

Virus

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 1 (1999)

(erschienen im Eigenverlag des Vereins
für Sozialgeschichte der Medizin)

Retrodigitalisat

© Verein für Sozialgeschichte der Medizin, 2010

Vorstand

Präsidentin:
Mag.phil. Dr.med. Sonia Horn
Präsidentin-Stv.:
Dr.phil. Thomas Aigner
Kassier:
Mag.pharm. Gilbert Zinsler
Kassier-Stv.:
Dr.phil. Susanne Medler-Leimer
Schriftführerin:
Hanna Sideris
Schriftführerin-Stv.:
oerud.phil. Philipp Wagner

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr.phil. Birgit Bolognoso-Leuchtenmüller, Wien
Pflege-dir. DKS Maria Jesse, Wien
Prof. Dr.phil. Robert Jütte, Stuttgart
Prof. Dr. rer.nat. Dr.med. Werner Mohl, Wien
Prof. Dr. med. Gerald Weippl, Wien
Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann, Göttingen

VEREIN FÜR SOZIALGESCHICHTE DER MEDIZIN

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

VIRUS – BEITRÄGE ZUR SOZIALGESCHICHTE DER MEDIZIN

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des/der VerfasserIn wieder und stellen nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion dar. Beiträge, Rezensionsexemplare und Bestellungen von Vereinspublikationen werden an die unten stehende Adresse des Vereines für Sozialgeschichte der Medizin erbeten.
Redaktionsschluss für das nächste Heft: 31. März 2000

Herausgeber: Verein für Sozialgeschichte der Medizin, A-1030 Wien, Postfach 30 - Schriftleitung: Mag. Dr. Sonia Horn - Redaktion: Dr. Thomas Aigner - Satz und Layout: Christopher Erben (Text), Mag. Ing. Karl Giesriegl (Umschlag) - Druck: Druckerei Gugler, 3390 Melk.

Gedruckt mit Unterstützung der BANK AUSTRIA

editorial _____ 2

Beiträge

Rainer Woschitz Aspekte aus der Handwerksgeichte der bürgerlichen Bader, Barbieri und Perückenmacher Wiens im Barock _____	6
Klaus Hödl Medizinische Vorurteilsgestaltung und jüdische Identität _____	16
Ulrike Felt und Anne Masseran Frauen im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichem Wissen und Volkswissen _____	21
Gerhart MARCKHGOTT und Philipp WAGNER Arbeitsbericht über die Erhebung von Patientenverlegungen aus der Wiener Heil- und Pflgeanstalt „Am Steinhof“ in die Tötungsanstalt Hartheim _____	28

Was ist ...

Gilbert Zinsler Ein Pflaster – Was ist das? _____	32
Hans Swoboda Arnica montanta L. = Arnika _____	40

Hintergründe

Gabriele Kohlbauer-Fritz „Der schejne Jid. Das Bild des jüdischen Körpers in Mythos und Ritual“ _____	43
Andreas H. Weiglein Mythos Mensch _____	47
Birgit Zaussiger „Mythos Mensch“ und „Körperwelten“ _____	50

Vorstellung

Beatrix Patzak Das Pathologisch anatomische Bundesmuseum _____	52
Ilsemarie Walter Historische Pflegeforschung _____	53

Rezensionen _____	56
Projekte _____	62
Fundgrube _____	72
Mitarbeiter _____	77
Augustin erzählt ... _____	78

Virus ...

Virus (lat. „Gift“) ist ein Mikroorganismus, der seine genetische Information u. a. im Zentrum einer Zelle, in den Zellkern, einbringt. Mit der Zelle vermehrt er sich und breitet sich so aus. Im Verständnis der traditionellen Medizin verursacht „virus“ eine Kochung mit nachfolgender Ausscheidung der „materia peccans“ oder Tod.

Ein „Virus“ kann sich aber auch in Organsystemen verstecken und erst zu einem späteren Zeitpunkt „virulent“ werden, auch ist ihm mit Antibiotika kaum beizukommen, so gefinkelt ist es und so lebenswillig ...

Dem Zeitalter der Gentechnologie entsprechend, wurde „Virus“ durch Beiträge junger WissenschaftlerInnen zusammengebaut und, wie es sich für einen Mikroorganismus gehört, hat es das Ziel, möglichst viele Menschen zu erreichen und zu „infizieren“.

„Virus“ entstand aufgrund der Tatsache, daß Medizingeschichte – vor allem durch die Fragestellung, wie Menschen früherer Zeiten mit Gesundheit und Krankheit umgegangen sind – etwas ist, das viele Menschen interessiert, nicht nur Fachleute. Die Zeitschrift soll also keinesfalls Konkurrenz zu etablierten Fachzeitschriften sein, sondern möchte ein breites, medizinhistorisch interessantes Publikum ansprechen.

Unter „Medizingeschichte“ ist jedoch nicht nur die Geschichte der heutigen Schulmedizin und akademischen Ärzte zu verstehen, sondern die Geschichte der Interaktion von Menschen – „Patienten“ und Heilkundigen – wobei unter „Patienten“ nicht unbedingt „Kranke“ zu verstehen sind, sondern jene Menschen, die „Heilkunde“ erleiden (müssen) – dazu muß ein Mensch aber nicht

unbedingt „krank“ sein. „Medizin“ bzw. „Heilkunde“ beinhaltet demnach also auch Gesundheits- und Krankenpflege, Umgang mit Arzneimitteln, Gesundheitserhaltung und Lebensführung (z. B. Diätetik oder Hygiene).

Wesentlich sind jedoch auch die Strukturen, in denen „Medizin“ stattfindet, etwa das Gesundheitswesen, die Rolle von Kranken in einer Gesellschaft, Erwartungen der Gesellschaft an das Verhalten von gesunden und kranken Menschen uvm. Medizingeschichte setzt sich also mit „elementaren“ Erlebnissen von Menschen auseinander, wie Geburt und Tod, Krankheit und Gesundheit oder aber ganz einfach mit dem menschlichen Körper an sich und dem Umgang damit in früheren Epochen.

Das besonders Interessante an diesem Verständnis von „Medizingeschichte“ ist jedoch, daß die Geschichte der Heilkunde vor dem jeweiligen kulturellen, politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Hintergrund erarbeitet werden kann und prinzipiell mehrere „Beteiligte am heilkundlichen Geschehen“ – also Patienten, Heilkundige, familiäre Umgebung, Obrigkeiten etc. – berücksichtigt werden können.

Da sich am „Forschungsgegenstand“ selbst im Lauf der Zeit eigentlich nichts geändert hat, kann uns die Auseinandersetzung mit dem Umgang mit Gesundheit und Krankheit und allem was dazu gehört das Leben zu „früheren Zeiten und Kulturen“ näher bringen. – Um ein beliebtes Beispiel anzuführen: Wenn sich ein Mensch in den Finger

1 Eine Diskussion der Begriffe „Heilkunde“ und „Medizin“ wäre sicher interessant. „Heilkunde“ scheint mir umfassender, da damit eher das „Gesundheit erlangen“ gemeint ist und sowohl Maßnahmen des „Gesundwerdens“ als auch des „Gesundhaltens“ beinhaltet. „Medizin“ wird üblicherweise mit dem Begriff „Heilkunde“ übersetzt, obwohl unter „Medizin“ eher das „Gesundmachen“ (z.B. mit „Medikamenten“) verstanden wird.

schneidet, blutet die Wunde und schmerzt. Es kann davon ausgegangen werden, daß sich daran mit ziemlicher Sicherheit im Laufe der Jahrhunderte nichts geändert hat. Wie aber damit umgegangen wurde (wird) – ob Unfallchirurgische Ambulanz, BaderIn, ChirurgIn oder NachbarIn zwecks Hilfestellung aufgesucht werden, der Finger amputiert oder verbunden wird, die Verletzung als wohlverdiente Strafe oder Unfall interpretiert wird, ob man vor Schmerz weinen und wehklagen kann oder tapfer sein muß und keinen Laut von sich geben darf – ist von den jeweiligen Gegebenheiten (und hierzu gehört auch das Geschlecht des betroffenen Menschen) abhängig, in denen das Geschehen stattfindet – eine ideale Voraussetzung für verschiedenste Fragestellungen und Herangehensweisen. Hinzu kommt, daß jeder Mensch mit Gesundheit und Krankheit zu tun hatte und hat, so daß bei historischen Untersuchungen sehr bald auf diese Themen zu stoßen ist. Ein Grund mehr, diese Aspekte zu berücksichtigen – eigentlich sollte in keiner Stadtgeschichte das Thema Gesundheitswesen fehlen und in jeder Biographie auch Krankheitsverhalten, Einstellung zum Körper, Beeinflussung des Lebenslaufes durch Gesundheit und Krankheit der betreffenden Person berücksichtigt werden. Daß dies noch nicht umfassend geschehen ist, kann wohl nur darauf beruhen, daß bislang zu wenig Informationen vorhanden waren oder diese Aspekte noch nicht bewußt waren – es dürfte wohl die „Infektion“ mit „Virus“ gefehlt haben, was sich aber hoffentlich bald ändern wird.

Auch „Eindrücke“, die mit dem Körper in Zusammenhang stehen – Schlaf, Sinne, Schmerz etwa, haben ebenfalls eine

Geschichte und wurden zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich interpretiert, was uns Einblick in einen Teil einer „Kultur“ bieten kann – in historische aber auch in heutige.

Bei der Beschäftigung mit der Geschichte der „Heilkunde“ ergeben sich nicht nur „konkrete“ Aspekte (wie etwa Lebensumstände und Arbeitsbedingungen von z. B. Hebammen zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort), sondern auch „allgemeine“ Fragen; was überhaupt unter Krankheit verstanden wurde, welche Personengruppen als „krank“ oder besonders „gesund“ betrachtet wurden (Frauen, Kinder, Männer, Juden, Schwarze, Adelige, Bauern, Städter, Landbewohner...), was mit den Begriffen „Schönheit“ – „Hässlichkeit“, „normal“ – „abnormal“ etc. verbunden wurde. Wesentlich ist auch die Auseinandersetzung mit grundlegenden wirtschaftlichen und politischen Denkweisen, über „Arbeitsfähigkeit“, Kosten und Nutzen des Gesundheitswesens, Sinn und Unsinn eines stark reglementierten oder sehr freien „medizinischen Marktes“, Vorteile und Nachteile „obrigkeitlicher“ (z.B. staatlicher) Maßnahmen, Zugänglichkeit verschiedener Therapieformen für einzelne Bevölkerungsgruppen – Themen also, die sehr aktuell sind. Es handelt sich hierbei aber auch um Fragen, die für vergangene Epochen gestellt werden können und aus deren Analyse aktuelle Entwicklungen erklärt und heute gültige Ansichten – auch wissenschaftliche Betrachtungsweisen – mit den historischen Wurzeln erfasst und hinterfragt werden können.

Sozialgeschichte der Medizin kann also den Gegenwartsbezug herstellen, indem die Tatsache bewußt gemacht wird, daß die derzeitige und zukünftige Heilkunde

in kulturelle, politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Bezüge eingebettet ist. Ebenso kann beobachtet werden, wie Wissenschaft ins „Volk“ getragen wurde, wie Wissenschaft popularisiert wurde.

Bei all diesen Überlegungen um den Nutzen der Auseinandersetzung mit der Geschichte sollte der Aspekt nicht verloren gehen, daß (Medizin)HistorikerInnen einfach auch „Geschichte(n)erzählerInnen“ sind. Wie etwa beantwortet Sie, geschätzte Leserin, geschätzter Leser, die Frage, warum Sie Musik, Literatur, darstellende und angewandte Künste pflegen (aktiv oder passiv) – vielleicht einfach weil es schön ist und interessant, weil es Freude macht? – Weil es zur „Bildung“, zur „Kultur“ dazu gehört? – Dieser Aspekt findet sich auch in der Auseinandersetzung mit der Geschichte und ich denke, daß auch Medizingeschichte mit dieser Absicht betrieben werden kann, indem Ergebnisse fundierter historischer Forschung berichtet werden – allerdings nicht nur für Fachleute, sondern, auf einem entsprechenden Niveau, auch für ein breites Publikum. – Mit diesem Hintergrund ist das Entstehen von „**Virus**“ zu verstehen.

Der Aufbau von „**Virus**“ basiert auf verschiedenen Anforderungen, denn die Zeitschrift zu entsprechen versucht: In der Rubrik „**Beiträge**“ finden sich längere und kürzere Aufsätze zur Sozialgeschichte der Medizin. In der Abteilung „**Was ist ...**“ wird versucht, Fragen zu Inhalten der in der Vergangenheit praktizierten Medizin zu beantworten, etwa welche Rolle „**Arnica**“ in der Heilkunde spielt(e) oder „**Was ist ein Pflaster?**“

Die Rubrik „**Hintergründe**“ gibt KustodInnen von Ausstellungen oder

OrganisatorInnen von Veranstaltungen die Möglichkeit, ihre Gedanken und Ziele zu dokumentieren. In jeder Nummer der Zeitschrift soll weiters eine Einrichtung von besonderer Bedeutung für die Medizingeschichte vorgestellt werden; in dieser Nummer das Pathologisch-Anatomische Bundesmuseum „**narrenturm**“.

Mit diesen Beiträgen möchten wir zukünftigen Generationen von HistorikerInnen die Mühe ersparen, sich zu überlegen, warum denn eine Ausstellung, Tagung oder Einrichtung so gestaltet war, wie sie es war. „**Virus**“ dient also auch der Dokumentation.

Weiters beinhaltet die Zeitschrift Rezensionen und Beschreibungen von laufenden Projekten. Ein besonderes „**Zucker!**“ ist jedoch die Abteilung „**Fundgrube**“, in der Hinweise auf interessante Quellen zur Sozialgeschichte der Medizin zu finden sind, die vielleicht auch Anregungen zu weiteren Untersuchungen bieten.

Den Abschluß aber macht Augustin. Augustin ist geradezu ein Symbol der (österreichischen?) Medizingeschichte – er ist kein „legitimierter“ Heilkundiger, auch kein „Patient“, erleidet aber Folgen von Maßnahmen im Gesundheitswesen. Außerdem hat er – der Überlieferung nach – als Sänger Geschichten erzählt, auch über die Pest in Wien, und ist somit in gewisser Weise auch (Medizin)Historiker – und er hat sich nicht „unterkriegen“ lassen ...

Die Redaktion hat ihn daher gebeten, in seiner Rubrik („**Augustin erzählt ...**“) Beiträge vorzustellen, die der „harten“ historischen Quellenkritik nicht ganz standhalten würden, aber doch interessante Bilder wiedergeben.

„**Virus**“ und der **Verein für Sozialgeschichte der Medizin** sollen Raum

4

5

schaffen, in dem Menschen, die sich mit den genannten Denkweisen identifizieren (infizieren?), Medizingeschichte betreiben, schreiben und lesen können.² Möglicherweise ist die „Durchsuchung“ mit diesen Denksätzen ohnehin nicht ganz so gering, nur fehlte bisher eine Art von „Kristallisationspunkt“. Es ist also sehr wahrscheinlich, daß viele „Infizierte“ der Redaktion noch nicht bekannt sind. Im Sinne einer möglichst breiten „Erfassung“ aller „Infizierter“, möchten wir diese bitten, sich umgehend zu melden. – In weniger „epidemiologischer“ Wortwahl soll das heißen, daß wir interessierte Damen und Herren einladen, sich zu melden, damit ein reger Gedankenaustausch beginnen kann. Beiträge, Projektberichte, „Fund-“

2 Um die Sprache der Epidemiologie zu benutzen: Selbstverständlich ist eine umfassende Durchsuchung der Bevölkerung wünschenswert!

3 In Abwandlung eines „geflogelten Wortes“: Hat es Ihnen nicht gefallen, sagen Sie es bitte uns, hat es Ihnen gefallen, sagen Sie es bitte nicht nur weiter, sondern auch uns. – Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

4 Auch die Unterstützung durch Spenden, von Sponsoren oder fördernden Mitgliedern macht uns sehr große Freude!!!

gative wie positiv³ – über letztere freilich besonders. Wir wünschen also viel Freude beim Lesen des „**Virus**“. Denken Sie aber vielleicht auch daran, uns Freude zu machen, indem Sie das Heft vielleicht auch – am besten als Abonnement – bestellen, denn die Einnahmen dienen der Förderung der Forschung auf diesem Gebiet⁴. Daß das Virus schon etwas um sich gegriffen hat, beweist die große Zahl an Mitarbeitern an diesem Heft, denen ich allen herzlichst für Ihre Beiträge, Rezensionen und anderen Arbeitsleistungen an diesem Heft herzlich danken möchte. In die einzelnen Artikel wurde von der Redaktion nur geringfügig eingegriffen. Der Wortlaut der Beiträge blieb weitgehend unverändert, um auch individuelle Feinheiten im Ausdruck zuzulassen.

Besonderer Dank gebührt Dr. Gabriele Dorffner, Dr. Susanne Miedler-Leimer und Mag. Ing. Karl Giesrigl, die durch ihren außergewöhnlichen Einsatz das rechtzeitige Erscheinen des Hefes ermöglicht haben. Ebenso sei auch den Sponsoren – Bank Austria, Fa. delectaur, Fa. Peithner und Fa. Beiersdorf – gedankt, ohne die das Erscheinen dieser Publikation nicht leicht möglich gewesen wäre.

Mit den besten Wünschen für eine optimale Infektion

Sonia Horn

auch über Kritik – ne-

Das 17. und 18. Jahrhundert brachte für die Gewerbe der bürgerlichen Bader, Barbierere und Perückenmacher verschiedene Änderungen mit sich, v.a. was deren Berufsbild betrifft: Zum einen mußten sich Bader und Barbierere verstärkt der Kontrolle der medizinischen Fakultät fügen (d.h., daß fortan auf die theoretische Ausbildung größerer Wert gelegt wurde), der Einfluß ging soweit, daß es 1773 zum Zusammenschluß der beiden Gewerke kam, zum anderen litten die bürgerlichen Barbierere im 17. und frühen 18. Jahrhundert unter der Konkurrenz ihrer hofbefreiten Kollegen. Diese Aspekte sollen im folgenden beleuchtet werden, und im Anschluß daran folgt ein Versuch, die Tätigkeitsbereiche dieser drei Gewerbe abzugrenzen.

Die Aufnahme des Meisters und die Prüfung bei der medizinischen Fakultät

Der Meisterkandidat bei Barbieren und Badern mußte zunächst, wie üblich, drei Jahre gelernt haben, einen *ehrliehen* Geburtsbrief vorweisen können, eine eigene Arbeitsstätte besitzen und sich als Geselle gebührend verhalten haben. Dann erst wurde er zur Prüfung vor der Medizinischen Fakultät zugelassen:

Zwanzigsten, Ess soll künftig khaier zum Maister befördert oder angenommen werden, Er habe dann drey Jahr continue bey einem Maister gedient, dann sein gebührende Stöle, darauß sein Kunst zu treiben, wie auch sein ordentliche Testimonia, daß er ehrlich geboren,

Rainer Woschitz

Aspekte aus der Handwerksgechichte der bürgerlichen Bader, Barbierere und Perückenmacher Wiens im Barock

seine drey LehrJahr erstreckt, sich in seinem Gesellendienst, wol wie sichs gebürt hatt verhalten, genuegsamb erwießen, hernach soll er erst ainer löblichen Faculet medicorum, von den eltesten Maistern, so auch mit und bey sein sollen, doch daß sy ihme in wenigsten nichts underweissen, zum Examen fürstelen,...

Hatte der Kandidat die Prüfung bestanden, so war er als Meister aufgenommen. Bei den Barbieren war die Incorporationstaxe sehr hoch, so mußten die Stadtbarbiere 50, die Landbarbiere 30 Gulden zahlen.² Das Meistermahl wurde mehr und mehr eingeschränkt, um den jungen Meistern Ausgaben zu ersparen. Auch die Barbierere mußten ab 1773 wie die Bader in der gemeinsamen Zunft einen Vermögensnachweis erbringen, um zum Meister angenommen zu werden.

Es finden sich in den Handwerksordnungen keine Angaben, daß auch Frauen als Meisterinnen

6

BEITRÄGE

7

das Gewerbe ausgeübt hätten. Lediglich Witwen von Meistern konnten den Betrieb ein halbes Jahr lang weiterführen und in dieser Zeit auch Gesellen beschäftigen. Innerhalb dieser Frist sollte sie wieder eine Ehe eingehen, tat sie das nicht, dann wurde bei den Badern die Werkstatt, nachdem sie zuvor vom Senior des Handwerks geschätzt worden war, zum Verkauf angeboten. Nach einer Ausschreibung von sechs Wochen wurde die Werkstatt dann an den Meistbietenden verkauft.³ Wollte die Witwe die Werkstatt aber weiterführen, ohne eine neuerliche Ehe einzugehen, war auch diese Möglichkeit gegeben. Es wurde ihr dann ein sogenannter *Provisor* beigelegt, der die Werkstatt für sie führen sollte. Ein Provisor war ein geprüfter Handwerker, dessen Examen aber ein eingeschränktes war, und deshalb verfiel, wenn er den Dienst bei der Witwe quittierte.⁴ Häufig heirateten die Witwen den Provisor, auf diese Weise konnten demnach Gesellen in der Hierarchie aufsteigen.⁵

3 vgl. Privilegsbestätigung für die bürgerlichen Bader durch Maria Theresia, Wien, 5. August 1752, Artikel 21.
4 vgl. ebenda, Artikel 23.
5 vgl. A. KLOSE, Die wirtschaftliche Lage der bürgerlichen Gewerbe in Wien von 1749-1775. Diss. (Wien 1957) S. 263.

6 vgl. ebenda, S. 42.
7 vgl. Christl STEINER, Die Bader und Barbierere (Wundärzte) in Wien zur Zeit Maria Theresias (1740-80). Diss. (Wien 1967) 79-81.

8 vgl. Leopold SENFELDER, Öffentliche Gesundheitspflege und Heilkunde. In: Geschichte der Stadt Wien, Bd. VI, hrsg. v. Altertumsverein Wien (Wien 1918) 239f. Laut Senfelder mußten die Prüfungskandidaten neben dem üblichen Nachweis der erlichen Geburt und der absolvierten Lehr- und Gesellenjahre seit 1615 einen Beichtzettel vorlegen, um zur Prüfung zugelassen zu werden. vgl. ebenda, 239.

Das Examen bei der Medizinischen Fakultät

Wie schon eingangs erwähnt, wurde im Laufe des 18. Jahrhunderts verstärkt Betonung auf die theoretische Ausbildung der Bader und Barbierere gelegt. Die Gesellen sollten Kurse besuchen und dazu

von ihren Meistern angehalten werden. Daß dem nicht immer so war, zeigt eine an die Meister gerichtete Ermahnung bei den Barbieren, daß ihre Gesellen den Kursen häufig fernblieben und bei den Prüfungen nur schwache Ergebnisse erzielten.⁶

Die Medizinische Fakultät entschied darüber, ob ein Kandidat zum Handwerk zugelassen wurde oder nicht. Die Prüfung war bei den Badern seit 1548, bei den Barbieren seit 1517, vorgeschrieben und in einen praktischen und einen theoretischen Teil untergliedert. Der praktische Teil bestand bis 1749 in der Zubereitung eines Pflasters und einer Salbe. Nach 1749 mußten die Kandidaten Bandagen anlegen. Seit 1700 war es den Ältesten des Gremiums erlaubt, an der Prüfung aktiv teilzunehmen.⁷

Eine enorme Belastung für die Prüfungskandidaten bedeutete die ständig steigende Prüfungstaxe. Dazu kamen noch die Kosten für Jausen in den Pausen und für das Meistermahl; Kosten die, wie in der Generalhandwerksordnung von 1732 vermerkt, gering gehalten werden sollten. Senfelder listet die Prüfungstaxen des 17. und 18. Jahrhunderts auf: 1621 sechs Gulden; 1634 12 Gulden; 1716 40 Gulden, wobei der Dekan neun Gulden, jeder der vier Prüfer vier Gulden und 30 Kreuzer, die Fakultät drei Gulden, der Pedell für das Schreiben des Diploms sechs Gulden bekam und zusätzlich für das Siegel vier Gulden zu erlegen waren.⁸ 1749 wurden die Prüfungskosten auf 59 Gulden und 12 Kreuzer fixiert. Bei armen Kandidaten konnte die Taxe halbiert werden, oder die Prüfung sogar gratis abgenommen werden. Bestand der Kandidat die Prüfung nicht, dann konnte er diese wiederholen, jedoch nicht beliebig oft. So konnten die Prüfer bei zweimaligem

Nichtbestehen der Prüfung Kandidaten für immer zurückstellen. Wurde ein Kandidat aber zu einer weiteren Prüfung zugelassen, dann mußte er nur über den Teil Prüfung ablegen, welchen er bei der ersten Prüfung nicht bestanden hatte. Die Prüfungstaxe mußte nur einmal erlegt werden. Es erscheint wichtig, darauf hinzuweisen, daß man mit einer bestandenen Prüfung nicht das Recht auf freie Berufsausübung erhielt, wenn wir in Erinnerung rufen, daß es sich hier um Gewerbe mit beschränkter Mitgliederzahl handelte.⁹ Chirurgen konnten auch promovieren, was jedoch selten geschah. Sie erhielten dann zwar den Doktorhut, durften ihn aber nicht tragen. Als Voraussetzung zur Prüfung galt in diesem Fall eine zehnjährige Praxiserfahrung. Der Kandidat bekam drei Fragen vorgelegt und hatte 24 Stunden Zeit, um die Antworten auszuarbeiten, welche er dann vor dem Dekan und zwölf Ärzten darzulegen hatte. Die Prüfungstaxe betrug 32 Krennitzer Dukaten und mit vierzehn Taler konnte der Kandidat das Meistermahl ablösen.¹⁰ Es ist wichtig, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß die Medizinische Fakultät nicht nur für die Prüfung der Handwerker zuständig war, sondern auch als zuständige Gerichtsstanz galt. Konflikte, die nicht beim Handwerk gelöst werden konnten, sollten entweder an die Fakultät oder an den Stadtrat weiterdelegiert werden. In erster Linie sollten *Kunstfragen*, d.h. Fragen, die die Ausübung des Handwerks betrafen, vor der Fakultät behandelt werden. Hierbei handelte es sich um Fälle von, modern formuliert, *Kunstfehlern*, d.h. mangelhafte oder schlechte Behandlung von Patienten. Weiters ging es um die Abgrenzung der Kompetenzen der beiden Gewerbe, so durften

die Bader und Barbieri z.B. keine inneren Kuren vornehmen, dieser Aufgabenbereich war den promovierten Doktoren vorbehalten. Ehrenbeleidigungen und Strafeinfordernungen waren zwar weitere Gründe um die Gerichtsbarkeit der Fakultät in Anspruch zu nehmen.¹¹

Die Vereinigung der beiden Gremien 1773

Bereits 1755 war eine Vereinigung der beiden Gewerbe der Bader und Barbieri von offizieller Seite erwogen worden, im Zusammenhang mit der Einsetzung der Gesundheitskommissare. Sowohl die Bader als auch die Barbieri hatten sich damals vergeblich gegen die Einsetzung der Gesundheitskommissare gewehrt. Im Paragraph 14 des Nachtragspatents zum Sanitätsnormativ wurde nun die Vereinigung der beiden Gremien festgelegt.¹²

Die Unterschiede zwischen den beiden Gremien waren gering und im August 1773 verfaßte man gemeinsam ein acht-Punkte-Programm zur Vereinigung. Demnach sollte die Vereinigung bei der darauffolgenden Zusammenkunft im September desselben Jahres stattfinden. Die sechs gegenwärtig ältesten Meister sollten auf Lebenszeit als Vorsteher agieren, danach sollte die Wahl der Vorsteher freigegeben sein. Auf diese Weise sollte verhindert werden, daß eine der beiden Gruppen anfangs übermäßig großen Einfluß im gemeinsamen Gremium bekam. Die beiden Kassen sollten verein-

9 vgl. Christl STEINER, Die Bader und Barbieri (Wundärzte) in Wien zur Zeit Maria Theresias (1740-80) Diss. (Wien 1967) 81-85.

10 vgl. Leopold SENFELDER, Öffentliche Gesundheitspflege und Heilkunde. In: Geschichte der Stadt Wien, Bd. VI, hrsg. v. Altertumsverein Wien (Wien 1918) 240.

11 vgl. Christl STEINER, Die Bader und Barbieri (Wundärzte) in Wien zur Zeit Maria Theresias (1740-80) Diss. (Wien 1967) 87f.

12 vgl. Erna LESKY, Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufklärerischen Absolutismus (= Archiv für Österreichische Geschichte, Bd. 122, Heft 1. Wien 1959) 87.

nigt werden, die Witwenversorgung bei den Barbieren und die Incorporationstaxe bei den Badern (die entscheidend niedriger war als bei den Barbieren), ebenso wie die vierteljährliche Quartalsauflage der Bader, beibehalten werden. Die Gesellenkassa der Barbieri sollte dem Mittel übergeben werden und das Mittel sollte in Hinkunft die Versorgung der kranken Gesellen übernehmen. Letztendlich sollten die Landchirurgen nicht mehr bei der Wiener Zehre, sondern dem jeweils nächstgelegenen Gremium einverleibt werden. Am 24. September 1773 fand die erste gemeinsame Zusammenkunft statt.¹³ Damit war aus zwei Gewerben mit fast gleichem Aufgabenbereich ein Handwerk geworden.

13 vgl. Christl STEINER, Die Bader und Barbieri (Wundärzte) in Wien zur Zeit Maria Theresias (1740-80) Diss. (Wien 1967) 98-101.

14 Bis 1660 wurden die Privilegien von der Reichskanzlei ausgestellt, dann von der österreichischen Hofkanzlei, bzw., in weniger wichtigen Fällen, vom Oberhofmarschall. Voraussetzung war ein ordentlicher Geburts- und Lehrbrief, und eine Prüfung des Leumunds und der Gewerbetätigkeit. Wichtig ist, daß das Privileg an die Person gebunden war, es galt jedoch für die Witwe des Handwerkers bis ein Jahr nach seinem Tod. Im 17. Jahrhundert war der gleichzeitige Besitz von Hoffreiheit und Bürgerrecht verboten, um Schwierigkeiten im Zuge von Verlassenschaftsabhandlungen zwischen Magistrat und Oberhofmarschall zu verhindern. vgl. V. THIEL, Gewerbe und Industrie. In: Geschichte der Stadt Wien, Bd. IV, hrsg. v. Altertumsverein Wien (Wien 1911) 45f.

15 Zur Demonstration der Rolle als Ordnungsfaktor in der Stadt dienten auch religiöse Umzüge, z. B. zu Fronleichnam. Diese „Public Relations“ Arbeit kostete mitunter viel Geld, z. B. für die Fährden der Zünfte. Bestimmter der Zünfte über die hohen Kosten und Ansuchen um Befreiung von der Teilnahme an diesen Veranstaltungen wurden vom Stadtrat abgelehnt. Die Zehre trat bei solchen Anlässen – bei denen das Religiöse den Rahmen bot – geschlossen als Verband auf.

16 vgl. V. THIEL, Gewerbe und Industrie. In: Geschichte der Stadt Wien, Bd. IV, hrsg. v. Altertumsverein Wien (Wien 1911) 436.

