

Medizin, Gesellschaft und Geschichte (MedGG)  
Band 18 • 1999



Urheberrechtlich geschütztes Material. Jede Verwertung außerhalb der engen  
Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.  
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen  
und die Einspeicherung und Verarbeitungen in elektronischen Systemen.  
© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2015


# Medizin, Gesellschaft und Geschichte

Jahrbuch  
des Instituts für Geschichte der Medizin  
der Robert Bosch Stiftung

Band 18 • Berichtsjahr 1999

herausgegeben von  
Robert Jütte

Franz Steiner Verlag Stuttgart 2000



Urheberrechtlich geschütztes Material. Jede Verwertung außerhalb der engen  
Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.  
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen  
und die Einspeicherung und Verarbeitungen in elektronischen Systemen.  
© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2015

Medizin, Gesellschaft und Geschichte (MedGG)  
Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin  
der Robert Bosch Stiftung

Herausgeber: Prof. Dr. Robert Jütte  
Redaktion: Dr. Iris Ritzmann  
Satz und Layout: Arnold Michalowski

Anschrift: Institut für Geschichte der Medizin  
der Robert Bosch Stiftung  
Straußweg 17  
70184 Stuttgart  
Telefon (0711) 46084 - 171 und 172  
Telefax (0711) 46084 - 181

Erscheinungsweise: jährlich.

Bezugsbedingungen: Ladenpreis bzw. Abonnement DM 48,-, für Studenten DM 38,40, jeweils zuzüglich Versandkosten. Ein Abonnement gilt, falls nicht befristet bestellt, zur Fortsetzung bis auf Widerruf. Kündigungen eines Abonnements können nur zum Jahresende erfolgen und müssen bis zum 15. November des laufenden Jahres beim Verlag eingegangen sein.

Verlag: Franz Steiner Verlag, Birkenwaldstr. 44, 70191 Stuttgart

Anzeigenleitung (verantwortlich): Susanne Szoradi

Druck: Rhein Hessische Druckwerkstätte, Wormser Str. 25, 55232 Alzey

Medizin, Gesellschaft und Geschichte enthält ausschließlich Originalbeiträge mit den Themenschwerpunkten Sozialgeschichte der Medizin sowie Geschichte der Homöopathie und alternativer Heilweisen. Entsprechende deutsch- oder englischsprachige Manuskripte sind erwünscht. Sie sollten nach den Hinweisen für Verfasser abgefaßt und auf PC gesetzt werden. Die Hinweise für Verfasser, die auch nähere Angaben zu Betriebssystem und möglichen Textverarbeitungsprogrammen enthalten, bitte bei der Redaktion anfordern. Der Umfang der Beiträge soll 10.000 Wörter, bzw. 30 Manuskriptseiten nicht überschreiten. Die Autoren erhalten 20 Sonderdrucke ihrer Aufsätze gratis, auf Wunsch weitere gegen Bezahlung.

Daneben informiert MedGG über laufende Forschungsprojekte und Veranstaltungen aus den Bereichen Sozialgeschichte der Medizin und Homöopathieggeschichte im deutschsprachigen Raum. Für entsprechende, zur Veröffentlichung bestimmte Mitteilungen sollten spezielle Formulare, die ebenfalls anzufordern sind, verwendet werden.

Als Ergänzung zum Katalog der Bibliothek des Homöopathie-Archivs, hg. v. Renate Günther und Renate Wittern, Stuttgart 1988, enthält MedGG ein Verzeichnis der Neuerwerbungen (vgl. Jahrbuch, Bd. 6ff.).

MedGG enthält keine Buchrezensionen. Unaufgefordert eingesandte Besprechungsexemplare werden nicht zurückgeschickt, sondern von der Institutsbibliothek übernommen.

© 2000 Franz Steiner Verlag Wiesbaden GmbH, Sitz Stuttgart  
Printed in Germany. ISSN 0939-351X

## Inhalt

Anschriften der Verfasser	7
Editorial	8
I. Zur Sozialgeschichte der Medizin	
<i>Irina Metzler</i>	
Responses to Physical Impairment in Medieval Europe: Between Magic and Medicine	9
<i>Marianne Rychner</i>	
Männlichkeit, Nation und militärdiensttauglicher Körper in der Schweiz um 1875	37
<i>Christine Roilo</i>	
»Historiae Morborum« des Franz v. Ottenthal – ein Zwi- schenbericht	57
II. Zur Geschichte der Homöopathie und alternativer Heilweisen	
<i>Christian Lucae</i>	
Das »Lebenswarthische homöopathische Kinderspital« in Wien (1879-1914) – zur Geschichte des ersten homöopathi- schen Kinderkrankenhauses im deutschsprachigen Raum	81
<i>Gunnar Stollberg</i>	
Patienten und Homöopathie – ein Überblick über die sozio- logische Literatur	103
<i>Martina Günther</i>	
Der homöopathische Patient in der niedergelassenen Arzt- praxis – Ergebnisse einer vergleichenden Patientenbefragung in konventionellen Arztpraxen und homöopathischen Pri- vat- und Kassenpraxen	119
<i>Kathrin Schreiber</i>	
Vertreibung aus Leipzig? Hahnemanns Leipziger Praxis: Ursachen für den Umzug nach Köthen im Jahr 1821 – Pati- entenfrequenz und Polemik	137

<i>Robert Jütte</i>	
»Und es sammelte sich ohne Verdruß von Seiten des Kranken in des Arztes Beutel« – Samuel Hahnemann und die Honorarfrage	149
<i>Michael Stolberg</i>	
Krankheitserfahrung und Arzt-Patienten-Beziehung in Samuel Hahnemanns Patientenkorrespondenz	169
<i>Iris Ritzmann</i>	
Die jüngsten Patienten Hahnemanns – eine analytische Studie zur Kinderpraxis in den Anfängen der Homöopathie	189
III. Neuerwerbungen der Bibliothek des Homöopathie-Archivs 1999 (13)	
Monographien. Bearbeitet von <i>Helena Korneck-Heck</i>	209
Zeitschriften. Bearbeitet von <i>Uta Meyer</i>	224
IV. Homöopathiegeschichte:	
Laufende Forschungen und Veranstaltungen	233
V. Sozialgeschichte der Medizin:	
Laufende Forschungen und Veranstaltungen	235



## Anschriften der Verfasser

### **Martina Günther**

Ankerstr. 12  
D – 53757 St. Augustin  
[elch91@okay.net](mailto:elch91@okay.net)

### **Robert Jütte, Prof. Dr.**

Institut für Geschichte der Medizin  
der Robert Bosch Stiftung  
Straußweg 17  
D – 70184 Stuttgart  
[robert.juette@igm-bosch.de](mailto:robert.juette@igm-bosch.de)

### **Helena Korneck-Heck, Dipl. Bibl.**

Institut für Geschichte der Medizin  
der Robert Bosch Stiftung  
Straußweg 17  
D – 70184 Stuttgart  
[helena.korneck@igm-bosch.de](mailto:helena.korneck@igm-bosch.de)

### **Christian Lucae, Dr.**

Lachnerstr. 37  
D – 80639 München  
[lucae@bigfoot.com](mailto:lucae@bigfoot.com)

### **Irina Metzler**

Dept. of History,  
Faculty of Letters & Social Sciences  
University of Reading  
Whiteknights, PO box 218  
U.K. – Reading, RG6 6AA  
[i.v.metzler@reading.ac.uk](mailto:i.v.metzler@reading.ac.uk)

### **Uta Meyer, Dipl. Bibl.**

Institut für Geschichte der Medizin  
der Robert Bosch Stiftung  
Straußweg 17  
D – 70184 Stuttgart  
[uta.meyer@igm-bosch.de](mailto:uta.meyer@igm-bosch.de)

### **Iris Ritzmann, Dr.**

Institut für Geschichte der Medizin  
der Robert Bosch Stiftung  
Straußweg 17  
D – 70184 Stuttgart  
[iris.ritzmann@igm-bosch.de](mailto:iris.ritzmann@igm-bosch.de)

### **Christine Roilo**

Landesarchiv, Denkmalpflege Abt. 13  
A.-Diaz-Str. 8  
I – 39100 Bozen  
[christine.roilo@provinz.bz.it](mailto:christine.roilo@provinz.bz.it)

### **Marianne Rychner**

Winkelriedstrasse 34  
CH – 3014 Bern  
[marianne.rychner@gef.be.ch](mailto:marianne.rychner@gef.be.ch)

### **Kathrin Schreiber, Dr.**

Jan-Huntemann-Str. 6  
D – 27793 Wildeshausen

### **Michael Stolberg, PD Dr. Dr.**

Hubertusweg 25  
D – 83104 Hohenthann

### **Gunnar Stollberg, Prof. Dr.**

Fak. für Soziologie / Universität  
Postfach 100 131  
D – 33501 Bielefeld  
[gunnar.stollberg@post.uni-bielefeld.de](mailto:gunnar.stollberg@post.uni-bielefeld.de)



## Editorial

Die Körpergeschichte hat sich in den letzten Jahren zu einem wichtigen Forschungsgebiet der Sozialgeschichte der Medizin entwickelt. Wer die Literatur zu dieser Thematik durchsieht, wird feststellen, daß es vergleichsweise wenig Arbeiten zur Geschichte des Körpers im Mittelalter gibt. Noch weniger wissen wir, wie mit körperlicher Behinderung in jener Zeit umgegangen wurde. Das ist das Thema einer mediävistischen Studie von Irina Metzler, die den englischen Begriff »impairment« sehr weit faßt und verschiedene Behandlungsalternativen aufzeigt. Um den mehr oder weniger intakten Körper geht es auch im Aufsatz von Marianne Rychner, konkret um den militärdiensttauglichen Männerkörper. Daß die Verbindung von Männer- und Körpergeschichte neue Forschungsfelder eröffnen kann, ist gerade von Mitarbeitern des IGM in den vergangenen Jahren mehrfach unter Beweis gestellt worden. Insofern spiegelt dieser Beitrag auch aktuelle Forschungsinteressen des IGM wider. Das Gleiche gilt für den Forschungsbericht der Südtiroler Archivarin Christine Roilo, die einen sensationellen Quellenfund, die »Historiae Morborum« eines Landarztes vorstellt. Es handelt sich dabei um akribische Aufzeichnungen zigtausender Krankengeschichten aus dem 19. Jahrhundert. Da das IGM seit vielen Jahren die Krankenjournalen Samuel Hahnemanns aus der Zeit von 1801-1843 ediert und auswertet, ergeben sich hier zahlreiche methodologische und inhaltliche Anknüpfungen.

Der gegenwärtige Forschungsschwerpunkt liegt auf der Patientengeschichte. In diesem Kontext organisierte das IGM 1999 eine Tagung, bei der es um die Rolle der Patienten in der Homöopathie von den Anfängen bis in die Gegenwart ging. Bis auf den Beitrag von Christian Lucae über das erste homöopathische Kinderkrankenhaus im deutschsprachigen Raum handelt es sich bei den hier abgedruckten Aufsätzen der Sektion »Geschichte der Homöopathie und alternativer Heilweisen« um überarbeitete Referate dieser Tagung.

Gunnar Stollberg zeigt auf, welches sozialwissenschaftliche Instrumentarium dem Homöopathiehistoriker, der sich für Patientengeschichte interessiert, zur Verfügung steht. Martina Günther stellt die Ergebnisse einer vor kurzem durchgeführten Patientenbefragung vor. Kathrin Schreiber wirft ein neues Licht auf Hahnemanns Patientenschaft in der turbulenten Leipziger Zeit. Daß es in der Arzt-Patient-Beziehung nicht zuletzt um das leidige Thema Bezahlung geht, macht der Beitrag von Robert Jütte deutlich. Die quellennahe Studie von Michael Stolberg belegt, daß in den Krankenjournalen und Briefen Hahnemanns vor allem die Krankheitserfahrung des Patienten dominiert. Iris Ritzmanns abschließender Beitrag ergänzt den institutionengeschichtlichen Artikel von Christian Lucae um die Patientenperspektive.

Den Abschluß des Jahrbuchs bilden die Rubriken »Neuerwerbungen des Homöopathie-Archivs« und »Laufende Forschungen und Veranstaltungen«.

Stuttgart, im Frühjahr 2000

Robert Jütte

## I. Zur Sozialgeschichte der Medizin

### Responses to Physical Impairment in Medieval Europe: Between Magic and Medicine\*

*Irina Metzler*

#### Introduction

This article examines some medical and magical responses to physical impairment in the culture of the Middle Ages in western Europe, seeking to understand why both disciplines rarely attempted to *cure* the impairments. Chronologically, the focus is on what is termed the high and later Middle Ages, that is the period between roughly the ninth and the fifteenth centuries; geographically the emphasis is placed on the regions approximately corresponding to present-day France, Italy, Germany, the Low Countries and the British Isles.

The theme of impairment is of particular historical interest, since it has been scantily discussed outside the realms of modern medicine and sociology; and there is hardly any attention to its manifestations in the medieval period.<sup>1</sup> Impairment, I propose here, is a liminal<sup>2</sup> state, falling between the

---

\* The present article emerged from a paper presented at the University of Reading in February 1999 as part of the series “Magic Medicine / Medicine Magic” organised by Dr Helen King in the Department of Classics, Reading.

1 It is neither the purpose of the article, nor does the space allow, to itemise an exhaustive survey of the literature regarding physical impairment. Suffice it to emphasise that most histories of impairment and disability which cover more than the last hundred years of European history were written during the inter-war years (eg. Watson, Frederick: *Civilization and the Cripple*, London 1930, or Haggard, H. H.: *The Lame, the Halt and the Blind. The Vital Role of Medicine in the History of Civilization*, London 1932, or for a German example Würtz, Hans: *Zerbrecht die Krücken. Krüppel-Probleme der Menschheit. Schicksalsstiefkinder aller Zeiten und Völker in Wort und Bild*, Leipzig 1932), with the exception of impairment in classical antiquity which has seen a recent rise in interest among classicists and art historians (eg. Evans, M. L.: *Deaf and Dumb in Ancient Greece*. In: Davis, J. L. (ed.): *The Disability Studies Reader*, New York; London 1997, or Dase, V.: *Dwarfs in Ancient Egypt and Greece*, Oxford 1993, further Garland, Roger: *The Eye of the Beholder*, London 1995). Recent histories of impairment that are not approaching the topic from a purely medical angle are few and far between, notable exceptions being written predominantly in Germany, eg. social history by Fandrey, Walter: *Krüppel, Idioten, Irre. Zur Sozialgeschichte behinderter Menschen in Deutschland*, Stuttgart 1990, or the ethnological approach by Müller, Klaus E.: *Der Krüppel. Ethnologia passionis humanane*, München 1996 – but even these volumes do not cover the Middle Ages more than superficially. My own doctoral thesis on attitudes to and perceptions of impairment and dis-



categories of 'healthy' and 'ill'. Nevertheless, impairment is regarded as an undesirable, unnatural, 'abnormal' state; attempts were made (and still are) to 'cure' this condition. This is where magic and medicine, not necessarily as opposing terms, become pertinent to the discussion.

The article will outline the meaning of 'impairment', as well as modern and medieval definitions of magic. This is followed by examples from the medieval source materials of magical and/or medical attempts to treat impairment. The notion of liminality is further explored in relation to magic: since practitioners of magic can themselves be said to hold a liminal status, they are seemingly suited to deal with others who are marginalized, the impaired. Finally, I will try to understand why there are relatively few instances of magical or medical therapeutic measures for physical impairments. The article attempts to create a medieval phenomenology of impairment, focussing on medieval conceptions of impairment, its management and treatment; this is a history of *mentalités*, so to speak, rather than modern critique of medieval therapeutic methods or medieval medical knowledge.

It is a commonplace that when regular (so-called conventional) medicine fails, people will turn to magical remedies. One might assume that this would be especially true in the case of impairing conditions, which by their very nature tend to be incurable, even today. However, a closer look at medieval attempts to alleviate or even cure impairment led me to conclude that matters are not so simple. The problematic definition of terms such as 'magic' and 'impairment' in medieval and modern times adds further complications and potential misinterpretations. It is therefore important to begin by clarifying what magic and impairment mean to us, and what these terms may have meant to medieval people, before going on to examine some concrete examples from the medieval period.

### **Impairment: Medical and Sociological Problems**

First, what is meant by impairment? I have chosen to use the term 'impairment' rather than 'disability', even though many of the conditions referred to below would in modern parlance be called 'disabilities'. In this I am following the distinctions posited by modern disability studies scholars, of 'impairment' being the physical condition, and 'disability' the social construction of impairment. Or, to explain it more precisely, impairment is the "medically classified condition" whereas disability is the "generic term used

---

ability during the medieval period is nearing completion and should be submitted to the University of Reading during the academic year 2000/01.

- 2 For a still unsurpassed anthropological study concerning, amongst others, the concept of 'liminality' see the seminal work of Douglas, Mary: *Purity and Danger. An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, New York 1966. It is the notion of 'liminal' expounded by Douglas, as belonging neither completely to one category nor to another, of being in-between, that I use here.

to denote the social disadvantage experienced by people with an accredited impairment.”<sup>3</sup> This sociological terminology, first suggested by the British disabled people’s movement, has essentially remained unchanged since 1981, when the British Council of Disabled People (BCODP) was formed.<sup>4</sup> In making the distinction between impairment (as a biological or medical condition) and disability (as a culturally constructed condition), disability studies scholars are to an extent following a definition proposed by the World Health Organisation (WHO) in 1980;<sup>5</sup> although a more refined definition is perhaps the one formulated by the Union of the Physically Impaired Against Segregation in Britain, who suggested that ‘impairment’ is:

Lacking part or all of a limb, or having a defective limb, organ, or mechanism of the body.<sup>6</sup>

The second definition is the one referred to in this article, since it allows for a wider scope, including not just the stereotypical image (the wheelchair user) of the orthopedically impaired, but also the visually, orally or aurally impaired, irrespective of the origin or underlying biomedical cause of the impairment.<sup>7</sup> To draw attention to further complications of terminology and definition, it needs to be pointed out that in modern western societies chronic or long-term illnesses, such as some forms of epilepsy, are also regarded as impairments and classed as ‘disabilities’, according the person a ‘special needs’ status.<sup>8</sup> For these reasons, in the medieval context it is pref-

3 Cited in Barnes/ Mercer/ Shakespeare (1999), p.7.

4 The same terminology was also adopted by the Disabled People’s International (DPI) in Europe in 1994. Disability studies academics and disability activists prefer to avoid the phrase ‘people with disabilities’, as it implies that a person’s impairment defines the identity of the individual, a stance which blurs the crucial distinction between impairment and disability.

5 Wood, P. H. N.: *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classifications Relating to the Consequences of Disease*, Geneva 1980, pp. 27-29. This is so far the only internationally accepted attempt at defining what disability is; it distinguishes impairment (the loss of a normal function of a bodily part), disability (a restriction resulting from impairment) and handicap (the disadvantage for an individual resulting from impairment or disability).

6 Union of the Physically Impaired Against Segregation: *Fundamental Principles of Disability*, London 1976, cited in Barnes/ Mercer/ Shakespeare (1999), p. 28.

7 Thus, according to this view, impairments sustained at some point in a person’s lifecycle through accident, injury or disease are as much impairments as congenital defects or deformities present at birth.

8 Just one example to illustrate this point will be provided for reasons of brevity. My own university asks prospective students about their ‘special needs’ by requesting them to specify which disability they have from the following list: “1 dyslexia, 2 blind/partially sighted, 3 deaf/ hearing impediment, 4 wheelchair user/ mobility difficulties, 5 personal care support needed, 6 mental health disabilities, 7 unseen disability eg. diabetes, epilepsy, asthma, 8 multiple difficulties, 9 a disability not listed above (please specify)” (University of Reading: *Postgraduate Registration Form. Notes for Guidance*, Reading 1994).

erable to speak of impairment rather than of disability, which implies certain modern social and cultural connotations not necessarily shared by medieval society.<sup>9</sup> Nevertheless, notions of ‘impairment’ – though attempts can be made to define them physiologically or medically – are never far removed from culturally constructed, or sociological notions. Any historical approach to ‘impairment’ or ‘disability’ should therefore explore not only the medical or biological theories of the past, but also the cultural context, such as religious and philosophical ideas during the Middle Ages.

Having briefly outlined some of the terminological problems relating to ‘impairment’ in modern times, it is now appropriate to discuss medieval conceptions of this condition. The term did not actually exist in the Middle Ages, or course. The closest approximations to our modern umbrella term ‘impairment’ are words like *infirmus* or *defectus*; yet these words can refer to temporary as well as permanent conditions. In Hildegard of Bingen’s 12<sup>th</sup> century work *Causae et Curae*, for instance, *infirmitas* is used as an umbrella term, to denote what we would call ‘illness’, ‘disease’, ‘disorder’ or ‘disability’; one modern editor has chosen to translate this general concept *infirmitas* as the equally vague ‘infirmity’.<sup>10</sup> Of course, the absence of a specific medieval term for chronic impairment does not mean that the period was free of such conditions; orthopedic and motor impairments, blindness, deafness and so on have been around since pre-history, as archaeological records testify. However, modern medical classification and disease aetiology may sometimes obscure manifestations of impairment in the medieval period (or other epochs) by using overly narrow medical definitions. To demonstrate this one need only look to palaeopathology. For example, an archaeological excavation uncovered an early medieval female skeleton with a spine so drastically deformed that the chin almost rested on the chest. When laboratory analyses attested that the underlying cause of the bone deformation was tuberculosis, then in strict medical terms this is not a case of impairment, but an illness. I would lay the emphasis not on the aetiology of the deformation (whether or not the chronic spondylitic bone change was of tuberculous origin,<sup>11</sup>), but rather on the life lived by the medieval woman with such a massive spinal curvature: she was undeniably impaired.

9 As mentioned in note 2 above, the subject of my doctorate is to examine notions of ‘disability’ during the middle ages; central to the thesis is the question whether we can at all refer to medieval ‘disabled’ persons, or whether we are dealing historically with medieval ‘impaired’ persons who might not share much of the ‘special needs’ status of their modern counterparts.

10 Hildegard of Bingen (1999), p. 127. More familiar, perhaps, to modern medical thinking is the use of the specific word *morbus* to mean ‘illness’ in the sense of acute disease, as opposed to chronic illness or impairment.

11 Ulrich-Bochsler, S.; Schäublin, E.; Zeltner, T. B.; Glowatzki, G.: Invalidisierende Wirbelsäulenverkrümmung an einem Skelettfund aus dem Frühmittelalter (7./8. bis Anfang 9. Jh.). In: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 112 (1982), 1318-1323.

Not only is there a gap between modern and medieval definitions of what constitutes impairment, but our own society's conceptions are flexible, continuously shifting. For the purposes of this article I will try and limit myself to conditions that were recognised as physical impairments in the Middle Ages: crippled (*contracti, defecti, decrepiti*), blind (*caeci*), mute (*muti*) or deaf (*surdi*) people; epileptics (*epileptici* or people with *morbis caducus*<sup>12</sup>); and children born with congenital deformities (*monstra*). All these terms may sound rather politically incorrect, and perhaps too vague by the standards of modern medicine, but some terminological tolerance is required of the reader.

### Liminality of Impairment

The next question is, "How does impairment relate to medicine, in modern as well as in medieval times?" Impairment fits neither into a model of health, nor into a model of illness. Someone who is blind, deaf, or has lost a limb, is by no means 'healthy', yet can we say that he/she is ill? Maybe we should look for an answer to the well-known Hippocratic dictum on the courses a disease or illness can take. This posits that the illness can either improve and the patient heals, or the illness gets worse and the patient dies. This binary opposition leaves no scope for a third state, of impairment, or even chronic illness. The impaired person is then excluded from the medical paradigm, and effectively shunted into epistemological limbo. Hence I would propose a liminal status for impairment, in medical theory as well as medical practice. The impaired person is neither really healthy, nor really ill; he or she occupies an ambivalent status between the two. The anthropologist Robert Murphy, himself impaired, uses the concept of liminality to explain the relative position of impaired peoples in *all* societies. According to Murphy, impaired people are "neither out of society nor wholly in it ... they exist in partial isolation from society as undefined, ambiguous people".<sup>13</sup> As such, impaired people "lived in a state of social suspension"<sup>14</sup> where they are considered neither sick nor well, neither dead nor alive. The marginal status of impaired or disabled persons is of crucial importance for the rest of this paper, in its discussions of notions of health and illness, medicine and magic.

### Medieval Medical Models and Impairment

12 Epilepsy is sometimes referred to as *gutta caducus* (in thirteenth and fourteenth century English manuscripts), so that even though *gutta* mostly refers to the more specific gout, *gutta* can also mean an ailment in general. Cf. Latham, R. E.: Revised Medieval Latin Word-List from British and Irish Sources, London, 1965, sv. 'gutt/a'.

13 Murphy, Robert: *The Body Silent*, London 1987, pp. 131-132.

14 Barnes, Colin: *Theories of disability and the origins of the oppression of disabled people in western society*. In: Barton (1996), p. 51.

The body may be in a state of health or of illness; or in a neutral state between the two. This is a Galenic classification of illness, and is re-used, for example, by Avicenna in his *Canon* of medicine.<sup>15</sup> Impairment somehow eludes these categories, even the neutral state between health and illness. It is difficult to believe that a person with a crippled leg, for example, can be in a 'neutral' state. Still, it is worth examining this medical model a bit more. According to Avicenna, deviations from the first category, that of health, can be congenital malformations of the body (*mala compositio*), complexional imbalance (*mala complexio*), and trauma or a break in the body's continuity (*solutio continuitatis*). In high medieval scholastic medicine, relatively little attention was paid to the *mala compositio*, and the third category, the traumatic disruption, was seen as the domain of the surgeon – no longer addressed by 'proper' university-educated physicians after the emergence of surgery as a separate profession during the course of the 12<sup>th</sup> and 13<sup>th</sup> centuries. In other words, the two categories (congenital malformations and trauma to the body) comprising the majority of the impaired are also the two areas most neglected by the medicine of medieval schools and universities.

Furthermore, because of the inherent failure of medicine to achieve a cure for impairment, impairment can be seen as unworthy of medical attention – the medieval physician is not to waste his time on it. Here is a medical author of the late 12<sup>th</sup>-13<sup>th</sup> century, Ricardus Anglicus (associated with the Salernitan school), commenting on why he omits certain conditions from his medical textbook:

Let the reader note that I do not deal with certain afflictions, such as epilepsy, chronic toothache, paralysis, apoplexy, etc., because I think they are incurable and I could find nothing certain or the fruit of experience in the authors I have read, though there are some quacks who vainly try to cure them.<sup>16</sup>

Such sentiments can easily apply to conditions we would now label as 'impairing'. Ricardus continues to express his doubts on the effectiveness of curing by surgical means, here in relation to gout:

The *Viaticum* [a standard medical text] is silent about this and has nothing useful to say, so I will not burden my pages with it, for I boldly assert that surgery and physic are useless, and so consider it incurable and unworthy of attention.<sup>17</sup>

The issue is not whether gout should be considered an 'illness' or an 'impairment', but the fact that for Ricardus the condition's *incurability* makes it *unworthy* of his attention: according to this logic, what modern terminology would regard as an 'impairment' is also unworthy of medical attention.

15 Avicenna, *Canon*, book I, fen. 2, cited in: Siraisi (1990), p. 120.

16 Ricardus Anglicus (=Ricardus Salernus), wrote his *Micrologus* at turn of the twelfth to the thirteenth century; the extracts here form that part of the *Micrologus* called the *Practica*. Cited in: Talbot (1967), pp. 59-60.

17 Talbot (1967), pp. 59-60.

### Magic: Modern and Medieval Concepts

If impairment, because of its incurable and permanent state, does not fit into medieval medical models, one might assume that magic may have served to fill the therapeutic gap, so to speak. Discussions of ‘magic’ are intrinsically discussions of perspectives on magic. Different groups of people, at different times, hold varying notions of what is and what is not ‘magical’. For example, modern notions of magic differ from medieval ecclesiastical notions of magic, which in turn differ from popular medieval notions. Magic has been primarily seen, or even defined, in terms of opposition: as in the modern contrast made between magic and science, or the medieval contrast between (Christian and Catholic) religion and magic. Or to express it in an alternative fashion: what is deemed ‘magic’ depends largely on the subject’s viewpoint; and in medieval times, the chroniclers of magic and its practitioners were rarely the same persons. The 13<sup>th</sup> century women described below who act out rituals pertaining to the cult of St Guinefort may not have called their activities ‘magic’, yet our only perspectives of them stems from records written by a Dominican cleric, who deemed these actions “offensive superstitions” (*supersticionibus contumeliosis*)<sup>18</sup> and hence magical.

