungs- und Sozialstruktur einer deutschen Universitätsstadt (Göttingen 1987).
- SCHLUMBOHM Jürgen, „Die Schwangeren sind der Lehranstalt halber da“: Das Entbindungshospital der Universität Göttingen, 1751 bis ca. 1830. In: Jürgen SCHLUMBOHM, Claudia WIESE-MANN (Hg.), Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850. Göttingen, Kassel, Braunschweig (Göttingen 2004) 31–62.
- SCHLUMBOHM Jürgen, The Practice of Practical Education: Male Students and Female Apprentices in the Lying-in Hospital of Göttingen University, 1792–1815. In: Medical History 51 (2007) 3–36.
- SEIDEL Hans-Christoph, Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland (Stuttgart 1998).
- STOLZ Otto, Geschichte der Stadt Innsbruck (Innsbruck 1959).
- WESTHOFF Manfred, Medicina Oenipontana: Chirurgicum Lycei 1816–1869 [Diss.tech.] (München 1978).

DER SCHNITT FÜRS LEBEN

Gesundheit und Krankheit in den Diskursen um Präputium und Zirkumzision

1. Problemstellung

Noch bevor durchschnittliche Leserinnen und Leser die ersten Sätze meines Beitrags zu Ende gelesen haben, wird schon wieder an einem männlichen Genital die Vorhaut entfernt worden sein. Der Wahrscheinlichkeitsrechnung nach vermutlich in Israel, in einem Staat mit muslimischer Bevölkerung, auf einer fernen Pazifik-Insel oder aber in den USA. Alleine in den Vereinigten Staaten wird an sechs von zehn männlichen Neugeborenen dieser chirurgische Eingriff durchgeführt. Damit ist die Zirkumzision die am häufigsten durchgeführte Operation in den USA überhaupt.¹ 3300-mal am Tag kommen Schere, Skalpell, Zirkumzisionsklemme nach Kantor, Leff, Moskowich oder Atkins, Gomco-Klemme oder Bell-Glocke zum Einsatz.² 3300 Eingriffe dieser Art pro Tag, das macht alle 30 Sekunden eine Zirkumzision – allein in den USA, wohlgemerkt! Zumindest in ihrer Praxis, die Genitale männlicher Kinder spätestens bis zum Eintritt in die Pubertät eines Eingriffs zu unterziehen, bei welchem das Präputium mehr oder minder radikal entfernt wird, finden wir Israel, die Vielheit der muslimischen oder teilweise muslimischen Staaten und Bevölkerungen mit den USA in seltener Übereinstimmung. Doch anders als bei Juden und Muslimen sowie einigen im Pazifik verstreuten Gesellschaften wird in den Vereinigten Staaten meist nicht etwa aus religiösen oder kulturellen Motiven heraus *rituell* beschnitten, sondern vielmehr naturwissenschaftlich-medizinisch begründet – wobei zumindest gefragt werden darf, ob solcherart legitimierte Akte nicht schlussendlich auch zu Ritualen geraten können ...

Als rituelle Praxis überseeischer Ethnien³ oder der jüdischen Bevölkerung⁴ wiederholt, wenn auch nicht gerade häufig der kulturwissenschaftlichen Untersuchung unterzogen, ist dieser medizinisch begründeten Beschneidung in den Kulturwissenschaften bislang wenig Aufmerksamkeit zuteil geworden. Auch dann nicht, als die medizinisch indizierte Zirkumzision wie auch die routinemäßig-prophylaktische Beschneidung im Laufe der neunziger Jahre Gegenstand öffentlicher Kritik wurde und Präputium und Zirkumzision in größere diskursive Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit, Natürlichkeit und Künstlichkeit und – nicht zuletzt – von Menschenwürde und vom Menschenrecht auf Unversehrtheit des Körpers gestellt wurden. Genau diesen Aspekten der Zirkumzision jedoch soll hier in erster Linie

- 1 Zu den Daten vgl. Karl WIEMER, Urs WILLMANN, Mit Geduld und Stahl. Gegen die männliche Beschneidung formiert sich eine Lobby. In: Die Zeit 48 (1998). Online verfügbar unter: www.zeit.de/1998/48/199848_beschneidung_.xml?page_all (Zugriff: 30.06.2008).
- 2 Graphische Darstellungen, Beschreibungen und Informationen zur Handhabung der Instrumente bei: Ludwig Eberhard KALEB, Die Circumcision. Historie, Indikation, Technik, Komplikationen (Diss. med. Aachen 1983) 87–119.
- 3 Vgl. z.B. Maurice BLOCH, From blessing to violence. History and ideology in the circumcision ritual of the Merina of Madagascar (London-New York u.a. 1986)
- 4 Vgl. z.B. Gideon BRECHER, Die Beschneidung der Israeliten, von der historischen, praktisch-operativen und ritualen Seite, zunächst für den Selbstunterricht dargestellt (Wien 1845), Lawrence A. HOFFMAN, Covenant of Blood (Chicago 1996), Franz MACIEJEWSKI, Psychoanalytisches Archiv und jüdisches Gedächtnis: Freud, Beschneidung und Monotheismus (Wien 2002).

- 5 Beim Cutting Club handelt es sich um einen losen Zusammenschluss gleichgeschlechtlich orientierter zirkumzidierter Männer, die aus unterschiedlichen Erwägungen für den Eingriff werben. In den seinerzeit ausgegebenen Informationsmaterialien wurde neben den Argumenten Hygiene und Ästhetik auch die Behauptung eines gesteigerten Lusterlebnisses ins Feld geführt. Die derzeit online geschaltete website des Cutting Club (weitgehend password protected) scheint dem Anliegen sachlicher Informationsvermittlung indessen weit weniger verpflichtet zu sein und eher der Anbahnung erotischer Kontakte zu dienen. Vgl.: http://www.cuttingclub.de/index_en.html (Zugriff: 27.12.2008). Eine ernsthaftere Annäherung an die Thematik versuchen die Zirkumzisionsbefürworter von EURO CIRC. Vgl.: <http://www.eurocirc.org> (Zugriff: 27.12.2008).
- 6 Gemäß Selbstdarstellung „founded by healthcare professionals to provide information to expectant parents, healthcare professionals, educators, lawyers, ethicists, and concerned individuals about circumcision and genital cutting of male, female, and intersex infants and children, genital integrity, and human rights“ leistet die National Organization of Circumcision Information Resource Centers (NOCIRC) in den USA Aufklärungsarbeit auf unterschiedlichen Ebenen. Vgl.: <http://www.nocirc.org/> (Zugriff: 27.12.2008).
- 7 Jim BIGELOW, *The Joy of Uncircumcising! Exploring Circumcision: History, Myths, Psychology, Restauration, Sexual Pleasure, and Human Rights* (Aptos, CA 1992).
- 8 Als Anhängerin der dem Judentum zuzählenden mystischen Tradition der Kabbala plante Madonna, ihren auf ungewöhnliche Weise in Afrika erlangten Adoptivsohn David einer – rituell begründeten – Zirkumzision zu unterziehen, wogegen weltweit Protest erhoben wurde. In einer auf der Internetplattform care2 lancierten Petition des NOCIRC-Aktvisiten Ron Low, die bis zur deadline am 01.10.2007 immerhin 713 Unterstützer fand, wurde der Star aufgefordert, den Eingriff zu unterlassen. Argumentiert wurde dabei u.a. dahingehend, dass die Kabbala den Eingriff nicht zwingend vorschreibe, dass die Zirkumzision Nervenbahnen zerstöre, dass „circumcision robs a man and his partner of the natural frictionless rolling/gliding mode of stimulation“ und überdies 80 Prozent der Weltbevölkerung die Zirkumzision nicht praktiziere. Vgl.

Aufmerksamkeit geschenkt werden, weil sie allen Anlass geben, medizinisches Wissen kulturalistisch zu befragen und nahe legen, die Entstehung von unterschiedlichen Körperbildern eines näheren Blicks zu würdigen.

Angestoßen wurde meine Auseinandersetzung mit dem zunächst so marginal erscheinenden Stückchen Haut und seiner Entfernung durch mehrere Faktoren: Zum einen durch die zufällige Begegnung mit aktiven Zirkumzisionsbefürwortern, die – zusammengeschlossen im sogenannten *Cutting Club* – am Rande von Festivitäten zum *Christopher Street Day* des Jahres 1997 in der Kölner Innenstadt für die Beschneidung warben.⁵ Zum anderen durch eine ebenso zufällige Begegnung mit aktiven Zirkumzisionsgegnern (*NOCIRC*),⁶ die im Frühjahr 2001 in der Fußgängerzone im kalifornischen Santa Monica einen Infostand aufgebaut hatten, an welchem nicht nur *flyer* verteilt und Diskussionen geführt wurden, sondern auch das Buch des Psychologen Jon Bigelow „*The Joy of Uncircumcising! Exploring Circumcision: History, Myths, Psychology, Restauration, Sexual Pleasure, and Human Rights*“⁷ zum Kauf angeboten wurde.

Bestärkt wurde mein Interesse am Gegenstand darüber hinaus durch meine Tätigkeit auf dem Feld jüdischer Kulturstudien sowie durch die im Jahre 2007 in den Medien genüsslich zelebrierte Berichterstattung über die geplante, letztlich aber nicht vollzogene Zirkumzision des Adoptivsohns von Popstar Madonna.⁸ Nicht zuletzt aber hat eine zum Skandalon erhobene Begebenheit an der Peripherie meiner Familie den Ausschlag zur vertieften Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Zirkumzision gegeben, hatte doch vor einiger Zeit der muslimische Ehemann einer Verwandten den gemeinsamen Sohn – ohne weitere Rücksprache mit der Mutter – zirkumzidieren lassen und diesen Schritt in den anhaltenden Debatten nach dem Schnitt vor allem mit gesundheitlichen Aspekten zu legitimieren versucht.⁹

2. Körpervorstellung und Kultur

Ausgangspunkt der im Folgenden anzustellenden Überlegungen ist der von Michel Foucault angestoßene und von Judith Butler weiterentwickelte Gedanke, demzufolge der Körper kein prädiskursiv denkbare Etwas ist, sondern auch in seiner Erlebbarkeit erst diskursiv entsteht.¹⁰ Dabei wird mit Zustimmung zur Kenntnis genommen, dass die in den Kulturwissenschaften gängige Metaphorik des „*Einschreibens-in-den-Körper*“,¹¹ also die Vorstellung eines *per se* existenten Körpers als „*Rohmaterial*“¹², in welches Bedeutungen inskribiert werden, nunmehr dahingehend kritisiert wird, dass die Scheidung zwischen Rohmaterial und Text obsolet wird, weil auch das sogenannte „*Rohmaterial*“ diskursiv konstituiert ist.¹³ Insofern ist der Kulturwissenschaftlerin Birgit Spies vollumfänglich zuzustimmen, wenn diese

argumentiert, dass im Kontext kulturwissenschaftlicher Debatten die Diskurswürdigkeit von Natur *an sich*, wie auch die Diskussion über wechselseitige Einflüsse von Natur und Kultur hinfällig wird, weil Natur letztlich nur als Kultur denkbar ist.¹⁴ Weil aber Wirklichkeiten nicht nur aus kulturwissenschaftlichen Diskursen, sondern auch aus solchen der Naturwissenschaften, der Medizin konstituiert werden und diese Diskurse als *geglaubte* Wirklichkeiten in populäres Wissen, populäre Körpererfahrungen, -praxen und -politiken einfließen, halte ich die Analyse der Diskurse über Natur und Kultur nicht für obsolet, sondern plädiere dafür, die Scheidung von Natur und Kultur als von Menschen diskursiv gemachte Wirklichkeit ernst zu nehmen und dem kulturwissenschaftlichen Blick zu unterziehen.¹⁵ Für den hier gewählten Zugang zu Präputium und Zirkumzision im Spiegel von Diskursen über Krankheit und Gesundheit bedeuten diese theoretischen Vorüberlegungen, dass die Zuschreibung *Präputium ist gleich Natur, Zirkumzision ist gleich Kultur* zwar theoretisch als obsolet erscheint; diese Zuschreibung jedoch sowohl für den interdisziplinären Austausch mit Naturwissenschaftlern als auch für die Breitendiskurse als gegeben erachtet werden muss.¹⁶

In meinem Beitrag wird unter Rückgriff auf die Vorgeschichte der Zirkumzision als medizinisch indiziertes Massenphänomen einzugehen sein, bevor das Augenmerk auf die jüngeren und aktuellen im Rahmen einer internationalen Öffentlichkeit geführten Diskussionen über die *pros* und *cons* der medizinisch begründeten Beschneidung gelegt wird. Dabei stütze ich mich in meinen Ausführungen auf wissenschaftliche Literatur aus Bereichen der Kulturwissenschaften, Rechtswissenschaft und Medizin, greife auf populärwissenschaftliche Veröffentlichungen zurück und überdies auf Recherchen im Internet. Gerade letzteres Medium ist für Forschungen auf diesem Themenfeld in zweierlei Hinsicht von Bedeutung: Zum einen, weil Krankenhäuser, Arztpraxen und andere Einrichtungen, die sich der Gesundheits- und Sexualaufklärung widmen, auf ihren *websites* die Thematik im Blick auf Rat suchende Menschen auf ihre je eigene Weise aufgreifen. Zum anderen, weil das Internet in Gestalt von mehr oder minder anonymen Diskussionsforen eine Fülle von wissenschaftlichen und populären Meinungen und Einstellungen zum Themenbereich „*Präputium und Zirkumzision*“ speichert.¹⁷

3. Vorgeschichte der Zirkumzision

Im Jahre 1870 erscheint in dem medizinischen Periodikum „*Transactions of the American Medical Association*“ ein Aufsatz des seinerzeit durchaus prominenten New Yorker orthopädischen Chirurgen Lewis Sayre.¹⁸ In diesem nur sechs Seiten zählenden Beitrag legt der Arzt anhand von drei Fallbeispielen seine Heilerfolge bei Paralyse der un-

Madonna – leave all children’s genitals intact, online-Petition auf care2: <http://www.thepetitionsite.com/takeaction/635240482?tl=1166470850> (Zugriff: 27.12.2008).

- 9 Eine Aktion, die mithin zum Scheitern der gemischtkonfessionellen Ehe beigetragen hat.
- 10 Judith BUTLER, *Das Unbehagen der Geschlechter* (Frankfurt/M. 1991) 217.
- 11 Birgit SPIES, *Der Körper als Rohmaterial? Zur Metaphorik des „Einschreibens-in-den-Körper“*. In: Beate BINDER, Silke GÖTTSCHE, Wolfgang KASCHUBA, Konrad VANJA (Hg.), *Ort. Arbeit. Körper. Ethnografie Europäischer Modernen*. 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde (Berlin 2003) 457–467.
- 12 Unter Berufung auf Barbara Duden spricht Spies vom „Rohmaterial“. Duden selbst indessen von einer „sozial ‚rohen‘ Körperlichkeit“. SPIES: *Der Körper als Rohmaterial* 457; vgl. auch: Barbara DUDEN, *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1750* (Stuttgart 1987) 10.
- 13 SPIES, *Körper* 457.
- 14 SPIES, *Körper* 460.
- 15 Vgl. hierzu: Karl BRAUN, *Grenzziehungen im Imaginären – Konstitution von Kultur*. In: Johannes MOSER, Thomas HENGARTNER (Hg.), *Grenzen und Differenzen. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen*. 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde (Dresden 2006) 19–39.
- 16 Philipp SARASIN, *Mapping the Body. Körpergeschichte zwischen Konstruktivismus, Politik und „Erfahrung“*. In: *Historische Anthropologie* 7 (1999) 437–451, hier 449.
- 17 Die Fragen nach der tatsächlichen Identität der Teilnehmer solcher Internet-Diskussionen und nach dem Wirklichkeitsgehalt ihrer Äußerungen stellt sich hier – anders als bei anderen Ansätzen der Kulturforschung im Internet – nicht, weil hier nicht nach den soziodemografischen Charakteristika der Diskutanten, sondern nach den reflektierten Einstellungen gefragt wird. Zu Kulturforschung im Internet vgl. auch: Thomas HENGARTNER, *Volkskundliches Forschen im, mit dem und über das Internet*. In: Silke GÖTTSCHE, Albrecht LEHMANN (Hg.), *Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage* (Berlin 2007) 189–218.

teren Extremitäten bei Knaben im Alter zwischen drei und fünf Jahren dar. Daran wäre wenig Spektakuläres und wenig, was die Geschichtsschreibung der Heilkunde auch noch 138 Jahre nach Erscheinen des Aufsatzes beschäftigen würde, hätte Sayre seine tatsächlichen oder behaupteten Heilerfolge nicht mittels eines einfachen, mithin als völlig harmlos bezeichneten Eingriffs erzielt: Durch Zirkumzision der Knaben.¹⁹ Wiewohl der Chirurg es nicht verabsäumte, in der Darstellung jedes der drei Fälle über schwere nervöse Störungen als Folge der von unbehandelter Phimose ausgelösten Reizzustände der *glans penis* zu berichten, mag man aus heutiger Perspektive über Sayres Diagnosen und Vorgangsweisen staunen. Hinsichtlich der seinerzeit verbreiteten Theorie der Nervenkräfte, welche implizierte, dass die Krankheiten durch die Wiederherstellung der Balance der ins Ungleichgewicht geratenen Nervenkräfte eines Patienten geheilt werden könnten, dachte und handelte Sayre durchaus folgerichtig: Periphere Irritationen – hier ausgelöst durch das verengte Präputium – wären demnach für eine Erkrankung der Muskeln verantwortlich, welche dann nicht mehr vom Gehirn aus gesteuert werden könnten. Von seinen drei konkreten Fällen auf das große Ganze schließend, die Phimose bereits als Ursache weiterer Leiden und somit die Zirkumzision schon implizit als Breitbandheilverfahren darstellend schreibt Sayre selbst:

*„Many of the cases of irritable children, with restless sleep, and bad digestion, which are often attributed to worms is (sic) solely due to the irritation of the nervous system caused by an adherent or constricted prepuce. (...) Hernia and inflammation of the bladder can also be produced by the severe straining to pass water in some of these cases of contracted prepuce.“*²⁰

An die bahnbrechenden Qualitäten der eigenen medizinischen Entdeckung glaubend sollte Sayre im Laufe seiner weiteren ärztlichen Tätigkeit noch häufig zirkumzidieren; etwa in New Yorker Waisenhäusern und *Insane Asylums* und mitunter – vom heutigen Standpunkt aus gesehen – wider jede Vernunft und bei zweifelhaften ethischen Vorgangsweisen.²¹ Über Misserfolge hüllte sich Sayre in Schweigen. Seine Erfolge indessen machte er gerne öffentlich und empfahl mit seinem 1888 erschienenen Buch *„On the deleterious results of a narrow prepuce and preputial adhesions“* noch einmal nachdrücklich die Zirkumzision als Heilmittel für allerhand Krankheiten ungeklärter Ursache; bei Frauen und Mädchen indessen empfahl Sayre analog die Entfernung des *„clitoral prepuce“*.²²

Entgegen verbreiteter Ansicht war Sayre nicht der erste Mediziner, der die Zirkumzision als Mittel zum gesundheitlichen Zweck propagierte, hatte doch bereits 1855 Jonathan Hutchinson darauf verwiesen, dass die jüdische Bevölkerung einem geringen Risiko der Syphilis-Infektion ausgesetzt sei, dies auf die rituell bedingte Zirkumzision jüdischer Männer zurückgeführt und dieselbe deshalb als Präventionsmaßnah-

18 David Gollaher nennt Sayre nicht nur einen Philanthropen und Missionar, sondern verweist auch auf dessen Tätigkeiten an mehreren New Yorker Krankenhäusern und seine Funktion als „resident physician“ von New York City, der zu Zeiten des Bürgerkriegs stadthygienische Reformen vorantrieb und 1866 die Quarantänemaßnahmen für das Dampfschiff Atlanta organisierte. Unter den zahlreichen Ämtern und Funktionen und Leistungen Sayres sind weiterhin hervor zu heben: Lehrtätigkeit u.a. auf dem Feld der Orthopädischen Chirurgie und Erkrankungen der Gelenke, Vizepräsidentschaft und Präsidentschaft der American Medical Association. David GOLLAHER, From Ritual to Science. The medical Transformation of Circumcision in America. In: Journal of Social History 28/1 (1994) 5–36, hier 3–4.

19 Lewis A. SAYRE, Partial Paralysis from Reflex Irritation, Caused by Congenital Phimosis and Adherent Prepuce. In: Transactions of the American Medical Association 23 (1870) 205–211.

20 SAYRE, Partial Paralysis 210–211.

21 David GOLLAHER, Das verletzte Geschlecht. Die Geschichte der Beschneidung (Berlin 2002) 111.

22 Lewis A. SAYRE, On the deleterious results of a narrow prepuce and preputial adhesions. (Philadelphia 1888).

me empfohlen.²³ Und schon im 18. Jahrhundert hatte der Schweizer Arzt Simon-Auguste Tissot die Zirkumzision als wirksames Mittel gegen die seinerzeit konsensual als schädlich erachtete Masturbation propagiert, welche er als Ursache für jugendliche Rebellion, Epilepsie, Erweichung von Körper und Geist, Hysterie und Neurosen betrachtete.²⁴ Auf jeden Fall aber war Sayre nicht der letzte, der die Zirkumzision als Heilverfahren für verschiedene Krankheiten empfehlen sollte, denn – wie Gollaher ausführte:

„When a man of Sayre’s experience, reputation, and professional standing insisted that serious orthopaedic disease could be cured by a comparatively simple operation on the foreskin, the medical world was prepared to take him seriously”.²⁵

Tatsächlich wurde Sayre mehr als nur ernst genommen, denn seine Erfolge bei der Heilung verschiedenster Krankheiten mittels Zirkumzision passten hervorragend in die Vorstellungswelt einer insgesamt puritanisch-sexualfeindlich geprägten US-Mittelklasse, die modernen Hygienevorstellungen ebenso offen gegenüberstand wie sie die Hoffnung hegte, mittels medizinischer Mittel dem moralisch konstituierten Problem der Masturbation begegnen zu können. Was also auf Sayre folgte, war eine durchaus kontrovers geführte Debatte über den Wert der Zirkumzision, die 1991 mit dem Werk *„History of Circumcision from the Earliest Times to the Present. Moral and Physical Reasons for Its Performance”*²⁶ von Charles Remondino, einem Zeitgenossen und Bewunderer von Sayre, eindeutig zugunsten des Eingriffs entschieden wurde. Folgt man Gollaher, so war dieses Buch weit weniger von historisch-aufklärerischem Wert, als sein Titel impliziert. Und tatsächlich polemisiert Remondino fernab jeder wissenschaftlichen Seriosität gegen das Präputium als Quelle von Krankheit und Unmoral und für dessen Entfernung als geradezu universales Heilmittel. Auf rund 300 eng bedruckten Seiten schöpft Remondino auf geradezu abenteuerliche Weise aus dem Fundus des Historischen, beruft sich auf Volksglauben und versteigt sich in Schwindel erregende Mutmaßungen, nur um seinen Fachkollegen jenes Wissen darzutun, welches notwendig sei, um auch medizinische Laien von der *„absoluten Notwendigkeit”* der Zirkumzision zu überzeugen.²⁷ Denn anders als Sayre, der die Zirkumzision stets nach vorangegangener Diagnose eines durch Phimose oder sonstige Deformation des männlichen Genitals hervorgerufenen Reizzustandes durchführte und hierdurch seine spektakulären Heilerfolge erzielte (oder erzielt haben wollte), agitierte Remondino konsequent dahingehend, die Zirkumzision als Prophylaxe gegen mannigfaltige krankhaft gedachte Phänomene zu empfehlen. Argumentativ geschickt deklarierte Remondino das Präputium implizit zu einem Teil einer Natur, die im Kontext der viktorianischen Gesellschaft als triebhafter und deshalb zur Erreichung der eigentlichen Bestimmung des Menschen zu zivilisierender Teil der menschlichen

23 Jonathan HUTCHINSON, On the Influence of Circumcision in Preventing Syphilis. *Medical Times & Gazette* 32 (1855) 542–543.

24 Samuel Auguste André David TISSOT (auch Samuel [-] Auguste Tissot), Die Onanie, oder Abhandlung über die Krankheiten die von der Selbstbefleckung herrühren. Nach der beträchtlich vermehrten Originalausgabe aus dem Französischen neu übersetzt. O.O. O.J. (1774 [zuerst 1758])

25 GOLLAHER, From Ritual 4.

26 (Peter) Charles REMONDINO, History of Circumcision from the Earliest Times to the Present. Moral and Physical Reasons for Its Performance (Philadelphia/London) 1891.

27 REMONDINO, History 256.

Existenz galt. Eine Argumentation, die sich auch dort widerspiegelt, wo es um die Zivilisierung der Gesellschaft und um Wahrung der inneren Sicherheit geht, denn mittels Zwangszirkumzision – so Remondinos Vorstellung – sollte sich auch das „Negro Rape Problem“ unschwer lösen lassen.²⁸ Ganz im Geiste seiner Zeit definiert Remondino das Präputium als Relikt einer evolutionsgeschichtlichen Phase, aus welcher der Mensch durch den aktiven Prozess der Kulturbildung herausgetreten sei. Und mögen auch „nackte Wilde“ des Präputiums zum Schutze der *glans penis* bedürfen, so sei dieses, seit der Mensch in höhere Sphären der Evolution aufgestiegen ist, überflüssig und als Auslöser fast jedweden Leidens von Angstzuständen über Bettnässen bis hin zu Asthma, Nierenentzündung und Syphilis schädlich.²⁹ Nicht ohne argumentatives Geschick schreibt Remondino dem Stückchen Haut somit die Bedeutung des Vorzivilisatorischen zu, das es mittels einfachen Eingriffs hinter sich zu lassen gilt, weil solcherart das Natürlich-Animalische abgestreift und die Gesellschaft zivilisiert werden kann. Ideen, die im Europa jener Tage nicht ohne Nachhall bleiben, denn auch hier finden sich Ärzte, die Romondinos Ideen übernehmen. Doch gibt es im Europa des 19. und frühen 20. Jahrhunderts ungleich mehr prominente Mediziner als in den USA, die sich *gegen* die Zirkumzision stellen und dabei in ihrer Wortwahl erkennen lassen, dass sie die natürliche Beschaffenheit des Menschen per se als dessen perfekte Beschaffenheit betrachten: So spricht etwa Karl Oxenius von „*Entstellung*“ und plädiert für konservierende Heilverfahren bei Phimose zum Zwecke der „*Intakterhaltung*“ des Penis.³⁰ Von „*Verstümmelung*“ indessen spricht Leo Dub und bringt die Drastik des Eingriffs mit einer für Mediziner sonst ungewöhnlich dramatischen Wortwahl zum Ausdruck, indem er seinen Zeitschriftenbeitrag mit den Worten titelt: „*Zur unblutigen Behandlung der Phimose*“.³¹

Als eine kulturelle Praxis der Ober- und Mittelschicht in den USA geriet die Zirkumzision spätestens um die vorvergangene Jahrhundertwende zum Nachweis von Gesundheitsbewusstsein, Kultiviertheit und sozialem Rang, ehe die Propagierung des Eingriffs und seine massenhafte Durchführung im Ersten Weltkrieg Teil der offiziellen US-Gesundheitspolitik und somit zum allmählich in untere Schichten absinkenden Kulturgut wurde. Überall, wo in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts Menschen unter staatlicher Aufsicht standen, in Armee, Waisenhäusern und psychiatrischen Anstalten, führte man nun, wenn nicht gleich Reihen-Zirkumzisionen, so doch zumindest medizinisch indizierte Beschneidungen schon bei geringsten Beschwerden durch. Fand sich unter den Soldaten, die im amerikanischen Bürgerkrieg kämpften, noch eine kleine Minderheit von 10 Prozent zirkumzidierter Männer, so hatten Anfang der Zwanzigerjahre bereits 25 Prozent und 1930 etwa 40 Prozent aller Männer in den USA den Eingriff hinter sich gebracht. Eine Entwicklung, die sich im und nach dem Zweiten Weltkrieg fortsetzen sollte, bis hin zu jenem

- 28 Peter Charles REMONDINO, Questions of the day: Negro rapes and their social problems. In: National Popular Review 4 (January 1894) 3–6.
- 29 REMONDINO, History 206–210, 290, 300.
- 30 Karl OXENIUS, Über Frühbehandlung der kindlichen Phimose. In: Medizinische Klinik 20 (1924) 1501–1502.
- 31 Leo DUB, Zur unblutigen Behandlung der Phimose. In: Medizinische Klinik 17 (1921) 125–126.
- 32 Benjamin SPOCK, Baby and Child Care (New York 1957) 155.
- 33 Eine Darstellung der Diskurse in Deutschland findet sich bei: Ralf GERING, Die Vorhaut in den Krankheitsdiskursen der Schulmedizin (unveröff. Magisterarbeit, Universität Tübingen 1993) 28–32.
- 34 Erich CZAPSKI, Vorhautverengung, Vorhauteinschnürung und Vorhautverklebung bei Kindern. In: Das Deutsche Gesundheitswesen 11 (1956) 45.
- 35 Helmut KEUTH, Phimoseoperation in der Hand des Kinderarztes (Leserbrief). In: Der Kinderarzt 7 (1976) 826.
- 36 Vgl. die Hinweise der Abt. Kinderurologie des Krankenhauses der barmherzigen Schwestern Linz unter: http://209.85.135.104/search?q=cache:ILm6W7E0Na4J:www.bhs-linz.at/media/pdf_content_bhslinz/Phimose_KinderurologieimWandel_end.pdf+zirkumzision+%C3%B6sterreich&hl=de&ct=clnk&cd=4&gl=de&lr=lang_de (Zugriff: 27.12.2008).

eingangs erwähnten aktuellen Prozentsatz von 60 Prozent zirkumzidierter Männer in den USA, so dass am Ende gilt, was 1957 in einem Elternratgeber zu lesen war: „*Circumcision makes a boy feel regular.*”³²

Die US-Präsenz in Europa nach dem Zweiten Weltkrieg internationalisierte den Diskurs um Präputium und Zirkumzision, und zumindest für Deutschland gibt es Belege dafür, dass die Einführung von Routine-Zirkumzisionen an Säuglingen wenigstens versucht wurde. Ein nennenswerter Langzeiterfolg war diesen Versuchen in der Praxis nicht beschieden.³³ Und wiewohl der Einfluss der US-Medizin auf das Nachkriegseuropa nicht zu unterschätzen ist, zeigen sich die Ärzte des deutschsprachigen Raumes für die Idee der Zirkumzision wenig empfänglich, wobei abermals mit einem Vokabular argumentiert wird, welches nahe legt, dass die *Natürlichkeit* des unzirkumzisierten Genitals gegen die als Deformierung empfundene *Künstlichkeit* des zirkumzisierten ausgespielt wird. Von „*Verschandelung*” – ein Begriff, der auch für die Veränderung der Landschaft infolge industrieller Großprojekte gebraucht wird – spricht Erich Czapski.³⁴ Als eine immerhin „*anthropologisch interessante Verstümmelung*” sieht Helmut Keuth die Zirkumzision und spricht sich nebenbei auch noch gegen das Verfahren der mechanischen Lösung des Präputiums von der *glans penis* aus.³⁵

Diese konservativen Positionen und Körperkonstruktionen haben sich – zumindest was Europa betrifft – durchgesetzt. Zwar wird hier bei diagnostizierter Phimose auch weiterhin zirkumzidiert, so dass etwa in Österreich (unter Einbeziehung der aus rituellen Motiven beschnittenen Bevölkerungskreise) rund 14 Prozent aller Männer zirkumzisiert sind,³⁶ aber es wird nicht nur weit seltener als in den USA zirkumzisiert, sondern auch bevorzugt mittels OP-Techniken, die einen Teil des Präputiums konservieren. Und es wird in aller Regel erst zum Skalpell oder zu anderen Instrumenten gegriffen, wenn konservierende Methoden der Phimoseheilung ohne Erfolg blieben. Anders als in den USA übernehmen weder in Österreich noch in Deutschland die Krankenkassen Kosten, die für eine nicht hinreichend indizierte Zirkumzision entstehen. Nach eigenen, auf zwei Quellen beschränkte Nachfragen³⁷ sollen jedoch auch in österreichischen Krankenhäusern diese Eingriffe auf Wunsch von Patienten oder deren Eltern ausgeführt werden.³⁸ Wie häufig dieser Wunsch artikuliert und wie häufig dieser Wunsch schlussendlich in die Tat umgesetzt wird, konnte vorerst nicht ermittelt werden.³⁹

37 Telefonische Nachfrage bei zwei mit dem Autor befreundeten österreichischen Medizinern.

38 Rechtlich gesehen gelangt man hier auf ein außerordentlich schwieriges Terrain, weil zumindest die Zirkumzision an Minderjährigen ohne hinreichende medizinische Indikation zivilrechtliche als auch strafrechtliche Konsequenzen für die durchführenden Ärzte haben kann. Bezogen auf das Recht der Bundesrepublik Deutschland liegen hierzu nicht nur Gerichtsurteile (OVG Lüneburg, Beschluss vom 23.07.2002, 4 ME 336/02, AG Erlangen, Beschluss vom 30.07.2004, 4 F 1092/01, LG Frankenthal, Urt. Vom 14.09.2004, O 11/02), sondern zwischenzeitlich auch juristische Erörterungen vor. Vgl. etwa: Holm PUTZKE, Die strafrechtliche Relevanz der Beschneidung von Knaben. Zugleich ein Beitrag über die Grenzen der Einwilligung in Fällen der Personensorge. In: Holm PUTZKE, Bernhard HARDTUNG, Tatjana HÖRNLE u.a. (Hg.), Strafrecht zwischen System und Telos (Tübingen 2008); Holm PUTZKE, Strafrechtliche Konsequenzen auch bei religiöser Begründung. In: Deutsches Ärzteblatt (2008) 1778–1780; Holm PUTZKE, Maximilian STEHR, Hans-Georg DIETZ, Strafbarkeit der Zirkumzision von Jungen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 8 (2008) 783–788.

39 Es sei allerdings darauf verwiesen, dass einzelne Ärzte die prophylaktische Zirkumzision an Kindern/Neugeborenen aus medizinischen Gründen empfehlen. Auffällig, weil bei der Google-Suche mit den Stichworten „Zirkumzision” und „Österreich” gleich an zweiter Stelle genannt, ist in diesem Zusammenhang ein auf der website der Ordination eines Facharztes für Frauenheilkunde zitierter Artikel aus dem Periodikum „Pediatrics”, in welchem die Zirkumzision von Neugeborenen zur Reduktion des Harntrakt-Infektionsrisikos nahe gelegt wird. Inwieweit diese (vermutlich an Eltern gerichtete) Information appellativen Charakters als im Sinne einer Reklame für diesen Eingriff zu verstehen ist, kann hier nicht abschließend beurteilt werden. Vgl.: www.vienna-doctor.com/DE/Articles_DE/Zirkumzision.html (Zugriff: 27.12.2008).

4. Aktuelle Diskussion

In Europa also wird seit jeher vergleichsweise selten aus medizinischen Gründen zirkumzidiert, und es finden sich weit weniger machtvolle Befürworter der Zirkumzision. In den Medien, insbesondere im Internet, wird die Thematik gleichwohl diskutiert – und zwar in jüngerer Vergangenheit zunehmend häufig. Und selbstverständlich ist auch das zirkumzisionskritische Europa Teil eines internationalen Diskurses über das, was eine Gruppe schwuler Zirkumzisionsbefürworter feierlich als den „Schnitt fürs Leben“ bezeichnet.⁴⁰

Dieser internationale Diskurs – und dies ist das Novum an demselben – wird nicht mehr nur von Ärzten geführt, sondern zunehmend bestimmt von einem vielstimmigen Laien-Chor aus Gegnern jedwelcher oder aber entweder ritueller oder medizinisch indizierter Zirkumzision auf der einen und eher defensiv agierenden diffusen Gruppen der Zirkumzisionsbefürworter auf der anderen Seite sowie freilich weiterhin von Ärzten mit unterschiedlichen Lehrmeinungen. Ihren Ausgangspunkt hatten diese Debatten einmal mehr in den USA, wo nach dem Zweiten Weltkrieg Ärzte, aber auch medizinische Laien wie der Religionskritiker und aktive Freidenker Joseph Lewis, gegen die Zirkumzision zu Felde zogen. Mit teilweise drastischer Wortwahl kritisierte Lewis die Zirkumzision in ihrer Gestalt als routinemäßig durchgeführtem Eingriff – als barbarisches Blutritual, das der modernen Zivilisation unwürdig sei und sich nur über Argumentationslinien erklären ließe, die jenseits des Rationalen lägen.⁴¹

Ab Mitte der sechziger Jahre verdichten sich diese kritischen Statements zur Praxis der präventiven Routine-Zirkumzision und zu den hinter ihr stehenden Körperbildern, wobei Schriften mit Titeln wie „*The Rape of the Phallus*“ oder „*Penile Plunder*“ deutlich machen,⁴² dass Theorie und Praxis der Präputium-Entfernung nunmehr unter tiefenpsychologischen und sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet wurden. Daneben finden sich aber auch vermehrt Stimmen, welche die Unantastbarkeit des (auch und gerade kindlichen) Körpers reklamieren und auf den Verlust des Urvertrauens des Kindes infolge des bei Säuglingen in den USA ohne Narkose durchgeführten und somit traumatisierend-schmerzhaften Eingriffs hinweisen.⁴³ Aber auch einzelne Mediziner beginnen die bislang erfolgreichen Argumente für den Eingriff zu hinterfragen: So verweist etwa der Kinderheilkundler Sydney S. Gellis auf die lange Zeit tabuisierten Todesfälle infolge der Operation an Kleinkindern und rechnet diese gegen jene infolge von Peniskrebs auf: „*It is an uncontestable fact at this point that there are more deaths from complications of circumcision than from cancer of the penis.*“⁴⁴

Und noch ein Tabu wird im Laufe dieser lang anhaltenden Debatten ins Blickfeld der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt: Der Verwendungszweck der abgetrennten *präputia* für medizinisch-kommerzielle Zwecke – etwa als Ersatzhaut oder als Interferone für die Krebs-

40 Flyer des Cutting Clubs. o.O. o.J. [1997].

41 Joseph LEWIS: *In the Name of Humanity* (New York 1949).

42 William Keith C. MORGAN, *Rape of the Phallus*. In: *Journal of the American Medical Association* 194 (1965) 223–224; William Keith C. MORGAN, *Penile Plunder*. In: *Medical Journal of Australia* 1 (1967) 1101–1103.

43 *Etwa in jüngerer Zeit*: Marilyn F. MILLOS, Donna R. MACRIS, *Circumcision. A Medical or a Human Rights Issue?* In: *Journal of Nurse/Midwifery* 37/2, Suppl. (1992) 87S–96S.

44 Sydney S. GELLIS, *Circumcision*. In: *American Journal of Diseases of Children* 132 (1978) 1168.

forschung. In diesem Zusammenhang werden schließlich die Fragen aufgeworfen, inwiefern es einen – kommerziell bedingten – Anreiz dafür gäbe, möglichst viel und ggf. möglichst nicht durch Narkosemittel „verdorbene“ Vorhautgewebe zu „gewinnen“.⁴⁵ Argumente, die in Summe zunächst dazu führten, dass die medizinischen Berufsverbände in den USA auf die Empfehlung prophylaktischer Routine-Zirkumzision verzichteten.⁴⁶

Ab Mitte der siebziger Jahre entstanden sodann mehrere von Nichtmedizinerinnen getragene Organisationen, die nicht nur gegen die Diskriminierung unzurechnungsfähiger Männer agitierten, sondern vor allem auch im Blick gegen die Routine-Eingriffe bei Neugeborenen bzw. Kindern argumentierten. Darüber hinaus gründeten sich Männerorganisationen, welche verschiedene Wege zur Restauration des zirkumzidierten Präputiums propagierten. Mütter, die zufällig Zeugen der routinemäßigen Zirkumzision eines Säuglings geworden waren, bildeten Selbsthilfeorganisationen und *pressure groups*, von welchen die *National Organization to Halt the Abuse and Routine Mutilation of Males* (NOHARM) mit ihrem auffälligen Werbematerial – vom T-Shirt bis zum Kaffeebecher – die größte Bekanntheit erlangte.⁴⁷ Alle diese Organisationen wurden Mitte der achtziger Jahre in dem von der Krankenschwester Marilyn Milos gegründeten US-weit agierenden Dachverband NOCIRC zusammengefasst, welcher seither mit großem Aufwand Öffentlichkeitsarbeit betreibt und dessen Erfolg tatsächlich darin besteht, dass die Anzahl der Zirkumzisionen in den USA deutlich zurückgeht.

Zumindest ein Teil dieser Gruppen stand und steht in unmittelbarer oder mittelbarer Beziehung zu den lebensreformerischen Bewegungen, die sich seit 1968 in den USA formiert haben oder lässt sich ideengeschichtlich in deren Nachfolge einordnen. Dabei bestand und besteht der gemeinsame Nenner dieser aus Medizinerinnen wie Laien gebildeten Gruppen darin, dass in einem sich *natürlich* entwickelnden Genital die Entsprechung einer intakten und ungestörten äußeren Natur gesehen wurde. So argumentiert etwa der kalifornische Kinderarzt Paul M. Fleiss dahingehend, dass der „*natürliche Penis*“ seine eigene Gleitfähigkeit erzeuge, welche das Eindringen in die Vagina erleichtere. Ohne das Präputium, so Fleiss, agiere der Penis in der Vagina „*wie ein Ladestock*“, „*das ist unnatürlich und hat negative gesundheitliche Folgen für Frauen*“.⁴⁸ Popularisiert hallt es Jahre später auf einer *website* für Eltern wider: „*The natural foreskin is not dangerous – it makes sex as Nature intended possible*“.⁴⁹ In einem deutschsprachigen Internet-Forum heißt es analog: „*Die Natur hat sich was dabei (bei der Hervorbringung des Präputiums) gedacht, sie (die Vorhaut) genetisch angelegt zu haben [...]*“.⁵⁰

Neben dem Verweis darauf, dass der Masterplan der Natur perfekt sein müsse und die Evolution keine überflüssigen Körperteile hervorbringe, finden sich in den Materialien der Zirkumzisionsgegner mitunter Formulierungen, welche die *glans penis* gleichsam als Bio-

45 Vgl. John. A. ERICKSON, Deeper into Circumcision. An Invitation to Awareness and Guide to Resources for Researchers, Parents, Activists, and the Merely Curious (Biloxi, Missouri 1996) 61.

46 GOLLAHER, Das verletzte Geschlecht 225–227.

47 Vgl. www.noharm.org (Zugriff, 27.12.2008).

48 GOLLAHER, Das verletzte Geschlecht 165.

49 www.boystoo.com/anatomy/whatistlost.htm (Zugriff: 27.12.2008).

50 Diskussionsbeitrag zur Frage: „Vorhautbeschneidung Ja-Nein/Pro-Contra.“ http://forum.gofeminin.de/forum/couple2/_f6989_couple_2-Vorhautbeschneidung-Ja-Nein-Pro-Contra.html (Zugriff: 27.12.2008).

top darstellen, dessen Bestand durch den Eingriff gefährdet sei.⁵¹ Im Kontext zunehmender Freizügigkeit in den Diskussionen treten aber auch sexuelle Aspekte in den Vordergrund: Es ist von *natürlicher* und *unnatürlicher* Sexualität die Rede, vom Verlust der Empfindlichkeit und Empfindsamkeit aber auch davon, dass die heute nicht mehr als schädlich, sondern als normal ausgedeutete Masturbation bei zirkumzisiertem Genital nur noch mit künstlichen Hilfsmitteln wie etwa Gleitgel möglich sei. Die Zirkumzisionsbefürworter indessen setzen dem Argument der *Natürlichkeit* jenes einer *longue durée* der rituell motivierten Zirkumzision entgegen, berufen sich darauf, dass die lange Geschichte der jüdischen Bevölkerung und anderer aus rituellen Gründen zirkumzidierender Bevölkerungen zeige, dass die Zirkumzision kein Akt der Lustfeindlichkeit sein könnte und überdies darauf, dass nicht jede Wucherung, die in der Natur vorkomme, eine gute sei.⁵²

Dreh- und Angelpunkt der populären als auch der medizinischen Diskussionen bildet freilich immer wieder die zwangsläufige Entblößung der *glans penis* infolge der Zirkumzision. Werde diese – noch einmal geht es um eine Metapher, die uns aus Ökologie-Debatten bekannt vorkommt – „*trockengelegt*“,⁵³ so werde etwas, das dem Bauplan der Natur gemäß bedeckt und geschützt bleiben sollte, exponiert und verändere sich unter mechanischem Einfluss. Zum Nachteil des Zirkumzidierten meinen die einen, weil damit die natürliche Geschmeidigkeit und Sensibilität des Organs verloren ginge. Zu dessen Vorteil meinen indessen die anderen, weil damit – und hier lässt sich ein Bogen in die Mitte des 19. Jahrhunderts schlagen – die Oberfläche der *glans penis* fester und somit weniger anfällig für die Übertragung sexuell übertragbarer Krankheiten werde, was wiederum in die Forderung mündet, prophylaktische Reihen-Zirkumzisionen dort wieder- oder neu aufzunehmen, wo das HIV-Risiko besonders hoch sei.⁵⁴

Spätestens an diesem Punkt beginnt der Diskurs sich im Kreise zu bewegen, scheinen die Argumente im Grundsatz ausgetauscht zu sein und die Debatte durch keine wirklichen Neuigkeiten mehr bereichert zu werden. Und manches, was heute in das Präputium eingeschrieben wird, erscheint nur als Abbild dessen, was schon von den beiden mächtigen Zirkumzisionsbefürwortern Sayre und Remondino gesagt bzw. von deren Widerparts unverzüglich oder – in Europa – zeitverzögert entgegnet wurde. Dies ist zumindest insofern erstaunlich, da sich Präputium und Zirkumzision – anders als viele andere Wirklichkeiten des medizinischen Diskurses – als echte Dauerbrenner erweisen. Für zahlreiche andere medizinische Problemstellungen – etwa die großen Epidemien – wurde irgendwann eine Lösung gefunden und ihre Diskussion dorthin verlagert, wo die Geschichtsschreibung der Medizin stattfindet. Ganz offensichtlich aber findet sich für Präputium und Zirkumzision keine Lösung. Oder kann es am Ende für diese Problem-

51 www.uni-protokolle.de/foren/viewt/77077,0.html (Zugriff: 30.06.2008).

52 www.uni-protokolle.de/foren/viewt/77077,0.html (Zugriff: 30.06.2008).

53 Stellvertretend für die häufig gebrauchte Metapher steht der Beitrag von *daniel* im Diskussionsforum von netdoktor.at: www.netdoktor.at/debatte/boards/index.php?list,406,temptate=nd_frame&read,406,524847,5258.

54 Im Zusammenhang mit der Diskussion um die hohe Zahl von HIV-Infektionen in Afrika ist diese Forderung wiederholt in unterschiedlicher Ausprägung erhoben worden. Ausgangspunkt dieser (zweifelhaften) gesundheitspolitischen Forderung war eine Untersuchung südafrikanischer Mediziner. Vgl.: N.N., Zirkumzision senkt Risiko einer HIV-Infektion. In: *Ärzte Zeitung* (23.08.2006). Online verfügbar unter: http://www.aerztezeitung.de/kongresse/kongresse2006/toronto2006_aids/?sid=415486 (Zugriff: 27.12.2008).

stellung gar keine Lösung geben – zumindest keine, die innerhalb der Grenzen von Naturwissenschaften und Medizin zu finden ist?

Wie eingangs erwähnt, wird hier davon ausgegangen, dass es sich sowohl beim „*Einschreiben-in-den-Körper*“ als auch bei der Vorstellung vom Körper als „*Rohmaterial*“ um diskursiv entstandene Größen handelt. Denkt man hier weiter, so gelangt man schlussendlich zu der Frage, ob es tatsächlich – wie Butler meint – keine prädiskursiven Wirklichkeiten in dieser Welt gibt oder ob, wie Sarasin argumentiert, „*dort, wo die Sprache auf das Fleisch trifft und dieses nicht ‚in Text‘ aufzulösen vermag*“, also spätestens bei Tod, im Schmerz oder im Begehren, das verkörperte Subjekt doch noch als prädiskursives Moment zum Zuge kommen könnte.⁵⁵ Die Diskurse um Präputium und Zirkumzision legen dies zumindest nahe, denn: Mögen auch Natur und Kultur, Gesundheit und Krankheit als Argumente in das Organ und seine medizinisch begründete Manipulation eingeschrieben sein, so ist die Zirkumzision mit ihren gesamten Bedeutungs- und Begründungsketten am Ende doch ein im wahrsten Wortsinne *einschneidendes* Erlebnis, das Körpererfahrung produziert. Insofern unterstellt wird, dass dieses Fleisch Teil der Konstruktion eines Subjekts sei, – und die *Annahme* des eigenen Körpers seitens des Subjekts ist in diesem Leben letztlich alternativlos – muss seine Gestalt legitimiert, muss seine Formgebung mit Bedeutung aufgeladen und Politik zugunsten des eigenen Leibes gemacht werden. Dass sich gerade zirkumzidierte Männer, zumal in ihrer Eigenschaft als Väter, deutlich für die Zirkumzision an der nachfolgenden Generation aussprechen, wie Edward Wallerstein⁵⁶ und Fred Shannon⁵⁷ ausführen, darf als ein Element einer solchen legitimatorisch angelegten Politik zugunsten der Beschaffenheit des eigenen Leibes verstanden werden. Dabei ist der von Sigmund Freud unterstellte symbolische Kastrationsakt des Vaters mittels durchgeführter oder veranlasster Zirkumzision an seinem Sohn⁵⁸ zumindest insofern ins Kalkül zu ziehen, als ein solcher symbolischer Akt auf der individuellen Ebene vor allem als Machtdemonstration zu begreifen ist, die sich in der personalen Identifikation des Vaters mit dem Sohn Bahn bricht. Darüber hinaus jedoch bildet sich im Akt der Zirkumzision als auch in ihrer mehr oder minder leidenschaftlich artikulierten Befürwortung oder Ablehnung die gesellschaftliche „*Machtergreifung*“ am Körper ab, der auf diese besonders einschneidende Weise zum „*gesellschaftlichen Körper*“ wird, der die gesellschaftlichen Verhältnisse, in deren Mitte er steht, widerspiegelt.⁵⁹ Dabei sind zweifellos jene Mechanismen wirksam, die Foucault als konstitutiv für den Körper als ein durch die gesellschaftlichen Instanzen der „*Biomacht*“ entstandenes Gebilde hält.⁶⁰ Die Hegemonialmacht unter diesen Instanzen hat zweifellos die Schulmedizin inne, weil sie – wie Deborah Lupton ausführt – in modernen Gesellschaften zu *der* machtvollen Institution (geworden ist), die Körper als abweichend oder normal, als hygienisch oder nicht hygienisch und als beherrscht oder kontrollbedürftig einordnet.⁶¹ Ein-

55 SARASIN, Mapping the Body 449.

56 Edward WALLERSTEIN, Circumcision. Ritual Surgery or Surgery Ritual? In: Medicine and Law (1983/2) 5–97, hier 92.

57 Fred T. SHANNON, David FURGUSSON, Infant Circumcision. In: New Zealand Medical Journal (1979) 283–284, hier 283.

58 Vgl. Sigmund FREUD, Totem und Tabu. In: Anna FREUD (Hg.), Sigmund Freud: Gesammelte Werke 9 (Frankfurt a. M. 1948) 184.

59 Utz JEGGLE, Im Schatten des Körpers. Vorüberlegungen zu einer Volkskunde der Körperlichkeit. In: Zeitschrift für Volkskunde 76 (1980), 169–188, hier 173.

60 Vgl. Maren LORENZ, Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte (Tübingen 2000) 95.

mal von machtvollen Vertretern der Schulmedizin in die Welt gesetzt und durch politische Intervention bei einem Teil der männlichen Bevölkerung durchgesetzt, ist das aus medizin-prophylaktischen Gründen zirkumzidierte männliche Genital zum sichtbaren Bedeutungsträger geworden und die Weiterverbreitung des Aktes zur inkorporierten selbstverständlichen körperpolitischen Aufgabe jener geworden, welche die Botschaft dieser Deutungseliten anerkennen. Weil aber Macht bei Foucault nicht im Sinne einer Einbahnstraße gedacht wird, sondern vielmehr „*relationalen Charakter(s)*“ ist,⁶² wird auf der anderen Seite das unzirkumzidierte männliche Genital in dem Moment vom Symbol der Ignoranz auf medizinischem Gebiet zum Symbol der Natürlichkeit und Unversehrtheit, da der Diskurs von den Thesen alternativer Deutungseliten mitbestimmt wird. Somit wird der Körper und alles, was an ihm ist oder nicht mehr ist, was an ihm sein oder entfernt werden soll, zu einem Speicher für die Aufbewahrung von Werten, Ideen und Ideologien.⁶³ Und *Natur* und *Kultur*, *Gesundheit* und *Krankheit* als Argumente für und wider die Zirkumzision werden weit mehr zu *politischen* Argumenten, in welchen sich die Machtverhältnisse einer Gesellschaft abbilden, als die Diskussionen um Krebsrisiken und natürlicher Gleitfähigkeit zunächst glauben machen.

Literatur

BARZ Sabine, FUCHS Sabine, KAUFMANN Margit, LAUSER Andrea, KörperBilder, KörperPolitiken. In: kea. Zeitschrift für Kulturwissenschaften 10 (1997), 1–10.

BIGELOW Jim, The Joy of Uncircumcising! Exploring Circumcision: History, Myths, Psychology, Restauration, Sexual Pleasure, and Human Rights (Aptos, CA 1992).

BINDER Beate, GÖTTSCHE Silke, KASCHUBA Wolfgang, VANJA Konrad (Hg.), Ort. Arbeit. Körper. Ethnografie Europäischer Modernen. 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde (Berlin 2003).

BLOCH Maurice, From blessing to violence. History and ideology in the circumcision ritual of the Merina of Madagaskar (London-New York u.a. 1986).

BOURDIEU Pierre, Sozialer Sinn. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft (Frankfurt a. M. 1987).

BRAUN Karl, Grenzziehungen im Imaginären – Konstitution von Kultur. In: Johannes MOSER, Thomas HENGARTNER (Hg.), Grenzen und Differenzen. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen. 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde (Dresden 2006) 19–39.

BRECHER Gideon, Die Beschneidung der Israeliten, von der historischen, praktisch-operativen und ritualen Seite, zunächst für den Selbstunterricht dargestellt (Wien 1845).

61 Deborah LUPTON, *Medicine as culture. Illness, disease, and the body in Western Societies* (London 1994), vgl. hierzu auch: Sabine BARZ, Sabine FUCHS, Margit KAUFMANN u.a. KörperBilder, KörperPolitiken. In: kea. Zeitschrift für Kulturwissenschaften 10 (1997) 1–10, bes. 1.

62 Michel FOUCAULT, *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1* (Frankfurt a. M. 1977) 117.

63 Pierre BOURDIEU, *Sozialer Sinn. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft* (Frankfurt/M. 1987) 127.

- BUTLER Judith, *Das Unbehagen der Geschlechter* (Frankfurt/M. 1991)
- CZAPSKI Erich, Vorhautverengung, Vorhauteinschnürung und Vorhautverklebung bei Kindern. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 11 (1956) 45.
- DUB Leo, Zur unblutigen Behandlung der Phimose. In: *Medizinische Klinik* 17 (1921) 125–126.
- DUDEN Barbara, *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1750* (Stuttgart 1987).
- ERICKSON John. A., *Deeper into Circumcision. An Invitation to Awareness and Guide to Resources for Researchers, Parents, Activists, and the Merely Curious* (Biloxi, Missouri 1996).
- FOUCAULT Michel, *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit* 1 (Frankfurt a. M. 1977).
- FREUD Sigmund, Totem und Tabu. In: Anna FREUD (Hg.), *Sigmund Freud: Gesammelte Werke* 9 (Frankfurt a. M. 1948) 184.
- GELLIS Sydney S., Circumcision. In: *American Journal of Diseases of Children* 132 (1978) 1168.
- GERING Ralf, *Die Vorhaut in den Krankheitsdiskursen der Schulmedizin* (unveröff. Magisterarbeit, Universität Tübingen 1993).
- GOLLAHER David, From Ritual to Science. The medical Transformation of Circumcision in America. In: *Journal of Social History* 28/1 (1994) 5–36.
- GOLLAHER David, *Das verletzte Geschlecht. Die Geschichte der Beschneidung* (Berlin 2002).
- GÖTSCH Silke, LEHMANN Albrecht (Hg.), *Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage* (Berlin 2007).
- HENGARTNER Thomas: *Volkskundliches Forschen im, mit dem und über das Internet*. In: Silke GÖTSCH, Albrecht LEHMANN (Hg.), *Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage* (Berlin 2007) 189–218.
- HOFFMAN Lawrence A., *Covenant of Blood* (Chicago 1996).
- HUTCHINSON Jonathan, On the Influence of Circumcision in Preventing Syphilis. *Medical Times & Gazette* 32 (1855) 542–543.
- JEGGLE, Utz, Im Schatten des Körpers. Vorüberlegungen zu einer Volkskunde der Körperlichkeit. In: *Zeitschrift für Volkskunde* 76 (1980) 169–188.
- KALEß Ludwig Eberhard, *Die Circumcision. Historie, Indikation, Technik, Komplikationen* (Diss. med. Aachen 1983).
- KEUTH Helmut, Phimoseoperation in der Hand des Kinderarztes (Leserbrief). In: *Der Kinderarzt* 7 (1976) 826.
- LEWIS Joseph, *In the Name of Humanity* (New York 1949).
- LORENZ Maren, *Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte* (Tübingen 2000).