Der Konflikt zwischen bürgerlichen und hofbefreiten Barbieren

Hofbefreite Handwerker waren eine Gruppe der weitverbreiteten Störer. Störer waren Handwerker, die außerhalb der bürgerlichen Zunft arbeiteten, die sich also der Kontrolle der Zunft entzogen. Hofbefreite waren durch ein fürstliches Privileg befugte, nicht bürgerliche Handwerker.¹⁴ Mit Hilfe der Störer konnte die starre Ordnung der Zünfte – die weiterhin für Verwaltungs- und Kontrollaufgaben wichtig waren von staatlicher Seite aufgebrochen werden. Zur Aufhebung der Zünfte kam es aber nicht.¹⁵

Seit der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts kam es zu Konflikten zwischen den bürgerlichen und den hofbefreiten Barbieren. Der Konflikt der beiden Gruppen kam nicht von ungefähr, denn es gab in der Regel mehr hofbefreite Barbieri als bürgerliche. 1736 standen elf bürgerlichen 22 hofbefreite Barbieri gegenüber.¹⁶

Bereits im Jahr 1664 war der Konflikt greifbar. Leopold I. verlieh 1664 den leib- und hofbefreiten Barbieren auf deren Ersuchen hin ein eigenes Siegel und Wappen und zwar deshalb, weil die hofbefreiten Barbieri von den Bürgerlichen in ihrer Arbeit behindert wurden. Die Hofbefreiten waren, ebenso wie die bürgerlichen Barbieri, verpflichtet, vor der medizinischen Fakultät eine Prüfung abzulegen, hatten also dieselbe Qualifikation wie die bürgerlichen Barbieri. Es war ihnen durch die kaiserlichen Freiheiten erlaubt, nicht nur am Hof, sondern auch in der Stadt Wien zu arbeiten, d.h. eigene Barbierstuben zu errichten, weiters Lehrlinge aufzuziehen und freizuzusprechen. Die bürgerlichen Barbieri überspannten aber in

ihrer Vorgangsweise den Bogen zu weit. Nicht nur, daß sie die Hofbefreiten in der Ausübung ihrer vom Kaiser gegebenen Rechte behinderten, setzten sie sich zusätzlich mit allen Reichs- und Hansestädten in Verbindung und forderten ihre bürgerlichen Kollegen dort auf, von Wien zu wandernde hofbefreite Gesellen nicht aufzunehmen und zu „befördern“. Konnten die hofbefreiten Gesellen kein Attestat der Wiener Hauptzeche vorweisen, dann sollten sie wieder nach Wien an die Hauptzeche zurückverwiesen werden. Der Kaiser beschloß, weil er

... auch daher nicht gestatten könne(n) noch wolle(n), daß Unsere kaysrerliche Freyheiten dergestalt eludiert und verächtlich gemacht werden sollen, ...¹⁷

den Hofbefreiten ein eigenes Siegel und Wappen zu verleihen und ihnen somit ein eigenes Gremium zuzugestehen. In der Verleihungsurkunde wird auch das Wappen genau beschrieben.

... so mit Nahmen ist ein gantz Weiß/ oder Silberfarber Schildt/ in Grundt desselben auff einem grünen Wasen/ oder Berglein/ stehen gegeneinander auffrechts in langen weigelblauen habiten, die beide heilige Cosmas & Damianus, ieder über seinem haupt ein Guldenen Schein habend/ der heilige Cosmas in seiner rechten handt ein Glas mit einem hals/in der linken aber ein offnes Buech/ gegen der Brust über sich: unnd der heilige Damianus in seiner rechten handt ein weisse runde Artzney Pixen/ auch gegen der Brust in der linken ebenfalls/ aber ein zugehantes schwartzes Buech/ unter sich haltend: zwischen beeden diesen heiligen unten im Schildt/ ist ein gantz roth oder

rubinfarbes Schildt/ dardurch mitte überzweck ein weisse breite Strassen gehet/ auf dem Schildt erscheint ein weiß oder silberfarber mit den flügeln außgebreiter Pelican/ mit umgebognen Haß/ seinen Jungen seine Brüst eröffnend...¹⁸

Doeh damit war das Problem nicht der Welt geschafft. 1716 brach der Konflikt wieder aus. Die Hofbefreiten suchten beim Kaiser um die Erlaubnis an, sich mit den bürgerlichen Barbieren vereinigen zu dürfen. Die kaiserliche Erlaubnis war deswegen notwendig, weil der Ordnung nach keine neuen Barbierstuben ohne dessen Erlaubnis eröffnet werden durften. Die Hofbefreiten wollten dafür „auch in all: & jeden ihrer freyheiten mittheilhaftig seyn“, und behaupteten, daß sich die bürgerlichen Barbieri ihrer Annäherung gegenüber „ganz willfährig erzaiget(n)“. Man begründete den Wunsch, inkorporiert zu werden, mit dem Argument, daß seit 1664 des öfteren Streitereien zwischen den beiden Gruppen stattgefunden hätten.¹⁹

Entgegen der Behauptung der Hofbefreiten, daß das vollständige Gremium übertreten wollte, waren letztendlich nur sieben Hofbefreite dazu bereit. Dies hängt mit Artikel 19 der Handwerksordnung von 1716 zusammen, in dem unter anderem die Verminderung der Hofbefreiten angestrebt wurde.²⁰ Die bürgerlichen Barbieri sträubten sich gegen die Aufnahme der Hofbefreiten, da diese nicht „mit der Cassa herüber zutretten

17 Verleihung von Siegel und Wappen an die Leib- und hofbefreiten Barbieri durch Kaiser Leopold I., Regensburg, 23. März 1664.

18 Verleihung von Siegel und Wappen an die Leib- und hofbefreiten Barbieri durch Kaiser Leopold I., Regensburg, 23. März 1664.

19 Die hofbefreiten Barbieri an Kaiser Karl VI., o.J. 20 Vgl. Privilegsbestätigung für die bürgerlichen Barbieri durch Kaiser Karl VI., Wien, 16. April 1716, Artikel 19.

gesinet“ wären.²¹ Man schloß daraus, daß man auch ohne die Hofbefreiten „leben könne(n) und werde(n)“. Die bürgerlichen Barbieri stritten in einem weiteren Bericht an den Stadtrat jegliche Konflikte mit den Hofbefreiten seit 1664 ab und behaupteten, ruhig mit ihnen zu leben. Das Problem seien nicht die Hofbefreiten²², sondern die privilegierten „Cammerdiener“, welche mehrmals Personen „verdorben“ hätten. Weiters beklagten sich die bürgerlichen, daß ihnen durch die Konkurrenz der Störer wichtige Einnahmen entgingen, und z.B. „herr Menagot General Staab und kayl: Titul: leib auch bürgl: barbierer seel: miserabl mittloß da zeitl.

21 Vgl. die bürgerlichen Barbieri und den Stadtrat, Wien, 20. April 1716.

22 In der Handwerksordnung für die bürgerlichen Barbieri von 1710 wurde erneut darauf hingewiesen, daß die Hofbefreiten „aller Orten, wo ein gremium chirurgicum vorhanden“ Lehrlinge auffinden und freisprechen dürfen. Auch die bürgerlichen Meister konnten „auf begehren deren leibs- und hof barbierer und chyruren“ deren Lehrlinge auffinden und freisprechen. Diese Maßnahme sollte wahrscheinlich die starren Fronten zwischen den zwei Gruppen aufweichen und auf lange Sicht die beiden Gruppen miteinander verbinden. Vgl. Privilegsbestätigung für die bürgerlichen Barbieri durch Kaiser Joseph I., Wien 28 Juli 1710, Artikel 26.

23 Die bürgerlichen Barbieri an den Stadtrat von Wien, o.D.

24 Die Selbstdarstellung der bürgerlichen Barbieri im Bezug auf ihre militärischen Leistungen bei der zweiten Wiener Türkenbelagerung ist unwarh. 170 Personen verstarben während der Belagerung, von den 5118 eingesetzten Männern der Zivilbevölkerung „nur“ 40 Mann, das sind weniger als 1%! Unter den neun Bürgerkompanien werden die Barbieri nicht eigens erwähnt, wohl jedoch die Kompanie der Hofbedienten und Hofbefreiten mit 300 Mann. Es wäre also denkbar, daß die Hofbefreiten mehr als die bürgerlichen Barbieri zur Verteidigung der Stadt beitrugen. Die Hauptlast der Belagerung trugen jedoch die regulären Truppen. Somit wäre das Argument der bürgerlichen Barbieri wiederlegt. Vgl. Gustav OTRUBA, Wiens Gewerbe, Zünfte und Manufakturen an der Wende vom 17. zum 18. Jahrhundert. In: Wiener Geschichtsblätter Jg. 42 (Wien 1987) 136f.

25 Die bürgerlichen Barbieri an den Stadtrat von Wien, o.D.

geeignet“²⁵ hätte. Ihr Vergehen gegen die kaiserlichen Freiheiten der Hofbefreiten begründeten die bürgerlichen Barbieri mit dem Argument, daß jeder bürgerliche Meister für seine Werkstatt 1800 Gulden zahlen mußte und dieses Geld schließlich wieder über seine Kunden einarbeiten mußte.

In der Folge bestreitet man in diesem Bericht, den Hofbefreiten jemals Zustimmung zu einer Vereinigung gegeben zu haben, und erinnert an die der Ordnung nach festgesetzte Beschränkung der Barbierstuben. Zu guter letzt waren die bürgerlichen Barbieri bereit, unter bestimmten Voraussetzungen, die Hofbefreiten aufzunehmen, nicht jedoch ohne vorher ihre eigenen Leistungen in Kriegen und Seuchen hervorzuheben und zu betonen, daß die Hofbefreiten diese Dienste nicht geleistet hätten.²⁶

...als wir alle samentlich in kayl: Kriegsdiensten geraume Jahr gestandten, fremde Provinzien durchreyset, in Hospitalien gediennet, ..., sowohl in Zeit der vorigen Contagion als belagerung anno 1683 und jüngster grassierenden Seuche...²⁹

Weiters seien sie getreue Bürger, die ihre „onera und alle anlagen accurat erlegen“, die Hofbefreiten aber sich an ihrem Schaden bereicherten. Die bürgerlichen Barbieri erklärten sich dann zur Aufnahme der Hofbefreiten unter bestimmten Bedingungen bereit. Jene Hofbefreiten, welche sich nicht einverleiben lassen wollten, sollten ihr Gewerbe bis zu ihrem Lebensende ausführen dürfen, neue Freiheiten sollten aber nicht mehr verliehen werden, da sonst nicht nur den alten zwölf, sondern auch den neu einverlebten Barbieren materieller Schaden entstehen würde. Zudem

sollten die neu Aufgenommenen ein „äquivalent“ zu den 1800 Gulden, die die bürgerlichen Barbieri im Durchschnitt für ihre Barbierstuben gezahlt hatten, erlegen.²⁵ Die Tatsache, daß nach 1716 weiterhin Hofbefreite erwähnt werden, zeigt, daß dem Wunsch der bürgerlichen Barbieri nicht nachgegeben wurde.

Die Tätigkeitsbereiche der Bader, Barbieri und Perückenmacher

In diesem Kapitel sollen zum Schluß kurz die Kompetenzbereiche der genannten Gewerbe abgegrenzt werden. Man kann in der hier behandelten Zeit in den einzelnen Gewerben Kompetenzverschiebungen beobachten. Es ist den Gewerben gemeinsam, daß sie miteinander in Konkurrenz standen und sich ihr Aufgabenbereich teilweise aus dieser Konkurrenz heraus erklärlich ergab. Diese Entwicklung soll im folgenden skizziert werden.

Die Bader übten ihr Handwerk ursprünglich in Badstuben aus. Neben dem Baden fielen noch diverse andere Tätigkeiten in den Aufgabenbereich der Bader, so das Kopfwaschen, das Kämmen, das Haarschneiden und für die männliche Kundschaft auch das Bartstutzen und Rasieren.²⁶ Man sieht deutlich, daß in diesem Handwerk bereits die Aufgabenbereiche der Barbieri enthalten waren. Wie entstanden nun die Barbieri? Die Bader stellten meist Scherer an, die für die Haar- und Bartpflege der Gäste zuständig waren. Allmählich kam es durch die Trennung der Aufgabenbereiche zur Abspaltung der Scherer, die in weiterer Folge als Barbieri in Erscheinung traten. Ein Grund für die Abspaltung der Scherer von den Badern lag vielleicht darin, daß die Haar- und Bartpflege öfter in Anspruch

genommen wurde als das Baden. Zum zweiten muß man in Erinnerung rufen, daß die Bader eine geschlossene Zunft bildeten, d.h. daß der Zugang zum Handwerk beschränkt war und somit Ausweichmöglichkeiten zur Berufsausübung gesucht wurden. Konfliktstoff boten in der Folge Kompetenzstreitigkeiten, da sich die Barbieri nicht auf die Haar- und Bartpflege beschränkten, sondern auch mindere ärztliche Tätigkeiten ausübten. Dazu zählte das Schröpfen, Aderlassen und die Wundarzneikunde.²⁸ In der in dieser Arbeit behandelten Epoche gehören diese Tätigkeiten bereits zum Aufgabenbereich der Barbieri.

Der Tätigkeitsbereich der Barbieri verlagerte sich in der Folge von der Haar- und Bartpflege zu chirurgischer Tätigkeit. Aber bereits Ende des 16. Jahrhunderts läßt sich der Wandel im Berufsbild des Barbiers illustrieren. Der Text von Hans Sachs in Jost Ammans Ständebuch weist den Barbier hauptsächlich als Wundarzt aus:

Ich bin beruffen allenthalben/
an manchen viel heilsamer Salbn/
Frisch wunden zu heilen mit Gnaden/
Dergleich Beinbrüch und alte Schaden/
Frantzenosen heylen/ den Staren stechn/
Den rantz leschen und Zeen außbrechn/
Dergleich Balbiern/Zwangen
und Schern/ auch Aderlassen
thu ich gern.²⁹

Man sieht an der Reihenfolge der Tätigkeiten, daß die medizinischen bereits vorrangig waren, so z.B. die Herstellung von Salben, die Behandlung von Beinbrüchen oder Geschlechtskrankheiten.

Die Bader gingen nach Hans Sachs noch ihren gewohnten Beschäftigungen nach:

26 vgl. Die bürgerlichen Barbieri an den Stadtrat von Wien, o.D.

27 vgl. R. REITH, Lexikon des alten Handwerks (München 1990) 17.

28 vgl. S. Stolz, Die Handwerke des Körpers (Marburg 1992) 93f.

29 J. AMMAN, Stände und Handwerker (o.O. 1568, München 1923) 51.

12

13

Welher ins Bad Reich und Arm/
Das ist jetztund geheitzet und warm/
mit wolschmacker Laug ma euch wascht/
Denn auf die Oberbanck euch setzt/
Erschwitz/ den werdt ir zwagn
und grüß/Mit Lassin das obig Blut
auftrieb/Denn mit dem Wannenbad
erfreuwt/Darnach geschorn und abgefleht.³⁰

Das Baden verlor im Laufe des 16. Jahrhunderts aus zwei Gründen seine ursprüngliche Bedeutung. Zum einen war in Bädern die Gefahr der Ansteckung mit Syphilis und anderen Infektionskrankheiten sehr groß.³¹ Zum anderen kam es im 17. Jahrhundert, als Folge des Dreißigjährigen Krieges, zur Verteuerung der Holzpreise.³²

Wie schon oben erwähnt, glichen sich die Aufgabenbereiche der Bader und Barbieri im 18. Jahrhundert an, was letztendlich 1773 zur Vereinigung der beiden Gremien führte. Beide Gewerbe hatten sich lange vehement gegen diese Vereinigung gewehrt, aus Angst, ihre wirtschaftliche Grundlage zu verlieren. Die Ausbildung der Bader und Barbieri war im 18. Jahrhundert im theoretischen Bereich stark intensiviert worden, so wurden die Bader und Barbieri dazu aufgefordert anatomische und chirurgische Verletzungen an der Medizinischen Fakultät zu besuchen und sich selbst mittels Fachliteratur weiterzubilden. Auch die praktische Ausbildung wurde in ärztliche Richtung gelenkt, innere Kuren blieben den Wundärzten aber weiterhin untersagt. Wenn man auch von offizieller Seite ab 1773 nicht mehr zwischen Badern und Barbieren unterschied, kann man doch an-

30 J. AMMAN, Stände und Handwerker (o.O. 1568, München 1923) 53.

31 R. REITH, Lexikon des alten Handwerks (München 1990) 5. 18.

32 S. STOLZ, Die Handwerke des Körpers (Marburg 1992) 5. 116.

33 vgl. Kapitel 5.6. und 5.7. dieser Arbeit.

34 Sechzig eröffnete Werkstätten (Wien 1789) 80.

nehmen, daß die Umsetzung einige Zeit in Anspruch genommen haben wird, v.a. wenn man bedenkt, daß sich die beiden Gewerbe immer voneinander distanzieren hatten.³³

Das Buch *Sechzig eröffnete Werkstätten*, das 1789 veröffentlicht wurde, zeigt, wie weit sich in den hier behandelten 200 Jahren die Berufsbilder der Bader und Barbieri verändert hatten. Demnach waren die Barbieri nach wie vor für die Bartpflege zuständig, hatten aber noch weitere Aufgabengebiete:

Sie lassen daher zur Ader, geben Glistiere, setzen Fontanellen und Blutigel, reissen Zähne aus, legen Pflaster auf, heilen allerlei Geschwüre, Wunden und Schäden, richten verrenkte Glieder ein, kurieren Arm- und Beinbrüche und werden auch zur gerichtlichen Zergliederungen und Untersuchungen gebraucht.³⁴

Die Wundärzte waren demnach für alle äußeren medizinischen Probleme zuständig, nicht jedoch für innere Kuren. Diese blieben auch weiterhin den promovierten Ärzten überlassen.

Die Beschreibung der Tätigkeit der Bader ist jener der Barbieri ähnlich, was nicht verwundern, wenn man in Erinnerung ruft, daß die beiden Gremien bereits seit 1773 offiziell vereinigt waren. Man kann daraus aber auch schließen, daß die Vereinigung der beiden Gremien sich Ende des 18. Jahrhunderts in der Praxis noch nicht (vollständig) durchgesetzt hatte. Über die Bader heißt es:

Sie lassen daher zur Ader in und ausser dem Hause, heilen alle äusserliche Schäden am menschlichen Körper, vertreten die Stelle des Zahn- und Augenarztes und des Geburthelfers, zapfen Wassersüchtige ab, helfen in Verrenkungen der

Offensichtlich gab es noch geteilte Kompetenzen im vereinten Gremium. So wird in der hier zitierten Textstelle dem Bader die Funktion des Geburtshelfers (eine der alten Funktionen der Bader, gemeinsam mit den Hebammen) zugeschrieben, eine Aufgabe, die den Barbieren trotz ihrer wundärztlichen Tätigkeit in den Handwerksordnungen nicht zugeschrieben wurde. Man kann also im Bezug auf Bader und Barbieri sagen, daß sich im hier untersuchten Zeitraum deren Tätigkeitsbereiche zum einen in Richtung wundärztliche Tätigkeit verschoben und zum anderen stark ähneln. Trotzdem und trotz der offiziellen Vereinigung der beiden Gremien 1773 dürften die beiden Berufsgruppen zumindest auch in der darauf folgenden Zeit von der Bevölkerung hinsichtlich ihrer Tätigkeit unterschieden worden sein.

Die Perückenmacher profilierten sich im Konflikt mit den Barbieren. Sie kamen um die Mitte des 17. Jahrhunderts nach Wien³⁶. Erst 1695/97 bildeten sie, nach über 25jährigen Konflikten mit den Barbieren, eine bürgerliche Zunft. In den Konflikten ging es darum, daß die Perückenmacher in Aufgabengebiete der Barbieri eindringen, d.h. sie waren eine starke Konkurrenz auf dem Gebiet der Haar- und Bartpflege. Neben dem Perückenmachen zählte das Rasieren, Bartscheren und Haarschneiden zum Aufgabebereich der Perückenmacher. Es ist kaum wahrscheinlich, daß die Perückenmacher auch die Chirurgie ausüben wollten, auch wenn dies die Barbieri in ihren Beschwerdebriefen so darstellten.³⁷ Joseph II. versuchte 1782 die Kompetenzstreitigkeiten zu beenden; die Chirurgen sollten nicht mehr

barbieren, sondern sich ihrer medizinischen Tätigkeit widmen. Das Barbieren sollte nur noch den Perückenmachern gestattet sein.³⁸ Auch diese Verfügung dürfte sich erst nach und nach durchgesetzt haben.

Man kann also anhand der Quellen feststellen, daß sich der Aufgabenbereich der hier untersuchten Gewerbe im 17. und 18. Jahrhundert in unterschiedlichem Ausmaß veränderte. Die Bader verloren einen Teil ihrer ursprünglichen Tätigkeit, das Baden, und mußten Kompetenzen an die Barbieri abgeben. Sie entwickelten sich in dieser Zeit immer mehr zu Wundärzten, wandelten also einen ihrer Aufgabengebiete in ihre Haupttätigkeit um. Die Barbieri, die Teile des Aufgabengebiets, nicht ohne Konflikte, von den Badern übernommen hatten, nämlich in erster Linie die Haar- und Bartpflege, wurden im Verlauf des 18. Jahrhunderts von den Perückenmachern aus diesem Betätigungsfeld wieder hinausgedrängt. Wenn es auch bis ins 19. Jahrhundert nicht gelang, die ehemaligen Barbieri ganz aus diesem Tätigkeitsbereich zu verdrängen, so verlagerte sich doch ihr Aufgabenschwerpunkt, wie gesagt, zur Chirurgie, v.a. seit der Regierungszeit Maria Theresias. Der Ähnlichkeit der Aufgaben der Bader und Barbieri trug man mit der Vereinigung der beiden Gremien 1773 Rechnung. Die Perückenmacher ihrerseits konnten sich relativ rasch als neues Gewerbe in Wien etablieren und die Barbieri teilweise vom Markt verdrängen, ab 1782 sollte die Bartpflege nur noch ihnen erlaubt sein. Der rasche Auf-

stieg der Perückenmacher verwundert wenig, wenn man in Erinnerung ruft, daß die Perücke eine Moderscheinung, die von den Oberschichten getragen wurde, war. Die Perückenmacher waren ein gutverdienendes Gewerbe, welches für die Oberschichten unverzichtbar war. Man kann die Vermutung anstellen, daß die Barbieri stark in den medizinischen Sektor auswichen, weil sie durch die Konkurrenz der Perückenmacher, die aufgrund ihrer modestützenden Funktion wichtiger waren, wirtschaftlich dazu gezwungen wurden. Die in diesem Kapitel versuchte Trennung der Aufgabengebiete der drei Gewerbe wird in der Praxis entschieden

weniger deutlich und effektiv gewesen sein, nicht zuletzt deswegen, weil die nicht unbedeutende Gruppe der Hofbefreiten, Dekretisten und Störer seitens der Zünfte nicht kontrollierbar war. Man sollte folglich die hier unternommene Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche der drei Gewerbe, so wie es hier versucht wurde, nicht als absolutes Maß betrachten.

Die Darstellung dieser Aspekte der Handwerksgeschichte dieser Gewerbe illustriert doch sehr anschaulich, daß es im 17. und 18. Jahrhundert zu markanten Veränderungen in den jeweiligen Berufsfeldern und Kompetenzbereichen kam.

³⁵ Sechzig eröffnete Werkstätten (Wien 1789) 82.

³⁶ Einzelne Perückenmacher finden sich schon früher, vgl. Anmerkung 25 dieser Arbeit.

³⁷ vgl. Kapitel 6.2 dieser Arbeit.

³⁸ vgl. A. F. GEISLER, Charakter und Handlungen Josephs des Zweiten. 4. Sammlung (Halle 1785) 58.

Medizinische Vorurteilsgestaltung und jüdische Identität

Wenn man sich mit Vorurteilen aus dem Fin de Siècle beschäftigt, stößt man unweigerlich auf „medizinische Stereotypen“. Dies ist vor dem zeitgenössischen Hintergrund durchaus verständlich: Die Jahrhundertwende war eine Zeit, in welcher der Medizin eine enorme gesellschaftliche Gestaltungskraft zukam und das soziale Leben zunehmend medikalisiert wurde. Die „ärztliche Wissenschaft“ bemächtigte sich vieler Gebiete, die vorm von der Religion besetzt gewesen waren. Eine der Folgen war, daß aus dem andersgläubigen und dadurch diskriminierten der „kranke“ Jude wurde.

Es hieße allerdings, einen simplifizierten Ansatz zu verfolgen, wollte man alle Feststellungen über bestimmte Krankheitsneigungen, die bei Juden stärker als bei anderen gesellschaftlichen Gruppen ausgeprägt gewesen zu sein schien, mit einem Antisemitismus begründen. Es ist nicht zu leugnen, daß es Krankheiten gab (und heute noch gibt), die bei ihnen häufiger als bei anderen Bevölkerungssteilen vorgekommen sind

(und noch auftreten), wie beispielsweise das Tay-Sachs-Syndrom.¹ Auf eine gruppenspezifische Krankheitsneigung trifft man aber nicht nur bei Juden. Schwarze waren (und sind) beispielsweise für die Sichelzellenanämie anfälliger.²

Trotz der Existenz solch nosologischer Gruppenspezifika darf nicht übersehen werden, daß es sehr wohl auch gesellschaftlich-kulturelle

Einflüsse auf Diagnosen geben kann, durch die ein Bild von einer sozialen Entität mit charakteristischen Krankheitsdispositionen überhaupt erst entsteht. Der Zusammenhang zwischen einem Bevölkerungsteil und einem bestimmten Leiden ist in einem solchen Fall nicht das Ergebnis von „streng medizinischen Erkenntnissen“. Statt dessen dient die Medizin zur „Verwissenschaftlichung“ von Vorannahmen. Ein Beispiel für solche gesellschaftlich beeinflussten Krankheitsbeschreibungen bilden die um die Jahrhundertwende bei Juden konstatierten Psychosen, bei denen häufig atypische Krankheitsbilder, die u.a. einen nörgelnden Zug umfaßten, festgestellt wurden.³ Die scheinbar besondere Form der Psychosen entsprach allerdings weniger der Realität, sondern paßte vielmehr zum vorherrschenden Stereotyp, nach

1 Stanley M. ABRONSON, Marius P. Valsamis, Bruno W. Volk, Infantile Amaurotic Family Idiocy. In: *Pediatrics* 16 (1906) 234ff.

2 L.W. DIGGS, R.E. Ching, Pathology of Sickle Cell Anemia. In: *Southern Medical Journal* 10 (1934) 844.
3 Johannes LANGE, Ueber manisch-depressives Irresein bei Juden. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 42 (1921) 1357.

dem Juden zur Kritik neigten und am Gegebenen immer etwas auszusetzen hätten. Der Frankfurter Arzt Max Sichel meinte in diesem Zusammenhang ganz explizit, daß man der Neigung der kranken Juden zu einem „eigentlich rasonnierenden, quängelnden Zug ... häufig auch in ihrem psychischen Normal-Charakter begegnet“, der sie dazu treibe, zu allen Vorkommnissen und Fragen der Umgebung Stellung zu nehmen.⁴ – Im konkreten Fall waren die „atypischen Psychosen“ kein nosologisches Spezifikum der Juden,⁵ sondern eine Pathologisierung eines ihnen zugeschriebenen Merkmales.

Solche sozio-kulturellen Implikationen kommen auch im Hinblick auf das Stereotyp vom nerven- und geisteskranken Juden zum Ausdruck, das ebenfalls um die Jahrhundertwende

4 Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie 3 (1908) 419f.

5 Alexander PILCZ, Beitrag zur vergleichenden Rassen-Psychiatrie (Leipzig 1906) 31.
6 Hans-Georg HOFER, Aspekte zum Bild der Juden in der medizinischen Literatur der Jahrhundertwende (gesteistes. Dipl. Graz 1995) 90ff.

7 Klaus HÖDL, Die Pathologisierung des jüdischen Körpers. Antisemitismus, Geschlecht und Medizin im Fin de Siècle (Wien 1997) 201ff.

8 Klaus HÖDL, Der Zionismus als „Therapie“ – Zionistische Strategien zur Bekämpfung des Antisemitismus. In: *Zeitgeschichte* 1/2 (1997) 54.

9 Hugo HOPPE, Sterblichkeit und Krankheiten bei Juden und Nichtjuden. In: *Ost & West* 3 (1903) 634.

10 Alexander PILCZ, Beitrag zur vergleichenden Rassen-Psychiatrie (Leipzig 1906) 29.

Juden und stärkte dadurch wieder das Vorurteil ihrer „femininen Natur“.

Krankheit im kulturellen Kontext

Mit diesen Beispielen soll nicht behauptet werden, daß gesellschaftlich-kulturelle Einflüsse Diagnosen grundsätzlich entstellen. Nicht immer muß es sich bei ihnen um Vorurteile handeln. Bisweilen kann das Vorhaben, kulturelle Faktoren bei der Untersuchung und Krankheitsbeschreibung auszuschließen, um einzelne Mitglieder einer Bevölkerungsgruppe nicht vorschnell zu kategorisieren, fehl am Platz sein. Bei Türken in Deutschland, die häufig an „Bilanzdepressionen“ und Zwölffingerdarmgeschwüren leiden, muß beispielsweise für eine erfolgreiche Therapie nicht nur ihre spezielle gesellschaftliche Situation berücksichtigt, sondern auch ein „ganzheitlicher“ Ansatz verfolgt werden, welcher ihrer kulturell geprägten Vorstellung von Kranksein entspricht. Da dies zu selten passiert, ist die Beziehung zwischen (deutschen) ÄrztInnen und (türkischen) PatientInnen oftmals getrübt. Letztere werden aufgrund des ärztlichen Unverständnisses in bezug auf ihre kulturellen Besonderheiten häufig falsch behandelt.