Examples of magic in the modern, rationalistic sense of something not explicable by science can be found again and again in a variety of medieval texts which otherwise purport to deal with perfectly ‘scientific’ matters: medical instruction manuals, herbals, encyclopaedic volumes on natural history and so on. More often than not, if we encounter a ‘magical’ practice in a medical textbook of the 13<sup>th</sup> or 14<sup>th</sup> centuries, the text includes a medical explanation and a rationale for something we regard as superstitious. As Stuart Clark<sup>19</sup> has shown recently in his discussions of witchcraft and magic in the early modern period, what we now deem irrational and magical was deemed perfectly rational, albeit magical, by contemporaries. The numerous texts of this genre from the early modern period rationalise witchcraft, positioning magic within the scientific paradigm of the time.

How can we then position magic within a *medieval* context? Amongst historians writing in English, Jeffrey Burton Russell, in his book on medieval witchcraft, has proposed to recognise magic as a phenomenon, allowing for a dynamic rather than a static definition of the term.<sup>20</sup> He tries to distinguish witchcraft from sorcery, arguing that until the 15<sup>th</sup> century Christian theologians did not see witchcraft, sorcery and magic as interchangeable

18 Schmitt (1983), p. 4 (English) and p. 2 (Latin). ‘Superstition’, ‘paganism’ and ‘magic’ are equally pejorative terms used by medieval ecclesiastical writers, and the distinction between the three is not always readily apparent or clear-cut.

19 Clark (1997).

20 Russell (1972), p. 4.



and synonymous terms.<sup>21</sup> Richard Kieckhefer suggests treating magic as something that is at the crossroads between religion and science, and also between popular and learned culture; magic in his view is a liminal activity. Furthermore, magic can be demonic, by invoking the aid of evil spirits; or it can be naturalistic, by exploiting the powers of nature.<sup>22</sup> Valerie Flint, more recently, has defined magic as “the exercise of a preternatural control over nature by human beings, with the assistance of forces more powerful than they.”<sup>23</sup> Within this definition she argues for an interpretation of early medieval notions of magic as allowing for benevolent and therefore positive magic. In the early medieval period, not all magic was deemed to be under the influence of evil spirits, though this changed progressively with time, so that by the 15<sup>th</sup> century or so, *all* things deemed magic were seen as evil.

As the final element of this theoretical jigsaw one should mention the miraculous. This article does not discuss miracle healing in depth, since miracles were not magical in the medieval mind. Miracles are performed by saints, and verified by the authority of the Church. On another level, if we theorise a bit further, miracles are acts of God, with the saint acting as the medium: the saint, or the saint’s relic, is purely the conduit through which God’s power of healing manifests itself. The magician, however, is not a medium of God’s power.<sup>24</sup> Practitioners of magic see themselves, or at least are described by the medieval sources, as working through the power of the devil. In other words, the practitioner of magic is as much a conduit for a supernatural power as the saint is: one is a medium for the negative, evil force, the other for the positive, good force. As Russell has pointed out: “The attitude of medieval Christianity was that all magic, benevolent or not, is evil, because it relies upon evil spirits and sets itself against God by trying to compel the powers of the Universe.”<sup>25</sup> As already mentioned, Valerie Flint has modified this view somewhat in favour of the early Middle Ages. The fullest expression of the evil of magic is found in the works of Thomas Aquinas and subsequent scholastic authors. It can be summed up in the syllogism: demons are evil; magic requires the help of demons and a pact with them; therefore all magic is evil.<sup>26</sup>

---

21 Russell (1972), p. 16ff.

22 Kieckhefer (1989), p. 1.

23 Flint (1991), p. 3.

24 On medieval notions of magic as opposed to religion cf.: Harmening, Dieter: *Superstition. Überlieferungs- und theoriegeschichtliche Untersuchungen zur kirchlich-theologischen Aberglaubensliteratur des Mittelalters*, Berlin 1979. Peters, E.: *The Magician, the Witch and the Law*, Brighton 1978. Harmening, Dieter: *Spätmittelalter und Aberglaubenskritik in Dekalog und Beichtliteratur*. In: Dinzelsbacher, P.; Bauer, D. R. (eds.): *Volksreligion im hohen und späten Mittelalter*, Paderborn 1990, pp. 243-51.

25 Russell (1972), p. 6.

26 Russell (1972), p. 144.

To sum up, from the viewpoint of those who dominated the written record of the Middle Ages, magic was an activity performed with the help of evil supernatural forces. It is not an activity performed with supernatural help *per se*, a distinction that has not always been made by scholars of early modern magic and witchcraft. For example, in his seminal work *Religion and the Decline of Magic*, Keith Thomas entitled a chapter “The Magic of the Medieval Church”; according to the medieval concepts outlined above, this title is a contradiction in terms, since the church, as the curator of good supernatural forces, does not participate in magic – only heretics (as defined by the medieval church), pagans, or witches practice ‘magic’. Furthermore, Thomas asserts that “the line between magic and religion is one which it is impossible to draw in many primitive societies; it is equally difficult to recognise in medieval England.”<sup>27</sup> He thereby demonstrates the problem of using early-modern, post-Reformation definitions of magic in trying to understand medieval concepts, with which he may have been less familiar in his otherwise imposing study.<sup>28</sup> Hence, my analyses of medieval magic depend upon the terms and concepts used by medieval historians themselves, rather than on the more copious or well-known literature of scholars of the early modern period. However, medieval examples of magical treatments for impairment being scarce, I have included some instances of treatments that are ‘magical’ only in the modern sense of the word, pointing them out as such in the body of the discussion.

### Impairment and Transference Magic

Having examined what impairment and magic may mean, it is apposite to turn to some examples of magic in medicine. A good example of ‘magical’ thinking can be found in relation to the medieval notion of the transference of illness. According to this notion, an illness or impairment is transferred from the afflicted person onto another thing, onto an animal (one is reminded of the ‘scapegoat’) or a plant, or passed into the earth. Examples abound in folklore, from the early Middle Ages right up to modern times. For example, in Scandinavia the sufferer could crawl through a hole in the ground or a tree, or walk or crawl through a vertical split made in a sapling, and would be rid of their affliction.<sup>29</sup> In Wales we find St Tegla’s well, where by washing, making offerings and payments, circling the well, and reciting prayers, the person seeking treatment could transfer the disease to a cock (if the patient was male) or a hen (if the patient was female).<sup>30</sup> The rel-

27 Thomas (1978), p. 57.

28 Keith Thomas has also been criticised for the psychological reductionism and sociological functionalism of his work by Geertz, H.: *An Anthropology of Religion and Magic*. II. In: *The Journal of Interdisciplinary History* 6 (1974), 71-89.

29 Hand (1980), p. 149.

30 Bonser (1963), p. 241; cf. Black, W. G.: *Folk-medicine*. In: *Folklore Society*, 1883, chp. 2.



evance to impairment as well as incurable diseases lies in the fact that in Welsh the term Tegla's disease (*clwyf y Tegla*) refers to epilepsy. (Another example, strictly speaking not about impairment, comes from Cornwall, near St Just, where a large stone with a hole in it, the Mên-an-tol, was believed to take away the disease of scrofulous children who were passed through it.<sup>31</sup>) In the Tyrol, the compiler of a 15<sup>th</sup> century book<sup>32</sup> on household management included a transference remedy for what was described as epilepsy: a deerskin strap is to be placed around the patient's neck while they are suffering a seizure, then the sickness is 'bound' to the strap by saying "in the name of the Father and of the Son and of the Holy Spirit," and finally the strap is buried along with a dead man.<sup>33</sup> Also in the 15<sup>th</sup> century we come across the transference ritual practiced by one Matteuccia Fransisci of Todi in Italy, who was tried for witchcraft in 1428 because of the kinds of magic she was using (love magic, contraceptive magic, using wax images etc.). She tried to cure a client's lameness by making a potion out of 30 different herbs and then enhancing its power with an incantation, only to throw the potion out to the street so that the lameness was transferred from her patient onto an unsuspecting passer-by.<sup>34</sup> This latter case was certainly considered an instance of 'magic' by contemporaries, though it is not clear whether all the other cases mentioned above would have been considered magical as well. Presumably, because of their Christian religious context, the transference rituals at holy wells like St Tegla's would not have been classed as 'magic' by medieval contemporaries, although the other magical and essentially popular remedies were generally condemned by the religious authorities.

There are many injunctions against 'magic' in the wider sense coming from the church authorities or writers influenced by official theology. The tone is set in the early 7<sup>th</sup> century by Isidore of Seville. In the section *de magis* of his influential *Etymologies*, he distinguishes between medical magic and medicine proper. Medical magic is seen to consist of 'execrable remedies', involving incantations or written characters, which are demonic and "derived purely from an evil cooperation between human beings and the wicked angels;"<sup>35</sup> he advises Christians not to get involved in such things.

Returning to the above-mentioned transference rituals, it needs to be pointed out there are injunctions against them from pre-Conquest Britain, confirming that such activities are not just part of modern folklore, but date

31 Bonser (1963), p. 240, and Hand (1980), p. 155.

32 Wolfsthurn manuscript, now Bayerische Staatsbibliothek, Munich; cf. von Zingerle, Oswald: Segen und Heilmittel aus einer Wolfsthurner Handschrift des XV. Jahrhunderts. In: Zeitschrift für Volkskunde 1 (1891), pp. 172-7, 315-24.

33 Kieckhefer (1989), p. 4.

34 Cited in Kieckhefer (1989), p. 59.

35 Flint (1991), p. 53.

back to the Middle Ages in at least some areas. In the 11<sup>th</sup> century a penitential<sup>36</sup> demands a penance of 40 days for anyone passing a child through a hole in the ground for the sake of its health; a second penitential<sup>37</sup> collected in the same manuscript states that a woman who would cure her infant (of any unspecified affliction, it seems) by drawing it through the earth at a cross-roads must do penance, “for such is great paganism.” It is interesting to note the liminal aspect of the crossroads. Moreover, the early 11<sup>th</sup> century *Canons of Edgar*, advises that every priest is to stop “the devil’s craft whereby children are drawn through the earth.” Aelfric, *De auguriis*, also rails against the practice of “some witless women [who] go to crossroads, and draw their children through the earth, and thus commit themselves and their children to the devil;”<sup>38</sup> while on the continent we find Burchard of Worms, who in his *Decrees*, mentions the same practice done by women who make a hole in the ground and draw their crying children through it to stop them from crying.<sup>39</sup> In the late medieval period we find similar practices condemned by Antonin of Florence († 1459), who in a catalogue of “superstitions” asks mothers whether they have taken their sick children to elders or mulberries, or similar places to restore their health.<sup>40</sup> These attitudes by churchmen persist beyond the Anglo-Saxon period in England, and similar sentiments can be found in the early 15<sup>th</sup> century English dialogue *Dives and Pauper*,<sup>41</sup> which warns against superstition and magic, the wearing of amulets, astrology, and charms chanted while gathering herbs to make them more efficient. The reasoning for this prohibition in *Dives and Pauper* is that all these activities contravene the First Commandment of the Decalogue, ‘though shalt have no God before me.’ Magic, superstition and the like are regarded as belonging to some rival deity or supernatural power, to the devil or the pagan gods.

Having mentioned some of the official responses to magical remedies, the question arises whether the people using magic, charms, and transference rituals would have obeyed all the injunctions all of the time. In connection to charms, Richard Kieckhefer speculates that:

... for *some* medieval people charms would count as magic. Other people would have been hard pressed to distinguish between them and purely religious prayers. And per-

36 MS Cambridge, Corpus Christi College 190.

37 MS Cambridge, Corpus Christi College 190.

38 Cited in Flint (1991), p. 251 n. 178.

39 Bonser (1963), p. 240.

40 “As-tu porté des enfants malades au buisson de sureau ou de mûres, ou en lieu semblable, pour qu’ils retrouvent la santé?”, in Lecouteux (1994), p. 118. Cf. Klapper, J.: Das Aberglaubensverzeichnis des Antonin von Florenz. In: Mitteilungen der schlesischen Gesellschaft für Volkskunde 21 (1919), 63-101.

41 Barnum (1976), pp. 157-9, 164-5, 166.

haps the majority of users would simply not have reflected on the question: if the charms worked, that was more important than how they worked.<sup>42</sup>

### Magic to Prevent Impairment

So far there has been little relevance to impairment in the magical remedies mentioned. However, another branch of therapeutic magical activity reveals a few more examples. This branch could be termed ‘preventive’ magic, elements of which can be found in some medical texts of the Anglo-Saxon period. These otherwise fairly normal medical texts (in that they derive mainly from well-known late antique sources) do contain some remedies, charms and such like that occur nowhere else and would be termed ‘magic’ now, if not by 10<sup>th</sup> or 11<sup>th</sup> century ecclesiastics.<sup>43</sup> Magic is often employed in the whole uncertain business of procreation, from making sure a woman conceives, to making sure she conceives the ‘right’ kind of child. Often the ‘right’ kind of child implies a male child, as in the following example from a *Herbarium*: to ensure the birth of a male child a woman is to take the womb of a hare, dry it, and then scrape or rub it into a potion which both she and her husband are to drink. If only she drinks it, then the child she conceives will be “an androgyne, that is a nothing, neither man nor woman (androginem, ne byþ þæt to nahte, naþer ne wer ne wit).”<sup>44</sup> In another text, the early 11<sup>th</sup> century *Lacnunga*, we find a charm to protect against giving birth of a deformed child, as follows:

The woman who cannot nourish her child [in the womb]. Go to the grave of a dead person and then step three times over the grave and then say these words three times: ‘This be a remedy for me for the loathsome late [slow] birth; this be a remedy for me for the grievous dismal birth; this be a remedy for me for the loathsome imperfect birth (laðan lambyrde).’<sup>45</sup>

Presumably, the woman is here uttering magic incantations protecting her against common fears associated with the dangers of childbirth: that she may miscarry (this is perhaps the meaning of the woman not being able to “nourish” her child) that the pregnancy may be overly long and the child late; that parturition itself may be drawn out and painful; and that the child may be impaired. The magic formula seemingly reflects female concerns

42 Kieckhefer (1989), p. 75.

43 The church did not give wholehearted support to charms and such practices, as shown above in relation to Isidore of Seville’s views, even if the charms invoke God and not a pagan divinity or demon.

44 De Vriend (ed.): *Herbarium* (Early English Text Society O.S. 286) Oxford 1984, pp. 250-51, transl. in: Cockayne (1864-66), vol. I, pp. 1-372, here cited in: Cameron (1993), p. 183. “þ” and “ð” are old English letters pronounced perhaps like “th”.

45 Cited in Grattan and Singer (1952), pp. 188-90, OE text: Se wifman se hire cild afedan ne mæg. Gange to gewitenes mannes birgenne 7 stæppe þonne þriwa ofer þa byrgenne 7 cweðe þonne þriwa þas word: þis me to bote þære lapan lætbyrde; þis me to bote þære swæran swærtbyrde; þis me to bote þære laðan lambyrde.

surrounding pregnancy and birth rather than being directed at specific ailments or medically quantifiable diseases. Wilfred Bonser has suggested that the many charms found in Anglo-Saxon medical texts against ‘nocturnal visitors’<sup>46</sup> may refer to a belief in demons who are responsible for the procreation of deformed and monstrous children, as well as being the origin of the incubi and succubi stories of later periods. Another interesting aspect of this kind of preventive magic can be found in relation to what has been called the maternal imagination.<sup>47</sup> What the expectant mother does, looks at or eats during her pregnancy can also influence the foetus. In an Anglo-Saxon text<sup>48</sup> there is an example of this:

Again there is another thing: if a woman is four or five months pregnant and she then frequently eats nuts or acorns or any fresh fruit then it sometimes happens because of that that the child is stupid. Again there is another thing about this: if she eats bull’s flesh or ram’s or buck’s or boar’s or gander’s or that of any animal which can beget, then it sometimes happens because of that that the child is humpbacked and deformed.<sup>49</sup>

Here the type of food consumed by the mother is seen as having a direct influence on the growth and development of the foetus. This should not be confused with modern notions of foetal development, such as of nutritional deficiencies. Instead, the food ingested by the Anglo-Saxon mother was believed to have a far more direct and qualitative influence, in that particular types of food have properties that are then reflected in the child, a kind of ‘maternal imagination’ working through food in this instance. In this context, it is interesting to note that the mother, who does not “beget” but only carries and grows<sup>50</sup> the male seed, must not eat the meat of any male ani-

---

46 Bonser (1963), p. 269, eg. Leechbook III, lxi: *wið ælfcynne and nihtgengan and ðám mannum ðe deófol mid hæmð*. See also the discussion of ‘nightwalkers’ by Meaney, Audrey L.: *The Anglo-Saxon View of Illness*, in: Campbell; Hall; Klausner (1992), p. 20. For a more detailed discussion of the influence of otherworldly, supernatural beings in Anglo-Saxon culture see Jolly, Karen Louise: *Popular Religion in Late Saxon England. Elf Charms in Context*, Chapel Hill; London 1996.

47 See Huet, Marie-Hélène: *Monstrous Imagination*, Cambridge / Massachusetts; London, 1993, who discusses the impact of what the pregnant woman sees, hears or imagines on the developing foetus.

48 Eg. British Library MS Cotton Tiberius A. iii, cf. Förster, M.: *Vom Fortleben antiker Sammellunare im englischen und in anderen Volkssprachen*. In: *Anglia* 67-68 (1994), pp. 1-171 (at 94-5), and Meaney (1989), p. 19.

49 Cited in Cameron (1993), p. 183, following the Old English text of British Library MS Cotton Tiberius A. iii, written in the tenth century, edited by Cockayne (1864-66), Vol. III, p. 144.

50 This is essentially the Aristotelian concept of procreation, which was current from antiquity on throughout the medieval period. Basically, according to this theory, the main part in the procreative process was played by the male, whose seed (semen) supplied the active part, while the female, as the passive part, merely ‘cooked’ (metaphors of cooking and baking, or of tilling and sowing seed in fields are often used) the seed and provided nourishment. Cf. Hewson, M. Anthony: *Giles of Rome and the Medie-*

mal, which can “beget”. Perhaps this kind of taboo proscribing meat from male animals for human female consumption during pregnancy is based on notions of binary opposites, between male and female, begetting and carrying; and transgression results in an impaired child. Writers in Anglo-Saxon England and beyond endorsed such aetiologies of congenital impairment, based on transgression of certain proprieties. In the 12<sup>th</sup> century Hildegard of Bingen wrote on astrological influences on human procreation and conception. She stated that men who know the proper time for agricultural activities nevertheless “beget offspring at any time without regard to the proper period in their own lives or to the time of the moon; defective children are the likely consequences of such heedlessness.”<sup>51</sup> Hildegard believed that blood in men and women could wax and wane like the moon: “When the blood in a human being has increased with the waxing of the moon, then the human being too, whether woman or man, is fertile for bearing fruit, that is, for procreating offspring.”<sup>52</sup> A weak or waning moon meant that at that time blood and semen in humans were weak; consequently children conceived during such periods would be “infirm, weak and not virtuous.”<sup>53</sup> Again, the examples from Hildegard would be magical in a modern context, but perfectly rational in a medieval one.

As an aside, if we want to expand on this topic of the aetiology of congenital impairment, we need only consider the fairly voluminous texts on sexuality, morals and procreation. Numerous writers in the high Middle Ages (i.e., Albertus Magnus, Berthold of Regensburg) adopted notions based on Aristotle and reiterated by patristic authorities like St Jerome;<sup>54</sup> they maintained that a woman’s behaviour during intercourse, and the point in her menstrual cycle when conception occurs, could affect the development of the foetus: deviations from the correct sexual practices could result in a deformed or impaired child.<sup>55</sup>

---

val Theory of Conception. A Study of the *De formatione corporis humani in utero*, London 1975, and Dunstan, Gordon Reginald (ed.): *The Human Embryo. Aristotle and the Arabic and European Traditions*, Exeter 1990.

51 Hildegard of Bingen: *Causae et curae*, ed. Kaiser, P. (ed.) Leipzig 1903, pp. 17f., 77f.

52 Hildegard of Bingen (1999), p. 63.

53 Hildegard of Bingen (1999), p. 63.

54 St Jerome asserts that if intercourse takes place during menstruation the child conceived will carry the vice of the act, so that “lepers and gargantuans” are born, and both male and female children will be born with “foul bodies” that are “too small or too big”, *Commentary on Ezekiel* 6.18., P. L. 25, 173, cited by Noonan (1966), p. 85.

55 Cf. the work of Brundage (1987), pp. 451-52 on Albertus Magnus: if women move during intercourse, the male seed might divide, resulting in conception of a defective child; if women think of something like eg. an animal during intercourse then the child will be born resembling that animal; and non-standard sexual positions during intercourse could likewise result in defective births. Berthold von Regensburg, Pfeiffer

### Medieval Science and Modern Magic

While the above examples concern pregnancy and the unborn child, there is also something that one might call prognostic ‘magic’, relating to the condition of the infant at or after birth. Astrology is of course the main activity here, which may be deemed ‘magical’ by modern scientific standards, although it was perfectly in keeping with medieval scientific thought. Astrological, prognostic ‘magic’ is pertinent to the discussion since it touches directly on medieval beliefs about the causes of impairment, which of course vary greatly from modern clinical notions. According to the rudimentary astrology of the Anglo-Saxon period, the position of the lunar cycle at the time of birth had an effect on the character or fate of the child. Towards the late Middle Ages, with the absorption of Arabic astrological findings into the western scientific canon, astrology became immensely popular. Astrology permeated all levels of secular society, from the peasantry to the nobility; it was used by physicians as well, in matters such as establishing the optimum time for a phlebotomy, or the administration of a drug. Yet astrology’s influence was much wider than that; the movements of the heavenly bodies and the cycles of the year were believed to have a wide influence in shaping the character of a person, or influencing his/her career. The planet Saturn had particular relevance to the impaired: as a cold and dry planet, it was associated with people who are sick, pale, skinny, cold, rough, lethargic, slow, sad, old, thieving, grasping, or imprisoned. Saturn was specifically connected to the lame and cripples. A 15<sup>th</sup> century woodcut in a block-book<sup>56</sup> illustrates Saturn as an old man leaning on a crutch above his children, who are those people born under his influence: farmers practising animal husbandry, ploughing and harvesting, but also cripples, criminals and other unfortunates.

All the material examined so far consists of transference rituals, preventative magic, and prognostic magic. What kind of magical medicine did medieval people turn to when preventive magic had failed, and they had to respond to deformed or impaired children? The most interesting responses in such cases revolve around the changeling, a well-known figure from folklore.

### Changelings: Magical Exchange of Children

Changelings were children who were substituted for a mother’s real child. They were swapped, generally soon after birth and before they had been baptised, by an evil force: elves, demons, or such like. The false child displays certain telltale signs that give it away: it is sometimes described as

---

(1862), here vol. I, pp. 323-28, mentions that deformed and disabled children are conceived by their parents at times when intercourse is forbidden by the Church.

56 Cf. catalogue entry 52 in: *Blockbücher des Mittelalters. Bildfolgen als Lektüre*, Gutenberg Museum, Mainz, 1991, p. 202.



deformed, very ugly, or physically impaired. In addition, the changeling is always hungry, never satisfied, remains small in stature even though fed constantly, and cries all the time. The way out of this dilemma was to make sure the demons, fairies or other evil spirits took back their own child, the changeling, and returned the real baby to the mother. This could be done by abandoning or exposing the ‘changeling’, forcing the evil forces to come and rescue him; and then return to the same place in hopes of finding one’s own, true child.

Changelings are mentioned in medieval texts from about the early 11<sup>th</sup> century onwards,<sup>57</sup> but the most notable example comes from the mid-13<sup>th</sup> century. It concerns the French cult of St Guinefort, a greyhound believed to heal children in the Rhône and Alps regions. Two interesting practices characterise this cult: on the one hand there is a transference ritual, whereby the child’s affliction is passed to an extraneous object; on the other hand, the afflicted child is thought to be a changeling who must be swapped back for the real child. According to Stephen of Bourbon, the Dominican chronicler who described the cult, mothers would take their sick or weak children to the site of the cult, where they would make an offering, generally of salt, to the greyhound; they would hang items of their babies’ clothing on plants, drive nails into trees and pass the naked babies between the trunks of two trees.<sup>58</sup> These traditions correspond to a transference ritual, but in a somewhat contradictory fashion, the cult also had changeling rituals. The mothers would invoke the demons of the place, and call upon the fauns of the forest to come and take away the fauns’ sick, weak child, returning the rightful human child, fat and healthy.<sup>59</sup> Some of the mothers would also toss their baby and plunge it in water, leaving it alone in the dark at the site of the cult while invoking the fauns. It appears that the cult served to disguise the abandonment of unwanted children, who were regarded as somehow (physically or psychologically) defective. Furthermore, it seems that the mothers expected their children to die, and interpreted this as the will of St Guinefort, or of God acting through the saint, thereby diminishing the guilt they may have felt.<sup>60</sup> Even though Ste-

---

57 For this reference and most of the material relating to changelings, I have followed the seminal study by Schmitt (1983), see p. 75 ff. for the changeling topos.

58 The Latin reads: “Maxime autem mulieres que pueros habebant infirmos et morbidos ad locum eos deportabant ... Ad quem cum venirent, sal et quedam alia offerebant, et panniculos pueri per dumos circumstantes pendebant, et acem in lignis, que super locum creverant, figebant, et puerum nudum per foramen quod erat inter duos truncos [MS: truccos] duorum lignorum [introducebant] ...”. Cited in Schmitt (1983), p. 3.

59 The Latin reads: “cum invocatione demonum adjuvantes faunos, qui erant in silva ..., ut [MS: ubi] puerum, quem eorum dicebant, acciperent morbidum et languidum, et suum, quem secum detulerant, reportarent eis pinguem et grossum, vivum et sanum.” Cited in Schmitt (1983), p. 3.

60 Boswell (1988), p. 337.

phen of Bourbon tried to eradicate the cult of St Guinefort,<sup>61</sup> it seems to have continued up until 1826, when a local priest reported that mothers took their sick and deformed children to a wood sacred to Guinefort, where they “knot” the branches of trees to transfer the child’s defect onto them.<sup>62</sup>

The question of the interplay between impairment, the perception of such a child as defective, and the concept of the changeling has been explored by Jean-Claude Schmitt:

The medieval child, a ‘changeful’ being, who therefore worries and confuses adults by an ambivalence that cannot be pinned down or classified, attracts the supernatural. He attracts it in an ambiguous fashion appropriate to his ‘diversity’: on the positive side, he is the child of miracles and hagiography; on the negative side, he is the child of the devil, or sometimes the accomplice, but more commonly the victim, of a witch.<sup>63</sup>

Medieval children *per se*, whether impaired or not, are here construed as liminal beings, which is interesting to note in the context of the liminality of the impaired, adults and children. Still, a deformed or impaired child was not always deemed supernatural, a changeling requiring a supernatural (‘magical’) cure. A medical reference to so-called changelings can be found in a book on paediatrics published in 1472 by Bartholomaeus Metlinger of Augsburg.<sup>64</sup> In describing what modern medical language terms a hydrocephalic child, Metlinger uses the term “Wechselbalg”, or changeling. He notes that the child’s head was so large that it could not be borne, and that it continued growing until the child died – of natural causes, we might add, not disguised infanticide.

### Magic and Incurability

By the time an impaired child had matured, it seems that magical remedies had run out of steam. Very few magic therapies refer to impairments of patients that had reached adulthood, let alone impairments acquired late in life, through disease, injury or accident. Here are some examples. Curing deafness (the text does not specify the aetiology of the condition), according to Hildegard of Bingen’s *Subtilitates*,<sup>65</sup> is achieved by cutting off a lion’s

61 Stephen of Bourbon “preached against everything that had been said” (contra dictum predicavimus) by the local people and then “had the dead dog disinterred, and the sacred wood cut down and burnt, along with the remains of the dog” (canem mortuum fecimus exhumari, et lucum succidi, et cum eo ossa dicti canis pariter concremari), cited by Schmitt (1983), pp. 4 and 6.

62 Schmitt (1983), p. 125.

63 Schmitt (1983), p. 85.

64 Cf. Demaitre, Luke: The Idea of Childhood and Child Care in Medical Writings of the Middle Ages. In: *Journal of Psychohistory* 4 (1977), p.478. Metlinger quotes his passage on the hydrocephalic child verbatim from a passage in a much earlier Latin manuscript of the *Practica puerorum* of Razas.