- LUPTON Deborah, *Medicine as culture. Illness, disease, and the body in Western Societies* (London 1994).
- MACIEJEWSKI Franz, *Psychoanalytisches Archiv und jüdisches Gedächtnis: Freud, Beschneidung und Monotheismus* (Wien 2002).
- MILOS Marilyn F., MACRIS Donna R., *Circumcision. A Medical or a Human Rights Issue?* In: *Journal of Nurse/Midwifery* 37/2, Suppl. (1992) 87S–96S.
- MORGAN William Keith C., *Penile Plunder*. In: *Medical Journal of Australia* 1 (1967) 1101–1103.
- MORGAN William Keith C., *Rape of the Phallus*. In: *Journal of the American Medical Association* 194 (1965) 223–224.
- MOSER Johannes, HENGARTNER Thomas (Hg.), *Grenzen und Differenzen. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen*. 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde (Dresden 2006).
- OXENIUS Karl, *Über Frühbehandlung der kindlichen Phimose*. In: *Medizinische Klinik* 20 (1924) 1501–1502.
- PUTZKE Holm, *Die strafrechtliche Relevanz der Beschneidung von Knaben. Zugleich ein Beitrag über die Grenzen der Einwilligung in Fällen der Personensorge*. In: Holm PUTZKE, Bernhard HARDTUNG, Tatjana HÖRNLE, Reinhard MERKEL, Jörg SCHEINFELD, Horst SCHLEHOFER, Jürgen SEIER (Hg.), *Strafrecht zwischen System und Telos* (Tübingen 2008).
- PUTZKE Holm, *Strafrechtliche Konsequenzen auch bei religiöser Begründung*. In: *Deutsches Ärzteblatt* (2008) 1778–1780.
- PUTZKE Holm, STEHR Maximilian, DIETZ Hans-Georg, *Strafbarkeit der Zirkumzision von Jungen*. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 8 (2008) 783–788.
- REMONDINO (Peter) Charles, *History of Circumcision from the Earliest Times to the Present. Moral and Physical Reasons for Its Performance* (Philadelphia-London) 1891.
- REMONDINO Peter Charles, *Questions of the day: Negro rapes and their social problems*. In: *National Popular Review* (4, January 1894) 3–6.
- SARASIN Philipp, *Mapping the Body. Körpergeschichte zwischen Konstruktivismus, Politik und „Erfahrung“*. In: *Historische Anthropologie* 7 (1999) 437–451.
- SAYRE Lewis A., *Partial Paralysis from Reflex Irritation, Caused by Congenital Phimosis and Adherent Prepuce*. In: *Transactions of the American Medical Association* 23 (1870) 205–211.
- SAYRE Lewis A., *On the deleterious results of a narrow prepuce and preputial adhesions* (Philadelphia 1888).
- SHANNON Fred T., FURGUSSON David, *Infant Circumcision*. In: *New Zealand Medical Journal* (1979) 283–284.
- SPIES Birgit, *Der Körper als Rohmaterial? Zur Metaphorik des „Einschreibens-in-den-Körper“*. In: Beate BINDER, Silke GÖTTSCHE, Wolfgang KASCHUBA, Konrad VANJA (Hg.), *Ort. Arbeit. Körper*.

- Ethnografie Europäischer Modernen. 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde (Berlin 2003) 457–467.
- SPOCK Benjamin, *Baby and Child Care* (New York 1957).
- TISSOT Samuel Auguste André David (Tissot Samuel [-] Auguste), *Die Onanie, oder Abhandlung über die Krankheiten die von der Selbstbefleckung herrühren*. Nach der beträchtlich vermehrten Originalausgabe aus dem Französischen neu übersetzt. o.O. o.J. (1774 [zuerst 1758]).
- WALLERSTEIN Edward, *Circumcision. Ritual Surgery or Surgery Ritual?* In: *Medicine and Law* (1983/2) 5–97.
- WIEMER Karl, WILLMANN Urs, *Mit Geduld und Stahl. Gegen die männliche Beschneidung formiert sich eine Lobby*. In: *Die Zeit* 48 (1998). Online verfügbar unter: www.zeit.de/1998/48/199848.beschneidung_.xml?page_all (Zugriff: 30.06.2008).

Gerichtsdokumente

- OVG Lüneburg, Beschluss vom 23.07.2002, 4 ME 336/02.
- AG Erlangen, Beschluss vom 30.07.2004, 4 F 1092/01.
- LG Frankenthal, Urt. Vom 14.09.2004, O 11/02).

Online-Ressourcen

- http://209.85.135.104/search?q=cache:iLm6W7E0Na4J:www.bhs-linz.at/media/pdf_content_bhslinz/Phimose_KinderurologieimWandel_end.pdf+zirkumzision+%C3%B6sterreich&hl=de&ct=clnk&cd=4&gl=de&lr=lang_de
Internetseite zum Thema „Phimose“, Departments für Kinderurologie, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz (Zugriff: 27.12.2008).
- http://forum.gofeminin.de/forum/couple2/_f6989_couple2-Vorhautbeschneidung-Ja-Nein-Pro-Contra.html
Meinungsforum zum Thema „Zirkumzision“ auf der Internetseite „GoFeminin.de – Die Zukunft ist weiblich“ der go.feminin.de GmbH Berlin (Zugriff: 27.12.2008).
- http://www.aerztezeitung.de/kongresse/kongresse2006/toronto2006_aids/?sid=415486 (Zugriff: 27.12.2008).
- www.boystoo.com/anatomy/whatislost.htm
Internetseite zum Thema „Foreskin Anatomy. What is lost“ der nichtkommerziellen zirkumzisionskritischen Plattform „Boys Too – Deserve the Same Protection as Girls“ (Zugriff: 27.12.2008).
- www.netdoktor.at/sex_partnerschaft/fakta/beschneidung.shtml
Internetseite zum Thema „Sexualität und Partnerschaft – Die Beschneidung beim Mann“ von „NetDoktor.at – Das unabhängige

Gesundheitsweb“ der Dr. Maté GmbH Wien (Zugriff: 15.01.2009).
www.netdokter.at/debatte/boards/index.php?list,406,temptate=nd_fr_ames&read,406,524847,5258

Meinungsforum zum Thema „Zirkumzision“ auf der Internetseite NetDoktor.at – Das unabhängige Gesundheitsweb“ der Dr. Maté GmbH Wien (Zugriff: 15.01.2009).

<http://www.nocirc.org/>

Internetseite der „National Organization of Circumcision Information Resource Centers“ (Zugriff: 27.12.2008).

<http://www.thepetitionsite.com/takeaction/635240482?l=1166470850>

„Madonna – Leave all Childrens Genitals intact“ (sic). „Care2. Petitionsite“ – Internetseite für online-Petitionen (Zugriff: 27.12.2008).

www.uni-protokolle.de/foren/viewt/77077,0.html

Meinungsforum auf der privaten Internetseite „www.uniprotokolle.de – Die Adresse für Ausbildung, Studium und Beruf“ (Zugriff: 30.06.2008).

www.vienna-doctor.com/DE/Articles_DE/Zirkumzision.html

Internetseite zum Thema „Zirkumzision bei neugeborenen Knaben zur Reduktion des Harntrakt-Infektionsrisikos“ der Ordination Dr. med. Verlery Edwabny Wien (Zugriff: 27.12.2008).

CHOLERA EPIDEMICS AND THE PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM IN CARNIOLA

The contagious intestinal disease cholera that reached Europe in the 19th century spread five times among the population of Carniola. The disease was transmitted mostly by military troops that moved through Carniola. The Carniolan authorities expected the cholera epidemic to break out as early as 1831, when the disease first erupted throughout Europe. As was typical for that period, the Habsburg authorities relied heavily on the legislative heritage of 18th century protective measures against epidemics of the plague when deciding on precautionary measures against the disease. As part of that heritage, the founding of a preventive sanitary cordon and a system of quarantines on the Carniolan-Croatian border was of particular importance for Carniola as a protection against the epidemic in Hungary. However, as border blockades in the monarchy turned out to be a much too radical precautionary measure, being on the one hand ineffective and costly and on the other hand devastating for the local economy, their operation ceased during the subsequent epidemics in the Habsburg monarchy.¹

When studying all five cholera epidemics in Carniola in 1836, 1849, 1855, 1866 and 1886, certain questions crystallize, mostly those related to the organisation of the public healthcare system.² When studying the reactions of different levels of authority, issues of the structure and development of the public healthcare network as well as the attitude of the authorities and physicians towards it turn out to be of significance. The time of the cholera epidemics was a time of extreme circumstances, when issues related to the healthcare system of the time were completely exposed and sharpened. Cholera outbreaks greatly contributed to raising the awareness of the importance of proper healthcare conditions, and such awareness eventually led to the founding of healthcare authorities, which were first temporary in nature (for the time of the epidemics) and later permanent. The Carniolan Provincial Medical Commission (Landes-Sanitäts-Commission), which had been temporarily established before the 1855 cholera epidemic, became a permanent advisory body of the provincial government after this epidemic and remained so until 1870, when the state healthcare act reorganized the field of healthcare.³ Provincial medical commissions were transformed into the Provincial Healthcare Councils and healthcare-related concerns at the lower, municipal level were regulated by Provincial Healthcare Acts, the one for Carniola being adopted in 1888.⁴

- 1 Katarina KEBER, Kranjski obrambni mehanizem za zaščito pred prvo epidemijo kolere v Evropi / The Carniolan defense mechanism for protection against the first epidemic of cholera in Europe. In: *Kronika* 53/3 (2005) 351–364. See also: Othmar BIRKNER, *Die bedrohte Stadt – Cholera in Wien* (Wien 2002).
- 2 Epidemics of cholera and the development of the public healthcare system in Carniola are more thoroughly discussed in the book by Katarina KEBER, *Čas kolere: epidemije kolere na Kranjskem v 19. stoletju / The time of cholera: epidemics of cholera in the 19th century Carniola* (Ljubljana 2007).
- 3 *Reichgesetzblatt 1870/68: Gesetz vom 30. 4. 1870, betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes.*
- 4 *Deželni zakonik za vojvodino Kranjsko 1888/12 / Provincial Code for the Duchy of Carniola 1888/12: Act of April 24, 1888, regulating municipal healthcare service, in force for the Duchy of Carniola without the provincial capital of Ljubljana.*

1. Characteristics of the individual epidemics

The Carniolan authorities actively made preparations to protect the country against the 1831 cholera epidemic, but the disease eventually spared Carniola. Yet, the first cholera epidemic in 1836 came as a surprise to the population. Despite the ambitious plans from 1831⁵, the authorities were insufficiently prepared for this new contagious disease in 1836 and they were only partly capable of implementing the envisaged measures. When the second epidemic arrived in 1849, the populace already had a certain experience and was aware of the threat. However, due to the general ignorance regarding the manner in which the disease spread as well as the inefficiency of the existing medicines, the effectiveness of the measures could not improve. It is also important to note that in 1849, in addition to the German newspapers *Laibacher Zeitung* and *Illyrisches Blatt*, the Slovenian newspaper *Kmetijske in rokodelske novice* reported on the cholera epidemic, thus raising the population's awareness since it reached the part of the Slovenian public that did not speak German. It is interesting that the second cholera outbreak received less attention in the press than the first one; death notices no longer appeared in the newspapers in 1849. The social structure of the deceased in the provincial capital of Ljubljana makes evident that cholera was most fatal to the unprivileged, lower classes. Those most affected were families of day labourers, servants and craftsmen.⁶

While individual parts of Carniola were affected differently by the remaining epidemics, the third cholera epidemic in 1855 spread through the territory of the entire province. This epidemic was the most lethal of all five. In Carniola 19,370 people were taken ill and 5,748 of them died, making Carniola the sixth most affected province in the Habsburg monarchy in terms of the number of people who fell ill and the third most affected regarding the percentage of people who were infected. In 1855, Carniola was undoubtedly among the provinces of the monarchy with the highest density of people being infected.⁷ During this epidemic the lack of physicians became evident as the existing public healthcare network could not cope with such an enormous number of patients in such a short time. A comparison between the social status of those who were infected with cholera in urban areas and those who died of it in rural areas clarifies that cholera had been more fatal for lower social classes in both environments, being even slightly more apparent in the town areas. People in Ljubljana had the benefit of a more developed and easily accessible medical infrastructure, while people in the rural areas (Slavina parish) could rely on the assistance of a physician less frequently, due mostly to the demanding territory as regards travel and the poor transport connections. In addition, provisional hospitals were intended primarily for military staff and railway workers and did not admit locals.

5 Katarina KEBER, Ljubljanski zdravnik Fran Viljem Lipič in preteča epidemija kolere leta 1831 / The Ljubljana physician Fran Viljem Lipič and the threatening cholera epidemic in 1831. In: *Kronika* 52/1 (2004) 35–44.

6 KEBER, Čas kolere 79–80.

7 Getraud KREBS, Die geographische Verbreitung der Cholera im ehemaligen Oesterreich-Ungarn in den Jahren 1831–1916 (= Veröffentlichung aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes 55/6, Berlin 1941) map 2.

The social consequences of the epidemic were considerably serious, as the families of the many deceased were left unprovided for and thus often fell into poverty. During the epidemic, the authorities provided assistance to the poor mostly by distributing food, while after the epidemic, they also assisted the convalescents and those newly impoverished due to the epidemic.⁸

The fourth cholera epidemic in 1866 was significantly less fatal than its predecessors, a fact that could probably be attributed to the implementation of the first obligatory instructions on dunghills and toilet disinfection.⁹ Although the number of public medical staff did not increase as compared to the preceding epidemic, it seems that the importance attached to the individual patient did, as names and occupations of those infected and deceased were almost always stated in the medical and district reports. The patient or victim was no longer merely a statistical datum but became an individual with a name, occupation and his or her own destiny.¹⁰

In contrast to the previous outbreaks, the last cholera epidemic of the 19th century occurred under completely different circumstances. Due to scientific development and overall technological progress the preventive measures against the epidemic became much more effective; measures were targeted on those key areas in which society was most vulnerable. Railway transportation was undoubtedly one of them since an increasing number of workers from all over Europe arrived in Carniola by train. On the other hand, the danger of the disease being spread was reduced by obligatory disinfections and the prohibition of mass gatherings, such as pilgrimages and fairs. The discovery of the cause of cholera – the bacteria *Vibrio cholerae* – by Koch triggered revolutionary changes in the understanding of the nature of the disease and finally confirmed that it was a contagious disease transmitted by a certain type of bacteria.¹¹ The rapid development of bacteriology also came to Carniola; as early as three years after Koch's discovery infected samples from Carniola were analyzed in a Graz laboratory.¹² Namely, it had become extremely important that bacteriological analysis was performed on a patient's excrement samples as soon as possible and the presence of the so-called Koch's bacteria was confirmed or refuted. Further measures depended solely on the results of bacteriological analysis. The use of the telegraph also played an important role as it increased the speed of information flow, thus enabling the authorities to be promptly informed and to take rapid action.

With the exception of the first cholera epidemic, all of the remaining cholera outbreaks in 19th century Carniola coincided with the major European epidemics. Their comparison on the one hand shows the general capabilities of various levels of authority and on the other hand sheds light on societal changes during such epidemics, if not because of them. The primary measures taken by authorities when faced with the danger of an epidemic outbreak were always the same. In the pre-March era a temporary Provincial Medical Commission

8 Katarina KEBER, Socialne posledice epidemije kolere leta 1855 na Kranjskem / Social consequences of the 1855 cholera epidemic in Carniola. In: Darja ZAVIRŠEK, Vesna LESKOŠEK (Ed.), Zgodovina socialnega dela v Sloveniji (= Zbirka Zgodovina socialnega dela, Ljubljana 2006) 181–200.

9 Arhiv Republike Slovenije, AS 45 – Deželna sanitetna komisija v Ljubljani/Provincial Sanitary (Medical) Commission in Ljubljana, bundle 2/7705, Instruction on how iron (green) vitriol is used for disinfection, by the Imperial and Royal Provincial Medical Commission. In Ljubljana, August 14, 1866.

10 KEBER, Čas kolere 163.

11 More in Richard J. EVANS, Death in Hamburg, Society and Politics in the Cholera Years 1830–1910 (Harmondsworth 1990).

12 Arhiv Republike Slovenije, AS 16 – Deželno predsedstvo za Kranjsko / Provincial Presidency for Carniola, bundle 62 II/2554; Max GRUBER, Bakteriologische Untersuchung von Cholera-verdächtigen Fällen unter erschwerenden Umständen (Separatdruck aus Dr. Wittelshöfer's Wiener Medizinische Wochenschrift 7/8 (1887)) 1–2.

was founded to coordinate healthcare measures both in the provincial capital of Ljubljana and in the whole of Carniola. As mentioned before, the commission became the most important provincial body in the field of healthcare, obtaining a permanent status in the second half of the 19th century. It operated until 1870, when the Provincial Healthcare Council was established.

The views upon defence measures against epidemics were changing as well. If the interdiction of areas with sanitary cordons was still among the popular preventive measures in 1831, this measure was, due to negative side effects, no longer acceptable in subsequent epidemics. In the epidemics of the pre-bacteriological era, preventive measures entailed high attention to the dietary improvement of the poor and an increase in the number of public physicians. In addition, the provincial capital was divided into small, more manageable parts during all epidemics and the populace was encouraged to live moderately, steadily and morally. The epidemic of 1866 was a turning point in this respect as intensive disinfection began to be used as a defensive measure against the disease. During the last epidemic, measures that were based on new knowledge about the causes of contagious diseases began to be applied as well. Since no effective cure for cholera had been discovered until the end of the century, all kinds of potions and tinctures appeared on the market and recipes and advice of all sorts were circulating among the populace. The most urgent issue though was the continual lack of physicians, due to which a considerable part of particularly rural districts was often left with no medical assistance at all.

2. Operation of the public healthcare system during cholera epidemics

The issue of the lack of public physicians became apparent as early as the time of the two pre-March cholera epidemics. Specifically, as part of their public healthcare network, all three counties in Carniola employed only one county physician and one or several district physicians, as well as one county surgeon¹³ and several district surgeons. Ljubljana had two town physicians. But since medical staff became infected as well, the decrease in the already scarce number of physicians and surgeons became even more dramatic. In addition, due to their own age or illness, many district surgeons were incapable of bearing the physical efforts involved in providing treatment to the increased number of patients in rural areas. In 1836, the lack of medical assistance was most apparent in the rural districts of the Novo mesto county.¹⁴ There was a total of 17 physicians and six surgeons paid by the state in Carniola in 1849; in addition to those, also 13 physicians, 80 surgeons and 244 midwives were active in the province at the time.¹⁵ Apart from the provincial medical supervisor¹⁶, Georg

¹³ Wound dresser or *Wundarzt*.

¹⁴ Arhiv Republike Slovenije, AS 16 – Deželno predsedstvo za Kranjsko/Provincial Presidency for Carniola 1836, VI/1617.

Matija Sporer, the public healthcare service was still comprised of three county and six district physicians, and three county and several district surgeons.¹⁷

However, at some point prior to the great epidemic of 1855, regarding which the most extensive documentation has come from administrative sources, it had become apparent to the authorities that most of the inhabitants of Carniola did not have access to medical treatment. The healthcare system employed during the preceding two epidemics, in an effort to treat the infected and prevent the spreading of the disease, turned out to be completely insufficient when faced with the enormous numbers of patients in 1855. The issue of the lack of physicians became most exposed as the already modest number of physicians and surgeons were no longer able to cope with the sudden rise in the number of patients. Since the existing public healthcare network in Carniola could no longer provide care for such an enormous number of patients in such a short time, additional physicians, surgeons and medical students from Vienna came to its aid, managing to fill the gap in the public healthcare system but only temporarily. One third of all physicians offering medical assistance during the 1855 epidemic were newcomers. Apart from foreign physicians, private physicians were also hired by provincial authorities in order to cover the requirements of public service for a fixed period of time.¹⁸

Despite the fact that all but the last cholera epidemic broke out in the so-called pre-bacteriological era, i. e. during therapeutic nihilism – which of course raises questions as to the efficiency of therapeutic procedures used at that time – the availability of urgent medical care for all layers of society during the epidemic became of utmost significance. To make the most of the medical and surgical staff available, they would often be rotated from district to district, from less to more affected places, and from towns to rural areas. However, due to the belated distribution of physicians to various districts, parts of them, particularly remote parts, remained without any medical assistance. Considering the conditions at the time, the epidemic was spreading at the “speed of light”. The fact that not all patients could receive medical help may be attributed not only to the lack of medical staff but also to geographic scattering and difficult access to some of the infected areas, both slowing down and aggravating the mobility of physicians and surgeons even further. Evidence of how the Provincial Medical Commission moved physicians around from less to more affected districts can be seen in the example of the physician Anton Bežek. The said physician first worked in the Vipava district and was later moved to the district of Bistrica. While in the Vipava district, he visited an average of three villages per day and travelled 299.5 kilometres in eight days.¹⁹ Information on the great disproportion between the number of patients and that of working physicians and surgeons as well as information on the cruelty of conditions at the time is well documented in the drastic appeal made by the district office in Planina:

15 Tafeln zur Statistik der österreichischen Monarchie 1849-1851, II. Theil, VII. Heft, Tafel 17.

16 *Protomedicus*.

17 Provinzial Handbuch des Laibacher Gouvernement – Gebietes im Königreiche Illyrien, für das Jahr 1848 (Laibach 1848) 335–338.

18 KEBER, Čas kolere 98–102 and 111–116.

19 Arhiv Republike Slovenije, AS 45 – Deželna saniteta komisija v Ljubljani, bundle 6/2303.

“Die Exponierung eines Arztes in Zirknitz ist dringend nothwendig ... wenigstens einen Aushilfsarzt, weil sonst die Kranken wegen Mangel an ärztliche Hilfe zu Grunde gehen müssen.”²⁰

Doctors and surgeons themselves made massive pleas to the Provincial Medical Commission to send additional staff, as most of them were no longer able to visit and treat the increasing number of patients. Physician Ferdinand Zalokar of the Metlika district for instance drew attention to the fact that entire villages in his district had gone for days without a single visit from a doctor, since he himself could no longer attend to all the patients.²¹ The lack of medical assistance was also often due to physicians and surgeons themselves being infected so that their already utterly exhausted colleagues had to stand in for them. Thus, a district physician in Novo mesto was expected to also take care of the patients in the districts of Črnomelj and Metlika, which of course was not physically possible.²² In the Velike Lašče district, there was only one surgeon, Anton Schot, who himself was in poor health and who attended to 75 patients in the villages of six municipalities. The district office requested urgent help as Schot had recently had a stroke and the amount of work had been a serious threat to his own health: *“... diesen braven Bezirkswundärzten von totalen Hinfaelligkeit zu verwahren ...”²³*

The entire medical staff could not be effective enough, due to the enormous numbers of patients, geographic diversity of the landscape and bad transport connections. In addition, authorities expected the number of the infected to be higher in the more densely populated Ljubljana and had organized measures for the capital town in advance, making them more effective than those organized for rural areas.

Despite the fact that the issue of the lack of public physicians was thoroughly exposed during the 1855 epidemic, their number increased only gradually in the second half of the 19th century. The medical report of 1862 prepared by the physician Moriz Gauster, member of the permanent Medical Commission in Carniola, includes information on how, due to an insufficient number of medical staff, most of the populace had not received medical treatment and most of the babies had been delivered without any assistance of trained midwives.²⁴ During the last cholera epidemic of 1886, the public healthcare service for the countryside was still not organized despite the adoption of the State Healthcare Act. The lack of physicians could still be felt throughout the province:

“... das ganze Land auch den Mangel an Ärzten schmerzlich empfindet und ihn im Falle eines Cholera-Ausbruches auch noch schmerzlicher empfinden wird, so bleiben doch alle bisherigen Versuche zur Gewinnung von Ärzten erfolglos.”²⁵ The issue of the lack of physi-

20 Arhiv Republike Slovenije, AS 45 – Deželna saniteta komisija v Ljubljani, bundle 5/971.

21 Arhiv Republike Slovenije, AS 45 – Deželna saniteta komisija v Ljubljani, bundle 6/2190.

22 Arhiv Republike Slovenije, AS 45 – Deželna saniteta komisija v Ljubljani, bundle 5/855.

23 Arhiv Republike Slovenije, AS 45 – Deželna saniteta komisija v Ljubljani, bundle 5/924.

24 Sanitäts-Haupt-Berichte vom Herzogthume Krain für 1861 und 1862. Veröffentlicht mit Genehmigung des hohen k. k. Staats-Ministerium durch die k. k. ständige Landes-Medizinal-Commission von Krain (Laibach 1866) 91.

cians in general and especially during the cholera epidemics was a question of wider proportions and affected not only Carniola but other countries as well.

3. Conclusion

Cholera, which is regarded as a great reformer of the healthcare of 19th century Europe, to a certain degree influenced both the public healthcare system in Carniola and improvements in general hygienic conditions. A series of violent epidemics shook society and forced it to change its way of thinking. The authorities became increasingly aware of the fact that bad overall hygienic conditions were having a negative effect on the population's health and that cholera and other contagious intestinal diseases were being transmitted mainly through infected water sources. That knowledge undoubtedly contributed to the construction of a water distribution system and to the solving of the sewage issue. There were still two more cholera outbreaks, those in 1910 and during the First World War, but the increased hygienization of society at the end of the 19th century and at the beginning of the 20th century made cholera epidemics lose some of their power. The disease was eventually taken off the list of the most deadly diseases in Slovenia in the Interwar period.

Sources and References:

Sources

Arhiv Republike Slovenije, AS 45 - Deželna sanitetna komisija v Ljubljani.

Arhiv Republike Slovenije, AS 16 - Deželno predsedstvo za Kranjsko. Österreichisches Staatsarchiv, Allgemeines Verwaltungsarchiv, Ministerium des Innern.

References

Act of April 24, 1888, regulating municipal healthcare service, in force for the Duchy of Carniola without the provincial capital of Ljubljana. In: Deželni zakonik za vojvodino Kranjsko 1888/12.

BIRKNER Othmar, Die bedrohte Stadt – Cholera in Wien (Wien 2002).

EVANS Richard J., Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910 (Harmondsworth 1990).

Gesetz vom 30. 4. 1870, betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes. In: Reichsgesetzblatt 1870/68.

GRUBER Max, Bakteriologische Untersuchung von Cholera-ver-

25 Österreichisches Staatsarchiv, Allgemeines Verwaltungsarchiv, Ministerium des Innern, 36/5, 1044/921. The lack of physicians during cholera was also discussed at the meeting of the Upper Healthcare Council (Oberster Sanitätsrat) in Vienna in March 1886.

dächtigen Fällen unter erschwerenden Umständen (Separatabdruck aus Dr. Wittelshöfer's Wiener Medizinische Wochenschrift 7/8 (1887)).

KEBER Katarina, Čas kolere: epidemije kolere na Kranjskem v 19. stoletju (Ljubljana 2007).

KEBER Katarina, Kranjski obrambni mehanizem za zaščito pred prvo epidemijo kolere v Evropi. In: Kronika 53/3 (2005) 351–364.

KEBER Katarina, Ljubljanski zdravnik Fran Viljem Lipič in preteča epidemija kolere leta 1831. In: Kronika 52/1 (2004) 35–44.

KEBER Katarina, Socialne posledice epidemije kolere leta 1855 na Kranjskem. In: Darja ZAVIRŠEK, Vesna LESKOŠEK (Ed.), Zgodovina socialnega dela v Sloveniji (= Zbirka Zgodovina socialnega dela, Ljubljana 2006) 181–200.

KREBS Gertraud, Die geographische Verbreitung der Cholera im ehemaligen Oesterreich-Ungarn in den Jahren 1831–1916 (= Veröffentlichung aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes 55/6, Berlin 1941).

Provinzial Handbuch des Laibacher Gouvernement – Gebietes im Königreiche Illyrien, für das Jahr 1848 (Laibach 1848).

Sanitäts-Haupt-Berichte vom Herzogthume Krain für 1861 und 1862. Veröffentlicht mit Genehmigung des hohen k. k. Staats-Ministerium durch die k. k. ständige Landes-Medizinal-Commission von Krain (Laibach 1866).

Tafeln zur Statistik der österreichischen Monarchie 1849-1851, II. Theil, VII. Heft.

MEDIZIN- UND SOZIALGESCHICHTLICHE ASPEKTE DER MIRAKELBERICHTE VON MARIA LUGGAU IN KÄRNTEN (1740–1800)

Der vorliegende Beitrag basiert auf Ergebnissen meiner Diplomarbeit,¹ die zum Ziel hatte, am Beispiel der Mirakelberichte von Maria Luggau wertvolle Einblicke in die Lebensformen und „Alltäglichkeiten“ des 18. Jahrhunderts zu gewähren. Heilungen von Krankheiten und Hilfeleistungen in anderen Notlagen bilden den Schwerpunkt dieser Aufzeichnungen. Die LeserInnen erhalten Informationen über die Ängste und Sorgen von Menschen aus unterschiedlichen Gesellschaftsschichten, über die viele andere historische Quellen schweigen. Bevor aber mit der Präsentation der Forschungsergebnisse begonnen wird, soll noch ein kurzer Blick auf die Entstehung und Weiterentwicklung der Wallfahrt in Maria Luggau geworfen werden.

1. Der Wallfahrtsort Maria Luggau

Maria Luggau liegt im oberen Teil des Lesachtals im Grenzwinkel von Kärnten, Tirol und Italien. Die Gemeinde gehört zum Kärntner Bezirk Hermagor, seelsorglich zur Diözese Gurk. Wer sich mit Wallfahrtsorten näher beschäftigt, wird in den meisten Fällen auf eine Entstehungslegende stoßen.² In Maria Luggau liegt das Motiv der „Traumvision“ vor. Das wertvollste bzw. einzig erhaltene Dokument über die Entstehungsgeschichte der Wallfahrt in Maria Luggau ist ein Protokoll,³ das von Graf Johann von Ortenburg, dem damaligen Landeshauptmann von Kärnten und Grundherrn des Lesachtals, in Auftrag gegeben worden war.

Dem Protokoll zufolge erschien im Herbst 1513 der Bäuerin Helena von Luggau die Gottesmutter im Traum und beauftragte sie, im Weizenacker des Luggauer Feldes eine Kirche zu erbauen. Nachdem sie ihre Vision auf die Probe gestellt hatte und darin bestärkt worden war, den Auftrag der Gottesmutter zu erfüllen, erwarb Helena eine Holzplastik. Trotz des hartnäckigen Widerstandes der Bauern gelang es Helena, ein hölzernes Bildstöckl auf jenem Feld zu errichten, auf dem sie ihre Vision gehabt hatte. Schließlich wurde in den 1520er Jahren die noch heute erhaltene Kirche errichtet.⁴ In den 1730er Jahren kam es im Zuge der Barockisierung zur Zerstörung des spätgotischen Kirchenraumes.⁵ Am 3. April 1986 wurde die Kirche zu Maria Luggau von Papst Johannes Paul II. zur „Basilika Minor“ erhoben.⁶

- 1 Dieser Beitrag ist eine teilweise Zusammenfassung meiner Diplomarbeit: Elisabeth LOBENWEIN, *Medizin- und sozialgeschichtliche Aspekte der Mirakelberichte von Maria Luggau in Kärnten (1740–1800)* (Diplomarbeit, Salzburg 2007).
- 2 Gustav GUGITZ, *Kärntens Wallfahrten im Volksglauben und Brauchtum*. In: *Carinthia I* 141 (1951) 181–241, hier 207.
- 3 KLOSTERARCHIV MARIA LUGGAU (künftig: KAML), *Littera A. Fasc. V. Mirakelbuch A.*
- 4 KAML, *Littera A. Fasc. IV. Mirakelbuch C.*
- 5 Eine sehr ausführliche Beschreibung der Fresken, der kirchlichen Innenausstattung und der Künstler befindet sich in folgender Arbeit: Barbara BRUNNER, *Beitrag zur Bau- und Kunstgeschichte der Wallfahrtskirche und des Klosters Maria Luggau*. (Diplomarbeit, Innsbruck 1988).

Zwischen 1591 und 1628 betreuten Franziskaner die Pfarre Maria Luggau.⁷ 1635 trafen schließlich Serviten aus dem Innsbrucker Konvent in Maria Luggau ein und übernahmen das Erbe der Franziskaner. 1593 war schon mit dem Bau eines Klosters begonnen worden, aber 1640 und auch 1738 brannte dieses ab.⁸ Der nach diesem Brand entstandene Bau besteht bis zum heutigen Tag. Unter Joseph II. wurde das Servitenkloster in Maria Luggau 1786 geschlossen, aber die Gebäude blieben für kirchliche Zwecke bestimmt.⁹ Schließlich wurde das Kloster, vermutlich 1804, von Ordensangehörigen der Serviten wieder übernommen.

Es sei noch kurz auf die Holzfigur mit der Darstellung Mariens, die den Leichnam ihres Sohnes im Schoß hält und die zum Mittelpunkt der Luggauer Wallfahrt geworden ist, hingewiesen. Es handelt sich um eine spätgotische Plastik, die vollständig aus einem Stück gearbeitet und 35 cm hoch ist.¹⁰ Über die Herkunft des Gnadenbildes gibt es keine konkreten Anhaltspunkte, allerdings wurde versucht, sie mit Pustertaler Künstlern des 16. Jahrhunderts und Künstlern der Schule Michael Pacher in Verbindung zu bringen.¹¹ Eines steht jedenfalls mit Sicherheit fest, nämlich dass das Alter des Werkes mit der Entstehung der Wallfahrt zusammenfällt.¹²

2. Quellengrundlage

Als grundlegende Quelle der Untersuchung diente das Mirakelbuch B von Maria Luggau, das Wunderaufzeichnungen von 1740 bis 1800 umfasst.¹³ Das Mirakelbuch wurde durchwegs in Kurrentschrift verfasst und befindet sich im Klosterarchiv Maria Luggau in Verwahrung. Insgesamt sind im Mirakelbuch B 660 Berichte aufgezeichnet und es ist anzunehmen, dass sich die Wallfahrt nach Maria Luggau in diesem Zeitraum auf ihrem Höhepunkt befand. Es sei auch explizit darauf hingewiesen, dass in den Mirakelbüchern nur gemeldete Gnadenerweisungen aufgeschrieben wurden und es sich somit nur um eine „stichprobenartige“ Gesamtmenge der PilgerInnen handelt.

Der absolute Höchststand an Mirakelberichten wurde zwischen 1777 und 1781 (145 Mirakelberichte) verzeichnet. 1784 setzte eine Entwicklung ein, die ein vollständiges Abhandenkommen der Wunderbücher mit sich brachte. Somit bildet dieses Jahr eine tief greifende Zäsur. Joseph II. befahl schließlich, die Mirakelbücher der Wallfahrtsorte entfernen zu lassen. Die Aufzeichnungen der Gnadenerweisungen in Maria Luggau finden mit dem Jahr 1800 ihr definitives Ende.

6 Augustin PÖTSCHER, Maria Luggau Kärnten (= Christliche Kunststätten Österreichs 318, Salzburg 52005) 5–6.

7 KAML, Littera Q. 18. Urbar.

8 Ebd.

9 Peter G. TROPPER, Vom Missionsgebiet zum Landesbistum. Organisation und Administration der katholischen Kirche in Kärnten von Chorbischof Modestus bis zu Bischof Köstner (Klagenfurt 1996) 219.

10 Thomas TIEFENBACHER, Das Gnadenbild von Luggau. In: Carinthia I 147 (1957) 829–836, hier 829.

11 Elisabeth ANGERLE, Die Kirchfahrt Luggau. In: Osttiroler Heimatblätter 6, Heft 7/8 (1929) 65–104, hier 74.

12 TIEFENBACHER, Gnadenbild 829.f.

13 KAML, Littera A. Fasc. VI. Mirakelbuch B.

3. Berichte über Wunderheilungen

3.1. Taufwunder und Hilfe in Kindsnöten

Ein sehr eigenartiges und einzigartiges Kapitel im Mirakelbuch sind die neunzehn vermerkten „Taufwunder“, bei denen der totgeglaubte Säugling durch die Anrufung Marias in der Luggau angeblich kurzzeitig zum Leben erwachte, getauft wurde und wieder verstarb.¹⁴ Der Tod des Kindes vor der Taufe und damit dessen automatischer Eingang in eine Art „Kindergarten der Hölle“¹⁵ konnte für die erschrockenen und trauernden Eltern nur durch die scheinbare Wiedererweckung der Säuglingsleiche in seiner Folgewirkung abgemildert werden. Es mutet heutzutage recht befremdlich an, wenn die Eltern die Mutter Gottes lediglich darum baten, dass das Kind für eine kurze Zeit lebendig werden möge, um getauft werden zu können. Die Eltern waren offenbar weniger über das nicht lebensfähige Kind betrübt, als darüber, dass es nicht getauft werden konnte. Die entscheidende Frage ist, was sich für die Eltern des Neugeborenen, das ja nach wenigen Minuten wieder starb, durch die Taufe entscheidend änderte.¹⁶ Wenn man sich die Folgen einer Nicht-Taufe vor allem auf das Jenseits bezogen vor Augen hält, wird die fundamentale Bedeutung der Taufe erst fassbar. Ein Kind, das nicht getauft worden war, war ein namenloses Geschöpf und gehörte somit nicht der Gemeinschaft der Christenheit an. Es durfte auch nicht auf dem Friedhof in geweihter Erde bestattet werden, sondern wurde außerhalb, am Rand des Kirchhofs, verscharrt.¹⁷

*„In der Gedankenwelt dieser Menschen verknüpften sich christliche Vorstellungen mit Ängsten, deren Wurzeln zum Teil bis in antike und germanische Zeiten zurückreichten.“*¹⁸

So befürchtete man, dass ungetaufte Kinder z.B. zu Wiedergängern werden könnten und sich rächen würden. In zahlreichen sagenhaften Geschichten, überliefert in Erzählungssammlungen, religiösen Traktaten und auch teilweise in Predigten, findet man ausdrückliche Hinweise für die Notwendigkeit der Sakramentspende. Diese Erzählungen spiegeln die Vorstellungen wider, dass Verstorbene ohne Sakramente, und vor allem ungetauft verstorbene Kinder, hohen Gefährdungen ausgesetzt seien, ihre Seelen nicht in Ruhe in die jenseitige Welt einziehen können und deshalb die Lebenden heimsuchen würden.¹⁹ Es scheint deshalb nur allzu verständlich, dass die Eltern um das Seelenheil ihres Kindes besorgt waren, weshalb der wichtigste Augenblick nach der Geburt derjenige war, in dem der Säugling ein eindeutiges Lebenszeichen von sich gab. Erst dann konnte die Taufe durchgeführt werden.²⁰

Was wurde nun als eindeutiges Lebenszeichen gewertet? Während einige Aufzeichnungen nur die Tatsache, dass der Säugling *„...eindeutige(n) Lebenszeichen...“*²¹ von sich gab, festhielten, finden sich in anderen Berichten über die Wiedererweckung von Säuglingen präzisere und detailreichere Schilderungen zu Art und Beschaffenheit

14 Maria Luggau scheint der bekannteste österreichische Wallfahrtsort für dieses Anliegen gewesen zu sein, da im Mirakelbuch A auch 28 solcher Taufwunder verzeichnet sind.

15 Werner WANDL, „...und vieles ganz natürlich ist, was der Pöbel Mirackel heißet...“ Taufe totgeborener Kinder im Spannungsfeld von Volksglaube, Theologie und Aufklärung unter besonderer Berücksichtigung der Wallfahrt nach Schruns. (Diplomarbeit, Wien 1998) 16.

16 Ute KÜPPERS-BRAUN, Taufwunder oder: Vom doppelten Tod der ungetauften (totgeborenen) Kinder. In: Rainer WALZ, Ute KÜPPERS-BRAUN, Jutta NOWOSADTKO (Hg.), Anfechtung der Vernunft. Wunder und Wunderglaube in der Neuzeit (Essen 2006) 59–74, hier 61.

17 Vgl. dazu Alois DÖRING, Bestattung am anonymen Ort? Zum Begräbnisschicksal von (ungetauften) totgeborenen Kindern. In: Rheinisches Jahrbuch für Volkskunde 34 (2001/2002) 29–48.

18 KÜPPERS-BRAUN, Taufwunder 65.

19 Ausführlich dazu Michael PROSSER, Erweckungstaufe. Säuglingssterblichkeit und Wallfahrt für tote Kinder in vormoderner Zeit. In: Bayerisches Jahrbuch für Volkskunde (2003) 101–138.

20 Vgl. dazu Jacques GELIS, Lebenszeichen – Todeszeichen. Die Wundertaufe totgeborener Kinder im Deutschland der Aufklärung. In: Jürgen SCHLUMBOHM (Hg.), Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte (München 1998) 269–288.

21 KAML, Mirakelbuch B. Nr. 343/112. 474/148. 560/182.

dieser Lebenszeichen: Eine Frau aus dem Welschland berichtete etwa, dass ihr totgeborenes Kind begonnen hatte, die Wangen „...*nit nur zu farben und zu bewegen, sondern auch so mercklich zu athmen, das es ... Von der hebammen kunte getauffet werden*“...²². Ein weiterer Säugling hatte nach gemachter Verlobung seiner Mutter aus Sachsenburg „...*das herz bewegt [und] das mündlein eröffnet*...“²³ Das Kind der Margaretha Moserin „...*welches vorhero todtenbleich und ohne lebenszeichen ware [ist].. ganz roth erschinnen*...“²⁴ Auch der totgeborene Säugling einer Ehefrau aus Untertilliach gab drei merkliche Lebenszeichen von sich: „*Es blüthet ihm die Naase, es eröffnet den Mund, und an den übrigen Theilen des Leib nach bericht der Hebamme und 3 anderen Weibern lisse es auch das Leben spieren*“²⁵ In allen Fällen erfolgte die Auferweckung des toten Kindes unmittelbar nach der Geburt. Eine Ausnahme stellt der Bericht über das Kind des Vincentius Benedicti dar. Das „...*kind welches schon 24 stund ohne mindesten lebens zeichen dahie lag, und allbereit schon sollte verscharret werden [gab] gewisse und sichere lebens zeichen von sich mit verwunderung aller umstehenden*...“²⁶ Die meisten Kinder starben sofort nach der Taufe, nur das Kind der Eva Klockerin lebte noch drei und das einer Frau aus Lienz lebte weitere vierzehn Tage. Zusammenfassend kann man sagen, dass zu den Lebenszeichen die Bewegungen des Mundes und der Gliedmaßen, die Veränderung der Hautfarbe, Blutaustritt bzw. der Austritt anderer Körperflüssigkeiten gerechnet wurden. Wenn das Kind solche Lebenszeichen von sich gab, konnte es getauft und in geweihter Erde begraben werden.

Maria war vor allem bei vielen unterschiedlichen Frauenleiden die erste Ansprechperson, deshalb beläuft sich der prozentuelle Anteil dieser Krankheitskategorie auf 12,6 % der Gesamtverlobungen.²⁷ Mit Hilfe der überlieferten Mirakelberichte kann ein vager Blick auf die Geburtshilfe des 18. Jahrhunderts geworfen werden. Das Einzugsgebiet der Wallfahrt ist sehr umfangreich und die untersuchten Berichte erstrecken sich daher auf ein ziemlich großes Gebiet. Auf Grund der Mirakelberichte kann aber festgestellt werden, dass innerhalb dieses Raumes in Bezug auf die Geburtshilfe eine große Einheitlichkeit bestand. Aus dem Großteil der Mirakelberichte, die über Schwierigkeiten während der Geburt erzählen, kann man herauslesen, dass vor allem Frauen als Geburtshelferinnen fungierten, deren Kenntnisse sich wahrscheinlich nur auf eigenen Erfahrungen stützten. Diese oft erwähnten Frauen aus der Nachbarschaft oder aus der Verwandtschaft waren also keine gelernten Geburtshelferinnen. Über ihre Kenntnisse lässt sich recht wenig sagen, aber sie scheinen eher mangelhaft und unzureichend gewesen zu sein. Hebammen treten in den Berichten öfters in Erscheinung. Nur in zwei Fällen hören wir von einem Leibarzt, der der Kreisenden beistand.²⁸ Somit zeigt sich, dass das Sachgebiet der Schwangerschaft und der Geburt im 18. Jahrhundert ein nahezu rein weibliches war.²⁹ Durch die sehr farblosen Schilderungen im Mirakelbuch können heute die genaueren Komplikationen im Zusam-

22 KAML Mirakelbuch B Nr. 362/116.

23 Ebd. Nr. 32/12.

24 Ebd. Nr. 168/58.

25 Ebd. Nr. 519/168.

26 Ebd. Nr. 402/125.

27 Die Begriffe „Verlöbniß“ und „verloben“ sind Formulierungen, die in Mirakelbüchern sehr häufig anzutreffen sind, aber heute nicht mehr in diesem speziellen Sinn verwendet werden. Wagner und Kittel führen in diesem Zusammenhang folgende Erklärung an: „*Sich mit einem Wallfahrtsort bzw. dessen Gnadenbild zu ‚verloben‘, bedeutet nichts anderes, als ein Wallfahrtsgelübde abzulegen. Die meisten Wallfahrten sind daher auch schon seit jeher keine Bitt-, sondern Dankeswallfahrten. Die ‚Verlobung‘ findet zu Hause statt, erst die Erlösung führt den Pilger, dessen Wunsch erfüllt wurde, an den Wallfahrtsort*“. Christoph WAGNER, Johannes KITTEL, Auf den Fährten der Wallfahrer. Eine Erkundung der Pilgerstätten im Alpenraum (Salzburg 1986) 166.

28 Ebd. Nr. 402/125. 421/131.

29 Eva LABOUVIE, Beistand in Kindsnöten. Hebammen und weibliche Kultur auf dem Land (1550–1910) (= Geschichte und Geschlechter 29, Frankfurt am Main u.a. 1999) 66–71.

menhang mit der jeweiligen Geburt nicht mehr festgestellt werden. Die immer gleichförmigen Angaben weisen auf ein eher wenig differenziertes Wissen hinsichtlich der Geburtshilfe hin (mit Ausnahme eines geglückten Kaiserschnittes).³⁰ Die Aufforderung zum Verlöbnis einer Wallfahrt war in solch schweren Fällen der einzige Rat, der von der Gebärenden selbst, aber auch von Angehörigen befolgt werden konnte.

3.2. Erkrankungen der Psyche und des Nervensystems

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Krankheitsbilder aus dem Bereich der psychischen Störungen vorgestellt. Die Fallbeschreibungen sind mitunter sehr detailliert und ermöglichen dadurch eine genauere Diagnose. Dennoch lässt sich über die gesundheitliche Stabilität der durch die Anrufung Mariens in der Luggau Geheilten wenig sagen. In dieser Kategorie werden unterschiedliche Arten von psychischen Erkrankungen und Störungen wie Epilepsie, Selbstmordgefahr, Melancholie, Fraisen und andere allgemeine psychische Probleme zusammengefasst, wobei hier nur auf Fraisen und die allgemeinen psychischen Erkrankungen eingegangen werden soll.³¹

Ähnlich wie bei anderen Krankheitsbezeichnungen versteht man unter den Fraisen eine Vielzahl von Krankheiten, die man oft sehr schwer auseinanderhalten kann. Vorwiegend handelt es sich bei den Fraisen aber um den Kinderkrampf (*Eclampsia infantium*), also konvulsivische Zuckungen, die das Kind plötzlich befallen.³² So wurde z.B. ein Kind aus Virgen „...von der frais 2 Stunden zu sterben gequelt, nach verlobter wallfarth nach Maria Luggau aber [von] solche gesund und schon 2 ganze jahr nicht mehr von selbiger angegriffen...“.³³ Die tatsächliche Ursache der Fraisen war damals noch unbekannt. Ein gängiges Erklärungsmuster für diese Krankheit war meistens Schreck oder Kummer der Mutter während der Schwangerschaft und der darauf folgenden Stillperiode. Wenn ein kleines Kind im Schlaf aufschrie, war man sich sicher, dass eine Frais bevorstehen würde. Fraisen, die durch Schrecken entstanden waren, konnten, so der volkstümliche Grundsatz, durch einen plötzlichen Wasserguss, eine Ohrfeige oder Kochtopflärm geheilt werden. Es wurden auch andere Heilmittel angewendet, die bis in den Bereich des Zaubers und der Magie reichten.³⁴

Sehr zahlreich sind die Berichte über Menschen, die als unsinnig und ohne Verstand bezeichnet wurden bzw. die unter psychischen Problemen litten. Maria Ebnerin hatte „...jenes verlohren, so das khostbariste an dem menschen ist, nemblich den gebrauch der gesunden Vernunft...“³⁵ und ein Bauer aus Strassen „...wurde gänzlich seiner sinne beraubt...“.³⁶ Auch in diesen Fällen vermutete man einen bösen Dämon oder einen Geist, der die kranken Menschen zu merkwürdigem Verhalten anstiftete. Diese Vorstellung wird in folgenden Berichten deutlich. Thomas Töpfler war „...3 Viertel Jahr also Von

30 KAML, Mirakelbuch B. Nr. 548/177.

31 Unter „allgemein psychische Erkrankungen“ wurden all jene Mirakelberichte zusammengefasst, die auf Grund der vagen Beschreibung des Krankheitsbildes keiner genaueren Krankheitsuntergruppe zugeteilt werden konnten.

32 Elfriede GRABNER, Krankheit und Heilen. Eine Kulturgeschichte der Volksmedizin in den Ostalpen. (= Mitteilungen des Instituts für Gegenwartsvolkskunde 16, Wien 1985) 55–62.

33 KAML, Mirakelbuch B. Nr. 627/204.

34 GRABNER, Krankheit und Heilen 56–57.

35 KAML, Mirakelbuch B. Nr. 52/17.

36 Ebd. Nr. 332/109.

Sünnen kommen, das er so zu reden nichts menschliches zu Verrichten fehg. und weilen kein Mittel geholten führte man ihm so 20 Jahre alt zu denen Priestern in dem Pfahrhof, die behaupteten das er von dem bößen geiste besessen...“. Daraufhin verlobte sein Vater ihn nach Maria Luggau und der böse Geist ließ von ihm ab.³⁷ Die Frage, wie man mit psychisch Kranken in jener Zeitperiode umging, ist wichtig und kann anhand der Mirakelberichte teilweise nachgezeichnet werden. Vor allem psychisch Kranke, die zu Aggressionsausbrüchen neigten, wurden eingesperrt oder angekettet. Einige Beispiele sollen hier angegeben werden. Christian Hinterer war „...*aller sinn beraubt zum haus wesen untauglich worden, ja gar mit Stricken musste [er] angebunden werden...“*,³⁸ Chrisoph Bigale wurde „...*wegen verlust seines verstandes mit khötten angehengckht, und eingesport...“*³⁹ und auch Antonius Roman war „...*13 Monath also ausser sich, und in seiner sinnen Verwirret gewäsen ..., das Er amdtlich gar mit Strick, und Kötten muste angebunden werden, damit niemand durch Ihne beschödiget wurde, dan Er zerschluge alles im Haus, wutete, tobte dergestalten, das nit nur die Hausgenossen, sondern auch die benachbarte in gröser gefahr stunde, ein grosses Unheyl Von ihne Zu erleyden. In disen älenden Umständen hatte sich an mehreren Orthen die ganze gemeinde in der Kirch Zum gebett Versammet, um den Armsaligen Von seinem Übl Erröttung zu erbitten...“*. Schließlich wurde auch er geheilt.⁴⁰ An diesem letzten Bericht kann man den Grund herauslesen, warum der Kranke angekettet wurde. Die bedrohlich wirkenden Personen wurden gefesselt, in Ketten gelegt oder eingesperrt wegen der Gefahr, die sie für sich selbst (Suizid) und andere Menschen darstellten. Verwandte und Freunde pilgerten in den meisten Fällen stellvertretend für die betroffenen Personen nach Maria Luggau, die zu Hause in sicherer Verwahrung blieben.

Psychische Probleme waren im 18. Jahrhundert sicherlich nicht so wenig verbreitet, wie man weitläufig annimmt. Man stand diesen verschiedenen psychischen Störungen hilflos gegenüber und neigte dazu, Zustände größerer Verwirrung dem Einfluss eines bösen Geistes zuzuschreiben. Vor allem die letzte erwähnte Gnadenerhörung zeigt deutlich, dass diese Verwahrung auch als Schutz des Kranken vor sich selbst betrachtet wurde.

4. Geschlecht der Votanten⁴¹

Im Mittelalter war Mobilität lange Zeit eine Domäne der Männer, weshalb an den meisten Wallfahrtsorten der Großteil der Pilger männlich war.⁴² Frauen wurden dazu angehalten, von Reisen aus Gründen der „Sittlichkeit“ Abstand zu nehmen.⁴³ Erst mit der Erlaubnis des Gatten oder durch eine öffentliche Legitimation konnten Frauen für kurze Zeit ihre gewohnte Umgebung verlassen und eine Wallfahrt

37 KAML Mirakelbuch B Nr. 89/27.

38 Ebd. Nr. 150/54.

39 Ebd. Nr. 188/64.

40 Ebd. Nr. 286/97.

41 Votant = diejenige Person, die nach einer Verlobung an den Wallfahrtsort pilgert, um Dank abzustatten, wobei die Person, die sich an den Wallfahrtsort verlobt, und der/die Votantin nicht immer identisch sein muss.

42 Vgl. dazu Heinrich von STEPHAN, Das Verkehrsleben im Altertum und im Mittelalter (Goslar 1966) 99. Norbert OHLER, Pilgerleben im Mittelalter. Zwischen Andacht und Abenteuer (Freiburg u.a. 1994) 89–122. DERS., Reisen im Mittelalter (München 1991) 82–195.

43 Harry KÜHNEL, Integrative Aspekte der Pilgerfahrten. In: Ferdinand SEIBT, Winfried EBERHARDT (Hg.), Europa 1500. Integrationsprozesse im Widerstreit (Stuttgart 1986) 497–509, hier 503.

verrichten. Dass Mobilität im 18. Jahrhundert nicht mehr eine rein männliche Angelegenheit gewesen ist, zeigt die Geschlechteraufteilung der WallfahrerInnen in Maria Luggau sehr deutlich. Der Anteil der männlichen Notleidenden lag bei 40,9 %. Als überraschend groß erwies sich der Anteil der Frauen. 34,8 % der im Maria Luggauer Mirakelbuch enthaltenen Gebetserhörungen betrafen Frauen. 324 Frauen haben sowohl für sich als auch stellvertretend für andere Familienmitglieder eine Wallfahrt verrichtet.

In 288 Fällen haben sich Männer nach Maria Luggau verlobt. 68 Mirakelaufzeichnungen berichten von einem Unfall, der einem Mann widerfahren war. Diese Verlobungen ereigneten sich in ausweglosen Situationen, in denen die Männer auf sich allein gestellt waren und meistens nicht mit der Hilfe von Bekannten oder anderen Personen rechnen konnten. Dieser in solchen extremen Situationen zutage tretenden Hilflosigkeit folgte meistens eine spontane Verlobung an einen Wallfahrtsort. Eine Krankheit drohte in der Regel nicht sofort zu einer Gefahr zu werden, und ein offener Fuß, ein hitziges Fieber oder die Wassersucht wurden, erst nachdem Arzneimittel auch nicht mehr weiterhalfen, mit der Zeit zu einer schweren Qual. Ein Unfall hingegen konnte ganz plötzlich zwischen Leben und Tod entscheiden, ohne dass menschliches Eingreifen eine Rettung hätte bewirken können.⁴⁴ Aber Männer wandten sich nicht nur in ausweglosen und dramatischen Situationen, sondern auch in alltäglichen Sorgen und Ängsten an die Gottesmutter. Eine Vielzahl der Verlobungen bezieht sich auf sehr unterschiedliche Erkrankungen an Leib und Seele.

Die Zahlen zeigen auf, dass die Welt des Wunders einer der wenigen Bereiche des allgemeinen religiösen Lebens war, in dem Frauen wie Männer eine nahezu gleich große Rolle einnahmen. Von allen kirchlichen Ämtern ausgeschlossen, blieb der sakrale Raum den Frauen gegenüber stets feindlich gesinnt. *„Alle religiösen Riten – von der Taufe bis zur Beerdigung – implizierten eine nicht unerhebliche Anzahl von Tabus, die allein dazu dienten, die inferiore Stellung vor allem der noch gebärfähigen und damit von fleischlichen Lüsten gepeinigten Frauen im sakralen Feld zu bekräftigen.“*⁴⁵

Die Welt des Wunders scheint indes vor allem den gebärfähigen Frauen offen gestanden zu sein. Zwar geben nur äußerst wenige Mirakelberichte Aufschluss über das Alter der Votantinnen, aber die Motive der Verlobungen deuten darauf hin, dass sich in erster Linie Frauen im gebärfähigen Alter an Maria wandten. Es ist anzunehmen, dass gerade jenen Frauen durch wundersames Eingreifen geholfen wurde, die von den kirchlichen Tabus am meisten betroffen waren. Maria war gerade dort zur Stelle, wo Gott die Frauen am nachhaltigsten zu strafen suchte: während der Geburt, denn Frauen sollten auf Grund des Makels, der ihnen seit Evas Sündenfall anhaftete, unter Schmerzen gebären.⁴⁶

In den handgeschriebenen Mirakelaufzeichnungen von Maria Luggau bezieht sich ein Fünftel der an Frauen gewirkten Wunder auf die Geburt. Die hohe Kindersterblichkeit – nicht wenige Frauen gebären bis

44 Vgl. Rebekka HABERMAS, Wallfahrt und Aufruhr. Zur Geschichte des Wunderglaubens in der frühen Neuzeit (= Historische Studien 5, Frankfurt am Main u.a. 1991) 62–63.

45 Ebd. 55.

46 Vgl. dazu Esther FISCHER-HOMBERGER, Krankheit Frau. Und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau (Bern u.a. 1979).

zu 20 Kinder, ohne dass sie mehr als ein halbes Dutzend davon aufziehen konnten⁴⁷ – sowie die starken physischen und psychischen Belastungen einer Geburt machten die Hilfe Mariens besonders wichtig, da die medizinischen AnbieterInnen oft vor unlösbare Probleme gestellt wurden. Volksmedizinische Mittel fanden bis weit ins 19. Jahrhundert ihre Anwendung bei Geburten.⁴⁸ Frauen wurde aber nicht nur während der Geburt geholfen, sondern auch bei vielen unterschiedlichen Krankheiten.

Es liegt nahe, dass Frauen wie Männer gleichermaßen von verschiedenen Krankheiten heimgesucht wurden und die Zahlen machen evident, dass beiden Geschlechtern der Zutritt zu Maria offenstand. Frauen wandten sich mit vielen unterschiedlichen Anliegen an die Gottesmutter, wobei ihnen trotz ihres „sündigen“ Geschlechts die Hilfe nicht verwehrt wurde denn das Wunder hat „*einen geschlechtsunspezifischen universalen Geltungsbereich. Das Wunder kennt keine Hierarchien und keine Grenzen – vor dem Wunder sind alle Menschen gleich.*“⁴⁹

5. Schlussbemerkung

Die Vielfältigkeit der Motive und Anliegen, die zu einer Verlobung nach Maria Luggau führten, sticht besonders hervor. Insbesondere bei Krankheiten und Unfällen bzw. Verletzungen wandten sich die Menschen an die Gottesmutter Maria und baten um ihre Unterstützung bzw. pilgerten zur Wallfahrtskirche, um ihren Dank abzustatten. Die Auswertung von Mirakelbüchern öffnet den Blick für die alltäglichen Gefahren, denen die Menschen in der Frühen Neuzeit ausgesetzt waren. Die Hilfesuchenden fühlten sich oft verlassen und wandten deshalb ihre letzte Hoffnung nach Maria Luggau.

Im Zusammenhang mit der Schilderung des Heilungsvorganges soll darauf hingewiesen werden, dass nur in sehr seltenen Fällen der Betroffene spontan geheilt wurde. Meistens dauerte es eine gewisse Zeit, bis die vollständige Gesundheit wiederhergestellt war. Kleine Andachtsbilder von Maria Luggau wurden oft auf den verletzten oder kranken Körperteil aufgelegt. Scapuliere⁵⁰ bekämpften angeblich in vielen Fällen Feuersbrünste oder retteten Menschen vor dem Ertrinkungstod.

