

virus

virus

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin.

11

Schwerpunkt: Behinderung(en)

Herausgegeben von Carlos Watzka und Florian Schwanninger
für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Wien 2012



VERLAGSHAUS DER ÄRZTE

Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Die vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin herausgegebene Zeitschrift versteht sich als Forum für wissenschaftliche Publikationen mit empirischem Gehalt auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit sowie angrenzender Gebiete, vornehmlich solcher mit räumlichem Bezug zur Republik Österreich, ihren Nachbarregionen sowie den Ländern der ehemaligen Habsburgermonarchie. Zudem informiert sie über die Vereinstätigkeit. Der Virus wurde 1999 begründet und erscheint jährlich im Verlagshaus der Ärzte in Wien. Der Virus ist eine peer-reviewte Zeitschrift und steht Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus allen Disziplinen für Beitragsvorschläge offen. Einreichungen für Beiträge im engeren Sinn müssen bis 31.10., solche für alle anderen Rubriken (Projektvorstellungen, Veranstaltungs- und Ausstellungsberichte, Rezensionen) bis 31.12. eines Jahres als elektronische Dateien in der Redaktion einlangen, um für die Begutachtung und gegebenenfalls Publikation im Folgejahr berücksichtigt werden zu können. Nähere Informationen zur Abfassung von Beiträgen finden sich auf: www.sozialgeschichte-medizin.org. Diesbezügliche Anfragen richten Sie bitte an Carlos Watzka: carlos.watzka@uni-graz.at.

Neuere Publikationen des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin sind über das Verlagshaus der Ärzte lieferbar. Ältere sind teils noch direkt beim Verein verfügbar. Hierfür, sowie für Anfragen betreffend Vereinsmitgliedschaft bzw. Abonnement des Virus wenden Sie sich bitte an: Andreas Golob: an.golob@uni-graz.at. Über die Vereinsaktivitäten informiert auch die Homepage: www.sozialgeschichte-medizin.org.

Impressum

Herausgeber: Verein für Sozialgeschichte der Medizin, A-1210 Wien, Georgstraße 37
Redaktion: Dr. Carlos Watzka, Dr. Elisabeth Dietrich-Daum

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/Autorinnen und Verlag haben alle Buchinhalte sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann keine Garantie übernommen werden. Eine Haftung der Autoren/Autorinnen bzw. des Verlags wird daher nicht übernommen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers/der Verfasserin wieder und stellen nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion dar.

© 2012 Verlagshaus der Ärzte GmbH, Nibelungengasse 13, 1010 Wien – www.aerztesverlagshaus.at

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

Umschlag: Lisa Hahsler, Deutsch-Wagram
Umschlagfoto: Mag. Hagen Schaub, Wien
Layout-Entwurf: Mag Herbert Moser, CCM, Salzburg
Layout und Satz: Anne Deremetz, Bakk., Bamberg-Eichstätt, Dr. Carlos Watzka, Graz-Eichstätt
Projektbetreuung: Mag. Hagen Schaub, Wien
Druck & Bindung: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, Horn

Printed in Austria

ISSN 1605-7066

Inhaltsverzeichnis

Editorial	7
------------------------	---

Beiträge – Schwerpunkt: Behinderung(en)

Volker Schönwiese

Behinderung als Schicksals-Konstruktion. Zur Analyse von öffentlichen Darstellungen behinderter Menschen	11
---	----

Carlos Watzka

Stigma. Zur Karriere eines soziologischen Begriffs	27
--	----

Irmtraut Sahmland

Leben mit geistiger Behinderung in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts	53
--	----

Diether Kramer

Die Blattern in der Steiermark. Verbreitung und Bekämpfung im 19. Jahrhundert	75
--	----

Ylva Söderfeldt

Abgrenzung von Innen. Differenzierung der Machtanalyse in Disability Studies am Beispiel der Gehörlosenbewegung	91
--	----

Verena Pawlowsky/Harald Wendelin

Die Kriegsoffer des Ersten Weltkriegs in Österreich. Definitionen und Kategorisierungen	103
--	-----

Angela Wegscheider

Die institutionelle Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Oberösterreich 1918-1938	115
--	-----

Volker van der Loch

„...bin ich das Anstaltsleben leid und möchte wieder als Arbeiter draußen mein Brot verdienen“. Eugenische Selektion und die Selbstentwürfe behinderter Menschen im Nationalsozialismus	133
---	-----

Alexander Friedman

Mosche Dajan in der kommunistischen Propaganda der 1960er und 1970er Jahre. Ein Beitrag zur Erforschung des Antisemitismus und des Behindertenbildes im Ostblock	151
--	-----

Beiträge – Offener Teil

Petr Jelínek

Das Klosterkrankenhaus des Ordens der Barmherzigen Brüder
in Brünn und seine Krankenprotokolle (1748-1780) 167

Marcel Chahrouf

Das Totzenbacher „Arznei- und Wendbüchlein“ des Philipp Koller:
Ein historisches Dokument der Volksmedizin
aus dem zentralen Niederösterreich 193

Rezensionen

Hans-Joachim Neumann, Henrik Eberle: War Hitler krank?
Ein abschließender Befund.
Rezensiert von Ulrich van der Heyden 209

Brigitte Kepplinger, Irene Leitner (Hg.): Dameron Report, Bericht des
War Crimes Investigating Teams No. 6824 der U. S. Army vom 17.7.1945
über die Tötungsanstalt Hartheim. Bearbeitet von Andrea Kammerhofer.
Rezensiert von Cathrin Hermann 210

Vereinsnachrichten

Rückschau 2012 212

Basisinformationen zum Verein für Sozialgeschichte der Medizin 214

Editorial

Liebe Leser/innen des ‚Virus‘,

es wäre nicht ein ‚Virus‘, was sich nicht trotz eines beständigen Kerns in ständigem Wandel befände – sind die größeren Umgestaltungen im Hinblick auf Layout u.a. bereits in den letzten beiden Jahren erfolgt, verblieben aus Sicht von Vereinsvorstand und Redaktion des ‚Virus‘ doch noch Potentiale für Verbesserungen – gerade auch, was die ‚Sichtbarkeit‘ der Zeitschrift anlangt.

So hat die Generalversammlung des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin für das Jahr 2012 beschlossen, künftig dem Umstand stärker Rechnung zu tragen, dass die Zeitschrift ‚Virus‘ – nicht nur, aber auch – als Publikationsorgan für Beiträge fungiert, welche im Rahmen der Tagungsreihe „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ entstehen. Diese wird alljährlich vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin zu wechselnden thematischen Schwerpunkten an wechselnden Standorten innerhalb Österreichs veranstaltet. Die sich daraus ergebenden, jährlichen Schwerpunkte auch des ‚Virus‘ sollen künftig deutlicher sichtbar werden, indem auf sie auf Titelblatt und Umschlag der Zeitschrift jeweils ausdrücklich hingewiesen wird.

Ungeachtet dessen verbleibt der ‚Virus‘ aber weiterhin ein Forum für Beiträge zu *allen* Aspekten der Sozial- und Kulturgeschichte von Krankheit, Medizin und Gesundheit, und wir hoffen, wie im vorliegenden Band – den neben den Schwerpunkt-Beiträgen zum Thema Behinderung(en) ein Artikel von Petr Jelinek über das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Brno/Brünn im 18. Jahrhundert und eine Edition eines populärmedizinischen ‚Arzneibüchleins‘ durch Marcel Chahrouz bereichern – auch künftig stets einige Texte in einem ‚offenen Teil‘ des Jahresbandes versammeln zu können. Dies gilt insbesondere für Beiträge im engeren Sinn, aber auch, wie bislang, für Projektvorstellungen, die im diesjährigen Band wegen eines bedauerlichen Mangels an Einreichungen freilich nicht aufscheinen. Jedoch bietet der diesjährige Virus zwei Rezensionen, die beide einen Konnex zum Schwerpunktthema aufweisen.

Wie schon erwähnt, steht die kultur- und sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Behinderung(en) im Zentrum des diesjährigen ‚Virus‘, und gibt damit das Thema der Tagung „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ des Jahres 2011 wieder.

Diese Tagung fand mit dem Untertitel „Behinderung(en). Exklusion, Inklusion und Partizipation aus sozial- und kulturgeschichtlicher Perspektive“ vom 30. Juni bis 2. Juli 2011 in Hartheim/Alkoven und Linz statt, und wurde vom Verein in Zusammenarbeit mit dem Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim veranstaltet. Tagungsorte waren die Fachhochschule Oberösterreich, Fakultät für Gesundheit/Soziales in Linz (am Eröffnungsabend) sowie das Schloss Hartheim in Alkoven (an den beiden folgenden Tagen). Die Zugänge und Fragestellungen der ReferentInnen zum Tagungsthema „Behinderung(en)“ waren vielfältig; in zeitlicher Hinsicht erstreckten sich die behandelten Themen von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart, in räumlicher konzentrierte sich die Mehrzahl der Beiträge, wie üblich, auf Österreich. Jedoch lieferten auch mehrere ReferentInnen – was ebenso bereits Tradition hat – einschlägige Erörterungen zu anderen Regionen und Staaten, was für eine komparatistische Perspektive von besonderem Wert ist.

Behandelt wurden insbesondere die Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung in verschiedenen Kontexten, Mechanismen ihrer Ausgrenzung, die Konstruktion der Begriffe ‚Behinderung‘ und ‚Normalität‘, der Umgang von Staat und Gesellschaft mit den betroffenen Menschen sowie die Reaktionen der Betroffenen auf die jeweiligen sozialen Gegebenheiten und Lebenslagen. Nicht zuletzt wurden historische und aktuelle Versuche von betroffenen Menschen, selber als Akteurinnen/Akteure tätig zu werden, präsentiert und diskutiert.

Von den 12 anlässlich der Tagung gehaltenen Referaten konnten leider nicht alle rechtzeitig in einer schriftlichen Fassung für den Druck in diesem Band bereitgestellt werden. Die insgesamt neun hier zum Schwerpunktthema „Behinderung(en)“ vorgelegten Beiträge fokussieren auf einschlägige mediale und akademische Diskurse: „Behinderung als Schicksals-Konstruktion“ von Volker Schönwiese; „Stigma. Zur Karriere eines soziologischen Begriffs“ von Carlos Watzka; „Mosche Dajan in der kommunistischen Propaganda der 1960er und 1970er Jahre“ von Alexander Friedman; auf den politisch-rechtlichen Umgang mit behinderten Menschen: „Die Kriegsoffer des Ersten Weltkriegs in Österreich“ von Verena Palowsky und Harald Wendelin; auf Unterbringungs- und Versorgungssysteme: „Leben mit geistiger Behinderung in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts“ von Irmtraut Sahmland; „Die institutionelle Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Oberösterreich 1918-1938“ von Angela Wegscheider; auf epidemiologische Entwicklungen bei zu chronischen Beeinträchtigungen führenden Erkrankungen: „Die Blattern in der Steiermark“ von Diether Kramer; sowie auf Selbstvertretungs-Organisationen und Selbstbilder behinderter Menschen: „Abgrenzung von Innen“ von Ylva Söderfeldt, und „... bin ich das Anstaltsleben leid und möchte wieder als Arbeiter draußen mein Brot verdienen“ von Volker van der Loch.

Nach dieser Übersicht zu den Beiträgen verbleibt noch, auch auf die Vereinsnachrichten am Ende des Bandes hinzuweisen – und eine die Vereinsorganisation betreffende Mitteilung ihrer besonderen Wichtigkeit wegen gleich hier zu machen:

Aufgrund praktischer Überlegungen (mangelnde Zugänglichkeit zu allen Leistungen in ganz Österreich, vergleichsweise hohe Kosten) hat die letzte Generalversammlung des Vereins beschlossen, das bisherige Vereinskonto bei der Volksbank Wien aufzulösen, und stattdessen ein neues bei einer österreichweit tätigen Bank einzurichten.

Das neue Vereinskonto bei der PSK lautet:

Kontoinhaber: Verein für Sozialgeschichte der Medizin
IBAN: AT05 6000 0005 1008 9693
BIC: OPSKATWW

Wir ersuchen alle Vereinsmitglieder, Abonentinnen und Abonenten des Virus daher herzlich – und dringend – künftige Zahlungen an den Verein nur noch auf das oben genannte, neue Konto vorzunehmen! Bitte stellen Sie auch etwaige Daueraufträge u.ä. um. Wir bitten um Verständnis für die entstehenden Aufwände, und danken vorab.

Für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin:

Der Vorstand – die Redaktion des Virus – die Herausgeber von Band 11

Schwerpunkt: Behinderung(en)

Volker Schönwiese

Behinderung als Schicksals-Konstruktion. Zur Analyse von öffentlichen Darstellungen behinderter Menschen

English Title

Disability as construction of fate. A contribution to the analysis of public representation of people with disabilities

Summary

This article intends to analyse the historical and current media representation patterns of people with disabilities by using a multidimensional approach. Pictures are used to specify representations already described and enable a reference to the historical construction of disability. Concepts of discourse, myths and identity are used as frames for interpretation in the analysis of specific image documents of the early modern period up until today.

Keywords

disability, media representation, discourse, myth, identity, Austria, early modern period, Age of Enlightenment, normalism

Vorbemerkung

In diesem Beitrag wird versucht Möglichkeiten der Annäherungen an historische und aktuelle mediale Darstellungsmuster von behinderten Menschen über mehrdimensionale Zugangsweisen aufzuzeigen. Bildbeispiele dienen der Konkretisierungen und Weiterführungen von schon beschriebenen Darstellungs- und Deutungsmustern und ermöglichen es auf historische Konstruktionen zu verweisen. In der Analyse werden Konzepte von Diskursen, Mythos und Selbst als Interpretationsfolien verwendet.

1. Dimension der Konstruktion von Behinderung

Prinzipiell können drei allgemeine Dimensionen in der Analyse von Darstellungsmustern, die behinderte Menschen definieren, relevant sein:

Diskurse

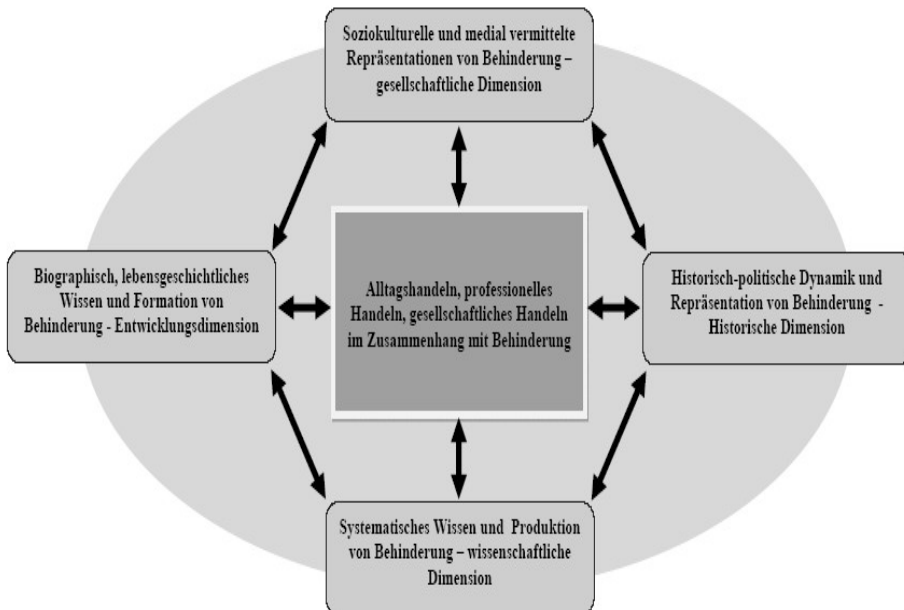
Behinderung ist ein sozial und kulturell dynamisches Phänomen, das im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und individuellen Konstruktionen und Rekonstruktionen

bzw. Diskursen Bedeutsamkeit erlangt. Träger und Vermittler dieser Re-Konstruktionen sind unterschiedliche innere, äußere und reale Bilder und Repräsentationen:

- historisch entstandene Bilder
- durch die Wissenschaften geschaffene systematische Bilder
- in der individuellen Sozialisation vermittelte Bilder und
- über die Medien re-produzierte beziehungsweise verstärkte Bilder von Behinderung.

Es besteht die Möglichkeit, diese Bilder Diskursen und diskursiver Praxis zuzuordnen: „Unter ‚diskursiver Praxis‘ wird [...] das gesamte Ensemble einer speziellen Wissensproduktion verstanden, bestehend aus Institutionen, Verfahren der Wissenssammlung und -verarbeitung, autoritativen Sprechern bzw. Autoren, Regelungen der Versprachlichung, Verschriftlichung, Medialisierung, Beispiele wären der ‚medizinische‘ oder der ‚juristische Diskurs‘. [...] die diskursive Praxis [müsse] im strikten Sinne als materielles Produktionsinstrument aufgefaßt werden, mit dem auf geregelte Weise historisch-soziale Gegenstände (z. B. ‚Wahnsinn‘ oder ‚Sex‘) allererst produziert würden.“¹

Diagramm 1: Diskurse von Behinderung



1 Siegfried JÄGER, Diskurstheorien. In: Helmwart HIERDEIS, Theo HUG (Hg.), Taschenbuch der Pädagogik. (Baltmannsweiler 1996) 238-248, hier 242.

In Anschluss an Foucault argumentiert Keller, dass eine Analyse von Diskursen sich nicht-interpretativ an der Beobachtung von Regelmäßigkeiten und nicht an der Tiefenstruktur von Bedeutung orientieren soll.² Sarasin meint: „Genealogie, wie Foucault sie versteht, ist nicht einfach die Geschichte der Zeichen und selbst nur ein weiterer Spielzug im Spiegelkabinett der eigenen Kultur. Sie ist vielmehr der Versuch, das Wirkliche als tatsächlich historisch Gewordenes zu verstehen. Alles ist für den Genealogen historisch – aber nicht, weil es in unseren sich wandelnden Räumen der Repräsentation als Bild sich wandelt, sondern weil die Menschen, die Dinge und die Verhältnisse historisch sind“.³

Bildliche Darstellungen sind Teil von historisch real gewordenen Verhältnissen und auch im „Spiegelkabinett der eigenen Kultur“ gebrochen symbolisiert.

Mythos

Es erscheint demnach auch wichtig und sinnvoll Tiefenstrukturen zu analysieren, um inhaltlich zu interpretierende Zeichen hinter den Zeichen unserer Gesellschaft zu erkennen. Roland Barthes hat – am Ursprung des Poststrukturalismus stehend – Mythenstrukturen mit unbewusster, kollektiver Bedeutung beschrieben und Mythenanalyse zur Aufdeckung der Oberflächenstruktur von öffentlichen Aussagen verwendet: Mythos als sekundäres semiologisches System:

Diagramm 2: Mythos⁴




Behinderung könnte im Rahmen einer mehrstufigen Mythenanalyse in Anlehnung an Roland Barthes in ihrem Zusammenhang z.B. mit unbewussten Deutungsmustern so beschreibbar gemacht werden:

2 Rainer KELLER, Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen (Wiesbaden 2007) 47.

3 Philipp SARASIN, Wie weiter mit Michel Foucault? (Hamburg 2008) 42.

4 Roland BARTHES: Mythen des Alltags (Frankfurt 1970) 93.

Diagramm 3: Mythos Behinderung – Behinderung als Schicksalskonstruktion

1 Rollstuhl	2 Rollstuhl- fahrerIn	
3 = I Behindert		II „Leiden“
Mythos: III = A Individuelles Schicksal 		B Angst (Therapie/ spezielle Behandlung/ Aussonderung – Erlösung?/ Sterbehilfe?/ Eugenik?)
Mythos: C Schicksal (nicht entschlüsselte Vermischung von Macht/Herrschaft/ökonomischer Verteilung mit einem verallgemeinerten und/oder existentiellen Schicksal)		

Diese Darstellung verweist auf Repräsentationen von Behinderung als Projektionsfeld für Schicksalskonstruktionen, wobei ein allgemeinerer Sinn darin zu finden ist, von politisch-sozialen-ökonomischen Konflikten abzulenken. Im „*Spiegelkabinett unserer Kultur*“ kann ein Stück sichtbar werden, wie bestimmte Diskurs-Zusammenhänge Wirksamkeit erlangen. Die Frage nach dem Wie ist in diesem Sinne genauso bedeutsam wie die Frage nach dem Was.

Wichtig ist, dass der Mythos Behinderung nicht als fixer kultureller Zusammenhang, sondern sowohl allgemein sozial-kulturell dynamisch zu verstehen ist, als auch als individuelles Produkt, individuell vermittelt mit Angst und Distanzgefühl verbunden, mit Fremdheit und Unvollständigkeit besetzt entsteht und dabei einen allgemeinen transformatorischen Blick beinhaltet. Behinderte Menschen werden real und symbolisch in einem Zustand des Zwischen gehalten und durch eine ewig angekündigte und nie erreichbare endgültige Transformation als nicht wirklich menschlich fixiert.⁵

Selbst

Im Spannungsfeld sozialer und personaler Identität⁶ nimmt das soziale Selbst eine vermittelnde Position ein. „*Das Soziale Selbst steht für die ‚interne Ebene der Selbsterfahrung, auf der die Person sich aus der Perspektive ihrer Umwelt definiert‘ [...]. Es geht um die Frage, wie die anderen das Individuum sehen, und wie das Individuum dieses vermutete Fremdbild von sich selbst wahrnimmt. Das Soziale Selbst nimmt also Außeninformationen wahr, es wählt wichtige Informationen aus, und auf diese Weise entsteht ein Bild von der Meinung anderer.*“⁷ Gesellschaftliche Repräsentationen werden individuell transformiert in das eigene Selbst mehr oder weniger gut integriert. Bei behinderten Personen entsteht oft eine Spannung, die nicht

5 Vgl. Volker SCHÖNWIESE; Vom transformatorischen Blick zur Selbstdarstellung. Über die Schwierigkeit der Entwicklung von Beurteilungskategorien zur Darstellung von behinderten Menschen in Medien. In: Petra FLIEGER, Volker SCHÖNWIESE (Hg.), *Das Bildnis eines behinderten Mannes. Bildkultur der Behinderung vom 16. bis ins 21. Jahrhundert*. Wissenschaftlicher Sammelband (Neu Ulm 2007) 43-64. Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schoenwiese-blick.html> (15.8.2012).

6 Vgl. Erving GOFFMAN: *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (Frankfurt 1970).

7 Günther CLOERKES, Die Stigma-Identitäts-These. In: *Gemeinsam leben - Zeitschrift für integrative Erziehung* 3-2000, 104-111. Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/gl3-00-stigma.html> (17.5.2011)

wirklich bearbeitet werden kann, die Identität ist nicht balancierend zwischen den externen und internen Aspekten von Identität, es entsteht ein behindertes Selbst, das wiederum entsprechend generalisiert gesellschaftliche Repräsentationen als real erscheinen lassen. Bilder befinden sich als Andere und Selbst in einem dauernden Re-Produktionsprozess.

Die Dimensionen Diskurs, Mythos und Selbst können im Folgenden als Anregungen und als Hintergrundfolien für den Versuch der Darstellung historischer Repräsentationen von Behinderung gesehen werden, klar abgrenzbare methodisch-methodologische Konsequenzen für Orientierungen im „*wuchernden Gewimmel*“ der Diskurse⁸ sind bei mehrdimensionalen Ansätzen nicht so leicht zu ziehen. Im vorliegenden Beitrag werden nur bildliche Repräsentationen von behinderten Männern verwendet. Eine Trennung nach Repräsentationen von Geschlecht hat sich im Laufe der Analyse als sinnvoll ergeben. Als Ausgangspunkt für die gesellschaftliche Repräsentation von Frauen über Bilder könnte die Analyse des Bildnisses der „*Elisabet stulta*“ aus der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts außerordentlich bedeutsam sein.⁹

2. Körper-Geist Dualismus

Das Bildnis eines behinderten Mannes



*Bild 1: Das Bildnis eines behinderten Mannes aus dem 16. Jahrhundert*¹⁰

Deskription

Auf dem Bild ist ein behinderter Mann zu sehen, der nackt auf dem Bauch auf einem grünlich dunklen Tuch auf einem Tisch oder Podest liegt. Der schlaffe und deformierte Körper ist absolut realistisch gemalt. Das Bild hängt in der Kunst- und Wunder-

8 Siegfried JÄGER. In: Rainer KELLER, Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen (Wiesbaden 2007) 33.

9 Vgl. Verena OBERHÖLLER, Zum Bildnis der Elisabeth: zwischen Anerkennung und Projektion. In: Petra FLIEGER, Volker SCHÖNWIESE (Hg.), Das Bildnis eines behinderten Mannes. Bildkultur der Behinderung vom 16. bis ins 21. Jhd. Wissenschaftlicher Sammelband (Neu Ulm 2007) 272-305.

10 Kunsthistorisches Museum, Wien, Sammlung Schloss Ambras, Innsbruck

kammer von Schloss Ambras bei Innsbruck. Begründer der Kunstkammer war Erzherzog Ferdinand II. (1529-1595) von Österreich, Graf zu Tirol. Über die Sammlung von Porträts gibt erstmals ein Inventar von 1621 genauer Auskunft. Margot Rauch, die Kuratorin von Schloss Ambras, konnte mit Hilfe von Inventareintragungen im Archiv der Kunst- und Wunderkammer und Spuren am Bild belegen, dass am Bildnis der Körper des behinderten Mannes von Anfang an mit einem roten Papier bedeckt war. Wollte ein Besucher mehr vom Bild sehen, konnte er das Papier anheben und den nackten Körper betrachten. Damit ist dieses Bild ein historisches Dokument, das kein vergleichbares Gegenstück hat.

Diskurs

Vermutlich ist der Mann zu den „natürlichen Narren“ zu zählen¹¹, die in höfische Selbstinszenierungen einbezogen wurden. „Riesen“, „Zwerge“ und „Haarmenschen“ galten als Wunder der Natur. „Die Darstellung dieser menschlichen Wunder waren den Portraits des Fürsten, seiner Familie und den Mitgliedern anderer Herrscherhäuser gleichwertig, d.h. sie hingen zusammen mit den fürstlichen Bildern in der gleichen Galerie. Erzherzog Ferdinand II. inszenierte sich auf diese Weise als Weltherrscher über eine Wunderwelt.“¹² Für Wundermenschen gab es zwei Kategorien. Einerseits Fremde (von fremden Völkern abstammend, zu denen auch regional gehäuft beobachtete „Kretinen“ – im heutigen Sinne Personen mit Lerneinschränkungen – gezählt wurden), andererseits „natürliche Narren“ und physisch abweichende Menschen, wie Wundergeburten (zum Beispiel Siamesische Zwillinge), deren Existenz als Zeichen Gottes mit prophetischer Bedeutung interpretiert worden sind.¹³ Rauch (2003, o. S.) reiht die Bildnisse, wie das des behinderten Mannes, nicht in die Darstellung von Personen mit prophetischer Bedeutung ein: „Diese ‚Monstren‘ fallen [...] nicht in die Kategorie der Vorzeichen, sondern waren mehr ein Quell des Studiums, des Vergnügens und des ästhetischen Genusses.“ Rauch verweist in diesem Zusammenhang auf die Grotteskenmalereien in zeitgenössischen Festsälen, in denen eine Unzahl von Monstren und Mischwesen von Mensch und Tier dargestellt werden. „Die frühneuzeitlichen Betrachter empfanden somit angesichts der Monstren je nach den Begleitumständen Vergnügen, Bewunderung, Verstörung oder Grauen, vor allem aber Erstaunen. Dieses Staunen diente besonders im Zusammenhang mit den Kunst- und Wunderkammern als Ansporn für Nachforschungen, als Ur-Akt der Erkenntnis, als Antrieb das Geheimnis zu liften.“¹⁴ Dennoch kann davon ausgegangen werden, wie auch Rauch schreibt, dass Objekte in den Wunderkammern für mehrere Bedeutungsinhalte standen und Ziel unterschiedlicher Interessen waren. Es ist anzunehmen, dass das Bildnis des behinderten Mannes in der Kunst- und Wunderkammer zumindest in einem mittelbaren Zusammenhang mit der Entwicklung der Medizin im 16. Jahrhundert steht. Unter den Sammlern für das Wunderkabinett von Ferdinand II. waren auch Ärzte und es bestand ein reger Austausch zwischen den Herrscherhöfen. Für eine Beteiligung eines medizinischen Interesses bei der Aufnahme des Bildes in die Sammlung gibt es keinen direkten Hinweis. Durch die Nacktheit des Körpers und die detailgetreue Darstellung des behinderten Mannes, für die es kein

11 Vgl. Christian MÜRNER: Kultur- und Mediengeschichte behinderter Menschen (Weinheim 2003) 104.

12 Ruth von BERNUTH, Aus den Wunderkammern in die Irrenanstalten. In: Anne WALDSCHMIDT (Hg.), Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies (Kassel 2003) 49-62, hier 50.

13 Vgl. BERNUTH, Wunderkammern 53f; MÜRNER, Kultur- und Mediengeschichte 34f.

14 Margot RAUCH, Monster und Mirakel. Wunderbares in der Kunstkammer von Schloss Ambras (Innsbruck 2003) o.S.

zeitgenössisches Vorbild gibt, drängt sich jedoch ein Zusammenhang mit der Entwicklung eines medizinischen Blicks auf.

Im 16. Jahrhundert sind viele Ärzte an Universitäten damit beschäftigt, Körper zu öffnen. Nicht erklären steht dabei im Vordergrund, sondern zerlegen, untersuchen und beschreiben, um eine Kartografie des Körpers zu erstellen.¹⁵

Egger schreibt: „In der Neuzeit findet (auch in der Medizin) der Paradigmenwechsel von der teleologischen Sicht zur mechanistisch-funktionalistischen Sicht statt [...] [Dabei] liegt ein wesentliches Moment in der Geschichte der Sektion und einem veränderten anatomischen Blick, der den Körper vom Skelett her (nicht mehr von den Eingeweiden aus nach außen, oder von oben nach unten) aufbaut. Dadurch werden die Funktionen der einzelnen Körperteile, eine Systematik des Körperbaus und eine Rekonstruktion seiner mechanischen Bewegungsmöglichkeiten schrittweise erfassbar. Als dessen Folge ergibt sich in der Anthropologie ein neues Denkmuster, das den Menschen als ein Maschinenwesen, immer wieder neu konstruierbar, beschreibt.“¹⁶

Der französische Philosoph René Descartes hat ca. 100 Jahre nach der vermutlichen Entstehung des Bildnisses des behinderten Mannes eine Grundformel vom Menschen entwickelt: Körper = Maschine, Tier = Körper = Maschine, Mensch = Körper = Maschine + Geist/Seele. Kathan hält fest: „Genaugenommen hat Descartes nur theoretisch formuliert, was bereits Praxis war. Bereits in den Sektionen des 16. Jahrhunderts wurde der Körper wie eine Maschine oder ein Uhrwerk betrachtet und behandelt. Aber erst durch Descartes wurde er konsequent der Funktionslogik der Maschine unterworfen. Das Wesentliche an Descartes' Maschinenmodell ist nicht die Vorstellung, dass der menschliche Körper wie eine Maschine funktioniert, sondern das Bemühen, ihn wie eine Maschine betrachten zu können, das heißt ihn in einen Raum zu stellen, in welchem er tatsächlich so gesehen werden kann.“¹⁷

Das Bildnis des behinderten Mannes kann als ein Zeugnis für die neu heraufdämmernde Sichtweise der Trennung von Körper und Geist betrachtet werden. Der Mann wird nicht nur einem isolierten Blick auf seinen Körper ausgesetzt, es ist auch eine deutliche Teilung zwischen Kopf und Körper erkennbar: Der Kopf mit Hut und Halskrause gibt der Person Geschichte und Status. Der Körper ist davon getrennt, es dominiert ein mit beobachtender Distanz dargebotener realistischer Blick auf Deformationen.

Fiel es den frühen Anatomen offensichtlich schwer, sich den Körper sozial isoliert vorzustellen¹⁸, so ist das Bildnis des behinderten Mannes Zeugnis eines Zusammenhangs von Körper und Geist, der über eine Kontraststruktur begreifbar gemacht wird. Der erschreckt oder nüchtern protokollierten Normabweichung des Körpers wird die Normalität des Kopfes gegenübergestellt. Das Maschinenmodell ist noch nicht verwirklicht. Die deformierte Oberfläche wird noch nicht geöffnet, die Distanz ist noch nicht vollkommen.

Mythos

Es dokumentiert in aller Schärfe den zutiefst ambivalenten neuzeitlichen Blick auf behinderte Menschen zwischen Neugier, Erschrecken, Distanzierung.

15 Zum „Zergliederungsspektakel“ im Anatomischen Theater siehe: Anna BERGMANN, Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod (Berlin 2004) 97.

16 Gertraud EGGER, Irren-Geschichte – ihre Geschichten. Zum Wandel des Wahnsinns unter besonderer Berücksichtigung seiner Geschichte in Italien und Südtirol (Innsbruck 1999). Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/egger-irre.html> (15.8.2012)

17 Bernhard KATHAN, Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin (Wien 1999) 23.

18 KATHAN, Das Elend der ärztlichen Kunst 19.

Selbst

Die Frage der Spaltung von Körper und Geist ist immer noch prägend für vielfache Rehabilitationsbemühungen. Spaltungen und Trennungen auch im Sinne struktureller Gewalt charakterisieren die Praxis der Sonderpädagogik – über Therapie vermittelt, ist dies ein bedeutsamer Sozialisationshintergrund behinderter Menschen heute. Daraus ergeben sich spontane Fragen: Hat der Mann aus dem 16. Jahrhundert ähnliche Erfahrungen gemacht? Ist er „gefördert“ worden und konnte so stolz präsentiert werden, nach dem Schema, „*sebt her, so schwer behindert und doch so erfolgreich*“? Oder ist er völlig zum Objekt gemacht, nur mit Hut und Halskrause zur besseren Akzeptanz für die höfischen Betrachter ausgestattet worden, als Person aber völlig uninteressant, wie in einer medizinischen Vorlesung vorgeführt oder in einem medizinischen Handbuch abgebildet? Oder ist das Bild ein Dokument des Selbstbewusstseins der betroffenen Person, die eine gebotene Gelegenheit wahrnimmt, sich offensiv als Teil der Menschheit zu präsentieren? Unabhängig von der kunsthistorischen Sinnhaftigkeit dieser Fragen und der Möglichkeit, diese zu beantworten, allein schon über die Stimulierung dieser Fragestellungen kann das Bild heute Bedeutung erlangen.

3. Funktionalisierung des Körpers

Bild 2: Die Darstellung eines behinderten Mannes in einem Flugblatt von 1620¹⁹

Deskription

Ein mit dem Jahr 1620 datiertes Flugblatt aus Innsbruck, das bisher nur in kleinsten Kreisen von KunsthistorikerInnen bekannt ist, stellt einen behinderten Tischler dar, der im Bett liegend gezeigt wird.

¹⁹ Flugblatt, Innsbruck 1620, Tiroler Landesmuseum Ferdinandeum, Innsbruck

Der Name des Tischlers ist Wolfgang Gschaidter. Es wird in dem Flugblatt sehr präzise beschrieben, dass der Tischler nach großen Schmerzen im linken Arm und Rücken innerhalb von drei Tagen vollständig gelähmt wurde. Es wird berichtet, dass er nun schon 15 Jahre außer Augen und Zunge nichts mehr bewegen kann. Das Flugblatt ruft dazu auf, für den „armen Krüppel“ ein Almosen zu spenden und in der nahen Kirche (Dreiheiligen) für ihn zu beten.

Selbst

Der Körper des Innsbrucker Tischlers Wolfgang Gschaidter wird in jeder Hinsicht als leidender dargestellt, die Körperhaltung ist die des vom Kreuz abgenommenen Christus. Behinderung wird als „*Imitatio Christi*“ zur Darstellung allen menschlichen Elends als Bild verallgemeinert und dafür verwendet, zur Demut aufzufordern. Der behinderte Mann wird dazu verwendet, allen Menschen zum Spiegel ihrer eigenen Armseligkeit zu dienen, ein typischer Topos – Memento Mori –, der uns bis heute verfolgt:

„Allhie wirdt dir / O Christen Mensch / ein lebendiger Tod / oder Todtlebendige / gantz vunerhörte / doch warhafftige Bildnuß noch heutiges tags allhie zu Ynsprugg bey der Kirchen der dreyen Heiligen / vor Augenligend / zum Spiegel fürgestellt / dich der allgemainen / diser Welt mühe vnd Armseligkeit damit zuerinnern.“²⁰

Diskurs und Mythos

Der gegenreformatorische religiöse Aufruf an die Innsbrucker Stadtbevölkerung und der neuzeitlich wissenschaftliche Blick schaffen zwei völlig verschiedene Bilder von Behinderung nebeneinander. Der Kontrast in der Darstellung des behinderten Mannes im herrschaftlichen Schloss Ambras und in der Darstellung im Flugblatt für das Volk ist mehr als deutlich. Ein stark religiös gefärbter mitleidiger Blick steht gegen den ambivalenten aufgeklärten Blick²¹:

- Projektive Funktion: Aufruf beim Anblick des behinderten Mannes über sich selbst nachzudenken – insbesondere über den eigenen Tod: Projektive Funktionalisierung behinderter Menschen, ohne dass die Eigensicht behinderter Personen in irgendeiner Weise deutlich wird
- Massenmediale Verbreitung: Verwendung eines Massenmediums mit Bild und Schrift um weiträumig und über alle Standesgrenzen hinaus wirksam zu werden
- Dramatisierende Inszenierung: z. B. Argumentation mit einer Trennung von Körper und Geist als massen-mediale Strategie zur Erhöhung der Dramatik (*"Du siehst einen heilen Geist in einem wahnsinnigen Körper."*)
- Geld-Spenden („Almosen“) als individualisierend-entlastende Handlungsstrategie: Aufruf dem behinderten Mann Geld zu spenden; ein Beispiel wie der durch die Reformation zurückgedrängte Ablass in neuer und komplexerer Form fortgeführt und funktionalisiert wird

²⁰ Text auf dem Flugblatt von 1620

²¹ Vgl. Christian MÜRNER, Volker SCHÖNWIESE: Wolfgang Gschaidter - Innsbrucker Wahrzeichen. In: Petra FLIEGER, Schönwiese, Volker SCHÖNWIESE (Hg.), Das Bildnis eines behinderten Mannes. Bildkultur der Behinderung vom 16. bis ins 21. Jhd. Wissenschaftlicher Sammelband (Neu Ulm 2007) 244-257. Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/muerner-innsbruck.html> (17.5.2011)

- Institutionelle Funktion: Institutionelle Interessen der beteiligten Institutionen Klinik (Seuchenspital und Siechenhaus) und Kirche: Finanzierung und öffentliche Legitimierung von Institutionen über Spenden
- Politische Funktion: Verwendung des Flugblattes im Rahmen einer allgemeinen gegenreformatorischen und politischen Propaganda: gegenreformatorische Mission
- Etablierung eines alltagswirksamen Topos: Verwendung und versuchte massenmediale Etablierung des Topos *"armer Krüppel"* als Kürzel für diesen gesamten Zusammenhang

4. Materialismus und die Zivilisation des Körpers



Bild 3: Foto des Präparates des behinderten Mannes Anton Steinwendner²²

Deskription

Hautpräparat von ca. 1830 des aus Salzburg stammenden alltagsweltlich als „Fex“ bezeichneten Anton Steinwendner – genannt Leprosenhausfex, der in einem medizinischen und gesundheitspolitischen Diskurs als an „Cretinismus“ erkrankt und Prototyp eines Kretinen definiert wurde.

Diskurs

Die wissenschaftliche Entdeckung der Kretinen und die Definition von Kretinismus, erfolgt in mehreren Schritten²³:

22 Foto des Hautpräparates des behinderten Mannes Anton Steinwendner im „Haus der Natur“, Salzburg, nach: Schmitt, Inghwio aus der: Schwachsinnig in Salzburg. Zur Geschichte einer Aussonderung. Salzburg (Umbruch 1985). Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schmitt-schwachsinnig.html> (15.8.2012)

1. Schritt - Krankheitsdefinition: der Versuch „Cretinismus“ als Krankheit und Abweichung von Normen zu definieren, eine Diagnose zu ermöglichen, die Verteilung in der Bevölkerung festzustellen (Epidemiologie)

2. Schritt – Suche nach Ursachen: Versuch der Feststellung der Ursachen; bezogen auf den Kretinismus vermuteten die Brüder Wenzel Zusammenhänge mit der unterschiedlichen Feuchtigkeit in den Tälern.

3. Schritt – Versuche der Heilung: Versuche der med. Behandlung mit bestimmten Erkenntnissen. In diesem Zusammenhang Einführung der Institutionalisierung: Zur besseren Beobachtung und Heilung, Überstellung der betroffenen Personen in eigene immer spezialisiertere Einrichtungen (Schulen, Heime). Die Anstalt wird zum Mittel der Heilung, Ordnung als oberstes Prinzip gesehen, wie z.B. durch Philippe Pinel (1745-1826), Mediziner und Philanthrop, ab 1793 in Paris Leiter großer psychiatrischer Anstalten:

- „[...]’Ordnung‘ (ist) einer der wesentlichsten Begriffe bei Pinel, ihr liegt seine gesamte Asylpraxis zugrunde. Die Einschließung bzw. Isolierung ist für ihn die erste Ordnungsleistung seiner Reform; sie ist die erste Bedingung jeder Therapie [...]“:

- Die zweite Ordnungsleistung Pinels beruht darin, daß er eine strenge Asylordnung aufstellt, die nicht nur die Handlungen der Irren minutiös nach Zeit und Ort regelt, sondern auch die Hierarchie der Beziehungen festlegt. Die ‚Unordnung‘ dieser Menschen verlangt nach einer Umprogrammierung, die nur in einem veränderten Milieu stattfinden kann. Die ‚normale‘ Welt ist nun der Ort, an dem sich die Unordnung reproduziert, während sich durch die Ordnung im Asyl die Vernunft entfalten soll.

- Die dritte Ordnungsleistung ist die Autoritätsbeziehung zwischen Arzt/Pfleger und Kranken. Da der Wahnsinn Unordnung, Charakterleere und Willenlosigkeit ist, muß der Kranke zunächst einen fremden, aber vernünftigen Willen (die Vernunft des Arztes) verinnerlichen und dadurch seine eigene Unruhe und Unordnung bezwingen. Sobald dies geschehen ist, ist er geheilt! (Castel)²⁴

4. Schritt – Prognosebildung: Im Zusammenhang mit Heilungsversuchen, Erstellung von Prognosen auf Heilungsaussichten

5. Schritt – Asylisierung: Dauerhafte Aufbewahrung/Internierung von Unheilbaren als ordnungspolitischer Akt mit sozialer Legitimierung

6. Schritt – Neubewertung: Systematisierung der Erkenntnis mit negativ besetzter Neubewertung der Nichtheil-/Nichtanpassbaren, Erstellung eines Systems von Pathologie. Die Cretinen werden z. B. mit Tieren und Pflanzen verglichen, ihr Menschsein wird bezweifelt und damit eugenische Überlegungen eingeleitet.

Dazu ein Zitat von Dr. Johann von Knolz 1821, der nach der Untersuchung des Anton Steinwendner weitreichende Schlussfolgerungen formulierte:

„Ist der Fex aber nicht Mensch, so ist er Tier, was man schon [entsprechend der ‚Physischen Anthropologie‘] an seinem Gesicht sehe, das ‚größtentheils zum Fraßwerkzeuge, zum Kiefer und zur Schnauze geworden‘ sei.... Die Fexen seien noch weiter ‚in die Classe tiefstehender Thiere hinabgestoßen‘, ihre enorme Verdauungskraft deute darauf hin, daß sie ‚an die Thierclassen, in denen noch außer den Baueingeweiden kaum ein anderes Eingeweide erwacht ist, an die sogenannten Pflanzenthiere‘ grenzten.... ‚Der Glaube an die Pflanzennatur der Cretinen (wird) immer zudringlicher. Denn bey ihnen, wie bey den Pflanzen, ist die Entwicklung der Genitalien die höchste

23 Vgl. zur Geschichte der Fexen und Kretinen in Salzburg: SCHMITTEN, Inghwio aus der: Schwachsinnig in Salzburg. Zur Geschichte einer Aussonderung. Salzburg (Umbruch 1985). Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schmitten-schwachsinnig.html> (15.8.2012)

24 EGGER, Irren-Geschichte.

*Entfaltung. 'Die Fexen haben den Pflanzen nur voraus, daß sie nicht wie diese unmittelbar darauf, wenn sie den Samen haben fallen lassen, sterben müssen.'*²⁵

Es gab zu diesen Formulierungen eine kritische Gegenposition, die aus heutiger Sicht sehr sozialmedizinisch und an Inklusion orientiert klingt, sich allerdings in keiner Weise durchsetzen konnte:

*„Der Zeitgenosse Dr. Maffei, Arzt in Salzburg meint, dass Knolz' Methode, einen Prototyp zu postulieren, völlig abzulehnen sei, noch dazu jenen Anton Steinwendner, der durch 20 Jahre, wie ein Schaufpennig durch die Hände aller hier durchreisenden Gelehrten ging und so wie abgegriffen in seinem ursprünglichen Gepräge am Ende sich darstellen mußte.'*²⁶

Mythos

An Anton Steinwendner und dem Bild des Präparates hat sich kein bedeutsamer Mythos festgemacht, wenn auch die dauerhafte Aufbewahrung (und zeitweise Ausstellung?) im „Haus der Natur“ auf den exemplarischen Charakter der Untersuchungen des „Leprosenhausfex“ verweisen. Wichtig ist, dass Dr. Johann von Knolz ganz im Unterschied zu Dr. Maffei sehr von seinen Untersuchungen profitiert hat und als Universitätsprofessor nach Wien berufen wurde.



Bild 4: Ein Foto von Joseph Merrick, aufgenommen am Royal London Hospital, circa 1886

Im Gegensatz zu Anton Steinwender ist Joseph Merrick im 19. Jahrhundert in England als „Elefantenmensch“ zum nationalen Mythos geworden. An Joseph Merrick konnte die körperliche Deformation und die bürgerliche Bildung eine mythische Bindung eingehen, die bis ins 20. Jahrhundert z. B. mit dem Film „Der Elefantenmensch“ von David Lynch (1980) nachwirkte und Mensch-Maschine-Themen aufgriff²⁷ sowie eine

25 SCHMITTEN, Schwachsinnig in Salzburg.

26 Ebd.

27 Johannes HOFMAYR, „Der Elefantenmensch“. Eine Filmbetrachtung unter dem Blickwinkel der Technik (Innsbruck 1995). Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/hofmayr-elefant.html> (16.5.2011)

Verbindung mit einem mythisch besetzten „*ärztlichen Blick*“ einging (Anthony Hopkins als der Arzt Frederick Treves).

Ähnlich mythische Darstellungen ranken sich in Deutschland um den „*Wilden Peter von Hameln*“ (bei dem im 18. Jahrhundert am englischen Königshof durch einen Arzt Erziehungsversuche erfolgten) und Kaspar Hauser im 19. Jahrhundert sowie in Frankreich um den „*Wolfsjungen Victor von Aveyron*“ und den ihn erziehenden Arzt Jean Itard zu Beginn des 19. Jahrhunderts (verewigt im Film „*Der Wolfsjunge*“ 1970 von François Truffaut), obwohl ein wissenschaftlicher Rückblick andere, weniger leicht mythisch besetzbare Seiten aufzeigt: „*Die Wissenschaft und die daraus abgeleiteten pädagogischen Maßnahmen verlangen von Victor ihren Tribut: die Brechung seines Willens, die Verfügbarmachung für pädagogisch-medizinische Experimente. Für Itard war Victor formbares Rohmaterial. Er setzte Victor als Spielball forcierter Absichten ein, als Objekt und Illustrator seiner philosophischen Überlegungen. Victor wurde im Dienste der Wissenschaft zum Exerzierplatz pädagogischer und medizinischer Maßnahmen, zum Kriegsschauplatz 'erziehungswissenschaftlicher' Experimente.*“²⁸

5. Flexibler Normalismus

Die Darstellung eines behinderten Jugendlichen

Ein Beispiel post-moderner Konstruktionen von Behinderung soll abschließend anhand eines Werbespots „*Mutprobe*“ der Spendenkampagne des ORF „*Licht ins Dunkel*“ verdeutlicht werden (siehe Bild 5, umseitig).

Deskription

Ein Jugendlicher im Rollstuhl steht an der Kante einer Treppe, alle Zeichen stehen auf Drama und Schicksal – Wind, Vogel, dramatische Musik. Der Rollstuhlfahrer stürzt sich über die Treppe, es erscheint in einem Zwischenschnitt die Botschaft: „*Ein Leben mit Behinderung kann ausweglos erscheinen. Muss es aber nicht.*“ Der Rollstuhlfahrer vollbringt die sportliche Leistung mit dem Rollstuhl gekippt die Treppe hinunter zu fahren. Unten empfangen ihn begeisterte Jugendliche, die ihm eine Video-Aufnahme der Treppenfahrt zeigen.

Diskurs

Der seit der frühen Neuzeit existierende Diskurs über die Heilung war immer auch im Sinne des neuzeitlichen Dualismus mit der Frage der abgespaltenen Personalität verbunden. In der Postmoderne verschwimmt der Zusammenhang über ein immer größeres zugelassenes Normalitätsspektrum immer mehr, Grenzziehungen werden individualisiert.

28 Johannes ELBERT, *Geistige Behinderung - Formierungsprozesse und Akte der Gegenwehr* (1982). Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/elbert-formierungsprozesse.html> (17.5.2011)



*Bild 5: Bildfolge aus dem Film „Mutprobe“, Spot von „Licht ins Dunkel“:
„Ein Leben mit Behinderung kann ausweglos erscheinen. Muss es aber nicht.“²⁹*

²⁹ <http://lichtinsdunkel.orf.at/?story=1916> (15.8.2012).

„Seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges ist in den westeuropäischen Gesellschaften der Protonormalismus, der durch die Dichotomie normal/gesund oder abnorm/krank gekennzeichnet ist und die starre Ausgrenzung der Abweichenden beinhaltet, auf dem Rückzug. Gleichzeitig haben sich flexibel-normalistische Strategien verstärkt durchgesetzt. Mit ihnen sind innerhalb der normalistischen Felder größere Normalitätsspektren und variable Grenzbeziehungen möglich.“³⁰

Selbst

Der allgemein zunehmende flexible Normalismus³¹ erzeugt immer mehr Anforderungen an das Individuum:

„Der starke und durchsetzungsfähige Junge, der auch zurückstecken kann; der Junge, der cool bleiben, aber auch Gefühle zeigen kann; der Junge, der im intellektuellen und beruflichen Wettbewerb erfolgreich ist, aber diesen auch nobel zurückhalten kann, um anderen den Vortritt zu lassen; der Mann, der sich mit seinesgleichen verbündet, aber andere nicht ausschließt, sind Vorstellungen, die ein in sich widersprüchliches Anforderungsprofil ergeben, das von den einzelnen Jungen integriert werden muß.“³²

In dem Film ist sichtbar, dass die Initiation des Leistungsbeweises im Mittelpunkt der Darstellung steht. Behinderung wird als Schicksal dargestellt und in einer paradoxen Formulierung die Kontingenz von Behinderung darüber betont, indem formuliert wird, dass Behinderung nicht Schicksal sein muss. Über am Individuum ansetzenden Leistungsvermögen verwirklicht sich nicht nur ein modernes Rehabilitationsparadigma, sondern auch ein allgemeines individualisiertes Selektionsprinzip. Behinderung ist dafür ein öffentlich inszeniertes Lehrbeispiel.

Schluss

Ausdrückliche Gegenbilder zu den gezeigten Bildern und produktiv-aufklärende Verstörungen durch Bilder sind selten und wenn, dann in Produktionen von behinderten Personen selbst unter dem Titel „*disability culture*“ zu finden³³. Unter den wenigen hier präsentierten Bildern ist am ehesten „*Das Bildnis des behinderten Mannes*“ aus dem 16. Jahrhundert in seiner Komplexität und Berührung herausfordernden Funktion zumindest für die heutigen BetrachterInnen ein Gegenbild zu konventionellen Schicksalsproduktionen.

Das bisher Gesagte kann im Sinne einer Ikonographie der Darstellungen von behinderten Menschen inhaltlich in folgender Weise zusammengefasst werden³⁴ (vgl. auch Schönwiese 2007): Behinderte Menschen sind über unterschiedlichste mediale Inszenierungen einem transformatorischen Blick ausgesetzt – wie im ersten Kapitel schon angedeutet. Dieser ist dadurch charakterisiert, dass behinderte Personen als Zwischenwesen gesehen werden, die Identität nur darüber erhalten, dass sie für bestimmte (alltags-) kulturelle, soziale und politische Zwecke zur Verfügung stehen. Selbstrepräsentationen kommen dabei weder in den Diskursen um Ordnung, noch im

30 Anne WALDSCHMIDT (Hg.), Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies (Kassel 2003) 89.

31 Vgl. Jürgen LINK, Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird (Göttingen 2006).

32 METZ-GLÖCKEL nach: Karsten EXNER, Deformierte Identität behinderter Männer und deren emanzipatorische Überwindung (1997). Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/exner-deformiert.html> (17.5.2011)

33 Vgl. z.B. den Film „*Vital Signs: Crip Culture Talks Back*“ von David T. Mitchell/Sharon Snyder 1997.

34 Vgl. SCHÖNWIESE, Vom transformatorischen Blick.

Rahmen der dominierenden ideologischen und transformatorischen Funktion von behinderten Menschen vor. Gleichzeitig gibt es aber im Sinne der Ambivalenz der Moderne vielfältige Diskurse um Befreiung und symbolische Widerstandsformen, deren Höhepunkt der praktische politische Diskurs um die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist. Bilder können in diesem Zusammenhang als Selbstrepräsentationen einen herausfordernden Charakter haben.

Information zum Autor

A.Univ.-Prof. Dr. Volker Schönwiese, seit 1983 am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Innsbruck tätig, Aufbau des Lehr- und Forschungsbereichs der Inklusiven Pädagogik und Disability Studies, Leitung der Internetbibliothek und Lernplattform bidok (<http://bidok.uibk.ac.at>), zuletzt Leiter des inter- und transdisziplinären Forschungsprojektes „*Das Bildnis eines behinderten Mannes aus dem 16. Jhd.*“ (<http://bidok.uibk.ac.at/projekte/bildnis>)

Kontakt: Volker.Schoenwiese@uibk.ac.at

Carlos Watzka

Stigma.

Zur Karriere eines soziologischen Begriffs.

English Title

Stigma – On the career of a sociological notion

Summary

The article deals with the rise and the consequences of a notion of 'stigma' that refers to social relations. After some remarks on 'incorporation by obliteration' a sketch of the 'prehistory' of the sociological concept of 'stigma' is given, paying attention also to its medical significances. Then, central aspects of Goffman's famous concept of 'stigma' are outlined, and as well are the sources, on which he already could rely upon in his work. Afterwards, the rising importance of the notion 'stigma' within the social sciences is dealt with in more length. By bibliometrical means – using, among others, the SSCI-database – the article displays an enormous growth of scholar interest in the notion of 'stigma', particularly since the 1990es, although the extent of the use of it within the scientific community increased significantly immediately after Goffman's study in 'stigma' was published in 1963. After this, specific attention is paid to the reception of the 'stigma'-concept in the German speaking countries. In Austria, in particular, no scholar works that would focus on this notion were published during the 1970es and 1980es – in contrast to the situation afterwards, when 'stigma' as an analytical tool began to play an increasing important role not at least in publications situated in the fields of social psychiatry, public health and disability studies.

Keywords

Stigma, Goffman, history of notions, history of sociology, Germany, Austria

Unbeabsichtigte Folgen erfolgreicher Konzeptualisierungen in den Sozial- und Kulturwissenschaften: ‚Stigma‘ als Beispiel für obliteration by incorporation

Die Soziologie und generell die Sozialwissenschaften leiden, insbesondere was die öffentliche Wahrnehmung betrifft, in mancherlei Hinsichten unter Besonderheiten ihres Gegenstandsbereichs.¹

1 Zu den Besonderheiten der ‚Menschenwissenschaften‘ insgesamt gegenüber anderen, insbesondere den Naturwissenschaften vgl. Karl ACHAM, Philosophie der Sozialwissenschaften (Freiburg i.Br. 1983), Stanislaw OSSOWSKI, Die Besonderheiten der Sozialwissenschaften (Frankfurt a.M. 1973).

Hierzu zählt neben anderen Schwierigkeiten auch der Umstand, dass gerade die in den akademischen Diskursen² sehr erfolgreichen (und damit hoffentlich zumindest tendenziell auch zur Beschreibung und Erklärung der Realitäten menschlichen Zusammenlebens besonders geeigneten) begrifflichen Konzeptionen der Sozialwissenschaften vielfach auch in der Öffentlichkeit so rege rezipiert werden, dass es zu Aneignungsprozessen kommt, die sich rasch derart umfassend und tiefgreifend gestalten können, dass es nicht nur – wie es beim Transfer wissenschaftlicher Konzepte in die Sphäre der Alltagssprache unvermeidlich der Fall ist – zu erheblichen Abschleifungen und Umdeutungen der ursprünglichen Bedeutungsgehalte kommt,³ sondern dass sogar der Ursprung des betreffenden Begriffs in der sozialwissenschaftlichen Theoriebildung gänzlich in Vergessenheit gerät.⁴

Dieser Prozess unterscheidet sich damit von dem, was bei der Rezeption von naturwissenschaftlichen und technischen Erkenntnissen üblich ist. So ist, auch wenn im Alltag naturgemäß nur selten darüber reflektiert wird – und auch die jeweiligen Erfinder meist in Vergessenheit geraten –, doch den meisten Menschen, die die entsprechenden Ausdrücke verwenden, grundsätzlich bekannt, dass es sich z.B. bei ‚Thermodynamik‘, ‚Elektroinstallation‘ oder ‚Zylindermotor‘ um Begriffe handelt, die in fachspezifischen Expertendiskursen entwickelt wurden. Die im modernen Alltagsleben so wichtigen technischen Bezeichnungen referieren zudem auf Dinge, die erst mittels einschlägigem Fachwissen konstruiert wurden, und bedingen somit sehr plastische Assoziationen, die zugleich auch den ‚spezialistischen‘ Entstehungskontext ziemlich direkt vor Augen führen. Bei sozialwissenschaftlichen Termini ist dies weit weniger der Fall, selbst bei so sehr in Alltagsdiskurse eingedrungenen Begriffen wie ‚Identität‘ oder ‚Isolation‘, ‚Milieu‘ oder ‚Mentalität‘, ‚Individuum‘ oder ‚Gesellschaft‘. Dennoch handelt es sich auch bei denselben um Begriffe, die allesamt entweder als sozialwissenschaftliche Kunstworte entstanden sind, oder aber in ihrem heute auch alltagssprachlich üblichen Bedeutungsgehalt erst in sozialwissenschaftlichen Diskursen konstituiert wurden.⁵ Dieser Ursprung bleibt aber den meisten Akteuren unbewusst, gerade weil diese Bezeichnungen ubiquitäre Phänomene des menschlichen Lebens ausdrücken. Diese erlangen zwar erst durch menschliches Handeln Wirklichkeit, ihre ‚Erzeugung‘ beruht aber nicht auf spezifischen Fachkompetenzen. Zugleich bieten sich weitaus vielfältigere Möglichkeiten sinnvoller (dabei freilich nicht unbedingt den originalen Bedeutungsgehalten adäquaten) Verwendungen dieser Ausdrücke im Alltagsleben, als dies bei naturwissenschaftlich-technischen Fachausdrücken gewöhnlich der Fall ist. Einer dieser Begriffe, dessen durchaus erstaunliche Erfolgsgeschichte seine sozialwissenschaftliche Herkunft in der Öffentlichkeit bereits weitgehend vergessen gemacht hat, ist ‚Stigma‘.⁶

2 Zum Begriff des Diskurses vgl. bes. Michel FOUCAULT, *Die Ordnung des Diskurses* (Frankfurt a.M. 2003).

3 Zum Verhältnis von wissenschaftlichen und allgemeinen öffentlichen Diskursen, von wissenschaftlichem und alltäglichem Wissen vgl. bes. Peter BERGER, Thomas LUCKMANN, *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie* (Frankfurt a.M. 2000).

4 Mit diesem Phänomen setzte sich bereits der bekannte amerikanische (Wissens-)Soziologe Merton auseinander. Vgl. Robert K. MERTON, *Social Theory and Social Structure* (New York 1968).

5 Vgl. dazu bes. Karl-Heinz HILLMANN, *Wörterbuch der Soziologie* (Stuttgart 2007).

6 Vgl. hierzu bes. Alfred GRAUSGRUBER, *Formen und Entstehungsmodelle*. In: Wolfgang GAEBEL, Hans-Jürgen MÖLLER, Wulf RÖSSLER (Hg.), *Stigma–Diskriminierung–Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (Stuttgart 2005) 18-39, hier 19f.

Der vorliegende Beitrag wendet sich der Entstehungs- und Wirkungsgeschichte dieses für die soziologische Forschung ebenso wie für die Praxis in vielen ‚sozial‘ orientierten Berufs- und Handlungsfeldern mittlerweile unverzichtbaren Begriffs zu.

Im Kontext einer historisch ausgerichteten Auseinandersetzung mit ‚Behinderung(en)‘⁷ erscheint eine Beschäftigung mit dem Stigma-Konzept besonders angebracht, etablierte sich dieses doch im Verlauf des 20. Jahrhunderts im begrifflichen Kernbestand sowohl wissenschaftlich-theoretischer, wie professionell-praktischer, aber auch alltäglicher Reden über soziale Normen und soziale Abweichungen im Allgemeinen, und über ‚Behinderung(en)‘ im Besonderen. Hinsichtlich der akademischen Diskurse gilt dies im Übrigen nicht nur für gegenwartsbezogene, sondern auch für historische – der Begriff ‚Stigma‘ entfaltet sein heuristisches Potential doch gerade in vergleichenden Betrachtungen, welche die gesellschaftlich-kulturelle Relationalität des jeweils als ‚abweichend‘ Empfundene deutlich machen. Behandelt werden im Folgenden:

1) Die ‚Vorgeschichte‘ des sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriffs – 2) Zentrale Propositionen des Stigma-Konzepts von Erving Goffman – 3) Die Genese von Goffmans Stigma-Konzept – 4) Die Rezeption von Goffmans ‚Stigma‘-Konzept und die Verbreitung des sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriffs in wissenschaftlichen Diskursen. Im Resümee werden appellative Aspekte in Goffmans ‚Stigma‘ als Erfolgsfaktor seines Werkes und die Entstehung der Anti-Stigma-Bewegungen angesprochen.

7 Eine Bemerkung zur Terminologie: Der Verfasser des vorliegenden Beitrags benutzt im Folgenden verschiedentlich den Ausdruck ‚behinderte Menschen‘. Während das substantivierende und damit rasch ‚essentialisierende‘ ‚Behinderte‘ auch von ihm abgelehnt wird, erscheint es ihm wenig zielführend, das Significans ‚Behinderung‘ bzw. seine adjektivische Entsprechung in ‚behindert‘ im Sinne einer Renormierung sprachlicher Gewohnheiten zu tabuisieren, zumal in der Wortbedeutung von ‚behindert sein‘ ebenso wenig ein die Betroffenen als Personen abwertender Sinngehalt zu entdecken ist, wie in den verschiedenen, als Alternativen vorgeschlagenen semantischen Neuschöpfungen, wie ‚besondere Bedürfnisse haben‘. Das empfundene Ärgernis liegt eigentlich vielmehr in den mit dem Ausdruck ‚behindert‘ häufig verbundenen Assoziationen. Diesen ist aber durch terminologische Änderungen nach Auffassung des Verfassers überhaupt nicht beizukommen, vielmehr wird so lediglich ein für auch nur etwas kritische Beobachter unweigerlich lächerlich wirkendes Phänomen in Gang gesetzt, welches als ‚terminologische Spirale‘ bezeichnet werden könnte. Vgl. hierzu, mit konkreten historischen Beispielen: Christian MÜLLER, Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit. Skizzen zur Psychiatriegeschichte (Bonn 1998).

Spätestens seit dem ‚aufgeklärten‘ 18. Jahrhundert sind wohlmeinende Zeitgenossen – Experten wie Laien – stets auf der Suche nach Bezeichnungen, welche vermeintlich intrinsisch ‚rohe‘, ‚grausame‘ usw. Ausdrücke, wie ‚Verrückte‘, ‚Wahnsinnige‘, ‚Irre‘ usw. zum Heil der so bezeichneten Betroffenen ablösen sollen, dabei drückten etwa die hier genannten Worte bei ihrem Aufkommen als Begriffe für Menschen mit mentalen Störungen nichts anderes aus, als eben eine Devianz vom Bereich dessen, was jeweils als ‚normal‘ galt, und bloß die nach jeder Änderung erneut in nur wenig veränderter Gestalt den Bezeichnungen von der Allgemeinbevölkerung sogleich wieder angehafteten, stereotypisierenden Konnotationen, wie „sind alle gefährlich“, „sind böseartig“ usw., beinhalten die eigentlich abwertenden Komponenten. Diesen ebenso vereinfachenden wie beleidigenden Zuschreibungen ist aber, hiervon ist der Verfasser überzeugt, nur durch eine Veränderung sozialer Praxen nachhaltig beizukommen, und nicht durch das eigentlich ja allen Beteiligten sehr durchsichtige Spiel mit ‚Neuetikettierungen‘, welches letztlich nur dazu gut ist, den Rhythmus des Revisionsbedarfs von vorhandenen Informationstexten zu beschleunigen, und so – und hier liegt wohl die latente Funktion – gewissen Experten rein fiktiver Weltverbesserung berufliche Existenzberechtigung zu verleihen.

Die ‚Vorgeschichte‘ des sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriffs: von der griechischen Antike ins 20. Jahrhundert

Wendet man sich zunächst, im Rahmen einer historisch-semanticen Analyse,⁸ der Frage zu, woher das Wort ‚Stigma‘ als solches rührt, landet man, wie so oft in Europa, in der Antike, genauer im antiken Griechenland. Dort bezeichnete das Verb ‚stizein‘ die Tätigkeit ‚stechen‘, womit auch Tätowieren oder Brandmarken gemeint sein konnte und seine Substantivierung ‚Stigma‘ ‚das Gestochene‘, und damit unter anderem einen gewaltsam zugefügten Stich oder ein Brandmal an einem Tier oder einem Menschen.⁹ Hierher gehört auch der Begriff ‚Schandmal‘, wie es insbesondere Verbrechern zugefügt wurde – strafweise und zugleich zur Warnung der Menschen, mit denen sie künftig in Kontakt kommen würden. Dies musste nicht unbedingt durch Brandmarkung passieren, sondern konnte auch auf andere Weisen geschehen. In diesem schon erweiterten Sinne einer abwertenden, physischen Kennzeichnung wurde auch der Ausdruck ‚Stigma‘ in Europa spätestens seit der Frühen Neuzeit im juristischen Diskurs gebraucht, wie das Lemma „Schandmahl“ in Zedlers *Universal-Lexikon aller Wissenschaften und Künste* aus der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts belegt. Als gelehrte Synonyme für den deutschen Ausdruck ‚Schandmahl‘ werden dort „*deformitas*“, „*mutilatio*“ und eben „*stigma*“ genannt und der Begriff so erläutert: „[...] *heist in denen Rechten eine solchen Verstümmelung des Körpers, oder auch nur eines gewissen Theils desselben, wodurch solcher gantz häßlich und ungestalt wird. Als wenn z[um] E[xempel] jemanden beyde Augen, oder auch nur eines ausgestochen, Nasen und Ohren abgeschnitten, die Stirne, Backen, oder sonst das Angesicht verwundet und zersetzet wird [...]*“.¹⁰ Für den medizinischen Diskurs belegt das polyglotte *Lexicon novum medicum* des Stefan Blancard die Bekanntheit des Ausdrucks ‚Stigma‘ für derartige, gezielt zugefügte ‚Malzeichen‘ im späten 17. Jahrhundert,¹¹ und das *Etymologische Wörterbuch des Deutschen* berichtet über eine erstmalige entsprechende Begriffsverwendung bereits in dessen ersten Jahrzehnten.¹² Deutlich wird an obiger Begriffserläuterung neben den verschiedenen konkreten Praktiken von Stigmatisierung im körperlichen Sinn als Bestrafung auch, dass der Ausdruck ‚Stigma‘ damals noch nicht in jenem noch allgemeineren Sinn gebraucht wurde, der gegenwärtig geläufig ist, nämlich der Begriffsverwendung als ‚negativ

8 Vgl. Hans Erich BÖDEKER (Hg.), *Begriffsgeschichte, Diskursgeschichte, Metapherngeschichte* (Göttingen 2002); Hans Ulrich GUMBRECHT, *Dimension und Grenzen der Begriffsgeschichte* (Paderborn 2006); Reinhart KOSSELLECK, *Begriffsgeschichten* (Frankfurt a.M. 2006).

9 Vgl. Friedrich KLUGE, Elmar SEEBOLD, *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache* (Berlin, New York 1999) 796. Hierauf weist auch Goffman in seinem gleichnamigen Werk hin: Erving GOFFMAN, *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (Frankfurt a.M. 1967) (zuerst amerikan. als: *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs (NJ) 1963) 9.

10 Vgl. Johann Heinrich ZEDLER (Hg.), *Grosses vollständiges Universal-Lexicon Aller Wissenschaften und Künste, welche bishero durch menschlichen Verstand und Witz erfunden und verbessert worden* (Leipzig-Halle 1732-1750) XXXIV (1742) Sp. 860f.

11 Stephanus BLANCARD, *Lexicon novum medicum graeco-latinum, caeteris editionibus longe perfectissimum. In hoc enim totius artis medicae termini, in Anatomia, Chirurgia, Pharmacia, Chymia Secundum Neotericorum placita dilucide & vere exponuntur & definiuntur, Graecae quoque voces ex origine sua deducuntur; hisce praeterea adiungitur Belgica, Germanica, Gallica & Anglica interpretatio, cum Indicibus eorum locupletissimis, opus sane omnibus philiatris, philologis & philosophis commodissimum, utilissimum* (Leiden 1690) 593.

12 Wolfgang PFEIFER, *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen* (Berlin 1993) 1363. Vgl. auch: Asmus FINZEN, *Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung*. (Bonn 2001) 25f.

bewertetes Merkmal¹³ einer Person, die grundsätzlich möglich ist, ohne Abhängigkeit von einer speziellen Entstehungsursache dieses Attributs von einer besonderen Form der Wahrnehmbarkeit (z.B. Sichtbarkeit/Unsichtbarkeit) oder von der Art der Assoziation mit der betreffenden Person (materielle Präsenz/ideelle Attribution). Um es vorwegzunehmen: Wie es scheint, wurde dieses viel allgemeinere Konzept erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelt; jedoch lassen sich mehrere Schritte einer Ausdehnung des Bedeutungsumfangs nach dem 18. Jahrhundert feststellen, beginnend mit einer Ausweitung auf visuell wahrnehmbare, physische Kennzeichen, die allgemein negativ bewertet wurden, im Verlauf des 19. Jahrhunderts.¹³

Ebenfalls noch im 19. Jahrhundert kam – ein belangvoller Aspekt für die weitere Entwicklung des Begriffs und wohl insbesondere von Interesse für MedizinhistorikerInnen – ‚Stigma‘ dann auch als Ausdruck für ‚Krankheitszeichen‘ in der medizinischen Fachsprache in Gebrauch. Der bis heute übliche, gleichfalls ursprünglich griechische Ausdruck ‚Symptom‘ blieb allerdings das allgemein dominierende Vokabel zur Bezeichnung dieses Bedeutungsgehaltes im medizinischen Diskurs; das Wort ‚Stigma‘ konnte sich aber bemerkenswerterweise vor allem in zwei Verwendungsbereichen als alternatives Signifikans etablieren, nämlich einerseits für angeborene, dauerhafte morphologische Anomalien des menschlichen Körpers, und andererseits in den spezifischen Diskursen über Nervenkrankheiten und Degeneration. So waren, wie man etwa dem *Klinischen Wörterbuch* von Otto Dornblüth, (dem Vorläufer des berühmten *Psyhyrembel*) in Auflagen des frühen 20. Jahrhunderts entnehmen kann, unter „*Stigmata hereditatis*“ „*Entartungs- oder Degenerationszeichen*“ des Menschen zu verstehen. Als solche galten insbesondere: „[...] *Annäherung an den Typus einer Tierart [sic!]: [...] fliehende Stirn, [...] abnorme Formen der Gehirnwindungen, Mißgestalt der Ohrmuschel, überzählige Finger [...] Schädelasymmetrie [...], Hasenscharte, [...] Infantilismus, Viraginisimus, Feminismus beim Manne, [...], überzählige oder versprengte Zähne, [...] Albinismus [...] Hermaphroditismus usw.*“¹⁴ Weiters bezeichneten „*Stigmata hysterica*“ gemäß demselben Werk die „*Hauptzeichen der Hysterie, besonders die eigenartigen Gefühl- und Bewegungsstörungen*“.¹⁵

Allerdings hatten diese Begriffsverwendungen zumindest bis ins ausgehende 19. Jahrhundert den Kreis der Terminologie von Spezialisten noch kaum verlassen, wie ein Blick in zeitgenössische allgemeinbildende Lexika zeigen kann: Sowohl *Meyers Konversationslexikon* in der 4. Auflage von 1885-1892 als auch der *Brockhaus* in der 14. Auflage von 1893-1897 enthalten ein Stichwort ‚Stigma‘, beide bringen aber weder Erläuterungen zu allgemeineren, soziale Beziehungen betreffenden, noch zu spezifisch medizinischen Bedeutungen. Beide Lexika verstehen unter ‚Stigma‘ vielmehr primär „*bei den Griechen und Römern ein Brandmal, das Verbrechern, namentlich diebischen oder entlaufenen Sklaven, eingebrannt wurde*“¹⁶ dann auch die ‚Stigmata‘ des christlich-theologischen Diskurses (in Meyers Konversationslexikon unter dem nachfolgenden Lemma „*Stigmatisation*“) sowie einen botanischen und zoologischen Fachbegriff, der die Bedeutungen ‚Narbe‘, ‚Einkerbung‘, ‚Öffnung‘, ‚Loch‘ hat, damit an der ursprünglichen Wortbedeutung anknüpft, und hier nicht weiter von Belang ist.

13 Vgl. FINZEN, Psychose und Stigma 25f.

14 Otto DORNBLÜTH, *Klinisches Wörterbuch* (Leipzig 1927). Im Internet: www.textlog.de/klinisches.html.

15 Ebd.

16 Bibliographisches Institut (Hg.), *Meyers Konversations-Lexikon. Eine Encyclopädie des allgemeinen Wissens* (4. Aufl., Leipzig 1885-1892) XV, 325. Ähnlich in: Friedrich BROCKHAUS, *Konversations-Lexikon* (14. Aufl., Leipzig–Berlin–Wien 1893-1897) XV, 369.

Auch die Verwendung des Plurals ‚Stigmata‘ zur Bezeichnung der Wundmale von Personen (vornehmlich asketisch lebenden Ordensleuten), welche diese in Nachfolge Christi miraculös erlitten haben, braucht im vorliegenden Kontext, für sich genommen, nicht näher erörtert zu werden. Es sei aber bemerkt, dass die Geläufigkeit des Wortes ‚Stigma‘ in genau dieser Bedeutung seit dem europäischen Hochmittelalter – davor fehlt bemerkenswerterweise nicht nur das Wort, sondern auch die Sache in den historischen Quellen¹⁷ – wohl auch die späteren Bedeutungsausdehnungen auf andere Bereiche gefördert hat. Außerdem fokussierte der religiöse Diskurs stark auf die Aspekte von Authentizität und Symbolik solcher ‚Stigmata‘, da diese von Beginn ihres Auftretens an höchst kontrovers diskutiert wurden, und rückt somit die Zeichenhaftigkeit von ‚Stigma‘ viel deutlicher ins Zentrum des semantischen Feldes.

Für den vorliegenden Beitrag ist aber vor allem von Belang, dass noch um 1900 offenbar nur die hier vorgestellten Begriffsbedeutungen in den Feldern von Rechtsprechung und Strafverfolgung, Theologie, Botanik, Zoologie und Medizin von allgemeinerer Verbreitung waren, welche, außer dem Wort selbst, wenig bis gar nichts untereinander sowie mit dem späteren sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriff gemein haben.

Dies resümiert auch Erving Goffman – der, wie noch zu zeigen ist, mit einigem Recht als ‚Erfinder‘ des Letzteren gelten kann – gleich am Beginn seines erstmals 1963 in den USA erschienenen Werkes *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Hierzu sei, wie im Folgenden durchwegs, aus der deutschen Übersetzung „*Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*“ in der Ausgabe von 1975 zitiert:

„Die Griechen, die offenbar viel für Anschauungshilfen übrig hatten, schufen den Begriff *Stigma* als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, dass der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkete, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen. Später, in christlichen Zeiten, wurden dem Begriff noch zwei metaphorische Inhalte hinzugefügt: der erste bezog sich auf körperliche Zeichen göttlicher Gnade [...], der zweite [...] auf körperliche Zeichen physischer Unstimmigkeit.“¹⁸

Soviel hier zur Begriffsgeschichte von „*Stigma*“; die nicht zuletzt von Relevanz ist, da die traditionelleren Wortverwendungen bis heute eine erhebliche Rolle spielen. Zurecht wies etwa der Schweizer Psychiater Asmus Finzen in seinem wichtigen Werk „*Psychose und Stigma*“ noch in den 1990er Jahren darauf hin, dass man – trotz der großen Bedeutung in Expertendiskursen – weder die Bekanntheit des Begriffs im Allgemeinen, noch die seiner sozialwissenschaftlichen Bedeutung im Besonderen in der Allgemeinbevölkerung voraussetzen könne.¹⁹ Wie recht Finzen gerade mit dem zweitgenannten Aspekt hat, konnte der Verfasser mit Erstaunen feststellen, als er das „*Duden Fremdwörterbuch*“ – in der Ausgabe des Jahres 2001 – zum Betreff ‚Stigma‘ konsultierte. Dort wird der Begriff erläutert als: „1. a) Mal, Zeichen; Wundmal, b) (nur Plural) Wundmale Christi. 2.a) Narbe der Blütenpflanzen; b) Augenfleck der Einzeller; c) äußere Öffnung der Tracheen. 3. den Sklaven aufgebranntes Mal bei Griechen und Römern. 4. (Med.) auffälliges Krankheitszeichen, bleibende krankhafte Veränderung (z.B. bei Berufskrankheiten).“

17 In der Bibel findet sich eine hierfür retrospektiv in Anspruch genommene, eigentlich aber ziemlich vage Stelle im Brief des Apostels Paulus an die Galater: „ἐγὼ γὰρ τὰ στίγματα τοῦ Ἰησοῦ ἐν τῷ σώματί μου βαστάζω.“ – „Denn ich trage die Zeichen Jesu an meinem Leib.“ (Gal, 6,17),

18 GOFFMAN, *Stigma* 9.

19 FINZEN, *Psychose und Stigma* 25.

Lediglich unter dem Lemma „stigmatisieren“ findet sich *nach* der Bedeutung „mit den Wundmalen des gekreuzigten Jesus kennzeichnen“ auch jene Verwendung angeführt, die für unseren Kontext relevant ist: „(Soziol[ogisch]) jemandem bestimmte, von der Gesellschaft als negativ bewertete Merkmale zuzuordnen, jemanden in diskriminierender Weise kennzeichnen“.²⁰

Nun ist aber diese hier konzise zusammengefasste Bedeutung von ‚Stigma‘ in sozialwissenschaftlichen, psychologischen, sozialarbeiterischen, pädagogischen, sozialpolitischen und verwandten Fachdiskursen mittlerweile so geläufig, dass man sich kaum vorstellen kann, dass zum kompakten Ausdruck der damit bezeichneten Sachverhalte bis vor wenigen Jahrzehnten nicht einmal ein konkreter, spezifischer Terminus existierte. Genau dies scheint aber der Fall zu sein. In etlichen einschlägigen Publikationen wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass erst Erving Goffman mit seinem Werk ‚Stigma‘ 1963 den sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriff geschaffen habe. Angesichts der gegenwärtig enormen Verbreitung und Relevanz scheint die ebenso kurze wie erfolgreiche ‚Karriere‘ von ‚Stigma‘ als einem auf soziales Verhalten bezogenen Fachbegriff eine nähere Untersuchung wert. Eingangs sei aber kurz dargestellt, worin das soziologische Stigma-Konzept Goffmans eigentlich besteht.

„Stigma“ – zentrale Propositionen des (psycho-)soziologischen Konzepts von Erving Goffman aus dem Jahr 1963

Gleich einleitend in dem „*Stigma und soziale Identität*“ betitelten, ersten Kapitel des gleichnamigen Werkes, führt Erving Goffman (1922-1982)²¹ aus:

*„Die Gesellschaft schafft die Mittel zur Kategorisierung von Personen und den kompletten Satz von Attributen, die man für die Mitglieder jeder dieser Kategorien als gewöhnlich und natürlich empfindet. Die sozialen Einrichtungen etablieren die Personenkategorien, die man dort vermutlich antreffen wird. Die Routine sozialen Verkehrs [...] erlaubt es uns, mit antizipierten Anderen ohne besondere Aufmerksamkeit oder Gedanken umzugehen. [...] [Aber:] Während der Fremde vor uns anwesend ist, kann es evident werden, dass er eine Eigenschaft besitzt, die ihn von anderen [...] unterscheidet; und diese Eigenschaft kann von weniger wünschenswerter Art sein – im Extrem handelt es sich um eine Person, die durch und durch schlecht ist oder gefährlich oder schwach. In unserer Vorstellung wird sie so von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert. Ein solches Attribut ist ein Stigma, besonders dann, wenn seine diskreditierende Wirkung sehr extensiv ist; manchmal wird es auch ein Fehler genannt, eine Unzulänglichkeit, ein Handicap.“*²²

Ein solches Stigma, so Goffman weiter, schaffe eine Diskrepanz zwischen einer Erwartung, die wir von unserem antizipierten Interaktionspartner haben, seiner, wie der Autor selbst es nennt, „*virtualen sozialen Identität*“ einerseits, und seinen als tatsächlich gegeben wahrgenommenen Attributen, der „*aktualen sozialen Identität*“ der betreffenden Person andererseits.²³ Goffman weist an dieser Stelle sogleich auch darauf hin, dass Stigmata zwar stets auf bestimmte – vermeintliche oder tatsächliche – Eigenschaften von Personen bezogen sind, seien sie nun materieller Art, wie eine körperliche Einschränkung, oder immaterieller, wie ein ‚schlechter Ruf‘, dass aber eigentlich erst die jeweilig vorfindlichen *sozialen Relationen*, innerhalb derer eine

20 Matthias WERMKE et al., Duden. Das Fremdwörterbuch (Mannheim 2001) 949.

21 Zu Biographie und Werk Goffmans vgl. bes. Jürgen RAAB, Erving Goffman (Klassiker der Wissenssoziologie 6, Konstanz 2008); Robert HETTLAGE, Erving Goffman. In: Dirk KAESLER (Hg.), Klassiker der Soziologie (München 1999) II, 188-205; Robert HETTLAGE, Karl LENZ (Hg.), Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation (Bern-Stuttgart 1991).

22 GOFFMAN, Stigma 9-11.

23 Vgl. ebd. 10.

Beurteilung eines Akteurs durch einen anderen stattfindet, die beschriebene, diskreditierende Wirkung erzeugen, denn: „*Ein und dieselbe Eigenschaft vermag den einen [sozialen] Typus zu stigmatisieren, während sie die Normalität eines anderen bestätigt, und ist daher als ein Ding an sich weder kreditierend noch diskreditierend.*“²⁴

Allerdings, und das ist insbesondere für die Thematik der ‚Behinderung(en)‘ von grundlegender Bedeutung, gebe es auch „*wichtige Eigenschaften [...], die fast überall in unserer Gesellschaft diskreditierend sind.*“²⁵ Hierzu unterscheidet Goffman zunächst in einer – wohl auch aufgrund ihres vehementen Sarkasmus – recht bekannt gewordenen Passage drei allgemeine Typen von Stigma: „*Erstens gibt es Abscheulichkeiten des Körpers – die verschiedenen physischen Deformationen. Als nächstes gibt es individuelle Charakterfehler, wahrgenommen als Willensschwäche, [...] unnatürliche Leidenschaften und [...] Unehrenhaftigkeit, welche alle hergeleitet werden aus einem bekannten Katalog, zum Beispiel von Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Alkoholismus, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuchen und radikalem politischem Verhalten. Schließlich gibt es die phylogenetischen Stigmata von Rasse, Nation und Religion [...], die gewöhnlich von Geschlecht zu Geschlecht weitergegeben werden und alle Mitglieder einer Familie in gleicher Weise kontaminieren.*“²⁶

Gemeinsam ist allen diesen Merkmalen eben ihre Unerwünschtheit im zwischenmenschlichen Verkehr; das jeweilige Merkmal, so Goffman, dränge sich hierbei der Aufmerksamkeit der anderen auch unwillkürlich auf und bewirke ungünstige Reaktionen – etwa „*dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden*“, dass also versucht wird, nähere Kontakte und Interaktionen mit Betroffenen überhaupt zu vermeiden.²⁷ Die nicht derart beeinträchtigten ‚Normalen‘ betrachten die ‚Stigmatisierten‘ so in gewisser Weise als „*nicht ganz menschlich*“, und ‚diskriminieren‘ sie, das heißt, sie begegnen ihnen weniger offen und positiv als anderen Menschen und schließen sie so von den den ‚Normalen‘ gebotenen Lebenschancen aus – dies geschieht im Alltag oft, wie Goffman bemerkt, ohne klares Bewusstsein über diese Vorgänge. Dennoch bilden ‚normale‘ Menschen bei Bedarf – insbesondere um solche ‚Exklusion‘ gegenüber direkt Betroffenen oder auch Dritten (etwa ‚Anwälten‘ von deren Anliegen) zu rechtfertigen – auch „*Stigma-Theorien*“ aus. Hierunter versteht Goffman gedankliche Konstrukte, die die den betreffenden Personengruppen zugeschriebene ‚Inferiorität erklären und die Gefährdung [der Normalen] durch die Stigmatisierten nachweisen“ sollen; in diesem Zusammenhang benutzen sie auch „*spezifische Stigmatermini*“, wie „*Bastard, Schwachsinniger, Zigeuner*“²⁸.

Im Rahmen solcher ‚rationalisierender‘ Abwertungen kommt es häufig zu einem aus psycho-soziologischer Sicht besonders wichtigen Vorgang, der mittlerweile insbesondere in der sozialpsychologischen Stereotypen-Forschung²⁹ als ‚Generalisierung‘ bezeichnet wird: „*Wir tendieren dazu, eine lange Kette von Unvollkommenheiten auf der Basis der*

24 Vgl. GOFFMAN, Stigma 11. Als Beispiel verweist der Autor hier auf die Erwartungen an den Bildungshintergrund, welche mit bestimmten Berufen allgemein verbunden sind: Während für gewisse Professionen bzw. Positionen ein Universitätsabschluss als Voraussetzung entweder gesetzlich vorgeschrieben oder zumindest gewohnheitsmäßig erwartet wird, sodass dessen Fehlen stark stigmatisierend wirkt, ist es in anderen Erwerbszweigen genau umgekehrt, und jemand, der z.B. als Lagerarbeiter oder ‚einfache‘ Verkäuferin einen akademischen Grad besitzt, wird dazu tendieren, „*gerade dies geheimzuhalten, um nicht als Versager oder Außenseiter gekennzeichnet zu werden*“. Ebd.

25 Ebd. 12.

26 Ebd. 12f.

27 Ebd. 13.

28 Ebd. 14.

29 Vgl. Eliot ARNOLDSON, Timothy WILSON, Robin AKERT, Sozialpsychologie (München 2008) 422-427.

ursprünglichen einen zu unterstellen.“³⁰ Zur Illustration zitiert Goffman hier aus einer Studie über das Leben von Blinden im Amerika der 1950er Jahre: „Einige können davor zurück-scheuen, einen Blinden zu berühren [...], während für andere das wahrgenommene Unvermögen zu sehen zu einer ‚Gestalt‘ von Unfähigkeit verallgemeinert werden kann, so dass das Individuum die Blinden anspricht, als wären sie taub, oder versucht, sie zu stützen, als wären sie verküppelt.“³¹

Dieses Beispiel mag für heutige Verhältnisse krass bis unrealistisch wirken, nichtsdestoweniger existieren ‚stereotype‘, wenn auch vielleicht im Durchschnitt weniger auffällige Reaktionsweisen ‚Normaler‘ auf Stigmatisierte zweifellos auch gegenwärtig zuhauf, z.B. in der verbreiteten, pauschalen Meidung von Personen, die als psychisch krank betrachtet werden, wegen deren vermeintlicher ‚Gefährlichkeit‘.³²

Ein wesentlicher Bestandteil des Stigma-Konzepts von Goffman besagt also – um dies nochmals herauszustreichen – dass Menschen an anderen, die gewisse ihnen allgemein unerwünschte Eigenschaften aufweisen, häufig nicht nur diese Eigenschaften negativ bewerten, sondern dazu tendieren, ein abwertendes Urteil über die betroffene Person als Ganze zu fällen, und ihr auch andere ungünstige Eigenschaften zuzuschreiben, unabhängig von tatsächlichen Gegebenheiten und diesbezüglichem Kenntnisstand der Beurteilenden. Die damit beschriebene Konfiguration entspricht im Übrigen in Vielem dem, was Howard S. Becker im Rahmen seines bekannten, ebenfalls 1963 erstmals erschienen Buches „*Outsiders*“ als negativen Endpunkt eines Labelling-Prozesses von sozial devianten Personen im Allgemeinen charakterisierte: Die Betroffenen erhalten von ihrer sozialen Umgebung einen ‚master status‘ als Deviante – als ‚Verbrecher‘, als ‚Wahnsinnige‘, als ‚Behinderte‘ – zugeschrieben, und mehr oder weniger alle ihre Handlungen werden dahingehend interpretiert; sie sind in der betreffenden Rolle, die sich auf ihr ganzes Leben ausdehnt, gleichsam ‚gefangen‘, solange sie sich in einer sozialen Umgebung befinden, die diesen ihren ‚master status‘ kennt.³³

Ein weiteres zentrales Element des Goffman’schen Stigma-Konzepts bezieht sich auf die Stigmatisierten selbst: Selbstverständlich bleiben für die betroffenen Menschen derartige Abwertungen, die sich ja in bestimmten Verhaltensformen niederschlagen, unter denen die bloße Meidung oftmals noch eine harmlosere Form darstellt, nicht ohne Folgen: Goffman betont, dass sich Betroffene grundsätzlich – in ihren „*innersten Gefühle[n]*“ – durchaus als ‚normale Person‘, als „*menschliches Wesen wie jeder andere*“³⁴ fühlen können; aber sie realisieren im Allgemeinen schon früh in ihrem Leben bzw. bald nach Erwerb ihres Stigmas, dass sie von den meisten sie umgebenden Menschen nicht ‚akzeptiert‘, nicht ‚für voll genommen‘ werden. Zudem haben sie häufig selbst auch jene gesellschaftlichen Normen internalisiert, welchen sie eben nicht genügen können – dies betrifft Idealbilder körperlicher Erscheinung ebenso, wie die dinglichen Ingredienzien eines ‚respektablen‘ sozialen Status, die den Betroffenen aufgrund ihrer Merkmale oft verwehrt sind – etwa wenn in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigte Menschen dadurch, wie heute noch üblich, auch über kein mit ‚Normalen‘ vergleichbares Einkommen verfügen, welches einen adäquaten Erwerb von Gütern gestatten würde, was zumal in einer insgesamt weitgehend marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft schwer wiegt.

30 GOFFMAN, Stigma 14.

31 Ebd. 14.

32 Vgl. FINZEN, Psychose und Stigma, bes. 70-90.

33 Howard S. BECKER, Außenseiter. Studien zur Soziologie abweichenden Verhaltens (Frankfurt a.M. 1971) (zuerst amerikan.: *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, 1963).

34 GOFFMAN, Stigma 16.

So resultieren durch die Diskrepanz zwischen Ich-Ideal und Selbstwahrnehmung des Ich vielfach Gefühle von Scham, die Betroffenen sind zumindest mit einem Teil ihrer Existenz, oft aber mit ihrem gesamten Leben unzufrieden. Dies wiederum führt, soweit jene stigmatisierten Menschen nicht resignieren, häufig zu spezifischen Bewältigungs- und Veränderungsstrategien, wie Goffman selbst hervorhebt. Entgegen manchen Behauptungen, dessen Stigma-Konzept festige trotz der Analyse der zugrunde liegenden sozialen Prozesse letztlich den inferioren Status der Betroffenen, ist zu betonen, dass Goffman in seinem Werk ein durchaus komplexes Bild der Interaktionen von Normalen und Devianten zeichnet, und gerade das Handlungspotential der Diskriminierten (und ihrer Unterstützer, den so genannten ‚Weisen‘) eingehend erörtert. Dies kommt schon im Untertitel seines Werkes deutlich zum Ausdruck: „Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“. Auf diese Themen des Stigma-Managements und der Stigma-Bewältigung, denen der Großteil von Goffmans Werk gewidmet ist, kann im vorliegenden Kontext aber nicht näher eingegangen werden.

Zur Genese des Stigma-Konzepts von Erving Goffman

Angesichts der gegenwärtigen Selbstverständlichkeit des Gebrauchs des Ausdrucks ‚Stigma‘ im beschriebenen, sozialwissenschaftlichen Sinn mutete zumindest dem Verfasser dieses Beitrags die Vorstellung seltsam an, dieser sei erst in den 1960er-Jahren aufgekommen; noch weit mehr aber gilt dies für die Annahme, es habe davor gar keinen Begriff gegeben, mit welchem die später durch ‚Stigma‘ prägnant ausgedrückten Bedeutungsgehalte in ähnlicher Weise zusammenfassend bezeichnet hätten werden können. Tatsächlich wird man bei einer begriffsgeschichtlichen Suche nach semantischen (Teil-) Äquivalenten für ‚Stigma‘ auch fündig. Trotz des nach Auffassung des Verfassers sehr innovativen Charakters des Goffman’schen Werkes handelt es sich bei demselben schließlich um keine *creatio ex nihilo*.