65 *Subtilitates*, VII, 4, cited in Thorndike (1923) vol. 2, p. 145.



right ear and repeatedly holding it over the patient's ear just long enough to warm it, while pronouncing "hear *adimacus* by the living God and the keen virtue of a lion's hearing." This example seems 'magical' to modern readers, but it would not have been considered unnatural in medieval times, as it is perfectly congruent with established medieval theories.<sup>66</sup> It serves to demonstrate the use of charms in a difficult, if not impossible, medical situation, and as a useful comparison to other ear problems that were generally regarded as treatable by medieval physicians.<sup>67</sup> (The lion features also in a cure for paralysis mentioned a century later by none other than Albertus Magnus: the cure consists of a diet of lion's flesh.<sup>68</sup>) The only condition that really warrants a magical therapy appears to be what medieval writers regarded as epilepsy. Charms or amulets were often inscribed with the names of the three Magi to ward off epilepsy, as indicated in the following text:

+ Melchior + Pabtizar portans hec nomina + Caspar  
Solvitur a morbo Christi pietate caduco.<sup>69</sup>

According to pope John XXI (1276-1277), who may also have been the author of the *Thesaurum pauperum*, a medical handbook, invoking the three Magi helped against epilepsy.<sup>70</sup> In addition, the noted physician Bernard de Gordon († c. 1320) claimed that carrying a piece of parchment inscribed

66 Humoral theories, that is: the warmth of the lion's ear may have enough warm humor to affect the deaf ear.

67 To cite just one example: the *Compendium medicinae*, written in Latin by Gilbertus Anglicus before 1250, became such a popular and well-known medical text that by the fifteenth century it had been translated into the English vernacular; in this Middle English version an entire chapter (IV) is devoted to ailments of the ears, including earache, apostem of the ear, flowing of blood of the ears, worms in the ears and ringing in the ears with many fairly standard recipe suggestions, based on humoral theory, herbalism and such. With regards to deafness, the *Compendium* says that it may be cured only if it is "newe" (seen to be caused by something like an obstruction) whereas "olde" deafness, like other old sickness of the ears, is incurable: "þou shalt vndirstonde þat olde sekene of þe eris, and namely defnes, ben vncurable, but defnes þat is newe and opirwhilis grettir þen opirwhilis, may ben y-holpe. Defnes þer is also, þer-as a mannes heryng is bynome him, / is incurable but if it be helid in þe begynnyng at þe taking þerof" (Gilbertus Anglicus: Healing and Society in Medieval England. A Middle English Translation of the Pharmaceutical Writings of Gilbertus Anglicus, edited Getz, Faye Marie, (=Wisconsin Publications in the History of Science and Medicine 8) Madison/Wisconsin 1991, p. 77).

68 *De animalibus*, XXII, ii, 61, cf. Thorndike (1923) vol. 2, p. 560. Albertus Magnus seems to have incorporated material on the property of lions from Pliny the Elder, *Hist. nat.*, VIII, 48 ff.

69 Cited in Lecouteux (1996), p. 43. See also Franz, Adolph: Die kirchlichen Benediktionen im Mittelalter, 2 vols., Freiburg i. B.; Graz 1909, vol. II, p. 505.

70 Lecouteux (1996), p. 43.

with the names of the three Magi could ward off epileptic attacks.<sup>71</sup> It has been suggested that the rationale behind this piece of ‘magical’ advice is that the “falling sickness” could best be cured by the three Magi who fell down before Jesus; and also that the three wise men they had special powers to help the epileptic.<sup>72</sup>

In summary, next to religion and miracle, ‘magic’ is a strategy for curing or alleviating impairment, which may remain open when other possibilities prove fruitless. ‘Magic’ may be chosen over ‘proper’ medical treatment, by the physician as well as by the patient. Malcolm Laurence Cameron has tried to address this point: he has noted that in the Anglo-Saxon medical texts he has studied, certain chronic ailments, such as headache and migraine, were treated with magic. This is not to suggest that headaches or migraines are strictly speaking ‘impairments’, but to emphasise that medieval practitioners chose magical treatments for conditions that resisted other cures. When confronted with chronic ailments or impairments,<sup>73</sup> the practitioner is rendered relatively helpless. As Cameron puts it:

These are conditions that resist treatment even today. It is interesting to find that these are the ailments for which remedies most often have a magical component ...<sup>74</sup>

Cameron has argued that the Anglo-Saxon medical writers and practitioners were aware of what we now call the placebo effect – how charms, incantations and magical remedies could help bring about a natural cure – hence the inclusion of the supernatural in medical texts. The famous placebo effect, however, can only cure that which is curable in the first place. It is questionable how a placebo, or magic, would function in most instances of blindness, deafness, or crippled limbs.

---

71 Kieckhefer (1989), p. 77. Bernard de Gordon, *Lilium medicinae*, Paris 1542, fol. 119r, cf. Temkin (1994), p. 111. Writing *per se* may on occasion be accorded magical properties in medieval popular culture, on this see Poulin, Joseph-Claude: *Entre magie et religion. Recherches sur les utilisations marginales de l’écrit dans la culture populaire du haut moyen âge*. In: Boglioni, Pierre (ed.): *La culture populaire au moyen âge*, Montreal 1979.

72 Temkin (1994), p. 111.

73 In the case of headache or migraine, the difficulty was recognised by, for example, Hildegard of Bingen, who knew a thing or two about them, being a frequent sufferer herself - cf. Flanagan, Sabina: *Hildegard of Bingen, 1098-1179. A Visionary Life*, London; New York 1990, pp. 199-210. Hildegard attributes the cause of migraine to an excess of black bile, and this particular bile is seen to be the most difficult of the four humors to deal with. She says in *Causae at curae*: “Migraine is therefore difficult to cure because it is difficult to calm black bile and the bad humors simultaneously” (Hildegard of Bingen (1999), p. 70). It appears from this that the location of the ailment in the head is irrelevant as to the difficulty encountered in treatment, but it is deemed difficult purely for reasons to do with the balance of humors within the entire body of a person.

74 Cameron (1993), p. 38.

### Liminality and Magic

Allusions have been made above to the liminality of impairment, in that impaired persons are positioned between health and illness, yet fit into neither category. Similarly, the practitioner of magic is also ‘in-between’ categories, and the liminality of magic itself will now be explored a bit further. The discussion will focus on one stereotypical practitioner of magic, the witch. It is worth pointing out that the medieval understanding of witches cannot summarily be equated with a 16<sup>th</sup> or 17<sup>th</sup> century portrait, which may be more familiar to the modern reader. For example, a key element commonly associated with witchcraft, the Sabbath, reputedly emerged in a relatively small area of the western Alpine regions only during the first decades of the 15<sup>th</sup> century;<sup>75</sup> and it would have played no real function for medieval witches. Medieval witches were isolated, in more than one sense of the word: male or female, they appear only sporadically in the sources (in contrast to the witch hunts of the early modern period); and until the beginning of the 15<sup>th</sup> century, there was no concept of witchcraft as a group activity or sect. The *Formicarius* of the Dominican Johannes Nider, written between 1435 and 1437, discusses superstition, magic and witchcraft in its fifth book, and it is only here that one finds the beginnings of “the as yet unfamiliar image of a sect of male and female witches quite distinct from the isolated figures, whether casters of spells or enchanterers, mentioned in penitential literature or medieval homiletics.”<sup>76</sup> Arno Borst has analysed the description of the ‘initiation ceremony’ of the sect mentioned by Nider, and concluded that the crucial difference between the earlier, medieval conception of a witch and the later, early modern notion, had already been reached here, in that a witch was now no longer seen to be acting in isolation: “Wer hexte, handelte nicht als Einzelmensch.”<sup>77</sup> One may conclude from this that, conversely, the earlier medieval witch or practitioner of magic acted alone, in isolation, privately.

In the context of the issue of liminality, the witch has an interesting etymological history in the Germanic languages. In modern German, the term for witch, ‘Hexe’, which is derived from Old High German ‘hagazussa’ and

75 Ginzburg (1992), p. 23. Ginzburg also points out the importance of the element of “discovery” in relation to witches: “a sect hitherto considered peripheral was discovered in Rome” due to preaching by St Bernardino of Siena (ibid). A case of discovering what one is looking for, or conversely of not discovering precisely because one is not actively seeking out.

76 Ginzburg (1992), p. 70. See also the study by Borst (1988), pp. 262-286, where Nider’s report is discussed. With regards to people’s credence of supernatural activities, Borst differentiates between popular beliefs (Volksglaube) and witchcraze (Hexenwahn), stating that while the former pervaded medieval Europe the latter was, in the early fifteenth century, not yet fully apparent (p. 272).

77 Borst (1988), p. 282.

meaning ‘sitter (or rider) on the fence’.<sup>78</sup> ‘Hag’ denotes a fence, border, edge, and ‘zussa’ a person or more specifically a woman.<sup>79</sup> In Old English, too, we find closely related words: ‘hægtesse’, ‘hæhtesse’, and ‘hægtes’<sup>80</sup> which give us the modern ‘hag’. The notion of the fence-sitter or fence-rider is about as liminal as you can get: fences, walls and so on are boundaries not just between physical spaces, but also between metaphysical *loci*. A fence can separate not just a cultivated field from a wood, but also civilisation from the wilderness, secular from sacred space (one is reminded here of temple or church enclosures), this world and the next. The concept of liminality seems to have an ancient lineage. Already in Near Eastern Chaldaic texts there is mention of a ‘gusur’ which is a term for a piece of wood on which the witches sit or ride (*rakabu sa kasipti*)<sup>81</sup> to establish contact with the supernatural.

It is possible then to read magic itself as a liminal activity, just as a specific practitioner of magic, the witch, can be seen as a liminal person. Impaired people, as we have seen, are also liminal, positioned between health and illness. Furthermore, impaired people, perhaps precisely because of their liminality, have themselves been associated with magic and otherworldly affairs, in some cultures. Carlo Ginzburg has drawn attention to the lameness, or leg or foot impairments, associated with many mythical figures: from Oedipus via the heroes of Caucasian legend to shaman-figures – who are linked to the netherworld in a variety of ways, and whom Ginzburg terms “borderline”.<sup>82</sup> From his own survey of myths featuring lame, or unilaterally impaired (“half-men” – people who have one leg, one arm, one eye, and so on) figures, Ginzburg concludes: “From Africa to Siberia, via medieval Ile-de-France, the half-man – like the lame, the one-sandaled, and so on – appears to be an intermediary figure between the world of the living and that of the dead or the spirits.”<sup>83</sup> For a further link between lameness and the supernatural, one need only think of the popular image of the Devil in medieval culture, who particularly in the late Middle Ages was depicted with an impaired leg, a club foot or a wooden leg.<sup>84</sup> (A German colloquialism for the devil, ‘Hinkebein’, reflects this.)

78 Regarding the etymology and shifting meaning of “witch” in the German language cf. Lecouteux, Claude: Hagazussa – Stryga – Hexe. In: *Etudes Germaniques* 38 (1983), 161-178.

79 Hoffmann-Kampe and Bächthold-Stäubli (1930/31), vol. III, p. 1838. The term ‘Hexe’ is first used by Notker in the tenth century.

80 Oxford English Dictionary, s.v. ‘hag’.

81 Duerr (1978), p. 62 n. 14.

82 Ginzburg (1992), throughout the chapter entitled “Bones and Skin”.

83 Ginzburg (1992), p. 241.

84 A late medieval fresco from Ottestrup Kirke, Denmark, depicting a devil with a wooden leg carrying a condemned person on his back is reproduced by McDougall,

One might assume that liminal people such as the impaired are particularly suited for a treatment by liminal means, such as magic. Why then are there so few examples of magic therapies for impairment? The examples cited here, though at first sight copious, are actually very rare within the context of medieval ‘magic’ activities as a whole: a plethora of charms, incantations and so on, covering a wide range of human concerns (the weather, fertility of fields and animals, love potions, illnesses, etc.). The magic treatments for impairing conditions that have been analysed here cover the very broad span of some 700 years, and though by no means an exhaustive itemisation,<sup>85</sup> it touches upon the major aspects of magical remedies for physical impairment. Most of the examples I have cited come from the earlier medieval period, as in the Anglo-Saxon magical remedies found in otherwise ‘normal’ medical texts. The more recent material, from the high and late Middle Ages, may use magic mainly to explain the conception and birth of congenitally impaired children, or it may centre on the topos of the changeling, as in the holy greyhound story. Altogether, there is a real lack of magical treatments and remedies for impairment.

### Miracles and Magic: A Tentative Conclusion

Resolving the problem posed by the paucity of magical cures for impairing conditions requires a more speculative bent. A sociological or cultural explanation might be: as Christianity gained the upper hand over the older pagan beliefs, so magical therapies came to be seen as evil rivals to religious cures (along with so-called straightforward, ‘scientific’ medicine, which was accorded a low status in relation to the healing powers of God and saints). This rivalry between religious and magical therapy has been discussed by Valerie Flint:<sup>86</sup> there is an abundance of early medieval stories<sup>87</sup> of chronically ill patients who seek treatment after unsuccessful treatment, both medical and magical, but meet only with disappointment until they embrace a religious cure. An early medieval hagiography shows a fine example of the lumping together of medical and magical practices: a man known as Ursio breaks his arm while hunting and immediately goes to see both physicians

---

Ian: The Third Instrument of Medicine. Some Accounts of Surgery in Medieval Iceland, in: Campbell; Hall; Klausner (1992), p. 61.

85 Based on my research for my doctoral thesis I have trawled the sources and secondary texts for instances of ‘magical’ attempts to prevent, alter or heal such conditions we would nowadays label as ‘impairing’, as outlined in the definition of ‘impairment’ given above. The examples presented here are practically the sum total, to the best of my knowledge, of such activities during the period from the ninth to the fifteenth centuries.

86 Flint (1989), pp. 127-45.

87 Especially good examples are to be found in the work of Gregory of Tours, who seems to have had negative experiences at the hands of medics, cf. Flint (1991), p. 252 and n. 182.

(*medici*) and magicians (*incantatores*), who cannot help him; only when he is treated with oil from the lamps burning at the tomb of St Praeiectus is his fracture healed and a permanent impairment prevented.<sup>88</sup>

Miracles worked through saints and their relics are the manifestations of the Church's curative powers, and it is to miracles that I will turn briefly now. In popular religion the healing of illnesses (that is, 'illnesses' in the widest sense of the word, the medieval notion of *infirmities* which, as discussed above, does not differentiate 'illness' from 'impairment', let alone 'disability') is one of the main functions of a saint. In the accounts of miracles, saints "appear primarily as miracle-workers, to whom one appealed to recover one's health."<sup>89</sup> A statistical analysis of the types of miracles recorded in the process of canonisation for saints in the century between 1201 and 1300 reveals that just over 90% of all miracles could be categorised as therapeutic.<sup>90</sup> These miracles include resurrections, and the healing of contagious and organic diseases, paralysis, motor problems (people referred to as *contracti*), wounds, fractures, blindness, deafness, muteness, and mental illnesses, and also help in difficult births or sterility. In fact, miracles cured just the kinds of afflictions we would now classify as impairments, as well as 'illnesses'. Amongst these miracle cures, the healing of paralysis and motor problems alone accounts for nearly 29% of all miracles, non-therapeutic ones included.<sup>91</sup>

This leads us to another explanation of why impairments were not really dealt with by magic or medicine, but seemed to pertain almost exclusively to the realm of the miraculous. If we accept the definition of impairment as a permanent, incurable condition, then any 'cure' of such a state would be a truly spectacular occasion. I think 'spectacular' is the key word here – miracles were spectacular in both senses of the word: they were sensational, wondrous occurrences but also a public events, spectacles. This public nature of the miracle has been pointed out by Mayr-Harting<sup>92</sup> in his study of a 12<sup>th</sup> century shrine. He has drawn attention to the interplay between saint, sufferer and crowd at the site of the shrine of St Frideswide at Oxford. Cures, and I use the term loosely here,<sup>93</sup> took place in full view of the crowd, sometimes during a monastic service, and the presence and acclaim of the crowd may have had important psychological effects, especially on

---

88 Flint (1991), p. 61.

89 Vauchez (1997), p. 466.

90 Vauchez (1997), p. 468.

91 Vauchez (1997), p. 468.

92 Mayr-Harting (1985).

93 It is a moot point as to whether miracles 'cured' or 'healed' in a modern, medically or clinically verifiable sense – it is the medieval understanding of miraculous cure as recounted in the *miracula* that is of interest here.



psychosomatic illnesses manifested as physical impairments. Without straying down the futile path of trying to establish a definite diagnosis for medieval descriptions of impairing conditions, it may be worth pointing out that paralysis of parts of the body can be linked to psychosomatic disorders, which can disappear as suddenly as they appeared (the many instances of what medieval accounts call ‘paralysis’ in the miracles could be in part due to such psychosomatic diseases).<sup>94</sup> Moreover, as part of a phenomenological study of medieval reactions to impairment, it is the medieval *belief* in the curative powers of the saints and their miracles that matters, not the question of their *veracity* according to modern medical criteria. Returning to the spectacular nature of the miracle healing: a case in point is the cure of a hump-backed widow which happened in front of the crowd whereby “all present distinctly heard her back creaking into shape again.”<sup>95</sup> Again, what specific modern medical aetiology could perhaps lie behind the widow’s humped back is not the issue; rather, it is the medieval description of her deformed back and the very event of her ‘cure’ that is of interest for this discussion.

In contrast to this public event, magical cures are very much a private activity. As was demonstrated in my (necessarily brief) overview of medieval witchcraft, until the 15<sup>th</sup> century, practitioners of magic such as witches acted on their own, in comparative solitude. An individual privately performs a certain action, such as Matteuccia Fransisci of Todi in the 15<sup>th</sup> century who tried to transfer the lameness of her client onto a passer-by. Turning our attention to other persons, not described as witches, who performed magic we encounter a similar scenario. If not completely private, at best a small group of friends and family gathered to attempt a cure, as may have been the case with the Anglo-Saxon mothers who drew their children through holes in the ground. As Richard Kieckheffer has pointed out with regards to charms, medical magic and their efficiency, as long as the method worked, it went unquestioned.<sup>96</sup> The famous placebo effect may of course have worked in some magic activities, but, even if we may not be prepared to accept the overall veracity of medieval miracle accounts, on a purely psychological level the public miracle healing was vastly superior to magic or medieval ‘scientific’ medicine when it came to impaired people. Therefore, if magic is seen by medieval persons not to work very well on difficult, or even incurable conditions like impairment, then it is to miracles that people turn, especially seeing that the latter were officially sanctioned by the church while the former always retained a rather dubious position. Furthermore, as was pointed out the medieval medical model could not

94 For a discussion of the possibility of some medieval miracles actually being medically effective see the article by Wortley, John: Three Not-So-Miraculous Miracles, in: Campbell; Hall; Klausner (1992), pp. 159-168.

95 Mayr-Harting (1985), p. 205, cf. Acta Sanctorum, Oct. viii, 30.

96 See note 43 above.

accommodate impairment either, with some medical texts advising the physician not to attempt to deal with impairments at all. Conventional medieval medicine shied away from treating the incurable. Magical remedies, too, though attempting to resolve the situation, did not so much try to heal or cure as hope the impairment would be passed on, e.g. in the transference rituals or changeling belief, a case of ‘passing the buck’, so to speak. It is for these reasons that medieval impairment falls very much *between* the medicine and magic of that period, something that is reflected in the liminality of impairment itself – in-between, ambiguous and borderline.





## Bibliography

- Barnum, P. H. (ed.): *Dives and Pauper*. Vol. 1, part 1 (Early English Text Society 275) London 1976.
- Barnes, C., Mercer, G.; Shakespeare, T.: *Exploring Disability: A Sociological Introduction*. Cambridge 1999.
- Barton, L. (ed.): *Disability and Society. Emerging Issues and Insights*. London; New York 1996.
- Bonser, Wilfred: *The Medical Background of Anglo-Saxon England*. London 1963.
- Borst, Arno: *Barbaren, Ketzer und Artisten. Welten des Mittelalters*. München; Zürich 1988.
- Boswell, John: *The Kindness of Strangers. The Abandonment of Children in Western Europe from Late Antiquity to the Renaissance*. New York 1988.
- Brundage, James A.: *Law, Sex and Christian Society in Medieval Europe*. Chicago 1987.
- Cameron, Malcolm Laurence: *Anglo-Saxon Medicine*. Cambridge 1993.
- Campbell, Sheila; Hall, Bert; Klausner, David (eds.): *Health, Disease and Healing in Medieval Culture*. Basingstoke; London 1992.
- Clark, Stuart: *Thinking With Demons. The Idea of Witchcraft in Early Modern Europe*. Oxford 1997.
- Cockayne, T. O.: *Leechdoms, Wortcunning and Starcraft of Early England*. 3 vols. (Rolls Series) London 1864-1866.
- Duerr, Hans Peter: *Traumzeit. Über die Grenze zwischen Wildnis und Zivilisation*. Frankfurt / Main 1978.
- Flint, Valerie I.: *The Early Medieval 'Medicus', the Saint and the Enchanter*. In: *Social History of Medicine* 2 (1989), 127-45.
- Flint, Valerie I.: *The Rise of Magic in Early Medieval Europe*. Oxford 1991.
- Ginzburg, Carlo: *Ecstasies. Deciphering the Witches' Sabbath*. (Transl. Rosenthal, R.) London 1992.
- Grattan, J. H. G.; Singer, C.: *Anglo-Saxon Magic and Medicine*. Oxford 1952.
- Hand, W. D.: *Magical Medicine*. Berkeley; Los Angeles; London 1980.
- Hildegard of Bingen: *On Natural Philosophy and Medicine. Selections from the Cause et Cure*. (Transl. and ed. Berger, Margret) Cambridge 1999.
- Hoffmann-Kampe, E.; Bächtold-Stäubli, H. (eds.): *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*. Vol. III, Berlin; Leipzig 1930/1931.
- Kieckhefer, Richard: *Magic in the Middle Ages*. Cambridge 1989.
- Lecouteux, Claude: *Mondes parallèles. L' Univers des croyances du moyen Age*. Paris 1994.
- Lecouteux, Claude: *Charmes, conjurations et bénédictions*. Paris 1996.
- Mayr-Harting, H.: *Functions of a Twelfth-Century Shrine. The Miracles of St Frideswide*. In: Mayr-Harting, H.; Moore, R. I. (eds.): *Studies in Medieval History presented to R. H. C. Davies*. London 1985.
- Meaney, A. L.: *Women, Witchcraft and Magic in Anglo-Saxon England*. In: Scragg, D. G. (ed.): *Superstition and Popular Magic in Anglo-Saxon England*. Manchester 1989.

Noonan, J. T.: *Contraception. A History of Its Treatment by the Catholic Theologians and Canonists.* Cambridge/Mass. 1966.

Pfeiffer, F. (ed.): *Berthold von Regensburg. Vollständige Ausgabe seiner Predigten.* 2 vols. Vienna 1862.

Russell, Jeffrey Burton: *Witchcraft in the Middle Ages.* Ithaca; London 1972.

Schmitt, Jean-Claude: *The Holy Greyhound. Guinefort, Healer of Children Since the Thirteenth Century.* (Transl. Thom, M.) Cambridge; Paris 1983.

Siraisi, Nancy G.: *Medieval and Early Renaissance Medicine. An Introduction to Knowledge and Practice.* Chicago 1990.

Talbot, C. H.: *Medicine in Medieval England.* London 1967.

Temkin, Owsei: *The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology.* [1st edition Baltimore; London 1945] 2nd ed. Baltimore; London 1994.

Thomas, Keith: *Religion and the Decline of Magic. Studies in Popular Beliefs in Sixteenth- and Seventeenth-Century England.* [1st edition London 1971] re-issue Harmondsworth 1978.

Thorndike, Lynn: *A History of Magic and Experimental Science.* Vol. 2, New York; London 1923.

Vauchez, André: *Sainthood in the Later Middle Ages.* Cambridge 1997.



# Männlichkeit, Nation und militärdiensttauglicher Körper in der Schweiz um 1875

Marianne Rychner

## Summary

*Masculinity, Nationhood and a Body Fit for the Swiss Army in 1875*

The article looks at the model of the male body, as it emerged in Switzerland in the second half of the 19<sup>th</sup> century, an era of military centralization and the establishment of the national state (Nationalstaat). Focusing on different conceptions of fitness for military service, Rychner discusses how masculinity is reduced to physical attributes, and thereby objectified and reified. The context is the prevailing gender discourse which (while reducing women to little more than their bodily functions), positioned men as representatives of general human qualities, such as individuality and autonomy. Against this background and somewhat in opposition to it, for the Swiss republican army and its compulsory military service, the issue of each soldier's free will is a crucial issue – an issue that also informs the various conceptions of military fitness.

## Einleitung

Der menschliche Körper ist materielle Grundlage und Projektionsfläche kultureller Deutungsmuster zugleich: Wo beschrieben wird, wie er sein sollte, lassen sich kulturelle Leitbilder und geschlechtsspezifische Zuschreibungen rekonstruieren. Die Kategorie ›Geschlecht‹ heftet sich dabei in unterschiedlichem Maße und in historisch spezifischer Weise an den menschlichen Körper. So wird das Wesen des Geschlechtsunterschiedes von den im Laufe des 19. Jahrhunderts an gesellschaftlicher Bedeutung und Definitionsmacht gewinnenden Naturwissenschaften zunehmend am Körper festgemacht.<sup>1</sup> Dabei ergießt sich der Geschlechterdiskurs des 18. und 19. Jahrhunderts in zahlreiche Formen einer weiblichen »Sonderanthropologie«, der Kehrseite der Vorstellung des Mannes als des Repräsentanten des allgemein Menschlichen. Die Frau symbolisiert Natur, der Mann die darüber hinausweisende Kultur. Claudia Honegger belegt,

wie beides zusammengehört: Die Generalisierung des Mannes zum Menschen der Humanwissenschaften und die Besonderung der Frau zum Studienobjekt einer mit philosophischen, psychologischen und soziologischen Ansprüchen auftretenden medizinischen Teildisziplin.<sup>2</sup>

Frauen haben demnach im Geschlechterdiskurs des 19. Jahrhunderts in stärkerem Maße Objektcharakter als Männer: Nicht nur sind letztere die Subjekte des biologisch-medizinischen Diskurses. Selbst als dessen Objekte wird Männern in höherem Maß individueller Subjektstatus zugebilligt als Frauen:

---

1 Vgl. Laqueur (1990); Frevert (1995).

2 Honegger (1991), S. 6.

Was in den gängigen Modernisierungstheorien als zentrale universalistische Tendenz angesetzt wird: der neuzeitliche Individuierungsschub, wird nun definitiv als anatomisches Monopol der einen Hälfte der Gattung diagnostiziert. Denn die Organe sind nur ›Verkörperungen der verschiedenen Lebensthätigkeiten‹, wie der Mediziner Karl Friedrich Burdach in seiner berühmt-berüchtigten *Anthropologie für das gebildete Publicum* 1837 schreibt. Der Erfinder des Terminus ›Biologie‹ hat diese psychophysiologischen Denkfiguren auf die Spitze getrieben; die Logik der Argumentation aber teilt er nunmehr mit fast allen Naturforschern am menschlichen Leib. ›Im weiblichen Organismus ist die Beziehung zur Fortpflanzung, zur Erhaltung der *Gattung*, im männlichen die *Individualität* und deren Erhaltung vorherrschend.‹<sup>3</sup>

Parallel zu diesen Zuschreibungen weist das geschlechterdichotomisch geprägte Deutungsmuster über die untersuchten und klassifizierten Körper hinaus. Gerade der umfassende Deutungsanspruch gipfelt in einer Paradoxie, wie dies die Worte des Physiologen Carl Gustav Carus aus dem Jahr 1853 verdeutlichen:

Wir mögen somit auch hier im Allgemeinen sagen, daß die Charaktere der Geschlechter allerdings zum Theil in den verschiedenen Verhältnissen des erdigen Principis ausgesprochen sind, und daß deshalb ein Körper mit sehr vorherrschender harter und schwerer Knochenbildung (sei er nun an sich männlich oder weiblich) stets mehr auf Seeleneigenschaften des Mannes – Stärke, Willensfähigkeit, Entschiedenheit, zum Theil auch schärfere Verstandesauffassung im Allgemeinen, hindeuten werde, während ein Körper mit zartem, leichtem und minder hartem Knochengerüst (sei er ebenfalls männlich oder weiblich) allemal das Symbol abgeben werde einer Seele, welche wesentlicher die Eigenschaften des Weibes besitzt, folglich durch geringere Willensenergie, durch Weichheit des Gemüths und mehr Sensibilität als Geistesschärfe sich auszeichnen werde.<sup>4</sup>

In dieser widersprüchlichen Deutung schwingt implizit die bedrohliche Frage mit, wann denn nun eine Frau eine Frau, wann ein Mann ein Mann sei. Vor dem Hintergrund dieses grundlegenden Paradoxes und angesichts des dem Mann als Repräsentanten des allgemein Menschlichen zugestandenen größeren Spielraums, als autonomes Subjekt zu handeln, drängt sich bei der historischen Rekonstruktion von Männlichkeit die Frage auf, wie letztere vom männlichen Subjekt aktiv realisiert werden muß, um der omnipräsenten Gefahr der Verweiblichung zu begegnen.<sup>5</sup> Ein Kontext, in dem dies in besonderer Weise immer wieder geschieht und der sich aus diesem Grund besonders zur Rekonstruktion von Männlichkeit eignet, stellt das Militär dar. Bereits bei der Aushebung, dem ersten regulären Kontakt mit der Institution Armee, sind Männer als potentielle Rekruten mit der Situation konfrontiert, Objekte einer körperlichen Untersuchung zu sein, beurteilt und als tauglicher Soldat aufgenommen oder als untauglicher zurückgewiesen zu werden.