In den Mirakelberichten scheint die positive Wende in der Notsituation der entscheidende Punkt des Wunders gewesen zu sein, obwohl vom heutigen Standpunkt aus betrachtet ein Großteil der Heilungen eher einen natürlich Verlauf nahm. Es macht aber wenig Sinn, darüber zu diskutieren, ob sich die beschriebenen Wunder vor 200 oder 300 Jahren wirklich so ereignet haben. Tatsache ist, dass die Menschen davon überzeugt waren, dass ihnen auf eine übernatürliche Art und Weise geholfen wurde. Auch heutzutage gelangen viele Menschen zu der

47 HABERMAS, Wallfahrt und Aufruhr 56.

48 Vgl. dazu Victor FOSSEL, Volksmedizin und Medicinischer Aberglaube in Steiermark (Graz 21886) 47–60. Gottfried LAMMERT, Volksmedizin und medizinischer Aberglaube in Bayern und den angrenzenden Bezirken begründet auf die Geschichte der Medizin und Cultur. Mit historischer Einleitung und einer lithographirten Tafel (Würzburg 1869).

49 HABERMAS, Wallfahrt und Aufruhr 59.

50 Scapulier = ein kurzes Oberkleid der Mönche, welches nur die Schultern bedeckt.

Überzeugung, dass ihnen in schwierigen Situationen von Maria oder sonstigen Heiligen geholfen werden kann. Dies bezeugen vor allem die vielen WallfahrerInnen, die nach wie vor von nah und fern nach Maria Luggau kommen, um Beistand zu erleben oder ihre Dankbarkeit zu erweisen und dies in einem im Kreuzgang aufliegenden Buch schriftlich kundtun.

Quellen

Klosterarchiv Maria Luggau (KAML)

Littera A. Fasc. V. Mirakelbuch A.

Littera A. Fasc. VI. Mirakelbuch B.

Littera A. Fasc. IV. Mirakelbuch C.

Littera Q. 18. Urbar.

Literatur

ANGERLE Elisabeth, Die Kirchfahrt Luggau. In: Osttiroler Heimatblätter 6, Heft 7/8 (1929) 65–104.

BRUNNER Barbara, Beitrag zur Bau- und Kunstgeschichte der Wallfahrtskirche und des Klosters Maria Luggau. (Diplomarbeit, Innsbruck 1988).

DÖRING Alois, Bestattung am anonymen Ort? Zum Begräbnisschicksal von (ungetauften) totgeborenen Kindern. In: Rheinisches Jahrbuch für Volkskunde 34 (2001/2002) 29–48.

FISCHER-HOMBERGER Esther, Krankheit Frau. Und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau (Bern u. a. 1979).

FOSEL Victor, Volksmedizin und Medicinischer Aberglaube in Steiermark. (Graz ²1886).

GELIS Jacques, Lebenszeichen – Todeszeichen. Die Wundertaufe totgeborener Kinder im Deutschland der Aufklärung. In: Jürgen SCHLUMBOHM (Hg.), Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte (München 1998) 269–288.

GUGITZ Gustav, Kärntens Wallfahrten im Volksglauben und Brauchtum. In: Carinthia I 141 (1951) 181–241.

GRABNER Elfriede, Krankheit und Heilen. Eine Kulturgeschichte der Volksmedizin in den Ostalpen. (= Mitteilungen des Instituts für Gegenwartsvolkskunde 16, Wien ²1985) 55–62.

HABERMAS Rebekka, Wallfahrt und Aufruhr. Zur Geschichte des Wunderglaubens in der frühen Neuzeit (= Historische Studien 5, Frankfurt am Main u.a. 1991) 62–63.

KÜHNEL Harry, Integrative Aspekte der Pilgerfahrten. In: SEIBT Ferdinand, EBERHARDT Winfried (Hg.), Europa 1500. Integrationsprozesse im Widerstreit (Stuttgart 1986) 497–509.

- KÜPPERS-BRAUN Ute, Taufwunder oder: Vom doppelten Tod der ungetauften (totgeborenen) Kinder. In: WALZ Rainer, KÜPPERS-BRAUN Ute, NOWOSADTKO Jutta (Hg.), *Anfechtung der Vernunft. Wunder und Wunderglaube in der Neuzeit* (Essen 2006) 59–74.
- LABOUVIE Eva, *Beistand in Kindsnöten. Hebammen und weibliche Kultur auf dem Land (1550–1910)* (= *Geschichte und Geschlechter* 29, Frankfurt am Main u.a. 1999) 66–71.
- LAMMERT Gottfried, *Volksmedizin und medizinischer Aberglaube in Bayern und den angrenzenden Bezirken begründet auf die Geschichte der Medizin und Cultur. Mit historischer Einleitung und einer lithographirten Tafel* (Würzburg 1869).
- LOBENWEIN Elisabeth, *Medizin- und sozialgeschichtliche Aspekte der Mirakelberichte von Maria Luggau in Kärnten (1740–1800)*. (Diplomarbeit, Salzburg 2007).
- OHLER Norbert, *Reisen im Mittelalter* (München 1991).
- OHLER Norbert, *Pilgerleben im Mittelalter. Zwischen Andacht und Abenteuer* (Freiburg u.a. 1994) 89–122.
- PÖTSCHER Augustin, *Maria Luggau Kärnten* (= *Christliche Kunststätten Österreichs* 318, Salzburg ⁵2005).
- PROSSER Michael, *Erweckungstaufe. Säuglingssterblichkeit und Wallfahrt für tote Kinder in vormoderner Zeit*. In: *Bayerisches Jahrbuch für Volkskunde* (2003) 101–138.
- von STEPHAN Heinrich, *Das Verkehrsleben im Altertum und im Mittelalter* (Goslar 1966).
- TIEFENBACHER Thomas, *Das Gnadenbild von Luggau*. In: *Carinthia I* 147 (1957) 829–836.
- TROPPER Peter G., *Vom Missionsgebiet zum Landesbistum. Organisation und Administration der katholischen Kirche in Kärnten von Chorbischof Modestus bis zu Bischof Köstner* (Klagenfurt 1996).
- WAGNER Christoph, KITTEL Johannes, *Auf den Fährten der Wallfahrer. Eine Erkundung der Pilgerstätten im Alpenraum* (Salzburg 1986).
- WANDL Werner, „...und vieles ganz natürlich ist, was der Pöbel Mirackel heißet...“ *Taufe totgeborener Kinder im Spannungsfeld von Volksglaube, Theologie und Aufklärung unter besonderer Berücksichtigung der Wallfahrt nach Schruns*. (Diplomarbeit, Wien 1998).

EUGENICS AND ITS EFFORTS TO ADOPT A STERILIZATION ACT IN SLOVENIA (1918–1941)

1. Introduction

With Malthus, the theory that the magnitude of a population is limited by the amount of available resources came to the fore – because resources are limited, population figures must necessarily be limited as well. This fundamental idea was taken up by Malthus' intellectual heirs, the neo-Malthusians. Specifically, they took up the link between unlimited population growth and poverty, but at the same time radicalized this idea. To them, population control generally implied regulating the numbers of the lower classes. In the second half of the 19th century, yet another perspective on population emerged together with Charles Darwin and his theory of natural selection. Darwin himself did not extensively treat questions of human population. However, this general void in his thought presented social Darwinists and eugenicists with an opportunity to “passionately”, but very narrowly, address the question of regulating human population in his name. Their view on society was facile – society consists of inferior and superior individuals. This new perspective constituted an essentially different approach to the problem of population control. The fundamental problem were the birth rates, which were said to be significantly lower for the so-called superior than for those deemed inferior.¹ The theory that was to bring about a solution to this “problem” was developed in association with Darwin's theory of natural selection and the hereditary rules discovered by the Augustine monk Gregor Johann Mendel in the middle of the 19th century. In practice, it was supposed to be possible to successfully create “artificial natural selection”.

2. The Progressive Degeneration of Society

At the end of the 19th century, with the ideas of Francis Galton who, in 1883, coined the phrase “eugenics” from the Greek *eu-genika* in his work *Inquires into Human Faculty and its Development*, the idea that it is possible to improve the human race through artificially implemented selection continued to gain ground. Eugenics attempted to artificially apply the principles of Darwin's theory of natural selection to the human race. It was generally a matter of creating an effective

¹ See also: Brian DOLAN (Hg.), *Malthus, Medicine and Morality: Malthusianism after 1798* (= *Clio medica* 59, Amsterdam u.a. 2000); Peter GAY, *The Bourgeois Experience. Victoria to Freud, Education of the Senses* (New York u.a.) 255–277.

research program in the field of human genetics and setting in place the foundations of Darwin-inspired social biology as the continuation of modern social-theoretical biologism. However, the efforts of eugenicists went beyond scientific-research programs. They actually went a lot further, extending to the development of a practical science for solving the problem of degeneration.²

The emergence of the so-called problem of degeneration can to a great degree be attributed to the development of psychiatry and research on patients in psychiatric institutions. In the 19th century, psychiatrists found (and would later claim) that serious mental illnesses have a powerful biological and genetic component, and that these illnesses are passed down in even more extreme forms, thus causing the progressive degeneration of society.³ For example, the renowned Austrian psychiatrist Dr. Richard von Krafft-Ebing said the following about society in the latter half of the 19th century:

*“Für Jeden, der die socialen und biologischen Verhältnisse unsres gegenwärtigen Culturlebens studirt, muss die traurige Aussicht sich ergeben, dass die moderne Gesellschaft einem moralischen und physischen Ruin zusteuere, falls nicht günstige Interferenzbedingungen eintreten, Zustände, die die Culturentwicklung in ruhigere Bahnen lenken, Geist und Körper zur Ruhe und Sammlung gelangen lassen, edlere und sittlichere Ziele des Daseins eröffnen.”*⁴

The theory of progressive degeneration was one of the major scientific theories that very quickly found its way to the general public. Not only were the degeneration theories of biological psychiatry spread among the public – once out, they were soon posited as proven fact. In other words, the genie had been let out of the bottle, and would later prove impossible to control. Anyone could now cite “natural laws”. For the general public progressive degeneration became so obvious that it could be seen everywhere: alcoholism, poverty, “hysterical” women, etc. In the last quarter of the 19th century, debates on the degeneration of society broke free of closed academic circles and spread to the yellow press. The public reaction to conclusions on degeneration was one of horror, and the educated bourgeoisie began to believe that European society would soon be on the brink of collapse if the “poisoning” of genetic material was not stopped. Consequently, social Darwinists and eugenicists placed the search for a solution to the progressive degeneration of society and the “salvation” of entire nations at the center of their population theory. Their work was to ensure that the poisoning of genetic material was stopped.⁵ Throughout Europe, and in Slovenia as well, there was much talk of a decrease in birth rates, that is, of a higher reproduction rate of inferior individuals accompanied by general moral decline. Society was made a patient in urgent need of eugenic treatment. Medicine and anthropology appeared as the natural and logical choice:

2 Peter WEINGART, Jürgen KROLL, Kurt BAYERTZ, *Rasse Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland* (Frankfurt a. M. 1992) 103.

3 Edward SHORTER, *A History of Psychiatry. From the Era of Asylum to the Age of Prozac* (New York u.a. 1997) 93.

4 Richard von KRAFFT-EBING, *Über gesunde und kranke Nerven* (Tübingen 1886) 8.

5 SHORTER, *A History of Psychiatry* 98. See also: Donald J. CHILDS, *Modernism and Eugenics*, Woolf, Eliot, Yeats, and the Culture of Degeneration (Cambridge u.a. 2001).

*“medicine and doctors, with the support of other sciences (psychology, pedagogy, anthropology), gradually gained the right to render verdicts on questions of sex, hygiene and a ‘healthy race’, and general moral questions.”*⁶

The ideas they expounded turned out to be a time bomb when they found a part in undemocratic policies in Germany. In the 1930s, theories about enriching the human race began to be played out with nightmarish consequences. The Nazi Party became the first political party to include concerns about race hygiene in its political program.⁷ Through Nazi policy, ideas about race hygiene and eugenic race improvement soon became legal acts of Nazi Germany. However, the notoriety of certain events has led eugenics to be linked only to Nazi ideology. It is necessary to stress that laws on matters such as forced sterilization were not only adopted in Nazi Germany – on the contrary, the implementation of eugenics was considered by doctors and anthropologists throughout Europe.⁸

A number of motives and convictions led individuals to develop eugenics as a form of persuasion, and eugenic ideas can be found on all sides of the political spectrum – from the manic Arian racists, who felt that the Nordic race was endangered; to medical technocrats who wished to use this new form of social hygiene to cut health care costs and fortify the nation; and evolutionary idealists, who were dreaming of reaching the next level of human development.⁹

3. Developments in Slovenia

Slovenia witnessed a late arrival of eugenics. In 1920, the physician and publicist Dr. Franc Derganc advocated the foundation of a Yugoslav eugenic association.¹⁰ In his 1921 article in the newspaper *Slovenski Narod* [The Slovene Nation], the anthropologist Dr. Niko Županič pointed out a number of “plagues” that were destroying the nation:

“Moral and medical decadence, venereal diseases, tuberculosis and alcoholism, neglected youth, countless flatulently contracted and dissolved marriages, sloth and profiteering, the systematic, premeditated poisoning of the public spirit of our youth by the enemies of our country.”

He focused mainly on the educational and moral importance that eugenics could have for the nation. Županič’s ideal was generally pure married life, which he felt to be crucial for the future of the nation.

“I am well aware that I am touching on two of the most irritating wounds of our public life: the psychopathic definition of love found in modern literature which is losing its natural feeling for the difference

6 Darja ZAVIRŠEK, *Ženske in duševno zdravje, O novih kulturah skrbi* (Ljubljana 1994) 160.

7 Stefan KÜHL, *Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert* (Frankfurt a. M. u.a. 1997) 122.

8 CHILDS, *Modernism and Eugenics* 15. See also: Alenka PUHAR, *Evgenika, Približno pol Evrope zdaj doživlja preiskavo najmračnejših skritih kotov svojega doma*. In: *Delo* (14.1.1998).

9 WEINGART, KROLL, BAYERTZ, *Rasse, Blut und Gene* 105.

10 Niko ŽUPANIČ, *Evgenika* dr. Ivana Tavčarja (Ljubljana 1921).

between true love and animal lust, and the flatulent married life of our young intelligentsia: two primary eugenic problems.”

Among “*men of the nation*”, the “*eugenic instinct*” was said to be particularly characteristic of Ivan Tavčar, a novelist and champion of Slovene liberals. Županič viewed his work *Cvetje v jeseni* [Flowers in Autumn] as a sort of eugenic manifesto, and cited passages that he felt could prove it:

*“He who weds should wed so that his marriage will be a shield tying him to his fatherland, and should bear children who will multiply the ranks of the Slovene army and armada of Slovene workers.”*¹¹

Further proof of Tavčar’s close association with eugenics can be found in the fact that, in 1921, he let Županič take his “anthropological measurements”. Županič published his findings in the journal *Ljubljanski Zvon* [The Ljubljana Bell] after Tavčar’s death in 1925.¹²

In 1920, the journal *Zdravje* [Health] published short pieces of advice in the column *Reproduction – a Healthy Beginning* which could be termed “eugenic with intent”. The physician Dr. Arnšek wrote about genetics and the health of the nation in *Prerod* [Rebirth], a supplement to the journal *Zdravje* that primarily served as a gazette for the temperance movement. He mostly wrote about problematic aspects of marriage between relatives. And a 1926 issue of *Zdravje* recommended eugenic criteria when selecting a bride. The author of the article provided a detailed description of the cranial shape of unsuitable brides, which was said to be:

*“A rough, squarish forehead with a jagged bone indicates that [she] has suffered from the English disease, rickets; a woman with signs of rickets, especially the pelvis, has difficulty giving birth or cannot give birth naturally. A larger, rough shaped head indicates dropsy of the brain associated with imbecility; an exceptionally small head with backwards sloping forehead together with an otherwise well developed body indicates serious; ... poor, thin, dry hair is a sign of acute sickliness or serious, debilitating illnesses; furthermore, large, fat, meaty lips and mouth are a sure sign of rudeness, a savage nature, and prurience.”*¹³

Although several articles dealing with problems pertaining to the “medical condition” of the nation and society can be found, it is not possible to conclude that the solutions that they presented were grounded in eugenics. For example, they did not advocate broad-based state or medical control over the population or artificial sterilization of “inferior persons” on the basis of eugenically discerned flaws in the genetic material. They relied on classic moral-pedagogic positions also promoted by the Catholic Church. New were the adhortations

11 ŽUPANIČ, Evgenika.

12 Županič took Ivan Tavčar’s anthropological measurements in 1921, when he was already “a sickly and emaciated artist. From the listed measurements, complex data, and calculated indices, we can see that the romancier Ivan Tavčar belonged to the category of persons 1700mm-1900mm in height, that he was hyperbrachicephalic and that the shape of his brain and brain case was more roundish than in the case of Slovenes, who belong to the category of moderate brachicephalia and are on average of a medium-tall height of 1683 mm. In this regard, Ivan Tavčar stands nearer to Bosnians and Herzegovinians, who have a tall stature and a hyperbrachicephalic head...In short, Dr. Tavčar belonged to the so called Adriatic type (HOMO ADRIATICUS), in which Serbs and Croats predominantly belong, as well as Slovenes and certain other Alpine tribes with their tall build, roundish head, and brown complexion.” In: *Ljubljanski zvon* 11 (1925) 663–665.

13 *Zdravje* (1926) 174.

mentioned above which advised brides and grooms to be aware of certain physical characteristics of their future spouses.

In Slovenia, writings and considerations on the need to popularize eugenics began to rapidly appear at the end of the 1920s and the beginning of the 1930s, when the Antropološki odsek Higijenskega zavoda v Ljubljani [the Anthropological Sector of the Hygiene Institute of Ljubljana] began its “operations”. It was headed by the renowned anthropologist Dr. Božo Škerlj who had completed his post-graduate study in Prague in 1928. The Institute began taking measurements of schoolchildren, athletes, and prostitutes. Later, once the work of social anthropology had begun to take on a eugenic orientation, they also began taking the measurements of so-called inferior children attending supplementary schools. In 1931 and 1932, Božo Škerlj once again went abroad to study. His return in 1932 heralded a five year period in which eugenics in Slovenia was to reach its height and ultimate decline. In 1934, Škerlj began editing a column in the journal *Zdravniški vestnik* [Doctors Bulletin] entitled *Iz Evgenike* [About Eugenics]. By 1935, it had grown into a supplement entitled *Evgenika* [Eugenics]. The supplement, however, was short-lived; due to a lack of funds, it was “temporarily” terminated in 1938.¹⁴ In a way, that same year marked the general collapse of the “eugenics movement” in Slovenia. In the years that followed, all signs of enthusiasm over the implementation of population control on the foundation of eugenics were to practically disappear.

Božo Škerlj’s first in-depth treatment of eugenics was published in the liberal journal “for public issues” *Naša doba* [Our Age].¹⁵ In 1930, he presented his thoughts on burning social and political problems from the standpoint of eugenics in a series of articles. Already at this early juncture, Aleš Ušeničnik, an influential theologian and philosopher, and an important figure in Catholic political circles, replied to Škerlj’s articles. From a Catholic perspective, he pointed out problems surrounding the methods proposed by eugenics. Within society, Catholic moralism and eugenics were attempting to eradicate the same evils – alcoholism, prostitution, general moral decadence – which is why Ušeničnik felt that eugenics had a great deal to offer the nation in terms of education, but that “*regarding its use, it’s most fatal characteristic is that the regulation of births is also conducted from a ‘eugenic standpoint’.*” In his approach to social problems, Ušeničnik was a harsh critic of the ideas of eugenics:

*“all who are not indifferent to a healthy race must consider these and similar matters, and not the unnatural regulation of birth – I stress unnatural regulation, such as attempts through the use of artificial prophylactics – because this practice will ultimately bring a curse and demise upon individuals and the nation.”*¹⁶

In his articles, Ušeničnik made direct reference to the thoughts put

14 *Zdravniški vestnik* 12 (1938) 472.

15 *Naša doba* (1930): *Evgenika* in druga zla, no. 3; Zlo prostitucije, no. 5; Ali je prostitucija potrebna, no. 8; Panevropa z vidika antropobiologa, no. 9; K vprašanju spolne vzgoje, no. 10; Bela kuga tudi pri nas, no. 17; Slovanska rasa, no. 22.

16 Čas 3/4 (1931/1932) 128–133.

forth by Pope Pius XI in the *Casti Connubii* circular:

“There are people who, in their excessive concern over eugenic goals, not only offer advice on ensuring a strong and healthy race, which is of course in line with common sense, but also give pride of place to this eugenic goal, even before purposes of a higher order. These persons want to exclude from marriage all those who, according to the laws and opinions of their sciences, can be expected to produce unhealthy, inferior offspring, even though they themselves are fit for marriage. Furthermore, they even demand that, in the name of public authority and against their will, doctors remove their reproductive power through operations, and not as a punishment for crime, or in order to prevent the repeat of such criminal acts, but because they grant earthly power a right that it has never had and rightfully must not have.”¹⁷

Eugenics took a stand on abortion and sterilization which, in a society where the Catholic faith, with its ethics and morals, was predominant, met with general disapproval. The Evangelical Church in Slovenia was generally more receptive to eugenics, and was not as extreme as its Catholic counterpart in its opposition to controlling and preventing births. For example, the Evangelical minister and theologian G. May of Celje shared his views on eugenics in a 1937 issue of the supplement *Evgenika*:

“A realization of the facts that are applicable for entire generations and touch the very heart of the community confers upon us a super-personal responsibility. Christian love for one’s neighbor shall ultimately be the realization of God’s creative will. The lessons of heredity make it possible for us to expand this love for one’s neighbor to future generations and to prevent an unspeakably great deal of physical torment, and, consequently, mental suffering. Is sterilization an unjust incursion on God’s creation? No! It is a just intervention in a creation disfigured by disease and guilt.”¹⁸

Although the Catholic Church’s acknowledgement of the problem and confirmation of the figures on degeneration were just as dramatic, Catholic thinkers were vehemently opposed to a preventive solution involving sterilization or abortion. The Catholic Church traced the causes of degeneration (which Catholic moralists also viewed as a ubiquitous fact) to sin. The proposed methods would only increase this sin and bring doom upon mankind. Instead, they sought a solution in the improvement of the spiritual condition, in a more virtuous life, and in similar moral-pedagogic improvements.

At approximately the same time, eugenics was also discussed in the Catholic-oriented newspaper *Slovenec* [The Slovene]. A 1930 issue

17 Čas 6 (1930/1931) 229.

18 *Evgenika* 3 (1937) 36–38. In: *Zdravniški vestnik* 8/9 (1937).

reported on the heated debates of English “eugenitors”¹⁹ over the decline of the population. As one could expect, the journal’s view on their ideas was expressively negative. When discussing the decline in births due to the “cultural advancement” of nations and the improved “quality” of children who grow up in smaller families, the journal was rather outspoken in its criticism:

“Instead, let’s be frank and not beat around the bush; science doesn’t know everything about the ‘natural biological’ law that links a decline in births to cultural advancement. As a matter of fact, the decline in birth figures reveals but the shortsightedness and selfish, un-Catholic mind frame of contemporary, wealthy cultural nations.”

At the same time, the journal wrote that the true champion of the nation and the common good is he who fights against this evil phenomenon:

*“The fight against this baneful phenomenon is the responsibility of every religious, educational, and social action.”*²⁰

“Objective science” dismissed these thoughts. The figures revealed the urgent need for action, and only an approach with a foundation in objective scientific methods could provide a permanent solution to the problem. Society had become a patient, and only a qualified physician could heal this patient. At least that is what Slovene biologist and zoologist Dr. Boris Zarnik wrote in his 1931 article, *Temelji i ciljevi evgenike* [The Foundations and Goals of Eugenics (original in Croatian)], for the journal of the Croatian Natural Sciences Association:

*“No one would ever think of seeking treatment for an individual patient through a public vote among neighbors and friends, but would call a physician trained in the identification and treatment of illnesses. Let us not forget that the nation is also an organism, and that, today, every cultural nation is a diseased organism that has been neglected for centuries, thus allowing various bad qualities to develop within it. The salvation of our culture and our survival lies in eugenics.”*²¹

An even livelier period began with the return of Božo Škerlj in 1932. In 1932, Škerlj wrote a letter to his superior at the Institute, Dr. Ivo Pirc, in which he said that he had been studying, among other things, human genetics and eugenics at the Kaiser Wilhelm Institute in Berlin. In the following year, his interest in eugenics would lead to a study entitled *Socialno-antropološka študija k vprašanju manjvrednega otroka* [A Socio-Anthropological Study of the Question of the Inferior Child], which was published in the 1933 issue of the annual collection of scientific papers *Pedagoški zbornik* [Pedagogic Collection of Scientific Papers]. The study shows that, for the first time,

19 *Translator’s note:* This is an attempt to capture the sound and feeling of the Slovene “Evgenikar”. More pre Evgenika 3 (1937) 36-38. In: Zdravniški vestnik 8/9 (1937).cisely, it should be noted that this personal noun derived from “evgenika”, eugenics, is a neologism and generally incorrect.

20 Slovenec (19.9.1930).

21 *Priroda. Popularni ilustrirani časopis Hrvatskog prirodoslovnog društva u Zagrebu* 2/3 (1931) 35–48.

Škerlj had become a firm believer in eugenics. The less gifted were now equated with the inferior; genealogical overviews were thought to provide objective scientific facts. He believed that genetic material is unchanging, and also suggested ethical principles for carrying out measures for preventing people, scientifically proven to be inferior, from reproducing.²²

In the years that followed, the number of articles on eugenics rose significantly. In 1935, ever deteriorating circumstances led aforementioned physician Franc Derganc to yet again call for the foundation of a eugenics society:

*“How many millions of Dinars must healthy, hard working people sweat and starve for so that taxes can keep up all the clinics for criminals, hysterics, and other degenerates! It’s a pity that eugenic work in our country is breaking down and dissipating without a uniform plan and leadership. This is why the inevitable need for the foundation of a ‘Slovene Eugenic Society’ is knocking at our door.”*²³

Soon after Škerlj’s arrival in Ljubljana, considerations of the urgent need for the legal enactment of sterilization began to appear in certain journals. The author of a majority of these articles was Dr. Avgust Munda, a lawyer and lecturer of criminal law at the Ljubljana Faculty of Law. Focusing on the legal enactment of “*eugenically advised sterilization*”, his articles appeared in the supplement *Evgenika*, the journal *Misel in delo* [Thought and Work], and the professional journal *Slovenski pravnik* [Slovene Lawyer]. In *Slovenski pravnik*, he treated the problem at length in an article entitled *Problem sterilizacije in kazensko pravo* [The Problem of Sterilization and Criminal Law]. Although he advocated a law on sterilization, he also attempted to interpret the current legal code in such a way that sterilization could begin to be carried out without a special law. Dr. Munda attempted to manipulate two key interpretations: the interest of the individual as opposed to the interest of the state, and the question of consent.

*“We mentioned that the individual does not have the use of the ability to fertilize, this is the interest of the general public! The general public would not like to see the inferior reproduce. Eugenically advised sterilization is therefore not in violation of the public interest, but only of the interest of the affected persons. And this injury is not punitive if the affected party consents to the operation; consent removes the unlawfulness of the act. On the other hand, it is punitive in lieu of consent. The question to be asked is who may give consent? Only the affected person may give consent, inasmuch as he is capable of comprehending the meaning of sterilization...If the affected person is not capable of comprehending the meaning of sterilization, a legal representative may give consent. Eugenic sterilization is therefore permissible de lege lata.”*²⁴

22 See Duška KNEŽEVIĆ HOČEVAR, Dr. Božo Škerlj, Slovene Anthropologist: Dilemmas and Controversies of an Early Professional Career. In: *Antropološki zvezki* 4 (1996) 25–34.

23 *Prijatelj bolnikov* 4 (1935) 5–6.

24 *Slovenski pravnik* 9/10 (1934) 255.

In other words, he was saying: we could pull it off. In these matters, the interest of the general public and the state holds sway. We can only imagine how vague the “*ability to comprehend the meaning of sterilization*” would have been according to this interpretation.

This idea was also supported by the Chief Health Inspector of Ljubljana, Dr. Živko Lapajne. In an essay entitled *O splavu in sterilizaciji* [On Abortion and Sterilization], he discussed the need for the suitable legal implementation of both. He was also convinced that it is “*much more important and urgent for us*”²⁵ that a law on sterilization as a defense against certain diseases be drafted.

*“Towards what end would we create beings that are a mistake in and of themselves, and that create worries and grief for their parents and ultimately end their lives in suicide? The nation and the state would only lose, as their housing in clinics means a material loss for the individual and the state.”*²⁶

He did, however, oppose the German form of the law, according to which criminals, homosexuals, and other “mental-criminal types” could be sterilized. He even drafted a statement that a husband and wife were to sign prior to marriage. He laid out a law which he named the “*act on healthy birth*”, and stipulated the role of institutions in issuing bridal permits:

“A bride and groom shall present a statement saying that they do not have virulent venereal diseases (syphilis and gonorrhoea), and that there are no occurrences of the hereditary illnesses or deformations mentioned above in their lineages. The former statement shall be issued by hospitals and hygiene and other Institutes, and the latter by the municipality and the mayor’s office. The latter statement shall contain the following text:

Statement of Confirmation!

Before all present, I confirm, on the basis of a precise knowledge of the lineage of the groom (bride),

.....

and precise inquiries into the lineage of the groom (bride),

.....

that, in this lineage, there has been no occurrence of mental illness, schizophrenia, imbecility, epilepsy, St. Vitus’s epilepsy, hereditary blindness, hereditary deafness, serious hereditary illness,

.....

25 Zdravje 9/10 (1935) 131–132.

26 Zdravje 9/10 (1935) 131–132.

*that in this lineage there have been no occurrences of the above mentioned illnesses or deformities.*²⁷

These expert reports would be ruled upon by the state physician who would determine whether or not a “*guarantee of healthy birth*” would be issued. Should any doubts arise, the couple would have the possibility of “*1. Referring to a new inquiry into venereal diseases with the aid of new experts, or 2. referring to the opinion of experts assigned to this task.*”²⁸ If the additional inquiry also revealed the possibility of degeneration, and the state physician were to issue a negative verdict, the bride and groom could be summoned to appear before a special court which would have access to permanent medical records. This court’s opinion would then be final. In the event of the discovery of degenerated genes or the possibility of the transmission of degenerated genes to one’s offspring, the court could let the bride and groom choose between marriage and mandatory sterilization or “*housing at a special Institute, such as church orders, homes for neglected children, etc.*”²⁹ The author also added that he was convinced that people would act responsibly. For this reason, he did not mention forced sterilization, as he felt that people themselves would opt for “*socially beneficial work*” and would not want to intentionally harm the nation and the state:

*“Should the law on healthy birth described above take effect, it seems that sterilization would only be needed in exceptional situations. Most brides would certainly choose the other option and security for the nation and state and would remain infertile.”*³⁰

As early as 1934, Dr. Maks Kremžar was led by the adoption of race and sterilization laws in Germany and the situation in Europe to formulate several cynical remarks aimed at the ideas of eugenicists. In numerous articles for the journal *Življenje in svet* [Life and the World], he gave an unbiased presentation on eugenics and its efforts and history. In conclusion, he presented his view on the ethical pitfalls of justifying forced sterilization measures:

“In my opinion, it would be best if we tailored and dyed our ethics if they don’t suit our tastes. The end justifies the means...It isn’t enough that state authority is sticking its nose in our pockets and in our stomachs, now it wants to get at our genitals so that it can poke around and make an evaluation, to shine its unfeeling light into the most intimate areas, to dictate weddings, births, etc...It isn’t enough that we have confidantes for the tax office, now we’ll be getting them for eugenics. A mere pinch of denunciation and harming one’s neighbor is all that separates Europe from a perfect democracy.”

27 Zdravje 9/10 (1935) 131–132.

28 Zdravje 11/12 (1935) 151.

29 Zdravje 11/12 (1935) 151.

30 Zdravje 11/12 (1935) 151.

He could astutely sense the ironic situation that all these efforts for a better, genetically “perfect” race were bringing about.

*“Behind every article on eugenics lies a cannon ready to slay eugenically flawless young people. The inferior will stay at home – for their seed – so we’ll be able to start anew.”*³¹

Also, eugenicists’ ideas about a special law encountered a serious obstacle in the opposition of legal experts. Dr. Metod Dolenc, the Chief of Slovene Criminal Law, did not agree with such incursions into a person’s dignity. The journal *Slovenec* reported that, at the 1935 International Congress for Criminal Law and Penal Enforcement in Berlin, he proposed that the congress reject a resolution that had come to a vote, and suggested a new one. The congress had recommended the sterilization (including forced sterilization) of inferior individuals. Professor Dolenc suggested that the congress recommend that states not perform forced sterilization because it is an affront to human dignity and also because consensual sterilization is only performed in countries where it is unopposed by “popular sentiment”. Because the congress took place in Nazi Germany, and all attendants could vote, the first resolution, which recommended not only sterilization, but also forced sterilization, was passed. The result was as follows:

*“Following a vote in the form of a head count, approximately 30 persons raised their hand for the counter-proposal, and about 200 for the proposal of the main speaker; nearly all Germans, of course.”*³²

Škerlj also reported on the conference in *Evgenika*, and clarified his stance on the matter:

*“I seriously doubt that the second resolution (Dolenc’s) would have gone through, because we have strong arguments, in particular against the second point (consensual sterilization). Sterilization and the questions surrounding it are not only a question of human dignity, but a question of necessity and purpose.”*³³

It seems that eugenicists were aware that they were incurring on human dignity and human rights, but that this issue was generally unimportant to them. In an interview for the liberal newspaper *Jutro* [Tomorrow] in 1938, Škerlj explained the need for a eugenics program in Slovenia to a reporter who was obviously rather excited about the idea of raising a new, more powerful nation:

“There can be no doubt that eugenic measures are also necessary in Slovenia. These measures should only be effectively carried out by the state authorities through strictly enforced specific legislation. Philosophizing on incursions into personal freedom with questions of

31 Življenje in svet 20 (1934) 471–472.

32 Slovenec (3.9.1935).

33 Evgenika 4 (1935) 60. In: Zdravniški vestnik 9/10 (1935).

eugenics is, in light of countless measures of this kind of the modernly organized state, unfounded."³⁴

Even though the ideas of eugenics never managed to become legal acts in Slovenia, a certain circle of individuals that made considerable efforts towards this end did exist. It simply isn't possible to enact forced sterilization measures without authoritative acts that violate human dignity. And it didn't take long for the methods advocated by the "science of improving the race" to be labeled as dangerous. In the introduction to the first issue of the supplement *Eugenics*, Dr. Neubauer wrote:

*"Let it be said that eugenics is not and must not provide lessons on the hatred of man towards man, nation towards nation, race towards race, and that it does not wish to blindly incur on the rights of the individual, but that it wants to and must spread the realization that it is not necessary to abandon the family and the nation to collapse, that it is not necessary to look on powerlessly as the most gifted elements decrease and the inferior multiply, as nuthouses, prisons, and hospitals fill up with those who would curse their parents if only they knew wherefrom all of their misery comes."*³⁵

However, as it would later turn out, eugenicists and their science could not shake off these justified reproaches. In the above mentioned interview, Škerlj once again stressed:

*"Eugenics is – nominally – the science of good birth. It was given this name by Francis Galton, an Englishman – please stress this, because many people in Slovenia, even at the highest scientific institutions, think that eugenics is the product of Hitlerism."*³⁶

Gynecologist Alojz Zalokar couldn't mask his disappointment at the fact that ideas and demands of this kind did not take hold and had not been realized in legal acts:

"Biological demands knocked at the Slavic and Yugoslav doors a long time ago. They awoke certain theoreticians and young people, but did not manage to echo. Daily cares and powerful historical currents in the life of the nation and the state drowned out nature's call."

But even he was aware that a democratic system could not permit laws of this kind:

*"The lessons of biology on ordering human society can only help bring about the total victory of that totalitarianism of biological world control which has already surpassed the limits of certainty, of the reasonably founded."*³⁷

34 Jutro (24.2.1938).

35 Evgenika 1 (1935) 1. In: Zdravniški vestnik 7/8 (1935).

36 Jutro (24.2.1938).

37 Misel in delo 2/3 (1938) 53–66.

In general, it quickly becomes clear that eugenics did not succeed in becoming practice in Slovenia, and that the achievements of Slovene eugenicists did not even come close to those of their counterparts in certain protestant countries. Even though these ideas did not become widespread in Slovenia, a circle of individuals did seriously consider establishing special wards and various “eugenic courts” which would decide on the fate of individuals on the basis of their physical and genetic characteristics. On the other hand, eugenics had a greater presence in Slovenia than in certain other countries. The supplement to the journal *Zdravniški vestnik, Evgenika*, was, for example, the only publication on eugenics in Yugoslavia. It was also one of the few publications of its kind in Southeast Europe. The reporter who conducted the above mentioned interview stressed this fact:

*“It is practically unknown to the general public that the magazine Evgenika, which has just finished its third year of publication, is published in Ljubljana, and that, with the exception of a similar Romanian magazine, it is the only organ of eugenic efforts in the countries of the Little Entente and Balkan Pact.”*³⁸

Following the termination of the *Evgenika* supplement in 1938, the excitement over eugenics quickly died down. At the same time, the ties linking eugenics and its methods with German Nazism and racism grew even stronger. Although Slovene eugenicists should be classified among quixotic evolutionists and medical technocrats, as there was never any mention of race hygiene, eugenics in Slovenia never shook off its association with German Nazism. This alone would have dealt a fatal blow to the popularity of eugenics, had not the implementation of eugenically advised sterilization also been opposed by a number of people, including the Catholic Church. In the end, eugenics was to remain limited to a very small group of scientists who thought and wrote a great deal on the subject, but ultimately never managed to put their ideas into action.

References:

- CHILDS Donald J., *Modernism and Eugenics. Woolf, Eliot, Yeats, and the Culture of Degeneration* (Cambridge u.a. 2001).
- DOLAN Brian (Hg.), *Malthus, Medicine and Morality: Malthusianism after 1798*, *Clio medica*, 59 (Amsterdam u.a. 2000).
- GAY Peter, *The Bourgeois Experience. Victoria to Freud. Education of the Senses* (New York u.a. 1984)
- KNEŽEVIĆ HOČEVAR Duška, Dr. Božo Škerlj, *Slovene Anthropologist: Dilemmas and Controversies of an Early Professional Career*. In: *Antropološki zvezki* 4 (1996).

- KRAFFT-EBING Richard von. Über gesunde und kranke Nerven (Tübingen ³1886).
- KÜHL Stefan, Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert (Frankfurt a. M. u.a. 1997).
- SHORTER Edward, A History of Psychiatry. From the Era of Asylum to the Age of Prozac (New York u.a. 1997).
- WEINGART Peter, KROLL Jürgen, BAYERTZ Kurt, Rasse Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland (Frankfurt a. M. 1992).
- ZAVIRŠEK Darja, Ženske in duševno zdravje, O novih kulturah skrbi (Ljubljana 1994).
- ŽUPANIČ Niko, Evgenika dr. Ivana Tavčarja (Ljubljana 1921).

Newspapers and journals:

- Čas 1930/1931, 1931/1932
- Evgenika, supplement to Zdravniški vestnik 1935, 1937
- Jutro 1938
- Ljubljanski zvon 1925
- Naša doba 1930
- Misel in delo 1938
- Priroda 1931
- Prijatelj bolnikov 1935
- Slovenec 1930, 1935
- Slovenski pravnik 1934
- Zdravje 1926, 1935
- Življenje in svet 1934

ÜBER DEN WANDEL DER SIGNATUREN DER SEELE IN DER KLINISCHEN PSYCHIATRIE UM 1900

Am Beispiel der Innsbrucker Universitätsklinik für
Psychiatrie und Neurologie der Gründerjahre

1. Vorbemerkungen

Im Zentrum meines Interesses stehen die im weitesten Sinn am System der Psychiatrie, ihren Wissensarchiven und Systempraktiken gebildeten Subjektformen um 1900, inklusive der Selbstverhältnisse, die sie hervorbringen, der Art und Weise also, wie wir als Individuen gelernt haben, uns seither diesbezüglich zu sprechen, zu schreiben und zu verstehen.¹ Der Schwellenzeit um 1900 kommt dabei insofern entscheidende Bedeutung zu, als das Vokabular und die Syntax des zeitgenössischen, psychiatrisch-nosologischen Rahmens über weite Strecken das diagnostische Inventar noch heute üblicher Klassifikationssysteme darstellt² und die Weichenstellungen um 1900 für eine Vielzahl von Entwicklungen der Psychiatrie des 20. und sogar noch des 21. Jahrhunderts relevant sind.³ So untersuche ich in erster Linie die spezifische Rationalität der historischen Psychiatrie, die in ihr ausgebildeten Erkenntnisstrategien und -verfahren, wie überhaupt ihre wissensbildenden, wissensverwaltenden und wissensvermittelnden Praktiken um 1900. Dies mit dem Ziel, die Bedingungen der Möglichkeit herauszustellen, die es der Psychiatrie als Teil der Medizin erlaubten, weit über die Anstalt und Klinik hinaus, ihre Sozialisationswirkung zu entfalten. Diesem Prozess vorausgehend allerdings ist die Entwicklung zuerst der Krankenanstalt, dann der Klinik. Ich gehe davon aus, dass die Medizin und mit ihr die Psychiatrie als Sozialisationsagentur erst mit der Einrichtung der allgemeinen Krankenanstalt umfassend zum Tragen kommt, dass Krankheits- und Gesundheitsnormen erst durch sie für breite Bevölkerungsschichten verbindlich werden.

Wenn die Medizin selbst den Beginn ihrer *modernen* Entwicklung mit der Schwellenzeit um 1800 angibt, so hat dies wesentlich den Grund darin, dass ab diesem Zeitpunkt die moderne Krankenanstalt als ärztlich-therapeutischer Versorgungsraum zu entstehen beginnt und von einer für die Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung wenig bedeutenden Einrichtung am Rande der Gesellschaft bis 1900 zum Zentrum medizinischer Versorgung anwächst.

Auch für die Psychiatrie gilt das Ende des 18. Jahrhunderts als eigentliche Geburtsstunde. Deutlicher als vom Hospiz wird sie von all

- 1 Das allerdings ist bei weitem zu viel, um im Rahmen des vorliegenden Beitrags dargestellt zu werden. Allerdings kann eine erste Idee davon vermittelt werden. Wer an einer eingehenderen Auseinandersetzung Interesse hat, sei auf die die Frage ausführlich behandelnde Habilitationsschrift verwiesen. Auch die im Zuge des Beitrags vorgestellten ersten Ergebnisse entstammen dieser Forschungsarbeit. Vgl. Michaela RALSER, *Das Subjekt der Normalität. Wissensproduktion und Wissenskommunikation am Beispiel der Psychiatrie als Gesellschaftswissenschaft um 1900*. Habilitationsschrift (Innsbruck 2009). Die Arbeit erscheint 2010 im Wilhelm Fink-Verlag.
- 2 German E. BERRIOS, *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century* (Cambridge 1996) 1.
- 3 Vgl. Eric ENGSTROM, Volker ROELCKE, *Die alte Psychiatrie? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. In: DIES., *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im Deutschen Sprachraum* (Mainz 2003) 9–27.

- 4 Vgl. u.a. Robert CASTEL, Die psychiatrische Ordnung (Frankfurt am Main 1979 [1976]); Roy PORTER, Madness (New York 2002); Michel FOUCAULT, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses (Frankfurt am Main 1991 [1975]); DERS., Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Frankfurt am Main 1989 [1961]); Erving GOFFMAN, Asyl. Über die soziale Position psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1973 [1961]); Dirk BLASIUS, „Einfache Seelenstörung“. Die Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945 (Frankfurt am Main 1984).
- 5 Die ganz frühen (Kranken)Anstalten für Irre reichen in fast allen Ländern Europas und den USA bis ins späte 18. und beginnende 19. Jahrhundert zurück. In Frankreich/Paris wurde das erste Asyl 1793 (Philippe Pinel) gegründet, in England/London bereits 1751 (William Battie), in Italien/Florenz 1788 (Vincenzo Chiarugi), in Deutschland die Anstalt Sonnenstein bei Pirna im Jahre 1811 (Gottlieb Pimetz), in Österreich der Wiener Narrenturm im Jahre 1784 und in den USA das erste Irrenasyl in Pennsylvania im Jahre 1773 (Benjamin Rush). Der Ausbau erfolgte in den verschiedenen Ländern in unterschiedlichem Tempo, jedoch im Verlauf des 19. Jahrhunderts überall in beträchtlichem Ausmaß.
- 6 In Österreich etwa entsteht im Verlauf des 19. Jahrhunderts in beinahe jedem der heutigen Bundesländer eine große Anstalt: die Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geistesranke am Steinhof bei Wien (1904–1907), Gugging bei Klosterneuburg (1885), die Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz (1874), Niedernhart bei Linz (1867), Landes-Heilanstalt für Geistesranke Maxglan/Salzburg (1898) sowie die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling (1903) und für das Land Tirol in seinen historischen Grenzen Hall i.T. bei Innsbruck (1830), und Pergine im heutigen Trentino (1882), sowie die ‚Valduna‘ in Rankweil/Vorarlberg (1870). Vgl. Heinrich SCHLÖSS (Red.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (Halle a.d. Saale 1912).
- 7 Edward SHORTER, Geschichte der Psychiatrie (Berlin 1999 [1997]) 61.
- 8 Vgl. beispielhaft einige der rezentesten Studien im Feld – Karen NOLTE, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (Frankfurt am Main 2003); Peter SANDNER, Gerhard AUMÜLLER, Christina VANJA,

den anderen vermischten Strukturen abgegrenzt, die sich im Verlauf des 17. und 18. Jahrhunderts zur Verwahrung und Einsperrung der Irren als Teil der Problempopulationen der Zeit herausgebildet haben. Wenn im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert das alte Zucht- und Tollhaus in seine Komponenten zerfiel, dann war dies eine Folge der sich in allen Ländern Europas, in den einen früher, den anderen später, ebenso wie in den USA durchsetzenden neuen Auffassung: vom Irren als (geistes)krank und von der Irrenfrage als *medizinischer* Herausforderung.⁴ Dass diese wesentlich neue Orientierung in der Praxis oft eine improvisierte Antwort, eine von alten und neuen Vorstellungen und Zwecken durchwirkte Verwahr- und Behandlungsstruktur mit vermischter Funktion erzeugte respektive bewahrte, gilt als sozial- und institutionengeschichtlich erwiesen. Entscheidender als die durchgängige Realisierung aber ist der Vorgang selbst: die schrittweise *Medikalisierung der Irrenfrage*. In einem Bündnisdialog aus Medizin, Politik und Justiz wird es ab 1800 Aufgabe der Mediziner, im Wege der ärztlichen Expertise den Rechts- und Krankheitsstatus der Irren zu bestimmen, die bisherigen Verfahren der Bestrafung und/oder der Wohltätigkeit mit ärztlichem Wissen anzureichern und den Irren eine eigene Krankenanstalt zu errichten, deren erstes Kennzeichen – egal welche Funktion sie sonst noch erfüllte und egal wie viele der Parameter sie ihren Vorgängerinstitutionen entlehnen wird – das therapeutische Milieu unter Hoheit des Arztes zu sein hatte. Diese Gemengelage aus Fortschrittserwartung, administrativer Notwendigkeit und ärztlicher Bereitschaft ist der Geburtsakt der Psychiatrie, respektive ihres Ortes, der Anstalt, von der man annahm, dass sie selbst schon Heilfunktion ausübe.

Wenn auch in der Anfangszeit alle vermischten Strukturen weiter existierten, muss die öffentliche Irrenkrankenanstalt – unabhängig davon, wie sie sonst noch beurteilt werden könnte – als institutionengeschichtlich erfolgreich gelten. In allen Ländern Europas wurde ihre Einrichtung beschlossen, überall, wo sie als einzelne entstand⁵, folgten ihr weitere, bis in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und darüber hinaus die Anstaltsobsorge sich zur dominanten Versorgungs- und Behandlungseinrichtung⁶ für sogenannte Geistesranke entwickelte.⁶

„Im Laufe eines einzigen Jahrhunderts, so Shorter, war aus der eher die Ausnahme bildenden, [...] auf die Städte beschränkten Asylisierung von ‚Geisteskranken‘ die erste und übliche Maßnahme geworden.“⁷

So ist es mehr als verständlich, dass die größte Anzahl der sozial- und medizingeschichtlichen Forschungen, die sich mit der Psychiatrie des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts befassen, in allen Punkten die Anstalt, im zeitgenössischen Sprachgebrauch die „Irrenheil- und Pflegeanstalt“ fokussieren und sie aus unterschiedlicher Perspektive untersuchen.⁸ Ich werde hier einen anderen Weg gehen und mich einer Institution zuwenden, welche zwar in jeder Hinsicht die Anstalt für Geistesranke zur Voraussetzung hat, wesentlich aber nach anderen

Regeln funktioniert und erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts entsteht: *die psychiatrische Klinik*. Der Begriff Klinik wird hier in seiner bis heute üblichen Bedeutung verwendet: als Spezialeinrichtung oder Krankenhausabteilung, vorrangig angeschlossen an Universitäten und Akademien.

2. Die psychiatrische Klinik in Innsbruck

Als Beispiel für die Untersuchung der psychiatrischen Klinik um 1900 wähle ich die Innsbrucker „Neurologisch-Psychiatrische Abteilung“ der Gründerjahre, fallweise und insbesondere anfangs auch schlicht „Abtheilung für Nervenranke“ oder seltener „Irrenabteilung“ genannt, welche an der Medizinischen Fakultät der Leopold-Franzens-Universität im Jahr 1891 gegründet wurde. Zu einem Zeitpunkt, als die lokale Irrenanstalt in Hall in Tirol bereits mehr als 60 Jahre existierte, und knappe zehn Jahre nach Eröffnung der zweiten, verhältnismäßig nahen Anstalt in Pergine, im heutigen Trentino, sowie etwa 20 Jahre nach Begründung der dritten – wenn auch nicht allzu großen – Anstalt im Umkreis, der Valduna in Vorarlberg. Die dichte Anstaltsumgebung der Innsbrucker Klinik legt die Vermutung nahe, dass weniger der Versorgungsaspekt – schließlich wurde auch eine nicht unwesentliche Zahl an „Irrenbetten“ im städtischen Innsbrucker Krankenhaus geführt –, sondern vielmehr das klinisch-wissenschaftliche Interesse ausschlaggebend dafür war, im ‚Zentrum‘ der universitären Klinik auch eine Abteilung für Nervenranke einzurichten und zu betreiben.

Die neu gegründete Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrische Klinik war Teil einer mittelgroßen Medizin-Universität, sie war als Nervenabteilung in ihrer Größendimension durchschnittlich, vom Gründungsdatum her im europäischen Mittelfeld und bestand aus einer psychiatrischen und einer neurologischen Abteilung, die bei Zeiten getrennt, meist aber zusammen betrieben wurden. Sie verfügte über einen für beide Fächer gemeinsamen Lehrstuhl und über einige wenige Assistenz- und Hilfsärzte, sie war – wie aus den Archivakten zu erfahren ist – beständig gut ausgelastet, ebenso wie sie materiell dauerhaft unzureichend ausgestattet war.⁹ Sie fungierte – wie für Universitätskliniken üblich – als „integrierte Stätte der Behandlung, der Lehre und der Forschung“¹⁰, und dieses Merkmal unterscheidet sie am deutlichsten von den Anstalten üblicher Art. Im Unterschied zu den meisten Anstaltsdirektoren, welche vielfach in ländlicher Umgebung und mit geringem Wissenschaftsanschluss, von Ausnahmen (etwa das Schweizer Burghölzli) und Mischformen abgesehen, ihre Anstalten als organische, paternalistisch organisierte, sich selbst versorgende Modell-Familien führten, begannen die Klinikärzte und einige wenige akademische Anstaltspsychiatern in der zweiten

Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn (Marburg 2001); Ann GOLDBERG, Sex, Religion and the Making of Modern Madness. The Ebersbach Asylum and German Society (New York 1999); Marietta MEIER, Brigitta BERNET, Roswitha DUBACH, Urs GERMANN (Hg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich 1870–1970 (Zürich 2007).

⁹ Die für den Anfang noch allgemeinen Informationen zur Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Anfangszeit stammen alle aus der bislang einzigen allgemeinen Geschichte der Innsbrucker Medizinischen Fakultät (Franz HUTER), den wenigen, erhaltenen Publikationen ihrer ersten Vorstände (Gabriel ANTON und Carl MAYER) und aus dem von mir ausgewerteten diesbezüglichen Aktenbestand des Innsbrucker Universitätsarchivs – Ordnungssystematik: Lehrkanzel für Psychiatrie. Vgl. Franz HUTER (Hg.), Hundert Jahre Medizinische Fakultät Innsbruck 1869–1969 in 2 Bänden (Innsbruck 1969).

¹⁰ Vgl. Eric J. ENGSTROM, Clinical Psychiatry in Imperial German Psychiatry (New York 2003).

Hälfte des 19. Jahrhunderts, inspiriert von den ‚Fortschritten‘ der somatischen Medizin, die Psychiatrie an die klinischen Wissenschaften der „Pathologischen Anatomie“ und „Physiologie“ heranzuführen,¹¹ deren Erkenntnisverfahren zu übernehmen und mit Hilfe einer Reihe von Professionsverbänden und entsprechenden Publikationsorganen sich als empirische Naturwissenschaft im Sinne einer neurologisch inspirierten wissenschaftlichen Psychiatrie zu etablieren.

Als solche hat sie sich schließlich im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts gegenüber allen anderen Versuchen, auch gegenüber der vermischten, vorrangig paternalistisch-pädagogischen Anstaltspflege, durchgesetzt. Das gilt *nicht* für das *Versorgungsmonopol*, zumindest nicht für das der chronisch (psychisch) Kranken. Dieses verbleibt bis in das letzte Drittel des 20. Jahrhunderts in den Händen der Anstaltspsychiatrie.¹² Es gilt aber für das *Diskursmonopol*: Dieses liegt, so einer meiner Befunde, gegen Ende des vorletzten Jahrhunderts nahezu ausnahmslos in den Händen der akademischen Psychiatrie. Derart, dass diese schließlich durch die neugewonnene, professionelle Autorität des Klinikpsychiaters auf dem Feld der Prävention und Prophylaxe an der Schwelle vom 19. ins 20. Jahrhundert als *Gesellschaftswissenschaft avant la lettre* auftreten und als mächtige gesundheitspolitische Beratungswissenschaft in nahezu alle gesellschaftliche Debatten der Jahrhundertwende intervenieren wird. Im Besonderen wird sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Auseinandersetzungen um erbliche Disposition, Entartung und Degeneration mobilisieren und profilieren und immer wieder auch eugenisch motivieren – mit den bekannten Folgen, die ich hier nicht auszuführen brauche, zumal im Verlauf der vorliegenden Publikation noch mehrfach davon die Rede sein wird.

Das diskursive Gewicht der akademischen Psychiatrie gründet sich – so meine ich – auf einen dreifachen Vorgang der Klinik:

1. auf die *programmatische Cerebralisierung des Seelenorgans* und den damit begründeten Anschluss an ein empirisch-naturwissenschaftliches Methodenrepertoire,
2. auf die Übernahme des *mehrfach anschlussfähigen evolutionistisch-vererbungstheoretischen Paradigmas* als ein Herzstück der psychiatrischen Ätiologie und schließlich
3. auf den Auf- und Ausbau eines *pädagogisch-didaktischen Apparats*, der nicht nur angehende Mediziner – Medizinerinnen kommen in den Anfangsjahren noch nicht in Betracht –, sondern auch die PatientInnen und ihre Angehörigen involvierte.

„*Es bedarf derzeit*“, sagte der erste Innsbrucker Klinikleiter Gabriel Anton bei seiner Antrittsrede 1891, „*nicht mehr des Beweises, dass die Leitungsbahnen für Empfindung und Bewegung die Nerven sind und dass für die höheren, die psychischen Leistungen das Centralnervensystem das materielle Substrat abgibt [...]. Wir können uns getrost der These des modernen Psychopathologen Wernicke*

11 Vgl. ENGSTROM, Clinical Psychiatry.

12 Die Unterbringung insbesondere chronifizierter und hospitalisierter Kranker in den großen Anstalten wird erst im Anschluss an die Kritikwelle der 2. Antipsychiatriebewegung der 70er Jahre in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts (!) in einer Kooperation aus NGOs, Psychiatrieverbänden und Administrationen im Rahmen von Ausgliederungs- und Enthospitalisierungsprogrammen und mit Unterstützung der neuen, regionalen Psychiatriepläne schrittweise, wenn auch nicht vollständig, aufgehoben werden. Für die Nervenheilanstalt Hall in Tirol etwa begann der Prozess erst im Anschluss an das neue Unterbringungsgesetz in den frühen 1990er Jahren.

*anschließen, dass wir in allen Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns zu sehen haben und die Psychiatrie ein Zweig der Naturwissenschaft ist. Wenn uns auch die wertvollen Ergebnisse der Leicheneröffnung bei feineren psychischen Störungen noch wenig zu statten kommen, so wäre es unrichtig, die mächtige Förderung in Abrede zu stellen, welche die Neuropathologie gerade durch das Aufblühen der pathologischen Anatomie erfuhr. Sie lehrt uns, die modernen Forschungsbehelfe hoch zu schätzen: die Anatomie, das Experiment, die exacte klinische Beobachtung.*¹³

Obwohl Gabriel Anton ebenso wie der spätere und langjährige Klinikleiter Carl Mayer beide Schüler des Wiener Hirnanatomen Theodor Meynert waren, beide ihre akademischen Qualifikationsarbeiten – wie alle, die sich zu jener Zeit mit Erfolg um eine Stelle an Universitätspsychiatrien zu bewerben suchten – auf Sektionsbefunde gründeten, blieb die cerebrale Inskription der Geisteskrankheit an der Innsbrucker Klinik sowohl forschungswie behandlungsseitig hinter der etwa in Antrittsvorlesungen und Selbstbeschreibungen vorgetragenen Programmatik zurück. Das hatte unter anderem mit Ausstattungsmängeln und Ressourcenknappheit an der hiesigen Universität zu tun und sollte sich erst nach langen Kämpfen im Jahre 1914 mit der Übersiedlung der neurologischen Abteilung in die aufgelassene Kadettenschule am Innsbrucker Innrain ändern. Dort erst wurde ein vergleichsweise gut ausgestattetes Laboratorium mit einem „galvano-elektrischen Apparat“, mit „Schädel- und Weberschen Tasterzirkeln“, mit einem „großen Mikroskop“, „verschiedenen Präparierinstrumenten und Präparatengläsern“, einem „Gefriermikroton“, mit „Gehirnwaage, Sägen und Knochenschere“ eingerichtet.¹⁴ Das von Carl Mayer stets „geforderte Leichenzimmer zur Abstellung der Toten bis zu ihrer Abtragung in die Pathologie“ fehlte allerdings auch dort.¹⁵

Trotz der bescheidenen Mittel, die im Rahmen der Universitätsklinik der Jahrhundertwende vorhanden sind und ohne eigenen Untersuchungsraum – sowohl das tägliche Ambulatorium als auch die eigentlichen klinischen Untersuchungen wurden im Hörsaal abgehalten – werden an den psychiatrischen PatientInnen eine vergleichsweise große Zahl neuro-diagnostischer Untersuchungen vorgenommen. Dies bleibt dann auch über weite Strecken der einzige Hinweis darauf, dass die neuropathologisch orientierte Psychiatrie in der lokalen, klinisch-*psychiatrischen* Praxis ihre Wirkung zeigt. Mit verschiedenen Hilfsmitteln und Geräten sowie allerlei „schwachem Strom“ wurden die Funktionen der Hirnnerven untersucht, die Reflexe getestet, die Motorik geprüft und die Sensibilität auf Reize erfasst.¹⁶ Und dies, ohne dass in den Krankenakten erkennbar wäre, dass aus den Befunden mit Ausnahme einiger Abgrenzungen zu eindeutig neurologischen Erkrankungen, etwa der Meningitis, der Multiplen Sklerose oder der Neurosyphilis, besondere Schlüsse gezogen worden wären: weder für

13 Gabriel ANTON, Antrittsrede, gehalten beim Antritt der neuen Lehrkanzel für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Innsbruck in: Wiener Klinische Wochenschrift 47 (Wien 1891) [Separatdruck] 2 und 7.