Hierzu liefern die vorangegangenen Bemerkungen zur ‚Vorgeschichte‘ von Stigma Hinweise, indem als Entsprechung von ‚Stigma‘ der Ausdruck ‚Schandmal‘ auftaucht, der – und sei es in der Abwandlung als ‚Schandfleck‘ – auch metaphorisch verwendet werden kann, um anstelle eines physischen Zeichens ein bloß ‚ideell‘ bzw. informationell gegebenes ‚Kennzeichen‘ zu bezeichnen, wie das Wissen um stigmatisierende Eigenschaften einer Person. Wie häufig eine solche Verwendung dieses oder verwandter Ausdrücke in unterschiedlichen historischen Phasen und unterschiedlichen Sprachen Europas üblich war, wäre eine lohnende Forschungsfrage, der an dieser Stelle wegen ihrer Komplexität aber nicht weiter nachgegangen werden kann.

Dahingegen sind in der Mitte des 20. Jahrhunderts unmittelbar von Goffman vorgefundene, im angloamerikanischen sozialwissenschaftlichen Diskurs bis dahin bereits entwickelte, einschlägige Begriffe, auf welchen aufbauend das Stigma-Konzept entwickelt werden konnte, leicht zu eruieren, weist der Autor doch im Vorwort von ‚Stigma‘ ausdrücklich auf ihm wichtig erscheinende „Vorarbeiten“ hin und nennt als solche pauschal die Arbeiten von Edwin Lemert, Kurt Lewin, Beatrice Wright, Fritz Heider und Grace Moore, Roger Barker und Tamara Dembo,³⁵ freilich ohne diese im

35 GOFFMAN, Stigma 7. Hingewiesen sei an dieser Stelle auf den beträchtlichen Anteil von Personen deutschsprachiger Herkunft unter den Genannten – insofern erscheint eine Auseinandersetzung mit der deutschen Begriffsgeschichte von ‚Stigma‘ und seinen Analoga von besonderem Interesse.

Einzelnen bibliographisch anzuführen.³⁶ Mit der Eruiierung der betreffenden Werke und der Rekonstruktion von deren Einfluss auf Goffman hat sich im deutschsprachigen Raum allen voran Bernhard Klingmüller in seiner 1990 approbierten sozialwissenschaftlichen Dissertation auseinandergesetzt.³⁷ Derselbe zeigt deutlich, dass Goffman bei seinen Arbeiten an ‚Stigma‘ in den Jahren um 1960 an mehrere verwandte theoretische Konzepte und empirische Arbeiten anknüpfen konnte, die damals in den USA in Soziologie und Psychologie virulent waren. Hierzu zählt insbesondere die damals gerade erst in Entwicklung begriffene soziologische ‚Etikettierungstheorie‘ (labeling approach); hier bezog sich Goffman insbesondere auf das 1951 erschienene Werk „*Social Pathology*“ von Lemert.³⁸ Von Bedeutung für Goffmans Arbeit waren weiters mehrere empirisch orientierte (sozial-)psychologische Studien³⁹ sowie, was insbesondere Karl Lenz herausarbeitet, die symbolisch-interaktionistische Theorie-Tradition seit dem Wirken Cooleys und Meads um 1900,⁴⁰ welche die soziale Konstruiertheit personaler Identität thematisierte, sowie die mehr an praktischen Fragen orientierte Debatte über „*soziale Probleme*“ im Rahmen der „*Chicago School of Sociology*“. Die Arbeiten von Park, Warner und Hughes sind diesbezüglich zu erwähnen.⁴¹ In den soeben angeführten Werken soziologischer und sozialpsychologischer Ausrichtung finden sich nicht nur ein, sondern mehrere zentrale analytische Begriffe, welche ein dem Goffman’schen ‚Stigma‘ ähnliches Bedeutungsfeld aufweisen. Dies sind insbesondere ‚prejudice‘ (Vorurteil), ‚stereotype‘ (Stereotyp), ‚deviance‘ (Devianz) und ‚labeling‘ (Etikettierung); keiner dieser Begriffe enthält aber nach Auffassung des Verfassers alle für den soziologischen ‚Stigma‘-Begriff konstitutiven Bedeutungsaspekte: So sind ‚Vorurteil‘ und ‚Stereotyp‘ Ausdrücke, die vorrangig mit der ‚Täterseite‘ der negative Eigenschaften *zuschreibenden Personen*, also den *stigmatisierenden* Akteuren assoziiert werden, ‚abweichendes Verhalten‘ bzw. ‚Devianz‘ dagegen Bezeichnungen, die primär auf die Kategorie der *Träger abnormer Merkmale*,⁴² also die *stigmatisierten* Akteure verweisen, freilich ohne den damit verbundenen Zuschreibungsprozess mit zu signalisieren.⁴³ Beide sozialen Positionen deutlich miteinander zu verbinden und in

36 Die einzige Ausnahme stellt das Werk von Wright dar, siehe im Folgenden.

37 Bernhard KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive. Entstehungshintergrund, strukturierte Analyse, Rezeption und Programmatik von Goffmans ‚Stigma‘. Sozialwissenschaftliche Dissertation (Berlin 1990). Ein weiterer wichtiger Beitrag ist: Karl LENZ, Erving Goffman – Werk und Rezeption. In: Robert HETTLAGE, Karl LENZ, Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation (Bern-Stuttgart 1991) 25-94.

38 Edwin LEMERT, *Social Pathology* (New York 1951).

39 Klingmüller verweist insbesondere auf: Kurt LEWIN, *Resolving social conflicts* (New York 1948); Beatrice WRIGHT, *Physical Disability – a psychological approach* (New York 1960); Fritz HEIDER, Grace MOORE, *Studies in the psychology of the deaf, part 2* (Psychological Monographies 53/5, Columbus 1941); Fritz HEIDER, *The Psychology of interpersonal relations* (New York 1958); Roger BARKER et al., *Adjustment to physical handicap and illness. A survey of the social psychology of physique and disability* (New York 1953); Tamara DEMBO et al., *Studies in adjustment to visible injuries: Evaluation of help by the injured*. In: *Journal of abnormal social psychology* 17 (1947) 169-192; Tamara DEMBO et al., *Studies in adjustment to visible injuries: Evaluations of curiosity by the injured*. In: *Journal of abnormal social psychology* 18 (1948) 13-28.

40 Vgl. LENZ, Goffman – Werk und Rezeption 42-48; KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 39.

41 Vgl. KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive, hier 39f.

42 Zu den Begriffen von Normalität, Anomalie und Abnormität vgl. bes. Georges CANGUILHEM, *Das Normale und das Pathologische* (München 1974).

43 Hierin besteht auch eine zentrale Kritik am Konzepten des ‚abweichenden Verhaltens‘ von Seiten des Labeling-Ansatzes. Vgl. Siegfried LAMNEK, *Theorien abweichenden Verhaltens* (Paderborn 2007) I, 223-244.

ihrer direkten wechselseitigen Bedingtheit darzustellen, gelingt den Begriffen ‚Vorurteil‘, ‚Stereotyp‘, ‚abweichendes Verhalten‘ oder ‚Devianz‘ damit nicht; sehr wohl leisten dies aber der ‚Stigma‘-Begriff – und auch der ‚Label‘-Begriff.⁴⁴

Ego etikettiert alter, nur in einer solchen Konstellation ist die Rede vom ‚Labeling‘ sinnvoll, während dahingegen ‚Vorurteile‘ auch ohne bestimmte ‚Opfer‘, ohne konkrete Handlungsfolgen überhaupt existieren können (und manchmal sogar ohne jegliche nähere Angaben zu den Trägern bzw. Trägergruppen entsprechender Ideen durch sozialwissenschaftliche Texte geistern, etwa im Ausdruck ‚gesellschaftliche Vorurteile‘). Und ein ‚abweichendes Verhalten‘ kann, dem allgemeinen Verständnis nach, auch vollzogen werden, wenn niemand dies bemerkt – womöglich nicht einmal der ‚Abweichter‘ selbst – und es sozial folgenlos bleibt (auch wenn dies sicher nicht den typischen Fall der unter diesem Terminus analysierten Phänomene darstellt). Ein zentraler Unterschied zwischen dem Label-Begriff und jenem des ‚Stigma‘ besteht nun aber darin, dass ersterer stark auf die Verhaltensebene fokussiert ist, und ‚labeling‘-Konzepte die innerpsychische Dimension der betreffenden sozialen Prozesse vielfach nur oberflächlich in Betracht nehmen, während das Stigma-Konzept Goffmans hierzu mit den Erörterungen typischer sozialer Interaktionen reichlich Material und Analysen ‚mitliefert‘. Dies erscheint von größter Bedeutung gerade für die außergewöhnliche ‚Erfolgsgeschichte‘⁴⁵ der akademischen und öffentlichen Rezeption des Begriffs:

Die Innovation von ‚Stigma‘ besteht nach Auffassung des Verfassers gerade darin, in der Analyse von alltäglichen sozialen Prozessen die typischerweise engen Verknüpfungen der drei Ebenen mikrosoziale Interaktion, kognitive Reflexion und emotionale Resonanz in plausibler und aufschlussreicher Weise darzulegen, und die hervorragende Rolle aufzuzeigen, welche hierbei Gestaltwahrnehmungen und unreflektiert ablaufenden Bewertungen derselben zukommt.⁴⁶

‚Stigma‘ referiert so auf eine ganze Kette von miteinander typischerweise verbundenen Phänomenen: die Wahrnehmung und negative Bewertung bestimmter, (sub-)kulturell definierter Merkmale von Menschen durch andere, die daraus abzuleitenden Handlungsmuster beider Seiten und die damit einhergehenden mentalen Zustände. ‚Stigmatisierung‘ meint nicht bloß eine abschätzige Bezeichnung oder Behandlung einer Person durch eine andere, sondern auch ein Verhalten, das Leid zufügt.

Dieser Charakter der ‚Zusammenbindung‘ der unterscheidbaren, im sozialen Interaktionsprozess aber vielfach untrennbar miteinander verwobenen Elemente ist es auch, der Goffmans ‚*Stigma*‘-Begriff so brauchbar und damit, langfristig gesehen, so erfolgreich machte, sowohl in den Sozialwissenschaften wie in vielen anderen sozialen Praxen. So handelte es sich bei Goffmans Stigma-Konzept auch um eine begriffliche Innovation. Der Ausdruck ‚Stigma‘ war zuvor nur selten in sozialwissenschaftlichen bzw. psychologischen Arbeiten anderer Autoren gebraucht worden; dort wurde er aber

44 Vgl. hierzu KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 2.

45 Zur Frage nach dem ‚Erfolg‘ von Goffmans Soziologie insgesamt vgl. Ralf TWENHÖFEL, Zuordnung und Erfolg. Wissenschaftssoziologische Aspekte der Goffman-Rezeption. In: HETTLAGE/LENZ (Hg.), Erving Goffman 355-384.

46 Bemerkte sei an dieser Stelle, dass es von der ja in Österreich grundgelegten Gestaltpsychologie (Brentano, Meinong, Ehrenfels) tatsächlich eine ziemlich direkte ‚Traditionslinie‘ zu Goffman gibt, u.a. über den in Berlin aufgewachsenen Kurt Lewin, sowie über Fritz Heider, der vor seiner Emigration an der Universität Graz studiert hatte. Vgl. John HARVEY, Fritz Heider (1986-1988). In: American Psychologist 44/3 (1989) 570f. Zur Gestaltpsychologie vgl. einführend: Herbert FITZEK, Wilhelm SALBER, Gestaltpsychologie. Geschichte und Praxis (Darmstadt 1996).

nur auf einen Teil des gesamten sozialen Prozesses bezogen, so etwa in dem Text „*Physical Disability*“ von Beatrice Wright aus dem Jahr 1960, der sich den innerpsychischen Abläufen in ‚stigmatisierten‘ („*stigmatised*“) Personen widmete.⁴⁷ Auch der in der Nachkriegszeit prominente amerikanische Kriminalsoziologie Edwin Lemert gebrauchte in seinen Arbeiten, u.a. in der Monographie „*Social Pathology*“, mehrfach den Ausdruck ‚Stigma‘ im metaphorischen Sinne von ‚Brandmarkung‘.⁴⁸ Diese Begriffsverwendung bezog sich bei Lemert allerdings nur auf das Phänomen des ‚üblen Leumunds‘, welcher kriminell gewordenen Menschen in mehr oder weniger formalisierter Weise (Vorstrafe usw.) angeheftet zu werden pflegt.

Insgesamt ist daher festzuhalten, dass die Verwendung des Ausdrucks ‚Stigma‘ für ‚Schandmal‘ auch im übertragenen Sinn im Rahmen sozialwissenschaftlicher Analysen keine genuine Erfindung Goffmans war. Jedoch war derselbe zur Zeit des Erscheinens seines gleichnamigen Werkes erst relativ kurz und bei wenigen Autoren/-innen in Gebrauch, vor allem aber war noch kein elaboriertes sozialtheoretisches Konzept ‚Stigma‘ entwickelt worden, welches erlaubte, den Prozess der ‚Stigmatisierung‘ unter Einbezug der Perspektiven aller beteiligten Typen von Akteuren systematisch und losgelöst von einzelnen ‚Devianzthemen‘ (Körperliche Behinderung, Kriminalität, psychische Störung usw.) zu reflektieren und empirisch vergleichend zu untersuchen.

Genau dies leistete aber Goffmans 1963 erschienene Monographie erstmalig.

Zur Frage der Verbreitung und Bedeutung einer sozialwissenschaftlichen Begriffsverwendung der Bezeichnung ‚Stigma‘ vor dem Erscheinen von Goffmans Studie kann im Weiteren eine bibliographische Recherche näher Auskunft geben, die vom Verfasser dieses Beitrags unter Nutzung der verschiedenen einschlägigen Datenbanken, wie KVK, SSCI, IBZ u.a. durchgeführt wurde. Diese ergab Folgendes:

1. Im gesamten Zeitraum bis 1963 ist im deutschsprachigen Raum keine Zeitschriften- oder Buchpublikation erschienen, welche ‚Stigma‘ als Titelbestandteil aufwies und eindeutig⁴⁹ sozialwissenschaftlichen Thematiken zuzuordnen wäre; und selbst für die medizinischen, biologischen und theologischen Bedeutungen finden sich nur ganz vereinzelt Nachweise auf Veröffentlichungen mit einschlägigen Titeln.⁵⁰

47 WRIGHT, *Physical Disability*. Vgl. KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 25.

48 LEMERT, *Social Pathology*. Vgl. KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 34.

49 Den einzigen bekannten, etwaig als Grenzfall zu betrachtenden Titel stellt der kurze Bericht „*Rasse als Stigma und Stil*“ dar, der die Inhalte eines vom Mediziner und ‚Völkerpsychologen‘ Willy Hellpach geleiteten ‚Rundgesprächs‘ im Rahmen des 14. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychologie im Jahr 1934 wiedergibt: Paul FELDKELLER, Rundgespräch Rasse als Stigma und Stil. In: Otto KLEMM (Hg.), *Psychologie des Gemeinschaftslebens. Bericht über den XIV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Tübingen vom 22. bis 26. Mai 1934* (Leipzig, Jena, Göttingen 1935) 111-114.

50 Der Karlsruher Virtuelle Katalog verzeichnet bei einer Meta-Suche in den Katalogen akademischer Institutionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz an deutschsprachigen Werken mit ‚Stigma‘ als Titelbestandteil genau drei im engeren Sinn medizinische Werke – darunter zwei Dissertationen –, zwei literarische Werke, von denen je eines den religiösen und eines den allgemeineren Stigma-Begriff aufgreifen, sowie einen Firmenkatalog für „*Stigma-Ornamente*“ (eine weitere Variante des Gebrauchs dieses Ausdrucks im technischen Bereich): Ernst HENNIGES, *Die Bedeutung des hohen Gaumens als congenital-luetisches Stigma* (Hamburg 1934); Walter JONAS, *Zahn- und Kieferbildung als Stigma* (Med. Dissertation, Breslau 1923); Myroslawa SAHAJDAK, *Die Hufeisenniere als konstitutionspathologisches Stigma* (Med. Dissertation, München 1950); Friedrich Wilhelm STEINER, *Stigma – Liebe, die Wunder wirkt* (Wien 1930); Otto ERNST, *Paradigma und Stigma. Das Leben Johann Caspar Goethes* (Berlin 1928) [Publikation selbst nicht greifbar]; Julius KLINKHARDT (Hg.), *Stigma-Ornamente*. (o.O. o.J. [Leipzig, Wien um 1912]). (Stand Juli 2012) Hingewiesen sei hier auch auf ein

2. Für den englischsprachigen Bereich zeigt sich ein ähnliches Bild fehlender bibliographischer Belege für eine sozialwissenschaftliche Verwendung des Begriffes ‚Stigma‘, jedoch nur für den Zeitraum bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, denn ab der zweiten Hälfte der 1950er Jahre finden sich einzelne Werke, bei welchen eine solche Verwendung auftaucht. So weist der – allerdings erst mit dem Jahr 1956 beginnende – Social Science Citation Index (SSCI) für die Jahre bis 1960 immerhin zwei Werke mit ‚Stigma‘ im Titel aus. Kurioserweise handelt es sich bei einem Titel um „*tips on how to escape the burden and stigma of scholarship*“ (!), die 1956 veröffentlicht wurden. Der zweite, einschlägigere, aber sehr kurze Beitrag trägt den Titel „*The Stigma of Mental Illness*“ und ist, ebenfalls 1956, im „*Journal of Rehabilitation*“ erschienen.⁵¹ Inwieweit er Goffman bekannt war, ist unklar; Klingmüller konnte bei seinen akribischen Recherchen jedenfalls keine Hinweise auf diesen Text im Goffman’schen Oeuvre finden.⁵² Die Existenz dieses kleinen Artikels aus dem Jahr 1956 ist aber insofern interessant, da er einen „prä-Goffman’schen“ Versuch einer Verortung eines sozial gewendeten Stigma-Begriffes in einem praxisorientierte, therapeutische und, wenn man möchte, emanzipatorische Bezüge aufweisenden Kontext zeigt. Klar in dieselbe Richtung weisen drei weitere, in den Jahren 1961 bis 1963, also vor dem Erscheinen von Goffmans Buch bzw. etwa zeitgleich veröffentlichte englischsprachige Aufsätze anderer Autoren in der Zeitschrift „*Social Problems*“ mit den Titeln „*Feelings of stigma among relatives of former mental-patients*“ (1961), „*Two studies of legal stigma*“ (1962) und „*Legal stigma*“ (1963).⁵³ Auch Goffmans Arbeit zu ‚Stigma‘ fußt zudem, neben den schon erwähnten Werken anderer, auf seiner eigenen, empirischen Beschäftigung mit sozialen Aspekten des ‚Irrsinns‘.⁵⁴ Hierzu publizierte er ebenso noch in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre, 1957, einen ersten kleinen Beitrag mit dem eher allgemein gehaltenen Titel „*Some dimensions of the problem*“ in einem Sammelband mit dem Titel „*The Patient and the mental hospital*“.⁵⁵ In diesem Aufriss werden von Goffman bereits mehrere zentrale Gedanken seines späteren Stigma-Konzepts entwickelt, und er selbst weist in einer Fußnote im 1963 erschienen ‚Stigma‘-Buch auf die kleine Vorläuferschrift hin.⁵⁶ Der soziologische „*Stigma-Begriff*“ scheint also in der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Forschung bereits in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre zumindest in einem kleineren Forscherkreis in den USA recht virulent gewesen zu sein – und dabei nicht zuletzt in der Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen Umgang mit

frühes niederländisches Werk, welches dem ‚hysterischen Stigma‘ gewidmet ist: Gerbrandus JELGERSMA, *Het hysterisch stigma. Een psycho-pathologisch onderzoek* (Amsterdam 1903).

- 51 Charlotte Green SCHWARTZ, *The stigma of mental illness*. In: *Journal of Rehabilitation* 22 (1956) 7f.
- 52 Vgl. KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive.
- 53 Howard E. FREEMAN, Ozzie G. SIMMONS, *Feelings of stigma among relatives of former mental-patients*. In: *Social Problems* 8/4 (1961) 312-321; Richard D. SCHWARZ, Jerome H. SKOLNICK, *Two studies of legal stigma*. In: *Social Problems* 10/2 (1962) 133-142; H. Laurence ROSS, *Legal Stigma*. In: *Social Problems* 10/4 (1963) 390f. Ein weiterer im SSCI angeführter Text aus diesen Jahren bezieht sich auf den biomedizinischen Stigma-Begriff.
- 54 So verbrachte Goffman in den Jahren 1955 und 1956 mehrere Monate als teilnehmender Beobachter in einer Großanstalt für chronisch psychisch Kranke in Washington, D.C. Vgl. Erving GOFFMAN, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (Frankfurt a.M. 1972), (zuerst amerik.: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, 1961) 7 [Vorwort].
- 55 Erving GOFFMAN et al., *Some dimensions of the problem*. In: Milton GREENBLATT, Daniel LEVINSON, Richard WILLIAMS (Hg.), *The patient and the mental hospital. Contributions to the science of social behavior* (New York 1957) 507-510.
- 56 GOFFMAN, *Stigma* 7.

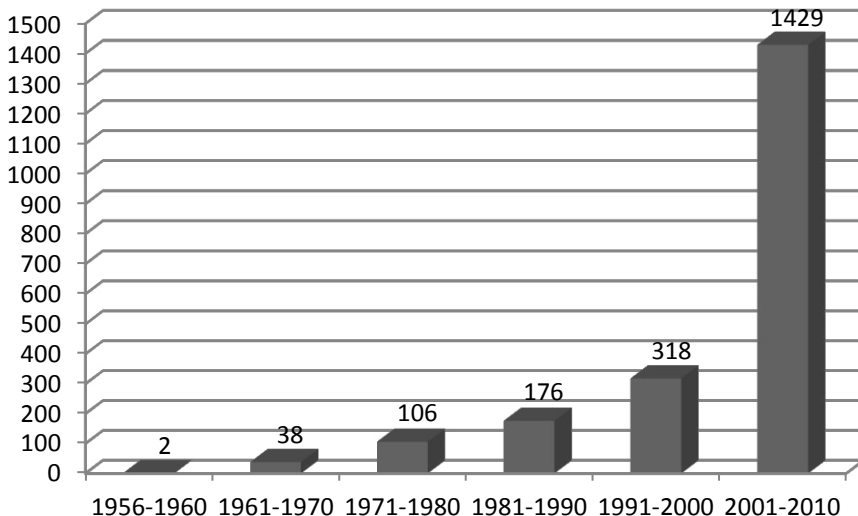
chronisch psychisch kranken Menschen –, ohne dass er aber schon größere publizistische Niederschläge nach sich gezogen hätte. Dies erscheint mir deshalb von mehr als rein antiquarisch-, fachwissenschaftsgeschichtlichem Interesse, weil sich das Bild der – zunächst akademischen – Publizität des sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriffs mit dem Erscheinen von Goffmans Arbeit im Jahr 1963 rasch ändert, wie im Folgenden zu zeigen ist:

Die Rezeption von Goffmans ‚Stigma‘-Konzept und die Verbreitung des soziologischen Stigma-Begriffs in wissenschaftlichen Diskursen, 1963-2010

‚Stigma‘ war, wie die meisten Werke Goffmans, ein publizistischer Erfolg. Hierauf wurde von verschiedener Seite bereits mehrfach hingewiesen. Allein die deutschsprachige Übersetzung, erstmals 1967 und ab 1975 als Taschenbuch bei *subrkamp* erschienen, erlebte bislang schon mehr als 20 Auflagen. Aber wie erfolgreich war das sozialwissenschaftliche Konzept ‚Stigma‘ als solches ab dem Erscheinen von Goffmans Studie wirklich, und wann stellte sich der heute wahrnehmbare ‚Erfolg‘ – etwa im Sinne einer verbreiteten, nicht nur bei Fachleuten gegebenen Bekanntheit des Begriffs ein?

Hierzu kann eine bibliometrisch-quantitative Betrachtung erste, zwar grobe, aber doch aussagekräftige Hinweise liefern: Wird der – vornehmlich angloamerikanische Literatur berücksichtigende Social Science Citation Index als Grundlage herangezogen, ergibt sich bei Klassifikation nach Jahrzehnten folgendes, eindrucksvolles Bild:⁵⁷

Diagramm 1: Nachweise von sozialwissenschaftlichen Publikationen mit dem Titelbestandteil "Stigma" im Social Science Citation Index (SSCI)



57 Recherche und Berechnung des Verfassers des vorliegenden Beitrags auf Basis des SSCI. Im Internet: <http://ip-science.thomsonreuters.com/cgi-bin/jrnlst/jlsearch.cgi?PC=J> (30.06.2012). Im SSCI gelistete Publikationen, die sich gemäß ihrer disziplinären Verortung nicht auf den sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriff beziehen (z.B. botanische oder zoologische Veröffentlichungen) wurden bei der Zählung ausgeschieden.

Wie die Graphik zeigt, war in den 1960er Jahren selbst die akademische ‚Konjunktur‘ von ‚Stigma‘ – zumindest wenn man, wie der Verfasser, das Auftauchen des Ausdrucks als Titelbestandteil als geeigneten Indikator hierfür ansieht – noch eher bescheiden: Insgesamt erschienen von 1961 bis inklusive dem Jahr 1970 gerade einmal 38 im SSCI gelistete, sozialwissenschaftlich orientierte Publikationen, die dieses Kriterium erfüllen. Trotzdem zeigt sich aber mit dem Erscheinen von Goffmans Werk ein deutlicher ‚turning-point‘ in der Aufmerksamkeit der ‚scientific community‘ für das Thema, entfallen doch von besagten 38 Publikationen nur 4, Goffmans Buch mitgerechnet, auf die drei Jahre 1961-1963, dagegen 34 auf die restlichen sieben Jahre bis 1970. In den nachfolgenden Jahrzehnten gewinnt das Thema aber stetig weiter an Aufmerksamkeit bei (englischsprachigen) SozialwissenschaftlerInnen: 106 Veröffentlichungen mit ‚Stigma‘ im Titel verzeichnet der SSCI für das Jahrzehnt 1971-1980, 176 für den Zeitraum 1981-1990, und 318 für die Periode 1991-2000. Vollends ‚explodiert‘ die sozialwissenschaftliche Debatte zu ‚Stigma‘ aber (zumindest in quantitativer Hinsicht und den hier herangezogenen Daten zufolge) nach 2000: Mit 1429 (!) einschlägigen Veröffentlichungen (vornehmlich Zeitschriftenbeiträge, aber auch Monographien u.a.) verzeichnet der SSCI für die zehn Jahre von 2001 bis 2010 mehr als doppelt so viele sozialwissenschaftliche Publikationen mit ‚Stigma‘ als Titelbestandteil als für den gesamten restlichen Zeitraum von den 1950er Jahren bis 2000.

Dieser Befund ist jedenfalls bemerkenswert, auch wenn es im Hinblick auf die Aussagekraft des Zahlenmaterials naheliegt, auf die starke Zunahme der Anzahl jährlich – insgesamt und speziell in angloamerikanischer Sprache – produzierter (sozial-) wissenschaftlicher Publikationen überhaupt zu verweisen. Da es sich um mit Hilfe des SSCI erhobene Daten handelt, erschien für eine Prüfung der Fragestellung, inwieweit sich in ihnen bloß allgemeine Trends der akademischen Publikationsaktivitäten widerspiegeln, eine vergleichende Betrachtung der diachronen Entwicklung von Publikationszahlen zu anderen wichtigen sozialwissenschaftlichen Begriffen in derselben Datenbank besonders geeignet. Hierfür herangezogen wurden zwei weitere zentrale Begriffe der Soziologie und Sozialpsychologie mit engem Bezug zum Thema ‚Norm und Devianz‘, „*deviance*“ und „*stereotype*“, aber auch die beiden weiteren Fachtermini: „*charisma*“ und „*cohesion*“ sowie der sozialwissenschaftliche Grundbegriff „*organisation*“.⁵⁸ Für die Auswahl dieser Elemente der ‚Vergleichsgruppe‘ wurden neben ihrer erheblichen Relevanz in den fachwissenschaftlichen Diskursen drei weitere Kriterien herangezogen: eine gewisse Ausbreitung der Begriffsverwendung auch in außerwissenschaftliche Diskurszusammenhänge (journalistische, juristische, sozialpädagogische usw.), das Etabliert-Sein der jeweiligen Ausdrücke in der englischsprachigen Fachterminologie gegenüber etwaig existenten Synonymen, und schließlich eine weitgehende Ähnlichkeit des betreffenden Fachterminus in den einzelnen indoeuropäischen Sprachen (z.B. *stereotype* – *Stereotyp*). Die Ergebnisse der Datenbankrecherche im SSCI für die genannten Begriffe für den Zeitraum 1961-2010⁵⁹, wiederum bezogen auf Nennungen in den Titeln der Publikationen, seien hier tabellarisch zusammengefasst:

58 Dieses natürlich einschließlich der amerikanischen Schreibvariante „*organization*“.

59 Die Zahlen für im SSCI gelistete Publikationen der Jahre 1956-1960 sind ebenfalls vorhanden; diese Periode deckt aber noch kein ganzes Jahrzehnt ab, zudem sind die Zahlen, mit Ausnahme jener für ‚organisation‘, so niedrig, dass sie sich schlecht als Basis für die Berechnung prozentualer Steigerungen eignen; daher bleiben sie in der Tabelle ausgespart: Stigma: 2, Stereotype 16, Deviance: 3, Cohesion: 25, Charisma: 1; aber: Organisation: 1130 (!).

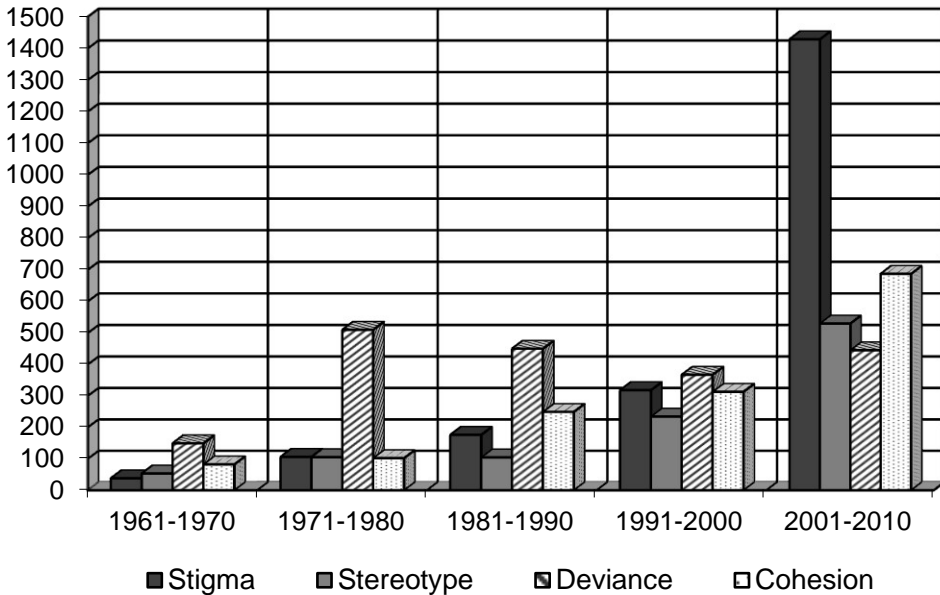
Tabelle 1: Quantifizierte ‚Karrieren‘ sozialwissenschaftlicher Begriffe im Vergleich – Nennungen ausgewählter Fachtermini als Titelbestandteile von Publikationen gemäß SSCI, 1961-2010

	Periode	Stigma	Stereo- type	Deviance	Cohesion	Charisma	Organisa- tion
		Absolute Zahlen					
1	1961-1970	38	53	149	82	40	3095
2	1971-1980	106	105	510	102	84	5373
3	1981-1990	176	104	450	249	116	5458
4	1991-2000	318	234	367	313	129	5047
5	2001-2010	1429	530	445	687	119	4735
		Veränderungen; Basis 1961-1970 = 100 %					
1	1961-1970	100	100	100	100	100	100
2	1971-1980	279	198	342	124	210	174
3	1981-1990	463	196	302	304	290	176
4	1991-2000	837	442	246	382	323	163
5	2001-2010	3761	1000	299	838	298	153

Der Vergleich zeigt: Zwar untermauern die Zahlen die allgemein bekannte Tatsache einer Multiplikation des (quantitativen) publizistischen outputs in den (Sozial-) Wissenschaften im Verlauf der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (zumal im anglophonen Segment) – deutliche Steigerungen lassen sich für alle ausgewählten Termini ersehen –, aber die Zuwachsraten gegenüber dem hier als Vergleichsbasis herangezogenen Jahrzehnt 1961-1970 stellen sich doch höchst unterschiedlich dar: ‚Charisma‘ und ‚Devianz‘ konnten ihre Auftretenshäufigkeiten als Titelbestandteile von da an bis ins erste Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts ‚nur‘ verdreifachen, aber selbst die an sich höchst imposanten Zunahmen der Titelverwendungen von ‚Stereotyp‘ und ‚Cohesion‘ auf ein 8- bzw. 10-faches des Ausgangswertes in derselben Zeitspanne nehmen sich gegenüber der ‚virusartigen‘ Verbreitung von (im Titel) Stigma-bezogenen Publikationen bescheiden aus, denn für diese ist ein Anstieg auf das 37-fache der Zahl von 1961-1970 festzustellen. Ein Blick auf die absoluten Zahlen zeigt zudem, dass es sich keineswegs um Verhältnisse handelt, die nur wegen der geringen Fallzahlen in manchen der betrachteten Kategorien so eindrucksvoll divergieren: ‚Stigma‘ und ‚Charisma‘ ‚starten‘ mit nahezu derselben erhobenen Häufigkeit von ca. 40 Veröffentlichungen in der 1. betrachteten Dekade, die Verbreitung im fachwissenschaftlichen Diskurs nach 2000 variiert aber zwischen 119 einerseits, und 1429 andererseits. Ähnlich geht ‚Stereotyp‘ mit etwas mehr als 50 im SSCI gelisteten Arbeiten für 1961-1970 ins Rennen, landet aber in der 5., rezenten Dekade deutlich abgeschlagen hinter ‚Stigma‘. Vollends überraschend aber die Entwicklung bei ‚Organisation‘ – hier sind zwar die absoluten Zahlen, wie wegen der starken Involvierung der Wirtschaftswissenschaften in den Gebrauch dieses Konzepts zu erwarten war, weitaus höher, die

Zunahmen im Zeitverlauf dagegen eher bescheiden (siehe Tabelle 1).⁶⁰ Außerdem ist für diesen Ausdruck ‚organisation‘ eine markante und stetige Abnahme der Häufigkeiten des Gebrauchs als Titelbestandteil ab den 1990er Jahren zu konstatieren. Analoges gilt, jedoch schon in den 1980ern einsetzend, und auf insgesamt weit niedrigerem Frequenzniveau, sonst nur für ‚deviance‘. Die bibliometrischen Auswertungen für diese anderen Begriffe zeigen also Kontraste gegenüber der quantifizierbaren Rezeption des sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriffs, wie sie deutlicher kaum sein könnten. Die entsprechenden Verhältnisse seien abschließend auch in einem Diagramm dargestellt – zur besseren Übersicht lediglich für die ersten vier der sechs angeführten Begriffe.

Diagramm 2: Die ‚Performance‘ von vier ausgewählten sozialwissenschaftlichen Begriffen gemäß Nennungen als Titelbestandteile im SSCI, 1961-2010



Wie schon gesagt, reflektiert der SSCI vornehmlich die Thematisierung in anglophonen Publikationen.⁶¹ Über die Relevanz eines Themas in den in deutscher und sonstigen europäischen Sprachen geführten sozial- und kulturwissenschaftlichen

⁶⁰ Beachtenswert erscheint, dass durch diese unterschiedlichen Verläufe bedingt, mittlerweile nur mehr etwa dreimal so viele im SSCI gelistete Publikationen ‚Organisation‘ im Titel thematisieren, als ‚Stigma‘, während dieses Verhältnis in den 1970er Jahren noch bei ca. 50:1 lag!

⁶¹ Vgl. Eric ARCHAMBAULT et al., Benchmarking scientific output in the social sciences and humanities: The limits of existing databases. In: *Scientometrics* 68/3 (2006) 329-342. Für die analoge, noch gravierendere ‚Schiefelage‘ beim natur-, technik- und biowissenschaftliche Publikationen enthaltenden Science Citation Index (SCI) vgl. Thed VAN LEEUWEN, Language biases in the coverage of the Science Citation Index and its consequences for international comparisons of national research performance. In: *Scientometrics* 51/1 (2001) 335-346.

Diskursen informieren andere Datenbanken sicherlich besser, wie etwa die Internationale Bibliographie der geistes- und sozialwissenschaftlichen Zeitschriftenliteratur (IBZ), die für den Zeitraum ab 1983 online zugänglich ist.⁶² Hier ergibt eine Suche nach ‚Stigma‘ als Schlagwort (ohne Einschränkung auf Titelbestandteile) folgendes Bild: 22 tatsächlich⁶³ den Kultur- und Sozialwissenschaften zuzuordnende Publikationen in den Jahren 1983-1990, 66 im Jahrzehnt von 1991 bis 2000, aber 272 im Dezennium 2001-2010. Es zeigt sich also ein den Ergebnissen der Recherche im SSCI analoges Bild: Wenige einschlägige Publikationen noch in den 1980er Jahren, aber eine massive Zunahme der Thematisierung insbesondere nach 2000. Der Tendenz nach dasselbe Ergebnis bringt eine Abfrage nach dem Stichwort ‚Stigma‘ in der primär deutschsprachige Publikationen erfassenden Datenbank WISO – Wirtschafts- und Sozialwissenschaften⁶⁴: Hier finden sich 0 Publikationen zu ‚Stigma‘ von 1951 bis 1960, 10 für 1961-1970, 31 für 1971-1980, je 67 für 1981-1990 und 1991-2000, aber 164 für das Jahrzehnt 2001-2010.

Soweit einige quantitative Befunde zur Verbreitung eines sozial- und kulturwissenschaftlichen Stigma-Begriffs seit dem Erscheinen von Goffmans gleichnamigem Werk. Angefügt seien an dieser Stelle aber auch einige Bemerkungen zur qualitativ-inhaltlichen Rezeption desselben. Diesbezüglich fällt anhand der durchgeführten Datenbankrecherchen zunächst auf, dass von den insgesamt in den 1960er Jahren ja noch recht spärlichen sozialwissenschaftlichen Publikationstiteln mit Stigma-Bezug ein erheblicher Teil Rezensionen von Goffmans Monographie sind.

Bereits 1964, ein Jahr nach dem Erscheinen derselben, wurden gemäß SSCI nicht weniger als vier Besprechungen von ‚Stigma‘ veröffentlicht, und diese zum Teil in sehr prominenten Organen der fachwissenschaftlichen Diskurse, wie der *„American Sociological Review“*. 1965 folgten drei weitere Rezensionen des Werkes, unter anderem im *„American Journal of Sociology“* und in der Zeitschrift *„Contemporary Psychology“*.⁶⁵ Man kann demnach jedenfalls von erheblicher fachwissenschaftlicher Aufmerksamkeit für Goffmans Werk unmittelbar nach dessen Erscheinen sprechen.

Dies obwohl, wie Klingmüller in seiner auch für die Frage der Rezeption von ‚Stigma‘ grundlegenden Dissertation bemerkt, die inhaltliche Aufnahme des Werkes in den betreffenden Rezensionen zunächst eher *„verhalten“* ist.⁶⁶ Teilweise wird dem Autor, wie schon bezüglich anderer seiner Werke, unzureichende empirische Fundierung seiner Aussagen vorgeworfen. Dies liegt zweifellos u.a. in Goffmans Darstellungsstil begründet, denn tatsächlich finden sich, obwohl seine größeren Arbeiten bekanntermaßen sowohl auf umfangreichen eigenen empirischen Studien als auch auf einer extensiven Auswertung vorhandener Forschungsliteratur beruhten, nur wenig explizite Referenzen auf selbst gewonnene *„Daten“* in seinen Werken, geschweige denn eine nähere Darstellung des Forschungsprozesses.⁶⁷ Die eingehende inhaltliche Analyse der Literatur zu ‚Stigma‘, die Klingmüller vorgenommen hat, zeigt denn auch, dass eine

62 <http://www.degruyter.com/databasecontent;jsessionid=021E5556E9C7959D76E704B7D43117EE?dbid=ibz&dbsource=%2Fdb%2Fibz> (20.07.2012). Diese umfasst allerdings deutlich weniger Titel als der SSCI.

63 Einträge, die sich auf den biologischen bzw. biomedizinischen Stigma-Begriff beziehen, wurden ausgeschlossen.

64 Im Internet: <http://www.wiso-net.de/webcgi?START=03A&SEITE=amedien.tin> (20.07.2012).

65 Vgl. hierzu im Detail: KLINGMÜLLER, Stigma‘ als Perspektive 135-137.

66 Ebd. 135.

67 Vgl. GOFFMAN, Stigma.

„ausführlichere Berücksichtigung von Goffmans Gedanken“ zum Phänomen ‚Stigma‘ auch im angloamerikanischen Raum – trotz des anfänglich großen Interesses, wie es die zahlreichen Rezensionen dokumentieren – erst in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre einsetzt:⁶⁸ 1978 erschien mit „*The Stigma of Poverty*“ von Chaim Waxman⁶⁹ eine erste englischsprachige Monographie, in welcher der Stigma-Begriff in einer umfassenderen Arbeit systematisch zur Analyse eines spezifischen sozialen Problems eingesetzt wird.⁷⁰ 1981 folgt sodann mit „*Stigma. A social psychological analysis*“ von Irvin Katz⁷¹ ein weiteres, insbesondere für die Rezeption und Weiterentwicklung des Goffman’schen Konzepts in den (sozial-)psychologischen Diskursen wichtiges monographisches Werk.⁷²

Ebenso 1981 erschien in Los Angeles ein erster, auf ein 1978 abgehaltenes Symposium zurückgehender Schwerpunktband einer wissenschaftlichen Zeitschrift zu ‚Stigma‘ – und zwar in dem Organ „*Social Science and Medicine*“. Darin sind die Bezugnahmen auf Goffman äußerst positiv, und sein Werk wird, wie auch schon bei Katz, bereits als „klassische Arbeit“ apostrophiert.⁷³ 1984 erschien in den USA sodann das erste Buch, welches sich auf Basis des Stigma-Konzepts ausschließlich mit der Lebenssituation behinderter Menschen befasste, „*Living with Stigma. The plight of the people who we label mentally retarded*“ von James Dudley.⁷⁴ Ebenso in den frühen 1980er Jahren begannen sich in den USA ganze Forschergruppen, vor allem aus dem Bereich Sozialpsychologie, mit der Stigma-Thematik zu befassen.⁷⁵

Zur selben Zeit – und das zeigt den internationalen, über den angloamerikanischen Sprachraum hinausreichenden Erfolg von Goffmans Arbeit – entwickelte sich auch im deutschsprachigen Raum eine intensivere Auseinandersetzung mit dem sozialwissenschaftlichen Stigma-Konzept:⁷⁶ Wie schon erwähnt, erschien die deutschsprachige Übersetzung von Frigga Haug erstmals 1967; ab 1975 war das Werk als Taschenbuch im *subrkamp* Verlag sehr gut verfügbar. Ebenfalls 1975 erschien ein erster, auf zwei Bände angelegter Sammelband auf Deutsch zum Thema, mit dem Titel „*Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess*“;⁷⁷ ein Jahr davor, 1974, war die erste einschlägige, im Original deutschsprachige Monographie erschienen: „*Stigma und Schule*“ von Hans Günther Homfeldt.⁷⁸ Sehr bald folgte die im deutschsprachigen Raum intensive Rezeption von Goffmans Konzept im Bereich der Sozialpädagogik und in der Forschung zur sozialen Lage von behinderten Menschen. Gerade in diesem Bereich wurde bereits ab der zweiten Hälfte der 1970er Jahre auch im deutschsprachigen Raum eine erhebliche Zahl an empirischen Untersuchungen durchgeführt. Genannt seien hier „*Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen*“ von Helmut von

68 Vgl. KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 137f.

69 Chaim WAXMAN, *The Stigma of Poverty* (New York 1978).

70 Vgl. KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 138-142.

71 Irvin KATZ, *Stigma. A social psychological analysis* (Hillsdale (NJ) 1981).

72 Vgl. KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 143-146.

73 Ebd. 147.

74 James DUDLEY, *Living with Stigma. The plight of the people who we label mentally retarded* (Springfield 1984). Vgl. hierzu KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 153-159.

75 Vgl. ebd. 160-178.

76 Vgl. zum Folgenden ausführlich: KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive 179-190.

77 Manfred BRUSTEN, Jürgen HOHMEIER (Hg.), *Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess* (Darmstadt 1975, 2 Bände).

78 Hans Günther HOMFELDT, *Stigma und Schule. Abweichendes Verhalten bei Lehrern und Schülern* (Düsseldorf 1974).

Bracken⁷⁹ und „*Stigma Dummheit. Bewältigungsargumentationen von Sonderschülern*“ von Wiebke Ammann und Helge Peters.⁸⁰ Eine erste umfassende Übersicht in deutscher Sprache zur bis dahin entstandenen Forschungsliteratur im Bereich Stigmatisierung von behinderten Menschen bot 1979 Günther Cloerkes mit dem Werk „*Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten*.“⁸¹ An dieser Stelle sei auch auf das hervorragende Einführungswerk desselben Autors zur „*Soziologie der Behinderten*“ insgesamt hingewiesen, das erstmalig 2001 im Druck erschienen ist.⁸²

In der deutschsprachigen Geschichtsforschung erscheint der sozialwissenschaftliche „*Stigma*“-Begriff publizistisch übrigens erstmals 1987 an prominenter Stelle, und zwar in der Studie „*Der Name als Stigma. Antisemitismus im deutschen Alltag 1812-1933*“.⁸³

Wie stellte sich eigentlich die Rezeption von ‚Stigma‘ in Österreich dar? Auch hierzu mögen einige bibliographische Daten von Interesse sein: Als erste in der Titelgebung auf das Stigma-Konzept bezogene, akademische Monographie hierzulande hat – nach derzeitigem Wissensstand des Verfassers des vorliegenden Beitrags – die an der Universität Wien 1982 approbierte und 1985 bei Böhlau erschienene kommunikationswissenschaftliche Dissertation von Helga Seitz zu gelten: „*Was bedeutet ‚Ver-rückt-sein‘ in den Massenmedien: Devianz oder unauslöschliches Stigma?*“.⁸⁴ Allerdings dürfte sich die Verfasserin, wie schon die diesbezüglich inadäquate Formulierung des Titels zeigt, mit dem Stigma-Konzept Goffmans nicht näher auseinandergesetzt haben.⁸⁵

So hat als erste seriöse Auseinandersetzung mit dem sozialwissenschaftlichen Stigma-Konzept in Österreich – und dies scheint mir ein Spezifikum zu sein – bemerkenswerterweise nicht eine wissenschaftliche, sondern eine künstlerische Arbeit zu gelten, nämlich das Drama „*Stigma. Eine Passion*“ von Felix Mitterer, das gleichfalls im Jahr 1982 erstmalig ‚publiziert‘ wurde, und zwar als Uraufführung in Telfs in Tirol.⁸⁶

79 Helmut von BRACKEN, Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen. (Berlin 1976).

80 Wiebke AMMANN, Helge PETERS, Stigma Dummheit. Bewältigungsargumentationen von Sonderschülern (Rheinsetten 1981).

81 Günther CLOERKES, Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten. Eine kritische Bestandsaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung (Berlin 1979).

82 Günther CLOERKES, Soziologie der Behinderten. Eine Einführung (Heidelberg 2001; mittlerweile 3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2007). Dem Thema Stigma ist darin ein Kapitel gewidmet: Ebd. 159-206.

83 Dietz BERING, Der Name als Stigma. Antisemitismus im deutschen Alltag 1812-1933 (Stuttgart 1987). Für die deutschsprachige Mittelalter- und Frühneuzeitforschung als früher einschlägiger Beitrag genannt sei: Robert JÜTTE, Stigma-Symbole. Kleidung als identitätsstiftendes Merkmal bei spätmittelalterlichen und frühneuzeitlichen Randgruppen (Juden, Dirnen, Aussätzige, Bettler). In: Saeculum. Jahrbuch für Universalgeschichte 44 (1993) 65-89.

84 Helga SEITZ, Was bedeutet ‚Ver-rückt-sein‘ in den Massenmedien: Devianz oder unauslöschliches Stigma. Eine empirische Untersuchung der Berichterstattung über ‚abnorme Rechtsbrecher‘ in den Wiener Tageszeitungen (Schriftenreihe für angewandte Kommunikationsforschung 8, Wien, Köln, Graz 1985).

85 Der für diese empirischen Untersuchung zentrale analytische Begriff ist denn auch ‚Vorurteil‘. Goffmans ‚Stigma‘ (oder auch irgendein anderes Werk, das sich mit diesem Konzept eingehend auseinandersetzen würde) wird im Text nicht erörtert und erscheint nicht einmal im Literaturverzeichnis. Vgl. zur Arbeit von Seitz auch: Hans WULFF, Rezension zu: Was bedeutet ‚Verrückt-sein‘ in den Massenmedien: Devianz oder unauslöschliches Stigma. In: Medienwissenschaft 3/3 (1986) 307f. Im Internet: <http://www.derwulff.de/files/8-4.pdf>.

86 Der Text ist verfügbar in: Felix MITTERER, Stücke I (Wien 1992), erschien erstmalig aber bereits 1983 im Druck als: Felix MITTERER, Stigma. Eine Passion (Feldafing 1983).

Da das Stück – den traditionellen, religiösen Gehalt des Begriffs ‚Stigma‘ mit dem neuen, soziologischen bewusst verquickend – die bedrückende Lebensgeschichte einer in der männlich dominierten, dörflichen Tiroler Gesellschaft des 19. Jahrhunderts ausgegrenzten, vergewaltigten und ledig schwanger gewordenen Magd erzählt, führte es – wie könnte es anders sein? – zu einem veritablen medialen Skandal, der in diesem Fall sogar schon vor der Uraufführung einsetzte, und in Bomben- und Klagsdrohungen gipfelte.⁸⁷ Eine eingehendere Rezeption von Goffmans Stigma-Konzept in den österreichischen Sozialwissenschaften setzte dagegen offenbar erst in den 1990er Jahren ein. Bemerkenswerterweise finden sich bibliographisch fassbare Niederschläge zunächst vor allem in Gestalt von Diplomarbeiten an den Universitäten Graz, Salzburg und – vor allem – Innsbruck.⁸⁸ Dagegen liegen für Österreich bis zur Jahrtausendwende kaum Publikationen von etablierten Forscherinnen und Forschern vor, welche – nach dem Kriterium der Aufnahme des Begriffes in den jeweiligen Titel – auf ‚Stigma‘ fokussieren würden. Die wenigen bis zum Jahr 2000 überhaupt bibliographisch fassbaren, in akademischen Organen erschienenen Publikationen österreichischer Provenienz, die den Stigma-Begriff ins Zentrum ihrer Analysen rücken, entstammen bemerkenswerterweise den historischen Disziplinen⁸⁹ sowie sozialpsychiatrisch-sozialpsychologischen Forschungszusammenhängen.⁹⁰

Nach 2000 ändert sich dieses Bild einer auf wenige Ausnahmen, besonders im wissenschaftlichen ‚Nachwuchs‘, beschränkten Rezeption in Österreich bis zu einem gewissen Grad: Neben einigen weiteren Diplomarbeiten und Dissertationen zur Stigma-Konzeption an österreichischen Universitäten⁹¹ sowie Qualifikationsschriften

87 Vgl. hierzu die hervorragende Übersicht und Analyse der Reaktionen auf Mitterers Drama ‚Stigma‘ in: Linda MÜLLER, *Großes Theater ums Volkstheater. Überlegungen zu Felix Mitterers ‚Stigma‘ und zur Mitterer-Rezeption*. Online-Publikation auf www.literaturkritik.at (2011). Im Internet: <http://www.uibk.ac.at/literaturkritik/zeitschrift/935770.html> (30.07.2012).

88 Manuela KREINDL, *Stigma ‚Dichtung‘ oder: ‚eines bettlers sternenaussatz‘: Versuch einer Monographie über den Lyriker Hermann Joseph Kopf (1929-1979)* (Diplomarbeit, Universität Graz 1992); Hans-Jörg HOFER, *Stigma und Homosexualität. Über die Problematik der Unterstellung des vollkommenen Andersseins* (Diplomarbeit, Universität Innsbruck 1994); Angelika BÖHM, *Das Stigma ‚Krank sein‘* (Diplomarbeit, Universität Innsbruck 1994); Gustav LAHNER, *Internatskinder – ein soziales Stigma für Problemfamilien? Eine sozialpsychologische Untersuchung der diesbezüglichen institutionellen und familialen Rahmenbedingungen* (Diplomarbeit, Universität Salzburg 1995); Martin JENEWEIN, *Stigma-Management. Fallstudien zur biographischen Identität von ehemaligen Sonderschülern* (Diplomarbeit, Universität Innsbruck 1997); Yvette HORVATH, *Motorradfahrer zwischen Stigma und Akzeptanz* (Diplomarbeit, Universität Wien 1997). Eine weitere – in diesem Fall medizinische – Dissertation mit Fokus auf das Thema ‚Stigma‘ wurde in Österreich erst wieder im Jahr 2000 verfasst: Marion FREIDL, *Das Stigma der psychischen Krankheit aus der Sicht der Betroffenen* (Dissertation, Universität Wien 2000).

89 Albert MÜLLER, *Stigma und Stigmatisierungstechniken im Spätmittelalter. Zur symbolischen Bekämpfung aufständischer Untertanen am Beispiel Michel Beheims ‚Buch von den Wienern‘*. In: Gertrud BLASCHITZ et al. (Hg.), *Symbole des Alltags, Alltag der Symbole. Festschrift für Harry Kühnel zum 65. Geburtstag* (Graz 1992) 323-347; Klaus HÖDL, *Der jüdische Körper als Stigma*. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 2 (1997) 212-230.

90 Franz RESCH, *Stigma, Minderwertigkeitsgefühl und soziale Ängste bei Kindern und Jugendlichen*. In: Heinz KATSCHNIG et al. (Hg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird. Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (Wien 1998) 81-93.

91 Jochen KUGLER, *Katharina MIKO, Vom Stigma zur Hype: Ästhetisierung stigmatisierter Gruppen in der Werbung am Beispiel Homosexueller* (Dissertation, Universität Wien 2001); Michaela-Elena SEYRINGER, *Stigma-Bewältigungsmechanismen bei Patienten mit Schizophrenie* (Dissertation Universität Wien 2004), Evelin MUCHAR, *Die Depression und ihr Stigma in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen: eine qualitative Studie* (Diplomarbeit, Universität Klagenfurt 2005), Elisabeth

am Institut für Höhere Studien in Wien, die sich mit quantifizierenden Zugängen dem Phänomen nähern,⁹² publizierte insbesondere der Leiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Sozialpsychiatrie in Wien, Heinz Katschnig, mehrere Zeitschriften- und Sammelband-Beiträge zum Thema ‚Stigma‘,⁹³ die Zeitschrift „*Neuropsychiatrie*“, das offizielle Organ der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, veröffentlichte 2002 eine Schwerpunktnummer mit dem Titel „*Es ist leichter, ein Atom zu zerstören, als ein Vorurteil*“ – das Stigma psychisch Kranker,⁹⁴ und die österreichische ‚Armutskonferenz‘ edierte im Jahr 2008 einen Sammelband mit dem Titel „*Schande Armut. Stigmatisierung und Beschämung*.“⁹⁵ Im selben Jahr wurden Ergebnisse der empirischen Untersuchung eines österreichischen Soziologen publiziert, die sich mit Stigmatisierung im Reality-TV befasste,⁹⁶ und 2009 erschien in der Zeitschrift „*Psychiatrische Praxis*“ ein wissenschaftlicher Evaluationsbericht von Alfred Grausgruber et al. über die erste, 2000-2002 durchgeführte österreichweite Anti-Stigma-Kampagne betreffend Schizophrenie.⁹⁷

Der oberösterreichische Soziologe Grausgruber ist auch als Verfasser eines einschlägigen Beitrags in dem 2005 erschienenen, wichtigen Sammelband „*Stigma-Diskriminierung-Bewältigung*“ zu nennen.⁹⁸ Die erste Beitragspublikation in der Österreichischen Zeitschrift für Soziologie, der den Ausdruck ‚Stigma‘ im Titel führt – und einen theoretisch-konzeptuellen Beitrag darstellt – stammt freilich aus dem Jahr 2011, und ist von einer deutschen Soziologin und Proponentin der disability studies, Anne Waldschmidt, verfasst: „*Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu*“.⁹⁹

Diese knappe bibliographische Übersicht zur österreichischen Forschungslage in Bezug auf „*Stigma*“ kann so zweifellos mit dem Resümee enden, dass ungeachtet

WOROFKA, Heimkinderkarrieren – ein Stigma für das Leben? Psychologische Hintergründe und Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus Heiminstituten (Diplomarbeit, Universität Klagenfurt 2006); Gudrun PRIESTER, Der Skandal um Felix Mittereres [sic] ‚Stigma‘: Eine Analyse der Medienmechanismen (Diplomarbeit, Universität Innsbruck 2006).

92 Lawrence BLUME, Stigma and social control (Abschlussarbeit am Institut für Höhere Studien, Wien 2002); Oded STARK, Simon FAN, A theory of migration as a response to occupational stigma (Abschlussarbeit am Institut für Höhere Studien, Wien 2010).

93 Heinz KATSCHNIG, Stigmarelevante historische Wurzeln des Schizophreniekonzepts. in Kraepfins, Bleulers und Schneiders Werk. In: *Psychiatria danubina* 13, Suppl. 1 (2001) 5-16 (wiederveröffentlicht in: *Neuropsychiatrie* 16/1-2 (2002) 11-19; Heinz KATSCHNIG, Stimmenhören, Stigma und Schizophrenie. Stigmarelevante historische Wurzeln des Schizophreniekonzepts. In: Heinz KATSCHNIG, Michaela AMERING (Hg.), *Stimmenhören. Medizinische, psychologische und anthropologische Aspekte* (Wien 2005) 131-146.

94 *Neuropsychiatrie* 16/1-2 (2002). Darin 6 „Übersichtsarbeiten“ und 8 Originalarbeiten zum Thema, nebst kürzeren Kommentaren und einschlägigen Rezensionen.

95 Die Armutskonferenz. Österreichisches Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung (Hg.), *Schande Armut. Stigmatisierung und Beschämung. Dokumentation der 7. Armutskonferenz*, 4.+5. März 2008. Broschüre und Onlinepublikation (2008). Im Internet: <http://neu.armutskonferenz.at/images/Dokumentationen/ak7-low.pdf>

96 Fritz BETZ, Stigma und Produktivität. Zur Darstellung von körperlicher Behinderung im Reality-TV. In: Manfred FÜLLSACK (Hg.), *Verwerfungen moderner Arbeit. Zum Formwandel des Produktiven* (Bielefeld 2008) 99-104.

97 Alfred GRAUSGRUBER et al., „*Schizophrenie hat viele Gesichter*“ – Evaluierung der österreichischen Anti-Stigma-Kampagne 2000-2002. In: *Psychiatrische Praxis* 2009/36 (2009) 327-333.

98 GRAUSGRUBER, Formen und Entstehungsmodelle.

99 Anne WALDSCHMIDT, Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 36/4 (2011) 89-106.

wertvoller vorliegender Forschungsergebnisse noch reichlich einschlägige Forschungsgegenstände auf ihre Bearbeitung für die spezifisch österreichischen gesellschaftlichen (rechtlichen, politischen und ökonomischen) Kontexte warten ...

Resümee und Ausblick

Im vorliegenden Beitrag wurde, mit einigen spezifischen Schwerpunkten, der Entstehungs- und Wirkungsgeschichte des sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriffes nachgegangen. Einleitend wurde auf das für ‚erfolgreiche‘ sozialwissenschaftliche Begriffe nicht untypische Schicksal der ‚*obliteration by incorporation*‘ hingewiesen, welches die spezifischen konzeptuellen Gehalte fachwissenschaftlicher Termini ebenso wie ihre jeweiligen Urheber gerade bei breitem Eingang in öffentliche Diskurse in Vergessenheit geraten lässt. Im Anschluss wurde eine Skizze der ‚Vorgeschichte‘ des sozialwissenschaftlichen Stigma-Begriffs gegeben, um die traditionellen Verwendungsweisen dieses Ausdrucks darzulegen, auf deren Grundlage im 20. Jahrhundert das soziologische Stigma-Konzept entstand. Erwähnenswert scheint an dieser Stelle insbesondere die Verbreitung des Ausdrucks für ‚Zeichen degenerativer Erkrankung‘ im biologisch-medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts, ein Phänomen, das in den bisherigen begriffshistorischen Abrissen zu ‚Stigma‘ meist nur am Rande oder gar nicht behandelt wird. Eine sozialwissenschaftliche Bedeutung des Ausdrucks etablierte sich demgegenüber erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Der nachfolgende Abschnitt stellte die zentralen Gehalte des Goffman’schen Stigma-Konzepts vor: Ein ‚Stigma‘ in diesem Sinn ist eine aus der Perspektive des Wahrnehmenden ungewöhnliche und negativ gewertete Eigenschaft eines Menschen, welche die Beurteilung seiner gesamten Person ungünstig beeinflusst.¹⁰⁰ Stigmata können sich nach ihrer Art und Wahrnehmbarkeit voneinander stark unterscheiden und führen häufig zu Diskriminierungen durch die ‚Normalen‘, die (in der jeweiligen sozialen Situation) Nicht-Stigmatisierten. Stigmen können sich zu einem ‚master status‘ der Betroffenen auswachsen, also ihre gesamte soziale Existenz prägen; umgekehrt führen sie bei den Betroffenen zu Gegenreaktionen, zu Phänomenen, die Goffman als Stigma-Management bzw. Stigma-Bewältigung bezeichnet.

Nach diesen Darlegungen folgt eine Übersicht über die Quellen, aus denen Goffman selbst für seine Studie schöpfen konnte: Vor allem waren dies sozialpsychologische Studien zu ‚Vorurteil‘ und ‚Stereotyp‘; auch der Ausdruck ‚Stigma‘ lässt sich aber in einzelnen soziologischen und psychologischen Forschungsarbeiten amerikanischer Provenienz ab der Mitte der 1950er Jahre in einer entsprechenden Verwendung auffinden. Dennoch war es Goffmans gleichnamiges Werk, in dem ein sozialwissenschaftlicher Stigma-Begriff erstmals systematisch elaboriert wurde. Auf Goffman geht letztlich auch die ‚Popularisierung‘ des interaktionsbezogenen Stigma-Konzepts zurück, indem dasselbe durch sein Werk zunächst in die wissenschaftliche Fachsprache mehrerer Disziplinen eindrang – zu nennen sind vor allem Soziologie, Psychologie, Sozialpsychologie, Sozialmedizin, Sozialpädagogik und Soziale Arbeit –, und sich von da aus weiterverbreitete.

100 Vgl. die Definition von Hillmann: „*Stigma* (Lat. = Brand-, Schandmal), *physisches, psychisches oder soziales Merkmal, durch das eine Person sich von allen übrigen [hier stünde wohl besser: der Mehrheit der] Mitgliedern einer Gruppe (oder der Gesellschaft) negativ unterscheidet und aufgrund dessen ihr soziale Deklassierung, Isolation oder sogar allgemeine Verachtung droht (Stigmatisierung).*“ HILLMANN, Wörterbuch der Soziologie 864.

Der zeitliche Zusammenhang der Verbreitung des soziologischen Stigma-Begriffs mit Goffmans Werk lässt sich hierbei insbesondere auch durch ‚bibliometrische‘ Analysen demonstrieren, die im vorliegenden Beitrag auf Basis des SSCI sowie weiterer, den kontinentaleuropäischen bzw. deutschsprachigen Raum stärker berücksichtigender Datenbanken vorgenommen wurden. Diese Auswertungen können zudem den wissenschaftsinternen Erfolg des Stigma-Konzepts gut illustrieren, indem die Zunahme der Häufigkeit des Auftretens des Begriffes ‚Stigma‘ in einschlägigen Publikationstiteln mit den Veränderungen der Frequenzen anderer Fachtermini als Titelbestandteile verglichen wird: Im SSCI finden sich bei einer Suche nach ‚Charisma‘ und ‚Stigma‘¹⁰¹ als Titelbestandteil für den Zeitraum von 1961 bis 1970 jeweils nur etwa 40 Publikationen angeführt, im Dezennium 2001 bis 2010 sind es für ‚Charisma‘ knapp 120, für ‚Stigma‘ dagegen mehr als 1400! Und selbst solche ‚terminologischen Schwergewichte‘ wie ‚organisation‘, die in absoluten Zahlen gesehen naturgemäß deutlich häufiger wissenschaftlich thematisiert werden, zeigen, betrachtet man die Zuwachsraten als solche, bei weitem nicht eine derart stürmische ‚Konjunktur‘: In der Periode 1961-1970 erschienen, was die im SSCI gelisteten Beiträge angeht, im Vergleich zur Häufigkeit von ‚Stigma‘ etwa 80mal (!) so viele Veröffentlichungen mit ‚Organisation‘ als Teil des Titels; bis zum ersten Dezennium des 21. Jahrhunderts hat sich das Verhältnis auf ca. 1:3,3 (immer noch zugunsten von ‚Organisation‘) verändert. Auf der qualitativ-inhaltlichen Ebene wurde sodann zuerst eine knappe, zusammenfassende Übersicht zur Rezeption in der frühen englisch- und deutschsprachigen Forschungsliteratur gegeben,¹⁰² und danach die spezielle Frage nach der Rezeption von ‚Stigma‘ in der österreichischen ‚Forschungslandschaft‘ gestellt. Hierbei ergaben die Recherchen das Fehlen einer sich in einschlägigen Titeln niederschlagenden, *fokussierten* Auseinandersetzung mit Goffmans gleichnamigem Werk bzw. dem interaktionsbezogenen Stigma-Begriff in den 1970er und 1980er Jahren. Um Missverständnissen vorzubeugen: Damit soll keineswegs gesagt sein, dass die in Österreich arbeitenden Soziologen, Psychologen usw. das Werk nicht zur Kenntnis genommen hätten – was auch nicht anzunehmen ist. Auf Basis der bibliographischen Recherche ist bloß feststellbar, dass hieraus keine weiteren Publikationen resultierten, in welchen das ‚Stigma‘-Konzept eine solche Rolle gespielt hätte, dass es als Bestandteil in den Titel eingegangen wäre. Erst in den 1990er und 2000er Jahren entsteht hierzulande in mehreren Disziplinen – insbesondere aber im Kontext sozial-psychiatrischer Forschungen – eine lebhaftere einschlägige Publikationstätigkeit.

Ein weiterer, im Vorangegangenen noch nicht behandelter Aspekt der Wirkungsgeschichte von Goffmans Werk – der gesellschaftlich zweifellos wichtigste, welcher aber schon aus Platzgründen im vorliegenden Beitrag nicht mehr behandelt werden konnte, sei hier zumindest kurz angesprochen: Seit den 1990er Jahren hat sich ‚Stigma‘ als Terminus – international gesehen – auch im öffentlichen und pragmatisch orientierten Diskurs über marginalisierte Menschen und Menschengruppen etabliert, also sich aus dem ‚diskursiven Ghetto‘ der wissenschaftlichen Publikationssphäre befreit. Google liefert derzeit (Mitte 2012) ca. 185.000 Treffer für den Suchbegriff „*Anti-Stigma*“, der im Allgemeinen auf praxisorientierte Initiativen zur Inklusion gesellschaftlicher

101 Vgl. zur Relation der beiden Begriffe: Wolfgang LIPP, *Stigma und Charisma. Über soziales Grenzverhalten* (Schriften zur Kulturosoziologie 1, Berlin 1985).

102 Hierfür konnten insbesondere die akribischen Recherchen der bis heute nur als Typoskript vorhandenen Dissertation von Bernhard Klingmüller als Grundlage herangezogen werden. Vgl. KLINGMÜLLER, ‚Stigma‘ als Perspektive.

‚Randgruppen‘ referenziert; sucht man nur in deutschsprachigen Websites, sind es mehr als 7.000 und für in Österreich basierte Seiten zeigt die beliebte Suchmaschine immerhin etwa 1.300 Treffer, darunter die Seite www.antistigma.at der steirischen „Plattform Psyche“, die neben seriösen und zugleich prägnanten Online-Informationen über psychische Erkrankungen u.a. Anti-Stigma-workshops für Schulen anbietet.

Abschließend sei auch noch auf einen Umstand hingewiesen, der für die in der Tat ungewöhnliche ‚Erfolgsgeschichte‘ von Erving Goffmans ‚Stigma‘-Konzept in- und außerhalb des wissenschaftlichen Feldes wesentlich mitverantwortlich sein dürfte: Goffmans gleichnamiges Werk hat neben seinen analytischen und deskriptiven Meriten einen enorm appellativen Charakter – und dies, ohne dabei unangenehm ‚moralinsauer‘ zu wirken. Dies gelang dem Autor vor allem mittels seines lakonischen und sarkastischen Stils.¹⁰³ Hierzu ein markantes Beispiel:

„Während [...] einige dieser Normen, wie zum Beispiel Selbvermögen [...], mit vollständiger Adäquanz von den meisten Personen in der Gesellschaft gemeinhin aufrechterhalten werden können, gibt es andere Normen, wie zum Beispiel jene, die mit physischer Schönheit assoziiert sind, die die Form von Idealen annehmen und Standards konstituieren, hinter denen fast jeder in irgendeinem Abschnitt seines Lebens zurückbleibt. Und selbst da, wo es um weithin erreichte Normen geht, hat ihre Vielheit den Effekt, viele Personen zu disqualifizieren. Zum Beispiel gibt es in einem gewichtigen Sinn nur ein [Hv. im Orig.] vollständig ungeniertes und akzeptables männliches Wesen in Amerika: ein junger, verheirateter, weißer, städtischer, nordstaatlicher, heterosexueller, protestantischer Vater mit Collegebildung, voll beschäftigt, von gutem Aussehen, normal in Gewicht und Größe und mit Erfolgen im Sport. Jeder amerikanische Mann tendiert dahin, aus dieser Perspektive auf die Welt zu sehen [...]. Jeder Mann, der in irgendeinem dieser Punkte versagt, neigt dazu, sich – wenigstens augenblicksweise – für unwert, unvollkommen und inferior zu halten.“¹⁰⁴

Auch für die Kommunikation der Anliegen der verschiedenen Anti-Stigma-Initiativen, welche der gesellschaftlichen Exklusion Marginalisierter entgegenzuwirken bestrebt sind, kann Goffmans Oeuvre in manchem zweifellos als Vorbild wirken: Kaum ein Phänomen des sozialen Lebens hat so vehement subversives Potential und ist geeignet, emotionalen Konsens (und mittelbar Handlungsbereitschaft) herzustellen, wie Humor.

Information zum Autor

Carlos Watzka, geb. 1975. Studium der Soziologie und Geschichte an der Karl-Franzens-Universität Graz, Doktoratsstudium der Sozialwissenschaften ebendort. Promotion 2004, Habilitation für das Fach ‚Soziologie‘ 2008. Derzeit Professor für Soziologie und Empirische Sozialforschung an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Forschungsschwerpunkte: Medizin- und Gesundheitssoziologie und -geschichte, Soziale Ungleichheit, Historische Soziologie, Sozial- und Kulturgeschichte. Kontakt: carlos.watzka@uni-graz.at

103 Vgl. bezogen auf Goffmans weiteren ‚devianzsoziologischen‘ Klassiker ‚Asyle‘: Gary A. FINE, Daniel D. MARTIN, A partisan view. Sacram, satire and irony as voices in Erving Goffman’s Asylums. In: *Journal of Contemporary Ethnography* 19/1 (1990) 89-115. Vgl. auch: Raymond WEINSTEIN, Goffman’s Asylums and the total institution model of mental hospitals. In: *Psychiatry. Interpersonal and biological processes* 57 (1994) 348-367. Vgl. Carlos WATZKA, Zur Interdependenz von Personal und Insassen in ‚Totalen Institutionen‘. Probleme und Potentiale von Erving Goffmans ‚Asyle‘. In: Falk BRETSCHEIDER, Martin SCHEUTZ, Alfred Stefan WEISS (Hg.), *Personal und Insassen von ‚Totalen Institutionen‘ – zwischen Konfrontation und Verflechtung (= Geschlossene Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung* 3, Leipzig 2011) 24-53, bes. 46-49.

104 GOFFMAN, *Stigma* 158.

Irmtraut Sahmland

Leben mit geistiger Behinderung in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts

English Title

Living with mental disability in the second half of the 18th century

Summary

This study deals with mentally disabled persons, their perspectives of life and how rural communities treated them in the second half of the 18th century. For that purpose several records, especially supplications for admission to Haina, one of the Hessian High Hospitals, were analysed.

The first problem to solve was to find out how mental deficiency was defined in the 18th century and to select mentally disabled persons from a variety of persons with similar diagnosis and descriptions. At least 32 cases could be identified out of 91 requests for reception.

The documents show rather complex situations. These children and adults were actually seen as ill people and in several cases medical help was requested. Furthermore, parents tried to get their disabled children instructed in fundamental skills as well as in Christian morality, which was required to be integrated into the Christian Community. Although these ambitions were more or less successful, mentally disabled persons were not excluded from the community. They moved freely and the villagers kept an eye on them to prevent accidents and harms; being unable to work they looked for support by begging. Obviously there was a broad range of tolerance, which allowed their integration with common agreement.

There were typical times when relatives asked for admission of mentally ill persons to the hospital that depended on the dynamic process of change of lifetime. When children grew up and gained physical strength, their parents grew older, lost their strength and the capability to care for their grown-up children and to keep them within the given range of tolerance. The social networks mentally disabled persons depended on became fragile and more ineffective, and in many cases this change marked the time to look for future maintenance and supply.

Keywords

18th century, Hessian High Hospitals, mentally disabled persons, rural society, coping, source-based analysis

Einleitung

Der Beitrag will sich Fragen geistiger Behinderung in der Zeit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts annähern. Wie der Titel bereits verdeutlicht, sind dabei etwaige Deutungen des Phänomens geistiger Behinderung innerhalb zeitgenössischer medizinischer Konzepte nicht das primäre Interesse,¹ vielmehr soll ein sozialhistorischer bzw. patientenorientierter Ansatz verfolgt werden, der das Leben mit geistiger Behinderung in doppelter Weise in den Blick nimmt: Einerseits soll untersucht werden, welche Chancen und Optionen Menschen hatten, die Träger dieses Handicaps waren, andererseits soll danach gefragt werden, wie das soziale Umfeld mit diesen Personen umging. Spezifische Zugangsmöglichkeiten zu diesem Problemfeld bieten die Archivalien der Hohen Hospitäler in Hessen, insbesondere die Unterlagen, die im Zusammenhang mit einem Aufnahmeantrag zusammengestellt wurden.²

Der Weg zur Fragestellung: die Quellen

Die Hohen Hospitäler sind eine Stiftung des hessischen Landgrafen Philipp und datieren aus der Zeit zwischen 1533 und 1542. Mit Einführung der Reformation und Auflassung der bestehenden Klöster wurden in drei Klosteranlagen und einer Pfarrei insgesamt vier Hospitäler eingerichtet und mit dem Klostervermögen finanziell ausgestattet. Dieses Stiftungswerk implementierte in jedem der vier Landesteile ein Element stationärer sozialer Fürsorge, das komplementär zu den bestehenden Bürgerspitälern speziell für den Bedarf der Landbevölkerung ausgelegt war. Indem der Landgraf sich ideell in die Tradition der in Hessen sehr präsenten Heiligen Elisabeth stellte, sich als Protestant jedoch nicht auf Elisabeth als Heilige, sondern als Königin, Landgräfin von Thüringen und Begründerin der hessischen Landgrafenlinie berief, sollte eine Versorgung hilfsbedürftiger Untertanen in landesherrlicher Verantwortung dauerhaft gewährleistet werden, und sie wurde zudem auch testamentarisch abgesichert. Bis auf eines – es wurde im 30jährigen Krieg zu sehr zerstört – entwickelten die übrigen drei Hospitäler (Haina, Merxhausen und Hofheim) tatsächlich eine ungebrochene Tradition. Von ihrer ursprünglich multifunktionellen Ausrichtung entwickelten sie sich seit dem späteren 18. Jahrhundert zunehmend zu Irrenanstalten, im 19. Jahrhundert waren sie Landesheil- und Pflegeanstalten; heute sind sie Zentren für soziale Psychiatrie in der Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf das Hospital in Kloster Haina in der Nähe von Marburg. Haina war bis 1810 die Verwaltungszentrale dieses Hospitalverbundes (Samtverwaltung) und hatte selbst zugleich die größten Kapazitäten. Es war ein Männerhospital mit einer Belegung von 380 Hospitaliten zu Ende des 18. Jahrhunderts.³

1 Vgl. dazu Friedrich HAUSS, *Von der Zwangsjacke zur Fördergruppe: Geistig Behinderte in der Geschichte der Psychiatrie* (Marburger Schriften zur Medizingeschichte 24, Frankfurt/M. 1989) 19-25.

2 Die Studie steht im Zusammenhang des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projektes „*Krankheit im Dorf – ‚Patienten‘- und Sozialgeschichte im Umfeld der hessischen Hohen Hospitäler Haina und Merxhausen (1730-1810)*“.

3 Präzise Aufstellungen über die aktuellen Belegungszahlen finden sich jeweils in den Jahresrechnungen; Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV-Archiv), Best. 13: Haina. Im Frauenhospital Merxhausen bei Kassel wurden zur gleichen Zeit etwa 180 Personen verpflegt; Hessisches Staatsarchiv Marburg (HStAM), Best. B 229: Merxhausen. Im Hospital Hofheim bei Darmstadt wurden sowohl Männer als auch Frauen aufgenommen; 1786 weist die Aufstellung dort 107 Personen aus; LWV-Archiv, Best. 13, ungeordnet. Zur Geschichte der hessischen Hohen Hospitäler vgl. Walter HEINE-

Um in eines dieser Hospitäler aufgenommen zu werden, musste ein förmliches Aufnahmeverfahren angestrengt werden. Die nötigen Unterlagen bestanden neben der Supplikation in einem Auszug aus dem Kirchenbuch oder Taufregister, wobei der Pfarrer in vielen Fällen ein ergänzendes Votum aus seiner Perspektive anfügte, war die betreffende Person doch in der Regel Mitglied seiner Kirchengemeinde. Ferner war eine Stellungnahme der örtlichen Verwaltung, des Ortsvorstehers oder Amtmannes erforderlich, in der er Auskunft über die Familien- und vor allem die Vermögensverhältnisse geben sollte. Ab 1728 wurde außerdem ein medizinisches Gutachten verlangt. Dieses hatte der *Physicus* auszufertigen, der als Vertreter des Gesundheitswesens hinzugezogen wurde, denn er war nur in seltenen Fällen behandelnder Arzt des Kranken. Durch diese offiziellen Voten des Ortsvorstehers, des Pfarrers und des *Physicus* sollten verlässliche und wahrheitsgetreue Angaben gewährleistet sein; Gefälligkeitsgutachten konnten geahndet werden, denn immerhin wurde mit der Aufnahme in das Hospital die Zusicherung einer prinzipiell lebenslangen Versorgung ausgesprochen.⁴ Der Bewilligungsbescheid erging in Form eines landgräflichen Reskriptes. Es wurde entweder ein Hospitalsplatz *extra ordinem*, also zum sofortigen Eintritt bereitgestellt, oder er wurde *secundum ordinem* in Aussicht gestellt, der Kandidat also einstweilen auf die Warteliste gesetzt. Einschränkend ist zu sagen, dass die serielle Quelle der Aufnahmeanträge nur die erfolgreichen Gesuche beinhaltet; über die Anzahl abgelehnter Anträge ist uns bis dato nichts bekannt.

Die Aufnahmeakten geben Aufschluss über die Situation von Menschen, die meist infolge von Alter, vor allem aber durch geistige und körperliche Behinderungen, chronische Leiden und Geisteskrankheiten dauerhaft nicht in der Lage waren, in ausreichendem Maße zu arbeiten und/oder für sich selbst zu sorgen. Die Kranken werden aus sehr verschiedenen Blickwinkeln und Sichtweisen geschildert. Die Angaben sind unterschiedlich umfangreich und detailliert; in einzelnen Fällen erlauben sie aber sehr weitgehende Rekonstruktionen ihrer Lebenswelt. Die Auswertung dieser Materialien ist jedoch mit einigen Schwierigkeiten verbunden.⁵ Quellenkritisch ist unbedingt zu berücksichtigen, dass dieses Material zweckgebunden generiert wurde; es sollte den Aufnahmeantrag unterstützen – wie gesagt, alle vorliegenden Anträge waren zielführend. Neben der Verpflichtung zu wahrheitsgetreuen Angaben war die Stringenz der Unterlagen ein wesentliches Kriterium zu deren Beurteilung, weshalb widersprüchliche Angaben zu vermeiden waren. Oftmals ist gut nachvollziehbar, wie ein Gutachten in Kenntnis eines oder mehrerer bereits vorliegender Voten erstellt worden ist. Schließlich geht auch das subjektive Erleben in die Darstellungen der

MEYER, Tilman PÜNDE (Hg.), 450 Jahre Psychiatrie in Hessen (Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen in Verbindung mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen 47, Marburg 1983); Arnd FRIEDRICH, Fritz HEINRICH, Christina VANJA (Hg.), Das Hospital am Beginn der Neuzeit. Soziale Reform in Hessen im Spiegel europäischer Kulturgeschichte (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Quellen und Studien 11, Petersberg 2004); Arnd FRIEDRICH, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Quellen und Studien 14, Petersberg 2008).

4 Dies stellte eine Ordnung vom 10. April 1781 (Hessische Landesordnungen, Bd. III) fest; vgl. auch C. W. JUSTI, Das Hospital zu Haina. Versuch einer Darstellung seiner ehemaligen und gegenwärtigen Beschaffenheit (Marburg [1803]) 25.

5 Vgl. hierzu grundlegend auch Christina VANJA, Arm und krank – Patientenbiographien im Spiegel frühneuzeitlicher Bittschriften. In: Bios. Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebenslaufanalysen 19/ 1 (2006) 26-35.

Supplizierenden mit ein,⁶ und das kann sicher auch für die gutachtenden Gemeindeglieder vermutet werden, denen die betreffende Person und ihre Lebenssituation bekannt war. Es ist auch nicht auszuschließen, dass Schilderungen möglicherweise übertrieben wurden, um Zustände als besonders prekär erscheinen zu lassen – so nahmen der Pfarrer und der Ortsvorsteher nicht zwingend eine neutrale Rolle ein. Sie mussten vielmehr ihrerseits ein Interesse am Erfolg eines Antrages haben, bedeutete dies doch eine Entlastung der kommunalen Fürsorgeleistungen. Hier griff jedoch unter Umständen das medizinische Gutachten des *Physicus* korrigierend ein. Meistens wohnte er an anderem Orte und stand damit außerhalb der sozialen Bezüge. In sehr vielen Fällen kannte er die zu begutachtende Person nicht persönlich. Insbesondere bei geistigen Erkrankungen und Behinderungen war er zunächst auf die Fremdanamnese angewiesen. Damit wurde ihm das Bild des Kranken vermittelt, das seine Umgebung von ihm zeichnete. Sein *Visum repertum* basierte in der Regel auf einer einmaligen Begegnung und Untersuchung der betreffenden Person.⁷ Fand der Arzt den Kranken in einem Zustand vor, der nicht mit den meist zuvor aus dem sozialen Umfeld ermittelten Informationen übereinstimmte, konnte er das entsprechend notieren; gerade im Falle geistiger Aberrationen musste er aber einräumen, dass seine Momentaufnahme keine umfassende Beurteilung erlaubte.

Terminologie

Neben solcherart quellenkritischer Bedenklichkeiten ergibt sich bei der Analyse der Aufnahmeunterlagen eine weitere, begriffliche Schwierigkeit.

Aufnahmefähig waren Personen mit breit gefächerten somatischen sowie geistigen und psychischen Leiden. Personen mit akuten Erkrankungen blieben dagegen ausgeschlossen. Die Leiden und Gebrechen mussten sogar vom Arzt ausdrücklich als „unheilbar“ eingestuft werden, d.h. es wurde ein chronischer, irreversibler Verlauf vorausgesetzt – womit zugleich deutlich wird, dass die Hospitäler dezidiert keinen Heilauftrag der Grunderkrankung hatten.

Die Bittschriften enthalten eine Vielzahl von Begriffen, die den gesundheitlichen Zustand der aufzunehmenden Person beschreiben. Neben der Angabe *alt* und *arm* sind folgende Bezeichnungen häufig: *ungesund*, *lahm*, *verstandesverwirrt*, *rasend*, *kontrakt*, *blödsichtig*, *blind*, *fallsüchtig*, *taub*, *bedauernswert*, *tiefsinnig*, *blödsinnig*, *gebrechlich*, *elend*.

Die Dorfbewohner verwendeten Bezeichnungen, die ihnen aus ihrem Erfahrungshorizont geläufig waren. Ihre Umgangssprache hielt durchaus reichhaltige Ausdrucksformen bereit, und so wählten sie sicher den einen oder auch mehrere Begriffe aus, die ihrer Wahrnehmung des Kranken am besten entsprachen. Diese „Diagnosen“ waren mehr oder weniger präzise. So konnte der Zustand einer Person mit einem Begriff wie *blind*, *rasend* oder *tiefsinnig* hinreichend gefasst werden, um sein alleiniges oder in der Erscheinung dominantes Krankheitsbild zu charakterisieren. Offenbar war man darum bemüht, den Krankheitswert in der Art und Weise und über das Ausmaß der Differenz zu einem ‚normalen‘, unauffälligen Verhalten sprachlich zu fassen. Hierbei gingen

6 Das gilt trotz der Tatsache, dass die Bittsteller ihren Antrag im betrachteten Zeitraum in der überwiegenden Zahl der Fälle von einem Schreiber erstellen ließen, der auch die nötigen Formalia beachtete.

7 Vgl. Irmtraut SAHMLAND, „*Welches ich hiermit auf begehren Pflichtmäßig attestiren sollen*“ – Geisteskrankheiten in Physikatgutachten des 18. Jahrhunderts. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte (MedGG)* 25 (2007) 9-57.

augenscheinlich der eigenen Lebenswelt verpflichtete Wahrnehmungsmuster sowie Sprachgewohnheiten mit ein. Andere Bezeichnungen, wie *ungesund*, *bedauernswert*, *elend* oder *gebrechlich* bleiben dagegen auffallend allgemein. Hier scheint sich eher eine Sprachlosigkeit anzudeuten, die angesichts vielseitiger Leiden und eines allgemein moribunden Zustandes auf Bezeichnungen rekurriert, die keinerlei genauere Informationen beinhalten.

In der Vielfalt der umgangssprachlichen Begrifflichkeiten erscheint es nun schwierig, die oligophrenen Formen herauszufiltern. Auch die medizinischen Gutachten helfen hier nicht sehr weiter, da sie nur bevorzugt bei Geisteskrankheiten auf entsprechend verfügbare medizinische Fachtermini rekurrieren, die überdies in den zeitgenössischen pathologischen Theorien und Konzepten verankert sind. Gab es keine allgemeingültige Klassifizierung von Geistes- und Gemütskrankheiten und konkurrierten über lange Zeit somatische und psychisch-moralische Erklärungsmodelle zur Deutung solcher Leiden, so gab es insbesondere auch keine davon unterschiedene Gruppe geistiger Behinderungen.⁸ Ein dominierender Begriff ist sicher *Blödsinn*, der in Analogie zur *Blödsichtigkeit*, die eine Sehschwäche bezeichnet, ein eingeschränktes geistiges Vermögen anzeigt.⁹ Auch in den Unterlagen zu den Aufnahmegesuchen der Hohen Hospitäler ist dieser Begriff häufig; angesichts der Vielzahl sprachlicher Variationen erscheint er jedoch für das Phänomen geistiger Behinderung keineswegs erschöpfend.

Der auf Kraepelin zurückgehende Terminus der Oligophrenie ist ein Sammelbegriff „für alle Ausprägungsgrade angeborenen oder früh erworbenen Intelligenzmangels, als Nichterfüllung der Norm bzw. Unterschreitung der Norm“. Detailliertere Beschreibungen seien „nur von scheinbarer Genauigkeit und sollten zugunsten einer individuellen Beschreibung der Fähigkeiten verlassen werden“, so die Auskunft des Roche Lexikons Medizin.¹⁰ Nach der International Classification of Diseases (ICD-10) wird geistige Behinderung in leichte, mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderung (F70-F73) eingeteilt.¹¹ Dies entspricht im Wesentlichen den älteren Unterteilungen in Debilität, Imbezillität und Idiotie.¹²

Die Zuordnung zu einer dieser Gruppen erfolgt vor allem über den ermittelten Intelligenzquotienten. Mit diesen medizinischen Kategorien verbunden und zugleich jenseits einer spezifisch medizinischen Zugangsweise bedeutet geistige Behinderung aber immer auch die Referenz einer impliziten Vorstellung von Normalität, die in unterschiedlichsten Lebensbezügen gedacht wird. Es ist zugleich eine Konstruktion von Andersartigkeit seitens der Mehrheitsgesellschaft¹³ und damit ein Teil ihrer

8 Vgl. dazu HAUSS, Zwangsjacke 19.

9 Vgl. Alexander HAINDORF, Versuch einer Pathologie und Therapie der Geistes- und Gemütskrankheiten (Heidelberg 1811). Er benennt aus medizinischer Perspektive 4 Stufen von Blödsinn; dazu HAUSS, Zwangsjacke.

10 Roche Lexikon Medizin (2., neubearb. Aufl. München, Wien, Baltimore 1987) 1270.

11 Ferner kennt sie die Kategorien F78: andere und F79: nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung; International Classification of Diseases (WHO- Version 2011). Im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klass/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/index.htm>.

12 Vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch (262. Aufl. Berlin, New York 2011) 245. Die Auseinandersetzung um die Formen von Idiotie wurde um die Mitte des 19. Jahrhunderts wesentlich von Séguin geführt; er trat vehement dafür ein, diese Personen nicht in ihrer Auf-sich-selbst-Bezogenheit (Isolation) zu belassen, sondern ihre Potentiale zu unterstützen; vgl. Dagmar HÄNSEL, Die „physiologische Erziehung“ der Schwachsinnigen (Edouard Séguin 1812-1880) (Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte, Neue Folge 3, Freiburg i./Br. 1974), hier 100-113.

13 Zu den theoretischen Überlegungen der Disability studies vgl. Elisabeth BÖSL, Anne KLEIN, Anne WALDSCHMIDT (Hg.), Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung (Bielefeld 2010), bes. 7-10 sowie die grundlegenden Beiträge der Herausgeberinnen 13-63.

Selbstdefinition. Jenseits der per se hochgradig problematischen Ambitionen, historische Krankheitsbeschreibungen mit modernen Krankheitsklassifikationen fassen zu wollen,¹⁴ sind gesellschaftlich-kulturelle Zuschreibungen mit diesen Begrifflichkeiten unmittelbar konnotiert. Um sie erfassen zu können, sind die in den Quellen begegnenden Termini sowie die beschreibenden Aussagen, wie sie in den Aufnahmeanträgen vorliegen, der unverzichtbare Ausgangspunkt.¹⁵

Um einen systematischen Zugang zu eröffnen, erscheint der Terminus der geistigen Differenz¹⁶ hilfreich. Signalisiert diese vergleichsweise neutrale Kategorie den Versuch, a priori einer Stigmatisierung durch Sprache auszuweichen,¹⁷ so erlaubt sie es zugleich, die Vielzahl der individuellen Gegebenheiten zusammenzufassen und nach verschiedenen Kriterien zu untergliedern¹⁸.

Folgende in den Quellen begegnende Begriffe lassen sich unter geistige Differenz fassen: z. B. *Wahnsinn, Manie, Raserei, heftige Melancholie, Tobsucht, Delirium melancholicum, blödsinnig, unvernünftig, einfältig, unklug, albern, stupide, schwach an Verstand, simpel, Verstand verloren*.¹⁹

Zur Abgrenzung von Geistes- bzw. „*Gemütskrankheiten*“, wie der historische Begriff lautet, lassen sich mit aller Vorsicht die Angaben *blödsinnig, unvernünftig, einfältig, unklug, albern, stupide, schwach an Verstand, simpel* als Bezeichnungen für geistige Behinderung zusammenfassen. Diese Gruppe ist durch verschiedene Charakterisierungen von Mehrfachbehinderungen zu ergänzen, z. B. *kontrakt* in Verbindung mit *verstandlos, blödsinnig* in Verbindung mit *schwächlich* und *gebrechlich, lahm* in Verbindung mit *ab und zu wahnwitzig, blödsinnig, unklug* etc. Für diese Fälle kann angenommen werden, dass die augenfälligsten Beeinträchtigungen, wie die Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten, im Vordergrund stehen, während andere Handicaps, vor allem Sinnesbehinderungen wie Taubheit, Sehschwäche, dahinter zurücktreten, so dass diese weiteren Informationen sich zum Teil eher beiläufig finden.

14 Vgl. Karl-Heinz LEVEN, Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose. In: Norbert PAUL, Thomas SCHLICH (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven* (Frankfurt/M. 1998) 153-185.

15 Ritzmann, die ebenfalls eine Auswertung von Aufnahmeunterlagen aus dem Hospital Haina sowie dem Hospital Merxhausen aus der Zeit des 18. Jahrhunderts vornimmt, setzt sich auch mit dem Problem der Begriffsklärung von „*Behinderung*“ auseinander. Sie entscheidet sich dafür, unter den Terminus „*geistige Behinderung*“ – den die Quellen nicht kennen – kognitive, psychische und geistige Beeinträchtigungen zu subsumieren, wobei sich diese Differenzierung jedoch ihrerseits nicht in den Quellen abbildet. Außerdem misst sie der „Person des medizinischen Gutachters eine zentrale Bedeutung“ bei, womit detailliertere Nuancierungen unbeachtet bleiben; Iris RITZMANN, „*Die der Welt und sich selbst zur Last sind*“. Behinderte Kinder und Jugendliche in der frühen Neuzeit. In: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte/ Revue d'histoire*, 13 (2006/3) 73-86; insb. 75-76.

16 Zu den vielseitigen Bezügen der „*verkörperten Differenz*“ vgl. Urs GERMANN, Marianna KABA, Agnes NIENHAUS, Carlo WOLFISBERG, *Behinderung / Handicap*. In: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte/ Revue d'histoire* 13 (2006/3) 17-34.