3 Honegger (1991), S. 199.

4 Carus (1853), S. 88.

5 Zur Funktion dieser Bedrohung im militärischen Kontext vgl. z.B. Albrecht-Heide (1990); Rychner/Däniker (1995); Däniker (1999); Rychner (1999).

Welches – so die grundlegende Fragestellung des vorliegenden Aufsatzes – sind nun die physischen und psychischen Eigenschaften, die erforderlich sind, um militärdiensttauglich zu sein? Welche unterschiedlichen Männerbilder konkurrieren miteinander und dominieren schließlich in einem Kontext, in dem Männer erst noch zu solchen werden müssen? Dabei konzentriere ich mich auf die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts und interpretiere gedruckte und ungedruckte schriftliche Quellen, die entstanden sind im Zuge der Etablierung der allgemeinen Dienstpflicht in der Schweiz, welche tendenziell jeden männlichen Staatsbürger in die sich konstituierende gesamtschweizerische Armee integriert.

Ausgehend von einer Anleitung an die aushebenden Ärzte zur Erkennung des diensttauglichen Mannes, werde ich den institutionellen Rahmen, die Vorgeschichte der Definitionen zur Festlegung der Tauglichkeit sowie die von Widersprüchen geprägte Suche nach einer gesamtschweizerischen Norm skizzieren, einige Überlegungen zum Verhältnis zwischen Nation und positiv formuliertem Körperideal anschließen und aufzeigen, wie die Implikationen dieses neu zu etablierenden Körperideals auf Widerstände konkurrierender Deutungen stoßen. Die kontroverse Diskussion um den militärdiensttauglichen Körper und – eng damit verbunden – um den Status des Mannes als eines autonomen Subjekts ist gerade in dieser Phase von zentraler Bedeutung, da zu dieser Zeit in der Schweiz ein von demokratischen Elementen geprägtes, republikanisches Konzept einer Milizarmee dominierte, während die schweizerische Armee erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts zunehmend von preußischen Elementen geprägt wurde, wie Martin Lengwiler zeigt:

Die republikanische Richtung war noch bis nach 1900 die tonangebende Partei innerhalb der Militärverwaltung und stand in der politischen Tradition des radikalen Freisinns, teilweise auch des demokratischen Aufbruchs der 1860er und 1870er Jahre [...]. Für die republikanische Richtung war die schweizerische Armee eine Funktion des Bundesstaates. Allgemeine Wehrpflicht und Milizsystem hießen die Scharniere, über welche das Militär integral ins politische System eingebaut war. [...] Der Soldat sollte, so eine der Lieblingsformulierungen der republikanischen Militärs, nichts anderes sein als ein ›Bürger in Uniform‹.<sup>7</sup>

Welche Qualitäten des Mannes vor dem Hintergrund dieses Ideals einerseits und den Erfordernissen einer sich modernisierenden Armee andererseits als erwünscht postuliert werden, ist – wie die folgenden Ausführungen zeigen werden – bereits in der republikanisch geprägten Phase keineswegs unumstritten.

## **Fleisch, Knochen und lebendiger Blick: Der Mann als objektiviertes Subjekt**

---

7 Lengwiler (1995), S. 173f.

Ausgangspunkt der weiteren Ausführungen bilden zwei Paragraphen aus der »Instruction über die Untersuchung und Ausmusterung der Militärflichtigen« der Schweizer Armee aus dem Jahr 1875:

§ 13

Die zu Untersuchenden sind abtheilungsweise in das Vorzimmer der Untersuchungscommission zu commandiren und haben sich daselbst sämmtlicher Kleidungsstücke mit Inbegriff der Fussbekleidung bis auf die Hosen oder Unterhosen zu entledigen. Die Hosen oder Unterhosen sind bis zu den Knien aufzustülpen.

Es hat diess unter militärischer Aufsicht zu geschehen.

Hier erfolgt die Eintragung der Personalien in die Dienstbüchlein (s. § 22).

§ 14

Behufs der Untersuchung ist Mann für Mann in das Untersuchungszimmer zu berufen.

Wenn nicht ohne gänzliche Entblössung des Körpers die Dienstuntauglichkeit sofort ersichtlich ist, so ist zur Beurtheilung der Diensttauglichkeit, beziehungsweise Untauglichkeit stets eine vollständige Besichtigung desselben vorzunehmen.

Als Anhaltspunkte zur Beurtheilung eines für den Militärdienst tüchtigen Körperbaues und einer dauerhaften Gesundheit sind zu merken:

Aufrecht getragener Kopf, starker Nacken, gesunde Gesichtsfarbe, lebhaft blickende Augen, gute Zähne, rothes, festes Zahnfleisch.

Breiter, gewölbter Brustkorb, starke, fleischige Schulterblätter, ein langsames, tiefes, leichtes und andauernd ruhiges Athmen.

Kräftiger, regelmässiger Puls.

Feste, elastische Haut, kräftige Muskeln, starke Knochen, ein fester Gang.

Ueberhaupt ein richtiges Ebenmass der Körpertheile und ein freier Gebrauch der Sinne.

Dieser Auszug aus einer behördlichen Untersuchungsanweisung bringt das Verhältnis der erwünschten Eigenschaften des männlichen Körpers zur sich festigenden Nation im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts exemplarisch zum Ausdruck. In meiner Lizentiatsarbeit<sup>8</sup> habe ich den Text sequenzanalytisch<sup>9</sup> ausgewertet, beschränke mich hier jedoch darauf, die Ergebnisse darzustellen, die für die weiteren Ausführungen von Belang sind.

Paragraph 13 besteht in einer Anweisung zur Durchführung eines streng strukturierten Initiationsrituals, in dem der Jüngling die erste Hürde zum Mann und Staatsbürger überwindet. Männlichkeit und Staatsbürgerschaft werden auf systematische Weise eng aneinander gekoppelt. Die Detailliertheit der Anweisung und die Betonung des militärischen Kommandos gegenüber Zivilisten verweisen überdies darauf, daß ein neues Verfahren erst noch etabliert werden muß.

8 Rychner (1996).

9 Vgl. z.B.: Oevermann (1983).

Die Männer werden in Taugliche und Untaugliche unterteilt. Während die Kriterien einer offensichtlichen Untauglichkeit in Paragraph 14 als »sofort ersichtlich« und damit als gegeben und bekannt vorausgesetzt werden, ist die Gewißheit um die Tauglichkeit nicht auf Anhieb erkennbar; deren Anhaltspunkte werden im weiteren Verlauf dieses Paragraphen aufgelistet; sie beschreiben ein Idealbild, das sich die untersuchenden Militärärzte noch einprägen müssen; dieses Ideal ist jedoch widersprüchlich strukturiert: Der verdinglichende Blick auf den Körper als einen unbeseelten Mechanismus wechselt ab mit einer Betonung des Organisch-Belebten sowie psychischer Eigenschaften, welche ein autonomes Subjekt kennzeichnen: Individualität und Selbstbewußtsein. Die Anforderungen an den Körper beziehen sich nur teilweise auf Eigenschaften, die eindeutig für einen Soldaten notwendig sind; das Idealbild verlangt ebenfalls langfristige Gesundheit, ein Hinweis darauf, daß es sich um angehende Soldaten eines Milizheers handelt, deren Einsatzfähigkeit über Jahre hinweg gewährleistet sein muß. Der normierende und der bei einigen Anforderungen mitschwingende ästhetisierende Aspekt lassen die These zu, daß jenseits der praktischen Erfordernisse einer Armee die tauglichen Körper auch ein nationales Ideal repräsentieren sollen. Während sich das Spannungsverhältnis zwischen objektivierender Körperbesichtigung und angestrebtem Subjektstatus des Mannes in § 13 in Form eines Initiationsrituals unter impliziter ritueller Bezugnahme auf den Geschlechterdualismus aufhebt,<sup>10</sup> bleibt die Paradoxie in § 14 bestehen: Der erwünschte Subjektstatus des Mannes wird als körperliche Haltung und Beschaffenheit unter eine objektivierende Körperbesichtigung subsumiert und damit verdinglicht.

### **Die Modernisierung der Armee als Kontext der ›Instruction‹ von 1875**

Die Instruktion von 1875 wird in der Folge des gesamtschweizerischen Zentralisierungsschubs der Armee im Rahmen der Verfassungsrevision von 1874 erlassen. Nachdem noch im Jahr 1847 kantonale Truppen anlässlich des Sonderbundskrieges gegeneinander gekämpft hatten, ermöglichte die Bundesverfassung von 1848 zwar »den Schritt von einem von den Kantonen dominierten ›Koalitionsheer‹ zum eigentlichen Bundesheer«. <sup>11</sup> Obwohl in den Militärartikeln der 48er-Verfassung der Grundsatz »Jeder Schweizer ist wehrpflichtig« festgehalten wurde, betraf dies nur eine beschränkte Zahl von Männern: Das Bundesheer bestand gemäß Artikel 19 der Bundesverfassung »aus dem Bundesauszug, wozu jeder Kanton auf 100 Seelen schweizerischer Bevölkerung 3 Mann zu stellen hat«, sowie »aus der Reserve, deren Bestand die Hälfte des Bundesauszuges beträgt«. <sup>12</sup>

---

10 Vgl. Rychner (1999).

11 Kurz (1973), S. 11.

12 Bundesverfassung von 1848, zit. nach Kaiser/Strickler (1901), S. 275.



Die Militärartikel in der Verfassungsrevision von 1874 jedoch hatten noch im gleichen Jahr ein neues Bundesgesetz über die Militärorganisation zur Folge: Eine wichtige Neuerung bestand darin, daß die allgemeine Wehrpflicht, »die bisher nicht lückenlos verwirklicht worden war [...] nun voll eingeführt« wurde, »indem für die Aushebung nicht eine nach Prozenten der Wohnbevölkerung berechnete Skala massgebend war, sondern allein die Diensttauglichkeit des einzelnen Mannes«.<sup>13</sup>

Dieser Vereinheitlichungsschub betraf demnach die Anforderungen an die Körper der zu rekrutierenden Männer und setzte neue Maßstäbe gegenüber früherer Praxis:

In den meisten Kantonen fand [...] bis in die 50er-Jahre hinein bei der Aushebung keine sanitärische Musterung im heutigen Sinne statt. Es wurden nicht sämtliche ins wehrpflichtige Alter tretenden Leute auf ihre körperliche Tauglichkeit untersucht. Die Vermutung ging vielmehr dahin, daß einer militärdiensttauglich sei, wenn seine Gebrechen nicht notorisch waren.<sup>14</sup>

Ob ein Mann tauglich sei oder nicht, so Baumann, sei – von einer kurzen Phase während der Helvetik<sup>15</sup> abgesehen – »vielfach noch von der öffentlichen Meinung gemacht« worden:

Charakteristisch hierfür ist eine Bestimmung in der Graubündner kleinrätlichen Verordnung von 1839 über das Verfahren bei Entlassung geistig oder körperlich kranker oder gebrechlicher Personen von der Milizpflicht: »Ist ein solches Subjekt mit einem der vorbezeichneten Übelstände augenscheinlich und offenkundig behaftet, und eine daherige Untauglichkeit für jedermann einleuchtend und unwidersprechlich, so genügt zu dessen Entlassung eine Bescheinigung des Ortsvorstandes, welche dieser letztere sofort der Militärkommission einsendet.«<sup>16</sup>

Doch auch nach 1850 betraf eine nach einheitlichen Kriterien durchgeführte sanitärische Musterung weder sämtliche Wehrpflichtigen noch sämtliche Angehörigen der kantonalen Truppen, sondern nur diejenigen Soldaten, welche im eidgenössischen Auszug<sup>17</sup> dienten. Erst mit der Zentralisierung von 1874 standen der Armee zur Rekrutierung sämtliche jungen Männer zur Verfügung, die erstmals nach einheitlichen Kriterien ausgewählt wurden. In der darauf basierenden Instruktion von 1875 kommt nun einerseits das Bestreben zum Ausdruck, aller tauglichen Schweizer Männer habhaft zu werden und andererseits, allfällige versteckte Mängel ausfindig zu machen, um möglichst keine nur scheinbar tauglichen Soldaten zu rekrutieren:

13 Kurz (1973), S. 15.

14 Baumann (1932) S. 204.

15 In der Helvetik (1798-1803) wurde im Anschluß an den Zusammenbruch des Ancien Régime nach französischem Vorbild die Rechtsgleichheit aller männlichen Schweizer Bürger, die allgemeine Wehrpflicht und das allgemeine Stimm- und Wahlrecht eingeführt (vgl. z.B. Böning, 1998).

16 Baumann (1932), S. 204 (Anmerkung).

17 Vgl. Anmerkung 11.



Die Untersuchungscommission entscheidet über die Befähigung jedes Einzelnen zum Militärdienst, und wacht strenge darüber, dass weder Diensttaugliche wegen unerheblicher oder vorgetäuschter Gebrechen der Armee entzogen, noch Dienstuntaugliche in dieselbe eingereiht werden.<sup>18</sup>

### **Körperideal, Nation und die schwierige Suche nach den positiven Kriterien des Schweizer Mannes**

Das Festschreiben eines Idealbildes vom männlichen Körper wie es in den zitierten Paragraphen der Instruktion von 1875 zum Ausdruck kommt, hat in mehrfacher Hinsicht eine nationale Bedeutung: Erstmals wird die Gesamtheit der Männer innerhalb der Schweizer Grenzen systematisch erfaßt und körperlich untersucht. Damit wird dem diensttauglichen Jüngling attestiert, ein Soldat des Milizheeres und damit ein vollwertiger Schweizer Bürger zu sein. In den Tauglichkeitskriterien zeichnet sich überdies ein Männlichkeitsideal ab, das einerseits von spezifisch schweizerischen Voraussetzungen geprägt und zugleich in einen gesamteuropäischen Kontext eingebettet ist. G. L. Mosse hat für Deutschland und England belegt, wie die Definition eines körperlichen Idealbildes eng mit der Konsolidierung des Nationalstaats zusammenhängt. Die Bestrebungen zur Definition nationaler körperlicher Ideale und die Quantifizierung des Körpers verbanden sich Mitte des 19. Jahrhunderts im gesamteuropäischen Diskurs um die Wissenschaft vom Menschen. Stellvertretend für zahllose Bestrebungen in dieser Richtung soll dies hier exemplarisch an zwei Autoren – dem deutschen Romantiker Carl Gustav Carus und dem belgischen Moralstatistiker Adolphe Lambert Quételet – aufgezeigt werden. Carus träumte 1853 davon, Nationalitäten durch einen quantifizierenden Blick auf die Körper – auch psychisch – zu definieren:

So gäbe es jedenfalls einen sehr interessanten Stoff, wenn nur von den prägnantesten Nationen Europas, den Skandinaviern, Russen, Engländern, Deutschen, Polen, Franzosen, Spaniern und Italienern, in solcher Hinsicht genaue Messungen und physiognomische Beobachtungen aufgezeichnet würden! Die merkwürdigsten Verschiedenheiten der Massen würden als Resultat der Untersuchung vieler Einzelner hervorgehen, und wie viel mehr Licht würde Alles dies auf die bisher nur unvollkommen gekannten Seeleneigenthümlichkeiten dieser Völker werfen! – Gibt doch schon ein flüchtiger Ueberblick in diesem Felde die wichtigsten Thatsachen an die Hand!<sup>19</sup>

Das für Nationalstaat und Bürgertum charakteristische Streben nach Normalität war nicht nur eng an die Festschreibung eines nationalen Typus gekoppelt, sondern explizit auch an die Definition eines positiv formulierten körperlichen Ideals, welches Gesundheit und Normalität über die Abwesenheit eindeutiger Gebrechen und Krankheiten hinausgehend festlegen will. Der bekannte Moralstatistiker Quételet formuliert dieses über den Nationen schwebende Anliegen der Wissenschaft mit deutlichen Worten:

---

18 Instruktion über die Untersuchung und Ausmusterung der Militärpflichtigen (1875), § 4, S. 4.

19 Carus (1853), S. 367.

Toutes les sciences tendent nécessairement à obtenir une précision plus grande dans leurs appréciations; l'étude des maladies et des déformations [...] a fait sentir l'utilité que l'on peut retirer de mesures recueillies avec soin et dans des vues éclairées. Mais pour reconnaître ce qui est anomalie, il faut nécessairement avoir établi le type qui constitue l'état normal ou l'état de santé.<sup>20</sup>

Erste offizielle Bestrebungen, auch in der Schweiz ein Ideal des männlichen Körpers positiv festzulegen, finden sich in der Militärorganisation des Jahres 1850. Eine seit 1843 gültige, in erster Linie auf einer Liste verschiedenster Gebrechen beruhende Instruktion sollte um ein solches Ideal ergänzt werden: »Ein besonderes Reglement wird die Eigenschaften bestimmen, welche zum Eintritt in den Militärdienst erforderlich sind«, wird in Artikel 4 der Militärorganisation von 1850 bestimmt.<sup>21</sup> Dass die körperlichen Anforderungen an die Soldaten zu wenig einheitlich waren, beklagt der Bundesrat bereits ein Jahr zuvor in seiner Botschaft zum Gesetzesentwurf für die neue Militärorganisation:

Den Auszug bildet der Inbegriff der gesammten jungen Mannschaft. Ueber die Formation desselben war bisher keine allgemeine Norm aufgestellt. Jeder Kanton verfuhr nach seinem Gutdünken, was eine große Verschiedenheit im Alter und der Diensttätigkeit der Truppen zur Folge hatte.<sup>22</sup>

Nachdem in der Botschaft zum Entwurf der neuen Militärorganisation der Wille zur Ausdehnung, Konsolidierung und Vereinheitlichung der allgemeinen Wehrpflicht zur Geltung gekommen ist, werden die Grenzen von dessen Umsetzbarkeit aufgezeigt:

Freilich können körperlich nicht Gereifte, Gebrechliche, Altersschwache und Geistesranke nicht zum Tragen der Waffen angehalten werden, und es mußte daher eine nähere Begränzung und Bestimmung des § 18 der Bundesverfassung erfolgen. Deshalb im § 2 des Entwurfes einer Militärorganisation die Vorschrift, daß wehrpflichtig sei, wer die erforderlichen körperlichen und geistigen Kräfte besitze, vom angetretenen 21sten bis zum 50sten Altersjahre. Das Erforderniß einer intellektuellen und physischen Tüchtigkeit bedarf wohl keiner nähern Begründung.<sup>23</sup>

20 Quételet (1842), S. 8 (Hervorhebungen im Original). Übersetzung: Alle Wissenschaften tendieren notwendigerweise dazu, eine größere Genauigkeit in ihren Einschätzungen zu erlangen; das Studium der Krankheiten und der Deformationen [...] hat deutlich gezeigt, wie nützlich die sorgfältigen und mit klarem Blick gemachten Messungen sind. Aber um erkennen zu können, was eine Anomalie ist, muß man notwendigerweise einen Typus festgelegt haben, der den Normalzustand oder den Zustand der Gesundheit darstellt.

21 Gesetz über die Militärorganisation der schweizerischen Eidgenossenschaft (1850), Art. 4.

22 Botschaft des schweizerischen Bundesrathes an die h. Bundesversammlung, die Reorganisation des Militärgesetzes betreffend, vom 25. April 1849, Bundesblatt 1849, Bd. I, S. 478.

23 Botschaft des schweizerischen Bundesrathes an die h. Bundesversammlung, die Reorganisation des Militärgesetzes betreffend, vom 25. April 1849, Bundesblatt 1849, Bd. I, S. 477.

Bis jedoch das in der Militärorganisation von 1850 angekündigte »besondere Reglement«, welches die Eigenschaften bestimmen werde, »welche zum Eintritt in den Militärdienst erforderlich« seien, ansatzweise verwirklicht war, sollten noch etliche Jahre verstreichen: Das Projekt wurde erst ein Vierteljahrhundert später, mit der eingangs zitierten Instruktion von 1875 verwirklicht.

Der europaweite anthropologische Diskurs, der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Nationalität zunehmend an körperlichen Eigenschaften der Staatsbürger festzumachen versuchte und den Unterschieden zwischen den verschiedenen »Racen« auf der Spur war, führte in der Eidgenossenschaft zu kleineren Definitionsproblemen: Angesichts der Mehrsprachigkeit der Schweiz und der unterschiedlichen Geschichte der verschiedenen Kantone war das anthropologische Deutungsmuster bzw. das darin implizierte Verhältnis von Körper und Nation nicht ohne weiteres als identitätsstiftende Deutung zu übernehmen, wie dies der Briefwechsel zwischen einem Wissenschaftler und der schweizerischen Regierung illustriert: Am 10. Juli 1867 erhielt der Präsident der Eidgenossenschaft ein Schreiben des Genfer Arztes Pierre Louis Dunant. Dieser kritisiert darin, daß geplant sei, ein gesamt-schweizerisches Mindest-Längenmaß für Rekruten festzusetzen. Die nach wie vor sich im Gang befindlichen Vereinheitlichungsbestrebungen forderten den Wissenschaftler zum Eingreifen in die Politik heraus. Dunants Einwände richteten sich nicht etwa gegen das Messen und Normieren an sich; ganz im Gegenteil handelte es sich dabei um sein bevorzugtes Interesse: die präzise Messung der menschlichen Körper verband sich gemäß Dunant mit den »grandes questions d'anthropologie, d'hygiène et d'économie politique«. <sup>24</sup> Als wichtig erachtete er »en particulier, de savoir, si les peuples de même race ont une taille uniforme, ou bien si la stature dépend des circonstances extérieures, telles que le climat, l'altitude, le genre de vie, la pauvreté ou la richesse, etc.« <sup>25</sup> Mit der Fragestellung, welche der Arzt hier formuliert, steht er nicht alleine da; es sind dieselben Fragen, welche auch Quételet und andere Statistiker europaweit beschäftigen. Eine Vereinheitlichung des Mindest-Größenmaßes für sämtliche Schweizer Soldaten schafft nun gemäß Dunant angesichts der unterschiedlichen »races« und Lebensbedingungen in der Schweiz eine massive Ungerechtigkeit bei der Durchsetzung der allgemeinen Wehrpflicht. Um dies zu beweisen, veröffentlicht er die Ergebnisse seiner vergleichenden Arbeiten, die sich vor allem auf statistisches Material aus dem Kanton Genf stützen. Zum Leidwesen des Statistikers waren diese Genfer Daten allerdings fast die einzig verfügbaren in der

---

24 Dunant (1867), S. 1: »den grossen Fragen der Anthropologie, der Hygiene und der politischen Ökonomie«.

25 Dunant (1867), S. 1: »besonders, zu wissen ob die Völker der gleichen Rasse eine einheitliche Grösse haben, oder ob der Körperbau von äusseren Umständen abhängig ist, wie vom Klima, von der Höhe, von der Lebensweise, von der Armut oder vom Reichtum usw.«

ganzen Schweiz. Die spärlichen Zahlen aus anderen Landesteilen, deren er habhaft wurde, veröffentlicht er in seiner Broschüre, die er der Regierung mit einem ausführlichen Begleitschreiben zukommen läßt. Darin argumentiert er folgendermaßen:

Les mesures recueillies et publiées dans mon mémoire, mettent en évidence un fait qui s'oppose à l'adoption d'un minimum uniforme de taille militaire. C'est qu'il existe entre les habitants des diverses parties de la Suisse, des différences de taille telles que la taille moyenne varie de 43 millimètres d'un canton à l'autre.<sup>26</sup>

Dunant verweist weiter auf französische Forschungen, denen gemäß eine einheitliche Mindestgröße in der Armee dazu geführt habe, daß die Tauglichkeitsziffern von Departement zu Departement stark variierten, was auf die unterschiedlichen »races« zurückzuführen sei. In der Schweiz vermutet der Arzt dasselbe Phänomen:

Les variations de la taille en France sont démontrées provenir essentiellement des différences de race; il est plus que probable qu'en Suisse aussi, chaque race a une taille qui lui est propre, et qui diffère de celles [sic.] des autres races.

Um eine ungerechte Verteilung der allgemeinen Wehrpflicht zu vermeiden, fordert Dunant, jeder Kanton solle regelmäßig während einiger Jahre sämtliche Rekruten messen, um deren Durchschnittsgröße zu eruieren. Und er wäre »heureux si ce résultat est obtenu, car je le crois utile au pays.«<sup>27</sup>

Das spezifische Verhältnis zwischen Mann, Körper und Nation, welches im Anliegen des Wissenschaftlers Dunant zum Ausdruck kommt, ist einigermaßen verzwickelt: Das Konzept der »race« kommt im Falle der Schweiz den Vereinheitlichungsbestrebungen bezüglich der Armee und des diensttauglichen Körpers ins Gehege, die Schwierigkeiten, die sich bei der Festsetzung eines Männlichkeitsideals ergeben, sind offensichtlich: Gerade indem Dunant auf den körperlichen Unterschieden zwischen den Kantonen bzw. »races« beharrt, will er einem nationalen Ideal, das den vermuteten körperlichen Verschiedenheiten Rechnung trägt, zum Durchbruch verhelfen. Entsprechend ist aus seiner Sicht Tauglichkeit auch mehr als das Erreichen einer Mindestgröße; der Kausalzusammenhang zwischen Körperlänge und Diensttauglichkeit, das einzige quantitative Tauglichkeitskriterium, welches diverse Armeen seit längerer Zeit eingeführt haben, überzeugt den anthro-

26 Schweizerisches Bundesarchiv: E 27 / 5857: Sanitarische Beurteilung der Wehrpflichtigen, div. Drucksachen, Schreiben vom 10. Juli 1867 an Bundesrat Welti, Hervorhebungen im Original, Übersetzung: Die in meiner Schrift veröffentlichten Messungen verdeutlichen, daß kein einheitliches militärisches Mindestmaß eingeführt werden soll: Zwischen den Einwohnern der schweizerischen Landesteile gibt es derartige Verschiedenheiten, daß von Kanton zu Kanton Unterschiede von 43 Millimetern bei der durchschnittlichen Größe vorkommen.

27 Dunant (1867), S. 1; Übersetzung: Es konnte gezeigt werden, daß die Größenunterschiede in Frankreich eine Folge der Rassenunterschiede sind; es ist mehr als nur wahrscheinlich, daß auch in der Schweiz jede Rasse eine ihr eigene Größe aufweist, die sich unterscheidet von der Größe anderer Rassen. [...] glücklich, wenn dieses Resultat erzielt würde, denn ich halte es für dem Lande dienlich.«

pologisch argumentierenden Mediziner nicht, da gewisse »races« kleiner seien als andere, aber deswegen nicht weniger tauglich.

Die Überlegungen des Anthropologen wurden im Militärdepartement durchaus ernst genommen und provozierten unterschiedliche Stellungnahmen der verschiedenen Waffenchefs. Schließlich setzte sich jedoch die gesamtschweizerisch-vereinheitlichende gegenüber der anthropologisch argumentierenden Position durch. Erstere Position vertrat z. B. Oberst Hofstetter. Herr Dunant vergesse, schreibt er, daß es sich einzig darum handle,

alle kriegsfähigen Männer wirklich zur Landesvertheidigung heranzuziehen, er vergißt, daß es sich in diesem Falle nicht um Genfer etc. handelt, sondern um Schweizer (Hervorhebung im Original), einerlei ob dieselben zufällig am obern oder untern Lemmanufer wohnen oder deutsch oder romanisch sprechen.