14 Universitätsarchiv Innsbruck (UAI), Lehrkanzel für Psychiatrie, Schreiben von Carl MAYER an das „Hohe k.k. Ministerium für Cultus und Unterricht“ aus dem Jahr 1905, in welchem er unter Angabe und Kostenaufstellung aller notwendigen Apparaturen und Hilfsmittel eindringlich ein klinikeigenes Ambulatorium und Laboratorium fordert.

15 UAI, Lehrkanzel für Psychiatrie, Eingabe von Carl MAYER an den „Verwaltungsausschuss des Allgemeinen Krankenhauses“ aus dem Jahre 1928, in der er erneut auf die räumlichen Missstände an der Psychiatrischen Klinik hinweist.

16 Die spezifischen Untersuchungsmethoden der psychiatrischen Jahrhundertwendeklinik lassen sich den historischen Krankenakten (dort den Aufzeichnungen zum „Status Somaticus“) entnehmen, hier beispielhaft den Krankenakten der Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrischen Klinik, in ihrem historischen Bestand im Tiroler Landesarchiv (TLA).

die Prognose der Krankheit noch für die Behandlung der Kranken. Daraus kann abgeleitet werden, dass sich die Erkenntnisverfahren gegenüber der klinischen Praxis verselbstständigt hatten, sich mehr der zeitgenössischen Mentalität der Neuropathologie und ihrer akademisch-psychiatrischen Denkkollektive verdankten, denn ihrer klinischen Wirksamkeit.¹⁷ Ohne Zweifel haben sie das mit anderen medizinisch-wissenschaftlichen (Diagnose)Verfahren, etwa der frühen Genetik, gemeinsam.¹⁸ Die Entwicklung der Universitätspsychiatrie als Teil der Medizin allerdings wäre ohne den neuropathologischen Ansatz, den die meisten Lehrstuhlinhaber der Zeit vertraten – auch jene der Innsbrucker Nervenlinik – nicht denkbar, ebenso wenig wie die veränderten Beschreibungen der *Leiden durch die PatientInnen selbst*: Sie suchten sich in den neuen Vorgaben zurechtzufinden und wandelten etwa den psychosomatischen Schmerz, der zuvor den ganzen Körper oder einzelnen seiner Teile betraf, in Schwäche oder Erregung, anschlussfähig an die neuen Konzepte von Nervenschwäche und ihrem Gegenteil. Auch die Gefühlslagen werden mit Nervenmetaphern beschrieben. Da erzählt der eine etwa von seinen ‚Nerven in großer Aufruhr‘, der anderen kamen ‚die Nerven ganz durcheinander‘, in einer weiteren ‚ginge es‘, wie sie wörtlich sagt, ‚zu als wären elektrische Maschinen darinnen‘¹⁹ während ein wieder anderer meint, ‚seine Nervenenergie sei am Ende‘²⁰ und er selber deshalb kaum noch am Leben. Freilich vollzogen sich die Veränderungen nicht auf Anhieb und nicht ohne sich mit alten Vorstellungen zu vermischen, wie überhaupt die cerebrale Inskription der seelischen Störung mehr rhetorische Strategie und normativ vollzogener Paradigmenwechsel war, denn Alltagswirklichkeit der Jahrhundertwendeklinik. Ihre alltagspraktische Erkenntnisstrategie war die *klinische Beobachtung*.

Waren Neurophysiologie und Hirnanatomie am experimentellen und topischen Nachweis der Herkunft der (Geistes)Krankheit interessiert, so zielt die klinische Beobachtung im Kraepelinschen Sinne auf die Voraussage ihrer Zukunft im Lichte ihrer Vergangenheit: Aus den Anfängen der Krankheit sei ihr Ende zu bestimmen, aus ihrem bisherigen Verlauf der Ausgang und aus den Entstehungsbedingungen ihre Entwicklung.²¹ Wie schon die neuropsychiatrische Orientierung setzte auch die entwicklungsgeschichtliche Perspektive auf die ‚Beherrschung des Krankheitsbildes.‘²² Die Beherrschung der Krankheit blieb nachrangig. Zumindest für eine lange, erste Zeit. Die Erhebung der Krankendaten, die Art der Anamneseführung, der Einsatz von ersten Testverfahren, die erkennungsdienliche Beobachtung der Kranken und ihre zu Lehrzwecken vorgenommenen Vorführungen folgten wie an den meisten Universitätspsychiatrien der Zeit²³ auch in Innsbruck den Kraepelinschen Vorgaben. Was die hirnanatomische und nervenphysiologische Ätiologie – so meine These – als Versprechen in die Welt gesetzt, als Ergebnis aber nicht erbracht hatte, sollte nun durch gezielte klinische Beobachtung und Befragung der PatientInnen und Angehörigen ermittelt werden.

17 Paradoxerweise ist der therapeutische Nihilismus für die Epoche der frühen Neuropathologie ebenso kennzeichnend wie der in ihrem Rahmen mit Emphase vorgetragene ‚Entwicklungsfortschritt‘ der Disziplin.

18 Vgl. Maria A. WOLF, Organisches Kapital und Rationalisierung der gesellschaftlichen Verwendung des Menschen 1900–1938. In: Maria A. WOLF, Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000 (Wien 2008) 31–302.

19 TLA, Krankenaktenbestand der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik 1916, Box-Buchstabe A, Krankenakte M. A.

20 TLA, Krankenaktenbestand der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik 1910, Box-Buchstabe E, Dossier in Krankenakte S. E.

21 Emil KRAEPELIN, Lectures of a Clinical Psychiatry (London 1904) 200f.

22 Emil KRAEPELIN, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (Leipzig 1896) 3.

23 Vgl. Eric ENGSTROM, Bedside Science. Clinical Research in Heidelberg. In: ENGSTROM, Clinical Psychiatry 121–146.

Entstehung und Entwicklung, Verlauf und Ausgang der Krankheit standen dabei im Zentrum des Interesses. Vollständige Auskunft über die Art des Krankheitszustands gäbe allein die Krankengeschichte, respektive das, was zum damaligen Zeitpunkt im Rahmen der Psychiatrie dafür gehalten wurde: die Vorerkrankungen, die „allgemeine und persönliche Prädisposition“, letztere gleichbedeutend mit „Erblichkeitsverhältnis, Entwicklungsstörung und Erziehung“,²⁴ und schließlich der „Gang der eigentlichen Erkrankung“, welche zur Einweisung in die psychiatrische Klinik führte. Solange die Innsbrucker neurologisch-psychiatrische Klinik über ein eigenes, nur ihr vorbehaltenes Krankenaktenformular verfügte (was sich mit den Kriegsjahren ändert), wird sie ab den 1892er Jahren die Daten über die ‚Herkunft‘ der Krankheit hervorheben und in einem eigenen Feld am Aktenkopf anbringen. Dort sind, übersichtlich in Kästchen eingetragen, die „Hereditären Verhältnisse“ vermerkt, zuerst der „Vater“, dann die „Mutter“, schließlich noch die „Geschwister“. Rechts daneben das Feld zum Eintrag der Vorerkrankungen. Sieben Platzhalter, drei Vordrucke – den Krankheitstheorien und Bedingungen der Zeit entsprechend: einmal „Syphilis“, dann „Krämpfe“, schließlich „Diphtheritis“ und die Rubrik „Frühere psychische Störungen“. Diese Kurzform der Krankheitsgeschichte als ‚Nachweis‘ der Herkunft der Krankheit zur Ermittlung ihrer Gegenwart und Zukunft kann als formalisierter Beleg für das evolutionistische und vererbungstheoretische Paradigma der Psychiatrie der Jahrhundertwende, auch der Innsbrucker, gelesen werden. Die *ätiologische* Leerstelle, welche die Neuropathologie hinterließ, wurde – wie ich meine – durch eine *genealogische* ersetzt: durch die Ermittlung der ‚Erbfolge‘, der Vorerkrankungen, der ‚Entwicklungshemmnisse‘ in Kindheit und Jugend, der gefährdenden Lebensumstände der Kranken und des krankheitsfördernden Konsums von Alkohol, Kaffee und Nikotin. Wurde – was die Innsbrucker Klinik betrifft – der Eintrag in den Vordruck auch nicht in allen Fällen mit derselben Gründlichkeit vorgenommen, so strukturierten die genannten Parameter entscheidend die Anamnese und bestimmten Fragerichtung und Antwortgebung im Anamnesebogen – unabhängig davon, was die Patienten und Patientinnen sonst noch zu berichten hatten. Die Lebensgeschichten in den Akten verkürzen sich dann auch meist auf eine redundante Aufzählung der hereditären Verhältnisse: vom Vater, dem Trinker, und der Mutter, die ein nervöses Leiden hatte, über Geschwister, die alle früh gestorben seien, an Rachitis die einen, die anderen an den „Krämpfen“, bis zu lakonischen Hinweisen, das Milieu betreffend, dem häufigen Dienortwechsel oder dem unsteten Wohnort, der mäßigen Erziehung oder dem kargen Schulerfolg. Waren die PatientInnen nicht in der Lage, die entsprechenden Informationen zu liefern, so tat es in der Regel der Referent, der oder die Angehörige, welche den Patienten, die Patientin in die Klinik begleitete.

Die evolutions- und vererbungstheoretischen Parameter, welche die

24 Als allgemeine Prädispositionen galten den Psychiatern der Zeit mit geringen Varietäten übereinstimmend: Lebensalter, Geschlecht, Volkscharakter, Klima und Beruf, als persönliche Prädispositionen, mehrheitlich: Erblichkeit, Entwicklungsstörung und Erziehung.

Datenerhebung, -generierung und -darstellung anleiteten, erzeugten eine die neuropathologische Sichtweise ergänzende, neue *Evidenz der Geisteskrankheit*, die ihren letzten (somatischen) Grund zwar noch verberge, ihre Prädispositionsbedingungen, Entwicklungsverläufe und Krankheitsausgänge jedoch zusehends preisgebe. Mit wenigen Ausnahmen war *der therapeutische Nihilismus* nicht nur für die Epoche der frühen Neuropathologie kennzeichnend, sondern auch für die ihr nachfolgende empirisch klinische Phase der diagnostischen und prognostischen Ausdifferenzierungen. Für die PatientInnen, jedenfalls für jene der Innsbrucker Nervenambulanz, folgte aus den detailreichen, anamnesticen Befragungen und klinischen Verlaufsbeobachtungen behandlungsseitig nichts, was spezifisch oder von Belang wäre. Allerdings erhöhte die neue prognostische Kultur der Klinik die Autorität des wissenschaftlichen Psychiaters ebenso wie sie den Druck auf die PatientInnen intensivierte. Fiel die Prognose für die Patientin, den Patienten ungünstig aus und war an Besserung nicht mehr zu denken – dieses Verdikt traf längst nicht nur die Paralytiker –, wurde eine rasche Entlassung aus der Klinik und eine Überweisung in die Anstalt, meist in die Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol angeordnet.

Dass eine solche allerdings aufgrund von Ressourcenknappheit und Überbelegung oft zu früh zu erfolgen hatte, beklagt der langjährige Leiter der Klinik Carl Mayer in mehreren Schreiben an Ministerium und Klinikverwaltung. Dabei ging es nicht – wie man meinen könnte – um Zeitgewinn zur Erholung der PatientInnen oder um ein Zeitfenster zur intensiveren Behandlung, sondern um den beklagenswerten Zustand, „*dieselben nicht weiter für den Unterricht verwerten zu können, so sehr dies auch oft im Interesse der Vorführung längerer Krankheitsverläufe in der Vorlesung geboten wäre*“.²⁵

Die „Lehre am Krankenbett“ ist für den klinischen Unterricht konstitutiv, das „Krankenbett in der Lehre“ eine beständige Herausforderung um die „angemessene [...] Zahl“ und „passende Beschaffenheit“²⁶ der PatientInnen zu Vorführungszwecken und um die Rationalitätskriterien einer Klinik zwischen „Wissens- und Versorgungsökonomie“²⁷. Wenn es in Innsbruck auch schon in den 1870er Jahren vereinzelt Psychiatricvorlesungen gegeben hat, so wurden sie regelmäßig und als fixer Bestandteil des Curriculums erst seit Gründung der Lehrkanzel für Psychiatrie und Neurologie ab 1891 gehalten. Zum verbindlichen Prüfungsstoff, auch für alle Allgemeinmediziner, wurden sie mit der Novelle der Prüfungsordnung 1903. Neben allerlei Präparaten gehärteter und frischer Gehirne,²⁸ neben diversen Schautafeln über den Aufbau des Gehirns und Nervensystems²⁹ kamen als ‚Unterrichtsmaterialien‘ auch an der Innsbrucker Nervenambulanz in aller erster Linie die PatientInnen der Klinik selbst zum Einsatz. Das belegen Archivmaterialien ebenso wie die Krankenakten, in denen die Vorführung samt dem, was sich dabei zugetragen hatte, festgehalten

25 UAI, Lehrkanzel für Psychiatrie, Schreiben von Carl MAYER vom 10.12. 1910 an den Rektor der Universität Innsbruck.

26 Ernst Daniel BARTELS (1830), zitiert nach: Eric ENGSTROM, Disziplin, Polykratie und Chaos. Zur Wissens- und Verwaltungsökonomie der psychiatrischen Nervenambulanz der Charité. In: Eric ENGSTROM, Volker HESS (Hg.): Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Jahrbuch für Universitätsgeschichte 3 (2000) 162–178, hier 162.

27 Vgl. Eric ENGSTROM, Volker HESS (Hg.), Wissens- und Verwaltungsökonomie, Editorial 7–18.

28 UAI, Lehrkanzel für Psychiatrie, Detaillierte Aufzählung der verwendeten Unterrichtsmaterialien im Ansuchen des Dozenten. für Pathologische Anatomie, Dr. Schnopfhagen, an das Professorenkollegium zur Beurteilung seiner Habilitationsaspiration auch für das Fach „Psychiatrie und Neurologie“ aus dem Jahre 1878.

29 UAI, Lehrkanzel für Psychiatrie, Schreiben C. Mayers an das „Hohe k. k. Ministerium für Cultus und Unterricht“ aus dem Jahre 1905, in dem er neben anderen Dingen (siehe weiter vorne) eine Reihe entsprechender Schautafeln für den Unterricht fordert.

wurde. Als Objekte des Wissens kommt den Kranken im Rahmen des didaktischen Arrangements der Patientenvorführung die Rolle zu, den Studierenden und angehenden Ärzten die Krankheitszeichen zu präsentieren, die zu lesen in Zukunft ihre Aufgabe sein wird. Der Dozent fungiert dabei vor allen Dingen als Stichwortgeber, der die noch leeren Zeichen in den Stand von Symptomen hebt, die zu allererst durch die sprachliche Ordnung der Nosologie gewonnen werden. Der klinische Unterricht im psychiatrieeigenen Hörsaal, der auch in Innsbruck – der Patientenvorführungen wegen – in unmittelbarer Nähe zu den Krankenräumen angesiedelt war, trägt als die Beobachtung forcierende Versuchsanordnung entscheidend dazu bei, die klinisch-psychiatrische Methode zu implementieren, ihre Blick-Empirie zu intensivieren und ihre diagnostischen Kriterien zu etablieren. Freilich hat die psychiatrische Klinik die Unterrichtspraxis der Patientenvorführung nicht eigentlich erfunden, aber sie hat sie mit besonderer Intensität und Nachhaltigkeit betrieben und betreibt sie fallweise bis heute.

In Ergänzung zu den „medikalen Bild-Medien“³⁰, die im Laufe des 19. Jahrhunderts auch und besonders die Psychiatrie erfassten und nebst Nervenschnitten und Abbildungen von Hirnpräparaten und Schädelexponaten³¹ gegen Ende des Jahrhunderts in zahlreichen Krankenphotografien, die Texte der psychiatrischen Lehrbücher illustrierten,³² respektive als eigenständige medizinische Handatlanten die Verkaufszahlen der Publikationen steigerten,³³ hat die Vorführung psychiatrischer Patienten und Patientinnen den medizinischen Blick auf den Menschen ebenso spezialisiert wie verallgemeinert. Die Krankenvorführung ist Teil der medizinischen Bilderwelt um 1900 und ergänzt und ersetzt das Sagbare der Krankheit ebenso wie sie den Blick auf den Kranken sozialisiert. Darin geht sie weit über den unmittelbaren Umgebungsraum der Klinik hinaus.

3. Schlussbemerkungen

Zusammenfassend kann also gesagt werden: Die Cerebralisierung der Geisteskrankheit einschließlich ihres Nachweisversuchs in Gehirn und Nervensystem verhalf der Psychiatrie um 1900 zwar zu kaum mehr Behandlungserfolg, aber zur Anschlussfähigkeit an die akademische Medizin und damit zur weit über die Klinik hinausreichenden, auch gesellschaftspolitischen Autorität des Klinikpsychiaters. Die Übernahme des evolutionistisch-vererbungstheoretischen Paradigmas in die psychiatrische Krankheitslehre erhöhte diese Wirkung und legitimierte die Psychiatrie als entscheidende Akteurin in den Jahrhundertwendebatten um Vererbung, Degeneration und Eugenik. Der Ausbau ihres didaktischen Apparats, die „Lehre am Krankenbett“ und das „Krankenbett in der Lehre“, verbunden mit

30 Vgl. Gunnar SCHMIDT, *Anamorphotische Körper. Medizinische Bilder vom Menschen im 19. Jahrhundert* (Köln 2001). Darin besonders das Kapitel: Vom Adjekt zum Objekt. Zur Ikonographie des Kretinismus 107–133.

31 Vgl. Christine HANKE, *Zwischen Auflösung und Fixierung. Zur Konstruktion von ‚Rasse‘ und ‚Geschlecht‘ in der physischen Anthropologie um 1900* (Bielefeld 2007). Darin besonders das Kapitel: Anthropologische Visualisierungen. Zwischen Auflösung und Fixierung 167–258.

32 Als Beispiele dafür mögen die Kraepelinschen Lehrbücher gelten. Während die ersten Auflagen sämtlich ohne ‚Kranken‘ fotografien auskamen, werden diese ab der 5. Auflage (1896) systematisch eingesetzt, zuerst noch als szenische Arrangements mehrerer Kranker eines Diagnosekomplexes (Kretins, Idioten, Paralytiker, Manikerinnen, etc.) auf sogenannten Lichtdrucktafeln, später ab der 8. Auflage (1915), die in vier Bänden erscheint, als Fotografien einzelner ‚Kranker‘ in klinischer Aufnahme, oft von mehreren Seiten abgelichtet, vielfach nackt, im Labor, im Krankenbett oder zusammen mit technischem Messgerät. Vgl. Emil KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (Leipzig 1896); Emil KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, IV. Band (Leipzig, 1915).

33 Während die *Anatomische Pathologie* schon im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts Handatlanten mit farblich lithographischen Abbildungen, etwa jenen 1828 von Jean CRUVEILHIER (1791–1874) herausgegeben, zur Verfügung hatte, kam dieses Genre für die Psychiatrie und Neurologie erst im letzten Drittel des vorletzten Jahrhunderts zum Einsatz, etwa für den deutschen Sprachraum in Form jener besonders auflagenstarken Lehmannschen Medizinatlanten. Vgl. Wilhelm WEYGANDT, *Atlas und Grundriss der Psychiatrie*. Lehmann's medizinische Handatlanten, Bd. XXVII (München 1900); Christoph JAKOB, *Atlas des gesunden und kranken Nervensystems*, Bd. IX (München 1896); Wilhelm SEIFFER, *Atlas und Grundriss der Allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten*, Bd. XXIX (München 1902).

der Zunahme medikaler Bildmedien in Fachliteratur und darüber hinaus spezialisierten und verallgemeinerten den medizinischen Blick auf den Menschen und umgekehrt, hielten sie das Individuum an, das kranke wie bald auch das gesunde, sich darin zu finden.

Archivalische Quellen:

TIROLER LANDESARCHIV (TLA): Krankenakten der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik Innsbruck, 1891–1920.

UNIVERSITÄTSARCHIV INNSBRUCK (UAI): Akten „Lehrkanzel für Psychiatrie“: Habilitationen, Berufungen, Briefwechsel der Institutsvorstände, 1875–1918.

Gedruckte Quellen:

ANTON Gabriel, Antrittsrede: Separatdruck der WIENER KLINISCHEN WOCHENSCHRIFT (Wien 1891) Nr. 47.

JAKOB Christoph, Atlas des gesunden und kranken Nervensystems, Bd. IX (München 1896).

KRAEPELIN Emil, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte (Leipzig 1896).

KRAEPELIN Emil, Lectures of a Clinical Psychiatry (London 1904).

KRAEPELIN Emil, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, IV. Band (Leipzig 1915).

SCHLÖSS Heinrich (Red.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (Halle a.d. Saale 1912).

SEIFFER Wilhelm, Atlas und Grundriss der Allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten, Bd. XXIX (München 1902).

WEYGANDT Wilhelm, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. Lehmann's medizinische Handatlanten, Bd. XXVII (München 1900).

Literatur:

BERRIOS German E., The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century (Cambridge 1996).

BLASIUS Dirk, „Einfache Seelenstörung“. Die Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945 (Frankfurt am Main 1984).

CASTEL Robert, Die psychiatrische Ordnung (Frankfurt am Main 1979 [1976]).

ENGSTROM Eric, Clinical Psychiatry in Imperial German Psychiatry (New York 2003).

- ENGSTROM Eric, HESS Volker (Hg.), Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert (= Jahrbuch für Universitätsgeschichte 3/2000).
- ENGSTROM Eric, ROELCKE Volker, Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im Deutschen Sprachraum (Mainz 2003).
- FOUCAULT Michel, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisse (Frankfurt am Main 1991 [1975]).
- FOUCAULT Michel, Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Frankfurt am Main 1989 [1961]).
- GOFFMAN Erving, Asyle. Über die soziale Position psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1973 [1961]).
- GOLDBERG Ann, Sex, Religion and the Making of Modern Madness: The Ebersbach Asylum and German Society (New York 1999).
- HANKE Christine, Zwischen Auflösung und Fixierung. Zur Konstruktion von ‚Rasse‘ und ‚Geschlecht‘ in der physischen Anthropologie um 1900 (Bielefeld 2007).
- HUTER Franz (Hg.), Hundert Jahre Medizinische Fakultät Innsbruck 1869–1969 in 2 Bänden (Innsbruck 1969).
- MEIER Marietta u.a. (Hg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich 1870–1970 (Zürich 2007).
- NOLTE Karen, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (Frankfurt am Main 2003).
- PORTER Roy, Madness (New York 2002).
- RALSER Michaela, Das Subjekt der Normalität. Wissensproduktion und Wissenskommunikation am Beispiel der Psychiatrie als Gesellschaftswissenschaft um 1900. Habilitationsschrift (Innsbruck 2009), erscheint 2010.
- SANDNER Peter u.a.(Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn (Marburg 2001).
- SCHMIDT Gunnar, Anamorphotische Körper. Medizinische Bilder vom Menschen im 19. Jahrhundert (Köln 2001).
- SHORTER Edward, Geschichte der Psychiatrie (Berlin 1999 [1997]).
- WOLF Maria A., Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000 (Wien 2008).



OLIVER SEIFERT (Innsbruck)

„DIE KLEINE PATIENTIN WURDE AM 1. AUGUST ABGEHOLT“¹

Von der Schwierigkeit der Rekonstruktion eines Kindermordes im Rahmen der NS-„Euthanasie“

1. Vorbemerkung

Auf die Frage, was eigentlich Geschichte sei, antwortete der Publizist Sebastian Haffner:

„Nicht alles, was je geschehen ist, wird Geschichte, sondern nur das, was Geschichtsschreiber irgendwo und irgendwann einmal der Erzählung für wert erachtet haben. Erst Geschichtsschreibung schafft Geschichte [...]“²

Dieses Zitat trifft auch auf die Lebensgeschichte des Mädchens Ute A. zu, die im Mittelpunkt der folgenden Darstellung stehen soll. Ihr Name schien bisher weder in den veröffentlichten „Euthanasie“-Opferlisten noch in der Literatur zur „Euthanasie“ im Gau Tirol-Vorarlberg auf.³ Das hängt damit zusammen, dass zwar die Abläufe der sogenannten „Aktion T4“ weitgehend erforscht sind, aber Untersuchungen zu anderen Phasen und Aktionen der NS-„Euthanasie“ fast gänzlich fehlen⁴. Dazu gehört auch die sogenannte „Kindereuthanasie“, die für den Gau Tirol-Vorarlberg kaum erforscht ist.⁵ Somit wurde aber bisher nur ein Teil – wenn auch der größte – der „Euthanasie“-Opfer erfasst, nämlich all jene Patienten und Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalten und Bewohner und Bewohnerinnen von Versorgungshäusern, die im Rahmen der „Aktion T4“ nach Hartheim bzw. Niedernhart deportiert und dort ermordet wurden. Alle jene, die wie Ute A. über informelle Netzwerke oder wie viele andere Kinder und Jugendliche über die „offizielle“ Schiene der „Kindereuthanasie“ erfasst und ermordet wurden, gerieten somit hierzulande kaum in den Blick der Forschung. Die fehlende Aufarbeitung der unterschiedlichen Phasen der NS-„Euthanasie“ im Gau Tirol-Vorarlberg ist nicht nur eine Frage des „für wert erachtens“, wie Haffner im Eingangszitat konstatierte, sondern vielmehr eine Frage der Quellenlage. Während für die Erforschung der T4-Transporte, vor allem bedingt durch die gerichtliche Aufarbeitung nach Kriegsende⁶, umfangreiches Material zur Verfügung steht, fehlt diese Quellenbasis für alle anderen „Euthanasie“-Phasen.

1 Tiroler Landesarchiv (TLA), Reichsstatthaltereie (RStH) in Tirol und Vorarlberg, Abt. IIIa1, Fasz. 1007, M-XI/2 (Reg. A), Czermak an Kreisleiter Pg. A., 4.8.1941.

2 Zit. nach: Volker ULLRICH, Meister der Pointe. In: Die Zeit (19.12.2007) 58.

3 Vgl. Liste der „Euthanasie“-Opfer Tirols. In: Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes (Hg.), Widerstand und Verfolgung in Tirol 1934–1945, 1 (Wien 1984) 650–653. Erwähnung als „Euthanasie“-Opfer findet Ute A. erstmals in einer aktuellen Gedenkdokumentation: Waltraud HÄUPL, Der organisierte Massenmord an Kindern und Jugendlichen in der Ostmark 1940–1945. Gedenkdokumentation für die Opfer der NS-Euthanasie (Wien-Köln-Weimar 2008) 204.

4 Zum allgemeinen Ablauf der NS-Euthanasie vgl. u.a.: Wolfgang NEUGEBAUER, Die „Aktion T4“. In: Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (= Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3, Linz 2008) 17–34, hier 17. Forschungsarbeiten mit dem Hauptfokus „Aktion T 4“ für den Gau Tirol-Vorarlberg: Oliver SEIFERT, „Sterben hätte sie auch hier können.“ Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol nach Hartheim und Niedernhart. In: Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (= Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3, Linz 2008) 359–410; Oliver SEIFERT, „...daß alle durch uns geholten Patienten als gestorben zu behandeln sind...“. Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranken in Hall in Tirol. In: Andrea SOMMERAUER, Franz WASSERMANN (Hg.), Temporäres Denkmal. Prozesse der Erinnerung (Innsbruck-Wien-Bozen 2007) 29–77; Hartmann HINTERHUBER, Ermordet und vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten (Innsbruck 1995); Gernot EGGER, Ausgrenzen-Erfassen-Vernichten. Arme und „Irre“ in Vorarlberg (= Studien zur Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 7, Bregenz 1990); Gretl KÖFLER, „Euthanasie“ und Zwangssterilisierung. In: Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes (Hg.), Widerstand und Verfolgung in Tirol 1934–1945, 1 (Wien 1984) 483–519; Florian LEIMGRUBER, Euthanasie und Sterilisierung

im ehemaligen ‚Reichsgau Tirol-Vorarlberg‘ während des II. Weltkrieges 1939–1945 (Diss. Innsbruck 1988).

- 5 In einigen neueren Arbeiten werden zumindest Teilaspekte behandelt: Selma KARLEGGGER, Südtiroler Kinder und Jugendliche als Opfer der „NS-Euthanasie“ (Dipl. Innsbruck 2006); Thomas RÜSCHER, NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald und Anwendungsmöglichkeiten im Unterricht (Dipl. Innsbruck 2008).
- 6 Die Hauptquelle für die Rekonstruktion der Vorbereitung und der Durchführung der „T4“-Transporte sind für Tirol und Vorarlberg die Akten aus dem Volksgerichtsprozess gegen Dr. Hans Czermak aus dem Jahr 1949: TLA, Landesgericht Innsbruck, 10 Vr 4740/47. Das damals eingeschränkte Wissen bei Polizei und Gericht über Ablauf und Ausmaß der NS-„Euthanasie“, und die dadurch beschränkte Untersuchungsperspektive, spiegelt sich in den Forschungsarbeiten bis heute wider.
- 7 TLA, Krankenaktenbestand der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik (im Folgenden als Krankenaktenbestand zitiert), Krankenakte Ute. A., 1941. Ich möchte mich an dieser Stelle beim Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Innsbruck, Hartmann Hinterhuber, für die Gewährung der Akteneinsicht bedanken.
- 8 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A., 1941, Krankengeschichte.
- 9 Der Name des Vaters wird hier nur deshalb anonymisiert, weil es eine datenschutzrechtlich begründete Auflage der Universitätsklinik war, den Nachnamen des Mädchens und somit auch den des Vaters zu anonymisieren, um aus dem Krankenakt zitieren zu dürfen. Vgl. zu Kreisleiter Georg A. u.a. Horst SCHREIBER, Von innbrünstiger Begeisterung und dem Grauen der Barbarei. Schwaz unter nationalsozialistischer Herrschaft 1938–1945. In: STADTGEMEINDE SCHWAZ (Hg.), Schwaz. Der Weg einer Stadt (Innsbruck 1999) 121–185.
- 10 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A., 1941, Krankengeschichte.
- 11 Udo BENZENTHÖFER, Der Fall Leipzig (alias Fall „Kind Knauer“) und die Planung der NS-„Kindereuthanasie“ (Münster 2008) 78–80.
- 12 Herwig CZECH, Erfassung, Selektion und „Ausmerze“. Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen „Erbgesundheitspolitik“ 1938 bis 1945 (Wien 2003) 110.

Dementsprechend schwierig gestaltet sich die Forschung. Nicht selten ist man dabei, wie auch im Fall des Mädchens Ute A., auf Zufallsfunde angewiesen. Es lag wohl in der Absicht der Täter, möglichst wenige Spuren zu hinterlassen, und somit nicht nur das Leben der Betroffenen, sondern auch die Erinnerung an sie auszulöschen. Am Beispiel von Ute A. kann, wenn auch nur skizzenhaft, nachgezeichnet werden, in welchem Ausmaß Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen von der Umsetzung der NS-Ideologie betroffen waren.

2. „*Kam nach schwerer Geburt scheintot auf die Welt*“⁷

Nur wenige Quellen geben Auskunft über das kurze Leben von Ute A. Als das fast zwei Jahre alte Kind am 7. Juli 1941 von seinen Eltern der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik in Innsbruck übergeben wurde, vermerkte man im Krankenakt als Geburtsdatum den 25. Juli 1939 und als Geburtsort Schwaz.⁸ Der Vater, Georg A., war ein ranghoher Nazifunktionär und von 1939 bis Kriegsende Kreisleiter von Schwaz.⁹ Beim Aufnahme- und Anamnesegespräch mit einem Arzt der Klinik berichteten die Eltern, dass sich bei der Geburt des Mädchens nachhaltige Komplikationen ergeben hätten. Im Krankenakt wurde zusammenfassend protokolliert:

„Kam nach schwerer Geburt scheintot auf die Welt. 20 Minuten nicht bei sich, man stellte damals angebl. schon eine Hirnblutung fest. Kr. lag durch mehrere Tage (1 Woche?) in Krämpfen, musste durch die Nase künstlich ernährt werden. 2.800 Gr., 48 cm lang, bekam Muttermilch zuerst durch die Pipette, dann durch die Flasche [...]“¹⁰

Ob die Einweisung des Mädchens in die Innsbrucker Klinik in direktem Zusammenhang mit der bereits seit 1939 laufenden „Kindereuthanasie“ stand, muss offen bleiben. Klar ist, dass Ute zumindest zum Kreis der potentiell gefährdeten Kinder zählte. Wenige Wochen nach ihrer Geburt wurde nämlich vom Reichsinnenministerium am 18. August 1939 eine „Meldepflicht für missgestaltete Neugeborene“ angeordnet. Dieser streng vertrauliche Erlass bedeutete den reichsweiten Beginn der Erfassung der Opfer für die „Kindereuthanasie“.¹¹ Damit wurde ein Apparat geschaffen, der die fortlaufende Selektion und Vernichtung unerwünschter und ökonomisch sowie biologisch als wertlos erachteter Kinder möglich machte.¹² Hebammen und Ärzte wurden dazu verpflichtet, mittels Formblatt Neugeborene und bis zu dreijährige Kinder bei Verdacht auf unterschiedliche „schwere(n) angeborene(n) Leiden“ zu melden. Dazu gehörten „Idiotie sowie Mongolismus“, Mikrozephalie, Hydrozephalus, „Missbildungen jeder Art“ und „Lähmungen einschließlich Littlecher Erkrankung“.¹³ Vorgesehen war, dass die Meldung an die zuständigen Gesundheits-

ämter erfolgen sollte, von wo sie dann an den sogenannten „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagenbedingten schweren Leiden“ weitergeleitet wurde. Dort entschieden drei Gutachter über eine eventuelle Aufnahme der gemeldeten Kinder als „Beobachtungsfälle“ oder als „Behandlungsfälle“ in eine so bezeichnete „Kinderfachabteilung“, in denen einerseits wissenschaftliche Forschung und andererseits die Tötung der selektierten Kinder praktiziert wurde.¹⁴ Bis Kriegsende wurden zumindest 31 solcher „Kinderfachabteilungen“ – davon keine im Gausgebiet Tirol-Vorarlberg – eingerichtet.¹⁵ Es gibt keinen Hinweis, dass bei Ute dieses vorgesehene *Procedere* eingehalten wurde. Sie war als Kind des Kreisleiters vor einer Meldung der Hebamme und des Amtsarztes beim „Reichsausschuss“ wohl ausgenommen. Vielleicht war für eine Nichtmeldung auch ausschlaggebend, dass das Mädchen laut Diagnose der Klinik an „*Idiotie infolge Geburtstrauma*“, und nicht an angeborener „Idiotie“, wie im Erlass vom August 1939 angeführt, litt. Ziemlich sicher lebte Ute bis zu ihrer Überstellung an die Klinik zu Hause bei ihren Eltern. In diesem Zusammenhang wäre interessant zu wissen, welche Bedeutung die Geburt eines behinderten Kindes für die Familie hatte. Immerhin stand der Vater als Kreisleiter an exponierter Stelle und war wohl auch in Fragen der Gesundheitspolitik auf Parteilinie. Es konnte nur schwer ins Selbstbild einer überzeugten nationalsozialistischen Familie passen, ein behindertes und nach NS-Diktion „lebensunwertes“ Kind in den eigenen Reihen zu haben. Bei einer weniger privilegierten Familie hatte die Geburt eines missgebildeten Kindes oftmals die erbbiologische Untersuchung und Erfassung der gesamten Familie zur Folge.¹⁶ Beim Aufnahmegespräch an der Psychiatrischen Klinik erwähnten die Eltern, dass sie noch ein zweites Kind hätten, „*das vollkommen normal entwickelt*“ sei und bereits im Alter von 10 Monaten „*sitzen und gehen*“ könne.¹⁷ Zwischen den Zeilen gelesen, kann das als Hinweis darauf verstanden werden, dass es für das Selbstverständnis der Eltern wichtig war, erbliche Verdachtsmomente auszuräumen und dass es bei den Untersuchungen an der Klinik möglicherweise auch um die Abklärung dieser Frage ging.

3. „Wird von den Eltern an die Klinik gebracht“¹⁸ — Drei Wochen an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck

Auf wessen Veranlassung hin das zweijährige Mädchen am 7. Juli 1941 an die Klinik gebracht wurde, ob aus Eigeninitiative der Eltern oder auf gesundheitsbehördlichen Auftrag, erschließt sich aus dem Krankenakt nicht. Dort wurde lediglich vermerkt: „*Zur genauen Nachschau und Untersuchung lassen die Eltern das Kind hier.*“¹⁹

In der Krankengeschichte wurde der Aufenthalt Utes ausführlich dokumentiert. Für jeden Tag und für jede Nacht wurde ein kurzer

13 TLA, Reichsstatthaltereie, Abt. IIIa1, Fasz. 1001, M-VII (Mappe „Missgestaltete Neugeborene“), Auszug aus dem RdErl. des Reichsministers des Inneren vom 18.8.1939 – IVb 3088/39-1079Mi -, betr. Meldepflicht für mißgestaltete usw. Neugeborene. Vgl. zum Erlass und seiner Bedeutung für die Hebammen: Wiebke LISNER, „Hüterinnen der Nation“. Hebammen im Nationalsozialismus (Frankfurt-New York 2006) 268–278. Später wurde die Altersgrenze auf 17 Jahre heraufgesetzt: Mathias DAHL, „Vollständig bildungs- und arbeitsunfähig“ – Kinder-„Euthanasie“ während des Nationalsozialismus und die Sterbehilfe-Debatte. In: Andreas FREWER, Clemens EICKHOFF (Hg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik (Frankfurt a. M. 2000) 144–176, hier 148–149.

14 BENZENHÖFER, Der Fall Leipzig 84.
15 BENZENHÖFER, Der Fall Leipzig 87–95.

16 Josef GOLDBERGER, NS-Gesundheitspolitik in Oberdonau (Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 1, Linz 2004) 134.

17 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A., 1941, Krankengeschichte.

18 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A., 1941, Krankengeschichte.

19 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A., 1941, Krankengeschichte.

- 20 So fehlen bspw. medizinische Fachbegriffe gänzlich und es stehen pflegerische Belange wie Ernährung, Verdauung, baden etc. im Vordergrund.
- 21 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Röntgeninstitut der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck an Dr. Dozent Ganner (Befund), 16.7.1941.
- 22 Volker ROELCKE, Gerrit HOHENDORF, Maike ROTZOLL, Die Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg 1943–1945 und ihre Verwicklung in die nationalsozialistische „Euthanasie“. In: Christoph MUNDT, Gerrit HOHENDORF, Maike ROTZOLL (Hg.), Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“ (Heidelberg 2001) 41–62, hier 51. Matthias DAHL, Die Tötung behinderter Kinder in der Anstalt am Spiegelgrund 1940–1945. In: Eberhard GABRIEL, Wolfgang NEUGEBAUER (Hg.), NS-Euthanasie in Wien (Wien-Köln-Weimar 2000) 75–92, hier 82–83 (insbesondere Fußnote 20). Allein in der Wiener „Kinderfachabteilung“ starben 33 Kinder im Anschluss an eine durchgeführte Enzephalographie: DAHL, „Vollständig bildungs- und arbeitsunfähig“ 153.
- 23 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Dr. Hans Ganner an Kreisleiter, 29.7.1941.
- 24 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Handschriftliche Dokumentation Nacht 19.–20.VII.
- 25 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Krankengeschichte.
- 26 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Handschriftliche Dokumentation Tag 9.VII.
- 27 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Handschriftliche Dokumentation Tag 11.VII.

handschriftlicher Bericht verfasst. Im Mittelpunkt stand dabei das Verhalten des Kindes. Häufig wurden die wiederkehrenden Krampfanfälle, die auffallende Schreckhaftigkeit und die Weinerlichkeit des Kleinkindes beschrieben. Aus Form und Inhalt der Dokumentation lässt sich folgern, dass diese Berichte vom Pflegepersonal verfasst wurden²⁰. Ideologische Formulierungen, abwertende Bemerkungen und Urteile, wie sie zum Teil aus anderen Anstalten bekannt sind, fehlen. Während des Klinikaufenthaltes wurde bei Ute eine Reihe von medizinischen Untersuchungen vorgenommen. Neben Labortests wurde auch eine Encephalographie²¹ durchgeführt, eine in der Literatur als äußerst schmerzhaft beschriebene Röntgenuntersuchung der Gehirnentrikel. Diese klinische Untersuchung war die bevorzugte Methode zur Unterscheidung zwischen angeborener und erworbener Behinderung und löste bei vielen Kindern Fieber, Übelkeit und Erbrechen aus und hatte in mehreren Fällen sogar den Tod zur Folge.²² Auch Ute litt an den Nachwirkungen der Untersuchung, wie dem Vater von der Klinik schriftlich mitgeteilt wurde:

*„Der Eingriff, der einige Tage etwas schlechteres Befinden zur Folge hatte, wurde bereits am 16.7.1941 ausgeführt und Ute hat sich seither nun wieder ganz erholt [...]“*²³

Das Mädchen bekam nach der Untersuchung Fieber, schlief sehr viel und musste zum Essen geweckt werden. In der dritten Nacht nach dem Eingriff verschlechterte sich ihr Zustand. In der Dokumentation wurde festgehalten:

*„[...] nach 2^h bek. das Kind so große Atemnot, daß man glaubte es sei schon der letzte Atemzug. Die Atemanfälle wiederholten sich immer wieder u. das Kind wurde sehr müde u. elend schrie u. weinte auch viel.“*²⁴

Der Umgang mit dem Kind von Seiten des Pflegepersonals, soweit sich dieser aus dem Krankenakt rekonstruieren lässt, scheint durchaus ein fürsorglicher gewesen zu sein. Auch wenn Ute in der Krankengeschichte attestiert wurde, *„keine Spur von geistigen Regungen“*²⁵ zu zeigen, finden sich in der Dokumentation einige Hinweise auf eine Interaktion Utes mit ihrer Umwelt. So hieß es dort beispielsweise:

*„Gern nahm es die Mahlzeiten und besonders mundete ihm das Fruchtsäftchen“*²⁶, oder *„Pat. ist ziemlich gleich – das Erschrecken war heute etwas weniger als sonst – in der Sonne fühlte sie sich recht wohl.“*²⁷

Auch an zwei weiteren Beispielen lässt sich zeigen, wie das Kind auf das Pflegepersonal und dieses auf das Kind reagierte. Am 12. Juli wurde notiert:

„Pat. hat heute am Vormittag nach dem Bad gut geschlafen – ist mit einer kleinen Unterbrechung in der sie aufgenommen wurde, ganz ruhig gewesen, hat nur selten aufgeschrien“²⁸ und am 20. Juli: „Pat. war bis 3 Uhr recht sierig, hatte keinen rechten Schlaf, wenn sie kurz einschlieferwachte sie gleich wieder u. schrie meiste Zeit. Man konnte fast nicht vom Bettl weggehen.“²⁹

Ende Juli, nach ca. drei Wochen stationärem Aufenthalt, wurde der Vater des Mädchens von der Klinik informiert, dass alle Untersuchungen abgeschlossen seien. Ein weiterer Aufenthalt würde keinen Sinn mehr machen. Von der Klinik wurde eine Entscheidung darüber erbeten, ob die Eltern Ute wieder nach Hause nehmen wollen oder ob sie in ein Heim kommen solle, wie es vom Vater schon früher einmal in Aussicht gestellt worden sei.³⁰ Das Antwortschreiben der Familie ist nicht erhalten, sodass unklar ist, was mit der Klinik letztlich vereinbart wurde. Am 2. August 1941 wurde das Mädchen „von einer Schwester im Auftrag des staatlichen Gesundheitsamtes abgeholt“.³¹ Noch am selben Tag wurde vom Leiter der Psychiatrisch-Neurologischen Abteilung, Dr. Helmut Scharfetter, ein Gutachten erstellt:

„Es handelt sich um eine geburtstraumatische Hirnschädigung mit vollkommen mangelnder Entwicklung der Motorik, fragl. Sehvermögen, Neigung zu Konvulsionen und zu tonischen Starrezuständen; schmerzhaftes Zusammenzucken, keine Spur von geistigen Regungen.“³²

Besonders die letzte Formulierung konnte in der NS-Zeit durchaus als Freibrief für jede weitere Maßnahme, so auch für eine Tötung, verstanden werden. Auch wenn man den Klinikärzten diese Absicht nicht unterstellen kann, bleibt dennoch festzuhalten, dass sich die Ärzte damals zumindest schon im Klaren darüber sein mussten, dass Kinder wie Ute sehr gefährdet waren.

4. Von Innsbruck nach Niedernhart – „Todesursache Lungenentzündung“

So wenig über Utes erste Lebensjahre bekannt ist, so wenig wissen wir auch über ihre letzten Tage. Nur bruchstückhaft lässt sich rekonstruieren, was nach ihrer Entlassung aus der Klinik in Innsbruck passierte. Das von Scharfetter verfasste Gutachten wurde an den Leiter der Abteilung III für Volkspflege beim Reichsstatthalter für Tirol-Vorarlberg, Dr. Hans Czermak, übermittelt. Dieser leitete eine Abschrift an den Vater Georg A. weiter und informierte ihn, dass „die kleine Patientin [...] am 1. August abgeholt [wurde]“.³³ Offensichtlich war Czermak bereits im Vorfeld mit Dr. Rudolf Lonauer in Kontakt getreten und hatte eine Überstellung von Ute A. in die Heil- und Pfl-

28 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Handschriftliche Dokumentation Tag 12.VII.

29 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Handschriftliche Dokumentation Nacht 20.–21.VII.

30 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Dr. Hans Ganner an Kreisleiter, 29.7.1941.

31 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Krankengeschichte.

32 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A, 1941, Gutachten Ute A. verfasst von Dr. Scharfetter, 2.8.1941.

- 33 TLA, Reichsstatthalterei (RStH) in Tirol und Vorarlberg, Abt. IIIa1, Fasz. 1007, M-XI/2 (Reg. A), Czermak an Kreisleiter Pg. A., 4.8.1941. Czermak gab dem Vater das falsche Entlassungsdatum bekannt. In den Klinikunterlagen wird als Entlassungstag immer der 2.8.1941 angeführt.
- 34 Dies lässt sich aus einem Brief Czermaks an Lonauer schließen: TLA, Reichsstatthalterei, Abt. IIIa1, Fasz. 1007, M-XI/1-30 (Reg. Schwaz), Dr. Czermak an Primarius Dr. Lonauer, 16.9.1941. Vgl. zur Rolle von Niedernhart bei der Ermordung von Kindern und Jugendlichen: Gisa STARZENGRUBER, „Zum Heile der Irren“. Ermordung von Kindern und Jugendlichen in der Heil- und Pflegeanstalt Niedernhart im Nationalsozialismus (Dipl. Wien 2007).
- 35 Gerhard FÜRSTLER, Peter MALINA, „Ich tat nur meinen Dienst“. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit (Wien 2004) 207.
- 36 So wurden noch im August 1942 60 Patienten und Patientinnen aus der Anstalt in Hall zur Ermordung nach Niedernhart gebracht. Vgl. dazu: SEIFERT, „Sterben hätte sie auch hier können“. 397-403. 1949 wurde Czermak für seine Mitwirkung an der NS-„Euthanasie“ zu acht Jahren Gefängnis verurteilt. Ihm wurde zur Last gelegt, dass er als Verantwortlicher für das Gesundheitswesen „die Sammlung der Kranken und gebrechlichen Leute aus den Anstalten, Armen- und Versorgungshäusern und die Überstellung von 707 Personen nach Hartheim zum Zwecke ihrer Vergasung wiederholt ausdrücklich forderte, unterstützte und betrieb“. Siehe zum Urteil gegen Czermak: ACHRÄINER, EBNER, „Es gibt kein unwertes Leben“ 73–75. Vgl. ausführlich zu Czermak: Horst SCHREIBER, „Ein Idealist, aber kein Fanatiker“? Dr. Hans Czermak und die NS-Euthanasie in Tirol. In: Tiroler Heimat. Jahrbuch für Geschichte und Volkskunde Nord-, Ost- und Südtirols 72 (2008) 205–224.
- 37 TLA, Reichsstatthalterei, Abt. IIIa1, Fasz. 1007, M-XI/1-30 (Reg. Schwaz), Dr. Czermak an Primarius Dr. Lonauer, 16.9.1941.
- 38 Diesen Schluss legt ein Eintrag im Sterbeschein nahe: Archiv der Stadt Linz, Sterbescheine des Gesundheitsamtes, Sterbeschein Ute A., 13.4.1941.
- 39 E-mail von Josef Goldberger (Oberösterreichisches Landesarchiv), 26.5.2008.
- 40 Archiv der Stadt Linz, Sterbescheine des Gesundheitsamtes, Sterbeschein Ute A., 13.4.1941.

geanstalt Niedernhart in die Wege geleitet.³⁴ Lonauer war in Personalunion Leiter dieser Anstalt und seit 1. April 1940 ärztlicher Leiter der Tötungsanstalt Hartheim. Zudem war er Beauftragter der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten (RAG), einer Unterabteilung der T4 und T4-Gutachter.³⁵ Wie man heute weiß, waren es gerade Lonauer und Czermak, die in einer unheilvollen Zusammenarbeit die „Aktion T4“ im Gau Tirol-Vorarlberg zwischen Dezember 1940 und Mai 1941 organisierten und durchführten und auch nach dem offiziellen Ende der Aktion ab August 1941 nichts unversucht ließen, Patienten und Patientinnen vor allem aus der psychiatrischen Anstalt in Hall der Vernichtung zuzuführen.³⁶ Czermak aktivierte also ein bereits bestehendes, bestens funktionierendes Netzwerk, als er Lonauer bat, „die kleine A. [...] zu übernehmen“.³⁷ Sie wurde vermutlich noch am Tag ihrer Entlassung von Innsbruck nach Niedernhart gebracht.³⁸ Bezeichnenderweise wurde sie dort nicht im Aufnahmebuch registriert und es wurde auch kein Krankenakt angelegt.³⁹ Das legt den Schluss nahe, dass an eine reguläre, längerfristige medizinische Behandlung in Niedernhart von Anfang nicht gedacht war. Dies verwundert auch nicht. Weder ist von Lonauer bekannt, dass er sich als Kinderpsychiater einen besonderen Ruf erworben hätte, noch hat es in Niedernhart eine eigene Kinderabteilung gegeben. Schon wenige Tage nach ihrer Aufnahme in Niedernhart war Ute A. tot. Auf dem Sterbeschein wurde als Todestag der 13. August 1941 angegeben. Angebliche Todesursache: „Lungenentzündung“.⁴⁰ Auch wenn der Nachweis, dass Ute A. vorsätzlich ermordet wurde, auf Basis der vorliegenden Quellen nicht möglich ist, gibt es daran kaum einen Zweifel. Eine ganze Reihe von Indizien spricht dafür. So etwa die kurze Aufenthaltsdauer von nur wenigen Tagen, die nicht erfolgte Eintragung in das Aufnahmebuch und das Nichtanlegen eines Krankenaktes. Zudem lassen sich in der Krankengeschichte der Psychiatrischen Klinik in Innsbruck keine Hinweise darauf finden, dass das Mädchen bei der Entlassung einige Tage vorher bereits somatisch krank gewesen wäre. Im Gegenteil dazu wurde den Eltern sogar mitgeteilt, dass sich Ute nach der durchgeführten Encephalographie wieder gut erholt und sogar deutlich zugenommen habe.⁴¹ Ute war eines von vielen Kindern und Jugendlichen, das in diesen Jahren in Niedernhart zu Tode kam. Zwischen 1938 und 1945 verstarben dort insgesamt 145 Kinder und Jugendliche, von denen die meisten im Rahmen der NS-„Euthanasie“ ermordet wurden.⁴²

5. Abschließende Bemerkungen

So klar auch scheint, dass Ute in Niedernhart keines natürlichen Todes starb, so unklar ist, wer letztendlich dafür verantwortlich war. Fraglich ist, welche Rolle die Eltern in diesem Entscheidungsprozess spielten.

Über ein Monat nach dem Tod Utes informierte sich Czermak im Auftrag des Vaters bei Lonauer, weil die Familie bis dahin „ohne Nachricht blieb“.⁴³ Eine Benachrichtigung vom Tod des Mädchens war also nicht erfolgt. Unwahrscheinlich ist, dass die Überstellung des Mädchens gegen den Willen der Eltern durchgeführt werden konnte, hatte der Vater als Kreisleiter doch einiges politisches Gewicht. Zudem ist bekannt, dass gerade Interventionen von Parteigenossen für ihre Angehörigen auch schon bei der Durchführung der „Aktion T4“ erfolgreich waren.⁴⁴ Bleibt also die Frage, ob die Eltern in die Pläne eingeweiht waren. Ebenso ungeklärt muss die Verantwortung der Psychiatrie Innsbruck bleiben. Hinweise dafür, dass die Untersuchung dort bereits als Vorselektion für eine spätere Tötung zu verstehen wäre und dass die Psychiatrie in mögliche Pläne eingeweiht war, gibt es nicht. Wer die Untersuchung an der Klinik überhaupt angeordnet hatte und welchem Zweck sie diene und wozu ein Gutachten benötigt wurde, kann nicht beantwortet werden. Ein möglicher Hinweis ist die Tatsache, dass Dr. Scharfetter das ausgearbeitete Gutachten an Czermak weiterleitete, was den Rückschluss zulässt, dass dessen Abteilung beim Reichsstatthalter es auch angefordert hatte. Dass die Klinik zumindest nach der Entlassung Utes mit Niedernhart in Kontakt war, zeigt der Entwurf eines Schreibens im Krankenakt. Am 12. August, also einen Tag vor dem offiziellen Todestag Utes, wurde an Czermak berichtet:

*„Unser Schreiben an die Anstalt Niedernhart haben Sie in Abschrift bekommen. Ich erlaube mir die Rückfrage dieser Anstalt und unsere Antwort beizulegen. Ich möchte bitten, die Beilage an die Anstalt weiterzugeben.“*⁴⁵

„Rückfrage“ und die „Antwort“ fehlen im Krankenakt, sodass der Inhalt unbekannt ist. Letztlich liefen alle Fäden bei Czermak zusammen. Er korrespondierte mit dem Vater, mit Lonauer und mit Scharfetter und er leitete die Überstellung des Mädchens nach Niedernhart ein, wie die Formulierung, „*sie hatten die Güte, auf meine Bitte hin die kleine A. vor einigen Wochen zu übernehmen*“, in seinem Brief an Lonauer beweist. Somit lässt sich mit Sicherheit behaupten, dass Czermak bei einer Einvernahme vor der Kriminalpolizei Innsbruck nach Kriegsende 1947 nicht die Wahrheit sagte, als er behauptete:

„Jedenfalls erinnere ich mich nicht eines einzigen Falles, dass ein Geisteskranker, der sich in Privatpflege befunden hat, zum Zwecke der Euthanasie von dort weg in eine Anstalt gebracht worden wäre“.⁴⁶ Und es ist davon auszugehen, dass sein Erinnerungsvermögen nicht nur in diesem einen Fall versagte.

41 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A., 1941, Dr. Hans Ganner an Kreisleiter, 29.7.1941.

42 STARZENGRUBER, „Zum Heile der Irren“ 111.

43 TLA, Reichsstatthaltereie, Abt. IIIa1, Fasz. 1007, M-XI/1-30 (Reg. Schwaz), Dr. Czermak an Primarius Dr. Lonauer, 16.9.1941.

44 SEIFERT, „Sterben hätte sie auch hier können“ 396.

45 TLA, Krankenaktenbestand, Krankenakte Ute. A., 1941, Unbekannt an Dr. Czermak, 12.8.1941.

46 Aussage Czermak, Bundespolizeidirektion Innsbruck, Kriminalabteilung, Niederschrift v. 4.7.1947, zit. nach: LEIMGRUBER, Euthanasie 391.

Literatur:

- KUte A. verfasst von Dr. Scharfetter, 2.8.1941.
- ACHRAINER Martin, EBNER Peter, „Es gibt kein unwertes Leben“. Die Strafverfolgung der „Euthanasie“-Verbrechen. In: Thomas ALBRICH, Winfried R. GARSCHA, Martin F. POLLASCHEK (Hg.), Holocaust und Kriegsverbrechen vor Gericht. Der Fall Österreich (Innsbruck-Wien-Bozen 2006) 57–86.
- BENZENHÖFER Udo, Der Fall Leipzig (alias Fall „Kind Knauer“) und die Planung der NS-„Kindereuthanasie“ (Münster 2008).
- CZECH Herwig, Erfassung, Selektion und „Ausmerze“. Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen „Erbgesundheitspolitik“ 1938 bis 1945 (Wien 2003).
- DAHL Mathias, „Vollständig bildungs- und arbeitsunfähig“ – Kinder-„Euthanasie“ während des Nationalsozialismus und die Sterbehilfe-Debatte. In: Andreas FREWER, Clemens EICKHOFF (Hg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik (Frankfurt a. M.: 2000) 144–176.
- DAHL Matthias, Die Tötung behinderter Kinder in der Anstalt am Spiegelgrund 1940–1945. In: Eberhard GABRIEL, Wolfgang NEUGEBAUER (Hg.), NS-Euthanasie in Wien (Wien-Köln-Weimar 2000) 75–92.
- EGGER Gernot, Ausgrenzen-Erfassen-Vernichten. Arme und „Irre“ in Vorarlberg (= Studien zur Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 7, Bregenz 1990).
- FÜRSTLER Gerhard, MALINA Peter, „Ich tat nur meinen Dienst“. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit (Wien 2004).
- GOLDBERGER Josef, NS-Gesundheitspolitik in Oberdonau (Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 1, Linz 2004).
- HÄUPL Waltraud, Der organisierte Massenmord an Kindern und Jugendlichen in der Ostmark 1940–1945. Gedenkdokumentation für die Opfer der NS-Euthanasie (Wien-Köln-Weimar 2008).
- HINTERHUBER Hartmann, Ermordet und vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten (Innsbruck 1995).
- KÖFLER Gretl, „Euthanasie“ und Zwangssterilisierung. In: Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes (Hg.), Widerstand und Verfolgung in Tirol 1934–1945 Bd.1 (Wien 1984) 483–519.
- KARLEGGER Selma, Südtiroler Kinder und Jugendliche als Opfer der „NS-Euthanasie“ (Dipl. Innsbruck 2006).
- LEIMGRUBER Florian, Euthanasie und Sterilisierung im ehemaligen ‚Reichsgau Tirol-Vorarlberg‘ während des II. Weltkrieges 1939–1945 (Diss. Innsbruck 1988).
- LISNER Wiebke, „Hüterinnen der Nation“. Hebammen im Nationalsozialismus (Frankfurt-New York 2006).