17 Auf ein ähnliches Bemühen deutet der speziell für Einschränkungen der Sinnesvermögen verwendete Begriff der *Mindersinnigkeit*; vgl. Malin BÜTTNER, *Nicht minderwertig, sondern mindersinnig. Der Bann G für Gehörgeschädigte in der Hitler-Jugend* (Frankfurt/M. 2005).

18 Noll hat in ihrer Bearbeitung des Quellenmaterials des Hospitals Merxhausen die Kategorie der Differenz sehr schlüssig angewendet; Natascha NOLL, *Leben und Arbeit im Hospital. Die Aufwärter und Aufwärterinnen von Merxhausen bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts* (bisher unveröffentlichte Dissertation Marburg 2010) 84-100.

19 Vgl. Irmtraut SAHMLAND, *Geistige Behinderung und Geisteskrankheit – Coping im Dorf des 18. Jahrhunderts*. In: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde* 17 (2011) 79-109, hier 82-89.

Als geistig behinderte Personen wären demnach solche anzusprechen, die von ihren Zeitgenossen mit folgenden Begriffen charakterisiert wurden:

blödsinnig, unvernünftig, einfältig, unklug, albern, stupide, schwach an Verstand, simpel, verstandlos und kontrakt, blödsinnig und schwächlich/gebrechlich, lahm und ab und zu wahnwitzig, blödsinnig, unklug.

Diese nomenklatorische Orientierung kann zusätzlich dadurch gesichert werden, dass Krankheitsverläufe, die sich in späteren Lebensjahren manifestierten und sehr wahrscheinlich erst im weiteren Lauf des Lebens erworben wurden, ausgeschlossen werden, hingegen aber alle Krankengeschichten Berücksichtigung finden, in denen angegeben wird, das Leiden sei schon von Geburt an vorhanden gewesen oder in früher Kindheit erworben worden.²⁰

Geistige Behinderung im Einzugsgebiet des Hospitals Haina

Nach Maßgabe dieser Vorüberlegungen und Vorentscheidungen wurden die Rezeptionsreskripte für das Hospital Haina²¹ in den Jahren von 1780 bis 1786 ausgewertet. Dabei konnten 132 von 134 Aufnahmevorgängen berücksichtigt werden. Davon sind 91 in die Kategorie der geistigen Differenz einzuordnen, und hier sind diejenigen inbegriffen, die zusätzlich auch körperliche Handicaps aufwiesen. Das macht 69% gegenüber 15% somatischer Leiden und Behinderungen sowie 16% epileptiformer Erkrankungen aus (siehe Diagramm 1 im Folgenden).²² Innerhalb der Kategorie der geistigen Differenz lassen sich 31 Fälle, also 34% von 91, ausmitteln, die als geistig behindert anzusprechen sind. Dabei stehen 25 Aufnahmen extra ordinem 5 Bewilligungen secundum ordinem gegenüber (ein Fall ist ohne Angabe).

Interessant erscheint weiters das Alter der betreffenden Personen bei Antragstellung, das in der Regel mit ihrem Alter bei Eintritt in das Hospital identisch ist. Die Zusammenstellung in Tabelle 1 (siehe umseitig) weist eine auffällige Häufung der Antragstellung im Alter zwischen dem 20. und 39. Lebensjahr aus. Weiterhin zeigt sich eine überwiegend sehr lange Zeitspanne des Aufenthalts im Hospital; nicht selten lebten die Hospitaliten 30 Jahre und länger in Haina. Vergleichsweise kurze Aufenthalte von 2-6 Jahren, die durch den Tod im Hospital beendet wurden, sind mit 6 Fällen deutlich in der Minderzahl, wobei über die jeweilige Todesursache keine Aussage getroffen werden kann.

20 Geistige Behinderung ist eine „angeborene oder frühzeitig erworbene Intelligenzstörung“, deren Ursachen genetisch, traumatisch, toxisch, infektiös oder sozial sein können; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 245.

21 Die Hohen Hospitäler waren vorzugsweise für die Landbevölkerung ausgelegt; im Falle geistiger Erkrankungen und Behinderungen waren jedoch auch Stadtbürger zugangsberechtigt, da in den bestehenden städtischen Einrichtungen für diese Kranken keine adäquaten Versorgungsmöglichkeiten bestanden. Die für den Untersuchungszeitraum für die Fragestellung relevanten Aufnahmeakten umfassen sowohl Anträge für Personen aus dem „platten Land“ wie auch aus städtischen Kommunen. Eine weitergehende Analyse bezüglich eines Stadt/ Land-Vergleichs im Umgang mit geistiger Behinderung kann hier nicht ausgeführt werden.

22 Diese werden hier gesondert aufgeführt, da sie als körperliche Leiden galten, infolge des Mangels an wirksamen therapeutischen Möglichkeiten aber einen progredienten Verlauf hatten und oftmals in Geisteskrankheit, Zustände von Raserei etc. führten. Außerdem stellt die Fallsucht in der Wahrnehmung des sozialen Umfeldes einen Sonderfall dar.

Diagramm 1: Klassifizierung der Grunderkrankungen gemäß Aufnahmebewilligungen für das Hospital Haina 1780 bis 1786

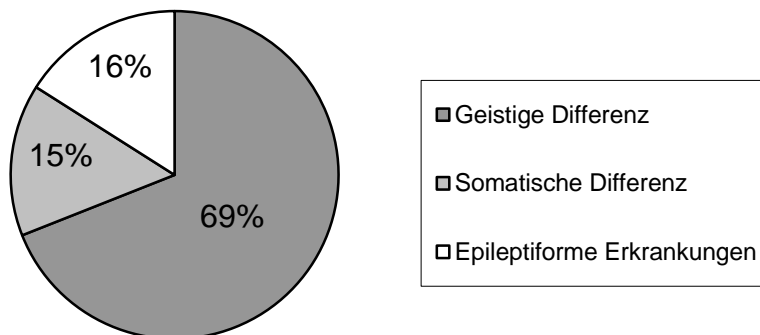


Tabelle 1: Eintrittsalter und erreichtes Lebensalter der Hospitaliten mit geistiger Behinderung
Auswertung der Aufnahmereskripte der Jahre 1780-1786

Altersgruppe 10-19		Altersgruppe 20-29		Altersgruppe 30-39		Altersgruppe 40-49	
Alter bei Ein- tritt	Erreichtes Lebens- alter	Alter bei Ein- tritt	Erreichtes Lebens- alter	Alter bei Ein- tritt	Erreichtes Lebens- alter	Alter bei Ein- tritt	Erreichtes Lebens- alter
18	54	20	24	30	70	42	59
15	51	22	24	30	35	40	55
18	35	20	51	30	66		
18	25	28	62	30	32		
15	37 *	26	54	30	53		
19	51	21	58	38	56		
12	45	24	72	30	52		
		28	53	30	61		
		28	53 **	34	58		
		23	29	38	k.A.		
				30	46		

* die Person hielt sich aber nur 5 Jahre im Hospital auf.

** die Person hielt sich aber nur kurze Zeit im Hospital auf

Demnach lässt sich das Leben mit geistiger Behinderung, soweit uns die Quellen im Umfeld der Hohen Hospitäler einen Zugang erlauben, deutlich in zwei Phasen einteilen: in die Zeit vor Eintritt in das Hospital und die des Aufenthaltes dort, wobei letztere oftmals den deutlich größeren Anteil an der Lebensspanne hatte.

Jenseits des Informationsgewinns solcher statistischer Auswertungen werden in der Fülle der Aufnahmeanträge jeweils individuelle Schicksale greifbar.

Im Fokus der folgenden Ausführungen steht die erste Lebensphase der späteren Hospitaliten, in der diese Personen in ihrer sozialen Umgebung aufwuchsen und lebten, bis ein Zeitpunkt gekommen war, zu dem um Aufnahme in das Hospital ersucht wurde. Fragen wir, wie sich dieses Leben gestaltete, welche Möglichkeiten der Teilhabe den Betroffenen gegeben waren, welchen Blick die Umwelt auf sie als andersartige, differente Mitbürger hatte, und schließlich auch, welches die Faktoren waren, die zu der Entscheidung führten, diese Personen in ein Hospital einzuweisen. Es werden also verschiedene Aspekte des Lebens mit Behinderung thematisiert, um aus der Vielfalt doch typische Merkmale auszumitteln. Um einer gewissen Systematik willen erfolgt die Anlehnung an die Chronologie eines Lebenslaufs.

Deutung der Ursachen von Behinderung

Da ist zunächst die von Geburt an oder seit früher Kindheit bemerkte Andersartigkeit, mit der die Eltern, die Familie sowie die Menschen im sozialen Umfeld konfrontiert wurden. Dabei stellt sich die Frage der Deutung und Einordnung des Phänomens geistiger Behinderung. In einzelnen Fällen werden angenommene Ursachen benannt. Dieses geschieht entweder im Rahmen der Supplikation selbst – und hier kann sie wohl als eine sichere, allgemein angenommene Erklärung gelten, oder gelegentlich der Fremdanamnese, die der gutachtende Arzt erhob, um sich ein erstes Bild über den Kranken zu machen. Dabei dürfte er nach der Dauer der Erkrankung gefragt haben, und die erhaltenen Auskünfte gehen teilweise deutlich als solche gekennzeichnet in die Gutachten mit ein.²³ In einem Fall wird die geistige Behinderung einer Person darauf zurückgeführt, dass die Mutter in der Schwangerschaft auf der öffentlichen Straße einen epileptischen Anfall gesehen und damit verbunden großen Schrecken erlitten hatte. Dieser Zusammenhang geht aus dem ärztlichen Gutachten hervor. Hofmedicus und Landphysicus Dr. Balsler schreibt:

*„Es ist notorisch, daß Johann Henrich, des verstorbenen Adam Goetzen Sohn zu Bedenkirchen, Amts Seeheim, von seiner Geburt an sehr schwächlich gewesen /: indeme als seine Mutter mit Ihm schwanger, sie über einen epileptischen Mann, der auf der Straße niedergefallen ist, sehr erschrocken seyn soll :/ so dass dieser Mensch bis in das 9te Jahr nicht hat gehen können [...]“*²⁴

Während der Zustand der betreffenden Person also allgemein bekannt ist, möglicherweise auch dem attestierenden Arzt (wobei die näheren Umstände der Begutachtung nicht angegeben sind), wird quasi in Parenthese erweiternd mitgeteilt, welche Ursache den Menschen für die Schwäche des Kindes nachvollziehbar und plausibel erschien. Dass Dr. Balsler sich hier quasi einer Form der indirekten Rede bedient, ist sicher nicht als Zeichen seiner eigenen Distanzierung von diesem Erklärungsmodell zu werten; vielmehr referiert er, was er im Sinne einer Fremdanamnese erfahren hat. Es ist wohl

23 Hintergrund dieser Verfahrensweise ist, dass die Angaben über eine dem Arzt nicht bekannte Person auch für die Ableitung seiner Prognose bedeutsam sind und seiner Bewertung des Falles Stringenz und Plausibilität verleihen können; hierzu SAHMLAND, Physikatgutachten.

24 LWV-Archiv, Best. 13, Rezeptionsreskript [Resk.] 15.4.1783.

sicher auszuschließen, dass Dr. Balsler sich an die Umstände der Geburt womöglich selbst erinnern konnte, zumal Herr G. inzwischen 39 Jahre alt war. Somit konnte er für diese Information keine Gewähr übernehmen; an der Möglichkeit einer solchen ätiologischen Herleitung zweifelt er allerdings nicht. Befragt man die zeitgenössische medizinische Literatur, dann ist die Versehenslehre durchaus noch nicht endgültig überwunden. Die Deutung des sozialen Umfeldes der Familie und wohl auch der Dorfgemeinschaft, die sich womöglich ebenfalls an diesen Umstand erinnern konnte, ist also durchaus eine auch im Horizont der Medizin noch denkbare Erklärung.²⁵ In einem anderen Fall wird die Pockeninfektion in früher Kindheit dafür verantwortlich gemacht, dass sich eine geistige Behinderung bemerkbar machte, wobei das Kind zuvor durchaus seinem Alter entsprechende Verhaltensweisen zeigte und allem Anschein nach unauffällig war. Möglicherweise spielen hier Erfahrungen mit hinein, die die Bevölkerung mit den allorts begegnenden Blattern machte; primär werden hier aber zeitliche Koinzidenzen kausal verknüpft. Dem gutachtenden Arzt Dr. Goldmann erscheint diese Erklärung durchaus plausibel, denn er kommentiert den Fall, das Blattergift habe die Organisation, die die Seele zu ihren Verrichtungen auf den Körper nötig habe, völlig und unwiederbringlich zerstört.²⁶ In einer weiteren Krankengeschichte litt das Kind an Anfällen (Convulsionen), die den Körper so in Mitleidenschaft zogen, dass geistige Beschränkungen daraus resultierten. Auch dieses ist ein gängiger Topos der ärztlichen Lehrmeinung: Epileptische Anfälle, da sie nicht wirksam behandelbar waren, führten mit der Zeit sehr häufig zu Geisteskrankheiten und endeten womöglich in Zuständen von Raserei. Physicus Dr. Grandidier in Kassel führte in einem medizinischen Gutachten aus, der Patient sei von Kindheit an stark mit Epilepsie behaftet gewesen, und das habe seine Nerven so sehr geschwächt, dass er blödsinnig geworden sei.²⁷ Ein weiterer Kontext sind erbliche Vorbelastungen. Diese werden nur zurückhaltend genannt, auch wenn sie sehr begründet zu vermuten sind.²⁸ In den meisten Fällen jedoch wird die Ursache einer geistigen Retardierung in den Antragsunterlagen nicht angegeben. Eine mögliche Begründung ist darin zu sehen, dass es sich bei Antragstellung allemal um inveterierte, also schon lange bestehende Leiden handelte, die sich einer Therapie alleine deshalb widersetzen. Wie aus zahlreichen ärztlichen Gutachten hervorgeht, war diese Feststellung entscheidend, um

25 Vgl. zur Versehenslehre den Überblick bei Ulrike ENKE (Bearb. u. Hg.), Samuel Thomas Soemmerring, Schriften zur Embryologie und Teratologie (Samuel Thomas Soemmerring Werke 11, Basel 2000) 33-40; späte Auswirkungen dieser Theorie lassen sich noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts finden; vgl. Carl Gustav CARUS, Über Lebensmagnetismus und über die magnetischen Wirkungen überhaupt (Leipzig 1857).

26 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 08.01.1782. In einer anderen Krankengeschichte wird die körperliche Beeinträchtigung auf die Pockenerkrankung zurückgeführt, zugleich aber seitens des Arztes auch die geistige Einschränkung des 20jährigen Mannes mit dieser Infektion in Verbindung gebracht. In seinem Gutachten schreibt Dr. Faber: „[...] ist von seiner Kindheit an, nach denen Blattern, welche er, da er nur ½ Jahr alt gewesen, gehabt, am rechten Arm nicht nur gantz contract und lahm, sondern auch bey zunehmenden Jahren, besonders zu gewissen Zeiten, gantz wahnwitzig und blödsinnig worden“; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.11.1786.

27 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 16.05.1783.

28 So sind in einer Familie zwei blödsinnige Brüder, ein drittes Kind ist mit ähnlichen Auffälligkeiten bereits verstorben; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782, Nr. 2. In einer anderen Familie ist die Mutter phasenweise ebenfalls „in gleichen Umständen“ und zeigt wie ihr 15jähriger Sohn ein unkontrolliertes Verhalten. Zusätzlich lebt eine ebenfalls kranke Schwester der Mutter in dem Haushalt, wobei hier nicht näher ausgeführt wird, ob sie ein somatisches Leiden hat oder gemütskrank ist; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

das Kriterium der Unheilbarkeit zu bestätigen, und dann trat die Aufklärung der Ätiologie einer Erkrankung in den Hintergrund.²⁹ Ein weiterer Zusammenhang kommt hinzu. Sofern geistige Behinderungen seit der Geburt manifest waren, handelte es sich um ein *Malum connatum*, gegen das die Medizin nicht viel ausrichten konnte, und so war auch hier die Unheilbarkeit als Zugangsvoraussetzung in das Hospital fraglos gegeben.³⁰

Das bedeutet nun aber keineswegs, dass eine Familie das Leben mit einem geistig behinderten Kind schicksalhaft hingenommen hätte. Mehrfach wird darauf hingewiesen, es seien alle Anstrengungen zu einer Heilung unternommen worden, ohne dass allerdings etwas erreicht werden konnte. In dem Aufnahmeantrag für zwei „*von Jugend ganz unverständige*“ Brüder findet sich die Angabe, zu Lebzeiten des vor nunmehr zehn Jahren verstorbenen Vaters seien verschiedene Arzneien angewendet worden, aber vergeblich.³¹ Da diese Medikation offenbar nicht im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen gestanden hatte, wurde medizinische Hilfe zur Behandlung der geistigen Behinderungen nachgefragt – zu einer Zeit, zu der die Familie durch den Verdienst des Vaters als Küfer über die finanziellen Mittel verfügte und zu der die Söhne noch Kinder oder Heranwachsende waren, um dann aber festzustellen, dass die Medizin ihrem Leiden machtlos gegenüberstand. Ein Vater, der für seinen 38jährigen, „*von Jugend auf ganz simpell und blödsinnig gewesen[en]*“ Sohn einen Aufnahmeantrag stellte, berichtet:

„*Um deßen seiner betrübter Schwachheit nun vorzubeugen habe ich für ihn, biß dahin ins 38te Jahrs Alter, vor Hülfsmittell und Aetzte aus meiner dürrtger Hausßhaltung viele schwere Kosten angewand, muß aber ansehen, daß mein Sohn an Hofnungs statt einer Beförderung mit zugerückten Jahren, in dieser seiner Schwachheit immer schlechter werde [...].*“³² Der Vater eines 15jährigen, „*von Kindheit an gänzlich vernunftlos[en]*“ Sohnes gibt an, er habe sich alle Mühe gegeben, ihn „*durch gebrauchte diensame Mittel von seinem Elend zu befreien*“, er sei aber so geboren worden.³³

Nach Ausweis der Quellen lässt sich also in der Bevölkerung ein rationales Erklärungsmodell für das Phänomen geistiger Behinderung feststellen. Dabei greift man auf medizinische Deutungen zurück, die sich vordergründig durch zeitliche Koinzidenzen ergeben oder aber auf Erfahrungswissen gründen (Pockeninfektion als Auslöser), oder es werden traditionelle Vorstellungen (Versehenslehre) bemüht, die in den 1780er Jahren nach wie vor in der medizinischen Lehrmeinung präsent sind. Geistige Behinderung wird auch von medizinischen Laien mit einem Krankheitswert belegt.³⁴

29 Vgl. SAHMLAND, Physikatgutachten.

30 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.01.1784. Entsprechend beurteilen Chirurg und Physicus die Heilungschancen eines 18jährigen „*verstandlosen närrischen Menschen*“ sehr skeptisch, weil es ihm wegen der Armut an der nötigen Verpflegung fehle, „*grüßten theils aber da er von Jugend auf mit diesem Übel behaftet gewesen*“; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.04.1781. Landphysicus Dr. Baumer stellt in seinem Gutachten über einen ebenfalls 18jährigen Patienten fest: Wegen seiner „*Brust-Beschweris*“ habe er ihm die nötigen Mittel verordnet; „*da er aber von Jugend auf keine Anlage zur Vernunft gehabt hat; so sehe ich keine Möglichkeit ein, ihm solche durch Artzney-Mittel zu verschaffen.*“ LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1781.

31 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782.

32 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1784.

33 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

34 Das spräche gegen die Einschätzung, dass die Landbevölkerung dem Aberglauben verhaftet sei und sich auch im medizinischen Verhalten an irrationale Praktiken halte. Dieser eindeutige und nahezu durchgängige Befund lässt sich nicht auf ein quellenkritisches Problem reduzieren, wonach man in einem Antragsgesuch den Anschein rationaler Auffassungen habe wahrnehmen müssen, hinter der sich aber eine

Damit ergibt sich eine Handlungsoption. Verschiedene Krankengeschichten machen ausdrücklich die Bemühungen um medizinische Hilfe deutlich, selbst wenn sie keine detaillierteren Informationen darüber enthalten, in welchem Segment des Gesundheitsmarktes man sich bewegte.³⁵ Dabei standen Art und Umfang der Heilbemühungen sicher in Abhängigkeit zu den ökonomischen Verhältnissen der Familie. Es erscheint auffallend, dass in den betreffenden Krankengeschichten des hier untersuchten Zeitraumes jeweils die Väter die Antragsteller sind; in einem Fall wird angegeben, zu Lebzeiten des Vaters seien Heilbemühungen unternommen worden. Dieser Befund deutet darauf hin, dass finanzielle Anstrengungen, ein geistig behindertes Kind zu heilen oder seine Situation zu verbessern, vorzugsweise nur in intakten Familienstrukturen möglich waren, in denen der Ernährer die wirtschaftliche Grundlage sichern konnte. Witwen oder alleinerziehende Mütter verfügten über diese Möglichkeiten nicht.

Unterricht, Erziehung

Zumal im „*pädagogischen Zeitalter*“ der Aufklärung war eine frühe wichtige Lebensphase eines Kindes die Schulzeit. Die in den Antragsunterlagen begegnenden Träger geistiger Behinderung hatten verschiedene, mehr oder weniger gravierende Handicaps. Es zeigt sich nun, dass auch für diese Kinder die Teilhabe an der Elementarbildung und damit eine wichtige Voraussetzung für die Chance auf einen möglichst „*normalen*“ Lebensweg gesichert werden sollte. Über Johann Henrich Kaufmann wird berichtet, er sei „*von Kleinem Kind auf sehr schwachen Verstandes gewesen, so, dass er so wohl [!] in Schulen als von einiger Handtbierung etwas erlernen können und daher zu keiner Arbeit zu brauchen*“;³⁶ der Pfarrer ergänzt, Herr K. sei „*auch von Kindheit an sehr blödsinnigen Verstandes gewesen, daß ihm kaum einige Begriffe von der Religion haben können beygebracht werden*“.³⁷ Dem Andreas Schneider attestiert der Pfarrer, es sei „*auch durch Schulunterricht wenig oder nichts in ihn zu bringen gewesen*“.³⁸ Beide Fälle enthalten die positive Angabe, dass ein Schulbesuch stattgefunden hat. In den Unterlagen zu anderen Anträgen wird ausgeführt, jemand habe nichts, „*auch nicht einmal einen Buchstaben erlernen*“ können,³⁹ Jemandem sei nicht einmal das ABC beizubringen gewesen.⁴⁰ Auch hier kann vermutet werden, dass eine Beschulung versucht worden ist. Andere Fallgeschichten stellen ausdrücklich fest, dass

andere Realität verberge. Wenn es eine solch gravierende Diskrepanz in der Medikalkultur gegeben hätte, wie hätte der Landmann bzw. der örtliche Schreiber sie denn überwinden sollen?

- 35 Während der häufig begegnende Ausdruck, man habe „*diensame Mittel*“ angewandt, sehr unspezifisch bleibt und darüber hinaus signalisiert, dass diese Mittel dem Laien als solche empfohlen wurden (wobei es sich auch um Praktiken, Verhaltensweisen etc. handeln könnte), weist die Angabe, man habe Arzneimittel gebraucht, eher darauf hin, dass ein Chirurg, ein Medicus und/oder ein Apotheker konsultiert wurde. Vgl. Christina VANJA, Supplikationen als Quelle der Patientengeschichte. In: Arnd FRIEDRICH, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), *An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert* (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Quellen und Studien 14, Petersberg 2008) 163-172, hier 167. Sie geht davon aus, die medikalen Praktiken der Landbevölkerung, ihre Hinwendung zu nicht ausgebildeten Heilern, würden in den Supplikationen nicht benannt, da es von offizieller Seite nicht erwünscht gewesen sei.
- 36 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.08.1784. Dieses bereits am 25. 08. 1783 ausgefertigte Gutachten des Dr. Johann Jacob Busch aus Marburg ist, wie sich aus der intendierten Aussage ergibt, in der Syntax fehlerhaft.
- 37 Ebd., Votum des Pfarrers Johann Jacob Ferdinand Faust.
- 38 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.06.1786.
- 39 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782.
- 40 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 12.07.1786.

das Kind nie zur Schule zugelassen werden konnte.⁴¹ Die Frage der Beschulung erweist sich damit möglicherweise als ein Gradmesser zur Beurteilung des Ausmaßes der geistigen Retardierung eines Kindes. Außerdem sind weitere Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Neben dem fehlenden Sprachvermögen⁴² mangelte es manchmal auch an der Mobilität, um den Weg zur Schule physisch bewältigen zu können.⁴³ Die Dichte der Angaben kann dahingehend gedeutet werden, dass die Familien der lernschwachen Kinder prinzipiell darum bemüht gewesen sind, auch ihnen gewisse kognitive Grundfertigkeiten beizubringen und sie nicht aufgrund ihrer Andersartigkeit auszugrenzen. Dabei ist natürlich nicht anzunehmen, dass man diese Kinder regelmäßig in die Schule geschickt hätte; vielmehr dürfte bald offensichtlich gewesen sein, wenn sie vom Elementarunterricht nicht profitieren konnten. In manchen Fällen war an einen Schulbesuch jedoch gar nicht zu denken.

Neben den intellektuellen Fertigkeiten, die nicht angeeignet werden konnten, steht die christliche Unterweisung, die bei diesen Kindern oftmals ebenfalls vergeblich war. Nach den Angaben der Quellen muss davon ausgegangen werden, dass auch hier redliche Anstrengungen gemacht wurden, denn Grundbegriffe der christlichen Religion waren die Voraussetzung für die Konfirmation. In den Unterlagen findet sich wiederholt der Hinweis, dass die Kirche den Kindern die Konfirmation tatsächlich verweigerte. Damit waren sie vom Abendmahl „*und anderen gottseligen Handlungen*“ ausgeschlossen.⁴⁴ In einem Einzelfall wurde ein Jugendlicher mit zwei Jahren Zeitverzug erst mit 16 Jahren konfirmiert, und zwar aus Mitleid, wie der Pfarrer ausdrücklich angibt, wohl um so den damit begangenen Regelverstoß abzumildern.⁴⁵ Erst dadurch war den Heranwachsenden die vollgültige Teilhabe an der kirchlichen Gemeinschaft möglich. Der Besuch des Gottesdienstes war davon allerdings wohl nicht tangiert. So gibt es den Hinweis, dass ein geistig behinderter Mensch am Kirchgang teilnahm und den Gottesdienst „*störte*“.⁴⁶

Das kirchliche Leben bestimmte den Alltag der Bevölkerung ganz wesentlich, die Partizipation war Ausdruck und Ausweis sozialer Integrität und Akzeptanz.⁴⁷ Die erlangte Konfirmation ist also als ein Gradmesser für das Maß der Integration in die kirchliche Gemeinde und damit auch der Teilhabe an der kommunalen Gemeinschaft zu werten.

Mangelnde christliche Unterweisung bedeutete schließlich aber auch, dass den Kindern und Jugendlichen damit nach Ansicht der Kirche jede Moralvorstellung fehlte. Ihnen

41 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 13.06.1784; vgl. auch Reskr. 24.12.1782; Reskr. 08.01.1782.

42 Reskr. 24.12.1782; Reskr. 08.01.1782. In beiden Fällen findet sich die Information, dass das Kind „*taubstumm*“ bzw. „*sprachlos*“ sei.

43 Reskr. 08.01.1782; Reskr. 15.04.1783; Reskr. 27.05.1786.

44 Da Johann Wendelin I. nicht konfirmiert werden konnte, konnte er auch nicht zum Abendmahl „*und anderen gottseligen Handlungen*“ zugelassen werden; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 08.01.1782; vgl. auch Reskr. 13.06.1784; vgl. Reskr. 12.07.1786.

45 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.06.1786.

46 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.01.1784; vgl. zu „*Störungen*“ der religiösen Handlungen durch geistesranke und fallsüchtige Menschen: SAHMLAND, Geistige Behinderung und Geisteskrankheit, 100-103.

47 Das wird deutlich in der Bitte der Hospitaliten um eine christliche Beerdigung; vgl. Irmtraut SAHMLAND, Verordnete Körperspende – Das Hospital Haina als Bezugsquelle für Anatomieleichen (1787-1855). In: Arnd FRIEDRICH, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen 14, Petersberg 2008) 65-105.

konnte kein Bewusstsein davon vermittelt werden, was – im kirchlichen Sinne – gut und böse war, schließlich auch nicht, was als schicklich oder tabuisiert galt. Die Angabe über die erlangte oder fehlende religiöse Ausbildung in den Antragsunterlagen erfasst demnach noch eine weitere Dimension: Sie gibt Auskunft über die Einschätzung einer Person in Bezug auf das zu erwartende Maß an Konformität ihres Verhaltens. Orientierte sich der Kranke an diesen geltenden Normen nicht, so war er grundsätzlich exkulpiert, sofern ihm diese Wertvorstellungen und Verhaltensmuster nicht vermittelt werden konnten – aufgrund mangelnder Auffassungsgabe und Umständen, denen ein Krankheitswert zugesprochen wurde. Lassen sich diese Sichtweisen sehr stringent aus den Quellen herausfiltern, so bildet sich darin allerdings keineswegs zugleich der Umgang mit diesen Personen im sozialen Nahraum ab; die tatsächliche Brisanz wurde durch dieses theoretische Deutungsmuster nicht aufgehoben.

Lebensunterhalt

Personen mit geistiger Behinderung waren unter diesen benachteiligten Startbedingungen in aller Regel nicht in der Lage, einen normalen Weg in das Arbeitsleben zu gehen und sich ihren Unterhalt zu sichern, geschweige denn, „*ein Hausgeschäft*“ zu unternehmen.⁴⁸ In dem bearbeiteten Zeitraum findet sich nur ein Fall, in dem eine solche Perspektive angedeutet wird. In dem Aufnahmeantrag für einen 30jährigen Mann wird berichtet, er habe an anderem Orte eine Lehre als Perückenmacher gemacht, leide aber seit fünf bis sechs Jahren sehr an Epilepsie und sei nun „*völlig blöden Verstandes*“.⁴⁹ Obwohl nicht ausdrücklich vermerkt, lassen doch verschiedene Hinweise die begründete Vermutung zu, dass auch diese Person an einer geistigen Behinderung litt, denn sie war zuvor im Waisenhaus in Kassel erzogen worden, obgleich es Anverwandte gab, die sich seiner hätten annehmen können.⁵⁰ Ferner wird betont, dass der Junge dort auch konfirmiert worden sei. Dies war offensichtlich bemerkenswert, womöglich, weil es für ihn nicht selbstverständlich erschien.⁵¹ Immerhin war die geistige Beeinträchtigung nicht so gravierend, als dass er einen Start in ein Berufsleben nicht hätte unternehmen können, der dann aber durch einen progredienten Krankheitsverlauf nicht fortgesetzt werden konnte. Für junge Männer mit leichteren geistigen Beeinträchtigungen bot sich eventuell auch das Militär als eine Perspektive an. Dies könnte im Fall des Nicolaus M. zutreffen. Er war mit 18 Jahren als Musquetier dort eingetreten und hatte weitere 18 Jahre als Soldat gedient. Inzwischen bewirtschaftete sein Bruder die vorhandenen Ländereien. Der zurückgekehrte Soldat wird als „*blödsinnig*“, „*nicht völlig bei Verstand*“ und „*wahnwitzig*“ gekennzeichnet; der gutachtende Arzt attestiert eine „*unheilbare Schwäche*“ – Angaben, die eine Behinderung vermuten lassen.⁵² Auf

48 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 12.07.1786.

49 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 02.02.1781.

50 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 01.02.1783. Hier wurde ebenfalls jemand für zwei Jahre ins Waisenhaus gebracht, obgleich er eine Mutter hatte. Hintergrund ist offenbar auch die geistige Behinderung.

51 In der Regel verließen die Kinder ein Waisenhaus im Alter von 14 Jahren mit der Konfirmation, mit der zugleich der Eintritt in das Berufsleben verbunden war.

52 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 16.03.1781. Es stellt sich allerdings die Frage der Tauglichkeit. In seinen Lebenserinnerungen berichtet J. H. Wilhelm Tischbein über einen Hospitaliten, den sie den starken Hans nannten, dessen „*Verrücktheit*“ aber ziemlich „*unschädlich*“ gewesen sei: „*Er war sehr groß und stark, weshalb ihm und seiner Familie der König von Preußen viel Geld geboten hatte, um ihn unter seine Garde zu nehmen. Aber es fand sich, daß sein Verstand ganz zerrüttet war, und er kam in's Tollhaus.*“ [Johann] H[einrich] Wilhelm

diese Weise war Nicolaus M. für viele Jahre in soziale Strukturen außerhalb der Familie eingebunden, in denen er zudem sein Auskommen fand.⁵³ Vielleicht spielte auch die Erwartung eine Rolle, Personen mit leichter geistiger Differenz könnten durch den militärischen Drill „korrigiert“ werden.

In den meisten Fällen heißt es jedoch, der Kranke könne keine Arbeit tun, sei zu keinem Hausgeschäft in der Lage. Damit ist sicher nicht ausgeschlossen, dass die Betroffenen sporadisch leichte, überschaubare Aufgaben erledigen konnten; eine geregelte und regelmäßige Arbeit war jedoch nicht möglich. Stattdessen war es nahezu üblich, dass diese Kranken bettelten. So streiften sie durch die Dorfschaften, wo diese Art, ihren Lebensunterhalt zu erwerben, akzeptiert wurde, während in städtischen Kommunen die Toleranzgrenze deutlich niedriger angesetzt war und man sich offenbar sehr schnell belästigt fühlte. Das Brot vor den Türen zu suchen, setzte allerdings ein Mindestmaß an Mobilität voraus und war nur möglich, sofern nicht zugleich auch gravierende körperliche Behinderungen oder Gebrechen vorlagen.⁵⁴ Auf diese Weise einen Beitrag zum Unterhalt zu erlangen war auch dann verwehrt, wenn sich der Zustand des Kranken verschlimmerte, so dass es nicht länger verantwortbar erschien, ihn vor die Tür zu schicken.⁵⁵

Geistig Behinderte in der Alltagswelt

Aufgrund ihrer geistigen Differenz konnte eine Integration über Schule, Kirche und Arbeitswelt nur sehr bedingt und oftmals gar nicht gelingen. Bei einer solchen sehr begrenzten Teilhabe waren diese Menschen aber nicht exkludiert. Sie lebten mit der Dorfgemeinschaft, und sie hielten sich im öffentlichen Raum auf. Diese Beobachtung lässt keineswegs darauf schließen, zuhause seien nicht die Kapazitäten vorhanden gewesen, um diese Kranken separiert zu halten, oder man habe sich um sie nicht ausreichend gesorgt oder sie vernachlässigt. Vielmehr gab es keinen Grund, diese Personen auszuschließen, solange ihr Verhalten nach damaligen Maßstäben unbedenklich war. Je nach ihren individuellen Möglichkeiten werden sie sporadisch mit einzelnen Diensten beauftragt worden sein, ansonsten war es ihre selbstverständliche Aufgabe, durch Betteln etwas zu ihrem Lebensunterhalt beizutragen. So hatten sie einen durchaus über die Heimatgemeinde hinausreichenden Bewegungsradius. Es wird berichtet, dass manche ziellos durch die Gegend streiften, auch wohl herumirrten.⁵⁶ Eine solche Schilderung zeigt aber nicht unbedingt an, die Personen seien orientierungslos gewesen, sondern ein solches Verhalten ist als ein Zeichen ihrer Andersartigkeit zu verstehen, markiert es doch einen Gegenpol zum durchdachten und strukturier-

TISCHBEIN, Aus meinem Leben, hrsg. von Carl G. W. SCHILLER, 1 (Braunschweig 1861) 48. Dieser Mensch hätte demnach gut zu den „*langen Kerls*“ gepasst, war aber für diese Aufgabe untauglich.

53 Außerdem konnten Militärangehörige im Falle von Verunfallung, Versehrtheit oder dauerhafter Erkrankung im Dienst mit nachfolgender Erwerbsunfähigkeit auf eine kleine Pension hoffen; vgl. z. B. LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 04.03.1783.

54 Als der „*blödsinnige*“ Johann Henrich B. zudem einen Schlagfluss erlitt und seine linke Körperseite gelähmt war, konnte er sich nur noch mit großer Mühe fortbewegen. Betteln zu gehen, wie er es zuvor getan hatte, war nicht mehr möglich; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 27.08.1781.

55 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 11.01.1783; vgl. Reskr. 16.05.1783.

56 Nicolaus M. laufe von einem Ort zum andern und suche durch Betteln sich die Nahrung zu verschaffen; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 16.03.1781; Ernst Philipp K. irre allenthalben herum; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782.

ten Tagwerk der übrigen Bewohner eines Dorfes. Andere hielten sich bevorzugt an bestimmten Orten auf, so etwa beim laufenden Betrieb in einer Mühle.⁵⁷

Die Präsenz dieser Personen in der Öffentlichkeit war keineswegs reibungslos. Durch ihre differente Erscheinung und ihr sonderbares Verhalten zogen sie Jugendliche an, die sie hänselten, worauf sie aggressiv reagierten,⁵⁸ oder sie bedrohten andere Leute, die ihnen auswichen oder flohen.⁵⁹ Es kam zu Streitereien und Spektakel auf der Straße. Die Kranken erregten Ärgernis, wenn öffentliche Moralvorstellungen verletzt wurden, indem sie ein „schamloses“ Betragen (Laszivität, Exhibitionismus, nur unvollständiges Bekleidetsein)⁶⁰ zeigten, was als Gefährdung Jugendlicher bewertet wurde. Neben der Fremd- stand die Eigengefährdung dieser Menschen insbesondere durch Unfälle. Johann Henrich G. etwa ist nicht nur „gantz blödsinnig“, sondern auch *„an Armen und Füßen wie gelähmt, so daß wann derselbe nur einige Schritte hinkend gehet, Er öfters hinstürzt; derselbe ist dabero schon unterschiedlich in das Wasser gefallen, und wenn nicht bey Zeiten Ihme Leuthe zu Hülfe gekommen, er in demselben ersofen wäre“*.⁶¹

Als ein Antrag für den 15jährigen Henrich M. vorbereitet wird, geben die beiden Müller, die als Brüder gemeinsam eine Mühle in Vach betreiben, an, dass Henrich fast täglich in die Mühle zu den Kämpf- und Wasserrädern laufe, danach greife und zwischen die arbeitenden Mühlräder krieche, was nicht immer bemerkt werden könne. Er laufe Gefahr, dort gequetscht zu werden oder im Wasser zu ertrinken; sie hätten ihn schon mehrfach aus dem Wasser gezogen und noch retten können.⁶²

Insgesamt standen die geistig behinderten Gemeindemitglieder, sofern und solange sie sich im öffentlichen Raum bewegten, offensichtlich unter einer allgemeinen Mitkontrolle, und hier wurde den Mitbewohnern und ihrer Umgebung zum Teil Erhebliches abverlangt. Im dörflichen Alltag übernahm offenbar jeder eine gewisse Mitverantwortung und Beaufsichtigung, um Unfälle zu verhüten und bei Gefahren helfend einzugreifen. Allerdings konnte hierfür keine Gewähr übernommen werden, und die jeweiligen Arbeitsabläufe durften dadurch auch nicht über Gebühr gestört werden.

Zu diesen latenten Gefahren und selbst prekären Situationen kamen gravierende Sachbeschädigungen und die Zerstörung und Vernichtung fremden Eigentums, ein Umstand, der in einer Mangelgesellschaft nicht hinnehmbar war. Ein Metzger beschwerte sich, dass der 15jährige Sohn seines Mietherren ihm verschiedene Hammelhäute mit dem Messer kurz und klein geschnitten hätte.⁶³ Wenn jemand das Vieh durch die Straßen trieb, statt es weiden zu lassen, ein Schaf nahezu umbrachte,⁶⁴ ein Pferd von der Koppel stahl, um es für wenig Geld zu verkaufen,⁶⁵ wurden damit konfliktreiche Situationen heraufbeschworen, Streitigkeiten, die möglicherweise zu

57 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

58 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.04.1781; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.06.1786.

59 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

60 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 23.01.1781; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1781.

61 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 15.04.1783.

62 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781. Diese Krankengeschichte wird auch näher analysiert bei RITZMANN, Die der Welt und sich selbst zur Last sind.

63 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781. Der Metzger hatte zwei Jahre im Haus der Familie M. gewohnt, zur Zeit der Antragstellung war das Mietverhältnis jedoch bereits aufgehoben. Möglicherweise war der Metzger aufgrund der Beeinträchtigungen in seiner Arbeit dort ausgezogen, konnte nun aber mit seinen Angaben einen Beitrag leisten, um die Aufnahme in das Hospital zu erreichen.

64 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1781.

65 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.11.1786.

Rechtshändeln führen konnten, so dass bei allem Verständnis für eine krankheitsbedingt schwierige Lage doch die Distanzierung und soziale Ausgrenzung drohten. Eine supplizierende Mutter führt aus, das ganze Beginnen ihres Sohnes sei Wahnwitz und Torheit. Zudem sei er durch seine körperliche Ungestaltlichkeit seiner Umgebung „*ein Abscheu*“, und sie sei nun in Verlegenheit, weil ihr deswegen niemand mehr die Hausmiete geben wolle.⁶⁶ Ähnlich erging es einer verwitweten Mutter mit ihrem 30jährigen Sohn, der stets Unheil und Verdross verursache und den sie fast nicht mehr vor die Tür schicken könne. Auch sie gibt an, sie müsse fast alle halbe Jahre umziehen und finde bald keine Bleibe mehr.⁶⁷

An diesen Schilderungen lässt sich Verschiedenes über die Lebensrealität einer Familie mit einem geistig behinderten Kind ablesen. Grundsätzlich konnte sie auf eine gewisse Solidarität der Gemeinschaft rechnen, was Aufsicht, akute Hilfe und prinzipielle Toleranz betraf. Zugleich gab es eine quasi unausgesprochene Übereinkunft – und hier war die betroffene Familie mit eingeschlossen –, dass die Solidarität Grenzen hatte. Sie wurden erreicht, wenn die Situation eskalierte, wenn Gefährdungen für Leib und Leben anderer und/oder für fremdes Eigentum gegeben waren und wiederholt auftraten.⁶⁸ Dann griffen Schutzmechanismen, die die soziale Isolation bedeuten konnten. War die Familie mittellos und auf eine Mietwohnung angewiesen, drohte die „*Entwurzelung*“.⁶⁹ Das Ziel musste es sein, den Toleranzraum nicht zu überschreiten.

Neben und in dem Bemühen, diese Menschen gegebenenfalls aus dem öffentlichen in den privaten Raum zurückzuziehen,⁷⁰ ist Gewalt gegen Personen mit geistigen Behinderungen als Realität deutlich greifbar. So wird in den Supplikationen geschildert, der Kranke lasse sich „*durch Zwangsmittel nicht mehr wehren*“⁷¹, bisher sei jemand „*allen Zwangs ungeachtet*“ zur Arbeit untüchtig gewesen,⁷² oder der Vater könne seinen 19jährigen Sohn nicht „*zwingen*“.⁷³ Weitere Formulierungen sind, eine Mutter könne ihren 24jährigen Sohn nicht „*zur Zucht halten*“,⁷⁴ jemand müsse „*in Furcht*“ und in Schranken gehalten werden.⁷⁵ Das erlaubt jedoch nicht den Schluss, ein gewaltbesetzter Umgang mit geisteskranken Menschen sei in der Landbevölkerung selbstverständlich üblich gewesen, wie es ein gutachtender Arzt sehr generalisierend und in der

66 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 01.02.1780.

67 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 16.05.1783.

68 Eine besondere, die Solidarität der Gemeinschaft gefährdende Problematik konnte sich daraus ergeben, dass ein Kranker durch sein äußeres Erscheinungsbild abstoßend wirkte, „*Abscheu*“ erregte. Besondere Vorbehalte gab es vor allem auch gegenüber „*fallsüchtigen*“ Menschen; vgl. Angela SCHATTNER, Zwischen „*Raserei*“ und *Feuers Noth*“ – Fallsüchtige Patienten in Haina und Merxhausen im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert im Spiegel ihrer Bittgesuche. In: Arnd FRIEDRICH, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen 14, Petersberg 2008) 173-197.

69 Ein Fall ist bezeugt, in dem ein Müller wegen seines epilepsiekranken Sohnes den Verlust seiner Kundschaft fürchtete, was den wirtschaftlichen Ruin seiner Familie bedeuten würde; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.11.1786.

70 Vgl. dazu auch SAHMLAND, Geistige Behinderung und Geisteskrankheit 100-107.

71 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

72 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782.

73 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 13.06.1784.

74 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 27.05.1786.

75 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 23.01.1781.

Attitüde kultureller Überlegenheit suggerierte.⁷⁶ Ganz augenscheinlich führte Hilflosigkeit im Bemühen, jemandem ein gesellschaftskonformes Verhalten beizubringen und ihn im Rahmen sozialer Verträglichkeit unter Kontrolle zu halten, zum Einsatz physischer Gewalt. Waren renitente Auffälligkeiten durch Verhaltensmodifikation nicht abzuschaffen, dann mussten sie möglichst durch Zwangsmaßnahmen, physische Bestrafungen sowie die Androhung von Gewaltanwendung unterdrückt werden.⁷⁷ Kinder entwickelten zudem im heranwachsenden Alter ihrerseits ihre Körperkräfte, die sie nun, sofern es ihre körperliche Konstitution zuließ, in negativer, problematischer Richtung umso wirksamer einsetzen konnten. Da sie sich aber nicht zugleich geistig weiterentwickelten, blieben sie im Status eines Kindes, das bei Fehlverhalten gezüchtigt wurde.⁷⁸

Eine weitere Dimension in der Wahrnehmung dieser Kranken kommt hinzu. Über Johann Wendelin I. schreibt der Pfarrer, er habe „*nur das äußere menschliche Ansehen an sich*“, und es sei „*an ihm nur das thierische Leben wahrzunehmen*.“ Und Physicus Goldmann bestätigt, an dem Kranken zeigten sich so geringe, ja eigentlich gar keine Spuren von Seelenkräften, „*dafß er vielmehr in die Klasse der Thiere als der Menschen gezählt zu werden verdient*.“⁷⁹ Der Metzger berichtet über Henrich M. unter anderem, er raffte die Knochen und alles, was ihm sonst in den Weg komme, von der Erde auf „*und fröse es gleich dem Vieh*“.⁸⁰ In der Bewertung des sozialen Umfeldes nimmt die Andersartigkeit des Kranken ein Ausmaß an, dass die Grenzen der Spezies humana verlassen werden, der Mensch sinkt auf die Stufe des Tieres hinab, er scheint auf die animalischen Funktionen reduziert zu werden. Die damit verbundene extreme Distanzierung wird hier von einem Arzt und einem Pfarrer formuliert, und es erscheint bemerkenswert, dass in den bearbeiteten Quellen die engen Familienangehörigen selbst einen Kranken nicht in dieser Weise beschreiben.⁸¹ Dass auch ihnen diese Beschreibungsebene prinzipiell durchaus zur Verfügung stand, zeigt die Tatsache, dass der Wohnungsnachbar sich ihrer bedient. Die Familie scheute sich allerdings offenbar, möglicherweise aus Empathie zu dem Kranken, auf einen derartigen ungeheuerlichen Vergleich zurückzugreifen und ihn womöglich in einem offiziellen Antragsverfahren aufzurufen. Vermutet werden kann aber, dass diese innere Abgrenzung, ein Empfinden von Abscheu, noch dazu verstärkt durch den anhaltenden Zwang, brisante und angespannte Alltagssituationen zu bewältigen, in der Konsequenz bedeuteten, dass man den

76 Prof. Baumer aus Gießen kommentierte die Aussage einer zu begutachtenden Patientin, sie sei von ihrem Schwiegersohn mehrfach geschlagen worden, mit dem Hinweis, er habe solche „*stultam stultorum tractationem*“ „*mehrmahlen bey dem gemeinen Volk beobachtet*“; HStAM, Best. 229 B III b, Reskr. 25.03.1774; vgl. dazu SAHMLAND, Physikatsgutachten, 25.

77 Die Gewaltbereitschaft gegenüber geistig behinderten Menschen wäre auch vor dem Hintergrund der elterlichen Befugnisse gegenüber ihren „*unmündigen*“ Kindern sowie allgemeiner im Kontext der Problematik der Gewalt in den Familien der frühen Neuzeit, insbesondere auch in der Ehe und unter den Geschlechtern zu untersuchen.

78 Das Allgemeine Preußische Landrecht von 1794 unterschied Rasende und Wahnsinnige, denen es die Rechte von Kindern zugestand, und Blödsinnige, die den Unmündigen gleichgestellt wurden; vgl. C. E. Graf von BENTZEL-STERNAU, Über die Rechte der Wahnsinnigen. In: Der neue teutsche Merkur 3 (1794) 65-85; 69.

79 Er habe keinerlei Distanz zu seinen Exkrementen, gebe „*nur zuweilen thierische Töne von sich*“ und könne Anfälle „*einer viehischen Wuth*“ bekommen; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 08.01.1782.

80 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

81 Damit sind philosophische ebenso wie medizinische Theoreme aufgerufen; diese Zusammenhänge können an dieser Stelle nicht näher dargestellt werden.

Kranken zu „bändigen“ versuchte.⁸² Eskalierte die Situation und drohte sie außer Kontrolle zu geraten, gab es tatsächlich kaum Handlungsspielräume, außer den Kranken einzusperren, ihn zu bewachen, ihn zu fixieren. All das sind ebenfalls Formen von Gewalt, die ganz wesentlich daraus erwachsen, dass humanere Mittel zur Bewältigung solcher Notlagen nicht verfügbar waren. Wenn sie in den Antragsunterlagen aufscheinen, ist davon auszugehen, dass diese Reaktionsweisen prinzipiell akzeptiert waren, zugleich aber die Notwendigkeit einer unmittelbaren Aufnahme in das Hospital unterstrichen.

Zeitpunkte der Antragstellung

Mit den so beschriebenen Entwicklungen ist ein Kontext benannt, der zu einem Aufnahmeantrag in das Hospital führen konnte. Es waren akute Situationen, die mit eigenen Mitteln nur vorübergehend zu meistern waren, weil hier Arbeitskräfte absorbiert wurden und/oder die Bereitstellung von Wachen bezahlt werden musste, zumal – im Unterschied zu manchen Zuständen geistiger Erkrankungen – eine Besserung und damit Entspannung der Lage nicht zu hoffen war.⁸³

Der eingangs erhobene, doch recht auffällige Befund einer Häufung der Antragstellung für geistig Behinderte in der Altersgruppe von 20-39 Jahren verweist jenseits pathologischer Erklärungen wie voranschreitender Krankheitsverläufe auf einen weiteren, als dominant anzusprechenden Zusammenhang.

Die geistig behinderten Menschen waren völlig abhängig von ihren sozialen Netzwerken. Diese bildeten eine wesentliche Rahmenbedingung ihrer Existenz, die sich jedoch im Laufe der Zeit zwangsläufig veränderte. Die Kinder standen in der Regel in der Obhut ihrer Eltern. Jene (sofern sie denn nicht zudem körperlich gehandicapped waren) entwickelten mit den Jahren zunehmende körperliche Kräfte, während bei diesen ein gegenläufiger Prozess einsetzte.⁸⁴ Das Ungleichgewicht der Kräfte verlagerte sich. Es wurde immer anstrengender, den Lebensunterhalt zu verdienen; oftmals war ein Ehepartner bereits verstorben, für den zurückbleibenden bedeutete dies die doppelte Last. Die gealterten Eltern, vor allem die Mütter, die als Witwen nun die Aufgaben übernehmen mussten, waren rein physisch nicht im Stande, den Kranken zu

82 Das Bild eines Tierbändigers im Umgang mit geisteskranken Hospitalinsassen verwendete Mauvillon: Bei seinem Besuch in Merxhausen zeigte er sich beeindruckt von dem „Respekt, den sich ihr Bändiger [ein Aufwärter – I.S.] bey diesen Geschöpfen zu verschaffen gewußt hat. Eben so sahe ich den Wärter in der hiesigen Menagerie [in Kassel – I.S.] in den Verschlag des Lövens hinein gehen, und ihn peitschen, wie wir etwa unsere Hunde peitschen, ohne daß dieß mächtige Thier es gevagt hätte, etwas anders zu thun, als furchtsam zu brüllen.“ (Anonym [Jacob MAUVILLON]), Nachrichten von den hessischen Samt=Hospitalien, besonders dem Kloster Marxhausen [J]. In: Journal von und für Deutschland 1/ 1 (1784) 29-36; 34.

83 Es sei darauf hingewiesen, dass es in einzelnen Fällen quasi Zwischenlösungen gab. Ein Junge, der mit zunehmendem Alter immer wilder und phasenweise gefährlich wurde, konnte für zwei Jahre im Waisenhaus in Kassel untergebracht werden. Nun hatte er das 15. Lebensjahr erreicht und wurde aus dieser Anstalt entlassen; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 01.02.1783. Ein 30jähriger Mann wurde wegen seiner Gewalttätigkeiten ins Gefängnis gebracht, und auch dies war keine dauerhafte Form der Sicherheitsverwahrung; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 04.03.1783. Nachdem Johannes M. mehrere Eigentumsdelikte begangen hatte, wurde er im Gefängnis in Kassel inhaftiert. Als man dort jedoch seine offensichtliche „Unklugheit“ feststellte, wurde er wegen Unzurechnungsfähigkeit wieder auf freien Fuß gesetzt, worauf er die ganze Gemeinde neuerlich in Furcht versetzte; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.11.1786.

84 Mehrfach wird ausdrücklich der Zusammenhang formuliert, dass bei körperlicher Integrität und erstarkenden physischen Kräften die Problemlagen sich verschärften; vgl. LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 23.01.1781; Reskr. 01.02.1783; Reskr. 14.03.1786.

versorgen, zu beaufsichtigen, ihn sicher zu kontrollieren.⁸⁵ Abgesehen davon ließ sich die Notwendigkeit des Broterwerbs kaum mit der Aufsichtspflicht vereinbaren. Nicht immer war das soziale Netz reduziert, um akute Versorgungsengpässe hervorzurufen. Die Quellen berichten von einem Ehepaar, das mehrere Kinder hatte, darunter ein geistig behindertes, das im Haus und auf der Straße Spektakel veranlasste. Die Frau und Mutter war jedoch ebenfalls offenbar geisteskrank, denn vor kurzem war sie nur mit dem Hemd bekleidet aus dem Haus gelaufen – und zudem hatte sich der verbliebene, 5jährige Sohn vor wenigen Tagen das Bein gebrochen.⁸⁶ Der Vater musste sich um drei hilfs- und zum Teil aufsichtsbedürftige Familienmitglieder kümmern. Zudem konnte er das Haus nicht verlassen, um seiner Arbeit als Zeugmachermeister nachzugehen, was aber angesichts der Armut der Familie nötig war. Trotz des vorhandenen sozialen Netzes war eine hochbrisante Situation eingetreten. Der Vater bat, den geistig behinderten Sohn in das Hospital aufzunehmen, um sich um seine Frau kümmern zu können, wie er angab, vermutlich aber auch, um eine gute Behandlung seines verunfallten Sohnes sicherstellen zu können, denn auf ihn konzentrierte sich die Zukunftsperspektive der Familie.

Manchmal sind es die Geschwister, die in der Nachfolge der Eltern die Betreuung eines Kranken übernehmen. So berichtet eine Quelle von einer geradezu arbeitsteiligen Organisation: Zwei Schwestern arbeiten im Tagelohn, eine dritte kümmert sich um die Pflege des geistig behinderten Bruders, während dieser bettelt.⁸⁷ Oftmals jedoch haben die Geschwister selbst eine Familie gegründet und müssen sich in armen Verhältnissen primär um deren Lebensunterhalt kümmern. Eine Mitversorgung kann allenfalls unter Einsatz des meistens sehr geringen Erbteils erfolgen und ist auf längere Sicht sehr fraglich.⁸⁸ Kommunale Versorgungsstrukturen sind nicht in einem Maße belastbar, als dass sie diese Fälle hätten ausgleichen können.⁸⁹ Vorzugsweise waren es also diese Mechanismen, die – zumal in prekären Situationen – dazu führten, dass um Aufnahme in das Hospital nachgesucht wurde.

Resumee

Quellenkritisch muss bewertet werden, dass die Informationen und Schilderungen aus den ausgewerteten Materialien zweckorientiert generiert wurden. Die Realität findet sich damit nicht unmittelbar abgebildet. Einer Antragsbewilligung war es wohl zuträglich, wenn gewisse Erwartungshaltungen bedient wurden. Tugenden wie ein moralischer Lebenswandel, Rechtschaffenheit sowie vom Anspruch her geordnete Familienverhältnisse gehörten sicher dazu. Manipulationen durch die Art der Darstellung und das Verschweigen von Fakten sind also durchaus einzukalkulieren – und dies sollte durch die Voten von Amtsvertretern vermieden oder mindestens

85 Eine einen Antrag stellende Mutter war vor drei Jahren verwitwet und hatte sechs Kinder, von denen der älteste, 30jährige Sohn krank war. Sie gab an, ihr kleines Vermögen sei mit Hypotheken belastet. Wenn sie alle Belastungen und Zinsen abrechne, ernte sie kaum so viel, um sich und ihre Kinder kümmerlich ernähren zu können; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 14.03.1786.

86 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

87 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 11.01.1783.

88 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 24.12.1782; Reskr. 16.03.1781.

89 So unterstützten die Gemeindevertreter einen Aufnahmeantrag unter Hinweis darauf, dass nach dem Tod des Vaters dessen Sohn der Gemeinde zur Last fallen werde; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1784.

minimiert werden. Dennoch kontrollierten sich die verschiedenen Stellungnahmen im Idealfall quasi gegenseitig, indem Unstimmigkeiten und Ungereimtheiten auffielen. Gleichwohl dokumentieren die Rezeptionsreskripte eine vielfältige Realität des Lebens mit geistiger Behinderung, und sie zeigen, dass diese Realität sehr komplex war. Es wäre die Vorstellung zu einfach, zu meinen, diese kranken Mitbewohner seien in der Dorfgemeinschaft einfach so „mitgelaufen“, und problematisch sei diese Praxis erst im Zuge moderner Tendenzen wie der Verstärkung und der Kleinfamilie geworden.⁹⁰ Insbesondere entspricht es auch nicht den Tatsachen, dass sie alle eingesperrt, ausgegrenzt und stigmatisiert worden wären. Vielmehr berichten die Quellen von dem deutlichen Bestreben, geistig behinderten Kindern und Jugendlichen eine Teilhabe und die Perspektive eines gesellschaftlich integrierten Lebens zu ermöglichen – durch Beschulung, religiösen Unterricht und Konfirmation. Es waren Ziele, die aufgrund der Ausprägung des Handicaps oftmals nicht oder nur sehr rudimentär erreichbar waren. Deutlich erkennbar ist auch, dass die Familien im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten oftmals bemüht waren, einem Kind mit geistiger Behinderung, die dezidiert mit einem Krankheitswert belegt wurde, medizinische Hilfe zukommen zu lassen.⁹¹ Mit ihren Einschränkungen waren differente Kinder und Jugendliche in die dörfliche Lebenswelt integriert, solange sie sich in einem Toleranzraum bewegten, dessen Gültigkeit allgemein akzeptiert war. In diesem Rahmen wurden an die Gemeinschaft zum Teil erhebliche Anforderungen gestellt; die Grenzen der Zumutbarkeit wurden überschritten, wenn der ‚normale‘ Arbeitsalltag durch diese Menschen zu sehr ‚behindert‘ wurde und konkrete Gefahren von ihnen ausgingen.

Das Leben mit geistiger Behinderung und mit geistig behinderten Personen zeigt sich in den Quellen als ein sehr dynamisches Geschehen. Die Situationslage entwickelte sich einmal nach Maßgabe des Zustandes eines Menschen mit geistiger Behinderung – womöglich verschlechterte sich das Krankheitsbild (etwa bei Anfallsleiden), es kamen weitere Komplikationen (wie ein Schlagfluss) hinzu, die zusätzliche Einschränkungen bedeuteten. Insbesondere wurden aus lenksamen Kindern allmählich Erwachsene – und hier waren ausschließlich männliche Personen im Fokus –, die ihr körperliches Kraftpotential einsetzen konnten, was die Lage wesentlich problembehafteter werden ließ. Zum zweiten änderten sich Situationen nach Maßgabe des verfügbaren Sozialkapitals. Bemessen am Parameter des Alters der Kranken bei Antragstellung ergibt sich hier ein klarer statistischer Befund, der nicht medizinisch begründbar ist, sondern der auf diesen Kontext veränderter sozialer Einbindungen verweist. Das soziale Netz wurde mit den Jahren dünner, die Versorger – in der Regel die Eltern – waren für die Aufgaben der Betreuung und Versorgung immer weniger belastbar und fielen schließlich ganz aus. Ersatzstrukturen waren nicht vorhanden oder wenig tragfähig. Vielfach kam beides zusammen: das Schwinden der physischen Leistungskraft der Pflegenden in Kombination mit zunehmend virulentem Verhalten des Kranken. Der Ausweg aus dieser Situation war der Antrag auf Aufnahme in das Hospital. Dies bedeutete eine Entlastung des sozialen Umfeldes ebenso wie die Übergabe des Kranken in eine neue Versorgungsstruktur, die ihm eine Zukunft sichern konnte. Die Daten der Quellen unter anderen Vorzeichen gelesen besagen aber auch: Das Leben

⁹⁰ Vgl. HAUSS, Zwangsjacke 14.

⁹¹ Damit werden neuere Forschungen zur Geschichte der Kindheit bestätigt, die überkommene Vorstellungen deutlich revidieren und nachweisen, dass die frühe Neuzeit durchaus einen sehr umsichtigen und empathischen Umgang mit Kindern pflegte; vgl. Iris RITZMANN, Sorgenkinder. Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert (Köln, Weimar, Wien 2008).

mit geistiger Behinderung wurde über viele Jahre in der Familie und in der Gemeinde gemeistert. Dies war nicht einfach, es verlangte die gemeinsame Aufmerksamkeit und die vereinten Kräfte der Gemeinschaft. Die Abgabe in das Hospital geschah dennoch nicht leichtfertig; erst wenn unverzichtbar notwendige Bedingungen verloren gingen, war das Hospital unter den Versorgungsmöglichkeiten oftmals das letzte Aufgebot.

Information zur Autorin

Irmtraut Sahmland, apl. Prof. Dr., Leiterin der Emil-von-Behring-Bibliothek. Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin der Philipps-Universität Marburg, Bahnhofstraße 7, D-35037 Marburg, Sahmland@staff.uni-marburg.de

Forschungsschwerpunkte: Medizin der frühen Neuzeit und des 19. Jahrhunderts, Hospitalgeschichte, Patientengeschichte, Geschichte der medizinischen Aufklärung, Geschichte der Geburtshilfe, Medizingeschichte in Hessen

Kontakt: Sahmland@staff.uni-marburg.de

Diether Kramer

Die Blattern in der Steiermark. Verbreitung und Bekämpfung im 19. Jahrhundert.¹

English Title

Smallpox in Styria – spreading and struggle against it during the 19th century.

Summary

For centuries smallpox used to be one of the most fatal infectious human diseases. Progress in medicine enabled to combat this disease effectively insomuch that smallpox has been eradicated in the 1970s. Nevertheless it was a long and winding road to go there. This paper illustrates the fight against smallpox in the Austrian crownland Styria. Although the method of smallpox vaccination was well known in Austria already at the beginning of the 19th century, smallpox remained a serious danger for almost another on75e hundred years. With a bunch of measures the Austrian government and local authorities ramped up the fight against smallpox and succeeded. Improvements of vaccine quality, vaccination programs for schoolchildren and soldiers, revaccination as well as emergency plans led to the repression of smallpox. This outcome is even more astonishing, by taking into account that in Austria a compulsory vaccination was introduced not before the year 1948. This paper outlines the development of smallpox morbidity as well as lethality in the former Austrian crownland Styria and how governmental activities affected the prevalence of smallpox.

Keywords

Blattern – Pocken – Steiermark – 19. Jahrhundert – Impfung – Infektionskrankheit – Österreich

Einleitung

Die Blattern bzw. Pocken waren über Jahrhunderte eine der fatalsten Krankheiten der Menschheit. Die Krankheit reduzierte beispielsweise die indigenen Völker Australiens und Amerikas um bis zu 50 Prozent und bei der Pockenepidemie in Island im Jahr 1707 starben sogar 17000 der 25000 BewohnerInnen.² In Europa und auch in Österreich erreichte der Anteil der Pocken- an der Gesamtsterblichkeit in

1 Dieser Artikel ist im Rahmen des Graz-Austrian Fertility Project (GAFP) entstanden. Ein Projekt des FWF: P 21157-G15. Im Internet: <http://www.uni-graz.at/en/wsgwww/wsgwww-gafp.htm> (10.07.2011)

2 James C. RILEY, Smallpox and American Indians Revisited. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 65 (2010). 445–447. 445-446, Susanne ANDREAE, Lexikon der Krankheiten und Untersuchungen. Die 1000 wichtigsten Krankheiten und Untersuchungen. (Stuttgart 2008) 847.

Epidemiejahren im 18. Jahrhundert rund zehn bis zwanzig Prozent, darunter befanden sich vorwiegend Kinder.³ Bedingt war diese hohe Sterblichkeit durch eine schnelle Verbreitung aufgrund der hohen Kontagiosität (ca. 95%) bei einer gleichzeitig sehr hohen Letalität (bis zu 50%). Und selbst bei Überleben einer Erkrankung hinterließ diese häufig lebenslang ihre Spuren am Körper der/des Erkrankten. Erblindung, Gehörlosigkeit, Lähmung oder Entstellung durch die zurückbleibenden Narben zählten zu den häufigen Komplikationen der Krankheit.⁴

In Anbetracht dieser Komplikationen der Krankheit kann es als eine der größten Erfolge der Weltgesundheitsorganisation gesehen werden, dass es gelang, die weltweite Eradikation der Krankheit zu erreichen. Seit nun mehr als 30 Jahren gelten die Pocken weltweit als ausgerottet.⁵ Den Grundstein dafür legte die von Edward Jenner im Jahr 1796 entdeckte Möglichkeit der Vakzination. Obwohl die Impfung in Österreich erstmals im Jahr 1799 erprobt wurde, dauerte es noch knapp 100 Jahre bis die Krankheit in Österreich und damit auch in der Steiermark weitestgehend zurückgedrängt werden konnte.⁶ Die Nichteinführung einer Impfpflicht, mangelnde Akzeptanz der Impfung in der Bevölkerung, Qualitätsmängel der Impfpflicht sowie die Fehleinschätzung des Immunisierungsgrades durch die Impfung führten dazu, dass die Pocken im Laufe des 19. Jahrhunderts noch einige Male epidemisch auftraten. Die folgenschwerste Epidemie in den Jahren 1872 bis 1875 kostete in der Steiermark über 6000 Menschen das Leben. Durch ein Bündel an Maßnahmen gelang es schließlich gegen Ende des 19. Jahrhunderts, auch ohne Einführung einer Impfpflicht, die Pocken endgültig in den Griff zu bekommen. Es ist Ziel dieses Beitrages, die Umsetzung dieser Maßnahmen und insbesondere die Auswirkungen derselben auf die Prävalenz der Krankheit in der Steiermark im 19. Jahrhundert, darzustellen.

Medizinischer Wissensstand gestern und heute

Um diese Forschungsfrage beantworten zu können, erscheint es zunächst notwendig die medizinischen Grundlagen der Pocken kurz zu betrachten, da dies für das Verständnis ihrer Verbreitungs- und Vermehrungsmöglichkeiten notwendig ist. Die Pocken sind eine hochkontagiöse Infektionskrankheit (95-100 Prozent), die durch das Variolavirus verursacht wird. Einziges Erregerreservoir für das Virus ist der Mensch. D.h. nur im menschlichen Körper kann sich das echte Pockenvirus vermehren, wobei auch nicht erkrankte Personen Überträger des Erregers sein können, beispielsweise

3 Alex J. MERCER, Smallpox and Epidemiological-Demographic Change in Europe: The Role of Vaccination. In: *Population Studies* 39 (1985) 287–307, hier 294; Kenneth F. KIPLER, (Hg.), *The Cambridge historical dictionary of disease* (Cambridge 2003). 301-302; Michael PAMMER, Pocken I. Gesundheitspolitik unter Franz II./I. *Historicum* (Frühling 2003) 17-21, hier 17.

4 Herbert HOF, Gernot GEGINAT, *Medizinische Mikrobiologie*. (Alexander Bob, Konstantin Bob (Hg.), *Duale Reihe*. Stuttgart 2002). 224-227; Maxim ZETKIN, Herbert SCHALDACH, Thomas LUDEWIG, *Lexikon der Medizin* (Köln 2005). 1594; Willibald Pschyrembel (Hg.), *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (Berlin, New York 2004). [Variola]

5 WHO, Smallpox Factsheet. Im Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/smallpox/en/> (03.11.2011).

6 Gustav PAUL, Die Entwicklung der Schutzpockenimpfung in Oesterreich. In: *Commission der Oesterreichischen Wohlfahrts-Ausstellung Wien 1898* (Hg.): *Oesterreichs Wohlfahrts-Einrichtungen 1848-1898. Festschrift zu Ehren des 50jährigen Regierungsjubiläum Seiner k. u. k. Apostolischen Majestät des Kaiser Franz Joseph I.* (Wien 1900) 433-451; hier 433-434; Marius KAISER, *Pocken Und Pockenschutzimpfung. Ein Leitfaden für Amtsärzte, Impfarzte und Studierende der Medizin* (Wien 1949) 74-77.

durch Anhaften der Viren an ihrer Kleidung. Zumeist erfolgt die Übertragung allerdings aerogen. Die Inkubationszeit beträgt zwischen einer und zwei Wochen. Nach einer Vermehrung der Viren in den Schleimhäuten der Atemwege gelangt das Virus über die Lymphknoten in die Blutbahn und schließlich in die Haut, Schleimhaut, Milz, Leber sowie das Knochenmark. Die Krankheit beginnt mit Fieber und Schüttelfrost sowie Kopf- und Rückenschmerzen. Ab diesem Zeitpunkt sind infizierte Personen ansteckend. Nach drei bis vier Tagen sinkt die Körpertemperatur treppenförmig und es kommt zu einem Hautausschlag aus dem sich innerhalb von wenigen Tagen die typischen eitrigen Pusteln bilden. Bei nicht tödlichem Verlauf kommt es zum Abfall der infektiösen Krusten nach ca. ein bis drei Wochen.⁷

Die Symptomatik der Krankheit ist so einzigartig, dass die Beschreibung des Konversationslexikons Brockhaus aus dem Jahr 1867 sich kaum von der heutigen Beschreibung unterscheidet:

*„Die Pockenkrankheit beginnt mit Fieber und Abgeschlagenheit, Schmerzen in den Gliedern und im Rücken, Erbrechen, Schlingbeschwerden, und es erscheinen gewöhnlich am Ende des dritten Tages zuerst im Gesicht, und von da bis zum sechsten Tage sich weiter von oben nach unten über die übrige Haut verbreitend, linsengroße, etwas erhabene rotte Flecken...“*⁸

Allerdings waren die Übertragungsmöglichkeiten noch gänzlich unbekannt. Zwar wurde die Krankheit als *ansteckend* beschrieben, doch war die Existenz von Viren noch nicht entdeckt. Das Pockenvirus im Speziellen wurde erst im Jahr 1907 von Enrique Paschen entdeckt.⁹

Grundsätzlich können drei Arten der Pocken unterschieden werden. Erstens die Variola major, die klassischen Pocken, mit einer Letalität von bis zu 50 Prozent. Zweitens die Variola mitigata oder Variolois, die infolge von Rest- bzw. Teilimmunität auftreten kann. Drittens die Variola minor, ausgelöst durch eine Subspezies des Variolaviruses, die milder und kürzer verlief und dadurch auch eine wesentlich niedrigere Letalität aufweist. Bei Erkrankung an Variola major bleiben aufgrund der Infektion der Schweißdrüsen häufig Narben und bei rund 30 Prozent der Erkrankten eine dauerhafte Erblindung zurück. Wie bei vielen viralen Erkrankungen, könnte auch heute noch nur symptomatisch und nicht ursächlich behandelt werden.¹⁰

Eine Besonderheit der Variola major ist, dass nach einmal überstandener Krankheit lebenslange Immunität besteht. Dies gilt zwar nicht für die Variola minor, allerdings besteht eine zumindest mittelfristige Immunität nach überstandener Erkrankung an, ebenfalls zur Gattung der Orthopoxviren gehörenden, Kuhpockenvirus. Eben diese Möglichkeit der Immunisierung machte sich der Mensch zu Nutze.

7 HOF, GEGINAT, Medizinische Mikrobiologie. 224-227; ZETKIN, SCHALDACH, LUDEWIG, Lexikon der Medizin. 1594; Psyhyrembel, Wörterbuch [Variola]

8 F. A. Brockhaus (Hg.), Conversations-Lexikon. Allgemeine deutsche Real-Enzyklopädie für die gebildeten Stände. Elfte, umgearbeitete, verbesserte und vermehrte Auflage. In fünfzehn Bänden (Leipzig 1864 - 1868). III. 320.

9 Werner E. GERABEK, Bernhard D. HAAGE, Gundolf KEIL, Wolfgang WEGNER (Hg.), Enzyklopädie Medizingeschichte (Berlin 2005). 1171-1172.

10 HOF, GEGINAT, Medizinische Mikrobiologie 224-227; ZETKIN u.a, Lexikon der Medizin 1594; Psyhyrembel [Variola]; Gabriele HAHN, Michael SCHERER, (Hg.), Lexikon der Medizin (Bergisch Gladbach ca. 1993). 293; ANDREAE, Lexikon Krankheiten 847.

Die Impfung

Als Vorläufer der eigentlichen Impfung gilt die von Mary Wortley Montagu, Frau des britischen Botschafters in Konstantinopel, zu Beginn des 18. Jahrhunderts nach England gebrachte Variolation. Hierbei wurde versucht eine Immunisierung durch Übertragung der Pustelflüssigkeit zu erreichen. Die Immunisierung gelang zwar, doch starben rund vier Prozent an der Variolation selbst. Es folgten Experimente an Verurteilten in England sowie an Sklaven in Amerika.¹¹ In Österreich kam es ab 1768 zur sehr vereinzelt Durchführung dieser Methode.¹²

Aus medizinhistorischer Sicht gelang der endgültige Durchbruch in der Bekämpfung der Pocken Edward Jenner, einem englischen Wundarzt, der im Jahre 1796 nachwies, dass auch eine überstandene Erkrankung an den wesentlich günstiger verlaufenden Kuhpocken zu einer Immunisierung führt. Dazu infizierte Jenner einen achtjährigen Buben mit dem Erreger der Kuhpocken und sechs Wochen später, vergeblich mit echten Pocken. Die von Jenner entwickelte Vakzination (vom lateinischen vacca = Kuh) wurde in Österreich erstmals 1799 erprobt.¹³

In der Bevölkerung wurde die Impfung teils kritisch aufgenommen. Dies zeigt sich in der Impfbereitschaft, denn lange Zeit wurden in der Steiermark nur rund zwei Drittel der Geborenen geimpft (vgl. hierzu Abb. 3). Die Gründe hierfür können für die Steiermark nicht belegt werden, doch können die Ergebnisse deutscher Studien zur Argumentation herangezogen werden. Impfverweigerung war zum einen dadurch bedingt, dass Auffassungen vorherrschten, die Krankheit sei notwendig für die körperliche Entwicklung eines Kindes und man nicht den Willen Gottes ändern sollte.¹⁴ Zum anderen trug auch die berechtigte Furcht vor Impfkomplicationen zu einer gewissen Unsicherheit bei. Hinzu kam, dass trotz hoher Impfquoten die Krankheit vorerst nicht eliminiert werden konnte. Dies hatte zur Folge, dass die neue medizinische Erkenntnis vermehrt auch skeptisch betrachtet wurde und führte zu einer Kontroverse zwischen Verteidigern und Gegner der Pockenschutzimpfung.¹⁵ Dabei versuchten Impfgegner die statistischen Nachweise der Befürworter durch eigene statistische Belege zu entkräften. Beiden Seiten unterliefen hierbei, absichtlich oder nicht, Fehler. Ein sehr plakativer Versuch der Pockenimpfung jegliche Wirkung in Abrede zu stellen findet sich bei Reinhard Gerling: „Die Pocken=Impfung ist eine soziale Gefahr.“¹⁶ Das Hauptergebnis Gerlings, dass mehr Geimpfte an den Pocken erkrankten als Nichtgeimpfte ist allerdings wertlos, da die Impfquote nicht berücksichtigt wurde.

11 GERABEK u.a, Enzyklopädie 1172.

12 P. KÜBLER, Geschichte der Pocken und der Impfung. (Otto SCHJERNING (Hg.), Bibliothek von Coler. Sammlung von Werken aus dem Bereiche der medicinischen Wissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Gebiete. Band 1 (Berlin 1901) 134-135.

13 PAUL, Entwicklung der Schutzpockenimpfung 433-434; KÜBLER, Geschichte der Pocken und Impfung 174-175; KAISER, Pocken 77.

14 Eberhard WOLFF, Triumph! Getilget ist de Scheusals lange Wuth. Die Pocken und der hindernisreiche Weg ihrer Verdrängung durch die Pockenschutzimpfung. In: Hans WILDEROTTER, Michael DORRMANN (Hg.), Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte (Berlin 1995) 159.

15 Vgl. dazu Eberhard WOLFF, Medizinkritik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt- und Wissenschaftsorientierung. In: Martin DINGES (Hg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich ca. 1870 - ca. 1933, Robert JÜTTE (Hg.), Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 1996) 79-108, hier 102-105.

16 Reinhard GERLING, Die Pocken=Impfung ist eine soziale Gefahr. Separatabdruck aus der Sammlung Naturärztlicher Vorträge 'Licht-Luft-Wasser!' (Berlin ca. 1898) 7.

Bestärkt wurden die Impfgegner auch durch Impfkomplicationen, wie beispielsweise die Übertragung von Syphilis durch die in der Wiener Findelanstalt bis zum Jahr 1877 hergestellte Impfflymphe.¹⁷

Die Eradikation der Pocken, auch auf regionaler Ebene, konnte zunächst gar nicht gelingen, da man dem Irrglauben unterlag, dass die Impfung ebenso zu einer lebenslangen Immunität führt wie eine überstandene Erkrankung. Dies tat sie allerdings nicht und viele bereits geimpfte Personen erkrankten an den Pocken. Bei modernen Impfstoffen geht man davon aus, dass diese eine vollständige Immunität je nach Dosierung für zumindest drei, vermutlich aber zehn Jahre verleihen.¹⁸ Eine Untersuchung der Leipziger Ärzte Wunderlich und Thomas im Jahr 1871 im Leipziger städtischen Krankenhaus zeigte, dass kein geimpftes Kind unter acht Jahren, auffällig viele aber über zehn Jahren, von der Pockenepidemie im Jahr 1871 erfasst wurden.¹⁹ D.h. man kann von einer vollständigen Immunität durch die damaligen Impfstoffe von maximal zehn Jahren ausgehen. In Österreich erkannte man diesen Umstand schon sehr früh, so wurde bereits im Jahr 1840 festgehalten: „Die in der neueren Zeit gemachten Erfahrungen haben unfehlbar dargethan, daß selbst die echt verlaufene Vaccine nicht jedermann lebenslänglich vor den Menschenblattern schützt.“²⁰ Die Konsequenz aus dieser Erkenntnis mussten, um die Pocken endgültig zu besiegen, Revakzinationen sein. Doch ließ sich nur eine geringe Zahl der Bevölkerung tatsächlich ein zweites Mal impfen.²¹

Daten

Die enorme Bedeutung der Pocken als Todesursache spiegelt sich in der Datenerhebung wider. So gibt es Aufzeichnungen sowohl über die Todesfälle als auch die durchgeführten Pockenimpfungen schon seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Für den vorliegenden Artikel wurden die Publikationen der Österreichischen Statistik (Sanitätsstatistik²², Bevölkerungsbewegung²³) sowie die Berichte des Statthalterei-Sanitäts-Departements der Steiermark²⁴ verwendet. Des

17 Vgl. KAISER, Pocken 83-87.

18 Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Service (Hg.), Smallpox Fact Sheet (2003). Im Internet: <http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/vaccination/pdf/vaccine-overview.pdf>. (03.11.2011); WHO Factsheet

19 Carl von MAROUSCHEK MAROÓ, Ebbe- und Fluthbewegungen im Auftreten der Blatternepidemien und ihr Verschwinden mit der Einführung der allgemeinen Impfung und Revaccination. In: Das österreichische Sanitätswesen II (1890) 465–532, hier 483; WOLFF, Medizinkritik 101-102.

20 Hofkanzley=Decret über die Einführung der Revaccination der bereits Geimpften, zur lebenslänglichen Sicherung gegen die Menschenblattern vom 30. Julius 1840. In: Gesetze und Verordnungen für sämtliche Provinzen des Österreichischen Kaiserstaates, mit Ausnahme von Ungarn und Siebenbürgen, 305–307.

21 DAIMER, Todesursachen 113.

22 Bureau der k.k. Statistischen Central-Commission (Hg.), Bewegung der Bevölkerung der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder. In: Österreichische Statistik (Wien 1882ff). (ÖSTAT, Bewegung der Bevölkerung); Bundesamt für Statistik, Die Bewegung der Bevölkerung in den Jahren 1914 bis 1921. Beiträge zur Statistik der Republik Österreich (Wien 1923).

23 Bureau der k.k. Statistischen Central-Commission (Hg.), Statistik des Sanitätswesens der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder. In: Österreichische Statistik (Wien 1882ff). (ÖSTAT, Sanität)

24 Statthalterei-Sanitäts-Departement, Sanitätsbericht für Steiermark pro 1888 (Graz 1889). Statthalterei-Sanitäts-Departement, Das Steiermärkische Sanitätswesen im Jahre 1896. und dessen Entwicklung in den letzten 25 Jahren (Graz 1898). Statthalterei-Sanitäts-Departement, Das Steiermärkische Sanitätswesen im Jahre 1906. Mit Rückblick auf die letzten 10 Jahre (Graz 1909).

weiteren sind zahlreiche Daten in zwei ausführlichen Artikeln von Josef Daimer²⁵ enthalten und zusätzlich wurde der Epidemiebericht des Bezirksamtsarztes von Müzzzuschlag über die Pockenepidemie in den Jahren 1881/82 hinzugezogen.²⁶

Bei den aufgezeichneten Blatterntodesfällen darf allerdings nicht von einer absoluten Verlässlichkeit (aufgrund mangelnder ärztlicher Beglaubigung der Todesursachen) ausgegangen werden. *„Doch dürfte die Ungenauigkeit sehr gering sein bei einer Krankheit, wie die Blattern, die der Leiche ein so charakteristisches Aussehen gibt, dass selbst der Laie als Todtenbeschauer in den allerseltensten Fällen bei der Diagnose zweifelhaft werden kann und eine Verwechslung mit einer anderen Krankheit kaum vorkommen dürfte.“*²⁷ Aufgrund der hohen Anzahl an Opfern durch die Pocken und den einfachen Erkennungsmerkmalen dürfte es einem großen Teil der Bevölkerung möglich gewesen sein, diese als solche einzustufen zu können. Naheliegend wären Verwechslungen mit anderen Krankheiten mit Manifestationen an der Haut und hier insbesondere den Windpocken (Schafblattern).²⁸

Im Gegensatz zu den Windpocken, sind allerdings bei den Pocken alle Effloreszenzen im gleichen Stadium und da der Verlauf der Windpocken um ein vielfaches günstiger ist, kann eine Verfälschung der Todesursachen daher nur eine sehr geringfügige sein.

Unregelmäßigkeiten weist hingegen die Impfstatistik auf. Die Kategorie ‚Anzahl der Ungeimpften vom Vorjahre verblieben‘, sollte eigentlich ident sein mit der Kategorie ‚Anzahl der in diesem Jahr ungeimpft verbliebenen Personen‘ des Vorjahres. Das ist sie aber nicht immer. Die Kategorien ‚Anzahl der Ungeimpften seither zugewachsen‘ und ‚Wegfall durch Tod‘ widersprechen den Zahlen der Bevölkerungsbewegung. Dies kann zum einen Teil dadurch erklärt werden, da das österreichische ‚Impfjahr‘ nicht Deckungsgleich mit dem Kalenderjahr war. Denn laut Impfgesetz waren die Seelsorger verpflichtet: *„[...] in jedem Märzmonathe einen Ausweis über die im vergangenen Jahre geborene Kinder zu verfassen und denselben unmittelbar an die politischen Ortsobrigkeiten zu übergeben [...]“*²⁹ D.h. das ‚Impfjahr‘ begann im März und endete im Februar des Folgejahres. Zum anderen hätte die Kategorie ‚Wegfall durch Auswanderung‘ besser ‚Wegfall durch Übersiedlung‘ geheißen. Durch die Bezeichnung Auswanderung wurden große Teile der Binnenwanderung nicht erfasst: *„Dabei ist zu bedauern, dass die Sanitätsorgane für diese übersiedelten Kinder jede Evidenz fehlt [...]“*³⁰ Eine andere Unstimmigkeit ergibt sich beim Abgleich der Steiermärkischen Sanitätsstatistik mit der Österreichischen Sanitätsstatistik. Wie in Tab. 1 gezeigt, gibt es in einigen Jahren weniger an Blattern erkrankte als erblindete. Da eine Erkrankung aber notwendige Voraussetzung für eine Erblindung ist, sind entweder die Blatternerkrankungen oder die Erblindungen nicht korrekt erfasst. Es kann daher nicht auf alle erhobenen Daten zurückgegriffen werden.

25 Josef DAIMER, Geburten und Sterblichkeitsverhältnisse in Oesterreich während der Jahre 1819-1899. Mit 11 Tafeln. In: Das österreichische Sanitätswesen XIV (1902). 1-82; Josef DAIMER, Todesursachen in Österreich während der Jahre 1873-1900. Mit 7 Tafeln. In: Das österreichische Sanitätswesen XIV (1902) 83-178.

26 A. KUPFERSCHMID, Schluss-Bericht über die vom December 1881 bis April 1882 herrschend gewesene Blattern-Epidemie im Epidemie-Bezirk Markt Müzzzuschlag. Separat-Abdruck aus dem Med.-Chir. Central-Blatt Nr. 12 etc. Jahrg. 1883 (Wien 1883).

27 Friedrich PRESL, Blattern und Impfung in Österreich während des Decenniums 1873-1882. In: k.k. Statistischen Central-Commission (Hg.), Statistische Monatsschrift XI (1885) 529-540, hier 530.

28 DAIMER, Todesursachen 101.

29 Hofkanzley-Decret über die Kuhpocken=Impfung in den k.k. Staaten vom 10. Julius 1836. In: Gesetze und Verordnungen für sämtliche Provinzen des Österreichischen Kaiserstaates, mit Ausnahme von Ungarn und Siebenbürgen. 755-801. §34 Absatz 3.

30 PRESL, Blattern und Impfung 537.

Tabelle 1: Unregelmäßigkeiten in der Sanitätsstatistik

Jahr	Erkrankungen	Todesfälle	Erblindet in Folge von Blattern
1890	1129	182	28
1891	175	30	35
1892	2	-	45
1893	21	2	32
1894	30	12	36
1895	112	22	33
1896	3	-	38

Quelle: STATTHALTEREI-SANITÄTS-DEPARTEMENT 1898; ÖSTAT, Sanität

Die Entwicklung der Todesfälle

„Vor 50 Jahren begegnete man noch allgemein vielen Menschen, deren Gesicht von Blattern gräßlich entstellt war; gegenwärtig kann man ganz Steiermark durchwandern, und wird nur wenige derlei Exemplare finden.“³¹ So fasste der k.k. Bezirksarzt Mathias Macher die Verbreitung der Pocken im Jahr 1860 zusammen. Dieses Zitat bestätigt den Rückgang der Pocken seit der Einführung der Impfung aus der Sicht eines Zeitgenossen. Diesen Rückgang belegen auch die vorliegenden Zahlen: So starben in der Steiermark im Zeitraum 1777 bis 1806 im Durchschnitt pro Jahr 1052 Menschen pro einer Million Einwohner (dies entspricht 3,5% der Sterbefälle im gesamten Zeitraum). Zwischen 1807 und 1850 starben hingegen nur 446 pro einer Million Einwohner (1,5% der Verstorbenen).³² Dieser mit der Einführung der Impfung zeitgleiche Rückgang der Sterblichkeit, kann auch in anderen europäischen Ländern nachgewiesen werden.³³

Ab dem Jahr 1828 stehen jährliche Todeszahlen für die Steiermark zur Verfügung. Abb. 1 zeigt den prozentuellen Anteil der an den Pocken Verstorbenen in der Steiermark zwischen 1828 und 1918. Die erste hier dargestellte Pockenepidemie ist jene im Jahr 1832. Danach folgten weitere Epidemien im Abstand von drei bis acht Jahren, wobei die Epidemien in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine leicht abnehmende Tendenz in ihrer Fatalität aufweisen, während gleichzeitig die Abstände zwischen den Epidemien sich verkürzen. Schließlich folgte in den Jahren 1872 bis 1875 die Epidemie mit der höchsten Mortalität des 19. Jahrhunderts. Über sieben Prozent der Verstorbenen konnten im Spitzenjahr 1874 auf Pocken zurückgeführt werden, insgesamt fielen in diesen vier Jahren über 6000 Menschen der Krankheit zum Opfer. Schließlich folgten noch zwei kleinere Epidemien: Eine von 1880 bis 1884 mit 3454 Todesopfern und zum letzten Mal gab es ein epidemisches Auftreten der Pocken in der Steiermark in den Jahren 1887 bis 1890 mit einer vergleichsweise geringen Opferzahl von 765.

31 Matthias MACHER, Medizinisch-Statistische Topographie des Herzogtumes Steiermarks (Graz 1860) 148.

32 GENERAL BOARD OF HEALTH (Hg.), Papers relating to the History and Practice of Vaccination (London 1857) XXIII.

33 Vgl. dazu z.B.: MERCER, Smallpox 298, 303, 305, Peter SKÖLD, From Inoculation to Vaccination. Smallpox in Sweden in the Eighteenth and Nineteenth Centuries. In: Population Studies 50 (1996) 247-262, hier 248.

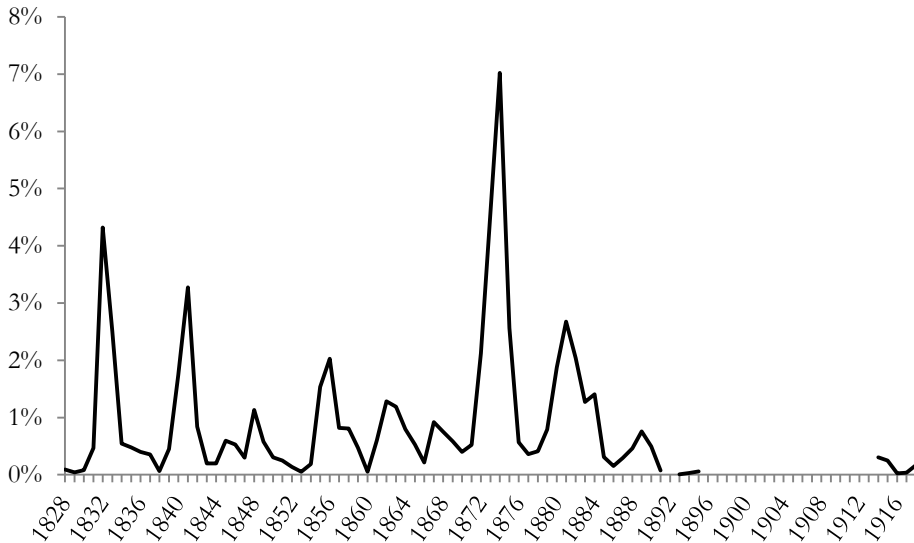


Abbildung 1: Sterbefälle an Pocken in Prozent der Verstorbenen 1828-1918 in der Steiermark
 Quelle: DAIMER, Todesursachen 102-103; BUNDESAMT FÜR STATISTIK 1923

Obwohl die Sterblichkeit im 19. Jahrhundert nicht mehr das Niveau des 18. Jahrhunderts erreichte, blieben die Pocken in der Steiermark noch bis zum Ende des 19. Jahrhunderts eine der häufigsten Todesursachen. Die Impfung reduzierte hierbei die Sterbefälle auf zwei Wegen. Erstens auf einem direkten Weg durch Immunisierung. Zweitens durch eine Veränderung der Altersstruktur der Erkrankten. Grundsätzlich gilt, im Falle endemischer Pocken, sind fast ausschließlich Kinder betroffen.³⁴ Durch die Impfung wurden die Erkrankungen bei Kindern zurückgedrängt. Nun fehlte diesen Kindern jedoch im Erwachsenenalter die natürliche Immunität infolge überstandener Pocken. D.h. nach Ende der Immunität durch die Kuhpockenimpfung und bei fehlender Auffrischung konnte die Krankheit jederzeit wieder ausbrechen. Aus der typischen Kinderkrankheit wurde eine Krankheit, die in allen Altersklassen auftrat. Dies führte indirekt, aufgrund der besseren körperlichen Verfassung außerhalb des Kleinkindalters, zu einer Senkung der Sterblichkeit.³⁵ Zusätzlich könnte die eventuell vorhandene Teil- bzw. Restimmunität zu einem milderem Verlauf der Krankheit beigetragen haben.

Für die österreichische Reichshälfte kann der Nachweis einer ‚Alterung‘ der Pocken auf Kronlandebene nicht erbracht werden, da erst ab dem Jahre 1896 die Altersstruktur in Kombination mit der Todesursache veröffentlicht wurde – zu einer Zeit, in der die Blattern fast ausschließlich nur noch in Galizien und der Bukowina vorkamen und der Anteil an der Gesamtsterblichkeit lediglich 0,12 Prozent betrug.³⁶ Es kann jedoch exemplarisch auf die Analyse der Epidemie in Mürzzuschlag in der

34 RILEY, Smallpox 452.

35 Ebd., 451-452.

36 ÖSTAT, Bewegung der Bevölkerung .

Obersteiermark zwischen Dezember 1881 und April 1882 zurückgegriffen werden.³⁷ Dieses Beispiel kann durchaus als repräsentativ für die Steiermark gesehen werden, da sowohl die Art des Impfstoffes als auch die Durchführung der Impfung steiermarkweit nicht variierte (vgl. dazu die Ausführungen unten).