Bei Juden um die Jahrhundertwende gab es ebenso eine Ignoranz gegenüber kulturellen Charakteristika, die gleichfalls zu einer Konstruktion eines verzerrten Bildes von ihnen führte. Nach Berichten von Ärzten soll bei Juden die Neurasthenie übermäßig häufig vorgekommen sein.⁹ Der Grund für ihre ausgeprägte Neigung wurde oftmals in einer Veranlagung lokalisiert.¹⁰ Einzelne kritische Stimmen hinterfragten diese Begründung allerdings und wiesen auf ein ärztliches Unverständnis gegenüber der jüdischen Kultur als Ursache hin.

sehr verbreitet war.⁶ An Nerven- und Geisteskrankheiten schieben aber nicht nur Juden, sondern vor allem auch das weibliche Geschlecht zu leiden, wodurch sie als „Frauenleiden“ bekannt waren.⁷ Gleichzeitig gab es das Vorurteil, daß (männliche) Juden in starkem Maße „verweiblicht“ seien.⁸ Die Diagnose der („Frauenkrankheit“) Hysterie bei den Juden paßte somit zur Vorstellung ihrer Effeminierung. Das Stereotyp des „verweiblichten Juden“ erleichterte die Attribuierung von sog. Frauenleiden an die

Der New Yorker Arzt *Smith Ely Jelliffe* berichtet in einem Beitrag für das „Journal of Nervous and Mental Disease“ beispielsweise, daß über zwanzig Prozent von all den PatientInnen, die im Jahre 1905 die Vanderbilt Clinic aufsuchten, als neurasthenisch diagnostiziert worden seien. Einen Großteil der Kranken bildeten russische Juden. Ihr hoher Anteil unter den Neurasthenikern sei darauf zurückzuführen, daß jeder, der zur Klinik komme und sich „über alles im generellen und wenig im besonderen“ beklage, als an der Nervenschwäche leidend gelte.¹³

Bei der Neurasthenie handelte es sich somit um eine verschärfte Pathologisierung eines hypochondrischen Verhaltens, das jedoch weniger krankhaft als kulturell bedingt ist: Die übertrieben scheinende Sorge der Juden um ihre Gesundheit ist nämlich eng mit ihrer religiösen Kultur verbunden, welche die Trennung von Körper und Geist nicht kennt.¹⁴ Anders als das Christentum, in dem der Leib nur die wertlose, materielle Hülle für die Seele bildet, ist im Judentum die physische Gesundheit unmittelbar mit der geistigen verbunden. Die Folge dieser Synthese liegt in einer hohen Wertschätzung von Gesundheit. S.E. Jelliffes Zeitgenossen bezeichneten ihre Auswirkungen bisweilen als „*furor consultativus*“,¹⁵ die aber nicht unbedingt zu einer erhöhten (neurasthenischen) Krankheitsrate führen mußten. Die „*Nosophobia*“ konnte auch als Ursache für eine geringe Rate an bestimmten Krankheiten oder eine Mindersterblichkeit gelten. *Siegfried Rosenfeld* schreibt im Jahre 1907 über die Wiener Jüdinnen, daß sie sich viel mehr um ihren Gesundheitszustand kümmerten als die Christinnen gleicher Wohlhabensklasse und daher für

eine ganze Reihe von Krankheiten weniger anfällig seien.¹⁴

Krankheit und jüdische Identität in Wien

Krank sein heißt zumeist auch „anders“ sein. Krankheiten bilden häufig Gründe für gesellschaftliche Abschottungen der „Gesunden“ von den „Leidenden“. Im 19. Jahrhundert lieferten die Choleraepidemien, welche überwiegend in den Siedlungen des Proletariats auftraten, dem Bürgertum einen Beweggrund für eine geographische Distanzierung von den arbeitenden „Unterschichten“.¹⁵ Um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert waren es die Leprösen, die man – wie auch schon im Mittelalter – gesperrte.¹⁶ In den 1960er Jahren argumentierten weiße Rassisten in den amerikanischen Südstaaten gegen die Aufnahme der Rassenschranken, da die Nähe zu den Schwarzen mit ihrer bekannten Tuberkulosehäufigkeit sie der

11 Smith Ely Jelliffe, *Dispensary Work in Nervous and Mental Diseases*. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 33 (1906) 237. Siehe auch Jacob Jay LINDENTHAL, *Abi Gezunt. Health and the Eastern European Jewish Immigrant*. In: *American Jewish History* 4 (1991) 427f.

12 Nahum RAKOVER, *Der Mensch als eine Synthese aus Körper und Geist aus jüdischer Sicht*. In: *Bioethik und Menschenbild bei Juden und Christen. Bewahrungsfeld Anthropologie*, ed. Wolfgang KRAUS u.a. (Neukirchen-Vluyn 1999) 17.

13 Siehe dazu in: Edward SHORTER, *From the Mind into the Body. The Cultural Origins of Psychoanalytic Symptoms* (New York 1994) 109ff.

14 Siegfried ROSENFELD, *Die Sterblichkeit der Juden in Wien und die Ursachen der jüdischen Mindersterblichkeit*. In: *Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie* 4 (1907) 190f.

15 Margaret C. BARNET, *The 1832 Cholera Epidemic in York*. In: *Medical History* XVI (1972) 31.

16 Zachary GUSSOW, George S. Tracy, *Stigma and the Leprosy Phenomenon: The Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries*. In: *Bulletin of the History of Medicine* 44 (1970) 437. Geof. (...) R. CALLENDER, *The Leprosy Problem in the Phillipine Islands*. In: *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 5 (1925)

Gefahr einer Ansteckung aussetzen würde.¹⁷ Das Bewußtsein, einer Gruppe anzugehören, die durch eine große Krankheitsneigung diskriminiert wird, kann zu verschiedenen Reaktionen führen. Die Diagnosen können als vorurteilsbedingt bezeichnet und zurückgewiesen oder angenommen und neu interpretiert werden. Auf jeden Fall müssen sich die Mitglieder dieser Entität mit ihnen auseinandersetzen. – Der Umgang der Juden mit dem um die Jahrhundertwende verbreiteten Vorstellungen, wonach sie für eine Reihe von Krankheiten eine spezifische Disposition aufwiesen, bildet ein anschauliches Beispiel für die Auswirkungen der Medizin als Wissenschaft auf die Gesellschaft. Eine Analyse der Reaktion von Juden auf ihr angeblich spezifisches Krankheitsverhalten, die im folgenden am Beispiel von Wien kurz dargestellt werden soll, bildet zum einen eine Studie über deren Identitätsstand und verdeutlicht zum anderen auch die Problematik scientizistischer Einstellungen.

17 Thomas F. PETTIGREW, *A Profile of the Negro American* (Princeton 1964) 88.

18 Marsha L. ROZENBLUT, *Die Juden Wiens 1867-1914. Assimilation und Identität* (Wien 1989) 24.

19 Klaus HÖDL, *Vom Sittel an die Lower East Side. Galizische Juden in New York* (Wien 1991) 71ff.

20 Klaus HÖDL, *Als Bettler in die Leopoldstadt. Galizische Juden auf dem Weg nach Wien* (Wien 1994) 115ff.

21 Jews, Antisemitism and Culture in Vienna, ed. Ivar OXKAL, Gerhard BOTZ (London 1987).

Der Ost-West-Konflikt

In Wien gab es im Jahre 1880 etwas mehr als 73.000 Juden. Ihre Zahl stieg bis 1910 auf ca. 175.000.¹⁸ Das heißt, daß innerhalb von drei Jahrzehnten die Wiener Judenschaft um über 100.000 zunahm. Der Zuwachs resultierte aus einer enormen Zuwanderung aus der Habsburgischen Provinz Galizien. Die Ankömmlinge unterschieden sich

von ihren bereits ansässigen GlaubensgenossInnen zuvorderst durch ihre Strengläubigkeit und ihre Armut.¹⁹ Während die Wiener Juden häufig von den wirtschaftlichen Aufstiegsmöglichkeiten Gebrauch gemacht und sich in großem Maße akkulturiert hatten, kamen die galizischen (Ost-)Juden aus einer sozial verelendeten Shtetlwelt, deren Alltagskultur in starkem Maße von der religiösen Orthodoxie bestimmt war. Auch ihre Kleidung, Haartracht und ihre – jüdische – Sprache brachten eine Differenz zum Ausdruck.²⁰

Etwa zeitgleich mit der massiven Zuwanderung der osteuropäischen Juden – und teilweise auch an ihr entzündet – erstarkte der Antisemitismus,²¹ der zwischen den akkulturierten (West-)Juden und den orthodoxen Ostjuden nicht unterschied. Dadurch gefährdete er die gesellschaftlichen Integrations- und Akkulturationsambitionen der ersteren. Sie reagierten darauf, indem sie die Zuwanderung der Juden aus Galizien zu stoppen versuchten oder deren Akkulturation an bürgerliche Werte vor Ort förderten, damit sie in Wien nicht mehr auffallen würden. Nicht zuletzt bekämpften sie den aufwallenden Antisemitismus und die antijüdischen Vorurteile, wie jenes vom „jüdischen Ritualmörder“, das im ausgehenden 19. Jahrhundert sehr verbreitet war. – Sie taten sich allerdings sehr schwer, wenn es um „wissenschaftlich fundierte“ Stereotypen ging, wie beispielsweise um das von der Medizin verbreitete Bild des „kranken Juden“. Die Wissenschaftsgläubigkeit, und damit verbunden das Vertrauen in die Arbeit der Ärzte, waren zu sehr Teil der bürgerlichen Kultur, an die sie sich angepaßt hatten, als daß sie die Feststellung einer überdurchschnittlich hohen jüdischen Rate an bestimmten

Krankheiten samt und sonders zurückgewiesen hätten. Zudem wurde ihre Haltung durch das Wirken jüdischer Ärzte unterstützt, welche die Diagnosen ihrer nichtjüdischen Kollegen durch eigene Untersuchungen bekräftigten.²² – An der höheren Erkrankungsrate der Juden schien somit grundsätzlich kein Zweifel zu bestehen. Allein ihre Ursache war strittig. Während nichtjüdische Mediziner die Krankheitsneigung der Juden oftmals rassisch erklärten,²³ wurde sie von jüdischer Seite mit kulturellen Elementen in Verbindung gebracht.²⁴ Pathogen würde dabei das nichtbürgerliche Umfeld, somit die traditionelle jüdische Kultur wirken. – Angesichts der weitgehenden Adaptation der Wiener Juden an die bürgerliche Kultur wurden diese als gesund betrachtet, während die galizischen Juden dem

Stereotyp des „kranken Juden“ entsprochen hätten.

Im Rahmen des medizinischen Diskurses über Krankheiten bei den Juden verfolgten jüdische Ärzte somit eine eigene Argumentationslinie, welche die kulturelle Kluft zwischen Ost- und Westjuden innerhalb der jüdischen Gemeinde widerspiegelte. Sie negierten die Vorstellung einer spezifischen Krankheitsdisposition der Juden nicht gänzlich, sondern revidierten sie, indem sie sie allein auf die Ostjudenschaft projizierten. Die jüdischen Ärzte handelten als „Gefangene“ zwischen ihren Akkulturationsambitionen und dem Bewusstsein ihres Judeseins.

20

²² Leopold LÖWENFELD, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie (Wiesbaden 1894) 45.

²³ Emil KRAEPELIN, Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte (Leipzig 1893) 56.

²⁴ M(oritZ) BENEDIKT, The Insane Jew. An open Letter to Dr. C.F. Beadles. In: Journal of Mental Science 47 (1901) 506.

21

Einleitung

Die Periode spätes 19. Jahrhundert/frühes 20. Jahrhundert ist in „Österreich“¹ – wie auch in vielen anderen Ländern der westlichen Welt – gekennzeichnet durch bedeutende Veränderungen der Position der Frauen in der Gesellschaft. Um diesen Wandel in seinen zahlreichen Facetten begreifen zu können, scheint es uns wesentlich – neben anderen Faktoren –, insbesondere die beschleunigte Entwicklung des wissenschaftlich-technischen Kontextes stärker als bisher in den Vordergrund zu stellen. Dies lässt sich in zumindest zweifacher Weise argumentieren: Während im 19. Jahrhundert die Frauen fast gänzlich von den institutionalisierten Bereichen der Wissens-

Ulrike Felt und Anne Masseran¹

Frauen im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichem Wissen und Volkswissen

(Wien um die Jahrhundertwende)

produktion ausgeschlossen waren, also als Subjekte im wissenschaftlichen Feld nicht/kaum präsent waren, begann sich dies in der von uns untersuchten Periode zu verändern. Diesem Wandel kommt vor allem in jenen Bereichen Bedeutung zu, in denen die Frau zu einem immer detailreicher erforschten „Objekt“ wurde – also in der Medizin oder der Biologie –, und in denen die Differenzierung/der Unterschied zum Mann im Zentrum des Erkenntnisinteresses stand. Zum zweiten können wir in dem von uns betrachteten Zeitraum eine rasch voranschreitende Verwissenschaftlichung (und Technologisierung) aller Arbeits- und Lebensbereiche beobachten, was neue Rollenzuweisungen oder zumindest einschneidende Rollenveränderungen für die Frauen mit sich brachte. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Haushalt², sowie „Mütterlichkeit“ und alle damit in Verbindung stehenden beruflichen Felder (Erzieherin, Lehrerin, Heb-

¹ Ulrike FELT: Institut für Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsforschung/ Groupe d'étude et de recherche sur la science (GERSULP) de l'Université Louis Pasteur, Strasbourg – Anne MASSERAN: Groupe d'étude et de recherche sur la science (GERSULP) de l'Université Louis Pasteur, Strasbourg, Lektorin am Institut für Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsforschung, Junior Fellow am Internationalen Forschungszentrum Kulturwissenschaften. Die Autorinnenreihenfolge ist alphabetisch.

² Dieser Artikel ist im Rahmen eines Projektes mit dem Titel „Wissenschaftspopularisierung als Ort der Fabrikation sozio-kultureller Repräsentationen – Zu Interaktion zwischen wissenschaftlichen Repräsentationen der Frau und der Rolle der Frau in den Naturwissenschaften um die Jahrhundertwende“ entstanden, in dem es um den Vergleich der Situation in Österreich (insbesondere Wien) und Frankreich gehen soll.

³ COWAN, R. S. (1985): The industrial revolution in the home. D. MACKENZIE und J. WAJCMAN (Ed.), *The Social Shaping of Technology* (Milton Keynes: Open University Press): 181-201. WAJCMAN, Judy ([1991] 1994): *Technik und Geschlecht. Die feministische Technikdebatte*. Frankfurt/New York: Campus (Kap. 4.). Darüber hinaus gibt es mittlerweile zu diesem Themenkomplex eine umfangreiche Literatur im Bereich der Wissenschaftsforschung.

amme,...). Auch wenn in dieser Periode gewisse Möglichkeiten für Frauen eröffnet wurden, so ist eine tatsächliche Teilnahme am beruflichen Leben eher in Ausnahmefällen verwirklicht und vielfach nur über die Mitarbeit mit (ihren) Männern möglich.

Dennoch kann man von einer Phase des – wengleich nur teilweise vollzogenen – Umbruchs sprechen. Komplexe Interaktionen zwischen der gesellschaftlichen Positionierung von Frauen und den wissenschaftlich-technischen Entwicklungen, die unter „Routinebedingungen“ unsichtbar bleiben, werden für eine kurze Zeit besser beobachtbar. Ziel ist eine Analyse des Einsatzes von wissenschaftlichem Wissen als legitimierende Kraft für die Zuweisung sozialer Positionen; die Verwissenschaftlichung weiblich besetzter Gesellschaftsbereiche soll in seinen Konsequenzen erfasst werden und schließlich gilt es auch, das „Eindringen“ der Frauen in den Wissenschaftsbereich und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Erkenntnisproduktion über Frauen aufzuzeigen. Vor allem bei den letzten beiden Aspekten wird es aber auch um die Opposition oder zumindest das Spannungsfeld zwischen verschiedenen, im gesellschaftlichen Raum präsenten Wissensformen gehen.

Populärwissenschaftliche Literatur als Ort der Aushandlung zwischen Wissenschaft und Gesellschaft

Einer der interessantesten Orte, um diese Durchmischung von „Wissenschaftlichem“ und „Sozialem“ in ihrer Dynamik zu beobachten, ist die Wissenschaftspopularisierung. Erfahrungen, historisch tradiertes Wissen und Vorstellun-

gen, Vorurteile und Visionen populärer Kultur in bezug auf Wissenschaft treffen dort mit wissenschaftlichem Wissen und dessen Repräsentationen – in der hier diskutierten Phase hauptsächlich von Wissenschaftlern selbst produziert – zusammen. In diesem Sinne geht es immer um ein Aushandeln von Bedeutung, um die Kreation von neuem Wissen und um die Schaffung von Verbindungen zwischen der wissenschaftlichen und der sozialen „Welt“. Wissenschaftliche Repräsentationen werden also nicht einfach in diesen Raum „übersetzt“, sondern werden dort neu gedeutet und in bereits bestehende populäre Wissens- und Erfahrungskontexte eingeordnet.

In dem von uns analysierten Fall wird der vielschichtige populärwissenschaftliche Raum gewissermaßen zur Bühne, auf der die Wissenschaftler ihre Meinungen und Erkenntnisse gut zu positionieren suchen, um einem ausgewählten Publikum die „besten“ – d.h. die in der Wissenschaft begründeten – Ratschläge zu vermitteln. In unserem Fall sind Frauen das Zielpublikum, was in der Wissenschaftspopularisierung durchaus Tradition hat.⁴ Hinter diesem aufklärerischerischerischen Diskurs, der immer wieder betont in den Vordergrund gestellt wird, steht ganz deutlich der Wunsch nach einer Grenzziehung, wobei es immer darum geht zu unterscheiden zwischen dem, was wissenschaftlich ist und was nicht, zwischen denen, die legitimiert werden, und denen, die nicht legitimiert werden. Die Wissenschaft sprechen dür-

4 Diese Verbindung wird sehr schön etwa im folgenden Buch sichtbar: HARAWAY, Donna (1989): *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge.

5 Frauen wurden von den Anfängen der Wissenschaftspopularisierung an als ein besonderes Zielpublikum identifiziert, da sie keinen Zugang zu klassischen Erziehungsmöglichkeiten hatten und auf diesem Weg mit ausgewählter und vereinfachter Information „versorgt“ wurden.

fen und denen, die ausgeschlossen sind, zwischen dem „guten“ – richtigen, zutreffenden, fortschrittlichen und damit wissenschaftlichen – Wissen und dem „schlechten“ Wissen – dem Aberglauben, aber auch den intuitiven, populären Formen des Wissens.⁵ In unserem Fall bedeutet dies die Opposition zwischen institutionell verankertem Wissen (etwa im Bereich der Geburt, der Erziehung, der Haushaltsführung, ...) und dem von Frauen aus ihren eigenen Erfahrungen erzeugten und tradierten Wissen.

Es geht also um Machtrelationen, die sicherstellen sollen, dass Wissenschaft die einzige Erklärung für Elemente der Welt liefert und so auch für Fortschritt und Wohlbefinden sorgt. Frauen sind zwar weitgehend von diesem Wissensproduktionssystem ausgeschlossen, sie sollen aber zumindest zum Glauben an Wissenschaft „bekehrt“ werden. Mit ihrer wissenschaftlichen Bildung sollen die letzten Bastionen des wissenschaftlichen Unwissens, des alternativen Wissens, aber vor allem auch des Aberglaubens ausgerottet werden. Beispielfhaft sei hier etwa auf eine Formulierung des Physikers und engagierten Popularisators Ernst Mach 1902 im Anhang zur Publikation seiner populärwissenschaftlichen Vorträge verwiesen: „Die unkultivierte Frau pflegt und bewahrt sorgfältig jede Art von

hergebrachtem Aberglauben, (...) überträgt denselben gewissenhaft auf die künftige Generation, und ist auch jederzeit dankbarer Angriffsobjekt für alle Rückschrittsbestrebungen.“⁶ Wissenschaftliche Frauenerziehung stellt somit ein wesentliches Element dar. Durch eine detaillierte vergleichende Studie dieser Wechselwirkungsprozesse im Rahmen der Wissenschaftspopularisierung wollen wir sichtbar machen, wie aus einer Heterogenität wissenschaftlicher Einzelerkenntnisse und theoretischer Zusammenhänge sowie sozio-kultureller Vorstellungen und Erwartungen, eine scheinbare Homogenität entstehen kann, der wir dann in Form stereotyper Bilder über Frauen sowie der Rollen und insbesondere über Frauen als Wissenschaftlerinnen im gesellschaftlichen Raum begegnen.⁸ Mehrere Arten von Material werden zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragen herangezogen. Neben der Wissenschaftspopularisierung, die sich explizit an Frauen richtet (also etwa Handbücher für Mütter, Beratungsliteratur und Mädchenerziehungsbücher, Schriften aus der Frauenbewegung), und der Popularisierung mit allgemeinem Zielpublikum (etwa Enzyklopädien, Bildungsliteratur und allgemeine Wissenschaftspopularisierung (Biologie, Medizin)), wird es vor allem auch um die Frage der Universitätspolitik in bezug auf die Zulassung von Frauen und die damit zusammenhängenden Diskussionen gehen.

Bisher wurde die erste Stufe des Materials behandelt, d.h. die Wissenschaftspopularisierung, die sich explizit an Frauen richtet, insbesondere Bücher über Haushalt, Kindererziehung und Mutterschaft, die versuchen, eine Verbindung zu naturwissenschaftlichem

6 DOLBY, R. G. A. (1982): „On the autonomy of pure science. The construction and maintenance of barriers between scientific establishments and popular culture“. *Scientific Establishments and Hierarchies, Sociology of the Sciences* VI: 267-292. GIERYŃ, T. F. (1995): *Boundaries of Science*. S. JASANOFF, Gerald E. MARKELE, James C. PETERSEN, Trevor PINCH (Ed.), *Handbook of Science and Technology Studies* (Thousand Oaks/London/New Delhi: SAGE): 393-443.

7 MACH, E. (1896/1910): *Populärwissenschaftliche Vorlesungen*. 4. vermehrte und durchgesehene Auflage. (Leipzig: Johann Ambrosius Barth): 355.

8 Für eine Studie der Wissenschaftspopularisierung in der Tagespresse in Wien, siehe FELT, U. *Wissenschaft auf der Bühne der Öffentlichkeit – „Alltägliche“ Popularisierung von Naturwissenschaften und Technik in Wien 1900-1938*. Habilitationsschrift, 1997.

Wissen herzustellen. Darüber hinaus wurde die Zeitschrift *Mutter und Kind* beispielhaft analysiert, um die angesprochene Verflechtung zwischen Gesellschaft und Wissenschaft und den Einsatz von Wissenschaft zur „Verbesserung“ bzw. Normierung der Verhaltensformen herauszuarbeiten. Dabei sollte aber nicht übersehen werden, dass sich diese Literatur an eine bestimmte Schicht der Frauen richtet, im konkreten Fall an Leserinnen aus der bürgerlichen Mittelschicht⁹.

„Mutter werden/sein“ als Beruf: Beispiel einer Verwissenschaftlichung der Privatsphäre

Eine Sphäre, in der die Verwissenschaftlichung der Gesellschaft ganz besonders deutlich sichtbar wird, ist der Bereich der „Mütterlichkeit“, der bis dahin weitgehend von den Frauen selbst gestaltet und auch die Erzeugung und Weitergabe des dort angesiedelten Wissens dominant von ihnen getragen wurde. Der Diskurs über die „neuen“ Pflichten als Mutter stützt sich vor allem auf die Wunschvorstellung, auch diesen Bereich mit wissenschaftlichen Normen zu unterlegen und ihn rational zu gestalten. Quer durch das Spektrum der populärwissenschaftlichen Literatur und der Erziehungsbücher lässt sich der Gedanke erkennen, dass diese wissenschaftlichen Verhaltensnormen zur Verbesserung ihres „natürlichen“ Verhaltens der Frau „beigebracht“ werden müssen, wobei immer davon ausgegangen wird, dass Frauen nach diesem Wissen streben. Das folgende Zitat aus dem ersten Jahrgang der Zeitschrift *Mutter und Kind* zeigt diese Argumentation in all seinen Facetten.

„Eine Zeitschrift für junge Mütter ist ein

soziales Bedürfnis, denn längst hat sich die Erkenntnis Bahn gebrochen, dass das körperliche und geistige Wohl des Menschen (...) von der Pflege und Erziehung des Kindes in seinen ersten Lebensjahren abhängt. Diese aber liegt naturgemäß in der Hand der Mutter. Nun tritt (...) die junge Frau in die Ehe ohne sich der schweren Verantwortlichkeit bewusst (...) und auch oft ohne mit der Hygiene des Kindes und der Pädagogik vertraut zu sein. Doch die moderne Frau strebt nach Wissen und Aufklärung und wo sie ihr geboten werden, nimmt sie sie dankbar entgegen.“¹⁰

Interessant ist, dass hier die Natürlichkeit der Rolle der Frau als Mutter und Hausfrau hervorgehoben, gleichzeitig aber die Verwissenschaftlichung der Handlungsnormen eingefordert wird. Diese Spannung findet sich in vielen anderen Textstellen wieder. Während „die natürliche und sittliche Bestimmung des Weibes ist: Hausfrau und Mutter zu werden“¹¹, oder „die Erziehung liegt naturgemäß in der Hand der Mutter“¹² ständig wiederkehrende stereotype Erinnerungen an die Position der Frau sind, wird dieses Hausfrau- und Muttersein zum Beruf erklärt – und dieser bedarf dann auch einer entsprechenden Ausbildung. „Beide Lebensberufe (Hausfrau und Mutter) (...) haben ihre großen Pflichten und Verantwortlichkeiten vor der bürgerlichen und sittlichen Welt“, und es wird als eine „verfehlete Lebensstellung so vieler Frauen“ gesehen, dass sie „so zahlreich in den bestehenden Lebensberuf ein-

9 Auf dieses Faktum wird mehrfach innerhalb der Zeitschrift *Mutter und Kind* explizit verwiesen.
10 *Mutter und Kind*, I. Jahrg., 10/10/1904, N^o 1, S. 21. (Hervorhebungen durch die Autorinnen)
11 *Die Mutter als Erzieherin ihrer Töchter und Söhne, zur physischen und sittlichen Gesundheit vom ersten Kindesalter bis zur Reife, ein praktisches Buch für deutsche Frauen*, von Dr. med. Hermann KIENCKE, 2. Auflage, Leipzig, Vlg. Eduard Kummer, 1875, S. 1-2
12 *Mutter und Kind*, I. Jahrg., 10/10/1904, N^o 1, S. 21.

tritt, ohne für die (...) auferlegten Pflichten vorbereitet und fähig zu sein.“ Klar wird aber auch hervorgehoben, dass man „sich die Kenntnisse dafür erworben haben“ muss, vor allem, weil es sich um Pflichten handelt, „die nicht einer willkürlichen Wahl des Berufes entsprechen, sondern einer von Natur und Moral bestimmten Lebensaufgabe angehören“.¹³ Was wir beobachten, ist somit eine gewisse Aufwertung der Anforderungen an diesen Bereich. Hausfrau und Mutter zu sein wird ein Beruf, allerdings ein „exklusiver“, der sich nicht neben anderen ausüben lässt – die Aufwertung dieses Berufes für Frauen führt also gleichzeitig zu einer erneuten Ausgrenzung der Frauen aus anderen Berufsbereichen der Gesellschaft. Die Begründungen hierfür sind vielfältig. Die

13 op.cit. note 11.
14 „Die Bedeutung der Mutter für ihr Kind“
Zusammengefasster Vortrag von Medizinalrat Prof. Dr. I. FELHING, Straßburg, *Mutter und Kind*, II. Jahrg., N^o 13, 10/04/1906, S. 185

15 *Mutter und Kind*, I. Jahrgang, N^o 7, 10/01/1905, „Mutterglück“ von Adele CREPATZ, Aus „Mutterschaft und Mutter“, Otto Wiegand Vlg., Leipzig S. 114.
16 *Mutter und Kind*, Erster Jahrgang, N^o 1, 10/10/1904, S. 2.

17 *Das Buch der Frau und Mutter*, von Pr. Hans BRAUN, Frauen und Kinderarzt, Wien, Vlg. Gilbert Auger, 1886, S. 18

Mutterrolle hat einerseits Auswirkungen auf die Fähigkeiten zur geistigen Arbeit, denn – so wird argumentiert – „durch die Fortpflanzungsvorgänge (wird) die produktive Tätigkeit der Frau gehemmt.“ Dies führt dann zum allgemeinen Schluss, dass mit „fast (...) allen Arten geistiger Arbeit Bedingungen verknüpft (sind), die eine harmonische Vereinigung mit dem Mutterberufe unmöglich machen“.¹⁴ Andererseits wird davon ausgegangen, dass „das echte Mutterherz von dem Kinde so erfüllt und befriedigt (wird), wie der Mann von seinem wissenschaftlichen oder künstlerischen Berufe“.¹⁵ Hier findet also eine klare Zuweisung statt: Wissenschaft und Mann bilden den

Gegenpol zu Mutter/Haushalt und Frau.

Im gleichen Atemzug, mit dem festgeschrieben wird, dass Frauen diesen neuen „Beruf“ erlernen sollen, wird auch die Rolle der Wissenschaftler als „Erzieher“ geschaffen. „Häupter der Wissenschaft, geistige Führer der Menschheit“, heißt es etwa im ersten Jahrgang von *Mutter und Kind*, „haben uns zu diesem Werke ihre Hand geboten. Ärzte und Erzieher, die bestrebt sind, ein Volk von gerüsteten Männern aus unseren Kindern zu machen, (...) werden hier als Freunde und Ratgeber zu den Müttern sprechen. [...] Einer solchen Vereinigung von edlen Kräften wird es, so hoffen wir, nicht schwer fallen, die nach Aufklärung strebende Frau auf die Höhe ihres Berufes zu bringen.“¹⁶

Während lange Zeit diese Bestrebungen – ihrer eigenen Rhetorik folgend – hauptsächlich als Aufklärungsarbeit interpretiert wurden, möchten wir sie aus zwei anderen Perspektiven beleuchten. Zum einen geht es hier ganz offensichtlich um den Wettstreit zwischen populären Formen des Wissens, die dieses Terrain besetzt hatten, und dem wissenschaftlichen Wissen. So wird in vielen der Beschreibungen das Volkswissen oder jene Wissenskomplexe, die „von Frau zu Frau“ weitergegeben werden, in seiner Gesamtheit als bedrohlich für die gesellschaftliche Entwicklung dargestellt. „Von Geheimmitteln, die von unberufener Seite nur allzu oft empfohlen und von leichtgläubigen Frauen nur allzu oft nutzlos oder sogar zum eigenen Schaden angewandt werden, ist gar nichts zu erwarten“, wird etwa im *Buch der Frau und Mutter* unterstrichen und auch der Rat an die Frauen gerichtet, „sich in solchen Fällen (Unfruchtbarkeit) sofort an einen Arzt zu wenden“.¹⁷

Die umfangreiche Rhetorik über das Gefahrenmoment dieses Wissens bildet gewissermaßen einen Schutzgürtel gegen die Interferenz zwischen populärem Wissen und wissenschaftlichem Wissen – für Frauen ist nur gut, was wissenschaftlich begründbar ist.

Ein gutes Beispiel dieser Inszenierung des Konfliktes zwischen dem richtigen ärztlichen Wissen und dem gefährlichen populären „weiblichen“ Wissen ist in der Darstellung des Konfliktes zwischen Ärzten und Hebammen zu finden. Letztere werden als „mit wenigen lobenswerthen Ausnahmen, voll Aberglauben und Charlatanerie“ dargestellt, die junge Frauen „dadurch nur ängstlicher machen, ja direkt schaden. Daß es aber für die Frau und Mutter nothwendig ist, Rath und Aufklärung zu erhalten ist eine wohl von niemandem angezweifelte Thatsache, welche leider von unseren Frauen nur allzuwenig gewürdigt wird.“¹⁸ Dieser spezifische hier angesprochene Konflikt zwischen verschiedenen Wissensformen wird etwa dahingehend gelöst, dass Ärzte durch die Kontrolle über die Hebammenausbildung die Kontrolle über deren Wissen erlangen wollen, und dieser Bereich somit in die Wissenschaft inkorporiert wird. Damit wird die Hebamme wieder in eine klare hierarchische Position gebracht, sie wird zur Assistentin des Arztes. „Unsere Hebammen sind jetzt dank der trefflichen Leitung des Hebammeninstitutes sehr gut ausgebildet. Sie sind aber nicht dazu da, Diagnosen zu stellen und geburtshilfliche Eingriffe zu machen, sondern nur an der Seite eines Arztes bei der Leitung der Geburt mitzuhelfen.“¹⁹ Die Technikforscherin Judy Wajcman beschreibt dies bereits sehr klar: „Das Wissen um die Fortpflanzung und dessen Anwendung ist immer ein

Teil der Kultur von Frauen gewesen. Die relativ neue Errichtung der männlichen Hegemonie in der Medizin hat das Vorhandensein früherer Methoden, die mehr unter der Kontrolle von Frauen standen, verschleiert.“²⁰ Das nicht-wissenschaftliche Wissen, das „weibliche Wissen“, konnte so neutralisiert werden.