- NEUGEBAUER Wolfgang, Die „Aktion T4“. In: Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (= Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3, Linz 20082) 17–34.
- ROELCKE Volker, HOHENDORF Gerrit, ROTZOLL Maike, Die Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg 1943–1945 und ihre Verwicklung in die nationalsozialistische „Euthanasie“. In: Christoph MUNDT, Gerrit HOHENDORF, Maike ROTZOLL (Hg.), Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“ (Heidelberg 2001) 41–62.
- RÜSCHER Thomas, NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald und Anwendungsmöglichkeiten im Unterricht (Dipl. Innsbruck 2008).
- SCHREIBER Horst, „Ein Idealist, aber kein Fanatiker“? Dr. Hans Czermak und die NS-Euthanasie in Tirol. In: Tiroler Heimat. Jahrbuch für Geschichte und Volkskunde Nord-, Ost- und Südtirols 72 (2008) 205–224.
- SCHREIBER Horst, Von innbrünstiger Begeisterung und dem Grauen der Barbarei. Schwaz unter nationalsozialistischer Herrschaft 1938–1945. In: STADTGEMEINDE SCHWAZ (Hg.), Schwaz. Der Weg einer Stadt (Innsbruck 1999) 121–185.
- SEIFERT Oliver, „Sterben hätte sie auch hier können.“ Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol nach Hartheim und Niedernhart. In: Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (= Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3, Linz 20082) 359–410.
- SEIFERT Oliver, „...daß alle durch uns geholten Patienten als gestorben zu behandeln sind...“. Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke in Hall in Tirol. In: Andrea SOMMERAUER, Franz WASSERMANN (Hg.), Temporäres Denkmal. Prozesse der Erinnerung (Innsbruck-Wien-Bozen 2007) 29–77.
- STARZENGRUBER Gisa, „Zum Heile der Irren“. Ermordung von Kindern und Jugendlichen in der Heil- und Pflegeanstalt Niedernhart im Nationalsozialismus (Dipl. Wien 2007).
- ULLRICH Volker, Meister der Pointe. In: Die Zeit (19.12.2007) 58.

Archivalien:

Tiroler Landesarchiv:

Reichsstatthaltereie in Tirol und Vorarlberg, Abt. IIIa1
Krankenaktenbestand der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik

Archiv der Stadt Linz:

Sterbescheine des Gesundheitsamtes



„DIE ALKOHOLOGISCHE DEPRAVATION UND SITTICHE ENTARTUNG DES SÄUFERS!“

Das Problem des Alkoholismus und die Rezeption der Theorie der progressiven Degeneration in der slowenischen Psychiatrie am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts

„Unsere Generation wuchs aus der vorangehenden. Alle Sünden und hygienischen Fehler hat sie von dieser geerbt. Aber in sich trägt sie auch die Keime, aus denen sich die künftige Generation entwickelt. . . .“

Wir halten das Schicksal und die Lage unserer Nachkommen in unseren Händen.

Wenn man den Nachkommen ein gesundes und starkes Gehirn gibt, wird in ihnen auch ein starker und gesunder Geist wirken können, wenn aber die jetzige Generation dem Alkohol frönt und so ihr Gehirn zerstört, wird die kommende Generation noch schlechter, noch lethargischer und kleinmütiger.“

(Edvard Šerko, Medizinanwärter 1906²)

Wie der gespenstische Reiter der Apokalypse stürmte der Alkohol ins 19. Jahrhundert. Auch in den slowenischen Ländern wurde er zur Droge par excellence, zum giftigen „Sorgenbrecher“, zum Trank des Satans, zum Dämon und Genussmittel, dessen Verbrauch sich immer merkbarer in der Bevölkerung verbreitete. Der Alkoholismus wurde bald zu einer akuten sozialen Krankheit.³ Der Alkoholkonsum stieg im langen bürgerlichen Jahrhundert erschreckend an, wobei in den Alpenländern insbesondere der immer stärkere Branntweinkonsum beängstigend war.⁴ Im Unterschied zu Wein und Bier hatte Branntwein zwar schon lange einen schlechten Ruf als Gift,⁵ trotzdem wurde viel davon getrunken, da er als wirksames Mittel gegen Sorgen galt.⁶ Man trank ihn, um zumindest für einen Augenblick auf die Wirklichkeit vergessen zu können.⁷ Vor allem das Branntweintrinken war also für die körperliche und geistige Gesundheit gefährlich, worauf auch Ärzte und Psychiater aufmerksam machten. Medizinische Texte an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert zeigen dem achtsamen Leser bereits, dass ein übermäßiger Alkoholkonsum das gesamte Gewebe und alle Organe des menschlichen Körpers angreift. Kurzum: Der Alkoholismus verursache großen gesellschaftlichen Schaden. Das kann unter anderem schon aus den Stichwörtern der Lexika zu Beginn des 20. Jahrhunderts und später herausgelesen werden.

- 1 Ivan ROBIDA, Alkohol und Irresein, Sonderabdruck aus der Laibacher Zeitung (Laibach 1899) 9–10.
- 2 Dieser Gedanke wurde vom Medizinanwärter Edvard ŠERKO im Artikel „Beseda našemu izobraženstvu“ [Ein Wort an unsere Intellektuellen] geäußert und veröffentlicht in der Antialkoholzeitschrift Piščalka [Die Pfeife]. 2/2 (1906) 57.
- 3 Schon im Vormärz sei der Konsum alkoholischer Getränke „in die Masse des Volkes gedrungen, und zur täglichen Gewohnheit geworden.“ Vgl. Franz Wilhelm LIPPICH, Grundzüge zur Dipsobiostatik oder politisch-arithmetische auf ärztliche Beobachtung gegründete Darstellung der Nachteile, welche durch den Missbrauch der geistigen Getränke in Hinsicht auf Bevölkerung und Lebensdauer sich ergeben (Laibach 1834) 52.
- 4 Vgl. ROBIDA, Alkohol 3–4.
- 5 Für die deutschsprachige Forschung siehe z. B. Hasso SPODE, Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland (Opladen 1993) 149–163.
- 6 Der Branntwein war nun erstmals als Massenprodukt verfügbar. Mit dem Vormarsch billiger Spirituosen verschärfte sich das Problem des Alkoholismus zunehmend.
- 7 Vgl. Roman SANDGRUBER, Die Anfänge der Konsumgesellschaft. Konsumgüterverbrauch, Lebensstandard und Alltagskultur in Österreich im 18. und 19. Jahrhundert (München 1982) 191; Roman SANDGRUBER, Bitterste Genüsse. Kulturgeschichte der Genussmittel (Wien/Köln/Graz 1986) 19 und 28; Wolfgang KASCHUBA, Lebenswelt und Kultur der unterbürgerlichen Schichten im 19. und 20. Jahrhundert (München 1990) 107.

„Ein Trinker, der sich selbst körperlich und moralisch zerstört, ist für die Familie und das weitere Umfeld gefährlich. Verbrechen, Selbstmorde, wirtschaftlicher Niedergang und ein verkrüppelter Nachwuchs sind Folgen des Alkoholismus.“ Oder „Nicht nur der Organismus des Einzelnen leidet aufgrund des Alkoholismus, sondern auch die Gesellschaft erleidet einen beträchtlichen Schaden.“⁸

Der Alkoholismus trage nicht nur zum Niedergang der Rasse bei, sondern auch zur Degeneration der Nachkommenschaft.⁹ Von besonderem Interesse im Zusammenhang mit dem Alkoholismus ist natürlich die Rezeption der Theorie der progressiven Degeneration, die um 1900 auch im slowenischen Gebiet Wurzeln schlug und populär wurde.

1. Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und Degenerationsdebatte im späten 19. Jahrhundert

Nachdem Bénédict Augustin Morel (1809–1873) im Jahr 1857 die Theorie der progressiven Degeneration lanciert hatte, fand sie rasch zahlreiche Anhänger, unter anderem auch bei Psychiatern in der Habsburgermonarchie.¹⁰ Die Degeneration war für Morel eine Folge der Einflüsse der Umgebung, der Art der Ernährung und der Lebensweise. Einer der Hauptschuldigen war natürlich auch der übermäßige Alkoholkonsum, der zu einem moralisch unangemessenen Verhalten führte und außerdem schädliche Folgen für die Zukunft der Gesellschaft hatte. Morel war der Meinung, dass die Degeneration die Chancen der kommenden Generationen auf eine normale Existenz verringert. Das Zentrum der progressiven Degeneration war laut Morel das „entartete Gehirn“ und damit verbunden der Verfall der gesamten körperlichen und psychischen Organisation.

„Als Zentralorgan des Nervensystems schien das Gehirn direkt oder indirekt mit vielfältigen Fehlfunktionen verbunden. Selbst körperliche Anomalien ließen sich mit Degeneration von Gehirn und Nervensystem erklären, weil man einen Einfluß der Nerven auf die Ausbildung der Organe und Gewebe annahm. Dieses Kernelement von Morels Theorie drückte eine wichtige zeitgenössische Befindlichkeit aus: die Angst, daß die zunehmende Komplexität und Differenziertheit der Gesellschaft, die man als Resultat der evolutionistisch bedingten Spezialisierung sah, plötzlich in ihr Gegenteil, in Regres und Entdifferenzierung auf gesellschaftlicher wie individueller Ebene umschlagen konnte.“¹¹

Unter den österreichischen Psychiatern machte bereits im Jahr 1868 Richard von Krafft-Ebing (1840–1902) auf Morels Theorie der Degeneration als Ursache für Kriminalität aufmerksam.¹² Mit dem An-

8 MEYERS Großes Konversations-Lexikon, Sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage, Bd. 19, Sternberg bis Vector, Schlagwort Trunksucht (Leipzig/Wien 1909) 758–759. HERDERS Konversations-Lexikon, Dritte Auflage, Bd. 8, Spinnerei bis Z, Sonderbeilage Trunksucht (Freiburg im Breisgau 1907) I–IV.

9 Der Große BROCKHAUS, Fünfzehnte, völlig neubearbeitende Auflage, Bd. 1, A – Ast (Leipzig 1928) Schlagwort Alkoholismus.

10 Vgl. Edward SHORTER, A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac (New York u.a. 1997) 94–95.

11 Peter BECKER, Verderbnis und Entartung. Eine Geschichte der Kriminologie des 19. Jahrhunderts als Diskurs und Praxis (Göttingen 2002) 274.

12 Damals erschien in: Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin 19 (1868) seine Abhandlung: Die Erblichkeit der Seelenstörungen und ihre Bedeutung für die forensische Praxis 188–211. Zitiert nach: SHORTER, History of Psychiatry 96.

wachsen von Krafft-Ebings Ansehen in Mitteleuropa breitete sich auch Morels Doktrin aus. 1874 wurde Krafft-Ebing Professor der Psychiatrie an der Grazer Universität und Direktor der dortigen Landesirrenanstalt. Fünf Jahre später verfasste er das *Lehrbuch der Psychiatrie* (1879), das zur „deutschen Bibel der Theorie der Degeneration“¹³ wurde. Sein bekanntestes Werk ist natürlich *Psychopathia Sexualis: Eine klinisch-forensische Studie* (1886). In dieser Studie des Sexuallebens wird die Degeneration buchstäblich unter der Bettdecke gesehen. Onanisten, Homosexuelle, Männer mit vorzeitiger Ejakulation wurden tatsächlich ohne Ausnahme als „Degenerierte“ gebrandmarkt.¹⁴

Doch kommen wir zurück zum Problem des Alkoholismus und der Alkoholiker – verkommener Menschen, auf die Professor Krafft-Ebing in seinen Lehren von der Degeneration natürlich nicht vergaß, die im Gegenteil sogar einen sehr wichtigen Platz einnahmen. Er meinte nämlich, dass „eine der wichtigsten Ursachen für das Entstehen von Nervenseichtum und Nervenkrankheit der Missbrauch spirituöser Getränke [ist].“¹⁵ Alkohol galt als nahrhaftes Genussmittel und einige Angehörige unterer Schichten konnten sich Alkohol leichter leisten als Fleisch und Brot. Allerdings wirkte sich diese Ersparnis auf die Gesundheit aus und hatte eine Verringerung der Lebensdauer zur Folge. Der schnell wachsende Alkoholkonsum, der gleichzeitig eine der wichtigsten Einnahmequellen für den modernen Staat war, bot „einen ziemlich verlässlichen Gradmesser für den zunehmenden Pauperismus ganzer Volksschichten, für das Uebermass an geistiger und körperlichen Arbeit, welche das Gehirn in der modernen Gesellschaft leisten muss.“¹⁶

In seinen weiteren Erörterungen über gesunde und kranke Nerven stellte Krafft-Ebing fest:

„Zu den wichtigsten Aufgaben der Gegenwart, die von der Gesetzgebung und Gesellschaft nicht ferner ignoriert werden dürfen, gehört der Kampf gegen die Trunksucht. Solange der Staat eine seiner wichtigsten Einnahmequellen in dem Consum geistiger Getränke sieht und nur mit unzulänglichen Polizeimassregeln gegen das Ungeheuer Alkohol zu Felde zieht, lässt sich wenig Heil erwarten. [...] Als unerlässliche Bedingungen für die Bekämpfung der Trunksucht lassen sich bezeichnen: die Verbannung des fuselhaltigen Alkohols, die möglichst hohe Besteuerung der Spirituosa, die Herabsetzung der Steuer auf Wein und namentlich auf Bier, die Unterdrückung der Branntweinhäuser, die Aufklärung des Volkes über die Gefahren der Alkoholausschweifung, die Hebung der allgemeinen Sittlichkeit, des Volkswohlstands, der Ernährung der Massen durch richtige Besteuerung d.h. Nichtbesteuerung der nothwendigsten Lebenserfordernisse, die Anhaltung der Trunkenbolde in Trinkerasylen auf Grund gesetzlicher Massregeln.“¹⁷

13 SHORTER, History of Psychiatry 96.

14 Nach Meinung Edward Shorters ist dieses Buch ein klassisches Beispiel für eine entgleiste Psychiatrie, für den Missbrauch der wissenschaftlichen Autorität, um damit kulturelle Präferenzen zu dämonisieren. Dr. Moritz Benedikt, Neurologieprofessor an der Wiener Universität, schrieb in seinen Memoiren über seinen Kollegen Krafft-Ebing: „Er war ein literarisch begabter Mann, doch wissenschaftlich und kritisch unfähig, sogar in den Grenzen des Schwachsinn.“ SHORTER, History of Psychiatry 96.

15 Richard von KRAFFT-EBING, Über gesunde und kranke Nerven (Tübingen 1886) 45.

16 Ebd. 46.

17 Ebd. 77–78.

Der Staat sollte außerdem die Bildung des Volkes heben, da gerade Unwissen eine der Hauptursachen für Armut und Unmoral sei.

Krafft-Ebing setzte sich auch für „gute“ Eheschließungen ein, denn *„eine der ersten Pflichten gegen Natur- und Sittengesetz ist die Schliessung der Ehe in anthropologisch gutem Sinn. Leider wird gegen diese oberste Forderung der Biologie und medizinischen Ethik von der Gesellschaft aus Unwissenheit, Gleichgültigkeit, schmutzigem Geldinteresse oder Leidenschaft nur zu oft gesündigt. Eine hygienisch befriedigende Eheschliessung setzt körperliche und geistige Gesundheit der Eheleute voraus als Grundbedingung ihres eigenen Eheglücks und gesunder Nachkommenschaft. Die Folgen der Uebertretung dieses Gebotes natürlicher Zuchtwahl sind schrecklich für Eltern und Kinder.“*¹⁸

Krafft-Ebing betonte mit allem medizinischem Ernst:

*„Das Wort ‚wohlgeboren‘ hat auf medicinischem Gebiet eine tiefenste Bedeutung. Wem das geistige und leibliche Wohl seiner Nachkommen am Herzen liegt, der vermeide in eine Familie hineinzuheirathen, in welcher Irrsin, Nervensiechthum, Selbstmord, Trunksucht zu Hause sind.“*¹⁹

In solchen Ehen sei nämlich mit größter Wahrscheinlichkeit zu erwarten, *„dass die Nachkommenschaft den trostlosesten geistigen und körperlichen Entartungen anheimfällt. Kreuzung des Bluts einer belasteten Familie mit dem einer körperlich und geistig intakten kann eine regenerirende Wirkung auf die Descendenz haben und bei fortgesetzter glücklicher Zuchtwahl die Belastung tilgen. Von schwerer, namentlich constitutioneller Nervenkrankheiten heimgesuchte Individuen sollten sich der Eheschliessung enthalten.“*²⁰

Friedrich Müller berief sich in seinem Essay über den Branntwein ebenfalls auf Professor Krafft-Ebing.²¹ Auch nach Müllers Meinung war der wachsende Alkoholismus die Ursache für zahlreiche Krankheiten und gefährdete sowohl den Körper als auch den Geist. Müller betonte, dass der Tod eines Trinkers aufgrund irgendeiner akuten Krankheit häufig und plötzlich eintritt und dass diese Krankheiten, insbesondere Typhus und Lungenentzündung, für den Trinker viel gefährlicher sind als für einen gesunden Menschen. Dies sei eben die Folge des allmählichen Verfalls aller Organe. Seine Überlegungen setzte er sodann mit einer zur damaligen Zeit – in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts – schon recht verbreiteten Ansicht fort:

„Aber auch mit dem Tode des Säuflers hat der Alkohol seine zerstörende Wirkung noch nicht vollendet, er wirkt auch noch auf dessen Nachkommenschaft. Nicht allein, dass ein grosser Theil der Säufler seine Tage im Irrenhause beschliesst, auch ihre Kinder verfallen dem Irrsinne. Es ist festgestellt, dass ein sehr grosser Theil der Geisteskran-

18 KRAFT-EBING, Über gesunde und kranke Nerven. 79.

19 Ebd. 79–80.

20 Ebd. 80.

21 Friedrich MÜLLER, Der Branntwein. In: Culturbilder aus Steiermark (Graz 1890) 31–39.

ken entweder von Geisteskranken oder von Trunkenbolden abstammt. Und eben diese Nachkommen von Trinkern liefern auch ein grosses Contingent zur Verbrecherwelt. Wie kann es auch anders sein! Im Hause des Säufers lockern sich die Familienbande; der Noth und dem Elende preisgegeben, werden die Kinder hinausgestossen in die Welt, ehe sie genug moralischen Halt gewonnen haben, um sich in dieser zurechtzufinden. Achtung vor der Sitte und dem Gesetze haben sie im elterlichen Hause nicht gelernt. Aber mehr als das: die moralische Schwäche, welche den Vater zum Trunkenbolde hat werden lassen, war zum Theile seine körperliche Anlage, und diese vererbt sich auf die Kinder und macht sie zu Verbrechern.“²²

Und weiter: *„Der Grundcharakter der psychischen Störungen bei Alkoholikern zeige sich in einer auffallend psychischen Schwäche und in einem fortschreitenden Zerfalle der höheren ethischen und intellectuellen Functionen. Der chronische Alkoholismus, sagt Professor Krafft-Ebing, sei keine Leidenschaft, sondern eine Hirnkrankheit, die sich durch eine Fülle klinischer Kennzeichen und durch anatomische Befunde documentirt. Es wäre schlimm, wenn man in einem so abscheulichen Laster, wie es die Alkoholausschweifung darstellt, einen Freibrief für Verbrechen erkennen wollte, aber da, wo das Laster zur wirklichen Hirnkrankheit geführt hat, müsse mit dieser Thatsache gerechnet werden.“²³*

Professor Krafft-Ebing trat für Asyle für chronische Trinker ein, die angeblich eine echte Wohltat sowohl für den Einzelnen als auch für die gesamte Gesellschaft waren. Die Anstalten sollten die Zahl der Unfälle und Verbrechen verringern und sogar kaum erhoffte Heilerfolge bei stark degenerierten Säufern hervorbringen.

„Die Errichtung solcher Asyle in den Culturländern könne nicht warm genug befürwortet werden. Da aber solche Asyle zur Zeit noch fehlen, werden die schlimmsten Fälle von chronischem Alkoholismus den Irrenanstalten aufgebürdet, in die sie mit Fug und Recht nicht, oder nur in intercurrirenden Aufregungszuständen gehören, und aus denen nach abgelaufener Complication entlassen, sie in Kürze recidiviren. Nur ein längerer Aufenthalt in Asylen, wo Alles, was Alkohol heisst, proscribirt ist, und der Kranke systematisch dieses Nervenreizes entwöhnt wird, könne Hilfe schaffen.“²⁴

2. „Trunksucht“ als Gegenstand der slowenischen Psychiatrie

Im Jahr 1889 wurde Krafft-Ebing an die Wiener Psychiatrieklinik berufen. Als Professor an der Wiener Universität blieb er vor allem als *„eine der Größen der Wiener Medizinschule“* im Gedächtnis.²⁵

22 MÜLLER, Der Branntwein.

23 Ebd. 37.

24 Ebd.

25 Österreich Lexikon, Erster Band, A–K, Hrsg. von Richard BAMBERGER und Franz MAIER-BRUCK (Wien/München 1966) 623.

Auch zwei angesehene Vertreter der slowenischen Psychiatrie, Fran Goestl (1865–1945) und Ivan Robida (1871–1941), studierten in den neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts Medizin in Wien und spezialisierten sich später auf Psychiatrie. Fran Goestl promovierte 1896 zum Doktor der Medizin. Er erwähnt in seinen Schriften, dass er auch bei Professor Krafft-Ebing klinische Übungen absolviert hat. Nach seiner Promotion spezialisierte er sich auf Psychiatrie bei Professor Wagner von Jauregg und war auch sein Assistent. Bis 1910 arbeitete er in Wien und Ljubljana, in den Jahren 1910 bis 1919 in Görz und Kreamsier (Kroměříž), danach wieder in Ljubljana. Er war auch als Gerichtssachverständiger tätig.²⁶ Der jüngere Ivan Robida studierte Medizin in Wien und Graz und promovierte 1897. Auch er kam sicher mit den Lehren von Dr. Krafft-Ebing in Kontakt. Nach Abschluss des Studiums bildete er sich in Ljubljana zwei Jahre in allgemeiner Medizin fort. Als Neurologe und Psychiater setzte er anschließend sein Studium in Graz und Wien sowie an Instituten in Deutschland, der Schweiz und Frankreich fort. Danach war er als Psychiater und Gerichtssachverständiger in Ljubljana tätig.²⁷

Fran Goestl wies bereits als Student im Aufsatz *Pijanost in blaznost* [Trunkenheit und Wahnsinn] auf die traurigen Folgen des Trinkens hin, das nicht nur für den Trunkenbold und dessen Familie verhängnisvoll sei, „sondern auch für das ganze Volk, das geistig und körperlich zugrunde geht“. Der Alkoholismus würde nämlich wie eine „pandemische Leidenschaft“ bei ganzen Völkern auftreten und deren Untergang verursachen bzw. beschleunigen.

*„Der Trinker verursacht bei sich selbst verschiedene Krankheiten und manchmal einen raschen Tod, aber auch seine Nachkommen werden bestraft. Trunksüchtige Eltern haben sehr oft schwächliche, epileptische oder schwachsinnige Kinder. [...] Am schlimmsten sind die Auswirkungen des Trinkens auf das Gehirn, weil es eine Ursache des Wahnsinns (Irrsinns) ist.“*²⁸ Goestl gibt zu, dass „das Trinken häufig eine Art Betäubungsmittel für Sorgen, Traurigkeit, Trostlosigkeit, Zorn ist, dass mit ihm die Stimme des Gewissens gedämpft werden soll“.

Auch Armut, Hunger und Kälte trügen zu einem übermäßigen Konsum von alkoholischen Getränken bei. Die Trunksucht sei jedenfalls eine Ursache für den Wahnsinn, vor allem würde sie eine besondere Form des Wahnsinns verursachen, den sogenannten „*Alcoholismus chronicus*“, dessen Hauptcharakteristikum der geistige Verfall sei.²⁹ Als Hauptquelle für seine Abhandlung diente dem jungen Fran Goestl „*das epochale Buch*“ Professor Krafft-Ebings (*Lehrbuch der Psychiatrie*), aus dem er auch Beschreibungen interessanter Fälle von „*Delirium tremens*“, Melancholie, Manie und Paranoia aufgriff. Gleichzeitig erwähnt er, dass er auch bei Prof. Krafft-Ebing in der Wiener Irrenanstalt interessante Fälle beobachten konnte.³⁰

26 Siehe z.B.: Anton PRIJATELJ, Dr. Fran Goestl – psihiater in publicist, *Primorska srečanja* 18/155 (1994) 134–136.

27 SLOVENSKI BIOGRAFSKI LEKSIKON, 9. Bd., red. Alfonz GSPAN (Ljubljana 1960) 116–117.

28 Fran GOESTL, *Pijanost in blaznost*. In: *Letopis Matice Slovenske za leto 1893* (Ljubljana 1893) 164.

29 Ebd. 165.

30 Ebd. 166–171.

Goestl wollte die Leserschaft vor allem über die Schädlichkeit des Alkohols und dessen schreckliche Folgen belehren. Er verwies insbesondere auf die Schädlichkeit von Spirituosen, setzte sich aber auch für die Errichtung besonderer Anstalten für Alkoholiker ein, „*wo berausende Getränke mit aller Strenge verboten sein sollen. Dass der Staat gezwungen sein wird, an solche Einrichtungen zu denken, ist jedem klar, der weiß, mit welcher gewaltiger Geschwindigkeit sich die Trunksucht ausbreitet, und wie im Verhältnis dazu der Wahnsinn um sich greift.*“³¹

Goestl rief zum Kampf gegen den Alkohol und die Trunksucht auf, zu einem Kampf mit allen Mitteln gegen den schlimmsten und verhängnisvollsten Feind der Menschheit. Ähnlich wie Krafft-Ebing trat er für eine Hebung der Bildung des slowenischen Volkes ein. Insbesondere Schule und Kirche sollten über die Verderblichkeit der Trinkerei belehren, und mit der wachsenden Bildung sollte auch der Fluch des Alkoholismus schwinden.³²

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts meldete sich auch Ivan Robida mit einem ähnlichen populärwissenschaftlichen Aufsatz zu Wort. Im Feuilleton *Alkohol und Irresein* in der *Laibacher Zeitung* verwies er wie sein Vorgänger auf das Gift, das die menschliche Gesundheit gefährlich bedroht. Robida stellte fest, dass der Alkohol in Europa fast ausnahmslos die Rolle eines Sorgenbrechers übernommen hätte. Er betonte, dass es aufgrund des Alkoholmissbrauchs nahezu kein Körperorgan gibt, das nicht betroffen ist. Der Konsum dieses Giftes hätte besonders negative Auswirkungen auf das Gehirn und das Nervensystem. Die Erkrankung eines so wesentlichen Organs wie dem Gehirn sei noch letaler als etwa die Erkrankung von Leber, Niere usw.³³

Im Feuilleton widmete Robida den vom Alkohol verursachten psychischen Störungen die größte Aufmerksamkeit. Er erläuterte der Leserschaft, dass die tatsächliche Wirkung von Alkohol immer lähmend sei. Die scheinbare Erregung der Nerven – unabhängig davon, ob sie schon nach dem Konsum einer minimalen Dosis auftritt – sei nämlich im Ausfall von „*Hemmungen*“ zu suchen.³⁴ Erziehung, gutes Benehmen, moralisches Verhalten und Rücksichtnahme gerieten bei Trinkern in Vergessenheit. Der Alkoholiker werde ungezügelt, rechtshaberisch, streitsüchtig, rüde, vulgär, unanständig und gemein. Eine längere Alkoholintoxikation, d.h. wenn das Alkoholtrinken schon zur Gewohnheit wurde, bewirke jene psychischen Veränderungen des Menschen, die zum chronischen Alkoholismus führen, der in den schwersten Fällen die sogenannte „*sittliche Entartung*“ und „*alkoholische Depravation*“ des Säufers zur Folge haben kann.³⁵

Ivan Robida beschrieb anschließend sehr plastisch das Krankheitsbild eines chronischen Säufers. Am Beispiel eines Bäckermeisters, der aufgrund des Alkoholismus moralisch, körperlich und geistig verfiel, diagnostizierte er das Bild eines Alkoholikers – Abschaum und Entarteter der bürgerlichen Gesellschaft, der „*stupid und unbekümmert dem Elende seiner Familie, der Verwahrlosung seiner Kinder*

31 GOESTL, Pijanost 171.

32 Vgl. ebd. 172.

33 Vgl. ROBIDA, Alkohol 4–5.

34 Vgl. ebd. 6.

35 Ebd. 9–10.

zu[sieht] und zwischen würdelosem Galgenhumor und unmännlicher Weinerlichkeit [schwankt]“.³⁶ Kurzum, die Moralgeschichte zeichnet den gesellschaftlichen Niedergang eines Alkoholikers, eines Mannes, der für das Trinken alles bis zum letzten Kreuzer verschwendet hat, der den teuren Wein bald mit billigerem Branntwein ersetzt, Tage und Nächte in gottverlassenen schmutzigen Spelunken und in degenerierter Gesellschaft verbracht hat und bald ein Betrüger, Schwindler oder ein noch schlimmerer Verbrecher geworden ist. Außerdem beginnen den Mann auch körperliche Beschwerden zu quälen:

„Veränderungen in den Nerven bringen Schmerzen und Parästhesien (Empfindungen, wie Ameisenlaufen) mit sich, die so häufig zu Halluzinationen verwertet werden und sich als beißendes Ungeziefer im Delir präsentieren.“³⁷

Der Schlaf des Trinkers wird immer schlechter, schreckliche Träume quälen ihn, häufig leidet er unter akustischen Sinnestäuschungen. Das grundlegende klinische Bild psychischer Störungen aufgrund einer Alkoholintoxikation zeigte angeblich einen fortschreitenden Mangel an intellektuellem und ethischem Wirken sowie pathologische Veränderungen des emotionalen Lebens. All das führe zur Entartung. Die gesellschaftlichen Störungen des chronischen Alkoholismus fielen laut Robida *„nirgends mehr als gerade auf dem Gebiete der Ethik ins Auge, so dass man kurzum bei Alkoholikern von einer ‚Degeneration des Charakters‘ sprechen kann. Der soweit fortgeschrittene Trinker ist eine entschieden pathologische Erscheinung, er ist ein in jeder Richtung Geisteskranker, der seine Selbstbestimmungsfähigkeit und seinen ‚Willen‘ durch sein Laster vollkommen eingeüßt hat.“³⁸*

Im Weiteren schilderte Ivan Robida noch einige Psychosen, die eine Folge des Alkoholmissbrauchs seien, darunter auch das Delirium tremens, unter Laien als *„Säuferwahnsinn“* bekannt. Abschließend stellte er die Frage nach dem Alkoholismus als einem erblich belastenden Faktor. Er räumte ein, *„dass wir zur Zeit wenig Positives darüber wissen, wie wir uns der ganzen ‚hereditären Belastung‘ gegenüber als sehr skeptisch überhaupt zeigen müssen. Dass die Kinder von Säufnern Idioten, Hydrocephale, epileptisch, hysterisch sind, ist sicher; doch sehen wir ohne erwähnte Belastung eine ebenfalls ziemliche Zahl der Kinder von Nichttrinkern an denselben Krankheiten leiden und zugrunde gehen. Marcé, Ruar, Flemming, Taquet und andere haben einige in der Hinsicht zweifellose Fälle zusammengestellt; jedenfalls ist die ganze Angelegenheit heute vom kritischen Standpunkte aus noch nicht als spruchreif zu betrachten.“³⁹*

Während Ivan Robida um 1900 einerseits optimistisch den allgemeinen Fortschritt des Industriezeitalters lobte, äußerte er andererseits recht pessimistische Sorgen über das Anwachsen der Bevölkerung und damit der Zahl der hungrigen Mägen. Im Geiste des Neomalthusianismus und des sozialen Darwinismus verwies er auf den unerbittlichen

36 ROBIDA, Alkohol 14.

37 Ebd. 15.

38 Ebd. 16.

39 Ebd. 27.

Existenzkampf, in dem nur die überleben, die genügend körperliche und geistige Kraft haben. Robida war besorgt über die zerstörerische Vergiftung des eigenen Volkes und dessen allgemeine Degeneration. Wegen des Alkoholismus gebe es mehr Krankheit als Gesundheit und die Rasse befinde sich im Niedergang, sei sie doch wie eine „*morsche Eiche, die wartet, bis der erste Sturm sie zu Boden wirft*“.⁴⁰ Auch im Essay *Alkoholizem* [Alkoholismus] klärte Ivan Robida die slowenischen Leser über die schweren körperlichen und psychischen Folgen auf, die durch Alkoholmissbrauch auftraten. Die traurigste Folge des Alkoholismus sei „*die ethische, moralische Degeneration der Alkoholiker, die sich aufgrund des Verfalls des Verstandes und des Herzens entwickelt*“.⁴¹

Der Trunkenbold sei ein „*Parasit*“ seiner Familie und Verwandtschaft, schließlich des Staates und der gesamten menschlichen Gesellschaft.

*„Der Trinker bringt nicht nur sich selbst an den Rand des Untergangs, sondern auch die gesamte Familie. Wo aber das Ehe- und Familienleben bei den breiteren Schichten verfällt, dort verfällt alles. [...] Auch die Nachkommenschaft der Trinker trägt allzu oft das Mal der Krankheit oder sogar des frühen Todes auf der Stirn. Viele Kinder von Trinkern kommen schwächlich und unterentwickelt auf die Welt; viele von ihnen leiden an Hysterie und Epilepsie; viele bleiben in der körperlichen und psychischen Entwicklung zurück, nicht zu reden von den traurigen Fällen von Imbezilität, Idiotie und sogenannter ‚moral insanity‘, d.h. dem angeborenen moralischen Schwachsinn.“*⁴²

Kurzum: wo die Familie verfällt, verfällt auch die Nachkommenschaft, die Kinder und Kindeskinde.

Der Psychiater Robida erwähnte am Ende seiner Abhandlung den achten internationalen Antialkoholkongress, der vom 9. bis 14. April 1901 in Wien stattfand und an dem erstmals auch die österreichische Regierung offiziell teilnahm. Dr. Robida nahm am Kongress als Vertreter des Krainer Landesauschusses teil und hielt auch ein Referat über den Alkoholismus in Krain, wo ähnlich wie andernorts Phänomene der Degeneration und Pauperisierung in den Vordergrund rückten.⁴³ Er betonte, dass es die Pflicht des Staates und der menschlichen Gesellschaft sei, „*Missgeburten und Entartung*“ einzudämmen; nicht zuzulassen, dass wegen eines unglücklichen Triebes die Familie, die Nachkommenschaft und das Volk leidet, und außerdem den Alkoholismus mit allen Mitteln zu bekämpfen, da für dieses Genussmittel nur Geld, Gesundheit und Ehre verschwendet werden.⁴⁴

40 Ivan ROBIDA, *Alkoholizem*, Ljubljanski zvon 21 (1901) 338.

41 Ebd. 388.

42 Ebd. 389.

43 Ivan ROBIDA, *Poročilo o alkoholizmu na Kranjskem*. In: *Piščalka* [Die Pfeife] 2/5 (1906) 166.

44 ROBIDA, *Alkoholizem* 531–532.

3. Der Kampf gegen den Alkoholismus im „Kraljevina SHS“

Die resoluten Kämpfer gegen den Alkohol, die Psychiater Fran Goestl und Ivan Robida, waren auch nach dem Zerfall der Doppelmonarchie, also nach 1918, aktive Verfechter der Nüchternheit. Primarius Robida gab 1921 das erste slowenische wissenschaftliche Buch auf dem Gebiet der Psychiatrie heraus, mit dem Titel *Psihične motnje na alkoholski podlagi s posebnim ozirom na forum* [Psychische Störungen auf alkoholischer Grundlage im Hinblick auf das Forum]. In diesem Buch, das für Studenten der Medizin und des Rechts gedacht war, beschrieb er die Auswirkungen des Alkohols auf psychische Funktionen, die akute Alkoholintoxikation, die psychotische Trunkenheit, den chronischen Alkoholismus, Alkohol und Erbllichkeit, Alkohol und Sittlichkeit sowie alkoholbedingte Psychosen. Dabei stützte er sich auf seine langjährigen Erfahrungen (er war als Psychiater und auch als Gerichtssachverständiger tätig) und führte zahlreiche Beispiele eigener Beobachtungen an.

In Zusammenhang mit der Degeneration betonte er im sehr kurzen Kapitel über Alkohol und Erbllichkeit, dass die Degeneration besonders zum Ausdruck kommt *„in angeborenen Schädigungen des Nervensystems bei Kindern, in Nerven- und Geisteskrankheiten und der geerbten Disposition dafür. Imbezilität, Idiotie, Infantilismus, Hydrozephalie, Hysterie, Epilepsie, allgemeine Psychopathie (wegen der allgemeinen Ausbreitung der Degeneration als Folge des endemischen chronischen Alkoholismus seien schwerwiegendere Psychopathien immer häufiger) und eine ganze Reihe von Nerven- und Geisteskrankheiten zeigen in der Anamnese den Alkoholismus der Eltern. Besonders instruktiv sind in dieser Hinsicht jene Fälle, in denen aus irgendeinem Grund der Vater eine gewisse Zeit abstinenter war, während er sich in der übrigen Zeit dem Suff hingab. Kinder aus der abstinenten Periode sind geistig und körperlich gesund, aus den Trinkperioden wurden hingegen Epileptiker, Idioten usw. geboren.“*⁴⁵

Die Alkoholdegeneration fand nach Meinung Robidas *„den wichtigsten und auch praktisch bedeutendsten Ausdruck in jenem Symptom der Psychopathie, den wir als Veranlagung, als Vorliebe zum Genuss alkoholischer Getränke diagnostizieren. [...] Während also der Vater aufgrund der Gewohnheit Trinker wurde, wird der Sohn aufgrund der Krankhaftigkeit zum Trinker, mit der er in gravierenderem Maß wieder seinen Sohn belastet, usw. bis die Nachkommenschaft zugrunde geht. [...] Was aber die Degeneration an sich nicht an den Kindern von Trinkern verbricht, vervollständigt oft das Umfeld, in dem diese armen Kinder aufwachsen. [...] Und so begünstigt das Angeborene das Erworbene und das Erworbene das Angeborene. [...] Auf dieser Grundlage sprießt die Vorliebe zum Alkohol, es kommt zur Anfälligkeit (Intoleranz), es tritt eine ganze Reihe von Neuropsychosen und anderen Geisteskrankheiten auf, vor allem aber der chronische Al-*

45 Ivan ROBIDA, *Psihične motnje na alkoholski podlagi s posebnim ozirom na forum* (Ljubljana 1921) 111-112.

*koholismus sekundären Typs. So schließt sich der Kreis, so endet dieser Circulus vitiosus, gemäß dem bekannten Spruch: ‚Unheil gebiert Unheil‘“.*⁴⁶

Drei Jahre nach Erscheinen des erwähnten Buches von Ivan Robida veröffentlichte auch Fran Goestl eine populärwissenschaftliche Übersicht der Psychiatrie mit dem Titel *Misterij duše* [Das Mysterium der Seele]. Im Buch findet sich auch ein Kapitel über Alkoholismus und Säuferwahnsinn. Auch Goestl, der sich an so mancher Stelle auf Robida beruft, führt an, dass der Alkohol *„insbesondere für Nachkommen von Säufern verhängnisvoll ist, die wir als degeneriert und psychisch minderwertig ansehen können“*.⁴⁷ Erwähnenswert ist vor allem seine Haltung zu unehelichen Kindern, die Alkoholiker als Eltern hätten, womit er auch ihren hohen Anteil unter Geisteskranken, Verbrechern, Prostituierten und unehelich Gebärenden zu erklären versucht. Er schreibt:

*„Wir führen dies darauf zurück, dass ihre Eltern psychisch minderwertig sind, sie [die Kinder] selbst oft in alkoholisiertem Zustand gezeugt werden, ihre Erziehung mangelhaft ist, ihre Lebensumstände ungünstiger.“*⁴⁸

Auch Goestl unterstrich, dass Eltern, die Alkoholiker sind, ihre Kinder schon in frühester Jugend mit Alkohol vergiften. Solche Eltern bieten ihren Kindern keine gute Erziehung, sondern verderben sie sittlich und hemmen ihre körperliche und geistige Entwicklung.

*„Eltern Alkoholiker haben für gewöhnlich Kinder Alkoholiker, denn der Apfel fällt nicht weit vom Stamm.“*⁴⁹ Ein Alkoholiker und Degenerierter *„bekommt einen schlechteren, einen laschen Begriff von Ehre und Anstand, verachtet die moralischen Erfordernisse, nimmt weder Rücksicht auf den drohenden Untergang der Familie noch auf die Verachtung von Seiten der Mitbürger.“*⁵⁰

Sowohl Ivan Robida als auch Fran Goestl waren also der Meinung, dass Kinder von Alkoholikern *„körperliche und geistige Krüppel sind, die dem Existenzkampf nicht gewachsen sind“*.⁵¹ Damit schlossen sie sich den Ansichten zahlreicher Intellektueller an, die am damaligen Diskurs über die Verderbtheit und Entartung von Kindern von Alkoholikern beteiligt waren. Sie stimmten der Ansicht zu, wonach Alkoholismus eine Krankheit ist – eine Ansicht, die sich an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert endgültig durchsetzte. Damals suchten zahlreiche Wissenschaftler die schädlichen Folgen des Alkoholismus im Kern der sozialen Reproduktion und im Familienleben. Dort sahen sie den teuflischen Zusammenhang zwischen sozialer und körperlicher Entartung am deutlichsten. Der minderwertige Körperbau der Kinder von Alkoholikern wurde nämlich als Folge der direkten Vergiftung

46 ROBIDA, Psihične motnje 112–113.

47 Fran GOESTL, *Misterij duše* (Ljubljana 1924) 43.

48 Vgl. ebd. 41 und 44.

49 Ebd. 164.

50 Ebd. 171.

51 BECKER, *Verderbnis und Entartung* 41–42.

52 Vgl. Erich WULFFEN, *Der Sexualverbrecher* (= *Encyklopädie der modernen Kriminalistik* 8, Berlin 1910) 204.

des Fötus angesehen.⁵² Auch in Propagandablättern der slowenischen Anti-Alkoholbewegung – z.B. *Piščalka* [Die Pfeife] (1905–1906), *Zlata doba* [Das goldene Zeitalter] (1907–1920), *Prerod* [Die Erneuerung] (1922–1927) – findet man natürlich viele Artikel über den Alkoholismus als Krankheit: über seine schädlichen Einflüsse auf die körperliche und geistige Gesundheit sowohl der Alkoholiker als auch ihrer Nachkommen sowie über die Verderbtheit und Degeneration, die in letzter Konsequenz zum Untergang sowohl des Einzelnen als auch des Volkes führen. Wegen des Trinkens sei auch der Anstieg der Kriminalität eine ständige Bedrohung.

In den genannten alkoholgegnerischen Publikationen wurden zum Zwecke der Propaganda oft auch verschiedene Vorträge ausländischer Experten übersetzt. Als abschließendes Beispiel seien die sehr interessanten Überlegungen von Alexander Pilcz (1871–1954) angeführt, einem Psychiatrieprofessor an der Wiener Universität, der im selben Jahr wie Ivan Robida das Licht der Welt erblickte. 1906, als Dozent an der Wiener Universität, hielt er einen Vortrag über die Heilbarkeit von Alkoholikern, der in Übersetzung in der Zeitschrift *Piščalka* veröffentlicht wurde.⁵³

Pilcz unterschied zwei Sorten von Trinkern. Die ersten würden trinken, weil sie glauben, dass der Branntwein Brot und Fleisch ersetzen kann, wenn sie hungrig sind, und Brennholz, wenn sie frieren. Sie trinken, um zumindest für einen Augenblick ihr elendes Leben zu vergessen. Diese Trinker seien sich der schädlichen Folgen des Alkoholenusses nicht bewusst. Wenn man ihnen aber die Fakten über den Alkohol und seine Wirkungen erklären und außerdem dafür sorgen würde, dass sie menschenwürdig leben, könnte man sie aus der Alkoholabhängigkeit befreien.

Viel schlimmer stehe es um die zweite Sorte von Trinkern – eine ganze Reihe von Menschen, die von Fachleuten als „*Degenerierte*“, „*psychopathisch Minderwertige*“ bezeichnet werden. Diese Trunkenbolde zeigten eine ganze Reihe verschiedenster geistiger Anomalien, wie Alexander Pilcz erklärte:

„Wenn sie sich irgendwie schlecht fühlen, macht sie das völlig unfähig zu arbeiten und ergreift so von ihrer Persönlichkeit Besitz, dass es nach irgendeiner Betäubung, einem Hilfsmittel beim Berauschen verlangt; die Narkotisierung wird zu etwas, wozu sie der Organismus geradezu unabdingbar drängt. Viele Gewohnheitstrinker gehen aus diesen schon von Geburt an abnormal veranlagten Menschen hervor. Bei einem großen Teil ist der Alkoholismus nicht die Ursache, sondern die Folge, nur ein Erscheinungsbild der abnormalen geistigen Konstitution. Solche Menschen sind nicht degeneriert, weil sie trinken, sondern sie trinken, weil sie degeneriert sind, und bei ihnen finden wir neben den Symptomen des Alkoholismus allerhand andere Zeichen der allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit, periodische Stimmungswechsel, sexuelle Anomalien, epileptoide und hysterische Erscheinungen, moralische Defekte usw.“⁵⁴

53 Alexander PILCZ, Ozdravljivost alkoholikov. In: *Piščalka* 2/6 (1906) 197–200.

54 Ebd. 197.

Auch die zweite Sorte des Trinkers suchte nach Meinung von Pilcz vielleicht Ausflüchte „in allen Umständen“, die er der ersten Sorte zuschrieb, „aber er ist ‚moral insane‘. Belehrt ihn, und er wird euch ins Gesicht lachen, erhöht seine materiellen Einkünfte, und er wird auch das, was er mehr verdient, in die Branntweinbrennerei tragen, schafft den gesamten Alkohol aus der Welt, und der Mann wird nach einem anderen Narkotikum greifen. Er ist verloren und kein Gespräch, keine noch so durchdachte und entschlossene Propaganda, keine gesetzlichen Bestimmungen werden diesen Menschen retten, dem das Mal der geistigen Degeneration schon im Keim eingeprägt wurde.“⁵⁵

Pilcz stellte also auf der einen Seite das Bild eines normalen Menschen dar, der nur aufgrund äußerer Umstände auf die schiefe Bahn des Trinkens geriet, auf der anderen Seite aber jenes des typischen Degenerierten, „bei dem die Konstitution alles ist, und das Milieu nur die zufallsbedingte konkrete Form der Neigung bestimmt.“ Gleichzeitig unterstrich er die schwer fassbare Trennlinie zwischen dem Normalen und dem Entarteten, denn „die Merkmale der angeborenen und die Merkmale der erst durch den Alkoholismus verursachten moralischen und geistigen Verderbtheit zeigen sich in ein und derselben Person so eng verbunden, dass es unmöglich sein kann praktisch festzustellen, ob wir es mit einem degenerierten Trinker oder einem alkoholischen Degenerierten zu tun haben.“ Kurz und gut, dies ist „beim einzelnen Trinker im vorhinein nicht zu sehen“. Die tägliche Erfahrung lehre aber auch, dass „bei den schwersten Formen der psychopathischen Minderwertigkeit, also bei Menschen, die unzugänglich sind für jegliche Belehrung, die nach jahrelanger erzwungener Abstinenz in einer Irrenanstalt oder einer anderen Anstalt erneut begonnen haben zu trinken, nachdem sie wieder in Freiheit waren, also bei den unverbesserlichen Trinkern, alle krankhaften Erscheinungen des Geistes, die durch die Natur selbst verursacht werden, aufgrund des Alkoholismus nur in beträchtlichem Maß gesteigert und verschlechtert werden. Solche Menschen sind auch ohne Alkohol keine Engel, mit Alkohol aber sind sie Bestien!“⁵⁶

Diese Gedanken des gelehrten Alexander Pilcz waren als Trost für die Kämpfer gegen den Alkohol gedacht, die in ihrem brennenden Wunsch, den einen oder anderen Trunkenbold zu retten, in die bittere Frucht des Misserfolges beißen und erkennen mussten, dass so manch ein Exemplar schon von Anfang an verloren und vollkommen hoffnungslos war. Pilcz tröstete sie, dass „die geistige Degeneration, die wir als unheilbar erkannt haben, ihre Ursache meistens im Alkoholismus hat, nämlich im Alkoholismus der vorangegangenen Generationen!“ Denn der Alkoholiker „schadet nicht nur sich selbst, sondern auch der Nachkommenschaft.“ Trotzdem riet er den Kämpfern gegen den Alkohol, in ihren „rettenden Versuchen“ nicht nachzulassen, und appellierte:

55 PILCZ, Ozdravljivest 198.
56 Ebd. 199.

„Kämpft gegen den Alkoholismus und ihr werdet Geisteskrankheiten zwar nicht aus der Welt schaffen, aber eine ihrer wichtigsten Quellen trockenlegen.“

Bei ihrer Antialkoholpropaganda sollten sie auch unablässig darauf hinweisen, dass die Degeneration angeboren ist bzw. vererbt wird und der Alkoholismus verderbliche Folgen für die Nachkommenschaft hat. In der Propaganda sei außerdem immer und überall zu betonen, *„dass die Antialkoholbewegung nicht nur vom Standpunkt der Hygiene des Einzelnen, sondern auch vom Standpunkt der Hygiene des Stammes zu verstehen ist“* und dass jeder Einzelne, auch wenn er viel verträgt, *„Mitschuld ist an der Vergiftung und zunehmenden Verschlechterung der kommenden Generationen.“*⁵⁷

Quellen und Literatur

- BECKER Peter, Verderbnis und Entartung. Eine Geschichte der Kriminologie des 19. Jahrhunderts als Diskurs und Praxis (Göttingen 2002).
- Der Große BROCKHAUS, Fünfzehnte, völlig neubearbeitende Auflage, Bd. 1, A – Ast (Leipzig 1928) Schlagwort Alkoholismus.
- GOESTL Fran, Pijanost in blaznost. In: Letopis Matice Slovenske za leto 1893 (Ljubljana 1893) 164–172.
- GOESTL Fran, Misterij duše (Ljubljana 1924).
- HERDERS Konversations=Lexikon, Dritte Auflage, Bd. 8, Spinnerei bis Z, Sonderbeilage Trunksucht (Freiburg im Breisgau 1907) I–IV.
- KASCHUBA Wolfgang, Lebenswelt und Kultur der unterbürgerlichen Schichten im 19. und 20. Jahrhundert (München 1990).
- Von KRAFFT-EBING Richard, Über gesunde und kranke Nerven (Tübingen 1886).
- LIPPICH Franz Wilhelm, Grundzüge zur Dipsobiostatik oder politisch-arithmetische auf ärztliche Beobachtung gegründete Darstellung der Nachteile, welche durch den Missbrauch der geistigen Getränke in Hinsicht auf Bevölkerung und Lebensdauer sich ergeben (Laibach 1834).
- MEYERS Großes Konversations=Lexikon, Sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage, Bd. 19, Sternberg bis Vector, Schlagwort Trunksucht (Leipzig/Wien 1909) 758–759.
- MÜLLER Friedrich, Der Branntwein. In: Kulturbilder aus Steiermark (Graz 1890) 31–39.
- Österreich Lexikon, Erster Band, A–K, Hrsg. von Richard BAMBERGER und Franz MAIER-BRUCK (Wien/München 1966).
- PILCZ Alexander, Ozdravlјivost alkoholikov. In: Piščalka. 2/6 (1906) 197–200.

- PRIJATELJ Anton, Dr. Fran Goestl – psihiater in publicist, Primorska srečanja 18/155 (1994) 134–136.
- ROBIDA Ivan, Alkohol und Irresein, Sonderabdruck aus der Laibacher Zeitung (Laibach 1899).
- ROBIDA Ivan, Alkoholizem, Ljubljanski zvon 21 (1901) 338–341; 385–390; 448–452; 531–533.
- ROBIDA Ivan, Poročilo o alkoholizmu na Kranjskem. In: Piščalka [Die Pfeife 2/5 (1906) 161–168; 181–183.
- ROBIDA Ivan, Psihične motnje na alkoholski podlagi s posebnim ozirom na forum (Ljubljana 1921).
- SANDGRUBER Roman, Die Anfänge der Konsumgesellschaft. Konsumgüterverbrauch, Lebensstandard und Alltagskultur in Österreich im 18. und 19. Jahrhundert (München 1982).
- SANDGRUBER Roman, Bittersüße Genüsse. Kulturgeschichte der Genußmittel (Wien/Köln/Graz 1986).
- SHORTER Edward, A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac (New York u.a. 1997).
- Slovenski biografski leksikon, 9. Bd., red. Alfonz GSPAN (Ljubljana 1960) 116–117.
- SPODE Hasso, Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland (Opladen 1993).
- ŠERKO Edvard, Beseda našemu izobraženstvu [Ein Wort an unsere Intellektuellen] In: Piščalka [Die Pfeife 2/2 (1906) 52–57.
- WULFFEN Erich, Der Sexualverbrecher (= Encyklopädie der modernen Kriminalistik 8, Berlin 1910).



VON TÄTERN UND OPFERN DER NS-„EUTHANASIE“ IM BREGENZERWALD

In der Vorarlberger Talschaft Bregenzerwald geschah im Frühjahr 2008 Bemerkenswertes: Das HeimatEggMuseum zeigte von 10. April bis 30. Juni 2008 eine Ausstellung über die Geschichte der NS-„Euthanasie“ im Tal. Anhand von 15 Textstationen, mittels zeitgenössischer Objekte in vier Vitrinen, die zum Teil Leihgaben der Stiftung Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim, zum Teil während der Ausstellungsrecherchen im Bregenzerwald eruiert worden waren, sowie eines „offenen Opferbuches“ erzählte die Ausstellung die Geschichte des nationalsozialistischen Mordens und körperlichen Verstümmelns von Bregenzerwälderinnen und Bregenzerwäldern mit geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen in den Jahren zwischen 1940 und 1945.



Abbildung 1: Poster der Ausstellung NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald.

Quelle: Photo Wolfgang Weber

In der Ausstellung wurden nicht nur die lokalen Opfer, sondern auch die lokalen und regionalen Täter und Täterinnen der NS-„Euthanasie“ namhaft gemacht. So etwa die Hebamme Maria Berkmann, die im April 1941 die sechsjährige Maria Rosa Bechter aus Lingenau auf

Grund des Artikels 3 Abs. 4 der „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beim Amtsarzt in Bregenz wegen „angeborenen Schwachsinn“ anzeigte. Maria Rosa Bechter wurde im Frühsommer 1942 über Auftrag des Bregenzer Amtsarztes Dr. Theodor Leubner in die sogenannte Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee überstellt. Dort starb sie am 8. März 1943, angeblich an Bronchopneumonie.¹ Tatsächlich war Kaufbeuren ein Zentrum der sogenannten wilden Euthanasie, wo bis zum Juli [sic!] 1945 Kinder und Jugendliche durch falsche Medikation und Hunger getötet wurden.² Am 16. Mai 2009 wurde diesen Opfern der NS-Diktatur durch die Grundlegung von drei „Stolpersteinen“ erstmals öffentlich gedacht.³

Ein Drittel der 15 Textstationen der Ausstellung in Egg war den Biografien von NS-Tätern gewidmet, unter ihnen etwa der ehemalige Kommandant des Vernichtungslagers Treblinka, Dr. Irmfried Eberl, und der „Brenner“ in der NS-Tötungsanstalt Hartheim, Josef Vallaster. An den Lebensgeschichten der gebürtigen Vorarlberger Eberl und Vallaster ließ sich die personelle und strukturelle Kontinuität vom Massenmord an Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen zum Massenmord an jüdischen Menschen sowie an Roma und Sinti und sogenannten Asozialen eindrücklich illustrieren.⁴ An den Berufsbiografien der Ärzte vor Ort und im Bezirk, die ebenfalls Thema waren, wurde die Involvierung der „Gesundheitsdienstleister“ in die NS-„Euthanasie“ auf allen Verwaltungsebenen deutlich.

Ein zentraler Bestandteil des Ausstellungsnarrativs über jene 118 Menschen aus dem Bregenzerwald, die zwischen 1940 und 1945 durch den NS-Staat zwangssterilisiert und/oder ermordet wurden, war das „offene Opferbuch“. Es wurde durch Schülerinnen und Schüler von drei Hauptschulen und des einzigen Gymnasiums der Talschaft sowie in einem Fall durch die Dorfchronisten erstellt. Die Schüler/innen gestalteten selbständig je eine Seite des hölzernen rund 1x1 Meter großen Buches. Dazu wurden ihnen von ihren Klassenlehrer/inne/n und dem Ausstellungsteam des HeimatEggMuseums die bekannten „harten“ Fakten wie etwa die Anzahl und die Namen der Opfer in ihren Sprengelgemeinden mitgeteilt. Über Zeitzeugengespräche eruierten sie dann verloren gegangenes Wissen zu diesen NS-Opfern bzw. entdeckten in mehreren Fällen sogar neue, der Forschung bis dato nicht bekannte Namen von Opfern.

1 Vorarlberger Landesarchiv (in der Folge: VLA), LR Bregenz, Sippenakt 1041, Schreiben Falthäuser an Leubner vom 08.03.1943.

2 Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren während der NS-Diktatur siehe etwa: Michael von CRANACH, Hans-Ludwig SIEMEN (Hg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945* (München 1999).

3 Einer dieser drei „Stolpersteine“ ist Maria Rosa Bechter gewidmet, siehe: URL: <http://www.schwaben-akademie.de/programm/chronologisch.php?rowid=1595> [Zugriff am 03.04.2009]. Zum Projekt „Stolpersteine“ des deutschen Künstlers Gunter Demnig siehe: URL: <http://www.stolpersteine.com/start.html> [Zugriff am 03.04.2009].