In Tab. 2 sind die Erkrankungen und Todesfälle dargestellt. Leider gibt es keine Zahlen über die Impfquote zu diesem Zeitpunkt, daher kann der Schutz der Impfung vor einer Pockenerkrankung nicht nachgewiesen werden. Ersichtlich ist aber ein klarer Unterschied zwischen den Geimpften und Nichtgeimpften. Bei den geimpften Personen erkranken vorwiegend jene im Alter zwischen 15 und 50 Jahren. Lediglich 16 Prozent der geimpft erkrankten Personen sind jünger als zehn Jahre. Hingegen hat bei den Ungeimpften die Sterblichkeit ihren Höhepunkt in den ersten Lebensjahren - 75,4 Prozent der Erkrankten sind unter zehn Jahre alt. Erkennbar ist auch die deutlich niedrigere Letalität der geimpften Personen. Diese beträgt vier Prozent (3 von 75) bei den Geimpften und 38,6 Prozent (22 von 57) bei den Ungeimpften. Ob dieser Umstand auf eine bessere körperliche Verfassung außerhalb des Kindesalters (indirekter Einfluss der Impfung) oder auf eine Teil- bzw. Restimmunität (direkter Einfluss der Impfung) zurückzuführen ist, sei dahingestellt.

Tabelle 2: Pockenepidemie im Markt Mürzzuschlag 1881/82

Alter (Jahre)	Bevölkerung (1880)	Erkrankt				Gestorben		
		Geimpft	% der Geimpften	Nichtgeimpft	% der Nichtgeimpften	Geimpft	Nichtgeimpft	Zusammen
0-1	71	2	2,7%	13	22,8%		10	10
1-2	68	1	1,3%	9	15,8%		6	6
2-3	63	1	1,3%	6	10,5%		1	1
3-4	56	4	5,3%	4	7,0%	1	1	2
4-5	79	2	2,7%	2	3,5%			0
5-7	127	1	1,3%	5	8,8%			0
7-10	172	1	1,3%	4	7,0%			0
0-10	636	12	16,0%	43	75,4%	1	18	19
10-15	200	4	5,3%	2	3,5%			2
15-20	207	14	18,7%	5	8,8%			1
20-30	508	19	25,3%	4	7,0%	1	3	5
30-40	493	12	16,0%	1	1,8%			1
40-50	378	10	13,3%	1	1,8%	1	1	2
50-60	271	3	4,0%		0,0%			1
60+	178	1	1,3%	1	1,8%			1
Summe	2871	75	100,0%	57	100,0%	3	22	32

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von: KUPFERSCHMID, Mürzzuschlag 26

37 KUPFERSCHMID, Mürzzuschlag.

Die Impfung konnte zwar nicht vollständig vor einer Erkrankung schützen, doch milderte sie den Krankheitsverlauf und senkte dadurch die Letalität. Dies konnte auch in Chemnitz im Jahre 1873 festgestellt werden. So erkrankten nur 1,6 Prozent der Geimpften, hingegen jeder zweite Nichtgeimpfte.³⁸ Zum anderen betrug die Letalität der Geimpften zu dieser Zeit im Schnitt nur ein Viertel der Letalität der Nichtgeimpften.³⁹ Es gab also eine wirksame Waffe gegen die Krankheit ohne den Erreger identifiziert zu haben. Und es gelang die Krankheit zurückzudrängen, dennoch konnte erst im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts die Krankheit in der Steiermark eradiziert werden, dann allerdings überraschend schnell.

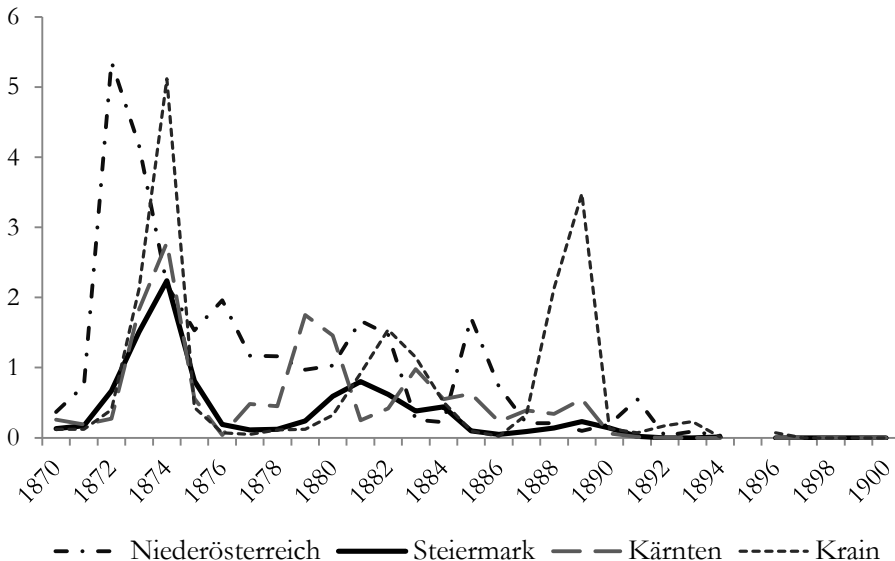


Abbildung 2: Pockensterblichkeit auf 1000 EinwohnerInnen in Niederösterreich, Steiermark, Kärnten und Krain 1870-1900.

Quelle: DAIMER, Todesursachen 102-103

Werfen wir abschließend nun noch einen Blick auf den Verlauf der Pockensterblichkeit in der Steiermark und den benachbarten Kronländern Niederösterreich, Kärnten und Krain in Abb. 2. Zwar gelang es auch in diesen Kronländern die Pocken noch vor Ende des 19. Jahrhunderts zu besiegen, doch erst deutlich nach der Steiermark. Insbesondere die Pockenepidemie in Niederösterreich im Jahr 1885 als auch jene in Krain um das Jahr 1889 konnten sich in der Steiermark nicht mehr ausbreiten und auch in Kärnten blieb die Pockensterblichkeit noch über dem Niveau der Steiermark. Die Steiermark hatte somit eine Vorreiterrolle inne.

38 WOLFF, *Medizinkritik* 101.

39 J. SCHNELLER [Rezension], *Der Werth der Impfung in Zahlen*. In: k.k. Statistischen Central-Commission (Hg.), *Statistische Monatsschrift I* (1875) 486–487.

Maßnahmen zur Bekämpfung der Pocken

Es soll nun gezeigt werden, welche Maßnahmen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ergriffen wurden, welche letztendlich zur Tilgung der Pockenkrankheit in der Steiermark führten. Zunächst würde es nahe liegen, dass dies in der Steiermark mit einem konsequenter durchgeführten Impfprogramm erreicht wurde. Einen Anhaltspunkt über die Entwicklung der Impfquote gibt Abb. 3.⁴⁰

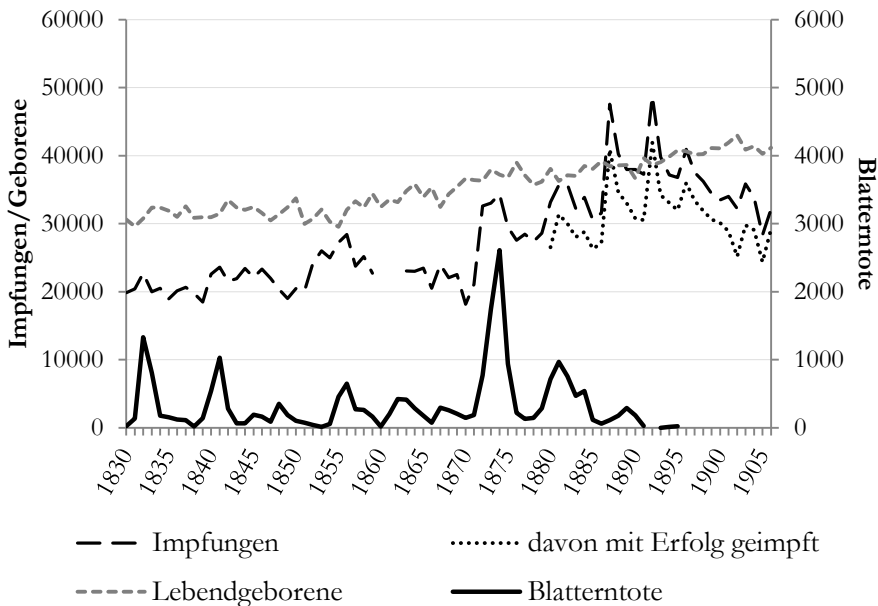


Abbildung 3: Erstimpfungen⁴¹ und Lebendgeborene Steiermark

Quellen: DAIMER, Todesursachen 102-103; 110-111; DAIMER, Geburten- und Sterblichkeitsverhältnisse 28-29, ÖSTAT, Sanität; ÖSTAT, Bewegung der Bevölkerung

Es ist wenig verwunderlich, dass die Krankheit weiterhin existieren und sich auch verbreiten konnte, da vor den 1880er Jahren nie eine völlige Durchimpfung erreicht wurde. Es zeigt sich auch eine klar höhere Impfbereitschaft der Bevölkerung in Epidemiejahren. Im Jahr 1887 überstieg dann erstmals die Anzahl der Erstimpfungen die Anzahl der Geburten in der Steiermark. Diese Spitze kann in einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Erlass der steiermärkischen Statthalterei vom 28. Juli 1886 Z. 12687 gebracht werden.⁴² Die Statthalterei erkannte einen hinter den Erwartungen

40 Es gilt zu beachten, dass das Impfsjahr von März bis Februar andauerte, Geburten hingegen je Kalenderjahr gemessen wurden. Nun überlebten nicht alle Säuglinge ihr erstes Lebensjahr, rund 20 Prozent verstarben vor ihrem ersten Geburtstag. Da geimpfte und ungeimpfte Säuglingstote jedoch nicht voneinander differenziert werden können, ist eine exakte Bestimmung der Impfquote nicht möglich.

41 Bis zum Jahr 1882 auch inkl. Wiederimpfungen diese waren aber zahlenmäßig „verschwindend“ klein. Statthalterei-Sanitäts-Departement, Das steiermärkische Sanitätswesen im Jahre 1896. und dessen Entwicklung in den letzten 25 Jahren (Graz 1898). 106.

42 Erlass des k.k. Statthalters in Steiermark vom 28. Juli 1886, Zahl 12687. In: Franz LAUTNER (Hg.), Kundmachung des k. k. Statthalters in Steiermark vom 4. Februar 1890, L.-G.- und B.-Bl. Nr. 16

zurückliegenden Impfzustand der Bevölkerung. Die Epidemie zu Beginn der 1880er Jahre zeigte, dass jene Maßnahmen⁴³, die nach der großen Epidemie der ersten Hälfte der 1870er Jahre getroffen wurden, nicht den gewünschten Erfolg zeigten. Im Erlass vom 28. Juli 1886 wurde nun versucht mithilfe einer Zusammenstellung der Normen über die öffentliche Impfung deren Durchführung zu verbessern. Hierbei wurde insbesondere auf die Verantwortung der Matrikenführer sowie der Gemeindevorsteher bei der Erfassung der Impflinge hingewiesen. Zusätzlich wurde festgelegt, dass auch jene Kinder als Impflinge zu erfassen sind, die bereits das ‚impfpflichtige Alter‘ von sechs Jahren überschritten hatten. Offensichtliche Folge dieses Erlasses war, dass die Zahl der Impflinge von 54206 im Jahr 1886 auf 68401 im Jahr 1887 sprang. Gleichzeitig nahmen auch die durchgeführten Impfungen von 31573 (1886) auf 47577 (1887) zu.⁴⁴ Die zweite Spitze im Jahr 1892 erklärt sich mit der Durchführung von Schulkinderimpfungen. Im Jahr 1891 veranlasste das Ministerium für Cultus und Unterricht per Erlass vom 9. Juni 1891⁴⁵ die Förderung der Erstimpfungen und Revakzinationen bei allen Schulkindern. Hierzu sollten alle ungeimpften Kinder bzw. all jene die eine Impfung nicht nachweisen konnten, von den Schulleitern registriert und diese Verzeichnisse an die zuständigen Sanitätsbehörden weitergereicht werden. Die Maßnahmen zeigten Wirkung. Es gelang in diesem Zeitraum, dass mehr Kinder geimpft als geboren wurden. Dadurch konnten auch die Versäumnisse der Jahre davor wettgemacht werden.⁴⁶ In genau diese Periode fällt auch die endgültige Tilgung der Pocken in der Steiermark. Eine weitere Maßnahme war die vermehrte Durchführung von Wieder- bzw. Auffrischungsimpfungen. Seit dem Hofkanzley=Decret vom 30. Juli 1840⁴⁷ waren diese gesetzlich verankert, wenngleich nicht verpflichtend und die Durchführung wurde lange Zeit nur nachlässig betrieben.⁴⁸ Ab dem Jahr 1887, infolge des Erlasses von 1886, kommt es zu einem rapiden Ansteigen (vgl. Abb. 4). Schließlich wird im Jahr 1892 eine Spitze erreicht, die sich durch die Einführung der Wiederimpfungen bei Schulkindern erklärt, die, wie bereits erwähnt, im Jahr 1891 durch das Ministerium für Cultus und Unterricht angeordnet wurde.⁴⁹ Die Wichtigkeit der Revakzination zeigt sich auch am Beispiel Bayerns. Seit dem Jahr 1807 gab es dort einen Impfwang für Kinder und dadurch bedingt eine vergleichsweise sehr geringe Pockensterblichkeit. Trotzdem kamen noch zahlreiche Fälle vor. Endgültig eliminiert wurde die Krankheit schließlich durch die Straffung des Impf- und der Einführung eines Wiederimpfzwanges im Jahr 1875.⁵⁰ Das Ende der Pocken in der Steiermark fällt genau in die Zeit als die Revakzinationen vermehrt durchgeführt wurden.

betreffend die Handhabung der Bestimmungen der §§ 3 und 4 des Gesetzes vom 30. April 1870, R.-G.-Bl. Nr. 68 über die im Wirkungskreise der Gemeinden gelegenen Sanitätsangelegenheiten außer der Landeshauptstadt Graz und den Städten mit eigenem Statute nebst den einschlägigen sanitäts-polizeilichen Gesetzen und Verordnungen für Steiermark (Graz 1890).

43 Verordnung der k.k. Statthalterei für Steiermark vom 15. Februar 1875 Zahl 1926.

44 Statthalterei-Sanitäts-Departement, Sanität Steiermark 1898. 106.

45 Erlass des Ministers für Cultus und Unterricht an die Landesschulbehörden betreffend die Mitwirkung der Volksschullehrer zur Sicherung eines guten Impfzustandes der Schulkinder vom 9. Juni 1891, Zahl 9043. In: Verordnungsblatt für das Ministerium für Cultus und Unterricht. 155.

46 Statthalterei-Sanitäts-Departement, Sanität Steiermark 1898. 108.

47 Hofkanzley=Decret 30. Julius 1840.

48 DAIMER, Todesursachen 111-114.

49 Ebd., 115.

50 MAROUSCHEK MAROÓ, Blatternepidemien 515-516.

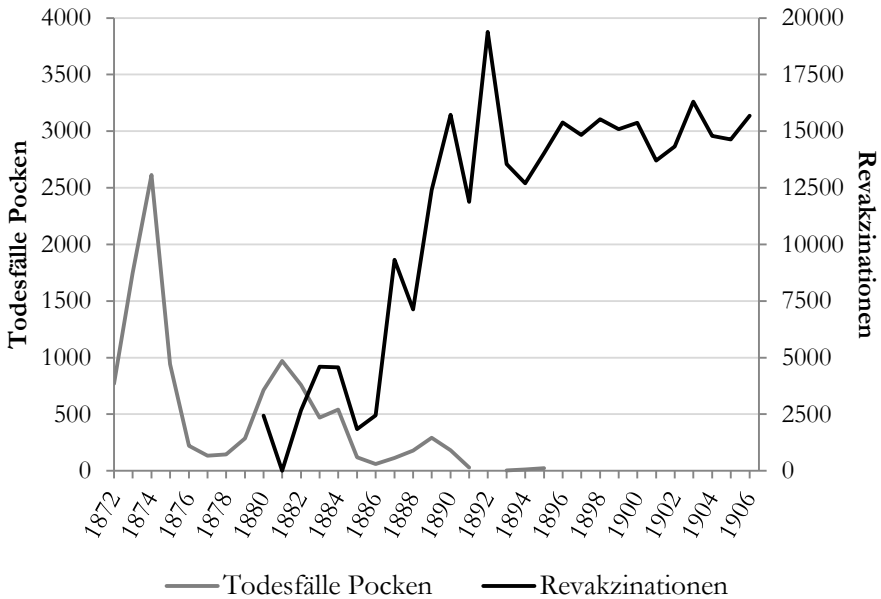


Abbildung 4: Revakzinationen und Pockentote in Steiermark (1872-1906)
 Quelle: STATTHALTEREI-SANITÄTS-DEPARTEMENT 1898; 1909

Schließlich kam es auch zu einer Verbesserung der Qualität des Impfstoffes. Da trotz Impfung die Krankheit zunächst nicht in den Griff zu bekommen war, kam es berechtigterweise zu Kritik an der Impfung. Die Impfgegner attestierten den Impfstoffen Unwirksamkeit und betonten gleichzeitig die Impfkomplicationen. Über das Ausmaß der auf die Impfung zurückgehenden Schädigungen bzw. Todesfälle gibt es zwar keine Aufzeichnungen, dass es sie gab, steht aber außer Zweifel. Insbesondere kam es zu Übertragungen anderer Infektionskrankheiten durch die Impflymphe. Dies führte beispielsweise dazu, dass die Statthalterei in Lemberg im November 1874 aufgrund der Übertragung von Syphilis, durch die in der Wiener Findelanstalt hergestellten Impfstoffe, die Verwendung dieser in Galizien untersagte.⁵¹ Aber auch Impfärzte bemängelten die Qualität der Impfstoffe: „Erstens wird ursprünglich schon viel schlechte Ware angeboten, zweitens gelangt selbe durch den actenmässigen Gang verzögert unbrauchbar an dem Impfsammelplatze an, [...] . Eine Reform auf diesem Gebiete ist daher ein dringendes Bedürfnis.“⁵² Die oberste Sanitätsverwaltung erkannte, dass es ihre Verpflichtung sei: „[...] der Bevölkerung einen in jeder Beziehung untadeligen Impfstoff zu bieten [...]“⁵³, um den Impfschutz zu verbessern und gleichzeitig die Argumente der Impfgegner zu entkräften und dadurch die Impfmoral der Bevölkerung zu heben.

Schon mit dem Hofkanzley=Decret vom 9. Juli 1836⁵⁴ wurde versucht die Qualität des Impfstoffes und der Impfung sicherzustellen. Dennoch dürfte die Wirksamkeit der

51 PAUL, Schutzpockenimpfung 445-446.

52 KUPFERSCHMID, Mürzzuschlag 30.

53 PAUL, Schutzpockenimpfung 451.

54 Hofkanzley=Decret 10. Julius 1836.

verwendeten Impflymphe eingeschränkt geblieben sein. Nur ein sehr geringer Teil der Impflympfen wurden in den zentralen Anstalten hergestellt und an die Impfärzte weitergegeben.⁵⁵ Diese impften geeignete Kinder, die sogenannten ‚Impfkönige‘ bzw. ‚Stammimpflinge‘, aus deren eitrigen Impfpusteln dann neuer Impfstoff gewonnen werden konnte.⁵⁶ Infolge der ständigen Fortpflanzung von Arm zu Arm wurde von Ärzten eine Degeneration der Lymphe befürchtet und die Einführung der neu entwickelten ‚animalen‘ anstelle der ‚humanisierten‘ Lymphe gefordert.⁵⁷ Auch war die Gefahr der Übertragung von Krankheiten mit der Fortpflanzung der Impflymphe an Kühen gebannt.

Um diesen neuen Erkenntnissen gerecht zu werden, wurde die Produktion der Impflymphe zentralisiert.⁵⁸ Notwendige Voraussetzung dafür war die Einführung des Glycerins als Suspensionsmittel, denn erst dadurch war es möglich Impfstoff auf längere Zeit zu konservieren und damit erübrigte sich das Eintrocknen der Impflymphe. Im Jahr 1875 waren österreichweit noch mehr als die Hälfte der Impfungen mit humanisierter Lymphe durchgeführt worden. Nach kontinuierlichem Rückgang fiel dieser Anteil im Jahr 1880 auf 30 Prozent und im Jahr 1893 betrug der Anteil nur noch 0,07 Prozent der verabreichten Impfungen.⁵⁹ In der Steiermark begann die zentralisierte Impfstoffproduktion mit Ende der 1880er Jahre voll anzulaufen (Abb. 5).

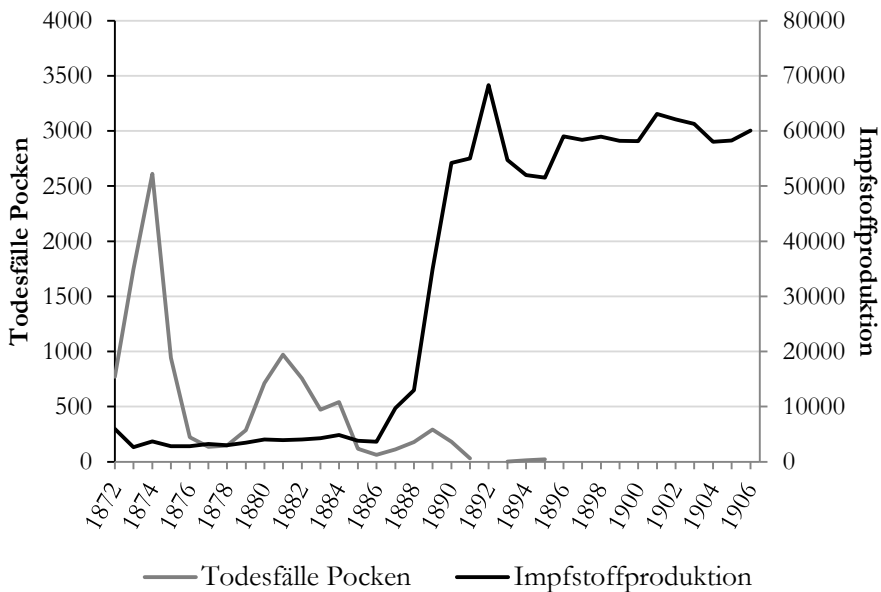


Abbildung 5: Abgegebene Impfstoffportionen und Pockentote in Steiermark (1872-1906)
 Quelle: ÖSTAT, Sanität; DAIMER, Todesursachen 102 (Eigene Darstellung)

55 PAUL, Schutzpockenimpfung 445.

56 DAIMER, Todesursachen 112-113.

57 KAISER, Pocken 84-87.

58 Friedrich PRESL, Die öffentliche Gesundheitspflege in Oesterreich seit dem Jahre 1848. In: k.k. Statistischen Central-Commission (Hg.), Statistische Monatsschrift NF III (1898). 369-437. 389.

59 PAUL, Schutzpockenimpfung 450.

Zunächst wurden lediglich einige Hundert Impflymphen hergestellt, um schließlich binnen weniger Jahre auf über 50.000 anzusteigen. Im Jahre 1889 wurde in der Steiermark die Impfung mit der animalen Lymphe obligatorisch angeordnet.⁶⁰ Damit war gleichzeitig die Impfung von Arm zu Arm unterbunden. Mit der Errichtung der Impfstoffgewinnungsanstalten war es nun möglich, zentral qualitätsgesichert Impflymphe herzustellen und zu vertreiben, sowie den Bedarf ausreichend abzudecken.⁶¹

Eine Verbesserung der Impfwirkung konnte in den ersten Jahren zwar noch nicht festgestellt werden, die verbesserte Qualität der Impflymphe hatte aber auch indirekt einen Einfluss. Denn durch diese Maßnahmen wurde die Übertragung von anderen Krankheiten ausgeschlossen und dadurch wiederum ein größeres Vertrauen der Bevölkerung in die Ungefährlichkeit der Impflymphen geschaffen. Der damalige Direktor der staatlichen Impfanstalt: *„Die allgemeine Verwendung thierischen Impfstoffes, welche sich in unserem Vaterlande verhältnismässig spät Bahn gebrochen hat, führte zu einem Umschwunge in dem Impfwesen, welcher in der ungleich regen Betheiligung der Bevölkerung an den öffentlichen Impfungen seinen ausdrück findet.“*⁶²

Mit der energischeren Durchführung der Impfung sowie der Wiederimpfung gingen auch zahlreiche andere Maßnahmen einher. So begann man bei Ausbruch einer Epidemie in betroffenen Gemeinden sowie deren Nachbargemeinden mit Notimpfungen bei allen Ungeimpften, nahm Wiederimpfungen bei allen Personen vor, deren Immunität nicht mehr gewährleistet schien und sorgte gründlicher als zuvor für die Isolierung erkrankter Personen.⁶³ Auch wurde der Schulbesuch verboten, wenn eine ansteckende Krankheit in der Familie grassierte.⁶⁴

Zusätzlich war seit dem Sommer des Jahres 1886 eine Erstimpfung bei Rekruten ohne Impfnarben und bei jenen mit Impfnarben eine Wiederimpfung verpflichtend.⁶⁵ Dieser Impfwang im Heer, der auf Kronprinz Rudolf zurückgeht, zeigte eine klare Wirkung. Nur mehr ganz vereinzelt gab es Erkrankungen oder gar Todesfälle im Heer (vgl. Tab. 3). Diese Maßnahme ist insbesondere deswegen wichtig, weil Soldaten einen für damalige Zeiten sehr großen Aktionsradius hatten und dadurch die Verbreitung von Krankheiten, auch bei der Zivilbevölkerung, begünstigten.

60 Adolf KUTSCHERA, Die Entwicklung des Sanitätswesens in Steiermark in den letzten fünfundsiebenzig Jahren. Separat-Abdruck aus den Mittheilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark, Nr. 5, 1898 (Graz 1898) 11.

61 KAISER, Pocken 85.

62 PAUL, Schutzpockenimpfung 450.

63 Josef DAIMER, Die Erkrankungs- und Sterblichkeitsverhältnisse in Oesterreich im Allgemeinen und mit Rücksicht auf übertragbare Krankheiten und deren Bekämpfung insbesondere. In: Commission der Oesterreichischen Wohlfahrts-Ausstellung Wien 1898 (Hg.): Oesterreichs Wohlfahrts-Einrichtungen 1848-1898. Festschrift zu Ehren des 50jährigen Regierungsjubiläum Seiner k. u. k. Apostolischen Majestät des Kaiser Franz Joseph I. (Wien 1900) 27–96. 91-92; Daimer, Todesursachen 114-117.

64 Verordnung des k.k. Landeschulrathes für Steiermark zur Hintanhaltung der Verbreitung ansteckender Krankheiten in den Schulen vom 5. August 1888. In: Landesgesetz- und Verordnungsblatt für das Herzogthum Steiermark, 47-49.

65 PAUL, Schutzpockenimpfung 442.

Tabelle 3: Geimpfte, Erkrankte und Gestorbene je 1.000 Soldaten im österreichischen Heer

Jahr	Geimpfte	Wieder-geimpfte	Zusammen	Erkrankte an Pocken	Verstorbene an Pocken
1880	11	43	54	4,7	0,26
1881	14	42	56	4,3	0,29
1882	13	38	53	4,2	0,27
1883	16	63	79	2,6	0,16
1884	24	84	108	1,9	0,08
1885	28	109	137	2,1	0,12
1886	61	494	555	1,4	0,08
1887	52	401	453	0,8	0,03
1888	51	372	423	0,5	0,02
1889	54	372	426	0,3	0,02
1890	54	432	491	0,2	0,003
1891	58	436	494	0,2	0,007
1892	51	396	447	0,16	0
1893	62	425	487	0,11	0,003
1894	66	445	511	0,1	0,003
1895	62	483	545	0,11	0,007
1896			573	0,06	0,003

Quelle: PAUL, *Schutzpockenimpfung* 442-443; KÜBLER, *Geschichte der Pocken und Impfung* 382

Fazit

In der Steiermark verursachten die Pocken auch nach der Einführung der Impfung noch lange Zeit zahlreiche Todesfälle. Es konnte gezeigt werden, dass die Impfung die Sterblichkeit reduzierte, doch gelang es ein Jahrhundert lang nicht, die Krankheit gänzlich zurückzudrängen. Ein Grund dafür könnte der zu geringe Durchimpfungsgrad der Bevölkerung infolge des fehlenden Impfwanges gewesen sein. In zahlreichen anderen europäischen Ländern, insbesondere den skandinavischen, wurde die Durchführung der Impfung viel früher vorgeschrieben und damit die Krankheit ausgerottet. Auch im Deutschen Reich gibt es nach dem Impfgesetz im Jahr 1874 einen deutlichen Rückgang der Pockensterblichkeit auf einige vereinzelte, importierte Fälle, während in Österreich und damit auch in der Steiermark noch immer Pockenepidemien vorkamen.

Nach und nach wurden in der Steiermark Maßnahmen umgesetzt, durch die es schließlich gelang, die Pocken auch ohne Impfwang in den Griff zu bekommen und das sogar deutlich vor den benachbarten Kronländern Niederösterreich, Kärnten sowie Krain. Einen Wendepunkt in der Geschichte der Pocken in der Steiermark stellt der Statthalterei-Erlass vom 28. Juli 1886 dar. Infolge dieses Erlasses kam es zu einer Neuorganisation der Impfung. Es wurden alle bestehenden Gesetze geordnet und alle Verantwortlichen zur besseren Einhaltung derselben ermahnt. Die Folge war eine verstärkte Durchführung der Impfung, sodass in manchen Jahren sogar mehr Personen geimpft als geboren wurden. Ebenso erfuhr die Anzahl der Wiederimpfungen einen enormen Aufschwung. Weitere Maßnahmen, wie die Einführung von Schulkinderimpfungen, Impfwang bei Soldaten, Verbesserung des Impfstoffes und gleichzeitig Notimpfungen, Isolierung und Desinfektion bei

aufkommenden Epidemien, zeigten wie gewissenhaft die Behörden den Kampf gegen die Pocken aufnahmen und Erfolg hatten. Es reichte also nicht, eine wirkungsvolle medizinische Prophylaxe zu besitzen. Diese musste richtig angewendet und von der Bevölkerung auch angenommen werden. Bei entsprechender Impfmoral in der Bevölkerung sowie gewissenhafter Arbeit der durchführenden Organe, war ein Impfwang daher gar nicht notwendig.

Information zum Autor

Diether Kramer, Doktorand an der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz. Von Jänner 2009 bis Juni 2012 wissenschaftlicher Projektmitarbeiter im FWF-Projekt: „*GAFP - Graz Austrian Fertility Project: Der Erste Demographische Übergang in Österreich 1869-1937*“ (Projektleitung: Peter Teibenbacher).
Forschungsschwerpunkt: Historische Demographie.
Kontakt: d.kramer@uni-graz.at.

Ylva Söderfeldt

Abgrenzung von Innen. Differenzierung der Machtanalyse in Disability Studies am Beispiel der Gehörlosenbewegung.

English Title

Exclusion from Within.

Differentiation of the Power Analysis in Disability Studies – the Instance of the Deaf Movement.

Abstract

In the mid-19th century so-called “deaf-mute-clubs” began to emerge across Germany. Towards the beginning of the 20th century they had developed into a national and transnational infrastructure of clubs, associations, congresses, and press. However, this was not simply a formalised expression of the deaf in Germany, but a movement of a very specific and limited group of deaf people. The ‘deaf elite’ tried to divert prejudice and obtain a somewhat more privileged position by actively distancing themselves from certain other deaf. Thus, a complex landscape of power relations emerged, consisting not only of the oppression and exclusion of the deaf by the hearing, but also, within the deaf movement, the construction of the excluding concept of the ‘respectable deaf-mute’.

Keywords

Disability History, Deaf History, Deaf Community, Deaf Movement, Disability Rights Movement, Processes of Exclusion, Peddlers, Social Model of Disability, Public Sphere.

Einleitung: Zur Kritik des sozialen Modells

Das soziale Modell von Behinderung – die Auffassung, dass Behinderung nicht als ein individuelles Leiden, sondern als eine gesellschaftliche Kategorie verstanden werden soll – ist wohl eine der wichtigsten Erfindungen der Sozial- und Geisteswissenschaften des späten 20. Jahrhunderts. Es hat vielen WissenschaftlerInnen ermöglicht, sich bis dahin unberücksichtigten oder objektivierten Menschen zu widmen und ihre Situation neu zu interpretieren. Das soziale Modell hat sich auch für Aktivisten als äußerst fruchtbar bewiesen. Nur mit ihm konnte die moderne, auf Selbstbestimmung und Stolz ausgelegte Behindertenbewegung entstehen.

Gleichzeitig hat das soziale Modell Schwächen, die seine Ergiebigkeit für die Wissenschaft erheblich einschränken und das Bedürfnis nach einer weiteren Entwicklung entstehen lassen. Tom Shakespeare hat die Kritik des Modells in zwei Hauptpunkte zusammengefasst: Zum ersten ist es eine Vereinfachung der Erlebnisse von vielen behinderten Menschen, da Schmerz und Leiden wahre Bestandteile ihres Lebens sind. Das soziale Modell birgt das Risiko, diese Erfahrungen als „soziale Konstrukte“ zu verneinen. Zum anderen, nach Shakespeare, wird eine strukturelle Unterdrückung der Behinderten durch die Nicht-Behinderten vorausgesetzt.¹ Machtbeziehungen voranzusetzen statt zu studieren ist an sich problematisch und eigentlich mit einer wissenschaftliche Arbeitsweise unvereinbar. Dazu kommt aber in diesem Fall auch die Dichotomie Behinderte versus Nicht-Behinderte. Behinderung erscheint dabei als etwas was man „hat“ beziehungsweise „nicht hat“. Im Grunde bleibt also das soziale Modell in einem individualistischen Standpunkt verhaftet.

Gegenüber dieser Rigidität hat Rosemarie Garland-Thomson bereits 1997 eine „universalisierende Sichtweise auf Behinderung“² vorgeschlagen. Demnach ist Behinderung in der Wissenschaft als eine von mehreren dynamischen, die Strukturen der Macht beeinflussenden Kategorien zu verstehen.

In der Genderforschung gibt es schon etwas längere Erfahrung damit, mehrere Aspekte der Macht gleichzeitig zu beobachten. Der Begriff Intersektionalität wird vor allem als Fusion von Feminismus und Antirassismus verstanden, bedeutet aber zunehmend auch Rücksichtnahme auf weitere Eigenschaften, Behinderung inklusive. In der Einleitung zu der Anthologie *Race, Class, and Gender*, dessen Vielfalt in der Themenwahl die Bedeutung der intersektionalen Arbeitsweise illustriert, fragen die Herausgeberinnen: „Wer wurde vom Wissen ausgeschlossen und wie könnten wir die Welt anders sehen, wenn wir die Erfahrungen und Gedanken der Ausgeschlossenen anerkennen und wertschätzen würden?“³ Die Anforderung an eine intersektionale Geschichte von Behinderung ist, diese Frage kategorisch zu stellen. Das bedeutet, „Die Behinderten“ nicht *a priori* und nicht homogen als „Die Ausgeschlossenen“ zu sehen.

Wenn Behinderung nicht als bestimmte Größe gesehen wird, sondern als dynamische Kategorie, als einen Punkt in einem Geflecht von Machtbeziehungen, verändert sich nicht nur die Sichtweise auf die vermeintlich „Normalen“, sondern auch auf die traditionell als „behindert“ Eingestuften. Zum Beispiel hat Chris Bell vorgeschlagen, die Disability Studies als das zu benennen, was sie (bis jetzt zum größten Teil gewesen) sind: „*White Disability Studies*“.⁴ Wenn andere Strukturen der Macht, beispielsweise Gender, Ethnizität, Klasse und sexuelle Orientierung, ausgeblendet werden, drohen die Disability Studies zu abendländischen, männlichen, heterosexuellen Mittelschicht-Studien zu werden. Hierüber im Klaren zu sein bedeutet, dass die Geschichte von Behinderung nicht einfach eine Geschichte der Ausgrenzung der Behinderten durch die Nicht-Behinderten sein darf. Die Studien müssen komplexer werden, es müssen die

-
- 1 Tom SHAKESPEARE, The Social Model of Disability. In: Lennard J. DAVIS (Hg.) *The Disability Studies Reader*. 3rd. Ed. (New York 2010) 266-273.
 - 2 “Universalizing view of disability”. Rosemarie GARLAND-THOMSON, *Extraordinary Bodies. Figuring Physical Disability in American Culture and Literature* (New York 1997) 22.
 - 3 “Who has been excluded from what is known, and how might we see the world differently if we were to acknowledge and value the experiences and thoughts of those who have been excluded?”. Margaret L. ANDERSEN, Patricia HILL COLLINS (Hg.) *Race, Class, and Gender. An Anthology*. 4. Aufl., (Stanford 2001) 13.
 - 4 Chris BELL, *Introducing White Disability Studies: A Modest Proposal*. In: Lennard J. DAVIS (Hg.), *The Disability Studies Reader*. 2. Aufl. (New York 2006) 275-282.

Opfer- und Täterrollen in Frage gestellt werden, andere Aspekte als die Behinderung/Nicht-Behinderung der Individuen und Gruppen müssen hervorgehoben werden, mehrere Hierarchien müssen gleichzeitig entlarvt werden.

Fallbeispiel I: Abgrenzung von Innen in der Gehörlosenbewegung

Um diesen theoretischen Exkurs zu verdeutlichen, möchte ich jetzt zu einem konkreten Beispiel übergehen. In der Arbeit an meiner Dissertation⁵ zur Geschichte der deutschen Gehörlosenbewegung begegnete mir eine Debatte, die bis heute lebendig ist – die über die gehörlosen Hausierer. In dem Bürgerlichen Gesetzbuch von 1900 wurde festgelegt, dass „*Taubstumme*“ nur in begründeten Ausnahmefällen eine Lizenz zum Hausierhandel erhalten sollten.⁶ In Österreich bestand ab 1902 eine ähnliche Bestimmung als Teil des Pressegesetzes. Diese Sonderregelungen waren dazu gedacht, Betteln zu verhindern und sind gleichzeitig eines von wenigen Beispielen, wo Gehörlosen rein juristisch Rechte verwehrt wurden, die den Hörenden zustanden. In der Gehörlosenbewegung stieß dieses Gesetz jedoch kaum auf Widerspruch, obwohl man sich schon mehrere Jahrzehnte für die Gleichstellung der Gehörlosen mit den Hörenden eingesetzt hatte. Stattdessen wurde auf Kongressen und in Zeitschriften lebhaft diskutiert, wie man nicht nur das Betteln, sondern auch das Hausierwesen unter den Gehörlosen abschaffen könnte. Zum Thema österreichisches Pressegesetz schrieb der Wiener *Taubstummencourier* 1902:

*„Der weise und humane Sinn der Gesetzgeber hat aber den Taubstummen die Ausübung der Kolportage verwehrt. In dem vielgelobten Gesetzentwurf findet sich nämlich der Passus: Geisteskranke, Taubstumme und Blinde werden von der Berechtigung zum Straßenverkauf von Druckschriften ausgeschlossen.“*⁷

Gegen das Hausieren wurde nicht nur mit fürsorgetischen Argumenten gekämpft, sondern es wurde unter den dominanten Stimmen der Gehörlosenbewegung als ein Imageproblem verstanden. Herumwandernde gehörlose Verkäufer, deren Ware wahrscheinlich oft nur zur Tarnung des Bettelns diente, prägten die allgemeine Sichtweise auf Gehörlose, so die Befürchtung. In der gehörlosen Elite, die vorwiegend aus kleinen Handwerkern oder gelernten Arbeitern bestand, wollte man nicht als bedürftig und mitleiderregend gelten. Das Ideal war das kleinbürgerliche: Selbständigkeit, Fleiß und Stabilität der Lebenssituation wurden immer wieder im kollektiven Selbstbild hervorgehoben. Als gebildete Kleinbürger oder Quasi-Bürger wollte man eine Position erreichen, wo die eigenen Meinungsäußerungen in der Öffentlichkeit wahrgenommen wurden. Dass Individuen, die bedürftig und von fremder Hilfe abhängig waren, in der bürgerlichen Öffentlichkeit eine Subjektrolle einnehmen könnten, war ausgeschlossen.⁸

Also musste die gehörlose Elite sich von den Hausierern distanzieren. Dies geschah durch öffentliche Stellungnahmen gegen die letzteren auf Kongressen und in der

5 Ylva SÖDERFELDT, *From Pathology to Public Sphere. The German Deaf Movement 1848-1914*. (Dissertation, Universität Stuttgart; Druckfassung erscheint bei transcript, Bielefeld, 2012/13).

6 P. SCHLOTTER, *Die Rechtsstellung und der Rechtsschutz der Taubstummen. Eine juristische Plauderei* (Leipzig 1907) 43-47.

7 Das neue Preßgesetz. TC 7 (1902) 73; der Verfasser fand es lediglich problematisch, mit den anderen erwähnten Behindertengruppen in einen Topf geworfen zu werden.

8 Vgl. Jürgen HABERMAS, *Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft*. 5. Aufl., (Neuwied/Berlin 1971).

Vereinspresse. Im Jahre 1896 wurde das Thema auf dem Taubstummenkongress in Nürnberg diskutiert. Die Teilnehmer nahmen größtenteils eine feindliche Haltung gegen die Hausierer ein. Sie meinten, dass sowohl einzelne Gehörlose als auch die Gehörlosen im Allgemeinen unter deren Benehmen leiden. Die Arbeitsscheuen und unehrlichen Hausierer griffen oft ihre „*Schicksalsgenossen*“ an oder betrogen sie und die Vereine.⁹ „Auf diese Weise kommen wir Taubstumme bei den Vollsinnigen in schlechten Ruf“, meinte ein Sprecher.¹⁰ Auf dem Taubstummenkongress in Breslau in 1914 verlangte Josef Gebel aus Waldenburg die Abschaffung des Hausierhandels für Taubstumme überhaupt, derart, daß fortan keine Gewerbescheine an Taubstumme ausgegeben werden dürfen. Grund dafür ist die zunehmende Belästigung der Fürsorgevereine sowie die zunehmende Simulation seitens gewissenloser Schwindler, wodurch die Taubstummen immer mehr in Mißkredit kommen.¹¹

Wilhelm Gottweiß, eine führende Persönlichkeit der deutschen Gehörlosenbewegung zu der Zeit, stimmte mit Gebel überein und gab an:

*„In Berlin seien viele, die durch Verkauf von Handalphabeten, die sie bei den Hörenden absetzen, sich einen festen Tagesverdienst sichern. Sie geben nach und nach vollends zur Bettelei über und gelten als notorische Arbeitsscheue, die auch vor Schwindeleien nicht zurückschrecken.“*¹²

Dass die Hausierer im wahren Sinne verteidigt wurden, war rar. Es handelte sich oft eher um eine Übertragung der Schuld auf andere Umstände als die persönliche Moral. Statt als Verbrecher wurden sie als Opfer des mangelhaften Bildungs- und Fürsorgewesens oder der schwierigen finanziellen Umstände beschrieben, als mitleidenswert und unglücklich:

*„In unserer Mitte leben viele Schicksalsgenossen, denen die Sonne des Glückes selten lächelt. Ihr Leben ist von Jammer und Elend erfüllt. Wir meinen die Arbeitslosen, welche die Landstrassen bevölkern und an fremde Thüren klopfen. Mehr denn je ist heute durch den Aufschwung des Maschinenwesens und die Ueberproduction die Arbeits Gelegenheit erschwert. Mit Unrecht schimpft man solche arbeitsscheuen, die keine Arbeit finden können. Was Wunder, wenn sie im Kampfe ums Dasein zum Hausiergewerbe greifen.“*¹³

Eine ähnliche Meinung hatte Carl Rumpf, auch ein führendes Mitglied der Gehörlosenbewegung, auf dem Kongress in Nürnberg, wo er wiederholt seine Mitdiskutanten mahnte, nicht das Mitleid mit den ‚Schicksalsgenossen‘ zu vergessen.¹⁴ Otto Vollmar aus Kassel geißelte auf dem Kongress 1905 das Unterrichts- und Fürsorgewesen und stellte die gehörlosen Hausierer als die äußerste Konsequenz der Missstände auf.¹⁵

Ob die gesamte Schuld auf die Einzelnen gelegt wurde oder ob auch die Gesellschaft mit in Rechenschaft gezogen wurde, klar war immer, dass die Hausierer in der Gehörlosengemeinschaft als ‚Andere‘ galten. Das Problem, so wie es von der Führungsschicht der Gehörlosenbewegung wahrgenommen wurde, war, dass die

9 Protokoll der Verhandlungen des Dritten Deutschen Taubstummen-Kongresses in Nürnberg am 24. und 25. Mai 1896. [appendix zum Taubstummenfreund Jg. 1896] 4-5.

10 Ebd., 4.

11 Protokoll über die Verhandlungen des IX. Allgemeinen Deutschen Taubstummen-Kongresses zu Breslau am 31. Mai und 1. Juni 1914. In: Allgemeiner Arbeitsausschuss der Taubstummen Deutschlands (o.O. 1915) 26.

12 Ebd., 27.

13 Schutz den bedrückten Taubstummen! In: Taubstummencourier 11 (1896) 114.

14 Protokoll der Verhandlungen des Dritten Deutschen Taubstummen-Kongresses in Nürnberg. 5.

15 Protokoll des VI. Allgemeinen Deutschen Taubstummen-Kongresses zu Leipzig im Saale des Krystallpalastes. Pfingsten 1905. [Einzeldruck, Leipzig, 1905] 9.

Hausierer in der Öffentlichkeit als typische Gehörlose wahrgenommen wurden, wobei sie eigentlich eine Randerscheinung waren oder sein sollten. Man wollte es nicht akzeptieren, dass solche Personen mit einem selbst in Verbindung gebracht wurden und deswegen musste man sie von der eigenen Gruppe ausgrenzen.

Diese Ausgrenzung bedeutete, dass Quellen zum Hausierer- und Bettlerdasein als Lebenserfahrung von Gehörlosen im 19. Jahrhundert kaum überliefert sind. Wie verbreitet die Erscheinung war, ist unmöglich zu sagen, sowie wie die Betroffenen selbst sich wahrgenommen haben. Es bleibt uns fast ausschließlich das Bild der Elite: dass die Hausierer arme, moralisch zweifelhafte, unglückliche und verwahrloste Individuen waren. In anderen Worten, das Bild des gehörlosen Hausierers bleibt gleich – das Einzige, was sich daran ändert, wenn man auch ‚die Gehörlosen‘ in der Frage zu Wort kommen lässt, ist, dass diese Eigenschaften nicht auf alle, sondern nur auf einige Gehörlose projiziert werden. Von einer Neuinterpretation des gehörlosen Hausierers kann nicht die Rede sein.

Als eine Art „innerer Feind“ der Gehörlosengemeinschaft taucht der Hausierer und/oder Bettler immer wieder in der Geschichte auf. Nicht nur in Deutschland. Das „Hausiererproblem“ war im Nachkriegsamerika eine von den am häufigsten diskutierten Fragen in der Gehörlosenpresse. Die *National Association of the Deaf* richtete sich an die Hörenden mit der Bitte, nichts zu spenden oder kaufen. Dieselbe Organisation verlangte schon vor dem Krieg strafrechtliche Verfolgung von gehörlosen Bettlern. Hausierern wurde auch die Mitgliedschaft in Gehörlosenvereinen verwehrt und damit wurden sie rein formal von der Gemeinschaft ausgeschlossen. Dadurch manifestierte man eine Unterscheidung zwischen respektablen und nicht-respektablen Gehörlosen und stellte gleichzeitig fest, dass die Erstgenannten die Alliierten der Hörenden waren. Die Hausierer wurden in den offiziellen Ausdrücken der Gehörlosenbewegung zu „Anderen“ ausgerufen. Sie waren und sind, laut dieser Auffassung, schlecht gebildet, faul, oder drogenabhängig. Manchmal wird auch angenommen, dass sie gar keine Gehörlosen sind, sondern Simulanten.¹⁶

Parallel zu der dominanten Haltung deuten aber bruchstückhafte und vereinzelte Ausdrücke an, dass eine Gegenkultur der gehörlosen Hausierer existiert und existiert hat. Padden und Humphries haben Beispiele gefunden, wo die Gewerbe entweder als im Grunde ehrlich, als notwendig zum Überleben, oder sogar als subversiv beschrieben wurde.¹⁷ Ähnlich verhielt es sich auch in Deutschland im frühen 20. Jahrhundert. Auf dem deutschen Taubstummenkongress 1902 sprach sich ein Herr Lütge, selbst Hausierer, so aus: Es sei ungerecht, die Hausierer summarisch zu verurteilen; viele Taubstumme seien gezwungen, zu diesem Gewerbe zu greifen, weil sie in ihrem erlernten Gewerbe kein Fortkommen finden können, und da sei es für die gutsituierten Satten eine leichte Sache, den Stab über sie zu brechen.¹⁸

16 Carol PADDEN, Tom HUMPHRIES, *Deaf in America. Voices from a Culture.* (Cambridge 1988) 44-46. Jack R. GANNON, *Deaf Heritage. A Narrative history of Deaf America.* In: *National Association of the Deaf* (1981) 255-257; Paul C. HIGGINS, *Outsiders in a Hearing World. A Sociology of Deafness.* In: *Sociological Observations* 10 (Beverly Hills; London 1980) 105-119; Robert M. BUCHANAN, Foreword. In: Dennis S. BUCK, *Deaf Peddler. Confessions of an Inside Man* (Washington, D.C 2000) XV.

17 PADDEN, HUMPHRIES, 46.

18 Der fünfte Deutsche Taubstummenkongress in Berlin. In: *Taubstummen-courier* 9 (1902) 104. Vgl. Robert STEINER, Zum Kapitel: Taubstumme Hausierer. In: *Taubstummen-Korrespondenz* 15 (1913) 116-117.

Am Abend davor hatten die Kongressteilnehmer ein lustiges Theaterstück mit dem Titel „Die List der Vagabunden“ genossen, wo die Mitglieder des Gehörlosen-Theater-Vereins ‚Frohsinns‘ die Konfrontation von drei Vagabunden mit den Gerichtsvollziehern darstellten. Der Inhalt wurde in dem Kongressbericht nicht genau beschrieben, aber es wurde als naturgetreu gespielt und sehr witzig gelobt.¹⁹

Romantische Bilder vom Leben auf der Straße, als Hausierer oder Vagabund, scheinen neben dem offiziellen Selbstbild als ordentliche Bürger bestanden zu haben. Josef Gebel, der in Breslau 1914 die Abschaffung des Hausierhandels verlangte, gab folgende Beschreibung: Die jungen Taubstummen werden von den älteren nur zu oft auf die Bequemlichkeiten im Hausiergewerbe aufmerksam gemacht und dadurch zur Arbeitsscheu verleitet. Beim Hausieren geraten sie nur zu leicht in Versuchungen und der Weg zum Verbrechen ist dann nicht mehr weit.²⁰

Obwohl er das Hausieren verurteilt, deutet er hier auch an, dass es unter bestimmten Gehörlosen als attraktiv empfunden werde. Auch ist die Grenze zwischen den „respektablen Taubstummen“ und den Hausierern nicht immer klar, was in einem Artikel des berühmten gehörlosen Druckers Albin Maria Watzulik deutlich wird.²¹ Der polyglotte und bereiste Fürsprecher der Bewegung, der auch beruflich äußerst erfolgreich war, empfiehlt dort einen bestimmten Hersteller von Handalphabetskärtchen – eine damals wie heute beliebte Ware der gehörlosen Hausierer.

In dem Buch *Deaf Peddler* zeichnet Dennis S. Buck seine Lebensgeschichte als Verkäufer von kleinen Gegenständen – eigentlich getarntes Betteln – auf US-Amerikanischen Flughäfen und in Einkaufszentren der 1980er und 1990er Jahren. Obwohl er erklärt, dass er sich jetzt von seinem damaligen Leben distanzieren wolle, liegt in seinen Betrachtungen eine gewisse Romantik. Er hat als Hausierer sehr gut verdient und weiß auch lustige Episoden davon zu erzählen. Er hat stets Wert darauf gelegt, schöne Handalphabetskärtchen herzustellen und schmückt sich auch damit, die Methoden des Bettelns verfeinert zu haben. So stellt er sich, auch in seinem Leben als Außenseiter, in einem gewissen Sinn als bürgerlicher Entrepreneur dar.

Das, was am Ende Buck zu schaffen macht, ist der Konflikt zwischen seinem Selbstbild einerseits und wie er von der Umgebung wahrgenommen wurde andererseits:

*„The people I approached with my wares knew two things about me: that I was deaf and that I got around in a wheelchair. What they didn't know was that they were dealing with a hardworking, former farm boy with a bachelor's degree and a pilot's license. They didn't know that I was a computer engineer during the week, or that I was preparing for graduate work.“*²²

Er fühlte sich ausgeschlossen von der Gehörlosengemeinschaft und wurde durch die ständige Konfrontation mit Mitleid in seinem Selbstwertgefühl verletzt. Die Rettung wird die moralische Entscheidung, Vollzeit zu einem „respektablen Gehörlosen“ zu werden. Ganz in der Linie mit den bürgerlichen Werten beschreibt er seine Verwandlung als einen Akt des freien Willens, als Verbesserung des Selbst aus eigener Kraft.²³

19 Der fünfte Deutsche Taubstummenkongress in Berlin. In: Taubstummencourier 9 (1902) 102-103.

20 Protokoll über die Verhandlungen des IX. Allgemeinen Deutschen Taubstummen-Kongresses zu Breslau, 27.

21 Albin Maria WATZULIK, Ein neues Handalphabet. In: Taubstummencourier 6 (1897) 64-65.

22 BUCK, Deaf Peddler XXIV.

23 BUCK, Deaf Peddler 101-110.

Fallbeispiel II: Hör- und Heilversuche

Im späten 19. Jahrhundert führten medizinische Fortschritte dazu, dass das Gehör des Menschen genauer gemessen werden konnte. Dass viele so genannte „*Taubstumme*“ über mehr oder weniger ausgeprägte Gehörreste verfügten, war schon lange bekannt. Sie präzise zu beschreiben, den Grad des Gehörs festzustellen, gewann aber erst zu dieser Zeit größere Bedeutung. Manche hofften sogar, dass das Restgehör ähnlich wie ein Muskel durch Übungen verstärkt werden könnte, um ein besseres Sprachverständnis zu erhalten.²⁴ Diese Beschäftigung mit der rein physischen Seite der Gehörlosigkeit stieß in der Gehörlosenbewegung auf Zweifel oder Ablehnung. Wenn es um regelrechte Heilungsversuche ging, wurden sie als Quacksalberei abgewiesen und wurde die Unheilbarkeit von Gehörlosigkeit hervorgehoben.²⁵ Obwohl dieser Umstand manchmal auch bedauert wurde, gewinnt man den Eindruck, dass die Aussicht auf Heilung die Autoren der Gehörlosenpresse nicht so sehr interessierte. Sie waren zufrieden mit ihrem Zustand als Gehörlose, so lange angemessene Hilfsangebote, vor allem Bildung, zur Verfügung standen. So schrieb zum Beispiel der *Taubstummen-courier* 1897 über eine Erfindung, die angeblich Gehörlose hören ließ:

*„Wenn man auch noch machtlos unserer körperlichen Taubheit gegenübersteht, müssen wir umso dankbarer jede Anregung preisen, welche unsere geistige und sittliche Ausbildung bezweckt, denn es gibt nichts Traurigeres als geistige Taubheit.“*²⁶

Nach dem sozialen Modell der Behinderung kann man diesen Standpunkt als eine Ablehnung des medizinischen Umgangs mit und Verständnisses von Gehörlosigkeit verstehen. Dagegen wollten die Gehörlosen, so könnte die Schlussfolgerung sein, Gehörlosigkeit als sozial-kulturelles Phänomen behaupten. So richtig wie diese Interpretation sein mag, fehlt ihr eine weitere Perspektive, die ich im Folgenden vorschlagen möchte.

Die Tätigkeit der Mediziner auf dem Gebiet der Gehörlosenbildung löste um die Jahrhundertwende 1900 einen Konflikt zwischen Ärzten und Pädagogen aus. Die Taubstummenlehrer sahen sich als professionelle Berufsgruppe von der Medikalisierung bedroht. Nach ihrer Überzeugung war die korrekte Behandlung von Gehörlosigkeit eine Pädagogische. Durch Bildung sollte das fehlende Gehör kompensiert werden. Dabei ausschlaggebend für den Erfolg, meinten sie, war nicht das Gehör, sondern die Begabung der Schüler. Ärzte hatten, so die Lehrer, weder genug Kenntnisse um die Taubheit und die „*Taubstummen*“ zu verstehen, noch die passenden Mittel um ihnen zu helfen.²⁷ Insofern könnte man auch sagen, dass „*Taubstumme*“ auch unter den Lehrern als ein eher soziales als körperliches Problem angesehen wurde.

In der Gehörlosenpresse schloss man sich dieser Ansicht an. Wenn über die Hörübungen berichtet wurde, wurde unterstrichen, dass sie nicht Unterrichtszeit in Anspruch nehmen dürften.²⁸ Die Lehrer wurden, im Gegensatz zu den Ärzten, zu den wahren

24 Tomas STICHNOTH, Taubstumme. Die medizinische Behandlung der Gehörlosigkeit vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart. In: Kölner medizinhistorische Beiträge. Arbeiten der Forschungsstelle des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität zu Köln. 37 (1985) 65-69.

25 „*Das elektrische Auge und das elektrische Ohr.*“ In: Taubstummen-courier 2 (1897) 13-14; „*Brillen für Taube.*“ In: Taubstummen-courier 6 (1900) 63; „*Könnte ich hören...*“ In: Taubstummen-courier 1 (1903) 2f.

26 „*Das elektrische Auge und das elektrische Ohr.*“ In: Taubstummen-courier 2 (1897) 14.

27 STICHNOTH, 68-69.

28 „*Die Hörübungen.*“ In: Taubstummen-courier 5 (1900) 51; „*Könnte ich hören...*“ In: Taubstummen-courier 1 (1903) 2-3.

Experten der „*Taubstummheit*“ ausgerufen²⁹ – bemerkenswert zu einer Zeit, wo sich die Gehörlosenbewegung in einem tiefgehenden Konflikt mit dem Lehrerstand befand.³⁰

In dieser Frage waren man sich aber einig: die Begabung war wichtiger als die Hörfähigkeit, Bildung wichtiger als Hörübungen. Dies widerspiegelt ein anderer Konflikt der Wilhelminischen Zeit, der Gegensatz von Geistes- beziehungsweise Körperbildung. Dazu Historiker Michael Hau:

*„Those who lacked wealth, formal degrees, and Bildung could resort to physical markers to undermine the authority of the educated or refer to the physical markers of their own body to reassure themselves of their superior inner worth or essence. [...] Lower middle-class people appropriated the notion of Bildung as a central characteristic of bürgerlicher Kultur. However, their notion of Bildung was a transformed one: Körperbildung was to replace Geistesbildung in the process of a harmonious cultivation of the human personality.“*³¹

Als Teil des Streites zwischen einem sozialen und einem medizinischen Verständnis der Gehörlosigkeit tritt hier auch ein Konflikt zwischen zwei Hierarchien hervor. Geistesbildung war für die Gehörlosenedite die Kompensation für deren körperliche Behinderung. Die traditionelle Gehörlosenpädagogik stimmte damit überein und betonte ebenso die soziale, eher als die körperliche Seite der Gehörlosigkeit. Hörübungen und Heilversuche aber hoben die körperliche Seite hervor und bedrohten damit die Position der gebildeten und begabten Gehörlosen. Die Medizin stand für eine andere Hierarchie, wo diejenigen mit Restgehör als „*begabt*“ favorisiert wurden, statt jene mit intellektueller Begabung.

Die Ablehnung von Heilversuchen und die Zweifel an den Hörübungen können in anderen Worten auch als Verteidigung des eigenen Status gesehen werden. Was war aber mit den Kunden der Wunderheiler, mit den Schülern mit bedeutenden Gehörresten, die vielleicht Interesse an einem eher medizinischen Verständnis von Gehörlosigkeit gehabt hätten? In der Gehörlosenbewegung sind solche als Subjekte kaum wahrnehmbar. Sie wurden von den tonangebenden „*Schicksalsgenossen*“ nicht dazugezählt und bleiben meistens auch für die heutigen Forscher Randerscheinungen.

Schluss: Der Mensch dazwischen

An dem Beispiel der gehörlosen Hausierer und Bettler konnten wir sehen, wie unter den Gehörlosen selbst Ausschlussprozesse tätig waren und sind. In diesem Fall spielt Klasse die entscheidende Rolle in der Entscheidung, ob jemand von der Gemeinschaft und sogar vom Wissen ausgeschlossen wird. Diese Dynamik entsteht aber erst in der Vereinigung mit Behinderung als Stigma: Nur weil Gehörlosigkeit als ein „*Master Status*“, ein Hauptmerkmal der Persönlichkeit funktioniert,³² laufen gehörlose Kleinbürger Gefahr, darunter leiden zu müssen, wie sich gehörlose Bettler verhalten. Wenn die gehörlose Elite Kampagnen gegen das Hausierwesen betreibt, ist es in anderen Worten ein Klassenkonflikt, der durch die mit der Behinderung verbundenen Machtstrukturen aktiviert wird.

29 Julius NEUSCHLOSS, Die Taubstummen im Lichte der Rechtswissenschaft. (Eine reflexionistische Plauderei). In: Taubstummencourier 9 (1895) 99-101.

30 Es ging um die Unterrichtsmethoden, ob mit oder ohne Gebärdensprache unterrichtet werden sollte. Zu dieser Debatte vgl. SÖDERFELDT, Kap. 4.

31 Michael HAU, The Cult of Health and Beauty in Germany. A Social History 1890-1930 (Chicago, London 2003) 54.

32 Vgl. HIGGINS, 131-135.

In dem zweiten Beispiel handelt es sich um spezifische Machtstrukturen der Gehörlosengemeinschaft, die jedoch ihr Gegenstück in der Mehrheitskultur hatten. Es zeigt uns, dass die Trennlinien der Macht nicht ohne weiteres zwischen Hörenden und Gehörlosen gezogen werden können. Gehörlos heißt nicht gleich gehörlos, sondern es gibt zahlreiche Möglichkeiten einer „*Deaf Experience*“. Nicht nur die in der diskursiven Mitte, sondern auch die Menschen dazwischen, die nicht in den Idealtyp passen, verdienen unsere Berücksichtigung. Wie Brenda Jo Brueggeman vorgeschlagen hat, ist der Zwischenraum sogar der typische Platz des gehörlosen Subjektes. Nur wenn wir den Menschen dazwischen kennen lernen, verstehen wir auch die Mitte richtig: „*We do not know and cannot know what is inside Deaf culture or deaf identity unless we also know what the boundaries are. What is ‚between‘ matters.*“³³

Mithilfe einer intersektionellen Analyse können wir also Prozesse beschreiben, die sonst nicht erklärbar oder gar nicht sichtbar wären. Mit nur einer Klassen- bzw. einer Analyse nach dem sozialen Modell von Behinderung werden gehörlose Bettler und Hausierer, Heilversuche und Gehörreste zu Randerscheinungen, entweder der „großen“ Geschichte von Armut, oder derjeniger der Gehörlosen.

Wenn wir nicht sensibel für die Mehrdimensionalität der Macht werden, bleiben Gruppen am Rande der Gehörlosen- und Behindertengeschichte wortlos, unbeachtet oder stigmatisiert. Das heißt, genau das passiert ihnen, was zu Zeiten des medizinischen/individuellen Modells allen Behinderten passiert ist.

Information zur Autorin

Ylva Söderfeldt ist am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin des Universitätsklinikums der RWTH Aachen University tätig. Sie hat 2011 an der Universität Stuttgart bzw. am Institut für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung promoviert. Ihre Dissertation *From Pathology to Public Sphere. The German Deaf Movement 1848-1914* erscheint gegen Jahresende 2012 bei transcript, Bielefeld.

Kontakt: ysoederfeldt@ukaachen.de

33 Brenda Jo BRUEGGEMANN; *Deaf Subjects. Between Identities and Places* (New York, London 2009) 7.

Verena Pawlowsky/Harald Wendelin

Die Kriegsoffer des Ersten Weltkriegs in Österreich. Definitionen und Kategorisierungen

English Title

The war victims of World War I in Austria. Definitions and categorisations.

Summary

The article wants to demonstrate that parameters used today in the disability legislation have been already applied on a large scale during World War I and the years after 1918. Developed in the 1880s in association with the legislation on workers' compensation insurance, the concept of the reduction of earning capacity for example, was now used to categorize the disabled veterans, who - together with the bereaved of the war - represented a considerable group of needy persons after the war. The state had to adopt an efficient system to support these persons, who - no longer invalid professional soldiers, but recruited civilians - were supposed to go back to their professions and to contribute to their earning as much as they could. The article arranges the remarks along three chapters: First, a glimpse on the definition of terms shows a shift from an older term (*invalid*) to a newer one (*war disabled*). Second, the concept of the reduction of earning capacity is presented, and at last, with a view to the contemporary statistics the problem is shown that too less was known on the quantity and the composition of the group of disabled veterans.

Keywords

Habsburg Monarchy, Austria, World War I, 1920es, disabled veterans, social welfare legislation, meaning of terms

Einleitung

Der Erste Weltkrieg ist als erster „totaler Krieg“ in die Geschichtsschreibung eingegangen. Es war der erste Krieg, der mit moderner Waffentechnik und unter den Bedingungen der allgemeinen Wehrpflicht geführt wurde.¹ Die Opferzahlen sind dementsprechend gewaltig. Die Zahl der Toten in diesem Krieg – der übrigens auch der erste war, bei dem die Mehrzahl der Opfer nicht verschiedenen Kriegsseuchen,

1 Selbst Großbritannien hatte ab 1916 vorübergehend die allgemeine Wehrpflicht eingeführt.

sondern tatsächlich den Kampfhandlungen zuzuschreiben war – wird mit insgesamt 10 Millionen beziffert. Die österreichisch-ungarische Armee mit ihren 7,8 Millionen Soldaten verlor 1,5 Millionen Mann (19%). Aber es ist nicht nur die extrem hohe Zahl der Gefallenen und Hinterbliebenen, die diesen Krieg kennzeichnete, sondern auch die hohe Zahl kriegsbeschädigter Soldaten – jener Soldaten also, die ihre Kriegsverletzungen oder -erkrankungen (nicht zuletzt dank medizinischer Fortschritte) überlebten und in der einen oder anderen Weise beeinträchtigt aus dem Krieg zurückkehrten. Ihre Zahl überstieg jene der Toten bei weitem und betrug insgesamt etwa 20 Millionen. Allein der aus der Monarchie hervorgegangene neue Kleinstaat Österreich zählte nach dem Krieg neben den etwa 350.000 Kriegswitwen und Kriegswaisen² 100.000–150.000 Kriegsbeschädigte, die zusammen mit den Hinterbliebenen ca. 4,5% der Bevölkerung ausmachten.

Der Staat sah sich also mit einem beachtlichen Anteil versorgungsbedürftiger Personen konfrontiert. Während die Kriegsbeschädigtenfürsorge im Krieg noch maßgeblich durch das Militär geregelt war und auch der Appell an die patriotische Opferbereitschaft noch seine Wirkung tat, musste Österreich nach 1918 ganz neue Wege gehen. Die Situation verlangte mehrerlei: Es musste nicht nur ein tragfähiges soziales Sicherheitsnetz gespannt werden und auf politischer wie gesellschaftlicher Ebene ein Umgang mit jenen Versehrten gefunden werden, die noch über Jahre hinweg an den Krieg erinnern sollten,³ sondern es musste auch klar definiert werden, wer ein Kriegsbeschädigter war und wer nicht. Es war also notwendig, einen Kriterienkatalog für den Einschluss *in* diese Gruppe und Ausschluss *aus* dieser Gruppe von Beschädigten zu entwickeln. Dieser Prozess begann zwar schon 1915, er wurde jedoch erst nach dem Krieg, im sogenannten Invalidenentschädigungsgesetz (IEG) vom April 1919⁴, abgeschlossen. Bei der österreichischen Kriegsoferversorgung handelte es sich um eine sozialpolitische Maßnahme, die den Staat und den Staatsbürger in ein neues – und erstmals unmittelbares – Verhältnis zueinander stellte, indem der (anfangs freilich nur männlich gedachte) wehrpflichtige Staatsbürger nicht als Almosenempfänger, sondern als direkter und juristisch berechtigter Anspruchswerber etabliert wurde.⁵ Das IEG war

2 Als Kriegswaise galt ein Kind, dessen Vater gefallen war.

3 Zu diesem Phänomen – der Irritation durch die in den Körpern der Kriegsbeschädigten gleichsam gespeicherte Erinnerung an den Krieg –, einem Phänomen, mit dem die einzelnen Nachkriegsgesellschaften sehr unterschiedlich und durchaus ambivalent umgingen, wurde in den letzten Jahren viel geforscht. Hier sei stellvertretend ein Text genannt: Maren MÖHRING, *Kriegsversehrte Körper. Zur Bedeutung der Sichtbarkeit von Behinderung*. In: Anne WALDSCHMIDT, Werner SCHNEIDER (Hg.), *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (Bielefeld 2007) 175–197.

4 Gesetz vom 25. April 1919 über die staatliche Entschädigung der Kriegs-Invaliden, -Witwen und -Waisen (Invalidenentschädigungsgesetz), StGBI 1919/245.

5 Das ist in aller Kürze die Hauptthese eines FWF-Projektes, das sich mit der Geschichte der österreichischen Kriegsoferversorgung im und nach dem Ersten Weltkrieg auseinandersetzte und auf dessen Ergebnissen der vorliegende Text beruht (FWF-Projekt 2006–2008: *Die Wunden des Staates. Die Versorgung der Kriegsoferversorgung des Ersten Weltkrieges in Österreich*, Leitung: Bertrand Perz, Institut für Zeitgeschichte der Universität Wien, Projektmitarbeiter/in: Verena Pawlowsky und Harald Wendelin). Vgl. einige der im Rahmen dieses Forschungsprojektes entstandenen Aufsätze, in denen sich auch weiterführende Literatur findet: Verena PAWLOWSKY, Harald WENDELIN, *Die Verwaltung des Leides. Kriegsbeschädigtenversorgung in Niederösterreich*. In: Peter MELICHAR, Ernst LANGTHALER, Stefan EMINGER (Hg.), *Niederösterreich im 20. Jahrhundert*, Bd. 2: *Wirtschaft* (Wien, Köln, Weimar 2008) 507–536; Verena PAWLOWSKY, Harald WENDELIN, *Kriegsoferversorgung und Sozialstaat. Österreich nach dem Ersten Weltkrieg*. In: Natali STEGMANN (Hg.), *Die Weltkriege als*

– insbesondere in der Fassung von 1919 – ein, wie von Zeitgenossen allseits anerkannt wurde, geradezu vorbildliches Sozialgesetz von äußerst modernem Zuschnitt. Nicht zufällig verstanden führende sozialdemokratische Funktionäre, die an der Textierung des Gesetzes mitgewirkt hatten, das IEG weniger als Ausdruck eines *Dankes des Vaterlandes* als vielmehr als Vorgriff auf ein noch zu schaffendes allgemeines Sozialversicherungsgesetz für die gesamte erwerbstätige Bevölkerung.⁶

Die Beschäftigung mit den Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkrieges ist für Fragen der Geschichte der Behinderung(en) in mehrerlei Hinsicht aufschlussreich, denn die in der frühen Kriegsbeschädigtenpolitik grundgelegten und erprobten Regelungen und Maßnahmen sollten die später entwickelte Behindertenpolitik maßgeblich prägen.⁷ Für viele Fragen – wie die, ab welcher Beeinträchtigung ein Soldat eigentlich als kriegsbeschädigt zu gelten habe, wie sich die einzelnen Grade der Beschädigung beschreiben und voneinander abgrenzen lassen, welche Beschädigungen welche Rentenhöhe nach sich ziehen sollten – wurden nach 1918 Antworten gefunden, die Auswirkungen bis heute haben. Nicht nur sprachlich knüpft die gegenwärtige Behindertengesetzgebung – wie noch gezeigt werden wird – an die im und nach dem Ersten Weltkrieg entwickelten Modelle und Definitionen an, insbesondere die enge Koppelung der Entschädigungszahlungen mit der (den Beschädigten noch verbliebenen) Erwerbsfähigkeit ist ein Erbe dieser Zeit. Es gilt daher, einen Blick auf einige grundlegende Aspekte der Kriegsbeschädigtenversorgung zu werfen. Wie wurden Kriegsbeschädigte bestimmt, wie eingeteilt und wie nach Zahl geschätzt? Die folgenden Ausführungen sind deshalb um die drei Begriffe – Definition, Kategorisierung und Statistik – gruppiert.

Definition: Wer ist invalid, wer ist kriegsbeschädigt?

In einer knappen Broschüre, mit der eine Salzburger Kriegsinvaliden-Erwerbs-Genossenschaft noch während des Krieges versuchte, mit falschen Vorstellungen aufzuräumen, ist unter der Überschrift „*Wer ist kriegsinvalid?*“ Folgendes zu lesen:

symbolische Bezugspunkte: Polen, die Tschechoslowakei und Deutschland nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg (Prag 2009) 127–146; Verena PAWLOWSKY, Harald WENDELIN, Government Care of War Widows and Disabled Veterans after World War I. In: Günter BISCHOF, Fritz PLASSER, Peter BERGER (Hg.), *Contemporary Austrian Studies*, 19: From Empire to Republic: Post-World War I Austria (2010) 171–191; Verena PAWLOWSKY, Harald WENDELIN, Die normative Konstruktion des Opfers. Die Versorgung der Invaliden des Ersten Weltkrieges. In: Laurence COLE, Christa HÄMMERLE, Martin SCHEUTZ (Hg.), *Glanz – Gewalt – Gehorsam. Militär und Gesellschaft in der Habsburgermonarchie (1800 bis 1918)* (Frieden und Krieg. Beiträge zur Historischen Friedensforschung 18, Essen 2011) 359–383; Verena PAWLOWSKY, Harald WENDELIN, Mobilisierung der Immobilien – Die Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkriegs organisieren sich. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 22/1: Politisch Reisen (2011) 185–198.

6 Das IEG von 1919 dürfte tatsächlich das erste österreichische Sozialgesetz sein, das den Anspruch sichtbar in sich trug, die gesamte Gesellschaft zu erfassen, indem es die Bedürfnisse der anspruchsberechtigten Mitglieder dieser Gesellschaft entsprechend ihrer gesellschaftlichen Position in differenzierter Weise befriedigte. Die Arbeiterschutzgesetze des 19. Jahrhunderts – das Unfall- und das Krankenversicherungsgesetz aus dem Jahre 1888 (RGBl 1888/1 und RGBl 1888/33) – sowie das Pensionsgesetz von 1907 (RGBl 1907/1) unterschieden sich vom IEG insofern, als sie nur relativ präzise umrissene Teile der Gesellschaft erfassten.

7 Immer noch gilt, was Rainer Hudemann schon in den 1990er Jahren konstatiert hat, dass nämlich die strukturbildenden und langfristigen Wirkungen der Kriegsofferversorgung auf die allgemeine Sozialpolitik wenig untersucht sind, vgl. Rainer HUDEMANN, *Kriegsofferversorgung nach den beiden Weltkriegen*. In: Hans POHL (Hg.), *Staatliche, städtische, betriebliche und kirchliche Sozialpolitik vom Mittelalter bis zur Gegenwart* (Stuttgart 1991) 269–294.

„In der Allgemeinheit besteht die vollständig irrende Anschauung, daß nur Amputierte als Kriegsinvalide zu betrachten sind. Die meisten Kriegsbeschädigten leiden aber an Lähmungen, welche darauf zurückzuführen sind, daß infolge eines Schusses die Nerven verletzt wurden [...]. Gar oft gehen an uns Kriegsinvalide vorüber, denen man ihr Leiden nicht ansieht, welche Kopf- oder Lungenschüsse haben oder Epileptiker sind. Und sind jene, welche am Schlachtfeld erkrankten und unter ständigem Siechtum leiden, nicht auch Kriegsinvalide? [...] Das Mitleid darf wohl auf alle Invalide gleich verteilt werden, sei er nun amputiert, gelähmt oder krank. Unsere Fürsorge darf nicht allein jene betreffen, denen wir im Rollstuhl begegnen, die sich auf Krücken weiterschleppen, oder deren Rockärmel leer herabhängt, unsere Fürsorge muß allen gelten [...]“⁸

Das Zitat ist gut geeignet, die Frage der Begriffsbestimmung genauer aufzurollen. Zunächst fällt auf, dass hier Mitleid nicht nur für Amputierte, also für sichtbar versehrte Kriegsbeschädigte, eingefordert wird, sondern auch für all die anderen, „denen man ihr Leiden nicht ansieht“. Konkret aufgezählt werden Personen mit Nervenlähmungen, Personen mit ebenfalls oft nicht unmittelbar wahrnehmbaren Kopf- oder Lungenschüssen, Epileptiker und eben auch „am Schlachtfeld Erkrankte“, womit in einer ganz überwiegenden Zahl Tuberkulosekranke gemeint sind.

Tatsächlich war es so, dass Bürokratie und Gesellschaft zu Beginn des Krieges weniger augenscheinliche Gebrechen und interne Erkrankungen aus der Wahrnehmung ausgeklammert hatten. Immer fungierten Amputierte – und (trotz ihrer eher geringen Zahl) auch Kriegsblinde – als Repräsentanten für *alle* Kriegsbeschädigten. Dieses Phänomen lässt sich nicht nur an den zahlreichen bildlichen Darstellungen in der Tagespresse beobachten,⁹ sondern auch in den amtlichen Berichten der 1915 zur Administrierung der Kriegsbeschädigtenfürsorge ins Leben gerufenen *Landeskommissionen zur Fürsorge für heimkehrende Krieger*. So verwundert es nicht, dass sich die Legistik anfangs ebenfalls nur auf die verwundeten Soldaten konzentrierte: Die zentralen Verordnungen des ersten Kriegsjahres berücksichtigten als Grund für eine Kriegsbeschädigung und Basis für die Nachbehandlung ausschließlich die „*Verwundung vor dem Feinde*“¹⁰ und ließen die Möglichkeit, dass auch im Feld erworbene Krankheiten zu Invalidität führen konnten, vorerst außer Acht. Das änderte sich bald. Schon im Krieg wurden etwa die Massenkrankheit Tuberkulose¹¹, aber auch das für die Zeitgenossen erschreckende Phänomen der Kriegsneurosen¹² breit diskutiert.

Die Tatsache, dass Kriegsbeschädigte eben nicht nur Verwundete waren, machte eine Ausweitung der Maßnahmen notwendig: Anfang 1916 bezog eine Verordnung des

8 Österreichisches Staatsarchiv, Archiv der Republik (ÖStA/AdR), 03 BMfsV KB-F, Kt. 1358, 4941/1918, K.E.G, Kriegsinvaliden-Erwerbs-Genossenschaft Salzburg (Salzburg o.J.) 21.

9 Zur Repräsentation von Kriegsbeschädigten ganz allgemein vgl. vor allem Sabine KIENITZ, *Beschädigte Helden. Kriegsinvalidität und Körperbilder 1914–1923* (Paderborn, München, Wien, Zürich 2008).

10 Kaiserliche Verordnung vom 29.8.1915, RGBl 1915/260, § 1. Die ausführende Verordnung des Ministeriums des Innern vom 6.9.1915, RGBl 1915/261, bezog sich dementsprechend auch nur auf die „*verwundeten oder gelähmten Militärpersonen*“ und überließ die Entscheidung darüber, ob und wie auch die „*infolge Kriegsstrapazen in ihrer Gesundheit anderweitig geschädigte[n]*“ Soldaten in den Genuss von Nachbehandlung und Schulung kommen sollten, einer späteren Regelung.

11 Vgl. dazu für Österreich vor allem Elisabeth DIETRICH-DAUM, *Die ‚Wiener Krankheit‘. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich* (München, Wien 2007).

12 Die Kriegsneurosen waren zuletzt zentrales Thema in der Forschungsliteratur, standen sie doch so ganz augenscheinlich im Gegensatz zu den prognostizierten Wirkungen des als ‚Stahlbad‘ verherrlichten Krieges, vgl. für Österreich Elisabeth MALLEIER, *Formen männlicher Hysterie. Die Kriegsneurosen im 1. Weltkrieg* (Innsbruck, Wien 1996); Hans-Georg HOFER, *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)* (Wien 2004).

Innenministeriums erstmals auch *erkrankte* Kriegsbeschädigte in die Programme der Nachbehandlung und Schulung mit ein¹³ und legte sogar fest, dass auch eine schon *vor* dem Krieg evident gewesene Erkrankung als Kriegsbeschädigung zu werten sei, wenn sie sich infolge des Krieges verschlimmert hatte.¹⁴ Während die Tatsache, dass auch erkrankte Soldaten staatlich zu unterstützen waren, also bald außer Streit gestellt war, bestand auf symbolischer Ebene weiterhin ein bedeutender Unterschied zwischen Verwundung und Erkrankung. Dass man bei den ersten Maßnahmen der Kriegsbeschädigtenfürsorge zunächst nur die Verwundeten im Auge hatte, lag also möglicherweise nur zum kleineren Teil an der Sichtbarkeit ihrer Beschädigung, zum viel größeren aber an der höheren Bewertung einer Verwundung, die ihren Träger immer auch als mutigen Kämpfer auszuweisen in der Lage war. Eine juristische Entsprechung fand diese Anschauung in der Zuerkennung einer sogenannten Verwundungszulage¹⁵. Es geht im Folgenden darum, die beiden Begriffe des *Kriegsbeschädigten* und des *Kriegsinvaliden* genauer zu betrachten, die im oben zitierten Text synonym verwendet werden. Obwohl im Alltagssprachgebrauch zwischen diesen Termini tatsächlich nicht unterschieden wurde, ist diese Begriffsdifferenz für das juristische Feld der Kriegsbeschädigtenfürsorge in der Folge zentral. Der Ausdruck *Kriegsinvalid* ist der ältere Begriff, er kommt aus der Sprache des Militärs. Invalid ist jener Soldat, der – infolge einer körperlichen Beeinträchtigung schwach, krank und hilflos – für militärische Zwecke wertlos und für den Militärdienst untauglich geworden ist. Der Ausdruck *Kriegsbeschädigter* ist dagegen jüngerer Datums. Erst im Ersten Weltkrieg wurde dieser Begriff auch normativ klar definiert und als quasi *zivil*er Begriff in Abgrenzung von jenem des *Invaliden* verwendet. Bei einer Kriegsverletzung von einer Schädigung zu sprechen, war grundsätzlich nicht neu. Neu war jedoch, dass der Kriegsbeschädigte als potenziell wiederherstellbar galt und daher Anspruch auf die so genannte Nachbehandlung hatte, wie der von Militär- und Zivilbehörden gemeinsam zur Verfügung gestellte Mix aus medizinischer Behandlung, Nachheilung und Invalidenschulung genannt wurde.

Große Hoffnungen wurden bei der Rehabilitation der kriegsbeschädigten Soldaten nicht nur in die medizinische Behandlung, sondern vor allem in die plastische Chirurgie, die Prothetik und die Invalidenschulung, worunter eine Umschulung der Versehrten verstanden wurde, gesetzt. Eine gezielte Invalidenschulung sollte den Kriegsbeschädigten – so die Idealvorstellung – sogar in die Lage versetzen, sein Gebrechen durch neu erworbene Fähigkeiten zu kompensieren. Sein Schaden war also tendenziell behebbar, als *Kriegsbeschädigter* konnte er – wie Karin Hausen es formulierte – „auf Reparaturen [...] hoffen“¹⁶. Am Ende der Nachbehandlung stand daher entweder die Weiterverwendung des Kriegsbeschädigten als Soldat oder seine Entlassung aus der Armee, doch dann sollte ihn die Nachbehandlung wenigstens soweit wiederhergestellt haben, dass eine berufliche Reintegration möglich war. Gewissermaßen ließ also erst

13 Verordnung des Ministeriums des Innern vom 10.2.1916, RGBl 1916/41.

14 Der zentrale Erlass des Kriegsministeriums für die Einbeziehung dieser Gruppe von Erkrankten stammt vom 21.2.1916, vgl. Franz FAHRINGER, Karl Friedrich BÜSCH, Hans LIEBL, Kriegsbeschädigtenfürsorge in Wien, Niederösterreich und Burgenland von 1914–1929 (Wien 1929) 13.

15 Militärversorgungsgesetz, RGBl 1875/158, §§ 90–98.

16 Karin HAUSEN, Die Sorge der Nation für ihre „Kriegsoffer“. Ein Bereich der Geschlechterpolitik während der Weimarer Republik. In: Jürgen KOCKA (Hg.), Von der Arbeiterbewegung zum modernen Sozialstaat (Festschrift für Gerhard A. Ritter zum 65. Geburtstag, München, London, Paris 1994) 719–739, hier 724.

die Tatsache, dass ein Kriegsinvalide einer Nachbehandlung und Schulung unterzogen wurde, er als in das Erwerbsleben wieder integrierbar galt, den Begriff der Kriegsbeschädigung auf den Plan treten. Es war – könnte man überspitzt sagen – das neue Instrument der Nachbehandlung, das den Kriegsbeschädigten als Typus überhaupt erst schuf.

An den zentralen juristischen Normen lässt sich der Gebrauch des Wortes *Invalider* und schließlich die Abkehr von diesem Begriff nach 1918 ablesen. So heißt es im Militärversorgungsgesetz von 1875, das während des Ersten Weltkrieges immer noch in Geltung stand, kurz und bündig: „*invalid, d.h. zu allen Militärdiensten für immer untauglich geworden*“¹⁷. Ein Erlass des Kriegsministeriums versuchte dann Mitte 1917 neben dem Begriff des *Invaliden* auch den des *Kriegsbeschädigten* zu definieren, indem er explizit darauf hinwies, „*daß dadurch daß eine Person [...] als ‚Kriegsbeschädigter‘ bezeichnet wird, lediglich zum Ausdrucke gebracht werden soll, daß diese Person einer Nachbehandlung behufs vollständiger oder teilweiser Wiedererlangung einer beeinträchtigten bürgerlichen Erwerbsfähigkeit bedarf [...]*“¹⁸. Aber erst das schon erwähnte Invalidenentschädigungsgesetz von 1919 vollzog die Etablierung des Begriffs der *Schädigung* dann endgültig: „*Wer für den deutschösterreichischen Staat, die vormalige österreichisch-ungarische Monarchie oder deren Verbündete militärische Dienste nicht berufsmäßig geleistet hat [...] und hierdurch in seiner Gesundheit geschädigt wurde, hat Anspruch auf Vergütung aus Staatsmitteln [...]*“¹⁹. Das zentrale Nachkriegsgesetz trägt den alten Begriff zwar noch im Titel, spricht aber im Text selbst nur mehr vom *Geschädigten*.²⁰ Das alte militärische Wort tritt hier sonst bloß noch im Kompositum der „*Invalidenrente*“²¹ auf.

Diese Begriffsverschiebung spiegelt auch einen Paradigmenwechsel wider: Nahm nämlich ein *Wehrpflichtiger* im Krieg Schaden an seiner Gesundheit, so war er zwar kurzfristig *invalid Soldat*, langfristig jedoch war er vor allem *beschädigter Zivilist*. Kriegsbeschädigte waren daher weit mehr durch ihren Gesundheitsschaden definiert als durch den Status, nicht mehr Soldat zu sein (wie das bei den *klassischen* Invaliden der Fall war). Die Perspektive war eine andere, seit man es in der Armee nicht mehr ausschließlich mit Berufssoldaten zu tun hatte. Dass sich diese Perspektive erst im Ersten Weltkrieg, und nicht etwa bei der Einführung der allgemeinen Wehrpflicht im Jahr 1868²², ihren Weg bahnte, hängt damit zusammen, das die allgemeine Wehrpflicht in diesem Krieg zum ersten Mal schlagend wurde. Nach dem Ende des Krieges ersetzte dann die zivile Betrachtungsweise die militärische praktisch völlig. Die alte *Invalidenversorgung* wurde endgültig zur *Kriegsbeschädigtenfürsorge*.

Wir haben es also mit zwei Verschiebungen innerhalb kurzer Zeit zu tun: Erstens mit einer Ausweitung des Begriffs der Invalidität (durch die Einbeziehung der Erkrankung) und zweitens mit der Etablierung des Konzepts der Wiederherstellbarkeit, das der Retransformierung des Soldaten in einen Zivilisten diene.

17 RGBl 1875/158, § 72.

18 Erlass des Kriegsministeriums vom 18.7.1917, Abt. I.F., Z. 62.

19 StGBI 1919/245, § 1.

20 Vgl. auch die Begriffe „*schädigendes Ereignis*“ (§ 1), „*Gesundheitsschädigung*“ (§ 3), „*Kriegsbeschädigungen*“ (§ 62), StGBI 1919/245.

21 Z.B. StGBI 1919/245, § 9.

22 RGBl 1868/151. Zur Wehrpflicht vgl. Christa HÄMMERLE, Die k. (u.) k. Armee als ‚Schule des Volkes‘? Zur Geschichte der Allgemeinen Wehrpflicht in der multinationalen Habsburgermonarchie (1866–1914/18). In: Christian JANSEN (Hg.), Der Bürger als Soldat. Die Militarisation europäischer Gesellschaften im langen 19. Jahrhundert: ein internationaler Vergleich (Essen 2004) 175–213.

Damit sind aber noch nicht alle Parameter genannt, die die Begriffsbildung beeinflussen. Wer ab April 1919 als ein nach dem IEG anspruchsberechtigter Kriegsbeschädigter galt, war genauso Sache der Definition wie die Frage, wer bisher militärdienstuntauglicher Invalide gewesen war.

Kategorisierung: Die Minderung der Erwerbsfähigkeit

1915 kann man erstmals in den Gesetzen und Erlässen eine wichtige Differenzierung beobachten. Während bis dahin bei der Beurteilung, ob ein Soldat invalid war und eine Invalidenrente bekommen sollte, die Frage der bürgerlichen Erwerbsfähigkeit eine bloß untergeordnete Rolle gespielt hatte, wurde nun – vor dem Hintergrund der allgemeinen Wehrpflicht und der Rekrutierung von Männern mit Zivilberufen nur logisch – ein neues Beurteilungsschema eingeführt, nach dem die Minderung der Erwerbsfähigkeit zu erheben und in Prozenten anzugeben war. Dieses Prinzip der prozentuellen Quantifizierung körperlicher Schäden gemessen an der sogenannten bürgerlichen Erwerbsfähigkeit sollte sich auf Jahrzehnte hinaus als äußerst wirkungsmächtig erweisen. Es war ursprünglich zur Regelung von Ansprüchen aus der Unfallversicherung geschaffen worden.²³ Die Minderung der Erwerbsfähigkeit – vor allem das Kürzel MdE – wurde zum Zentralbegriff der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Durch die Etablierung des Bezugssystems der bürgerlichen Erwerbsfähigkeit wurde das rein militärische Feld verlassen. Zivile Maßstäbe wurden mitberücksichtigt. Trotzdem urteilten bis zum Invalidenentschädigungsgesetz von 1919 noch Militärärzte über die Minderung der Erwerbsfähigkeit, erst danach waren zivile medizinische Gutachter eingesetzt.

Es gab bei der MdE Abstufungen von 15% (bzw. 20%) bis 100%.²⁴ Als schwerkriegsbeschädigt galt nur, wem eine MdE von 100% attestiert wurde. Wer eine 15-20prozentige MdE aufwies, war leicht beschädigt. Alle, die nur eingeschränkt beeinträchtigt waren, mussten jenen Teil, den sie selbst an Arbeitsleistung noch aufbringen konnten, zu ihrer Erhaltung beitragen. Der Staat sah es nicht als seine Aufgabe, Kriegsbeschädigte komplett zu alimentieren und von jeder Arbeit frei zu halten, die auch als wichtiges Hilfsmittel bei der psychischen Reintegration galt. Er hätte das budgetär auch gar nicht leisten können, waren doch schon die gewährten Renten meist unzureichend und ab 1920 durch die Inflation zusätzlich entwertet. Der Arbeitsmarkt war freilich ohne Intervention von außen nur dann bereit, Kriegsbeschädigte aufzunehmen, wenn keine anderen Arbeitskräfte verfügbar waren. Immer wieder wurden daher gesetzliche Zwangsmaßnahmen diskutiert, aber erst das Invalidenbeschäftigungsgesetz von 1920²⁵ setzte diese Ideen um, indem nun Betriebe ab einer bestimmten Beschäftigtenzahl verpflichtet wurden, Kriegsbeschädigte anzustellen. Über die Zwischenstufe des Invalideneinstellungsgesetzes von 1946²⁶ führt von diesem Gesetz des Jahres 1920 ein direkter Weg zum heutigen Behinderteneinstellungsgesetz²⁷.

23 Arbeiterunfallversicherungsgesetz, RGBl 1888/1.

24 Das System ist immer noch in Gebrauch. So gilt etwa das österreichische Behinderteneinstellungsgesetz ab einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50%; der Behindertenpass wird ab einem GdB oder einer MdE von 50% ausgestellt, Invalideneinstellungsgesetz, BGBl 1970/22, seit 1988: Behinderteneinstellungsgesetz, BGBl 1988/721 (aktuelle Fassung BGBl 2011/7).