Einige abschliessende Bemerkungen

An den aufgezeigten Beispielen kommen zumindest drei sehr wesentliche Punkte zum Ausdruck, die es noch im Detail auszuarbeiten und in ihren Interdependenzen zu analysieren gilt. Zum ersten ist es wesentlich – um die Veränderung der gesellschaftlichen Positionierung der Frau zu verstehen – sich den Wettstreit der verschiedenen Formen von Wissen in ihrem Zusammenspiel mit sozialer Macht genauer anzusehen. Denn wissenschaftliches Wissen ist geformt von sozialen Strukturen, in denen es erzeugt wird, wobei es aber gleichzeitig wieder in diese sozialen Strukturen eingreift. Diese scheinbar ausschließlich inhaltliche Opposition verschiedener Formen des Wissens muss also immer auch als eine machtpolitische Opposition gesehen werden.

Zweitens ist es wesentlich zu verstehen, dass die Verwissenschaftlichung der Rolle der Frau zwar zu einer Aufwertung und Vervielfachung der Aufgaben, aber nicht zu einer Anhebung der gesellschaftlichen Position der Frauen geführt hat. Ganz im Gegenteil, es wurden neue Formen von Abhängigkeiten und Eingriffsmöglichkeiten geschaffen. Da nun wissen-

¹⁸ *Das Buch der Frau und Mutter*, von Pr. Hans BRAUN, Frauen und Kinderarzt, Wien, Vig Gilbert Auger, 1886, S. IV

¹⁹ „Keine Geburt ohne Arzt“, von Frauenarzt und Geburtshelfer Dr. Wilhelm HAHN in Wien, M & K, II Jahrg., 10/10/1905, N°1, S. 5

²⁰ WAJCMAN, op.cit note 3, 102.

schaftlich begründetes Handeln als Grundprämisse für diesen Bereich gesehen wird, und Frauen aus der Wissenschaft fast völlig abwesend sind, bleibt die Kontrolle ausschließlich in der Hand von Männern.

Schließlich haben diese Fallbeispiele einen Hinweis gegeben, wie weitgehend

Popularisierung zu einer Festigung der Rollen und zur Aufbereitung der Rollenbilder eingesetzt wurde, wie stark hier Normierungen und Stereotypisierungen im Vordergrund standen. Statt von Aufklärung wäre hier also vielmehr von Disziplinierung der Frauen zu sprechen.

ARBEITSBERICHT über die Erhebung von Patientenverlegungen aus der Wiener Heil- und Pflegenanstalt „Am Steinhof“ in die Tötungsanstalt Hartheim

Die Daten wurden mit freundlicher Erlaubnis des Ärztlichen Direktors des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien „Baumgartner Höhe“, Univ.-Prof. Dr. Heinz-Eberhard Gabriel, erhoben. Besonderer Dank gilt Herrn Alois Hofinger, der im „Jugendstiltheater“ auch die alten Patientenprotokolle des Krankenhauses betreut (die Patientenakten selbst werden andernorts verwahrt) und die Arbeiten auf jede nur mögliche Weise unterstützt und gefördert hat.

Zur äußeren Beschaffenheit der Unterlagen

Bearbeitet wurden vier großformatige (etwa A3) Bände mit der Bezeichnung „Index zum Standesprotokoll“: „Männer 1940“, „Frauen 1940“, „Männer 1941-1943“ (Eintragungen teilweise bis 1944) und „Frauen 1941-1942“ (Eintragungen teilweise bis 1943). Die Eintragungen sind pro Band alphabetisch in

27 Rubriken geordnet („I“ und „J“ zusammengefaßt, „S“ in drei Teile zerlegt: „S“, „St“ und „Sch“). Innerhalb der alphabetischen Reihung dient das Eintrittsjahr als zweites Ordnungskriterium.

Die Bücher mit den Eintragungen bis 1940 führen beide Geschlechter gemeinsam und befinden sich in besserem Zustand als die folgenden Bände, welche deutliche Spuren häufiger Benutzung aufweisen (Beschädigungen vor al-

lem des Buchrückens, Abnutzung der äußeren Blattecken).

Ab Herbst 1939 werden die Zwangsvornamen „Sara“ und „Israel“ für Juden eingetragen; Zusätze wie „Jugendlicher“ oder „Jugendliche“ bzw. „jugendlich“ wurden meist mit Bleistift, aber vom selben Schreiber angefügt. Die Bedeutung von kleinen Sternen oder Kreuzen, die teilweise mit Tinte und teilweise mit rotem Stift links (bei der Aufnahmszahl) neben den Eintrag gesetzt wurden, konnte nicht eruiert werden.

Auf den Seiten ist eine Tabelle für die Einträge vorgedruckt. Jeder Eintrag besteht aus mehreren Angaben. Zunächst ist die Aufnahmszahl (ein bis sechs Ziffern; s. dazu weiter unten) eingetragen, dann der Vor- und Nachname mit eventuellen Zusätzen (vgl. oben). Es folgt das Eintrittsdatum (Tag und Monat in Ziffern; das Eintrittsjahr nur als Gruppenüberschrift). Es folgt die Angabe des Austrittstages (Tageszahl, Monatsna-

men, Jahreszahl), der in den meisten Fällen mit einem Stempel von roter Farbe eingetragen ist. Die folgende Spalte mit der Überschrift „Abteilung“ wurde nicht genützt, der Stempel des Austrittstages reicht noch in diese Spalte hinein. Dann folgt die Angabe für die „Saal Nr.“, die immer (?) aktualisiert wurde; die letzte Spalte ist mit „Anmerkungen für Transferierungen“ überschrieben (zum Inhalt siehe unten).

Insgesamt sind etwa fünf SchreiberInnen zu unterscheiden, bis 1939 weisen aber alle Einträge ein und dieselbe Handschrift auf. Üblicherweise wurde für die Einträge Tinte verwendet; manchmal wurde auch mit Bleistift geschrieben. Nachträge und Verbesserungen sind durchaus üblich im Bereich der Aufnahmszahlen, der Vor- und Nachnamen und der Destinationen; manchmal findet sich auch ein verbessertes Datum sowohl des Eintrittes als auch der Transferierung.

Die Bestimmungsorte der Transferierungen sind von Hand eingetragen, bei den großen Transporten allerdings mit roter Farbe eingestempelt. Eine Ausnahme hiervon machen nur die Sammeltransporte nach Niedernhart, welche ebenfalls per Hand eingetragen sind.

Ein deutlicher Unterschied zwischen den Büchern besteht in ihrem Umfang. Die Eintragungen bis 1940 sind für beide Geschlechter wesentlich zahlreicher; die meisten Patienten verließen also 1940 die Anstalt.

Zum Inhalt der Eintragungen

Für den Zweck des Projektes „Gedenkbuch Hartheim“ schien es ausreichend, nur die Indizes zum Standesprotokoll und nicht auch die Akten der einzelnen PatientInnen zu bearbeiten. Einzelne

Irrtümer der damaligen Beamten und entsprechende geringfügige Diskrepanzen können daher nicht ausgeschlossen werden, werden das Gesamtbild bei einer Grundmenge von 3.359 erfaßten Personen aber sicher nicht beeinflussen. Es kam vor, daß in den Protokollen von 1940 Einträge von Transferierungen zu finden waren, welche bereits 1939 geschehen waren; noch häufiger waren in den Protokollen von 1940 Einträge von Transferierungen zu finden waren, welche bereits 1939 geschehen waren; noch häufiger waren in den Protokollen von 1941ff. Transfers von 1940 eingetragen. Deshalb scheinen einige wenige PatientInnen doppelt auf.

Detailliert erfaßt wurden jene Transporte, die als Bestimmungsort „nicht genannte Anstalt“, „unbekannte Anstalt“, „Ybbs“, das „Generalgouvernement“ und „Niedernhart“ aufweisen. Diese großen Transporte hören etwa mit Sommerbeginn 1941 auf. Aus dem zeitlichen Rahmen fällt ein letzter Transport am 26. Juni 1942 von 20 Personen nach Ybbs, welcher offenbar im Zuge der „Aktion Brandt“ (Schaffung von Lazarett-raum) durchgeführt wurde.

Die fortlaufend vergebenen Aufnahmezahlen beginnen jährlich wieder mit 1 und sind daher zur eindeutigen Identifizierung durch die Jahreszahl des Aufnahmejahres zu ergänzen. Eine Merkwürdigkeit blieb ungeklärt: Am 6. oder 7. November 1939 begann man, vor die fortlaufende Aufnahmezahl die Zahl „70“ zu setzen, sodaß plötzlich scheinbar unerklärlich hohe Aufnahmezahlen erscheinen. Mitte Jänner 1940 hört man damit schon wieder auf, die „Basiszahlenreihe“ läuft unverändert weiter. Möglicherweise können auch in diesem Fall die Patientenakten noch Aufschluß bringen.

Im Feld „Anmerkung für Transferierungen“ sind sowohl „reguläre“ Transfers eingetragen als auch andere

Überstellungs- bzw. Entlassungsvorgänge. Zu ersteren sind zu zählen

a) die Stempel der großen Transporte „transf. i. unb. Anst.“ (transferiert in unbekannt Anstalt)

„In nicht genannte Anstalt transf.“ (... transferiert)

„transf. I. A. Ybbs“ (transferiert Irrenanstalt Ybbs)

„transferiert in das Gen. Gouv. Polen / Anstalt für Geisteskranke“ (... Generalgouvernement Polen...) und

b) handschriftliche Einträge zu Bestimmungsorten wie

„Niedernhart“

„San. Rekawinkel“ (Sanatorium Rekawinkel)

„I. A. Ybbs“ (Irrenanstalt Ybbs)

„transf. H. A. Obersteingasse“ (transferiert Heilanstalt ...)

„Krottenbachstraße“ (teilweise mit der Angabe „19. Bezirk“)

„Mauer-Öhling“

„Gugging“

„Lainz“.

Im Todesfall lautet der Vermerk manchmal „gest.“ oder „gestorben“, meist aber nur ein Krukenkreuz oder ein einfaches Kreuz. Weiters kommen vor: „a. d. Url. hsl. Pflege“ (aus dem Urlaub in häuslicher Pflege entlassen) oder ähnlich, „geheilt“, „geistesgesund“, „gegen Revers“ (erg.: entlassen), „entwichen“, „freiwillig“ (erg.: ein- und ausgetreten). Auffallend sind Einträge wie „Erbgesundheitsfall“, „transferiert in ein Kriegsgefangenenlager“ und Ähnliches, also Formulierungen, die direkt mit dem Dritten Reich zusammenhängen.

Überraschend häufig begegnet der Eintrag „§ 34d“. Dieser Paragraph stammt aus österreichischer Gesetzgebung und besagt, daß ein/e PatientIn auf richterlichen Beschluß aus der Anstalt zu entlassen war. Ab 1941 findet sich dabei

manchmal der Zusatz „Zentralstelle des Inspektors der Sicherheitspolizei“ (in zahlreichen Abkürzungsvarianten), wobei unklar blieb, ob die betreffenden PatientInnen in deren Gewahrsam transferiert wurden oder ob die genannte Behörde den richterlichen Beschluß betrieb. Ein Eintrag, dessen Bedeutung offen blieb, ist ein roter Stempel „U“ (mit Anführungszeichen), der über den Namen gesetzt wurde. Die betreffenden Personen weisen keine erläuternden Bemerkungen auf; der Stempel wurde für Juden (kenntlich am Zwangsvornamen) und Nichtjuden gleichermaßen angewandt. Ebenfalls für Juden wie Nichtjuden gleichermaßen benutzt wurden die bereits erwähnten Kreuze und Sterne, welche neben den Eintrag der Aufenthaltszahl geschrieben wurden.

Hat ein/e PatientIn die Anstalt auf keine Weise verlassen, so sind im Feld für Transferierungen nur die Urlaubstage eingetragen.

Ohne auf Einzelheiten einzugehen, die noch weiterer Forschungen bedürfen, läßt sich folgende Liste größerer Transporte erstellen:

Niedernhart:	
9. 7. 1940	36 Personen
11. 7. 1940	40 Personen
Generalgouvernement:	
13. 3. 1941	21 Personen
29. 5. 1941	32 Personen
13. 6. 1941	14 Personen
„unbekannt“:	
15. 7. 1940	284 Personen
22. 7. 1940	250 Personen
29. 7. 1940	324 Personen
1. 8. 1940	100 Personen
5. 8. 1940	411 Personen
8. 8. 1940	100 Personen
12. 8. 1940	399 Personen
17. 8. 1940	20 Personen

28. 11. 1940 65 Personen
6. 3. 1941 26 Personen (s. dazu unten)

Ybbs: 1.210 PatientInnen wurden von Steinhof in die Anstalt Ybbs überstellt. Fast zwei Drittel von diesen wurden wenig später zusammen mit Ybbsern Stammpatienten nach Hartheim gebracht:

9. 10. 1940	97 P.; 42 Steinhof
10. 10. 1940	21 P.; 13 Steinhof
18. 10. 1940	102 P.; 75 Steinhof
21. 10. 1940	60 P.; 42 Steinhof
23. 10. 1940	100 P.; 74 Steinhof
25. 10. 1940	106 P.; 94 Steinhof
29. 10. 1940	75 P.; 50 Steinhof
6. 11. 1940	62 P.; 39 Steinhof
2. 12. 1940	71 P.; 55 Steinhof
6. 12. 1940	105 P.; 75 Steinhof
16. 12. 1940	96 P.; 75 Steinhof
23. 1. 1941	35 P.; alle Steinhof
30. 1. 1941	55 P.; 43 Steinhof
18. 2. 1941	27 P.; 16 Steinhof
6. 3. 1941	31 P.; 6 Steinhof
7. 5. 1941	30 P.; 6 Steinhof
16. 5. 1941	36 P.; 10 Steinhof

1 Diese vorläufige Aufstellung basiert auf einer Liste im Akt des Strafprozesses Vg W 2407/46 des Landesgerichtes Linz als Volksgericht, die 2.282 Personen erfaßt, welche aus der Heil- und Pflegeanstalt Ybbs mit angeblich unbekanntem Ziel in den Jahren 1940 und 1941 abtransportiert wurden. Die detaillierte Überprüfung vor Ort ist noch ausständig.

Noch einige Beobachtungen zu den Transporten. Nach Niedernhart wurden ausschließlich Männer transferiert. Die großen Transporte

erfolgten im großen und ganzen getrennt nach Geschlechtern; manchmal sind bei einem „Frauentransport“ einige Männer dabei und umgekehrt.

Die einzigen „gemischten“ Transporte sind jene, welche in das Generalgouvernement gehen. Diese Transporte umfaßten auch nur Juden: Der erste erfolgte am 6. März 1941, trägt allerdings den Stempel „In nicht genannte Anstalt transf.“. Der zweite folgt eine Woche später, am 13. März 1941; hier wird bereits der Stempel „Polen“ verwendet. Es ist also anzunehmen, daß dieser zwischen dem ersten und dem zweiten Transport angefertigt wurde.

Die Besonderheiten eines weiteren Transportes wurden erst im Zuge der Arbeit deutlich. Am 28. 11. 1940 wurden 362 vor allem weibliche Patienten transferiert, davon 297 nach Ybbs, 65 in eine „nicht genannte Anstalt“. Auffallend dabei ist die Tatsache, daß etwa ein Drittel von ihnen (110) erst zwei Wochen zuvor, am 15. 11. 1940 in die Anstalt gekommen waren. Ungewöhnlich ist auch, daß die Destination Ybbs teilweise eingestempelt und teilweise mit Hand eingetragen wurde. Die Hintergründe dieser Besonderheiten werden sich vielleicht noch anhand von Patientenakten klären lassen.

Ein Pflaster – Was ist das? Entwicklung und Geschichte des Pflasters

Laut beständiger Gerüchte soll es ja angeblich nur zwei Arten von Pflastern geben: Die einen kleben nicht und die anderen lassen sich nicht ablösen. Auch wenn dies wohl etwas übertrieben formuliert erscheint, kann man doch umgekehrt recht gut darauf zurück-schließen, worauf es bei einem einfach zu verwendenden Pflaster ankommt. Die Klebkraft und die Hautfreundlichkeit bestimmten – und bestimmen in den meisten Fällen auch heute noch – die Qualität eines Heftpflasters. Die historische Entwicklung des Pflasters ist eine lange, fanden diese doch sicherlich im Altertum bereits Verwendung. Eine klare Unterscheidung zu Salben, Decothen und ähnlichem, die ebenfalls äußerlich auf die Haut aufgebracht wurden, scheint jedenfalls schwierig.¹ Erheblich hat sich der Begriff des Pflasters im Laufe der Zeit gewandelt. Während man heute unter „Pflaster“ fast nur noch verschiedenste klebende Verbän-

de zum Wundverschluß und ebensolche Fixiermittel meint, waren Pflaster früher Zubereitungen von Arzneistoffen. Verwendet wurden als Grundmassen zum einen Verbindungen, die als Verseifungsprodukte von Fetten und Schwermetallen, besonders mit Blei entstanden, und zum anderen Wachse, Fette und Harze und vor allem Mischungen dieser Komponenten. Sie wurden in Stangenform in

den Handel gebracht, vor Gebrauch geschmolzen und sodann aufgestrichen. Dieses „Streichen“ der Pflaster, das Auftragen auf den erkrankten Körperteil oder die entsprechende Hautstelle unternahm der Arzt und vielfach auch der dispensierende Apotheker. Um den Auftrag zu schützen und diesem entsprechende Festigkeit zu verleihen, wurde dieser dann mit Binden, meist aus Leinwand oder Leder umwickelt. Die Geschichte des Pflasters geht somit Hand in Hand mit der Entwicklung der Verbandstoffe. Die erste Erkenntnis, daß das Medikament auf eine Stoffunterlage aufgestrichen wurde, verdanken wir Heinrich Bass. Er nimmt als Materialien, auf die die Pflaster aufgestrichen werden, Leinwand, Leder, „Barchend“ (Barchent: dichtes, aufgearbeitetes, kurzfloriges Baumwollgewebe), „Sammet“ (Samt: Stoff mit Grundgewebe und aufrecht-

1 JANCKE, Eva; Stowasser, Heribert: Leitfaden der Verbandstoffkunde, Hattlingen 1962

stehendem, dichtem Flor) und „Taffet“ (Taft: Seidengewebe in Leinwandbindung).²

„Auf Leinwand streichet man die Pflaster dünne allenthalben gleich, an keinem Ort dicker als am andern, wenn man die Wunde bloß damit bedecken will: dicker aber, wenn der Chirurgus den Vorsatz hat, ein Geschwulst zu zertheilen, und eine befürchtende oder gar sich ereigende Entzündung zu verhindern und zu heben. Damit aber das Pflaster, wenn es dicke aufgetragen, nicht durch die Leinwand dringe, so bedienet man sich an dessen Stelle des Leders oder Bachends, welches dicker und dichter ist als die Leinwand.“³

Er beschreibt weiters genau die beste Beschaffenheit der verwendeten Materialien, vor allem aber von Leder oder Leinwand. Über Pflaster mit feineren Stoffen wie Samt oder Taft meinte er: *„... diese pflegt man gemeinlich an die Schläfe zu legen und Haupt- oder Flußpflaster zu nennen – jene legt man auf zarte Theile, als Augen, Lieder, Leffzen, insgleichen hin und wieder im Gesichte, die Finnen, Flecken und Muttermale zu bedecken, oder man gebraucht sie der Schönheit halber, nemlich ein schön und annehmlich Angesicht zu machen, und werden Moschuspflaster benamset, den galanten Fraenzimmer wohlbekannt.“⁴*

2 KOWE, Ursula: Die Geschichte des Verbandstoffes, Inaugural-Dissertation der medicin. Fakultät Universität Bonn, 1958

3 BASS, Heinrich: Gründlicher Bericht über Bandagen, Halle 1720

4 Ebenda
5 QUINCY, J.: Pharmacopoeia officinalis et extemporanea – Oder: Vollständiges Englisches Apothekerbuch, Leipzig 1785
6 Ebenda

tel waren rein pflanzlicher Natur. Als Beispiel diene ein Pflaster gegen Mutterkrankheiten (Emplastrum Antihystericum): *„Man nimmt durchgedrücktes Galbanum, zwölf Unzen, stinkige Asa und gelbes Wachs, von jedem sechs Unzen, weißes Harz, drei Unzen. Mischt und macht es nach der Kunst, zu einem Pflaster. Dieses Pflaster wird in hysterischen Zufällen auf die Nabelgegend, oder über den ganzen Unterleib, gelegt; und zuweilen mit guter Wirkung.“⁵* Oftmals allerdings wurden auch stark wirksame Heilpflanzen, wie Tollkirsche, oder Schierling gesetzt. So heißt es in Dr. Quincy's Apothekerbuch aus dem Jahre 1785 über ein Schierlingpflaster, das unter anderem mit Meerzwiebel essig versetzt war: *„Man hält es für ein mächtig kühlendes und zertheilendes Mittel, und das besonders wider die Milzgeschwülste und Herzgespann dienlich ist.“⁶* Nicht unerwähnt sollten auch die häufig und gerne angewendeten Seifen- und die Quecksilberpflaster bleiben. Letztere wohl in nicht unbedingt gering zu neuernden Konzentration, denn darüber kann man nachlesen: *„Diese Mercurialpflaster werden als mächtig auflösende und zertheilende Mittel angesehen, die mit weit größerer Gewisheit bei diesen Absichten wirken, als irgendeine Zusammensetzung von blos vegetabilischen Substanzen: Das Quecksilber äussert sich in einem beträchtlichen Grade, ob es schon selten in solcher Menge in den Körper zurückgeführt wird, daß es auf eine sinnliche und fühlbare Art auf den Mund wirken solle. Schmerzen in den Gelenken und Gliedern, die von einer venerischen Ursache herrühren, Knoten, Beingeschwülste, angehende scirröse und drüsige Verhärtungen*

sind ihnen zuweilen gewichen.“⁷ Auch einen Erklärungsversuch im Sinne der Humoralpathologie über die Wirkungsweise der Pflaster kann man in der Literatur finden. Über ein Pflaster, das neben diversen Harzen Seife und pulverisierten Kümmelsamen enthielt: „Dieses Pflaster verschaffet zuweilen Erleichterung in geringen gichterischen und rheumatischen Schmerzen, welches es bewirken soll durch Verhinderung des Zuflusses der Säfte zu dem Theil, und indem es die bereits daselbst stockenden in Bewegung setzt und zurück treibt.“⁸

Auskunft über die Vielzahl der gebrauchlichen Rezepturen und Mischungen als gleichsam offizieller Spiegel des Arzneischatzes geben die Arzneibücher. In den meisten wichtigen Pharmacopöen des 16. und 17. Jhs. finden sich ein bis zwei Dutzend Vorschreibungen unter dem Titel „Emplastra“ zusammengefaßt. So finden sich in der Pharmacopöe der Stadt Antwerpen aus dem Jahr 1560 15 Rezepturen, der Pharmacopöe Augustana von 1564 23, der Pharmacopöe Hagiensis von 1659 14 und in der Pharmacopöe Brugensis von 1697 21. Das 18. Jh. spiegelt die Vielfältigkeit der damaligen Heilkunde wieder. Und so sind im Dispensatorium pharmaceuticum Austriaco Viennense (1729) 59 Zubereitungen als Emplastra aufgelistet. Der üppige barocke Zeitgeist hatte auch in die Medizin und die Arzneibücher Einzug gehalten. Erst in den österreichischen Provinzialpharmakopöen wurde die Anzahl der Composita, der zusammengesetzten Arzneien, verringert. Vor allem die neue Pharmacopöe Austriaca von 1812 wehrte sich mit aller Kraft gegen die Polypharmazie, machte gleichsam reinen Tisch, und nur vier Rezepturen für

Pflaster konnten Eingang in dieses neue naturwissenschaftlich ausgerichtete Arzneibuch finden. Es war das Emplastrum Cantharidum, das Emplastrum gummiresinosum, das Emplastrum glutinosum (=anglicanum) und das Emplastrum Hydrargyri. Diese restriktive Verkleinerung des Arzneischatzes wurde in den darauffolgenden Auflagen bald wieder zurückgenommen, und mit fortschreitender dermatologischer Entwicklung wurde die Anzahl der verschiedenen Pflaster wieder größer und ihre Zusammensetzung ausgewählter und vielfältiger. In der siebenten und achten Ausgabe 1889 und 1906 finden sich immerhin 13 verschiedene Pflaster. Auch dürften sich Pflaster bei den rezeptierenden Ärzten größerer Beliebtheit erfreut haben und im täglichen Leben der Bevölkerung einen größeren Stellenwert genossen haben, als aus den Arzneibüchern hervorgehen mag, denn im Supplement-Band zur Pharmacopöa Germanica Ed. II (1885), der über Bereitung und Prüfung gebrauchlicher, aber in der Pharmacopöe nicht enthaltenen Arzneimittel Auskunft gibt, sind immerhin zu den neun offiziellen der Pharmacopöa Germanica Ed. II 1882 weitere 19 Pflaster aufgelistet.⁹ Heute sind Pflaster zur offiziellen Anfertigung nicht mehr im Arzneibuch zu finden. Die letzten drei, das einfache Bleipflaster, das Seifenpflaster und das Salizylseifenpflaster, waren in Österreich in der 9. Ausgabe des österreichischen Arzneibuches, die bis zum Jahr 1990 normativen Charakter hatte, zu finden. Die Anfertigung eines Pflasters war ein langwieriges und mühevolles Procedere,

7 Ebenda
8 Ebenda
9 SCHLUCKMO, O.: Supplement zum Commentar zur Pharmacopöa Germanica II – Bereitung und Prüfung der in der Pharmacopöa Germanica II nicht enthaltenen Arzneimittel

ABC Wärme-Pflaster: Heilpflaster gegen rheumatische Beschwerden

Fast jeder ist irgendwann von Rücken-, Muskel- oder Gelenkschmerzen betroffen. Viele von uns leiden sogar chronisch an rheumatischen Beschwerden. Durch falsches und zu langes Sitzen, Bewegungsmangel und Übergewicht, aber auch durch Kälte und Zugluft, werden Muskeln oft verspannt und die Gelenke schmerzen.

Bei Verspannungen und Muskelschmerzen entsteht ein natürliches Wärmebedürfnis. Das ABC Wärme-Pflaster wirkt hier als lokale Schmerz-Therapie punktgenau und stundenlang. Der im Cayenne-Pfeffer vorkommende Naturwirkstoff Capsicum wirkt kontinuierlich dort, wo der Schmerz sitzt. Capsicum blockiert die Schmerzweiterleitung und fördert die Durchblutung im Schmerzbereich, denn bei Verspannungen ist das Muskelgewebe schlecht durchblutet und nicht ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt.

ABC Wärmepflaster sorgt mit dem Wirkstoff Capsicum für die Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen, abgelagerte Schadstoffe werden abtransportiert und Schmerzlinderung tritt ein.

Das in Apotheken erhältliche ABC Wärme-Pflaster wurde schon 1928 von Prof. Raupenheimer für die Hamburger Beiersdorf AG entwickelt und wird nunmehr seit 70 Jahren zur lokalen Schmerz-Therapie eingesetzt.

Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen informieren Gebrauchsinformation, Arzt oder Apotheke.



ster spielen heute eine viel größere Rolle wie in der guten alten Zeit, in der das Publikum das „Pflasterschmierer“ als Kunst mit dem Apotheker gemeinschaftlich betrieb.¹³ Aufgrund der auf eine Stoffunterlage aufgetragenen Pflastermasse erhielten diese bald den Namen „Sparadrap“, vom lateinischen „spargere“, streuen, ausbreiten und vom französischen „drap“, Stoff, Zeug.¹⁴ Wurden die Massen dieser Sparadraps zu Beginn mit der Hand auf eine Leinwandbahn aufgebracht, wurden gegen Ende des 19. Jh. eine Vielzahl von unterschiedlichen Maschinen erfunden. Dennoch kann man nachlesen, daß ein eisernes Lineal alle Maschinen ersetzen kann „... und ein geschickter Defector wird damit, wenn er noch eine zweite Person zur Unterstützung hat (Anm.: der die Leinwand unter dem Lineal weiterzog) mit Leichtigkeit einige Ellen ganz brauchbares gestrichenes Heftpflaster herstellen“¹⁵.

Die Herstellung der gestrichenen Pflaster im allgemeinen ging zunehmend von den pharmazeutischen Laboratorien der Apotheken in die Hände der neuen aufstrebenden Industrie und ihrer großtechnischen Fertigung über. Als besondere Art etablierten sich um die Jahrhundertwende auch die amerikanischen Kautschukpflaster, die erstmals um 1870 von Seabury & Johnson in New York als „gelbes“ Heftpflaster hergestellt wurden.¹⁶ Als Pionier in Europa in der Produktion solcher Pflaster trat der Hamburger Apotheker Carl Paul Beiersdorf auf. Durch Anregung des Dermatologen Paul Gerson Unna entwickelte er neuartige Guttapercha-Pflastermulle. Diese waren gegenüber der bis dato eingesetzten Bleipflaster hautverträglich, konnten bei Zimmertemperatur einfach angewendet werden und, da sie

gegenüber den meisten Arzneistoffen indifferent waren, sollten sie die Wirksamkeit solcher Zusätze nicht beeinflussen und eine exakte Therapie mit genauer Dosierung ermöglichen. Unter dem Namen Guttaplast machten sie die neu entstandene Firma Beiersdorf schnell berühmt. Durch den Zusatz von Zink-oxiden konnten die hautreizenden Harzsäuren weiter neutralisiert werden, und durch die weiße Farbe seiner Klebmasse, die sich auch in kaltem Zustand bewährte, sah es sehr ansprechend aus. Das „Leukoplast“ war geboren. Es wurde zum Synonym für selbstklebende Wundverbände bis heute.¹⁷ Die ursprünglich verwendeten Naturstoffe wurden durch künstlich hergestellte Stoffe ersetzt und der poröse Aufstrich der Pflastermassen und die dadurch ermöglichte Hautatmung führten zu weitgehenden Verminderungen von Pflasterreizen. Schrittmacher in diese Richtung wurde in Deutschland die Fa. Lohmann KG.¹⁸ Die Arzneistoff-hältigen Klebepflaster wurden zunehmend zurückgedrängt, sodaß heute eigentlich nur mehr zwei Produkte vermehrt Anwendung finden: Rheumapflaster mit Capsicum-Extrakten und Hühneraugen- und Schwielenpflaster mit Salizylsäure. Erst die galenische Entwicklung der letzten Jahre besinnt sich erneut auf die Möglichkeiten der pflasterähnlichen Arzneiformen mit ihrer Wirkstofffreigabe durch die Haut. Produkte,

13 Ebenda

14 Real-Enzyklopädie der gesamten Pharmazie – Handwörterbuch für Apotheker, Ärzte und Medicinalbeamte, GEISLER E. und MOELLER J. (Hrsg.), Wien und Leipzig 1888, Bd. 4

15 Real-Enzyklopädie der gesamten Pharmazie – Handwörterbuch für Apotheker, Ärzte und Medicinalbeamte, GEISLER E. und MOELLER J. (Hrsg.), Wien und Leipzig 1888, Bd. 4

16 JANCKE, Eva; STOWASSER, Heribert: Leitfaden der Verbandstoffkunde, Hattingen 1962

17 100 Jahre Beiersdorf 1882-1982, Festschrift Beiersdorf AG, Hamburg 1982

18 JANCKE, Eva; STOWASSER, Heribert: Leitfaden der Verbandstoffkunde, Hattingen 1962

die nun allerdings unter den Namen „Transdermale Therapeutische Systeme“ (TTS) firmieren, werden als zukunftssträchtige Entwicklung vorgestellt. Diese allerdings sind hochtechnische Produkte mit komplexem Aufbau, deren genau definierte Arzneistoffabgabe pro Zeiteinheit, deren einfache Anwendung durch Aufkleben auf die Haut und die damit verbundene Verminderung von Nebenwirkungen, die Reduktion des Arzneistoffmetabolismus und die Verhinderung von einer möglichen Zerstörung von Wirkstoffen im Magen-Darm-Bereich als Vorteil gegenüber oralen Anwendungsformen angesehen werden kann. In solchen Anwendungsformen finden vor allem Arzneistoffe zur Hormonsubstitution, zur Nikotinentwöhnung, zur Schmerzbehandlung auf

Opiatbasis und Coronatherapeutika ihre Verwendung.¹⁹ Vom alten Emplastrum zum TTS – das Pflaster hat somit im Laufe der Geschichte eine gewaltige Veränderung erfahren. Die wissenschaftliche Entwicklung hält nicht an: Neue Erkenntnisse, neue Methoden, neue Arzneiformen, neue Präparate und Produkte. Das Pflaster in seiner gewöhnlichen Form als Wundschnellverband ist heute Allgemeingut. Kaum ein Haushalt, in dem keines zu finden ist. Heute erspart man sich das kunstvolle „Schmierer“ in den Apotheken, und die meisten Pflaster kleben leidlich. Alleine vor einer kleinen Verletzung ist niemand gefeit, und so sollte sich der Leser – nicht nur der mit heimwerkerischen Ambitionen – wohl fragen: „Wo haben wir – für den Fall der Fälle – die Pflaster bei der Hand?“.