4 Zu Josef Vallaster siehe: Wolfgang WEBER, *Von Silbertal nach Sobibor. Über Josef Vallaster und den Nationalsozialismus im Montafon* (= Schriftenreihe der Rheticus Gesellschaft 48, Feldkirch 2008). Zu Irmfried Eberl siehe grundlegend: Michael GEHLER, „Heilen durch Töten“ oder „Gott und Welt vergasen“ – Vom Medizinstudent zum Massenmörder: Biographische Annäherungen zu Dr. Irmfried Eberl 1910–1948. In: Sabine PITSCHELDER, Rolf STEININGER (Hg.), *Tirol und Vorarlberg in der NS-Zeit* (= Innsbrucker Forschungen zur Zeitgeschichte 19, Innsbruck u.a. 2002) 361–382. Die Monografie von Grabher zu Eberl basiert wesentlich auf Gehlers Studie siehe: Michael GRABHER, *Irmfried Eberl. „Euthanasie“-Arzt und Kommandant von Treblinka* (Frankfurt/Main u.a. 2006).



Abbildung 2: „Offenes Opferbuch“ in der Ausstellung NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald.

Quelle: Photo Wolfgang Weber

Die Resonanz auf die Ausstellung und die sie begleitenden 13 Rahmenveranstaltungen, u.a. mit dem Holocaust-Überlebenden Jules Schelvis aus den Niederlanden, war ebenso bemerkenswert wie die Mitarbeit der Bregenzerwälder Schülerinnen und Schüler. So erklärte sich die Regio Bregenzerwald, ein Zusammenschluss der 24 Gemeinden des Tales, nicht nur bereit, eine Publikation über die Geschichte des Nationalsozialismus im Bregenzerwald finanziell zu fördern, sondern sie war auch bereit, eine Initiative des Kulturforums Bregenzerwald zur Errichtung von Gedenkorten an die Opfer der NS-„Euthanasie“ in den jeweiligen Gemeinden administrativ zu unterstützen. Bis September 2009 sollen in zwölf der 17 betroffenen Gemeinden entsprechende Gedenkorte errichtet werden.⁵ Der Vorarlberger Landesverband des Österreichischen Kameradschaftsbundes begrüßte diese Form des Erinnerns an „zivile Opfer“ in einem Zeitungsbericht im Dezember 2008, verwies in einer Presseaussendung allerdings darauf, dass er die physische Erinnerung an die „zivilen Opfer“ der NS-Diktatur nicht mit der physischen Erinnerung an die militärischen Opfer des Zweiten Weltkrieges auf den existierenden Kriegerdenkmälern verknüpft sehen will.⁶

Der vorliegende Beitrag fasst die Forschungsergebnisse, die im Kontext der eingangs vorgestellten Ausstellung erarbeitet wurden, summarisch zusammen. Im Detail sind sie im vom Autor sowie Kurt Bereuter und Andreas Hammerer edierten Sammelband „Nationalsozialismus im Bregenzerwald“ nachzulesen.⁷

- 5 Jutta BERGER, Kein Euthanasiegedenken am Soldatengrab warnen Veteranen. In: Der Standard (16. Dezember 2008). Gerhard THOMA, Eine neue Kultur des Erinnerns. In: Vorarlberger Nachrichten (15. Dezember 2008) A5. Die zwölf Gemeinden, welche Gedenkorte errichten wollen, sind: Alberschwende, Andelsbuch, Bezau, Bizau, Doren, Egg, Hittisau, Lingenau, Mellau, Reuthe, Schnepfau, Schwarzenberg.
- 6 Gerhard THOMA, Kameradschaftsbund begrüßt Projekt. In: Vorarlberger Nachrichten (15. Dezember 2008) A5; BERGER, Kein Euthanasiegedenken.
- 7 Wolfgang WEBER, Kurt BEREUTER, Andreas HAMMERER (Hg.), Nationalsozialismus im Bregenzerwald unter besonderer Berücksichtigung der NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald (= Reihe Bregenzerwald 1, Rankweil 2008).

1. Ärzte und Nationalsozialismus in Vorarlberg – ein statistischer Überblick

Mit Stichtag 1. August 1946 waren in Vorarlberg 136 Spitals- und Vertragsärzte und Ärztinnen zugelassen. Von diesen 136 Medizern und Medizinerinnen waren 67 nach den Paragraphen der Nationalsozialistengesetze 1945/47 als ehemalige Mitglieder einer NS-Organisation registrierungspflichtig. Das heißt m.a.W., dass rund die Hälfte der Vorarlberger Ärztinnen und Ärzte des Jahres 1946 zumindest im Hinblick auf ihr parteipolitisches Bekenntnis zwischen 1938 und 1945 Nationalsozialist/inn/en waren.⁸ Im Vergleich dazu wurden etwa in Tirol 37,1 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, das waren 380 von 1.023, als ehemalige Angehörige einer NS-Organisation registriert.⁹ 28 der 67 nationalsozialistischen Vorarlberger Ärztinnen und Ärzte wurde im Frühjahr 1946 auf Grund einer Verfügung der französischen Militärregierung die Praxiserlaubnis entzogen. 20 waren nach dem NS-Gesetz von 1947 als belastete Nationalsozialist/inn/en eingestuft. Belastete Nationalsozialist/inn/en waren jene, die zwischen 1938 und 1945 eine leitende Funktion in der NSDAP oder ihren Gliederungen wie SA und SS einnahmen. Unter Vorarlbergs Ärztinnen und Ärzten des Jahres 1946 waren das 14,7 Prozent.¹⁰ Unter diesen Medizern und Medizinerinnen waren je zur Hälfte Allgemein- und Fachmediziner/innen. Ein sehr prominentes Beispiel eines nationalsozialistisch belasteten Facharztes ist der 1976 verstorbene Träger des Ehrenzeichens des Landes Vorarlberg in Gold, Univ.-Doz. Dr. Edwin Albrich aus Schruns, der Gründer des Kurhotels Montafon.

Albrich war einer von mehreren Söhnen des Schrunser Ehrenbürgers und Montafoner Standesveterinärs Karl August Albrich. Nach der Matura an der Realschule in Dornbirn studierte er in Wien Medizin. 1943 habilitierte er sich bei Prof. Hans Eppinger mit einer Arbeit über die „Bedeutung der B-Vitamine für die Permeabilität der Capillaren“¹¹ für Innere Medizin. Eppinger war ein anerkannter Spezialist für Lebererkrankungen und Kreislaufstörungen, der nach der Machtübertragung an die NSDAP in Deutschland im Januar 1933 auch nicht vor Menschenversuchen an KZ-Häftlingen zurückschreckte: So war Eppinger etwa in Dachau an einer Versuchsreihe beteiligt, in der bei 90 Roma und Sinti die Trinkbarkeit von Meerwasser erforscht wurde. 1946 sollte Eppinger im Nürnberger Ärzteprozess gegen NS-Ärzte aussagen, er nahm sich jedoch einen Monat vor dem Gerichtstermin das Leben.¹²

8 Wolfgang WEBER, Aspekte der administrativen Entnazifizierung in Vorarlberg. In: Walter SCHUSTER, Wolfgang WEBER (Hg.), Entnazifizierung im regionalen Vergleich (= Historisches Jahrbuch der Stadt Linz 2002, Linz 2004) 59–96, hier 73.

9 Wilfried BEIMROHR, Entnazifizierung in Tirol. In: Walter SCHUSTER, Wolfgang WEBER (Hg.), Entnazifizierung im regionalen Vergleich (= Historisches Jahrbuch der Stadt Linz 2002, Linz 2004) 97–116, hier 113.

10 WEBER, Aspekte 73–75.

11 Edwin ALBRICH, Die Bedeutung der B-Vitamine für die Permeabilität der Capillaren. Ein Beitrag zum Nephrose-Nephritis-Problem (Berlin 1943).

12 Zu Eppinger siehe etwa: URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Hans_Eppinger_junior [Zugriff am 14.07.2008].



Abbildung 3: Porträtfoto Dr. Edwin Albrich.

Quelle: Montafon Archiv, Fotosammlung, ohne Signatur.

Albrich folgte seinem akademischen Mentor Eppinger in manchen Dingen: 1933 trat er der NSDAP und der SA bei, in letzterer hatte er den Rang eines Hauptsturmführers inne.¹³ Während Eppinger 1936 Josef Stalin behandelte, soll Albrich während des Zweiten Weltkriegs Leibarzt des rumänischen faschistischen Ministerpräsidenten Ion Antonescu gewesen sein.¹⁴ Aufgrund seiner Funktion als SA-Hauptsturmführer und seines frühen Parteibeitritts im Jahr 1933 war Albrich nach den Paragraphen des NS-Gesetzes ein belasteter Nationalsozialist und wurde daher 1946 mit Berufsverbot belegt. Der Vorarlberger Landeshauptmann Ulrich Ilg (ÖVP) intervenierte vom Tag des Berufsverbots an bei der französischen Militärregierung in Innsbruck und in Bregenz für Albrichs Amnestierung und war damit 1948 erfolgreich: Albrich erhielt seine Zulassung als Internist wieder und konnte ab 1950 das Kurhotel Montafon aufbauen. In diesem stiegen u.a. der deutsche Altbundeskanzler Dr. Helmut Kohl oder der irakische König Faisal II. ab.

Im Vergleich zur Vorarlberger Gesamtbevölkerung lag die Anzahl von belasteten Nationalsozialisten wie Albrich unter der Vorarlberger Ärzteschaft doppelt so hoch: Während von den rund 20.000 als ehemalige Nationalsozialist/inn/en registrierten Vorarlberger/innen der Jahre 1945/47 sieben Prozent sogenannte Belastete waren, betrug deren Anteil unter den Ärzten 15 Prozent.¹⁵ In Tirol waren von 45.863 Registrierten 11 Prozent sogenannte Belastete; von den 380 registrierten Ärztinnen und Ärzten wurden 24 Prozent als belastete Nationalsozialist/inn/en eingestuft.¹⁶

13 WEBER, Aspekte 76.

14 Ich danke Mag. Christina Arnold (Birgitz) und Bruno Winkler (Schruns) für diesen Hinweis.

15 WEBER, Aspekte 75.

16 BEIMROHR, Entnazifizierung 102 f., 113.

Nahezu alle belasteten Mediziner und Medizinerinnen, in Tirol wie in Vorarlberg, wurden wie Albrich spätestens 1949 amnestiert und durften wieder praktizieren. Unter diesen Ärztinnen und Ärzten waren nach meinem Ermessen moralisch bedenkliche Männer wie zum Beispiel der Dornbirner Primar Dr. Bruno Rhomberg, der während der NS-Diktatur am Dornbirner Stadtspital an osteuropäischen Zwangsarbeiterinnen¹⁷ und an Vorarlberger Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen Abtreibungen¹⁸ vornahm. Am 22. Juni 1948 wurde er von den Folgen einer NS-Registrierung amnestiert: Rhomberg war im Mai 1933 im Alter von 47 Jahren der NSDAP und fünf Jahre später, im Juni 1938, der SA beigetreten. In letzterer hatte er den Rang eines Sanitätsobersturmführers bekleidet, weswegen er im November 1947 als belasteter Nationalsozialist registriert worden war.¹⁹

Aus dem Bregenzerwald sind in Akten des Vorarlberger Landesarchivs in Bregenz drei Frauen dokumentiert, an denen Dr. Bruno Rhomberg nach Antrag des Bregenzer Amtsarztes Dr. Theodor Leubner und einem einschlägigen Beschluss des sogenannten Erbgesundheitsgerichts in Feldkirch Zwangsabtreibungen durchführte. Eine dieser drei Frauen, die 23-jährige Rosa Feldkircher aus Egg, starb am 14. Dezember 1942 nach der von Rhomberg im fünften Monat vorgenommenen Schwangerschaftsunterbrechung angeblich an „*postoperativer Pneumonie*“.²⁰ Der Antrag zur Abtreibung und Sterilisierung war neben Leubner auch durch den Vormund von Rosa Feldkircher gestellt worden.²¹

2. Opfer der NS-„Euthanasie“ aus dem Bregenzerwald

Bei der 27-jährigen Anna Flatz aus Alberschwende wurde der Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung und Zwangsabtreibung von Dr. Theodor Leubner alleine gestellt. Sie war im sechsten Monat schwanger. Am 18. April teilte Rhomberg Leubner über die durch ihn vorgenommene Abtreibung mit:

*„Es handelte sich um eine weibliche 32 cm lange, 500 g schwere, lebende Frucht.“*²²

Bei der 20-jährigen Elisabeth Wüstner aus Mellau hingegen war der Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung im fünften Monat und Sterilisierung durch ihre eigene Mutter, ein NSDAP-Mitglied, und Leubner gestellt worden. Beide Eingriffe wurden von Rhomberg am 23. September 1942 am Stadtspital Dornbirn durchgeführt.²³

Es waren jedoch nicht nur Spitalsärzte wie Rhomberg und Amtsärzte wie Leubner, welche an der sogenannten Euthanasie mitwirkten, sondern auch Gemeindeärzte und Hebammen. Der Gemeindearzt von Alberschwende, Dr. Josef Schedler, war nach einem zeitgenössischen Bericht für die „*Fortschaffung und Tötung der geistesschwachen*

17 WEBER, Aspekte 75.

18 Thomas RÜSCHER, NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald und Anwendungsmöglichkeiten im Unterricht (Diplomarbeit, Innsbruck 2008) 33, 115 f, 116 f, 120 f.

19 VLA, BH Feldkirch, NS-Registrierungslisten Dornbirn, Meldeblatt Bruno Rhomberg.

20 RÜSCHER, NS-„Euthanasie“ 115 f.

21 RÜSCHER, NS-„Euthanasie“ 116.

22 VLA, LR Bregenz, Sippenakt 1041, Schreiben Rhomberg an Leubner vom 18.04.1944.

23 RÜSCHER, NS-„Euthanasie“ 121; VLA, LR Bregenz, Sippenakt 639.

und gebrechlichen Menschen aus der Gemeinde“ verantwortlich, die Schedler im „Luxusauto [...] wie zu einem freudigen Ausflug den Giftgaskammern entgegen“²⁴ führte. Schedler war nicht nur Ortsgruppenleiter der NSDAP in Alberschwende, sondern er war zudem „Beauftragter für Fragen der Volksgesundheit“ bei der Kreisleitung der NSDAP in Dornbirn. Ein Nachweis für die Behauptung der hier zitierten Quelle, dass Schedler Menschen mit Beeinträchtigungen in die „Giftgaskammern“ führte, findet sich in den einschlägigen Akten öffentlich zugänglicher Archive allerdings nicht.²⁵ Schedler war hinsichtlich seiner NS-Parteikarriere unter den Vorarlberger Ärztinnen und Ärzten kein Einzelfall. Ein weiterer Gemeindevorstand aus dem Bregenzerwald, der eine hohe Charge in der NSDAP bekleidete, war der aus Linz gebürtige und nach Kitzbühel zuständige Sulzberger Gemeindevorstand Dr. Walter Bültemeyer.

3. Eine NS-Täterbiografie aus Tirol und Vorarlberg: Dr. Walter Bültemeyer

Walter Bültemeyer wurde am 24. Mai 1909 in Linz geboren und studierte in Innsbruck Medizin. Dort war er Mitglied der akademischen Burschenschaft Pappenheimer. Seine Eltern Hermann und Anna waren nach Kitzbühel zuständig.²⁶ Am 8. Dezember 1931 trat Bültemeyer in Innsbruck der NSDAP bei. Am 25. März 1934 wurde er wegen Abbrennens eines Hakenkreuzfeuers auf der Nordkette verhaftet und zu fünf Wochen Arrest verurteilt.²⁷ Nach dem Abschluss seines Medizinstudiums war er von Juni 1938 bis April 1939 SA-Sanitäts-Obertruppführer in Kufstein.²⁸ Der SA war Bültemeyer im Juni 1938 beigetreten. Im Frühjahr 1939 erhielt er eine Stelle als Sprengelarzt in Eillmau.²⁹ Im Oktober 1941 wurde er vom Bregenzer NSDAP-Kreisleiter Hans Dietrich als Ortsgruppenleiter von Sulzberg angeworben. Dort ließ er sich zudem als Gemeindevorstand nieder.³⁰

Der erste Nachkriegsbürgermeister von Sulzberg, Gebhard Gieselbrecht, beurteilte Dr. Walter Bültemeyer und den NS-Bürgermeister Johann Gieselbrecht in einem Schreiben an die BH Bregenz im September 1945 folgendermaßen:

„... man musste ihnen dankbar sein, daß sie das Amt überhaupt annahmen, um auf diese Weise mangels orteigener Leute die Einsetzung fremder und radikaler Elemente zu verhindern. Von Verfolgung andersdenkender Leute konnte all die Jahre hier nicht die Rede sein. Bgm. Gieselbrecht und Dr. Bültemeyer taten beim Zusammenbruch alles, um Kampf und Zerstörung von der Gemeinde fernzuhalten. Nachrückende SS und Werwolfleute wollten sie deshalb erschießen und schoß auch dem einen mit MP nach. Daß sich die ganze Gemeinde ohne Unterschied der Partei darüber freute, daß beide entrannen, ist Beweis genug für ihre Mäßigung.“³¹

24 Wolfgang WEBER (Hg.), NS-Herrschaft am Land. Die Jahre 1938 bis 1945 in den Selbstdarstellungen der Vorarlberger Gemeinden des Bezirks Bregenz (= Quellen zur Geschichte Vorarlbergs 1, Regensburg 1999) 35.

25 Zu Schedler und dessen Involvierung in die NS-Herrschaft und die NS-„Euthanasie“ siehe: Wolfgang WEBER, Opfer und Täter der NS-Diktatur in Alberschwende. In: WEBER, BEREUTER, HAMMERER (Hg.), Nationalsozialismus 10–36, hier 25–26.

26 Landesgericht Feldkirch (in der Folge: LGF) Vg Vr 268/46, Vernehmungprotokoll vom 29.04.1946, 1–2.

27 LGF Vg Vr 268/46, Vernehmungprotokoll vom 29.04.1946, 2; Schreiben Gendarmerieposten Doren an Staatsanwaltschaft Feldkirch vom 12.03.1946.

28 LGF Vg Vr 268/46, Vernehmungprotokoll vom 29.04.1946, 2.

29 LGF Vg Vr 268/46, Schreiben Gendarmerieposten Eillmau an Bezirksgericht Bregenz vom 12.07.1946.

30 LGF Vg Vr 268/46, Vernehmungprotokoll vom 29.04.1946, 3.

31 WEBER (Hg.), NS-Herrschaft 212.

Tatsächlich wurde unter Gieselbrecht und Bültemeyer sehr wohl verfolgt und es geschah Unrecht. So wurden z. B. sechs Frauen und drei Männer mit geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen, die nach Sulzberg zuständig waren, Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“.³² Im August 1944 wurde der 48-jährige Senn Josef Fink verhaftet und in das Landesgericht Feldkirch überstellt, wo ein Sondergerichtsverfahren gegen ihn eingeleitet wurde, das aber wegen der Befreiung von der NS-Herrschaft im Frühling 1945 nicht mehr zum Tragen kam.³³

Die österreichischen Behörden nach 1945 wussten um dieses Unrecht. Gegen Bültemeyer wurde nach der Befreiung aufgrund der Paragraphen 10 und 11 des Verbotsgesetzes beim Landesgericht Feldkirch Anklage erhoben. Am 4. Januar 1949 wurde das Verfahren wegen Hochverrat (§ 10) und Verbrechen gegen die Menschlichkeit (§ 11) gegen ihn jedoch eingestellt. Die 1945 als Sühne für seine leitende NS-Tätigkeit verhängte Vermögensbeschlagnahme wurde im Januar 1949 aufgehoben. Bereits ein halbes Jahr zuvor war Bültemeyer, der zwischen 1945 und 1947 auf dem Hof des Sulzberger Bauern Anton Hirschbühl, NSDAP-Mitglied seit 1. Januar 1939, als landwirtschaftlicher Hilfsarbeiter beschäftigt war, vom nach Kriegsende erlassenen Berufsverbot amnestiert worden. Denn sowohl die Vorarlberger Ärztekammer als auch die Bezirkshauptmannschaft Bregenz als Entnazifizierungsbehörde waren der Meinung, dass *„Dr. Bültemeyer seine Stellung als Organisationsleiter [der NSDAP] niemals missbraucht hat“*.³⁴

Der Gendarmerieposten in Ellmau, wo Bültemeyer 1939/40 als Sprengelarzt tätig war, schätzte dessen NS-Aktivitäten allerdings anders ein. Am 12. Juli 1946 berichtete er dem ermittelnden Bezirksgericht in Bregenz:

*„Sein Verhalten während seines kurzen Aufenthaltes in Ellmau war ausschließlich nationalsozialistisch. Er genoss bei der Ortsgruppe, eben als alter Kämpfer, das beste Vertrauen. Dr. Bültemeyer war mit Vorsicht zu betrachten. Er hätte nicht gescheut, eventuelle damalige Gegner des Nationalsozialismus, die offen aufgetreten wären oder gegen seine politische Anschauung gesprochen haben, anzuzeigen. Bei Ausbruch des Krieges im Jahre 1939 zeigte Dr. Bültemeyer besondere Begeisterung für den Kampf des Nationalsozialismus. Er ... bedauerte oftmals, das er nicht zu Beginn des Krieges einberufen worden ist.“*³⁵

Tatsächlich hatte Bültemeyer im November 1939 den Ellmauer Bauern Sebastian Zott beim nationalsozialistischen Winterhilfswerk angezeigt, weil jener sich weigerte, für das Winterhilfswerk zu spenden. Bültemeyers Begeisterung für den Nationalsozialismus ließ aber offenbar mit Verlauf des Krieges und mit seiner Versetzung nach Vorarlberg nach. Übereinstimmenden Berichten des politischen Ortsausschusses von Sulzberg und des Gendarmeriepostens Doren vom März

32 Zu den Biografien der Sulzberger Opfer siehe: RÜSCHER, NS-„Euthanasie“ 100–104.

33 JOHANN-AUGUST-MALIN-GESSELLSCHAFT (Hg.), Von Herren und Menschen. Verfolgung und Widerstand in Vorarlberg 1933–1945 (= Beiträge zu Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 5, Bregenz 1985) 288.

34 VLA, BH Bregenz I-1402-B-271/1948, Schreiben BH Bregenz an BH Innsbruck vom 15.11.1948.

35 LGF Vg Vr 268/46, Schreiben Gendarmerieposten Ellmau an Bezirksgericht Bregenz vom 12.07.1946.

und Juli 1946 zu Folge war es Bültemeyer und NS-Bürgermeister Gieselbrecht zu verdanken, dass Sulzberg bei Kriegsende vor Zerstörungen durch Einheiten der Deutschen Streitkräfte bewahrt wurde. Denn diese beiden hatten das Hissen weißer Flaggen befohlen, als „die Deutschen“ noch im Dorf waren, worauf diese Bültemeyer und Gieselbrecht standrechtlich erhängen wollten, die aber in die umliegenden Wälder geflohen waren.³⁶ Diese Tat und sein in Sulzberg angeblich auf „gar nicht diktatorischer Einstellung“³⁷ basierendes Wirken als NSDAP-Ortsgruppenleiter bewahrten Bültemeyer nach 1945 vor den Folgen einer Registrierung als Illegaler bzw. NS-Belasteter. Er ließ sich nach 1947 als Allgemeinmediziner in Wattens in Tirol nieder.

Bültemeyer und Schedler waren die einzigen der zwölf namentlich bekannten Bregenzerwälder Ärzte der Jahre der NS-Diktatur, welche eine Funktion in der NSDAP ausübten. Alle zwölf Ärzte waren aber Mitglied zumindest einer NS-Organisation.

4. Die Bregenzerwälder Ärzte und ihr Engagement für die NS-Diktatur

Von den zwölf über unterschiedliche Überlieferungen in öffentlich zugänglichen Archiven namhaft zu machenden Ärzten im Bregenzerwald waren elf Mitglied der NSDAP. Das einzige Nicht-NSDAP-Mitglied war jedoch ebenfalls Mitglied einer NS-Organisation, nämlich der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt.³⁸ Sechs der zwölf Ärzte waren während ihrer Studienjahre in Graz, in Innsbruck und in Wien katholischen Studentenverbindungen beigetreten, zwei weitere katholischen Freizeitverbindungen. Zumindest diese acht galten den NS-Behörden als „Schwarze“. Bei einigen von ihnen lässt sich durch Akten des Entnazifizierungsverfahrens im Jahr 1947 nachweisen, dass ihnen nach dem sogenannten Anschluss 1938 nahegelegt worden war, entweder der NSDAP beizutreten oder ihren Arbeitsplatz als Gemeindefeldarzt zu verlieren. Alle Betroffenen kamen dieser Aufforderung nach und traten der NSDAP bei, zwei zudem noch der SA, einer dem NSKK.³⁹

Einer dieser „schwarzen Ärzte“ war der Andelsbucher Gemeindefeldarzt Dr. Gebhard Riedmann. Ihm wurde vom NSDAP-Kreisärztführer Dr. Ernst Stolz im Juni 1938 nahegelegt, ein eindeutiges Zeichen für seine positive Einstellung zum NS-Staat zu setzen, andernfalls werde er seine Stelle verlieren.⁴⁰ Riedmann trat daher der NSDAP, dem NSKK, der SA und dem NS-Ärztebund bei, blieb aber, wie er in seinem Entnazifizierungsverfahren 1947 betonte, die ganze „Zeit des Nationalsozialismus ausübendes Mitglied des hiesigen Kirchenchors“.⁴¹ Am 21. Juni 1940 zeigte Riedmann in seiner Funktion als Gemeindefeldarzt die 36-jährige Ida Moosbrugger aufgrund des Artikel 3 Abs. 4 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nach-

36 LGF Vg Vr 268/46, Schreiben Gendarmerieposten Ellmau an Bezirksgericht Bregenz vom 12.07.1946; Schreiben Gemeindeamt Sulzberg Politischer Ortsausschuss an Bezirksgericht Bregenz vom 09.07.1946.

37 LGF Vg Vr 268/46, Schreiben Gendarmerieposten Ellmau an Bezirksgericht Bregenz vom 12.07.1946.

38 Zu diesen Zahlen siehe: Wolfgang WEBER, *Ärzte und Nationalsozialismus in Vorarlberg und im Bregenzerwald*. In: WEBER, BEREUTER, HAMMERER (Hg.), *Nationalsozialismus* 166–169.

39 Zu allen hier genannten Zahlen siehe: WEBER, *Ärzte* 154–179.

40 Zu diesen Zahlen siehe: WEBER, *Ärzte* 162.

41 VLA, BH Bregenz I-1402-R-61/1947, undatiertes Schreiben Riedmann an BH Bregenz, 2.

wuchses beim Amtsarzt in Bregenz an, weil sie an „*manisch-depressivem Irresein*“ leide.⁴² Am 2. Oktober 1940 wurde Ida Moosbrugger in die sogenannte Gau-Heil- und Pflegeanstalt Valduna in Rankweil überstellt. Von dort wurde sie am 8. März 1941 nach Hall deportiert. Sie überlebte die NS-Euthanasie und kehrte am 18. September 1945 in die Valduna zurück.⁴³ Im Mai 1948 sprach sich die Vorarlberger Ärztekammer für eine Amnestierung von Riedmann aus, der im Jahr zuvor als minderbelasteter Nationalsozialist registriert worden war. Am 16. Juli 1948 wurde die Amnestierung rechtskräftig.⁴⁴

Wie die Ärzte kooperierten auch die Hebammen des Bregenzerwaldes bei der sogenannten Euthanasie mit den staatlichen Behörden. Dafür wurde eingangs mit Maria Berkman bereits ein Beispiel gegeben. Die NSDAP-Organisationsdichte der Hebammen war aber weitaus geringer als jene der Ärzte: Von den 22 Hebammen des Bregenzerwaldes waren nur zwei Mitglied der NSDAP. Im gesamten Bezirk Bregenz, zu dem der Bregenzerwald verwaltungstechnisch zählte, waren drei von 41 Hebammen Mitglied der NSDAP.⁴⁵

Dass eine Kooperation nicht in jedem einzelnen Fall zwingend notwendig war, zeigt das Beispiel des Auer Gemeindefarztes Dr. Franz Ganthaler, der 1941 eine ganze Familie dadurch vor der Sterilisierungswut des Bregenzer Amtsarztes Dr. Theodor Leubner rettete, dass er dieser ein Gutachten über „Erbgesundheit“ ausstellte, obwohl die Anzeige eines Familienmitgliedes nach dem hier schon mehrfach genannten Artikel 3 Abs. 4 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses über den zuständigen Stabsarzt des Wehrkreiskommandos erfolgt war.⁴⁶ Ganthaler war ebenfalls einer der „schwarzen“ Ärzte, denen von der NS-Diktatur berufliche Konsequenzen angedroht worden waren, wenn sie sich nicht eindeutig zum NS-Staat bekennen sollten. Der NS-Landeshauptmann Anton Plankensteiner hatte ihm nach eigener Aussage im April 1938 anlässlich einer Vorsprache in Bregenz gedroht: „*Sie sind CV-er, Sie sind ein Schwarzer, Sie müssen fort.*“⁴⁷

Am 4. November 1938 wurde Dr. Franz Ganthaler durch den Kreisärztführer der NSDAP Dr. Ernst Stolz der Kassenvertrag gekündigt, am 13. Juni 1939 erhielt er durch die NSDAP-Kreisleitung in Bregenz ein Operationsverbot für das in Au befindliche Krankenhaus, als dessen ärztlicher Leiter er bis dahin fungiert hatte. Am 26. August 1939 wurde Ganthaler zur Wehrmacht einberufen, machte den sogenannten Polenfeldzug als Frontarzt bei der Gebirgsjägerdivision 137, I. Baon 3. Kompanie, mit – und wurde am 19. Oktober 1939 nach Intervention von General Valentin Feuerstein und einem einschlägigen Antrag der Gemeinde Au und des Landrates in Bregenz „für die Dauer des Krieges“ als Gemeinde- und Sprengelarzt von Au kriegsdienstverpflichtet – und damit vom aktiven Militärdienst befreit. Nach Ganthalers eigener Darstellung wenige Monate nach dem Kriegsende 1945 war die Auer NSDAP für, die Kreisleitung der NSDAP in Bregenz gegen ihn eingestellt.⁴⁸ Daher hätte er auf Bitten der Auer NSDAP-Ortsgruppe

42 VLA, LR Bregenz, Sippenakt 188, Anzeige Riedmann an Amtsarzt Leubner vom 21.06.1940.

43 Zu den Daten der Einlieferung in die Valduna, der Deportation nach Hall und der Rückkehr siehe: RÜSCHER, NS-„Euthanasie“ 97.

44 Zu diesen Zahlen siehe: WEBER, Ärzte 163.

45 Das waren Maria Berkman aus Lingenau, Elisabeth Riezler aus Schröcken und Anna Moskat aus Kennelbach, siehe: VLA, BH Bregenz, NS-Registrierungslisten Kennelbach, Lingenau, Schröcken.

46 VLA, LR Bregenz, Sippenakt 473, Anzeige Stabsarzt an Amtsarzt vom 16.09.1941; Schreiben Ganthaler an Leubner vom 28.03.1941.

47 VLA, BH Bregenz I-1402-G-82/1947, Abschrift Schreiben Franz Ganthaler vom 15.11.1945, 1.

48 VLA, BH Bregenz I-1402-G-82/1947, Abschrift Schreiben Franz Ganthaler vom 15.11.1945, 2.

im Dezember 1938 den Status als provisorisches Parteimitglied angemeldet und wurde mit 1. Januar 1941, wenige Wochen vor dem Beginn der nationalsozialistischen „Euthanasie“ in Vorarlberg, als ordentliches Mitglied in die NSDAP aufgenommen.⁴⁹

5. Resümee

Das von Ganthaler und anderen „schwarzen“ Ärzten nach 1945 angeführte Entlastungsargument, aus existentieller Not der NSDAP bzw. einer ihrer Gliederungen beigetreten zu sein, ist im Einzelfall sowohl über Quellen als auch menschlich nachvollziehbar. Es kann aber meines Erachtens nicht die Kooperation der Gesundheitsberufe mit dem NS-Regime hinsichtlich des massenhaften Tötens und Verstümmelns von Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen entschuldigen. Diese fand statt, wie die hier vorgestellten Beispiele aus dem Bregenzerwald dokumentieren.

Von den zwölf namentlich bekannten Bregenzerwälder Ärzten ist in den im Vorarlberger Landesarchiv dokumentierten Akten nur die erwähnte Widersetzlichkeit von Dr. Franz Ganthaler, jedoch kein offener Widerstand gegen die NS-„Euthanasie“ dokumentiert. Das ist ein für mich überraschender Befund, denn diese Akten sind Akten des Entregistrierungsverfahrens, in denen ein Engagement gegen den Nationalsozialismus zentral für die Argumentation war. Folgerichtig führten die „schwarzen“ Ärzte darin ihre Mitgliedschaft in katholischen Studenten- und Freizeitverbindungen als Indiz für ihre antifaschistische Grundhaltung an. Gerade bei diesen katholisch gebundenen Männern wäre jedoch aufgrund ihres Bekenntnisses zur christlichen Weltanschauung ein Engagement gegen die Ermordung von Menschen mit Beeinträchtigung zu erwarten gewesen. Das Fehlen einer solchen Argumentation lässt zwei Schlüsse zu:

1. Diese Ärzte verschwiegen die NS-„Euthanasie“ nach 1945 aus Scham darüber, dass sie nichts dagegen unternommen hatten, oder
2. sie schwiegen aus Scham, weil sie darin involviert waren.

Die von Thomas Rüscher in seiner 2008 an der Universität Innsbruck approbierten Diplomarbeit akribisch nachvollzogenen Schicksale von 118 Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“ aus dem Bregenzerwald, von denen 66 ermordet wurden, verifizieren beide hier genannten Lesarten, Scham und Involvierung. Die Bregenzerwälder Ärzte sind jedoch kein Sonderfall, sondern sie stehen repräsentativ für ihre Berufsgruppe. Das zeigt etwa die ebenfalls 2008 an der Universität Innsbruck approbierte Diplomarbeit von Veronika Pöll über die Geschichte des NS-Gesundheitswesens im Bezirk Imst.⁵⁰

49 Diese späte Aufnahme als ordentliches Mitglied der NSDAP bestätigt seine Mitgliedsnummer von 8.444.757.

50 Veronika PÖLL, Die Geschichte des Gesundheitswesens im Bezirk Imst zwischen 1938 und 1945 und deren fachdidaktische Aufarbeitung (Diplomarbeit, Innsbruck 2008).

Literatur:

- ALBRICH Edwin, Die Bedeutung der B-Vitamine für die Permeabilität der Capillaren. Ein Beitrag zum Nephrose-Nephritis-Problem (Berlin 1943).
- BEIMROHR Wilfried, Entnazifizierung in Tirol. In: Walter SCHUSTER, Wolfgang WEBER (Hg.), Entnazifizierung im regionalen Vergleich (= Historisches Jahrbuch der Stadt Linz 2002, Linz 2004) 97–116.
- BERGER Jutta, Kein Euthanasiegedenken am Soldatengrab warnen Veteranen. In: Der Standard (16. Dezember 2008).
- von CRANACH Michael, Hans-Ludwig SIEMEN (Hg.), Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945 (München 1999).
- GRABHER Michael, Irmfried Eberl. „Euthanasie“-Arzt und Kommandant von Treblinka (Frankfurt/Main u.a 2006).
- GEHLER Michael, „Heilen durch Töten“ oder „Gott und Welt vergasen“ – Vom Medizinstudent zum Massenmörder: Biographische Annäherungen zu Dr. Irmfried Eberl 1910–1948. In: Sabine PITSCHEIDER, Rolf STEININGER (Hg.), Tirol und Vorarlberg in der NS-Zeit (= Innsbrucker Forschungen zur Zeitgeschichte 19, Innsbruck u.a. 2002) 361–382.
- JOHANN-AUGUST-MALIN-GESELLSCHAFT (Hg.), Von Herren und Menschen. Verfolgung und Widerstand in Vorarlberg 1933–1945 (= Beiträge zu Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 5, Bregenz 1985).
- PÖLL Veronika, Die Geschichte des Gesundheitswesens im Bezirk Imst zwischen 1938 und 1945 und deren fachdidaktische Aufarbeitung (Diplomarbeit, Innsbruck 2008).
- RÜSCHER Thomas, NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald und Anwendungsmöglichkeiten im Unterricht (Diplomarbeit, Innsbruck 2008).
- SCHUSTER Walter, WEBER Wolfgang (Hg.), Entnazifizierung im regionalen Vergleich (= Historisches Jahrbuch der Stadt Linz 2002, Linz 2004).
- THOMA Gerhard, Eine neue Kultur des Rememberns. In: Vorarlberger Nachrichten (15. Dezember 2008) A5.
- THOMA Gerhard, Kameradschaftsbund begrüßt Projekt. In: Vorarlberger Nachrichten (15. Dezember 2008) A5.
- WEBER Wolfgang (Hg.), NS-Herrschaft am Land. Die Jahre 1938 bis 1945 in den Selbstdarstellungen der Vorarlberger Gemeinden des Bezirks Bregenz (= Quellen zur Geschichte Vorarlbergs 1, Regensburg 1999).
- WEBER Wolfgang, Aspekte der administrativen Entnazifizierung in Vorarlberg. In: Walter SCHUSTER, Wolfgang WEBER (Hg.), Entnazifizierung im regionalen Vergleich (= Historisches Jahrbuch der Stadt Linz 2002, Linz 2004) 59–96.

WEBER Wolfgang, BEREUTER Kurt, HAMMERER Andreas (Hg.), Nationalsozialismus im Bregenzerwald unter besonderer Berücksichtigung der NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald (= Reihe Bregenzerwald 1, Rankweil 2008).

WEBER Wolfgang, Opfer und Täter der NS-Diktatur in Alberschwende. In: Wolfgang WEBER, Kurt BEREUTER, Andreas HAMMERER (Hg.), Nationalsozialismus im Bregenzerwald unter besonderer Berücksichtigung der NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald (= Reihe Bregenzerwald 1, Rankweil 2008) 10–36.

WEBER Wolfgang, Ärzte und Nationalsozialismus in Vorarlberg und im Bregenzerwald. In: Wolfgang WEBER, Kurt BEREUTER, Andreas HAMMERER (Hg.), Nationalsozialismus im Bregenzerwald unter besonderer Berücksichtigung der NS-„Euthanasie“ im Bregenzerwald (= Reihe Bregenzerwald 1, Rankweil 2008) 154–179.

WEBER Wolfgang, Von Silbertal nach Sobibor. Über Josef Vallaster und den Nationalsozialismus im Montafon (= Schriftenreihe der Rheticus Gesellschaft 48, Feldkirch 2008).

URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Hans_Eppinger_junior [Zugriff am 14.07.2008].

URL: <http://www.schwabenakademie.de/programm/chronologisch.php?rowid=1595> [Zugriff am 03.04.2009].

URL: <http://www.stolpersteine.com/start.html> [Zugriff am 03.04.2009].



PROJEKTBERICHTE



DER TEUFEL IN GRAZ

Heilungen von dämonischer Besessenheit um 1600 im soziokulturellen Kontext – ein Werkstattbericht

Vorgestellt werden soll ein Editionsprojekt,¹ das derzeit in Arbeit ist. Es betrifft die Veröffentlichung von zeitgenössischen Aufzeichnungen über drei Grazer Exorzismusfälle der Jahre 1599 und 1600. Da sich unsere Beschäftigung mit dem Manuskript erst im Stadium der Textkritik und der Einbettung in den regionalen historischen Kontext befindet, können keine abschließenden Ergebnisse präsentiert, jedoch erste Erkenntnisse und Hinweise zur weiteren Auswertung – vor allem hinsichtlich der angewandten Heilungsrituale – eines solchen Textes vorgestellt werden.

Beim titellosen, 399 kleinformatige Seiten umfassenden Text handelt es sich um eine bislang wenig beachtete, religions-, sozial-, kultur- und medizinhistorisch jedoch höchst aufschlussreiche Niederschrift, die kurz nach 1600 verfasst wurde und im Archiv der Diözese Graz-Seckau aufbewahrt ist.² Die darin enthaltenen Berichte beziehen sich auf spektakuläre Teufelsaustreibungen, die in Graz in den Jahren 1599 und 1600 an drei Personen durchgeführt worden waren, sowie deren Vorgeschichten und Nachwirkungen. Der habsburgische Hof spielte hierbei eine wesentliche Rolle und übernahm zum Teil selbst die Organisation der Unterbringung, Betreuung und Behandlung der Betroffenen. Gemeinsam mit etlichen Welt- und Ordenspriestern betätigte sich mit dem Passauer Bischof Leopold V. auch ein habsburgischer Erzherzog und Bruder des späteren Kaisers Ferdinand II. als Exorzist.

1. Zum Autor und zur Überlieferungsgeschichte

Auch die schriftliche Abfassung der nachträglichen Aufzeichnungen war vom Grazer Hof initiiert worden, wobei an eine Drucklegung gedacht war. Autor war der Hofkaplan der erzherzoglichen Familie in Graz, Paulus Knor von Rosenrodt, ein Angehöriger der aus Schlesien stammenden, von Maximilian I. in den Ritter- und von Leopold I. in den Freiherrenstand erhobenen Familie Knor (Khnorr) von Rosenrodt (Rosenroth).³ In der Handschrift bezeichnet er sich selbst als „Eltister Hoffkaplan vnd Protonotarius Apostolicus sub annulo piscatoris“⁴, der

1 Die Edition wird von der Stiftungs- und Förderungsgesellschaft der Paris-Lodron-Universität Salzburg finanziell unterstützt.

2 Diözesanarchiv Graz, Handschriften-sammlung, Sig. XIX-A-9. Die Handschrift wird im Folgenden als „Ms.“ bezeichnet.

3 Vgl. Johann Heinrich ZEDLER, Großes vollständiges Universal-Lexikon ..., Reprint der Ausgabe Halle u. Leipzig 1732–1754 (Graz 1961) XV 573.

4 Ms. VIII.

- 5 Der „status particularis regiminis“ des Wiener Hofes von 1637 nennt ihn an 4. Stelle der Hofgeistlichen; vgl. UB Wien I 271404; nunmehr zugänglich im Internet unter: URL: www.univie.ac.at/Geschichte/wienerhof/wienerhof2/register1.htm (abgefragt zuletzt am 01.03.2009); Projektseite „Patronage- und Klientelssysteme am Wiener Hof“ von Gernot HEISS u.a. – Exakte Lebensdaten von Paulus Knor von Rosenrodt kennen weder ZEDLER, Grosses vollständiges Universal-Lexikon, IX 1163–1166, noch Constant von WURZBACH, Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich (Wien 1864) XII 170–172.
- 6 Martin(o) Antonio DELRIO, *Disquisitiones magicarum Libri sex. Quibus continetur accurata curiosarum artium et vanarum superstitionum confutatio, utilis theologis, juris-consultis, medicis, philologis* (Köln 1603). In der Salzburger Universitätsbibliothek und der Stiftsbibliothek St. Peter einsehbar sind Ausgaben der Jahre 1612, 1679 und 1720; weitere Drucke datieren aus den Jahren 1623 und 1624. – Vgl. auch die Dissertation von Edda FISCHER, Die „Disquisitionum magicarum Libri sex“ von Martin Delrio als gegenreformatorische Exempel-Quelle (Frankfurt/Main 1975).
- 7 Da die Betroffenen in mehreren Publikationen bereits mit vollen Namen genannt wurden, wird von uns auf eine Anonymisierung verzichtet.
- 8 Vgl. FISCHER, *Disquisitionum* 1 u. 121.
- 9 Leopold SCHUSTER, Fürstbischof Martin Brenner. Ein Charakterbild aus der steirischen Reformations-Geschichte (Graz/Leipzig 1898) 624–640.
- 10 Fritz BYLOFF, *Der Teufelsbündler. Eine Episode aus der steirischen Gegenreformation* (Graz 1926).
- 11 Vgl. Michel FOUCAULT, *Die Anomalen. Vorlesungen am Collège de France* (1974–1975) (Frankfurt/Main 2003) 270.

neben einer Reihe anderer Geistlicher mit den Exorzismen beauftragt worden war.⁵ Der Seckauer Bischof Martin Brenner (1548–1616), salzburgisch-erzbischöflicher Generalvikar für die Steiermark und bevollmächtigter Kommissar für die Durchführung der ‚Gegenreformation‘ in Innerösterreich, war ebenfalls in die Vorgänge rund um die beschriebenen Exorzismen involviert. Er hielt das ihm zur Zensur und Erteilung der kirchlichen Druckerlaubnis vorgelegte Manuskript allerdings zurück – vielleicht weil er es nicht als geeignetes ‚Propagandamittel‘ für die katholische Kirche ansah, oder weil er möglicherweise auch mit manchen Inhalten unzufrieden war – und die geplante Publikation unterblieb schließlich. Die wahrscheinlich von Brenner selbst mit etlichen Korrekturen versehene Handschrift fand ihren Weg ins bischöfliche Archiv und wird dort bis heute sorgsam verwahrt, was der gute Erhaltungszustand des über 400 Jahre alten Manuskripts bezeugt.

Dennoch wurde der Text bereits wiederholt eingesehen und als Quelle verwendet. Ein früher Benützer war der Jesuit Martin Antonio Delrio (1551–1608), 1601–1603 Professor der Theologie an der Grazer Universität, der es für seine 1070 Seiten starke, zunächst 1600 in Löwen erschienene, in der Folge von den meisten Dämonologen verwendete und bis ins 18. Jahrhundert mehrfach aufgelegte *Magiologie* mit dem Titel „Disquisitionum magicarum Libri sex“⁶ heranzog. Er schöpfte aus dem Manuskript – in äußerst unkritischer Weise – Informationen über den ‚besessenen‘ Studenten „Heinrich von Mesyn“⁷ und schrieb die Heilungen den Jesuiten zu.⁸ Die bald darauf in Vergessenheit geratene Quelle wurde 1898 vom damaligen Bischof der Diözese Graz-Seckau, Leopold Schuster (1842–1927), ‚wiederentdeckt‘ und in einer Biographie über Martin Brenner in Form einer mehrseitigen Zusammenfassung der zentralen Inhalte ausgewertet.⁹ Ein gesteigertes Interesse der Geschichtswissenschaft blieb jedoch weiterhin aus, woran sich auch nach dem 1926 erfolgten Erscheinen eines 28-seitigen Bändchens mit dem Titel: „Der Teufelsbündler. Eine Episode aus der steirischen Gegenreformation“¹⁰ von Fritz Byloff wenig änderte.

2. Einige Hinweise auf Motivik und topische Erzählelemente

In den drei von Rosenroth referierten Fällen finden sich die meisten zeitgenössisch üblichen Motive und Strukturelemente der Teufelsbeschwörung, die hier nur punktuell und stichwortartig angedeutet werden können:

Zur Besessenheit führen u.a. zwei in der Literatur häufig erwähnte Motive: Eine fehlerhafte Taufe und das dadurch hervorgerufene heimtückische Eindringen der Dämonen zum einen,¹¹ sowie das Eingehen eines Teufelspaktes, um einer verzweifelten persönlichen Situation zu entkommen, zum anderen. Letzteres fiel innerhalb der sich noch

im Wandel befindlichen Lehre der Dämonologie eigentlich nicht in den Bereich der Besessenheit, sondern primär in den der Hexerei, wobei die beiden Phänomene um 1600 jedoch noch keineswegs klar unterschieden waren und sich etwa in geistlichen Institutionen auch weiterhin vermischt fanden.¹² Schon die verschiedenartigen Möglichkeiten der Entstehung der *possessio* bzw. – als Vorstufe dazu – der *circumsessio* deuten auf die Komplexität des Begriffes ‚dämonische Besessenheit‘ hin.¹³

Den Körper des/der Besessenen definiert Foucault als „Festung“, um welche eine „... Schlacht zwischen dem Dämon und der Besessenen, die Widerstand leistet ...“¹⁴, geführt wird, wobei sich der Leib bald auf die Seite des Teufels, bald auf die Seite des christlichen Glaubens bzw. des Exorzisten schlägt. Das Wüten der Dämonen im Inneren – sie bringen unter anderem die Körpersäfte durcheinander und schwächen damit den Körper, verwirren bzw. verfälschen auch die geistige Wahrnehmung –¹⁵ ist erkennbar an Konvulsionen (Grimassenschneiden, aufgeblähter Hals etc.), an Schmerzen, Erblinden und Ertauben sowie auch an dem im „Rituale Romanum“¹⁶ nicht erwähnten, nach weit verbreiteten Auffassungen jedoch als typisches Merkmal für Besessenheit geltenden Ausscheiden von Fremdkörpern und Tieren (Käfern). Weiters erkennt man diese an ungewöhnlichen Vorfällen wie dem plötzlichen Entrücktwerden aus abgeschlossenen Räumen und dem Auffinden der Person an entfernten Orten, am plötzlichen mächtigen Hochgehobenwerden in die Lüfte oder aber – im Gegensatz dazu – an einer lang anhaltenden ‚Totenstarre‘, an Furcht einflößendem Lärm in verschiedener Ausformung (Brausen, Krachen, Blitz und Donner), am Erscheinen von vielen, teils auch im Raum sichtbaren und namentlich benannten Dämonen, wie auch am Erscheinen des Teufels in unterschiedlichen Gestalten (als ‚schöner Jüngling‘, als ‚weinendes altes Weib‘, als ‚schwarzer Hund‘ u.a.).

Hinsichtlich der rituellen Handlungspraxis entsprechen ebenfalls die meisten in der Handschrift angeführten Elemente den zeitgenössischen ‚Standardaktivitäten‘ beim Umgang mit Besessenheit: Die Exorzismen fanden an verschiedenen Orten, besonders in Kirchen sowie unter Einsatz mehrerer Geistlicher (Weltpriester, Jesuiten, Augustiner, Franziskaner) statt, was eine gewisse Rivalitätssituation implizierte (die möglicherweise auch einen Grund für die ‚Unterschlagung‘ des Manuskripts bildete). Der Einsatz der auf die Austreibungsformeln folgenden Gebete erfolgte teils in Abgeschiedenheit, teils öffentlich vor zahlreichen Personen. Auch die Verwendung von Weihwasser, das Umhängen und Auflegen religiöser Gegenstände, die abermalige Rückkehr des Teufels nach vollzogener Austreibung und eine erneut notwendige Abwehr entsprachen den üblichen Mustern.

12 Vgl. z.B. einen Exorzismusfall der 1650/60er Jahre im Benediktinen-Frauenstift Nonnberg: Gerhard AMMERER: Fälle von „echter“ und „falscher“ Besessenheit und die Schwierigkeiten der Salzburger Kirche im Umgang damit. Vortrag bei der Gesellschaft für Salzburger Landeskunde v. 14. Jan. 2009.

13 Vgl. zur traditionellen Auffassung der katholischen Kirche: Adolf Rodewyk, Die Dämonische Besessenheit in der Sicht des *Rituale Romanum* (Aschaffenburg 1963).

14 FOUCAULT, Die Anormalen 275.

15 Vgl. Renate S. KLINNERT, Von Besessenen, Melancholikern und Betrügnern. Johann Weyers *De Praestigiis Daemonum* und die Unterscheidung der Geister. In: Hans de WAARDT u.a. (Hg.), *Dämonische Besessenheit* 89–105, hier 92 f. Wie auch anhand des Grazer Manuskripts nachvollziehbar, scheint als häufiges Motiv die Verführung des Teufels zum Selbstmord auf. Vgl. auch Gernot HEISS, Konfessionelle Propaganda und kirchliche Magie. Berichte der Jesuiten über den Teufel aus der Zeit der Gegenreformation in den mitteleuropäischen Ländern der Habsburger. In: *Römische Historische Mitteilungen* 32/33 (1990/91) 103–152, hier 109.

16 Das „*Rituale Romanum*“ sollte als Richtlinie der katholischen Kirche ab dem frühen 17. Jahrhundert die Form jener sakramentalen Handlungen regeln, die außerhalb der Messe stattfinden, und enthält Vorschriften u.a. zur Vornahme der Taufe, der Eheschließung, der Krankensalbung und eben auch des Exorzismus. Die ursprüngliche Edition von 1614 ist seit kurzem durch Neudruck gut zugänglich: Manlio SODI, Juan Javier Flores ARCAS (Hg.), *Rituale Romanum. Editio Princeps* (1614) (= *Monumenta Liturgica Concilii Tridentini*, Città del Vaticano 2004).

- 17 Vgl. z.B. die Analyse der mehrfach aufgelegten Predigt des Wiener Jesuiten Georg Scherer von 1583 bei: HEISS, *Konfessionelle Propaganda* 133–142, 144 u. 151.
- 18 Vgl. Hans de WAARDT, *Dämonische Besessenheit. Eine Einführung*. In: Hans de WAARDT u.a. (Hg.), *Dämonische Besessenheit* 9–35, hier 12.
- 19 Vgl. dazu ausführlich: Harm KLUE-TING, *Das konfessionelle Zeitalter 1525–1648* (= Uni-Taschenbücher 1556, Stuttgart 1989).
- 20 Johann WEYER (WIER) übte in seinem stark rezipierten und zahlreiche Auflagen erlebenden Werk „De praestigiis daemonum“ (Von den Blendwerken der Dämonen, 1563) vor allem Kritik an den teuflausstreibenden Klerikern, die sich in den Berufsstand der Ärzte einmischten.
- 21 „So entstand ... zwischen den Geistlichen beider Confessionen ein ... Wett-eifer, den Teufel aus Besessenen auszutreiben. Wenn da, wo beide Kirchen zusammenstießen, ein Besessener auftrat, suchte jede Confession die Macht ihres Glaubens dadurch zu beweisen, daß sie sich des Patienten bemächtigte und ihn heilte, – die Evangelischen durch das Gebet der Geistlichen und der Gemeinde, die Katholischen durch Exorcismus. Die gerettete Seele erreichte dann der glücklichen Kirche zum Ruhm“. Gustav FREYTAG, *Der deutsche Teufel im 16. Jahrhundert*. In: Gustav FREYTAG (Hg.), *Bilder aus der deutschen Vergangenheit* (Leipzig 1859) Teil 1, Kap. 12.
- 22 Vgl. dazu ausführlich: H. C. Erik MIDELFORT, *The Devil and the German People: Reflections on the Popularity of Demon Possession in Sixteenth-Century German*. In: Steven OZMENT (Hg.), *Religion and Culture in the Renaissance and Reformation* (= Sixteenth Century Essays & Studies 11, Kirchtville 1989) 99–119; H. C. Erik MIDELFORT, *Witchcraft, Magic and the Occult*. In: Steven OZMENT (Hg.), *Reformation Europe. A Guide to Research* (St. Louis 1982) 183–209. Vgl. auch: Elisabeth REISENHOFER, *Besessenheit und Exorzismus in der deutschen Literatur des 16. und 17. Jahrhunderts – Strukturen finalistischer Argumentation* (Dissertation, Wien 1996) 196–205. – Eine Reihe von Fällen aus der Zeit zwischen 1560 und 1600 beschreibt weiters HEISS, *Konfessionelle Propaganda*.
- 23 Explizit darauf hinweisend: Philipp STENZING, *Die Schule des Teufels. Der Exorzismus in den Glaubenskämpfen der Reformationszeit* (=

3. Zur Frage der Einordnung und der Wertigkeit der Quelle

Neben Flugschriften, Predigten¹⁷ und Pamphleten stammt der Großteil der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Exorzismuspraktiken aus publizierten oder unpublizierten ‚Erfahrungsberichten‘, die, wie es auch in Graz der Fall war, von daran Beteiligten selbst verfasst wurden.¹⁸ Die Austreibung von Dämonen, das zeigt diese Schrift ebenso deutlich, ist nicht zuletzt als Phänomen der Polarisierungen des konfessionellen Zeitalters und der Glaubenskonsolidierung zu sehen.¹⁹ Heilungen von ‚Besessenen‘ stellte man gezielt – allerdings keineswegs immer kritiklos –²⁰ in den Dienst der religionspolitischen Auseinandersetzungen. Das sohin funktionalisierte, als ‚Wunderheilung‘ dargestellte Sakramentale der katholischen Kirche wurde publikumswirksam ausgestaltet und vielfach der Öffentlichkeit auch im Druck mitgeteilt.

Im Fall von Katharina Herbstin etwa erfolgte am Neujahrstag 1600 im Grazer Dom die ‚Befreiung‘ von den sie quälenden Hauptdämonen Lucifer, Berith und Astaroth – letzterer wurde auch als Verführer Luthers und Calvins vorgestellt –, welche nunmehr in der Hölle schmachten würden. Auch der Student „Heinrich von Mesyn“, der angeblich lutherisch erzogen worden war und sich aus wirtschaftlicher Not dem Teufel verschrieben hatte, wurde von den katholischen Geistlichen geheilt, womit die apologetische Funktion der Teufelsaustreibungen deutlich wird: Nur der katholische Exorzist als Repräsentant des einzig wahren Glaubens hat Gewalt über die Teufel. Auf diese konfessionelle Polarisierung im Zeitalter der Glaubenskämpfe hat bereits Gustav Freytag, der eine Flugschriftensammlung zum Thema Exorzismus anlegte, in seinen „Bildern aus der deutschen Vergangenheit“ hingewiesen.²¹ Auf erfolgreiche Dämonenaustreibungen folgten Dankgottesdienste und -wallfahrten, bei denen dem versammelten Volk abermals die Macht der katholischen Kirche vermittelt wurde, was wiederum auf den bewussten Einsatz der Exorzismen als Medium der Gegenreformation hindeutet.

Die Publikationen, durchwegs mittels verschiedener Beglaubigungsstrategien durchgeführte Schilderungen von Exorzismusfällen, nahmen im europäischen Raum ab 1560 auffallend zu und dürften zwischen 1580 und 1600 mit einer Vielzahl von nicht selten mit dem (verdächtigen) Attribut ‚wahrhaft‘ bezeichneten Historien – und vielfach auch deren Gegenschritten – ihren Höhepunkt erreicht und danach rasch an Bedeutung verloren haben, worauf Erik Midelfort an Hand quantitativer Auswertungen hingewiesen hat.²² Werke aus Österreich scheinen in Midelforts Zählung der publizierten Exorzismusdarstellungen allerdings stark unterrepräsentiert zu sein.²³

4. Zur medizin- und sozialhistorischen Aussagekraft der Quelle

Wie schon erwähnt, behandelt die Handschrift insgesamt drei Fälle von angeblich teuflisch verursachten Erkrankungen, in denen die Betroffenen jeweils mit Exorzismen behandelt wurden. Gerade bei Dokumenten über derart in unseren Augen ‚dubiose‘ Phänomene wie Besessenheit stellt sich nicht zuletzt die Frage der Historizität im Sinne des faktischen Vorgefallen-Seins der basalen, beobachtbaren Fakten. Gab es also zur betreffenden Zeit am genannten Ort tatsächlich Personen, die Verhaltensanomalien zeigten, welche als ‚dämonisch‘ verursacht gedeutet und, wie im Text des Paulus Knor von Rosenrodt beschrieben, durch Angehörige des katholischen Klerus auf spezifische Weise mit Hilfe exorzistischer Praktiken ‚behandelt‘ wurden?