25 Invalidenbeschäftigungsgesetz, BGBl 1920/459.

26 BGBl 1946/163.

27 BGBl 1988/721.

Da die Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht bloß hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit, sondern immer in Abhängigkeit vom erlernten Beruf beurteilt werden musste, war die Kategorisierung der Kriegsbeschädigten eine komplizierte Angelegenheit: Darüber, wie dieses System in der Praxis tatsächlich funktionierte, liegen keine Quellen vor. Es gab keinen Katalog, der etwa eine vollständige Aufstellung enthalten hätte, wie eine konkrete Verletzung in Bezug auf einen bestimmten Beruf zu bewerten sei. So war – um ein Extrembeispiel zu nennen – eine Fingerverletzung bei einem Bauern eine kleine Beeinträchtigung, bei einem Flötisten aber konnte sie Berufsunfähigkeit bedeuten. Die Gutachter erhielten jedenfalls entscheidende Definitionsmacht, indem sie im Einzelfall bestimmten, wer zur Gruppe der Kriegsbeschädigten gehörte und wer nicht, und wer eine Invalidenrente in welcher Höhe bekam. Prägnant formulierte das schon Michael Geyer in seinem vergleichenden Beitrag zur europäischen Kriegsopferversorgung nach dem Ersten Weltkrieg, als er festhielt, dass der Kriegsbeschädigte zwar Produkt des Krieges war, aber auch „*Produkt der Gesetzgebung und der Vorstellung von Experten über die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft*“²⁸. Wer als kriegsbeschädigt galt, unterlag damit wechselnden Auslegungen und enthielt verschiedene normative wie auch gesellschaftliche Zuschreibungen. Der subjektive Zustand, kriegsbeschädigt zu sein, war ebenfalls von diesen Fremdzuschreibungen beeinflusst. Ohne das außerordentliche Leid und die große materielle Not der einzelnen Kriegsbeschädigten zu schmälern, kann man für die Gruppe der Kriegsbeschädigten in ihrer Gesamtheit sagen, dass erst der Anspruch auf staatliche Unterstützung sie herstellte und sich Kriegsbeschädigte vielfach erst in ihrem Kampf um staatliche Leistungen als Kriegsbeschädigte begriffen. Kriegsbeschädigter zu sein, hieß also ganz wesentlich, eine Rolle gegenüber dem Staat einzunehmen – einmal mehr ein Beleg für den Konstruktionscharakter dieses Begriffes.²⁹

Statistik: Schätzungen und Berechnungen

Die eingangs genannte Zahl von 100.000–150.000 Kriegsbeschädigten nach dem Krieg ist eine vage Schätzung, denn die Statistiken der k.u.k. Bürokratie sind immer ungenau gewesen³⁰, und das Herunterbrechen der vorhandenen Zahlen auf das Gebiet des kleineren Österreich funktionierte nur unzulänglich. Die letzte Gesamtzusammen-

28 Michael GEYER, Ein Verbot des Wohlfahrtsstaates. Die Kriegsopferversorgung in Frankreich, Deutschland und Großbritannien nach dem Ersten Weltkrieg. In: Wolfgang J. MOMMSEN (Hg.), *Die Organisation des Friedens: Demobilmachung 1918–1920* (Göttingen 1983) 230–277, hier 234.

29 Auch Hinterbliebene hatten Anspruch auf Unterstützung, und dieser Anspruch war in Österreich seit 1919 bezeichnenderweise im selben Gesetz geregelt wie jener der Kriegsbeschädigten. Darin drückt sich deutlich aus, dass hier eine Gruppe geschaffen wurde – eine Gruppe, die es in dieser Form zuvor nicht gab, weshalb Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene im Krieg noch ganz selbstverständlich mit verschiedenen Ausdrücken bedacht wurden. Für diese aus zwei klar voneinander unterschiedenen Teilen bestehende Gruppe tauchte zu Beginn der 1920er Jahre erstmals – anfangs noch sehr vereinzelt – der Begriff Kriegsofopfer als Sammelbezeichnung auf.

30 Gezählt wurden Kriegsbeschädigte ab Mitte 1915. Die Agenden der Kriegsbeschädigtenversorgung lagen zu dieser Zeit noch beim Ministerium des Innern; mit der Gründung des Ministeriums für soziale Fürsorge ging die Führung der Kriegsbeschädigtenstatistik Anfang 1918 an dieses über. In der Praxis war die Zählung so organisiert, dass die Militärverwaltung für die Erfassung jener Kriegsbeschädigten verantwortlich war, die in den Kriegsspitälern untergebracht waren. Die Zählung der in zivilen Spitälern behandelten Kriegsbeschädigten oblag den Landesverwaltungen der jeweiligen Kronländer. Die Ergebnisse dieser Zählungen waren jeweils zur Monatsmitte und am Monatsende an das Innen- bzw. ab 1918 das Sozialministerium zu übermitteln, das dann eine Gesamtstatistik produzierte. Erhoben wurden Alter, Beruf, Heimatzuständigkeit, letzter Wohnort sowie die Art der Beschädigung.

stellung der Monarchie stammt aus dem März 1918 und wies für die Gebiete des späteren Österreich etwa 40.000 Kriegsbeschädigte aus³¹ – eine definitiv zu geringe Zahl. Von dieser Ziffer rechnete man nach dem Krieg auf eine Gesamtzahl von rund 100.000 Kriegsbeschädigten hoch.³² Diese Zahl gab aber das reale Ausmaß des Problems auch nicht richtig wider. Erst die Anmeldungen auf Renten nach dem Invalidenentschädigungsgesetz erlaubten einen realistischen Blick auf den Gegenstand: Im April 1922 dürften nicht weniger als etwa 143.000 Kriegsbeschädigte in Österreich gelebt haben. Dabei darf man aber nicht vergessen, dass hier eigentlich nicht die Kriegsbeschädigten, sondern die Empfänger von Leistungen aus dem Titel des IEG, Personen also mit einer amtlich attestierten MdE von mindestens 15%, gezählt wurden. Ganz grundsätzlich muss im Auge behalten werden, dass es nicht Opfer des Krieges waren, die gezählt wurden, sondern Personen, die im Sinne des Gesetzes Begünstigte waren.

Eine der einschneidendsten Veränderungen brachte eine Novellierung des IEG im Jahr 1922, als alle Kriegsbeschädigten mit einer bis zu 35prozentigen MdE abgefertigt wurden und keine Rente mehr erhielten.³³ Mit einem Schlag gab es 55.000 (oder 57,6%) Rentenbezieher weniger.³⁴ Es sind aber auch diese Zahlen aus den frühen 1920er Jahren noch nicht die endgültigen. Die erste verbürgte Zahl stammt aus dem Jahr 1927, als die Anträge auf Invalidenentschädigung endlich alle bearbeitet waren, was insgesamt mehrere Jahre in Anspruch genommen hatte, und die amtliche Statistik 53.600 Kriegsbeschädigte im Rentenbezug und 62.400 abgefertigte Kriegsbeschädigte (zusammen 116.000 Personen) auswies.³⁵

Wie verteilten sich die Kriegsinvaliden auf die verschiedenen Erkrankungen und Beschädigungen? Der Invalidenarzt Adolf Deutsch publizierte dazu im Juli 1921 eine Statistik.³⁶ Seine Darstellung basiert auf einer Auswertung von 4.000 Akten aus dem Bereich der Invalidenentschädigungskommission Wien, die bis Ende des Jahres 1920 erledigt worden waren. Deutsch bemerkt selbst einschränkend, dass die Statistik „*hauptsächlich für eine Großstadt Geltung*“³⁷ habe, da zu dieser Zeit noch kaum Anträge aus den ländlichen Regionen Niederösterreichs erledigt waren. Trotzdem vermitteln die Zahlen einen Eindruck von der Bandbreite der Verwundungen und Erkrankungen, unter denen Kriegsbeschädigte litten (siehe Tabelle 1).

Deutlich erkennbar ist anhand der Zahlen, dass es abgesehen von der Summe aller Schussverletzungen (fast 40 % der Beschädigungen), die oftmals zu nicht unmittelbar sichtbaren Lähmungen oder Versteifungen führten, mit knapp 30 % vor allem „*Lungen- und Kehlkopfleidern*“ (im überwiegenden Teil der Fälle also Tuberkuloseerkrankungen) waren, die zur Kriegsbeschädigung geführt hatten.

31 ÖStA/AdR, 03 BMfsV KB-F, Kt. 1363, 24911/1918.

32 Stenographische Protokolle der konstituierenden Nationalversammlung der Republik Österreich, Beilage Nr. 114 (Wien 1919) 35.

33 BGBl 1922/430. Das Gesetz trat am 14. Juli 1922 in Kraft.

34 Die Statistiken verzeichneten weiterhin auch jene Personen, die aus dem Rentenbezug herausgefallen waren.

35 Bundesministerium für soziale Verwaltung, Amtliche Nachrichten (Wien 1928) 126.

36 Der Invalide. Offizielles Organ des Landesverbandes Wien der Kriegsinvaliden und Kriegerhinterbliebenen 13/14 (25. Juli 1921) 2–3.

37 Der Invalide 13/14 (25. Juli 1921) 2.

Tabelle 1: Art der Kriegsbeschädigung pro 1.000 Kriegsbeschädigte³⁸

Amputationen	Oberarm	2,16	Erfrierungen	Hände	1,04
	Vorderarm	0,93		Füße	7,13
	Hand	5,94		Gesamt	8,17
	Finger	7,16	Leistenbruch		2,16
	Oberschenkel	18,52	Erblindung	ein Auge	16,01
	Unterschenkel	8,44		beide Augen	1,06
	Fuß	5,93		Sehstörungen	15,73
	beide Füße	3,41		Gesamt	32,80
	Zehen	7,61	Gasvergiftung		2,16
	Gesamt	60,10	Lungen- u. Kehlkopfleidn		293,60
Schuss- verletzungen	Schulter	13,42	Herz- u. Gefäßleiden		27,15
	Oberarm	59,73	Magen- u. Darmleiden		12,14
	Ellbogen	19,63	Nierenleiden		13,41
	Vorderarm	30,96	Leber- u. Gallenblasenleiden		2,20
	Hand/Finger	53,51	Rheumatismus (Muskel, Gelenke)		15,94
	Hüftgegend	8,43	Gelenksentzündungen		0,94
	Oberschenkel	44,71	Stoffwechselerkrankung		0,92
	Knie	14,75	Ohrenleiden		5,94
	Unterschenkel	41,92	Nerven- u. Geisteskrankheit		49,68
	Fuß/Zehen	28,41	Nervenentzündung		3,42
	beide Füße	7,16	Bluterkrankungen (Leukämie)		0,93
	Kopf u. Hals	33,53	Malaria		72,43
	Brust, Becken, Wirbelsäule	36,02	Plattfüße schwerer Art		2,20
Gesamt	392,18	Krampfadern schwerer Art		1,04	
Verstümmelung der Füße		0,94			

Im Jahr 1929 spricht der Leiter der Invalidenentschädigungskommission für Wien, Niederösterreich und das Burgenland in der Rückschau davon, dass zwei Drittel der Kriegsbeschädigten in den ersten Jahren intern erkrankt waren und davon wiederum 60 % an Tuberkulose litten.³⁹ Das bedeutet, dass der Anteil der TBC-Infizierten an der Gesamtheit der Kriegsbeschädigten mit rund 40 % noch höher war, als der Arzt Adolf Deutsch dies im Jahr 1921 auf Basis seiner Stichprobe geschätzt hatte.

Ebenfalls bemerkenswert ist, dass die Zahl der Amputierten nicht so hoch war, wie dies das – bereits zeitgenössisch – vermittelte Stereotyp des Kriegsbeschädigten als Prothesenträger glauben machte. Wenn man daher von *typischen* Kriegsbeschädigten sprechen wollte, dann wäre dies den Zahlen zufolge in der unmittelbaren Nach-

38 Der Invalide 13/14 (25. Juli 1921) 2–3.

39 FAHRINGER, BÜSCH, LIEBL, Kriegsbeschädigtenfürsorge 84.

kriegszeit viel weniger der Einarmige oder Einbeinige und viel eher der dahinsiechende TBC-Kranke. Unter den Tuberkulosepatienten herrschte aber auch die größte Sterblichkeit, so dass mit der zunehmenden zeitlichen Distanz zum Krieg Kriegsbeschädigte, die infolge von Schussverletzungen an Lähmungen, Versteifungen oder anderen, teils schmerzhaften, wenngleich oft eher unsichtbaren körperlichen Beeinträchtigungen litten, als *typisch* zu gelten haben.

Schluss

Kriegsbeschädigte nahmen unter Behinderten sicherlich immer eine besondere Stellung ein. Sie waren nicht Opfer eines Unfalls, nicht von Geburt an körperlich oder geistig beeinträchtigt, wenn auch manchmal psychisch *verletzt*, immer aber von der Aura eines größeren Opfers umgeben. Ihre Beschädigungen waren grundsätzlich unverschuldet, und sie machten Kriegsbeschädigte zur vielfältig nutzbaren Projektionsfläche in den Nachkriegsgesellschaften, die sie je nach Bedarf als Opfer eines heldenhaften Kampfes oder Sinnbilder der Niederlage wahrnahmen.

Es ist auch kein Zufall, dass die massenhafte Erfahrung, kriegsbeschädigt heimzukehren und im Kampf um Unterstützung im Staat sein Gegenüber zu finden, die Entstehung großer und mitgliederstarker Interessenvertretungen beförderte. Diese Kriegsbeschädigtenvereine hatten ihrerseits großes Interesse daran, das Bild des grundsätzlich zwar hilfsbedürftigen, aber eben doch auch selbstbewussten und potenten Mannes aufrechtzuerhalten, der seine Gesundheit für das allgemeine Wohl geopfert hat, der nicht Mitleid will, sondern auf Unterstützung Anspruch hat.

Die Kriegsbeschädigtenorganisationen der Ersten Republik waren politisch machtvoll und konnten insbesondere in den ersten Jahren nach Kriegsende vieles durchsetzen. Zwischen Kriegsbeschädigten und anderen Behinderten gab es aber anfangs keine Allianzen, die Kriegsbeschädigtenorganisationen waren im Gegenteil darauf bedacht, auf ihre Sondersituation hinzuweisen. Diese Distanz wurde erst spät überwunden und ist es immer noch nicht ganz: Erst die nach dem Zweiten Weltkrieg gegründete Einheitsorganisation öffnete sich langsam auch gegenüber anderen Behindertengruppen: Der Kriegsofferverband (KOV) wandelte sich seit 1975 schrittweise in den Kriegsoffer- und Behindertenverband (KOBV). Nur die Landesverbände Tirols und Vorarlbergs haben diese Entwicklung bis heute noch nicht vollzogen.

Information zu den AutorInnen

Verena Pawlowsky, Dr., Historikerin in Wien, Forschungen und Publikationen zur Geschichte der Fürsorge, der Geburtshilfe und der Illegitimität, zu Fragen des Vermögensentzugs während des Nationalsozialismus und der Restitutionsproblematik nach 1945, zuletzt zur Geschichte der österreichischen Kriegsofferversorgung nach dem Ersten Weltkrieg.

Kontakt: verena.pawlowsky@univie.ac.at, www.forschungsbuero.at.

Harald Wendelin, Dr., Historiker, Forschungsbüro. Forschungsschwerpunkte: Sozialpolitik, Staatsbürgerschaft, NS-Vermögensentzug.

Kontakt: harald.wendelin@univie.ac.at, www.forschungsbuero.at.

.....

Angela Wegscheider

Die institutionelle Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Oberösterreich 1918-1938

.....

English Title

The institutional care for disabled persons in Upper Austria 1918-1938

Summary

This article scrutinises institutional care for disabled people in Upper Austria during the time of the First Republic (1918-1938). From a disability history perspective, the author describes the construction of disability and ableism in care and education in its different institutional settings. Segregation from the majority society as well as within disabled people was a structuring principle: the lodging of 'unworthy' disabled people and segregated education and rehabilitation for the 'worthy' disabled persons. Because taking care of disabled people was neglected in the Monarchy and in the First Republic, the Catholic and Protestant churches were strongly involved in the task. Therefore, grace and mercy were the main guidelines and motives of care. Life in the institutions was marked by hierarchical and authoritarian paternalistic structures and subordination, big groups, excessive demands on staff, a lack of resources and adequate training.

Keywords

Austria, First Republic, Upper Austria, Disability History, disabled people, institutional care, education, work

Einleitung

In diesem Beitrag soll die institutionelle Versorgung wie auch das Alltagsleben der Menschen in speziellen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen mit Fokus auf die Zeitspanne 1918 - 1938 im Raum Oberösterreich dargestellt werden¹. Die historische Erforschung der institutionellen Versorgung von Menschen mit Behinderungen wie auch das Wissen über die Lebenssituation der betroffenen Menschen in diesen Einrichtungen stellt bislang – nicht nur in Oberösterreich und nicht nur zur Zeit der 1. Republik – einen wenig beachteten, fragmentarisch erforschten Bereich dar.²

1 Ich möchte mich herzlich bei Markus Rachbauer und Florian Schwanninger für die kompetenten Hinweise und die Unterstützung bei der Erstellung des Manuskriptes bedanken. Der vorliegende Text basiert auf den ersten Ergebnissen des Forschungsprojektes „Zwischen Armenhaus und Heilanstalt“ (gefördert durch das Projekt „Oberösterreich 1918-1938. Linz 1918-1938“ des OÖ. Landesarchivs und des Archivs der Stadt Linz).

2 Vgl. Sascha PLANGGER, Volker SCHÖNWIESE, Behindertenhilfe – Hilfe für behinderte Menschen? Geschichte und Entwicklungsphasen der Behindertenhilfe in Tirol. In: Horst SCHREIBER, Im Namen der Ordnung. Heimerziehung in Tirol (Innsbruck 2010) 327–346, hier 327.

Die Vernichtung von Menschen mit Behinderungen und psychisch kranken Menschen während der Zeit des Nationalsozialismus wurde in Österreich zumindest seit den späten 1970er Jahren zunehmend zum Objekt der historischen Forschung, die Entwicklung der Betreuung und die Situation dieser Menschen während der Monarchie, der Ersten Republik und in den Jahrzehnten nach 1945 – samt den zahlreichen Kontinuitäten – wurde bislang kaum erforscht. Erst im Zuge der in der letzten Zeit publik gewordenen unzähligen Fälle von Missbrauch und Misshandlung in Betreuungseinrichtungen geriet auch deren Situation nach 1945 in den Fokus einiger historischer Betrachtungen. Allgemein kann jedoch festgestellt werden, dass Forschungsprojekte, Veröffentlichungen und auch akademische Arbeiten zum Themenbereich der Disability History in Österreich – im Gegensatz zum anglo-amerikanischen Raum und auch zu Deutschland – bislang kaum vorzufinden sind.

Im Sinne der Disability Studies geht die Disability History davon aus, dass die Lebenssituation von behinderten Menschen weniger von ihrer individuellen Beeinträchtigung abhängt, sondern in Zusammenhang mit ausgrenzenden rechtlichen, sozialen, ökonomischen, politischen und kulturellen Bedingungen und im eingeschränkten Zugang zur gesellschaftlichen Partizipation zu sehen ist.³ Disability History unternimmt unter dieser Prämisse den Versuch, die betroffenen Menschen als Subjekte wahrzunehmen und sich dabei von den traditionellen Erfolgsgeschichten der Medizin, der sozial-karitativen Einrichtungen und des Sozialstaates zu lösen.⁴ Ihr geht es einerseits darum, eine neue Geschichte von Behinderung, geprägt von sozialer Ungleichheit und kollektiver Identitätsbildung, zu schreiben und andererseits, Behinderung als Analyse-kategorie, wie beispielsweise Geschlecht, soziale oder ethnische Zugehörigkeit, in der Forschung zu etablieren.⁵

In der Wissenschaft und im Alltag dominierte lange Zeit das medizinische (personen- und rehabilitationsorientierte) Modell von Behinderung. In diesem auf das Individuum fokussierten Verständnis gilt Behinderung grundsätzlich als biologisch abgeleitetes Defizit.⁶ Das Problem, die ‚abnormale‘ Beeinträchtigung, die eine Person ‚einschränkt‘, steht hier im Zentrum. Seit den 1970er Jahren stellen vor allem AktivistInnen der Behindertenbewegung⁷ wie auch WissenschaftlerInnen diese Vorstellung zunehmend in

3 Die Disability Studies ist ein trans- und interdisziplinärer Forschungsansatz mit emanzipatorischer Ausrichtung. Im Gegensatz zur traditionellen Annäherung zu Behinderung setzen sich ForscherInnen, die im Sinne der Disability Studies arbeiten, mit den als behindert eingeordneten Menschen und mit den damit einhergehenden komplexen Benennungs- und Ausgrenzungsprozessen auseinander (vgl. Dan GOODLEY, *Disability Studies. An Interdisciplinary Introduction* (London 2011)). Siehe auch Elsbeth BÖSL, Anne KLEIN, Anne WALDSCHMIDT (Hg.), *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte* (Bielefeld 2010).

4 Elsbeth BÖSL, *Disability History: Grundlagen und Forschungsstand*. In: *H-Soz-u-Kult*, 07.07.2009. Im Internet: <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/forum/2009-07-001>.

5 Vgl. Paul LONGMORE, Lauri UMANSKY, *Introduction: Disability History: From the Margins to the Mainstream*. In: Paul LONGMORE, Lauri UMANSKY (Hg.), *The New Disability History: American Perspectives*. (New York 2001) 1-32. Vgl. Elsbeth BÖSL, *Was ist Disability History. Zur Geschichte und Historiografie von Behinderung*. In: BÖSL, *Disability History* 29–43.

6 Theresia DEGENER, *Behinderung neu denken. Disability Studies als wissenschaftliche Disziplin in Deutschland*. In: Gisela HERMES, Swantje KÖBSELL (Hg.), *Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken!* (Kassel 2003) 23–27, hier 23.

7 In Österreich agierte seit Ende der 1970er Jahre beispielsweise die Initiativegruppe von Behinderten und Nichtbehinderten. Siehe dazu: Martina LASSACHER, Volker SCHÖNWIESE, Volker MARINI, Ernst SCHWANNINGER, Helmut SCHIESTL, Herlinde TRAGER, *Initiativegruppe von Behinderten und Nichtbehinderten (1982): Befreiungsversuche und Selbstorganisation*. In: Rudolf FORSTER,

Frage und entwarfen Gegenmodelle. Der im Besonderen von britischen WissenschaftlerInnen beeinflusste soziale Ansatz geht davon aus, dass das Phänomen Behinderung konstruiert ist und unterscheidet dabei Beeinträchtigung (Natur/Impairment) und Behinderung (Kultur/Disability).⁸ Behinderung wird hier als ein Produkt und Konstrukt sozialer Organisation gesehen, das durch systematische Ausgrenzungsmuster, durch soziale Unterdrückung und durch systematische Diskriminierung entsteht.⁹ Grundsätzlich, so die Autorin dieses Beitrages, ist es sinnvoll, Behinderung in einem ganzheitlichen Ansatz zu betrachten und den Zusammenhang von individueller Beeinträchtigung mit rechtlichen, sozialen, politischen, ökonomischen und kulturellen Aspekten und Ausgrenzungsmechanismen zu analysieren. Zudem ist Behinderung kein wertneutraler Begriff; vielmehr wird er von den in der Gesellschaft vorherrschenden Deutungen und Wertvorstellungen bestimmt. Dies hat zur Konsequenz, dass per Kategorisierung festgelegt wird, wer als ‚behindert‘ gilt und damit als defizitär negativ beurteilt wird.¹⁰

In diesem Beitrag zu den Versorgungsinstitutionen für Menschen mit Behinderungen in der Region Oberösterreich während der Ersten Republik werden die historischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die spezialisierten Einrichtungen wie auch die verschiedenen Finanzierungsformen beispielhaft dargestellt. Weiter wird erläutert, wer sich für die Betreuung zuständig fühlte und nach welchen Paradigmen gehandelt wurde. Anschließend wird das Alltagsleben in den Einrichtungen, die sich in der Ausrichtung und Zielsetzung unterscheiden, dargestellt. In diesem Beitrag wird auch, sofern dies die Quellenlage zulässt, das alltägliche Leben der Menschen in den Einrichtungen dargestellt und die als ambivalent zu beurteilenden (Aus-)Wirkungen der institutionellen Versorgung beleuchtet.

Strukturen der Versorgung: Einrichtungen und Finanzierung

Die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, die sich nicht selbst versorgen konnten, war durch fehlendes öffentliches Engagement ein brennendes soziales Problemfeld dieser Zeit. Weder die Monarchie noch die junge Republik kümmerten sich um jene Menschen, sondern überließen die Verantwortung den Familien oder christlich-karitativen Initiativen. Zudem prägte die Not der Nachkriegszeit das Leben der Menschen. Im Gegensatz dazu befanden sich Einrichtungen für psychisch kranke Menschen sowohl in der Monarchie als auch der Ersten Republik zur Gänze in

Volker SCHÖNWIESE (Hg.), *Behindertenalltag - wie man behindert wird.* (Jugend und Volk, Wien 1982) 377–390. Im Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/initiativgruppe-befreiungsversuche.html>. Eine Sammlung von Erlebnisberichten und Analysen der frühen österreichischen Behindertenbewegung findet sich in: Franz-Joseph HUAINIGG, *O du mein behinderndes Österreich! Zur Situation behinderter Menschen* (Klagenfurt 1999).

8 Vgl. Mark PRISTLEY, *Worum geht es bei den Disability Studies? Eine britische Sichtweise.* In: Anne WALDSCHMIDT (Hg.), *Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies.* (Kassel 2003) 23–37. Jan WEISSER, *Wie macht man Disability Studies? (Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 28 5, Graz 2005) 22–31, hier 24.* Radikale VertreterInnen dieses Modells bestreiten vehement, schwächen dabei die praktische Bedeutung, dass es eine kausale Beziehung zwischen Beeinträchtigung (Impairment) und Behinderung (Disability) gibt.

9 Vgl. Anne WALDSCHMIDT, *Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung.* In: Claudia BRUNER, Clemens DANNENBECK, *Disability Studies (Psychologie & Gesellschaftskritik, 29. Jg., Nr 113, 1, Lengerich 2005) 9–32.*

10 Angela WEGSCHEIDER, *Politik für Menschen mit Behinderung am Beispiel Österreichs. Zur Analyse und Kritik von Innovationsprozessen* (Linz 2010) 23–24.

staatlicher Hand (zumeist der Länder). Eine Zweiteilung, deren Genese, Hintergründe und Fortführung unter verschiedenen Regierungsformen bzw. Systemen auch ein weiteres, höchst interessantes Forschungsdesiderat darstellt.

Die oberösterreichische Gesellschaft war zur Zeit der Ersten Republik agrarisch strukturiert. Daher ist davon auszugehen, dass viele behinderte Personen im Familienverband auf Bauernhöfen mit versorgt wurden wie auch mitgearbeitet haben und kaum mit der öffentlichen Fürsorge in Kontakt kamen. Die auf der Gesetzesgrundlage für die Regelung der Heimatverhältnisse basierende Armenversorgung war ein Erbstück aus der Monarchie und blieb im Wesentlichen bis zum ‚Anschluss‘ Österreichs an das Deutsche Reich im Jahr 1938 aufrecht.¹¹ Generell war die öffentliche Fürsorge in der Ersten Republik weder im Nationalrat noch in der Regierung ein Thema, denn Priorität hatte vorerst die Entwicklung der Gesetze zum Schutz und zur Sicherheit der erwerbstätigen Bevölkerung, um die Produktivität der Arbeitskräfte und politische Stabilität zu sichern. Für die in der Bundesverfassung beschriebenen Aufgaben Armenwesen, Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge, Volkspflegestätten, Heil- und Pflegeanstalten lag die Kompetenz für die Erlassung der gesetzlichen Regelungen beim Bund. Zugleich waren aber die Erlassung der Ausführungsgesetze und die Vollziehung Landessache.¹² Das soziale System war subsidiär und kausalorientiert angelegt: konnte sich jemand weder selbst versorgen, noch durch das familiäre Umfeld mit versorgen lassen, hatte die Gemeinde¹³, in der die bedürftige Person „*das Heimatrecht*“ hatte, die Versorgung zu tragen. Auf die neu eingeführten staatlichen - und nicht alle Erwerbsgruppen umfassenden - Sozialversicherungsleistungen hatten behinderte Menschen, deren Beeinträchtigung nicht in einem kausalen Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit stand, keinen eigenen Rechtsanspruch. Auch die (Kriegs-) Invalidenentschädigungsgesetze waren an eine kausale Bedingung geknüpft.¹⁴

Seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erlebten Vereine, deren Gründung auf den verfassungsrechtlichen neuen Freiheiten der Revolution von 1848 beruhte, eine Hochblüte in Österreich. Das Fehlen von staatlichem Engagement im Behindertenbereich und das Vereinsgesetz von 1867 förderte auch die Gründung von Vereinen, die sich der Versorgung bedürftiger Personen wie auch der Bildung und Ausbildung von behinderten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen widmeten.¹⁵ Aus diesem Grund waren in Oberösterreich die Träger der Anstalten für Menschen mit Behinderungen vor allem auf vereinsgesetzlicher Grundlage privat organisiert. Die Vereinsgründer und -mitglieder waren oftmals Männer aus dem niederen Adel, dem Bürgertum und vor allem dem Klerus. Die christlich-karitativen Vereine waren z.T. in lokalen Pfarrgemeinden angesiedelt bzw. wurden von diesen unterstützt. In vielen Fällen übernahmen Priester die operative Leitung der Anstalten, christliche Kongregationen (zumeist Schwesternkongregationen) die leibliche und pflegerische Versorgung.

11 Alfred STEINGRUBER, *Der Behindertenbegriff im österreichischen Recht* (Graz 2000) 9. In der Monarchie setzte sich in der Armenversorgung im 16. Jahrhundert das Heimatrechtsprinzip durch.

12 Bundesverfassungs-Gesetz (Wien 2. Jänner 1930), hier Art. 12 (2). Die österreichische Bundesverfassung kennt bis heute keinen Kompetenztatbestand Behinderung.

13 Bis 1848 hatte der jeweilige Grundherr die Pflicht innerhalb seiner Herrschaftsgrenzen für die Armenfürsorge aufzukommen. Nach der Aufhebung der Grundherrschaft übernahmen die neugegründeten Gemeinden die soziale Fürsorge. Siehe hier: Art. 22 - Gesetz, betreffend die Regelung der Heimatverhältnisse (RGL. Nr. 105/1863).

14 Wegscheider, *Behindertenpolitik* 93-101.

15 Siehe dazu u.a. Harry SLAPNICKA, *Christlichsoziale in Oberösterreich* (Linz 1984) 238-242. Helmut WAGNER, Dr. Johann Gruber. *Priester – Lehrer – Patriot (1889-1944)* (Linz 2011) 63.

Folgende Einrichtungen, die sich zur Zeit der Ersten Republik der Versorgung und Ausbildung von behinderten Menschen annahmen, sind mir bis dato bekannt:

Der Oberösterreichische Landeswohltätigkeitsverein gründete sich 1893 eigens zum Zweck, eine Einrichtung für die Unterbringung und Versorgung armer Kinder mit Behinderungen zu schaffen. Besonders jene Kinder sollten hier „*menschenwürdige Pflege und nach Möglichkeit auch lebenslängliche Versorgung erhalten können*“,¹⁶ die von gesellschaftlichen Institutionen ausgeschlossen waren und von ihren Familien nicht ausreichend versorgt wurden bzw. vernachlässigt und misshandelt wurden. Fürst Starhemberg schenkte dem Verein das desolate Schloss Hartheim mit einer Kaufoption für den dazugehörigen landwirtschaftlichen Grund.¹⁷ Zur Übernahme der Pflege wurden die Barmherzigen Schwestern des Hl. Vincenz von Paul gewonnen. Durch den sukzessiven Ausbau des Gebäudes konnten in der Anstalt bis zu 200 Personen untergebracht werden.¹⁸

1874 gründeten der evangelische Pfarrer Ludwig Schwarz¹⁹ und einige Mitglieder seiner Pfarrgemeinde in Gallneukirchen den Verein für Innere Mission²⁰ - mit dem Ziel, Schriften zu verbreiten, ein Krankenhaus einzurichten und Waisen zu versorgen. Im Jahr 1890 wurde im ehemaligen Hofbauerngut²¹ auf dem Linzerberg, etwas außerhalb vom Ort, das Martinstift, ein „*Asyl für Epileptische und Blöde*“, eingerichtet.²² Im Martinstift waren vorerst männliche und weibliche behinderte Menschen untergebracht. Im selben Haus wurden auch 25 behinderte Kinder versorgt.²³ 1920

16 Archiv der Gesellschaft für Soziale Initiativen (GSI), Oberösterreichischer Landeswohltätigkeitsverein (OÖ.LWV), Jahresbericht für das Vereinsjahr 1985, Nachdruck der Rede zur Bedeutung und Wichtigkeit dieses Vereines während der Generalversammlung am 18.4.1895 von Canonicus Anton Helletsgruber (1. Obm.-Stellvertreter des OÖ.LWV) 5-14, hier 6.

17 Archiv der GSI, OÖ.LWV, Jahresbericht für das Vereinsjahr 1985.

18 Florian ZEHETHOFER, Chronik des Oberösterreichischen Landeswohltätigkeitsvereines, unveröffentlichtes Manuskript (o. J.). Diese Anstalt wurde von den Nationalsozialisten als Tötungsanstalt für die als „*unbrauchbar*“ bzw. „*lebensunwert*“ kategorisierten Menschen mit Behinderungen adaptiert. Es wurden dort zwischen 1940 und 1941 ca. 18.000 psychisch kranke und behinderte Menschen ermordet. Nicht wenige der zuvor dort betreuten Menschen gehörten zu den ersten Opfern der Tötungsanstalt (Brigitte KEPPLINGER, Die Tötungsanstalt Hartheim 1940-1945. In: Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (Linz 2008) 63-116, hier 80). Zwischen 1941 und 1944 wurden in Hartheim bis zu 10.000 kranke oder arbeitsunfähige KZ-Häftlinge ermordet (Florian SCHWANNINGER, „*Wenn du nicht arbeiten kannst, schicken wir dich zum Vergasen*“. In: Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (Linz 2008) 155-208.

19 (1833-1910). Er kam 1871 als Vikar in die gerade von Weikersdorf nach Gallneukirchen verlegte Filialgemeinde.

20 Heute Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen.

21 Heute Wohnhaus Altes Martinstift.

22 Weitere Einrichtung des Vereins: 1881 wurde das Waisenhaus in Weikersdorf eröffnet. In Gallneukirchen wurde 1884 das Haus Zoar eröffnet, in dem bis zum Ersten Weltkrieg alte und „*sieche*“ Menschen, Kinder wie auch „*schwachsinnige, geisteskranke und epileptische*“ Männer und Frauen untergebracht waren. In der Zwischenkriegszeit diente das Haus als Alters- und Pflegeheim und als Unterkunft für Kleinkinder. 1918 wurde das Stationsgebäude der ehemaligen Pferdeisenbahn Linz - Budweis in Gallneukirchen angekauft und als Heim für „*gefährdete*“ Mädchen und Wäscherei (heute Wohnhaus Waldheimat) umgestaltet. Ab 1921 wurde in der Mühle, die vom Verein zur Eigenversorgung betrieben wurde, ein Säuglings- und Kleinkinderheim untergebracht. Gleich daneben befand sich das Haus Gottesgarten, wo auch Kinder untergebracht waren. 1906 wurde in Linz das evangelische „*Kranken- und Altersasyl*“ (heute Diakonissen-Krankenhaus Linz) eröffnet.

23 Archiv des Diakoniewerkes, 24. Jahresbericht über das Diakonissen-Mutterhaus Gallneukirchen (September 1918 - September 1919, Linz 1919) 9.

übersiedelte die Männerabteilung in den Friedenshort, ein ehemaliges, auffälliges Fabrikgebäude, das als Versorgungsanstalt adaptiert wurde. Hier waren Diakone mit der „*Pflege, Aufsicht und Versorgung*“ betraut.²⁴ 1921 wurde das Elise-Lehner-Haus eröffnet und mit zehn von den Schwestern als „*bildungsunfähig*“ eingestuft Kindern bezogen,²⁵ 1937 der Fliednerhof mit einigen BewohnerInnen des Elise-Lehner-Hauses eröffnet.²⁶ Neben der Errichtung verschiedener Anstalten in Gallneukirchen gab es in ganz Oberösterreich auch kleinere evangelische Einrichtungen, die die Versorgung von Kindern, aber auch alten, kranken und behinderten Menschen übernahmen (z.B. in Gosau oder Bad Goisern). Zudem waren in evangelischen Pfarren Gemeindefrauen mit Fürsorge- und Pflegeaufgaben betraut.

In Raab, einer oberösterreichischen Marktgemeinde im Bezirk Schärding, gab es bis 1929 eine „*Heilanstalt für epileptische Kinder und Taubstummblinde*“, das sogenannte Marienstift²⁷. Im Namen des Reichsvereines „*Fürsorge für Epileptische*“ in Wien kaufte der Priester Paul Schneiderbauer (1867-1929) im Jahr 1918 ein ehemaliges Heilbad mit Gasthaus. Das Gastgewerbe wurde weitergeführt, das Gebäude als Anstalt adaptiert und Ausbildungswerkstätten eingerichtet. Im Marienstift gab es nun für junge, als „*bildungsfähig*“ eingestufte Männer und Frauen die Möglichkeit, das Korbflechten und Bürstenbinden zu erlernen und in der Gärtnerei und Landwirtschaft sowie in der Hauswirtschaft (Nähen, Waschen und Bügeln) zu arbeiten. Eigens eingestellte MitarbeiterInnen versorgten die ca. 15 bis 20 zu betreuenden Personen. Die Einrichtung finanzierte sich durch die Einnahmen aus dem Gasthausbetrieb sowie durch Spenden und den Verkauf der Arbeiten der behinderten Menschen. Nach dem Tod des Direktors (1929) wurde die Anstalt wegen fehlender Leitungsnachfolge und aufgrund der großen Schuldenlast aufgelöst.²⁸

Der Verein Seraphisches Liebeswerk für Österreich wurde 1903 in Linz von Diözesanpriestern gegründet und auch operativ geleitet.²⁹ Als zentrale Aufgaben definierte der Verein die Unterbringung, katholische Erziehung und Ausbildung von vor allem sittlich und religiös gefährdeten und armen Kindern und Jugendlichen in Pflegefamilien oder Erziehungsanstalten.³⁰ Durch die Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen erschienen dem Seraphischen Liebeswerk die große Anzahl „*krüppelhafter, bildungsfähiger Kinder*“ und die fehlenden Versorgungsmöglichkeiten für

24 J. OBERMEIER, Männerheim „*Friedenshort*“. In: Friedrich SAUL, Festschrift zum fünfzigjährigen Jubiläum der evangelischen Diakonissenanstalt in Gallneukirchen (Gallneukirchen 1927) 32-34, hier 33.

25 Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen (Hg.), 125 Jahre Diakoniewerk. Nächstenliebe in unserer Zeit (Gallneukirchen 1999) 254.

26 Archiv des Diakoniewerkes, Anstalts-Chronik des Diakonissen-Mutterhauses in Gallneukirchen bei Linz, unveröff. Manuskript (Gallneukirchen o.J.) 45.

27 Früher war im Haus Bründl 2 ein Heilbad mit Gasthaus untergebracht, später wurde es ein Armenhaus bzw. Altersheim, dann ein Wohnhaus der Gemeinde, das 1992 abgetragen wurde.

28 Emailauskunft von Reinhard LINDLBAUER, Gemeindeamtsleiter i.R., Konsulent für Allgemeine Kulturpflege, am 29.09.2011. Siehe auch: Manfred BRANDL, Gedenktage der Diözese Linz, Historischer Pfarrschematismus 1785-1985 (Linz 1986) 497.

29 Josef Koldar (1864-1947), Generalvikar (1922-1941), war in der ersten Republik Präses des Seraphischen Liebeswerkes und Johannes Maria Gföllner (1867-1941), Bischof von Linz (1915-1941), war der Protektor. Die Satzung sah vor, dass „*jeder großjährige Katholik, der im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte ist*“, Mitglied werden konnte (Diözesanarchiv Linz (DAL), CA/SL, Sch. 1, Fasz. 1a-1c, Satzung des Vereins Seraphisches Liebeswerk für Österreich, 1903).

30 DAL, CA/SL, Sch. 1, Fasz. 1a-1c, Satzung des Vereins Seraphisches Liebeswerk für Österreich, 1903.

diese Kinder als ein wachsendes Betätigungsfeld.³¹ Durch den Verein sollte verstärkt Kindern und Jugendlichen mit Behinderung eine Schulbildung wie auch eine geschlechtsspezifische Ausbildung (ein handwerklicher Beruf für Buben und Nähen, Haus- sowie Gartenarbeit für Mädchen) ermöglicht werden.³² Das Seraphische Liebeswerk betrieb in Oberösterreich dafür mehrere Anstalten.³³ Ein Heim mit Lehrwerkstätte für körperbehinderte, schulentlassene Personen befand sich in der Hafnerstraße 28 in Linz, wo ständig 40 bis 50 Personen wohnten. Sie wurden in der hauseigenen Schneiderei, Schusterei, Korbflechtereie und Bürstenbinderei ausgebildet. Die Anstaltsleitung oblag den Marienbrüdern, die Heimversorgung den Kreuzschwestern. Im St. Elisabeth-Heim für schulentlassene Mädchen in Gallneukirchen³⁴ wohnten 40 bis 50 körper- und sinnesbeeinträchtigte Mädchen, die in der Haus- und Gartenarbeit wie auch in Maschinenstickerei und Schneiderei, manche bis hin zur Gesellenprüfung, ausgebildet wurden. Das Mädcheninternat mit Lehrwerkstätte wurde 1931 gegründet und von den Kreuzschwestern geführt. Außerdem führte das Seraphische Liebeswerk noch das „*Krippelheim*“ mit Volks- und Hilfsschule für rund 60 schulpflichtige Mädchen und Knaben in Stadl-Paura. Die Leitung des Heimes unterstand den Schwestern v. Hl. Karl Borromäus (Borromäerinnen).³⁵

1846 wurde in der Blumauerstraße 2 in Linz eine „*Privat-Blindenlebranstalt*“ eingerichtet, in der, nach Eigendefinition, unterstützt von den damals neuesten pädagogischen Methoden, blinde und sehbehinderte Kinder unterrichtet wurden. Die Blindenbeschäftigungs- und -versorgungsanstalt wurde 1883 in der Linzer Volksgartenstraße 14 eingerichtet, um vorerst blinden, schulentlassenen Mädchen eine Unterkunft sowie eine Beschäftigung über die Schulpflicht hinaus zu geben. Ab 1893 wurden auch jugendliche blinde Männer in der Anstalt aufgenommen.³⁶ Die Beschäftigungs- und Versorgungsanstalt sollte erstens „*solche[n] in einem Blindenberufe ausgebildeten Blinden*“ als „*Zufluchtstätte*“ in sozialen Notlagen dienen, „*wo sie unter gemeinsamer Aufsicht ihr Gewerbe ausüben oder sich sonstiger nützlicher Beschäftigung widmen können*“, um damit sich selbst erhalten zu können und nicht auf die öffentliche Fürsorge angewiesen sein sollten. Zweitens sollte blinden jungen Männern die Möglichkeit zur beruflichen Praxis gegeben und der Übergang zwischen Lehr- und Meisterprüfung erleichtert werden. Drittens sollte späterblindeten Männern und Frauen angeboten werden, eine Tätigkeit

31 DAL, CA/SL, Sch. 1, Fasz. 2, Bericht für die internationale Liebeswerkvertretertagung in Solothurn und über die Tätigkeitsjahre 1931 und 1932 des Seraphischen Liebeswerkes Linz.

32 DAL, CA/SL, Sch. 8, Fasz. 5d, Schreiben vom Vorstand des Seraphischen Liebeswerkes, 1928. Seit den 1920er Jahren begannen außerdem die Einrichtungen der Kinderfürsorge des Seraphischen Liebeswerkes für nicht behinderte Kinder, statt wie früher an Platzmangel, nun an Kindermangel zu leiden. Das Oö. Landesjugendamt meide „*die caritativen Anstalten für normale Kinder*“. Der Vorwurf, die Einrichtungen seien „*minderwertig*“, war dem Vorstand des Seraphischen Liebeswerkes bekannt.

33 Neben den Anstalten für Kinder und Jugendliche mit Behinderung gab es in Oberösterreich noch das Kriegswaisenhaus bzw. Kleinkinderheim Sankt Josef mit Landwirtschaft (Freinberg in Linz), ein kleineres Mädchenheim in Enns, im Schloss Gleink bei Steyr ein Heim für ca. 150 „*schulpflichtige religiös und sittlich gefährdete*“ Kinder, Waisen oder Halbweisen, mit besonderer Berücksichtigung der Kinder von „*Kriegsinvaliden*“ und das Sophienheim für schulpflichtige Knaben in Linz (Niederreitstraße 2).

34 Vorher aufgelassen wurde ein „*Heim für schulentlassene Krippel*“ in Gallneukirchen (DAL, CA/SL, Sch. 8, Fasz. 5d, Eine Kinderbitte aus den österreichischen Alpenländern. Vom Liebeswerkheim für Kinder von Invaliden in Gleink bei Steyr, 1921).

35 DAL, CA/SL, Sch. 1, Fasz. 2, Bericht über die Einrichtungen des Seraphischen Liebeswerkes z.Z. der Auflösung 1938 (o.A, o.J).

36 Helmut WAGNER, Dr. Johann Gruber. Priester – Lehrer – Patriot (1889-1944) (Linz 2011) 101-102.

zu erlernen oder falls das nicht möglich sei, ein „*menschewürdiges Unterkommen zu sichern*“,³⁷

1812 gründete Kaplan Michael Reitter das erste private „*Taubstummeninstitut*“ in Linz (Kapuzinerstraße 40). 1821 erlangte die Schule das Öffentlichkeitsrecht.³⁸ Seit 1846 waren die SchülerInnen auch in einem schuleigenen Internat untergebracht. Hinsichtlich der Unterrichtsmethode wurde, im Gegensatz zu Wien, wo zur selben Zeit die Gebärdensprache forciert wurde, in Linz der lautsprachliche Unterricht besonders gefördert.³⁹

1902 kaufte der Direktor des Katholischen Waisenhauses in der Seilerstätte (Linz), Konsistorialrat DDr. Leopold Kern, zwei Bauernhöfe in Hart um dort eine Waisenkolonie (Heim, Schule und Ausbildungsstätte) zu gründen. Seit der Gründung wurden in der Waisenkolonie auch „*schwach begabte und kränkliche*“ Kinder untergebracht.⁴⁰

Der konservative Katholikenverein⁴¹ gründete 1849 die „*St. Vinzenzkonferenz unter dem Schutze des Hl. Vinzenz v. Paul in Linz*“. Ende 1883 wurde das „*Haus der Barmherzigkeit für arme unheilbar Kranke*“ in der Schubertstraße 11 eröffnet, 1893 übersiedelte die Anstalt in ein neu errichtetes Gebäude in der Nähe des Allgemeinen Krankenhauses in Linz-Lustenau. 1927 beschäftigte das Haus der Barmherzigkeit bereits 26 PflegerInnen und verfügte über 246 Betten.⁴² Wie aus den vorhandenen Unterlagen der Vinzenzgemeinschaft ersichtlich ist, wurden besonders arme, kranke, und ältere Männer und Frauen betreut, aber auch eine nicht zu übersehende Anzahl jüngerer bzw. Personen mittleren Alters, die sich durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder eine Behinderung nicht mehr selbst versorgen konnten.⁴³

Dezentral, gemeindenah und ohne spezielle heilpädagogische Versorgung waren behinderte Menschen auch in kommunalen, z.T. konfessionell geführten und als Armen-, Siechen- wie auch Versorgungshäuser und Altenheime bezeichneten Fürsorgeeinrichtungen untergebracht. Als Beispiele sind hier das Versorgungsheim Wimsbach, eine Filiale der Schulschwestern von Vöcklabruck (heute Franziskanerinnen), das Fürsorgeheim Schlierbach, das Versorgungshaus Altmünster, das Versorgungshaus Wels, das Armenhaus Lasberg und das Armenhaus St. Oswald bei Freistadt zu nennen.⁴⁴

Für die staatliche „*ö. Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Niedernhart-Linz*“ erfolgte 1864 der Spatenstich. Nach dreijähriger Bauzeit wurde die nach den damaligen Vorstellungen konzipierte „*Musteranstalt*“ mit 164 psychisch kranken PatientInnen, aber auch mit

37 DAL, CA/10, Sch. 32, Fasz. L/38, Statuten der Privat-Blinden-Anstalt in Linz (Linz 1936) 8-9.

38 Johann SCHLIESZLEDER, 150 Jahre Taubstummen-Institut Linz a.d. Donau (Linz 1961) 19-20. Das Gehalt der LehrerInnen wurde von der öffentlichen Hand getragen. Bis 1955 war die Bildungseinrichtung Privatschule.

39 SCHLIESZLEDER, 150 Jahre Taubstummen-Institut Linz 28-29.

40 Aus der Ausstellung „*Spurensuche St. Isidor*“, 26.3.-10.7.2011, Turm 9 - Stadtmuseum Leonding.

41 Der konservative Katholikenverein wurde 1848 vom gehobenen Bürgertum und niedrigem Adel mit dem Ziel gegründet, den katholischen Glauben und die staatsbürgerliche Freiheit zu fördern, insbesondere die Rechte der Kirche zu wahren und sich in der Nächstenliebe zu betätigen, die Sittlichkeit und Tugend, vor allem der Jugend, zu sichern (Markus LECHTHALER, Der Vinzenzverein in Linz: Pfarre Heilige Familie (Linz 2008) 67.

42 Johann ZISCHKIN, Der Verein vom heiligen Vinzenz von Paul in Österreich (Wien 1927) 34-35.

43 Archiv Sonnenhof, Journalbuch 1932-1937, Journal 1930/1931 des Vinzenz-Vereins von der Pfarre St. Josef: Siehe auch: Diverse ausgefüllte Gesuch-Formulare im Archiv Sonnenhof.

44 Jürgen TRÖBINGER, NS-„*Euthanasie*“-Opfer 1940/41 im Bundesland Oberösterreich/ „*Reichsgau Oberdonau*“ (Altenberg 2006).

Personen, deren Diagnose „*Schwachsinn*“ oder ähnliches war, also mit Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, bezogen. Wegen ständiger Überbelegung wurde die Anstalt in den folgenden Jahren mehrmals erweitert. 1894 wurde zusätzlich das Schloss Gschwendt in Neuhofen a. d. Krems erworben und die Außenstelle unter der Leitung der Schwestern des Hl. Vinzenz von Paul als „*landwirtschaftliche Irrenbewahranstalt*“ eröffnet. Obwohl in der Anstalt anfänglich auch weltliche PflegerInnen tätig waren, betreuten zur Jahrhundertwende vor allem Ordensschwestern die PatientInnen. In den letzten Kriegsjahren fiel die Zahl der PatientInnen von 877 (Jänner 1917) auf 596 (Dezember 1918). Die Not nach dem ersten Weltkrieg, die sehr schlechte Versorgungslage und die daraus resultierenden Krankheiten führten zu einer hohen Sterbeziffer.⁴⁵ Die Belegung stieg dann rasch wieder an: 1923 auf 965 und 1930 auf 1138 PatientInnen. Die Bettenkapazität lag bei 1000, die tatsächliche Belegung ging aber bis zu 1150 Personen. Es wurden weitere Außenstellen, wie z.B. eine Landwirtschaft in Wegscheid für 20 Personen, eingerichtet. Immer wieder wurden auch Ausstellungen über die Leistungen der Anstalt veranstaltet, die bis zu 5.000 BesucherInnen anziehen konnten. Neben heute nicht mehr verwendeten Behandlungsmethoden, wie z.B. der Malariatherapie⁴⁶, wurde 1929 die „*Simon'sche aktivere Arbeitstherapie*“, bei der jedem/r PatientIn ein Arbeitsbereich zugeteilt wurde, eingeführt. Sie gilt auch heute noch als eine Art moderne Beschäftigungstherapie. Die überaus große Landwirtschaft wurde somit größtenteils mit Hilfe der PatientInnen bewirtschaftet. Grundsätzlich war es für einmal institutionalisierte PatientInnen eher schwer entlassen zu werden. In den Jahren 1933-1936 wurden von 569 mit der Malariatherapie behandelten PatientInnen 22 als geheilt entlassen. Mit der Einführung der Konvulsionstherapie mit Cardiazol (ab 1936) konnte die Rate der als geheilt entlassenen Personen erhöht werden: Von 178 behandelten PatientInnen, deren Krankheit dem schizophrenen Formenkreis oder der Depression zugeordnet werden konnten, wurden 65 entlassen.⁴⁷

Im Gegensatz zu den staatlichen psychiatrischen Einrichtungen erhielten die Institutionen für Menschen mit Behinderungen schon in der Monarchie wie auch in der Ersten Republik kaum öffentliche Förderungen.

Die privaten Träger finanzierten die täglichen Ausgaben ihrer Einrichtungen durch von multiplen Quellen gespeiste und unsichere Finanzierungsstrukturen. Als auslaufende Ausnahmefälle galten Impulse für öffentliche und private Finanzierungs- und Schenkungsinitiativen wie z.B. durch die Feierlichkeiten zu den Krönungsjubiläen

45 Leider lassen sich hier keine konkreteren Zahlen eruieren, da die Geschichte der Anstalt in Niedernhart noch nicht genau erforscht wurde. Es kann aber mit einer Sterberate von über 20% der PatientInnen, die im Jahresschnitt untergebracht waren, ausgegangen werden (Siehe im Vergleich dazu: Bernhard RICHARZ, Heilen Pflegen Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus (Göttingen 1987) 39)

46 Die Malariabehandlung fand besonders bei progressiver Paralyse Anwendung. Sie wurde vom Namensgeber der Landes-Nervenlinik Julius Wagner-Jauregg, der dafür den Nobelpreis für Medizin erhielt und der jedoch nie in Linz ordinierte.

47 Hans RITTMANNSSBERGER, Geschichte des psychiatrischen Krankenhauses in Oberösterreich. In: 200 Jahre Psychiatrisches Krankenhaus in Oberösterreich (Linz 1988) 22-29. Hans RITTMANNSSBERGER, Die Heil- und Pflegeanstalt Niedernhart: Fakten und Hypothesen zur Rolle der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Dieter FISCHER u.a. (Hg.), Behinderte 1939-1989. Töten, ausgrenzen, integrieren? In Erinnerung der Opfer der Vernichtung ‚lebensunwerten Lebens‘ (Linz 1990) 29-38, hier 29-30. Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg. Seit 140 Jahren. Festbroschüre (Linz 2005) 13.

zur Zeit der Monarchie.⁴⁸ Das katholische Waisenhaus wählte die Organisationsform der Stiftung als Grundlage für die Finanzierung.⁴⁹ Man hoffte auf Glücksfälle wie einen Lotteriegewinn⁵⁰ oder auf Aktiengewinne. Manche Einrichtungen hielten in nicht unerheblichen Ausmaß Krieganleihen und Wertpapierdepots, diese waren aber leider nach dem verlorenen Krieg und der Hyperinflation (1921-1923) nichts mehr wert. Seit ihrer Gründung versuchten die meisten privaten Trägervereine bei wohlhabenden, aber auch bei mittelständischen Personen, mit denen sie in einem Naheverhältnis standen, Spenden einzuwerben. Hier konnten auch immer wieder kleinere und größere Erbschaften lukriert werden.⁵¹ Die Trägervereine und ihre Einrichtungen organisierten auch Sammlungen in den ihnen nahestehenden Pfarren oder im Ausland. In den evangelischen Pfarrgemeinden gab es immer wieder Aufrufe zu Sachspenden (z.B. Kleider und Schuhe)⁵², Weihnachtbitten (z.B. Spielsachen, Bücher, Kleider, etc.) und Bazare. Auf Reisen nach Deutschland, Holland, in die Schweiz und die USA warb der Gallneukirchner Anstaltsleiter Geld- und Sachspenden ein, um in den Nachkriegsjahren die größte Not und Versorgungsengpässe vor allem mit Lebensmitteln zu lindern.⁵³ Viele BewohnerInnen waren selbst „*unmündig*“ und/oder arm und waren daher von ihren Familien oder der kommunalen Armenversorgung abhängig. Ihnen wurden die von der jeweiligen Anstalt verlangten Pflegesätze in Rechnung gestellt. Für die Versorgung in der Anstalt Hartheim wurde beispielsweise im Jahr 1936 ein monatlicher Pflegesatz von 60 Schilling verlangt.⁵⁴ Hier gab es immer wieder Ersuchen um Ermäßigung der Pflegegebühr, denen aber kaum stattgegeben wurde.⁵⁵ Manche Personen wurden aus Hartheim wieder abgeholt, um sie kostensparender in den gemeindeeigenen Armenhäusern versorgen zu lassen oder „*gar in die Einlage zu stecken*“.⁵⁶

Die Erträge durch den Verkauf der selbst hergestellten Produkte wie Bürsten, Flechtwerke usw. flossen dem Anstaltsbudget zu. Produkte aus den z.T. auch sehr großen landwirtschaftlichen Betrieben, die fast jeder Anstalt angeschlossen waren,

48 Vgl. Kaiserjubiläums-Wohltätigkeits-Landeskomitee, Linz, Bericht über den Kaiser Franz Josef-Jubiläumsbau 1908 zum Hause der Barmherzigkeit für unheilbar Kranke in Linz a. D. (Linz 2010).

49 1889 wurde die bischöfliche „*Stiftung Katholisches Waisenhaus*“ gegründet und die Einrichtung 1890 aus dem Vinzenzverein ausgegliedert (Archiv der Stadt Linz (ASL), Haus der Barmherzigkeit, Sch. 168, Stiftbrief, Abschrift 16.02.1888).

50 Mit einem Trefferanleiheilos gewann das Taubstummeninstitut am 1. März 1938 200.000 Schilling. Mit dem unverhofften Geldsegen wurde sogleich das Gebäude saniert und weiter ausgebaut (SCHLIESZLEDER, 150 Jahre Taubstummen-Institut Linz 53-56).

51 ASL, Mat 27, Beschluss über die Verteilung eines Nachlasses an das Liebeswerkheim in Stadl-Paura, das Taubstummeninstitut, das Katholische Waisenhaus Linz und weitere christlich-soziale Einrichtungen, 15. September 1931.

52 Siehe Archiv des Diakoniewerkes, Evangelisches Vereinsblatt zugleich Gemeindeblatt aus Oberösterreich, Jg. 58, Nr. 2 (Gallneukirchen 1933) 31.

53 Friedrich SAUL, Festschrift zum fünfzigjährigen Jubiläum der evangelischen Diakonissenanstalt in Gallneukirchen (Gallneukirchen 1927) 18.

54 Stadtarchiv Wels (StAW), Akten, Sch. 2812, VoF Volkswohlfahrt – Fürsorgeamt, F6 Varia: Fürsorgegefälle, ca. 1931-1941, Akt von Marie P., recherchiert von Markus Rachbauer.

55 Archiv der GSI, Sch. 2, OÖ.LWV 1, Hauptversammlung des o.ö. Landeswohltätigkeitsvereines pro 1933 am 17. Mai 1934, 1-3.

56 Archiv der GSI, Sch. 2, OÖ.LWV 1, Anstaltsbericht pro 1936, Hauptversammlung des o.ö. Landeswohltätigkeitsvereines am 2. Juni 1937. Bei der „Einlage“ handelte es sich um eine vermeintlich kostengünstige Versorgung in Privathaushalten, deren Standard auch sehr niedrig sein konnte.

warfen ebenfalls ein Zubrot für das Anstaltsbudget ab und dienten zugleich der Sicherung der Versorgung mit Lebensmitteln.

Die christlichen Vereine verkauften zudem Schriften und Drucksachen (wie z. B. Postkarten, Publikationen wie „*Der Seraphische Kinderfreund*“ und der „*Zwergenkalender*“⁵⁷).

Grundsätze in der Versorgung der zu betreuenden Personen

Die unterschiedlichen Anstaltskonzeptionen bewegten sich zwischen einer einfachen Verwahrung in segregierenden Einrichtungen, die auch als gesellschaftlicher Schutz gesehen wurde, und einer regelrecht durch „*Heilungseuphorie*“ geprägten Medizin und Erziehung. Die Einrichtungen wurden in vielen Fällen abseits der Städte und Ballungszentren angesiedelt. Ruhe und Naturverbundenheit sollten auf die zu betreuenden Personen wohltuend wirken, zugleich förderte die Abgeschiedenheit die Segregation. In den Einrichtungen war der Alltag systematisch strukturiert und überwacht. Die Unterbringung erfolgte nach Geschlecht und nach Alter getrennt.⁵⁸ Die Abgeschiedenheit und der strukturierte Alltag wurden in dieser Zeit als therapeutisches und pädagogisches Prinzip verstanden: Die psychisch kranken Menschen wurden aus ihrer gewohnten Umgebung entzogen und durch schöne Landschaft wie auch durch Mitarbeit im Garten und in der Landwirtschaft geheilt.⁵⁹

Die Versorgung der Personen in den Institutionen war geprägt von Motiven der Barmherzigkeit, Nächstenliebe und der Erziehung zum Christenmenschen. Wichtig war den TrägerInnen der Betreuung „*die Pflege des Leibes*“ und die „*Seelen der uns Anvertrauten*“⁶⁰. Man sorgte sich einerseits um die körperlichen Bedürfnisse und das Lernen von Sauberkeit und Ordnung und andererseits um eine sittsame und fromme Lebensführung.

Die Versorgung wurde in den Einrichtungen hauptsächlich von christlichen Schwesternkongregationen⁶¹ übernommen. Für die Frauen, die in jener Zeit als Schwester in Ordensgemeinschaften eintraten, war es nicht nur eine Möglichkeit, einer glaubensmotivierten Berufung nachzugehen, sondern auch eine Chance auf Ausbildung und Berufstätigkeit sowie eine Alternative zur Ehe.⁶² Im evangelischen Verein für innere Mission erhielten die Diakonissen in den deutschen Mutterhäusern eine - für die damals in Österreich herrschenden ärmlichen Verhältnisse - vergleichsweise gute Ausbildung.⁶³ Die Schwestern, die oftmals aus einfachen Verhältnissen kamen, traten in patriarchalisch geprägte christliche Glaubens-, Dienst- und Lebensgemeinschaften

57 DAL, CA/SL, Sch. 1, Fasz. 2, Seraphisches Liebeswerk (o.J.). Die Publikationen des Seraphischen Liebeswerkes waren durch die Illustrationen des Zeichners und Karikaturisten Karl Storch (1868-1955) bekannt und beliebt.

58 RITTMANNNSBERGER, Geschichte des psychiatrischen Krankenhauses in Oberösterreich 22-29.

59 RICHAZ, Heilen Pflegen Töten 15.

60 J. OBERMEIER, Männerheim „*Friedenshort*“. In: Friedrich SAUL, Festschrift zum fünfzigjährigen Jubiläum der evangelischen Diakonissenanstalt in Gallneukirchen (Gallneukirchen 1927) 32-34, hier 33.

61 In den Männerabteilungen versorgten u.a. auch Pfleger oder Diakone (OBERMEIER, Männerheim „*Friedenshort*“ 32-34).

62 Christa SCHRAUF, Geleitwort. In: Gerhard FÜRSTLER, Der Glaube, der durch Liebe tätig ist (Linz 2011) 9-12, hier 11.

63 Vgl. Friedrich FÜRSTLER, Der Glaube, der durch die Liebe tätig ist (Linz 2011) 30-34. Archiv des Diakoniewerkes, Zur Geschichte der Werkstatt. Auszug aus den Erinnerungen der Diakonisse Charlotte von François, angefertigt von Franzi Dolch am 3.7.1987. Für Charlotte von François war die Ausbildung, die sie in Deutschland genossen hatte, dennoch als Vorbereitung für die Betreuung und Pflege von behinderten Menschen zu wenig.

ein, in denen durch den Dienst an den „armen Seelen“ die höhere Liebe zu Gott im Zentrum stand. Das Leben im Orden war fremdbestimmt und autoritär geprägt, die Schwestern konnten oftmals ihr Beschäftigungsfeld nicht selbst wählen. Porträtierte Lebensgeschichten von Diakonissen spiegeln ein konservatives, auf die Mutterrolle fokussiertes, auf Unterordnung und Hingabe sowie auf ein von beschränktem Handlungsspielraum geprägtes Frauenbild wider.⁶⁴ Dr. Johann Gruber, der Leiter der Anstalten für blinde Menschen in Linz, spöttelte über die katholischen Ordensschwestern und ihre (wie ihm schien) weltabgewandt-frömmelnde Spiritualität. Neuen oder reformpädagogischen Ideen standen die christlichen Kongregationen wie auch die Diözese, die keineswegs die auf der Höhe der Zeit befindlichen pädagogischen Ansichten vertraten, vielfach ablehnend gegenüber.⁶⁵ Die Portraits der Diakonissen Charlotte von François und Fanny Schaer zeigen aber auch Selbstbestimmung, Selbstbewusstsein, Mut und Hartnäckigkeit sowie energisches Auftreten – soweit es die strenge Ordnung zuließ.⁶⁶ Fanny Schaer, so die biografischen Quellen, zeigte ein großes pädagogisches Talent und viel Empathie, während Charlotte von François – sie arbeitete seit 1922 in der hausinternen Hilfsschule – den Ausbau von Beschäftigungswerkstätten forcierte. Auf eigenen Wunsch ließ sich von François in Deutschland zur Hilfslehrerin (1927-1928) ausbilden, visitierte anschließend wenige Wochen in den Werkstätten einer Diakonissenanstalt in Deutschland, in der BewohnerInnen im Bürstenbinden, Körbeflechten und auch im Teppichknüpfen, was sie besonders begeisterte, tätig waren. Anschließend richtete sie auch wider Gegenwillen eine neue Webwerkstätte in Gallneukirchen ein.⁶⁷

Durch die Fortschritte in der Medizin, vor allem in der Orthopädie und Heilpädagogik, versuchte man auch die individuelle Beeinträchtigung zu lindern oder zu heilen. Anfang der 1930er Jahre hospitierte die staatlich geprüfte Hilfslehrerin Sr. Augusta aus dem Liebeswerkheim für behinderte Kinder in Stadl-Paura bei Univ. Prof. Dr. Spitzzy⁶⁸ im Orthopädischen Spital Wien, wo sie u. a. im orthopädischen Turnen geschult wurde. Wöchentlich wurden die Kinder und Jugendlichen in Stadl-Paura nun mit Sandsacktragen, Übungen mit der Decke, Kriechübungen etc. therapiert.⁶⁹

Bildung, Ausbildung und Arbeit in den Einrichtungen

Die Institutionalisierung von Menschen mit Behinderungen erfolgte nach der Art und Schwere der Beeinträchtigung in unterschiedliche Anstaltskonzeptionen. Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal spielte dabei die zugesprochene Lern- und Arbeitsfähigkeit eines Menschen.

64 FÜRSTLER, Der Glaube 30-37.

65 Zit. Helmut WAGNER, Dr. Johann Gruber. Priester – Lehrer – Patriot (1889-1944) (Linz 2011) 115.

66 FÜRSTLER, Der Glaube 30-37.

67 Archiv des Diakoniewerkes, Zur Geschichte der Werkstatt. Auszug aus den Erinnerungen der Diakonisse Charlotte von François, angefertigt von Sw. Franzi Dolch am 3.7.1987, 1-2.

68 Der international angesehene Orthopäde Hans Spitzzy (1872-1956) war bekannt für seine Arbeiten in der Hüftgelenksverrenkung, der Nerven- und Knochenchirurgie, der körperlichen Erziehung, der Chirurgie und der Knochen-Tuberkulose. Sein Buch „Die körperliche Erziehung des Kindes“ (1914) war weit verbreitet (Stadt Wien, 6.3.1953: Ehrenring der Stadt Wien für Univ.-Prof. Dr. Hans Spitzzy. Im Internet: <http://www.wien.gv.at/rk/historisch/1953/maerz.html> (30.09.2011).

69 DAL, CA/SL, Sch. 9, Fasz. 5e, Schreiben des Seraphischen Liebeswerkes für Österreich an den Bezirksschulrat in Wels, Zahl 3112, 18. September 1930.

Kinder und Jugendliche mit Behinderung, die als „*nicht bildungsfähig*“ kategorisiert wurden, waren trotz allgemeiner Schulpflicht vom Unterricht ausgeschlossen. Für diese Kinder gab es keine Möglichkeit zur Bildung.

Für behinderte und als „*bildungsfähig*“ eingestufte Kinder und Jugendliche gab es in der Zeit der Ersten Republik die Möglichkeit zum Besuch einer Hilfsschule. Das Sonderschulwesen hatte sich bereits seit dem Ende des 18. Jahrhunderts ohne gesetzliche Grundlage auf Basis humanitärer Einzelinitiativen entwickelt. Die Grundlage für die Entwicklung des Sonderschulwesens bildete die Österreichische Schul- und Unterrichtsordnung für allgemeine Volksschulen und Bürgerschulen vom 29. September 1905.⁷⁰ Hier wird festgehalten: „*Ferner können für den Unterricht nicht vollsinniger oder schwächer veranlagter Kinder, wo es die Verhältnisse erfordern, mit Bewilligung der Landesschulbehörde besondere Hilfs- oder Förderklassen eingerichtet werden.*“⁷¹ Die organisatorische Konstruktion des Schultyps „*Hilfsschule*“ als eigene Schulform erfolgte in den Bundesländern zumeist in den ersten Jahren der Republik. Einige Anstalten betrieben eigene Schulen. Im 1911 eröffneten „*Krippelheim*“ des Seraphischen Liebeswerkes in Stadl-Paura wurden nur als „*bildungsfähig*“ eingestufte Mädchen und Knaben mit unterschiedlichen Behinderungen aufgenommen. Die Kinder hatten dort die Möglichkeit, entweder die „*Hilfsschule für die schwachbegabten Schützlinge*“ oder die „*Schule für die normalen Anstaltskinder*“⁷² zu besuchen. Im Martinstift in Gallneukirchen gab es seit den 1920er Jahren eine Hilfsschule.⁷³ In der Waisenkolonie Hart wurde ebenfalls eine Hilfsschule eingerichtet.

Ökonomische Überlegungen, beschäftigungstherapeutische Ziele, wie auch vereinzelt schlechte Erfahrungen⁷⁴, die ehemalige BewohnerInnen (zumeist Jugendliche) außerhalb der Anstalten machten, bewegten den evangelischen Verein für innere Mission dazu, Beschäftigungsmöglichkeiten einzurichten, „*damit wir sie nicht in eine Welt hinausstoßen müssen, in der sie sich absolut nicht zurechtfinden können.*“⁷⁵ In der Landwirtschaft des Martinstifts, die die Versorgung der Einrichtungen in Gallneukirchen unterstützte, wurden bereits seit längerem behinderte Menschen zur Arbeit eingesetzt.⁷⁶ Diese Beschäftigungsmöglichkeit unterlag aber saisonalen Schwankungen und die Arbeitskräfte waren durch ihre eingeschätzte „*körperliche Mindervertigkeit*“ nur bedingt einsetzbar. Sofern nicht in der Landwirtschaft mitgeholfen oder Hilfs- bzw. Boten-

70 Hans RADL. In: Josef LEITNER, Die Wiener Hilfsschule 1920-1790 (Wien 1971) 7f.

71 Aus dem § 6 der Verordnung des Ministeriums für Kultur und Unterricht vom 29. September 1905, womit die definitive Schul- und Unterrichtsordnung für allgemeine Volksschulen und für Bürgerschulen erlassen wurde.

72 DAL, CA/SL, Sch. 9, Fasz. 5e, Schreiben an die Provinzvorstehung der Schwestern v. Hl. Karl Borromäus, 8. Juli 1922.

73 Archiv des Diakoniewerkes, Auszug aus dem Evangelischen Vereinsblatt von 1929, 118. Von François, Charlotte: Bei den schwachsinnigen Kindern auf dem Martinstift. In: SAUL: Festschrift zum fünfzigjährigen Jubiläum 27-28.

74 Es werden folgende Beispiele für ehemalige BewohnerInnen des Martinstift gebracht: Ein Jugendlicher wurde bei einem Bauern untergebracht, wechselte mehrmals den Posten und man verlor ihn aus den Augen. Nach einiger Zeit wurde er vernachlässigt und obdachlos von der Polizei aufgegriffen und ins Krankenhaus gebracht, wo er nach kurzer Zeit starb. Ein anderes Mädchen wurde gegen den Willen des Vereins zu den Eltern zurückgebracht. Bald darauf war es Angeklagte vor dem Jugendgericht, bekam dort einen Tobsuchtsanfall und wurde in die Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof gebracht (Archiv des Diakoniewerkes, Auszug aus dem Evangelischen Vereinsblatt (1929) 118).

75 Archiv des Diakoniewerkes, Auszug aus dem Evangelischen Vereinsblatt (1929) 118.

76 Archiv des Diakoniewerkes, 24. Jahresbericht über das Diakonissen-Mutterhaus Gallneukirchen, September 1918 - September 1919 (Linz 1919) 9.

dienste erledigt wurden⁷⁷, konnten die Männer in einer Werkstatt Bürsten binden sowie Matten, Sessel und Körbe flechten. Die Frauen arbeiteten am Spinnrad und an den Webstühlen oder erledigten Handarbeit. In den Werkstätten gab es immer eine Aufsichts- und Anleitungsperson. Im Vereinsblatt (1929) wurde die Langsamkeit und die Ungenauigkeit der BewohnerInnen bemängelt, aber einige seien auch ganz geschickt – ihre Arbeit ließe sich auch für einen guten Preis verkaufen.⁷⁸ Der Gewinn ging nicht in Form eines Lohnes an die HerstellerInnen, sondern floss dem Anstaltsbudget zu.⁷⁹

In Schloss Hartheim stand Bildung, Erziehung zur Selbstständigkeit oder Integration weniger im Vordergrund, sondern zu allererst sorgte man sich bei der Versorgung der behinderten Kinder, Jugendliche und Erwachsenen um das Seelenheil, die Einhaltung einer sittlichen Lebensführung und der sozialen Ordnung sowie um die Grundversorgung - zumeist bis zum Tod.⁸⁰ Deshalb gab es auch hier keine Schule. Es wurden aber im Laufe der Ersten Republik in eigenen Abteilungen sogenannte „*Arbeitspfleglinge*“ (ca. ein Drittel der BewohnerInnen) untergebracht. Die Männer arbeiteten als Bürstenbinder und Korbflechter. Die Frauen waren mit Nähen, Sticken, Stricken und Flickern beschäftigt. Eine Reihe weiblicher und männlicher BewohnerInnen war in der Küche und im Garten wie auch in der anstaltseigenen Landwirtschaft tätig.⁸¹

Der Tagesablauf war in diesen Einrichtungen streng geregelt. Die Tagesordnung des Liebeswerkheimes in der Hafnergasse, in dem männliche Jugendliche ausgebildet wurden, gestaltete sich folgendermaßen:

- Aufstehen um 5.30 h, danach Gebet oder hl. Messe
- um 7.00 h Frühstück und Aufräumen der Zimmer
- von 8.00 h bis 18.00 h arbeiten in den Werkräumen
- Vormittags eine Pause für die Jause und zehn Minuten im Hof
- nach dem Mittagessen eine Erholungspause von einer Stunde
- Nachmittagsjause und 15 Minuten Arbeitspause
- nach Arbeitsschluss: Aufräumen der Werkräume sowie eigene Körper- und Kleiderpflege
- nach dem Abendessen (ab 18.30 h) Unterhaltung „*bei Spiel und Lektüre*“ und
- um 20.00 h gemeinsames Abendessen und anschließend Nachtruhe.

Die freie Zeit durften die Jugendlichen im Hof verbringen, einmal wöchentlich ein längerer Spaziergang, alle 14 Tage ein Bad, die Anstaltsleitung hatte das Recht die Briefe zu lesen und Ausgänge gab es nur mit Erlaubnis, so die Hausordnung. Die Jugendlichen durften nur jene Tätigkeit erlernen, welche die gesetzlichen Vertreter im Einvernehmen mit der Leitung des Heimes für sie als passend bestimmten. Nach sechs Monaten in der Anstalt erhielten die Jugendlichen symbolisch rund fünf Prozent vom Erlös der von ihnen erzeugten Güter. Diese Ersparnisse wurden von der Anstaltsver-

77 Siehe: Archiv des Diakoniewerkes, Hausordnung für den „*Friedenshort*“ (o.O. o.J.). Der gleiche Inhalt findet sich auch in der Hausordnung für das Haus „*Zoar*“ (o.O. o.J.), welches zu jener Zeit Frauen mit Behinderungen beherbergte. Evangelischen Volkskalender (1937) 111-112.

78 Archiv des Diakoniewerkes, Auszug aus dem Evangelischen Vereinsblatt (1929) 119.

79 FÜRSTLER, Der Glaube 311.

80 Archiv der GSI, Sch. 2, OÖ.LWV 1, Anstaltsbericht pro 1936, Hauptversammlung des o.ö. Landeswohltätigkeitsvereines am 2. Juni 1937.

81 Archiv der GSI, Sch. 2, OÖ.LWV 1, Hauptversammlung des o.ö. Landeswohltätigkeitsvereines pro 1933 am 17. Mai 1934, 4.

waltung angelegt oder damit Kleidung gekauft.⁸² Als Lehrlinge im eigentlichen Sinn konnten nur wenige der betreuten Personen gemeldet werden, ihre Zahl war durch die Bestimmungen der Gewerbeordnung beschränkt, so die nachträgliche Auskunft eines früheren Lehrers.⁸³ Die meisten Jugendlichen arbeiteten ohne gesetzliches Lehrverhältnis in den Werkstätten und konnten somit auch keinen offiziell anerkannten Lehrabschluss bzw. kein Beschäftigungsverhältnis nachweisen.

Zusammenfassung und Ausblick

Dieser Beitrag beleuchtet verschiedene Facetten der institutionellen Versorgung von psychisch kranken und behinderten Menschen im Übergang von der Monarchie zur Ersten Republik und bis 1938. In dieser im Aufbruch stehenden Zeit fanden sich die Anstaltskonzeptionen zwischen einer regelrecht auf „*Heilungseuphorie*“ geprägten Medizin und Erziehung und einer segregierenden Verwahrungsfunktion, die als „*Schutz*“ für die Gesellschaft konzipiert war, wieder. Je nach Art und Dimension der Beeinträchtigung, so lässt sich erkennen, stand einerseits die Aufsicht und Verwahrung für die als „*bildungsunfähig*“ eingestuft Menschen, andererseits die Rehabilitation und Erziehung der als „*bildungs- und arbeitsfähig*“ kategorisierten Menschen im Vordergrund. In dieser Zeitspanne erfolgte auch die Einrichtung von Hilfsschulen und speziellen Ausbildungswerkstätten für behinderte Menschen. Die fortschrittliche Sozialgesetzgebung der jungen Ersten Republik hatte jedoch kaum Auswirkungen auf die institutionelle Versorgung von psychisch kranken und behinderten Personen.

In Oberösterreich reichen die Gründungen der hier beschriebenen, speziellen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in das 19. und 20. Jahrhundert zurück. Einen wichtigen Impuls für die Gründung karitativer Einrichtungen stellte das fehlende öffentliche Engagement, die problematische Versorgungslage von behinderten Menschen und - als Grundlage - das Vereinsgesetz von 1867 dar. Die Gründung und die Leitung von privaten Versorgungsanstalten waren von Motiven der Barmherzigkeit, Nächstenliebe und der Erziehung zum Christenmenschen geprägt. In der Versorgung und Ausbildung von behinderten Menschen betätigten sich besonders die katholische und evangelische Kirche und ihre Glaubenskongregationen. Für sie hatte das Seelenheil der zu versorgenden Menschen Priorität. An eine Orientierung an modernen (reform-)pädagogischen Erziehungsidealen oder heiltherapeutischen Maßnahmen in den Einrichtungen dachten die Priester wie auch Ordensschwwestern (und -brüder) vorerst wenig, obgleich auch Ansätze moderner pädagogischer und therapeutischer Versorgung (Hilfsschulen, Ausbildungswerkstätten, orthopädisches Turnen) durch engagierte BetreuerInnen verzeichnet werden können.

Das Leben der Menschen in den Einrichtungen war auch durch strukturelle Probleme gekennzeichnet. Die Einrichtungen waren privat, sie erhielten weder öffentliche Förderungen, noch standen sie unter öffentlicher Aufsicht. Aus heutiger Sicht sind es vor allem die viel zu großen Gruppen, die kaum vorhandene pädagogische, therapeutische und medizinische Ausbildung und die viel zu großen psychischen und physischen Anforderungen, die an die pflegenden Personen gestellt wurden, die das Leben der Menschen in den Einrichtungen beeinträchtigte. In den Betreuungsanstalten gab es hinsichtlich der medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Standards kaum

82 DAL, CA/SL, Sch. 8, Fasz. 5d, Hausordnung im Liebeswerkheim in der Hafnerstraße (o.J.).

83 DAL, CA/SL, Sch. 6, Fasz. 5a, Schreiben von Franz Haas (Lehrer in der Hafnerstraße) an die Allgemeine Invalidenversicherungsanstalt, Landesstelle Linz, 9. Juli 1951.

öffentliche Kontrolle. Es ist anzunehmen, dass, gerade auch im Hinblick auf aktuelle Fälle von Gewalt und Missbrauch in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, in den Anstalten der Ersten Republik vergleichbaren oder gar schlimmeren Vorkommnissen nichts entgegengesetzt wurde.

Große materielle Not und fehlende Ressourcen prägten das Leben der Menschen in der Nachkriegszeit. In Österreich führte erst die angespannte soziale Situation der Nachkriegsjahre zu vermehrten Diskussionen über bevölkerungspolitische Maßnahmen.⁸⁴ In dieser Situation wurde die organisatorische Trennung in der Versorgung der „brauchbaren“ und der „unbrauchbaren“ Menschen immer deutlicher. Ab 1938 lässt sich ein deutlicher Einschnitt erkennen, in dem die Bemühungen der kirchlichen Träger wie auch reformpädagogische Ansätze zunichte gemacht wurden. Einerseits versuchte das NS-Regime, den Betreuungsbereich für Menschen mit Behinderungen dem Staat zu unterstellen - zweifellos ein Novum bis dahin. Das NS-Regime wollte durch gezielte Förderung und medizinische Rehabilitation die „Heilbaren“ in die (Kriegs-)Wirtschaft einbinden.⁸⁵ Andererseits wurden Maßnahmen im Sinne der Rassenhygiene und Eugenik durchgeführt. Menschen mit Behinderung, die von medizinischen GutachterInnen als „erbkrank“ und „minderwertig“ klassifiziert wurden, wurden entweder sterilisiert oder ermordet. Im Schloss Hartheim bei Alkoven, vor dem „Anschluss“ eine Einrichtung für Menschen mit Behinderungen, wurden 18.000 behinderte und psychisch kranke Menschen systematisch im Rahmen des Euthanasieprogramms „Aktion T4“⁸⁶ ermordet.⁸⁷ Im August 1941 wurde die Aktion nach Widerständen gestoppt, aber die Tötung „unwerten“ Lebens wurde daraufhin inoffiziell weitergeführt. Das medizinische Personal tötete PatientInnen der Heil- und Pflegeanstalten nun dezentral in den Einrichtungen z.B. durch medizinische Injektionen, durch Vernachlässigung und durch bewusstes Verhungernlassen.⁸⁸

Neben jeder Kritik an den Versorgungs- und an den Erziehungsanstalten in der Ersten Republik darf auf keinen Fall vergessen werden, dass sich diese christlich-karitativen Initiativen jenen Personengruppen annahmen, um deren Versorgung und Ausbildung sich der Staat bislang wenig gekümmert hatte. Jenen Männern und Frauen, die selbstlos und aus ihrer religiösen Motivation heraus, diese Arbeit übernommen haben, soll auch in diesem kritischen Beitrag große Anerkennung gezollt werden.

Ich möchte noch auf große Forschungslücken in diesem Bereich hinweisen. Bislang gibt es weder Publikationen zu Alltag und Versorgungsstrukturen in der für Oberösterreich zuständigen psychiatrischen Anstalt Niedernhart und ihrer Filiale Gschwendt noch eine systematische Aufarbeitung der Rolle von kommunalen Armen- und Versorgungshäusern bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen und

84 Vgl. Gustav HOFMANN, Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE, Gutachten zur Frage des Amtes der OÖ. Landesregierung, „ob der Namensgeber der Landesnervenklⁱⁿik [Julius Wagner-Jauregg] als historisch belastet angesehen werden muss.“ (Linz 2005).

85 Siehe dazu: Antonie ZAJUNZ, Über die Körperbehinderten-(Krüppel)Fürsorge mit besonderer Berücksichtigung ihres Aufbaus in der Ostmark (Innsbruck 1943).

86 Nach 1945 wurde das Euthanasieprogramm für Erwachsene als ‚Aktion T4‘ bekannt, benannt nach der Berliner Büroleitzentrale für die Ermordung behinderter Menschen, einer Berliner Villa in der Tiergartenstrasse 4. Vgl. Brigitte KEPPLINGER, NS-Euthanasie in Österreich: Die ‚Aktion T4‘ –Struktur und Ablauf. In: Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim. (Linz 2008) 35-63, hier 37.

87 Brigitte KEPPLINGER, Die Tötungsanstalt Hartheim 1940-1945. In: Brigitte KEPPLINGER, Gerhart MARCKHGOTT, Hartmut REESE (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim. (Linz 2008) 63-116.

88 KEPPLINGER, NS-Euthanasie in Österreich 58-60.

Menschen mit Behinderungen. Um die Geschehnisse und das Leben in den Einrichtungen ganzheitlich erfassen zu können, könnte auch die biografische Recherche zu betreuten wie auch betreuenden Menschen – sofern es die zu diesem Bereich oftmals äußerst mangelhafte Quellenlage zulässt – weitere Erkenntnisse an den Tag bringen.

Information zur Autorin

Angela Wegscheider, Dr.ⁱⁿ, Senior Scientist am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der Johannes Kepler Universität, Altenbergerstraße 69, 4040 Linz. Forschungsschwerpunkte: Disability Studies, Disability Research, Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen, Gesundheit.

Kontakt: angela.wegscheider@jku.at.

Volker van der Locht

***„...bin ich das Anstaltsleben leid und möchte wieder als Arbeiter draußen mein Brot verdienen“.* Eugenische Selektion und die Selbstentwürfe behinderter Menschen im Nationalsozialismus**

English Title

„...bin ich das Anstaltsleben leid und möchte wieder als Arbeiter draußen mein Brot verdienen.“ - Eugenetic selection and the self-presentations of disabled persons during National Socialism

Summary

At least since the UN-convention on disabled persons official state authorities discuss the equation and inclusion of ill and disabled people, too. Their wish to participate should be considered now, and, of course, had existed before. This is true also for the period before and during National Socialism. Disabled and chronically ill persons were looking for their place in society in those days, too. In the following, several biographies of victims of sterilisation and euthanasia are presented. Their as well individual as milieu-specific self-presentations are displayed, which in terms of those-days' medical diagnoses and social evaluations were regarded deviant and, finally, to be eliminated. These persons could not realise their live plans and wishes due to societal regulations.

Keywords

20th century, National Socialism, Third Reich, disabled persons, sterilization, euthanasia

Vorbemerkung

Wenn wir heute von Selbstentwürfen, Selbstkonzepten, Selbstbildern reden, dann geht es häufig um die individuelle Identität, die jeder Mensch durch die Gruppenerwartungen in unterschiedlichen sozialen Kontexten im Wechselspiel mit den persönlichen Wünschen herausbildet. Es handelt sich dabei vornehmlich um Konzepte des Einzelnen in einer individualisierten Gesellschaft. Das ist aber für vergangene Zeiten nicht umstandslos übertragbar. Früher, und das gilt auch für die Zeit des Nationalsozialismus, hatte der soziale Zusammenhang noch eine wesentlich größere Bedeutung für

den einzelnen Menschen: seien es die Familie, das religiöse oder weltanschauliche Milieu mit seinen spezifischen Organisationen der kirchlichen Gemeinde oder der Partei. Insofern spielen solche sozialen Zusammenhänge bei der Beschreibung der Selbstentwürfe behinderter Menschen auch eine wesentlich größere Rolle.

Das führt zu der Frage, um welche Menschen handelt es sich, wenn wir heute von den Opfern des NS-Kranken- und Behindertenmordes reden? Reduzieren wir sie nicht unreflektiert auf die „Besonderheit“ Krankheit/Behinderung, wie sie uns der Nationalsozialismus hinterlassen hat? Welche Gruppenzugehörigkeiten begründeten darüber hinaus ihre soziale und personale Identität? Zu Recht hat Christian Mürner die „Reduktion auf ein Merkmal“ in Bezug auf Menschen mit Behinderung problematisiert.¹ Und in diesem Sinne wird in den folgenden Ausführungen der Blick auf die anderen sozialen Kontexte im Leben der Opfer gerichtet. Das beinhaltet zugleich die Problematik, inwieweit diese weiteren identitätsstiftenden Bezüge im Nationalsozialismus als „abweichend“ definiert und in der „Euthanasie“ mit der medizinischen Kategorie Behinderung verknüpft wurden.

Die Zeitgeschichtsforschung hat in den letzten Jahrzehnten eine Fülle von Publikationen zum Thema Medizin im Nationalsozialismus hervorgebracht. Ein von Robert Jütte und anderen herausgegebener Band nennt 62.000 Treffer, wenn bei google-book das Themenstichwort eingegeben wird. Die Veröffentlichung umreißt den aktuellen Forschungsstand, der in vier Schwerpunkten strukturiert ist: Gesundheitswesen, Medizinische Forschung, Medizinische Praxis sowie Brüche und Kontinuitäten nach 1945. Trotz der Vielfalt der zumeist biographisch oder institutionengeschichtlichen Arbeiten sehen die Autoren in verschiedenen Feldern wie zum Beispiel zur Gesundheitspolitik, Neue Deutsche Heilkunde oder medikale Kultur noch Defizite. Dies gilt auch für den Bereich individueller Geschichten von Patientinnen und Patienten.²

Die Lücken in Bezug auf die Rekonstruktion von Krankenschicksalen sind insofern bemerkenswert, weil diese schon seit den 1980er Jahren einen Teil der Auseinandersetzung zur Funktion der Medizin im Nationalsozialismus dargestellt haben. Erinnerungen Betroffener, wie sie Paul Wulf niedergelegt hat,³ zeigen die Komplexität von Armut, sozialer Ausgrenzung und medizinisch-bürokratischer Degradierung als Voraussetzung für die spätere Einbeziehung in die eugenischen Maßnahmen des NS-Staats. Sie zeigen darüber hinaus, dass allein die Zuordnung zur Opfergruppe „Zwangsterilisierte“ problematisch ist. Wulf schloss sich nach der Anstaltsentlassung während des Zweiten Weltkrieges einer Widerstandsgruppe an.

Schon zur damaligen Zeit lag also die Frage nahe, welche Rolle spielten Zwangssterilisierte in den verschiedenen Gruppen des Widerstandes gegen den NS-Staat. Eine Durchsicht der Literatur zum Thema „Verfolgung und Widerstand im Nationalsozialismus“ zeigt: Im Verlauf der letzten Jahrzehnte haben sich die Forschungen auf viele bis dahin ignorierte Verfolgtengruppen erweitert. Die ursprünglichen Kreise militärischer Widerstand (Stauffenberg/Hitler-Attentat), Katholische Kirche (Bischof von Galen) und Jugend (Weiße Rose) wurden in der Folge der Studentenbewegung nach 1968 um

-
- 1 Vgl. Christian MÜRNER, Die Reduzierung auf ein Merkmal: Die Frage nach einer „behinderten Identität“. In: Christian MÜRNER, Udo SIERCK (Hg.), Behinderte Identität? (Neu-Ulm 2011) 163-179.
 - 2 Vgl. Robert JÜTTE, Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung 2. Aufl. (Göttingen 2011) 7-9.
 - 3 „Zwangsterilisiert“. Biographische Notizen von Paul WULF. In: Redaktionskollektiv Autonomie, Karl-Heinz ROTH (Hg.), Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“ (Berlin 1984) 7-9.

den Arbeiterwiderstand von kommunistischen, sozialdemokratischen und unabhängigen sozialistischen Organisationen erweitert. Neben behinderte Menschen rückten unter den Verfolgten seit den 1980er Jahren unter anderem Homosexuelle, Roma/Sinti, Fremdarbeiter und kleine religiöse Minderheiten wie die Zeugen Jehovas in den Fokus der Forschung. Zu allen Gruppen gibt es inzwischen in unterschiedlicher Intensität eine umfangreiche Literatur, die hier nicht rezipiert werden kann.

Ebenso findet die Ausweitung des Themas Verfolgung und Widerstand in Sammelwerken seinen Niederschlag. Peter Steinbach und Johannes Tuchel bieten in ihrem Band einen Überblick der verschiedenen Gruppen, Organisationen und Strömungen, die sich dem Totalzugriff der Nationalsozialisten widersetzen.⁴ Berücksichtigt werden unter anderem sozialistische und katholische Arbeiter, Kirchen, Jugendliche, Juden im Widerstand, Judenhelfer und Widerstand von Personen gegen den Krieg.

Die Nennung nur der männlichen Form der Akteure ist bewusst gewählt, weil meist nur von Männern im Widerstand geschrieben wird. Diesem Manko treten die Herausgeber durch die Aufnahme eines Beitrags zum Frauenwiderstand entgegen, der die bisherigen Ergebnisse, aber auch die Forschungsdefizite umreißt. Ebenfalls finden in der Rubrik religiöser Widerstand kleinere Gemeinschaften Berücksichtigung. Neben den erwähnten Zeugen Jehovas, wird unter anderem die Christian Science oder die Anthroposophische Gesellschaft erwähnt. Kennzeichnend für die Beiträge ist jedoch, dass die einzelnen Widerstands- und Verfolgtengruppen separat nebeneinander behandelt werden. Verschränkungen wie bei Paul Wulf beschrieben finden keine Berücksichtigung. Einen weiterführenden Ansatz verfolgt hier die Disability History. In einem dazu erschienenen Band werden die Grundzüge dieser neuen Forschungsrichtung umrissen. Sie geht davon aus, dass Behinderung nicht ein sozialpolitisches oder medizinisch-diagnostisches Faktum darstellt. Vielmehr wird Behinderung als flexible soziale und kulturelle Zuschreibung oder Konstruktion verstanden, die ähnlich wie das „Fremde“, das „Schwache“ oder das „Andere“, soziale Ungleichheit begründet oder gesellschaftliche Hierarchien legitimiert haben.⁵

Vor diesem Hintergrund werden in den folgenden Ausführungen Lebensschicksale von Menschen vorgestellt, die während des Zweiten Weltkriegs jeweils in eine der sechs Vergasungsanstalten im Rahmen der so genannten Erwachsenen-„Euthanasie“ ermordet wurden. Die Grundlage bilden personenbezogene Akten des Erbgesundheitsgerichts Essen, Krankenakten staatlicher und katholischer Anstalten und Gestapo-Akten. Der Quellenfundus deutet an, dass an der Konstituierung der Betroffenen zu „Euthanasie“-Opfern verschiedene Institutionen in einem wechselseitigen Prozess von Diagnose, Be- und Verurteilung beteiligt waren. Zugleich geben die Akten Einblick in die Selbstwahrnehmung der Ermordeten, die der nationalsozialistischen Sichtweise, es handele sich um „unwertes“, Leben widerspricht.