Auch Bundesrat Emil Welti, den Vorsteher des eidgenössischen Militär-Departements, überzeugten Dunants Vorschläge nicht. Auf seine Empfehlung hin entschied der Bundesrat nach militärisch-praktischen Kriterien:

es sei die fragl. Broschüre dem Herrn Einsender zu verdanken mit folgenden Bemerkungen: Der oberste Grundsatz für die Auswahl der Mannschaft sei nach unserer Verfassung: »Jeder Schweizer ist wehrpflichtig«. Zur Kriegsfähigkeit gehören nun allerdings ein gewisses Höhenmaß, ohne das der Mann seine Waffen nicht gehörig führen, nicht gehörig ausschreiten, seinen Kameraden nicht gehörig oder ohne bald verzehrende Anstrengung folgen könne. [...] Es könne sich nun allfällig darum handeln, zu untersuchen, ob der Genfer bei einem andern Körpermaß kriegstüchtig sei, als der Uru. Ostschweizer oder umgekehrt, keineswegs aber darum, eine möglichst gleiche Verteilung der Wehrpflicht auf die einzelnen Kantone anzustreben, wohin die Brochure eben abziele.<sup>28</sup>

### Die ›Thoraxfrage‹: Zwei Deutungsmuster prallen aufeinander

Der Höhepunkt der Auseinandersetzungen um das Idealbild des militärdiensttauglichen Schweizers war jedoch damit noch nicht erreicht. In den Reaktionen auf die Instruktion von 1875, deren erste Version im Februar 1875 vorlag, wurde die Bewertung des männlichen Brustkastens zum zentralen Streitpunkt: »Der Brustumfang soll wenigstens die Hälfte der Körperlänge des Untersuchten betragen«<sup>29</sup>, heißt es in § 17 der Instruktion. Damit fing nun die Auseinandersetzung um den Mann, wie er sein sollte und um die nationale Bedeutung des männlichen Körpers erst recht an. In der ›Thoraxfrage‹ prallten zwei Deutungsmuster aufeinander: Folgende, im ›Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte‹ 1875 veröffentlichte »Blüthe vom Officiersfest in Frauenfeld« bringt die Kritik an der Einführung des zur

28 Schweizerisches Bundesarchiv: E 27 / 5857: Sanitarische Beurteilung der Wehrpflichtigen, div. Drucksachen / Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Schweizerischen Bundesrathes vom 16. ten August 1867.

29 Instruction über die Untersuchung und Ausmusterung der Militärpflichtigen (Entwurf vom 24. Februar 1875).

Körperlänge proportional sein sollenden Brustumfangs als Tauglichkeitskriterium in § 17 der ›Instruction‹ von 1875 in Gedichtform zum Ausdruck:

<i>Körperlänge, Brustumfang</i>	<i>Nie zu lebensfrohem Sang</i>
<i>Steh'n jetzt in Zusammenhang!</i>	<i>Oder gar zu Becherklang.</i>
<i>Wem's hienieden nicht gelang,</i>	<i>Für die Cass' ein guter Fang -</i>
<i>»Halb so dick zu sein als lang«,</i>	<i>Je nach seines Beutels Klang -</i>
<i>Der ist eben »Hopfenstang'«,</i>	<i>Zahlt er mit Gesetzeszwang</i>
<i>Kommt niemals zu rother Wang',</i>	<i>Steuer - bis zum letzten Gang,</i>
<i>Heiss er Peter oder Jean!</i>	<i>Oder er kommt an den Strang!</i>
<i>Muthlos, ohne Thatendrang</i>	<i>Körperlänge, Brustumfang</i>
<i>Ist ihm vor den Kugeln bang -</i>	<i>Steh'n drum in</i>
<i>Zeigt er nur zu Asthma Hang,</i>	<i>Zusammenhang.<sup>30</sup></i>

Am 26. und 27. August 1875 versammelten sich »im Ständerathsaal des schönen Bundespalastes in Bern [...] 22 Militärärzte schweren und schwersten Calibers, d.h. mit wenigen Ausnahmen sämtliche schweizerische Divisionsärzte, die Feldlazarethchefs und deren Stellvertreter.«<sup>31</sup> Grund dieses bedeutungsvollen Treffens war nicht zuletzt die öffentliche Umstrittenheit der ›Thoraxfrage‹, wie Befürworter und Gegner des Paragraphen 17 den Streitpunkt oftmals bezeichneten:

Es galt hauptsächlich die Behandlung der brennenden Tagesfrage: Besprechung über Ergebnisse und Consequenzen der seit Frühjahr eingeführten Messpraxis und Discussion über die weitere Opportunität der bis anhin festgehaltenen Verhältnisse von Körperlänge und Brustumfang.

Präsiert wurde das Gremium der »gemäss besonderer Weisung nicht in Uniform, sondern im schlichten Civilgewand erschienenen«<sup>32</sup> Ärzte – die Bekleidungs Vorschrift verweist auf die über militärische Spezialfragen hinausweisende politische Bedeutung der erörterten Frage – von Oberfeldarzt Dr. Schnyder, dem Hauptverantwortlichen der neuen ›Instruction‹ von 1875. Zu Beginn der Versammlung machte der Oberfeldarzt »über die Entstehungsgeschichte der in neuester Zeit in den verschiedensten Armeen eingeführten Normalmaasse sehr einlässliche und interessante Mittheilungen.«<sup>33</sup> Interessant sei, so Schnyder, aber auch

die Wahrnehmung, dass unsere schweizerische Bestimmung über Länge und Brustmessung, wie vielleicht noch kein anderer Paragraph im ganzen Militärsanitätswesen so grosses Aufsehen gemacht habe und so viel auf lieblose und unverständige Beurteilung und Opposition sogar unter Sachkundigen gestossen sei. Es haben denn auch verschiedene Blätter Veranlassung genommen, nicht nur gegen diese Neuerung zu opponiren, sondern sogar ihre Schmähungen gegen die Schöpfer dieses Gesetzes unge-

30 Feuilleton (1875).

31 Kantonale Correspondenzen: Zürich (1875), S. 571.

32 Kantonale Correspondenzen: Zürich (1875), S. 572, Hervorhebung im Original.

33 Kantonale Correspondenzen: Zürich (1875), S. 572.



nirt kund zu geben. Herr Oberfeldarzt ist der bestimmten und entschiedenen Ansicht, dass das Gesetz opportun und auch für die Zukunft beizubehalten ist.<sup>34</sup>

Der öffentliche Druck war jedoch so groß, daß die Konferenz im Ständeratssaal einige Modifikationen am umstrittenen Paragraphen 17 vornehmen mußte. Während in der vom Bundesrat am 24. Februar provisorisch genehmigten ersten Fassung der ›Instruction‹ von keinen Ausnahmen die Rede war, wurde die definitiv gültig erklärte Variante der ›Instruction‹ vom 22. September 1875 dahingehend relativiert, daß junge Männer mit ungenügendem Brustumfang vorerst um ein oder zwei Jahre »bis zu besserer proportionaler Körperentwicklung« zurückzustellen seien und daß Ausnahmen »mit Rücksicht auf die Natur der durch die Betreffenden zu leistenden Dienste für hochgewachsene, sonst wohlgebaute Jünglinge zulässig« seien, wenn deren »effectives Brustmaass nicht unter 80 Centimeter«<sup>35</sup> betrage. Dem vehementen Gegner der ›Thorax-Bestimmung‹, Carl von Elgger, Chefredaktor der ›Allgemeinen Schweizerischen Militärzeitschrift‹ ging diese Konzession allerdings nicht weit genug: »Wie man sieht, ist es doch so ziemlich bei der frühern Bestimmung geblieben«.<sup>36</sup> Und über diese frühere Bestimmung war sein Urteil vernichtend:

§ 17 der Instruktion vom 24. Februar 1875 über die Untersuchung der Militärflichtigen bestimmte: ›Beträgt der Brustumfang nicht wenigstens die Hälfte der Körperlänge des Untersuchten, so ist dieser wegen zu geringer Entwicklung der Athmungsorgane als bleibend untauglich zu erklären.‹ Es war dies eine Anforderung, die sich, soviel uns bekannt, in keiner Vorschrift anderer Armeen befindet, die aber in der anfänglichen, strikten Durchführung sehr geeignet gewesen wäre, unserer Armee den grössten und unersetzlichsten Schaden zuzufügen.<sup>37</sup>

Auch die in der definitiven Version der ›Instruction‹ vom Herbst 1875 abgeschwächte Variante der ›Thorax-Bestimmung‹ blieb also noch lange Gegenstand von Kritik und grundsätzlichen Erörterungen.<sup>38</sup>

---

34 Kantonale Correspondenzen: Zürich (1875), S. 572.

35 Instruction über die Untersuchung und Ausmusterung der Militärflichtigen (vom Bundesrath genehmigt den 22. Herbstmonat 1875).

36 Von Elgger (1876), S. 40f.

37 Von Elgger (1876), S. 36, Hervorhebungen im Original.

38 Davon zeugt zum Beispiel ein Schreiben des Kommandanten der III. Armeedivision an das Eidgenössische Militärdepartement vom 2. Februar 1876, worin er folgende »Vorschläge zur Verbeßerung der Anordnungen für die Rekrutirung« festhält: »1.) Revision der Instruction vom 22. Septr. 1875. Die Vorschriften über den Brustumfang und die ärztliche Untersuchung überhaupt einer neuen Prüfung eventuell einer Modifikation zu unterwerfen, weil solche nach dem Urtheil kompetenter Personen wissenschaftlich unbegründet sein sollen.« In denselben Akten plädieren diverse Waffenchefs dafür, dass mehr Militärs und weniger Ärzte bei den Untersuchungen zugegen sein sollen. (BAR E 27 / 5809 V vom 25.2.1878 [sic]).



Das oben zitierte, offensichtlich am Officersfest wiederholt zum Besten gegebene Spottgedicht bringt klar zum Ausdruck, aus welchen Gründen das neue Tauglichkeitskriterium auf Ablehnung stieß: Die Frage, ob ein Jüngling diensttauglich sei oder nicht, soll neu von einem Kriterium abhängen, das gewissermaßen den bewährten ›gesunden Menschenverstand‹ in der Beurteilung eines Mannes ausschaltet zu Gunsten einer formal-abstrakten, ebenso simplen (»halb so dick als lang«) wie nicht weiter begründeten quantifizierenden und verdinglichenden Objektivierung. Im Gegensatz zum traditionellen Bild des tapferen Soldaten, welches allenfalls eine Mindestgröße sowie das Fehlen offensichtlicher Gebrechen voraussetzt, zeichnet das neue Untersuchungskriterium ein Bild vom Mann, das strengeren objektiven Kriterien zu genügen hat als zuvor, womit der Soldat in vermehrter Masse auf seinen Körper reduziert wird; aufgrund des simplen Befundes des im Verhältnis zur Länge zu geringen Brustumfangs werden dem dadurch als untauglich geltenden Mann – wie das Spottgedicht zum Ausdruck bringt – implizit auch Eigenschaften eines guten Schweizers und Wehrmannes abgesprochen, die nicht rein körperlicher Natur sind. Der Kritik liegt daran die Vorstellung zugrunde, daß der Mann in erster Linie ein freies Subjekt sei und Herr seiner selbst, dessen Fähigkeiten und Möglichkeiten nicht ausschließlich von seiner körperlichen Beschaffenheit abhängig sind, sondern ebenso von charakterlichen Eigenschaften. Besonders klar kommt diese Deutung in einer Geschichte zum Ausdruck, welche Carl von Elgger zur Illustration seiner Ablehnung des Paragraphen 17 anführt:

Einer der besten Bergführer und Gemsjäger des Kantons Unterwalden, Ch. von W., theilte das nämliche Schicksal. [Wie der Turner, der am eidg. Turnfest den 2. Preis erhalten habe und wegen zu geringen Brustumfangs untauglich erklärt worden war (mr.)]. Als ihm mitgeteilt wurde, daß er militärfrei sei, wollte er Einsprache erheben, doch der Militärarzt sagte ihm lächelnd: ›Wenn Sie im Gebirge gehen müssten, so würden Sie nicht gut schnaufen können.‹ Die weitere Einrede wurde mit dem Ausspruch, daß es jetzt einmal so bestimmt sei, abgeschnitten. Als die ärztliche Untersuchungs-Commission ihre Geschäfte in der Rekrutenschule Nr. 16 in Wyl besorgte, kam derselbe Mann mit einer Gemse und einigen Schneehühnern auf dem Rücken, die er Tags zuvor auf den Wallenstöcken geschossen hatte, in das neben der Kaserne befindliche Wirtshaus, um einen Schoppen zu trinken. Wir sahen ihn nachher noch einige Male, stets mit ähnlicher Jagdbeute beladen, die er aus einem der wildesten und schwierigsten Theile unseres Gebirges brachte. Er scheute den Umweg von einer guten halben Stunde nie, um, wie es scheint, zu zeigen, dass er, wenn auch untauglich zum Militärdienst, doch die Waffe mit Sicherheit zu gebrauchen wisse und an Orten jage, wohin ihm schwerlich ein Mitglied der ärztlichen Kommission folgen würde.<sup>39</sup>

Diese Geschichte – oder schon fast Legende – ist deswegen so charakteristisch für die Gegner der ›Thoraxbestimmung‹, weil darin ein Bild des Schweizer Mannes gezeichnet wird, das sich an der Konstruktion des willensstarken, stolzen und autonomen Urschweizers orientiert. Dieses Männerbild hebt sich deutlich von der Tendenz ab, den Stellungspflichtigen nach naturwissenschaftlichen Kriterien von Medizinern minutiös vermessen zu

39 Von Elgger (1876), S. 38f. in einer längeren Fußnote.

lassen und objektivierend auf den Zusammenhang zwischen Körperlänge und Brustumfang zu reduzieren.

Dem Bild des Mannes als eines freien Subjekts, als seines ›eigenen Herrn‹ setzt der Nachfolger Schnyders und Gegenspieler von Elggers, Oberfeldarzt Ziegler, in seiner Replik auf die Gemsjägergeschichte das Bild vom disziplinierten Soldaten eines modernen Massenheeres entgegen:

Was ferner den Bergführer und Gemsjäger aus Unterwalden betrifft, so ist die Besteigung der Wallenstöcke bis da, wo man Schneehühner und Gemen antrifft, eine Leistung, welche jeder normale 14jährige Geissbube allein zu Stande bringen wird. Ist ein solcher aber deshalb diensttauglich? Vom Bergsteigen und was dazu speziell erforderlich, verstehen übrigens die Aerzte durchschnittlich allerwenigstens so viel wie andere Offiziere. Sie wissen z.B., dass es eben sehr zweierlei ist, als sein eigener Herr in den Bergen sich herumzutreiben in selbstgewähltem Tempo und Anzug, ohne Last oder mit einer solchen, die man tragen kann, wie es einem am bequemsten ist, oder aber mit Sack und Pack in Reihe und Glied auf staubiger Landstrasse in vorgeschriebenem Tempo zu marschieren.<sup>40</sup>

Während die Beurteilung der Militärdiensttauglichkeit in der alten Eidgenossenschaft noch den ganzen Mann betroffen hatte und letztlich die öffentliche Meinung<sup>41</sup> oder zumindest militärische Instanzen darüber bestimmten, liegt die Beurteilung des Mannes nun zunehmend in den Händen medizinischer Experten. Carl von Elgger verkörpert den Militär alter Schule, der sich nicht von den Ärzten ins Handwerk pfuschen lassen will: »Der Kampf der Militärzeitung mit der Militärsanität« heißt die 1876 vom Redaktor der Allgemeinen Schweizerischen Militärzeitschrift (ASMZ) veröffentlichte »militärische Streitschrift«, in der er sich in erster Linie mit Oberfeldarzt Ziegler anlegt. Er publiziert darin sämtliche Artikel zu diesem Thema aus der ASMZ und weitere Kommentare, in denen er das infolge der neuen Militärorganisation eingeführte Militärsanitätswesen, nicht zuletzt die ›Instruction‹ von 1875, angreift. Den Beweis, daß der neu eingeführte naturwissenschaftlich-ärztliche Blick auf den männlichen Körper im republikanisch geprägten Militär zu keinem brauchbaren Ergebnis führen kann, sieht von Elgger im Brustumfangs-Paragrafen:

Wie einseitige Bestimmungen erlassen werden können, wenn die Ausarbeitung des Gesetzes über Militärdienst-Tauglichkeit ausschliesslich den Aerzten überlassen wird und diesen einzig alle Entscheidungen anheimgestellt werden, davon hat uns ›der Brustumfang und die Körperlänge im Zusammenhang‹ ein Beispiel geliefert. Wir hoffen, dass bei der durch den allgemeinen Unwillen erregten Nothwendigkeit der Revision des Gesetzes über die Untersuchung der Militärpflichtigen für die Wahrung der militärischen Interessen gesorgt werde.<sup>42</sup>

Gemäß von Elggers Deutung hängt die Militärdiensttauglichkeit des Mannes nicht allein von seinem Körper ab; charakterliche Eigenschaften sind

40 Von Elgger (1876), Anhang S. 179.

41 Vgl. Baumann (1932), S. 204.

42 Von Elgger (1876), S. 17f.

hier – anders als beispielsweise im Analogiedenken eines Romantikers wie Carus – weitgehend vom Körper unabhängig, als solche können sie sich gegenüber körperlichen Unvollkommenheiten als autonomes Prinzip behaupten:

Es ist damit nicht gesagt, dass die Aerzte es nicht am besten verstehen, den Körper des Menschen, seine Fehler und Krankheiten zu beurtheilen. Doch die Beurtheilung darf nicht einseitig stattfinden. Der Geist, die Willenskraft und vieles Andere fallen auch in die Waagschale.<sup>43</sup>

Diese Eigenschaften kommen demgegenüber in der ›Instruction‹ nurmehr in verdinglichter Form vor. Auch der Ästhetisierung, die beispielsweise in der Verabsolutierung der körperlichen Proportionalität zum Ausdruck kommt und der sich viele Wissenschaftler wie Ärzte, Anthropologen und Statistiker verschrieben haben, trat ›Thorax-Bestimmungs‹-Gegner von Elgger entgegen:

Es ist richtig, bei vollkommen schönen Individuen stehen die verschiedenen Körperteile in einer gewissen Proportion. Ich habe dieses auch scherzweise bei Besprechungen der Brustumfang-Frage mehrmals in militärischen Kreisen gesagt, war aber nicht wenig überrascht, als ich in den Zeitungen las, dass der Herr Oberfeldarzt in der Versammlung der Divisionsärzte, welche zur Revision der Thoraxbestimmung nach Bern berufen worden waren, wirklich zur Vertheidigung seiner Theorien angeführt habe, dass bei den antiken Kunstidealen, wie Stirne, Nase und Kinn gleich lang, so auch der Brustumfang die Hälfte der Körperlänge betrage. Diese Argumentation scheint den [sic] auch seine Herren Kollegen überzeugt zu haben, denn die Thoraxbestimmung wurde mit einer sehr geringen Modifikation (die man dem allgemeinen Unwillen machen mußte) beibehalten. Nicht ganz mit Unrecht sagte damals ein Militär im ›Tagblatt‹: ›Es wäre zweckmässiger, statt unsere Militärärzte in Griechenland die antiken Statuen studiren zu lasse [sic], eine Sanitäts-Kommission nach Egypten abzuordnen, um an den Mumien der Kriegerkaste Messungen des Brustumfanges vorzunehmen.‹ *Gewiss, wenn es sich darum handeln würde, die schönsten Exemplare der Nation zum Züchtungszweck auszusuchen, so möchte die Bestimmung über den Brustumfang (nebst anderem) angemessen sein.* Doch mit ganz gleichem Recht würde man dann auch Leute mit zu langen oder zu kurzen Armen, mit zu grossen Extremitäten u.s.w. ausschliessen müssen.<sup>44</sup>

Das Ideal der alten Griechen spielte übrigens gemäß Mosse auch in Deutschland eine wichtige Rolle bei der Festlegung der körperlichen Norm für Männer.<sup>45</sup>

Daß von Elgger im Zusammenhang mit der Messung der auszuhebenden Rekruten von der »sargähnlichen Vermessungskiste«<sup>46</sup> spricht, welche die ärztliche Untersuchungskommission mit sich führe, ist wohl kein Zufall: seine Wortwahl bringt die Reduktion des lebenden Mannes auf den quantifizierbaren Körper in Verbindung mit dem toten Körper, was wohl auf ein

43 Von Elgger (1876), S. 17.

44 Von Elgger (1876), S. 37f.

45 Mosse (1987), S. 23.

46 Von Elgger (1876), S. 32.

kulturell tief verankertes Unbehagen gegenüber der Objektivierung und Verdinglichung des menschlichen Körpers verweist, das Theodor W. Adorno und Max Horkheimer – wenn auch in anderem Kontext – folgendermaßen beschreiben:

Die jüdische Tradition vermittelt die Scheu, einen Menschen mit dem Meterstab zu messen, weil man die Toten messe – für den Sarg. Das ist es, woran die Manipulatoren des Körpers ihre Freude haben. Sie messen den andern, ohne es zu wissen, mit dem Blick des Sargmachers.<sup>47</sup>

Der normierende Zugriff auf den Körper ist eng verknüpft mit dem Verhältnis des Individuums zum Staat; so steht das Anliegen der ›Volksge-sundheit‹ in engem Zusammenhang zur gesamtschweizerischen Erfassung und sanitarischen Untersuchung aller jungen Männer. Im ›Bericht des Oberfeldarztes über die Verwaltung des Gesundheitswesens in der eidgenössischen Armee im Jahre 1875‹ wird diese zunehmende Verschränkung ziviler und militärischer Anliegen deutlich:

In erster Linie galt es, der Armee einen gesunden, kräftigen Mannschaftsbestand zu sichern, und zu diesem Zwecke die sanitarische Untersuchung sämtlicher in's dienstpflichtige Alter tretenden Jünglinge vor deren Rekrutierung, d.h. vor deren Zuteilung zu einer Waffengattung allgemein obligatorisch zu machen, und für diese Untersuchung die richtigen reglementarischen Bestimmungen aufzustellen. Die Untersuchung der angehenden Militärflichtigen hat zweierlei Interessen gerecht zu werden, die sich auf den ersten Blick diametral entgegen zu stehen scheinen. Es sind dieses die militärischen Interessen und die Interessen des civilen Lebens.<sup>48</sup>

Bei der unmittelbar damit zusammenhängenden, ebenfalls umstrittenen Frage des Impfzwangs manifestieren sich ähnliche Argumentationsmuster wie bei der Brustumfangsfrage; Carl von Elgger betrachtet auch hier den freien Willen des autonomen Mannes als bedroht:

Es ist uns kein Paragraph des Militär-Gesetzes bekannt, welcher dem Soldaten verböte, sich innerhalb der eigenen Haut als eigener Herr zu betrachten. Würde dem Herrn Oberfeldarzt das Recht eingeräumt, angeblich im Interesse der Gesundheits-Polizei mit den Körpern der Wehrmänner nach Gutdünken zu verfahren, so werden wir wohl noch manches Absonderliche zu sehen bekommen!<sup>49</sup>

---

47 Adorno/Horkheimer (1988) [1944], S. 250.

48 Schnyder (1876), S. 1.

49 Von Elgger (1876), S. 139.

## Oder an anderer Stelle:

Doch selbst wenn der Nutzen des Impfens ein ganz erwiesener wäre, dürfte erst noch zu untersuchen sein, ob das Zwangsimpfen sich rechtfertigen liesse. Wir wollen uns über den Gegenstand hier nicht weiter aussprechen, bemerken aber, dass die Zwangsimpfung durch den früheren Herrn Oberfeldarzt eingeführt wurde. In Nr. 16 des Jahrgangs 1871 dieses Blattes sind einige Gedanken über die Sache ausgesprochen worden, die auch jetzt noch Beherzigung verdienen dürften: »Vergangenes Jahr (d.i. 1870) hat das eidg. Militär-Departement einen Ukas erlassen, es müsse sich jeder Soldat, bevor er in Dienst tritt, impfen oder nachimpfen lassen. [...] Wer sich hartnäckig weigert, gegen den wird Anwendung des Zwangs in Aussicht gestellt. – Wir gestehen, wir finden diesen Vorgang – gelinde gesagt – unbegreiflich. Derselbe erscheint uns als eine Willkürlichkeit, die schwerlich zu entschuldigen sein dürfte. Wenn ein Individuum ein Eigenthum besitzt, so ist es gewiss sein eigener Körper. Der Staat hat das Recht, über diesen zum Schutz des Vaterlandes zu verfügen, doch damit ist in Ländern, wo die Verhältnisse durch Gesetze geregelt sind, seine Macht begrenzt. Dieses wird selbst in Monarchien anerkannt.<sup>50</sup>

In von Elggers Ideal des Schweizer Wehrmannes, das zeigt sich auch in dieser Frage, setzt sich Männlichkeit tendenziell gegen körperliche Beschränkungen durch, während die von ihm bekämpften Ärzte im Dienste der sich zentralisierenden und modernisierenden Armee die erwünschten männlichen Eigenschaften am Körper selber festmachen wollen, die Rekruten damit zunehmend objektivieren und damit im militärischen Kontext symbolisch feminisieren.<sup>51</sup>

Die Frage, in welcher Form und in welchem Ausmaß sich Individualität und Autonomie beim Soldaten eines Milizheers zu manifestieren haben, bleibt auch nach der Jahrhundertwende virulent, als in der schweizerischen Armee die autoritärere, preußisch geprägte Richtung an Einfluß gewinnt. Und auch heute sind Armeen demokratischer Staaten zwangsläufig mit dieser grundsätzlichen Frage konfrontiert, in welcher Aspekte der Ambivalenz und Widersprüchlichkeit des Modernisierungsprozesses zum Ausdruck kommen.

---

50 Von Elgger (1876), S. 45f. Hervorhebungen im Original.

51 Vgl. z.B. Albrecht-Heide (1990); Rychner/Däniker (1995); Däniker (1999); Rychner (1999).

## **Bibliographie**

### **Akten aus dem Schweizerischen Bundesarchiv**

BAR E 27 / 5804: Stellungnahme des Oberfeldarztes zur Instruktion betr. die Aushebung der Wehrpflichtigen für den eidg. Militärdienst, 1850.

BAR E 27 / 5809: V vom 25.2.1878 betr. die Aushebung der Wehrpflichtigen; mit Abänderungen (1876-1892).

BAR E 27 / 5857: Sanitarische Beurteilung der Wehrpflichtigen, div. Drucksachen.

BAR E 27 / 5859 Rekrutierung, Sanitarische Untersuchungskommissionen 1875-1957 / Beschwerden gegen die Untersuchungskom.

### **Amtsdruckschriften**

Botschaft des schweizerischen Bundesrathes an die h. Bundesversammlung, die Reorganisation des Militärgesetzes betreffend, vom 25. April 1849. In: Schweiz. Bundesblatt (1849), Bd. I, Nr. 23-25, 475-488; 491-522; 524-543.

Bundesverfassung von 1848, zit. nach: Kaiser, Simon; Strickler, Johann: Geschichte und Texte der Bundesverfassungen der Schweiz. Eidgenossenschaft von der helvetischen Staatsumwälzung bis zur Gegenwart. Bern 1901.

Entwurf eines Gesetzes über die Militärorganisation. In: Schweizerisches Bundesblatt (1849), Bd. I, Nr. 19, 353-400.

Gesetz über die Militärorganisation der schweizerischen Eidgenossenschaft (vom 8. Mai 1850).

Instruction über die Untersuchung und Ausmusterung der Militärpflichtigen (Entwurf vom 24. Februar 1875).

Instruction über die Untersuchung und Ausmusterung der Militärpflichtigen (vom Bundesrath genehmigt den 22. Herbstmonat 1875).

Instruktion über das Verfahren bei der Entlassung dienstuntauglicher Militärs aus dem eidgenössischen aktiven Dienst, und Bestimmung der diese Entlassung bedingenden körperlichen und geistigen Gebrechen und Krankheiten. Bern 1843.

Militärorganisation der schweizerischen Eidgenossenschaft (vom 13. Wintermonat 1874). In: Schweizerisches Militär-Verordnungsblatt (1875), No 1, 1-46.

### **Publizierte Literatur**

Adorno, Theodor W.; Horkheimer, Max: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Frankfurt / Main 1988 (Erstausgabe 1944).

Albrecht-Heide, Astrid: Patriarchat, Militär und der moderne Nationalstaat. In: antimilitarismusinformation 20 (1990), Heft 6, 21-36.

Baumann, Werner: Die Entwicklung der Wehrpflicht in der Schweizerischen Eidgenossenschaft 1803 – 1874. Zürich 1932.