Diese Frage wird man im vorliegenden Fall mit ja beantworten können, denn die zentralen Ereignisse sind auch in anderen, unabhängig entstandenen Quellen dokumentiert, so etwa in einer zeitgenössischen Chronik des Stiftes Garsten in Oberösterreich.²⁴ Damit ist natürlich keinesfalls gesagt, dass sämtliche vom Autor berichteten Details als ‚real vorgefallen‘ angenommen werden dürfen – auf das Element der Topik wurde ja schon hingewiesen –, und auch manche elementare Informationen können sich retrospektiv als falsch erweisen, wie etwa der Name des „Heinrich von Mesyn“, von dem zumindest Byloff mit guten Gründen annahm, dass es sich um ein Pseudonym handelte.²⁵ ‚Echt‘ – im Sinne des Vorliegens schwerer psychischer Störungen als Basis des abnormen Verhaltens²⁶ – dürften jedoch die vorangegangenen Erkrankungen zweier Frauen, Katharina Herbstin und Maria Eichhornin, gewesen sein; jedenfalls legen die ziemlich detaillierten Beschreibungen von deren Verhalten dies nahe.

Der letztgenannte Fall soll im Folgenden etwas näher erörtert werden: Bei der Betroffenen handelte es sich, ausweislich des Textes von Knor, um eine in der unmittelbaren Umgebung der Stadt Graz ansässige Frau, die bereits seit zwei Wochen „schwerlich krank“ darniederlag, als sie am 18. Juni 1599²⁷ ein Kammerdiener des Erzherzogs Ferdinand besuchen wollte. Am Weg traf er den Hofkaplan Paul Knor von Rosenrodt und bat diesen, ihn „aus Cristlichen mit leiden“ zu begleiten, worin dieser einwilligte.²⁸

Die nähere Beschreibung des Krankheitszustandes durch Knor lässt an eine Katatonie denken, wird doch berichtet, die Betroffene habe bis dahin bereits „14 Täg vnnd nacht weder haubt leib oder glieder im beth rüeren“ können.²⁹ Zugleich habe die Kranke einen unbändigen Appetit aufgewiesen. Dessen ungeachtet sei sie enorm abgemagert,³⁰ wobei hierfür von Knor selbst Schlaflosigkeit als Ursache angeführt wird.³¹ Dieser Komplex von Symptomen mutet prima vista vielleicht wenig glaubwürdig an, doch kennt auch die moderne Psychopathologie im Bereich der katatonischen Syndrome neben dem länger anhaltenden, völligen Ausfall der willkürlichen Körperbewegungen bei vorhandenem Bewusstsein Varianten, in welchen katatonische

Tradition – Reformation – Innovation. Studien zur Modernität des Mittelalters 13, Frankfurt/Main u.a. 2006) 38.

24 Hierauf weist hin: BYLOFF, Teufelsbündler 24.

25 Es habe sich bei diesem wahrscheinlich um einen Betrüger gehandelt, der seine öffentlich demonstrierte Besessenheitssymptomatik bewusst fingierte, so schließt der Grazer Rechtshistoriker nach durchaus plausibler Argumentation: BYLOFF, Teufelsbündler.

26 Die metaphysische Frage nach möglicher „Echtheit“ teuflischer Besessenheit ist, da einer empirisch-wissenschaftlichen Klärung unzugänglich, hier nicht angesprochen. Wenn hier von ‚psychischen Störungen‘ die Rede ist, soll damit auch nicht suggeriert werden, die Zeitgenossen der ‚Besessenen‘ hätten die aufgetretenen Phänomene so wahrgenommen bzw. diskutiert, wie wir es heute tun. Die frühneuzeitlichen Ätiologien, Nosologien und Therapien von ‚depravatio mentis‘, ‚Unsinnigkeit‘ u.Ä. unterschieden sich selbstredend – auch dort, wo keine ‚übernatürlichen‘ Kräfte ins Spiel gebracht wurden – grundlegend von den in der modernen Psychiatrie üblichen Konzepten. ‚Besessenheit‘ wurde aber auch in der Frühen Neuzeit eindeutig mit ‚Verrücktheit‘ in Zusammenhang gesehen; die entsprechenden Diskurse überschneiden sich vielfach. Und wenn auch die Terminologie des 16. und 17. Jahrhunderts zur Bezeichnung dauerhaft anomalen sozialen Verhaltens mit mutmaßlich pathologischer Grundlage ebenso vielfältig war wie die postulierten Erklärungen desselben, so bestand doch zweifellos ein einheitliches Konzept dessen, was wir heute ‚psychische Erkrankungen‘ nennen. Allerdings wurden die entsprechenden Erscheinungen nicht so deutlich von der Sphäre der körperlichen Krankheiten abgehoben, wie dies der moderne Begriff impliziert, sondern mit wenig spezifischen Ausdrücken zusammengefasst, die auf eine Störung des ‚Geistes‘, der ‚Sinne‘ o.Ä. hinweisen. Vgl. hierzu: Carlos WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (= Menschen und Kulturen. Beihefte zum Saeculum. Jahrbuch für Universalgeschichte 1, Köln 2005) 14–26.

27 „8 tag nach Corporis Christi“, so der Text: Ms. 42.

28 Ms. 42.

29 Ebd. 42.

30 Ebd. 45 f.

31 Ebd. 51.

Zustände mit psychischen und motorischen Erregungszuständen abwechseln,³² sodass die Bemerkung Knors, die Kranke habe abwechselnd zu ihrer Körperstarre „also geidig [gierig] esen, nemblichen auf einmal ein ganzen Capaun vnd 4 Speisen darzue“,³³ wiederum nicht allzu unrealistisch anmutet.³⁴

Als Knor in den Fall involviert wurde, hatte die Kranke bereits von verschiedenen Seiten Aufmerksamkeit erfahren; der Text erwähnt einen Franziskanerpater und zwei Jesuiten, die sich bereits am Krankenbett befanden, als Knor eintraf. Weiters hatte sich auch „die eltere frau v. Schrattenbach freyin“ im Haus der Eichhornin eingefunden, „des herrn Gießberts [von Schrattenbach], Furl. Drl. Leibdoctors vnnnd Medici haußfrau“.³⁵

Aus diesen Informationen lässt sich bereits einiges ableiten, was die soziokulturelle Verortung des Krankheitsfalles betrifft: Bei den Eichhorns muss es sich wohl um eine angesehene Familie gehandelt haben, da sie in engen Kontakten zum katholischen Klerus, zum Patriziat und Adel in der Landeshauptstadt und nicht zuletzt auch zum erzherzoglich-habsburgischen Hofstaat gestanden hat, was die erwähnten Krankenbesuche dokumentieren. Auf Letzteres weist auch die Bemerkung hin, der Kammerdiener sei „ein sonderbarer freundt“ des „kranckhen weibs“ gewesen.³⁶ Ein zusätzlicher Hinweis auf die gehobene soziale Stellung der Familie ist die Erwähnung eines „Lustgartens“ vor dem im Eigentum der Familie befindlichen Haus.³⁷

Maria Eichhorn war im Übrigen verheiratet, und Konflikte in ihrer Ehe scheinen, worauf explizit verwiesen wird, auch Anlass für ihre Erkrankung gewesen zu sein: Ihrem „pathologischen“ Zustand war ein ernster Streit mit ihrem Ehemann vorausgegangen, nach dem sie im Zorn ausgerufen habe, dass sie verlassen sei und ihr niemand helfen wolle, auch Gott nicht, so möge ihr der Teufel helfen. Danach hätten, so der Bericht, unmittelbar abnorme auditive Wahrnehmungen eingesetzt.³⁸ Bereits vor der Involvierung Knors hatte die Kranke, wie schon erwähnt, Zuwendung von mehreren Geistlichen erhalten. Interessanterweise wird von dem Franziskanerpater Marcus Antonius gesagt, er habe „das krankhe weib in wellischer Sprach getröstet“.³⁹ Diese Aussage weist auf eine italienische Herkunft der Betroffenen hin, denn sonst hätte man wohl keinen fremdsprachigen Seelsorger bemüht. Eheliche Verbindungen mit ‚guten Katholik(inn)en‘ aus Italien waren in den habsburgtreuen Teilen der Oberschichten in der Zeit um 1600 durchaus keine Seltenheit. Es ist daher nicht abwegig, auch kulturelle Anpassungsschwierigkeiten an die neue Lebenssituation in der Steiermark als einen ätiologischen Faktor im Vorfeld der Erkrankung zu vermuten.⁴⁰

Gleich zu Beginn der Erkrankung hatten sich des Weiteren offensichtlich auch weltliche Ärzte um Maria Eichhornin bemüht. Darauf weist nicht nur die Erwähnung der Ehefrau des Doktor Gießbert Schrattenbach als Besucherin am Krankenbett hin, vielmehr wird auch explizit mitgeteilt, „Medici der natur vnnnd arzney“ hätten sie aufgesucht, sei-

32 Vgl. Helmut HILDEBRANDT (Hg.), *Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch* (Hamburg 1993) 763 f.

33 Ms. 46.

34 Was hier behauptet werden soll, ist nicht etwa im Sinne einer naiven ‚retrospektiven Diagnose‘, dass jene Kranke ‚in Wirklichkeit‘ an einer katonen Psychose gelitten habe. Die Bekanntheit der beschriebenen Symptom-Konstellation auch in der modernen Medizin belegt schlicht ihr relativ regelmäßiges Auftreten auch unter gegenüber dem Besessenheits-Diskur grundlegend geänderten kulturellen Rahmenbedingungen, einmal unabhängig von der (aus sozial- bzw. kulturwissenschaftlicher Sicht falsch gestellten) Frage, ob nun das dämonologische, das moderne psychiatrische oder sonst irgendein Paradigma der Interpretation als ‚richtiger‘ zu betrachten wäre.

35 Ms. 43. Gießbert von Schrattenbach (auch: „Schrottenbach“) war offensichtlich ein Angehöriger des gleichnamigen steirischen Adelgeschlechts. Bedauerlicherweise ist seine ärztliche Tätigkeit bisher nicht näher dokumentiert. Vgl. Elfriede HUBER-REIS-MANN, *Krankheit, Gesundheitswesen und Armenfürsorge*. In: Walter BRUNNER (Hg.), *Geschichte der Stadt Graz. 2. Band* (Graz 2003) 239–356, Viktor FOSSEL, *Zur Geschichte des ärztlichen Standes der Steiermark im 16. und 17. Jahrhundert* (Graz 1890), Johann WICHNER, *Beiträge zu einer Geschichte des Heilwesens, der Volksmedizin, der Bäder und Heilquellen in Steiermark bis incl[usive] Jahr 1700*. In: *Mitteilungen des Historischen Vereines für Steiermark* 33 (1885) 3–123.

36 Ms. 50.

37 Vgl. Ms. 44. Etwas weiter unten erwähnt der Text auch einen angestellten Gärtner: Ebd. 45.

38 Die Kranke hörte etwa „Schalmeien“. Ms. 45.

39 Ebd. 43.

40 Dies muss aber eine Hypothese bleiben, da nähere Informationen in dieser Hinsicht derzeit fehlen.

en aber „an ihren leben verzweifelt“.⁴¹ Erst nach dieser ungünstigen Prognose – die Namen der behandelnden Ärzte werden leider nicht genannt – habe die Familie „geistliche ärzt, die seel zu hailen vnd sie zu trösten“ gerufen.⁴² Die Bitte um geistliche Hilfe erst nach dem Versagen der weltlichen Therapieangebote ist ein Topos der ‚geistlichen Medizin‘,⁴³ was aber keineswegs gegen den Wahrheitsgehalt der berichteten Involvierung beider Gruppen von ‚Heilern‘ im konkreten Krankheitsfall spricht. Wohl aber wird man sich fragen müssen, ob der Anteil der „Medici der natur“ am weiteren Behandlungsprozess tatsächlich so gering war, wie dies Knor darstellt.⁴⁴

Der Ablauf des ersten Besuches des Hofkaplans bei der Kranken gestaltete sich seinem Bericht nach folgendermaßen: Die vier im Haus der Kranken versammelten Geistlichen berieten sich, und bald wurde eine dämonologische Interpretation und die probeweise Anwendung eines Exorzismus vorgeschlagen.⁴⁵ Die Initiative hierzu scheint aber nicht vom Autor der Handschrift ausgegangen zu sein, denn an dem Tag, als Knor die Kranke erstmals zu Gesicht bekam, war ein wichtiges Requisit zur Teufelsaustreibung bereits zur Hand, und zwar ein Buch mit dem Titel „Flagellum Diaboli“.⁴⁶ Knor berichtet zudem, der Franziskanerpater habe dasselbe „bereits einige Tage zuvor verwendet, um anti-diabolisch wirkendes Brot zu weihen.“⁴⁷ Als es nun aber um die direkte Konfrontation mit den höllischen Mächten ging, hätten die drei anwesenden Ordensgeistlichen gern ihm, Knor, den Vortritt gelassen.⁴⁸

Nach vorbereitenden Gebeten kam es beim Aussprechen des Exorzismus schließlich zur Manifestation der bis dahin nur mutmaßlich teuflischen Verursachung der Krankheit: Einige Zeit nachdem die Kranke nach dem Namen des ihr innewohnenden Teufels gefragt wurde, „schrie sie auf: heiß heiß, es brenndt wie hellisch feuer“.⁴⁹ Damit war nun Klarheit gegeben: „die vier Priester merkhten, das es etwas wer in der warhait“.⁵⁰ Auch die Betroffene machte von diesem ‚Deutungsangebot‘ sogleich Gebrauch: Sie wies abwechselnd auf (nicht näher benannte) Körperteile, an welchen sie ein Brennen verspürte, und sobald Knor ihr dort seine Hand auflegte, verlagerte sich der Schmerz an eine andere Stelle! Auch dieses Verhalten wurde als Zeichen der Anwesenheit eines Dämons gedeutet. Knor beendete den Exorzismus hierauf vorläufig.⁵¹

Jedenfalls ging es der Betroffenen nach der „Beschwörung“ deutlich besser, sie konnte nun erstmals wieder ihren Kopf bewegen. Die Kranke bat Knor seinen Aussagen nach denn auch gleich, weiter bei ihr zu bleiben.⁵² Am Abend setzte der Exorzist die Exorzismen fort, worauf Maria Eichhornin zunächst wieder wirkte „wie ein todter leichnamb“, dann aber in große Unruhe geriet und von einer anwesenden „Krankenwarterin“ nicht allein niedergehalten werden konnte, sodass Knor und sein „Dienner“ mithelfen mussten, sie zu bändigen.⁵³ Die Kranke tobte aber fortwährend, und „ie lenger ie mehr [...] kein auffhörens war, das sie alle vor forcht schwitzten, [und] die haar stunden allen

41 Ms. 46.

42 Ebd.

43 Vgl. etwa Peter ASSION, Geistliche und weltliche Heilkunst in Konkurrenz. Zur Interpretation der Heilslehren in der älteren Medizin- und Mirakelliteratur. In: Bayerisches Jahrbuch für Volkskunde 27/28 (1976/77) 7–23.

44 Von einer ärztlichen Behandlung dieser Kranken ist nur noch einmal die Rede, und zwar im Sinne einer körperlichen Stärkung nach schon erfolgreicher Teufelsaustreibung: Ms. 59.

45 Ms. 47f.

46 Der Hinweis auf ein solches Werk ist durchaus bemerkenswert; im Jahr 1599 existierte nämlich noch kein Druckwerk dieses Titels. Erst 1602 erschien in München ein „Flagellum Diaboli, oder des Teufels Gaißl“ als angebliche Übersetzung eines Traktats des berühmten spanischen Jesuiten-Theologen Francisco de Osuna durch den bayrischen Hofbeamten Egidius Albertinus: Allerdings wurde ein spanischer Originaltext bislang von der historischen Forschung nicht ausfindig gemacht, sodass sich die Frage stellt, ob nicht Albertinus selbst der Autor war, und die Autorenschaft des kirchenpolitisch heiklen Werks schlicht der ‚Autorität‘ Osuna untergeschoben hatte. Es ist durchaus vorstellbar, dass der Text, bevor er in Druck ging, bereits handschriftlich zirkulierte, und dementsprechend auch in Graz zugänglich war. Es ist aber auch denkbar, vielleicht sogar wahrscheinlicher, dass Rosenrodt eigentlich ein Werk meinte, das u.a. unter dem Titel „Flagellum Daemonum“ bekannt war. Hierbei handelt es sich um einen Teil der im katholischen Europa des 16. und 17. Jahrhunderts ausgesprochen verbreiteten, zwischen 1570 und 1689 in mindestens 72 Auflagen erschienenen Exorzismus-Fibel: Girolamo MENGHI, Compendio dell'arte essorcistica [...] (1576; ND Genua 1987). Vgl. zur Druckgeschichte: H.C. Erik MIDELFORT, Natur und Besessenheit. Natürliche Erklärungen für Besessenheit von der Melancholie bis zum Magnetismus. In: Hans de WAARDT u.a. (Hg.), Dämonische Besessenheit, 74–87, bes. 83. Für die Gleichsetzung des „Flagellum Diaboli“ mit diesem Werk spricht u.a. auch, dass an anderer Stelle der Handschrift ein Buch „Flagellum Dae[m]onis“ erwähnt wird – Ms. 255. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass eine einheitliche kirchliche Vorschrift für Exorzismen in den Jahren um 1600 noch nicht existierte. Das „Rituale Romanum“ erschien erst 1614.

gen berg auff“, wie Knor bekennt.⁵⁴

Dann – und hier kippt die Erzählung gleichsam – sah Knor selbst die Kammer erfüllt „mit griene, schwefelfarbe, rotte lange feurige Teufel, also erschreckhlich, als der Exorcist nie zuuor noch auch nacher nit grausamere gesechen“.⁵⁵ Nur wenn er in sein anti-diabolisches Buch sah, oder aber in das Antlitz der ‚Gepлагten‘ (!), verschwanden die „gesichter, böser als ein maller abzureisen [zeichnen] vermag“.⁵⁶ Trotz schon vorhandener Ermüdung setzte der Hofkaplan, wie er schreibt, seine Beschwörungen fort, bis nach Mitternacht „dieses Gesicht nachließ“.⁵⁷ Danach gingen alle schlafen, doch schon um 5 Uhr früh stand der Priester wieder auf, begab sich in die Stadt Graz und las dort sofort eine Messe für die Kranke.

Bereits am Nachmittag des 19. Juni 1599 kam er wieder zu Maria Eichhornin, und zwar, um das Haus neu zu segnen. Der Umstand, dass dort zuvor „Ketzer“ gewohnt hatten, so führt Knor aus, machte eine solche Handlung empfehlenswert und konnte womöglich die dämonischen Erscheinungen sogar ausgelöst haben.⁵⁸ Im Zuge der „haußweihe“ machte nun der Exorzist Knor selbst weitere merkwürdige Erfahrungen, indem ihm der Dachboden einerseits, der Keller andererseits „grausamb“ vorkamen.⁵⁹ Man erfährt in dieser Beschreibung also keineswegs nur etwas über „psychische“ Störungen der kranken Maria Eichhornin, sondern auch einiges über die mentale Verfassung des Bericht erstattenden Exorzisten.

Knor sah selbstverständlich im Wirken Satans die Ursachen seiner anomalen Empfindungen, und er berichtet im Anschluss auch gleich von weiteren, nun ‚handfesten‘ Beweisen für die These, dass bei der ganzen Angelegenheit böse Mächte ihre Hand im Spiel hatten: Nach der Hausweihe befand sich die „krankhe“ nämlich besser, man konnte ihr „auf helffen sizen im bett“ – „siehe da: fandt man [im Bett] verzauberte sachen, haar, lichter, waxkerzl, helzl, verbrente sachen etc.“⁶⁰ Knor persönlich verbrannte sogleich in der Kammer der Kranken diese ‚magischen‘ Objekte mit geweihtem Feuer, Weihrauch und Myrrhe, worauf rund um das Haus seltsame Wetterphänomene, ja sogar ein kleines Erdbeben entstanden.⁶¹

Nach diesem dramatischen Höhepunkt wurde „nichts [Dämonisches] mehr gesehen [oder] gehört“, und 16 Tage später – also am 5. Juli 1599 –, nach „groser versehung der Natur arzet [Ärzte]⁶² [...] mit arzney“ konnte „die krankhe [...] gesund außm bett“.⁶³ Sie fürchtete allerdings eine Wiederkehr der Symptome, und begab sich nach Graz, wo sie im Haus des Maximilian Freiherrn von Schrattenbach wohnte.⁶⁴ Dort wurde sie bald von körperlicher Schwäche ergriffen, und vor allem Nachts erneut von „bösen Geistern“ „angefochtn“.⁶⁵ Sie rief wiederum nach dem Hofkaplan, der sie mehrmals nächtens beschwor und dabei „viel schöner Gebett“ sprach.⁶⁶ Nach einigen Nächten solcher Beschwörungen, damit „der böse feindt solte weichen ganz vnd gar von diser Creatur Gottes, welche mit Gottes genaden ihre gesuntheit der seelen vnd lebs bekumen [...] solte“, sei schließlich „die

47

48

49

50 Vgl. Ms. 47.

51 Vgl. ebd. 47 f.

Ebd. 48.

Ebd. 48.

52 Vielleicht weil von der Kranken allzu

53 heikle Berührungen gefordert wurden?

54 Vgl. Ms. 49.

55 Vgl. ebd. 50 f.

56 Ms. 51f.

57 Ebd. 53.

58 Ebd. 54.

59 Ebd.

60 Ebd. 55.

61 Vgl. ebd. 55 f.

62 Ebd. 56 f.

Ebd. 57.

63 Vgl. Ms. 58 f.

64 Diese werden leider nicht namentlich genannt.

Ebd. 59.

Vgl. Ms. 59f. Dieser war Obersthofmeister der Erzherzogin Maria und ehemaliger Landeshauptmann. Vgl.

65 Bernhard REISMANN, Franz MIT-

66 TERMÜLLER, Stadtflexikon (Graz

krankte die ruhe völlig überkomen“,⁶⁷ und seither lebe sie „*gesund*“ und unbehelligt von Dämonen.⁶⁸

5. Schluss

Betrachtet man die Ausführungen zu diesem Fall genau, so zeigt sich, dass es zwar vor Manifestationen des Teufels nur so wimmelt, jedoch in keinem Satz explizit von „Besessenheit“ die Rede ist. Tatsächlich scheint zu keinem Zeitpunkt direkt ein „Dämon“, also eine von der ursprünglichen personalen Identität der „Befallenen“ wesensverschiedene Persönlichkeit aus der Kranken gesprochen zu haben, wie dies für das Vollbild einer „*possessio*“ typisch ist.⁶⁹ Dennoch litt die Kranke nach der Auffassung des Exorzisten zweifellos am unmittelbaren Eingreifen böser Mächte in ihren Körper, und er scheint sich eine derartige Sichtweise auch selbst angeeignet zu haben. Nach klassisch-dämonologischer Auffassung wäre demnach eher von einer „*Umsessenheit*“ („*circumsessio*“), denn von einer „*Besessenheit*“ im engeren Sinn auszugehen.⁷⁰ Auch Knor scheint sich diesbezüglich nicht ganz sicher gewesen zu sein und nennt Maria Eichhornin stets nur „*krankhe*“, während er etwa Katharina Herbstin mehrmals als „*besesn*“ bezeichnet.⁷¹

Medizinhistorisch von besonderem Interesse erscheint zum einen die Kombination der ‚geistlichen Medizin‘ der Exorzismen mit offenbar auch parallel zu denselben bzw. alternierend erfolgten Behandlungen durch ‚Ärzte der Natur‘, also Mediziner. Weltliche und geistliche Medizin lagen in der Frühen Neuzeit sicher nicht nur in Konkurrenz zueinander, sondern gingen oft auch Kooperationen ein. Mindestens ebenso beachtenswert wie die Erkrankung der Maria Eichhornin erscheinen schließlich jene anomalen Sinneswahrnehmungen, die offenbar dem Exorzisten selbst zeitweilig zu schaffen machten. Diese sind freilich weniger überraschend, wenn man – abgesehen vom Aspekt der ohnehin gegebenen emotionalen Ausnahmesituation eines Menschen, der sich mit dem ‚leibhaftigen Bösen‘ konfrontiert sieht – in Rechnung stellt, dass intensive Meditation, ausgedehntes Fasten, Exposition gegenüber berausenden Drogen (Weihrauch und Myrrhe) sowie Schlafentzug sämtlich Elemente länger andauernder ‚Teufelsaustreibungen‘ darstellen. Die erstgenannten Verhaltensweisen wurden von der katholischen Kirche explizit für die Vorbereitung bzw. Durchführung von Exorzismen empfohlen,⁷² und Schlafmangel konnte sich bei einer geboten erscheinenden „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ gleichfalls leicht einstellen.

Der Kampf des Priesters Knor von Rosenrodt mit den Teufeln in Graz im Jahr 1599 steht zugleich ganz eindeutig im Zeichen der Legitimation der katholischen Kirche in den zeitgenössischen religionspolitischen Auseinandersetzungen.⁷³

67 Ms. 62.

68 Ebd. 63.

69 Vgl. hierzu Traugott OESTERREICH, *Die Besessenheit* (Langensalza 1921) bes. 16–24.

70 Vgl. RODEWYK, *Dämonische Besessenheit* 208–217.

71 So schon im Vorwort: Ms. IV.

72 Vgl. SODI, ARCAS (Hg.), *Rituale Romanum* 198–201.

73 Vgl. die anhand der ähnlichen Situation in Bayern gewonnenen Erkenntnisse in: LEDERER, *Madness*.

Die geplante Edition soll, neben einer sorgfältig kommentierten und möglichst originalgetreuen Wiedergabe des Handschriftentextes selbst, eine ausführliche Einführung umfassen, welche sowohl den sich anhand des Textes auftuenden, spezifischen Fragestellungen im Bereich der Medizin- und der Religionsgeschichte näher nachgehen als auch die umfassenderen regional-, sozial- und kulturhistorischen Kontexte jener Teufelsaustreibungen in Innerösterreich an der Wende vom 16. zum 17. Jahrhundert beleuchten soll.

Literatur:

- AMMERER Gerhard, Fälle von „echter“ und „falscher“ Besessenheit und die Schwierigkeiten der Salzburger Kirche im Umgang damit. Vortrag bei der Gesellschaft für Salzburger Landeskunde v. 14. Jan. 2009.
- ASSION Peter, Geistliche und weltliche Heilkunst in Konkurrenz. Zur Interpretation der Heilslehren in der älteren Medizin- und Mirakelliteratur. In: Bayerisches Jahrbuch für Volkskunde 27/28 (1976/77) 7–23.
- BYLOFF Fritz, Der Teufelsbündler. Eine Episode aus der steirischen Gegenreformation (Graz 1926).
- DELRIO Martin(o) Antonio, Disquisitiones magicarum Libri sex. Quibus continentur accurata curiosarum artium et vanarum superstitionum confutatio, utilis theologis, juris-consultis, medicis, philologis (Köln 1603).
- DIÖZESANARCHIV GRAZ, Handschriftensammlung, Sig. XIX-A-9.
- FISCHER Edda, Die „Disquisitionum magicarum Libri sex“ von Martin Delrio als gegenreformatorische Exempel-Quelle (Frankfurt/Main 1975).
- FOSSSEL Viktor, Zur Geschichte des ärztlichen Standes der Steiermark im 16. und 17. Jahrhundert (Graz 1890).
- FOUCAULT Michel, Die Anomalen. Vorlesungen am Collège de France (1974–1975) (Frankfurt/Main 2003).
- FREYTAG Gustav, Der deutsche Teufel im 16. Jahrhundert. In: Gustav FREYTAG (Hg.), Bilder aus der deutschen Vergangenheit (Leipzig 1859) Teil 1, Kap. 12.
- HEISS Gernot, Konfessionelle Propaganda und kirchliche Magie. Berichte der Jesuiten über den Teufel aus der Zeit der Gegenreformation in den mitteleuropäischen Ländern der Habsburger. In: Römische Historische Mitteilungen 32/33 (1990/91) 103–152.
- HILDEBRANDT Helmut (Hg.), Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch (Hamburg 1993).
- HUBER-REISMANN Elfriede, Krankheit, Gesundheitswesen und Armenfürsorge. In: Walter BRUNNER (Hg.), Geschichte der Stadt

- Graz. 2. Band (Graz 2003) 239–356.
- KLINNERT Renate S., Von Besessenen, Melancholikern und Betrügern. Johann Weyers *De Praestigiis Daemonum* und die Unterscheidung der Geister. In: Hans de WAARDT u.a. (Hg.), *Dämonische Besessenheit. Zur Interpretation eines kulturhistorischen Phänomens* (= Hexenforschung 9, Bielefeld 2005) 89–105.
- KLUETING Harm, *Das konfessionelle Zeitalter 1525–1648* (= Uni-Taschenbücher 1556, Stuttgart 1989).
- LEDERER, David, *Madness, Religion and the State in Early Modern Europe. A Bavarian Beacon* (Cambridge 2006).
- MIDELFORT H.C. Erik, *Witchcraft, Magic and the Occult*. In: Steven OZMENT (Hg.), *Reformation Europe. A Guide to Research* (St. Louis 1982) 183–209.
- MIDELFORT H.C. Erik, *The Devil and the German People: Reflections on the Popularity of Demon Possession in Sixteenth-Century German*. In: Steven OZMENT (Hg.), *Religion and Culture in the Renaissance and Reformation* (= Sixteenth Century Essays & Studies 11, Kirchtville 1989) 99–119.
- MIDELFORT H.C. Erik, *Natur und Besessenheit. Natürliche Erklärungen für Besessenheit von der Melancholie bis zum Magnetismus*. In: Hans de WAARDT u.a. (Hg.), *Dämonische Besessenheit. Zur Interpretation eines kulturhistorischen Phänomens* (= Hexenforschung 9, Bielefeld 2005) 74–87.
- OESTERREICH Traugott, *Die Besessenheit* (Langensalza 1921).
- REISENHOFER Elisabeth, *Besessenheit und Exorzismus in der deutschen Literatur des 16. und 17. Jahrhunderts – Strukturen finalistischer Argumentation* (Dissertation, Wien 1996).
- REISMANN Bernhard, MITTERMÜLLER Franz, *Stadtlexikon* (Graz 2003).
- RODEWYK Adolf, *Die Dämonische Besessenheit in der Sicht des Rituale Romanum* (Aschaffenburg 1963).
- SCHUSTER Leopold, *Fürstbischof Martin Brenner. Ein Charakterbild aus der steirischen Reformations-Geschichte* (Graz/Leipzig 1898).
- SODI Manlio, ARCAS Juan Javier Flores (Hg.), *Rituale Romanum. Editio Princeps (1614)* (= Monumenta Liturgica Concilii Tridentini, Città del Vaticano 2004).
- STENZING Philipp, *Die Schule des Teufels. Der Exorzismus in den Glaubenskämpfen der Reformationszeit* (= Tradition – Reformation – Innovation. Studien zur Modernität des Mittelalters 13, Frankfurt/Main u.a. 2006).
- de WAARDT Hans, *Dämonische Besessenheit. Eine Einführung*. In: Hans de WAARDT u.a. (Hg.), *Dämonische Besessenheit. Zur Interpretation eines kulturhistorischen Phänomens* (= Hexenforschung 9, Bielefeld 2005) 9–35.
- WATZKA Carlos, *Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa*

(= Menschen und Kulturen. Beihefte zum Saeculum. Jahrbuch für Universalgeschichte 1, Köln 2005).

WICHNER Johann, Beiträge zu einer Geschichte des Heilwesens, der Volksmedizin, der Bäder und Heilquellen in Steiermark bis incl[usive] Jahr 1700. In: Mitteilungen des Historischen Vereines für Steiermark 33 (1885) 3–123.

von WURZBACH Constant, Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich (Wien 1864) XII.

ZEDLER Johann Heinrich, Großes vollständiges Universal-Lexikon ..., Reprint der Ausgabe Halle u. Leipzig 1732–1754 (Graz 1961) XV.

URL: www.univie.ac.at/Geschichte/wienerhof/wienerhof2/register1.htm: Projektseite „Patronage- und Klientelsysteme am Wiener Hof“ von Gernot HEISS u.a.

DIE MICROS-STUDIE

Die Untersuchung genetischer Isolate am Beispiel dreier Gemeinden des Vinschgaus (Südtirol)

Dieser Beitrag stellt die medizinisch-genetische MICROS-Studie vor, in deren Rahmen die genealogischen Daten dreier Südtiroler Gemeinden erhoben wurden. Diese Genealogien können auch für historisch-demographische Forschungszwecke Verwendung finden. Zunächst wird die MICROS-Studie beschrieben, um dadurch das erkenntnisleitende Forschungsinteresse besser verständlich zu machen. Anschließend wird näher auf die zur Erstellung der Genealogien verwendeten Quellen eingegangen, ein Projektentwurf zur Erforschung der Mortalität in hochalpinen Tälern Südtirols im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert vorgestellt und die methodologischen Schwierigkeiten bei der Berechnung altersspezifischer Todesursachen erörtert.

1. Hintergrund der Untersuchung

Das Institut für Genetische Medizin der Europäischen Akademie Bozen (EURAC) hat die Zielsetzung, Genomregionen und Gene zu identifizieren, die mit Erkrankungen oder speziellen Merkmalen (z.B. Bestandteile des Blutserums) in der untersuchten Bevölkerung in Verbindung stehen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Biologie, Epidemiologie, Informatik, Ethik und Geschichte spielt dabei eine zentrale Rolle.¹ Gegenwärtig sind ungefähr 20 MitarbeiterInnen am Institut beschäftigt.

Eine Möglichkeit zur Erforschung von Erbkrankheiten ist die Untersuchung von abgeschiedenen Bevölkerungen (*population isolates*). Damit sind Bevölkerungsteile gemeint, die sich aus religiösen Motiven, wie die Hutterer in Nordamerika, oder aufgrund linguistisch-kultureller Unterschiede, wie die Saami in Finnland, von anderen Gruppen abgrenzen, oder Bevölkerungen, die aufgrund der geographischen Begebenheiten isoliert sind, wie die Bewohner der Inseln Island und Sardinien. Die geringere genetische Heterogenität erleichtert in einer solchen Bevölkerung das Auffinden von krankheitsverursachenden Genen.²

Das Institut für Genetische Medizin verfolgt diesen Forschungsansatz

1 Deborah MASCALZONI, Consenso informato in genomica: un nuovo contratto tra scienza e società, (Dissertation, Bologna 2005) 111–113 und 118–125.

2 Zum Nutzen der „population isolates“ für die genetische Forschung vgl. Peter HEUTINK, Ben A. OOSTRA, Gene finding in isolated populations. In: Human Molecular Genetics 11 (2002) 2507–2515 und Teppo VARILO, Lena PELTONEN, Isolates and their potential use in complex gene mapping efforts. In: Current Opinion in Genetics & Development 14 (2004) 316–323.

- 3 Cristian PATTARO u.a., The genetic study of three population microisolates in South Tyrol (MICROS): study design and epidemiological perspectives. In: *BMC Medical Genetics* 8/29 (2007) <http://www.biomedcentral.com/1471-2350/8/29> (Zugriff am 27.11.2008).
- 4 Gerd Klaus PINGGERA, Genealogische und bevölkerungsgeschichtliche Forschung in Südtiroler „Microisolaten“. In: *Der Schlern* 77/7 (2003) 50–55; ders., Die historisch-genealogische Forschung in den Südtiroler Mikroisolaten. In: *Institut für genetische Medizin, EURAC (Hg.), Gene und Geschichte in Stilfs, Langtaufers, Martell (= Medizinisch-genetische Forschung in Südtirol 1, Bozen 2006) 19–51, hier 25–35; zur Eignung Südtirols für medizinisch-genetische Studien vgl. Fabio MARRONI u.a., Population isolates in South Tyrol and their value for genetic dissection of complex diseases. In: *Annals of Human Genetics* 70 (2006) 812–821.*
- 5 PINGGERA, Historisch-genealogische Forschung, 36–39.
- 6 PATTARO, Genetic study.
- 7 Zu den drei Ortschaften vgl. Martin HAGER, Medizinische Versorgung, Gesundheit, Krankheit und Tod in der Reschenpassregion. Eine medizinisch-geschichtliche und historisch-demographische Untersuchung der Pfarre Graun (1784–1919) (Diplomarbeit, Innsbruck 2006); Heinrich HOHENEGGER, Langtaufers. Ein abgeschiedenes Hochtal im Spiegel seiner Geschichte. In: *Der Schlern* 43 (1969) 266–298; Gerd Klaus PINGGERA, Stilfs. Geschichte eines Bergdorfes (Schlanders 1997); Gisela WINKLER, Bevölkerungsgeographische Untersuchungen im Martelltal (= *Schlern-Schriften* 263, Innsbruck 1973).
- 8 Einen guten Überblick über die geographische und historische Situation dieser Region bietet Ulrike STRIMMER, Die Geschichte der Tuberkulose im Ober- und Mittelvinschgau (1850–1910). Eine epidemiologische Mikrostudie mit fachdidaktischen Überlegungen (Diplomarbeit, Innsbruck 2006) 38–72.
- 9 Klaus FISCHER, Die Bevölkerung im Vinschgau und in seinen Nebentälern seit Ende des 18. Jahrhunderts. In: *Der Schlern* 48 (1974) 555–567.
- 10 Alice RIEGLER u.a., Isolation and marriage patterns in four South Tyrolean villages (Italy) during the nineteenth century. In: *Journal of Biosocial Science* 40 (2008) 787–791; vgl. dazu auch PINGGERA, Historisch-genealogische Forschung, 44–51.

in der MICROS-Studie³ und konzentriert sich dabei auf die Erforschung sogenannter Mikroisolate, Siedlungen in alpinen Hochtälern, die über mehrere Generationen und bis ins 20. Jahrhundert hinein genetisch weitgehend isoliert waren.⁴

Zur Auswahl der Untersuchungsorte wurden vom Historiker Gerd Klaus Pinggera verschiedene geographische und soziokulturelle Merkmale erarbeitet.⁵ Dazu zählen die Lage abseits der Hauptverkehrswege, eine sozioökonomische Grenzsituation aufgrund der durch die Höhenlage bedingten kurzen Vegetationsphase und eine länger andauernde Bevölkerungsstagnation mit geringer Zu- und gleichzeitig starker Abwanderung.

Auf Grundlage dieser Kriterien wurden innerhalb von Südtirol mehrere potentielle Untersuchungsorte identifiziert. Aus diesen wurden drei Orte (Stilfs, Langtaufers und Martell) für die MICROS-Studie ausgewählt.⁶ Es handelt sich um drei Seitentäler des Vinschgaus, des westlichen Landesteils von Südtirol: Stilfs und Martell sind eigenständige Gemeinden mit 1310 bzw. 891 EinwohnerInnen (Stand 2001) und einem Dauersiedlungsgebiet zwischen 1260 und 1906m bzw. 1088 und 1936m. Langtaufers (446 EinwohnerInnen, 1650–1915m) ist Teil der Gemeinde Graun im Vinschgau.⁷

Die Seitentäler des Vinschgaus haben sich für diese Art von Untersuchungen als besonders geeignet erwiesen.⁸ Nach dem Ende des Bergbaus im 18. Jahrhundert verblieb als einzig bedeutender Wirtschaftszweig die Viehwirtschaft. Aufgrund einer langanhaltenden wirtschaftlichen Stagnation war das Untersuchungsgebiet im 19. und bis hinein ins 20. Jahrhundert ein von Abwanderung geprägtes Armutsgebiet.⁹ Zum Nachweis ihrer genetischen Isolation wurden die Heiratsregister von vier Pfarreien des Vinschgaus ausgewertet. Dabei wurde die Tendenz zu hoher geographischer Endogamie beobachtet.¹⁰

Von besonderer Bedeutung für die Durchführung der MICROS-Studie ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzten des Untersuchungsgebietes. Zu Studienbeginn 2002/03 wurde das Projekt in jedem Ort im Rahmen eines Informationsabends vorgestellt. Daraufhin erklärten sich ungefähr 1200 Personen zur Teilnahme bereit. Sie wurden einer medizinischen Untersuchung unterzogen und über ihren Gesundheitszustand interviewt. Ein Teil des bei der Untersuchung abgenommenen Blutes wurde zur Gewinnung von genetischem Material verwendet.¹¹ Alle Daten finden ausschließlich für Forschungszwecke Verwendung. Auch die StudienteilnehmerInnen erhalten generell keine Rückmeldung bezüglich der Ergebnisse ihrer medizinischen Untersuchung. Für den Fall, dass eine schwerwiegende, dem/der StudienteilnehmerIn unbekannte Erkrankung festgestellt wird, konnte dieseR entscheiden, ob er/sie persönlich darüber informiert wird, nicht informiert wird oder ob der Hausarzt/die Hausärztin benachrichtigt werden soll.

Am Institut für genetische Medizin wird reine Grundlagenforschung betrieben. Das Hauptaugenmerk gilt polygenetischen Erkrankungen, Krankheiten, an denen eine Vielzahl von Genen beteiligt ist und zu-

sätzlich Umweltfaktoren sowie die Interaktion zwischen Genen und Umwelt eine Rolle spielen. Das Institut konzentriert sich dabei auf neurologische Krankheiten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das bisher wichtigste Ergebnis ist die Entdeckung einer Chromosomenregion für das RLS-Syndrom (Syndrom der unruhigen Beine).¹²

Die Erforschung von polygenetischen Erkrankungen befindet sich noch im Anfangsstadium. Derzeit liegt der Nutzen hauptsächlich in der Identifikation von persönlichen oder familiären Risiken. Den davon betroffenen Personen können vermehrt Vorsorgeuntersuchungen angeboten werden (z.B. Früherkennung von Brust- oder Prostatakrebs). In weiterer Folge ist eine zielgerichtete Therapie denkbar, wie die Verabreichung von bestimmten Medikamenten ausschließlich an PatientInnen mit einer entsprechenden Genvariante bzw. die Vermeidung von unwirksamen Arzneimitteln.

Ein besonderes Augenmerk wird auf den Schutz personenbezogener Daten gerichtet. Die Durchführung der Studie wurde vom Ethikkomitee der Autonomen Provinz Bozen genehmigt. Die Teilnahme erfolgt freiwillig. Jede/jeder StudienteilnehmerIn wird vor der Untersuchung über die wesentlichen Aspekte der Studie aufgeklärt und gibt eine schriftliche Einwilligung (*informed consent*). Die StudienteilnehmerInnen haben jederzeit die Möglichkeit, ihre Einwilligung zurückzuziehen, woraufhin die gesammelten medizinischen und genetischen Daten vernichtet werden. Die Speicherung der Daten erfolgt anonymisiert und verschlüsselt. Medizinische, genetische und genealogische Daten werden getrennt voneinander verwahrt. Die InstitutsmitarbeiterInnen haben nur auf die für die jeweilige Arbeit relevanten Informationen Zugriff.¹³

Einige ethische Problemfelder, die im Zusammenhang mit der medizinisch-genetischen Forschung von besonderer Bedeutung sind, sollen hier noch erwähnt werden: der rasante Fortschritt im Bereich der genetischen Medizin eröffnet ständig neue Forschungsfelder, die zu Beginn der Studie noch nicht absehbar waren. Für diese konnte von den StudienteilnehmerInnen keine spezifische Einwilligung gegeben werden. Da das Forschungsprojekt keiner zeitlichen Beschränkung unterliegt, werden die gesammelten Daten auch über den Tod von StudienteilnehmerInnen hinaus aufbewahrt, das persönliche Rücktrittsrecht ist für diese nicht mehr gegeben. Die StudienteilnehmerInnen liefern neben den Informationen zur eigenen Person auch solche zu (genetischen) Verwandten. Aufgrund der Auswahl der Gemeinden betrifft dies im weiteren Sinn die gesamte Gemeinschaft.¹⁴

Zur Lösung dieser Problematik wird an einem Modell gearbeitet, das die beteiligten Personen nicht einmalig um ihre Einwilligung bittet, sondern einen kontinuierlichen Dialog mit der Bevölkerung der ausgewählten Dörfer gewährleistet. Die ForscherInnen informieren dabei in regelmäßigen Abständen über den Fortgang der Studie und berücksichtigen Wünsche und Bedürfnisse der Bevölkerung.¹⁵

11 Eine Beschreibung der MICROS-Studie bieten MASCALZONI, *Consenso informato*, 118–169 und PATTARO, *Genetic study*.

12 Irene PICHLER u.a., *Linkage analysis identifies a novel locus for restless legs syndrome on chromosome 2q in a South Tyrolean population isolate*. In: *American Journal of Human Genetics* 79 (2006) 716–723.

13 MASCALZONI, *Consenso informato*, 141–146; Pattaro, *Genetic Study*.

14 Vgl. Deborah MASCALZONI u.a., *Informed Consent in the Genomics Era*. In: *PLoS Medicine* 5/9 (2008) <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0050192> (Zugriff am 27.11.2008).

15 MASCALZONI, *Informed consent*.

2. Die Genealogie

Ein wesentlicher Teil der Datenerhebung bestand in der Rekonstruktion der verwandtschaftlichen Verbindungen der StudienteilnehmerInnen. Zu diesem Zweck wurde eine möglichst vollständige Genealogie der Untersuchungsorte erstellt.

Als Quelle für die Familienrekonstitution dienen – neben Angaben der StudienteilnehmerInnen zur eigenen Familie – die Kirchenbücher (Tauf-, Heirats- und Sterberegister) der Untersuchungsorte, ergänzt durch Familienkarteikarten (Stilfs) und eine Familienchronik (Martell).¹⁶ Die Originale der Kirchenbücher der Diözese Bozen-Brixen werden im jeweiligen Pfarrarchiv aufbewahrt. Im Südtiroler Landesarchiv (SLA) in Bozen sind die Bestände bis 1924 auf Mikrofilm einsehbar und wurden für die genealogische Arbeit herangezogen.¹⁷

Der Beschluss zur Einführung von Kirchenbüchern fiel auf dem Konzil von Trient mit dem Dekret „Tametsi“ (1563) und wurde im „Rituale Romanum“ (1614) näher definiert.¹⁸ Tatsächlich stammen die ältesten Taufregister der Untersuchungsorte aus den Jahren 1634 (Martell), 1636 (Graun) und 1642 (Stilfs). Die Verwendung der Heirats- und Sterberegister setzte etwas später ein.

Für das 17. und 18. Jahrhundert sind die Kirchenbücher als Quelle für die historisch-demographische Forschung nicht sehr ergiebig. Aufgrund von Unsicherheiten bei der Personenidentifikation können Verwandtschaftsbeziehungen nur in geringem Ausmaß ermittelt werden. Zusatzinformationen wie Beruf oder Todesursache fehlen meist gänzlich.

Von größerer Vollständigkeit und höherem Informationsgehalt sind die Kirchenbücher erst seit der Verordnung zur Kirchenbuchführung von staatlicher Seite durch ein Patent von Kaiser Joseph II. (1784).¹⁹

Ein verbindliches Formular schreibt vor, die Hausnummer, im Heiratsregister das Alter von Braut und Bräutigam, im Sterberegister Alter und Todesursache der gestorbenen Person anzugeben. Auch liegen häufiger Berufsangaben vor.

In Italien verloren die Kirchenbücher ihre rechtliche Gültigkeit mit der Einrichtung der Standesämter im Jahr 1924. Ab diesem Zeitpunkt basiert die Genealogie der MICROS-Studie auf freiwilligen Angaben der StudienteilnehmerInnen, die anhand der Standesamtsdaten verifiziert wurden. Dank einer speziellen Genehmigung durch den Direktor der Landesabteilung Denkmalpflege konnte in ihnen Einsicht genommen werden.²⁰

Die Kirchenbücher wurden zunächst in Tabellenform transkribiert. Beginnend mit den ältesten Kirchenbucheinträgen wurden für jedes Ehepaar Kinder und Nachkommen der männlichen Linie in die Eingabemaske des graphischen Stammbaum-Programms Cyrillic 2.1 eingegeben. Die somit erstellten Einzelstammbäume wurden in die GenNova Data Base (GDB) übertragen und zu einem Verwandtschaftsnetzwerk verbunden.²¹ Als Ergebnis stehen die Genealogien

16 Eine Einführung zur Methode der Familienrekonstitution bietet Arthur E. IMHOF, Einführung in die Historische Demographie (München 1977) 101–106.

17 SLA, Mikrofilm Rolle 074–077 (Stilfs); Rolle 058–060 (Graun); Rolle 346–347 (Martell). Während für Stilfs und Martell eigenständige Kirchenbücher geführt wurden, war Langtaufers Teil der Pfarre Graun, die sich aus den Katastralgemeinden Graun, Reschen und Langtaufers zusammensetzt.

18 Peter BECKER, Leben, Lieben, Sterben. Die Analyse von Kirchenbüchern (= Halbgraue Reihe zur Historischen Fachinformatik. Serie A: Historische Quellenkunde 5, St. Katharinen 1989) 8–12 und 24 f.

19 BECKER, Leben, Lieben, Sterben, 13 und 27.

20 MASCALZONI, Consenso informato, 129.

21 PATTARO, Genetic study.

22 Für den Untersuchungsraum relevant sind insbesondere STRIMMER, Geschichte der Tuberkulose und HAGER, Medizinische Versorgung. Daneben vor allem Elisabeth DIETRICH-DAUM, In Barmherzigkeit dienen – in Demut sterben. Die Tuberkulose bei den Barmherzigen Schwestern in Stams (1835–1945). In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Werner MATT, Hanno PLATZGUMMER (Hg.), Geschichte und Medizin. Forschungsberichte – Fachgespräche (Dornbirn 2001) 122–150.

der drei Pfarreien Stilfs, Graun und Martell vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart zur Verfügung.

3. Die altersspezifische Sterblichkeit

Zur Geschichte der medizinischen Versorgung in Tirol im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert wurden in den letzten Jahren mehrere mikrohistorische Fallstudien veröffentlicht.²² Zur Untersuchung von Mortalität und Todesursachen werden dabei üblicherweise die Sterberegister der Kirchenbücher ausgewertet. Für die Berechnung von Sterberaten (die Anzahl der Verstorbenen auf 1000 Lebende) wird die Bevölkerungszahl anhand von Volkszählungsergebnissen oder Pfarrschematismen ermittelt.²³ Für das 19. Jahrhundert sind die Bevölkerungszahlen für kleinere Verwaltungseinheiten – wenn überhaupt – nur nach Geschlecht und nicht nach Altersgruppen unterteilt. Wie Ulrike Strimmer betont, können daher aus den zeitgenössischen Statistiken allein keine altersspezifischen Sterberaten berechnet werden: Die Untersuchung muss sich auf die relative Mortalität (der prozentuelle Anteil einer Altersgruppe an der Gesamtsterblichkeit) beschränken.²⁴ Studien basierend auf größeren Verwaltungseinheiten erlauben dagegen die Bestimmung altersspezifischer Sterberaten.²⁵ Im Zusammenspiel mit den publizierten Todesursachenstatistiken liefert diese Maßeinheit wertvolle Ergebnisse für die Untersuchung des epidemiologischen Übergangs.

Auch anhand der Daten aus der Familienrekonstitution kann versucht werden, die Altersstruktur einer Bevölkerung zu berechnen.²⁶ Dazu muss für jede Person ein erster und letzter Beobachtungszeitpunkt festgesetzt werden. Üblicherweise fallen Anfangs- und Endpunkt der Beobachtung mit Geburt und Tod der Person zusammen, für nicht ortsbürtige Personen wird das erste bekannte Datum der Anwesenheit (Heirat oder Geburt des ersten Kindes) herangezogen. Problematischer sind der Bereich Emigration, da normalerweise nicht ermittelt werden kann, wann die Abwanderung erfolgte, und die Unvollständigkeit der Lebensdaten (fehlende Geburts- oder Sterbedaten).²⁷ Hier muss das fehlende Datum geschätzt werden.

Durch Summierung der Lebensjahre, welche die einzelnen Personen während einer Untersuchungsperiode in einer Altersgruppe verbringen, erhält man, differenziert nach Geschlecht, die Lebensjahre der Bevölkerung für jede Altersgruppe in Form einer Bevölkerungspyramide.²⁸ Auf Basis dieser Daten sind die Erstellung von Sterbetafeln (*life tables*) und die Abschätzung der Lebenserwartung möglich.

Da auch die Anzahl der Verstorbenen nach Altersgruppe und Geschlecht bekannt ist, wird die Berechnung des Mortalitätsrisikos für diese Kategorien möglich. Die einzelnen Segmente können nach Todesursachenkategorien differenziert und deren Bedeutung für die verschiedenen Lebensstufen ermittelt werden.

Für den Tiroler Raum existieren auch eine Reihe älterer historisch-demographischer Untersuchungen im Anschluss an Franz FLIRI, Bevölkerungsgeographische Untersuchung im Unterinntal (Baumkirchen, Fritzens, Gnadenswald und Terfens) (= Schlern-Schriften 55, Innsbruck 1948), von denen eine (WINKLER, Bevölkerungsgeographische Untersuchungen) mit Martell auch eine der in der MICROS-Studie untersuchten Gemeinden behandelt. Zuletzt bediente sich auch Erika KUSTATSCHER, Alltag in Tiers. Beiträge zur Bevölkerungs- und Sozialgeschichte vom 17. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg auf der Grundlage serieller Quellen (= Schlern-Schriften 309, Innsbruck 1999) der Familienrekonstitution für eine historisch-demographische Studie.

23 STRIMMER, Geschichte der Tuberkulose, 79–83 und Hager, Medizinische Versorgung, 147 f.

24 STRIMMER, Geschichte der Tuberkulose, 82 f.

25 Dabei ist besonders an Publikationen zum epidemiologischen Übergang in mitteleuropäischen Großstädten gedacht: Jörg VÖGELE, Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung (= Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 69, Berlin 2001); Jörg VÖGELE, Wolfgang WOELK (Hg.), Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert) (= Schriften der Wirtschafts- und Sozialgeschichte 62, Berlin 2000); Andreas WEIGL, Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien (Wien 2000).

26 Ich möchte an dieser Stelle Markus Falk, INOVA Q, für die von ihm geleistete Vorarbeit danken.

27 Zweites betrifft besonders als Säuglinge oder Kleinkinder Verstorbene im Zeitraum bis etwa 1820. Auch nach der verbesserten Kirchenbuchführung ab 1784 ist die Identifikation dieser Gruppe aufgrund von Namensgleichheit bei fehlenden zusätzlichen Angaben außer einer oft ungenauen Altersangabe mit Unsicherheiten behaftet.

28 Zum methodischen Vorgehen vgl. Norman E. BRESLOW, Nicholas E. DAY (Hg.), Statistical Methods in Cancer Research II: The Design and Analysis of Cohort Studies (= IARC Scientific Publication 82, Lyon 1987) 48–118, Rolf GEHRMANN, Methoden der historischen Bevölkerungsforschung – historische Demographie und Bevöl-

kerungsgeschichte. In: Ulrich MÜLLER, Bernhard NAUCK, Andreas DIEKMANN (Hg.), Handbuch der Demographie I: Modelle und Methoden (Berlin u.a. 2000) 709–728 und Marc LUY, Mortalitätsanalyse in der Historischen Demographie. Die Erstellung von Periodensterbetafeln unter Anwendung der Growth-Balance-Methode und statistischer Testverfahren (= Schriftreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung 34, Wiesbaden 2004).

- 29 Die historische Klassifizierung verwendet KUSTATSCHER, Alltag in Tiers; ebenso jene Studien, die auf zeitgenössischen Statistiken basieren. Studien, die sich des ICD-Systems bedienen, sind Kenneth H. FLIESS, Mortality transition among the Wends of Serbin, Texas, 1854–1884: changes in pattern of death from parochial records. In: *Social Biology* 38 (1991) 266–276 und Norbert OHLER, Pfarrbücher als Quelle für den Historiker. Methoden und Möglichkeiten ihrer Erschließung, dargestellt am Beispiel der Pfarrbücher von Hochdorf/Breisgau. In: Irmgard HAMPP, Peter ASSION (Hg.), Forschungen und Berichte zur Volkskunde in Baden-Württemberg 1974–1977 (Stuttgart 1977) 115–148. Die mikrohistorischen Studien im Tiroler Raum verwenden durchwegs eine Klassifizierung, die sich an DIETRICH-DAUM, In Barmherzigkeit dienen, anlehnt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass sich bei den genannten Systematiken faktisch erhebliche Überschneidungen ergeben. Die Grundkategorien (Infektionskrankheiten, Erkrankungen der verschiedenen Organe, Krebserkrankungen, Tod in Folge der Entbindung, durch Gewalt, Lebens- und Altersschwäche) sind durchwegs dieselben.

- 30 Vgl. dazu Anne HARDY, 'Death is the cure of all diseases': using the General Register Office cause of death statistics for 1837–1920. In: *Social History of Medicine* 7 (1994) 472–492 und Karl-Heinz LEVEN, Krankheiten – historische Deutung vs. retrospektive Diagnose. In: Norbert PAUL, Thomas SCHLICH (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben – Probleme – Perspektiven* (Frankfurt am Main/New York 1998) 153–185.

- 31 So beschreibt die häufig genannte Todesursache „Wassersucht“ eine krankhafte Wasseransammlung in abhängigen Körperpartien. Hermann METZKE, *Lexikon der historischen Krankheitsbezeichnungen* (Neustadt an der Aisch 2005), 114.

Als Untersuchungszeitraum sind die Jahre zwischen 1784 und 1924 vorgesehen, der Schwerpunkt konzentriert sich wegen der präziseren Angabe der Todesursache auf die zweite Hälfte des 19. und den Beginn des 20. Jahrhunderts. Um zu geringe Fallzahlen zu vermeiden, erfolgt die Auswertung ab 1800 in 25-Jahres-Zeiträumen. Die Einteilung der Altersstruktur erfolgt in 10-Jahres-Abschnitten, wobei das erste Lebensjahrzehnt noch zusätzlich unterteilt wird.

Zur Kategorisierung der historischen Todesursachen bieten sich im Wesentlichen drei Möglichkeiten an: die Übernahme der amtlichen Klassifizierungen des 19. Jahrhunderts, die Verwendung einer modernen Klassifizierung wie die *International Classification of Diseases* (ICD) und die Entwicklung einer eigenen Einteilung durch den/die ForscherIn.²⁹ Die Wahl der Kategorisierungsart ist abhängig von den zur Verfügung stehenden Quellen und der Fragestellung. Aufgrund der oben beschriebenen Ausrichtung des Instituts wurden die Todesursachen auf Grundlage des ICD-Systems (9. Version) kodiert.