Die Personenauswahl in den Ausführungen folgt zwei Schwerpunkten: Erstens wird an zwei Lebensläufen die Wechselseitigkeit von weltanschaulicher und eugenischer Verfolgung beschrieben. Zweitens findet der Werdegang eines „klassischen“ Anstaltsjugendlichen Berücksichtigung. Damit sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der

4 Peter STEINBACH, Johannes TUCHEL (Hg.), Widerstand gegen die nationalsozialistische Diktatur 1933 – 1945 (Bundeszentrale für politische Bildung Schriftenreihe Bd. 438, Bonn 2004).

5 Vgl. Elsbeth BÖSL, Anne KLEIN, Anne WALDSCHMIDT (Hg.), Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung (Bielefeld 2010) 7.

Selbst- und Fremdwahrnehmung der Betroffenen und ihre Konstituierung zu Menschen mit Behinderung und zu „*Euthanasie*“-Opfern beleuchtet werden.

„*Im Herzen sitzt die Internationale*“

Als Ausgangspunkt meiner Überlegungen steht ein so genanntes „*Hartheim-Opfer*“. „*So genannt*“ deshalb, weil es sich um eine der falschen Todesangaben handelt, die die NS-Mörder zur Verschleierung tatsächlicher Zusammenhänge angegeben haben. Einen Hinweis auf Hartheim habe ich durch eine Liste von Urnengräbern eines großen Essener Friedhofs erhalten, in denen Opfer der nationalsozialistischen Verbrechen beigesetzt wurden. Von insgesamt 117 Personen galten 55 als „*Euthanasie*“-Opfer.⁶ Bei sechs davon wurde die „*Euthanasie*“-Anstalt Hartheim angegeben. So bei Hermann S. Hermann S. wurde 1894 in Düsseldorf als Sohn eines Fabrikarbeiters geboren. Später kam er mit seiner Familie nach Essen und besuchte dort die Volksschule. Nach der Schulentlassung begann er bei der Gusstahlfabrik Krupp zunächst als Laufjunge, die vor der Erfindung des Telefons zur Informationsübermittlung eingesetzt wurden, und absolvierte danach erfolgreich eine Lehre als Dreher. Anschließend war er als Maschinist tätig. Im November 1915 wurde er zur Infanterie eingezogen und diente bis zum Ende des Ersten Weltkrieges 1918 an der Westfront.⁷

Hermann S.' Werdegang als Arbeiter entsprach der stabilen gesellschaftlichen Situation des Kaiserreichs, in der die Essener Wirtschaft einen stetigen Aufschwung erlebt hatte. Das änderte sich jedoch in den Folgejahren. Denn die Jahre nach dem Kriegsende waren von Krisen, Inflation und zeitweiser französischer Besetzung gekennzeichnet.

Ein Hauptproblem bestand zunächst in der Demobilisierung der Soldaten und ihre Wiedereingliederung in das Zivilleben. Dazu musste die bisherige Kriegsproduktion auf Friedensprodukte umgestellt werden. Das betraf besonders Krupp, die zum Mythos gewordene „*Waffenschmiede*“ des Deutschen Reiches. Von einem auf den anderen Tag brachen die Rüstungsaufträge weg. Innerhalb von zehn Tagen wurde die Beschäftigtenzahl um 40.000 verringert, weitere 35.000 sollten folgen. Zum Teil wurde das Problem für die Betroffenen insofern entschärft, weil viele Auswärtige, teils Fremdarbeiter in ihre Heimat zurückkehren wollten. Dies wurde von der Firmendirektion sogar finanziell unterstützt. Ein anderer Teil der Entlassenen konnte im Bergbau beschäftigt werden, weil der Bedarf an Kohle enorm angestiegen war und die Zechengesellschaften händeringend nach Arbeitskräften suchten. Es wurden aber auch etwa 25.000 Frauen wieder an den Herd zurückgeschickt, da sie während des Krieges ohnehin nur als Platzhalterinnen für die Männer gedient hatten.⁸

Von diesen Regelungen profitierte auch Hermann S. Als ehemaliger Krupparbeiter wurde er wieder als Dreher übernommen. Doch allein mit der Produktionsumstellung von Kanonen auf Lokomotiven, Landmaschinen, Kraftfahrzeuge und anderem konnte das Unternehmen Krupp nicht stabilisiert werden.⁹ Aufgrund von Arbeitsmangel wurde er 1921 entlassen. Danach war er mit Unterbrechungen durch Arbeitslosigkeit in verschiedenen Berufszweigen tätig. Während dieser Zeit begannen die Prozesse

6 Vgl. Verwaltung Parkfriedhof (Verw.Parkfr.) Akte KZ-Opfer, Gräberliste Parkfriedhof.

7 Bundesarchiv Berlin (BArch) R 179-7257, Blatt (Bl.) 11, Urteil des Sondergerichts v. 2.6.1939.

8 Vgl. Klaus WISOTZKY, Die Jahre der Gewalt – Essen 1914 bis 1945. In: Ulrich BORSODORF (Hg.), Essen Geschichte einer Stadt (Bottrop; Essen 2002) 368-467, hier 393.

9 Vgl. Helga MOHAUPT, Kleine Geschichte Essens. Von den Anfängen bis zur Gegenwart (Bonn 1991) 210.

sozialer Ausgrenzung, die der französische Soziologe Pierre Bourdieu als das beschreibt, was wir auch heute beobachten können: „*Alle einschlägigen wissenschaftlichen Forschungen, von den dreißiger Jahren bis heute, beweisen, dass die Menschen an der Arbeitslosigkeit zerbrechen.*“¹⁰

Bei Hermann S. war es der Alkoholkonsum, der ihn später in das Räderwerk eugenischer Selektion geraten ließ. Ein Bruder gab später an:

„*Mein Bruder Hermann ist nach seiner Entlassung bei der Firma Krupp als Lumpenhändler tätig gewesen und hat während dieser Zeit oft getrunken und hat sich meiner Mutter gegenüber übel benommen. [...] Seit einigen Monaten, seit er in Arbeit steht, hat er sich gebessert.*“¹¹

Hermann S. war also nicht im eigentlichen Sinne psychisch krank oder behindert. Die Alkoholabhängigkeit führte zu den häufig im Zusammenhang mit Drogensucht auftretenden Gewaltakten. Da er im Haushalt seiner verwitweten Mutter lebte, für deren Unterhalt er mitverantwortlich war, wurde sie mehrfach zum Opfer seiner Attacken. Darüber hinaus fiel Hermann S. in der engeren Nachbarschaft auf. Schon 1927 vermerkten die Akten, er habe den Reichspräsidenten durch die Worte „*Hindenburg kann mich im Arsch lecken!*“ beleidigt. Derartige, im alkoholisierten Zustand gemachten Äußerungen sowie die Gewalttätigkeiten führten dazu, dass er sich dafür vor Gericht verantworten musste. Bis 1936 wurde er achtmal wegen Diebstahls, Unterschlagung, Sachbeschädigung, Widerstandes und groben Unfugs bestraft.¹²

Besonders nach der nationalsozialistischen Machtergreifung hatten derartige Straftatbestände gravierende Folgen. Im August 1935 wurde er festgenommen, weil er auf der Straße kommunistische Reden gehalten hatte. So habe er unter anderem „*Heil Moskau*“ und „*Im Herzen sitzt die Internationale*“ gerufen. Obwohl er eher als unpolitisch galt, deuten seine Reden auf das kommunistische Milieu, dem er angehörte. Seine Trunkenheit erklärt, warum er jede Vorsicht vermissen ließ. Doch in seinem Verhalten drückt sich auch die Verbitterung über die Pressionen des Regimes aus, denen er und seine links eingestellte Familie ausgesetzt waren.

Schon im April 1933 war sein Bruder kurzzeitig mit der Anschuldigung in Schutzhaft genommen worden, weil er angeblich zusammen mit einem kommunistischen Genossen ein Waffenlager angelegt haben sollte. Beweise hatte die Gestapo aber nicht vorlegen können, so dass das Verfahren eingestellt worden war.¹³ Einige Wochen vor Hermann S.' Festnahme war seine Schwester in Haft der Essener Gestapo genommen worden. In ihrer Akte heißt es:

„*Die H. wurde am 18.5.35 in Sachen G. u. a. wegen des Verdachts der Vorbereitung zum Hochverrat festgenommen. Sie wurde dem Richter vorgeführt, welcher Haftbefehl erlassen hat.*“¹⁴

Magdalene H.'s Inhaftierung erfolgte aus Rache. Ihr Mann Gustav, ein bekannter kommunistischer Funktionär in Essen, wurde wegen Hochverrats steckbrieflich gesucht und hatte sich durch die Flucht nach Holland dem Zugriff der Nazi-Schergen

10 Pierre BOURDIEU: Das Elend der Welt, der Skandal der Arbeitslosigkeit und eine Erinnerung an die Sozialutopie Ernst Blochs: Kapitalismus als konservative Restauration In: Die Zeit 5 (22.1.1998) 45.

11 Stadtarchiv (StA) Essen 160 S 107, Bl. 9, Verhandlungsprotokoll der Sitzung des Erbgesundheitsgerichts Essen v. 9.2.1938.

12 Landesarchiv Nordrhein-Westfalen (LA-NRW) Abt: Rheinland RW 58-26010, Bl. 3, Politischer Lebenslauf; BArch R 179-7257, Bl. 11, Urteil des Sondergerichts v. 2.6.1939.

13 LA-NRW Abt: Rheinland RW 58-52692, Bl. 7, Polizeivermerk v. 26.4.1934.

14 LA-NRW Abt: Rheinland RW 58-31181, Bl. 3, Politischer Lebenslauf.

entzogen.¹⁵ Da sich der Mann zum Zeitpunkt der versuchten Festnahme nicht in der Wohnung befand, nahmen die Gestapo-Männer kurzerhand seine Frau mit. Erst Mitte August 1935 wurde sie wieder entlassen.

Auch gegen Hermann S. leitete die Gestapo ein Verfahren wegen Vorbereitung zum Hochverrat ein. Es wurde jedoch zwei Jahre später, 1937, eingestellt und eine Haft von vier Wochen wegen groben Unfugs angeordnet.

Die Gestapo sah in Hermann S. keinen politischen Aktivist. Zum Teil lag es daran, dass er sich zu diesem Zeitpunkt längst in den Fängen der Fürsorgebürokratie befand. Bereits 1931 erfolgte seine Entmündigung. 1933 und 1934 folgte gegen seinen Willen eine Einweisung in die Arbeitsanstalt Brauweiler bei Köln. 1937, nach dem erwähnten Verfahren wegen groben Unfugs, beantragte der Essener Amtsarzt beim zuständigen Erbgesundheitsgericht die Unfruchtbarmachung nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (Sterilisationsgesetz) vom 14. Juli 1933.¹⁶ Als Diagnose gab er „schweren Alkoholismus“ an. Der Beschluss erfolgte im Februar 1938. Darin heißt es:

„Der am 8. Mai 1894 geborene Hermann S. aus Essen leidet nach dem Gutachten des Gerichtsarztes an schwerem Alkoholismus. Das Gericht ist dieser Diagnose beigetreten. Der Untersuchte ist seit dem Jahre 1929 sehr stark dem Trunke ergeben. [...] Dieses ergibt sich aus den oben schon erwähnten Akten der Trinkerfürsorgestelle, wonach er noch im Jahre 1937, nämlich im April und Oktober 1937, wegen sinnloser Trunkenheit auf die Polizeiwache eingeliefert worden ist. Das Gericht ist danach überzeugt, dass es sich bei Hermann S. um einen unverbesserlichen Trinker handelt. Es ist nach der Überzeugung des Gerichts mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass die Nachkommen des Hermann S. an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden. Es handelt sich bei ihm um einen Alkoholismus auf pathologischer Persönlichkeitsbasis und damit um einen Alkoholismus auf vorwiegend krankhafter Erbanlage. Es mag noch erwähnt sein, dass er bereits dreimal gerichtlich bestraft ist, [...]. Nach alledem hat das Gericht seine Unfruchtbarmachung gemäß § 1 Abs. 3 des Gesetzes vom 14.7.33 wegen schweren Alkoholismus angeordnet.“

Mit Inkrafttreten des Sterilisationsgesetzes Anfang 1934 hatten die Machthaber in Deutschland einen „Grundstein der nationalsozialistischen Rassengesetzgebung“¹⁷ gelegt. Es ging um den Ausschluss angeblich Erbkranker von der Fortpflanzung, um die „kranken Erbströme“ im „Volkskörper“ zum Versiegen zu bringen. Der vorliegende Fall zeigt eindrücklich das dahinter stehende ideologische Konstrukt. Entgegen den durch Arbeitslosigkeit bedingten sozialen Ursachen des Alkoholismus und der Delikte sah das Gericht die Gründe „auf vorwiegend krankhafter Erbanlage“ und im individuellen Verhalten des Verurteilten, wenn es ihn als „unverbesserlichen Trinker“ bezeichnete. Um aber eine Unfruchtbarmachung anordnen zu können, mussten laut Gesetz zusätzlich die Nachkommen mit hoher Wahrscheinlichkeit körperlich oder geistig behindert sein.¹⁸ Auch dies bejahte das Gericht und entschied entsprechend.

Obwohl mit dem Sterilisationseingriff in den Städtischen Krankenanstalten, dem heutigen Essener Universitätsklinikum, zwei Monate später für Hermann S. die bisher schwerste physische Sanktion erfolgte, führte das nicht zu einem vorsichtigeren

15 Vgl. Ernst SCHMIDT, Lichter in der Finsternis. Widerstand und Verfolgung in Essen 1933 – 1945. Erlebnisse – Berichte – Forschungen – Gespräche 1, 3. Aufl. (Essen 1989) 104-111.

16 StA Essen 160 S 107, Bl. 1-4, 10, 21, Antrag auf Unfruchtbarmachung v. 22.12.1937; Gutachten v. 13.12.1937; Gerichtsbeschluss v. 9.2.1938 Zitat; Ärztlicher Bericht v. 8.4.1938.

17 Henry FRIEDLANDER, Der Weg zum NS-Genozid: Von der Euthanasie zur Endlösung (Berlin 1997) 65.

18 Vgl. Christian GANSSMÜLLER, Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung (Köln, Wien 1987) 43.

Verhalten gegenüber dem Regime. Seit Dezember 1938 saß er erneut im Essener Gefängnis in Untersuchungshaft ein. Vorgeworfen wurden ihm Verstöße gegen das „Gesetz gegen heimtückische Angriffe auf Staat und Partei und zum Schutz der Parteiuniform“ (Heimtückegesetz) vom 20. Dezember 1934. Wie 1935 soll er im Zustand der Trunkenheit nach Hause gekommen sein und im Hausflur „Rotfront“ und „Heil Moskau“ gerufen haben. Er schmähte auch Adolf Hitler, wie Jahre zuvor den Reichspräsidenten Hindenburg.¹⁹

Nun ging es nicht mehr nur um groben Unfug. Denn mit dem Heimtückegesetz hatte sich der NS-Staat ein Gesinnungsstrafrecht geschaffen, das pauschal jede kritische Äußerung, selbst spontan geäußerte Unmutsäußerungen gegenüber dem Regime oder einem seiner Repräsentanten kriminalisierte, die unterhalb der Schwelle der Strafbestimmungen der Beleidigung oder übler Nachrede lag. Der Gestapo oblag es, Anzeigen oder Denunziationen entgegenzunehmen und die „Täter“ festzunehmen. Dabei spielten die Denunziationen für die Gestapo eine wichtige Rolle. In Essen mit 679.754 Einwohnerinnen und Einwohnern 1939²⁰ beschäftigte sie lediglich 43 Polizeibeamte. Informationen von anderen waren also für den Überwachungsapparat wichtig, um überhaupt tätig zu werden. In einer wenn auch unvollständigen Untersuchung zu Düsseldorf rangierten unter den Anzeigen die Denunziationen mit 26 Prozent an erster Stelle vor denen von Kriminalpolizei (17 Prozent), städtischen Ämtern, Parteidienststellen oder anderen Stellen. In Saarbrücken lag der Anteil der Denunziationen bei „Heimtückevergehen“ sogar bei 87,5 Prozent.²¹ Die aktive Beteiligung der Bevölkerung bei ihrer Unterdrückung war in vielen Städten evident und auch in Essen vorhanden.

Anders als im heutigen Verständnis von Polizeiarbeit, die der Verfolgung von Straftaten dient, ermittelte die Gestapo in Angelegenheiten abweichender Gesinnung vom Nationalsozialismus. Werner Best, einer der wichtigsten Mitarbeiter Reinhard Heydrichs in der Berliner Gestapo-Zentrale, umriss die Aufgaben der Gestapo „als eine Einrichtung, die den politischen Gesundheitszustand des deutschen Volkskörpers überwacht, jedes Krankheits-symptom rechtzeitig erkennt und die Zerstörungskeime [...] erkennt und mit jedem Mittel beseitigt“.²²

Zur „Beseitigung“ der „Zerstörungskeime“ wurden Sondergerichte geschaffen, die nicht mehr rechtsstaatlichen Prinzipien genügten. So entfielen dort etwa die gerichtliche Voruntersuchung und die mündliche Verhandlung über den Haftbefehl. Dazu wurden die Ladungsfristen verkürzt, Verteidigerrechte eingeschränkt und die Position der Staatsanwälte gestärkt.²³

Denunziationen, Inhaftierung und Verurteilung von einem Sondergericht waren auch für Hermann S.'s Schicksal kennzeichnend. In seinem Fall verhandelte das zuständige Sondergericht Dortmund am 2. Juni 1939 in Essen. Die Richter sahen in seinen

19 LA-NRW Abt: Rheinland RW 58-26010, Bl. 3, Politischer Lebenslauf.

20 Zahlenangabe nach: Ulrich BORSODORF (Hg.), Essen. Geschichte einer Stadt (Bottrop, Essen 2002) 557.

21 Vgl. Robert GELLATELY, „In den Klauen der Gestapo“. Die Bedeutung von Denunziationen für das nationalsozialistische Terrorsystem. In: Anselm FAUST (Hg.), Verfolgung und Widerstand im Rheinland und in Westfalen 1933 – 1945 (Schriften zur politischen Landeskunde Nordrhein-Westfalens Bd. 7 Köln, Stuttgart, Berlin 1992) 40-49, hier 41, 44; Carsten DAMS, Michael STOLLE, Die Gestapo. Herrschaft und Terror im Dritten Reich (München 2008) 86.

22 Bernward DÖRNER, „Heimtücke“: Das Gesetz als Waffe. Kontrolle, Abschreckung und Verfolgung in Deutschland 1933 – 1945 (Paderborn, München, Wien, Zürich 1998) 312.

23 Vgl. ebd. 35, 53.

Äußerungen „böswillige und hetzerische Angriffe auf den Führer und die nationalsozialistische Staatsführung“.²⁴

Obwohl das Gericht feststellte, dass S. politisch nicht in Erscheinung getreten sei, erwähnte es seine Schwester Magdalene. Inzwischen hatte ein Gericht über sie eine dreijährige Zuchthausstrafe wegen Vorbereitung zum Hochverrat verhängt. Grund der Verurteilung waren durch Folter erpresste und zugegebene Aussagen über verschiedene Reisen in die Niederlande, um dort ihren Mann zu besuchen. Darüber hinaus hatte sie mit ihrem Mann über verschiedene Deckadressen kommunistischer Kontakteute korrespondiert. Die Gestapo sah darin den Versuch zum Aufbau einer Widerstandsorganisation.²⁵

Ihre Verurteilung war in der Nachbarschaft der Familie S. bekannt. Hermann S. gab in seiner Gerichtsverhandlung an, er habe mit den kommunistischen Parolen seinen Nachbarn ärgern wollen. Dieser habe nämlich gedroht: „Ich bringe Dich dahin, wo deine Schwester ist.“²⁶

Wahrscheinlich hegte Hermann S. den Verdacht des Denunziantentums gegenüber seinem Nachbarn. Tatsächlich lag der Essener Gestapo ein anonymes Brief vor, der die bisherigen Vorgänge gegen seine Familie wiedergab, um diese herabzusetzen.

„Ich möchte mal auf eine Frau Segeroth Str. 5 aufmerksam machen. Wie die Herren wissen, ist vor ungefähr 1 1/2 - 1 3/4 Jahren eine Jacht [sic] nach Herrn H. gewesen, aber noch frühzeitig nach Holland entweichen konnte. Wo es geschah, wohnte Sie zu der Zeit in Altenessen, wo auch Frau H. verhaftet wurde und mehrere Monate in Untersuchungshaft gesessen hat. [...] Wie verschiedene Personen sich ausgelassen haben, bekommt sie von Ihrem Herrn Gemahl, was sie an Geld braucht und fährt alle Augenblicke nach Holland, jetzt ist sie wieder dort, und weiß Gott, was sie alles überbringt, denn Ihre Brüder sind genau so und ballen heute noch die Moskau-Faust, [...]“²⁷

Ungeachtet des Tatsachengehalts sind die Anschuldigungen insofern bemerkenswert, weil sie neben nachbarschaftlichen Spannungen ebenso auf die Auflösung der Solidarstrukturen des kommunistischen Milieus im Nationalsozialismus verweisen. Denn die Kontrahenten wohnten im Stadtteil Essen-Segeroth, der vor 1933 zu den legendären „roten Trutzburgen“ gehört hatte, wo bei gewalttätigen Auseinandersetzungen die Kommunisten immer gegenüber den Nationalsozialisten obsiegt hatten.²⁸

Auf diese „Kampfphase“ bezog sich eine weitere Denunziation gegen Hermann S.’ Bruder. Danach sollte er sich im Besitz einer Büste des KPD-Vorsitzenden Ernst Thälmann befinden, die er beleuchtet ins Fenster gestellt haben sollte. Das Verfahren wurde aber eingestellt. Denn die Ermittlungen der Gestapo hatten ergeben, dass es vor 1933 eine solche Büste gegeben hatte, die ein Nachbar der Familie S. anlässlich von KPD-Demonstrationen durch die Segerothstraße im Fenster gezeigt hatte.²⁹

Hermann S. hatte also durchaus Gründe für sein verärgertes Verhalten. Seine Handlungsweise zeigt aber auch die Fehleinschätzung seiner Möglichkeiten gegen

24 BArch R 179-7257, Bl. 11-13, 24, Urteil des Sondergerichts v. 2.6.1939, Akteneintrag v. 10.8.1939; Reichsgesetzblatt Tl. 1 1933, 996.

25 LA-NRW Abt: Rheinland RW 58-31181, Bl. 162, Schnellbrief der Gestapo Außenstelle Essen v. 17.5.1938.

26 BArch R 179-7257, Bl. 13, Ärztliches Gutachten v. 11.3.1939.

27 LA-NRW Abt: Rheinland RW 58-31181, Bl. 8, Brief v. 2.1.1937.

28 Vgl. Frank BAJOHR, Michael GAIGALAT, Ein Arbeiterviertel zwischen Mythos und Stigma. In: Frank BAJOHR, Michael GAIGALAT (Hg.), Essens wilder Norden. Segeroth – ein Viertel zwischen Mythos und Stigma, 2. Aufl. (Hamburg 1991) 8-18, hier 16.

29 LA-NRW Abt: Rheinland RW 58-52692, Bl. 20, Schreiben v. 10.8.1938.

seinen Nachbarn mit kommunistischen Reden vorzugehen. Entsprechend verortete das Sondergericht sein Verhalten weniger in den Kontext eines „politischen“ Vergehens, das die Schutzhaft oder die Einweisung in ein Konzentrationslager zur Folge haben konnte. Vielmehr stellte es seine öffentlichen Reden in den medizinisch-erbbiologischen Zusammenhang „chronischer Alkoholismus“ mit der Konsequenz der Anstaltsunterbringung. Es verurteilte ihn daher zu einer acht Monate dauernden Freiheitsstrafe mit anschließender Sicherungsverwahrung in einer Trinkerheilanstalt. Nach Abbüßung der Haft kam Hermann S. in die rheinische Provinzialheil- und Pflegeanstalt Bedburg-Hau bei Kleve. Von dort führte sein Weg in die „Euthanasie“.

Im März 1940 wurden 1.742 Menschen aus Bedburg-Hau verschleppt, um Platz für die Einrichtung eines Marinereservelazarets zu schaffen. Zielorte waren die Heil- und Pflegeanstalten Waldheim im Land Sachsen, Pfafterode in Thüringen, Marbach und Zwiefalten in Württemberg, Herborn, Eichberg und Weilmünster in Hessen, Brandenburg, Görden in Brandenburg sowie Altscherbitz, Haldensleben und Jerichow in der preußischen Provinz Sachsen.³⁰

Im Rahmen dieser Deportationen kam Hermann S. nach Waldheim. Es handelte sich um so genannte Bewahrungsfälle. Das waren psychisch kranke Straftäter, die aufgrund vollständiger oder teilweiser Unzurechnungsfähigkeit in Anstalten zur Sicherungsverwahrung untergebracht waren. Wie auch das Urteil des Sondergerichts belegt, galt Hermann S. damit nicht als Pflegling, sondern als „unzurechnungsfähiger“ Straftäter. Ein früherer Pfleger aus Bedburg-Hau berichtete: „In einer Nacht- und Nebelaktion wurden alle Insassen des Bewahrungshauses in großen vergitterten Wagen in das Zuchthaus Waldheim in Sachsen gebracht.“³¹

Drei Transporte waren dafür erforderlich, die durch Aufenthalte teils zwei bis drei Tage dauerten. Hermann S. gehörte wohl zu dem am 8. März erfolgten Transport von 28 Männern. In Waldheim wurde er am 11. März aufgenommen. In seiner Akte findet sich der Vermerk, er sei am 4. April 1940 in einem Sammeltransport aus Waldheim verlegt worden. Das Überführungsdatum bedeutete zugleich das Todesdatum. Darüber hinaus deuten unterschiedliche Hinweise darauf hin, dass die nach Waldheim verlegten Patienten in Brandenburg ermordet wurden. Am 28. Juni 1940 wurden seine angeblichen sterblichen Überreste schließlich auf dem Parkfriedhof in Essen beigesetzt.³²

„weil ich die Botschaft vom Königreich verkündet habe“

Etwas anders lag der Fall bei Anton O. Hier reichte der für Strafgefangene zuständige Gerichtsarzt Dr. Teudt den Antrag auf Unfruchtbarmachung beim Erbgesundheitsgericht Essen ein. Als Indikation nannte er angeborenen Schwachsinn³³ – also eigentlich eine im damaligen Sinne übliche Behinderung. Anton O. hatte aber kein klassisches Delikt wie Diebstahl oder Körperverletzung begangen wie im vorgenannten Beispiel. Erläuternd meinte dazu der Gerichtsarzt:

30 Vgl. Ludwig HERMELER, Die Euthanasie und die späte Unschuld der Psychiater. Massenmord, Bedburg-Hau und das Geheimnis rheinischer Widerstandslegenden (Essen 2002) 53-55.

31 Ebd. 90.

32 Vgl. ebd. 93; BArch R 179-7257, Bl. 24, Akteneintrag v. 10.8.1939; Verw.Parkfr. Akte KZ-Opfer, Gräberliste Parkfriedhof.

33 StA Essen 160 O 30, Bl. 1, Antrag auf Unfruchtbarmachung v. 14.7.1936; Zitat ebd. Bl. 5, Ärztliches Gutachten v. 14.7.1936.

„Zu diesem ausgesprochenen Schwachsinn hat sich bei ihm eine Erstarrung und Einengung des geistigen Blickfeldes paranoider Natur gesellt, die ihn als Jünger bzw. ‚Zeugen Jehovas‘ zwingt, das ‚Wort Gottes‘ zu verkündigen, so wie er es sich zurechtmacht. Er steht so unkorrigierbar unter diesem inneren Zwang, dass er zum 2. Mal deshalb im Gefängnis ist.“

Kriminalität war hier die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft, die vom Nationalsozialismus verfolgt wurde, wenn auch Lernschwächen nicht von der Hand zu weisen waren.

Die Gemeinschaft der Zeugen Jehovas wurde in den 1870er Jahren von dem US-Amerikaner Charles Taze Russel gegründet. Sie fasste in Deutschland unter dem Namen „*Internationale Bibelforschervereinigung*“ (IBV) um 1900 Fuß. Ihre seit 1931 benutzte Bezeichnung „*Zeugen Jehovas*“ gründete auf die alttestamentarische Bibelstelle Jesaja 43.10 „*Ihr seid meine Zeugen*“. Damals waren aber auch Bezeichnungen wie „*Bibelforscher*“ oder „*Ernste Bibelforscher*“ gebräuchlich.³⁴

Die IBV sah mit dem Ausbruch des Ersten Weltkriegs die Zeitenwende, die das Ende der Welt ankündigte. Die dramatischen sozialen Verwerfungen schienen ihr auch für manche Verzweifelte Recht zu geben. Zum Kriegsende 1918 zählte die IBV in Deutschland 5.545 Gläubige, zu Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft 1933 waren es mehr als 25.000. Begünstigt wurde die Ausbreitung durch die liberale Politik der Weimarer Republik gegenüber Glaubensgemeinschaften, der Artikel 137 der Weimarer Verfassung garantierte die Religionsfreiheit. Allerdings stieß der große Freiraum der Bibelforscher und andere Gemeinschaften schon von Beginn an auf die Kritik der Kirchen und auf völkische Kreise. Von daher überrascht es nicht, dass die IBV als vergleichsweise große Gemeinschaft schon kurz nach der NS-Machtergreifung ins Visier staatlicher Kontrollorgane geriet. Bereits am 10. April 1933 erging in Mecklenburg-Schwerin ein regionales Verbot. Es folgten nach und nach die anderen Länder, zuletzt Preußen am 24. Juni des Jahres. Besonders die internationale Ausrichtung und die zentrale Steuerung der Gemeinschaft aus den USA, ihre Kritik an Regierungen, Kapital und Kirchen als Repräsentanten des Satans und ihr Bekenntnis zur Gleichheit der Rassen mussten auf den offenen Widerspruch des NS-Staates treffen. Hinzu kam die Prinzipientreue der Gläubigen auch nach 1933.³⁵

Deutlich zeigt sich das an Anton O.'s Erklärungen, als er in die Fänge der Polizeibehörden geriet. Am 24. November 1935 wurde er „wegen staatsfeindlicher Umtriebe“ festgenommen, weil er für die IBV „werbend tätig“ war.³⁶ In der Vernehmung gab er gegenüber der Gestapo an:

„Nach meinem Austritt aus der Kirche habe ich vor dem Verbot die Versammlungen der ‚Internationalen-Bibelforscher-Bewegung‘ besucht. Über das Verbot bin ich unterrichtet, erkläre aber hierzu, dass ich mich an die irdischen Gerichte nicht störe, da ich nur Gott zu gehorchen habe. Ich gebe zu, dass ich am 24.11.35 in den Vormittagsstunden in der I. Schichtstraße gewesen bin und habe hier den Bewohnern die Bibel erklären wollen.“

34 Vgl. Detlef GARBE, „*Gott mehr gehorchen als dem Menschen*“. Neuzeitliche Christenverfolgung im nationalsozialistischen Hamburg. In: PROJEKTGRUPPE für die vergessenen Opfer des NS-Regimes in Hamburg e.V. (Hg.), Verachtet – verfolgt – vernichtet – zu den ‚vergessenen‘ Opfern des NS-Regimes 2. Aufl. (Hamburg 1988) 172-219, hier 180f.

35 Vgl. Detlef GARBE, Widerstehen aus religiösen Gemeinschaften. In: Peter STEINBACH, Johannes TUCHEL (Hg.), Widerstand gegen die nationalsozialistische Diktatur 1933 – 1945 (Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung Bd. 438 Bonn 2004) 148-166, hier 151f.

36 LA-NRW Abt: Rheinland RW 58-45593, Bl. 2, Politischer Lebenslauf; Zitat Bl. 9, Vernehmungsprotokoll v. 25.11.35.

Konsequent lehnte Anton O. die Entscheidungen existierender staatlicher Institutionen zugunsten göttlicher Autorität ab. Er sah sich wie seine Glaubensbrüder und -schwestern in der Tradition der Apostel, denen als Märtyrer die Verbreitung des Evangeliums verboten worden war. Er scheute deshalb keine Sanktionen, sondern verstand sie als Versuchungen des Satans, denen er zu widerstehen hatte. Diese Haltung hatte ebenfalls zur Folge, dass er die ihm zur Last gelegten Vorwürfe der Werbung für die Zeugen Jehovas nicht bestritt. Denn er handelte letztlich nur getreu dem biblischen Gebot *„Du sollst nicht falsch Zeugnis ablegen“*.

Anton O. konnte sich damit auf die zentrale Leitung der Zeugen Jehovas berufen. Im September 1934 rief ihr Präsident Joseph Franklin Rutherford die Gläubigen in Deutschland dazu auf, sich trotz Verbot in den örtlichen Gemeinden zu versammeln und die Verkündigung durch Hausbesuche wieder aufzunehmen. Mehr als 10.000 Zeugen Jehovas folgten diesem Ruf und wurden trotz vielfältig konspirativen Vorgehens zu tausenden verhaftet und vor Gericht gestellt.³⁷

Anton O. wurde in dem Verfahren nach der *„Verordnung zum Schutz von Volk und Staat“*, der so genannten Reichstagsbrandverordnung vom 28. Februar 1933 zu einer dreimonatigen Haft verurteilt. Da ihm die Untersuchungshaft seit seiner Festnahme im November 1935 angerechnet wurde, kam er Ende Februar 1936 wieder frei. Bereits am 20. April des Jahres kam er erneut wegen seiner Hausmissionierungen ins Untersuchungsgefängnis.³⁸

Die weiteren Abläufe zeigen die Schwierigkeiten des Regimes, mit Anton O.'s konsequenter Verweigerungshaltung umzugehen. So bestellte die Essener Strafkammer für ihn einen Verteidiger, den er aber als einen Vertreter der weltlichen Gerichtsbarkeit ablehnte. Zusätzlich gab das Gericht ein medizinisches Gutachten in Auftrag, welches Auskunft über den Geisteszustand des Verhafteten geben sollte. Verfasser war der Gerichtsarzt Dr. Teudt, der später das Sterilisationsgutachten erstellen sollte. Teudt bescheinigte dem Angeklagten, er sei geisteskrank, worauf das Gericht die Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt anordnete.

Wohl in Erwartung einer langen Haftstrafe nahm die Essener Presse von dem Urteil überrascht Notiz. Von einem *„unerwarteten Ausgang“* sprach der *„Essener Anzeiger“* in dem Beitrag *„Zeuge Jehovas verrückt“* vom 11. August 1936, und die *„Essener Allgemeine Zeitung“* titelte am gleichen Tag *„Ein falscher Prophet! Bibelforscher für geisteskrank erklärt“*.

Wer gegen den NS-Staat eingestellt war, musste psychisch krank sein, so kann das Strafgerichtsurteil interpretiert werden. In diesem Sinne sah Anton O. die Gründe für seine Inhaftierung ganz realistisch. Denn als nach dem Strafverfahren die Entscheidung über seine Sterilisierung anstand, erklärte er vor dem Erbgesundheitsgericht Essen am 22. August 1936:

*„Ich bin 35 Jahre alt. Ich sitze hier in Untersuchungshaft, weil ich die Botschaft vom Königreich verkündet habe. Ich habe noch 9 Geschwister, die alle gesund sind und die Volksschule besucht haben. In einer Anstalt bin ich noch nicht gewesen. Ich habe die Volksschule besucht und bin 2 mal sitzengeblieben. Um Mädchen habe ich mich noch nie bekümmert, auch habe ich keine Freunde. Ernstlich krank bin ich noch nie gewesen. Schreiben kann ich nicht. Heute haben wir Samstag und schreiben das Jahr 1936.“*³⁹

37 Vgl. GARBE, Widerstehen 152.

38 LA-NRW Abt: Rheinland RW 58-45593, Bl. 2, Politischer Lebenslauf; Bl. 13, Urteil v. 12.2.1936; Bl. 17, Einlieferungsschein v. 20.4.1936. Akte enthält die im folgenden erwähnten Zeitungsartikel (ohne Blattnummerierung).

39 StA Essen 160 O 30, Bl. 10 VS, Verhandlungsprotokoll v. 22.8.1936.

In dem Sterilisationsverfahren ging es nicht mehr um ein oppositionelles, sondern um ein erblich bedingtes „*krankhaftes*“ Verhalten. Seine weiteren Ausführungen vor Gericht zeigen den Versuch, seine „*Normalität*“ zu bekunden etwa durch Nennung des Wochentages und des Jahres. Denn die zeitliche und räumliche Orientierung war ein wichtiges Kriterium für die Erbgesundheitsgerichte, um Schwachsinn oder Geisteskrankheit bei Sterilisanden zu verneinen.

Wie oft in derartigen Gerichtsverhandlungen oblag es den Familienangehörigen entlastende Fakten, d.h. äußere Ursachen für die Krankheit/Behinderung anzugeben, um einen Sterilisationsbeschluss zu verhindern. Bei Anton O. war es die Mutter, die erklärte, sie habe bei ihrem Sohn in der Kindheit keinen Schwachsinn feststellen können. Ihrer Ansicht sei die Behinderung durch die englische Krankheit (Rachitis) verursacht, und er sei im Alter von zwei Jahren einmal in eine heiße Lauge gefallen.

Diese Sachverhalte fanden wohl Eingang in das Urteil der Richter, einen Einfluss auf den Inhalt der Entscheidung hatten sie nicht. Besonders ihre Wahrnehmungen bezüglich der Mitgliedschaft bei den Zeugen Jehovas verdienen Beachtung bei der Befürwortung der Unfruchtbarmachung. Dazu schrieben sie in ihrer Begründung:

*„Der Erbkrankte hat die Beziehungen zur Umwelt deutlich verloren. Er ist ‚Bibelforscher‘. Bei seiner Vernehmung liert er immer wieder in monotoner Weise unverständene Phrasen von den Zeugen Jehovas und der Botschaft Gottes herunter. Sein Wesen ist dabei völlig leer und affektarm. Anzeichen für eine äußere Ursache der Krankheit fehlen. Dagegen ist zu beachten, dass sein Vater Trinker war.“*⁴⁰

Die Richter sprachen den teils richtigen Aspekt der individuellen Selbstisolierung an, wenn sich Menschen diversen Religionsgemeinschaften oder Sekten anschließen. Aber Anton O. hatte sich insofern nicht isoliert, weil er im Rahmen seiner Hausmissionen mit vielen Menschen in Kontakt trat. Ebenso schlossen die Richter aus, dass er sich aus eigenem Entschluss den Zeugen Jehovas angeschlossen haben könnte. Er war seit 1920 IBV-Anhänger.⁴¹ Nur die Aspekte zur Rechtfertigung der Unfruchtbarmachung fanden Berücksichtigung. Zur Durchführung des Sterilisationseingriffs kam es allerdings nicht. Zur Zeit des Verfahrens befand sich Anton O. noch in Untersuchungshaft, wurde aber später der Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Düren überwiesen. Neben Bedburg-Hau eine weitere Klinik im Rheinland, in der psychiatrisierte Straftäter interniert wurden.

Dort trat für Anton O. die Regelung nach Artikel 1 der ersten Durchführungsverordnung zum Sterilisationsgesetz in Kraft, nach dem der Operationseingriff durch die Anstaltseinweisung ausgesetzt werden konnte.⁴² Denn in den Anstalten waren Männer und Frauen in unterschiedlichen Abteilungen untergebracht, so dass auch nach Ansicht des NS-Staates keine „*Fortpflanzungsgefahr*“ bestand. Mehrfach fragte das Essener Erbgesundheitsgericht nach der Verhandlung beim Amtsarzt nach, um über den Stand des Sterilisierungsverfahrens (Durchführung des Eingriffs) informiert zu werden. Zum letzten Mal erfolgte am 5. Januar 1943 eine entsprechende Anfrage.⁴³ Das ist insofern bemerkenswert, weil sie die völlige Unkenntnis der Essener Behörden über die weiteren Abläufe dokumentiert. Denn zu diesem Zeitpunkt waren Anton O.’s vermeintlich sterblichen Überreste schon längst auf dem Essener Parkfriedhof

40 Zitat ebd. Bl. 11, Urteil v. 22.8.1936.

41 LA-NRW Abt. Rheinland RW 58-59330, Bl. 7, Bericht Gestapo-Leitstelle Düsseldorf v. 25.10.1939.

42 Vgl. Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses v. 5.12.1933. In: Reichsgesetzblatt Teil 1 (1933): 1021-1022, hier 1021.

43 StA Essen 160 O 30, Bl. 27, Schreiben des Erbgesundheitsgerichts Essen v. 5.1.1943.

beerdigt. Bereits am 20. Juni 1941 befand er sich in einem Transport von 91 Männern, der von Düren in die rheinische Provinzialheil- und Pflegeanstalt Galkhausen/Langfeld ging.

Galkhausen fungierte als so genannte Zwischenanstalt für die Vernichtungsanlage Hadamar in Hessen. Die Zwischenanstalten dienten teils als Tarnung, sodass Angehörige Verlegungswege ihrer asylierten Familienmitglieder nicht so leicht rekonstruieren konnten. Geling ihnen das dennoch, eröffnete es die Möglichkeit, Widerspruch gegen die Verlegung einzulegen. Diese Anstalten dienten auch dazu, die Menschen je nach Bedarf in das Vernichtungszentrum weiterzuverlegen, damit dort keine „Stockung“ oder „Leerlauf“ beim Morden und Verbrennen der Opfer entstand.⁴⁴

Nach der Ankunft in Galkhausen wurde Anton O. einen Monat später, am 28. Juli, mit weiteren 83 Männern in Hadamar eingeliefert und am gleichen Tag ermordet. Die Beisetzung erfolgte schließlich am 6. September 1941.⁴⁵

„...bin ich das Anstaltsleben leid...“

Aber auch die als klassisch zu bezeichnenden Anstaltspfleglinge unterscheiden sich erheblich in ihren Schicksalen und lassen oft nur erahnen, dass es sich um unverwechselbare Individualitäten handelt. In Johann H.'s Lebensweg zum Beispiel zeigt sich der unbedingte Wille nach gesellschaftlicher Integration bzw. Inklusion.

Johann oder Hans, wie er auch genannt wurde, kam 1912 zur Welt. Seit frühester Kindheit lebte er in verschiedenen Essener Waisen- und Armenhäusern. Die Hilfsschule besuchte er mit wenig Erfolg, so dass er zehnjährig im Oktober 1922 mit der Diagnose „*Schwachsinn mäßigen Grades*“ in das katholische Franz-Sales-Haus für lern- und geistig behinderte Kinder und Jugendliche in Essen eingewiesen wurde. Dort besuchte er bis 1929 die Anstaltsschule und kam dann in verschiedene anstaltseigene Werkstätten.⁴⁶

Am 13. Juli 1938 beschloss das Erbgesundheitsgericht Essen die Unfruchtbarmachung gegen den fast 26jährigen wegen angeborenem Schwachsinn. Obwohl für ihn grundsätzlich die Regelung der Aussetzung eines Eingriffs bei dauerhafter Anstaltsbehandlung galt, leitete Anstaltsarzt Dr. Hans Hegemann ein Verfahren ein. In seinem Gutachten schrieb er: „*Es handelt sich zwar um einen Dauerbewahrungsfall, aber die Sterilisierung muss zur Durchführung gelangen wegen der vielen Entweichungen.*“⁴⁷

Hegemann konnte auf vielfältige Erfahrungen zurückgreifen. Schon 1932, Johann H. war 19 Jahre alt, vermerkte er, Hans sei innerhalb einer Woche dreimal entwichen, und in einem Akteneintrag vom November 1933 heißt es: „*Ist 2 mal entwichen nach Borbeck [Stadtteil von Essen, V.L.] wollte seine Mutter suchen. Der Stiefvater wirft ihn dann hinaus.*“⁴⁸

Dr. Hegemanns Handlungsweise folgte zwar den Bestimmungen des NS-Staates, blendete jedoch die sozialen Ursachen aus. Die massive Ablehnung des Stiefvaters –

44 Vgl. Hans-Walter SCHMUHL, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung ‚lebensunwerten Lebens‘ 1890-1945 (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft Bd. 75 Göttingen 1987) 205-206.

45 Vgl. Gedenkstätte Hadamar Datenbank Euthanasie Phase 1; Archiv des Landschaftsverbands Rheinland 16968, Lewenstein-Gutachten, Anhang: Verlegungsliste; StA Essen 160 O 30, Bl. 28, Schreiben v. 1.2.1943; Verw.Parkfr. Akte KZ-Opfer, Gräberliste Parkfriedhof.

46 Historisches Archiv Franz-Sales-Haus (HA-FSH) Nr. 3696, ohne Blattnummerierung, Personalbogen A.

47 StA Essen 160 H 240, Bl. 3, Ärztliches Gutachten v. 9.5.1938.

48 HA-FSH Nr. 3696, Personalbogen A.

und der Mutter – hatte einen Grund: Johann H. war ein so genanntes Geschwisterkind. Sein leiblicher Vater war der Bruder der Mutter. Offensichtlich war die Mutter ein Opfer sexueller Gewalt ihres Bruders geworden und lehnte Hans als eine Folge dieser Tat ab. Vergeblich mühte er sich um Anerkennung und Zuwendung. In einem Brief drückte er seine Gefühle in folgender Weise aus:

*„Liebe Mutter. Ich möchte dich mal gerne sehen, denn wir haben uns seit 2 Jahren nicht mehr gesehen. Denn Du weißt nicht wie ich Dich liebe. Auch Vater Franz habe ich sehr lieb, wenn er auch nicht mein 1. Vater ist, so liebe ich ihn doch.“*⁴⁹

Eine Annäherung war nicht möglich, sodass auch der Grund für die häufigen Fluchtversuche bestehen blieb. Folglich wurde der Gerichtsbeschluss zur Unfruchtbarmachung in der chirurgischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten vollstreckt.⁵⁰ Um weitere „Entweichungen“ zu unterbinden, schlug Dr. Hegemann im Februar 1939 Johann H. zur Verlegung in eine andere Anstalt vor. Mit Genehmigung des rheinischen Anstaltsreferenten Prof. Creutz wurde Johann H. mit 13 weiteren männlichen Pfleglingen am 21. März 1939 in die Provinzial Heil- und Pflgeanstalt Johannistal-Süchteln/Abteilung Waldniel (heute Krefeld) verlegt. Am 19. Mai 1940 erfolgte seine Überführung in einem Sammeltransport mit 137 Personen in die Zwischenanstalt Galkhausen/Langenfeld und am 30. Juni die Weiterverlegung nach Hadamar, wo er am gleichen Tag getötet wurde.⁵¹

Während sich bei Hermann S. und Anton O. die Familie noch weitgehend solidarisch verhielt, war das bei Johann H. nicht der Fall. Im Gegenteil: Aufgrund der sexuellen Gewalt kann in seinem Fall die Familie als Ausgangspunkt der Ausgrenzung betrachtet werden. Die Fluchtversuche zu seiner Mutter bildeten dabei nur einen Aspekt seiner Wünsche: Die Realisierung familiärer Normalität. Darüber hinaus strebte er nach gesellschaftlicher Eingliederung. So lief er bei einem seiner Fluchtversuche in ein Bekleidungsgeschäft in der Essener Innenstadt, um sich dort eine HJ-Uniform anfertigen zu lassen. Der Schneider wies ihn nicht grundsätzlich ab, sondern verlangte eine Mitgliedsbescheinigung, bevor er mit der Arbeit beginne.⁵²

Wir können hier nicht davon reden, Hans H. sei überzeugter Nationalsozialist gewesen. Sein Wunsch entsprach eher den gesellschaftlichen Realitäten der 1930er Jahre. Hatte die HJ Anfang 1933 nur etwas mehr als 100.000 Mitglieder waren es Ende 1933 schon mehr als zwei Millionen und im Dezember 1936 5,4 Millionen.⁵³ Die Uniformen der Hitlerjungen waren in der Öffentlichkeit wahrnehmbar und konnten auch Johann H. bei seinen Wegen zur Mutter nicht verborgen bleiben. Manche der Jugendlichen im Franz-Sales-Haus hatten nichtbehinderte Geschwister, die der HJ oder dem BDM angehörten. Welche Bedeutung hatten solche „normalen“ Jugendlichen in den Gesprächen unter den Asylierten? Wie prägten die Geschwister ihre Selbstwahrnehmung und ihre Sehnsüchte? Fahrten, Zeltlager, Sport und andere Veranstaltungen waren vor 1933 für Heranwachsende aus armen Verhältnissen oft unrealisierbar gewesen. Die HJ ermöglichte solche „Freizeitangebote“ nach der „Machtergreifung“ und machte sie zumindest in der Anfangsphase der NS-Herrschaft für viele Jugendliche

49 Ebd. Brief v. 21.8.1935. Das Zitat ist aufgrund vieler Fehler korrigiert, da es sich vermutlich um die Vorlage in der Akte handelt, während die berichtigte Brieffassung an die Mutter ging.

50 StA Essen 160 H 240, Bl. 19, Ärztlicher Bericht v. 16.9.1938.

51 HA-FSH Nr. 100, Schreiben v. 14.3.1939 u. Akteneintrag v. 21.3.1939; Gedenkstätte Hadamar Datenbank Euthanasie Phase 1.

52 HA-FSH Nr. 3696, Eintrag im Personallbogen v. 9.8.1934.

53 Vgl. Michael H. KATER, Hitler-Jugend (Darmstadt 2005) 22.

attraktiv.⁵⁴ Mit dem Besitz und dem Tragen einer Parteiuniform konnte Hans zugleich seine gesellschaftliche Zugehörigkeit sichtbar machen, besonders ab 1936, als mit dem Gesetz über die Hitlerjugend, die NS-Jugendorganisation als einzige berechtigt war, Uniformen zu tragen. Denn Uniformen oder besondere Jugendkleidung war keine Erfindung des Nationalsozialismus. Erinnert sei an die Pfadfinder oder die Wandervogel-Gruppen. Damit hatten Jugendliche schon vor dem Ersten Weltkrieg ihr Selbstverständnis unter anderem über die Kleidung definiert, auch um sich von anderen Jugendgruppen abzugrenzen. Hans' Streben entspricht hier eher heutigen Jugendlichen, die sich durch das Tragen gewisser Marken für Jeans, Turnschuhe, Rucksäcke etc. einer bestimmten Szene zugehörig fühlen.

In seinem Wunsch nach gesellschaftlicher Inklusion ging Hans H. sogar so weit, die nationalsozialistischen Leistungsnormen zu akzeptieren, obwohl ihm durch unterschiedlichste Fürsorgeinstitutionen deutlich gemacht worden war: Du gehörst nicht zu uns! Noch vor seiner Deportation nach Hadamar schrieb er aus Waldniel einen Brief an seinen Vormund, Schulrektor Sommer, im Franz-Sales-Haus:

„Sehr geehrter Herr Sommer. Heute komme ich mit einer besonderen Bitte. Wie ich Ihnen schon des öfteren wissen ließ, bin ich das Anstaltsleben leid und möchte wieder als Arbeiter draußen mein Brot verdienen. Da ich keine Fehler begangen habe, weil ich nicht mit 24 Jahren zum Reichsarbeitsdienst für 1 Jahr eingetreten bin, so möchte und muss ich dieses versäumte Jahr nachholen, um im neuen Reich überhaupt noch Arbeit zu erhalten. [...] Ob es erforderlich ist, mit dem ersten Vormund Rücksprache zu nehmen, müssen Sie selbst entscheiden, heute kommt es darauf an, dass Sie einen entsprechenden Antrag für mich stellen. Im Voraus besten Dank [...] Hans H.“⁵⁵

Johann H. steht exemplarisch für die Bedürfnisse und Wünsche vieler, besonders jugendlicher Betroffener der eugenischen Selektionspolitik. Er steht für die Erfüllung gesellschaftlicher Normen und Werte seiner Zeit, als pflichtbewusster Arbeiter. Damals orientierten sich diese Werte noch wesentlich stärker an den geschlechtsspezifischen Rollenmustern. Es gibt auf der anderen Seite viele Beispiele weiblicher Jugendlicher, die als sorgende Mütter für ihre Kinder ihren Status in der (nationalsozialistischen) Gesellschaft einnehmen wollten. In zeitgemäßen Worten ausgedrückt, stehen Menschen wie Johann H. für den Wunsch nach gesellschaftlicher Teilhabe und Integration. Sein Tod in Hadamar schließlich beendete diesen Prozess endgültig und unumkehrbar.

Nachtrag

Über die „Euthanasie“-Opfer ist in Essen heute fast nichts bekannt. Die Gräber jener, die in der anfangs erwähnten Liste des Essener Parkfriedhofs genannt wurden, existieren nicht mehr. Sie wurden eingeebnet und sind vergessen. Lediglich für Hermann S. gibt es einen „Stolperstein“: Dort wird aber als Sterbeort das KZ Mauthausen angegeben. Die irrtümliche Angabe ist nicht zufällig. Sie ist Resultat der Wiedergutmachungsverfahren in der Nachkriegszeit. Da bei „Euthanasie“-Verbrechen kaum Aussicht auf eine Entschädigung nach dem deutschen Bundesentschädigungsgesetz bestand, argumentierte Hermann S.' Mutter mit dem Heimtücke-Vergehen als Grund politischer Verfolgung und dem falschen Todesort Hartheim. Hartheim bezeichnete sie in dem Wiedergutmachungsantrag als Außenlager des Konzentrationslagers Mauthausen. Obwohl Hermann S. nicht zu den Insassen dieses Lagers gehört hatte,

54 Vgl. Arno KLÖNNE, Jugend im Dritten Reich. Die Hitlerjugend und ihre Gegner (Köln 2003) 133.

55 HA-FSH Nr. 3696, Brief undat.

die in Hartheim ermordet wurden, akzeptierten die Behörden die Argumentation und sprachen der Mutter eine Entschädigung zu. Das war ein schwacher Trost, da sie neben ihrem Sohn Hermann auch ihren Schwiegersohn und ihre Tochter verlor. Gustav H. starb noch vor der deutschen Niederlage als Illegaler im niederländischen Exil. Helene (Magdalene) H. wurde infolge dreijähriger Zwangsarbeit in einem süddeutschen Konzentrationslager krank und starb Anfang Oktober 1950.⁵⁶

Resümee

Fassen wir zusammen: Die hier vorgestellten Einzelschicksale zeigen recht eindrücklich, dass Opfer nationalsozialistischer Sterilisations- und „Euthanasie“-Politik nicht allein auf das Exklusionsmerkmal Krankheit/Behinderung zu reduzieren sind. Hermann S. und Anton O. stehen ebenso für die Zugehörigkeit zu politischen bzw. religiösen Minderheitenmilieus, die im Nationalsozialismus verfolgt wurden. So war bei Hermann S. die Alkoholabhängigkeit die Grundlage, die ihn erst in die Fürsorge und dann im Nationalsozialismus in die Mühlen der eugenischen Selektion zwang. Die auch heute häufig zu beobachtenden Gewalt- und Beschaffungsdelikte als Folge der Sucht wurden schon während der Weimarer Demokratie rechtlich sanktioniert. Doch seine „kommunistischen Reden“ bildeten erst nach 1933 einen Angriff auf den politischen Totalitätsanspruch des NS-Staates, die ihm das Leben kosteten.

Gleiches gilt auch für Anton O. Er wäre sicher zu einem Opfer eugenischer Selektion im Dritten Reich geworden, denn allein seine Lernbehinderung bildete nach Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ den Grund einer Unfruchtbarmachung. Ob er jedoch ermordet worden wäre, ist ungewiss. Bei einem „unauffälligen“ und „arbeitsamen“ Leben wäre ein Überleben im Nationalsozialismus nicht unwahrscheinlich gewesen. Seine Mitgliedschaft bei den Zeugen Jehovas machte ihn, obwohl ungefährlich, erst zum „strafwürdigen“ weltanschaulichen Gegner und schließlich zum „lebensunwerten Leben“.

An den Lebenswegen des „Kommunisten“ und des „Bibelforschers“ zeigt sich exemplarisch, wie ein politisch-ideologisches System „Behinderung“ durch die Definition von „Norm“ und „Abweichung“ herstellt oder konstruiert. Ihre Schicksale stehen für eine Vielzahl von Menschen, die durch die Beurteilungen der Polizei-, Justiz- und Gesundheitsbehörden zu Opfern nicht der Konzentrationslager, sondern einer der Mordstätten der eugenischen Selektion wurden. Die Untersuchung einer Vielzahl solcher Einzelschicksale politisch und religiös Verfolgter, Homosexueller, JudenhelferInnen und anderer „Abweichender“ können das gegenwärtige Bild der Menschen in dem Bereich „Verfolgung und Widerstand im Nationalsozialismus“ ergänzen, wenn die Kategorie Behinderung berücksichtigt wird. Das schließt nicht aus, dass es nur die eine Richtung weltanschaulich Verfolgter in der „Euthanasie“ gibt. Denn die fließenden Grenzen der Verfolgungsansätze lassen umgekehrt die hier nicht berücksichtigte Vernichtung von Menschen mit Behinderung in den Konzentrationslagern erwarten.

Hermann S.' und Anton O.'s Milieuzugehörigkeiten implizieren jedoch immer ein Moment persönlicher Wahl. Denn sie hatten grundsätzlich die Möglichkeit der Anpassung an die Mehrheitsmeinung. Das gilt auch, wenn die Wahl der individuellen Weltanschauung nicht ganz frei war und durch die Familie oder andere soziale Bezüge mitbestimmt wurde. Im Falle Johann H. traf dies nicht zu. Er war schon durch die

56 Archiv Ernst Schmidt 19 491/1, Schreiben des Bürgermeisters Groningen v. 22.6.1959, Schreiben v. 25.11.1950.

innerfamiliären Gewaltverhältnisse zum „*Behinderten*“ verurteilt, der in die dafür „*zuständige*“ Anstalt überführt wurde. In der vorgegebenen Ausgrenzungssituation richtete sich sein Bestreben gerade auf die Teilhabe an der Gesellschaft und das Akzeptieren ihrer Normen. Dass es die Gesellschaft des Dritten Reiches war, machte ihn noch nicht zum Nationalsozialisten. Darin zeigt sich vielmehr, in welchem Maße Integrationswünsche von den jeweils existierenden sozialen Kontexten bestimmt werden. Insofern wirft Johann H.'s Werdegang die Frage an uns heutige auf: In welche Gesellschaft soll die Inklusion von Menschen mit Behinderung erfolgen?

Information zum Autor

Dr. Volker van der Locht, Historiker in Essen, Finefraustraße 19, D-45134 Essen.
Kontakt: volkervanderlocht@t-online.de

Alexander Friedman

Mosche Dajan in der kommunistischen Propaganda der 1960er und 1970er Jahre. Ein Beitrag zur Erforschung des Antisemitismus und des Behindertenbildes im Ostblock

English Title

Moshe Dayan in the communist Propaganda in the 1960s and 1970s. A Study about the Anti-Semitism and Disability in the Eastern block.

Summary

Moshe Dayan is one of the historic figures who contributed significantly to the development of the State of Israel. After Israel's triumph in the Six-Day-War (1967), General Dayan, well-known for his offensive attitude towards his physical disability, turned the worldwide attention to himself. At that period of time, the communist propaganda was confronting the people behind the "Iron Curtain" with the repulsive image of the Israeli Minister of Defense who was accused of having connections with the USA and FRG. This image was an important part of the Anti-Zionist propaganda, and it exhibited distinctive anti-Semitic and anti disability characteristics. Apart from the official Propaganda image, other — much more positive — views about Dayan were spreading in the USSR. He was a character of some Soviet anecdotes and underground culture of the Brežnev epoch. Dayan's disability was accentuated in popular jokes as well as songs written by the famous soviet author Vladimir Vysotsky.

Keywords

Moshe Dayan, anti-Semitism, anti-Zionism, Israel, Jews, Propaganda, USSR, GDR, disability, Vladimir Vysotsky

Einleitung

Der israelische Präsident Schimon Peres würdigte einen berühmten Staatsmann seines Landes wie folgt: „*Viele Jahre lang war [er] der am meisten bewunderte Israeli auf der Welt und eine der am meisten respektierten Persönlichkeiten in Israel. Seine scharfen photogenen Gesichtszüge mit der schwarzen Augenklappe, die seine Kriegswunde*

*verdeckte, waren jedem Kind bekannt. Seine Heldentaten und sein Verstand erwarben jene internationale Bekanntheit, die das Kennzeichen einer Legende sind.*¹

Peres sprach dabei über den in Israel verehrten, im Westen geachteten, in der arabischen Welt verhassten und gefürchteten und im Ostblock vernichtend kritisierten General Mosche Dajan. In diesem Beitrag werden zunächst die Biographie Dajans und die Geschichte seiner Behinderung beleuchtet. Anschließend wird das hinter dem „eisernen Vorhang“ entwickelte Propagandabild dieses berühmten Israeli anhand ausgewählter Pressepublikationen (Tages- und Wochenzeitungen, Periodika, Satirezeitschriften) und der sog. antizionistischen Publizistik aus der UdSSR, DDR, Volksrepublik Polen und Tschechoslowakei analysiert. In diesem Zusammenhang wird insbesondere die Darstellung seiner Behinderung thematisiert. Im letzten Teil wird auf die ambivalente Wirkung des Propagandabildes von Dajan im Ostblock am Beispiel der Sowjetunion eingegangen.

Ein Leben für Israel

Der in einer Emigrantenfamilie aus dem russischen Zarenreich 1915 geborene Dajan begann seine schwindelerregende Karriere noch vor dem Zweiten Weltkrieg: Er schloss sich der zionistischen Untergrundorganisation Hagana an, wurde im November 1939 von den Briten festgenommen und zu zehn Jahren Haft verurteilt. Begnadigt im Frühjahr 1941 kämpfte Dajan als Kompaniechef der von der Hagana organisierten „Stoßtruppen“ Palmach im Zweiten Weltkrieg auf der Seite der Briten. Nach der Ausrufung des Staates Israel im Jahre 1948 spielte der mit dem britischen „*Distinguished Service Order*“ ausgezeichnete und vom israelischen Ministerpräsidenten David Ben Gurion geförderte Dajan eine hervorragende Rolle im anschließenden Unabhängigkeitskrieg. 1953 stieg der vier Jahre zuvor zum General beförderte Militär zum Generalstabschef und Oberbefehlshaber der israelischen Streitkräfte auf. In dieser Funktion baute der unter Soldaten äußerst beliebte Dajan die israelische Armee auf und befehligte sie im für Israel siegreichen Sinai-Krieg (1956). Ende der 1950er Jahre wechselte der General – Mitglied der von Ben Gurion geführten Arbeiterpartei Mapai – in die Politik und übernahm 1959 den Posten des Landwirtschafts- und später Finanzministers im israelischen Kabinett (1959 bis 1964). Am 1. Juni 1967 – in einer Notsituation für den von den arabischen Feinden umkreisten jüdischen Staat – wurde Dajan als Verteidigungsminister erneut in die Regierung berufen und erlebte in den nächsten Tagen und Wochen offensichtlich die schönste Zeit seines ereignisreichen Lebens. Als Vater des israelischen Triumphes im Sechstagekrieg stand er im Mittelpunkt der Weltöffentlichkeit. In Israel und im Ausland entwickelte sich der Mythos „Dajan“, den sogar der um einen sehr großen Preis errungene Sieg Israels im Jom-Kippur-Krieg (1973) und der nachfolgende ruhmlose Rücktritt des Verteidigungsministers nicht erschüttern zu vermochten. In das israelische Verteidigungsministerium kehrte der prominente General nicht mehr zurück. Die letzte wichtige Etappe seiner politischen Laufbahn ist mit der Beteiligung an der 1977 gebildeten Regierung Menachem Begin verbunden: Dajan – nunmehr Mitglied der rechtskonservativen Likud-Partei – war Außenminister im neuen Kabinett und wirkte bei der Vorbereitung des Camp-David-Friedensabkommens mit Ägypten (1978) mit. 1979 schied er aus der

1 Moshe Dayan (1915 - 1981). Im Internet: http://www.jewishagency.org/JewishAgency/english/_MasterWave/printPage.htm?actionguid=%7BD6F0B9E2-025E-4968-8267-2A6E5A8A766E%7D&CurrLang=en (25.12.2011).

Regierung aus, da er den harten Kurs Begins und nicht zuletzt die vorangetriebene Siedlungspolitik missbilligte. Mosche Dajan starb im Jahre 1981.

Diese bemerkenswerte Karriere und nicht zuletzt die von Schimon Peres thematisierte, aufgrund der vom General getragenen schwarzen Augenklappe sehr auffallende Behinderung Mosche Dajans prägten und prägen auch bis heute das Bild dieses israelischen Militärs und Staatsmannes. Noch 1918 bzw. 1919 erkrankte Dajan an Trachom, wobei ihm die Erblindung drohte. Damals konnten seine Augen gerettet werden. Mehr als zwanzig Jahre später – am 8. Juni 1941 – wurde Dajan während der Kampfhandlungen mit den Vichy-treuen französischen Truppen im Libanon schwer verletzt: Er verlor sein linkes Auge und Teile von zwei Fingern am rechten Arm. Trotz dieser Verletzung und Behinderung wollte Dajan als Freiwilliger der britischen Armee an die Front zurückkehren. Er wurde jedoch ausgemustert. Unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg ließ sich der aufgrund der zugezogenen Splitterverletzung von Kopfschmerzen geplagte Dajan in Frankreich operieren. Die Operation verlief unglücklich und kostete dem Patienten beinahe das Leben. Die Kopfschmerzen beeinträchtigten später sein Hochschulstudium der Politikwissenschaft, das er Ende der 1950er Jahre aufnahm. Am Ende seines Lebens begann der General zu erblinden.

Mit seiner Behinderung ging Dajan offensiv um. So wurde der Militär Anfang der 1950er Jahre von der israelischen Militärpolizei angehalten, weil er seinen Jeep in der Nacht mit einer Geschwindigkeit von 120 km pro Stunde fuhr. Sein Vergehen führte der als humorvoll bekannte Dajan auf seine Behinderung zurück: Er habe lediglich ein Auge und habe sich somit der Verkehrssicherheit halber auf die Straße und nicht auf das Tachometer seines Autos konzentriert. In einem weiteren Fall legte der mächtige General Fürsprache für einen einäugigen arabischen Bauer ein, der dem Archäologie begeisterten Dajan ein von ihm gefundenes Artefakt verkaufte und den Führerschein benötigte, um einen Traktor fahren zu dürfen. Der General betonte dabei – offensichtlich vor allem auf sich selbst anspielend –, die Fähigkeiten der „Einäugigen“ seien nicht zu unterschätzen.

Neben der Archäologie interessierte sich Mosche Dajan in seinem außerpolitischen und außermilitärischen Leben für die Landwirtschaft und ganz besonders für das schöne Geschlecht. Er war in Israel und außerhalb dieses Landes durch seine zahlreichen Affären bekannt und besaß den Ruf eines Frauenhelds. Seine Ehefrau Ruth, die sich 1973 vom Verteidigungsminister nach 37 Jahren Eheleben scheiden ließ, führte das Verhalten ihres Mannes auf seine Verletzung im Jahre 1941 zurück, während etwa David Ben Gurion sich nicht für die Affären seines Günstlings Dajan interessierte und stattdessen seine Verdienste für Israel würdigte.²

„Treibende Kraft der israelischen Aggression“

Nachdem sich die Sowjetunion und mit ihr zusammen die sozialistischen Staaten im Nahostkonflikt in den 1950er Jahren entschlossen auf die Seite der arabischen Länder gestellt und diese finanziell und militärisch unterstützt hatten, wurde im kommunisti-

2 Vgl. Kosaken Gottes. In: Der Spiegel 44 (1979) 136–140; Konstantin KAPITONOV, Izrail' v licach. Biografičeskie očerki [Gesichter Israels. Biographische Notizen] (Moskau 2002) 63–79; Boris TENENBAUM, General. Dokumental'noe povestvovanie o Moše Dajane [General. Dokumentation über Mosche Dajan]. In: Evrejskaja starina 8 (August 2006), 9 (September 2006). Im Internet: <http://berkovich-zametki.com/2006/Starina/Nomer8/Tenenbaum1.htm>, <http://berkovich-zametki.com/2006/Starina/Nomer9/Tenenbaum1.htm> (25.12.2011); Moše Dajan. Bremja vlasti [Mosche Dajan. Last der Macht], Dokumentarfilm von Aleksej ALENIN (Russland 2007).

schen Lager die massive antizionistische – in der Tat antisemitische – Propaganda in Gang gesetzt. Man war darauf bedacht, ein möglichst negatives Bild von Israel zu konstruieren, scheute dabei keine Mittel und griff sogar althergebrachte antisemitische Vorurteile auf.³

Im Zusammenhang mit dem Sechstagekrieg erreichte die antizionistische Propagandakampagne ihren vorläufigen Höhepunkt: Der moderne Zionismus wurde als „eine Abart des Chauvinismus und Rassismus“⁴ charakterisiert und mit dem Nationalsozialismus verglichen. Diese Entwicklung kann am Beispiel der Volksrepublik Polen veranschaulicht werden: Der polnische Parteichef Wladyslaw Gomulka warf Israel schon am 19. Juni 1967 vor, seinen Sechstagekrieg nach dem Vorbild der deutschen Wehrmacht im September 1939 durchgeführt zu haben und zudem die „revanchistische“ Bundesrepublik Deutschland (BRD) zu einem ähnlichen „Blitzkrieg“ im Osten zu ermuntern. Er griff die „zionistische fünfte Kolonne“ in Polen an, welche mit Israel sympathisiere und diesen „Aggressor“ und „Zerstörer des Friedens“ unterstütze. Gomulka, der bald darauf eine massive antisemitische Kampagne in Polen initiierte, sah für diese „fünfte Kolonne“ keinen Platz im sozialistischen Polen mehr.⁵ Einen beträchtlichen Beitrag zur antizionistischen Propaganda leisteten außerdem der Ministerpräsident Józef Cyrankiewicz, der das israelische Vorgehen gegen die Araber wiederum mit dem deutschen „Blitzkrieg“ im September 1939 verglich und – um den jüdischen Staat zusätzlich herabzuwürdigen – auf den nationalsozialistischen Judenmord in Polen hinwies,⁶ sowie der Innenminister Mieczyslaw Moczar, der die Zionisten mit den „Hitleristen“ in Verbindung brachte.⁷ Als Leiter des Departments I (Spionage) und später des Departments III (Bekämpfung oppositioneller Tätigkeiten) im polnischen Innenministerium arbeitete damals der General und Historiker Tadeusz Walichnowski (1928–2005), einer der wichtigsten antizionistischen Autoren im gesamten Ostblock.⁸ Im Herbst 1967 erschien seine Dissertation über die israelisch-westdeutschen Beziehungen, die „den I. Preis des Polnischen Instituts für Internationale Angelegenheiten als die

-
- 3 Ein markantes Beispiel dieser Tendenz ist der Beitrag „Israels Machenschaften in Afrika“, der in der sowjetischen außenpolitischen, auch im Ausland verbreiteten, Zeitschrift *Novoe vremja* (*Neue Zeit*) im Frühjahr 1970 erschien. Die Leserschaft aus der UdSSR, die mit der infamen stalinistischen „Ärzteverschwörung“ von 1953 (also den Anschuldigungen vor allem gegen jüdische Mediziner, hochrangige sowjetische Partei- und Staatsführer absichtlich ermorden zu wollen) vertraut sein sollte, erfuhr aus diesem Beitrag des Journalisten Viktor Sidenko, dass die israelische Pharmaindustrie (bestrebt, in der Dritten Welt Fuß zu fassen) ihre teuren Arzneimittel schlechter Qualität und sogar ungetestete bzw. nicht überprüfte Vakzine in Afrika vertreibe. Für viele afrikanische „Versuchskaninchen“ in Niger, Kongo, Malawi und Rwanda habe die Anwendung israelischer Medikamente fatale Folgen gehabt. Viktor SIDENKO, *Israels Machenschaften in Afrika* In: *Neue Zeit* 3 (1970) 25–26, hier 25. Zum Antizionismus im Ostblock siehe etwa Wolf OSCHLIES, „Antizionismus“ in der Tschechoslowakei (Köln 1970); Peter BROD, *Die Antizionismus- und Israelpolitik der UdSSR. Voraussetzungen und Entwicklung bis 1956* (Baden-Baden 1980); Thomas HAURY, *Antisemitismus von links. Kommunistische Ideologie, Nationalismus und Antizionismus in der frühen DDR* (Hamburg 2002).
- 4 M. MITIN, *Der Zionismus – eine Abart des Chauvinismus und Rassismus*. In: *Neues Deutschland* (23. Dezember 1971) 6. Siehe auch A. I. ZVAVIČ, B. M. FICH, *Sionizm: ideologija i politika* [Zionismus: Ideologie und Politik] (Moskau 1974) 10.
- 5 Zitiert nach: Karol SAUERLAND, *Holocaust-Debatten in Polen*. In: Freia ANDERS, Katrin STOLL, Karsten WILKE (Hg.), *Der Judenrat von Bialystok. Dokumente aus dem Archiv des Bialystoker Ghettos 1941–1943* (Paderborn, München, Wien, Zürich 2010) 319–334, hier 325.
- 6 Jan DZIEDZIC, Tadeusz WALICHNOWSKI, *Background of the Six-day war* (Warsaw 1969) 171.
- 7 SAUERLAND, *Holocaust-Debatten in Polen* 326.
- 8 Vgl. ebd.

beste Publikation des Jahres 1967“ gewann.⁹ In dieser Abhandlung, die in mehreren sozialistischen Staaten verbreitet wurde, und auch in seinen weiteren Werken hob der Verfasser eine enge Zusammenarbeit zwischen israelischen „Imperialisten“ und westdeutschen „Revanchisten“ hervor.¹⁰ Er machte Dajan persönlich und darüber hinaus die gesamte israelische Führung für die Ausarbeitung der antiarabischen „Vertreibungspläne“ verantwortlich und behauptete (ähnlich wie Gomulka oder Cyrankiewicz), man habe sich in Israel von den deutschen Erfahrungen in Polen im Zweiten Weltkrieg inspirieren lassen. Frauen und Kinder seien in „Konzentrationslagern gesperrt“ und „unbarmherzig misshandelt“ worden. Die Opfer hätten unter entsetzlichen Bedingungen Hunger gelitten.¹¹

Spätestens ab dem Sechstagekrieg gehörte Mosche Dajan zu den beliebtesten Angriffsobjekten der kommunistischen Propaganda.¹² Hierzu trug nicht zuletzt eine euphorische Bemerkung des selbstsicheren Generals Anfang Juli 1967 bei: Würden die sowjetischen Streitkräfte sich in den Nahostkonflikt auf der arabischen Seite einmischen, so werde Israel gegen die UdSSR kämpfen und sie besiegen.¹³ In der Presse und Publizistik des Ostblocks fungierte Dajan als eine „treibende Kraft der unverfrorenen israelischen Aggression“ gegen die arabische Bevölkerung, als sturer und kompromissloser „Halunke“, grausamer und kriegslüsterner „Habich“, „Extremist“ und „militanter Reaktionär“. Dieser „zionistische Militarist“ träume von einem „Großisrael“, wolle die komplette Macht in Israel in seinen Händen konzentrieren, verfechte entschlossen die „illegale Siedlungspolitik“, verkörpere die „israelische Gewalt Herrschaft“ in den besetzten palästinensischen Gebieten und habe zahlreiche „Kriegsverbrechen“, Misshandlung von Zivilisten und weitere Fälle „zionistischen unmenschlichen Terrors“ zu verantworten.¹⁴ Der

9 Tadeusz WALICHNOWSKI, *Israel a NRF* (Warschau 1967); Tadeusz WALICHNOWSKI, *Israel und die Bundesrepublik* (Warschau 1968). Zu diesem Buch siehe auch die Rezension von Mieczysław TOMALA in: *Sprawy Międzynarodowe* 4 (1968) 114–117.

10 Vgl. etwa Tadeusz WALICHNOWSKI, *Mechanizm propagandy syjonistycznej* [Mechanismus der zionistischen Propaganda] (Katowice 1968); DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, *Background of the Six-day war* 111–127; Tadeusz WALICHNOWSKI [Tadeusz WALICHNOWSKI], *Israel' i FRG* [Israel und die Bundesrepublik Deutschland] (Moskau 1971).

11 WALICHNOWSKI, *Israel und die Bundesrepublik* 120.

12 Vgl. KAPITONOV, *Israel' v licach* 62.

13 Vgl. DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, *Background of the Six-day war* 186.

14 Siehe etwa TASS, *Naznačenje novogo ministra oborony Izrailja* [Ernennung eines neuen Verteidigungsministers in Israel]. In: *Sovetskaja Ėstonija* (3. Juni 1967) 3; *Die letzten 72 Stunden beweisen alles*. In: *Neues Deutschland* (7. Juni 1967) 6; *Israel will „Landkarte umschreiben“*. Unverhüllt werden territoriale Forderungen gestellt. In: *Neues Deutschland* (9. Juni 1967) 7; *Panove sijanisty* [Herren Zionisten]. In: *Zvjazda* (9. Juni 1967) 1; *Interventam deržat' otvet* [Eindringlinge müssen Verantwortung tragen]. In: *Komsomol'skaja pravda* (15. Juni 1967) 3; TASS, *Dajan rvetsja k vlasti* [Dajan drängt an die Macht]. In: *Pravda* (28. Juni 1967) 3; *Sovetskaja Ėstonija* (28. Juni 1967) 3 und *Sovetskaja Kirgizija* (6. Juli 1967) 3; TASS, *Dajan rvecca da ūlady* [Dajan drängt an die Macht]. In: *Zvjazda* (28. Juni 1967) 1; ADN/ND, *Dayan: Krieg hat erst begonnen*. In: *Neues Deutschland* (1. Juli 1967) 6; TASS, *Kto kogo oproverg?* [Wer hat wen widerlegt?]. In: *Sovetskaja Moldavija* (8. Juli 1967) 4; *Kurs auf Annexion und neuen Überfall. Aggressor Israel brüskiert die UNO*. In: *Neues Deutschland* (12. Juli 1967) 7; ADN, *Dayan: Kein Platz mehr für Araber*. In: *Neues Deutschland* (12. September 1967) 7; ADN, *Tel Aviv will die Okkupation verewigen*. In: *Neues Deutschland* (19. September 1967) 1; N. FEDORENKO, *Verolomstvo aģressora* [Heimtücke des Aggressors]. In: *Novoe vremja* 26 (1967) 3–7, hier 5; G. MIRSKIJ, *Aģressija Izrailja i arabskoe edinstvo* [Israelische Aggression und arabische Einheit]. In: *Novoe vremja* 28 (1967) 5–7, hier 5; V. LAVROV, *Zachvatničeskie plany Izrailja* [Israelische Eroberungspläne]. In: *Novoe vremja* 29 (1967) 17f.; M. FRIDEL', *Sionizm – znarjaddja imperializmu* [Zionismus als Waffe des Imperialismus] (Kiew 1967) 24f.; L. M. VAJL', *Sionizm – oružie imperializma* [Zionismus als Waffe des Imperialismus] (Riga 1969) 14f.; F. Ja. Kolar (František J.

„israelische Militärklänge“ mit Dajan an der Spitze habe sein Land außenpolitisch isoliert. Er verstehe die politische Wirklichkeit nicht, missachte die Interessen seines eigenen Volkes und führe Israel in Abgrund.¹⁵

Die kommunistische Propaganda stellte Dajan außerdem als eine Washington-hörige Marionette dar, die mit dem Pentagon und den „amerikanischen Monopolen“ eng verbunden sei. So bemerkte der *Pravda*-Korrespondent in Kairo, Evgenij M. Primakov, späterer Außenminister (1996 bis 1998) und Ministerpräsident (1998 bis 1999) der Russischen Föderation in seinem Bericht vom 12. Juni 1967, Dajan sei „ein dicker Freund verkommener amerikanischer Generäle, die in Vietnam Tod und Verwüstung säen“.¹⁶ Die Südvietnam-Reise des israelischen Generals (1966), in antizionistischen Publikationen im Ostblock oft thematisiert, erwähnte Primakov allerdings nicht. Sowjetische und ostdeutsche Autoren nutzten die Reise Dajans und seine Berichte über die Lage in Vietnam in der westdeutschen Presse (*Die Welt*, *Stern*) als Anlass, dem israelischen Militär die Verherrlichung der „Verbrechen des amerikanischen Militärklingsels“ vorzuwerfen. Dadurch habe das vor einiger Zeit zurückgetretene israelische Kabinettsmitglied Dajan versucht, sich den Amerikanern zu empfehlen und einen neuen Regierungsposten in Israel mit ihrer Unterstützung zu ergattern.¹⁷ Die *Pravda* der Deutschen Demokratischen Republik, die Zeitung *Neues Deutschland*¹⁸ setzte sich mit Dajan am 9. Juni 1967 in ihrer „Dokumentation“ unter dem Titel „Zur israelischen Aggression und ihren Hintergründen“ (Seite 6) auseinander. Das Blatt betonte, dass Dajans Ernennung zum „Kriegsminister“ den „Beginn der israelischen Aggression gegen die arabischen Staaten“ markiert habe. Der General, so hieß es in der „Dokumentation“ weiter, habe noch 1956 die „[israelische] Aggression gegen Ägypten“ organisiert, „die amerikanischen Aggressionserfahrungen“ in Südvietnam studiert und den „barbarischen Ausrottungsfeldzug der USA gegen Vietnam“ im Blatt *Die Welt* – in einer Zeitung des israelfreundlichen und antikommunistischen Axel Springer Verlages – „verherrlicht“.¹⁹ Auf der gleichen Seite konnten die Leser eine

KOLÁR), Sionizm i antisemitizm [Zionismus und Antisemitismus] (Moskau 1971) 12. Zu Kolár siehe Wolf OCHILES, Misstrauen gegen „Genossen jüdischer Herkunft“. Antisemitismus und „Antizionismus“ in der Tschechoslowakei (Köln 1971), 32–36; Ju. BOEV, Sionizm – orudie imperializma na Blížnem Vostoke [Zionismus als Waffe des Imperialismus im Nahen Osten] (Kiew 1972) 5; V. A. SEMENJUK, Prestuplenija sionizma na Blížnem Vostoke [Verbrechen des Zionismus im Nahen Osten] (Minsk 1972) 10; TASS, Vystuplenie M. Dajana [M. Dajans Ansprache]. In: Kommunist Tadžikistana (9. Oktober 1973) 1; R. BRODS'KIJ, V sojuzi z fašistami i hanšterami [In einem Bündnis mit Faschisten und Gangstern]. In: Sionizm: mify i djnist' [Zionismus: Mythen und Tätigkeit] (Kiew 1973) 58–72, hier 65f.; A. I. ZVAVIČ, B. M. FICH, Sionizm: ideologija i politika [Zionismus: Ideologie und Politik] (Moskau 1974) 7; S. ASTACHOV, Imperialističeskaja suščnost' sionizma [Imperialistisches Wesen des Zionismus] (Moskau 1975) 21; P. E. BINVAL'D, Gore polnoj čašej [Kelch voller Leidens] (Riga 1975) 123.

15 DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, Background of the Six-day war 41, 66; E. PRIMAKOV, Arabskie strany nastorože [Arabische Länder sind auf der Hut]. In: *Pravda* (2. Juni 1967) 5; E. PRIMAKOV, Izrail' igraet s ognem [Israel spielt mit dem Feuer]. In: *Pravda* (12. Juni 1967) 4; TASS, Voennye dejstvija na Blížnem Vostoke [Militärische Aktivitäten im Nahen Osten]. In: *Pravda* (9. Juni 1967) 1.

16 E. PRIMAKOV, Izrail' igraet s ognem [Israel spielt mit dem Feuer]. In: *Pravda* (12. Juni 1967) 4.

17 L. M. VAJL, Sionizm – orudie imperializma [Zionismus als Waffe des Imperialismus] (Riga 1969) 14f.

18 Zur antizionistischen Propaganda in der Zeitung *Neues Deutschland* vgl. Raiko HANNEMANN, Antisemitischer Antizionismus von links? Nahost-Berichterstattung im „Neuen Deutschland“ in den 1980er Jahren (Berlin 2007–2011). Im Internet: <http://edoc.hu-berlin.de/master/hannemann-raiko-2008-03-27/PDF/hannemann.pdf> (06.06.2012).

19 *Neues Deutschland* (9. Juni 1967) 6. Der Springer Verlag sowie sein Besitzer, dem hinter dem „eisernen Vorhang“ unterstellt wurde, die nationalsozialistischen Verbrechen zu rechtfertigen und NS-Täter zu verteidigen, galten als wichtige und einflussreiche Partner Dajans in der BRD. Vgl. DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, Background of the Six-day war 109f.

kurze Nachrichtenmeldung des Allgemeinen Deutschen Nachrichtendienstes (ADN) aus Saigon finden, welche die behauptete Allianz zwischen Israel und Südvietnam veranschaulichte: Der als „*südvietnamesischer Diktator*“ titulierte Ministerpräsident, General Nguyễn Cao Kỳ, habe Israel unterstützt und die als „*verbrecherische Angriffshandlungen*“ bezeichneten Erfolge der israelischen Streitkräfte gewürdigt.²⁰

Die kommunistische Propaganda zählte Springer, Kỳ und auch Dajan zum „*(neo)faschistischen Lager*“ der modernen Welt. In einer ADN-Nachrichtenmeldung, veröffentlicht in der Zeitung *Neues Deutschland* vom 1. Juli 1967, wurde Dajan explizit beschuldigt, die israelische „*Bevölkerung nach faschistischer Manier zum ‚Zähnezusammenbeißen und Durchhalten‘ aufgerufen zu haben*.“²¹ Die „*faschistischen*“ Tendenzen in der israelischen Politik glaubte auch der sowjetische Journalist M. Fridel²² entdeckt zu haben: In seiner 1967 in Kiew herausgegebenen Abhandlung über den Zionismus als „*Waffe des Imperialismus*“ unterstrich er, der auf die Erhöhung von Militärausgaben bedachte Dajan und die gesamte israelische Führung eigneten sich die „*nationalsozialistischen Theorien der Geopolitik, des ‚Lebensraumes‘, der ‚Errichtung einer neuen Ordnung‘, ‚neuen Lebensgrenzen‘*“ an. Sie wollten die politische Karte verändern und seien – genauso wie die führenden Nationalsozialisten im „*Dritten Reich*“ – der Überzeugung, sie würden dafür nicht bestraft werden.²² Einen Schritt weiter gingen der bereits erwähnte polnische Historiker Walichnowski und sein Mitautor Jan Dziedzic. Sie wiesen auf ukrainische Emigranten (ehemalige Mitglieder der 14. SS-Division „*Galizien*“ und Angehörige der „*Ukrainischen Aufständischen Armee*“) hin. Diese „*Antisemiten*“, welche an der Judenvernichtung unter der deutschen Okkupation mitgewirkt hätten, würden nunmehr Israel als „*Zentrum der westlichen Zivilisation im Nahen Osten*“ betrachten und seine Politik sowie insbesondere seinen Verteidigungsminister Dajan glorifizieren.²³

Das „wahre Gesicht des Aggressors“

Die sowjetische außenpolitische Zeitschrift *Novoe vremja* („*Neue Zeit*“) veröffentlichte in der zweiten Julihälfte 1967 einen Beitrag, in dem der sowjetische UNO-Botschafter Nikolaj P. Fedorenko die offizielle Sicht der UdSSR auf die Lage im Nahen Osten zusammenfasste. Der Botschafter bemerkte, Mosche Dajan habe mit seinen offen geäußerten „*expansionistischen Absichten*“ das „*wahre Gesicht des Aggressors*“ gezeigt.²⁴ Die Frage, ob der hochrangige Diplomat dabei bewusst auf die Behinderung bzw. Augenklappe des israelischen Verteidigungsministers anspielte und dadurch Dajan sowie den jüdischen Staat zusätzlich herabwürdigen wollte, kann nicht beantwortet werden. Hingegen verfolgten die sowjetischen Autoren, welche die Metapher der „*Luftpiraten Mosche Dajans*“ verwendeten, offensichtlich dieses Ziel. Man stellte den behinderten General Dajan mit seiner berühmten schwarzen Augenklappe dabei als Anführer einer „*Piratenbande*“ dar. So verglich der weißrussische Radiokommentator Ihar A. Dyleŭski am 12. Juni 1967 die israelische Luftwaffe („*Luftpiraten Dajans*“) mit

20 ADN, Ky lobt Israel. In: Neues Deutschland (9. Juni 1967) 6.

21 ADN/ND, Dayan: Krieg hat erst begonnen. In: Neues Deutschland (1. Juli 1967) 6.

22 M. FRIDEL, Sionizm – znarjaddja imperializmu [Zionismus als Waffe des Imperialismus] (Kiew 1967) 24, 49. Siehe auch V. LAVROV, Zachvatničeskie plany Izrailja [Israelische Eroberungspläne]. In: *Novoe vremja* 29 (1967) 17f.

23 WALICHNOWSKI, Israel und die Bundesrepublik 121; DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, Background of the Six-day war 118f.

24 N. FEDORENKO, Verolomstvo agressora [Heimtücke des Aggressors]. In: *Novoe vremja* 26 (1967) 3–7, hier 5.

der deutschen Luftwaffe im Zweiten Weltkrieg („Görings Aasgeier“)²⁵, während der Publizist Marčel A. Gol'denberg aus Moldau in seiner 1970 publizierte Broschüre über „das zeitgenössische Judentum und den Zionismus“ den Fall Bahr el-Baqar aufgriff: In diesem ägyptischen Dorf sei am 8. April 1970 eine Grundschule infolge eines israelischen Luftangriffs zerstört worden. Die „Luftpiraten Mosche Dajans“ hätten dabei mehr als 70 Kinder verletzt und getötet.²⁶

Bemerkenswert ist, dass die kommunistische Propaganda die Geschichte der Behinderung Dajans in der Regel entweder überhaupt nicht thematisierte oder nur beiläufig erwähnte. Ein hierzu erwähnenswertes Beispiel ist die Broschüre *Organizacje i dzialacze syjonistyczni* („Zionistische Organisationen und Funktionäre“, 1968) von Tadeusz Walichnowski. In Bezug auf Dajan bemerkte der Verfasser lediglich, der israelische Verteidigungsminister habe in britischen Abteilungen im Nahen Osten gekämpft und sein linkes Auge während der englischen Invasion in Syrien verloren.²⁷ Die Tatsache, dass der spätere israelische General im Zweiten Weltkrieg gegen den Faschismus gekämpft und dabei einen Beitrag zur Niederlage Nazideutschlands geleistet hatte, wurde explizit nicht erwähnt, denn sie hätte das propagandistische Feindbild des „(Neo)faschisten Dajan“ beschädigen können. Stattdessen machten sich Walichnowski und sein Kollege Dziedzic in einer weiteren Abhandlung über den sogenannten „Moshe style“ in der westlichen Design- und Modebranche oder über die Versuche eines israelischen Citrusfrüchte-Importeurs, eine schwarze Augenklappe in der Werbung für seine Produktion im Westen zu verwenden, lustig. Sie kritisierten zudem scharf die westliche Presse, welche ihre Leser auf die Augenklappe Dajans aufmerksam mache, den General zum „Sieger des [Sechstage-]Krieges“ stilisiere und einen regelrechten „Moshe cult“ betreibe.²⁸ Allerdings verschwiegen die polnischen Autoren an dieser Stelle, dass sich nicht nur die westliche, sondern auch die östliche Presse mit der Augenklappe Dajans befasste, wobei die absichtliche Hervorhebung und Verspottung seiner Behinderung für die Propaganda der sozialistischen Länder, insbesondere für die Satirezeitschriften, in der zweiten Hälfte der 1960er und Anfang der 1970er Jahre keineswegs untypisch war. So taten dies beispielsweise die Moskauer Satirezeitschrift *Krokodil*, das Ostberliner Satireperiodikum *Eulenspiegel* und die *Berliner Zeitung* im Sommer 1967.

Im Juli betonte der Leiter des *Krokodil*-Ressorts Ausland Mark È. Vilenskij, noch im Mai dieses Jahres habe niemand die Frage beantworten können, wer einerseits einäugig wie der britische Admiral Horatio Nelson (1758–1805) und andererseits grausam wie Adolf Hitler sei. Nun, so setzte Vilenskij fort, wisse die ganze Welt, es handle sich um den „israelischen Handegen“ (*vojaka*) Mosche Dajan. In seinem Beitrag unter dem Titel *Moše Adol'fovič Dajan* („Mosche, Adolfs Sohn, Dajan“) spottete der Verfasser über Dajans

25 Dyleŭski empörte sich ferner über die Freundschaftsbeziehungen zwischen „israelischen Extremisten“ und „geistigen Nachkommen des Dritten Reiches“ aus der BRD und bemerkte, dass Dutzende von Wehrmachtsoffizieren der israelischen Armee ihre Dienste angeboten hätten. Ihar DYLEŬSKI, *Tel'- Aviü i Bon* [Tel Aviv und Bonn]. In: Abendsendung „*Tag unsers Lebens*“ (Weißrussischer Rundfunk, 21.00 bis 21.30 Uhr am 12. Juni 1967), Nationalarchiv Weißrusslands 871–2–1069, 187–189, hier 188, 189. Zu Dyleŭski vgl. Maksim OSIPOV, *Mrak koričnevoj noči* [Finsternis der braunen Nacht]. In: *Večernij Minsk* (8. Dezember 2011). Im Internet: <http://newsvm.com/news/26/57131/> (25.12.2011).

26 M. A. GOL'DENBERG, *Sovremennyj iudaizm i sionizm* [Zeitgenössisches Judentum und Zionismus] (Kischinau 1970) 24.

27 Vgl. Tadeusz WALICHNOWSKI, *Organizacje i dzialacze syjonistyczni* [Zionistische Organisationen und Funktionäre] (Katowice 1968) 60.