19 WICHO, Heribert: Transdermale Therapeutische Systeme: Zur Teilbarkeit; In: ÖAZ, 52. Jahrgang, Nr. 3 S. 110-113

Arnica montana L. = Arnika**Familie**

Asteraceae (Korbblütengewächse),
Compositae

Volkstümliche Bezeichnungen

Bergwohlverleih, Fallkraut, Gemsblume, Johannisblume, Konnesblume, Kraftwurz, Mitterwurz, Ochsenwurz, Wolfsblume, Engelkraut, Stichwurz, Bergdotterblume, Wundkraut

Vorkommen

auf Bergwiesen, Bergheiden und Hochmooren Mitteleuropas, von Spanien (Pyrenäen) bis zum Kaspischen Meer.

Botanik

30-50 cm hohe Pflanze mit einem horizontal im Erdboden kriechenden 3-5 mm dicken Wurzelstock (Rhizom).

Der dicke, krautige Stengel entspringt einer Blattrosette, die dicht dem Erdboden anliegt. Dieser Stengel ist behaart und trägt 1-2 Blattpaare und meist nur einen Blütenkopf. Die dottergelben bis orangefarbenen Blüten (Blütezeit Juni bis Juli) sind von einem zweireihigen, kurzen, zottig behaarten Blütenkelch

umgeben. Die Randblüten besitzen drei Zähnen, dies ist bei der Drogenanalyse ein wichtiges Merkmal! Aus den Blüten entwickeln sich einsamige Früchte, die einen Haarschopf (Pappus) tragen. Dieser erleichtert die Verbreitung durch den Wind.

Ernte und Aufbereitung

Arnika steht in Deutschland und Österreich unter Naturschutz. Die arzneilich verwendete Droge stammt zumeist aus Nordspanien, der Schweiz oder Oberitalien.

Man erntet die Blüten, wenn sie voll entfaltet sind und trocknet diese schonend (unter 50 °C). Die Droge muß vor Feuchtigkeit geschützt und in kühlen Räumen aufbewahrt werden.

In der Homöopathie wird der Wurzelstock verwendet. Für die externe Anwendung in der Homöopathie wird die ganze blühende Pflanze genutzt.

Geschichtliches

In der Antike wurde die Arnika offensichtlich nicht verwendet. Es gibt zumindest keine schriftlichen Aufzeichnungen. Im 17. Jahrhundert wird Arnika des öfteren erwähnt und dies in den später immer bedeutsameren Anwendungsgebieten. Bekannte Arnika-Berichte stammen von TABERNAEMONTANUS (1613), JOEL (1663), und einige Jahre später von FEHR, der Arnika in allen Fällen, „... wo man sich wehgetan, gefallen, verrenkt oder ver-

stauchet hat“, empfahl. Ein besonders enthusiastischer Anhänger der Arnika war der Wiener Arzt H. J. COLLIN (18. Jhd.), der Arnika wie die Chinarinde, als Fiebermittel, einsetzte. Es wird berichtet, daß er über 1000 Patienten in den Jahren 1771 - 1774 mit Arnika vom Wechselfieber geheilt habe. Er soll Arnika auch bei Lähmungen und „Schwarzem Star“ erfolgreich eingesetzt haben.

Arnika wurde vielfach auch als Abortivum verwendet, was durch die nachgewiesene Wirkung einiger Inhaltsstoffe (Sesquiterpenlactone) auf die Gebärmutter erklärt werden kann.

Die hohe Anerkennung der Heilwirkung der Arnika reichte bis weit in das 18. Jahrhundert hinein; die unter „volkstümliche Bezeichnungen“ genannten Namen stammen großteils aus dieser Zeit. Sie lassen sehr häufig die Anwendungsgebiete erkennen. Erwähnenswert

ist, daß Arnika das letzte Heilmittel war, welches man dem sterbenden GOETHE gab. Die nicht unbedeutenden Nebenwirkungen der Arnika bei einer allzu kritikalosen Anwendung führte dann dazu, daß die Verwendung der Arnika gegen Ende des 19. Jahrhunderts stark zurückging. Erst in unserer Zeit findet die Arnika wieder ein größeres Interesse.

Inhaltsstoffe

Sesquiterpenlactone vom Pseudoguaninoid-Typ Ester des Helenalin 11,13 - Dihydrohelenalin mit versch.

niederen Fettsäuren
Flavonoidglykoside (bisher 16)
Zimtsäuren und Derivate
Cumarine
Polyacetylene
Cholin
Xanthophylle

In Spuren die Pyrrolizidine
Tussilaginsäure und
Isotussilaginsäure
sowie
2 - Pyrrolidinessigsäure

Anwendungsgebiete

Im Vordergrund steht nach wie vor die äußerliche Anwendung, vor allem bei Zerrungen von Muskeln und Sehnen, Faserrissen und Quetschungen. Hier sind Umschläge mit Arnika-tinktur zu empfehlen.

Blutergüsse werden auf dieselbe Weise behandelt. Arnika fördert die Resorption. Auffallend ist die starke

schmerzlindernde Wirkung von Arnika. Bei schmierigen, schlecht heilenden Wunden wirken Arnikaumschläge sehr gut.

Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß es bei der äußerlichen Anwendung von Arnika gelegentlich zu allergischen Hautreaktionen kommen kann (dasselbe gilt auch für Salben, die Arnika enthalten).

Die für Arnika bekannte entzündungshemmende Wirkung kann sinnvoll durch Spülungen oder Gurgeln bei Entzündungen im Mund- und Rachenbereich genutzt werden.

Die Gefäßwirkung von Arnika wurde vor



allein bei anginösen Beschwerden, bei Angina pectoris oder bei Myocardkrankungen bzw. Durchblutungsstörungen des arteriellen und venösen Systems genutzt. Diese Indikationen sind heute jedoch kaum noch üblich.

Dosierung:

Aufguß: 2 g Droge auf 100 ml Wasser
Tinktur: für Mundspülungen – Tinktur 10fach mit Wasser verdünnt
Salben: mit maximal 20-25 % Tinktur
Arnika-Öl: Auszug aus 1 Teil Droge und 5 Teilen fettem Pflanzenöl
Salben: mit maximal 15 % „Arnika-Öl“

Eine große Bedeutung besitzt

Arnika in der Homöopathie:

Das Arzneimittelbild von Arnika (die Wirkung von Arnika am gesunden Menschen – ein für die Homöopathie kennzeichnendes Vorgehen, um die Anwendung einer Arznei nach dem Simileprinzip zu ermöglichen) zeigt eine klare Ausrichtung auf Gefäße und Kapillaren, Muskeln, Bindegewebe, Magen, Darm und Haut.
Charakteristisch ist eine Art Arnikatyp: Muskulöse, blutreiche, zur Hypertonie

neigende Menschen mit einer starken Neigung zu Kongestionen.

Typisch auch der Zerschlagenheitsschmerz. Jede Bewegung und Erschütterung verschlimmert!

Die wichtigsten Anwendungsgebiete für Arnika in der homöopathischen Medizin sind:

Quetschungen, Kontusionen, Distorsionen, Hämatome, Blutungen, Neuralgien, Myalgien, Muskelkater, Ischias, Varizen, Stenokardien, Bluthochdruck, Arteriosklerose, Apoplexien, Herzmuskelschwäche, Ohrensausen, Menorrhagien.

Gebräuchliche Potenzen: D4, D6, D12, D30

Gebräuchliche Arzneiformen:

Dilutionen, Globuli und für die äußerliche Anwendung externe Tinkturen und Salben.

Literatur

MADAUS – Lehrbuch der Biologischen Heilmittel
WICHTL – Teedrogen und Phytopharmaka
PAHLOW – Das große Buch der Heilpflanzen
SCHWABE – Homöogramm Arnika

42

43

HINTERGRÜNDE

Im Jiddischen ist „der schejne Jid“ jemand, der sich der Torah widmet und die religiösen Gebote einhält. Seine Gestalt muß keinen körperlichen Schönheitsidealen entsprechen. Er ist schön, weil er moralisch integer ist. Doch nicht nur in der jüdischen, sondern in der westlichen Kultur schlechthin sind Schönheit und Häflichkeit Kategorien, die nicht nur auf äußere Merkmale, sondern immer wieder auch auf Charaktereigenschaften bezogen werden.

„Die Rasse ist nicht schön“ schrieb der französische Historiker Anatole Leroy Beaulieu 1893 in seinem Werk „Les juifs et l'antisémitisme. Israël chez les nations“. Trotz seines offenkundigen Rassismus zählte sich Leroy Beaulieu selbst nicht zu den Feinden des Judentums, sondern er nutzte seine Klischees für eine scheinbar philosemitische Argumentation. Die „körperlichen Mängel“ der Juden und ihre daraus hervorgehenden „charakterlichen Unzulänglichkeiten“ seien auf ihre jahrelange Unterdrückung und Gefangenschaft im Ghetto zurückzuführen. Würden sie erst aus diesem befreit, so könnten sie sich zu „gesunden“, „schönen“ und „guten“ Menschen entwickeln, ein Argument, das auch von einigen jüdischen Wissenschaftlern aufgegriffen wurde, so von Max Nordau, dem Zionisten und engen Mitstreiter Theodor Herzls. Nordau propagierte den Typus des „Muskeljuden“, der frei und stolz, von körperlicher Arbeit lebend, in Palästina

Gabriele Kohlbauer-Fritz

„Der schejne Jid. Das Bild des jüdischen Körpers in Mythos und Ritual“.

Anmerkungen zu einer Ausstellung im Jüdischen Museum Wien

eine neue Ära für die Juden einleiten würde.

Riten, die mit dem Körper im Zusammenhang stehen und Körperbilder waren das Thema der Ausstellung im Jüdischen Museum: Fremdbilder und Selbstbilder, Frauenbilder und Männerbilder, Bilder vom „kranken“ und „gesunden jüdischen Körper“, vom „jüdischen Arzt“ und vom „jüdischen Patienten“, vom „Muskeljuden“, vom „exotischen Juden“ vom „intellektuellen Juden“ und von der „schönen Jüdin“. Gezeigt wurden Objekte zu den rituellen Praktiken, Arbeiten jüdischer und christlicher Künstler von Albrecht Dürers Holzschnitt „Beschneidung Jesu“ bis zu Ilanit Leder, einer jungen israelischen Künstlerin, die für die Ausstellung eine Mikwe-Installation gestaltete, Berichte von den ersten Schönheitschirurgischen Eingriffen in den Vereinigten Staaten, ein feministischer Comics aus den achtziger Jahren über Nasenoperationen, eine Barbiepuppe als Modell der „ultimativen Schickse“ und viele andere.

Diskussionen über diese Ausstellung

gab es zahlreiche, im Vorfeld unter den Mitarbeitern, aber auch während der Ausstellung mit einigen der Besucher. Schon die Wahl des Titels gab Anlaß zu Bedenken. Eine wichtige Rolle spielte dabei der Ort der Ausstellung, zwar im Jüdischen Museum, aber doch in Wien mit seiner langen antisemitischen Tradition. Im Jiddischen ist der Begriff „a schejner Jid“ eine Ehrenbezeichnung, in Wien hingegen sahen sowohl die Nichtjuden als auch ein Teil der alteingesessenen, an die deutsche Kultur assimilierten Wiener Juden die jiddische Sprache lange Zeit als ein verballhorntes Deutsch. Es war die Sprache der gegen Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts vor allem aus Galizien und Rußland nach Wien eingewanderten „Ostjuden“, die von der Wiener Bevölkerung angefeindet und durch ihre traditionelle Kleidung und Haartracht als Außenseiter wahrgenommen wurden. Von den Antisemiten wurden und werden jiddische Ausdrücke oft in karrierender Absicht gebraucht. Der Ausdruck „der schejne Jid“ hat daher gerade im Wienerischen verschiedene Konnotationen. In den Vereinigten Staaten mag das Jiddische mit einem nostalgischen Touch behaftet sein, in Wien jedoch schwingt stets eine stereotype Komponente mit. Nicht unumstritten war auch die Wahl des Plakatsujets: das um 1911 in Jerusalem aufgenommene Fotoporträt eines rumänischen Juden von Ephraim Moses Lilien, das einen frommen jungen Mann in Streimel und Kaftan zeigte, entsprechend dem Titel der Ausstellung „a schejner Jid“. Der Porträtierte blickt den Betrachter direkt an. Sein Blick ist stolz und selbstbewußt und das Poträt hat somit nichts gemein mit den typischen ethnographischen Fotos der Jahrhundertwende, die den

Porträtierten auf ein Objekt reduzieren, das der Neugierde des Betrachters schutzlos ausgesetzt ist. Durch seine religiöse Kleidung und Bartracht wird der Porträtierte aber trotzdem von vielen als „exotisch“ und „anders“ wahrgenommen. Eine der typischen Reaktionen mancher Besucher auf das Plakat war: „Na, der ist aber nicht schön, den ihr da ausgesucht habt.“ Ein wichtiger Ausgangspunkt für die Ausstellung war die Auseinandersetzung mit den grundsätzlichen Schwierigkeiten der musealen Präsentation jüdischer Riten. Jüdische Riten sind je nach Absicht und Kontext unterschiedlich interpretierbar. Auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden im Jahr 1911 stellte der Wiener Rabbiner und Volkskundler Max Grunwald, der auch zu den engen Mitarbeitern des ersten Wiener Jüdischen Museums zählte, eine Schau unter dem Titel „Hygiene des Judentums“ zusammen, in der er erstmals versuchte, jüdische Riten einer breiten Öffentlichkeit zu erklären. Die Hygiene-Ausstellung in Dresden stand unter dem Zeichen der bedingungslosen Wissenschaftsgläubigkeit und des Sozialdarwinismus. Auch Max Grunwald ging von diesem Ansatz aus. So begründete er beispielsweise den Ritus der Beschneidung, die rituellen Reinheitsvorschriften für die Frau und die rituellen Speisegesetze mit der Prophylaxe gegen bestimmte Krankheiten wie Syphilis oder Tuberkulose. Mit dieser Argumentation wollte er Anschauungen in der Medizin des 19. Jahrhunderts entgegenreten, die das Gegenteil behaupteten und die jüdischen rituellen Praktiken diffamierten. Für Grunwald waren die Juden gerade durch ihre lange Tradition von Hygienepraktiken „gesünder“ und „moralischer“ als die nicht-

jüdischen Europäer. Dem Zeitgeist entsprechend saß er dabei dem seit Ende des 19. Jahrhunderts grassierenden Trugschluß auf, die Juden seien eine eigene Rasse.

Anhand der Geschichte der Ausstellungsobjekte läßt sich sehr gut nachvollziehen, wie sehr die Intention der Kuratoren und der Blickpunkt des Betrachters den Inhalt manipulieren können.¹ Die jüdische Abteilung in Dresden war in die Bereiche „Antike“ und „Mittelalter“ eingeteilt. Der Großteil der Objekte, die in Dresden gezeigt wurden, stammte aus Wien und aus anderen jüdischen Museen und Institutionen in Österreich und Deutschland. So baute der Künstler Isidor Kaufmann seine für

das Wiener Jüdische Museums geschaffene, vielgerühmte Schabstatue auch in Dresden auf. Vom Wiener Architekten Max Fleischer stammten Pläne des Wasserleitungssystems in Jerusalem und der salomonischen Tempelanlagen. Gemeinsam mit Studenten der Lämelschule in Jerusalem fertigte Max Grunwald Gipsmodelle von antiken Gräbern, einer Mikwe, einem palästinensischen Haus, verschiedenen antiken Kochtellen, Weinpressen und anderen an.² Als Beispiele mittelalterlicher Ghetti standen Modelle und Photos des Wiener Ghettos,

des Ghettos in Eisenstadt und des Ghettos in Frankfurt am Main. Zur Illustration für die Krankenpflege und die rituellen Reinigungsvorschriften für die Leichenbestattung stellte die Kultusgemeinde in Prag den aus 15 Bildern bestehenden Gemäldezyklus der Prager Chewra Kadischa und das Wiener Jüdische Museum zwei Grabsteine zur Verfügung.

28 Jahre später verwendeten die Nationalsozialisten zum Teil dieselben Objekte für eine antisemitische Ausstellung im Naturhistorischen Museum in Wien, die unter dem Titel „Das körperliche und seelische Erscheinungsbild der Juden“ lief. Im Mittelpunkt standen wiederum die jüdischen Riten von Geburt und Beschneidung bis zu Begräbnis- und Sterberiten. Der Ausstellungsmacher, der Anthropologe Josef Wastl hatte dafür eigens die Bestände des Jüdischen Museums konfiszieren lassen. Seine Absicht war es jedoch, die Juden als genetisch und sozial degenerierte Verbreiter von Krankheit und moralischer Entartung darzustellen. Nichtsdestoweniger kritisierten der kommissarische Leiter des Museums Otto Pesta und ein Teil der Presse die Ausstellung als zu sehr wissenschaftlich und zu wenig propagandistisch.³

Von den jüdischen Ausstellungsmachern in Dresden konnte noch niemand ahnen, welch fatale Entwicklung die Lehren von der Eugenik und „Rassenhygiene“ im Dritten Reich nehmen würden. Heute tragen wir das Wissen über die Schoa mit uns und unsere Sichtweise ist davon geprägt. Die Objekte, die 1911 in Dresden und 1939 im Naturhistorischen Museum in Wien mit völlig unterschiedlichem Ziel gezeigt wurden, können wir heute nur mit einer gewissen Befangenheit betrachten. In

1 K. SUDHOFF, O. NEUSTÄTTER, Katalog zur Internationalen Hygiene-Ausstellung, Dresden 1911

2 Einige dieser Modelle befinden sich bis heute im Wiener Jüdischen Museum.

3 Bernhard PURIN, Beschlagnahme. Die Sammlung des Wiener Jüdischen Museums nach 1938, Wien 1995, S. 12 – 15. Erhalten ist eine Fotodokumentation der Ausstellung im Naturhistorischen Museum sowie einige Beschriftungstafeln.

Betrachtet man nur die Fotos mit den Vitrinen zum Bereich der jüdischen Riten, so fällt auf, daß sie sich auf den ersten Blick nicht wesentlich von Jüdischen Ausstellungen in jüdischen Museen unterscheiden. Der ideologisch propagandistische Teil wurde von Wastl extra abgehandelt. So stellte er Vitrinen mit erkenntnisdienlichen Porträtfotos von Juden aus, die ihm die Wiener Polizeidirektion zur Verfügung stellte und die er nach „Grundtypen“ ordnete.

der Ausstellung „Der schejne Jid“ im Jüdischen Museum setzen wir sie bewußt ein, um über Geschichte und deren Interpretation nachzudenken und die verschiedenen Sichtweisen zu hinterfragen. In diesem Sinn standen der Blick und das Sehen im Mittelpunkt der Ausstellung. Die Kehrseite zur Ausgrenzung und Pathologisierung des „jüdischen Körpers“ ist die Hervorhebung bestimmter positiver Merkmale, die letztlich aber auch auf Ausgrenzung hinausläuft. In der Ausstellung stellten wir Bilder und Gegenbilder einander gegenüber. Eine wichtige Bedeutung kam dabei der Gestaltung durch Matthis Esterházy zu. Antisemitische Klischees wurden auf Transparentfolien gedruckt und bildeten Räume im Raum. Die Besucher waren somit aufgefordert, sich mit den transparenten Stereotypen auseinanderzusetzen, sie hatten aber auch die Möglichkeit, die Ausstellungsobjekte an den Wänden unmittelbar zu betrachten. Dem Ölgemälde „David mit dem Haupt des Goliath“ des Wiener Biedermeier-Malers Peter Krafft war eine antisemitische Karikatur aus der Schweizer Zeitschrift „Der Nebel-spalter“ vorgestellt, die David als den „ersten Schächter“ darstellte. Vor dem Porträt der Sarah Bernhard von Hans Makart hing eine Karikatur aus einer französischen Zeitschrift, die die Schauspielerin als Gold legendes Huhn darstellte, um nur einige Beispiele zu nennen. Ganz bewußt waren die Objekte erklärt, die transparenten Stereotypen jedoch nicht weiter aufgeschlüsselt. Die Besucher waren aufgefordert, ihre eigene Meinung zu bilden und die Stereotypen selbst zu durchschauen. Den Schlußpunkt der Ausstellung bildete

eine Galerie mit Selbstporträts jüdischer Künstler von Max Liebermann über Chaim Soutine bis R. B. Kitaj, Pier Marton und Marina Vainshtein, die zum Teil eine sehr radikale Auseinandersetzung mit jüdischer Identität darstellten. So läßt sich Marina Vainshtein ihren Körper und rasierten Schädel mit Holocaustbildern tätowieren und anschließend in schlichten schwarz-weiß Aufnahmen fotografieren, die sie dann Museen und Galerien zur Verfügung stellt. Auf den ersten Blick mag sie wie ein Punk oder ein Skinhead wirken, erst bei näherem Hinschauen entschlüsselt man die schockierenden Bilder auf ihrem Körper, eine Selbstinszenierung, die mehrfache Tabubrüche beinhaltet.

Die Ausstellung rief sehr großes Interesse hervor. Die auch befürchteten negativen Reaktionen blieben aus. Lange haben wir darüber diskutiert, ob es zulässig ist, antisemitische Stereotype überhaupt im Jüdischen Museum auszustellen. Durch die Verfremdung der Stereotype auf den Transparenten schien uns diese Entscheidung gerechtfertigt. Obwohl die Gestaltung der Ausstellung vieles offen ließ und auf keinen Fall belehrend wirken wollte, nahmen die meisten Besucher das Konzept richtig auf. Der Katalog zur Ausstellung, eigentlich ein begleitender Essayband, war dazu gedacht, das sehr komplexe Thema zu vertiefen.⁴ Es ist sicherlich eine Illusion, anzunehmen, man könnte durch eine Ausstellung stereotype Bilder und Vorstellungen zum Verschwinden bringen. Wir wollten die Funktionsweise von Stereotypen veranschaulichen und diese somit entlarven.

4 Sander L. GILMAN, Robert JÜTTE, Gabriele KOHLBAUER-FRITZ (Hg.), *Der schejne Jid. Das Bild des jüdischen Körpers in Mythos und Ritual*, Picos Verlag, Wien 1998

Das Interesse des Menschen für seinen Körper ist ihm von Grund auf eigen und unterscheidet ihn auch wesentlich von anderen Lebewesen. Bis in das 16. Jahrhundert gab es aber kaum wissenschaftlich fundiertes Wissen über die Anatomie des Menschen, es existierten zahlreiche falsche Beschreibungen und Irrtümer, vieles war Erdichtetes (=Mythos). Erst seit Beginn des 16. Jahrhunderts werden durch Leonardo da Vinci und vor allem den Brüsseler Anatomen Andreas Vesalius anatomischen Illustrationen und Beschreibungen Beobachtungen am zergliederten menschlichen Organismus und an seinen Organen zugrunde gelegt. Damit wurde eigentlich erstmals die Anatomie – auf deutsch „das Zergliedern“ – ihrem Wortsinn gerecht. Der Zugang erfolgte bereits damals von zwei verschiedenen Blickwinkeln aus. Leonardo da Vinci benutzte aus Sektionen erworbenes Wissen für die Kunst, Andreas Vesalius begründete mit diesen Erkenntnissen die wissenschaftliche Anatomie.

Das Interesse am eigenen Körper ist nach wie vor gegeben, und trotz aller verfügbarer Daten über die Anatomie des Menschen ist der menschliche Organismus zumindest zum Teil für viele heute noch Sage und Legende, also Mythos. Das liegt zum Einen vor allem daran, daß die Beobachtung menschlicher Organe zum größten Teil nach wie vor medizinisch tätigen Personen vorbehalten ist. Zum Anderen ist damit auch die Angst vor dem Tod und die Scheu vor der Leiche verbunden. Studierende der Human- und Zahnme-

dizin, der medizinisch-technischen Akademien, sowie Schüler und Schülerinnen der Krankenpflege- und Gesundheitsberufe erlernen und erfahren an anatomischen Präparat die Grundkenntnisse für ihren späteren Beruf und erfahren so den Zugang zum lebendigen menschlichen Körper. Dem interessierten Laien dagegen stehen nur zweidimensionale Abbildungen in diversen Anatomieatlanten und Hausarztbüchern zur Verfügung, welche in den letzten Jahren immer häufiger in allen Buchläden angeboten werden.

Gerade diese Tatsache aber beweist, daß das Interesse an der eigenen Anatomie groß ist, und daß Bedarf an einer „begreifbaren“ Anatomie gegeben ist. Die Möglichkeit dazu ist uns wiederum in den letzten Jahren durch das von Dr. Gunther von Hagens in Heidelberg entwickelte Konservierungsverfahren der Plastination möglich. Biologisches Gewebe kann mit Hilfe dieses Verfahrens mit härtbaren Kunststoffen durchtränkt und damit dauerhaft haltbar gemacht werden. Die plastinierten Präpa-

rate sind fest, trocken, geruchsneutral und ungiftig und damit im Wortsinn „begreifbar“. Das natürliche Aussehen bewahren die Organe dabei durch die Imprägnierung mit Silikonkunststoffen. Polyester- und Epoxidharze werden für die Imprägnierung von Organ- und Körperscheiben verwendet, welche dann hervorragende Vergleichsmöglichkeiten mit Schnittbildern der bildgebenden Verfahren (Computer- und Magnetresonanztomographie) bieten.

Kunststoffausgüsse von Hohlräumen – sogenannte Korrosionspräparate – geben schon lange die Möglichkeit, den Innenabdruck von Hohlorganen, wie von Herz, Blutgefäßen, Luft- und Speisewegen, Harnwegen etc. auszugießen und ermöglichen damit auch faszinierende Einblicke in den menschlichen Organismus.

Die Ausstellung „Mythos Mensch“ soll den „Mythos“ für jeden einzelnen Besucher durch „Realität“ ersetzen. Sie soll zum Verständnis des menschlichen Organismus und seiner Organe und damit auch wesentlich zum Gesundheitsbewußtsein beitragen.

Bei „Mythos Mensch“ handelt es sich um eine Art „wanderbares Anatomiebuch“. Nach einer von zahlreichen Ausstellungsobjekten, Computeranimationen und Videos begleiteten Einführung in die Geschichte der Anatomie



und der Präparationstechniken, beginnend bei der Einbalsamierung und Mumifizierung, bis zu den modernsten Methoden der Darstellung anatomischer Strukturen, der Gefäßausguß- und der Plastinationstechnik, sowie der Computer- und Magnetresonanztomographie, spaziert man durch die verschiedenen Organsysteme des Menschen.

Der Herz- und Kreislaufapparat, das Gehirn und Nervensystem, die Welt der Sinne, der Verdauungsapparat, die Atmungsorgane, der Bewegungsapparat und die Entstehung neuen Lebens werden durch eine Vielzahl von Medien und vor allem durch das jeweilige Organ an sich – das anatomische Präparat – begrifflich gemacht. Damit von dieser Überflutung mit Eindrücken auch etwas mitgenommen werden kann, gibt es einen Ausstellungskatalog in elektronischer und in Buchform – ein kurzgefaßtes Anatomiebuch, für den Laien verständlich, aber mit Daten, Fakten und Abbildungen wie sie in keinem anderen Buch zusammengefaßt sind.

Ausgestellt werden ausschließlich Präparate, welche ansonsten für die Ausbildung von Personen in Gesundheitsberufen vorgesehen sind. Aus diesem Grund gibt es auch keine Ganzkörperplastinate, die nur spektakulär, aber ohne jeden didaktischen

Wert sind. Darüber hinaus wurde – wo immer möglich – ganz bewußt darauf verzichtet, Haut zu zeigen. Die Erfahrung lehrt uns, daß auch langsam auf den Umgang mit anatomischen Präparaten vorbereitete Studierende der Medizin sich davor scheuen, in die Haut, die ja das irdische Abbild des Individuums darstellt, einzuschneiden. Erst nach der Eröffnung und Entfernung der Körperhülle beginnt die Scheu dem Interesse und der Neugier zu weichen; einer Neugier, die so notwendig für den Fortschritt in der Medizin war und ist. Mit dieser Ausstellung ist es auch jedem interessierten Laien möglich diese Neugier, dieses Interesse für den eigenen Organismus zu wecken und zu stillen. Nach dem Besuch der Ausstellung sollte der menschliche Organismus für jeden Besucher weniger „Mythos“ und mehr „Realität“ sein. Das Verständnis um den Körper sollte schließlich auch der eigenen Gesundheit zu gute kommen. Des weiteren sollte die Kenntnis der Komplexität des menschlichen Organismus auch dem Laien verständlich machen, welch enormes Wissen vom medizinischen Fachpersonal erwartet wird und werden muß. Die Ursache dafür, daß für den Unterricht von medizinischem Personal nicht einfach Abbildungen verwendet werden, liegt auf der Hand. Zunächst müssen auch diese Abbildungen erst gemacht werden, und dann fehlt dem Bild eben die dritte Dimension, also das für den am lebenden Menschen Tätigen so wichtige Gefühl für die Tiefe, und damit die Möglichkeit zur „Begreifbarkeit“. Dreidimensionale Computerrekonstruktionen und Plastikmodelle – beide erstellt mit hohem technischen Auf-

wand – können die dritte Dimension zwar veranschaulichen, sind im Fall der Animation aber wieder nicht „begreifbar“ und daher nicht in der Lage, das richtige Gefühl für die Tiefe zu vermitteln, und Plastikmodelle sind mitunter im Detail nicht exakt ausgearbeitet. Beide aber sind nicht in der Lage die Individualität und die Breite der möglichen Variationen zu veranschaulichen.