Böning, Holger: Der Traum von Freiheit und Gleichheit: Helvetische Revolution und Republik (1798-1803) – Die Schweiz auf dem Weg zur bürgerlichen Demokratie. Zürich 1998.

Carus, Carl Gustav: Symbolik der menschlichen Gestalt. Ein Handbuch zur Menschenkenntniß. Leipzig 1853.



Däniker, Kathrin: Die Truppe – ein Weib ? Geschlechtliche Zuschreibungen in der Schweizer Armee um die Jahrhundertwende. In: Eifler, Christine; Seifert, Ruth (Hg.): Soziale Konstruktionen – Militär und Geschlechterverhältnis. (= Forum Frauenforschung 11) Münster 1999, 110-134.

Dunant, P.L.: Dr.:Taille moyenne des habitants du Canton de Genève. Genève 1867.

Feuilleton [anonym]: Blüthe vom Officirsfest in Frauenfeld. In: Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte (1875), 494.

Frevert, Ute: »Mann und Weib, und Weib und Mann« – Geschlechter-Differenzen in der Moderne. München 1995.

Honegger, Claudia: Die Ordnung der Geschlechter. Frankfurt / Main; New York 1991.

Kaiser, Simon; Strickler, Johann: Geschichte und Texte der Bundesverfassungen der Schweiz. Eidgenossenschaft von der helvetischen Staatsumwälzung bis zur Gegenwart. Bern 1901.

Kantonale Correspondenzen: Zürich. Die militärärztliche Conferenz in Bern den 26. und 27. August 1875. In: Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte (1875), 571-573.

Kurz, Hans-Rudolf: 125 Jahre Schweizer Armee. In: Schweizer Soldat (1973), Nr. 12.

Laqueur, Thomas: Auf den Leib geschrieben – Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. Cambridge 1990.

Lengwiler, Martin: Soldatische Automatismen und ständisches Offiziersbewusstsein – Militär und Männlichkeit in der Schweiz um 1900. In: Jaun, Rudolf; Studer, Brigitte (Hg.): weiblich – männlich. Geschlechterverhältnisse in der Schweiz: Rechtsprechung, Diskurs, Praktiken. Zürich 1995, 171-184.

Mosse, George L.: Nationalismus und Sexualität. Bürgerliche Moral und sexuelle Normen. Reinbek bei Hamburg 1987.

Oevermann, Ulrich: Zur Sache. Die Bedeutung von Adornos methodologischem Selbstverständnis für die Begründung einer materialen soziologischen Strukturanalyse. In: Friedburg, L. v.; Habermas, J. (Hg.): Adorno-Konferenz 1983. Frankfurt / Main 1983, 234-289.

Quételet, Adolphe Lambert: Etudes sur l'homme. Bruxelles 1842.

Rychner Marianne; Däniker, Kathrin: Unter »Männern«. Geschlechtliche Zuschreibungen in der Schweizer Armee zwischen 1870 und 1914. In: Jaun, Rudolf; Studer, Brigitte (Hg.): weiblich – männlich. Geschlechterverhältnisse in der Schweiz: Rechtsprechung, Diskurs, Praktiken. Zürich 1995, 159-170.

Rychner, Marianne: »Mit entblößtem Oberkörper« – Blicke auf den Mann im Untersuchungszimmer – Männlichkeit, Nation und Militärdiensttauglichkeit in der Schweiz um 1875. Lizentiatsarbeit in Schweizergeschichte, eingereicht bei PD Dr. Albert Tanner. Bern 1996 (unveröffentlichtes Manuskript).

Rychner, Marianne: Frau Doktorin besichtigt die Männerwelt – ein Experiment aus dem Jahr 1883 zur Konstruktion von Männlichkeit im Militär. In: Eifler, Christine; Seifert, Ruth (Hg.): Soziale Konstruktionen – Militär und Geschlechterverhältnis. (= Forum Frauenforschung 11) Münster 1999, 94-109.

Schnyder, Heinrich (Oberfeldarzt): Bericht des Oberfeldarztes über die Verwaltung des Gesundheitswesens in der eidgenössischen Armee im Jahre 1875. Bern 1876.

Von Elgger, Carl: Der Kampf der Militärzeitung mit der Militärsanität – eine militärische Streitschrift. Luzern 1876.



## »Historiae Morborum« des Franz v. Ottenthal – ein Zwischenbericht\*

Christine Roilo

### Summary

*The “Historiae Morborum” of Franz v. Ottenthal – An Interim Report*

A general practitioner in Sand-in-Taufers (the main village in the South Tyrolean valley of Taufers) for over 50 years, Franz von Ottenthal (1818-1899) left as a legacy descriptions of over 85,000 illnesses. Referring to his peasant patients by name, age and residence, his notes describe symptoms, diagnoses and treatments. Sometimes he also mentions former diseases, nutritional conditions, number of children or pregnancies, religious inclination etc., making each entry more of a biographical sketch than a simple anamnesis. Ottenthal's records assume importance far beyond the primarily medico-historical realm, by providing detailed information on social structures, family ties, demographical trends, gender relations, working conditions and prevalent illnesses in the rural Tyrolean world of the second half of the 19<sup>th</sup> century.

Am 3. Januar 1890 sucht ein 22jähriger Bauer aus Moritzen die Ordination des Allgemeinarztes von Sand in Taufers, dem Hauptort des Südtiroler Tauferer und Ahrntales, auf. Eine Woche zuvor habe er die im Sommer gefällten Baumstämme auf dem Schlitten über den Schnee aus dem Wald heraus transportiert und darauf, durch die anstrengende Arbeit erhitzt, eiskaltes Wasser getrunken. Seit jenem Tag huste er, habe keinen Appetit mehr, seine Zunge ist weiß belegt. Der Arzt verschreibt *Magnesia Sulfurica* und *Tinctura Colocynthis*, der Bauer bezahlt 26 Kreuzer für Visite und Medikamente. Am selben Tag untersucht der Arzt noch 17 weitere Patienten mit verschiedenen Beschwerden und erledigt zwei Hausvisiten in Sand zur Kontrolle von Rekonvaleszenten. Die Krankheitsvorfälle, v. a. Erkältungen, sind typisch für die Jahreszeit; es ist ein eher durchschnittlicher Tag, der aus der mittlerweile 45jährigen Routine des behandelnden Arztes, des 72jährigen Dr. Franz v. Ottenthal, nicht hervorsticht.<sup>1</sup>

---

\* Der vorliegende Beitrag beruht auf einem Referat, gehalten anlässlich der 5. Dornbirner Geschichtstage vom 9. bis 12. Juni 1999 mit dem Titel: Geschichte und Medizin. Forschungsberichte – Fachgespräche. Für kritische Durchsicht des Manuskripts und wertvolle Hinweise danke ich Gustav Pfeifer, Südtiroler Landesarchiv. Zusätzlich wurde das Manuskript von der Redaktion MedGG in medizinhistorischer Sicht leicht überarbeitet.

1 Südtiroler Landesarchiv (SLA), Nachlaß Franz v. Ottenthal (NL Ottenthal), *Historiae Morborum* 1890, Nr. 34-49.

## Der Allgemeinarzt Franz v. Ottenthal

Franz Seraph Joseph Anton v. Ottenthal wurde am 23. Mai 1818 zu Taufers als Sohn des Johann Paul v. Ottenthal, Pflugsverwalter der Grafen Ferrari d'Occhieppo, der Gerichtsherren des Patrimonialgerichtes Taufers, und der Maria Anna Gräfin Hendl geboren.<sup>2</sup> 1852 heiratete er Katharina v. Preu, Tochter des Landrichters von Brixen, Ignaz Theodor v. Preu. Der Ehe entstammen zehn Kinder, darunter der bekannte Historiker Emil v. Ottenthal. Zwischen 1861 und 1882 war Franz v. Ottenthal tirolischer Landtagsabgeordneter, 1891 wurde er in die Tiroler Adelsmatrikelgenossenschaft aufgenommen. Er starb 81jährig am 29. Januar 1899; noch am Tag zuvor hatte er zwei Patienten behandelt.<sup>3</sup>

Ottenthal studierte Medizin an der Universität Wien, erlangte dort den Titel eines Dr. med. im Juli 1843, im gleichen Jahr erhielt er auch das Diplom für Geburtshilfe, wenige Monate später das Doktordiplom für Chirurgie.<sup>4</sup> Seine berufliche Laufbahn führte ihn zunächst nach Windisch-Matrei, wo er bis 1846 die Stelle des Gerichtsarztes innehatte.

Der Gemeinde- oder Gerichtsarzt wurde von den Gemeinden der k. k. Gerichtssprengel bestellt<sup>5</sup> und bekam von diesen aus den Gemeindekassen des Sprengels für die Leistung des Bereitschaftsdienstes ein Salär, ein sogenanntes Wartegeld, zu dem noch die von den Patienten oder von der Obrigkeit zu bezahlenden Gebühren für die einzelnen Visiten hinzukamen. Aufgabenbereich und Pflichten des Gerichtsarztes lassen sich dem »Gebührentarif für die streng-gerichtsärztlichen Verrichtungen« von 1855 entnehmen: zur Tätigkeit des Gerichtsarztes gehörten Untersuchungen und Gutachten in Zivilrechtssachen, wie die Ermittlung des ehelichen Unvermögens, die Untersuchungen der an »Wahn- oder Blödsinn« Leidenden, aber auch die nötigen Erhebungen bei Tierkrankheiten, Untersuchungen und Gutachten in Strafverfahren, außerdem die Aufsicht über die Apotheken. Neben dem gerichtsarztlichen gab es auch noch einen weiteren Gebührentarif für alle »ärztlichen, wundärztlichen und geburtshilflichen Verrichtungen im Auftrage der Gerichtsbehörden«, darunter fielen auch alle allgemeinärztlichen Verrichtungen.<sup>6</sup>

2 SLA, Taufbuch Taufers 1815-1863, fol. 32 (Mikrofilm Nr. 98/1)

3 SLA, NL Ottenthal, *Historiae Morborum* 1899, Nr. 88 und 89.

4 Oktober 1843: »obstetriciae Mag.«; Februar 1844: »Dr. chir.«

5 Stolz (1998), S. 73f.

6 Verordnung der Ministerien des Innern, der Justiz und der Finanzen vom 17. Februar 1855, Nr. 33, in: *Reichs-Gesetz-Blatt* 1855, S. 296-300.

## Das Einzugsgebiet der Praxis

1847 gab Ottenthal den sicheren Posten als Gerichtsarzt von Windisch-Matrei auf und kehrte nach Taufers zurück, um dort eine Ordination als Allgemeinarzt zu eröffnen. Das Einzugsgebiet des Gerichts Taufers mit dem Hauptort Sand war groß genug, um Arbeit und Honorar für die in den »Verzeichnissen der berechtigten Ärzte« aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts<sup>7</sup> angeführten zwei Ärzte in Taufers (den Gerichtsarzt Josef Daimer und Franz v. Ottenthal) und den einen Wundarzt in Steinhaus zu sichern.<sup>8</sup> In Taufers wirkte Franz v. Ottenthal über 50 Jahre bis Januar 1899 ununterbrochen als Allgemeinarzt, dazu gesellte sich noch die langjährige Verwaltungstätigkeit als Gerichtskassier.<sup>9</sup> Von 1881 bis 1888 wurde er schließlich von den Gemeinden des Tauferer Tales zum »provisorischen« Gerichtsarzt bestellt.

Der Sprengel des weitläufigen Landgerichtes (ab 1850 Bezirksgericht) Taufers umfaßte nach den Reorganisationen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts das gesamte Tauferer Ahrntal von Gais, knapp nordöstlich von Bruneck, bis zum Talschluß in Kasern. Es gab, abgesehen von den alten hochalpinen Übergängen, keine verkehrsgeographisch nutzbare Verbindung zu benachbarten Tälern. 1847 zählte das Gericht 10.315 Einwohner.<sup>10</sup>

Zusätzlich zu den bereits genannten Ärzten befanden sich in diesem Landgericht noch zwei Heilbäder und eine Badeanstalt. Die nächstgelegene öffentliche Apotheke stand in Bruneck.<sup>11</sup>

---

7 SLA, NL Ottenthal, Verordnungen und Dekrete, lfd. Nr. 16-20.

8 Auch im 20. Jahrhundert hat sich an der Anzahl der ordinierenden praktischen Ärzte nicht viel geändert. Der große Sprengel Ahrntal mit den zwei Sprengelsitzen Steinhaus und Luttach wurde bis zur Sanitätsreform der frühen achziger Jahre des 20. Jahrhunderts von einem einzigen Sprengelarzt betreut, ein weiterer Sprengelarzt war für den Sprengel Sand in Taufers mit den Seitentälern Rein und Mühlwald zuständig.

9 SLA, Gerichtsarchiv Taufers, mehrere Aktenfaszikel der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.

10 Staffler (1847), II 2, S. 238-272. Das Gericht bestand aus 19 Katastralgemeinden mit ihren Fraktionen, aufgeteilt auf das Tauferer Tal von Gais bis Sand, auf das Ahrntal von Sand bis Kasern, auf die drei Seitentäler Reintal, Mühlwald und Weissenbach.

11 Ritsch-Egger (1990), S. 293: die niedere Zahl der Apotheken im deutschen Teil Tirols (22 im 18. Jahrhundert) war vor allem auf die geringe Anzahl von Ärzten zurückzuführen, da die Gerichtsgemeinden vielfach die Einstellung von Ärzten in erster Linie unter dem Aspekt der finanziellen Belastung betrachteten. Die wenigen Ärzte und Wundärzte übernahmen zugleich die Aufgabe der Apotheker, d. h. die Vorratshaltung und den Verkauf von Medikamenten. Die Hausapotheken der Ärzte hatten nach obrigkeitlicher Verordnung bestimmte Medikamente in bestimmter Menge vorrätig zu halten und wurden, gleich wie die öffentlichen Apotheken, in regelmäßigen Zeitabständen durch die Obrigkeit visitiert und auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften geprüft. Vgl. dazu SLA, NL Ottenthal, Verordnungen und Dekrete, lfd. Nr. 16-20; Hausapotheke, lfd. Nr. 254-255; Einzelfälle, lfd. Nr. 252.

## Der archivalische Nachlaß Ottenthal

Die Tätigkeit des Allgemeinarztes Franz v. Ottenthal ist aufgrund einer außergewöhnlichen Belegdichte gut faßbar. Der archivalische Nachlaß Ottenthal, der im Sommer 1998 vom Eigentümer dem Südtiroler Landesarchiv als Depositum überlassen wurde, enthält zum einen Akten zu verschiedensten Betreffen, eine umfangreiche Sammlung behördlicher, obrigkeitlicher Rundschreiben, Verordnungen und Dekrete für den sanitären Bereich aus dem Zeitraum 1847 bis 1897, einschlägige Korrespondenz v. a. mit der Bezirkshauptmannschaft von Bruneck<sup>12</sup> und anderen Behörden und Anstalten, dazu gerichtsärztliche Gutachten zu Kriminalfällen, ärztliche Zeugnisse für Arbeitsausfälle und Unfälle, diverse »Parere« für die Evidenzhaltung der »Blödsinnigen«, Gutachten zu gerichtlichen Entmündigungen, Sachwaltschaften usw. Ausstattung und Führung der Ottenthal'schen Hausapotheke werden durch eine Sammlung von Bestellungen bzw. Rechnungen für Medikamente und medizinische »Apparate« dokumentiert, dazu kommt noch eine kleine Sammlung von »Rezepten, Salben zu machen«.<sup>13</sup>

Den größeren Teil des Bestandes mit einer Laufzeit, die fast lückenlos die Jahre von 1844 bis 1899 umspannt, bilden 244 zwischen 20 und 100 Blatt starke handgeschriebene Hefte im Quartformat.<sup>14</sup> Sie enthalten die »Historiae Morborum«, Notizen mit Journalcharakter über die dem Arzt vorgelegten Krankheitsvorfälle. Dabei sind in jeweils vier bis fünf Heften in chronologischer Reihenfolge die Visiten und Behandlungen eines ganzen Jahres protokolliert. Die Hefte sind mit alphabetischen Namenregistern in Form von normalerweise zwei lose eingelegten Bögen versehen. Die ersten 14 Hefte (1844–1846) entstehen noch in Windisch-Matrei, die übrigen 230 betreffen Ottenthals Tätigkeit als praktischer Arzt in Sand in Taufers.

Die Hefte präsentieren sich als Handapparat des Arztes, sie sind keineswegs unter Berücksichtigung irgendwelcher Kriterien geführt, die ihnen einen

12 Das Gesetz vom 30. April 1870, Nr. 68 schreibt der Staatsverwaltung die Beaufsichtigung und Evidenzhaltung des Sanitätspersonals zu, dem selbständigen Wirkungskreis der Gemeinden hingegen wird die Gesundheitspolizei übertragen. Außerdem müssen die Gemeinden Fürsorge »für die Erreichbarkeit der nöthigen Hilfe bei Erkrankungen und Entbindungen, sowie für Rettungsmittel bei plötzlichen Lebensgefahren«. Bei den Bezirkshauptmannschaften werden die Amtsärzte für die politischen Bezirke, die Bezirksärzte angesiedelt, zu deren Aufgabenbereich v. a. die Aufsicht über die sanitärpolizeiliche Wirksamkeit der Gemeinden gehörte, ferner die Aufsicht über das gesamte Sanitätspersonal im Bezirk und die Kontrolle der Epidemien (vgl. Reichsgesetzblatt 1870, S. 125-132). Nach Kundmachung des k. k. Statthalters vom 5. Juni 1871, Nr. 47, war Bruneck Amtssitz eines Bezirksarztes für die Bezirkshauptmannschaften Bruneck und Ampezzo. (Vgl. Gesetz- und Verordnungsblatt 1871, S. 56 f.)

13 Ottenthal wurde vor allem durch die Innichner Apotheke Stapf beliefert. Zu dieser Apotheke vgl. Ritsch-Egger (1990), S. 134, 185.

14 SLA, NL Ottenthal, lfd. Nr. 2-15; 21-250, vom 3. Heft des Jahrganges 1885 (lfd. Nr. 185) ist allerdings nur mehr das Titelblatt überliefert.

Öffentlichkeitscharakter verleihen würden. Sie sind vielmehr als privates Schrifttum zu betrachten, aus dem sich der Arzt durch ein konsequentes System von Vor- und Rückverweisen ein mehr oder weniger genaues Bild von der Entwicklung des Gesundheitszustandes bzw. Krankheitsverlaufes eines Patienten zu verschaffen versuchte. Die Tauferer »Historiae Morborum« umfassen dabei in fast lückenloser Überlieferung für den Zeitraum von 1847 bis 1899 insgesamt mehr als 87.000 Krankengeschichten.<sup>15</sup> Die Zahl der behandelten Patienten sowie die Anzahl der Konsultationen, die auf einen jeden von ihnen entfallen, wird erst nach eingehender Untersuchung festgestellt werden können.

### Aufbau der Krankengeschichten

Die Krankengeschichten zeigen eine tabellenähnliche Struktur mit Datenbankcharakter *ante litteram*, sie bestehen jeweils aus sechs Feldern, die durch entsprechende Bleistiftlinien abgeteilt sind:<sup>16</sup>

*Feld 1* enthält die dem Patienten zugeteilte laufende Nummer im Kalenderjahr: jede neue Jahresserie der Hefte beginnt am 1. Januar mit Vergabe der Laufnummer 1, wobei in der Regel nur bei jeder Erstvisite dieser »numerus currens« vergeben wird; der Patient behält, außer bei versehentlichen oder aus Platzgründen nötigen Neuaufstellungen, bei denen er eine neue Nummer erhält, während des gesamten Jahres denselben Platz (»Datensatz«) in diesem Tagebuch; der zugewiesene »Datensatz« wird bei jeder neuen Visite ergänzt, so daß sich unter ein und derselben Position auch mehrere und verschiedene, über das Jahr verteilte Krankheitsvorfälle ansammeln können. Die genannte Zahl von 87.000 Krankheitsfällen ist somit eine vorläufige und dürfte bei genauerer Unterscheidung und Zählung aller Behandlungsvorfälle weit übertroffen werden.

*Feld 2* enthält Daten zur Person des Patienten: Namen und Wohnort bzw. Herkunftsort<sup>17</sup> und Hofnamen. Durch die Kombination Wohnort/Hofnamen lassen sich auch die bäuerlichen Wohngemeinschaften (ein-

15 Nur die ersten zwei Jahrgänge weisen Lücken von ganzen Heften auf, ansonsten ist die Überlieferung bis auf wenige Fehlstellen im Umfang von einzelnen Blättern vollständig.

16 In den ersten noch in Windisch-Matrei entstandenen Heften wird für eine Krankengeschichte jeweils eine ganze Seite vorgesehen, später werden in der Regel vier, schließlich fünf Krankengeschichten pro Seite eingetragen.

17 Diese Angaben erlauben auch Aufschlüsse über den Durchzug von Wanderhändlern und Hausierern, auch über die Herkunft des örtlichen k. k. Beamtentums und über den vorübergehenden Aufenthalt von Fremdarbeitern: So findet sich in den 1870er Jahren eine größere Zahl an Nonstalern und Sukanern, die als Fremdarbeiter v. a. bei Bauarbeiten tätig waren, auch kann man Hinweise auf den frühen Tourismus und Alpinismus finden. (Z. B. SLA, NL Ottenthal, *Historiae Morborum* 1874, Laufnummer 1104: *Frau X, Touristin*, leidet am 29. Juli 1874 an *dolores femorum ex descensu montium*, bekommt eine Arnikatinktur verschrieben und zahlt 26 Kreuzer.)

fache Familie, koresidierende unverheiratete Verwandte, Dienstboten und Herberger) rekonstruieren.

*Feld 3* enthält Angaben zum Honorar, auch Anmerkungen, ob der Patient das Honorar bezahlt hat, ob und wieviel er noch schuldig geblieben ist oder ob der kommunale Armenfond oder eine andere Stelle die Arzt- und Medikamentenrechnung übernimmt.

*Feld 4* nennt den Tag der ersten Inanspruchnahme der ärztlichen Dienstleistung. Dabei kann es sich um eine ambulante Visite handeln, um einen Hausbesuch oder um eine »mittelbare« Visite, d. h. um den Besuch eines Dritten, der zum Arzt geschickt wurde, um über den Zustand des Erkrankten zu berichten. »Ferndiagnosen« dieser Art dürften recht häufig gegeben worden sein, ein Patientenaufkommen dieser Größenordnung konnte nicht durch zeitraubende Hausvisiten bewältigt werden.<sup>18</sup> Unter dem Datum der Erstvisite folgen die Tagesangaben der weiteren Visiten im selben oder in anderen Krankheitsvorfällen über die Monate des Jahres hinweg. Dabei darf man bei bloßen Neuverschreibungen von Medikamenten wohl vielfach wiederum einen Botengang und nicht eine tatsächlich stattgehabte Visite annehmen.

*Feld 5* enthält endlich die eigentliche Krankengeschichte u. a. mit Angabe des Alters des Patienten, bei Frauen folgen zumeist Informationen zur Regelmäßigkeit der Menstruation, zur Anzahl der Kinder<sup>19</sup> oder zum Klimakterium. Die Krankengeschichte präsentiert sich als beschreibende Diagnose: Die aus dem Arzt-Patienten-Gespräch resultierenden Angaben des Kranken über sein Leiden werden mit dessen eigenen – wenn auch ins Lateinische übersetzten – Worten wiedergegeben. Es handelt sich somit um ein Protokoll der von dem Patienten selbst wahrgenommenen Symptome (z.B. Schmerzen, Schwächegefühle oder Fieber). Diese Angaben werden ergänzt durch die Beschreibung der vom Arzt bei genauerem Nachfragen bzw. bei der Untersuchung der von ihm selbst erhobenen Symptome (Zungenbelag, Harnschau, Stuhlgang, Puls, Beschreibung der Auswürfe, Ertastung von Geschwüren, Hautausschläge). Nicht immer folgt nun eine Diagnose in Form einer Bestimmung des Zustandes mit der Nennung einer Krankheit. Der Arzt zeigt sich hier vor allem bei gefährlicheren Krankheiten auffällig vorsichtig: nicht alle Symptome lassen sich einem bestimmten Krankheitsbild zuordnen.<sup>20</sup> Mehrmals wird ein Krankheitsvorfall (Lungenentzündung,

18 Die Auskünfte des Boten, meist eines der jüngeren Familienmitglieder, sind allerdings nicht immer zufriedenstellend, so muß der Arzt manchmal auch ratlos feststellen: *ex puero nil expiscandum*, etwa: Genaueres weiß der Bub nicht. (SLA, NL Ottenthal, *Historiae Morborum* 1874, Laufnummer 1514)

19 Diese Angabe wird normalerweise in Form der Quantifizierung der *proles* gegeben, dabei ist es schwierig festzustellen, ob die angegebenen Kinder alle noch leben oder ob es sich vielmehr um die Gesamtzahl der erlebten Entbindungen handelt.

20 Zur Interpretation überlieferter »historischer« Krankengeschichten sowie zu Fragen der »Primärerfahrung« von Krankheit vgl. aus ganz anderer Sicht auch Leven (1998).



»Typhus«, »Blattern«) auch erst bei einer der nächsten Visiten als solcher diagnostiziert. Ob es sich wirklich um diese Krankheiten gehandelt hat, bedürfte jedoch einer genaueren Untersuchung. Das Fortschreiten des pathologischen Zustandes wird in kürzerer Form auch bei den Terminen der eventuellen folgenden Visiten protokolliert, oft besteht dieses Protokoll dagegen auch nur in einem Hinweis auf die Wiederholung der verabreichten Medikamentendosen oder auf die Änderung der Therapie.

*Feld 6* enthält die Beschreibung der angewandten Therapie unter Nennung der aus der Hausapotheke des Arztes verabreichten und in Rechnung gestellten Medikamente oder unter Beschreibung der ärztlichen Behandlung (etwa Extraktion des schmerzenden Zahnes, Anlegung von Verbänden etc.), die eventuelle Einweisung in das Spital, bzw. den Hinweis auf die Abfassung eines Gutachtens oder Zeugnisses für den Arbeitgeber oder die Bezirkshauptmannschaft.

Ein Großteil der »Datensätze« enthält zudem noch Verweise auf eventuelle vorhergehende oder nachfolgende Behandlungen sowie auf verwandte Patienten. Es ist mitunter möglich, die Krankengeschichte eines Patienten und seiner Familienmitglieder über mehrere Jahre hinweg zu verfolgen. Nur selten bzw. nur bei längerer Behandlung wird die Gesundung des Patienten angegeben, von der der Arzt – dies liegt in der Natur der Sache – kaum jemals erfährt, nicht oder nur selten angegeben wird aber auch der eingetretene Tod.

### Inhalt der Krankengeschichten

Die »Historiae Morborum«, in der Form eines über einen längeren Zeitraum geführten Krankenjournal,<sup>21</sup> dokumentieren den Gesundheitszustand einer fast ausschließlich ländlichen<sup>22</sup> Bevölkerung in einem geographisch und wirtschaftlich durch ungünstige Bedingungen (Berge, extreme klimatische Verhältnisse, lange, harte Winter, mangelhafte Infrastrukturen und Verbindungen) geprägten Gebiet, während die bisherige Forschungsliteratur sich in erster Linie mit der urbanen Situation mit ihren bis zum Ende des 19. Jahrhunderts gänzlich anders gelagerten Verhältnissen bezüglich Umweltbelastung, Ansteckungsgefahr und Sterblichkeitsmuster befaßt hat.<sup>23</sup> Die vorerst im wesentlichen auf die Städte beschränkten Maßnahmen und Reformen im Bereich der öffentlichen Hygiene und des Gesundheitswesens wie der Bau von Kanalisationen und Trinkwasseraufbereitungsanlagen setzten sich auf dem Land nur verzögert durch. Andererseits schien das Land

21 Zur Quellengattung Krankenjournal vgl. Loetz (1993), S. 59 f.

22 Einzig Sand in Taufers als Sitz der Gerichtsherrschaft kann Bedeutung und Charakter eines Zentrums zugesprochen werden, mit Gewerbetreibenden und Beamtentum.