Nur andeutungsweise behandelt werden kann hier die Problematik der Bestimmung und Zuordnung von historischen Todesursachen.³⁰ Ein Hauptproblem liegt in der unterschiedlichen Wahrnehmung von Krankheit und Tod im 19. Jahrhundert und heute: Viele Angaben in den Sterberegistern beziehen sich auf Symptome und nicht auf die Krankheitsursachen.³¹ Unter demselben Terminus wird häufig subsumiert, was heute als unterschiedliche Krankheiten betrachtet würde.³² Dazu kommt das Problem des langen Zeitraumes: Begriffe können einen Bedeutungswandel erfahren oder durch neue Krankheitsbezeichnungen abgelöst bzw. parallel dazu verwendet werden.³³ Schließlich können mehrere Faktoren beim Tod eines Menschen zusammenspielen, doch vielfach wird nur einer – die „Haupttodesursache“ – im Sterberegister vermerkt. Die retrospektive Diagnose ist dadurch in vielerlei Hinsicht problematisch, besonders bei einem stark medizinisch ausgerichteten Forschungsinteresse.

4. Ausblick

Das Modell der epidemiologischen Transition wurde für den peripheren alpinen Raum bisher kaum auf Grundlage regionaler Mikrostudien überprüft. Das hier skizzierte Projekt könnte durch eine differenzierte Betrachtung von Mortalität und Todesursachen genauere Kenntnisse über die Bedingungen des Übergangs liefern. Von besonderem Interesse scheint ein Vergleich des altersspezifischen Todesursachenspektrums der Untersuchungsorte mit der zeitgleichen Entwicklung in den – geographisch nahen – mitteleuropäischen Großstädten in den Phasen der Urbanisierung und Industrialisierung.

Der insgesamt langsamere Verlauf des demographischen Übergangs in den alpinen Hochtälern steht im Zusammenhang mit den Kriterien,

die zur Auswahl der Untersuchungsorte führten. Auch unter diesem Gesichtspunkt kann es von Interesse sein, wie sich die „konservative“ Lebensweise in den Bergdörfern auf die Änderung des Todesursachenspektrums niederschlug.³⁴ Ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn könnte in der Miteinbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes des Verstorbenen liegen. Besonders durch die Analyse des langfristigen sozioökonomischen Wandels könnte die Geschichtswissenschaft die Forschungstätigkeit der genetischen Medizin sinnvoll ergänzen.

Auch darüber hinaus können sich Beobachtungen oder Forschungsergebnisse der einen Disziplin für die Fragestellungen der anderen als fruchtbar erweisen. Ein von der Geschichtswissenschaft bereits gut erforschtes Phänomen ist die hohe Säuglingssterblichkeit in Süddeutschland und im alpinen Raum im 18. und 19. Jahrhundert.³⁵ Die Mütter verzichteten in dieser Zeitperiode fast völlig auf das Stillen der Säuglinge. Die stattdessen verabreichte Ersatznahrung führte häufig zu Magen-Darm-Erkrankungen und, damit verbunden, zu einer erhöhten Säuglingssterblichkeit. Dieser Umstand könnte als Auslesefaktor gesehen werden: Genvarianten, die schützend gegenüber Magen-Darm-Erkrankungen wirken, sollten sich in einer Bevölkerung mit diesen Charakteristiken stärker verbreitet haben und könnten in der heutigen Bevölkerung nachgewiesen werden.

Das Studium hochalpiner *population isolates* kann aber auch zum besseren Verständnis der unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten und -strategien von Individuen wie Gemeinschaften in den Bergregionen beitragen. So konnte gezeigt werden, dass in den Seitentälern des Vinschgaus im 19. Jahrhundert eine hohe geographische Endogamie der Ehepartner herrschte und viele Ehen einer Dispens bedurften.³⁶ Ehen zwischen nahen Verwandten (im II. Grad der Blutverwandtschaft, d.h. Heirat zwischen Cousinen) wurden jedoch auffallend gemieden. Im Gegensatz dazu waren diese Ehen in den benachbarten italienischsprachigen Regionen Nonsberg und Sulzberg (Trentino) verbreitet.³⁷ John Cole und Eric Wolf haben bereits intensiv die soziokulturellen Unterschiede zwischen zwei benachbarten Gemeinden des Nonsbergs, dem italienischsprachigen Tret und dem deutschsprachigen St. Felix, erforscht.³⁸ Auch im Bereich der Verwandtschaftsehen scheinen diese Unterschiede wirksam gewesen zu sein.

Ein Blick „über den Tellerrand“ der eigenen Disziplin kann, wie diese Beispiele zeigen sollen, zu neuen Fragestellungen führen und somit helfen, Aspekte zu berücksichtigen, die ansonsten nicht in Betracht gezogen würden.

Literatur

BECKER Peter, *Leben, Lieben, Sterben. Die Analyse von Kirchenbüchern (= Halbgraue Reihe zur Historischen Fachinformatik. Serie A: Historische Quellenkunde 5, St. Katharinen 1989).*

32 Hinter der mit „Auszehung“ bezeichneten Abmagerung können sich Tuberkulose, aber auch Krebs oder Diabetes mellitus verbergen. METZKE, *Lexikon*, 32 f.

33 Beispielsweise konnte „Tuberkulose“ auf eine Vielzahl von Arten benannt werden: Abzehung, Auszehung, Phthisis, Lungensucht, Schwindsucht, Skrofulose u. a. Elisabeth DIETRICH-DAUM, *Die „Wiener Krankheit“*. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 32, Wien 2007), 30–44.

34 Für den Bereich Fertilität wurde beobachtet, dass in Bergbauerngemeinden mit hoher Agrarquote und konservativerem Wahlverhalten der Rückgang der ehelichen Fruchtbarkeit verspätet einsetzte. Josef KYTIR, *Die ‚verzögerte‘ Modernisierung. Räumliche Aspekte des ehelichen Fruchtbarkeitsrückganges in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg in den sechziger und siebziger Jahren*. In: *Demographische Informationen* (1986) 45–61.

35 Vgl. dazu Hans MEDICK, *Weben und Überleben in Laichingen 1650–1900. Lokalgeschichte als Allgemeine Geschichte (= Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 126, 2. Aufl. Göttingen 1997) 357–377* und Verena REISIGL, *„Der Herr hat es gegeben. Der Herr hat es genommen. Der Name des Herrn sei gepriesen!“ Die Säuglingssterblichkeit von der Modernisierung bis zum Ende des Ersten Weltkrieges mit besonderer Berücksichtigung der Situation in Tirol* (Diplomarbeit, Innsbruck 1998).

36 RIEGLER, *Isolation*. Zum Thema Ehe-dispens vgl. Margareth LANZINGER, *Das gesicherte Erbe. Heirat in lokalen und familialen Kontexten. Innichen 1700–1900 (L’Homme Schriften 8, Wien/Köln/Weimar 2003).*

37 Im Zeitraum 1825–1923 wurden 18% (Nonsberg) bzw. 16% (Sulzberg) aller Dispensen für Blutsverwandtschaft für Heiraten im I–II. oder II. Grad vergeben. Paola GUERESI u.a., *Marriage behaviour in the Alpine Non Valley from 1825 to 1923*. In: *Annals of Human Biology* 28 (2001) 157–171 und Paola GUERESI u.a., *Aspetti biodemografici delle valli trentine. L’alta Valle di Sole dal 1750 al 1923*. In: *Bollettino di Demografia Storica* 21 (1994) 79–102.

38 John W. COLE, Eric R. WOLF, *Die Unsichtbare Grenze. Ethnizität und Ökologie in einem Alpentale (= Transfer Kulturgeschichte 3, Wien/Bozen 1995).*

- BRESLOW Norman E., DAY Nicholas. E. (Hg.), *Statistical Methods in Cancer Research II: The Design and Analysis of Cohort Studies* (= IARC Scientific Publication 82, Lyon 1987).
- COLE John W., WOLF Eric R., *Die Unsichtbare Grenze. Ethnizität und Ökologie in einem Alpental* (= Transfer Kulturgeschichte 3, Wien/Bozen 1995).
- DIETRICH-DAUM Elisabeth, *In Barmherzigkeit dienen – in Demut sterben. Die Tuberkulose bei den Barmherzigen Schwestern in Stams (1835–1945)*. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Werner MATT, Hanno PLATZGUMMER (Hg.), *Geschichte und Medizin. Forschungsberichte – Fachgespräche* (Dornbirn 2001) 122–150.
- DIETRICH-DAUM Elisabeth, *Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich* (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 32, Wien 2007).
- FISCHER Klaus, *Die Bevölkerung im Vinschgau und in seinen Nebentälern seit Ende des 18. Jahrhunderts*. In: *Der Schlern* 48 (1974) 555–567.
- FLIESS Kenneth H., *Mortality transition among the Wends of Serbin, Texas, 1854–1884: changes in pattern of death from parochial records*. In: *Social Biology* 38 (1991) 266–276.
- FLIRI Franz, *Bevölkerungsgeographische Untersuchung im Unterinntal (Baumkirchen, Fritzens, Gnadental und Terfens)* (= Schlern-Schriften 55, Innsbruck 1948).
- GEHRMANN Rolf, *Methoden der historischen Bevölkerungsforschung – historische Demographie und Bevölkerungsgeschichte*. In: Ulrich MÜLLER, Bernhard NAUCK, Andreas DIEKMANN (Hg.), *Handbuch der Demographie I: Modelle und Methoden* (Berlin u.a. 2000) 709–728.
- GUERESI Paola u.a., *Aspetti biodemografici delle valli trentine. L'alta Valle di Sole dal 1750 al 1923*. In: *Bollettino di Demografia Storica* 21 (1994) 79–102.
- GUERESI Paola u.a., *Marriage behaviour in the Alpine Non Valley from 1825 to 1923*. In: *Annals of Human Biology* 28 (2001) 157–171.
- HAGER Martin, *Medizinische Versorgung, Gesundheit, Krankheit und Tod in der Reschenpassregion. Eine medizingeschichtliche und historisch-demographische Untersuchung der Pfarre Graun (1784–1919)* (Diplomarbeit, Innsbruck 2006).
- HARDY Anne, *'Death is the cure of all diseases': using the General Register Office cause of death statistics for 1837–1920*. In: *Social History of Medicine* 7 (1994) 472–492.
- HEUTINK Peter, OOSTRA Ben A., *Gene finding in isolated populations*. In: *Human Molecular Genetics* 11 (2002) 2507–2515.
- HOHENEGGER Heinrich, *Langtaufers. Ein abgeschiedenes Hochtal im Spiegel seiner Geschichte*. In: *Der Schlern* 43 (1969) 266–298.
- IMHOF Arthur E., *Einführung in die Historische Demographie* (München 1977).

- KUSTATSCHER Erika, *Alltag in Tiers. Beiträge zur Bevölkerungs- und Sozialgeschichte vom 17. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg auf der Grundlage serieller Quellen (= Schlern-Schriften 309, Innsbruck 1999).*
- KYTIR Josef, *Die ‚verzögerte‘ Modernisierung. Räumliche Aspekte des ehelichen Fruchtbarkeitsrückganges in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg in den sechziger und siebziger Jahren.* In: *Demographische Informationen* (1986) 45–61.
- LANZINGER Margareth, *Das gesicherte Erbe. Heirat in lokalen und familialen Kontexten. Innichen 1700–1900 (L’Homme Schriften 8, Wien/Köln/Weimar 2003).*
- LEVEN Karl-Heinz, *Krankheiten – historische Deutung vs. retrospektive Diagnose.* In: Norbert PAUL, Thomas SCHLICH (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben – Probleme – Perspektiven* (Frankfurt am Main/New York 1998) 153–185.
- LUY Marc, *Mortalitätsanalyse in der Historischen Demographie. Die Erstellung von Periodensterbetafeln unter Anwendung der Growth-Balance-Methode und statistischer Testverfahren (= Schriftreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung 34, Wiesbaden 2004).*
- MARRONI Fabio u.a., *Population isolates in South Tyrol and their value for genetic dissection of complex diseases.* In: *Annals of Human Genetics* 70 (2006) 812–821.
- MASCALZONI Deborah, *Consenso informato in genomica: un nuovo contratto tra scienza e società* (Dissertation, Bologna 2005).
- MASCALZONI Deborah u.a., *Informed Consent in the Genomics Era.* In: *PLoS Medicine* 5/9 (2008) <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0050192> (Zugriff am 27.11.2008).
- Hans MEDICK, *Weben und Überleben in Laichingen 1650–1900. Lokalgeschichte als Allgemeine Geschichte (= Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 126, 2. Aufl. Göttingen 1997).*
- METZKE Hermann, *Lexikon der historischen Krankheitsbezeichnungen* (Neustadt an der Aisch 2005).
- OHLENER Norbert, *Pfarrbücher als Quelle für den Historiker. Methoden und Möglichkeiten ihrer Erschließung, dargestellt am Beispiel der Pfarrbücher von Hochdorf/Breisgau.* In: Irmgard HAMPP, Peter ASSION (Hg.), *Forschungen und Berichte zur Volkskunde in Baden-Württemberg 1974–1977* (Stuttgart 1977) 115–148.
- PATTARO Cristian u.a., *The genetic study of three population microisolates in South Tyrol (MICROS): study design and epidemiological perspectives.* In: *BMC Medical Genetics* 8/29 (2007) <http://www.biomedcentral.com/1471-2350/8/29> (Zugriff am 27.11.2008).
- PICHLER Irene u.a., *Linkage analysis identifies a novel locus for restless legs syndrome on chromosome 2q in a South Tyrolean population isolate.* In: *American Journal of Human Genetics* 79 (2006) 716–723.

- PINGGERA Gerd Klaus, Stilfs. Geschichte eines Bergdorfes (Schlanders 1997).
- PINGGERA Gerd Klaus, Genealogische und bevölkerungsgeschichtliche Forschung in Südtiroler „Microisolaten“. In: Der Schlern 77/7 (2003) 50–55.
- PINGGERA Gerd Klaus, Die historisch-genealogische Forschung in den Südtiroler Mikroisolaten. In: Institut für genetische Medizin, EURAC (Hg.), Gene und Geschichte in Stilfs, Langtaufers, Martell (= Medizinisch-genetische Forschung in Südtirol 1, Bozen 2006) 19–51.
- REISIGL Verena, „Der Herr hat es gegeben. Der Herr hat es genommen. Der Name des Herrn sei gepriesen!“ Die Säuglingssterblichkeit von der Modernisierung bis zum Ende des Ersten Weltkrieges mit besonderer Berücksichtigung der Situation in Tirol (Diplomarbeit, Innsbruck 1998).
- RIEGLER Alice u.a., Isolation and marriage patterns in four South Tyrolean villages (Italy) during the nineteenth century. In: Journal of Biosocial Science 40 (2008) 787–791.
- STRIMMER Ulrike, Die Geschichte der Tuberkulose im Ober- und Mittelvinschgau (1850–1910). Eine epidemiologische Mikrostudie mit fachdidaktischen Überlegungen (Diplomarbeit, Innsbruck 2006).
- VARILO Teppo, PELTONEN Lena, Isolates and their potential use in complex gene mapping efforts. In: Current Opinion in Genetics & Development 14 (2004) 316–323.
- VÖGELE Jörg, Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung (= Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 69, Berlin 2001).
- VÖGELE Jörg, WOELK Wolfgang (Hg.), Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert) (= Schriften der Wirtschafts- und Sozialgeschichte 62, Berlin 2000).
- WEIGL Andreas, Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien (Wien 2000).
- WINKLER Gisela, Bevölkerungsgeographische Untersuchungen im Martelltal (= Schlern-Schriften 263, Innsbruck 1973).





REZENSIONEN



TOTALE INSTITUTIONEN

(= Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8. Jg./1),
Studienverlag, Innsbruck u.a. 2008, 200 Seiten

Rezensiert von Monika Ankele (Wien)

Eine aus Zeitungspapier ausgeschnittene Figur weist mit ihrer rechten Hand auf ein rotes Herz, das sie nicht ganz berühren kann. Eine Vielzahl an kleinen gelben Wellenlinien, die sich vom Bildrand in dessen Mitte bewegen, fasst das Motiv ein. Blumenähnliche blaue Formen, deren spitze Blätter sich zu den Wellenlinien hin öffnen, begrenzen dieselben und scheinen der Figur, trotz der beengend wirkenden Rahmung, Platz und Raum zu verschaffen. Entstanden ist das für die Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit ausgewählte Titelbild in der Schule der Justizanstalt Josefstadt. Das Bild – Selbstzeugnis eines oder einer inhaftierten Jugendlichen – korrespondiert mit dem Schwerpunkt der Zeitschrift, die sich dem Thema „Totale Institutionen“ widmet. Als eine solche beschrieb der Soziologe Erving Goffman (1922–1982) das Gefängnis: allumfassend, einer zentralen Autorität unterstellt, exakt geplante und geregelte Tätigkeiten und Abläufe, die vom Personal kontrolliert werden, ständig umgeben von SchicksalsgenossInnen.¹ Goffman stellt den Begriff, wie er in dem vorliegenden Band Verwendung findet, das erste Mal 1961 in seinem Buch „Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates“ vor. Seine Ausführungen, die einem mikrosoziologischen Ansatz folgen, basieren auf einer teilnehmenden Beobachtung, die er 1955 und 1956 im St. Elizabeths Hospital in Washington D.C. durchführt. Ziel seiner Feldarbeit war „die Untersuchung des sozialen Milieus des Klinikinsassen, und zwar so, wie dieses Milieu von ihm subjektiv erlebt wird“.² 1972 erschien Goffmans Buch in der deutschen Übersetzung im Suhrkamp Verlag. Der Begriff der „Totalen Institution“ wurde in der Folgezeit zu einem Schlagwort, wobei – wie Falk Bretschneider in seinem Beitrag anmerkt – dieser in vielen Fällen als reißerischer, jedoch inhaltsleerer Begriff eingesetzt worden wäre. Der Herausgeber des vorliegenden Bandes, der Historiker Martin Scheutz, will daher „Nachschau [...] halten, wie es um die Genese, den Gebrauchskontext und allfällige Brüche in der Verwendung dieses ebenso schillernden wie schwer zu fassenden Begriffes steht“ (S. 3) Der Band versteht sich als Diskussionsanregung, aber auch als Anstoß für weitere Forschungen.

1 Vgl. Erving GOFFMAN, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. (engl. Orig. 1961, Frankfurt a.M. 1972).

2 Ebd. 7.

In der Rubrik „Beiträge“ werden zunächst quellennahe historische Forschungen zu unterschiedlichen Einrichtungen, die Goffman als „Totale Institutionen“ klassifiziert, vorgestellt. Merkmale der „Totalen Institution“ lenken dabei den Blick der AutorInnen auf ihren Forschungsgegenstand.

Während Falk Bretschneider in seinem Beitrag die Anwendung des Goffman'schen Konzepts auf Einrichtungen der Frühen Neuzeit als „anachronistisch“ und „absurd“ (S. 139) erachtet, geht die Historikerin Christine Schneider anhand von normativen und alltagspraktischen Quellen aus frühneuzeitlichen Frauenklöstern der Frage nach, ob Goffmans Thesen auch auf die klösterliche Lebenspraxis anwendbar sind. Auch wenn, so ihr Befund, die von Goffman beschriebenen entwürdigenden Aufnahmeverfahren, das Einüben von „Techniken der Unterordnung“ (S. 23) und die strengen Regelungen des Zusammenlebens auf das Leben im frühneuzeitlichen Kloster zutreffen würden, so gibt es doch auch gravierende Unterschiede zu Goffmans Modell: Zum Beispiel hatten die Schwestern die Möglichkeit, die ihnen vorstehende Oberin abzuwählen oder Beschwerde gegen dieselbe beim Bischof einzulegen. Dies weist, zumindest für die Institution Frauenkloster, auf ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen der „Welt der InsassInnen“ und der „Welt des Personals“ hin, die Goffman als voneinander getrennt beschreibt – ein Aspekt, auf den auch andere Beiträge im Band kritisch aufmerksam machen.

Ida Bull untersucht in ihrem Beitrag die Entwicklung des Trondheimer Waisenhauses zur Zeit der Industriellen Revolution und zeigt, welche Auswirkungen die ökonomischen Veränderungen auf die formale Organisation des Waisenhauses und damit auf den Lebensalltag der Kinder nahmen. Arbeit stellte gegen Ende des 18. Jahrhunderts zusehends die Priorität im Unterricht dar: Durch entsprechende Arbeiten sollten sich die Kinder an ihre spätere Position in der Gesellschaft eingewöhnen, für sich selber sorgen können und somit den Staat entlasten. Abschottung von der Außenwelt – ein von Goffman aufgestelltes Merkmal „Totaler Institutionen“ – lag damit nicht im Sinne des Waisenhauses. Sinnvoller wäre es daher, so Ida Bull, das Waisenhaus mit dem Modell des familiären Haushalts zu vergleichen, das Merkmale einer „Totalen Institution“ in sich trägt.

Florian Benjamin Part widmet sich in seinen Ausführungen dem Versorgungshaus Mauerbach im 19. Jahrhundert, das er zwischen Sozialeinrichtung und „Totaler Institution“ ansiedelt. Mit dem Blick auf architektonische Gegebenheiten, Aufnahmeverfahren, Hausordnung, Bestrafung und den Stellenwert der Arbeit kommt Part zu dem – wenig überraschenden – Schluss, dass sich das Versorgungshaus Mauerbach als „Totale Institution“ beschreiben lässt. Problematisch erscheint mir seine Annahme, aus normativen Quellen wie Hausordnungen „Erkenntnisse über das Leben der Pfründner“ (S. 55) zu erhalten. Ohne die Einbeziehung von alltagspraktischen Quellen und einer kritischeren Auseinandersetzung mit dem Konzept der „Totalen

Institution“ stellt sich die Frage nach dem Mehrwert der Verwendung dieses Begriffes. Positiv hervorzuheben ist in dieser Hinsicht der Beitrag von Maria Heidegger und Elisabeth Dietrich-Daum. Die beiden Innsbrucker Historikerinnen beleuchten kritisch die Möglichkeiten des Goffman'schen Ansatzes für die Psychiatriegeschichtsschreibung. Anhand des Beispiels der k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol in der Zeit des Vormärz führen sie Schwachstellen des Goffman'schen Modells vor Augen, das dazu neigt, Ambivalenzen und Widersprüche – die in der Anstaltspraxis unweigerlich zu Tage treten – zugunsten eines stringent erscheinenden Modells auszublenden. Sie plädieren für das Zusammenführen verschiedenster Quellensorten sowie für einen multiperspektivischen Zugang, innerhalb dessen Goffmans Konzept einen wichtigen Stellenwert – vor allem für alltagspraktische Fragen – einnehmen kann.

Der Frage, ob sich ein Kriegsgefangenenlager in der Donaumonarchie zur Zeit des Ersten Weltkrieges als „Totale Institution“ beschreiben lässt, gehen Verena Moritz und Hannes Leidinger in ihrem Beitrag nach. Das Konzept des „Totalen Lagers“, mit dem eine „vom äußeren Geschehen abgeschottete Verwahrung der Gefangenen“ (S. 100) verbunden war, beschreibt einen Idealzustand, der vom österreichisch-ungarischen Gefangenenwesen nach außen hin propagiert wurde, der aber im Verlauf des Krieges und der sich verändernden Bedingungen nicht aufrechtzuerhalten war: Am Beispiel der zunehmenden Notwendigkeit, Kriegsgefangene zum Arbeitsdienst außerhalb des Lagers einzusetzen, zeigen Moritz und Leidinger, wie sich das Kriegsgefangenenwesen, das sich zuerst auf das Lager als zentralem Ort konzentrierte, zunehmend zersplitterte: Anspruch und Wirklichkeit klaffen auseinander, berücksichtigt man die Lebensrealität der Gefangenen.

Elemente „Totaler Institutionen“, so konstatiert Gerhard Sälter, sind in jeder autoritären Staatsform zu finden. Der Historiker fokussiert in seinem Beitrag die Grenzpolizei der DDR, die in einen doppelten Funktionszusammenhang eingebunden war: Zum einen fungierten die Grenzpolizisten als „Personal“ einer „Totalen Institution“, das gegenüber der Bevölkerung auf die „geltenden Beschränkungen der Freizügigkeit“ (S. 119) achten musste. Zum anderen waren die Polizisten aber auch „Insassen“, die den Disziplinierungstechniken des autoritären Staates ausgesetzt waren, um ihre Funktionen erfüllen zu können. Die Dichotomie von Personal und InsassInnen, wie sie Goffman aufstellt, wird in diesem konkreten Fall hinfällig.

Kritische Auseinandersetzungen mit Goffmans Konzept der „Totalen Institution“ finden sich unter der Rubrik „Forum“. Zunächst beleuchtet Christina Vanja Goffmans Konzept aus psychiatriehistorischer Perspektive. Obwohl für die historische Forschung „anregend“ (S. 129), könne es keine quellennahe Analyse ersetzen. Wie Vanja in ihren Ausführungen deutlich macht, ist den Differenzierungen innerhalb der als „Totale Institutionen“ beschriebenen Einrichtungen nachzugehen und nicht blind dem von Goffman entwickelten Merk-

mal-Raster zu folgen. Dies fordert auch Falk Bretschneider in seinem Beitrag ein. Darüber hinaus kritisiert er die ahistorische und statische Zugangsweise, die das Goffman'sche Modell nahelegt. Dynamik, Heterogenität sowie die historische Dimension „Totaler Institutionen“ hätten in diesem Modell keinen Platz. Rainer Fliedl plädiert dafür, dass in den Forschungen die Institution Psychiatrie – da sie *„immer auch einen gesellschaftlichen Konfliktbereich [...] zu verwalten hat“* (S. 134) – nicht nur im Verhältnis zu den PatientInnen, sondern auch im Verhältnis zur Gesellschaft kritisch und reflexiv betrachtet werden muss: Institution und Gesellschaft stehen sich nicht, wie Goffmans Modell impliziert, diametral gegenüber. Der Anwendbarkeit des Goffman'schen Konzeptes für juristische Fragestellungen geht Christian Kopetzki in seinem Beitrag nach. Das Modell der „Totalen Institution“, so Kopetzki, lässt sich im Bereich der Rechtswissenschaften mit dem Konzept des „besonderen Gewaltverhältnisses“ vergleichen, das ähnliche Merkmale aufweist. Ulrike Froschauer schlägt in ihrem Beitrag vor, Goffmans Analysen für das Feld der Organisationsforschung produktiv zu machen, da Goffman in seinen Untersuchungen für diesen Forschungsbereich zentrale Fragen aufwirft. So liefert er mit seiner Analyse des Alltagslebens in einer Psychiatrie „wesentliche Aufschlüsse über die mikrosoziale Dynamik in Organisationen“ (S. 155). Im Abschnitt „Interview zum Heftthema“ stellt sich Fred Zimmermann, leitender Beamter der Justizanstalt Wien Josefstadt, den Fragen von Martin Scheutz. Im Interview werden aktuelle Tendenzen im österreichischen Gefängniswesen kontrovers beleuchtet und ein Blick zurück auf dessen Entwicklung seit den späten 1960er Jahren geworfen. Abgerundet wird das Heft mit einem Rezensionsteil, der sich in der Auswahl der Bücher ebenfalls am Themenschwerpunkt „Totale Institutionen“ orientiert.

Goffman entwarf sein Modell als Idealtyp, um, wie er schreibt, zuerst Gemeinsamkeiten aufzuzeigen und später wichtige Unterschiede herausarbeiten zu können.³ Wie die einzelnen Beiträge zeigen, ist es Aufgabe der ForscherInnen, in ihren Analysen konkreter Organisationsformen den Blick für Differenzen und Widersprüche zum idealtypischen Modell von Goffman zu schärfen und Kontextualisierungen vorzunehmen. Erst in dieser Herangehensweise kann der Begriff der „Totalen Institution“ sein produktives Potenzial entfalten und für weitere – vor allem auch komparatistische – Forschungen zu historischen Institutionen anregend sein.

ARZTPRAXEN IM VERGLEICH: 18. – 20. JAHRHUNDERT

(Veröffentlichungen des Südtiroler Landesarchivs/
Pubblicazioni dell' Archivio Provinciale di Bolzano 26)
StudienVerlag, Innsbruck u.a. 2008, 364 Seiten

Rezensiert von Michaela Fahlenbock (Innsbruck)

Im Frühjahr 2006 fand in Innsbruck unter dem gleichnamigen Titel „Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert“ ein internationales Symposium statt, das in Kooperation des Instituts für Geschichte und Ethnologie der Universität Innsbruck, des Südtiroler Landesarchivs (Bozen) und des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung (Stuttgart) veranstaltet wurde. Die Tagung knüpfte an die Forschungsarbeiten des von 2002–2007 an der Universität Innsbruck angesiedelten InterregIII A-Projektes „*Historiae Morborum*“ – *Die Krankengeschichten des Franz von Ottenthal (1818–1899)* an, das die systematische elektronische Erfassung der über 50 Jahre geführten Praxisjournale des in Sand in Taufers ansässigen Südtiroler Landarztes zum Gegenstand hatte. Neben der Präsentation vorläufiger Zwischenergebnisse des Projektes wurde im Rahmen des Symposiums vor allem der Versuch gestartet, Forschungen zu Arztpraxen unterschiedlicher räumlicher und zeitlicher Provenienz einem Vergleich zu unterziehen und diesbezüglich parallel bzw. divergierend verlaufende Entwicklungen aufzuzeigen. Die Ergebnisse der damals angeregten Diskussionen finden sich im vorliegenden Sammelband publiziert. Einführend skizziert Elisabeth Dietrich-Daum anhand eines gedruckten Protokolls über die „*Einvernahme ärztlicher Experten zur Frage des Ausbaus der Arbeiterkrankenversicherung (1905/6)*“ spezifische Berufserfordernisse einzelner Ärzteguppen und die unterschiedlichen Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit an der Wende zum 20. Jahrhundert, um damit zum Ausgangspunkt des Tagungsbandes überzuleiten: Ziel der nun folgenden 15 Beiträge in deutscher (14) und italienischer Sprache (1), die aufgrund ihres Faktenreichtums und des hier begrenzt zur Verfügung stehenden Raums nicht einzeln behandelt werden können, ist es, einen methodischen Vergleich anzustreben, der Ähnlichkeiten, Gemeinsamkeiten und Unterschiede „historischer“ Arztpraxen mitteleuropäischer bzw. kanadischer Provenienz des 18.–20. Jahrhunderts aufzeigt und von generalisierenden Aussagen abgeht. Der gemeinsame Ausgangspunkt der Herausgeber/Herausgeberinnen und Autoren/Autorinnen liegt dabei in folgender These

begründet: Analog der spezifischen beruflichen Rahmenbedingungen von Ärzten waren bzw. sind deren jeweilige Interessen, Erfahrungen und Erfordernisse sehr unterschiedlich; verallgemeinernde Aussagen über Berufsanforderungen, Berufsbild, Karrierechancen, Praxiserfahrungen, die ökonomische Situation, das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Struktur der Klientel sind deshalb nicht möglich. Im Gegenteil, die genannten Rahmenbedingungen des ärztlichen Tätigkeitsfeldes waren, wie die einzelnen Untersuchungen des Sammelbandes deutlich machen, offensichtlich unterschiedlicher als angenommen und einem schnellen historischen Wandel unterworfen.

Der Band gliedert sich in drei Teile: Zu Beginn gibt Martin Dinges einen umfassenden Überblick über den englisch- und deutschsprachigen Forschungsstand zur ärztlichen Praxis des 16.–19. Jahrhunderts, der auch dem interessierten Laien einen erleichternden Einstieg in diese detailreiche Forschungsthematik ermöglicht. In Hinblick auf eine gesundheitsgeschichtliche Annäherung an die ärztliche Praxis erachtet Dinges vier Fragestellungen für besonders untersuchungswürdig:

- Was geschieht in der „Praxis“ und wie verändert sich das?
- Wer wird behandelt?
- Was kostet die ärztliche Dienstleistung?
- Und zuletzt: Wie ändert sich die Stellung der Allgemeinpraxis im Kontext anderer Praxen?

Sein heuristisches Erkenntnisinteresse liege dabei in der Analyse und Beschreibung der Entwicklung von Praxen über längere Untersuchungszeiträume hinweg, denn nur längerfristige Beobachtungen ließen solide Aussagen zu den genannten Gesichtspunkten zu. Die Heranziehung verschiedenster Quellengattungen (z.B. Therapiegeschichten, ärztliche Reiseberichte, Autobiographien von Ärzten bzw. Patienten/Patientinnen, ärztliche Fallsammlungen, Briefe, Rechnungsbücher, Patientenakten und Praxisjournale etc.), die im Beitrag eingehende Thematisierung finden, würde in diesem Zusammenhang die unterschiedlichsten Erkenntnismöglichkeiten bieten. Mit der beispielhaften Vorstellung zweier bereits vorbildlich ausgewerteter Krankheitsjournalserien – einer kanadischen Landarztpraxis und einer städtischen Praxis in Gent – leitet Dinges schließlich die nächste Schwerpunktsetzung des Tagungsbandes ein.

In einem zweiten Teil widmen sich acht Beiträge (von Marion Maria Ruisinger, Hubert Steinke, Volker Hess, Robert Jütte, Monika Papsch, Nadine Boucherin, Andreas Oberhofer und Alois Unterkircher) in chronologischer Reihenfolge der Alltagspraxis von Ärzten des 18. und 19. Jahrhunderts in Deutschland, Italien und der Schweiz. Alle Aufsätze, wie auch die des dritten Bandabschnittes, zeichnen sich durch die Verwendung primärer Quellen aus, wobei jeweils unterschiedliche Gattungen die Ausgangsbasis der einzelnen Analysen darstellen. Unter Heranziehung und Auswertung von Patienten-, Boten- und Konsi-

liarbriefen, posthum publizierten Kasuistikbänden, Krankenjournalen bzw. -tagebüchern als auch lokaler Sterbematriken werden anhand einzelner Fallbeispiele (ländliche/städtische Praxen) Fragen nach der Patientenstruktur (soziale, geschlechts- und altersspezifische Zusammensetzung), dem Einzugsgebiet, dem Einkommen und nach der beruflichen Etablierung der Ärzte gestellt. Gleichmaßen finden das Arzt-Patienten-Verhältnis, die Entwicklung spezifischer Ordinationsformen (Sprechstundenpraxis/ Besuchspraxis/ Korrespondenzpraxis) sowie diesbezügliche Kommunikationsstrategien (z.B. Botendienste an Franz von Ottenthal) in den einzelnen Darstellungen besondere Berücksichtigung. Nicht zuletzt werden der krankheitsbedingte Anlass für eine ärztliche Konsultation als auch die Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen dem Krankheits- und Gesundheitsbewusstsein von Frauen bzw. Männern und vorherrschenden geschlechtsspezifischen Rollenbildern untersucht.

Sechs Beiträge (von Elena Taddei, Sabine Pitscheider, Martin Krieger, Maria Heidegger, Casimira Grandi und Bernhard Schär) befassen sich im anschließenden dritten Teil des Sammelbandes mit den spezifischen Berufsfeldern unterschiedlicher Ärztegruppen des 19. und 20. Jahrhunderts und den damit zusammenhängenden Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit: Erwartete Qualifikationen und Anforderungen (z.B. Studienorte, Zusatzausbildungen, Fremdsprachenkenntnisse, Empfehlungen, „Moralität“ und Religionszugehörigkeit) bei behördlich ausgeschriebenen Stellen und der zeitlich bzw. räumlich spezifische Ablauf ärztlicher Bestellungsverfahren stehen dabei ebenso wie die strukturellen Vorgaben medizinischer Versorgung in Strafarbeitshäusern bzw. Zwangsarbeitsanstalten und die Skizzierung dieser medizinischen Versorgung aus „Patienten-Perspektive“ im Mittelpunkt des Forschungsinteresses der einzelnen Autoren/Autorinnen. In Weiterem kommt es zur Thematisierung struktureller Bedingungen ländlicher armenärztlicher Praxis und des umfangreichen Tätigkeitsfeldes von Bahn(bau)ärzten beim Bau des Arlbergeisenbahntunnels (1880–1884). Darüber hinaus wird die Entwicklung der sozialen Säuglings- und Kinderfürsorge in einem sozio-ökonomischen Randgebiet – dem Trentino des 19. Jahrhunderts – untersucht. Der finale Teil des Tagungsbandes schließt mit der Darstellung professionspolitischer Berufsstrategien der schweizerischen Zahnärzteschaft in den Jahren nach 1960 und der damit zusammenhängenden Bedeutung der Zahnarztpraxen, die die materielle Basis für eine freie, bildungsbürgerliche Lebensweise dieser medizinischen Anbieter bildeten.

Der Sammelband gibt anhand der in den einzelnen Beiträgen untersuchten Fallbeispiele einen sehr guten Einblick in die facettenreiche Vielfalt dieses noch recht jungen Forschungsfeldes. Gleichzeitig werden neue Fragestellungen für künftige Forschungen angerissen und bestehende Forschungsdesiderate aufgezeigt. Resümierend führen die Ergebnisse der Beiträge zur Verifizierung der Ausgangsthese, wobei

sich jedoch nicht nur Unterschiede in der Entwicklung der alltäglichen Tätigkeit ärztlicher Praxis feststellen lassen. Arztpraxen konnten durchaus parallele Konstanten aufweisen: So lässt sich etwa mit der Etablierung eines Arztes auch die summarische Zunahme seiner Klientel oder aber die gängige Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung durch sozial schwache Bevölkerungsschichten beobachten.

Die hier durchgeführten Untersuchungen wurden alle auf fundierter Quellenbasis und gründlicher Literaturrecherche erstellt. Die zahlreichen Tabellen, Grafiken, Abbildungen und Karten, die Quellen- und Literaturverzeichnisse, die Zusammenfassungen der einzelnen Artikel in deutscher und englischer Sprache sowie das Orts- und Namensregister am Ende des Tagungsbandes ermöglichen eine äußerst benutzerfreundliche Handhabung des Buches. Gleichermäßen vermitteln die hier herangezogenen Quellengattungen – das Spektrum reicht u.a. von Patientenbriefen über Praxistagebücher hin zu Sanitätsakten und Zeitungen – einen Eindruck von der Vielschichtigkeit des historischen Instrumentariums dieses Forschungsfeldes. Nicht zuletzt regen die in den einzelnen Beiträgen thematisierten Schwerpunkte medizinhistorisch interessierte Historiker/Historikerinnen und Laien zu einer vertiefenden Lektüre der Materie an.

ALOIS UNTERKIRCHER, UNTER MITARBEIT VON
REINHARD BODNER UND KATHRIN SOHM (HGG.)

bricolage INNSBRUCKER ZEITSCHRIFT FÜR EUROPÄISCHE ETHNOLOGIE 5

Themenheft: Medikale Kulturen. Innsbruck University Press,
Innsbruck 2008, 272 Seiten

Rezensiert von Flavio Häner (Basel)

Die kulturwissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Medizinischen in der Gesellschaft ist geprägt von thematischer und methodischer Offenheit. Diese Offenheit zeigt sich bereits im Inhaltsverzeichnis der fünften Ausgabe der *bricolage* mit dem Titel „Medikale Kulturen“. Mit vier Untertiteln „Theoretische Reflexionen“, „Das erfahrene Leiden“, „Das verhandelte Leiden“ und „Das bewältigte Leiden“ möchte der Herausgeber Alois Unterkircher die vierzehn Beiträge strukturieren, was aufgrund der stark heterogenen Themen der einzelnen Texte wohl keine leichte Aufgabe gewesen sein dürfte. Das Spektrum reicht von individuellen Krankheitserfahrungen über Gesundheitspolitik bis zu den Professionalisierungsbestrebungen der Ärzteschaft, Party-Drogen und Lourdes-Wasser. Ähnlich differenziert sind die für die Forschung ausgewerteten Quellen wie spätmittelalterliche Briefwechsel, staatliche Gesundheitskampagnen, Museumsausstellungen oder Online-Foren im Internet.

Diese Offenheit bedingt aber auch eine begriffliche Unschärfe. Bereits in der Einleitung stellt Alois Unterkircher den Titel der Ausgabe „Medikale Kulturen“ in Anführungszeichen und relativiert durch die Aufarbeitung der Geschichte des Begriffs seine einheitliche und begrenzte Bedeutung. Im darauf folgenden Aufsatz führt Eberhard Wolff die von Unterkircher begonnene Diskussion um die Notwendigkeit, aber auch Problematik der thematischen Offenheit innerhalb der „kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung“ oder „Medikalkulturforschung“ dahingehend aus, dass eine Kohärenz und ein Leitbild in der kulturwissenschaftlichen Erforschung von „Gesundheit, Krankheit, Medizin und Körper“ verstärkt über den Begriff „Kultur“ herzustellen sei (S. 36). Nur so könne sich die kulturwissenschaftliche Gesundheitsforschung als spezifische Teildisziplin von anderen Forschungsfeldern als auch von der eigenen Fachgeschichte im Bereich der traditionellen „Volksmedizin“ abgrenzen und dem eigenen Interessensgebiet, den „medikalen Kulturen“, ein schärferes Profil

verleihen. Wolffs Anregungen werden im Aufsatz von Michael Simon über die Popularisierung medizinischer Diskurse weitergeführt mit dem Schluss, dass in der Erforschung der medizinischen Vorstellungen und Wissensdiskurse innerhalb der Gesellschaft „die Weite und Vielschichtigkeit des Themas anzuerkennen“ ist und nicht durch Gegenüberstellung von einer „Schul- und Volksmedizin“ verengt werden kann (S. 47). Diese Gegenüberstellung verschiedener Konzepte zur Erfassung einzelner Wissensbereiche hat auch Michael Riss zum Thema. Er beschreibt die „Konstruktion“ der gegensätzlichen Begriffe „wissenschaftlicher Schulmedizin“ und „unwissenschaftlicher Heilkunde“ durch die Vertreter naturwissenschaftlicher Disziplinen im 19. Jahrhundert am Beispiel des Pathologisch-anatomischen Bundesmuseums in Wien. Damit zeigt er auf, dass die Vorstellung über getrennte medizinische Wissensbereiche, wie sie auch im traditionellen Forschungsbereich der „Volksmedizin“ anzutreffen sind, nur ein Konstrukt darstellen, aber nach wie vor die Auffassungen über die diversen „medikalen Kulturen“ bestimmen.

Mit den Unterschieden in individuellen und gesellschaftlichen Vorstellungen über Medizin, Körper und Krankheit befassen sich auch die drei folgenden Beiträge. Christina Antenhofer zeigt am Beispiel eines spätmittelalterlichen Briefwechsels, dass innerhalb einer historischen Beschäftigung mit Konzepten von Krankheit und Gesundheit die „historische Bedingtheit des Körpers“ betont werden muss. Sie macht deutlich, dass Menschen zu anderen Zeiten oder in anderen Kulturen aufgrund ihrer medizinisch-anatomischen Vorstellungen in anderen Körpern leben und fordert eine Beachtung der Relativität und Konstruiertheit der in medizinischen Diskursen verwendeten Begriffe. Auf die Andersartigkeit geht auch Ellinor Forster in ihrem Aufsatz über Selbstbeschreibungen psychisch Erkrankter im 19. Jahrhundert ein und stellt dar, dass „Anderssein“ als ein wichtiger Teil der individuellen Erfahrung von Krankheit zu verstehen ist. Ebenso behandelt Christine Holmberg individuelles Krankheitserleben in ihrer Forschung über an Brustkrebs erkrankte Frauen. Anhand biografischer Interviews argumentiert sie, dass Krankheitserfahrung in der Gegenwart zum Teil stärker von der medizinischen Diagnostik und Definition abhängig ist als vom eigentlichen Erleben einer Krankheit.

Die wirtschaftlichen Seiten von Krankheit beschreibt Martin Krieger in seinem kurzen Beitrag zu einem „lokalen Armenfonds um 1930“. Dabei behandelt er u.a., dass Krankheit und Gesundheit durchaus auch Politikum und Staatsaufgabe sein können. Alois Unterkircher befasst sich mit der Gründung der Landesstelle der Österreichischen Aids-Hilfe in Tirol. Er beschreibt die starken Verflechtungen, die innerhalb des Gesundheitssystems existieren, und wie eine Krankheit den Alltag zahlreicher Personengruppen bestimmen kann. Dabei stellt er in den Vordergrund, dass „Medikalisierung“ nicht immer ein staatlich oder durch medizinische Experten gesteuerter Prozess ist, sondern im Falle der Präventionskampagnen gegen HIV unterschiedliche Perso-

nengruppen „adäquate Strategien von Staat und Medizin“ im Sinne einer „Medikalisierung von unten“ (S. 159) einforderten. Marina Hilber untersucht in ihrem Beitrag die wohl modernsten Formen der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Körper. Anhand von Online-Foren über „Crystal Meth“, einer neuartigen Rauschdroge, gibt sie einen Einblick in die Informationsbeschaffung und Kommunikation von betroffenen Laien und Experten über medizinische Themen im Zeitalter des Internets.

Auf kulturelle Unterschiede in der Gesundheitspraxis geht Reinhard Bodner unter Mitarbeit von Kathrin Sohm in seinem Artikel über Beispiele der Präventivmedizin für türkische Migrantinnen ein. Er zeichnet ein Bild der kulturellen Relativität von Gesundheitskonzepten in dem Sinne, dass „Gesundheit kein medizinischer, sondern gesellschaftlicher Begriff“ und damit in seiner Bedeutung gesellschaftlich-kulturellen Differenzen und Diskursen unterworfen ist.

Mit der Problematik der Professionalisierung der Ärzteschaft im 19. Jahrhundert beschäftigt sich Elisabeth Dietrich-Daum und ermöglicht mit der historischen Arbeit auch einen Blick auf die Gruppe der „Gesundheitsexperten“. Susanne Hoffmann versteht „Gesundheits-selbsthilfe“ in ihrem Aufsatz als „doing gender“ und erfasst damit die geschlechterspezifischen Differenzen innerhalb der gesundheitlichen Selbsthilfe. Die Organtransplantation ist das Thema von Vera Kalitzkus Beitrag, indem sie vor allem auf die Dimension der Gabe innerhalb der Organspende eingeht. Sie kommt zum Schluss, dass Organspende als gesellschaftliche Praxis noch keine sicheren kulturellen Handlungsmuster etabliert hat. Den Abschluss des Buches macht Dagmar Hänel mit ihrem Aufsatz über „Populärreligiöse Handlungspraxen in Gesundheitskonzepten“ und erweitert damit das Themenfeld noch um die religiös-rituelle Dimension.

Am Ende der Lektüre kann man sich die Frage stellen, ob der fünfte Band der *bricolage* die Anregung von Eberhard Wolff, nämlich die Fokussierung auf das „Kulturelle“ zur Schärfung des eigenen Profils, plausibel vermitteln konnte. Fasst man „Kultur“ als den unabhangeschlossenen und weiten Begriff auf, als welcher er allgemein verstanden wird, so kann man sagen, dass die Aufsätze in ihrer Gesamtheit und Heterogenität tatsächlich die Vielfalt der „medikalen Kulturen“ demonstrieren. Als Kritikpunkt bleibt, dass aufgrund dieser Vielfalt am Ende unklar bleibt, was sich nun genau unter „medikalen Kulturen“ verstehen lässt, und mit welchen Methoden und theoretischen Grundlagen diese erfasst werden können.

Alles in allem bildet der Band eine gelungene Übersicht über die innerhalb der gegenwärtigen kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung behandelten Themen, verweist aber damit auch auf die Probleme innerhalb dieser Teildisziplin, die in ihrer strukturellen Offenheit und den damit verbundenen Unschärfen liegen. Dieser Verweis kann aber durchaus als eine Anregung für eine weitere und intensivere Beschäftigung mit dem weiten Feld der „medikalen Kulturen“ verstanden werden.



VEREINSNACHRICHTEN



VEREINSNACHRICHTEN

Am 18. und 19. Juni 2009 fand in Linz die diesjährige Tagung Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit statt, die dankenswerterweise von Univ. Prof. DDr. Michael Pammer vom Institut für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte der Johannes Kepler Universität Linz in Kooperation mit dem Verein für Sozialgeschichte der Medizin organisiert wurde. In 14 aufschlussreichen Referaten, an die sich – nicht zuletzt dank eines im Allgemeinen soliden Zeitmanagements der Beteiligten – meist längere Diskussionen anschlossen, wurden medizinhistorische Forschungen vorgestellt, deren Gegenstandsbereich sich zeitlich von der frühen Neuzeit bis ins späte 20. Jahrhundert erstreckte, und räumlich – dies ein Novum für diese Tagungsreihe – bei weiterhin gegebener Fokussierung auf den mitteleuropäischen Raum auch Vorträge zur Medizingeschichte anderer Regionen, namentlich Großbritanniens und Japans, einschloss; der Wert einer quellenbasierten, regional vergleichenden Medizingeschichtsforschung wurde hierbei sehr deutlich.

Ein näherer Tagungsbericht soll aber an anderer Stelle gegeben werden (www.sozialgeschichte-medizin.org), hier ist vielmehr vor allem auf die im Konnex zu dieser Tagung veranstaltete Generalversammlung des Vereins für Sozialgeschichte hinzuweisen, die einen besonderen Tagesordnungspunkt beinhaltete: Die Gründerin und Vereinspräsidentin, Sonia Horn, Universitätsdozentin am Institut für Geschichte der Medizin und nunmehrige Leiterin der historischen Sammlungen der Medizinischen Universität Wien, hatte sich, gemeinsam mit einigen anderen – langjährigen und verdienten – Vorstandsmitgliedern entschlossen, sich nach über 10-jähriger intensiver Aufbauarbeit und Tätigkeit für unseren 1998 gegründeten Verein aus den „vordersten Reihen“ des Vorstandes zurückzuziehen – im Wissen, dass der Verein nunmehr auf einer relativ breiten personellen Basis engagierter Mitglieder ruht, von denen sich auch mehrere bereit erklärt haben, künftig im Vorstand des Vereins tätig zu werden. Als neuer Vereinsvorstand wurden daraufhin bei der Generalversammlung am 18. Juni – einstimmig – gewählt:

Präsident:	Carlos Watzka, Priv. Doz. Mag. Dr.	Graz
1. stv. Präsidentin:	Elisabeth Dietrich-Daum, Univ. Prof. Dr.	Innsbruck
2. stv. Präsidentin:	Ingrid Arias, Mag. Dr.	Wien
Sekretär:	Marcel Chahrour, Mag.	Wien
1. stv. Sekretärin:	Gabriele Dorffner, Mag. Dr.	Wien
2. stv. Sekretärin:	Maria Heidegger, Mag. Dr.	Innsbruck
Finanzreferent:	Andreas Golob, Mag. Dr.	Graz
Finanzreferent-Stv.:	Christian Promitzer, Mag. Dr.	Graz
Rechnungsprüfer:	Michael Lenko, Dr.	Wien
Rechnungsprüfer-Stv.:	Angela Grießenböck, Mag. Dr.	Innsbruck

Der neu gewählte Vorstand hat mittlerweile beschlossen, Sonia Horn in Würdigung ihrer Tätigkeit, welche einen Verein für Sozialgeschichte der Medizin in Österreich überhaupt erst zur Realität werden ließ, zur Ehrenpräsidentin desselben zu ernennen.

Der Umstand, dass der Vereinsvorstand nun um zwei Mitglieder erweitert ist, reflektiert ebenso wie die regionale Streuung der institutionellen Verankerungen der Mitglieder die erfreulich breite Basis sehr aktiver Vereinsmitgliedern in nahezu allen österreichischen Bundesländern, neben Wien, Steiermark und Tirol (woher sich der derzeitige Vorstand „rekrutiert“) auch in Salzburg, in Nieder- und Oberösterreich, in Vorarlberg und im Burgenland. Kärntner mit Interesse für die Sozialgeschichte der Medizin sind dagegen offenkundig besonders rar; wir können keine „Ergreiferprämien“ zahlen, würden uns aber über zweckdienliche Hinweise etwaiger Interessenten sehr freuen!¹ Unser Angebot betreffend neue Vereinsmitgliedschaften gilt aber selbstverständlich für medizingeschichtlich interessierte und/oder forschende Menschen in allen Teilen Österreichs, wie auch anderen Weltgegenden.

Für einen durchaus bescheidenen Jahresmitgliedsbeitrag von nunmehr € 15.- können wir den Bezug des – mittlerweile zu stattlichem Umfang herangewachsenen – Jahresbandes „Virus“ bieten, dessen diesjährige Nummer Sie gerade in Händen halten, weiters regelmäßige Informationen auf unserer Vereinshomepage sowie per Mailingliste (u.a. zur einmal jährlich stattfindenden Tagung „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ und in einem zweijährigen Turnus veranstalteten „Wiener Gesprächen zur Sozialgeschichte der Medizin“) sowie die Möglichkeit zur Mitwirkung an Vereinsaktivitäten wie Forschungsprojekten und Publikationsvorhaben.

Der neu gewählte Vorstand hat sich eine intensivierte Werbung um neue Mitglieder zur weiteren Stärkung unseres für diese Thematik in Österreich singulären Forschungs- und Kompetenz-Netzwerks sowie die Förderung von Forschungen zur Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin zur vorrangigen Aufgabe gemacht.

¹ Ich bitte, mir als Steirer diesen kleinen Seitenhieb zu verzeihen – und hoffe auf Meldungen.

In diesem Zusammenhang möchten wir alle Interessenten, insbesondere Studierende, die sich im Rahmen ihrer Diplom-/Masterarbeiten oder Dissertationen mit entsprechenden Fragestellungen befassen (wollen), herzlich einladen, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Carlos Watzka

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. Dr. Carlos Watzka
Verein für Sozialgeschichte der Medizin
Strassoldogasse 10/12
8010 Graz
carlos.watzka@uni-graz.at

P.S.: Neue Vereinsmitgliedschaften können erklärt werden durch Ausfüllung des Online-Formulars auf:

www.sozialgeschichte-medizin.org,
oder durch Zusendung des Beitrittsformulars

per email bzw. schriftlich an:

Mag. & Dr. phil. Andreas Golob
Karl-Franzens-Universität Graz
Universitätsarchiv
Universitätsplatz 3/TG
8010 Graz
+43316/380-2205
an.golob@uni-graz.at



AUTORINNEN UND AUTOREN



VERZEICHNIS DER AUTORINNEN UND AUTOREN

Ammerer, Gerhard, MMag. DDr., geb. 1956, ao. Univ.-Prof. am FB
Geschichte der Paris-Lodron-Universität Salzburg
gerhard.ammerer@sbg.ac.at

Ankele, Monika, Dr. phil., geb. 1978, derzeit Lektorin an der Uni-
versität Wien
monika.ankele@chello.at

Bogen, Cornelia, MA., geb. 1981, Graduiertenkolleg des Exzellenz-
netzwerkes Aufklärung-Religion-Wissen sowie Institut für Medien-
und Kommunikationswissenschaften, Martin-Luther-Universität Hal-
le-Wittenberg
cornelia.bogen@medienkomm.uni-halle.de

Elisabeth Dietrich-Daum, Dr. Ao. Prof., geb. 1959, Dozentin
für Wirtschafts- und Sozialgeschichte am Institut für Geschichte und
Ethnologie der Universität Innsbruck
elisabeth.dietrich@uibk.ac.at

Fahlenbock, Michaela, Mag.^a phil., geb. 1980, wissenschaftliche
Projektmitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethnologie, Uni-
versität Innsbruck
michaela.fahlenbock@uibk.ac.at

Gögele, Martin, Mag., geb. 1978, wissenschaftlicher Mitarbeiter am
Institut für Genetische Medizin, Europäische Akademie Bozen
martin.goegele@eurac.edu

Golob, Andreas, Mag. Dr. phil., geb. 1977, Universitätsarchiv der
Karl-Franzens-Universität Graz
an.golob@uni-graz.at

Grandi, Casimira, Dr. Prof., Professorin am Dipartimento di Scien-
ze Umane e Sociali dell'Università degli Studi di Trento
casimira.grandi@unitn.it

Häner, Flavio, cand. lic. phil., geb. 1983, Student am Seminar für
Kulturwissenschaft und Europäische Ethnologie, Universität Basel
flavio.haener@stud.unibas.ch

Heidegger, Maria, Mag.^a Dr., geb. 1969, Wirtschafts- und Sozialhistorikerin am Institut für Geschichte und Ethnologie der Universität Innsbruck
maria.heidegger@uibk.ac.at

Hilber, Marina, Mag.^a, geb. 1981, wissenschaftliche Projektmitarbeiterin und Doktorandin am Institut für Geschichte und Ethnologie der Universität Innsbruck
marina.hilber@uibk.ac.at

Hoerz, Peter, Dr. Doz., geb. 1966, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abt. Kulturanthropologie/Volkskunde des Instituts für Germanistik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
phoerz@uni-bonn.de

Keber, Katarina, PhD, geb. 1975, research fellow Milko Kos Historical Institute, Scientific Research Centre of the Slovenian Academy of Sciences and Arts
katarina.keber@zrc-sazu.si

Lobenwein, Elisabeth, MMag.^a, geb. 1984, Doktorandin an der Universität Salzburg (Fachbereich Geschichte)
elisabeth.lobenwein@gmx.net

Polajnar, Janez, MA, geb. 1977, Mestni muzej Ljubljana / City Museum Ljubljana
janez.polajnar@mestnimuzej.si

Ralsler, Michaela, Dr. Ass. Prof., geb. 1962, Dozentin für Gender Studies, Wissenschaftsgeschichte und Subjekttheorien am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Innsbruck
michaela.ralsler@uibk.ac.at

Seifert, Oliver, Mag., geb. 1971, wissenschaftlicher Projektmitarbeiter und Doktorand am Institut für Geschichte und Ethnologie
oliver.seifert@uibk.ac.at

Studen, Andrej, Univ. Doz. Dr., geb. 1963, höherer wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für neuere Geschichte der Universität Ljubljana sowie an der Fakultät der humanistischen Studien der Universität für das Küstenland Koper
andrejS@inz.si

Taddei, Elena, Mag.^a Dr., geb. 1974, Neuzeithistorikerin am Institut für Geschichte und Ethnologie an der Universität Innsbruck
elena.taddei@uibk.ac.at

Unterkircher, Alois, Mag. geb. 1971, wissenschaftlicher Projektmitarbeiter und Doktorand am Institut für Geschichte und Ethnologie der Universität Innsbruck
alois.unterkircher@uibk.ac.at

Watzka, Carlos, Mag. Dr., Priv. Doz., geb. 1975, wissenschaftlicher Projektleiter am Centrum für Sozialforschung der Universität Graz, derzeit Vertretungsprofessur für Soziologie an der KU Eichstätt-Ingolstadt
carlos.watzka@uni-graz.at

Weber, Wolfgang, Univ.-Doz. Dr. Mag. MA (UCL) MAS Akademischer Politischer Bildner, geb. 1964, Dozent am Institut für Zeitgeschichte der Leopold Franzens Universität Innsbruck und Leiter der Abteilung Verwaltungsarchiv am Vorarlberger Landesarchiv in Bregenz
wolfgangsta@aon.at