Eine alte Medizinerweisheit sagt: „Könnten Ärzte nicht an Toten lernen, müßten sie dies an Lebenden tun – und das könnte Tote geben.“ Daß es bei uns möglich ist, an der menschlichen Leiche zu lernen, haben wir vor allem zwei Faktoren zu verdanken: 1) der christlichen Kirche, welche die strikte Trennung von Körper und Geist anerkennt und dadurch als oberste moralisch-ethische Instanz die Möglichkeit zur Öffnung des Körpers und Untersuchung der Organe und Körperhöhlen überhaupt gibt und 2) der Bereitschaft vieler Menschen, ihren Körper nach dem Tode für Wissenschaft und Lehre zur Verfügung zu stellen, im Sinne des lateinischen Wortes „Mors auxilium vitae“ oder wie es der berühmte Grazer Anatom Walter Thiel formuliert: „Ihr Tod trägt die Würde, fremdem Leben selbstlose Hilfe gewesen zu sein“. All jenen müssen wir alle unseren innigsten Dank aussprechen, denn ihre testamentarisch verankerte Bereitschaft ermöglicht erst eine qualitativ hochwertige Ärzteausbildung und schützt uns alle damit vor schlechten Ärzten.

Ärzte ohne Anatomiekenntnisse gleichen Maulwürfen, sie arbeiten im Dunkeln, und ihrer Hände Tagewerk sind – Erdhügel. (Tiedemann)

„Mythos Mensch“ und „Körperwelten“ Zwei Ausstellungen aus der Sicht einer Medizinstudentin

In den letzten Monaten waren in Wien zwei Ausstellungen über ein besonderes Thema zu sehen. Es waren keine Kunstausstellungen, zumindest nicht im landläufigen Sinn. Die Ausstellungen beschäftigten sich mit dem größten Kunstwerk, dem Menschen.

Mit ähnlichen Techniken und doch auf ganz unterschiedliche Weise zeigten diese Ausstellungen, was in einem Menschen steckt, sie gaben Einblicke, die bis vor kurzem nur Medizinstudenten und Ärzten vorbehalten waren.

Das Innere eines Körpers, die Organe, ihre Funktion und die Verbindung der einzelnen Teile zu einem funktionierenden Ganzen, waren bisher nur aus Bildern oder Filmen zu erfahren. Doch diese beiden Ausstellungen machten es endlich möglich, wirklich „unter die Haut“ des Menschen zu schauen, einen Einblick in den realen menschlichen Körper zu gewinnen. Die Präparate, die nicht nur einzelne Organe herausgreifen, sondern in ihrer Komplexität zusammenhängen, lassen das Kunstwerk Mensch besser begreifen.

Mythos Mensch

Die über 800 Jahre alten Gemäuer der Keller des Schottenstiftes rufen in dem Besucher ein Gefühl von Mystik hervor. Der Ort für diese Ausstellung und auch der Name „Mythos Mensch“ sind sicher nicht grundlos gewählt. Der menschliche Kör-

per in seiner Komplexität war immer geheimnisumwittert. Die wenigen Grundlagen, die aus dem Biologieunterricht in der Schule bleiben, reichen der wissbegierigen Natur des Erwachsenen kaum aus, um alle Einzelheiten zu verstehen. Daher ist es durchaus richtig, den Menschen als einen Mythos zu bezeichnen.

Die Ausstellung beginnt mit einer Leinwand, die das Bild des Besuchers wiedergibt, jedoch nicht wie ein Foto, sondern ein Falschfarbenaufdruck. Eine Infrarotkamera nimmt die Wärme wahr, die von einem menschlichen Körper abgestrahlt wird, und jedem Temperaturbereich ist eine Farbe zugeordnet. So erscheinen Körperteile, die bekleidet sind, eher in Blautönen, während die Handflächen oder die Nase rot bis weiß (als Zeichen für hohe Temperatur) abgebildet werden. So wird der Besucher bereits ganz zu Beginn darauf aufmerksam gemacht, dass ein Mensch nicht immer so abgebildet werden muss, wie man ihn gewöhnlich sieht.

Die Ausstellung selbst beginnt mit der kleinsten funktionellen Einheit jedes Lebewesens, der Zelle. Mikroskopische Bilder zeigen Schnitte unterschiedlicher Gewebe, sodass man sich die unglaubliche Anzahl an einzelnen Zellen, die einen menschlichen Körper ausmachen, zumindest im Ansatz vorstellen kann.

In verschiedenen Räumen sind die Organsysteme dargestellt: Atmung, Verdauung, Kreislauf usw.; an den Wänden Bilder der einzelnen Organe, in der Mitte des Raumes Vitrinen mit echten Platinaten. Um die Funktion der einzelnen Organe zu erfahren, können auf Computern Animationen abgerufen werden, die die Aufgaben und Abläufe im jeweiligen Bereich zeigen. Zur Verdeutlichung werden fallweise Ge-

räusche im Hintergrund hörbar, wie z. B. der Herzschlag oder Atemzüge, sodass man das Gefühl hat, direkt in den Körper eingedrungen zu sein.

Die Ganzkörperpräparate geben Einblick in die Lage der Organe zueinander. Das enge Nebeneinander absolut unterschiedlicher Organe ruft Verwunderung darüber hervor, dass der Mensch so einwandfrei funktioniert.

Körperwelten

Hier wird aus dem menschlichen Körper kein Geheimnis gemacht. Ein heller und hoher Raum in einer Halle des Messegeländes strahlt nichts von Mysterium aus. Das Ziel dieser Ausstellung ist Aufklärung für jeden Interessierten. Doch auch sie ist um nichts weniger faszinierend. Vor allem die Ganzkörperpräparate, die in Situationen des täglichen Lebens dargestellt sind, erregen die Aufmerksamkeit des Besuchers. Sie lassen die Beziehungen zwischen dem Körper und seiner Umwelt verstehen. Die Möglichkeit des Vergleiches zwischen gesundem und krankem Gewebe hat vielleicht auch Wirkung auf die Einstellung des Besuchers zu seinem eigenem Körper. Raucherlunge und Leberzirrhose stimmen nachdenklich.

Ein Platinat ruft besonderes Interesse hervor. Es ist eine Frau, schwanger im 5. Monat. Geschmacklos? Ich glaube nicht. Im Gegenteil, gerade dieses Wunder, dass ein neuer Mensch aus einem anderen hervorgeht, verdient besondere Darstellung, denn gerade dieser Teil unseres Lebens ist fast unbegreiflich. Und wer den Embryo im Leib seiner Mutter gesehen hat, weiß vielleicht erst jetzt das Leben zu schätzen und denkt über die Zulässigkeit der Abtreibung nach.

Nachdenklich machen die Platinat der Mißbildungen von Embryonen. Bei der Vielzahl an verschiedenen Mißbildungen

erscheint es wie ein Wunder, dass so viele gesunde Kinder zur Welt kommen.

Bei mir persönlich überwog bei beiden Ausstellungen natürlich das medizinische Interesse. Die eindrucksvollen Präparate lassen jeden Medizinstudenten, der den Sezierkurs bereits hinter sich hat, vor Neid erblinden. Sosehr man sich auch bemüht, es ist nicht der kleinste Fehler zu entdecken, kein Nerv abgerissen, kein Muskel zerfranst, nur makellose Präparation. Beide Ausstellungen boten Medizinstudenten wie mir die seltene Möglichkeit, kranke Organe neben gesunden zu sehen.

Doch nicht nur Mediziner haben Interesse, mehr über den menschlichen Körper zu erfahren. Über 400.000 Besucher wurden bei der Ausstellung Körperwelten allein in Wien gezählt, und auch Mythos Mensch war nicht weniger gut besucht. Offensichtlich war es diesen Menschen ein Bedürfnis, zu sehen, wie sie selbst in ihrem Inneren aussehen, und zu wissen, wo dieses oder jenes Organ liegt, wie es aussieht und was der Grund dafür ist, dass es vielleicht schmerzt oder operiert werden muss.

Ich glaube, es war nicht Ziel dieser beiden Ausstellungen, wie behauptet, Leichen als Kunstobjekte zu missbrauchen oder die Begierde der Bevölkerung nach Makabrem zu stillen, sondern den Menschen bewusst zu machen, in welchem Wunder ihre Seele lebt, wie unglaublich der Aufbau ihres Körpers ist. Vielleicht wird ein Besucher bei der nächsten Zigarette an die Raucherlunge in der Ausstellung denken, oder eine Besucherin von einer Abtreibung Abstand nehmen, weil sie die Schwangere und ihren Embryo gesehen hat und ein solches Wunder der Natur nicht einfach vernichten will. Es ist zu hoffen, dass die Ausstellungen zumindest bei einigen von uns eine Veränderung in unserer Lebensweise bewirkt haben.

Das Pathologisch-Anatomische Bundesmuseum

Am 13. September 1971 wurde die Präparatesammlung des Pathologisch-Anatomischen Bundesmuseums (PABM) in die Räume des Narrenturms umgesiedelt. Dies konnte nur durch den persönlichen Einsatz der damals Beteiligten und Vertrauen um Hofrat Portele bewerkstelligt werden. Zu dieser Zeit waren noch verschiedene Personen, wie etwa Gemeindebedienstete, Chirurgen und Anästhesisten, im Narrenturm eingemietet; im Erdgeschoß waren Installateure, Elektriker, Maler und Schlosser des AKH untergebracht. Eine eigene Hausaufsicht war in den Sehnerräumen banwesend und für alle Belange, die das Haus betrafen, zuständig. Sie verwaltete auch alle Zweitschlüssel. So glied der Narrenturm eher einem durchschnittlichen Mietshaus.

Es war ein mühevoller Weg, bis endlich 1993 das Gebäude ausschließlich für das Pathologisch-Anatomische Bundesmuseum nutzbar gemacht wurde. Oft werden wir, die im Narrenturm heute arbeiten, gefragt, wie es wohl sei, in so einem Haus zu leben. Die erste Antwort ist meist: „Im Sommer kühl – im Winter eisig“. Aber bei genaueren Überlegungen muß man feststellen, daß sich der Narrenturm optimal als Dienststelle und Museum eignet.

Bei geringst möglichem Personalaufwand (5 Personen) und optimaler Aus-

nutzung aller baulichen Besonderheiten besuchen im Jahr 1998 21 600 Personen das Museum. Das PABM ist heute das Größte seiner Art weltweit. Es gibt weder Ähnliches noch Größeres. Es ist mit Recht zu behaupten, daß zur Zeit nirgends anderswo ein so reichhaltiges und über 200

Jahre zurückreichendes menschliches und tierisches Sammlungsgut von annähernd allen Präparationsmethoden vorhanden ist.

Durch neue Methoden der DNA-Analyse ist die Feuchtpräparation wieder modern geworden und die Anfragen aus aller Welt überfordern das übriggebliebene Personal immer mehr.

Seit einiger Zeit kann über Internet direkt von Forschern angefragt werden. So sind zwei Drittel der Knochenpräparate abrufbar. Durch das neue Medium geben die Anfragen weit über die Fachrichtung Medizin hinaus. So besteht die Hauptklientel aus Humanbiologen und Humangenetikern.

Der derzeit öffentlich zugängliche Teil befindet sich ebenerdig. Das Näherbringen der volksmedizinisch relevanten Erkrankungen ist der Grundgedanke dieser Schausammlung. Ohne Ausstellungsarchitekturen, mit geringsten Mitteln entstanden Schau Räume. Themen wie „Tbc“ oder „Sexuell übertragbare Erkrankungen“ werden hier dokumentiert. Dabei verschmilzt die Architektur mit der Ausstellung. Unter Berücksichtigung, daß Laienbesucher und Personen medizinischer Berufe gleichermaßen Interessantes finden, wurden Themen aus der aktuellen Medizin gewählt. Durch verschiedenste Sonderveranstaltungen außerhalb der Öffnungszeiten

werden Grenzthemen der Gesellschaft aufgearbeitet.

In Zukunft wird es von den Österreicher/innen abhängen, ob es auch noch jenseits der Jahrtausendwende Museen geben wird, die sich mit Krankheit und

Tod ernsthaft befassen oder ob es eine Renaissance der Side Shows geben wird, die zwar Geld bringen, aber auf die Würde des Menschen und seine intimsten Bedürfnisse egal welchen Alters oder Herkunft nicht Rücksicht nehmen.

Ilsemarie Walter

Historische Pflegeforschung

Historische Pflegeforschung ist im deutschsprachigen Raum, in dem Pflegewissenschaft noch nicht lange etabliert ist, eine relativ neue Teildisziplin. In angelsächsischen Ländern mit ihrer viel längeren universitären Tradition der Pflege existiert bereits eine Reihe von Institutionen und Fachzeitschriften, die sich ausschließlich diesem Spezialgebiet widmen.

Die Geschichtswissenschaft ist heute allgemein durch eine Pluralität der Ansätze gekennzeichnet. Gerade diese Weite in Zugangsweise und Methodik kann Historischer Pflegeforschung die Mittel in die Hand geben, die komplexe Entwicklungsgeschichte des Pflegeberufs von verschiedenen Gesichtspunkten aus zu betrachten und in differenzierter Weise der Frage nachzugehen, was Pflege in vergangenen Zeiten bedeutete. Damit geht Historische Pflegeforschung über traditionelle Ansätze hinaus, deren Forschungs-

interesse fast ausschließlich Personen und Ereignissen galt.

Der historische Aspekt hat in den letzten Jahrzehnten auch in vielen anderen Wissenschaften wie der Soziologie, der Psychologie oder der Ethnologie an Bedeutung gewonnen. Für die Pflegegeschichte hat z. B. die Soziologie einen

wertvollen Beitrag geleistet, indem sie die Entwicklung des „bürgerlichen“ Frauenberufs Krankenpflege in Deutschland zum Thema machte. Doch auch dies ist nur einer von vielen möglichen Zugängen zur Geschichte der Pflege, und die Berufsgeschichte der Pflege sollte nicht darauf reduziert werden. Es wäre aber ebenfalls eine Verkürzung, wenn unter Historischer Pflegeforschung nur die Aufarbeitung der Berufsgeschichte verstanden würde. Wohl steht derzeit vor allem im deutschsprachigen Raum noch die Suche nach den Wurzeln des Berufes und damit der eigenen Berufsidentität im Vordergrund. Dies ist begrifflich, wenn man bedenkt, daß die Geschichte des Pflegeberufes lange im Hintergrund stand bzw. von festen Klischees beherrscht wurde. Historische Pflegeforschung richtet sich jedoch auf alle Bereiche der Pflege. So wären z. B. die Bedeutung des Körpers in der Pflege, die Berücksichti-

gung des sozialen Umfelds der Kranken, das Pflegeverständnis von Pflegenden und Gepflegten oder die Pflege durch Angehörige Themen, die aus historischer Sicht zu betrachten wären.

Der Geschichte der Krankenpflege nachzugehen, ist vor allem im deutschsprachigen Raum eine mühevollere Kleinarbeit, denn infolge des geringen Status der Pflege wurde meist nicht viel darüber niedergeschrieben. In den meisten Quellen zur Geschichte der einzelner Krankenhäuser wird z. B. viel über Baulichkeiten berichtet und über die Tätigkeit der Ärzte. Die Kranken sind meist nur durch ihre Krankheiten oder durch statistische Angaben über Geschlecht und Ähnliches repräsentiert, eventuell noch durch einzelne Krankengeschichten. Diejenigen, die die Pflege ausführten, ihre Arbeitsweise und ihre Arbeitsbedingungen, finden meist wenig oder keine Erwähnung. Nur über geduldige Quellensuche in den verschiedensten Archiven können wichtige Aspekte der Pflegegeschichte wenigstens in groben Zügen rekonstruiert werden. Dabei werden auch einige Klischees und Mythen zu revidieren sein.

In Österreich hat Historische Pflegeforschung vor kurzem an Bedeutung gewonnen. Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz vom September 1997 führt zu größerer Autonomie und zu wachsendem Selbstbewusstsein der Pflegenden, die zunehmend auch die geschichtlichen Wurzeln ihres Berufes reflektieren. Die LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege, die sich auch mit wissenschaftlichen Fragen zu beschäftigen haben, werden sich immer klarer dessen bewußt, daß die Geschichte der Krankenpflege in Deutschland, die relativ gut erarbeitet ist, nicht unbesehen auf den Raum des

heutigen Österreich bzw. der österreichisch-ungarischen Monarchie übertragen werden kann.

Die Abteilung Pflegeforschung des 1992 gegründeten Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz mit dem Sitz am Rudolfinerhaus in Wien hat sich zwei Schwerpunkte für ihre Forschungsarbeit gesetzt: einerseits die Durchführung patientenorientierter Forschungsprojekte, bei denen vor allem auch der Umsetzung von Forschung in Handlungs- und Organisationsmodelle besondere Bedeutung zukommt, andererseits Historische Pflegeforschung im österreichischen Raum. Als Beispiele für den erstgenannten Bereich möchte ich ein Projekt zum Informationsstand und zur Lebensbewältigung von alten Menschen nach der Spitalsentlassung und ein weiteres zur Erfassung subjektiver Bedürfnisse der BewohnerInnen eines Pflegeheims in bezug auf Selbständigkeit, Beschäftigung und Kommunikation nennen. Diese beiden Projekte werden im laufenden Jahr mit der Veröffentlichung abgeschlossen werden. Mit einer Forschungsarbeit zu „Multi-kulturellen Aspekten der Pflege“ wurde 1998 begonnen.¹

Was das Gebiet der Historischen Pflegeforschung betrifft, so wurde von unserer Abteilung u. a. im Herbst 1997 in Wien der 3. Internationale Kongreß zur Geschichte der Pflege veranstaltet, der auch Anlaß zur Gründung einer Arbeitsgemeinschaft Historische Pflegeforschung wurde. Schwerpunkte eigener geschichtlicher Forschungen liegen auf dem Gebiet der Sozialgeschichte der Pflege, im besonderen auf der Entwicklung der beruflichen

1 Genaueres kann den Jahresberichten der Abteilung Pflegeforschung entnommen werden, die telefonisch unter der Nummer 01/36-0-36/6540 angefordert werden können

Krankenpflege im Wiener Raum. Die bisher erschienenen fünf Bände der Reihe „Pflegerwissenschaft heute“, die von der Leiterin der Abteilung, Univ. Doz. Dr. Elisabeth Seidl, herausgegeben wird, spiegeln beide Forschungsschwerpunkte wider. Band 4 und 5 sind der Sozial- bzw. Berufsgeschichte der Pflege gewidmet.² Eine pflegerwissenschaftliche Datenbank, die seit 1991 aufgebaut wurde und derzeit bereits mehr als 12.000 pflegerrelevante Titel enthält, umfaßt ebenfalls außer modernsten theoretischen Beiträgen zur Pflege auch viele historische Arbeiten bzw. Quellen zur österreichischen Pflegegeschichte. In den letzten Jahren hat Historische Pflegeforschung nicht nur in Österreich einen Aufschwung genommen. Es wird jedoch noch vieler Arbeit bedürfen, um – mit den Worten von Hilde Steppe, der Pionierin Historischer Pflegeforschung in Deutschland – „aus dem Verständnis für einstige Bedingungen der Pflege Konzepte für heute und morgen entwickeln“ zu können.³

Literatur:

Reihe „Pflegerwissenschaft heute“ (Wilhelm Maudrich, Wien)

Band 1: Seidl Elisabeth (Hrsg.) (1993): *Betrifft: Pflegerwissenschaft; Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin*

Band 2: Seidl Elisabeth/Stanková Marta (Hrsg.) (1994): *Ende der Pflegekrise? Ein interkultureller Vergleich zur Arbeitssituation im Krankenhaus*

Band 3: Heller Andreas/Schaeffer Doris/Seidl Elisabeth (Hrsg.) (1995): *Akademisierung von Pflege und Public Health; Ein gesund-*

heitswissenschaftlicher Dialog

Band 4: Seidl Elisabeth/Steppe Hilde (Hrsg.) (1996): *Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich; Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950*

Band 5: Seidl Elisabeth/Walter Ilsemarie (Hrsg.) (1998): *Rückblick für die Zukunft; Beiträge zur historischen Pflegeforschung*

Bischoff Claudia (1992): *Frauen in der Krankenpflege; Zur Entwicklung von Frauenrollen und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Campus, Frankfurt am Main*

Dätwyler Barbara/Lädrach Ursula (1987): *Professionalisierung der Krankenpflege; Zur Entwicklung der Berufskrankenpflege in der Schweiz. RECOM, Basel*

Seidl Elisabeth (1993): *Pflege im Wandel; Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wilhelm Maudrich, Wien*

Hilde Steppe (Hrsg.) (1996): *Krankenpflege im Nationalsozialismus, Mabuse, Frankfurt am Main*

Hilde Steppe (1997): *... den Kranken zum Troste und dem Judentum zur Ehre...; Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland. Mabuse, Frankfurt am Main*

Walter Ilsemarie (1991): *Krankenpflege als Beruf; Aspekte beruflicher Sozialisation und Identität dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wilhelm Maudrich, Wien*

Wanner Bernd (1993): *Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern der Pflege. Peter Lang, Frankfurt am Main*

2 siehe Literatur
3 E. Seidl und
Hilde Steppe, 1996,
S.20

Elisabeth Dietrich (Hg.), „Stadt im Gebirge. Leben und Umwelt in Innsbruck im 19. Jahrhundert.“; Innsbruck 1996. Studien Verlag, 224 Seiten, brosch.

Die Autoren dieses Sammelbandes sind fast durchwegs Studierende der Geschichte und/oder Volkskunde, die im Rahmen eines Unterrichtsprojektes am Institut für Geschichte der Universität Innsbruck dieses Buch aus ihren Beiträgen geschaffen haben.

Das Werk hat eine ansprechende Gestaltung, die Umschlagfarbe grün erinnert an die grüne Lage und Bergnähe der Stadt Innsbruck; das handliche Format und der weiche Einband erleichtern dem Leser das Einstecken und Mitnehmen. Das klare Schriftbild und die wenigen, aber interessanten Bilder in SW runden den guten ersten Eindruck ab.

Die Beiträge befassen sich mit der Umweltgeschichte dieser Stadt, die im 19. Jahrhundert noch keine Industriestadt wie etwa Wien war, sondern eher ländlichen Charakter bewahrt hatte. Die Vergrößerung und Strukturentwicklung ging nur langsam vor sich. Die einzelnen Kapitel behandeln u. a. die Themen Umwelt und Gesundheit, Wasser, Schmutz und Abfall, Luft- und Luftverschmutzung, sowie „Besondere Räume“ (gemeint sind bspw. Friedhöfe).

Nach einer kurzen Darstellung der Entwicklung der Stadt in bezug auf Größe, Verbauung und Bevölkerungswachstum behandeln die Beiträge die bewußte Wahrnehmung von Umweltproblemen im vorigen Jahrhundert. Neben einer Darstellung des Gesundheitswesens finden

sich zahlreiche Zitate und Auszüge aus Dokumenten, die eindrucksvoll die Einstellungen der Einwohner und Besucher der Stadt in dieser Zeit darstellen. Ausführlich werden auch die Themen Kinderheilkunde und Cholera behandelt, ebenso Straßenreinigung und Müllabfuhr.

Das Ziel der Autoren und der Herausgeberin war „eine bunte, anspruchsvolle und gut lesbare erste, Umweltgeschichte Innsbrucks“ zu schreiben“. Dieses Ziel hat das Team mit vollem Erfolg erreicht. Die Beiträge sind flüssig zu lesen, interessant und informativ. Das Buch ist ein gelungener Weg für angehende Historiker, sich mit ihrer Arbeit vorzustellen und zugleich eine Aufarbeitung eines wichtigen Themas zu bieten. Hoffentlich finden sich zahlreiche Nachfolger dieser Anregung! Ruth Kobliczek

Aspekte zur Geschichte von Kirche und Gesundheit in Niederösterreich. Vorträge der gleichnamigen Tagung des Diözesanarchivs St. Pölten/ Historischer Arbeitskreis am 27. September 1997 im Sommerrefektorium des Bistumsgebäudes in St. Pölten, hg. v. Thomas Aigner und Sonia Horn. Beiträge zur Kirchengeschichte

Niederösterreichs 1, St. Pölten 1997. 128 Seiten, brosch.

Mit diesem ersten Band einer neuen Reihe zur niederösterreichischen Kirchengeschichte wollen die Herausgeber die Möglichkeit bieten, unterschiedlichste Fachdisziplinen wie Medizin, Pharmazie, Volkskunde, Kunstgeschichte etc. in die Geschichtsforschung einzubinden, um die verschiedensten Aspekte der Geschichte von Kirche und Gesundheit aufzeigen zu können. So zeigen Thomas Aigner im Vorwort und Sonia Horn in ihrem Beitrag „Von Schreckgespenstern und Athenischen Eulen – Zur logischen Verflechtung von Medizin-, Badstuben und Mirakelbücher gesucht und bearbeitet worden. Über die Rolle der Kirche im gesundheitlichen und sozialen Bereich fehlt es an entsprechenden Studien. Es geht vor allem um alltägliche Fragestellungen, um lokalgeschichtliche Hinweise oder um persönliche Erinnerungen.

Der Beitrag von Helmuth Feigl, „Bader und Badstuben in Weistümmern“, behandelt das Thema Bader und Badstuben, wobei es vor allem um die interessante Entwicklung des Berufes vom Bader zum Wundarzt geht. In diesem Kapitel wird für Ersteinsteiger in diesen Themenkomplex viel Wissenswertes geboten. Der Autor eröffnet durch seine reichhaltige Erfahrung zu diesem Thema neue Aspekte zur Rechtsstruktur und zum öffentlichen Raum. So sind Weistümmern wesentliche Quellen für rechtliche Belange. Diesen Beitrag erwartet man – offen gestanden – nicht in diesem Rahmen, sondern in einer der renommierten großen Schriftenreihen. So ist leider zu befürchten, daß

diese wesentlichen Erkenntnisse versteckt und nur einer kleinen Gruppe vorbehalten bleiben.

Der Themenkomplex um das Baden in der Kirche bzw. von Geistlichen wird anhand der Stadt Baden durch Rudolf Maurers Beitrag „...*aluis has munditias sordes putat*“ – Kirche und Badebetrieb am Beispiel Baden bei Wien genau aufgezeigt. Grundaussage ist, daß Geistliche (Männer und Frauen) sehr wohl und gerne ins Bad gingen.

Mittels der Rechnungsbücher des Stiftes Klosterneuburg gelang es Karl Mazakarini, wertvolle Einblicke in die Ausgaben für Hygiene und Baden zu liefern, wie sein Artikel „Die Badstuben des Augustiner-Chorherrenstiftes Klosterneuburg im Spiegel der mittelalterlichen Rechnungsbücher“ zeigt. Er beweist, daß auch diese Quellengattung ein wertvoller Lieferant vielfältiger Details sein kann, wie etwa das Leben in den geistlichen Badstuben in Klosterneuburg ab 1320.

Gilbert Zinsler gibt in seinem Beitrag „Die Landschaftsapotheke in Horn – Ein pharmaziehistorischer Überblick zu Kirche und Gesundheitswesen am Beispiel Horn“ interessante Einblicke in das Krankheitsleben mit seiner Darstellung der 400jährigen Geschichte der Apotheke von Horn und ihrer Besitzer. Er zeigt, wie historische Ereignisse das Schicksal der Apotheke und der Apotheke prägten und wie sich die Beziehung zwischen einer Landschaftsapotheke der Landstände und der Geistlichen vom Stift Altenburg gestaltete. Mit dem Wallfahrtsort Maria Langegg setzten sich gleich zwei Autoren auseinander. Herbert Berndl-Forstner schildert in seinem Artikel „Krankheit und Heilung als Bildthemen am Wallfahrtsort Maria Langegg“ anhand der Spra-

che der Votivbilder ein lebendiges Bild früherer Zeiten. Weiters bietet er eine kurze Einleitung zur Entstehung der dortigen Wallfahrt und des Kirchenbaues, der einen dazu verleiten mag, diese Stätte selbst zu besuchen.

Eine sprudelnde Quelle sind auch die Mirakelbücher von Wallfahrtsorten, die als Werbemittel für den Ort dienten und die Heilungskraft betonten. Darauf weist Johann Strohmaier in seinem Beitrag *„Die Mirakelbücher der Wallfahrtskirche Maria Langegg als Quelle zu Volkskunde und Sozialgeschichte der Medizin“*. Diese bieten zahlreiche Hinweise auf die Arten von Schmerzen und Leiden, sowie von Stand und Alter der Betroffenen. Strohmaier fügt auch einen kurzen Überblick der erwähnten gängigen Krankheiten und ihrer heutigen Bezeichnungen hinzu.

Zuletzt folgt ein Bericht von Johann Weissensteiner über *„Pfarrer und Gesundheit – Aufgaben und Funktionen der Pfarrseelsorger im Dienste der Gesundheit zur Zeit des Josephinischen Staatskirchentums“*, der sich mit den vielfältigen Tätigkeiten der Pfarrer zu Gesundheitsfragen ab der Zeit Josephs II. auseinandersetzt. So hatten die Geistlichen die Aufsicht über das Impfgeschäft, die Findelkinder, die Armenfürsorge, das Schulwesen und sanitäre Belange. Sie widmeten sich – und wurden hierfür aufgeklärt, gelehrt und informiert – der Krankenseelsorge und Medizin im Allgemeinen, um in Fällen von Krankenpflege, Hygiene, Diätfragen etc. den Bewohnern der Pfarre eine Stütze, ein Lehrer und eine Vertrauensperson zu sein. Abschließend gesagt, ist es ein interessantes, informatives kleines Bändchen, dem hoffentlich noch viele folgen werden.

Ruth Kobliczek

Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten. Hrsg. von Norbert Stefenelli, Böhlau Verlag. Wien-Köln-Weimar 1998, 933 Seiten, geb.

Das Thema des „toten Körpers“ ist heute von vielfachem Interesse, denkt man an den Skandal um das sogenannte „Erlanger Baby“, an den prähistorischen Gletschermann „Ötzi“, oder an die Diskussion um das Transplantationsgesetz – die Leiche und der Umgang mit ihr ist ein Thema von erstaunlicher Brisanz. Um so begrüßenswerter, daß nun ein Buch erschienen ist, das sich mit diesem Themenkomplex auseinandersetzt.

Die Beurteilung eines Sammelbandes ist immer schwierig. Soll man in erster Linie die Schlüssigkeit des Konzeptes des Herausgebers im Auge haben oder die Qualität der Einzelbeiträge? Vorhaben war es, unterschiedliche Erfahrungen des Umganges mit dem Leichnam im deutschen Sprachraum zu sichten, zu sammeln und aufzuarbeiten. Herausgekommen ist ein über 900 Seiten starker Sammelband, mit Beiträgen von über 80 Vertretern verschiedener Fachgebiete wie Medizin, Kunstgeschichte, Philosophie, Volkskunde, Völkerkunde, Germanistik, Judaistik, Psychologie, Theologie, Geschichte und Soziologie. Zu Wort kommen vor allem Vertreter „betroffener“ Berufsgruppen, die sich berufsbedingt mit dem toten Körper auseinandersetzen müssen. Eine Reihe von Ärzten, Pathologen, Gerichtsmedizinern, Prosekturgehilfen, Pathologieassistenten und Krankenschwestern gewähren einen oft sehr subjektiven Einblick in ihre Erfahrungen.