23 Otto/Spree/Vögele (1990); Labisch (1992), S. 124; Vögele (1993); Vögele (1998), S. 301.



weniger seuchengefährdet gewesen zu sein als die dichtbesiedelten Städte,<sup>24</sup> wogegen freilich wieder die zahlreichen Erwähnungen von ansteckenden Krankheiten in den Sterbebüchern der Landpfarreien und medizinischen Topographien stehen.<sup>25</sup>

Die »Historiae Morborum« beinhalten, in wörtlicher Übersetzung des lateinischen Begriffs und wohl auch in der Absicht des verfassenden Arztes, in erster Linie die Geschichten der Krankheiten bzw. der Krankheitsverläufe, bei der den Patienten v. a. die Rolle von klinischen Beobachtungsobjekten zukommt. Aus der Sicht des Historikers aber können diese Krankheitsgeschichten wiederum zu Krankengeschichten der einzelnen Patienten werden.<sup>26</sup> Die erhebliche Datenmenge legt in unserem Fall eine statistische Auswertung nahe,<sup>27</sup> die detailliert festgehaltenen Einzelfälle erlauben mit der Rekonstruktion gesellschaftlicher Verhältnisse und konkreter Lebenssituationen darüber hinaus auch einen alltagsgeschichtlichen bzw. sozialhistorischen Ansatz.<sup>28</sup> Der Kranke kann über die Nennung des Namens, des Wohnortes – in der spezifisch-ländlichen Form mit dem Vulgo-Hofnamen – und des Alters in einen Kontext von Familie, Gewohnheiten, Beruf, Lebensumständen, Mentalitäten, religiösem und sozialem Verhalten eingefügt werden, er wird aber auch in den Vor- und Rückverweisen der Protokolle über längere Zeit evident gehalten und unterscheidbar gemacht.

Die Krankengeschichten bieten nicht nur kurzbiographische Ansätze: Wir hören die Kranken selbst über ihre Befindlichkeit berichten, ihre Aussagen werden in die Aufzeichnungen übernommen, gefiltert zwar und in die medizinisch-lateinische Fachsprache übersetzt, die Rückübersetzung dieses »Krankenexamens« manifestiert trotzdem mittelbar die Formulierungsschwierigkeiten der Landbevölkerung. Klagen über nicht genauer definierte Schmerzen, über Engegefühle, Ohnmachtsanfälle etc. lassen auch erahnen, mit welchen Schwierigkeiten sich der Arzt bei der Erstellung der auf solchen Befragungen basierenden Diagnosen konfrontiert sah.<sup>29</sup>

---

24 Evans (1990); zu den Verhältnissen in einer Tiroler Kleinstadt vgl. Moser (1996) S. 114-118.

25 Irschara (1971), Bd. I, S. 59.

26 Labisch (1992), S. 109.

27 Labisch/Spree (1997), S. 171-210, S. 305-321.

28 Maisch (1998); Medick (1994) S. 40; Loetz (1993), S. 60.

29 Loetz (1993), S. 89.

### Zahl der Konsultationen

Ein erstes Diagramm zu den Jahren 1849 bis 1898 zeigt die Entwicklung der ärztlichen Tätigkeit:

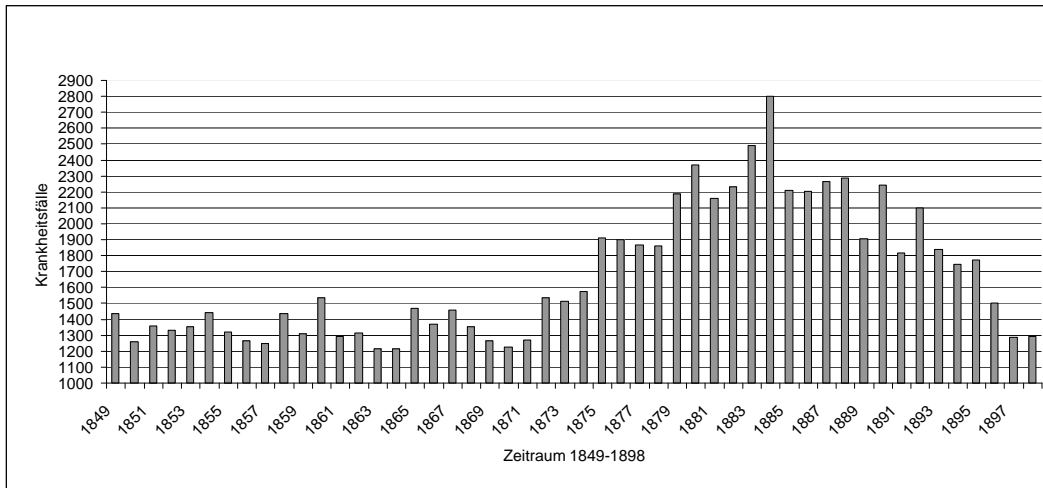


Abb. 1: Patientenzahlen 1849-1898

Nach einem linearen Auf und Ab der Jahre 1849 bis 1874 mit jährlich durchschnittlich 1360 Behandlungsfällen steigt die Kurve im Jahr 1875 plötzlich steil an (1910 Fälle), weitere Spitzen sind 1879 (2187 Fälle) und 1880 (2371 Fälle), die höchsten Werte werden in den Jahren 1883 (2491 Fälle) und 1884 (2801 Fälle) erreicht.

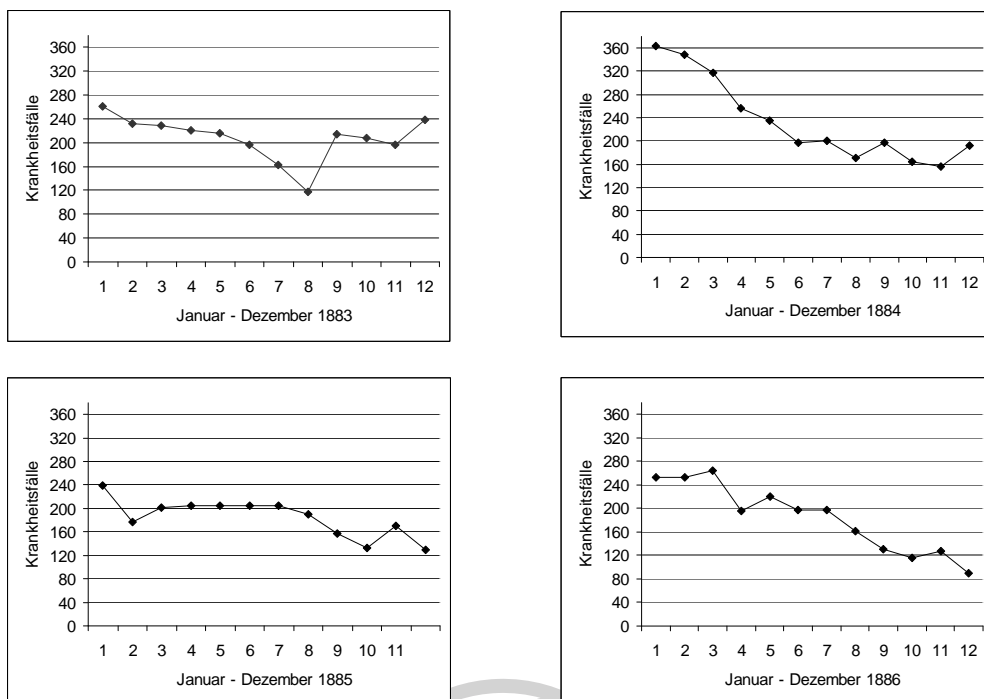


Abb. 2: Patientenzahlen nach Monaten am Beispiel der Jahre 1883-1886

1883 ist auch das Jahr, in dem Ottenthal erstmals auf seine vordem alljährlichen, meist mehrere Wochen umfassenden Ruheperioden verzichtet, in den Jahren 1881 bis 1888 hat er zudem das Amt eines provisorischen Gerichtsarztes inne. Nach diesen Spitzenjahren fällt im Jahr 1885 die Zahl der Behandlungen im Vorjahresvergleich um fast 600 Einheiten.

Genauere Aufschlüsse können die analytischen Diagramme der einzelnen Jahre geben. Sie zeigen ein zumeist lineares Verlaufsmuster: Hohe Behandlungszahlen in den ersten Monaten des Jahres, ein weiteres Ansteigen der Kurve in den Frühjahrsmonaten März bis Mai, dann das Abflachen der Kurve im Hochsommer und im Herbst, schließlich wieder ein leichtes Ansteigen gegen Jahresende.<sup>30</sup> Anomalien sind in der Regel auf eine Häufung bestimmter klimabedingter oder kontagiöser Krankheitsbilder zurückzuführen, können aber auch andere Ursachen haben: Im April des Jahres 1863 etwa erreichen die Behandlungszahlen die für diese Jahreszeit außergewöhnliche Höhe von 270 Einheiten. Der Grund dafür liegt vermutlich in der Tatsache, daß Ottenthal nach einer Pause von fast drei Monaten wieder in die Ordination zurückkehrte, denn außer einer etwas erhöhten Anzahl von leichten Fällen von Lungenentzündung sind keine signifikanten Häufungen anderer Krankheitsbilder festzustellen. Das Vertrauensverhältnis der Patienten zu »ihrem« Arzt darf dabei nicht unterschätzt werden, bei kleineren Übeln dürfte der Patient dazu tendiert haben, lieber die Rückkehr von Ottenthal abzuwarten.

Der März 1875 weist in der ersten Monathälfte eine hohe Anzahl von Patienten mit trockenem, in der Brust schmerzendem Husten mit oder ohne blutigem Auswurf auf, hier ist die Anomalie der Kurve mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Häufung eines bestimmten Krankheitsbildes zurückzuführen.

Das Rekordjahr 1884 mit 2810 »Datensätzen« beginnt bereits im Januar mit einer sehr umfangreichen Anzahl von 364 Behandlungsfällen: Die Zahl der diagnostizierten Scharlacherkrankungen, einige davon mit tödlichem Ausgang, ist hoch; sie beträgt insgesamt 28. Auffällig viele Kinder im Alter bis zu 15 Jahren werden unter den Patienten geführt, als Diagnose oder Symptombeschreibung ist die Zahl der Hautausschläge oder Hautrötungen (die den besorgten Eltern suspekt erscheinen mußten) relevant. So kann einerseits eine tatsächliche Scharlachepidemie angenommen werden, zum anderen dürfte aber auch die Angst vor ebendieser Krankheit die Bevölkerung dazu bewogen haben, einen jeden Verdacht auf Scharlach dem Arzt vorzutragen, womit auch die Anzahl der ansonsten für diese Jahreszeit nicht untypischen Behandlungsfälle stieg.

---

30 Parallel dazu verläuft die Kurve der jahreszeitlichen Verteilung der Sterbefälle, erhoben bei Irschara (1971), Bd. I, S. 21; Bd. II, Fig. 30.

### Erste Angaben zum Sample »R« 1870–1879

Bereits die Struktur der Quelle legt dem Bearbeiter das Anlegen einer Datenbank nahe, mit der die Fülle der Informationen verwaltet und nach verschiedenen Fragestellungen sortiert und ausgewertet werden kann. Eine erste Datenbank wurde über den Zeitraum von 10 Jahren (1870–1879) erstellt. Sie berücksichtigt als noch rudimentärer Versuch eines repräsentativen Querschnittes mit insgesamt 696 Datensätzen alle Patienten des gesamten Einzugsgebietes, deren Familiennamen mit dem willkürlich gewählten Buchstaben R beginnt. In Kauf genommen wurde dabei, daß die Verteilung dieser Familiennamen nicht gleichmäßig sein kann. Im folgenden werden vor allem die Fragen nach der Herkunft der Patienten, der Geschlechtszugehörigkeit und der Häufung bestimmter Krankheitsbilder im Mittelpunkt stehen. Eine erste Grobauswertung führte zu folgenden Ergebnissen:

Der Zulauf aus den Ortschaften des dichter besiedelten Tauferer Bodens, wo die Entfernung zum Arzt nicht so groß ist, daß ein Arztbesuch reiflich überlegt werden müßte, ist überraschend niedrig: diese Patienten bestreiten nur rund 25% der erhobenen Arztbesuche. Aus den weiter entfernten Dörfern des Mühlwalder Tales stammen gut 31%, und aus dem Reintal kommen 5,5% der Patienten. Das große Ahrntal zieht durch das Bergwerk in Prettau, das zwar in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einen Niedergang erlebt, noch immer Arbeiter aus allen Richtungen an, ist aber gleichwohl nur mit insgesamt 17,5% vertreten – der Einfluß eines örtlichen Wundarztes ist hier deutlich spürbar. Das äußere Tauferer Tal stellt nochmals 17% der Patienten, und aus den Orten, die nicht mehr zum Einzugsgebiet des Landgerichtes gehören, kommen immerhin 1,5% der Patienten.

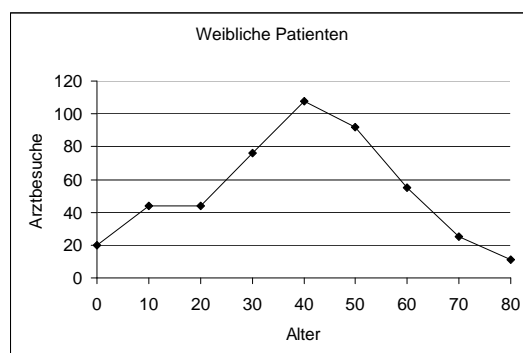


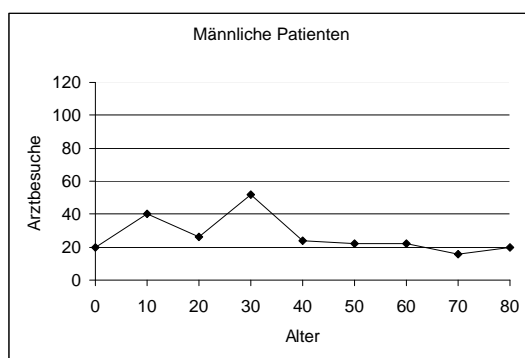
Abb. 3: Weibliche Patienten nach dem Alter

Wenig überraschend ist die Tatsache, daß mehr Frauen (461) als Männer (231) den Arzt aufsuchen – Ottenthal ist auch Spezialist auf dem Gebiet der Frauenheilkunde.<sup>31</sup> Was die Altersklassen betrifft, gehen die Frauen in ihrer fruchtbaren Phase am häufigsten zum Arzt: auf die Altersklasse von 0–10

31 Das tatsächliche Geschlechterverhältnis beträgt im Jahr 1847 für die Bevölkerung des gesamten Tauferer Ahrntales 5257 Frauen (51%) gegenüber 5058 Männern (49%). Vgl. dazu Staffler (1847), II 2, S. 12.

Jahren entfallen 44 Arztbesuche, auf das zweite Lebensjahrzehnt bis zum Alter von 20 Jahren wiederum 44, auf die Altersklasse der 21- bis 30jährigen hingegen bereits 76, für das vierte Lebensjahrzehnt ist ein neuerlicher Sprung auf 108 Arztbesuche festzustellen. Die Klasse der 41- bis 50jährigen nimmt immerhin noch 92 Konsultationen in Anspruch, in der Altersklasse von 51 bis 60 Jahren sinkt die Zahl auf 55, die restlichen Patientinnen bis zum im Untersuchungszeitraum erhobenen weiblichen Höchstalter von 79 schlagen mit insgesamt 36 Besuchen zu Buche. Ob sich diese Verteilung bereits aus der Altersstruktur der Bevölkerung ergibt oder effektiv von den Schwangerschaften, vielleicht aber auch ganz anderen Faktoren wie altersspezifischen Schamgefühlen oder anderem abhängt, bedarf einer eingehenderen Untersuchung.

Abb. 4: Männliche Patienten nach dem Alter



Bei den männlichen Patienten verläuft die Kurve anders: wenn auch fast die gleiche Anzahl von Arztbesuchen (40) auf das erste Lebensjahrzehnt entfällt, so nur 26 Besuche auf das zweite, die Altersklasse von 21 bis 30 Jahren verzeichnet zwar 52 Arztbesuche, nur 24 Arztbesuche entfallen hingegen auf das Lebensjahrzehnt von 31 bis 40 Jahren, 22 Konsultationen werden von den 41- bis 50jährigen in Anspruch genommen, 22 auch von den 51- bis 60jährigen, 30 Arztbesuche entfallen auf Patienten im Alter zwischen 61 und dem erhobenen Höchstalter von 88 Jahren. Die vier Patienten, die die Altersgrenze von 80 Jahren überschreiten, sind allesamt männlich. Eine genauere Beurteilung der Altersverteilung steht auch hier noch aus.

Die Anzahl der Schwangerschaften im Leben der Frauen ist hoch, 41 Frauen haben mindestens vier bis acht Schwangerschaften hinter sich, lediglich drei Frauen geben an, nur ein einziges Kind – *proles* – zu haben (über die angesprochenen Vor- und Rückverweise, über die Namensregister und über die Pfarrmatrikeln würden sich für die meisten dieser Frauen aber vermutlich weitere Schwangerschaften feststellen lassen), weitere drei Frauen haben zwei Kinder, vier Frauen geben drei Kinder an. Die Zahl von acht *proles* taucht noch bei acht Frauen auf, nur vier Frauen geben neun Kinder an, eine einzige Frau hat zehn Kinder. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, wie viele dieser Kinder ihr erstes Lebensjahr überlebten und in welchem Verhältnis die Lebendgeburten zur Anzahl der Schwangerschaften stehen.

Die am häufigsten wiederkehrenden Krankheitsvorfälle betreffen den Magendarmtrakt und werden vom Arzt z. T. auf Fehler in der Ernährung zurückgeführt (*errores diaeteticæ*). An allgemeinen, nicht näher definierten oder genauer lokalisierbaren Bauchschmerzen – *dolores (vagi) abdominis* – leiden 38 Patienten, über Magenleiden (*gastricismus, dolores ventriculi, cardialgia*, u. ä.) klagen 71 Patienten, nicht gezählt wurden die vielen Fälle von Völlegefühl nach den Mahlzeiten oder von Sodbrennen. 60 Patienten geben Durchfall – *diarrhoea* – an, der natürlich auch als Symptom eines anderen Krankheitszustandes auftreten kann. Danach schlagen vor allem die Erkrankungen der Atemwege zu Buche: An Husten – *tussis, tussicula, tussis sicca* etc. – leiden 100 Patienten, Lungenentzündung – *pneumonia* – wird nur siebenmal diagnostiziert, blutiger Auswurf – *sputum cruentum* – in Begleitung eines schmerzhaften Hustens – *tussis dolorifica* – kommt dagegen 19mal vor. Ein häufiges Krankheitsbild ist Halsweh (33 Fälle), das als *angina*, nur selten präziser als *angina tonsillaris* oder *angina diphtheritica* bezeichnet wird. Atemnot – *dyspnoea* – wird bei 30 Patienten angegeben. Hoch ist auch die Anzahl der an *cephalea* – Kopfschmerzen – Leidenden (89), auch eine nicht näher spezifizierte *dedolatio universalis* oder *dedolatio artuum* wird oft angegeben.

Die Therapie Ottenthals scheint sich in einigen Fällen nach dem Wunsch des Patienten zu richten. Zumindest bei der Verschreibung von Abführmitteln, insgesamt in 36 Fällen, notiert Ottenthal meistens: *laxans desiderat*.

### Erste Angaben zum Sample »Luttach« 1870–1879

Eine zweite, gleich strukturierte Datenbank mit 1024 Datensätzen über denselben Zeitraum berücksichtigt ausschließlich die Patienten aus Luttach. Luttach ist die erste Katastralgemeinde des Ahrntales, ungefähr eine Wegstunde taleinwärts nördlich von Sand gelegen.<sup>32</sup> Die relativ geringe Entfernung zum Hauptort Sand ermöglicht es den Bewohnern des Ortes, auch kurzfristig und nicht nur aus gravierenden Gründen den Arzt aufzusuchen.

Die geschlechtsspezifische Verteilung der Patienten stellt sich folgendermaßen dar: 614 Frauen stehen 410 Männer gegenüber. Die Häufigkeit der Arztbesuche nach Altersklassen ist hier aufgrund der größeren Anzahl von männlichen Patienten etwas anders gelagert als beim obengenannten Sample. Trotzdem läßt sich wieder für die Frauen in ihrer fruchtbaren Phase ein Durchschnitt von 100 Arztbesuchen pro Lebensjahrzehnt feststellen, bei den Männern hingegen für die gleiche Lebensphase ein Durchschnitt von 65 Arztbesuchen.

Insgesamt 165 ärztliche Visiten entfallen auf die Altersklasse von 0–10 Jahren, das sind 16%, dabei handelt es sich bei 48 Patienten um Säuglinge im

32 Um 1847 zählte Luttach nach Staffler zusammen mit dem Weiler Oberluttach und der Höfegruppe Steiner 382 Einwohner und lag damit im mittleren Bevölkerungsdurchschnitt der Gemeinden des Tauferer Ahrntales. Davon sind 180 Männer (47%) und 202 Frauen (53%). Vgl. Staffler (1847), II 2, S. 12.



Alter bis zu einem Jahr. Unter den Säuglingskrankheiten sind Krämpfe – *convulsiones* – in 5maliger Nennung zu finden, ansonsten vor allem Durchfall und Husten. Für die älteren Kinder lassen sich Nennungen von typischen Kinderkrankheiten feststellen: ein Kind mit Diphtherie und eines mit Masern, das in der Folge stirbt, fünf Kinder mit Keuchhusten, sieben mit Scharlach, sechsmal taucht auch die Kombination *vomitus-diarrhoea* auf – vielleicht der gefürchtete Brechdurchfall, die »heimische Cholera«.

Auch bei der Untersuchung des Luttacher Samples ist eine hohe Schwangerschaftsrate festzustellen: 38 Frauen waren zum Zeitpunkt des Arztbesuches zwischen vier- und elfmal in ihrem Leben schwanger gewesen, 15 Frauen dagegen nur ein- bis dreimal. Außerdem finden sich auch Hinweise auf eine hohe Säuglingssterblichkeit.<sup>33</sup> Eine Frau hat elf Kinder zur Welt gebracht, von denen neun bereits gestorben sind, einige Frauen leiden nach dem Tod ihrer neugeborenen Kinder an Brustentzündungen durch den Milchstau, eine Mutter schließlich wünscht, nachdem sie schon den Tod mehrerer ihrer Kinder gleich nach der Geburt miterleben mußte, vom Arzt bereits in der 22. Woche ihrer Schwangerschaft ein vorbeugendes Mittel gegen einen neuerlichen Kindstod. Bei drei Frauen berichtet der Arzt von einer Fehlgeburt (*abortus*), für eine von diesen, eine 38jährige Frau mit drei lebenden Kindern, ist es nicht das erste Mal (*timet abortum repetitum*, die gefürchtete Fehlgeburt tritt in der Folge auch ein). Bereits die bloße Angst vor Fehlgeburten bringt zwei Frauen dazu, den Arzt aufzusuchen. Klimakteriumsbeschwerden werden bei 15 Patientinnen im Alter von 45 bis 55 Jahren genannt, zwei von ihnen leiden unter vom Arzt im Zusammenhang damit gesehenen Krämpfen (*congestionis climactericae*).

Erkrankungen der Verdauungsorgane kommen wiederum häufig vor: 96 Patienten, das sind mehr als 9%, leiden an Durchfall, 60 an *dolores abdominis*, 37 an *gastricismus*, 19 an Kardialgie und weitere 31 an Magenschwäche, Magenüberempfindlichkeit, Magenschmerzen, Völlegefühl usw.; insgesamt wird der Arzt 243mal in Zusammenhang mit Beschwerden des Magen-darmtrakts aufgesucht.

Husten wird bei 137 Kranken angegeben, und 15 Fälle von Lungenentzündung werden registriert, wobei besonders die ersten Monate des Jahres 1873 eine relativ hohe Inzidenz aufweisen: Vier Patienten leiden an einer *pneumonia*, weitere 18 an Bluthusten (*sputum cruentum*) und 48 an *angina*.

Bei 27 Kranken werden rheumatische Beschwerden diagnostiziert, die auch bereits in früher Kindheit und Jugend auftreten können. Verbunden damit sind oftmals Anschwellungen der Gliedmaßen und Gelenke, was auf eine Rachitis hindeuten könnte. Sehr häufig klagen die Patienten über *lumbago*,

33 Nach Irschara (1971), Bd. II, S. 18-19, beläuft sich die Säuglingssterblichkeit im Tauerfer Ahrntal im 19. Jahrhundert auf 22-24% aller lebendgeborenen Kinder, der Anteil der Totgeburten auf 1,2-1,8%. Zur Säuglingssterblichkeit in anderen europäischen Staaten vgl. z. B. Corsini/Viazzo (1997).



also über Rückenschmerzen, die zum Beispiel als Folge der zumeist gebückten Körperhaltung bei der Arbeit auf dem Feld interpretiert werden könnten.

Die meist durch Jodmangel verursachte, in den Alpenregionen weit verbreitete Vergrößerung der Schilddrüse – der Kropf – taucht auch in Luttach relativ häufig auf.<sup>34</sup> Während des untersuchten Zeitraumes wird die Diagnose *struma* 48mal (also bei 4,5% der untersuchten Datensätze) gestellt. Alle Altersklassen sind davon betroffen, der Kropf wird auch bereits bei Säuglingen als solcher diagnostiziert. Mindestens einmal taucht die Krankheit in Zusammenhang mit Schwachsinn auf (die Patientin wird als *animo hebes* bezeichnet<sup>35</sup>), einmal wird auf die Möglichkeit der Vererbung (*struma hereditaria*), dreimal auf ein weiteres Vorkommen der Krankheit innerhalb derselben Familie hingewiesen. Der Kropf führt in einigen Fällen auch zu Atemnot und Beklemmung (*dyspnoea, angina*), sogar zur Erstickung.

Zur Aufgabe des Arztes gehörte die Evidenzhaltung der obrigkeitlich bekannten »Irren und Schwachsinnigen« bzw. die Abgabe von einschlägigen Gutachten, worauf die Entmündigung oder Curatel folgen konnte. Der Nachlaß Ottenthal enthält eine kleinere Sammlung solcher »Parere« oder »Irrenkrankengeschichten«, daneben aber finden sich auch in den »Historiae« weitere Fälle von »Schwachsinn« oder geistig »abnormen« Zuständen: Mit den Begriffen *hebes, hebetudo animi, memoria hebes, boeotica* werden acht Krankengeschichten versehen, in *amentia* verfallen oder von einem Hang (*nisus*) zur *amentia* betroffen sind sieben Patienten, bei einem von ihnen wird auf Trunksucht hingewiesen. Der Begriff der *vesania* wird im untersuchten Querschnitt nur für Frauen verwendet, zweimal in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Niederkunft (*vesania post partum*), einmal mit dem Klimakterium. Auch *melancholia* wird viermal vermerkt, und einmal sogar ein manischer Zustand, eine *mania religiosa mit Größenwahn*.

Einen Blick in den Alltag des bäuerlichen Lebens gewähren die auf Arbeitsunfällen basierenden Krankengeschichten. Neben den keiner weiteren Erklärung bedürftigen Vorfällen (*lapsus; sibi sauciavit* u. ä.) finden sich auch Hinweise auf bestimmte Arbeitsvorgänge: bei der Holzarbeit von fallenden Baumstämmen schwer gequetscht oder am Kopf verletzt werden fünf Patienten, einer von ihnen bleibt gelähmt. Die ebenfalls in Zusammenhang mit der Holzarbeit stattfindende Arbeit in kaltem Wasser (Holztrift) wird für die Erkältung von zwei Patienten als Ursache angegeben. Bei Feldarbeiten kommt es mehrfach zu Verletzungen der Augen, aber auch zu Schlangenbissen, Verletzungen durch die Sense etc. Die Arbeit mit dem Vieh kann

34 Habrich (1994), S. 26 f.

35 Der ursächliche Zusammenhang zwischen Kropf und Kretinismus wird ungefähr gleichzeitig durch die Untersuchungen von Max Höfler (1848-1914) erkannt. Vgl. dazu Habrich (1994), S. 26. Für das sozialhistorische »Konstrukt« Kretinismus und dessen medizinische und politische Auswirkungen vgl. Schlich (1994).

gefährlich sein, bei der Stallarbeit riskieren Bauern und Bäuerinnen, vom Vieh an die Wand gedrückt zu werden, und bei offenen Wunden ist die Gefahr von Entzündungen und Sepsis besonders hoch. Schmied und Zimmermann haben v. a. an Augenverletzungen zu leiden.