28 DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, *Background of the Six-day war* 43f.

Vorliebe für Archäologie und verglich den israelischen General mit seinem „Vorreiter“, dem „verrückten Gefreiten“ (*besnovatj efrejtor*) Hitler, ebenso die israelische Luftwaffe im Sechstagekrieg mit der deutschen Luftwaffe im Krieg gegen Polen (1939). Der Autor unterstrich, unter Millionen von Menschen, die im Zweiten Weltkrieg umgebracht worden seien, seien auch Verwandte der israelischen politischen Elite gewesen. Vilenskij betonte zudem, Hitlers Sympathisanten aus Westdeutschland stünden nun hinter Dajan. Der Verteidigungsminister des Staates Israel wurde als „Held der ‚Überseehabichte‘“ und „General mit dem Gangster-Antlitz“ verunglimpft, wobei man in diesem Zusammenhang auf seine Behinderung hinwies. Ähnlich wie Hitlers Frisur und Schnurrbart betrachtete der Autor Dajans Augenklappe als Symbol für „Wahnsinnige“ (*besenyje*). Die israelische Politik wurde als „einäugig“ charakterisiert. Dem „einäugigen“ General bescheinigte man die Unfähigkeit, die „fatalen Auswirkungen seines unverfrorenen Raubes [im Sechstagekrieg]“ zu erkennen. Das „faschistische Wesen“ des israelischen Verteidigungsministers sollte außerdem die Karikatur Naum M. Lisogorskij verdeutlichen, die den Beitrag Vilenskij ergänzte: Aus der Augenklappe des „blutrüinstigen Generals“ machte der Zeichner einen bedrohlichen Schädel. Auf der Brust Dajans platzierte er das deutsche Eiserne Kreuz.²⁹

Der ostdeutsche Karikaturist Erich Schmitt stilisierte den „Einäugigen“ Dajan am 14. 1967 in der *Berliner Zeitung* zu einem Kollegen des behinderten Landstreichers Hitler. Schmitt ließ Hitler den General zur Fortsetzung der „israelischen Aggression“ ermutigen.³⁰ Das DDR-Satireperiodikum *Eulenspiegel* thematisierte die Behinderung Dajans allein im August 1967 zweimal. Zunächst berichtete die Zeitschrift Anfang August auf Seite 4 über die in der Staatlichen Münze zu München in Gold und Silber geprägte Sondermünze mit dem Porträt des „berüchtigten israelischen Kriegsministers“, Dajan, auf der Vorderseite und mit der „Strategie-Karte der israelischen Aggression“ im Sechstagekrieg auf der Rückseite. Anknüpfend an diese Nachricht³¹ wurde den Lesern eine neue Version des Kinderliedes „Taler, Taler, du mußt wandern“ vorgestellt:³²

*„Taler, Taler, du mußt wandern
von dem einen Ort zum andern.
Numismatisch dich zu putzen
bringt noch nicht den wahren Nutzen.*

*Taler, Taler, du mußt wandern
von dem einen Ort zum andern,
jedermann mit deinem Blitzen
für den Blitzzkrieg zu erhützen.*

*Taler, Taler, du mußt wandern
von dem einen Ort zum andern,
daß bei allen Totentänzen
Bonner Gold und Silber glänzen.*

*Taler, Taler, du mußt wandern
von dem einen Ort zum andern,
Um vom Einauge zu kündigen,
das ein König unter Blinden.“*

Ende des Monats wurde eine Karikatur mit der Überschrift „Gespräch unter drei Augen“ publiziert. Der Zeichner Peter Dittrich zeigte dabei die mit den Augenklappen ausgestattete bundesdeutsche Politprominenz dar: den Verteidigungsminister Gerhard Schröder und den Finanzminister Franz Josef Strauß, die ein Dossier studieren. Auf

29 M. VILENSKIJ, Moše Adol'fovič Dajan [Mosche, Adolfs Sohn, Dajan]. In: Krokodil 19 (Juli 1967) 11.

30 Abgedruckt in: Thomas C. FOX, Stated Memory: East Germany and the Holocaust (New York 1999) 19. Ich danke Herrn Dirk LEY (Universität des Saarlandes) für diesen Hinweis.

31 Sie wurde auch im Buch von Dziedzic und Walichnowski wiederholt. Vgl. DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, Background of the Six-day war 63.

32 G. N., Taler, Taler, du mußt wandern (kein Kinderlied). In: Eulenspiegel 1. Augustheft (1967) 4.

dem Arbeitstisch steht das Porträt ihres ‚Vorbildes‘, des erbitterten und gehässigen Israeli Dajan.³³

In diesen *Eulenspiegel*-Publikationen steht die Behinderung Dajans also im Mittelpunkt. Eine besondere Bedeutung maß ihr auch der Publizist der deutschsprachigen *Prager Volkszeitung* aus der Tschechoslowakei, Karl Forster, bei. Forster setzte sich am 9. Juni 1967 mit dem arabisch-israelischen Konflikt auseinander und ging in diesem Zusammenhang auf Dajan ein: Der zum „Kriegsminister“ ernannte „einäugige“ Dajan, so betonte der Verfasser, sei ein „erklärter Befürworter der harten Linie“.³⁴ Der sowjetische Publizist P. E. Binval'd widmete dem israelischen Verteidigungsminister ein ganzes Kapitel in seiner 1975 in Riga erschienenen Sammlung von Beiträgen, Briefen und Dokumenten über den Zionismus und seine „Opfer“. Aus dem Buch, das den vielsagenden pathetischen Titel „Kelch voller Leiden“ trägt, konnten die Leser über mehrere pikante Aspekte des Privatlebens Mosche Dajans erfahren. In seinem umfangreichen Feuilleton *Štrichi k potretu generala (Koe-čto iz ličnoj žizni Moše Dajana)* („Züge zum Bild eines Generals (Einiges aus dem Privatleben Mosche Dajans)“) berief sich Binval'd auf die Publikation der westdeutschen Illustrierten *Stern* und zeigte einen „mächtigen“, „gefährlichen“, „arroganten“, „korrupten“, „sitten- und gewissenlosen“ israelischen Staatsmann, einen skrupellosen „Bandit[en]“ (*golovorez*), der „fragwürdige Geschäfte“ mache, ein „Idol der israelischen Jugend“ sei, seine Ehefrau systematisch betrüge, sein Amt missbrauche, sich gegenüber seiner eigenen Truppe unverantwortlich verhalte, seine Gegner auf eine infame Art und Weise schikanieren lasse und überhaupt nicht imstande sei, seine eigenen sexuellen Triebe zu kontrollieren. Offensichtlich um die Abscheu seiner Leserschaft zu erhöhen, ergänzte Binval'd seine ausführliche Darstellung um zwei bemerkenswerte Details: Im Falle des „abstoßenden“ Generals Dajan handle es sich um einen älteren grauhaarigen und zudem behinderten Herrn, dem ein Auge fehle.³⁵

Während sich Bilnval'd auf das Privatleben Dajans und insbesondere auf seine Affären konzentrierte, griff sein polnischer Kollege Walichnowski die Generalstochter Yaël an und betonte ihre Geistesverwandtschaft mit ihrem „grausamen“, von israelischen Organisationen jüdischer Emigranten aus Polen unterstützten Vater: Im Juni 1967 habe diese „politische Offizierin“ der israelischen Armee die „erbarmungslose Behandlung“ arabischer Gefangener „zynisch“ befürwortet.³⁶ Zudem habe sie Polen „verleumdet“, den Polen eine zentrale Rolle in der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik unterstellt³⁷ und dadurch zu einer massiven antipolnischen Kampagne in der israelischen Presse beigetragen.³⁸

33 Vgl. Gespräch unter drei Augen. In: *Eulenspiegel* 4. Augustheft (1967) 3. Die Tendenz, Dajan mit dem Vorsitzenden der Christlich-Sozialen Union (CSU) Franz Josef Strauß in Verbindung zu bringen, war für die ostdeutsche Presse im Sommer 1967 charakteristisch. Vgl. z. B. ADN/ND, Dayan – der Strauß Israels. In: *Neues Deutschland* (15. Juni 1967) 7.

34 Karl FORSTER, Am Roten Meer donnern die Kanonen. In: *Prager Volkszeitung* (9. Juni 1967) 2.

35 P. E. BINVAL'D, Gore polnoj čašej [Kelch voll Leidens] (Riga 1975) 118–122.

36 DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, Background of the Six-day war 68.

37 Vgl. WALICHNOWSKI, Israel und die Bundesrepublik 200.

38 Vgl. DZIEDZIC, WALICHNOWSKI, Background of the Six-day war 85–95; WALICHNOWSKI, Mechanizm propagandy syjonistycznej 16, 18; WALICHNOWSKI, Israel und die Bundesrepublik 145–174.

Feindbild Dajan und seine Wirkung

Die tatsächliche Wirkung des von der kommunistischen Propaganda entworfenen Feindbildes von Mosche Dajan lässt sich im Rahmen dieses Beitrages nicht fundiert einschätzen. Es ist davon auszugehen, dass sich nicht wenige Menschen hinter dem „eisernen Vorhang“ für die Situation in Israel überhaupt nicht interessierten und daher mit der Person Dajans nicht vertraut waren. Andere Bürgerinnen und Bürger der Sowjetunion und anderer sozialistischer Länder übernahmen hingegen das Propagandabild. Letzteres hatte zweifelsohne ein großes antisemitisches Potenzial, weil es u.a. die niederen Gefühle und Vorurteile der sozialistischen Gesellschaft ansprach, für die ein führender Politiker mit Behinderung unvorstellbar war.

In der UdSSR existierten neben dem Propagandabild von Dajan auch andere Vorstellungen über den israelischen Verteidigungsminister, die zwar von der sowjetischen Berichterstattung über Dajan geprägt waren, jedoch gleichzeitig von der offiziellen radikal negativen Beurteilung seiner Person abwichen. So entstand in jüdischen Kreisen nach dem Sechstagekrieg ein anonymes Scherzgedicht, in dem sowjetische Juden den „wildbösen“ General Dajan feierten, der die Vertreibung von Juden aus Israel nicht zulasse bzw. die antiisraelischen UNO-Deklarationen nicht anerkenne.³⁹ Der „einäugige General“ Dajan fungierte außerdem als Protagonist einzelner Witze der Brežnev-Epoche⁴⁰:

„Wie war der Name des einäugigen russischen Feldherrn, der Napoleon schlug? – fragt der Parteichef Leonid I. Brežnev den sowjetischen Ministerpräsidenten Aleksėj I. Kosygin – Kutuzov – Und der des englischen einäugigen Admirals? – Nelson – Und wie heißt dieser einäugige Jude? – Dajan – Und warum hat bei uns [Verteidigungsminister] Marschall Grečko nach wie vor zwei Augen?“⁴¹

In einem anderen Witz handelt es sich um den Juden Rabinovič, der aus der Kommunistischen Partei ausgeschlossen wurde und davon träumt, dass Israel der UdSSR den Krieg erklären und dieses Land besiegen werde. Dann werde Mosche Dajan (wie nun Brežnev und Kosygin) auf der Tribüne des Lenin-Mausoleums in Moskau stehen und Juden begrüßen, die an ihm vorbei marschieren werden. Diese Juden werden die Forderung aufstellen, Rabinovič wieder in die Partei aufzunehmen.⁴² Es ist wahrscheinlich, dass dieser Witz unter dem Eindruck der oben zitierten, im Ostblock thematisierten Drohungen Dajans entstand, gegebenenfalls auch die Sowjetunion militärisch zu schlagen.

Antisowjetisch gesinnte judenfreundliche Intellektuelle verehrten Dajan in erster Linie aufgrund ihrer eigenen antikommunistischen Einstellung und drückten dadurch ihre tiefe Abneigung gegen das kommunistische System und die sowjetische Propaganda aus.⁴³ Die intensive Hetzpropaganda gegen Mosche Dajan in der Sowjetunion ging auch an dem Kultsänger der Brežnev-Epoche, Vladimir S. Vysockij (1938–1980), nicht vorüber. Er lachte die in der UdSSR vorangetriebene Dämonisierung des israelischen Verteidigungsministers in seinen Liedern in den 1970er Jahren aus. 1972 verfasste der kritische Sänger, Dichter und Schauspieler Vysockij sein Lied *Miška Šifman*: Ein

39 Aus der Witzesammlung des weißrussischen Historikers Alexander PESETSKY (Minsk).

40 Hierzu vgl. auch KAPITONOV, Izrail' v licach 62.

41 Kak zvali odnoglazogo russkogo polkovodca? [Wie hieß der einäugige russische Feldherr?]. Im Internet: <http://www.vysokovskiy.ru/story/odnoglazogo/> (25.12.2011).

42 Vgl. Anekdoty o Rabinoviče [Witze über Rabinovič]. Im Internet: <http://smeshok.com/main/humor/anekdots/rabinovich/index-00005.shtml> (25.12.2011).

43 Vgl. Moše Dajan. Bremja vlasti, Dokumentarfilm von Aleksej ALENIN.

jüdischer Arzt namens Michail (Miška) Šifman überredet seinen russischen Freund Nikolaj (Kolja), der aus einer antisemitischen Umgebung stammt, nach Israel zu emigrieren. Nikolaj, der zunächst den „aggressiven“ Mosche Dajan für „ein einäugiges Miststück“ (*suka odnoglazaja*), eine „Bestie“ und einen „reinen Pharao“ hält, trifft die Entscheidung, seinen jüdischen Freund nach Israel zu begleiten. Daraus entsteht eine paradoxe Situation, denn die sowjetischen Behörden erlauben dem Russen die Ausreise, während der Jude in der UdSSR bleiben muss.⁴⁴ Vysockij, der in diesem Lied auf die restriktive sowjetische Politik gegen die jüdische Auswanderung einging, kritisierte sieben Jahre später in einem weiteren Lied das sowjetische System der politischen Erziehung, insbesondere die sogenannten. „Vorlesungen über die internationale Lage“ in Betrieben und Institutionen, in denen auch die Situation im Nahen Osten systematisch behandelt wurde: Ein Agitator verbüßt eine Haftstrafe von 15 Tagen für einen groben Unfug und versucht seine Zellengenossen aufzuklären. Dabei erklärt er seine Bereitschaft, umgehend nach Tel Aviv zu fliegen, um dort dem einäugigen General Dajan auch sein zweites Auge auszustechen.⁴⁵

Abschließend soll noch die legendäre sowjetische Komödie *Bril'jantovaja ruka* („Der Brilliantenarm“) thematisiert werden, die der berühmte Regisseur Leonid I. Gajdaj 1968 – d.h. unmittelbar nach dem Sechstagekrieg – drehte. In diesem äußerst erfolgreichen und im postsowjetischen Raum bis heute sehr beliebten „Kinoroman aus dem Leben der Schmuggler“ taucht u.a. der Protagonist Gennadij (Geša) Kozodoev auf – meisterhaft gespielt vom großen sowjetischen Schauspieler Andrej A. Mironov. In einer Filmszene trägt Kozodoev eine Augenbinde. Dadurch wollten die Filmautoren Leonid I. Gajdaj, Jakov A. Kostjukovskij und Moris R. Slobodskoj bei den Zuschauern vermutlich eine Assoziation mit dem „einäugigen“ israelischen Militär Dajan hervorrufen.⁴⁶

44 Vladimir VYSOTSKY - Mishka SHIFMAN. Im Internet: <http://www.youtube.com/watch?v=S9TLi0ZBLBM> (25.12.2011).

45 Viktor POPOV, „...*Za grafu – za pjatnju*“. Evrejskaja tema v tvorčestve Vladimira Vysockogo. [Wegen § 5. Das jüdische Thema in Werken von Vladimir Vysockij]. In: Lechaim 7 (Juli 2000). Im Internet: <http://www.lechaim.ru/ARHIV/99/popov.htm> (25.12.2011).

46 Leonid Gajdaj thematisierte den Alltag in einer sowjetischen Psychiatrie in seiner früheren exzentrischen Komödie *Operacija Y i drugie prikľučeniya Šurika* („Operation Y und andere Abenteuer Šuriks“, 1965). Andrej Mironov spielt die Hauptrolle in einer weiteren Komödie, in der das Thema Behinderung behandelt wird. Gemeint ist die sowjetisch-italienische Produktion *Neverojatnye prikľučeniya ital'jancev v Rossii* („Die unglaublichen Abenteuer der Italiener in Russland“, 1974). In diesem Film stellten die Regisseure Ėl'dar A. Rjazanov (UdSSR) und Francesco Prosperi (Italien) u.a. einen „lahmen“ Protagonisten (Chromoj, „Der Lahme“; Schauspieler Evgenij A. Evstigneev) mit einem gebrochenen Bein dar. Zusammen mit fünf weiteren Italienern reist er in die Sowjetunion ein, um die Schätze einer in Italien verstorbenen russischen Emigrantin zu finden. Der Name des Protagonisten bleibt unbekannt. Seine zeitweilige Behinderung wird herausgehoben. Sein Kontrahent, „Mafioso“ Rosario Agro (Schauspieler Tano Cimarosa) droht ihm etwa, auch sein zweites Bein zu brechen. Die Geschichte findet allerdings ein glückliches Ende: Die Schätze werden gefunden und gehören dem sowjetischen Staat. Die Italiener werden nach sowjetischem Gesetz mit 25 % des Schatzes belohnt. „Der Lahme“ kann wieder selbstständig gehen. Die Figur des durch Evgenij Evstigneev verkörperten „Lahmen“ wurde von der sowjetischen Filmkritik negativ beurteilt. Ein Kritiker meinte in der Zeitschrift *Sovetskij ekran* („Sowjetische Leinwand“) im September 1974, dass eine derartige Darstellung eines Behinderten (sei es auch eines zeitweilig Behinderten) in einem Rollstuhl unangebracht sei. Man könne über einen Mann in dieser Situation kaum lachen. Die Tatsache, dass sehr wohl zahlreiche Witze über „den Lahmen“ in diesem Film gemacht wurden (allerdings ausschließlich von den italienischen Protagonisten), ließ der Rezensent außer Acht. Vgl. M. KUZNECOV, Och už eti kladoiskateli... [O weh! Diese Schatzgräber...]. In: *Sovetskij ekran* 17 (September 1974) 2–3, hier 2.

Zusammenfassung

Mosche Dajan gehört zu den Persönlichkeiten, welche die Entwicklung des jüdischen Staates in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts maßgeblich bestimmten und seine Existenz in einer feindlichen Umgebung sicherten. Nach dem glänzenden Sieg Israels im Sechstagekrieg machte der durch den offensiven Umgang mit seiner Behinderung bekannte General Dajan die ganze Welt in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre und in den 1970er Jahren auf sich aufmerksam. In dieser Zeit konfrontierte die kommunistische Propaganda die Bevölkerung hinter dem „eisernen Vorhang“ mit dem abstoßenden Feindbild des mit dem „amerikanischen Imperialismus“ und „westdeutschen Revanchismus“ verbundenen israelischen Verteidigungsministers. Dieses Bild wies die markanten antisemitischen und behindertenfeindlichen Züge auf und verdeutlichte somit den heuchlerischen bzw. zynischen Charakter der kommunistischen Propaganda und eine gewaltige Kluft zwischen ihr und der Realität. In der Sowjetunion, DDR, Volkrepublik Polen und weiteren Ostblocksstaaten wurde offiziell betont, der Antisemitismus sei in den sozialistischen Ländern längst erfolgreich beseitigt worden und die Bürger und Bürgerinnen jüdischer Nationalität seien gleichberechtigte Mitglieder der sozialistischen Gesellschaft. Typisch sei der Antisemitismus hingegen für die kapitalistische Welt. Dort, nicht im Ostblock, würden Juden benachteiligt, während die „gemeinen Zionisten“ mit den Antisemiten zusammenarbeiten und die UdSSR und die osteuropäischen „Volksdemokratien“ mit ihren falschen Vorwürfen, die judenfeindliche Politik zu betreiben, absichtlich verunglimpfen würden. In der Tat wurde der Antisemitismus hinter dem „eisernen Vorhang“ weit verbreitet, wobei die antizionistische Propaganda judenfeindliche Ressentiments der Bevölkerung zusätzlich verstärkte.⁴⁷ In Bezug auf die Menschen mit Behinderungen behauptete die kommunistische Propaganda, erst im Sozialismus bekämen sie – im Kapitalismus vernachlässigt und ausgebeutet – überhaupt eine Möglichkeit, ein menschenwürdiges Leben als vollwertige Mitglieder der sozialistischen Gesellschaft zu führen. Der friedlebende und humanistische sozialistische Staat Sorge für sie allumfassend. Die Wirklichkeit sah jedoch anders aus: Menschen mit Behinderungen blieben am Rande der Gesellschaft und führten ein wahres Existenzkampf in der nicht selten feindlichen bzw. gleichgültigen Umgebung, konfrontiert mit tradierten behindertenfeindlichen Stereotypen und Vorurteilen.⁴⁸ In diesem Kontext soll das herabsetzende Propagandabild des behinderten israelischen Generals Dajan gesehen werden. Dieses Bild spiegelte die latente Behindertenfeindlichkeit wider und konnte die im Ostblock verankerten behindertenfeindlichen Stereotype, Klischees und Vorurteile nur weiter untermauern. Parallel zu diesem Propagandakonstrukt verbreiteten sich in der UdSSR auch andere – deutlich positivere – Ansichten über Dajan. Er entwickelte sich zu einer Figur der sowjetischen Witz- und Underground-Kultur der Brežnev-Epoche, wobei Dajans Behinderung in Witzen und auch in Liedern Vladimir Vysockijs hervorgehoben wurde.

⁴⁷ Zur Situation von Juden in der UdSSR siehe z.B. Kerstin AMBROST, Ablösung von der Sowjetunion: Die Emigrationsbewegungen der Juden und Deutschen vor 1987 (Münster 2001) 19–35.

⁴⁸ Zur Lage von Behinderten in der UdSSR siehe etwa Valerij A. FEFĚLOV, V SSSR invalidov net [Es gibt keine Invaliden in der UdSSR] (London 1986).

Information zum Autor

Dr. phil Alexander Friedman, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Neuere und Neueste Geschichte an der Universität des Saarlandes, Postfach 151150, 66041 Saarbrücken. Forschungsschwerpunkte: Sowjetische Geschichte, Geschichte Weißrusslands, Russlands und der Ukraine, Geschichte der Juden in Osteuropa, Propaganda und ihre Wirkung

Kontakt: alexander.friedman@mx.uni-saarland.de

Beiträge – Offener Teil

Petr Jelínek

Das Klosterkrankenhaus des Ordens der Barmherzigen Brüder in Brünn und seine Krankenprotokolle (1748-1780)

English Title

The Monastic Hospital of the Brothers Hospitallers in Brno and its patients' registers (1748–1780)

Summary

The monastery and hospital of the Brothers Hospitallers in Brno was founded in 1747 by the Count of Dietrichstein. The plans of the building and probably also of the monastic church of St. Leopold were made by F.A. Grim. Of good quality and free of charge, the medical care offered to male patients without reference to confession and origin was made possible, beside other factors, by the introduction of a detailed administrative system – the patients' registers. Their quantitative analysis for the years 1748-1780 shows that the average mortality of the Brno hospital reached 11,6 %, the total admission number being 10499 patients. A random sample of 541 patients (5,2 %) was analysed focussing on contemporary diagnoses of the diseases, duration of hospitalization, age structure, countries of origin and occupations of the patients as indicators of their social background.

Keywords

Brothers Hospitallers, nursing history, Brno hospital, mortality, lethality, 18th century, quantitative analysis, patients' registers

Einleitung¹

Das Kloster der Barmherzigen Brüder² in Brünn wurde am den Namenstag des Hl. Leopolds dem 15. November 1747 von Graf Johannes Leopold von Dietrichstein (1724-1783) „[...] zu *Hilf und Trost armen verlassenen Kranken*“³ gegründet.

1 Bei dem vorliegenden Beitrag handelt es sich um eine überarbeitete Fassung eines ursprünglich auf Tschechisch erschienenen Aufsatzes: Petr Jelínek, Klášterní nemocnice řádu milosrdných bratří v Brně a její knihy nemocných (1748-1780). In: ČMM 2011/1, 41-75.

2 Zur Geschichte des Ordens der Barmherzigen Brüder des Hl. Johannes von Gott: Gabriele RUSSOTTO, *San Giovanni di Dio e il suo Ordine Ospedaliero* (Rom 1969) (2 Bände) (französische Übersetzung 1982, englische Übersetzung 1992); José CRUSET, *Das heilige Abenteuer des Johannes von Gott* (Graz/Wien/Köln 1967); Alphons HÖRING, Rudolf KNOPP, Meinhard SAJOVITZ, *Die Geschichte des Ordens in Mitteleuropa*. (München 2000); Meinhard SAJOVITZ, *Festschrift 1995 zum*

Ein ausschlaggebendes Motiv für diese Klostergründung könnten die sehr engen Verwandtschaftsbeziehungen zwischen den fürstlichen Häusern Dietrichstein und Liechtenstein sein. Konkret ehelichte Fürst Karl Eusebius von Liechtenstein (1611-1684), Sohn des Konventsgründers in Feldsberg, Karl von Liechtenstein (1569-1627) im Jahre 1644 seine Nichte Fürstin Johanna Beatrix von Dietrichstein zu Nikolsburg (1625-1676). Darüber hinaus war interessanteweise die Gräfin Anna Francisca Leslie (1621-1685), die Stifterin des Konvents der Barmherzigen Brüder in der Neustadt an der Mettau (Nové Město nad Metují) in Ostböhmen (gegründet aber erst aus ihrem Nachlass im Jahre 1692), eine geborene Fürstin Dietrichstein und die ältere Schwester der Johanna Beatrix.⁴ Das karitative Engagement der Familien Dietrichstein und Leslie ist auch durch die Bettenstiftungen (Patronen) im Klosterkrankenhaus des Ordens der Barmherzigen Brüder in Graz zu belegen.⁵ Diesen engsten Verwandtschaftsbeziehungen im Kreise des Hochadels könnte eine durchaus bedeutende Rolle bei den Gründungen von Konventen und Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder in Feldsberg, Neustadt a.M., Proßnitz und Brünn zugeordnet werden.

Der Einfluss der verschiedenen geistlichen Orden auf die Entstehung und Organisation der neuzeitlichen Spitalstruktur war überraschend groß. Gerade dem „Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott“ („Ordo Hospitalarius Sancti Joannis de Deo“, im deutschsprachigen Raum „Barmherzige Brüder“ genannt) ist eine wichtige Rolle zuzuschreiben, sowohl in qualitativer als in quantitativer Hinsicht. Diese anfangs geistliche Vereinigung (erst im Jahre 1586 durch den Papst Sixtus V. zum Orden erhoben) wurde im Jahre 1540 in südspanischen Granada von Juan Ciudad (1495-1550), genannt „Juan de Dios“, gegründet und entwickelte damals ein revolutionäres Konzept der Spezialisierung auf Betreuung und Therapie von Akutkranken.⁶ Eine

500. Geburtstag des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder, des heiligen Johannes von Gott (1495–1550) (Wien 1995); Friedrich LÄUFER, Die Barmherzigen Brüder. Ein Buch über Entstehen, Werden und Wirken des Ordens der Barmherzigen Brüder (Wien 1931); Heinz POLEDNIK, Die Barmherzigen Brüder in Österreich 1918–1977 (Wien 1977); Joannes de Deo SOBEL, Geschichte und Festschrift der österr.-böhm. Ordens-Provinz der Barmherzigen Brüder (Wien 1892); Hermenegild STROHMAYER, Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott. Barmherzige Brüder (Regensburg 1978); Carlos WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (Köln/Weimar/Wien 2005); Carlos WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte. Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken (Graz 2007); Benedikt BOGAR, Milosrdní bratři (Praha 1934); Carlos WATZKA, Petr JELÍNEK, Krankenhäuser in Mitteleuropa vor der Aufklärung. Das Beispiel des Ordenshospitals der Barmherzigen Brüder in Feldsberg/Valtice und seiner Patienten 1630-1660, *Medizinhistorisches Journal* 44, 3/4 (Stuttgart 2009) 235-273; Dieter JETTER, Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800 (Köln 1986). Zur Ordensgeschichte in Tschechien: Johann HELD, Kurze Geschichte der Heilanstalt der Barmherzigen Brüder in Prag. Nebst Rückblicken auf Entstehung, Verbreitung und Schicksale dieses Ordens überhaupt (Praha 1823); Petr SVOBODNÝ, Ludmila HLAVÁČKOVÁ, Pražské špitály a nemocnice (Praha 1999); Petr SVOBODNÝ, Ludmila HLAVÁČKOVÁ, Dějiny lékařství v českých zemích (Praha 2004); Lenka VARGOVÁ, Ladislava HORÁČKOVÁ, Miroslava MENŠÍKOVÁ, Zdravotní péče o brněnské obyvatele v 18. a 19. století (Brno 2010).

3 Mährisches Landesarchiv (Moravský zemský archiv, weiter MZA), Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Karton 54, 13 - recto.

4 Herbert HAUPT, Fürst Karl Eusebius von Liechtenstein 1611-1684. Erbe und Bewahrer in schwerer Zeit (München/Berlin/London/New York 2007), 90-101; BOGAR, Milosrdní bratři 274.

5 Vgl. WATZKA, Vom Hospital, 214.

6 Vgl. WATZKA, Vom Hospital, bes. 129-137, Hermenegild STROHMAYER, Krankenpflegeschulen im Hospitalorden des hl. Johannes von Gott (München 1986) 9-88; Manfred SKOPEC, Pioniere des Krankenhauswesens. Johannes von Gott und der Hospitalorden der Barmherzigen Brüder. In:

effiziente Organisationsstruktur und unbestreitbare therapeutische Erfolge spiegelten sich in der Gründung von mehr als 280 Krankenhäusern bis 1780 in fast allen katholisch dominierten Regionen Europas, sowie in vielen (vor allem spanischen) Kolonien.⁷ Die Säkularisation von beinahe allen diesen Einrichtungen von der Französischen Revolution bis zum Jahr 1870 führte zur völligen Unterdrückung des öffentlichen und auch wissenschaftlichen Bewusstseins für den Beitrag des Ordens der Barmherzigen Brüder für die Entstehung eines modernen Krankenhaussystems.⁸

Vor der Ankunft der Barmherzigen Brüder existierte in Brünn nacheinander eine ganze Reihe von kleineren sozialen und medizinischen Einrichtungen. Konkret handelte es sich in Alt-Brünn um die Spitäler des Hl. Geistes (1238-1243), des Hl. Johannes des Täufers (1243-1645), das Klosterspital der Augustinerinnen (gegr. 1240), die Kapelle der Lepra-Kranken (1293-1343), die Grundlage für das Stadtspital und Militärlazarett des Hl. Stephan (1343-1783), das Kinderspital beim Hl. Jakob (gegr. 1495) und das Spital beim Zisterzienserkloster Králové (1331-1783).⁹ Ab dem Jahr 1749 existierte in Brünn - Štýřice (sowie in größeren Städten der österreichischen Monarchie ab dem Ende des 17., respektive Anfangs des 18. Jahrhunderts) analog zu Einrichtungen der Barmherzigen Brüder für Männer auch ein „Frauenkrankenhaus“, das von dem Orden der Hl. Elisabeth der Aachener Kongregation geführt wurde.¹⁰

Im Falle Brünns handelte es sich um die zweite Wirkstätte des Ordens der Barmherzigen Brüder auf dem Gebiet der damaligen Markgrafschaft Mähren nach dem Konvent in Proßnitz (gegründet 1740).¹¹ Der Mäzen Johannes Leopold von Dietrichstein kaufte für die Bedürfnisse des Ordens ein älteres, das so genannte Winkelsberger Haus mit großem Garten in der südlichen Vorstadt Brünns (Katastralgebiet Štýřice) unweit der so genannten Langen Brücke über den Fluss Schwarzach (tsch. Svratka) auf der damaligen Wenzels-, heute Wienerstraße und sicherte zunächst den Betrieb von vier Betten mit der Summe von 4.000 Gulden.¹²

Florentin LANGTHALER (Hg.), Festschrift 1995 zum 500. Geburtstag des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder, des heiligen Johannes von Gott (1495–1550) (o.O.o.J. [Wien 1995]) 36-41. Sonja HORN, „[...] damit sy in ain rechte erfahrenheit der practighen kummen.“ Der praktische Unterricht für akademische Ärzte vor den Reformen durch van Swieten. In: Helmuth GRÖSSING (Hg.), Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin 1994 (Wien 1996) 75-96.

7 Vgl. STROHMAYER, Hospitalorden 173.

8 Die Situation vor 1850 wird sogar als „die dunkle Zeit der Krankenpflege“ bezeichnet. Mary Adelaide NUTTING, Lavinia L. DOCK, A History of Nursing. The Evolution of Nursing Systems from the Earliest Times to the Foundation of the First English and American Schools of Nurses, (New York/London 1907) 499.

9 Vgl. Vargová, L. u.a.: Zdravotní péče o brněnské obyvatele, 13.

10 Dušan FOLTÝN und Kol., Encyklopedie moravských a slezských klášterů (Praha 2005), 222. Krankenhäuser dieses Typus für die akute Behandlung der kranken Frauen wurden in den Habsburgischen Ländern ab 1690 in Graz, ab 1709 in Wien, ab 1710 in Klagenfurt, ab 1719 in Prag, ab 1736 in Breslau und ab 1745 in Linz eingerichtet. Vgl. den Überblick in: Christa PETERS, Hospitäler der Barmherzigen Brüder des Johannes von Gott und der Elisabethinerinnen zwischen Rhein und Wesel (1600-1900), med. Dissertation (Köln 1994), 91.

11 Der Mutterkonvent der Deutschen Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder in Feldsberg befand sich damals auf dem Gebiet Niederösterreichs. Im Jahre 1620 wurde der Ordenskonvent mit Krankenhaus in Prag „Na Františku“ gegründet.

12 In dem Fundationsvertrag existiert die Klausel, dass der Spender die Summe auch durch die Einkünfte aus seinen mährischen Gütern sichern kann. MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Karton 54, 13 - verso. Auch Ivan GAJDOŠ, Nemocnice Milosrdných bratří Brno (Brno 1997), 9.

Als Gegenleistung verlangte Graf Dietrichstein von den Ordensmitgliedern „[...] für das gefämbter fürstliche¹³ dietrichsteinische Hauß in Ihren Gebett undt überten gutten Werken eingedank zu sein, besonders aber in den alle Montags für lebendige undt abgestorbene Gutthäter gelessen werdende heyl. Mess zu ewigen zeitten ein Memento zu machen“.¹⁴ Weiters sollte das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Rahmen dieser Stiftung für Dienstleute des Hauses Dietrichstein „für ewige Zeiten“ vier Betten reservieren.¹⁵ Michal Švanda, Provincial der Deutschen Ordenprovinz des hl. Karl Borromäus sandte den Priester Leodegard Fuchs als „Vicarius“ sowie den Bruder Koloman Kockel (geschrieben auch Colomanus Kokell) zwecks der Übernahme des gespendeten Hauses von Prag nach Brünn.¹⁶ Offensichtlich fiel schon damals die prinzipielle Entscheidung bezüglich des Neubaus des Klosters und des Krankenhauses, bezeichnet als „Residenz der Armen und Hospital S. Leopoldum“.¹⁷ Die Baupläne wurden nach der Weisung von Kockel¹⁸ von Franz Anton Grimm (1710-1784), dem Sohn des bekannten Brünnner Architekten Moritz Grimm (1669-1757) ausgearbeitet. Es sollte sich relativ bald erweisen, dass die geplante Anlage zu groß für das geschenkte Grundstück war. Dieser Umstand bewegte den Grafen von Dietrichstein, das benachbarte Grundstück, das sogenannte Tallamkr'sche Gasthaus dem Jesuitenorden abzukaufen. An diesen Betrieb war auch ein Ausschankrecht gekoppelt, das hiermit an den neuen Konvent übergang.¹⁹ Der Gründungsstein des Konvents wurde erst am 3. Mai 1749 feierlich gelegt, wobei sich die mährischen Stände mit einer Spende von 100.000 Ziegeln und der Brünnner Magistrat mit 40.000 Ziegeln an dem Neubau beteiligten. Trotzdem kam es zur Verzögerungen und erst im Jahre 1753 wurde unter Caesarius Količek (Prior seit 1751) mit dem Bau des Klosters begonnen. Zuerst wurde der rechte, südliche Flügel der Anlage in der Polná-Straße fertiggestellt. Hier wurden im Erdgeschoss die Apotheke, ausgestattet mit bemerkenswerten Fresken eines Ordenszöglings, dem Wiener akademischen Maller Johann Ignaz Cymbal,²⁰ und in den beiden Stockwerken der Ordenskonvent untergebracht. Der später erbaute linke, nördliche Krankenhausflügel entlang des Flusses Schwarzach (Svratka) hatte im vorderen Teil zwei Stockwerke. Den hinteren anschließenden Teil bildete ein ebenerdiger, dafür zwei Geschosse hoher Krankensaal mit 70 Betten für die allgemeine Klasse, der am 7. Oktober 1759 eröffnet wurde. Die Sonderklasse wurde im hinteren Zimmer mit unbekannter Anzahl von Betten untergebracht. Die beiden Flügel wurden im östlichen,

13 Hier genannter Johannes Leopold von Dietrichstein war lediglich ein Graf, dafür ein Mitglied der fürstlichen Linie „Dietrichstein zu Nikolsburg“ und jüngerer Bruder des Fürsten Karl Maximilian (laut J. Kroupa). Das prominenteste Mitglied dieser Linie war der Fürst Andreas Jacob von Dietrichstein, Erzbischof von Salzburg (1689-1753).

14 MZA, E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Karton 54, 13 – verso.

15 Nach Bogar (BOGAR, Milosrdní bratři 274) war die oben genannte Stiftung von 4.000 Gulden für diese vier Betten bestimmt.

16 BOGAR, Milosrdní bratři 274.

17 So im Ansuchen des Vikars Leodegard Fuchs vom 8.6.1750 an den Landesausschuss bezüglich des Steuererlasses. MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Karton 54, B / 1 – Gründung des Klosters, 26.

18 BOGAR, Milosrdní bratři 274; Jiří KROUPA, František Antonín Grimm - architekt XVIII. Století, Brno/Kroměříž 1982, 21.

19 SOBEL, Geschichte und Festschrift 108; BOGAR, Milosrdní bratři 275.

20 Geschrieben auch Zimbal. Lubomír SLAVÍČEK, Poznámky k životu a dílu Johanna Cimbala, Umění 1978, Jahrgang 27, 159-165. Im Jahre 1757 wurde auch das Hauptaltarbild in Feldsberg von J.I.Cymbal fertiggestellt. BOGAR, Milosrdní bratři 166.

hinteren Teil der Anlage zuerst durch die alten Wirtschaftsgebäude des ehemaligen Hofes verbunden, wo Speisesaal, Küche und Speicher untergebracht waren.²¹

Erst am 12. September 1768 wurde unter Prior Sabinianus Wessenberger der Gründungsstein für die Konventkirche des Hl. Leopold gelegt. Die Durchführung des Bauvorhabens wurde dem Brünnner Baumeister Bartolomäus Zindtner anvertraut, „wahrscheinlich nach den Plänen von Franz Grimm“;²² die Freskenmalerei der Kirche wurde dem Dietrichstein'schen Hofmaler Joseph Stern (1716-1775) anvertraut. Mit Hilfe verschiedener weiterer Spender (die höchste Summe in der Höhe von 2.000 Gulden spendete Graf Karl Hrzan von Harasov) konnte die Kirche am 3. Mai 1777 unter dem Prior Verekund Faltis (geschrieben auch Verecundus Fattus) eingeweiht werden. Im Jahre 1804 wurde unter Prior Alfons Pfankuchen (geschrieben auch Alphonsus Pfankuchen) der Spitaltrakt um einen weiteren Stock erweitert und bis 1831 (unter Prior Narcis Nietsche) auch der ehemalige Küchentrakt zweistöckig ausgebaut. Im Jahre 1865 wurde ein Vertrag zwischen dem Mährischen Landesaussschuss und dem Konvent beschlossen, wonach das Ordensspital zu einer Filiale des Brünnner Landeskrankenhauses mit einer Kapazität von 160 Betten und mit Öffentlichkeitsrecht wurde. Zwischen 1876 und 1898 wurde dieser Vertrag geändert und das Ordensspital wurde zur Aufnahme von psychisch Kranken verpflichtet. Die Kapazität sollte zuerst lediglich 50 Betten betragen, wurde dann aber schrittweise wieder auf 160 Betten angehoben. Weitere Umbauten des Ordenskrankenhauses folgten 1895-1899, erst nach dem Ersten Weltkrieg kam es zu einer umfangreichen Anstaltsmodernisierung.²³

Es ist möglich, die Bedeutung der Brüner Niederlassung relativ genau nach der Anzahl der Betten und/oder des anwesenden (geistlichen und auch weltlichen) Personals in den einzelnen Jahren zu bestimmen. Weil die Inventarlisten für den beobachteten Zeitraum nicht erhalten blieben, bietet sich die Möglichkeit an, die Anzahl der Betten, respektive ihre Auslastung nach den Krankenprotokollen festzustellen, weil der aufnehmende Garderobier („*Guardarob*“, „*Kleiderwarter*“) nach den Ordenstatuten auch zum Vermerk der Bettnummer verpflichtet war. Diese Vermerke führen zwischen den Jahren 1748 und 1780 stabil 24 Betten an. Zusätzliche Bettennummern 25-36 sind nur sehr sporadisch genannt (lediglich für die Jahre 1771-1772 und 1779-1780) und wurden mit Personen aus allen sozialen Schichten belegt. Die Daten erlauben die Schlussfolgerung, dass es sich nur um kurzzeitige Ausweitungen der Unterbringungskapazitäten handelte. Bezüglich der Höhe des Personalstandes sind im Falle Brünnns für das 18. Jahrhundert keine Daten überliefert, lediglich die Personalkontingente für die Konvente in Linz und Graz sind bekannt und können vergleichsweise betrachtet werden: In Linz waren zwischen den Jahren 1757 und 1782 8 bis 15 Brüder tätig,²⁴ in der Grazer Ordensniederlassung waren zwischen 1740 und 1750 27 Brüder (davon zwei nicht aktive) und weitere 8 Mitarbeiter weltlichen Standes beschäftigt.²⁵ Einer der Gründe, warum es (noch nicht) gelang, den Personalstand in den Ordensniederlassungen auf dem Gebiet des heutigen Mähren zu finden, könnte,

21 BOGAR, Milosrdní bratři 276.

22 BOGAR, Milosrdní bratři 276.

23 SOBEL, Geschichte und Festschrift, 108; BOGAR, Milosrdní bratři, 275. Karel KUČA, Města a městečka v Čechách, na Moravě a ve Slezsku (Praha 1996), 296.

24 Carlos WATZKA, Die Barmherzigen Brüder als Träger von Krankenhäusern in der Frühen Neuzeit – das Beispiel des Hospitals in Linz und seiner Patienten in der Zeit bis ca. 1780, Medizin in Geschichte und Gesellschaft 27 (2008) 85.

25 WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte 192.

im Gegensatz zur Situation in Österreich, die zentrale Aktenarchivierung in der ehemaligen Tschechoslowakei sein. Laut dem Proßnitzer Nekrologium beträgt die Anzahl der in Brünn verstorbenen Ordensmitglieder zwischen 1725 und 1951 genau 111.²⁶ Jedoch sind hiervon jeweils ersten und letzten beiden verstorbenen Ordensangehörigen abzuziehen²⁷, weil der Konvent noch nicht, respektive nicht mehr existent war. In der hier untersuchten Periode 1748-1780 starben in Brünn 18 Ordensbrüder, davon waren vier Priester. Der naheliegende Vergleich mit dem ähnlich großen Ordenskonvent in Proßnitz mit 28 verstorbenen Brüdern²⁸ in der gleichen Periode erlaubt die Schlussfolgerung, dass die Ordensniederlassung in Brünn zumindest in der Anfangsphase ihrer Existenz über einen relativ niedrigen Personalstand verfügte. Die Konvente in anderen Städten verzeichnen eine deutlich höhere Anzahl der verstorbenen Ordensmitglieder: In Prag starben zwischen den Jahren 1748 und 1780 87 Brüder, in Wien 162 Brüder und in Feldsberg, der Zentrale der damaliger Deutschen Ordensprovinz, in der genannten Periode lediglich 37 Brüder.²⁹ Daher muss die Ordensstätigkeit in der mährischen Landeshauptstadt Brünn eher als bescheiden eingestuft werden. Es ist aber anzumerken, dass die Rotation der Ordensangehörigen zwischen den einzelnen Konventen sehr hoch war – z.B. starb der erste Brünnener Prior Leodegard Fuchs im Jahre 1776 in Buda.

Die Krankenbücher des Brünnener Ordenskrankenhauses der Barmherzigen Brüder (1748-1780)

Eine der zentralen Innovationen in der von den Barmherzigen Brüdern betriebenen Krankenpflege war – neben den täglichen Arztvisiten, den Schulungen des Pflegepersonals durch einen Arzt, dem System ‚einem Patienten ein Bett‘, der Entstehung von ersten Stationsabteilungen, der Einführung von hygienischen Maßnahmen u.a. – gerade die Entstehung eines umfangreichen Administrationssystems – durch die Einführung von Krankenprotokollen.³⁰ Schon in den Ordenskonstitutionen von 1718 (deutsche Übersetzung 1757) wird exakt postuliert, welche Daten des neu aufgenommenen Patienten in die Protokollbücher aufzunehmen sind.³¹ Aus diesen Vorschriften ist klar ersichtlich, dass der ranghöchste Verantwortliche für die Krankenbetreuung der „*Infirmario*“ bzw. „*Krankenwärter*“ nicht für die Führung dieser administrativen Eintragungen verantwortlich war. Der Grund für die Entstehung dieser umfangreichen Agenda könnten u.a. eventuelle Ansprüche der Hinterbliebenen im Falle des Ablebens eines Patienten sein; dies bezeugen fast penible Eintragungen über die Qualität der Bekleidung, respektive der mitgebrachten Sachen. Die Brünnener Krankenprotokolle bilden von 5. November 1748 bis 31.

26 Falls einer von den Ordensmitgliedern woanders als im „*Mutterkonvent*“ starb, oder im Alter in seine Geburtsort zurückkehrte, existiert immer neben dem Sterbeort auch eine entsprechende Bemerkung bezüglich seines Konvents. Trotzdem fehlen Hinweise z.B. über Caesarius Kolíček und Sabinianus Wessenberg.

27 Konkret handelte es sich um Norbertus Lock (gest. 1.11.1725), Severus Manner (20.6.1742), den Provinzial und Prior von Prag Coelestýn Šule (2.5.1951) und Godhardus Zbraslavský (19.8.1951).

28 MZA, E 47 Barmherzige Brüder in Proßnitz, Inv. Nr. 14, 2-366; Kopie MZA, Fond E 79 Barmherzige Brüder in Feldsberg, Inv. Nr. 16, 2-366.

29 Ebd.

30 Die deutsche Originalbezeichnung „*Krankenprotokolle*“ ist aus heutiger Sicht sehr irreführend, da es sich eindeutig nicht um eine Krankenhausakte eines Patienten oder um die Verlaufsbeschreibung seines Krankheitsbildes handelt.

31 Vgl. WATZKA, JELÍNEK, Krankenhäuser 238.

Dezember 1900 eine geschlossene, fortlaufende Reihe (eine Ausnahme stellt nur ein fehlender Band aus den Jahren 1821-1828 dar), sie wurden fast ausschließlich auf Deutsch geschrieben, lediglich in ihnen beinhaltete Vermerke zu Ordensvisitationen wurden auf Latein verfasst. Die Anzahl der Einträge pro Seite variiert zwischen 7-8 im Jahre 1748 und 10-11 im Jahre 1780. Im Unterschied zu anderen Studien konnte durch bessere Lesbarkeit und größere Vollständigkeit die Anzahl der nicht bearbeitbaren Einträge deutlich herabgesetzt werden.

Der einfache Vergleich der Einträge aus dem Brünner Krankenhaus (seit 1748) mit den Krankenprotokollen aus Feldsberg, die seit dem Jahr 1630 durchlaufend getätigt wurden,³² Graz (1683-1711),³³ Linz (1757-1767),³⁴ sowie auch den derzeit entstehenden Analysen zu den Ordenskrankenhäusern in Proßnitz und Pressburg beweist, dass die Struktur der Ordensadministration zwischen den Jahren 1630 und 1780 im Hinblick auf die Führung dieser Protokolle im Grunde identisch blieb (lediglich die Lesbarkeit der Schrift erfuhr eindeutig einen positiven Wandel). Zum Vergleich sei hier ein Beispiel aus dem Brünner Krankenprotokoll vom August 1760 angeführt:³⁵

<p>No: 15 Am 14^{ten} August gesundhin aus</p>	<p>Am 4 dito [dh. August 1760] Andreas Koschina ein Leinwebergesell, gebürtig von Nepomuck aus Böhmin alt 18 Jahr, Vatt[er] Wenceslaus todt, die Mut[ter] Elisabetha lebend, ohne geld, Mittl[ere] Kl[eid]un[g] der zustandt Destructio Stomachi. Catho[li]sch]</p>
--	---

Im Brünner Krankenhaus sowie in anderen Ordensniederlassungen wurde das Geschlecht des Patienten nicht gesondert dokumentiert, weil die Barmherzigen Brüder aus Gründen der damaligen Ordensdisziplin ausschließlich kranke Männer aufnahmen. In der Bemühung, zu den oben erwähnten, früheren Analysen vergleichbare Daten zu erhalten, wurden für die vorliegende Arbeit die Brünner Krankenbücher Nr. 122-124, die Daten aus den Jahren 1748-1780 beinhalten, einer detaillierten Untersuchung unterzogen. In dieser Periode wurden im Brünner Krankenhaus gesamt 10499 Patienten aufgenommen, davon sind 1218 verstorben – das entspricht durchschnittlich 326 aufgenommenen und 38 verstorbenen Personen jährlich (siehe Tabelle 1 und Diagramme 1 und 2 im Folgenden). Die sich daraus ergebende Mortalität in der Höhe von 11,6 % ist nur unwesentlich höher als im Ordenskrankenhaus in Feldsberg in derselben Periode (1748-1780), wo 25325 Patienten aufgenommen wurden, von denen 2872 verstarben (11,3 %). Die Brünner Daten entsprechen auch in etwa der Mortalität im Linzer Ordenskrankenhaus in der Periode 1758–1779 in der Höhe von 11,2 %.³⁶ Eine niedrigere Mortalität wurde in früheren Untersuchungen zu Ordenskrankenhäusern der Barmherzigen Brüder in der Habsburgermonarchie für Feldsberg 1661-1780: 10,7 %³⁷ und Graz 1684-1711: 9,2 % festgestellt.³⁸

32 WATZKA, JELÍNEK, Krankenhäuser; Petr JELÍNEK, Klášterní nemocnice řádu Milosrdných bratří ve Valticích a její knihy nemocných (1661-1780). In: ČMM 2009/1, 47-81.

33 WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte 230f.

34 WATZKA, Die Barmherzigen Brüder in Linz 89f.

35 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Band 122, Position 248v/2. Die Position eines einzelnen Eintrags im Krankenprotokoll wird gekennzeichnet durch: Seitennummer, Angabe zur Vorderseite oder Rückseite (recte = r, verso = v) und eine fortlaufende Nummer, welche die Reihung des Eintrags auf der jeweiligen Seite, von oben nach unten gezählt, angibt.

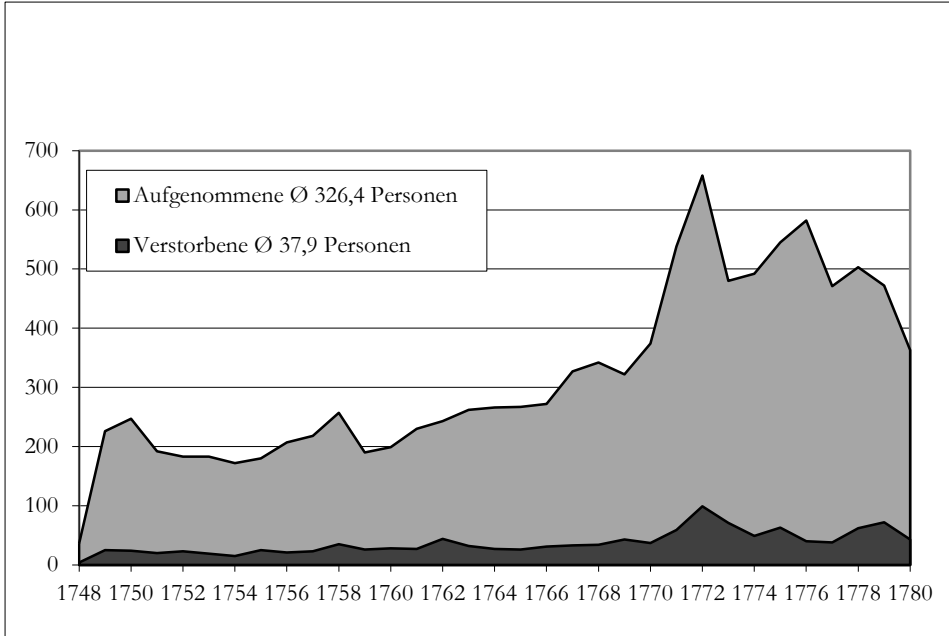
36 WATZKA, Die Barmherzigen Brüder 89.

37 Vgl. JELÍNEK, Klášterní nemocnice 57-58.

Tabella 1: Aufgenommene und verstorbene Patienten, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Brünn, 1748–1780 (absolute Häufigkeiten)

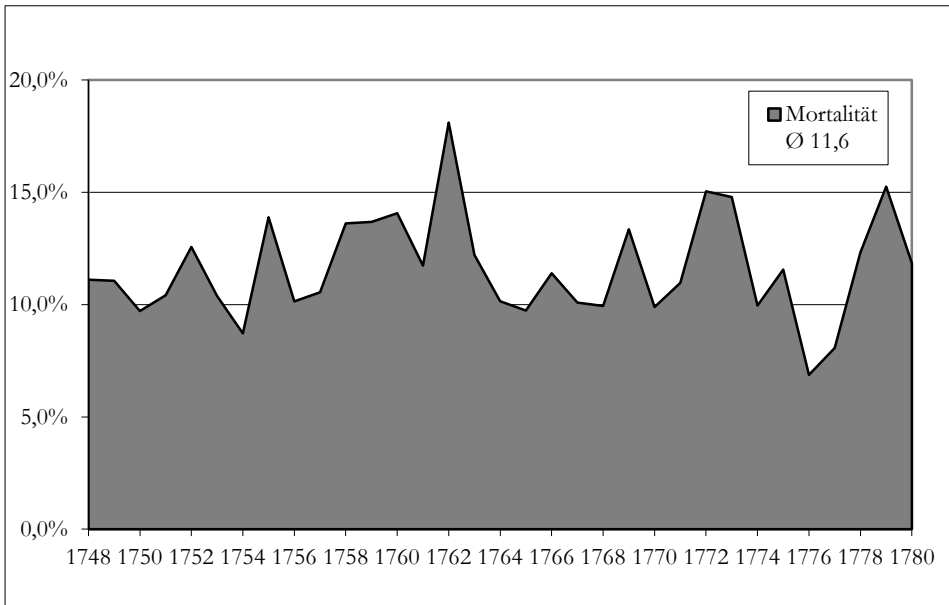
	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sep.		Okt.		Nov.		Dez.		Gesamt		Mor- bit	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.		A.
1748	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
1749	13	1	13	2	14	1	20	6	18	0	22	1	14	2	32	0	25	1	19	5	19	5	20	1	16	3	226	11,1%
1750	17	0	16	2	15	1	27	4	16	1	28	6	20	1	27	3	24	0	27	3	17	2	13	2	13	2	247	9,7%
1751	13	1	9	3	23	5	6	1	17	2	13	1	14	1	23	0	28	2	18	1	17	3	11	0	192	20	10,4%	
1752	12	2	10	2	6	0	15	2	16	2	15	2	14	1	23	1	22	2	21	3	20	3	9	3	183	23	12,6%	
1753	16	3	16	2	16	1	11	0	16	3	17	0	12	2	19	0	19	2	15	2	9	1	17	3	183	19	10,4%	
1754	16	1	13	0	13	2	19	2	16	2	16	3	11	1	12	1	16	0	15	1	10	1	15	1	172	15	8,7%	
1755	20	4	13	4	17	6	12	2	10	1	14	2	14	0	21	1	17	1	12	1	13	1	17	2	180	25	13,9%	
1756	16	1	12	2	16	1	17	4	22	0	13	3	16	1	19	1	23	0	25	3	13	2	15	3	207	21	10,1%	
1757	12	0	10	3	25	2	17	3	19	0	24	1	17	1	30	1	17	5	19	2	11	0	17	5	218	23	10,6%	
1758	22	2	15	3	24	4	19	3	36	6	22	1	23	1	19	2	25	4	14	1	18	1	20	7	257	35	13,6%	
1759	13	2	17	1	16	2	16	3	18	5	16	0	13	2	24	5	13	1	13	2	13	2	16	1	190	26	13,7%	
1760	16	2	15	4	13	1	18	3	16	2	17	0	18	3	20	1	18	4	14	2	15	3	19	3	199	28	14,1%	
1761	20	0	18	3	17	3	22	4	21	1	14	5	24	3	22	2	26	3	17	0	16	2	13	1	230	27	11,7%	
1762	17	6	18	7	20	4	32	6	26	7	20	1	13	1	23	4	26	1	20	2	13	1	15	4	243	44	18,1%	
1763	11	2	11	2	22	6	24	1	27	4	25	3	14	1	31	3	29	2	35	2	19	4	14	2	262	32	12,2%	
1764	19	4	9	1	15	0	17	1	27	4	18	4	29	2	35	4	27	0	24	1	23	2	23	4	266	27	10,2%	
1765	24	3	18	3	19	2	28	1	22	2	22	1	10	0	23	0	28	1	35	7	22	4	16	2	267	26	9,7%	
1766	22	3	22	3	16	2	29	3	19	4	19	3	30	3	21	2	27	1	28	0	20	4	19	3	272	31	11,4%	
1767	20	0	23	5	26	3	21	2	30	3	22	2	24	2	30	1	32	4	34	2	43	4	22	5	327	33	10,1%	
1768	27	1	24	2	29	3	26	4	31	3	27	1	29	1	29	3	27	2	33	4	25	6	35	4	342	34	9,9%	
1769	27	1	30	6	27	4	32	6	27	4	26	2	25	4	27	3	29	3	28	3	24	2	20	5	322	43	13,4%	
1770	26	2	29	5	20	3	21	1	27	5	21	2	32	4	45	3	50	3	42	4	31	2	30	3	374	37	9,9%	
1771	33	7	29	3	32	4	42	4	59	3	37	3	42	4	56	5	51	4	65	11	47	8	45	3	538	59	11,0%	
1772	55	6	65	13	61	8	69	9	68	10	63	8	54	7	50	5	55	6	42	10	36	9	38	6	658	99	15,0%	
1773	32	5	29	7	34	5	38	7	43	8	35	2	56	8	50	6	49	8	48	5	36	4	30	6	480	71	14,8%	
1774	38	3	33	2	32	5	36	2	41	3	40	4	49	1	68	8	51	5	42	5	36	4	36	7	492	49	10,0%	
1775	19	3	30	4	48	7	28	5	40	4	38	4	39	3	76	9	85	8	56	12	47	3	39	1	545	63	11,6%	
1776	39	4	44	4	38	3	44	7	57	5	48	1	40	1	61	3	74	1	61	6	42	2	34	3	582	40	6,9%	
1777	33	5	41	4	32	1	46	9	51	3	27	0	30	1	53	5	53	4	41	2	28	0	36	4	471	38	8,1%	
1778	36	4	39	6	32	5	44	6	46	3	29	1	52	7	51	5	46	4	44	7	42	8	40	6	503	62	12,3%	
1779	38	10	43	5	55	9	43	11	44	4	49	4	38	3	43	4	36	7	33	6	28	5	22	4	472	72	15,3%	
1780	30	1	34	4	42	8	36	7	34	2	29	2	27	4	30	3	27	7	29	0	21	3	24	2	363	43	11,8%	
Gesamt	752	89	738	117	817	111	875	131	960	106	826	73	843	76	1093	93	1077	98	969	115	796	98	753	111	10499	1218	11,6%	

Diagramm 1: Aufgenommene und verstorbene Patienten, Brünn 1748–1780, in absoluten Zahlen



Quelle: MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn

Diagramm 2: Jahresmortalität der Patienten, Krankenhaus Brünn 1748–1780



Quelle: MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn

Eine höhere Mortalität weisen noch Feldsberg in der Frühperiode von 1630 bis 1660 mit 20 % und Prag im Zeitraum von 1649 bis 1711 mit 12,4 % auf.³⁹ Es ist aber notwendig zu bemerken, dass die hier beobachtete Periode (1748-1780) die Schlesischen Kriege einschließt, wobei sich manche Phasen des Konfliktes - vor allem im Sommer 1758 - direkt auf dem mährischen Gebiet ereigneten. Darum ist überraschend, dass ein anderes „*Kriegsjahr*“ 1762 in der Statistik des Brünner Krankenhauses die höchste Mortalität zeigt. Von 243 Aufgenommenen starben damals 44 Patienten, (dh. 18,1 %), allein im Februar 1762 herrschte sogar eine Mortalität in der Höhe von 38,9 %.

Wie weit sich die Kriegskonflikte in den Krankenbüchern der Barmherzigen Brüdern widerspiegeln, ist unklar, weil es sehr wahrscheinlich ist, dass die kriegerische Umstände in diesen Jahren eine Beeinträchtigung des „*standardsmäßigen*“ Spitalsbetriebes, respektive der Führung des Krankenprotokolles und einen Übergang auf eine massenhafte Aufnahme der Patienten bewirkten. Zwischen den Jahren 1748 und 1780 wurden monatlich durchschnittlich (gerundet) 27 Personen⁴⁰ aufgenommen (davon starben durchschnittlich 3 Personen), wobei die zahlreichsten Aufnahmen in den Monaten August (1 093 Personen, respektive durchschnittlich 34, dh. 10,4 % von gesamten 10 499) und September (1 077, dh. 10,2 %) vorkamen. Andererseits sind die niedrigsten Zahlen im Februar (738, dh. 7 %), Januar und Dezember (752, respektive 753, dh. 7,2 %) zu verzeichnen. Auf die markanten Unterschiede der Aufnahmezahlen in den Sommermonaten ist hier hinzuweisen, den die Monate Juni (durchschnittlich 26 aufgenommene Personen, dh. 7,9 %) und Juli (26 Personen, dh. 8 %) sind diesbezüglich unterdurchschnittlich. Ein identischer Aspekt wurde erstmals in den beiden Analysen zum Feldsberger Ordenskrankenhaus beobachtet. Es handelt sich um ein derzeit nur schwer erklärbares Phänomen, vor allem in der Hinsicht auf den damals hohen Bedarf an Arbeitskräften für die Ernten gerade in den Monaten August und September. Überlegungen in Richtung eines übermäßigen Auftreten von gewissen Krankheitsarten, die typisch für den spätsommerlichen oder herbstlichen Zeitraum wären,⁴¹ konnten bislang nicht erhärtet werden.

Die absolute Summe von 10499 Aufgenommenen beinhaltet auch 187 Patienten der nichtkatholischen Kofessionen, konkret handelte es sich um 180 Evangelische, fünf Calvinisten, einen Bauern aus Mähren mit hussitischer Konfession⁴² und einen „getauften Juden“, auch aus Mähren.⁴³ Es ist aber notwendig zu bemerken, dass es sich bei sechs Patienten um wiederholte Aufnahmen handelte. Die gesamte Gruppe der Nichtkatholiken hat eine ähnliche Aufenthaltsdauer (21,5 Tage) und ein durchschnittliches Alter (28,8 Jahre) wie die folgende Stichprobe „*Brünn 1748-1780*“, sich dafür zur Gänze durch Sterblichkeit (13 Verstorbene von 187 Aufgenommenen) und durch ihre soziale Zusammensetzung unterscheidet. Absolut dominant ist hier die niedrige Mittelschicht (169 von 187 Aufgenommenen, dh. 90,4 %), wobei die anderen Sozialgruppen lediglich minimal vertreten sind: drei Kaufleute, zehn Angehörige der

39 Ivana FIRLOVÁ, Příspěvek k problematice sociální struktury, hospitalizace a mortality nemocných v nemocnici na Františku v letech 1631-1714, In: Documenta Pragensia, VII/1. Teil, (Praha 1987) 356-383.

40 Alle Personenzahlen wurden gerundet, dadurch können geringe Abweichungen gegenüber den prozentuellen Angaben entstehen.

41 Konkret sind hier v.a. Asthma, Depression, Unfälle, Magenschmerzen, Verkühlungen gemeint.

42 MZA, E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Band 122, Position 189r/4.

43 MZA, E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Band 123, Position 90r/2.

niedrigsten Schicht (davon vier Deserteure der preußischen Armee), vier Kinder und ein Patient ohne Angaben. Auffällig ist dabei die hohe Anzahl von Gesellen (121 von 187 Aufgenommenen, dh. 64,7 %) und Handwerkern (34 von 187, dh. 18,2 %). Die größten Patientenkontingente mit nichtkatholischer Konfession stammten aus Sachsen (43 Personen), Schlesien (28 Personen) und Brandenburg (26 Personen), wobei diese Liste insgesamt 38 europäische Länder (außer der allgemeinen Angabe „Reich“) beinhaltet. Ein interessantes Detail weist eine kleine Gruppe von elf Patienten (von denen zwei verstarben) auf, die während des Aufenthalts im Brünner Spital zur katholischen Konfession konvertierten. Diese Patienten verbrachten nämlich hier durchschnittlich 39,2 Tage. Die monatliche Auswertung der Brünner Krankenprotokolle belegt, dass die meisten nichtkatholischen Patienten im Februar (20 Kranke), im Dezember (19) und Mai (19), am wenigsten im Januar (11 Patienten), September (12) und Juni (13) aufgenommen wurden. Das stellt einen Gegensatz zu im Folgenden zu präsentierenden Ergebnissen für die Gesamtheit aller Aufnahmen im Brünner Krankenhaus dar, für welche die Monate Februar und Dezember stark unterdurchschnittliche Zahlen aufweisen und dafür der September zu den überdurchschnittlichen Monaten zählt. Außerdem gaben die nichtkatholischen Patienten öfter an, dass sie eigene finanzielle Mittel bei sich hätten und zwar in 23 Fällen von 187 (dh. 12,3 %), gegenüber 28 Fällen (dh. 5,2 %) der Probanden der allgemeinen Stichprobe. Andere erhobene Parameter unterschieden sich nur minimal von der folgenden Stichprobe: Die Nichtkatholiken erwähnten in 95 Fällen (dh. 50,8 %), dass mindestens ein Elternteil noch lebt. Dazu wurde bei 38 Aufgenommenen dieser Gruppe (20,3 %) von dem Bruder „*Guarderob*“ eine bessere Qualität der Bekleidung festgestellt (unterschieden wurde zwischen schlechter, mittlerer und guter Bekleidung, weiters Livree und Uniform). In der Stichprobe erreichen beide genannte Parameter den Wert von 255 (47,1 %) bei den Eltern und 88 (16,3 %) bei der besseren Qualität der Bekleidung von 541 Probanden. Den Patienten mit den nichtkatholischen Konfessionen wurden keine bestimmte Betten zugeordnet. Die höchste Frequenz weist zwar Bett Nr. 6 (15 Aufnahmen) auf, aber die Häufigkeit der anderen Betten im Verzeichnis ist im Einklang mit jenen der allgemeinen Stichprobe.

Diese Stichprobe wurde in einer Größe von 541 Probanden (5,2 %) aus der Gesamtzahl von 10499 Patienten gezogen, und im Hinblick auf dieselben Parameter untersucht, die schon bei C. Watzka im Falle der Ordenskrankenhäuser von Graz (1683-1711) und Linz (1757-1767) und bei P. Jelínek im Fall des Krankenhauses Feldsberg (1683-1711 und 1661-1780) im Zentrum standen, wie auch von beiden genannten in einer Untersuchung der Feldsberger Protokolle für den Zeitraum 1630-1660 analysiert wurden.⁴⁴ In den Brünner Krankenprotokollen befinden sich – ähnlich wie in den Protokollen für Graz und Linz – in etlichen Fällen (57 von 541) Vermerke über „*empfehlenden Instanzen*“ („*Patrone*“), gewöhnlich begüterte Personen, die meist ihre eigene Dienerschaft für die Aufnahme und Behandlung in der Ordenskrankenanstalt empfohlen haben. Mit den Handwerkszünften, die eine gewisse Bettenanzahl finanziert haben, wurden auch in Brünn „*Contracte*“ beschlossen, was bis jetzt lediglich aus Graz bekannt war. Durch diese Verträge verpflichtete sich der Orden kranke Gesellen aufzunehmen. Dafür musste das „*ehrsambe Handwerk*“ Jahresgebühren zahlen oder die

44 Es sei bemerkt, dass die gezogene Stichprobe für das Brünner Krankenhaus 1748-1780 lediglich eine Mortalität in der Höhe von 9,6 % aufweist; im Unterschied zur gesamten Mortalität in der beobachteten Periode von 11,6 %, was aber im Rahmen des bei Stichprobenziehungen Üblichen liegt.

Betreuung durch Naturalien, respektive Leistungen abgelten.⁴⁵ Bei den Handwerksmeistern wurde eine Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus nicht im Betracht gezogen, trotzdem finden sich unter den „empfohlenen Personen“ zwei Handwerksmeister aus Niederösterreich und Schlesien (einen Färber- und einen Breyermeister), außerdem auch zwei Bettler.⁴⁶ Dominierend sind unter den empfohlenen Personen aber Patienten aus Mähren (dreißig Fälle) und Böhmen (neun Patienten), weiters befinden sich unter ihnen zwei Tiroler (Schneider- und Lederergesellen) und ein Schneidergeselle aus Siebenbürgen.⁴⁷ Unter den Probanden befinden sich auch zehn Patienten mit evangelischer Konfession, die in den Protokollen meistens als „Lutherer“ bezeichnet wurden.

Die folgende Aufstellung in Tabelle 2 präsentiert eine „Diagnosenliste“ der Stichprobe in der Größe von 541 Personen. Aus heutiger Sicht ist es aber notwendig, eher über Symptome zu sprechen, die zur besseren Überschaubarkeit hier zudem verschiedenen Oberkategorien zugeordnet wurden. Im Falle der Brünner Wirkstätte der Barmherzigen Brüder ist innerhalb der Stichprobe die Dominanz von Patienten mit Fieberkrankheiten im Vergleich mit früheren Studien sehr prägnant.⁴⁸ Dieser Wert übersteigt sogar Watzkas Ergebnisse für Graz (150 von 299 Probanden, dh. 50,2 %) und die Analyse für Feldsberg 1630-1660 (157 von 340 Fällen, dh. 49,8 %). Die Untergruppen „kontinuierliches Fieber“ (Febris continua) mit 116 Fällen (21,4 % der Probanden), „viertägiges Fieber“ (Febris quotidiana, Febris 4tana) mit 90 Fällen (16,6 %) und „dreitägiges Fieber“ (Febris 3tana) mit 45 Fällen (8,5%) bilden die große Mehrheit der Vermerke. Es ist aber bemerkenswert, dass die Letalität der Fieberkrankheiten im Brünner Krankenhaus sehr niedrig ist – lediglich 6,7 % (Feldsberg 1630-1660: 16 von 157 Fällen, dh. 10,2 %, Feldsberg 1661-1780: 85 von 1132 Probanden, dh. 7,5 %). Es ist anzumerken, dass Temperaturerhöhung u.ä. oft Begleiterscheinungen einer anderen, ernsteren Erkrankung sind. Ausschließlich Patienten mit der Diagnose „febris maligna“ (tödliches Fieber), die z.B. in der Feldsberger Studie (1631-1780) eine Letalität von 55,6 % (10 Verstorbenen von 18 Aufgenommenen mit dieser Diagnose) aufweist, haben laut den Vermerken des Brünner Krankenhauses eine erhöhte Sterblichkeit in Rahmen der Fiebererkrankungen – konkret 36,4 % (4 Verstorbenen von 11 Aufgenommenen). Weiters ist im Gegensatz zu früheren Studien eine sehr hohe Präsenz von Lungenerkrankungen (7,3 %) auffällig, vergleichbar nur mit der Linzer Analyse für die Jahre 1757-1767 (6,5 %) – andere Studien erwähnen deutlich niedrigere Angaben (1,6 - 2,7 %). Unter den Lungenkrankheiten bilden 15 Patienten, die an Lungensucht (Phthisis) litten, die größte Gruppe. Diese Erkrankung war in der Frühen Neuzeit praktisch unheilbar und zeigt auch hier mit 8 Verstorbenen (53,3 %) die höchste Letalität. Auffällig ist auch ein niedriger Anteil von Patienten mit verschiedenen Verletzungen (3,7 %), der weit unter den für andere Anstalten des Ordens ermittelten Werten liegt.

45 WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus 211; BOGAR, Milosrdní bratři 276.

46 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 123, Position 76v/4 und Bd. 124, Position 75r/3; Bd. 122, Position 31r/7 und 49r/4.

47 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 123, Position 64v/5 und 26r/10; Bd. 124, Position 28v/4.

48 Die Stichprobe für das Feldsberger Krankenhaus von 1661 bis 1780 ergibt 38,6 % Probanden mit Fieberkrankheiten (1132 Fälle von 2982), die Ergebnisse der Gesamtanalyse von Fírlová für das Prager Krankenhaus weisen in dieser Kategorie einen Wert von 40,7 % aus (2849 von 7000 Fällen).

Tabelle 2: Krankheitsbezeichnungen (Stichprobe), Brünn 1748-1780

Zeitgenössische Krankheitsbezeichnung	Aufgen.	%	Mortal.	%	Letal. (%)
Fieberkrankheiten (heißes Fieber, offene heiße Krankheit, Fieber, tägliches Fieber, akute Krankheit, akutes Fieber, kontinuierliches Fieber, eintägiges Fieber, zweitägiges Fieber, dreitägiges Fieber, viertägiges Fieber, Wechsel- fieber)	297	54,9	20	38,5	6,7
Andere innere Krankheiten	144	26,6	24	46,2	16,7
<i>Asthma</i>	6	1,1	2	3,6	33,3
<i>Lungenerkrankungen</i> (Peripneumonia, Pleuritis, Phthisis)	40	7,4	9	17,3	22,5
<i>Herzkrankungen</i> (Defectus pectoris)	1	0,2	-	-	-
<i>Magen- Darm- Krankheiten</i> (Magenschmerzen, Reizmagen, Darmverletzung, Kolik)	37	6,8	1	1,9	2,7
<i>Wassersucht</i>	30	5,6	10	19,3	33,3
<i>Neurologische Erkrankungen</i> (Apoplexie, Destructio ventriculi)	6	1,1	1	1,9	16,7
<i>Gelbsucht</i>	2	0,4	-	-	-
<i>Geschwollen</i> (Anasarca)	2	0,4	-	-	-
<i>Mangelkrankheiten</i> (Kachexie, Anorexie, Skorbut)	7	1,3	-	-	-
<i>Andere</i> (Gicht, Diabetes, Verstopft, Relaxatio Corda, Spermaticus, Renitide, Leberentzündung, Karzinom, Spinoventosa, Hectica, Hypochondria)	17	3,1	2	3,6	11,8
Infektionskrankheiten (Angina, Durchfall, Erysipel, Grippe, Lepra)	19	3,5	3	5,8	15,8
Hautkrankheiten (Geschwüre, Gangrena, Hydrocele, Entzündung, Panaritium, Scabies)	32	5,9	1	1,9	3,1
Bruch (Hernie)	2	0,4	1	1,9	50,0
Verletzung, Prellungen	20	3,7	-	-	-
Krankheiten der Gliedmaßen (Arthritis)	10	1,9	1	1,9	10,0
Krankheiten eines Sinnesorgans (Epiphora, Inflammatio ocularis, Polypus, Timpanitius)	5	0,9	1	1,9	20,0
Nicht zuzuordnen (Aranger, Peiniones, Joteny, Schiorosum, Constipationes aloina, Rezidiv)	6	1,1	-	-	-
Ohne Angabe, respektive unleserlich	2	0,4	-	-	-
Gesamt	541	100	52	100	9,6

Quelle: MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn

Andererseits verzeichnet die Brünnener Stichprobe die höchsten prozentuellen Angaben zu der in der Frühen Neuzeit sehr schwierig heilbaren Wassersucht, und zwar 5,6 % aller Aufgenommenen (30 Fälle von 541), wobei auch hier eine hohe Letalität zu verzeichnen war (33,3 %). Die anzahlmäßig drittgrößte Gruppe von Kranken, jene mit gastrointestinalen Beschwerden (Krankheiten des Magen-Darm-Traktes), ist prozentuell im Vergleich mit den Ergebnissen der Feldsberger Studie circa um eine

Drittel kleiner, dagegen ist das Auftreten der Hautkrankheiten ungefähr gleich häufig. Dagegen fehlen die für das 18. Jahrhundert typischen Geschlechtskrankheiten („*die französische Krankheit*“ u.ä.) zur Gänze. Bei den schweren Infektionskrankheiten ist nur ein Fall von Lepra auszumachen, an welcher ein Bauernknecht aus Mähren litt, der das Krankenhaus jedoch nach nur sechs Tagen Behandlung wieder verlassen hat.⁴⁹ Die anderen ‚Diagnosegruppen‘ sind zu selten vertreten, als dass zu ihnen verlässliche Aussagen möglich wären. Schon allein die Liste der in der Stichprobe vorkommenden Krankheitsbezeichnungen zeugt aber von einem hohen Stand der medizinischen Kenntnisse des Personals im zeitgenössischen Vergleich, welcher eine unverzichtbare Bedingung für die hohe feststellbare Erfolgsquote der Behandlung in den frühneuzeitigen Ordenskrankenhäusern der Barmherzigen Brüder war.

Tabelle 3: Aufenthaltsdauer aller Patienten (Stichprobe), Brünn 1748-1780

Aufenthaltsdauer	Aufgen.	%	Mortalität	%	Letalität in %
bis 2 Wochen (1-14 Tage)	278	51,4	30	57,7	10,8
bis 4 Wochen (15-28 Tage)	157	29,0	7	13,5	4,5
bis 6 Wochen (29-42 Tage)	51	9,4	8	15,4	15,7
bis 8 Wochen (43-56 Tage)	21	3,9	4	7,7	19,1
bis 12 Wochen (57-84 Tage)	19	3,5	2	3,9	10,5
länger als 12 Wochen (85 und mehr Tage)	11	2,0	-	-	-
ohne Angaben, resp. unlesbar	4	0,7	1	1,9	25,0
gesamt	541	100,0	52	100,0	9,6

Quelle: MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn

Zu den ermittelten Aufenthaltsdauern (siehe auch Tabelle 3) ist festzuhalten: Die Patienten in der Stichprobe verbrachten im Brünner Krankenhaus der Barmherzigen Brüder durchschnittlich 21 Tage (wobei das Datum der Aufnahme immer als erster Aufenthaltstag gerechnet wurde). Diese Angabe entspricht exakt den Analyseergebnissen für das Ordenskrankenhaus in Linz,⁵⁰ wobei für Graz (25,3 Tage)⁵¹ und Feldsberg (1630-1660: 35 Tage; 1661-1780: 17 Tage)⁵² deutlich höhere, respektive niedrigere Wert ermittelt wurden. Die Patienten der Stichprobe verbrachten insgesamt 11248 Tage im Brünner Hospital. Am stärksten war die Gruppe mit Aufhalten bis zu 14 Tagen (51,4 % der Stichprobe) vertreten, konkret verweilten die meisten Kranken im Brünner Spital acht Tage (33 Personen, dh. 6,1 %), vier davon lediglich einen Tag (darunter drei Verstorbene). Am längsten wurde ein 35-jähriger Mühljunge evangelischer Konfession aus Sachsen hospitalisiert, der hier mit der Diagnose „*fistula in peronas*“ (Fistel in den Füßen) 272 Tage verbrachte (von 13. November 1779 bis 9. August 1780). Langfristig behandelt wurde auch ein 18jähriger Bauernsohn aus

49 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Band 123, Position 233r/11.

50 WATZKA, Die Barmherzigen Brüder als Träger 99.

51 WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus 240.

52 WATZKA, JELÍNEK, Krankenhäuser in Mitteleuropa 254; JELÍNEK, Klášterní nemocnice 64.

Mähren, der hier zwischen dem 7. September 1770 und dem 7. April 1771 (213 Tage) mit der Diagnose „*gangrena in sede*“ (Gangrän am Gesäß) stationär aufgenommen wurde.⁵³ Außerdem ist es bemerkenswert, dass von den elf langfristig, länger als 12 Wochen Gepflegten keiner verstarb. Von den verstorbenen Patienten wurde im Brünnener Krankenhaus ein 60-jähriger Jäger aus Mähren am längsten betreut, der am 10. Januar 1770 nach 71 Tagen an Schwund (Phthisis) verstarb.⁵⁴ Die Mortalität war in der Kategorie der Aufenthalte bis 14 Tage am Höchsten (57,7 %). Demgegenüber lag die Mortalität in der Patientengruppe mit einer Aufenthaltsdauer von 15 bis zu 28 Tagen schon weitaus niedriger. Diese Tatsache beweist, dass auch das Brünnener Krankenhaus der Barmherzigen Brüder als ein Akutkrankenhaus funktionierte – frühere Analysen für andere Hospitäler des Ordens kamen zu sehr ähnlichen Schlussfolgerungen.

Tabelle 4: Altersstruktur aller Patienten (Stichprobe), Brünn 1748-1780

Alterskategorie	Aufgen.	%	Mortalität	%	Letalität in %
bis 15 Jahre	24	4,4	-	-	-
16-25 Jahre	286	52,9	18	15,4	6,3
26-35 Jahre	135	25,0	17	32,7	12,6
36-45 Jahre	42	7,8	3	5,8	7,1
46-55 Jahre	25	4,6	5	9,6	20,0
56-65 Jahre	16	3,0	3	5,8	18,8
über 66 Jahre	9	1,7	4	7,7	44,4
ohne Angaben, resp. unlesbar	4	0,7	2	3,9	50,0
gesamt	541	100,0	52	100,0	9,6

Quelle: MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn

Die Information über das Patientenalter (siehe Tabelle 4) wurde in den Krankenprotokollen konsequent durch die Standardformulierung gegeben, z.B. „*seines Alters 20 Jahr*“ oder „*alt 20 Jahr*“. Das ermittelte durchschnittliche Alter der Probanden, 27,7 Jahre, ist nur wenig niedriger als jenes der Feldsberger Analyse für die Jahre 1661-1780 (28,7 Jahre). Genauso wie in den anderen, schon analysierten Ordenswerkstätten bilden junge Männer (die Gruppen von 16-25-jährigen und 26-35-jährigen) die absolute Mehrheit aller Aufgenommenen. Obwohl sich die Klientel auch in anderen Krankenhäusern stabil aus der großen Mehrheit dieser jungen Patienten bildete, ist diese Dominanz (über 78 %) gegenüber anderen Analysen sehr auffällig. Offenbar handelt es sich in diesem Fall um ein Abbild einer typischen demographischen Bevölkerungsstruktur im frühneuzeitlichen Europa, das sich zu einem hohen Prozentsatz aus sehr jungen Menschen zusammensetzte.⁵⁵

53 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 123, Position 69v/1.

54 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 123, Position 93v/1.

55 Vgl. Christa PFISTER, Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1500-1800 (München 2007).

Die Brüner Protokolle weisen eine niedrigere Anzahl von Patienten bis zu 15 Jahren auf als die vergleichbaren Feldsberger Krankenbücher, wobei der jüngste Patient in Brünn ein Vierjähriger an Wassersucht leidender Bauernsohn aus Mähren war, der nach 20 Tagen das Krankenhaus wieder gesund verlassen konnte.⁵⁶ Die jüngsten verstorbenen Patienten waren ein 18jähriger Färbergeselle aus Böhmen, der mit der Diagnose Wassersucht schon nach vier Tagen verstarb, und ein gleichaltriger Bettler aus Mähren, der an der gleichen Krankheit nach fünf Betreuungstagen verstarb.⁵⁷ Der älteste Patient in der Stichprobe war ein „armer Mann“ (Bettler) aus Schlesien, der bei der Aufnahme ein unglaublich hohes Alter von 110 Jahren angegeben hatte und hier schon nach sechs Tagen an Apoplexie (Schlaganfall) verstarb.⁵⁸ Am häufigsten wurden Patienten im Alter von 20 Jahren (58, dh. 10,7 %), 24 Jahren (39, dh. 7,2 %) und 22 Jahren (33, dh. 6,1 %) aufgenommen. In den Protokollen des Brüner Krankenhauses bildeten kleinere Kinder bis zehn Jahren eine Ausnahme (nur zwei Aufnahmen – dh. 0,4 %) und damit bestätigen sie eher den Trend aus Graz, wo Kinder bis zu zwölf Jahren überhaupt nicht aufgenommen wurden. Die Feldsberger Analyse für die Jahre 1661-1780 stellt dazu einen klaren Unterschied dar, weil die Kinder bis zu zehn Jahren doch 1,2 % der Aufgenommenen ausmachten. Die höchste Mortalität (44,4 %) hatte erwartungsgemäß die Patientenategorie über 66 Jahre, wobei bei dieser Gruppe interessant ist, dass die Angehörigen der höheren Gesellschaftsschicht (konkret ein Beamter, ein Kaufmann und ein Schlossermeister) überdurchschnittlich vertreten sind. Hinsichtlich der geographischen Herkunft der Patienten (siehe dazu Tabelle 5) entspricht es den Erwartungen, dass die höchste Patientenanzahl (252, dh. 46,6 %) der Stichprobe aus der Markgrafschaft Mähren selbst stammt, diese Gruppe stellte auch die Mehrheit aller Verstorbenen. Von den 37 Aufgenommenen (dh. 6,8 %), die aus der Stadt Brünn und seiner Umgebung bis 10 Kilometer stammten, verstarben im Krankenhaus aber lediglich vier Patienten (dh. 10,8 %). Über die mutmaßlich existente Ambulanz des Brüner Krankenhauses konnten aber bis jetzt keine schriftlichen Unterlagen gefunden werden. Hohe Patientenanteile aus Böhmen und Schlesien dominieren über andere Gruppen und gemeinsam mit der mährischen Klientel bilden sie genauso wie in der Feldsberger Analyse eine klare Mehrheit der Patienten aus den Ländern der Böhmisches Krone (77,4 % der Aufgenommenen). Eine weitere, anhand der Protokolle feststellbare Gruppe von Migranten wird durch einen Anteil von 3 % der Patienten repräsentiert, die aus dem Ungarischen Königreich stammten. Diese fallen außerdem durch einen relativ niedrigen Altersdurchschnitt (22,5 Jahre) auf. Mit der Rücksicht auf die geographische Nähe ist der Patientenanteil aus Ungarn aber eher marginal – dieses Muster wurde zuvor schon in den Analysen zu Feldsberg und Graz deutlich sichtbar. Hinsichtlich der restlichen habsburgischen Ländern stammten die vergleichsweise meisten Patienten aus dem benachbarten Niederösterreich, wobei hier eine Dominanz (73 %) von Angehörigen der niederen Mittelschicht (vor allem Gesellen und Handwerker) auffällig ist. Der relative Anteil von 1,5 % von Kranken (überwiegend Gesellen) aus dem entfernten Tirol fällt für das Brüner Krankenhaus prozentuell deutlich höher aus als für Feldsberg (0,4 %). Die größte Klientel aus den nichthabsburgischen Ländern stammte hier aus Sachsen (9 Personen, dh. 1,7 %), im Unterschied zur Feldsberger Analyse, wo es sich um Personen aus Bayern handelte

56 MZA Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 123, Position 264r/8.

57 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn Bd. 123, Position 204v/8 und 218v/7.

58 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 124, Position 61r/4.

(1,4 %). In zehn weiteren Fällen erfolgte im Protokoll nur der vage Hinweis „vom Reich“ (gemeint ist das Heilige Römische Reich), sodass eine nähere Lokalisation nicht erfolgen konnte.

Tabelle 5: Regionale Herkunft der Patienten (Stichprobe), Brünn 1748-1780

Region	Aufgen.	%	Mortalität	%	Letalität %
<i>Habsburgische Länder im Reich</i>	475	87,8	46	88,5	9,7
Böhmen	131	24,2	10	19,2	7,6
Kärnten	4	0,7	-	-	-
Mähren	252	46,6	28	53,9	11,1
Niederösterreich	30	5,6	4	7,7	13,3
Oberösterreich	7	1,3	2	3,9	28,6
Schlesien	36	6,7	2	3,9	5,4
Steiermark	6	1,1	-	-	-
Tirol	8	1,5	-	-	-
Vorderösterreich	1	0,2	-	-	-
<i>Nicht-habsburgische Länder im Reich</i>	40	7,4	3	5,8	7,5
Bayern	5	0,9	-	-	-
Brandenburg	2	0,4	-	-	-
Elsass	1	0,2	-	-	-
Franken	1	0,2	-	-	-
Glatz	3	0,6	1	1,9	33,0
Pfalz	3	0,6	-	-	-
preußisch Schlesien	1	0,2	-	-	-
Sachsen	9	1,7	-	-	-
Salzburg	2	0,4	1	1,9	50,0
Schwaben	1	0,2	-	-	-
„Reich“ ohne nähere Angaben	11	2,0	1	1,9	9,1
<i>Habsburgische Länder außerhalb des Reiches</i>	17	3,1	-	-	-
Siebenbürgen	1	0,2	-	-	-
Ungarn	16	3,0	-	-	-
<i>Andere Länder</i>	5	0,9	1	1,9	20,0
Italien	2	0,4	1	1,9	50,0
Niederlanden	1	0,2	-	-	-
Polen	1	0,2	-	-	-
ohne Angaben, unlesbar	4	0,7	2	3,9	50,0
gesamt	541	100,0	52	100,0	9,6

Quelle: MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn

Gewisse Veränderungen gegenüber in früheren Studien durchgeführten Analysen für die Ordenskrankenhäuser in Graz und Feldsberg ergaben sich hinsichtlich der Klassifikation der Berufs- und Standesangaben (siehe auch Tabelle 6).⁵⁹ Auf Grundlage revidierter Zuordnungen erscheint die niedere Mittelschicht mit einem Anteil von 54,3 % aller Vermerke des Brünner Krankenhauses als stärkste Gruppe, sie weist aber auch eine überproportionale Sterblichkeit von 55,8 % auf. Innerhalb der Mittelschicht, wie auch in der Stichprobe insgesamt, sind die Gesellen dominierend, die fast ein Drittel aller aufgenommenen Patienten bilden, und eine vergleichsweise niedrige Sterblichkeit aufweisen. Die Mehrheit dieser sehr vielfältigen Gruppe bilden die Schneidergesellen (28 von 164 aufgenommenen Gesellen). Die verschiedenen Handwerker (Handwerksmeister, Handwerker ohne nähere Angabe zum Status, Gesellen, Handwerksknechte, und Lehrlingen) zusammengenommen bilden mit 303 von 541 Aufgenommenen (56 %) die absolute Mehrheit in der Stichprobe. Im Vergleich zu den nur mäßig vertretenen Bauern ist die sehr hohe Anzahl von Bauernknechten überraschend, wobei diese auch eine Gruppe mit relativ hoher Sterblichkeit darstellten. Auch bei den zahlreich vertretenen qualifizierten Bediensteten ist die hohe Letalität auffällig, was von den Ergebnissen früherer Untersuchungen abweicht.⁶⁰ Der Anteil der höchsten Schichten (im Brünner Fall lediglich der höheren Mittelschicht) blieb im Vergleich zu den niederen Schichten durch ihren Anteil von 4,1 % ungefähr gleich gegenüber den Studien zu Feldsberg (1630-1660: 6,7%; 1661-1780: 4,1 %). Es zeigt sich zudem auch hier, dass diese Schicht eine deutlich höhere Letalität als andere, ärmere Bevölkerungsschichten aufweist. Dieser Unterschied ist zwar nicht derartig markant wie in der Feldsberger Studie für die Jahre 1630-1660, aber die Sterblichkeit in dieser Kategorie von Patienten ist in Brünn 1748-1780 doch in etwa zweimal so hoch als bei den ärmeren Schichten.

59 Konkret handelte es sich um die Zuordnung der einzelnen angeführten Berufe zu den höheren Untergruppen, sowie dieser Unterkategorien zu Gesellschaftsschichten. Zu der Untergruppe „*qualifizierte Bedienstete*“ wurden neben Lakaien, auch Köche, Kutscher, Gärtner und Rossknechte (arbeiteten mit einem sehr wertvollen Gut) zugeordnet; dagegen bildeten die Subkategorie „*nichtqualifizierte Bedienstete*“ Boten und Hilfskräfte („*Hauksknechte*“) in Herrenhäusern. Diese Studie versucht zwischen (Bauern-)Knechten und Handwerksknechten zu unterscheiden. Bei den oft vertretenen Handwerksknechten (8,1 % der Aufgenommenen) müsste es sich um angelernte Personen ohne einen Gesellenbrief handeln, die wahrscheinlich nur Hilfsarbeiten ausübten. Laut den Brünner Protokollen kam diese Gruppe nur bei gewissen Berufen vor – konkret handelte es sich um Schuhknechte, Bäckerknechte, Breyknechte, Schmiedknechte und Lederknechte, wobei die Schuhknechte hier eindeutig dominieren (33 von 44 Aufgenommenen). Offenbar handelte sich um sehr mobile Arbeitskräfte, gleich wie bei Gesellen (genannt auch jüngere Gesellen), die laut Zunftverordnungen schon aus dem 16. Jahrhundert verpflichtet waren, von einem bis zu vier Jahren zu wandern, um Erfahrungen zu sammeln. Der Arbeit „nachgegangen“ sind auch ältere Gesellen, manche auch mit Familien (Vgl. Václav HUSA, *Výrobní vztahy v českém plátenictví v 15. a v první polovině 16. století*, Český lid, 44 (1957), Nr. 1, 1-11; Zikmund WINTER, *Český průmysl a obchod v XVI. věku*, Praha 1913). Die Bauern und die Hauer wurden zum Unterschied von früheren Analysen für Graz und Feldsberg (1661-1780) als eine Gruppe, die einen gewissen Grundbesitz besaß (respektive im Stande war eine Pacht zu zahlen) und fähig war, zu „erzeugen und verkaufen“, hier zur niederen Mittelschicht zugeordnet. In die Kategorie „Kinder“ wurden alle Personen, die jünger als 15 Jahre alt waren, zugeordnet, ohne Rücksicht auf die Herkunftsangaben (z.B. Bauernsohn, Schustersohn). Die Zuordnung der Chirurgen (Wundärzte), damals ein Handwerk ohne Universitätsausbildung, und der Offiziere zur niedrigeren, respektive höheren Gesellschaftsschicht wurde genauso wie bei den Studien zum Feldsberger Hospital beibehalten.

60 Im Falle Feldsbergs betrug die Letalität dieser Berufsgruppe für die Jahre 1630-1660 und 1661-1780 jeweils 12,5 %. JELÍNEK, *Klásterní nemocnice*, 68.