Unter diesen Erfahrungsberichten ist vor allem der Beitrag des Anatomieprofessors Walter Krause hervorzuheben (Kapitel II. *Erfahrungen und Aus-*

wirkungen der wiederholten und unmittelbaren Beschäftigung mit dem Leichnam. 2.A. *Bekenntnisse eines alten Anatomie-Lehrers. 40-43*). Interessant ist dieser Beitrag im Zusammenhang mit den Begrifflichkeiten und Zeichnungen: Krause spricht vom „menschlichen Leichnam“ im Anatomiesaal, und nicht vom „toten Menschen“, denn dies suggeriert, daß man diesen auch als „lebenden Menschen“ erlebt hat. Für ihn als Anatomen ist das Wissen, daß dieser Leichnam, vor dem er steht, einmal gelebt hat, rein abstrakt. Seiner Meinung nach kann dieses abstrakte Wissen keinerlei Emotionen bewirken, und ist somit seine Bewältigungsstrategie im Umgang mit dem Tod.

Das Buch bringt nicht nur Darstellungen zeitgenössischen Umganges mit dem toten Körper, sondern auch Beispiele aus anderen Kulturbereichen bzw. aus der Geschichte. (Kapitel XII. *Der menschliche Leichnam in der Bibel, im frühen Christentum und im Mittelalter*; Kapitel XV. *Geschichte und Bewertung der Sektion*).

Auch Beispiele aus der Literatur (Kapitel IV. *Merkmale des toten Körpers, die an Eigenschaften des Lebenden erinnern*. 2. *Aus der Geschichte der Wiedergänger. Erlesene Leichname. Spuren des Vampirs in der deutschsprachigen Literatur (Clemens Ruthner)*, Kapitel XXI. *Unverwesliche und unverweste Tote*. 1.B. *Verwesung und Transzendenz oder von der Provokation des stinkenden Leichnams des heiligen Sossima (Dostojewski) (Dietrich v. Engelhardt)*, der Lyrik (Kapitel XX. *Abscheu vor dem toten Körper*. 1. *Lyrik vom Sektionstisch. Gottfried Benns Zyklus „Morgue“ (Werner Hahl)*; 3. *Beobachtungen über unverweste Tote. Beispiele aus der Dichtung des 19. und be-*

ginnenden 20. Jahrhunderts (Norbert Stefenelli), dem Film und dem Theater (Kapitel VIII. *Tote, die nur bedingt als Leichnam wahrzunehmen sind*. 1. *Tote auf der Bühne (Manfred Wagner)*; 2. *Leichen im Film. Motive, Handlungskonzepte und Repräsentationsmuster. Von „Arsen und Spitzenhäubchen“ bis „Zombie“ (Gloria Withalm) und der darstellenden Kunst (Kapitel IX. 2. Der „gute“ und der „böse“ Tod. Zur zeichenhaften Visualisierung des Leichnams im Spätmittelalter (Gerhard Jaritz)*; Kapitel XIII. 1. *Das Bild des toten Christen. Epitaphios – Akra Tapeinosis – Imago Pietatis (Hanna Egger)*, 2. *Gestalt und Bild des liegenden toten Christen im deutschen Sprachraum; Kapitel XVIII. Die gezeigte Sektion in Geschichte und Gegenwart*) wurden verarbeitet. Einen Artikel möchte ich besonders herausheben, nämlich den Beitrag Clemens Ruthners *„Aus der Geschichte der Wiedergänger. Erlesene Leichname. Spuren des Vampirs in der deutschsprachigen Literatur“* (113-123). Herausheben deshalb, weil ich bei diesem Thema nie damit gerechnet hätte, es mit Eugenik zu verbinden: Bram Stokers *„Dracula“*, erschienen 1897, kann nämlich auch als Reaktion auf den damaligen eugenischen Zeitgeist gesehen werden (118). Gemäß der Lehre vom „survival of the fittest“ wird eines Tages die Vampirspezies die gesamte Menschheit verdrängen, da die wahre Gefährdung durch Dracula in der unheimlich effektiven Fortpflanzung des Vampirs via Biß liegt, der dessen Wille zur Macht erschreckend reproduziert.

Zwei Artikel gehen auf die neuen Technologien in der Anatomie ein: Kapitel XV. *Geschichte und Bewertung der Sektion*. 2.C. *Lehrbefehle in der Gegenwart, die anatomische Vorstellungen*

ergänzen, das Präparieren an der Leiche aber nicht ersetzen können (Manfred Tschabitscher), 560 – 561 und Kapitel XVII. Anerkennung der Berechtigung und des Nutzens von Anatomie und Autopsie in der Gegenwart. 1. C. Die Bedeutung der Beschäftigung mit dem toten Körper für die Entwicklung des Medizinstudenten zum Arzt (Winfried L. Neuhuber) 619-622. Tschabitscher geht leider nur sehr kurz – der Artikel ist lediglich 1 ½ Seiten lang – auf das Thema der modernen Technologien als Hilfsmittel ein (Stichwort Computersimulation, Virtual reality, Cyberspace). Insgesamt steht er diesen modernen Hilfsmitteln sehr kritisch gegenüber, da sie seiner Meinung nach einen Sezierkurs, während dem Studierende an der konservierten Leiche arbeiten, wobei es um Betasten und Begreifen im wahren Sinne des Wortes geht, nicht ersetzen können. Die manuelle Geschicklichkeit, die später im Beruf gefordert wird, kann hier – an Leichen – geübt werden. (Alte Medizinerweisheit: Wenn Ärzte nicht an Toten lernen können, müssen sie dies an Lebenden tun – und das kann Tote geben). Neuhuber spricht vom „professionellen“ Gewinn, den die Konfrontation mit Toten, egal ob in der Anatomie, in der Pathologie oder als Arzt auf einer Station, bringt. Man lernt, mit dem Sterben, mit dem Tod der anderen professionell umzugehen. Er spricht von der Notwendigkeit, schon als Studierender dem Tod zu begegnen, und nicht erst als behandelnder Arzt. Diese Begegnung mit dem Tod bedeutet für Neuhuber ein existentielles Ereignis, das nicht mittels CD-Rom und Mausclick vermittelt werden kann. Seiner Meinung nach soll der Student der Medizin keine *Mickey Mouse Anatomy* erlernen, sondern über die wirkliche Anatomie ins Staunen ge-

raten (für diejenigen, die sich mehr für das Thema der Anwendungen der Virtual Reality in der Medizin interessieren, sei auf den Artikel „Virtuelle Welten“ von Min Tjoa hingewiesen, in: *Virtualität und Realität. Bild und Wirklichkeit in den Naturwissenschaften*, hrsg. von Kurt Komarek und Gottfried Magerl. Böhlau Verlag 1998).

Von besonderem Interesse sind die verschiedenen Formen des Zur-Schau-Stellens der Leiche. In der Renaissance wurde das „Theatrum anatomicum“ zu einem Ort des gesellschaftlichen Lebens (s.a. Kapitel XVIII. Die gezeigte Sektion in Geschichte und Gegenwart. 1. Amphitheater, Theatrum anatomicum, Auditorium, domus anatomica. (Alfred Gisel) 643-648). Ein weiteres Zur-Schau-Stellen fand in den Raritäten- und Wunderkammern der Renaissance und des Barocks statt. (s.a. Kapitel XXI. *Unverwesliche und unverweste Körper*. 5. *Zwiespältiger Eindruck zur Schau gestellter mumifizierter Körper (Milau Ráček) 737-738*). Dahinter steckte mehr Sensationslust und der Wunsch nach makabren Konfrontationen als der Wunsch nach Belehrung und Information. Diese aufwendigen Präparationen von „Monstern und Mißgeburten“ im 17. und 18. Jahrhundert spiegeln auch künstlerische und ästhetische Vorstellungen wider. Und am Beginn der Moderne avancierte die Leichenschauhalle zum beliebten Ausflugsziel des städtischen Publikums. Die Besichtigung sollte ausschließlich die Schauspiel und Neugierde befriedigen. (s.a. Kapitel XI. 2. *Leichenschauhäuser des vergangenen Jahrhunderts (Norbert Stefenelli) 373-376*)

In vorliegendem Werk wird vor allem der Geschichte der ästhetischen Leiche nachgegangen (= die Leiche als Objekt

des Erschauerns und des Ergötzens). Umgang und Begegnung mit dem Tod bedeuten demnach, daß wir eine bestimmte Scheu vor dem toten Körper haben (86, 359) und daß der Anblick oft schwer zu ertragen ist. Diese und ähnliche Aussagen lassen sich in mehreren Beiträgen finden. Es wird aber auch der andere Blick auf den toten Körper gezeigt, der des Bewunders, des Staunens über den Bau des menschlichen Körpers.

Monika Löscher

Reinhard J. Helscher, Mitten am Rand. Roman. ISBN 3 85252 277 3
Verlag publications No 1,
Bibliothek der Provinz, A-3970
Weltra
Verlag für Literatur, Kunst und Musikalien, Herausgegeben von Richard Pils

Der Untertitel des Buches könnte „In der Realität ist die Wirklichkeit ganz anders“ lauten, aber das würde man ihm auf die Dauer nicht ernsthaft glauben, so unvermittelt und echt schildert er die von ihm ausdrücklich als fiktiv bezeichneten Szenen. Mit schelmischem Augenzwinkern stellt er jede Ernsthaftigkeit in Frage und verlangt andererseits dem Leser an manchen Passagen ein besonderes Maß an Humor ab, die prallton Bilder der handelnden Personen eines erfundenen Krankenhauses nicht als echt zu zertifizieren.

Selbst Arzt, folgt er dem hippokratischen Eid und überläßt den Leser nicht unbeschützt diesem Schauderbild krankenhäuslichen und gesundheits-systemischen Mißhandels: zuletzt landet man immer wieder auf einem Kissen aus herzhafem Schmunzeln. Den aus einem natürlichen Humorvorrat zehrenden Lesern wird vermutlich jede Seite ungezügelter Vergnügens bereiten. Al-

les andere wäre auch ein für Nicht-Kenner der Szene unzulässiger Zugang.

Übrig bleiben nur diejenigen, die sich betroffen fühlen und betroffenen fühlen müssen, weil Helscher seine Fiktion so nah an der Wirklichkeit angesiedelt hat. Sie erfahren nicht die Heiterkeit und Heilung aus dieser Lektüre, weil sie in dem ihnen vorgehaltenen Spiegel keine Möglichkeit zur Veränderung ihrer Wirklichkeiten erkennen können, ohne gleichzeitig die ihrem Dasein innewohnende Lebenslüge und Bigotterie zwangsläufig dem Meucheltd preiszugeben, ständig genötigt, die Recht- und Ordnungsmäßigkeit ihres Handelns mit jedem weiteren Schritt rosenkranzartig zu repetieren, diesen circulus vitiosus der eigenen (Über-) Lebensfähigkeit wegen in immer größerem Umfang zu bedienen. Helscher liefert uns nicht wirklich Literatur im puristischen Sinn, obwohl er scheinbar spielerisch mit Worten umzugehen vermag, sie in noch nie ausgesprochene Metamorphosen stürzt und vom Ergebnis mitunter selbst überrascht scheint.

Die von ihm vordergründig eingesetzte Sexualität ist lediglich jener in der Kälte institutioneller Gleichgültigkeit dampfende Mithaufen, auf dem selbst die Intellektuellsten bereit sind, ihren IQ zugunsten eines niedrigen Instinkts folgenden, triebhaften Handelns willig zu deponieren.

Helscher stellt die eindringliche Bestürzung eines glaubhaft systemgefehlten Arztes in Gegensatz zur Widerwärtigkeit zumeist belohnten Fehlhandels und Fehlverhaltens an sich, paradigmatisch aufgezeigt an Menschen in einem erfundenen Spital und an jenen Systemerhaltern, denen der Patient egal ist und die diese Widerwärtigkeit auch noch geil finden.

Die Professionalisierung der Krankenpflege in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der „Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“

Im Rahmen einer Dissertation wurde versucht, die Professionalisierung der Krankenpflege im sozialhistorischen Kontext nachzuzeichnen. Als wichtige Zäsur zeigt sich in diesem Zusammenhang die „Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“. Diese rechtliche Regelung der Ausbildung stellt daher auch den zentralen Mittelpunkt der Arbeit dar, von dem ausgehend eine Analyse der Entwicklung des Pflegeberufes mit geographischer Bezugnahme auf den Wiener Raum und einer Zentrierung auf das Allgemeine Krankenhaus versucht wurde. Aufgrund von zuvor noch nicht erschlossenen Quellen aus dem Österreichischen Staatsarchiv (Verwaltungsarchiv) war es außerdem möglich, die Hintergründe, die zu dieser Verordnung führten, transparent zu machen. Den Ausgangspunkt der Arbeit bildete die Frage, warum gerade zu diesem Zeitpunkt ein Zustandekommen der Verordnung vehement vorangetrieben wurde, obwohl – wie festgestellt werden konnte – bereits im 19. Jahrhundert durch Reformen mehrmals versucht wurde, eine umfassende Form der Krankenpflegeausbildung zu institutionalisieren.

Im weiteren zeigte sich die weitreichende Bedeutung der Verordnung auch darin, daß sie die Krankenpflege endgültig als medizinischen Hilfsberuf positionierte. Diese weist demnach in Österreich – im Gegensatz zu anderen Ländern – keine eigenständige Entwicklung auf, sondern war und ist bis heute geprägt durch ihre Abhän-

gigkeit von der ärztlichen Tätigkeit. „Bei der Ausbildung ist auf die Stellung der Krankenpflegepersonen als Hilfskräfte des Arztes und auf die dadurch bedingte Begrenzung des Lehrstoffes Rücksicht zu nehmen.“¹ Erst in jüngster Vergangenheit gelang es der modernen Pflegeforschung, eine Trendwende einzuleiten. Bei der Bearbeitung wird vorrangig auf Quellen und Primärliteratur zurückgegriffen. Da die Krankenpflegegeschichte ein wenig erforschtes Gebiet darstellt, ergibt sich durch die mangelnde Sekundärliteratur kaum die Möglichkeit eines Vergleichs, um die eigenen Thesen zu verifizieren. In diesem Sinne soll die Arbeit einen ersten Deutungsversuch darstellen.

Betreut und begutachtet wurde die Dissertation von Frau Prof. Dr. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller (Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Wien) und von Frau Doz. Dr. Elisabeth Seidl (Forschungsinstitut für Pflege- und Gesundheitsforschung der Johannes Kepler Universität Linz, Abteilung Pflegeforschung). Diese Arbeit wurde im Sommersemester 1999 fertiggestellt und approbiert.

¹ Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege, R.G.Bl. Nr. 139

Wasserversorgung als Parameter sozioökonomischer Entwicklung?

Die Wasserversorgung der Stadt Wien von ihren Anfängen bis zur Gegenwart – unter besonderer Berücksichtigung der Zeit von 1700 bis 1850

Dissertation an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien
Betreuer: Prof. Wolfgang Häusler, Prof. Johannes Dörflinger

Die Selbstverständlichkeit, mit der heute in einer Millionenstadt wie Wien frisches Trinkwasser aus Leitungen täglich bezogen und verschwendet wird, war nicht immer gegeben. Erst seit dem Bau der Hochquellenwasserleitungen um die Jahrhundertwende ist die Versorgung der Bevölkerung mit frischem Wasser ausreichend. Diese Tatsache ist Grund genug, sich mit der Entwicklung der Wiener Trinkwasserversorgung auseinanderzusetzen und deren Geschichte zu hinterfragen. Einige Forschungsarbeiten lassen sich zum Thema „Wasserversorgung der Stadt Wien“ finden, die meisten beschränken sich jedoch auf die Hochquellenleitungen. Es fehlt eine umfassende Arbeit, die Wasserleitungen und Brunnenbau in Wien „davor“ berücksichtigt. Vorhandenes Quellenmaterial zu diesem Thema wurde bisher kaum durchgesehen, aus dem Französischen übersetzt oder aus der Kurrentschrift transkribiert. Wir setzten uns daher zwei Ziele: Einerseits wollen wir einen Beitrag zur Vervollständigung des Forschungs-

themas „Trinkwasserversorgung der Stadt Wien“ anbieten. Ein Beispiel hierfür ist die Erstellung eines ausführlichen Verzeichnisses der Wasserleitungspläne des Planarchives der Burghauptmannschaft Wien im Haus-, Hof- und Staatsarchiv.

Andererseits wollen wir die Wasserversorgung als Parameter sozioökonomischer Entwicklung untersuchen. Unter sozioökonomischer Entwicklung verstehen wir in diesem Fall die Entwicklung von Wassernutzung, Hygiene und Wassertechnik, die Entwicklung des Wassers vom Herrschaftsgut zum Allgemeinut, sowie freie und zu bezahlende Wassernutzung etc.

Inhalte der Arbeit

Mit einer Vielzahl von Fragen näherten wir uns dem Thema. Zunächst fiel uns auf, daß man sich scheinbar erst im 19. Jahrhundert ernsthaft mit der ausreichenden und hygienischen Wasserversorgung beschäftigte. Lag der Grund hierfür nur in der Zunahme der Bevölkerung und dem erhöhten Wasserbedarf oder in einer Änderung der geistigen Haltung? War Wasser ein Macht- und Wirtschaftsfaktor, welchen Stellenwert hatte es in den einzelnen Epochen? Um letzteres zu beantworten wird zunächst eine chronologische (von der Römerzeit bis zur Jahrhundertwende) Darstellung der Entstehung der Wasserleitungen und anderer Möglichkeiten der Trinkwasserversorgung erarbeitet. Im Anschluß daran wird hinterfragt, welche Umstände und Voraussetzungen

zum Bau der Leitungen Anstoß gaben – über das Stadtbrand von 1525, die dichte Verbauung, das Bevölkerungswachstum, die Choleraepidemie von 1830 usw.

Die Antwort auf die Frage: „Herrschaft über das Wasser als Herrschaft über das Volk?“ wollen wir überlegen. Trachtete die Herrschaft vielleicht, das Volk durstig zu belassen, um Macht ausüben zu können? Wollte man mehr Geld verdienen, indem die Bevölkerung Bier oder Wein kaufen mußte, um trinkbare Flüssigkeit zu haben?

In der Zeit zwischen 1650 und 1800 wurden rund 18 Leitungen vom und für Adel und Klerus errichtet, die aber dem Volk nicht oder nur gegen Bezahlung zugänglich waren.

Welche Bedeutung hatte das Wasser als Wirtschaftsfaktor für Brauereien, Wäschereien, Gerber, Flößer, Müller und andere Berufsstände? Cholera, (mangelnde) Hygiene und Bevölkerungs-

zunahme sind weitere Schlagworte der in diesen Überlegungen zu behandelnden Aspekte.

Ein Teil der Arbeit wird der Wasserversorgung durch Brunnen gewidmet, wobei auch die technische Seite berücksichtigt wird. Welche Röhren und Bohrer standen zur Verfügung? Wie wurde ein artesischer Brunnen gefertigt? Welche künstlerische Gestaltung erhielten die öffentlichen Brunnen, die auf diese Weise immerhin zur Selbstdarstellung der Errichter dienten?

Daß heute Interesse an diesem Thema vorhanden ist, zeigen bereits mehrfache Anfragen, aber auch die Absicht der Wiener Wasserwerke die Publikation der Dissertation zu unterstützen.

Kontaktadresse:

Mag. Ruth Kobizek, A – 1080 Wien, Zeltgasse 10/9

Tel.: +43-1-4071130, 0676/ 4255673

Fax: +43-1-6033509;

e-mail: ruthkobizek@hotmail.com

Monika Löscher

Zur Umsetzung, Verbreitung und Wirklichkeit eugenischen Gedankengutes in der ersten Österreichischen Republik

Diplomarbeit an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien

Betreuer: Prof. Mitchell G. Ash

Ende des vorigen Jahrhunderts entstanden als Folge u. a. der Evolutionstheorie Darwins und der zunehmenden Verwissenschaftlichung der allgemeinen und der menschlichen Vererbungslehre in mehreren Ländern eugenische Bewegungen, die als Ziel die genetische Verbesserung des Menschen hatten.

Ein erster Blick auf die Situation in Österreich zeigt, daß die Einstellung zur Eugenik politisch und ideologisch äußerst heterogen gestaltet war. Differenzen und Interessenskonflikte lassen sich leicht erkennen – so leicht, daß man versucht ist, in ein rechtes „rassenhygienisches“ Lager, deren Träger Anhänger der negativen Eugenik waren, und in ein linkes „eugenisches“ Lager, deren Träger Anhänger der positiven Eugenik waren, zu differenzieren. Tatsächlich war die Sache doch komplexer. Begriffe wie „Rassenhygiene“ und Eugenik wurden parallel verwendet – und es wurde eben nicht

zwischen einem „linken“ oder „rechten“ Lager unterschieden. Es gab auch keine einheitliche Definition von „Rassenhygiene“. Dieser Begriff transportierte alle möglichen Inhalte und ließ eine umfangreiche Palette von Vorstellungen über Wissen zu.

Die Schwerpunkte des Eugenik-Diskurses waren der Gesundheitszustand der Bevölkerung, die sinkenden Geburtenzahlen, die man als Degenerationserscheinungen betrachtete und schließlich die Frage: „Was kosten Minderwertige dem Staat und der Gesellschaft?“. Der Begriff der Arbeitsfähigkeit gehörte gemeinsam mit dem des „Volkkörpers“ zum Grundvokabular der Eugenik: Ein Mensch hatte nur dann einen Wert für die Gesellschaft, wenn er arbeitsfähig war. Entsprach er dieser Anforderung nicht, galt er als „unbrauchbar“, „un-nützlich“ und „minderwertig“.

Für Österreich spezifisch ist der Versuch, aufklärerisch zu wirken. Dieser Versuch,

Wissen weiterzugeben, beinhaltet die Vorstellung eines vernunftbegabten Menschen, der, wenn er gebildet und aufgeklärt wird, ein „Eugenik-Gewissen“ entwickelt und von sich aus erkennt, was eugenisch richtig oder falsch ist und sich dementsprechend verhält.

Ziel der Arbeit sollte sein, einen Überblick über die Personen, Gruppen, Vereine, etc. zu geben, die Eugenik rezipiert haben und um eine Vermittlung an die Bevölkerung bemüht waren.

Zur Methodik ist zu sagen, daß der Zugang über die semantische Analyse gewählt wurde. Gerade bei Begriffen wie „Rassenhygiene“, positiver und negativer Eugenik, ist es wichtig zu analysieren, in welchem Zusammenhang der Begriff gebraucht wird um zu verstehen, daß der gleiche Begriff unterschiedliche Bedeutung haben kann

Die Arbeit stützt sich im wesentlichen auf gedruckte Quellen und Literatur, die vor 1934 erschienen ist.

Ulrike Felt und Anne Masseran

Wissenschaftspopularisierung als Ort der Fabrikation soziokultureller Repräsentationen Zu Interaktion zwischen wissenschaftlichen Repräsentationen der Frau und der Rolle der Frau in den Naturwissenschaften um die Jahrhundertwende

Bei dem hier vorliegenden Projekt geht es darum zu untersuchen, wie die in den Naturwissenschaften und der Medizin geschaffenen Erkenntnisse über die Frau und die Rhetorik über geschlechtsspezifische Eigenschaften wissenschaftlicher Objekte (etwa die Weiblichkeit der Natur) miteinander in

Wechselwirkung stehen und gemeinsam zu einem öffentlichen Diskurs über die Rolle der Frau in den Naturwissenschaften beitragen bzw. in ihn gestaltend eingreifen. Ein tieferes Verständnis für die enge Verflechtung zwischen Produktion und Diffusion von wissenschaftli-

chem Wissen einerseits und dem sozialen Kontext, in den diese wissenschaftlichen Aktivitäten eingebettet sind, stehen im Zentrum. Es gilt also, den Austausch und das Aushandeln von bestimmten Repräsentationen zwischen dem Wissenschaftssystem und seinem sozio-kulturellen Umfeld zu analysieren

und so besser zu verstehen, in welcher vielfältiger Weise wissenschaftliche und öffentliche (soziale) Repräsentationen miteinander verflochten sind. Untersucht soll diese Frage werden anhand von drei Materialkategorien. Neben der Wissenschaftspopularisierung, die sich explizit an Frauen richtet (also etwa Handbücher für Mütter, Beratungsliteratur und Mädchenerzie-

hungsbücher, Schriften aus der Frauenbewegung), und der Popularisierung mit allgemeinem Zielpublikum (etwa Enzyklopädien, Bildungsliteratur und allgemeine Wissenschaftspopularisierung (Biologie, Medizin), wird es vor allem auch um die Frage der Universitätspolitik in bezug auf die Zulassung von Frauen und die damit zusammenhängenden Diskussionen gehen.

Andrea Rzhacek-Bedö
(Dissertation: Geschichte)

Die Pflege der medizinischen Fachliteratur im mittelalterlichen Kloster Admont

Die Arbeit stellt sich zur Aufgabe, die Rezeption der antiken, islamischen und abendländischen mittelalterlichen Fachliteratur im Kloster Admont anhand der mittelalterlichen Bücherverzeichnisse und der heute noch erhaltenen mittelalterlichen Handschriften darzustellen. Admont wurde deshalb ausgewählt, weil sich in diesem in kultureller und geistiger Hinsicht bedeutenden obersteirischen Benediktinerstift, das vor 1074 als Salzburger Eigenkloster gegründet wurde, sowohl ein relativ geschlossener Bestand an mittelalterlichen Handschriften als auch ein umfangreiches und detailliertes Bücherverzeichnis in zwei Fassungen aus den späten 70-er Jahren des 14. Jahrhunderts und eine Reihe kürzerer Bücherlisten aus dem Mittelalter erhalten haben.

Mithilfe dieser Quellen soll zunächst

untersucht werden, welche medizinischen Handschriften sich bereits für das Mittelalter in der Admonter Bibliothek nachweisen lassen und welche Werke darüberhinaus in heute verlorenen Handschriften, die aber in den mittelalterlichen Handschriftenkatalogen verzeichnet sind, in Admont vorhanden waren. Das Hauptgewicht in diesem Abschnitt der Arbeit liegt dabei darauf, den frühesten Zeitpunkt des Vorhandenseins in der Admonter Bibliothek festzustellen, um so auch etwas über die Geschwindigkeit der Rezeption neu verfaßter oder übersetzter Texte sagen zu können.

In einem kürzeren zweiten Teil sollen die noch in Admont aufbewahrten Handschriften auf „Gebrauchsspuren“ untersucht werden, um Näheres über die Lektüre und die praktische Verwendung von medizinischen Handschriften in mittelalterlichen Klöstern aussagen zu können. Besondere Aufmerksamkeit kommt dabei den Glossen, Kommentaren, Randbemerkungen und nachträglich eingetragenen Rezepten in den Handschriften zu, wobei hier in erster Linie festzustellen sein wird, was davon

nachweislich in Admont eingetragen wurde. Diese Untersuchung der Gebrauchssituation, wie sie sich anhand der Manuskripte darstellt, soll damit einem in der Einleitung unternommenen Versuch, die medizinische Praxis in den Klöstern nach dem Zeugnis von Klosterregeln, Ordensvorschriften, Konstitutionen und Reformprogrammen sowie der baulichen Konzeption von Klosteranlagen näher zu beleuchten, ergänzend zur Seite gestellt werden.

Thomas Mayer

Fragmente einer Spur. Eine Geschichte der Wiener Gesellschaft für Rassenpflege (Rassenhygiene), 1925-1948 und ihrer Protagonisten Diplomarbeit an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien Betreuer: Prof. Mitchell G. Ash

Meine Diplomarbeit soll vor allem zwei Ziele verfolgen. Zum einen wird die Vereinsgeschichte der Wiener Gesellschaft für Rassenpflege (=WGR) vom Anfang (1925) bis zum Ende (1948) skizziert und dabei auf die Kontakte zu deutschen Rassenhygienikern eingegangen. Auf die Persönlichkeit des Hygienikers Heinrich Reichel und seine Rolle im Verein werde ich gesondert eingehen. Die personelle und räumliche Nähe des Vereins zum Anthropologischen Institut der Uni Wien bietet ebenfalls Stoff für weitere Betrachtungen. Zum anderen möchte ich die Beziehungsgeflechte der an diesem Verein beteiligten Personen, besonders der Universitätsdozenten, beleuchten. Die Verbindung untereinander ist für den

Abschließend ist geplant, die Ergebnisse der Arbeit mit jenen einer früheren Studie der Verfasserin, die als Staatsprüfungsarbeit am Institut für Österreichische Geschichtsforschung entstand, zu vergleichen, die die Rezeption der medizinischen Fachliteratur im Augustiner-Chorherrenstift Klosterneuburg im Mittelalter zum Gegenstand hatte, um so die Situation, wie sie sich in Admont darstellt, in Relation zu einer anderen ähnlich bedeutenden Institution bewerten zu können.

Informationsfluß einerseits und eine geistige Befruchtung andererseits sicherlich von Vorteil gewesen. Wie gestaltet sich aber der Gedankenaustausch und in welcher Weise unterstützt „mensch“ einander? Ziel meiner Arbeit wird es sein, die Netzwerke der im Rahmen dieses Wiener

Vereins tätigen österreichischen Eugeniker zu beleuchten und so möglicherweise auch schwer vorstellbare Querverbindungen aufzuzeigen. Die Frage nach dem Engagement und der Einbeziehung dieser Personen in die NS-Rassenpolitik vor und nach 1938 bildet einen wichtigen, wenn auch nicht den einzigen, Kontext für das Selbstverständnis dieser Leute.

Methodisch ist der erste Teil der Arbeit als beschreibende Darstellung der Ereignisse und handelnden Personen zu verstehen. Auch im zweiten Teil sollen zunächst die Netzwerke dargestellt werden. Dies geschieht mittels Analyse einiger eugenischer Zeitschriften, darunter auch der Vereinszeitschrift und der Biographien der Protagonisten. Wertschät-

zung für bzw. Verbundenheit zu einer Person kann mensch als Wissenschaftler durch verschiedene Arten andeuten: über Zitate, durch die Erwähnung des Namens in Bibliographien oder im Text, sowie über die Teilnahme an Tagungen, durch Referate usw. Diese Verbindungen gilt es für mich zu finden und nachzuzeichnen.

Ein Wort noch zu den Quellen. Das meiste findet sich in Archiven, wie z. B. dem Wiener Stadt- und Landesarchiv, dem Archiv der Republik und dem Universitätsarchiv.

Susanne Miedler-Leimer

„... ob er auch in der kunst der wundartzney genuessamb erfahrr sey“.

Bader und Wundärzte im frühneuzeitlichen Tal Wachau (1523-1679)

Dissertation an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien

Betreuer: Prof. Karl Brunner, Prof. Karl Voelka

Ausgehend und gefördert von der Medizinsoziologie läßt sich in den letzten 25 Jahren eine Annäherung zwischen den vorher relativ isoliert forschenden Disziplinen Medizingeschichte und Sozialgeschichte (fernab von dem methodisch enggefaßten, auf die Ereignisgeschichte beschränkten, unkritischen Geschichtsverständnis) feststellen, wobei die Kombination von historischen Forschungsergebnissen und sozialgeschichtlich sowie soziologischen Fragestellungen und Methoden angestrebt wird.

Dieses Gedankenmodell liegt meiner Dissertation zugrunde. Insgesamt sollte die Arbeit die sozialhistorische Forschung in drei Bereichen komplettieren:

Einerseits sollte sie als Beitrag zur Sozialgeschichte der Medizin gewertet

werden 1938 und 1939 gab es außerdem eine Vereinszeitung, deren zehn Ausgaben erhalten sind.

Zu meinem Thema sind bisher nur wenige Forschungsarbeiten vorhanden, die ebenfalls auf den eugenischen Diskurs im Österreich der Zwischenkriegszeit Bezug nehmen. Eine davon ist sicher die Diplomarbeit von Monika Löscher, die den Schwerpunkt auf die Verbreitung eugenischen Wissens quer durch alle politischen Lager vor 1934 setzt.

werden, indem die Entwicklung des Weifenkirchner Bader- und Wundartzwesens über 150 Jahre hinweg (1523-1679) detailliert nachvollzogen wird, was eine kritische Einschätzung der gemeinnützigen Bedeutung der einzelnen Heiler und des Gesundheitswesens im allgemei-

nen impliziert.

Zum anderen versteht sich die Arbeit als Regionalstudie im ländlichen Raum, da bislang vor allem dem urbanen Bereich der Vorzug gegeben wurde und diese Untersuchungsergebnisse in Anbetracht der unterschiedlichen städtischen Lebensweise im Vergleich zu den begrenzten Möglichkeiten am Land nicht wirklich relevant erscheinen.

Und drittens sollte sie die Geschichte der zünftisch organisierten Handwerkschirurgen in der Frühen Neuzeit ergänzen, deren reale Statusverbesserung einhergehend mit einem ansehnlichen Vermögensanstieg definitiv unter Beweis gestellt werden kann. Mein Hauptaugenmerk lag also nicht auf den bedeutenden Männern der Wissenschaft, sondern auf den medizinisch tätigen Men-

schen (Bader, Barbieri, Hebammen), welche quellenmäßig belegbar die durchaus profunde Basisversorgung der Gemeinde Tal Wachau (heute Weifenkirchen in der Wachau) zu gewährleisten verstanden.

Denn obwohl die auf dem Land residierenden Wundärzte aufgrund ihrer Ausbildung nur zur Behandlung von äußeren Krankheiten berechtigt waren, übernahmen sie angesichts der geringen Ärztedichte und des Geldmangels der breiten Masse die gesamte medizinische Betreuung der Bevölkerung.

Diese Kompetenzüberschreitungen waren notwendig, um besonders in Pestzeiten gesundheitsrelevante Leistungen zu offerieren.

So reichte ihr Spektrum - abgesehen von der profanen Körperpflege - vom einfachen Anlegen von Verbänden bis hin zu erfolgreich durchgeführten Amputationen, wobei sie in ihrem Tätigkeitsfeld sowohl einer apodiktischen richterlichen, herrschaftlichen, zünftischen als auch einer landesherrlichen Kontrolle unterstanden. Dies förderte das Aufkommen eines medizinischen Gutachterwesens, in welches die einzelnen Bader einerseits als durch Konkurrenten und honoräre Bürger Inspizierte und

andererseits als gerichtlich beidete Sachverständige eingebunden waren. Dennoch hatten die Handwerkschirurgen unbestritten eine monopolistische Stellung am frühneuzeitlichen Gesundheitsmarkt inne, welche ihnen lediglich durch immer wieder in Erscheinung tretende Kurpfuscher und „Schwarzarbeiter“ streitig gemacht wurde, denn die akademische Ärzteschaft hatte wenig Interesse an den beschwerlichen und materiell unergiebigsten Landpraxen.

Ungeachtet ihrer medizinischen Dienstleistungen haftete den Weifenkirchner Badern aber im 16. und 17. Jahrhundert immer noch das Vorurteil des „unehrlichen“ Berufes an, doch dies verlor die Handwerkschirurgen wohl bis ins 19. Jahrhundert. Das impliziert also den dringenden Bedarf, das angekratzte Berufsbild der Bader und Wundärzte zu revidieren wie auch gleichzeitig sowohl die Medikalierungs- als auch die Professionalisierungsproblematik abzuhandeln, wozu diese Arbeit einen zeitlich und lokal begrenzten, aber wissenschaftlich fundierten Beitrag leisten sollte und folglich in die immer länger werdende Kette von Werken zur Sozialgeschichte der Medizin einzureihen ist!

Gerhart Marckhogg

Das Projekt „Gedenkbuch Hartheim“
(<http://linz.orf.at/gast/gedenkbuch/index.htm>)

Ziel des Projektes ist es, die Opfer der nationalsozialistischen Euthanasieprogramme in der Tötungsanstalt

geistig und körperlich Behinderte, wobei der Begriff der Behinderung von den Verantwortlichen sehr weit gefaßt wur-

Hartheim im Zeitraum 1940 bis 1944 namentlich zu erfassen.

Die Ideologie der nationalsozialistischen Machthaber besagte, daß es „unbrauchbare“ Menschen gäbe, sogenanntes „lebensunwertes Leben“. In diese Kategorie fielen vor allem

de. Solche „unbrauchbaren“ Menschen, welche die „Gesundheit des Volkkörpers gefährdeten“, wurden im ganzen damaligen Reichsgebiet in Tötungsanstalten gebracht und dort ermordet. Eine dieser Anstalten war im Schloß Hartheim untergebracht.

Gegen Ende des Krieges wurden nicht nur Konzentrationslager aufgelöst, sondern auch die Tötungsanstalt Hartheim, in der zuletzt zahlreiche kranke oder mißliebige Häftlinge der KZ Mauthausen und Dachau getötet worden waren. Im Zuge der Liquidierung scheinen die umfangreichen Hartheimer Unterlagen über die Opfer systematisch zerstört worden zu sein. Auch wenn sich ein – erst seit wenigen Jahren bekannter – Aktenbestand in Berlin als tauglicher Ersatz für die vernichteten Originalunterlagen herausstellen sollte, ist es doch aus quellenkritischen, aber vor allem auch pädagogischen Gründen sinnvoll, sekundäre Quellen vor Ort, das heißt in den Heilanstalten selbst, systematisch auszuwerten. So soll den Opfern jene Individualität zurückgegeben werden, die eine wesentliche Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit den Euthanasiemorden und der dahintersteckenden Ideologie darstellt.

Die Namen der Opfer werden mit den relevanten Daten (etwa Geburtsdatum, Wohn- und Pflegeort, Aufnahme- und Abgangsdatum aus der Herkunftsanstalt etc.) in einer Datei erfaßt. Der Kern des Projekts wird also eine Datensammlung sein. Dem „elektronischen Charakter“ dieses Kernes entspricht auch die Präsentation im Internet: Die Fortschritte des Projektes, die wesentlichsten Ergebnisse der Erhebungen sowie umfangreiche Hinweise auf weiterführende Informationsquellen (Literatur, Links) sind unter einer – wenigstens

einmal monatlich aktualisierten – Homepage zugänglich (<http://linz.orf.at/gast/gedenkbuch/index.htm>). Das Internet ermöglicht nicht nur internationalen Zugang zu diesen Informationen, sondern auch (per e-Mail) die individuelle Kontaktaufnahme von Angehörigen der Opfer. Diese Präsentationsform wurde aber auch im Hinblick auf die zahlreichen revisionistischen (= die Morde leugnenden) Beiträge und die Diskussionen zum Thema Bioethik im Medium Internet gewählt.

An eine konventionelle Drucklegung der erfaßten Namen und Daten ist nicht gedacht. In welcher Form die Daten im Rahmen der Gedenkstätte bzw. der Sonderausstellung im Schloß Hartheim zugänglich gemacht werden, ist noch nicht festgelegt.

Eine wichtige Ergänzung des Projektes werden die Berichte indirekt Betroffener, etwa Verwandter oder Bekannter der Opfer, sein, die vor allem durch die Sonderausstellung „Wert des Lebens“ zu erwarten sind. Im Rahmen des Projektes sollen einschlägige Berichte und Dokumente als Grundstock einer umfassenden Dokumentation entgegengenommen werden, die später vom Verein Schloß Hartheim betreut und als Bestandteil der Gedenkstätte weitergeführt werden wird.

Zum Stand der Arbeiten

Zur Zeit sind bereits mehrere tausend Patienten aus der Landesheil- und Pflegeanstalt Niedernhart in Oberösterreich, aus der Siechenanstalt Schlierbach in Oberösterreich und aus den Heil- und Pflegeanstalten der Stadt Wien „Am Steinhof“ und Ybbs in Niederösterreich erfaßt. Für die Erfassung der Opfer aus dem Konzentrationslager

Mauthausen hat das Innenministerium großzügige Unterstützung zugesagt, auch die Gedenkstätte Dachau ist grundsätzlich zur Zusammenarbeit bereit. Details der bereits durchgeführten Arbeiten sind in der Homepage (<http://linz.orf.at/gast/gedenkbuch/index.htm>) nachzulesen.

Trotz der in allen betroffenen Anstalten und Institutionen vorhandenen Bereitschaft, die einschlägigen Quellen zu

gänglich zu machen und weitgehende Unterstützung zu leisten, wird die flächendeckende Durchführung der Rechercheen sicher noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

(Projektleiter und Kontaktperson: Dr. Gerhart Marckhgott, Oberösterreichisches Landesarchiv, A-4020 Linz, Anzengruberstr. 19; Tel. (+43 732) 7720-4641, Fax DW-4619; email gerhart.marckhgott@ooe.gv.at)

Fundgrube

... enthält kleinere und größere Archivalienfunde, die für die Sozialgeschichte der Medizin von Interesse sein könnten.

Zwei medizinische Rezepte aus der Pfarrbibliothek Michelhausen in Niederösterreich
Mitgeteilt von Thomas AIGNER

Diözesanbibliothek St. Pölten, Pfarrbibliothek Michelhausen, Sig. 8b, Innenseite des Deckels:

Fur die pose khrankheit der pestilentz. Nim 4 lott triacus, 2 lott zittwer, 3 lott rotte merren, 2 lott ingber unnd caffer eines ducatten schwär, des alles gestessen, aber nit zu khlain, daselben in ein wein than, darin laßen ligen unnd darob trincken. Das hilft.

Item wen ainer nitt harmen mag. Nimb pherisch khern unnd khersen khern sambt den schallen anoch und pettersil samen und auch ingber, unnd durch einander gestossen und duffer gefaft unnd zwischen dreien fingern sovil genumen unnd in ein wein gemengt unnd darob getrunken. Probatus est.

15 E 62

Zwei schwierige Geburten in Groß-Mugl in Niederösterreich
Mitgeteilt von Alfred DAMM

Pharmatriken Großmugel, Band 1 (1658-1678)

pag. 253: 1659 den 22ten dito [Januar] ist Anna Fischerin, paderin alhier samt ihren khindt, so von ihr geschnitten worden, ihres alters 38 Jahre conduciert worden.

pag. 254: Eodem die [Februari] 13. ist Maria Cramhoferin, inwohnerin bei Ander Secher [?] alhier mit ihrem khindt N. Adam, welcher durch ein lebendiges wahrzaichen in mütterleib frau getauft worden undt nach ihrem ableiben von ihr geschnitten conduciert worden.

Ein Akt zur Geschichte des Gesundheitswesens in der Bukowina

Aufgefunden von Ilsemarie WALTER, transkribiert von Ulrike GSTETTNER

Österreichisches Staatsarchiv, Abt. Allgemeines Verwaltungsarchiv, Ministerium des Inneren-Allgem. Sanitätswesen in genere, IV.L.1 (Karton 130), Akt 12-357/69

Euer Exzellenz!

In Vollziehung des hohen Erlasses vom 6ten Juni d. J. Z 8841/7(?)⁹¹ beehre ich mich Eurer Exzellenz hinsichtlich der mir zur Erwägung anempfohlener Frage wie viele landesfürstliche Sanitätsorgane für die Bezirkshauptmannschaften in der Bukowina zu bestellen, und welcher Betrag für jedes einzelne Sanitätsorgan als Kanzlei-erfordernis und Reisepauschale jährlich zu veranschlagen wäre Nachstehendes zu berichten:

*Nach meiner Ansicht hängt die Beantwortung dieser Frage von dem Umstande ab, ob das Institut der Gemein-
deärzte im Kronlande eingeführt wer-*

72

FUNDGRUBE

73

den wird, oder nicht. Wird diese Frage verneinend beantwortet, so muß jedenfalls, falls der Institutsdienst auf dem flachen Lande nicht illusorisch werden sollte, für eine entsprechende Anzahl von Aerzten als landesfürstliche Sanitätsorgane bei den Bezirksbehörden vorgesorgt werden. Was aber die Frage anbelangt, ob im Hinblick auf den Kulturzustand der Bezirksbewohner, insbesondere aber auf ihren Wohlstand und ihre Mittel die Bestellung der Gemeindeärzte schon derzeit notwendig und zulässig sei, so muß ich unumwunden gestehen, daß die Ausführung dieser Maßregel hier zu Lande derzeit auf große Schwierigkeiten stoßen, wenn nicht ganz unmöglich werden würde.

Die Bezirksbewohner stehen im Allgemeinen noch auf einer sehr niederen Stufe der Bildung, da sie zumeist dem Bauernstande angehören. Ein Mittelstand der sich nur in Städten und Marktflecken zu bilden pflegt, ist hierlands erst im Entstehen begriffen. Die Erfahrung lehrt überdies, daß nur die intelligentere Bevölkerung ein Vertrauen zur ärztlichen Kunst hat, und in Krankheitsfällen auch sogleich ärztliche Hilfe sucht, weshalb die Aerzte sich größtenteils nur in den Städten niederlassen, hingegen an dem flachen Lande selten ein Arzt anzutreffen ist. Die hierländige Bauernbevölkerung trägt ein großes Mißtrauen sowol [sic!] der ärztlichen Kunst, als auch jedem Fortschritte, jeder Reformbewegung entgegen, weshalb diese auch in Krankheitsfällen keine ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, sondern ihr Heil, die Hilfe in der Kirche, im Wasserweihen, im Brantwein und gewöhnlichen Hausmitteln sucht, und wenn sich dieses alles fruchtlos erweist, läßt der hierländige

*Bauer es weiter gehen, wie es Gott gewöhnlich ist, aber ärztliche Hilfe, selbst wenn sie ihm zu Gebote steht, sucht er nicht. Nicht besser als mit dem Kulturstande, steht es mit dem Wohlstande, dieser Bevölkerung, indem die meisten Gemeinden außer einigen Nationalanlehens-Obligationen gar kein Vermögen besitzen, und diese widmeten die Meisten zur Gründung und Erhaltung der Schulen, doch auch dieses Vermögen ist oft so gering, daß die Gemeinden nicht selten außer Stande sind, dem Lehrer eine ordentliche Existenz zu verschaffen, und ihm die Besoldung ordentlich und zeitgemäß auszus zahlen. Ein anderes Vermögen besitzen die Gemeinden mit weniger Ausnahme nicht, und die anderweitigen Gemein-
deauslagen müssen durch Umlagen nach dem Steuergulden mühsam bestritten [sic!] werden, denn die allermeisten Landbewohner sind verarmt; und leben vom Taglohn.*

Der Bauer wird demnach, da er neben der Zahlung der Steuern schon die Erhaltung der Schule und Besoldung des Lehrers etc: etc: als eine ihm aufgebürdete Last ansieht, wenn nicht gezwungen, sich nicht herbeilassen, für eine Einrichtung, die er als überflüssig erachtet, eine neue Abgabe zu entrichten, oder selbst wenn Kraft eines Gesetzes wirklich die Gemeinden gezwungen sein sollten, einen Arzt zu besolden, so wird der Bauer dennoch nicht, wenn er dann auch die ärztliche Hilfe bei der Hand hat, davon Gebrauch machen. Die Bevölkerung würde den Communalarzt, da sie ihn besolden muß, nicht als einen Freund, Rathgeber, und Retter in Gefahr, sondern nur als einen Aufdringling, als eine neue Last ansehen. Es ist aber auch schwer glaublich, daß sich Aerzte finden, und herbei-

lassen werden, unter so schwierigen und mifflichen Verhältnissen als Gemeindeärzte auf dem flachen Lande unter einer ungebildeten, verarmten und indolenten Bevölkerung zu wohnen, wo er geistig und körperlich verkümmern, wo er stets mit feindlichen Blicken angesehen werden, und bei jeder Gelegenheit auf Widerstand und Unwillen stossen würde. Darum ist auch anzunehmen, daß das Institut der Gemeindeärzte, wiwohl [sic!] für die Gemeinden in ihrem autonomen und übertragenen Wirkungskreise nothwendig, dennoch in der Bevölkerung nicht sobald feste Wurzel fassen, und diese Jodelauslage scheuen wird für eine Einrichtung, deren wohlthätige Folgen sie jedoch gegenwärtig noch nicht einzusehen vermag.

Mit Rücksicht auf diese Umstände und in Anbetracht dessen, daß die hiesigen politischen Bezirke zum Theil sehr volkreich und größtentheils von sehr bedeutender Ausdehnung sind, ferner auf dem flachen Lande gar keine Privatärzte bestehen und die Bestellung von Gemeindeärzten derzeit unthunlich ist, daher sämtliche [sic!] sanitätspolizeiliche und gerichtsarztliche Agenden den Bezirksärzten obliegen, und dieselben ihre Thätigkeit nicht bloß auf Beaufsichtigung des Sanitätspersonals, der Apotheke, und sonstigen Sanitätsanstalten beschränken können, ihnen vielmehr die Besorgung aller Agenden in eigener Person obliegt, erscheint die Bestellung eines Bezirksarztes für jede der Acht [sic!] Bezirkshauptmannschaften im Amtssitze der Bezirkshauptmannschaften als unabweislich nothwendig, und ich kann daher in die Bestellung bloß eines Bezirksarztes für zwei oder mehrere Bezirkshauptmannschaften durchaus nicht eintrathen.

Übergehend [sic!] nun auf die Kostenfrage, so erlaube ich mir Euerer Exzellenz ergebenst zu bemerken, daß für die Fixierung des Pauschales der bezirksärztlichen Reisekosten jede Basis fehlt und da es auch kaum in der Absicht der hohen Regierung liegen dürfte, die Kosten für bezirksärztliche Reisen bei Thierseuchen und Menschenepidemien zu pauschiren [sic!], so würde es sich nur darum handeln, das Pauschale für Reisen der Bezirksärzte in Angelegenheiten der politischen Verwaltung zu fixiren [sic!], was aber auch entfallen könnte, da die faktischen diesfälligen Reiseauslagen sehr unbedeutend sind, und in der Zeit von August 1868 bis Ende Juli 1869 für alle Bezirke 116 fr 62 Kr betragen haben.

Ich wäre daher der unvergreiflichen Meinung, daß es in Hinsicht der bezirksärztlichen Reisekosten die oft auch von verschiedenen Fonds zu tragen sind, bei der dermaligen Gepflogenheit um so mehr zu verbleiben hätte, als der Regierung keine Garantie geboten würde, daß die Bezirksärzte besonders bei Menschenepidemien falls selbe pauschirt werden, auch ihre Schuldigkeit thun.

Belangend weiter das Pauschale für Kanzleierfordernisse so glaube ich, da mir nicht bekannt ist, was aus demselben bestritten werden soll, daß den betreffenden Aerzten jährlich ein Betrag von Zwanzig [sic!] Gulden zu bewilligen wäre. Sollten Euere Exzellenz jedoch die Bezirksärzte in dieser Beziehung wie die übrigen Bezirksbeamten behandelt wissen wollen, so wäre denselben das individuelle Pauschale jährlich von 2 fr 52 Kr in monatlichen Raten auszufolgen.

Behelzungskosten [sic!] dürften keine nöthig werden, weil die Bezirksärzte als

Organe der Bezirkshauptmannschaft die öffentlichen Agenden in den Amtslokalitäten der letzteren besorgen dürfen. Der geringe Bedarf an Papier könnte von den Bezirkshauptmannschaften gestellt werden, die Drucksorten könnten, wenn solche eigens aufzulegen sind, aus der Dotation für die Rubrik „Sanitätsauslagen“ angeschafft werden, übrigens ist bisher eine Ausgabe für diese Bedürfnisse nicht vorgekommen.

Zum Schlusse kann ich nicht umhin, die hohe Aufmerksamkeit Euerer Exzellenz wiederholt [sic!] auf das Institut der Bezirksthiärzte welches in Rücksichtname [sic!] der geographischen Lage der Bukowina die mit Hinblick auf das angrenzende Ausland in veterinärpolizeilicher Beziehung eines der wichtigsten Kronländer darstellt, unabweislich von gewichtigen allgemeinen Interesse [sic!] ist, zu lenken. Zwar geruheten Euere Exzellenz in der neuesten Zeit und zwar mit dem hohen Erlasse vom 1ten Juli 1868. Zl 3992/248. die Bestellung zweier Bezirksthiärzte mit den Standorten in Sereth und Suczawa zu bewilligen, jedoch nach meiner Überzeugung [sic!] ist eine Vermehrung dieser Stellen unumgänglich nothwendig, und ich erlaube mir im Zwecke der Ermöglichung der Förderung der Viehzucht und im Zwecke der Verhütung des Einschleppens des Rinderpestkontagiums aus dem Rinderpest verdächtigen Behsarabien und der Moldau auf die Anstellung von noch zwei Bezirksthiärztern für die Bezirke Koztman und Czernowitz mit dem Amtssitze in Czernowitz und für die Bezirke Wiznitz und Stowozyg[?]netz mit dem Amtssitze in Stowozynet mit einem jährlichen Gehalte von Sechshundert Gulden und der X Diätenklasse ergebenst anzutragen.

Genehmigen Eure Exzellenz den Ausdruck der unbegrenzten Ehrfurcht und Ergebenheit mit dem ich die Ehre habe mich zu zeichnen.

Euerer Exzellenz
ergebenster Diener

Unterschrift

Czernowitz am 5ten August 1869.

An Seine Exzellenz den Herrn kk: Minister des Innern etz: etz: Dor. Carl Giskra.

Verhütung in den Dreißiger Jahren

Von Ulrike GSTETTNER und Philipp WAGNER

Im Diözesanarchiv von St. Pölten fanden wir im Februar 1999 im Zuge der Erfassung des Pfarrarchives Schiltern eine kleine Broschüre, die wir in die frühen 30er Jahre datieren. Das genaue Entstehungsdatum ist nicht angegeben; allerdings wird im Text selbst auf das „päpstliche Ehe-Rundschreiben vom 31. Dezember 1930“ Bezug genommen. Die Schrift ist betitelt „Halte die Ehe heilig! Wertvolle Gedanken für Eheleute“ und wurde von Karl Lindorfer, einem Lehrer aus Niederbayern, verfaßt. Inhaltlich wird hier versucht, die Knaus-Ogino-Verhütungsmethode „an die Frau zu bringen“. Erklärt wird sie selbstverständlich „umgekehrt“: Der Autor macht auf jene Tage der Frau aufmerksam, an welchen eine Befruchtung zustandekommen kann. Und vergißt natürlich nicht, die Berechnungen, die Dr. Knaus und Dr. Ogino angestellt ha-

ben, genauestens zu erklären und aufzuschlüsseln. Insofern wird zwar dem Gebot der katholischen Kirche Rechnung getragen, ehelichen Geschlechtsverkehr nur zum Ziele der Fortpflanzung zu propagieren, allerdings geht eindeutig hervor, daß mit diesem Text eine genaue Anleitung zur Verhütung gegeben wurde.

Interessant wäre natürlich zu erfahren, wie diese Schrift „unter die Leute“ und insbesondere in ein Pfarrarchiv gekommen ist. Für uns jedenfalls scheint klar, daß auch in den 30ern die Verhütung, wenn auch nicht offiziell, doch ein Thema war, mit dem sich auch breitere Bevölkerungsschichten auseinandergesetzt haben.

Mitarbeiter

Dr.phil. Thomas AIGNER, Diözesanarchiv St. Pölten, Domplatz 1, A-3100 St. Pölten – E-mail: da.bo.stpoelten@kirche.at

Alfred DAMM,
Neubaugasse 68, 1060 Wien

Dr.phil. Gabriele DORFFNER,
Georgstraße 37, A-1210 Wien

Univ.-Doz. Dr. Ulrike FELT, Institut für Wissenschaftstheorie, Sensengasse 8, A-1090 Wien

Mag.phil. Dr.med. Sonia HORN, Institut für Anatomie/Institut für Geschichte, Universität Wien, Dr. Karl Lueger-Ring 1, A-1010 Wien – E-mail: sonia.horn@unvie.ac.at

Dr. phil. Klaus HÖDL, Abteilung Zeitgeschichte, Universität Graz,
Elisabethstraße 27, 8010 Graz

Dr.phil. Gabriele KOHLBAUER-FRITZ, Jüdisches Museum,
Dorotheergasse 11, A-1010 Wien

Mag. phil. Ruth KOBLIZEK, A-1080 Wien, Zeltgasse 10/9

cand.phil. Monika LÖSCHER, Altmanndorferstr. 277, A-1230 Wien

Dr.phil. Gerhart MARCKHGOTT, Oö. Landesarchiv, Anzengruberstraße 21, A-4020 Linz

Dr. Anne MASSERAN, Institut für Wissenschaftstheorie, Sensengasse 8, A-1090 Wien

cand.phil. Thomas MAYER,
tuinbouw 10, NL-9717 JH Groningen

Dr.phil. Susanne MIEDLER-LEIMER,
Stronaweg 17, A-3500 Krems

Dr.med. Beatrix PATZAK, Pathologisch-Anatomisches Bundesmuseum,
Spitalgasse 2, A-1080 Wien

Mag. Andrea RZIHACEK-BEDÖ, Institut für Österreichische Geschichtsforschung, Dr. Karl Lueger-Ring 1, A-1010 Wien

Hans SWOBODA, Tautnerstraße 28,
A-3400 Klosterneuburg

cand.phil. Philipp WAGNER,
Flotowgasse 16, A-1190 Wien

Dr. Ilsemarie WALTER, Forschungsinstitut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz, Abt. für Pflegeforschung, Billrothstraße 78, A-1190 Wien

ao. Univ.Prof. Dr.med. Andreas H. WEIGLEIN, Anatomisches Institut, Karl-Franzens Universität Graz,
Harrachgasse 21, A-8010 Graz, Österreich – Email: andreas.weiglein@kfunigraz.ac.at

Mag.phil. Rainer WOSCHITZ,
Strozzigasse 8, A-1080 Wien

Birgit ZAUSSIGER, Neubruchgasse 9,
A-3420 Tulln

Mag.pharm. Gilbert ZINSLER,
Landschaftsapotheke Horn, Hauptplatz 14, A-3580 Horn

Augustin erzählt ...

Das Lied vom Lieben Augustin:

Oh du lieber Augustin, alles ist hin
s' Geld ist hin, 's Mensch' is hin
oh, du lieber Augustin, alles ist hin¹

Wollt' noch vom Geld nix sagen,
hätt ich nur 's Mensch beim Krag'²
oh du lieber Augustin, alles ist hin.

Oh du lieber Augustin, alles ist weg
Rock is weg, Stock is weg
Augustin liegt im Dreck.
Oh du lieber Augustin alles ist hin

(der Beginn „Oh du lieber Augustin“ ist gleichbleibend)

Wär schon des Lebens quit, hätt ich nit noch Kredit,
aber so folgt Schritt auf Schritt nur der Kredit

Na, und selbst 's reiche Wien, arm ist's wie Augustin,
Seufzt mit ihm im gleichen Sinn: Alles ist hin

Jeden Tag war sonst ein Fest, jetzt haben wir die Pest!
Nur ein großes Leichennest, das ist der Rest!

Oh du lieber Augustin, leg nur ins Grab dich hin,
oh du mein herzliches Wien, alles ist hin³

Der „Liebe Augustin“ soll 1643 als Marx Augustin, Sohn eines Bierwirtes⁴, in Wien zur Welt gekommen sein. Er gilt als berühmter Bänkelsänger und Dudelsackpfeiffer. Während der Pestepidemie von 1679 soll er – schwer bedrungen – in eine der Pestgruben gefal-

len sein. Ein andere Variante der Geschichte berichtet, daß er neben einer dieser Gruben seinen Rausch ausschließ und von Siechenknechten – in der Annahme es handle sich um einen Pesttoten – in die Grube geworfen wurde. Er soll dieser unbeschadet wieder entstiegen sein und weiterhin gesungen (und vermutlich auch getrunken – Anm. Horn) haben⁵.

1705 ist der Sackpfeiffer Marx Augustin verstorben und wurde auf dem Nikolai-Friedhof vor der heutigen Rochuskirche im dritten Wiener Gemeindebezirk begraben.

In einer Chronik aus dem Jahr 1694 wird berichtet: „... so waren auch umb die gantze Stadt herumb fast alle Lust – unnd Wein – Gärten, Gässen und Straßen mit Toten unnd Kranken Leuten angefüllet, ja sogar, daß man nicht Leuth genug haben kunte, die Toten unter die erden zu bringen und daher es bisweilen geschahe, daß die mit dem tode allbereit Ringende, auff Wägen unter die Todten geleget und mit einander in die hierzu geworffen worden, als wie einem Namens Augustin, der ein Sack – Pfeiffer gewes-

78

AUGUSTIN ERZÄHLT ...

79

sen, welcher zwischen der Kays. Burg unnd St. Ulrich auf selbigem Weg wegen eines starken rausches gelegen und geschlafen hat, begegnet ist, denn dieser mensch ist von denen Siechknecchten ohne einiges vermerken auf den Wagen in Ansehung, daß Er die böse Krankheit hätte unnd in Todts – Zügen allbereit begriffen, geladen, nebst anderen Todten weggeführt unnd in eine Gruben geworffen worden, weilen man aber die Körper nicht eher mit Erden verscheüttet, biß eine reihe derselben nach der Länge unnd breiten völlig vollgewesen, als ist besagter

Mensch, nachdem Er die gantze Nacht unnder den Todten ohne Aufhören geschlaffen, erwacht, nicht wissend, wie ihm geschehen, oder wie er möge dahin kommen seyn, hat auß der gruben hervorsteigen wollen, solches aber wegen der Tieffen nicht zuweg bringen können, weßwegen er auf den Todten so lang herumb gestiegen unnd überaus sehr geflucht, gescholten und gesagt hat: wer der Teufel ihn dahin müßte gebracht haben, bis endlich mit abrechendem Sonnenschein die Siechknecchte mit toten Leuthen sich eingefunden unnd ihm herauß geholfen haben.⁶

6 HAUENSTEIN, Chronik des Wienerliedes 25 – 28.

1 Das Wort „Mensch“ wird auch für „Mädchen“, „junge Frau“ verwendet.

2 „hin“ bedeutet in Wiener Mundart sowohl „dahin“ – also „weg“ also auch „kaspuit“ bzw. „tot“.

3 Hans HAUENSTEIN, Chronik des Wienerliedes. Ein Streifzug von den Minnesängern über den Lieben Augustin, den Harfenisten und Volksängern bis in die heutige Zeit (Klosterneuburg, Wien 1976) 21 – 22

4 Hier könnte sich die erste Beziehung zur Medizingeschichte finden, denn das Privileg des Bierauschanks in Wien war dem Bürgerspital vorbehalten.

5 Es kann davon ausgegangen werden, daß er Wiener Wein getrunken hat, was auf die immunstärkende und offensichtlich „pestizide“ Wirkung dieses Getränks hinweist.