Tabelle 6: Schichtzugehörigkeit der Patienten (Stichprobe), Brünn 1748-1780

Klassifikation nach Stand und Schicht	Aufgen.	%	Mortalität	%	Letalität in %
<i>Oberschicht</i> (Adelige)	-	-	-	-	-
<i>Höhere Mittelschicht</i>	22	4,1	4	7,7	18,2
Bauherr	1	0,2	-	-	-
Beamte	2	0,4	1	1,9	50,0
Geistlicher	1	0,2	1	1,9	100,0
Handwerksmeister	8	1,5	1	1,9	12,5
Kaufleute	4	0,7	1	1,9	20,0
Offizier	1	0,2	-	-	-
Schreiber	5	0,9	-	-	-
<i>Niedrige Mittelschicht</i>	294	54,3	29	55,8	9,9
Bauern	12	2,2	1	1,9	8,3
Bergmann	1	0,2	-	-	-
Chirurgen	2	0,4	-	-	-
Fuhrleute	2	0,4	1	1,9	50,0
Gesellen	164	30,3	9	17,3	5,5
sonstige Handwerker	48	8,9	4	7,7	8,3
Hauer	2	0,4	-	-	-
Krämer	1	0,2	-	-	-
qualif. Bedienstete	47	8,7	13	25,0	27,7
Soldaten (aktive)	5	0,9	1	1,9	20,0
Stadtwächter	1	0,2	-	-	-
Studenten	8	1,5	-	-	-
Unteroffizier	1	0,2	-	-	-
<i>Unterschicht</i>	195	36,0	18	34,6	9,2
Arme	22	4,1	6	11,5	27,3
nichtqual. Bedienstete	3	0,6	-	-	-
Häusler	1	0,2	-	-	-
Handwerksknechte	44	8,1	-	-	-
Knechte	74	13,7	11	21,2	14,9
Lehrjungen	39	7,2	-	-	-
Soldaten (entlassene)	2	0,4	-	-	-
Tagwerker	10	1,9	1	1,9	10,0
<i>Kinder</i>	24	4,4	-	-	-
ohne Angaben, unlesbar	6	1,1	1	1,9	16,7
gesamt	541	100,0	52	100,0	9,6

Quelle: MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn

Damit untermauert neben den Feldsberger Studien auch die Brünner Analyse die frühere Hypothese von Watzka, dass das „öffentliche“ Krankenhaus in der Neuzeit für die sozial-ökonomisch besser gestellten Schichten noch zu sehr das Image eines „Armenhauses“ hatte und es aus diesem Grund bei aufgenommenen Kranken aus den besser gestellten Schichten wohl oft zu einem verspäteten Behandlungsbeginn kam.⁶¹ Dieser Annahme entspricht auch eine höhere Aufenthaltsdauer (24,2 Tage statt den durchschnittlichen 20,4) bei der höheren Mittelschicht. Die hohe Letalität der Bettler (in den Krankenbüchern als „*armer Mann*“ bezeichnet) als der ärmsten Kategorie der Bevölkerung entspricht den schon früher beobachteten Mustern und kann wohl durch einen allgemein schlechten Gesundheitszustand der Angehörigen dieser Gruppe erklärt werden. Trotzdem blieb der Anteil dieser Personen, denen (nach den Postulaten der christlichen Tradition) ein besonders hohes Ausmaß der Pflege zukommen sollte, von der gesamten Anzahl der aufgenommen Patienten überraschend niedrig.

Nach der Ordenstradition waren die Barmherzigen Brüder auch hinsichtlich der Aufteilung der Patienten nach Erkrankungen und damit bei der Entstehung der ersten spezialisierten Krankenabteilungen in Hospitälern Pioniere.⁶² Auch diesbezüglich wurde eine quantitative Untersuchung der Krankenprotokolle vorgenommen, indem der Zusammenhang zwischen Diagnosen und vergebenen Bettensnummern betrachtet wurde. Hierbei zeigte sich, dass – jedenfalls im Brünner Krankenhaus des Ordens – noch in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts keineswegs eine systematische Aufteilung der Patienten je nach Krankheitsbild auf bestimmte Bereiche erfolgte. Sogar Patienten mit infektiösen Erkrankungen waren gemeinsam mit anderen untergebracht. Nähere Analysen der Daten brachten weitere interessante Erkenntnisse.⁶³ So weist die Kategorie der Patienten mit (aus heutiger Sicht) neurologischen Erkrankungen ein hohes Durchschnittsalter auf, ebenso jene der Patienten mit Lungenkrankheiten. Bei letzteren war auch die durchschnittliche Behandlungsdauer ungewöhnlich kurz. Der verkürzte Aufenthalt muss aber bei so ernsten Erkrankungen wie Wassersucht nicht eine erfolgreiche Heilung bedeuten, es könnte sich eher um ein Spiegelbild der Unzulänglichkeit der frühneuzeitlichen Medizin gegenüber solchen auch heute schwer heilbaren Krankheiten handeln. Daraus folgt, dass nicht alle Patienten, die das Brünner Krankenhaus als „*gesund entlassen*“ verlassen haben, wirklich geheilt wurden, sondern vielfach wohl nur die Krankheitssymptome gemildert wurden.

Bei den oft vertretenen Hautkrankheiten überrascht ein niedrigeres Patientenalter (23,2 Jahre) bei einer aus heutiger Sicht relativ hohen Betreuungsdauer (49,2 Tage). Eine vergleichende Analyse der Feldsberger Daten⁶⁴ zeigt, dass sich in diesem Fall um eine „örtliche Anomalie“ handelt. Ein ähnliches Bild der relativ langen Aufenthalte bietet auch die Kategorie der Krankheiten von Sinnesorganen, was auch im Widerspruch mit

61 WATZKA, Vom Hospital, 260.

62 Hermenegild STROHMAYER, Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott. Barmherzige Brüder (Regensburg 1978).

63 Weitere Analysen mit genauen Angaben zu Zusammenhängen von Diagnosen, Herkunftsländern, sozialer Sicht und den vergebenen Bettensnummern konnten, ebenso wie eine Liste der in der Stichprobe analysierten Positionen der Krankenprotokollbücher, in diesem Beitrag aus Platzgründen nicht aufgenommen werden. Vgl. hierzu: Jelínek, Klášterní nemocnice v Brně.

64 Die Analyse der Stichprobe für Feldsberg 1661-1780 zeigte, dass 158 Patienten mit Hautkrankheiten ein Durchschnittsalter von 31,1 Jahren bei durchschnittlich 26,2 Aufenthaltstagen aufweisen. Ein ähnliches Bild bietet die Zusatzanalyse der Probe Feldsberg 1630-1660, wo 12 Patienten ein Durchschnittsalter von 27,9 Jahren bei einem Aufenthalt von 29 Tagen hatten.

den Ergebnissen aus früheren Studien steht. Die Kranken, die an Mangelkrankheiten litten, wurden dagegen nur kurz stationär aufgenommen. Der überdurchschnittliche Anteil von Patienten aus Mähren in den Kategorien „Wassersucht“ und Verletzungen unterstützt die Hypothese, dass auch das Brünner Spital der Barmherzigen Brüder vor allem eine Rolle als Akutkrankenhaus für die „heimische“ Bevölkerung erfüllte.

Beschäftigt man sich näher mit der Struktur der verstorbenen Patienten des Brünner Krankenhauses, wird ersichtlich, dass deren Alter im Durchschnitt wesentlich höher war als der Altersdurchschnitt aller Patienten (27,7 Jahre). Es ist zwar notwendig nochmals auf den schon erwähnten 110jährigen Bettler aus Schlesien aufmerksam zu machen, trotzdem bleibt es ein Faktum, dass es sich im Durchschnitt um ältere Patienten handelte. Besonders deutlich ist die Differenz des Durchschnittsalters, stellt man die Gesamtheit der Aufgenommenen einerseits, und die Teilkategorie der Verstorbenen andererseits gegenüber, im Bereich der Fiebererkrankungen; er liegt hier bei 9 Jahren. Weniger deutlich ist die Differenz im Bereich der Lungenerkrankungen, unter den an Wassersucht Leidenden weisen sogar die jüngeren Patienten eine höhere Mortalität auf. Unter den zahlreichen Sterbefällen bei Lungenkrankheiten dominieren Patienten, die nach heutiger Terminologie an Tuberkulose litten. Die damalige Bezeichnung bezieht sich auf die Symptome dieser Erkrankung: Schwund oder Phthisis. Diese Erkrankung war bei weitem keine Krankheit der „Armen“ und betraf praktisch alle Bevölkerungsschichten ohne Altersunterschied – der jüngste Verstorbene an Schwund war ein 19jähriger Mühlgeselle aus Mähren⁶⁵ und der Älteste ein 77jähriger Steinmetzgeselle aus Böhmen.⁶⁶

Laut den Brünner Krankenprotokollen für die Periode 1748-1780 gab es dort, im Unterschied zu den Feldsberger und Grazer Aufzeichnungen, kein „Extrazimmer“, in welchem üblicherweise Personen aus besser gestellten Schichten, aber auch infektiöse oder psychisch Kranke untergebracht wurden. Die folgende Tabelle 7 zeigt aber interessante Beziehungen bezüglich der Sozialstruktur der Patienten auf. So hatten Probanden aus der höheren Mittelschicht gegenüber dem Durchschnitt aller Kranken (27,7 Jahre) einen sehr hohen Altersdurchschnitt von 40,8 Jahren. Die untere Mittelschicht weist dieselbe Aufenthaltsdauer wie die höhere Mittelschicht auf, wobei auch die dominant vertretene Gruppe der Gesellen (55,3 % aller Angehörigen der niedrigen Mittelschicht und 30,3 % aller Probanden) demzufolge einen niedrigen Altersdurchschnitt hatte. Die Gesellen aus Mähren bilden aber in diesem Fall nur einen kleineren Anteil (nur 25 %), während insgesamt die mährischen Patienten 46,6 % aller Probanden stellten. Umso größer ist der prozentuelle Anteil der Gesellen aus Böhmen (30,5 %), wobei die gleich starke Gesellengruppe aus den habsburgischen Ländern aus einer Reihe kleinerer Kontingente aus verschiedensten Ländern gebildet wurde: 14 Personen aus Schlesien, 12 aus Niederösterreich, 7 aus Ungarn, 6 aus der Steiermark, etc. Diese sehr bunte Zusammensetzung der stärksten Gruppe der Stichprobe bestätigt, dass es sich bei den Gesellen wirklich um eine mobile Gruppe der damaligen Gesellschaft handelte. Die zahlenmäßig starke Handwerkergruppe weist, im Gegensatz zu den Gesellen, ein hohes Durchschnittsalter und eine deutlich stärkere Vertretung des „heimischen“ Mähren (39,6 % dieser Gruppe) auf. Dies entspricht der Vorstellung, dass diese Gruppe etwas weniger mobil war und zum Teil die Arbeit in der unmittelbaren Umgebung suchte. Bei den qualifizierten Bediensteten in der Stichprobe überrascht

65 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 122, Position 276v/2.

66 MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 123, Position 220r/1.

(neben einem höheren Altersdurchschnitt) das Vorliegen einer deutlichen Majorität der Kranken aus Mähren.

Tabelle 7: Aufenthaltsdauer und Alter der Aufgenommenen – Mittelwerte nach Schicht und Berufsgruppen (Stichprobe), Brünn 1748-1780

Klassifikation nach Stand und Schicht	Ø Dauer Aufenth.	Ø Alter	Anzahl
<i>Höhere Mittelschicht</i>	24,2	39,6	21
Bauherr	8	28	1
Beamte	70,5	57,5	2
Geistlicher	11	34	1
Handwerksmeister	18,5	47,6	8
Kaufleute	22,5	39	3
Offizier	9	45	1
Schreiber	30,2	26	5
<i>Niedrige Mittelschicht</i>	24,2	33,9	291
Bauern	29,1	37,4	12
Bergmann	7	22	1
Chirurgen	24,5	35	2
Fuhrleute	15	30	2
Gesellen	21,1	25,4	159
Handwerker	20,2	28,3	46
Hauer	12,5	47	2
Krämer	60	39	1
qual. Bediensteter	6	35	1
Soldaten (aktive)	19,2	36,3	47
Stadtwächter	74,6	28,4	5
Studenten	17,8	17,5	12
Unteroffizier	8	59	1
<i>Unterschicht</i>	17,1	31,7	200
Arme	16,2	38,1	21
nichtqual. Bedienstete	14	24,3	44
Häusler	7	42	1
Handwerksknechte	15,9	25,2	56
Knechte	18,9	21,7	62
Lehrjungen	18	22,5	4
Soldaten (entlassene)	27,5	43	2
Tagwerker	19,4	37,3	10
<i>Kinder</i>	33,3	12,4	12
auswertbare Angaben gesamt	22,6	33,9	524

Quelle: MZA, Fond E. 45 Barmherzige Brüder in Brünn

Die untere Sozialschicht unter den Patienten wurde ebenso überwiegend von Mähnern gebildet, diese dominierten besonders in der zahlenmäßig starken Kategorie der (Bauern-) Knechte. Dagegen setzte sich die Gruppe der Handwerksknechte ganz anders zusammen, hier liegt sogar eine absolute Mehrheit von Patienten vor, die weder aus Mähren noch aus Böhmen stammte. Die zahlenmäßig starken Gruppen der ärmsten Bevölkerungsschichten (Arme und Tagwerker) fallen durch ein hohes Durchschnittsalter und eine etwas unterdurchschnittliche Aufenthaltsdauer auf.

Tabelle 8: Aufenthaltsdauer und Alter der Verstorbenen – Mittelwerte nach Schicht und Berufsgruppen (Stichprobe), Brünn 1748-1780

Klassifikation nach Stand und Schicht	Ø Dauer Aufenth.	Ø Alter	Anzahl
<i>Höhere Mittelschicht</i>	24,3	47,3	4
Beamter	23	48	1
Geistlicher	11	34	1
Handwerksmeister	32	78	1
Kaufmann	31	29	1
<i>Niedrige Mittelschicht</i>	14,3	28,8	29
Bauer	15	20	1
Fuhrmann	20	32	1
Gesellen	24,2	30	9
Handwerker	6,3	19,7	4
qualifizierte Bedienstete	19,2	43,8	13
Soldat (aktiver)	1	27	1
<i>Unterschicht</i>	12,7	34,2	18
Arme	11,2	49	6
Knechte	23,1	24,6	9
Lehrjungen	8,5	23	2
Tagwerker	8	40	1
auswertbare Angaben gesamt	16,7	35,6	51

Bei den Verstorbenen der höheren Mittelschicht sind die stark überdurchschnittlichen Parameter bei der Aufenthaltsdauer und der Altersstruktur auffällig. Demgegenüber weisen die verstorbenen Angehörigen der niederen Mittelschicht diese beiden Faktoren unterdurchschnittlich auf. Es ist weiters interessant, dass in der Kategorie der qualifizierten Bediensteten die Verstorbenen durchschnittlich ein besonders hohes Alter erreicht hatten.⁶⁷ Die untere Gesellschaftsschicht ist durch das Ableben eher jüngerer Patienten bei einer kurzen Behandlungsdauer charakterisiert, obwohl auch hier Ausnahmen zu finden sind.

⁶⁷ Der älteste Verstorbene war ein „Bedienter eines Grafen“ aus Glatz, der in Brünn im Alter von 67 Jahren nach 2 Tagen im Juni 1763 an kontinuierlichem Fieber (Febris continua) starb. MZA, Fond E 45 Barmherzige Brüder in Brünn, Bd. 122, Position 283r/1.

Schluss

Der Orden der Barmherzigen Brüder des Johannes von Gott gehörte zu den Pionieren der modernen Krankenpflege und seine Krankenhäuser stellen eine bedeutende Verbindung zwischen den mittelalterlichen „*Hospitälern*“ und den heutigen Krankenhauskomplexen dar. Der Einfluss dieser ursprünglich spanischen Bruderschaft auf die Entwicklung und Organisationsstruktur der Krankenpflege im katholischen Teil Europas war deutlich prägnanter, als es der heutigen Gesellschaft bewusst ist. Ein dichtes Netz der Spitalseinrichtungen mit einem geschulten medizinisch-pflegerischen Personal, dazu die internationalen Ordenskontakte, die den Zugang zu den neuesten Erkenntnissen sicherten, bedeuteten einen Übergang von dem mittelalterlichen „*Horten*“ der Kranken zur modernen Krankenheilung. Eine qualitative und kostenlose Pflege von kranken Männern ohne Berücksichtigung der Konfession und Herkunft bei Einhaltung der hohen medizinischen Standards wurde zu einer Visitenkarte des Ordens.

Das Kloster und Krankenhaus in Brünn, gegründet 1747, sind ein Beweis für die Ordensexpansion in den Habsburgischen Ländern, wobei die Brüner Niederlassung nach dem 1740 gegründeten Proßnitzer Klosterkrankenhaus zu einer zweiten Ordenslokalität in Mähren wurde. Die Art der Finanzierung (durch einen reichen, adeligen Mäzen) und auch der ausgewählte Ort (in der Vorstadt an einer wichtigen Straßenverbindung) entsprechen den Umständen, die schon bei anderen Wirkstätten des Ordens (z.B. Feldsberg, Wien) beobachtet wurden. Der Ausbau des Klosters, der Kirche und auch des Krankenhauses wurde wegen den verschiedensten finanziellen Schwierigkeiten über Jahrzehnte durchgeführt. Heute ist dieses Objekt ein nicht wegzudenkender Teil der Gesundheitsversorgung der mährischen Metropole.

Eine der wichtigsten Erneuerungen des Ordens war die Einführung einer genauen Krankenevidenz – so genannter Krankenprotokolle. Das Brüner Ordenskrankenhaus verfügt über eine fast komplette Reihe protokollarischer Krankentagebücher von 1748 bis zum Jahr 1900, welche in der vorgelegten Studie einer Analyse für den Zeitraum zwischen 1748 und 1780 unterzogen wurden. Im analysierten Zeitraum wurden im Brüner Krankenhaus 10 499 Patienten aufgenommen, davon starben 1 218 Menschen. Die Mortalität in der Höhe von 11,6 % entspricht in etwa der Sterblichkeit in anderen, schon analysierten Krankenhäusern in Prag, Graz, Feldsberg und Linz. Aus der gesamten Summe der Kranken wurde eine Stichprobe in der Größe von 541 Probanden (dh. 5,2 %) gezogen. Die Analyse der einzelnen Krankheitsbilder bewies, dass die Patienten mit den verschiedensten Fiebertypen bei einer sehr niedrigen Letalität dominieren. Der Überhang dieser Erkrankung ist noch deutlicher als in den früheren Analysen. Weiters fiel die hohe Präsenz der Lungenkrankheiten mit einem erhöhten Anteil der Patienten, die an Schwund (Phthisis) litten, auf. Gegenüber anderen Studien wurde auch eine ähnliche Häufigkeit bei den Patienten mit der Diagnose Wassersucht (Hydrops) festgestellt. Andererseits ist das Vorkommen verschiedener Unfälle und Verletzungen sehr niedrig; dies könnte wiederum die Hypothese der Existenz auch einer ambulanten Betreuung in größerem Umfang unterstützen. Die durchschnittliche Betreuungsdauer (21 Tage) kann aus heutiger Sicht als sehr lang empfunden werden, aber erst der Vergleich mit den Daten aus anderen Ordenskrankenhäusern beweist, dass der erhobene Wert den anderen Ergebnissen entspricht. Die Analyse der Probandenaltersstruktur (27,7 Jahre) zeigt, dass die

Dominanz der jungen Männer (die Gruppen der 16-25jährigen und der 26-35jährigen) mit einem Anteil von 78 % gegenüber anderen Analysen hier sehr deutlich war.

Die Herkunftsanalyse der Patienten brachte eine sehr bunte Länderpalette zutage, aber die Überrepräsentation der „*einheimischen*“ Kranken aus Mähren ist im Falle der Brüunner Protokolle deutlich höher als bei den beiden Feldsberger Analysen und nähert sich den Angaben aus Graz (50 % der Patienten aus der Steiermark). Eine weitere große Gruppe bildeten Patienten, die aus Böhmen stammten, wobei eine hohe Anzahl anderer Kleingruppen (mit der Ausnahme Schlesiens und Niederösterreichs) eher sporadisch vertreten ist. Lediglich 37 Kranke waren aus der Stadt Brünn und ihrer Umgebung bis zu zehn Kilometer. Die mährischen Probanden bildeten auch eine absolute Mehrheit aller Verstorbenen der Stichprobe.

Die Zuordnung der Kranken zu verschiedenen Sozialgruppierungen aufgrund der verzeichneten Berufe ist umstritten, darum kam es in diesem Beitrag zu gewissen Verschiebungen. Diese Veränderungen betreffen insbesondere die Kategorisierung der Bauern, Hauer und Rossknechte, respektive die Unterscheidung der Knechte und Handwerksknechte. Die stärkste Gruppe der Brüunner Patienten bildeten laut dieser Studie die Angehörigen der Mittelschicht, wobei hier (sowie in der ganzen Analyse) die Gesellen dominant vertreten sind. Die Gruppe der Gesellen setzte sich überwiegend aus „Nichtmähren“ zusammen. Die Strukturanalyse der Brüunner Klientel für die Jahre 1748-1780 ermöglicht die Schlussfolgerung, dass es sich bei der Mehrheit aller Patienten um Vertreter verschiedener Handwerksberufe handelte: Handwerker, Gesellen, Handwerksmeister, Handwerksknechte und Lehrlinge, die größtenteils aus dem Ausland kamen. Weitere Analysen beweisen, dass in Brünn - in einem gewissen Widerspruch zur diesbezüglichen Ordenstradition - vor 1780 noch keine Stationsabteilungen gebildet wurden. Den Patienten wurden ohne Unterscheidung nach Krankheitsbild oder sozialer Herkunft je nach Bedarf verschiedene Betten zugeteilt. Die Altersstruktur der Verstorbenen war deutlich höher als der gesamte Altersdurchschnitt aller Probanden; die Mehrheit der Patienten stammte aus Mähren.

Die Brüunner Krankenprotokolle sind ein weiterer Mosaikstein des Strukturnetzes der ersten „*modern*en“ Krankenhäuser im frühneuzeitlichen Europa. Diese Protokollführung erfolgte wahrscheinlich vornehmlich aus organisatorischen und rechtlichen Gründen. Die Verzeichnisse ermöglichen aber auch einen sehr genauen Einblick in die Struktur der Klientel des Krankenhauses, und erlauben auch Rückschlüsse auf die damalige medizinische Praxis.

Information zum Autor

Dr. Petr Jelínek, Historiker und Pflegewissenschaftler. Forschungsschwerpunkte: Krankenhaus- und Pflegegeschichte, Geschichte Ostmitteleuropas.

Kontakt: petr.jelinek68@seznam.cz

Marcel Chahrour

Das Totzenbacher „Arznei- und Wendbüchlein“ des Philipp Koller: Ein historisches Dokument der Volksmedizin aus dem zentralen Niederösterreich.

English title

The „*Arznei- und Wendbüchlein*“ of Philipp Koller. A historical document of popular medicine from central Lower Austria.

Summary

During a local history project in the province of Lower Austria, the manuscript of a medical handbook called „*Arznei- und Wendbüchlein*“ was discovered. It contains a total of 89 “home remedies” for a broad variety of diseases. This paper presents a transcription of the manuscript and offers the local historical context for further research.

Keywords

popular medicine, Lower Austria, 18th century, 19th century, Manuscript, Medical handbook

Verortung

Das vorliegende „*Arznei- und Wendbüchlein*“ wurde im Jahr 2011 im Rahmen eines lokalthistorischen Projektes in Kirchstetten/Totzenbach im zentralen Niederösterreich wiederentdeckt. Es handelt sich um kein Original, sondern eine heute über 90 Jahre alte Abschrift eines vermutlich weitaus älteren Textes. Die Abschrift entstammt dem Nachlass des Volksschullehrers und langjährigen Direktors der Volksschule Totzenbach Ferdinand Kortan. Kortan kam im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts an die dortige Volksschule und leitete sie bis zu Beginn der 1920er Jahre.¹ Sein umfangreicher Nachlass enthält diverse Schriften zur Geschichte des Dorfes, aber auch zum Alltagsleben seiner Zeit. Großen Umfang in diesem Nachlass nehmen die teilweise tagebuchartigen, von einer beeindruckenden Sammlerleidenschaft geprägten Dorfchroniken ein, in denen unsystematisch diverse Quellen zu Geschichte und Gesellschaft der damals rund 700 Einwohner zählenden Gemeinde zusammengefasst sind.²

1 Grundlegende Informationen zur Biographie von Ferdinand Kortan bietet die von einem lokalen Verein betreute Website www.totzenbach.at. Mein Dank gilt Herrn Leopold Rollenitz für die Hilfe bei der Auffindung der Abschrift.

2 Der Nachlass befindet sich im Besitz des „*Vereins der Freunde Totzenbachs*“.

Kortans Nachlass war nach seinem Tod 1946 zunächst in Gemeindebesitz und wurde später vom Lokalhistorikerehepaar Ferdinand und Gertrude Landskron aus Totzenbach in einer Reihe von lokalhistorischen Schriften mit literarischem Anspruch verwertet. Teile des „*Arznei- und Wendbüchleins*“ dienten in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts als Grundlage für das von Ferdinand Landskron verfasste Heft „*Von Haltern, Heilkunst und Hexerei*“³, in dem verschiedenste Quellen zu dieser Thematik in Kurzgeschichten umgesetzt wurden.

Kortan selbst geht auf die Auffindung eines „*Arznei- und Wendbüchleins*“ in seinen Aufzeichnungen im Jahr 1944 ein. Im Jahr 1920 sei es ihm nach langem Nachfragen gelungen, dieses Büchlein aus dem Besitz einer im Dorf ansässigen Frau zu erhalten. Die Abschrift ist nach Angaben Kortans texttreu und hat auch die Eigentümlichkeiten der Orthographie des Originals berücksichtigt. Der Vergleich mit anderen Teilen des Nachlasses von Kortan und auch die Transkription selbst lässt diese Feststellung glaubhaft erscheinen.

Das Büchlein wird von Kortan einem im Dorf tätigen Halter⁴ namens Philipp Koller zugeschrieben, der zu Lebzeiten Kortans im Dorf den Ruf einer beinahe „*legendären*“ Figur genoß. „*Wohl von keinem Menschen in unserer Gemeinde sind so viele Schnacksen und Schnurren bis in die Jetztzeit erhalten als vom „Halter-Lipperl“. Es ist schon lange her, daß er lebte. Er war in der „Gnä“ (Gnagg) bei Götzwiesen in der Gemeinde Anzbach geboren und erreichte ein Alter von 78 Jahren. Eigentlich hieß er Philipp Koller, wurde aber gewöhnlich nur „Halter Lipperl“ genannt. Wo er Halter war, das konnte man nicht erfahren. Da aber aus verschiedenen Orten seine Stücklein erzählt werden, so muß angenommen werden, daß er eigentlich nirgends ganz zuhause war, also ein Vagant war, ähnlich dem Till Eulenspiegel, dessen Schelmenstücklein sich im Volke erhalten haben. Lipperl, der angeblich den schwarzen Gottseibeinns, den „Kankerl“ bei sich herumtrug, trieb sich in der ganzen Neulengbacher Gegend herum.[...] Im Jahre 1920 war ich durch öftere Umfrage auf das „Arznei- und Wendbüchlein“ des Halter Lipperls gekommen. [...] Ich hatte das ganze Büchlein mit allen seinen vielen Eigenheiten und Rechtschreibfehlern abgeschrieben und dann der derzeitigen Besitzerin mit Dank zurückgegeben. Es wird wohl noch in der Gemeinde in irgend einer alten Lade zu finden sein, wenn es nicht den Weg in die Altpapiersammlung gefunden hat.*“⁵ Einige der dem „Halter Lipperl“ zugeschriebenen Anekdoten sind am Ende der Transkription als Abschrift aus einem Teil des Nachlasses von Kortan wiedergegeben.

Quellenkritische Anmerkungen

Die tiefergehende Interpretation der Quelle und eine Beantwortung möglicher ethnologischer, sprachwissenschaftlicher und (volks-)medizinhistorischer Forschungsfragen ist nicht Gegenstand dieses Textes, der lediglich den Anspruch stellt, diese dem Verfasser bekannt gewordene Quelle einer breiteren wissenschaftlichen Öffentlichkeit bekannt zu machen.⁶

3 Ferdinand LANDSKRON, *Von Haltern, Heilkunst und Hexerei*. 1692-1740. (Heft 8 der Schriftenreihe des Vereins der Freunde Totzenbachs). o.J. (ohne Jahresangabe – es erschien als Jahresgabe des Vereins 1978)

4 Halter = Hirt.

5 Text von Ferdinand KORTAN aus seinem vom „*Verein der Freunde Totzenbachs*“ aufbewahrten Nachlass, dürfte etwa 1944 entstanden sein.

6 Zur Thematik des Wendens mit Schwerpunkt 20. Jahrhundert geben zahlreiche rezente ethnologische Arbeiten berufenerer KollegInnen interessante Einblicke. Ein ähnliches Wendbüchlein wurde 1962 von Hannelore FIEGL in ihrer Dissertation „*Das Wenden in Niederösterreich. Ein Beitrag zur Volksmedizin*“ (Universität Wien) veröffentlicht.

Einige Anmerkungen mögen dem Leser aber vorab einen Blick auf die mit einem solchen Quellentext „aus zweiter Hand“ verbundenen Interpretations- und Spekulationsmöglichkeiten geben.

Ob dieses Büchlein sich tatsächlich im Besitz Kollers befand, kann aufgrund der vorliegenden Fakten nicht als gesichert gelten. Die Wendsprüche Nr. 7 und Nr. 13 sind mit dem Namen Philipp Koller gezeichnet, ebenso die Arznei Nr. 75. Dies könnte grundsätzlich auch bedeuten, dass nur diese Anleitungen von Koller selbst stammen und das Buch ihm deshalb fälschlicherweise als Ganzes zugeschrieben wurde. Geht man aber davon aus, dass es sich um eine texttreue Wiedergabe handelt, gibt es vor allem einen Hinweis, der stark für eine Verfasserschaft eines „Wenders“ und damit des Philipp Koller spricht. Bei Arzneimittel 36 findet sich die Anmerkung: „*Ich darf nicht mehr wenden, aber andere Leut sagen.*“ Möglicherweise ist diese Anmerkung ein Hinweis auf eine Einschränkung der Tätigkeit des Besitzers als Wender.

Das „*Arznei- und Wendbüchlein*“ enthält 89 Arzneien⁷ und 14 Wendsprüche.⁸ Der Text ist in der Nomenklatur von Krankheitsbildern und Zutaten für Arzneien überaus uneinheitlich⁹, was auf eine über einen längeren Zeitraum entstandene Kompilation für den alltäglichen Gebrauch hindeutet. Der räumliche Bezug des ursprünglichen Verfassers zum zentralen Niederösterreich ist dabei augenfällig: Einzelne Rezepte weisen eine durch niederösterreichische Aussprache gefärbte Schreibung auf¹⁰ auch die gebrauchten Maßeinheiten Seidl und Häferl verweisen auf einen ostösterreichischen Sprachkontext. Dennoch ist die Sprache keineswegs homogen: So verfügen einige Rezepte über ein fortgeschrittenes Vokabular in offenbar korrekter Rechtschreibung¹¹, was darauf hindeutet, dass einige Rezepte aus bestehenden Schriften abgeschrieben wurden. Vor allem am Ende des Textes scheinen dann verstärkt eigene Rezepte ergänzt worden zu sein.¹²

Eine Datierung der im Arzneibüchlein gegebenen Rezepte muss an dieser Stelle unterbleiben und auch eine genaue chronologische Einordnung der Lebenszeit des Philipp Koller – eventuell durch systematische Nachforschung in den lokalen Pfarrchroniken – steht aus. Ferdinand Landskron siedelt den „*Halter Lipperl*“ in seiner literarischen Umsetzung der Thematik im 18. Jahrhundert an. Die im letzten Arzneimittel verwendete Gewichts- bzw. Mengenangabe „*Ducaten*“ hat jedenfalls einen Zeitbezug zum 18. oder frühen 19. Jahrhundert.

Die Grazer Volkskundlerin Elfriede Grabner hat bereits 1975 darauf hingewiesen, dass es sich bei den in ähnlichen Arzneisammlungen zusammengefassten Rezepten meist um Abschriften aus gedruckten Werken handelt, die für den „*Hausgebrauch*“ adaptiert wurden.¹³ Das 400 Seiten umfassende „*Handschriftliche Arzneibuch aus der Oststeiermark*“, das um dieselbe Zeit datieren dürfte, wie das vorliegende Arzneibüchlein bezieht seine Rezepte zum Großteil aus älteren Schriften.

7 Die Nummerierung geht nur bis 88. Eine Zahl ist allerdings zweifach vergeben.

8 Die Trennung zwischen Arzneien und Wendsprüchen ist nicht ganz klar: Auch die Arznei Nr. 14 ist eigentlich ein Wendspruch.

9 So wird beispielsweise Kampfer als Gaffer, Goffer und Gampfer geführt. Auch der mehrmals vorkommende „*Theriak*“ findet sich in verschiedenen Schreibweisen.

10 z.B. Rezept Nr. 78, wo von „*Zwiefel Schöller*“ geschrieben wird.

11 Im Rezept 64 wird z.B. von „*Patienten*“ gesprochen.

12 Maßeinheiten treten z.B. erst ab Rezept 75 auf, wo in „*Loth*“ gemessen wird.

13 Volksmedizinisches Erbe oder übernommene Rezeptbuchweisheit? Bemerkungen zu einem handschriftlichen Arzneibuch aus der Oststeiermark aus der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Österreichische Zeitschrift für Volkskunde (1975). 260f.

Angeführt wird unter anderem der „*Freywillig aufgesprungene Granatapfel des christlichen Samaritans*“. Diese Schrift wurde der Herzogin Eleonora Maria Rosalia von Troppau und Jägerndorf zugeschrieben und erschien um 1600 erstmals in Wien. Nachweisen lässt sich auch das 1701 erschienene „*Der vollständigen Haus- und Landbibliothec erster (und anderer) Theil*“ von Andreas Glorez von Mähren. Auch Grabner verweist auf die in der landläufigen Meinung verbreitete Ansicht, wonach es sich bei den Rezepten um originäre Überlieferungen einer „*Volksmedizin*“ handelt. Auch für das Totzenbacher Arznei- und Wendbüchlein existiert in der Dorfbevölkerung die Überlieferung, wonach es sich um altes Volkswissen handelt, das von einzelnen Personen sogar in eine direkte Verbindung mit den Merseburger Zaubersprüchen gebracht wurde. Für das oststeirische Arzneibuch führt Grabner den Beweis, dass dies kaum der Fall sein dürfte. Da es bei vielen der Rezepte Parallelen gibt, ist auch für das vorliegende Arzneibüchlein nicht anzunehmen, dass es sich um eine Sammlung direkt überlieferter Rezepte handelt, sondern vielmehr um eine für den „*Hausgebrauch*“ adaptierte Zusammenstellung von Rezepten verschiedenster Herkunft

Die Möglichkeit, allfällig verschiedene Handschriften zu unterscheiden, ist aufgrund der vorliegenden Form der Überlieferung nicht gegeben. Immerhin scheinen auch im vorliegenden Arzneibüchlein die oft „*verstümmelten*“ Texte von mehrfachen Abschriften herzurühren.

Anmerkungen zu den Transkriptionen

Die Transkription von Ferdinand Kortan wurde in *Kurrentschrift* in einem linierten Schulheft Format Quart mit blauem Umschlag abgefasst. Das Heft ist mit einem Zwirn gebunden und hat einen durch Abknickung abgegrenzten Korrekturrand von 4 cm, in dem fallweise Ankreuzungen angebracht sind. Das ursprüngliche Heft bestand aus vier Bögen, die zu 16 Seiten zusammengebunden waren. Weitere drei Bögen sind ohne Bindung hinten eingelegt. Insgesamt 23 Seiten sind beschriftet.

In der hier vorgelegten Transkription sind alle augenscheinlich als Anmerkungen des ersten Transkribenten zu erkennenden Textstellen in kursiver Schrift gesetzt, wobei die runden Klammern vom ersten Transkribenten gesetzt wurden. Die Anmerkungen der gegenwärtigen Transkription sind in eckige Klammer gesetzt. Hierzu gehören auch die neu eingefügten Seitennummern, die in der ersten Transkription fehlen. Diese beginnen beim ersten linierten Blatt rechts. Der Zeilenumbruch folgt nur dort dem Original, wo aus dem Schriftbild ein absichtlicher Zeilenwechsel erkennbar war. Wo nicht anders angegeben Vorlage in *Kurrentschrift*; die Orthographie wurde gegenüber der Abschrift nicht verändert. Auch die Abschrift dürfte der Original-Orthographie großteils folgen. Die Ergänzungen einzelner, nicht geläufiger Pflanzennamen in den Fußnoten erfolgten, wo möglich, auf Basis von: Johannes ARENDS, *Volkstümliche Namen der Drogen, Heilkräuter, Arzneimittel und Chemikalien* 16. Aufl. (1971).

Edition des „*Arznei und Wendbüchleins*“

[Umschlagvorderseite] Halter Lipperl's (Philipp Koller) „*Arznei und Wendbüchlein*“
Abgeschrieben Ferien 1920.

[Unterschrift:] Ferdinand Kortan, Totzenbach, 22. 7. 1920

[Umschlagrückseite ist leer]

- [1] 1.) Für den graben Star in Augen ist nichts besser als die Weinrebe von einander schneiden mit dem Saft die Augen schmieren. [Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Grauer Star
- 2.) Für die heitere Brein ist nichts besser als Kuhdrecksaft eingeben. [Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Häutige Bräune
- 3.) Für das Brennen ist gut Leinöl und Euerglor abrürden (*abrühren*) zu einer Salben und schmieren. [Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Brandwunden
- 4.) Saßababrilathee¹⁴ [?] ist gut für den Ausschlag [Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Ausschlag
- 5.) Spermansat [?] Salben¹⁵ ist gut für die Läuß [Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Läuse
- 6.) Gwecksilber und alts Schmer abwiden und die Flagen [?] einschmieren ist gut für die Kretzen. [Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Krätze
- 7.) Rematif ist nichts besser als Kamillen weisen Holler finden und trinken. [Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Rheuma
- 8.) Wenn einer von Schlag die Red verliert oder es sey von was Krankheit es wolle. Nimb guten Theriak und schmier einem den Gaum damit.
[Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Sprachverlust
Die Red wieder zu bringen. Nichts hilft besser, als
[2] ein Liebstöckl-Wurzen auf die Zunge gelegt es bringt die Sprach wiederum.
Wenn einer nicht so dann kann. Nimb Knoblach Safft, vermisch den mit Essig und gib zu trinken, die Sprach kommt wiederum.
- 9.) [schwer lesbar]
- 10.) Für die Gelbsucht ist dieses gut: Nimb das Rindsharm (*Urin*), siede ein rohes Fleisch darinnen, und gibs einem Hund zu essen.
Ein anderes. Gieß den Harm oft in das Feuer
[Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Gelbsucht
- 11.) Für das Abweichen oder laxien [?]. Ist nichts besser als drey Nuß brennen und drey Wermuth Wippfel durch einander stoßen und einnehmen
[Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Abführen
- 12.) Wieder die Colika. [Randnotiz in Lateinischer Schrift:] Kolik.
Lasse rothes Garn in Wasser und Aschen sieden, darauf drücke das Garn aus, und lege es warm auf den Leib. Oder nehme gestossene Hirschhorn ein, Oder lege Knoblauch in Brandwein und trink darvon. Oder nimm eine kleine geschnittene Muskatnuß auf einmal ein.
- [3] 13.) Für die wilde Krankheit. Nimm einen blauen Galizen Stein¹⁶ und thue in einen Zewetschen Brandwein und laß distalirn 48 Stund und mit einer Feder schmiere das böse Art [?]
- 14.) Sobald als du dich geschnitten oder gehauen hast, so sprich: Glückselige Wunde, glückselige Stunde; glückselig ist der Tag, da Jesus Christus geboren ward im Namen Gottes Vatters, des Sohnes, des heiligen Geistes Amen.
- 15.) Für die Geschwülste: 2x (*Kreuzer*), Safrian (*Safran*), 1x Bammy [?] 1x Goffer Glecherbrandwein, Worzersmehl (*Weizenmehl*) Eigleinn (?)

14 Möglicherweise: Sarsaparille = Radix Sarsaparillae.

15 Spermacet = Cetaceum. Salbe: Unguentum leniens.

16 Galizenstein = Zincum Sulfricum

- 16.) Wer das Fieber der Menschen: dörre Schafbamar (*Schafkot*) die man in May sammelt, stoße es zu Pulfer gib in eine Suppen oder Wasser ein.
- 17.) Für schwachen Kopf. Nimm weißen Kümmel in ein Säcklein, lege es auf das Haupt, es hilft gewaltig.
- 18.) Für das Saussen in den Ohr. Nimm bitter Mandelöl, tröpfeln es in die Ohren.
- 19.) Für den verschleimten Magen. Nimm 14 Täg nacheinander Wermuthsalt¹⁷ (?) soviel als man sonst in ein Ey thut. Oder nimm von
[4] Wacholderöl morgens und abends fünf bis sechs Tropfen ein.
- 20.) Den Magen zu stärken. Wermuth in Wein gelegt und davon getrunken. Oder Kerbelnuß geessen. Oder man esse Quitten nach dem Essen, so erwärmen und schließen sie den Magen, daß keine Dämpf in den Kopf steigen.
- 21.) Wieder das Brechen. Nimm eine Schnitte geröst Brot mit Essig oder Wein, bestreue es mit Muscaten, oder auch mit Nägelein.
- 22.) Für den Wurm am Finger. Schmier öfter den Finger mit einer Saugall.
- 23.) Wider Gelb- und Wassersucht. Wermuth in Speis und Trank eingenommen vertreibt die Gall, wie auch die Gelb- und Wassersucht.
- 24.) Für das Rothlauf. Nimm blaues Papier, thue ein wenig Roggenmehl darauf, und lege es über.
- 25.) Für allerley giftiger Thiere Biß oder Stich. Lege alsbald ein Saukot mit Essig gesotten warm über.
- [5] 26.) Eine Wunden zu heilen. Wintergrün [unleserlich] und aufgelegt, heilet die Wunden von innen und außen.
- 27.) Für Blutstillung, so du dich gestochen oder geschnitten hast. Lege alsbald Spinnenweben über, oder kauge die schwarze Rind vom Brot und legs über.
- 28.) Für rinnende Schäden. Brenne faules Holz zu Pulver und streue es darauf.
- 29.) Für die offenen Schäden. Lege Wagenschmier darauf, es hilft. Die Wagenschmier ist auch für andere Schäden zur Zeit der Not eine gute Wundsalbe.
- 30.) Für die contracte Glieder. Diese mit dachsfette geschmieret, ist trefflich gut.
- 31.) Einen verenkten Arm wieder zurecht zu bringen. Aalhaut um den Arm gebunden, tut große Hilf.
- 32.) Für die Hüneraugen. Nimm ein Speckschwärtlein, schneide das Fett davon und lege es öfters über.
- 33.) Für verwundte u. abgehauene Flachsadern und Nerven. Braue Erdwürmer zu Pulver, und mische es mit Hönig, und schmiere diese dieselbige damit.
- [6] 34.) Eine andere ganz gewisse Blutstillung. Wann einem das Bluten nicht stellen will, oder eine Aderwunde ist, so lege den Brief darauf, so stehet das Blut von Stund an, wer es aber nicht glauben will, der schreibt die Buchstaben auf einen Messer, und steche ein unvernünftiges Thier, es wird nicht bluten, und wer dieses bei sich trägt der kann vor allen seinen Feinden bestehen. [Großbuchstaben in Lateinischer Schrift im Original] I.M.I.R.I.B.I.P.A.X.V. St.V.O.S.I.P.Q.unay.Lit
Und wann eine Frau in Kindsnöthen liegt, oder sonst Herzensleid hat, nehme sie den Brief zu ihr, es wird gewiß nicht mißlingen.
Sompper vocissem.
- 35.) Für den Würfall. Mit den rechten Fuß drey mal Kreutz machen aber nicht Amen sagen. Oder Schnecken mit die Häuseln dieren und zu Pulver reiben u. eingeben.
[rechts Einfügung:] Ich darf nicht mehr wenden, aber andere Leute sagen.

17 Kalium carbonicum

- 36.) Für die Fleischblattern in Augen. Von der Mistgabel die ramen abscheren und damit rauken.
- 37.) Für den Lungen-Brand. Schündelmirß (*Schindelmoos*) Hordrisch¹⁸ (*Hederich?*) Schwundkraut und Kalmeß (*Kalmus*)¹⁹ Pulver eingeben.
- [7] 38.) Für den Kälbergrom. Bir [?] Pollas die Füsse damit schmieren.
- 39.) Wenn das Fieh auflast. Stinkende Euer eingeben.
- 40.) Für den weißen Fluß. Eine Breselkreide Anniß Lorbel Ingwer absieden und einnehmen.
- 41.) Wenn die Milch blau ist. Siede Küm (*Kümmel*) in der Milch und Wasser u. gib den Vieh ein.
- 42.) Für das Reumatiss oder Gicht. Gaffer (*Kampfer*) in Brunöhl auflösen lassen und schmieren.
- 43.) Für Geschwülst und Affel ist nichts besser als Elisabeth – diener Kugel²⁰ auf ein Papier darauf schaben und auflegen.

(Fortsetzung auf Seite 13)

[Text wird unterbrochen durch fünf Seiten Wendsprüche]

[8] Das „Wenden“ [Überschrift in Lateinischer Schrift]

1.) Schmerzen nehmen zu einer frieschen Wunden [Überschrift in Lateinischer Schrift]
N.N. Christus hat viele Wunden und Beile (*Beulen*) gehabt, er hat doch keine verbunden, sie gerinnen nicht, und geschwieren nicht, und geben auch kein Euter (*Eiter*) nicht. Jonas war blind, sprach dieses himmlische Kind Christus hat viele gelitten, in seinen heiligen fünf Wunden, daraus nehme ich das Wasser und Blut, und ware für alle Wunde und Schaden gut. Glücklich ist der Mensch, der alle frische Schaden und Wunden heilen kann. Da hielf mir Gott der Vater Gott Sohn Gott heiliger Geist. Deimahl 5 Vater unser beten zu Ehren fünf Wunden Christi.

2.) Ein anderes wenden für die Geschwülste. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

N.N. Christus der Herr ist geboren ohne Geschwulst, Ahel [?] und weh. Das hielf mir Gott der Vatter Gott Sohn Gott heiliger Geist. dreimahl durch Faust sagen.

3.) Ein Kopf wenden für die Weibsbilder. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

Mit einem Zwirnsfaden

[9] N.N. Maria und Anna gingen über grüne Anger, die finden einen Kopf, der war voranden. ? da hilf mir Gott der Vatter Gott der Sohn Gott der heilige Geist.

4.) An anderes Kopf wenden für die Mannsbilder. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

N.N. Christus ging über das Land er find einen Kopf der was vornand. Da hielf mir Gott der Vatter, Gott der Sohn, Gott der heilige Geist.

5.) Ein anderes Brand wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

N.N. Brandweinhaus und ja nicht ein, bist du kalt oder warm so laß du das brennen sein. Gott behirt mir mein Fleisch Morch (*Mark*) und Bein, und alle meine Aderlein, sein sie groß oder klein sollen sie unverletzt und bewahret sein. Da Hilf Gitt der Vatter Gott der Sohn Gott der heilige Geist.

5 Vatter unser beten. Zum Früh am Nacht.

6.) Brichel wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

Voll- oder Neumond. Man muß herauß wenden.

18 Hederich= Herba Hederac

19 Kalmus = Rhizoma Calami

20 Elisabethiner-Kugel = Globuli camphorati

N.N. Jesus Christus Sohn des Lebendigen Gottes hat alles Übel abgewendet, Jesus Christus hat sich von den Linken zu den Rechten gewendet und so wie sich Jesus Christus von den Linken zu den Rechten gewendet hat, so wend ich dich

[10] Du Wildes gesund, daß du verlirest, deinen gang so wie der Beihnalm (*Leichnahm?*) Jesus Christus, am Stamm des heiligen Kreuzes verloren hat, so wahr als die heilige dreyfaltigkeit lebt und schwebt, so hilft Gott der Vatter Gott der Sohn Gott der Heilige Geist.

5 Vatter unser früh auf Nacht.

7.) Das Maden wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

Brennestel der dir den Gragen, das meine Rothe Kuh verliehrt, ihre Moden so wahr als die heilige dreyfaltigkeit lebt u. schwebt, da hilft Gott der Vatter Gott der Sohn Gott der heilige Geist.

[Durchgestrichen] 5 Vatter unser

Philipp Koller

8.) Blut Stielen. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

N.N. Jesus Christus ist in den Garten spazieren gegangen Blutgang halt still, stand wie Jesus Christus am Johrdan halt still stand und Blutgang halt Stillstand wie Jesus Christus am Jordan halt still stand und Blutgang halt stillstand. Da hilft Gott der Vater [drei kreuze] Gott Soh[n] Gott heil. Geist.

3 Vatter unser bis auf Erden.

[11] 9.) Blut Wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

N.N. Jesus christus Sohn des Lebendigen gottes hat alles Übel abgewendet Jesus Christus ist gestorben und stirbt nimmer. Jesus Christus ist sein Blut gerunnen und rinnt nimmer so wahr als die heilige dreyfaltigkeit lebt und schwebt so hilft Gott der Vatter Gott der Sohn Gott der heilige Geist.

10.) Krebsen oder Wurm wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

N.N. Jesus Christus Sohn des Lebendigen Gottes, die Juden haben Jesus Christus getötet und wie die Juden Jesus Christus getötet haben, drum mußst sterben, so töt ich dich, du Krepes daß du mußst sterben, so wie Jesus Christus für uns am Stamme des heiligen Kreuzes gestorben ist, so wahr als die heilige Dreyfaltigkeit lebt und schwebt so hilft Gott der Vatter Gott der Sohn Gott der heilige Geist.

Früh von Sonnenaufgang

Nach Sonnenuntergang

5 Vatter unser.

11.) Für das Rematisch oder Gicht wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]

N.N. Christus ging über das Land kam die Gicht und Kaltvergift zu ihn. Christus sprach Gicht und Kaltvergift wo gehst du hin, zu denjenigen N.N. was willst Du thun. Das Bein zerfressen das Fleisch verschlinken von dem Blut berauben wennst

[12] Du mir nächst verlauben. Nein sprach Christus das kann ich Dir nicht erlauben du bist von nun an abgeschafft geh du hin wo du vorgegangen bist, das gebiet (*gebiete*) ich dir du mein liebeichester Mutter Gottes und durch meinen Vater du bist von nun an abgeschafft, geh du hin wo du hergegangen bist. Da hilf Gott der Vatter Gott der Sohn Gott der heilige Geist.

Dreymahl in der Blasen Haut. Das krank 5 Vater unser, und ders wendet 7 Vater unser und den Glauben zu ehren des bitteren Leiden und Sterben Jesu Christi.

Früh auf Nacht und bey der Nacht um 12 Uhr.

- 12.) Für das Zähnen wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]
 N.N. Christus und Job gingen über das Land. Job trägt an Stob in seiner Hand. Christus sprach. Job warum traust Du so sehr soll ich nicht so sehr trauen die Zähne wollen in meinem Mund verfallen. Christus sprach geh hin zu diesem Brun nim mein Wasser in den Mund und hilf mir Gott Vatter Gott Sohn Gott heiliger Geist.
 Drei Vatter unser. Drey Mahl wenden früh vor Sonnenaufgang Nacht nach Sonnenuntergang.
- 13.) Für die Geschwülste oder Rothlauf wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]
 Gingen dreu heiligen Frauen über das Land
 [13] sie wollten Geschwülst und Krankheit beschauen eine sagt es ist, die zweite sagt ist gewiß die dritte sagt es ist nicht. Der hilf Gott der Vatter Gott der Sohn Gott der heilige Geist. Ein Vatter unser bis auf Erden für diejenigen die in dieser Krankheit gestorben sind.
 Philipp Koller [offenbar im Original eine Unterschrift]
 [14. Spruch offenbar eingefügt; ev. Abschreibfehler]
- 14.) Für das Rothalma wenden. [Überschrift in Lateinischer Schrift]
 Still Blut, steh Blut, was der Reiche den Armen tut, da Holzhacker im Wald, hack Osen und Linten, ist gut für Rothalma und Harmwinden. xxx drey mal [drei Kreuze]
 [Strich]
- 44.) Für das Gicht. Nimm Hasenfett und schmiere dich damit warm. Oder Thue Regenwürm in ein Glas, verbinde es mit einer Leder, setze ab 11 Täg in einen Ameisenhaufen, so wird ein Öl daraus, damit salbe den Nabel.
- 45.) Wieder den tobenden Hund. Biß. Vermisch Hühnerkoth mit Essig und schmiere damit den Biß.
- 46.) Für das kalte Fieber. Laß über Nacht 3 Krebs auf den Kopf gestellt in einem Glas Wein ersaufen, als dann rühre den Wein sammt dem von den Krebsen gelassenen Schleim wohl auf, und trinke es aus, wenn das Fieber kommt oder sobald dich ein Fieber ansethet nimm ein Löffel voll Cardobenedikten-
 [14] pulver in Essig ein und schwitze wohl darauf.
- 47.) Für die Pestilenz. In Pestzeiten soll man früh nüchtern Angelika oder Aland²¹ oder Wacholder Beer essen. Oder täglich früh nüchtern ein Messerspitz voll Theriak²², oder in der Wochen öfters 5 oder 6 Tropfen Schwefel Balsam einnehmen.
- 48.) Wieder böße Luft und Gestank. Wer ein Schnitt Angelika im Munde traget, wird von dergleichen befreiet.
- 49.) Für den Schlag. Esse alle morgens etliche weniges Senfkörnen nüchtern so bist du sich vor dem Schlag.
- 50.) Wenn einer vom Schlag berührt ist, dann bestreiche die Naße und Nacken mit Agatsteinöl²³, und gib ihm zwei Löfel voll gutes Schlag Wasser²⁴ ein. Oder bestreiche ihm die Naße Schläfe und Puls mit Schlagbalsam, reibe ihm auch die Arm und Bein mit warmen Tüchern, so mit Agatstein beräuchert werden.
- 51.) Für das Beinwachs. Ein Eu braten in den Aschen und es auseinander schneiden und das Hälfte auflegen nach Sonnenuntergang u. vor Sonnenaufgang das ganze Euer nehmen u. in die Dachtropfen [?] vergraben gleich nach dem Vollmond.

21 Alant = Radix Enulae, Rhizoma Galangae

22 Theriak = Electualium theriacale

23 Agatstein = Succinum raspatum

24 Schlagwasser = Aqua aromatica

[15] 51.) [Nummer wiederholt sich] Für den Magenkrampf. Wermuth, Kimm²⁵, Salz Brodbresel Weinroth in ein Seidl Wein dünsten und ein Parpir klein abstechen und [Text bricht ab] (*was weiter?*) [Handschriftlicher Vermerk in roter, lateinischer Schrift]

52.) Wieder das Kopf-Wehe. Nimm Haubenwurtzel, zerknirsche sie und lege sie über die Stirn und auf das Genick. Oder netze ein Tüchlein in kaltes Wasser, und lege es über die Stirn.

53.) Für schwachen Kopf. Nimm weißen Kümmel in ein Säcklein, lege es auf das Haupt, es hilft gewaltig.

54.) Für den Schwindel. Bestreuche den Kopf mit Lawendel-Wasser. Oder kae öfters im Mund Kümmel, Coriander oder Cubeben²⁶, und behalte es ein wenig darin.

55.) Für die Pest. Zur Pest-Zeit ist das beste Mittel öfters schwitzen. Man soll auch öfters unter Tags Angelika-Alant- oder Meisterwurtzel²⁷ im Munde kauen, oder Wacholder-Beer essen. Oder man kann alle morgens eine Messerspitze von Theriac einnehmen. Oder in der Wochen öfters 5 bis 6 Tropfen Schwefel-Balsam einnehmen. Oder man soll Knoblauch und Rauten in guten Wein-Essig sieden und zu Morgens und Abends davon trinken; dieses ist gewißlich ein treffliches Mittel wieder die Pestilenz.

[16] 56.) Wieder das Phantasiren in hitzigen Krankheiten. Man soll eine lebendigen Taube zerreißen, und dem Patienten warm auf die Fußsohlen binden. Oder man kann Essig mit Salz mischen, und die, Hände damit inwendig, und die Fuß-Sohlen damit reiben.

57.) Für das Würm am Finger. Mache Ochsen-Gall siedheiß und stecke das Glied darein. Oder stosse Knoblauch, misch es mit Schmer zu Salben, und lege es über. Oder lege, fete Menschen Koth warm über.

58.) Für zitternde Hände. Wasche die Hände öfters mit Salbey-Wasser oder mit deinem eigenen Urin.

59.) Für rinnende Schäden. Brenne faules Holtz zu Pulver u. streue es darauf ? [Fragezeichen im Original]

60.) Wieder das Sausen und Brausen der Ohren. Dieses Übel kommt meistens fer, wenn Ohrenschmalz darin steckt: dafür soll man die Ohren mit einem Ohr-Löfflein ausbutzen. Kommt es aber anderswo fer, so lege hinten auf den Nacken ein Gold-Käferlein. Oder vermische weißen Weihrauch mit süßen Wein, und laß es in die Ohren.

(*Fortsetzung folgt*) [Hier endet das ursprüngliche Quart-Heft, es wurden drei Bogen Quart-Format lose beigelegt, wovon sieben weitere Seiten beschriftet sind.]

[17] 61.) Für die Würmer im Bauch. Nimm Wermuth-Öhl ein, oder schmiere den Bauch damit. Oder siede Knoblauch in Milch u. trink es.

62.) Für die Würmer in Ohren. Thue Wehrmuth-Safft, oder bitter Mandel-Öhl darin, oder auch seinen Speichel. Oder mische den Safft von Zwiebeln mit Hönig, u. thue es darein.

63.) Wider den Bruch oder Leibs-Schaden. Wenn ein Kinder einen Bruch hat, so schmiere es mit Fuchs-Schmalz. So aber ein Knab von 10 oder 12 Jahren einen Bruch hat, dem mache einen Gurt und schmiere ihn mit Luchs-Schmalz. [Augenscheinlich ein L und kein F, daher „Luchs“ zu lesen] Wenn aber ein Mann einen Bruch hat, der

25 Kimm = Fructus Carvi

26 Cubeben = Fructus Cubebae

27 Meisterwurtzel = Radix Carlinae, Rhizoma Imperatoriae

- übrig groß ist, der gürte den Bruch auch hinein u. nehme Sanikel²⁸, koche selben in Wein u. Wasser, und trinke ihn, den Bruch aber soll er mit Fuchsschmalz schmieren.
- 64.) Für den kalten Brand. Siede Salpeter in des Patienten Arm, und schlage es warm über. Oder nimm gefrorne Rüben, schabe sie und schlage es über.
- [18] 65.) Für die Gicht. Schmier dich warm mit Haasen-Fett. Oder schmiere den Nabel mit Regenwurm Öl.
- 66.) Für einen erkalten Magen. Nimm etliche Tröpflein Wacholder-Öhl Morgens in Wein ein. Oder öfters Calmuß oder Wacholder-Beer oder Zimmetrinden²⁹. Oder siede Imber³⁰ und Kümmel in Wein und trinks.
- 67.) Für schwachen Magen. Iss öfters Kerbeluß oder Haber-Brey, oder den sonst gewöhnlichen Rinds-Brey⁽ⁿ⁾. Oder iß Kütten³¹ nach dem Essen.
- 68.) Für einen verschleimten Magen. Nimm 14 Täg nacheinander Wermuth-Salz ein, so vil als man sonst Salz in ein Ey thut.
- 69.) Guten Appetit zum Essen machen. Iß Morgens Calmuß oder Imber. Oder nimm Morgens etliche Pfeffer-Körnlein in warmen Bier, oder Wein ein.
- 70.) Für Verwundung des Magens. Wenn der Magen die Speisen nicht recht verkochet, so brauche dieses Pulver. Nimm Imber, Nägelein³², Engelfüß, Haselwurz, Mustatenblüh, Galgant, weißen Weihrauch, Anis, Fenchel-Samen, Petersill-Samen, Feld-Kümmel, Bibernell-Wurzel,
- [19] Jedes ein halb Loth, und Landel-Zucker 4 Loth, davon nimm alle Morgens und Abends 2 biß 3 Messerspitz voll ein. Dieses Pulver stärkt den Magen ungemeyn. Durchdringet alle Glieder, reiniget das böse Geblüt, hält Lungen und Leber in guter Gesundheit, benimmt die Schmerzen des Koffs, stärkt die Augen, reiniget die Blaßen, lindert die Brust, reiniget das Milz: ist gut für den Husten und Stein, und machet eine gute Farb.
- 71.) Für die Harn Winde. Trinke Baumöl³³ oder frisch gemolkene Geißmilch, oder frisches Brunnenwasser. Oder siede Kümmel in Wein, und leg es warm auf den Nabel.
- 72.) Für die Auszehrung. Einen ungewaschen Butter mit Honig vermischt abpraten und einnehmen.
- 73.) Für die Hüften. Süßwurzeln, Bocksherdeln sieden und trinken.
- 74.) Für die Geschwöre. Lärbams Pech³⁴, Bamel (*Baumöl*) Goffer (*Kampfer*) Wachs Safrian.
- 75.) Für die Magenkrämpfe: 2 Loth Manna, 2 Loth dammarinten³⁵ ½ Loth Rebarbara, 3 er Sänäflöter³⁶, 3 er brebarirden Weinstein
- [20] Derriak am Magen auflegen und einnehmen. Wenn es gut gebraucht wird zu der Mutter Krankheit so hilfts. Dieses muß alles in ein Seidl Zwetzen Suppen Seidel oder Wasser gestossen: Philipp Koller.
- 76.) Für den Wassersucht. Etliche Tropfen Tapatinöhl³⁷ und Grumppolts [?] Öhl³⁸ einnehmen und mit Korpien [?] Öhl schmieren.

28 Sanikel = Herba Saniculae, Herba Dentariae

29 Zimtschinden = Cortex Cinnamomi

30 Imber = Ingwer

31 Kütten = Fructus Cydoniae = Quitten

32 Nägelehen = Flores Cryophylli; Nägeleinkraut = Geum urbanum, oder aber: „Nagerln“ = Nelken.

33 Oleum Olivarium Commune

34 Lärchenpech = Terebinthina veneta sen larinica

35 Tamarinden = Pulpa Tamarindorum

36 Möglicherweise: Senfblätter

- 77.) Für die Gedärmwind. Schniling Stok in der süßen Milch gesotten u. eingeben.
- 78.) Wenn die Kuh ausdrucken thut. Wenn ein Kuh Kälber oder ausdrucken thut. Eine Hand voll Birenrinten von einem Faßel, dorf (?) eine Hand voll Windwachs³⁹ ein Hand voll weisse Zwiefel Schöller dreymal Rauken. Oder eine Walle (?) Kise (??) [Fragezeichen durch den original Transkribenten eingefügt]
- 79.) Für die Löserthöre. Von 9 Eier die Klar 2 Loth Spiesglaspulver, 2 Loth Schwefelblüh 3 Seidl süße Milch alles in ein Häferl vermischt und abgosen.
- 80.) Ein anderes Pulver. Dieses Pulver gehört zum Beyspiel sie haben die wilde Mauken, da verfault der Bauschen [?] und die Lunge und ist alles voller Wasser da braucht man dazu erstlich um 6 er förderweiß um 6er Frauweiß um 6 er Engwapulver um 12 er Kalmus Pulver um 2 Schwöbelstein um 6 er Glasgall dieses muß zusam ein Pfund ausmachen und da gibt man dem gesunden Vieh alle Mahlzeit einen Löffel voll und den Kranken 2 Löffel davon ein.
- 81.) Zur Gicht. Dieses gehört wann das Vieh Holz frißt oder die Gall ausgiest und für die Saukrankheit.
 $\frac{1}{2}$ Viertel (1/4) Schwöbelleber⁴⁰, $\frac{1}{2}$ Viertel Glasgall⁴¹
 $\frac{1}{2}$ Viertel Schreibgreide $\frac{1}{2}$ Viertel Enzian
 Alle Tag ein Kafelöfelvoll
 [Im Original nach rechts eingerückt]
- 82.) Für das Rematis.
 2 Loth der beste Aloy⁴², 1 Quintl preparirten Lerchenschwam
 1 Quilt gestoßene Goldmürhen⁴³, 1 Quintel Zintwerch [?],
 1 Quintl Enzian, $\frac{1}{2}$ Quintl Gampfer,
 1 Quintl Rebarbara, 1 Quintl Angelika,
 1 $\frac{1}{2}$ Quintl Venezianischer Theriak
 8 Loth Zucker Gandl, $\frac{1}{2}$ Loth Tamarinten
 und 1 Quintel Saffrian den besten.
 Diese Stück muß in 3 Seidel Korn Brandwein 14 Täg in einer warmen Herdstad angesetzt werden.
 Ein anderes: Saukoth in der süßen Milche gesotten und auflegen.
- [22] 83.) Für den Magenkrampf. Venezianischer Theriak in einer warmen Suppe nehmen.
- 84.) Für die Lungel [?] Augstall [?]. 3 Loth Glauber [?] Salz⁴⁴ 3 Loth Lerwabare [?]
 Pulver 3 Loth Süßholz Pulver, 3 Loth Leberthran 3 Loth Enzian Pulver
- 85.) Für das Rematische oder Gicht. Ist nicht besser als Wiener Gallgeist 15 bis 25 Tropfen früh u. abends nehmen.
- 86.) Für das Fieber. Oder wenn man in Wasser Pockkläus oder Würmer trinkt. Ist nicht besser als Kimgest und Pferd Staub. Für die Weibsbilder von einer Sturn (*Stutte*). Für die Mannsbilder von einem Polloch. (*Wallach*).

37 Wahrscheinlich: Terpentinöl

38 Möglicherweise: Grünholz

39 Möglicherweise: Windfett

40 Schwefel?; Schwefelleber = Kalium sulfuratum

41 Glasgalle = Fel Vitri

42 Aloe

43 Goldmyrrhe

44 Glaubersalz = Natrium sulfuricum

87.) Für die rothe Ruhr. Gedirrte Schafbemmer mit dem Kaffe brennen und siedeln. Oder Dohndistel in Wasser siedeln und trinken.

88.) Ein Pulver für die bleiche Krankheit. Erstlich nimm guten Land Saffran, zimtrinden Caffirinden das schwarze schabe weg, und Caffir Holz, jedes anderthalb Loth, jedes besonders gestossen dann zusammen vermischt, davon 4 Morgen nacheinander allzeit

[23] Eines halben ducaten schwer in einer Ziessern [?] oder andern ungesalzenen Suppen eingeben, darauf warm zugedeckt und 2 Stund schwitzen lassen oder sonstin [?] gerast, bringt die Zeit wieder.

Raffinierten Zucker oder weißen Candis in einem Wasser ist für alles gut.

Abgeschrieben am 22. Juli 1922.⁴⁵

[Unterschrift:] Ferd. Kortan

Anekdoten rund um den „Halter Lipperl“, zusammengestellt von Ferdinand Kortan⁴⁶

Wohl von keinem Menschen in unserer Gemeinde sind so viele Schnacksen und Schnurren bis in die Jetztzeit erhalten als vom „Halter-Lipperl“. Es ist schon lange her, daß er lebte. Er war in der „Gnã“ (Gnagg) bei Götzwiesen in der Gemeinde Anzbach geboren und erreichte ein Alter von 78 Jahren. Eigentlich hieß er Philipp Koller, wurde aber gewöhnlich nur „Halter Lipperl“ genannt. Wo er Halter war, das konnte man nicht erfahren. Da aber aus verschiedenen Orten seine Stücklein erzählt werden, so muß angenommen werden, daß er eigentlich nirgends ganz zuhause war, also ein Vagant war, ähnlich dem Till Eulenspiegel, dessen schelmenstücklein sich im Volke erhalten haben. Lipperl, der angeblich den schwarzen Gottseibeius, den „Kankerl“ bei sich herumtrug, trieb sich in der ganzen Neulengbacher Gegend herum.

Und so will ich zur Belustigung der gegenwärtigen Generation einige Stücklein, die der Halter-Lipperl vollbrachte, hier anführen. Lipperl war einmal bei einer Hochzeit zugegen, da fing der Musikant Pitzelberger ein Gesellschaftsspiel an. Auch Lipperl mußte sich daran beteiligen. Er hatte aber Pech dabei, denn er mußte den sogenannten „Schandfleck“ wegtragen, deshalb wurde er von allen ausgelacht. Er verbiß seinen Ärger und sagte nur zu Pitzelberger: „Tondl, merk da’s, Tondl“. Darauf ging er in den Stall schlafen. Während der Nacht bekam Pitzelberger am Fuße heftige Schmerzen, so daß er aufsprang und heftig zu schreien begann. Der Hochzeitsgast Burgstall, dem er erbatte, ging daher zu Lipperl in den Stall und fragte ihn, ob er für den Pitzelberger kein Mittel zu Linderung seiner Schmerzen wisse. Als nun Pitzelberger bei ihm erschienen war, sagte Lipperl: „So so, na, Tondl, bist scho da? Setz di a bissl nieder und zieg den Stiefel aus.“ Dann sagte er bald: „Zieh’n jetzt wieda an!“ Pitzelberger tat es und der Fuß war geheilt.

Eine ander Geschichte: Am Kogl hatte eine Magd auf dem Felde den Mist ausgebreitet. Lipperl kam hierzu und hielt sie mit seinem Geschwätz von der Arbeit auf. Sie sagte unwillig zu ihm: „Halt mi ned auf.“ „Zwegn dem wird der Mist doch noch heut ausbreit werd’n könnna“. Lipperl lachte und machte einen Kreuzschnalzer und der ganze Mist lag auf dem Felde ausgebreitet.

Zwei Bauern fuhren einst nach Wien. Da sahen sie den Lipperl unter einem Baume im Schatten ausgestreckt liegen. „Da liegt der Lump, bau’n mar ihm eine ovi“, was der eine

45 Sic. Am Vorblatt ist als Jahreszahl 1920 angegeben.

46 Hier wörtlich wiedergegeben aus dem Nachlass von Ferdinand KORTAN.

auch tat. Danach meinte Lipperl: „*No wart's es nur, ihr werd's net lang fahren!*“ Lachend fuhren die zwei Bauern weiter. Es dauerte jedoch nicht lang, do standen sie munter auf der Straße still, denn alle vier Räder waren zugleich vom Wagen abgerannt.

Aus Weidenruten machte sich Lipperl zwei Pfeiferln und blies dann darauf die erste und die zweite Stimme zugleich.

Einmal hatte sich eine Kuh ein Bein gebrochen. Man hatte daher den Lipperl geholt. Dieser band dann der Kuh den Fuß ein, aber auch den einen Fuß des Melkstuhles band er darauf noch ein. Am nächsten Tag nahm er den Verband des letzteren herab und der Fuß der Kuh war geheilt.

Wenn ein Stier wild geworden war und alles bedrohte, da machte der Lipperl einen Kreuzschnalzer und der Stier kehrte ganz fromm wie ein Lamm zu seiner Herde zurück.

Spottete ein Bauer gar über Lipperls geheime Küste, so gaben dann des Spötters Kühe und Ziegen eine blutige Milch und seine Pferde wurden lahm. Der Bauer mußte dann den beleidigten Lipperl aufsuchen und ihm Geld und Lebensmittel bringen, damit das Vieh wieder gesund werde.

Als einmal ein recht trockener Sommer war und Prozessionen und Bittgänge nichts halfen, da wandte man sich an den Halter-Lipperl. Dieser breitete seinen Rock in der Hütte aus, legte sich darauf und schlief ein. Es begann in Strömen zu regnen. Lipperl schlief acht Tage lang. Als er dann endlich erwachte, da schalten ihn die Leute wegen des Regens tüchtig aus. Er lachte und sagte: „*Hättet ihr mich früher aufgeweckt, so hätte ich den Regen zwar nicht ganz stillen können, aber doch so viel machen können, daß er nicht geschadet hätte.*“

Vom Lipperl erzählt man sich auch, daß, wenn er nicht in seiner Hütte geschlafen hatte, sondern irgendwo bei einem Bauern übernachtete, daß er sich dann in der Stube in die Nähe der Kienleuchte setzte und um Mitternacht sodann schrecklich zu lamentieren begann. Wenn ihn sodann der Bauer fragte, was ihm fehle, sagte Lipperl: „*Heut lass'n's ma wieder gar kaan Ruah.*“ Er meinte mit diesen Worten den leibhaftigen Teufel!

Im Jahre 1920 war ich durch öftere Umfrage auf das „*Arznei- und Wendbüchlein*“ des Halter-Lipperls gekommen. Dasselbe enthält 89 geschriebene Arzneien für verschiedene mögliche und unmögliche Krankheiten und außerdem 14 Nummern von Krankheiten, denen durch das sogenannte „*Wenden*“ beizukommen ist. Der Stil und die Rechtschreibung sind recht originell. Zweimal ist im Texte der Name „*Philipp Koller*“ zu lesen. Ich hatte das ganze Büchlein mit allen seinen vielen Eigenheiten und Rechtschreibfehlern abgeschrieben und dann der derzeitigen Besitzerin mit Dank zurückgegeben. Es wird wohl noch in der Gemeinde in irgend einer alten Lade zu finden sein, wenn es nicht den Weg in die Altpapiersammlung gefunden hat.

Information zum Autor

Marcel Chahrouh, Mag., Dissertant am Institut für die Geschichte der Medizin der Medizinischen Universität Wien. Oberwolsbach 25, 3062 Kirchstetten. Forschungsschwerpunkte: Medizingeschichte 19. Jahrhundert, Geschichte des Nahen Ostens, Bilaterale Wissenschaftsgeschichte zwischen Österreich und dem Osmanischen Reich/Ägypten

Kontakt: marcel.chahrouh@gmx.at

Rezensionen

Hans-Joachim Neumann/Henrik Eberle, War Hitler krank? Ein abschließender Befund. Bergisch Gladbach (Gustav Lübbe) 2010, 317 S.

Rezension von Ulrich van der Heyden

Vier Monate nach Kriegsende erklärte Hitlers Leibarzt Theo Morell seinem Mithäftling Karl Brandt: "Eigentlich ist Hitler nie krank gewesen." Brandt, als Beauftragter für die "Euthanasie"-Mordaktion tief in die Verbrechen des NS-Regimes verstrickt, bezweifelte dies jedoch. Der Leibarzt habe den "Führer" völlig "kaputtgespritzt" und fange nun an, sich zu rechtfertigen, notierte er. Allein Morell trage die Verantwortung dafür, dass Hitler am Ende ein körperliches Wrack gewesen sei.

Das Bild eines hinfalligen und medikamentenabhängigen Psychopathen im Bunker der Reichskanzlei gehört zu den langlebigsten Hitler-Mythen. Die Erklärung scheint einfach: Wer Millionen Menschen umbringen lässt, muss geisteskrank sein.

Hans-Joachim Neumann und Henrik Eberle gehen dieser Frage nach und suchen Antworten nicht zuletzt in dem vollständig erhaltenen, jedoch bislang nicht ausgewerteten Nachlass von Hitlers Leibarzt Morell, in medizinischen Gutachten, pharmakologischen Analysen und Gesprächen mit Zeitzeugen. Sie kommen zu einem ebenso eindeutigen wie abschließenden Befund, der freilich weder spektakulär, noch besonders bedeutend für die Geschichtsschreibung des "Dritten Reiches" insgesamt ist: 1. Hitler litt unter Magen-Darm-Krämpfen; 2. er litt zudem an einem Tremor seines linken Arms und Beins (Parkinsonsche Krankheit); 3. er hatte Bluthochdruck.

Für eine medizinisch objektivierbare Geisteskrankheit Hitlers, so die beiden Autoren, gibt es dagegen keine Anzeichen (S. 290).

Auch mit einer möglichen Homosexualität Hitlers und seinem Sexualleben im Allgemeinen setzen sich die Autoren in dem flüssig geschriebenen, in den allgemeinen Kontext der Zeit vom Ersten Weltkrieg bis zum Mai 1945 hineingestellten, biographischen Abriss auseinander.

Das vorliegende Buch ist seriös und zugleich ein Meisterstück des historiographischen Handwerks. Auch die Kombination von Historiker und Mediziner in der Autorenschaft trägt zum positiven Ergebnis bei. Zudem ist es trotz aller akademischen Ansprüche auch für ein breites Publikum leicht verständlich geschrieben und trotz der bei manchen sicher vorhandenen Skepsis über die Sinnhaftigkeit so eines Werkes, haben seine Resultate doch eine wichtige Bedeutung: Oft genug wurde und wird behauptet, Hitler sei psychisch krank gewesen, womöglich sogar unzurechnungsfähig. Dagegen kommen die Autoren zu folgender Schlussfolgerung: "Hitler wusste immer, was er tat. Ihn beeinträchtigten weder Krankheiten noch Drogen." (S. 291)

Eine richtige und wichtige Feststellung, die die Verantwortung Hitlers für seine Verbrechen umreißt. Welche Verantwortung Andere zu tragen hatten, ist eine andere Frage. Aber solche Verantwortlichkeiten aufzuspüren ist Gegenstand anderer Forschungen und war mit Sicherheit nicht Anliegen dieses Buches.

Brigitte Kepplinger, Irene Leitner (Hg.), Dameron Report. Studien Verlag 2012*

Rezension von Cathrin Hermann

Die Wahl des von Andrea Kammerhofer edierten Dameron Report für den ersten Band der Publikationsreihe des Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim erscheint auf Grund der generell seltenen zeitgeschichtlichen Editionstätigkeit ungewöhnlich. Da jedoch hiermit nicht nur eine der frühesten sondern zugleich auch eine der wichtigsten Quellen zur nationalsozialistischen „Euthanasie“ in der Tötungsanstalt Hartheim vorliegt, stellt dies eine gute Entscheidung dar. Von dem Untersuchungsbericht des War Crime Investigating Teams um Charles H. Dameron war bislang nur eine zwölfseitige Zusammenfassung bekannt gewesen. Mit Brigitte Kepplinger und Irene Leitner haben sich zudem zwei ausgewiesene Expertinnen als Herausgeberinnen des ersten Bandes gefunden. Eingebettet ist die Edition in mehrere Aufsätze, die zur nationalsozialistischen „Euthanasie“, zur Arbeit der direkt nach Ende des Zweiten Weltkriegs mit der Untersuchung betrauten Militärjuristen und zur Person von Charles H. Dameron fundierte Informationen vermitteln.

Brigitte Kepplinger und der 2007 verstorbene Hartmut Reese führen im ersten Aufsatz in die Funktionsweise der nationalsozialistischen „Euthanasie“ an Hand des Beispiels Hartheim ein. In einem historischen Abriss von der Entwicklung der ursprünglichen Pflegeanstalt zur Tötungsanstalt werden die baulichen und personellen Veränderungen behandelt. Hieran schließt sich die Betrachtung der Organisation der Tötungsanstalt mit einem Fokus auf die Personalauswahl und die Handlungsoptionen der Angestellten an. Dabei verweisen die Autorin und der Autor auf die Rekrutierung des Personals der Tötungsanstalt aus der näheren und weiteren Umgebung von Hartheim. In ihren Darlegungen gelingt es ihnen aufzuzeigen, wie durch die Unterteilung von Arbeiten in eine Vielzahl von Einzelhandlungen, den Beteiligten eine Möglichkeit zur Relativierung der eigenen Verantwortung gegeben wurde. In diesem Sinne legen sie ebenso anschaulich die Herausbildung einer Gruppenidentität als Bindeglied zwischen dem Personal dar. Die Frage nach den individuellen Handlungsoptionen führt abschließend zu einer differenzierten, wenn auch knapp umrissenen Betrachtung der Biographien der Angestellten der Tötungsanstalt Hartheim.

In einem Nachruf würdigt Günter Bischof Charles H. Dameron und dessen Arbeit als Jurist in der US-Army. Aus diesen Gründen liegt der Schwerpunkt seiner Ausführungen zum Leben von Dameron auf den vom War Crime Investigating Team No. 6824 im Umkreis von Linz und hier besonders in Hartheim durchgeführten Untersuchungen. Einen unmittelbaren Einblick in die Arbeitsbedingungen der Armeejuristen, welche teilweise als erste Angehörige alliierter Truppen in österreichische Ortschaften

* Vollständige bibliographische Angaben: Brigitte Kepplinger, Irene Leitner (Hg.), Dameron Report. Bericht des War Crimes Investigating Teams No. 6824 der U. S. Army vom 17.7.1945 über die Tötungsanstalt Hartheim. Bearbeitet von Andrea Kammerhofer. Innsbruck, Wien, Bozen (Studien Verlag) 2012 (=Historische Texte des Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim, Bd. 1), 318 Seiten.

kamen, wird durch – ins Deutsche übersetzte – Zitate Damerons gegeben. Dameron selbst bezog sich nach seiner Rückkehr in die USA kaum mehr auf seine Tätigkeiten als Armeejurist, obwohl die Untersuchungen seines Teams im Nürnberger Ärzteprozess und anderen juristischen Aufarbeitungen der nationalsozialistischen Verbrechen eine bedeutende Rolle spielten. Erst 2001 erfuhr Dameron durch die Verleihung des Silbernen Ehrenkreuzes für Kultur und Wissenschaft durch die österreichische Regierung eine offizielle Würdigung. Der sich hieran anschließende Brief Damerons aus Regensburg an seine Eltern, datiert auf Thanksgiving 1945, gibt interessante und unmittelbare Einblicke in die Arbeit Damerons. Ebenso tritt die Situation in den ersten Nachkriegsmonaten in Österreich und Deutschland bildlich hervor.

In ihrer Einleitung zur Quellenedition umspannt Andrea Kammerhofer einen weiten Themenbereich. Neben den Editionsrichtlinien gibt sie einen Überblick über die Quellenlage zur nationalsozialistischen „Euthanasie“ in Hartheim, über die Arbeitsweise des War Crimes Investigating Teams und über die Biografien der nationalsozialistischen Täter in der Tötungsanstalt. Einen besonderen Schwerpunkt legt die Autorin dabei auf die Geschichte der nun edierten vorliegenden Quelle und der juristischen Rahmenbedingungen der Tätigkeit des War Crimes Investigating Teams. Dabei bedingte die Definition des Begriffes Kriegsverbrechen als Verbrechen an Bürgern alliierter Staaten durch die Auslassung deutscher Opfer eine Beschränkung auf die „Aktion 14f13“, welcher vor allem nicht-deutsche KZ-Häftlinge zum Opfer fielen. Die „Aktion T4“, in deren Rahmen deutsche Staatsbürger ermordet wurden, stand ausdrücklich nicht im Fokus von Damerons Ermittlungstätigkeit – wenn auch diese Mordaktion im Rahmen der Untersuchungen des US-amerikanischen Teams sehr gut rekonstruiert werden konnte.

Im Anschluss folgen Kammerhofers Ausführungen zu den Editionsrichtlinien. Bei den edierten Dokumenten handelte es sich neben den Begleitschreiben zum Dameron Report und der schon bekannten Zusammenfassung desselben, vor allem um Zeugenaussagen und deren Übersetzungen, Verhörprotokolle sowie Fotografien. Die Edition an sich wurde buchstabengetreu und unter Beibehaltung der authentischen Schreibweise erstellt, Fehlschreibungen bei Orts- und Personennamen wurden jedoch in eckigen Klammern vermerkt. Bei Vornamen erfolgte nur bei unkenntlichen Falschschreibungen eine Korrektur. Anderweitige Fehler wurden in den Fußnoten ausgezeichnet. Die einzelnen Dokumente versah Kammerhofer jeweils mit einem Kopfrege, was eine gute Orientierung ermöglicht. In ihm wurde der Inhalt des einzelnen Dokuments zusammengefasst und eine genaue Beschreibung des Originals gegeben. Letztere vermerkt exakt spätere Veränderungen oder Vermerke von anderen Händen. Notwendige, über die Quelle hinausgehende Informationen wurden von Kammerhofer ebenfalls in Fußnoten vermerkt. Hier hätte eine besondere Kennzeichnung der inhaltlichen Fußnoten oder deren Trennung von den Fehler korrigierenden Anmerkungen die Übersichtlichkeit erleichtert.

Die Quelle an sich wird durch ein Personenregister erschlossen, welches leider nur auf die einzelnen Dokumente, jedoch nicht auf die konkreten Seiten verweist. In Anbetracht der genau gearbeiteten Edition stellt dies ein deutliches Manko dar. Auch, dass sich das Register nicht auf die Aufsätze und die Einleitung Kammerhofers erstreckt, mindert seine Verwendbarkeit deutlich.

Trotz der genannten Kritik kann dem ersten Band der Publikationsreihe des Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim ein gutes Urteil ausgestellt werden. Neben der genauen Bearbeitung der edierten Quelle ist deren gelungene Kontextualisierung durch die sie begleitenden Aufsätze hervorzuheben.

Vereinsnachrichten – Rückschau 2012

Unter den Aktivitäten des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin in Österreich ist auch für den Rückblick 2012 wieder die alljährlich unter dem Reihentitel „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ veranstaltete wissenschaftliche Tagung hervorzuheben, die diesmal unter dem Motto „Vom alten Heilbad zum modernen Wellnessstempel“ stand, und sich dem Themenkomplex Heilbad – Kur – Wellness widmete.

Die diesjährige Konferenz fand am 27. und 28. April 2012 in dem für das gewählte Thema höchst einschlägigen, südsteirischen Kur- und Badeort Bad Radkersburg statt, und wurde von unserem Verein in Kooperation mit dem Fachbereich Geschichte der Universität Salzburg, dem Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie der Universität Innsbruck, dem Institut für Soziologie der Universität Graz sowie der Stadtgemeinde Bad Radkersburg, dem Museum im Alten Zeughaus und dem Stadtarchiv Bad Radkersburg veranstaltet. Neben den genannten universitären Instituten, die vor allem ihre fachliche und organisatorische Expertise in Gestalt der ‚vereinsinternen‘ Mitglieder des Organisationsteams Alfred Stefan Weiß, Elisabeth Dietrich-Daum und Carlos Watzka beisteuerten, war die Stadtgemeinde Bad Radkersburg mit den genannten, ihr zugehörigen Einrichtungen als Kooperationspartner vor Ort von unschätzbarem Wert, wie sich alle TeilnehmerInnen einig waren, sowohl im Hinblick auf den inhaltlichen Erfolg, wie auch für die höchst angenehme Atmosphäre der Tagung.

Als Präsident des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin möchte ich daher auch an dieser Stelle für die gelungene Zusammenarbeit Herrn Bürgermeister Mag. Josef Sommer herzlich danken. Insbesondere danke ich aber Frau Mag. Beatrix Vreća, der Leiterin des Stadtarchivs Bad Radkersburg, die nicht nur als von der Stadtgemeinde ‚nominiertes‘ Mitglied des Organisationsteams der Tagung zum Gelingen derselben beitrug, sondern deren Initiative wir auch mehrere höchst aufschlussreiche, medizin-historisch einschlägige Punkte des Rahmenprogramms verdanken.

Ähnliches kann über Alfred Weiß gesagt werden, dem vereinsintern die Federführung der Veranstaltungsorganisation oblag, und der diese – in manchen Aspekten nicht immer einfache – Aufgabe mit so großem Engagement, Sorgfältigkeit aber auch Freude ausführte, dass es für viele von uns ‚ansteckend‘ war: Auch ihm sei dafür an dieser Stelle nochmals aufs Herzlichste gedankt!

Was wäre freilich eine Tagung ohne ReferentInnen und DiskutantInnen? Auch in dieser Hinsicht erwies sich die Jahrestagung 2012 als gelungen, indem durchwegs einschlägig relevante, gelungene Beiträge zum Thema präsentiert, und auch ausführlich diskutiert wurden. Da bereits im Sommer dieses Jahres ein eingehender Tagungsbericht, von Elisabeth Lobenwein dankenswerterweise verfasst, auf „H-Soz-u_Kult“ publiziert wurde (<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=4351>), erübrigt es sich freilich, an dieser Stelle auf die einzelnen Beiträge näher einzugehen –

Vielmehr hoffen wir, kommendes Jahr im Virus 12 die schriftlichen Fassungen möglichst vieler der insgesamt 18 Tagungsbeiträge hier in schriftlich ausgearbeiteter Form präsentierten zu können, und danken den ReferentInnen der Tagung jetzt schon für ihre Bereitschaft, sich auch dieser Aufgabe zu unterziehen!

Anlässlich dieser Dankensworte im Rückblick auf die Tagung „Vom alten Heilbad zum modernen Wellnessstempel“ ist aber eine weitere Gruppe von Beteiligten nicht zu vergessen: die Sponsoren. In Zeiten wie diesen keinesfalls selbstverständlich, wurde die Durchführung unserer wissenschaftlichen, nicht unmittelbar finanziellen Mehrwert produzierenden Konferenz – abgesehen von einer in diesem Jahr erstmalig praktizierten, moderaten Kostenbeteiligung der TeilnehmerInnen selbst – erst möglich durch großzügige finanzielle Unterstützungen seitens der Abteilung für Wissenschaft und Forschung des Landes Steiermark, des Rektorats sowie des Fachbereichs Geschichte an der Universität Salzburg, des Dekanats der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Innsbruck sowie, nicht zuletzt, seitens der Stadtgemeinde Radkersburg selbst, die freundlicherweise einen Teil der für die Veranstaltungsdurchführung vor Ort anfallenden Kosten deckte.

Verbunden mit der Jahrestagung fand, ebenfalls bereits traditionellerweise, auch die jährliche Generalversammlung des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin statt, deren wichtigste Inhalte und Beschlüsse hier ebenfalls umrissen werden sollen:

Zunächst berichtete Carlos Watzka als Präsident des Vereins über die Vereinstagung 2011, den aktuell in Produktion befindlichen Band des Virus, die nunmehr ‚runderneuerte‘ Vereinshomepage, sowie den Mitgliederstand des Vereins. Danach gab Andreas Golob als Finanzreferent eine Übersicht zur Finanzgebarung des Vereins im Berichtsjahr. Die Generalversammlung entlastete in der Folge den Vorstand und schritt zur Neuwahl desselben, wobei die personelle Zusammensetzung in diesem Jahr weitgehend unverändert blieb und der bisherige Vorstand in seinen Funktionen bestätigt wurde. Jedoch erfuhr der Vereinsvorstand mit der Kandidatur von Elisabeth Lobenwein für die Funktion einer stellvertretenden Finanzreferentin eine sehr willkommene, erfreuliche Erweiterung, ist es doch das Bestreben des gesamten Vorstandsteams, die aktive Vereinsarbeit auf personell breite Basis zu stellen. Auch die Funktionen der Rechnungsprüfer wurden bei der Generalversammlung neu besetzt.

Als weiterer Tagesordnungspunkt wurde sodann auf Anregung des Vereinspräsidenten eine Revision der Vereinsstatuten besprochen und auch beschlossen, und damit eine bessere Übereinstimmung des organisatorischen Rahmens mit den aktuellen Gegebenheiten des Vereinslebens erreicht. Beschlossen wurde weiters eine Ausweitung des wissenschaftlichen Beirats des Vereins, wobei Sabine Veits-Falk, Salzburg und Elke Hammer-Luza, Graz als neue Mitglieder nominiert und einstimmig gewählt wurden. Weitere Beschlüsse zur künftigen Vereinstätigkeit betrafen kleinere Umgestaltungen der Zeitschrift ‚Virus‘, die sich im vorliegenden Band bereits realisiert finden, die Planung und Gestaltung der Vereinstagungen für die kommenden Jahre, die Zusammensetzung des Herausgeberteams für Band 12 des Virus sowie eine Änderung der Bankverbindung des Vereins aus praktischen Gründen (siehe dazu das Editorial zum vorliegenden Band).

Für den Vereinsvorstand

Carlos Watzka, p.t. Präsident

.....

Verein für Sozialgeschichte der Medizin – Basisinformationen

.....

Vorstand:

Präsident:	Prof. Dr. Carlos Watzka	(Graz-Eichstätt)
Stv. Präsidentin:	Prof. Dr. Elisabeth Dietrich-Daum	(Innsbruck)
Sekretär:	Ass. Prof. Dr. Alfred Stefan Weiß	(Salzburg)
Stv. Sekretärin:	Mag. Dr. Gabriele Dorffner	(Wien)
Stv. Sekretärin:	Mag. Dr. Maria Heidegger	(Innsbruck)
Finanzreferent:	Mag. Dr. Andreas Golob	(Graz)
Stv. Finanzreferent:	Mag. Marcel Chahrouh	(Wien)
Stv. Finanzreferentin:	MMMag. Dr. Elisabeth Lobenwein	(Salzburg)

Wissenschaftlicher Beirat:

Assoz. Prof. PD DDr. Sonia Horn, Ehrenpräsidentin	(Wien)
Prof. Dr. Gerhard Baader	(Berlin)
Prof. Dr. Gunda Barth-Scalmani	(Innsbruck)
Dr. Elke Hammer-Luza, MAS	(Graz)
Prof. Dr. Robert Jütte	(Stuttgart)
Prof. Dr. Christine Marosi	(Wien)
Prof. DDr. Werner Mohl	(Wien)
Prof. Dr. Christina Vanja	(Kassel)
Dr. Sabine Veits-Falk	(Salzburg)
Prof. Dr. Claudia Wiesemann	(Göttingen)

Vereinsziele:

Förderung der Forschung und Vermittlung von Wissen auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit und angrenzenden Thematiken, insbesondere durch:

- Veranstaltung von Tagungen, Ausstellungen, Seminaren und Vorträgen
- Herausgabe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Unterstützung von Publikationsprojekten
- Durchführung von sowie Förderung und Beratung bei einschlägigen Forschungsprojekten
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit ähnlichen Zielen im In- und Ausland
- Etablierung intensiver und produktiver Kooperationen medizinhistorisch Forschender
- Unterstützung von jungen, einschlägig tätigen WissenschaftlerInnen
- Mediale Vermittlung von Informationen zur Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin

Vereinsadresse:

Verein für Sozialgeschichte der Medizin
 Georgstraße 37, 1210 Wien, Österreich
www.sozialgeschichte-medizin.org
 Email: carlos.watzka@uni-graz.at

Vereinskonto:

Verein für Sozialgeschichte der Medizin
 IBAN: AT05 6000 0005 1008 9693, BIC: OPSKATWW