### Sterbefälle und Todesursachen

Die zum Vergleich mit den »Historiae Morborum« von Luttach für den gleichen Zeitraum 1870–1879 herangezogenen Sterbebücher der die Orte Luttach und Weißenbach umfassenden Kuratie Luttach<sup>36</sup> geben folgende Auskünfte: Zwischen 1870 und 1879 sterben in Luttach 97 Menschen, die Inzidenz der Säuglingssterblichkeit beläuft sich auf dreißig, also annähernd 30%. Davon sterben neun Neugeborene innerhalb weniger Stunden nach der Geburt, während einer zu schweren oder zu langen Geburt<sup>37</sup> oder sind Totgeburten. An erster Stelle der im Pfarrbuch angeführten Todesursachen der Säuglinge steht das *Vergicht* – die Krämpfe oder *convulsiones* der Kleinkinder – mit zwölf Nennungen. Unter den mehrmals vorkommenden Todesursachen der Säuglinge und Kleinkinder finden sich noch drei Fälle von *Halsdrüsen* und zwei Fälle von *Halsbräune*.<sup>38</sup>

Unter den Todesursachen von Personen, die das erste Lebensjahr vollendet haben, werden in den Sterbebüchern genannt: An erster Stelle die Altersschwäche mit elf Fällen, in hoher Inzidenz von jeweils sechs Fällen steht die *Wassersucht* bzw. *Herzwassersucht*; es folgen die Erkrankungen der Atemwege, die mit insgesamt sechs Fällen<sup>39</sup> als Todesursachen auftreten. »Typhöse Erkrankungen«, die nicht nur den heutigen Bauchtyphus, sondern unterschiedliche Krankheitsbilder mit Bewußtseinstrübungen umfassen,<sup>40</sup> werden siebenmal genannt, die *Blattern* viermal.

Fünfmal werden Schlaganfälle als Todesursache angeführt, und zwar in ihren verschiedenen Bezeichnungen *Schlagfluß*, *Gehirnlähmung*, *Schleimschlag* und *Nervenschlag*, möglicherweise zählt auch der *Herzschlag* dazu, der jedoch genauso gut als ein tödliches Herzleiden aufgefaßt werden kann. Auf akute Erkrankungen des Verdauungsapparates zurückzuführende Todesursachen

36 SLA, Sterbebuch Luttach 1869-1919 (Mikrofilm Nr. 102/6)

37 Nur selten berichtet Ottenthal von ärztlichem Beistand bei einer kritischen Entbindung, von einer Zangengeburt (Einsatz des *forceps*) oder einer *Steißgeburt*.

38 Mit *Halsdrüsen* bezeichnete man häufig die Skrophulose, eine tuberkulöse Entzündung der Halslymphknoten. Krankheitsbilder mit nicht tuberkulösen Drüenschwellungen der Halsregion wie Halsmandeln, Lymphknoten oder Ohrspeicheldrüsen sind aber nicht auszuschließen. Unter *Halsbräune* verstand man »Diphtheritis« und »Croup«, die später zum einheitlichen Krankheitsbild der Diphtherie verschmolzen. Zu diesen Kinderkrankheiten vgl. auch Ritzmann (1998).

39 *Lungenentzündung* 5 Fälle und *Lungenlähmung* 1 Fall.

40 Vgl. Lindemann, Ulrich: Die Geschichte der Krankheitsbezeichnung »Typhus« und der Wandel der Typhuslehre im 19. Jahrhundert in Deutschland. Diss. Berlin 1986.

werden in acht Fällen<sup>41</sup> genannt; in relativ großer Inzidenz steht noch die *Abzehrung*, wahrscheinlich in der Bedeutung eines allgemeinen Kräfteverfalls, mit fünf Fällen. Die übrigen Todesursachen, die nur jeweils einmalig genannt werden, seien hier nicht eigens aufgeführt, erwähnt werden kann vielleicht, daß nur ein Todesfall auf einen Unglücksfall zurückzuführen ist.<sup>42</sup>

Auf die Altersklasse von 1–10 Jahren entfallen fünf Todesfälle, hier spielen die kurzfristig ausbrechenden gefährlichen Ansteckungskrankheiten eine große Rolle. Drei der Kinder sterben zwischen August und September 1875 an auch in den »Historiae Morborum« zu 1875 als *variolae* festgehaltenen *Blattern*, also Pocken. Auf die Lebensjahrzehnte zwischen 11 und 60 Jahren fallen im Durchschnitt jeweils fünf Todesfälle, zwischen 61 und 70 Jahren steigt die Anzahl der Todesfälle erwartungsgemäß an (18), und bleibt im nächsten Jahrzehnt zwischen 71 und 80 Jahren ebenfalls hoch bei 16.

Im Vergleich zur großen Anzahl von Patienten aus Luttach, die den Arzt Franz v. Ottenthal während dieser zehn Jahre aufgesucht haben – groß auch gemessen an der Tatsache, daß es im Sprengel noch einen anderen Arzt und einen Wundarzt gibt –, erscheint die Anzahl der ausgewiesenen Todesfälle von Personen, die mindestens das erste Lebensjahr vollendet haben (67), eher niedrig.

Eine Gegenüberstellung der Todesursachen und des Krankheitsspektrums in der Praxis, aber auch ein Vergleich zwischen diesem Sample und anderen statistischen Erhebungen könnten mehr Aufschluß über die Relevanz der hier erhobenen Daten erteilen.<sup>43</sup>

---

41 *Gedärmverhärtung*: 1, *Gedärmentzündung*: 1, *Magenentzündung*: 2, *Magenkrebs*: 1, *Leberverhärtung*: 4.

42 Der Unterschied zwischen der reichlich approximativen Terminologie des Pfarrers mit ihren der sog. »Volksmedizin« entnommenen Bezeichnungen und der Fachsprache des diagnostizierenden Arztes ist erheblich: ein Todesfall, der dem Arzt nach auf ein schweres Leberleiden mit folgender Hydropsie zurückzuführen ist (SLA, NL Ottenthal, *Historiae Morborum* 1875 Nr. 1324), wird im Kirchenbuch zur *Abzehrung* (SLA, Sterbebuch Luttach 1869-1919, S. 14, Mikrofilm Nr. 102/06).

43 Z. B. mit dem ebenfalls alpinen Kanton Glarus, vgl. hierzu Ritzmann (1997).

### Fallgeschichte 1: Eine Familie im Bann einer ansteckenden Krankheit

Das angesprochene System von Rück- und Querverweisen in den Otten-thal'schen Journalen gibt uns die Möglichkeit, die Krankengeschichten von vielen Patienten über einen längeren Zeitraum, auch über mehrere Jahre, zu verfolgen. Damit liegt für den eng umrissenen Tauferer Raum eine Quelle vor, die für die Patientengeschichtsschreibung interessante Forschungsbereiche eröffnet, zum Beispiel die Untersuchung des gesundheitlichen und sozialen Umfelds der Patienten, deren Verhalten gegenüber den verschiedenen Krankheitswahrnehmungen und vieles mehr,<sup>44</sup> was hier nur ansatzweise angedeutet werden kann. Zur Illustration seien zwei Beispiele kurz angerissen:

Am 11. Juli 1877 (Laufnummer 1181) kommt die 18jährige Sabina in die Ordination des Arztes und gibt an, sie leide seit dem 5. Juli 1877 an starken Kopfschmerzen, die sie auf das Tragen zu schwerer Lasten – *Heupack* – bei der Heuernte zurückführt. Der Arzt behandelt sie mit einem Abführmittel und Koloquinthentinktur. Drei Tage später kommt sie wieder, das Abführmittel habe nichts geholfen. Nach dem Anlegen von zwei Blutegeln gehen zwar die Kopfschmerzen zurück, gleichzeitig setzen aber starke Bauchschmerzen und Brechreiz ein. Am 16. Juli diagnostiziert der Arzt das erste Stadium des »Abdominaltyphus«, mittlerweile ist die Kranke im Delirium.

Nach zehn Tagen erholt sich die junge Frau langsam von der Krankheit, während der Rekonvaleszenz stellt sich aber eine am 21. Juli diagnostizierte Taubheit hinzu (Laufnummer 1216).

Am gleichen Tag, der Arzt ist offensichtlich auf Hausvisite bei der Rekonvaleszentin, klagen auch der vierjährige Georg und die dreijährige Katharina, die durch gleichen Namen und gleichen Wohnort als Mitglieder der Familie identifiziert werden können, über Kopfschmerzen und Brechreiz, jedoch werden diese Symptome zunächst nicht als Vorboten einer gefährlichen Krankheit gedeutet. Am 6. August kommt der Vater (Laufnummer 1278) zum Arzt, auch er leidet an Kopfschmerzen.

Beide Kinder erkranken im August erneut, Katharina leidet nunmehr auch an starkem Durchfall, zu dem ein Hautausschlag hinzukommt (*miliaria*), das Kind beginnt zu delirieren, Taubheit stellt sich ein. Daß es sich bei Katharina ebenfalls um dieselbe Krankheit gehandelt hat, wird erst bei der Visite vom 16. September (Laufnummer 1436) vermutet: Das Kind habe den »Typhus« zwar überstanden, leidet aber weiterhin unter einem Hautausschlag. Am gleichen Tag, dem 16. September (Laufnummer 1435) visitiert der Arzt ein weiteres Familienmitglied, die an Kopfschmerzen und Fieber leidende 17jährige Margareth. Auch bei ihr wird nach acht Tagen eine Typhuserkrankung diagnostiziert, mit den mittlerweile bekannten Begleitscheinungen der Taubheit und des Deliriums. Am 28. September (Lauf-

44 Zum Fragenkomplex patientenorientierter Forschung vgl. Wolff (1998).

nummer 1475) befindet sich Margareth wieder auf dem Weg zur Besserung, am 14. Oktober kann der Arzt befriedigt feststellen: *omnia meliora*. Trotzdem leidet Margareth noch längere Zeit an Folgeerscheinungen ihrer Erkrankung: Im Januar 1878 (Laufnummer 90) stellt der Arzt einen Hautausschlag fest, außerdem, so die Patientin, leide sie immer noch an Bauchschmerzen, seit der Typhuserkrankung seien rheumatische Schmerzen dazugekommen, die ein Badeaufenthalt eher verschlimmert habe. Im September des gleichen Jahres gibt die Patientin an, Angst vor einer Rückkehr der Krankheit zu haben, die sie vor einem Jahr durchgestanden hat, sie leide wieder an Kopfschmerzen, Schwäche und Völlegefühl.

Im folgenden Jahr 1879 (Laufnummer 1614) wird Margareth von nächtlichen Hustenanfällen heimgesucht, am 4. September 1880 (Laufnummer 1779) erscheint sie noch einmal in den Protokollen des Arztes: Nach einem Anfall von Nasenbluten leidet sie an Kopfschmerzen. Ein Querverweis in Margareths Krankengeschichte läßt uns für das Jahr 1878 unter Laufnummer 1140 auch noch die 20jährige Maria entdecken, die häufig Kopfschmerzen verspürt und seit Jahren vergeblich gegen Darmschmarotzer kämpft. Auch sie wird im September untersucht: Schwindelgefühle, Kopfschmerzen und Fieber sind die von ihr angegebenen Beschwerden.

Diese Episode aus dem Leben einer bäuerlichen Familie, deren Familiengefüge uns aus den Krankengeschichten bekannt geworden ist, ermöglicht einen Einblick in die Wahrnehmung von Ansteckungsgefahr, Inkubationszeiten und Folgeerscheinungen der als »Typhus« bezeichneten Krankheit, aber auch psychologische Phänomene wie eine penible Selbstbeobachtung in Form von äußerster Wachsamkeit gegenüber suspekten Symptomen, die wohl der großen Angst vor dieser Krankheit entsprach, werden gestreift.

## Fallgeschichte 2: Kinderlosigkeit als Krankheit

Am 15. Mai 1877 sucht eine 22jährige Frau aus Lappach den Arzt auf – Laufnummer 840 in diesem Jahr. Sie ist seit einem Jahr und drei Monaten verheiratet, die Ehe ist aber bislang kinderlos geblieben. Der Arzt verschreibt ihr ein Eisenpräparat. Im Lauf desselben Jahres sucht die Frau den Arzt noch dreimal (einmal im Juni und zweimal im November) wegen verschiedener anderer Beschwerden auf, darunter Schmerzen im Bauch und an der Seite, aber auch Bluthusten. Bereits im Februar des folgenden Jahres kommt sie wieder (Jahrgang 1878, Laufnummer 255), sie beklagt das Andauern ihrer Unfruchtbarkeit, sie gibt an, Schmerzen im Leberbereich und im Oberbauch (*in hypochondrio*) sowie allgemeine Leibscherzen zu verspüren. In diesem Jahr kommt sie zwischen Februar und Juni insgesamt fünfmal in die Ordination des Arztes.



Im Juni 1879 (Laufnummer 1448) ist die Frau seit nun schon drei Jahren *infructuose maritata*, sie hat mittlerweile ein Bad aufgesucht – *fuit in balneo*<sup>45</sup> –, was ihr aber auch nicht geholfen hat, die Menstruationen sind wiederum eingetreten. Sie leidet an Kopfschmerzen und Appetitverlust. Im Dezember des gleichen Jahres werden ihr noch zwei weitere Laufnummern, 1948 und 2131, zugeteilt, insgesamt kommt sie somit in diesem Jahr auf elf Arztbesuche. Ihr Zustand ändert sich aber nicht, die monatliche Blutung tritt regelmäßig ein, die Schmerzen wandern im Körper, Schwäche und Appetitlosigkeit zwingen sie ins Bett.

1880, 8. März, Laufnummer 685: der Arzt läßt sich eine gewisse Ungeduld anmerken: *diversas tollit querelas*, nach einem Sturz auf dem Eis tue ihr alles weh, aber über Schmerzen an Schultern und im Rücken klagt sie auch im Mai, August und November.

Die letzte über die Verweise verfolgbare Visite erfolgt im Februar 1881 (Laufnummer 535): Die Frau ist immer noch unfruchtbar, leidet an verstärkten Kopfschmerzen und Schmerzen an den Schultern und im Rückenbereich.

Diese Situation erlaubt verschiedene Interpretationen. Zum Beispiel könnte die Unfruchtbarkeit, die von der Frau augenscheinlich als schwere Belastung empfunden wird und in der Krankengeschichte immer als erste Angabe – *infructuosa* – erscheint, in Form von einem allgemeinen Unwohlsein ihr gesamtes Befinden beeinflußt haben. Angesichts der großen Kinderzahl, die in den anderen Familien eine wohl zur Pflicht gewordene und von der kirchlichen Autorität des Dorfes vermutlich unterstützte Regel war, könnte diese Kinderlosigkeit, für die sie offensichtlich allein die Verantwortung übernimmt, von der dörflichen Bevölkerung sehr negativ bewertet worden sein.<sup>46</sup> Allerdings könnte die Frau auch durch ein Leiden wie Tuberkulose, das auf die Eierstöcke übergegriffen hat, unfruchtbar geworden sein, worauf das Bluthusten, die Appetitlosigkeit, Schwäche und Schmerzen hindeuten könnten. Ihr allgemeines Unwohlsein stünde dann im Zeichen dieser Krankheit. Der psychische Leidensdruck muß ebenfalls nicht unbedingt von der Bewertung der Umgebung abhängen, sondern könnte auch allein aus einem unerfüllten Kinderwunsch heraus entstanden sein.

45 Neben den drei bereits genannten Bädern im Tauferer Ahrntal gibt es auch noch das Bad Salomonsbrunn im benachbarten Antholzer Tal, das als Frauenbad bekannt war. Auch das Bad Winkel bei Kematen am Tauferer Boden galt als Heilbad, besonders bei Unfruchtbarkeit. Vgl. dazu Frass/Riedl (1979), S. 62, 86.

46 Vgl. dazu Töngi (1993), S. 256-258.



## Fazit

Die bisherigen Auswertungen von Ottenthals Nachlaß belegen, daß die ländliche Bevölkerung der untersuchten Region sehr wohl relativ häufig und nicht nur in gravierenden, lebensbedrohlichen Situationen die Dienste des Arztes in Anspruch nahm, daß also das körperliche Wohlbefinden auch im nichturbanen Raum für alle Altersklassen einen hohen Stellenwert besaß. Trotz der hohen Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit, die gerade im bäuerlichen Milieu mit sozialem Ansehen verbunden ist,<sup>47</sup> zeigen die Bauern große Bereitschaft, zumindest dem Arzt gegenüber Leiden und Schmerzen zu äußern. Der Gang zum Arzt scheint in unserem Fall für die bäuerliche Bevölkerung, entgegen anderer Ansicht,<sup>48</sup> auch bei kleineren Beschwerden als ganz normal empfunden worden zu sein.

Die »Historiae morborum« sind zeitlich gut eingegrenzt, räumlich überschaubar und an individuellen Informationen überreich. Sie bieten damit ausgiebig Material für die »mikroskopische Untersuchung«<sup>49</sup> konkreter Alltagserfahrungen. Durch die bereits in der Struktur der Quelle selbst gebotene Möglichkeit einer quantifizierenden Auswertung der Patienten und ihrer Lebenswelt können sie darüber hinaus zu einer historischen Demographie<sup>50</sup> der Alpenregionen beitragen. Für die Interpretation der Ergebnisse dürfen die Rahmenbedingungen, zum Beispiel in der Arzt-Patient-Beziehung, nicht außer acht gelassen werden, etwa daß der Krankheitszustand für den Arzt den Normalfall bedeutet, während der Patient, der hier als aktiver Nachfrager der Dienstleistung »ärztliche Medizin« auftritt,<sup>51</sup> diesen als das Außergewöhnliche erfährt und darstellt, womit der so beschriebene Alltag immer unter dem Aspekt der Krankheit beleuchtet wird. Auch das politische Umfeld müßte unbedingt in die Untersuchung mit einbezogen werden. Gerade die quantitative Auswertung bedarf darüber hinaus einer sorgfältigen Deutung der einzelnen beschriebenen Krankheitsbilder auf der Basis damaliger medizinischer Konzepte.<sup>52</sup> Eine Kooperation von Medizinhistorikern, Anthropologen, Sozialhistorikern oder Vertretern anderer Disziplinen im Rahmen eines größer angelegten Projektes könnte hier zu interessanten Ergebnissen führen. Ergänzend zu den »Historiae Morborum« können weitere serielle und flächendeckende Quellen wie die Matrikelbücher der Pfarreien, die Verfachbücher, Gerichtsakten, medizinische Topographien oder Akten der Bezirkshauptmannschaften herangezogen werden, um so das Sozialpro-

---

47 Chvojka (1997), 41.

48 Chvojka (1997), 41.

49 Theil (1998), S. 379.

50 Zum Zusammenhang Medizingeschichte und Demographie vgl. Vögele (1998), S. 292-310.

51 Stolberg (1998), S. 78-81.

52 Vgl. hierzu Ritzmann (1996).

fil der Patienten und ihr Umfeld klarer zu umreißen. Langfristige Krankheitsverläufe können untersucht werden, differenziert nach Geschlecht und Altersklassen, nach deren Ursachen, nach der »sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod« (Reinhard Spree);<sup>53</sup> auch die Strukturgeschichte der ländlichen Gesellschaft könnte ergänzt werden, da hier ungleich verteilte Ressourcen (Ausbildung, Einkommen, Vermögen, Beruf) unterschiedliche Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken bedeuten.

Durch die meist dürftige Überlieferungssituation besteht für die medizinhistorische Erfassung der gesundheitlichen Zustände auf dem Lande noch Forschungsbedarf. Insofern scheint der Nachlaß Ottenthal einen glücklichen Ausnahmefall darzustellen.<sup>54</sup> Der hier vorgestellte Archivbestand könnte damit bei einer Weiterführung der Erfassung und einer differenzierteren Auswertung als Datenbank in Verknüpfung mit den in den Kirchenbüchern enthaltenen Informationen ein außergewöhnliches Quellenmaterial für die Grundlagenforschung in vielen Bereichen bieten.

---

53 Spree (1981).

54 Eine ähnliche Überlieferungsdichte zeigt der Nachlaß des Begründers der Homöopathie, Samuel Hahnemann, der seine Praxen allerdings in Städten hatte und dessen Patientenschaft aus dem städtischen Milieu stammte (Handel- und Gewerbetreibende, Verwaltungsbeamte, »Standespersonen«). Jütte (1996); Jütte (1997).

## Bibliographie

### Quellen

Südtiroler Landesarchiv, Nachlaß Franz v. Ottenthal.

Südtiroler Landesarchiv, Pfarrmatrikeln der Pfarrei Taufers und der Kuratie Lutlach.

Südtiroler Landesarchiv, Gerichtsarchiv Taufers.

Reichs-Gesetz-Blatt für das Kaiserthum Oesterreich. Jahrgang 1855, Wien 1855.

Reichsgesetzblatt für die im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder. Wien 1870.

Gesetz- und Verordnungsblatt für die gefürstete Grafschaft Tirol und das Land Vorarlberg. 1871.

### Gedruckte Literatur

Chvojka, Erhard: »Was für Schmerzen in den Gebeinen ...«. Die Körperwahrnehmung als Maßstab der Altersempfindung im Lauf der Neuzeit. In: *Historische Anthropologie* 5 (1997), 36-61.

Corsini, Carlo A.; Viazzo, Pier Paolo (Hg.): *The decline of infant and child mortality. The European experience: 1750-1990.* The Hague 1997.

Evans, Richard J.: *Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910.* Hamburg 1990.

Frass, Hermann; Riedl, Franz H.: *Heilbäder und Heilwässer in Südtirol.* Bozen 1979.

Habrich, Christa: *Medizin- und naturwissenschaftshistorische Aspekte der Alpen als Heilungs- und Erholungsraum.* In: Nössing, Josef (Hg.): *Die Alpen als Heilungs- und Erholungsraum.* Bozen 1994, 11–33.

Irschara, Heinrich: *Bevölkerungs- und Agrargeographie des Tauferer Ahrntales.* Diss. phil. [ungedr.] Innsbruck 1971.

Jütte, Robert: *Samuel Hahnemanns Patientenschaft.* In: Dinges, Martin (Hg.): *Homöopathie: Patienten, Heilkundige, Institutionen von den Anfängen bis heute.* Heidelberg 1996, 23–44.

Jütte, Robert: »10 bis 20 Kranke füllen täglich das Vorzimmer...«: *Quellenkundliche Skizzen zu Samuel Hahnemanns Patientenschaft.* In: *Homöopathie in Köthen. 2. Köthener Homöopathietage.* Köthen 1997, 15–21.

Labisch, Alfons: *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit.* Frankfurt / Main; New York 1992.

Labisch, Alfons; Spree, Reinhard: *Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick.* In: *Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte* 84 (1997), 171–210 und 305–321.

Leven, Karl-Heinz: *Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose.* In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hg.): *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven.* Frankfurt / Main; New York 1998, 153–185.

Loetz, Francisca: *Vom Kranken zum Patienten. »Medikalisierung« und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1760.* (=Medizin, Geschichte und Gesellschaft, Beiheft 2) Stuttgart 1993.

Maisch, Andreas: *Mikrogeschichte. Beispiele für Quellen, Methoden und Fragestellungen.* In: *Zeitschrift für Württembergische Landesgeschichte* 57 (1998), 205–217.

- Medick, Hans: Mikrohistorie. In: Schulze, Winfried (Hg.): Sozialgeschichte, Alltagsgeschichte, Mikro-Historie. Eine Diskussion. Göttingen 1994, 40–53.
- Moser, Heinz: Von Apotheken, Ärzten, Badern und Hebammen. Zur Geschichte des Gesundheitswesens der Stadt Hall in Tirol. Hall in Tirol 1996.
- Otto, Roland; Spree, Reinhard; Vögele, Jörg: Seuchen und Seuchenbekämpfung in deutschen Städten während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Stand und Desiderate der Forschung. In: *Medizinhistorisches Journal* 25 (1990), 286–304.
- Ritsch-Egger, Gertrud Maria: Beiträge zur Geschichte des Heil- und Gesundheitswesens im Pustertal zwischen 1500 und 1900. Diss. phil. [ungedr.] Innsbruck 1990.
- Ritzmann, Iris: Schweizerische Medizingeschichte in Zahlen. Zum Kapitel »Krankheiten und Todesursachen« in der Historischen Statistik der Schweiz. In: *Itinera* 17 (1996), 106–112.
- Ritzmann, Iris: Tod im Kanton Glarus: Die Auswertung der Glarner Totenscheine der Jahre 1872–1874 durch Fridolin Schuler. In: Hansjörg Siegenthaler (Hg.): Wissenschaft und Wohlfahrt. Moderne Wissenschaft und ihre Träger in der Formation des schweizerischen Wohlfahrtsstaates während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Zürich 1997, 209–222.
- Ritzmann, Iris: Kinderkrankheiten und Kindersterblichkeit. In: Hugger, Paul (Hg.): Kind sein in der Schweiz. Zürich 1998, 301–317.
- Schlich, Thomas: Changing disease identities: Cretinism, politics and surgery (1844–1892). In: *Medical History* 38 (1994), 421–443.
- Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod: Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981.
- Staffler, Johann Jakob: Das deutsche Tirol und Vorarlberg, topographisch, mit geschichtlichen Bemerkungen. Innsbruck 1847.
- Stolberg, Michael: Heilkundige: Professionalisierung und Medikalisierung. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt / Main; New York 1998, 69–86
- Stolz, Otto: Geschichte der Verwaltung Tirols. Teilstück des 2. Bandes der Geschichte des Landes Tirol. Innsbruck 1998.
- Theil, Bernhard: Mikrohistorie versus Ortsgeschichte? Anmerkungen zu Hans Medicks »Weben und Überleben in Laichingen«. In: *Zeitschrift für Württembergische Landesgeschichte* 57 (1998), 376–380.
- Töngi, Claudia: Im Zeichen der Geburt. Der Ort des weiblichen Körpers in Gefährdungsvorstellungen am Beispiel eines Urner Bergdorfes. In: *Historische Anthropologie* 1 (1993), 250–272.
- Vögele, Jörg: Sanitäre Reformen und der Sterblichkeitsrückgang in deutschen Städten, 1877–1913. In: *Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte* 80 (1993), 345–365.
- Vögele, Jörg: Historische Demographie, Epidemiologie und Medizingeschichte. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt / Main; New York 1998, 292–310.
- Wolff, Eberhard: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt / Main; New York 1998, 311–334.

## II. Zur Geschichte der Homöopathie und alternativer Heilweisen

### Das »Lebenswirthische homöopathische Kinderspital« in Wien (1879-1914) – zur Geschichte des ersten homöopathischen Kinderkrankenhauses im deutschsprachigen Raum

*Christian Lucae*

#### Summary

*The "Lebenswirthische homöopathische Kinderspital" in Vienna (1879-1914): Notes on the History of the First Homeopathic Children's Hospital*

Homeopathy was brought to Austria in 1817, rapidly spreading throughout the country. In the late 1870s a homeopathic physician started a foundation to build a children's hospital in Vienna. As a result, the first homeopathic children's hospital in the world opened in Vienna in 1879, under the management of the order of the Barmherzige Schwestern. Treatment was free of charge, allowing even the poor children of the city to be admitted. A single homeopathic physician was responsible for all the patients, most of whom suffered from infectious diseases. Apparently the success rate of the homeopathic treatments was comparable to that of "allopathic" hospitals. The children's hospital remained in operation until World War I, when it was converted into a military hospital.

Die homöopathische Heilmethode wurde bereits 1817 durch den Militärarzt Matthias Marenzeller (1765-1854) in Österreich eingeführt.<sup>1</sup> In den folgenden Jahrzehnten erlebte die Homöopathie einen starken Aufschwung. In Wien wurde der »Verein der homöopathischen Aerzte Oesterreichs« gegründet, der eine eigene Zeitschrift herausgab. Vor allem in den 1840er Jahren führten die Mitglieder des Vereins sorgfältige, heute noch beachtenswerte Arzneimittelprüfungen durch.<sup>2</sup> An der Universität Wien konnte der homöopathische Arzt Wilhelm Fleischmann (1801-1868) als »Privatdocent für homöopathische Klinik« die Homöopathie offiziell vertreten.<sup>3</sup> Die Einrichtung zahlreicher homöopathischer Krankenhäuser zeugt von der damaligen Popularität der neuen Heilmethode. Insbesondere in der Oberschicht, beim Adel, unter Geistlichen, aber auch im Volk fand die Homöopathie viele Anhänger. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es zudem zur Gründung von homöopathischen Laienvereinen. Nach vielen Jahren der

---

1 Vgl. Lesky (1954), S. 110ff.

2 Zahlreiche Prüfungen homöopathischer Arzneien, darunter beispielsweise Natrium muriaticum, Bryonia, Sulphur oder Thuja, wurden in der »Oesterreichischen Zeitschrift für Homöopathie«, später umbenannt in »Zeitschrift des Vereins der Homöopathischen Aerzte Oesterreichs«, dokumentiert. Vgl. dazu Petry (1954), S. 138ff.

3 Lucae (1998), S. 68ff.

Blüte begann mit dem Tod der ersten Generation homöopathischer Ärzte in den 1860er Jahren schon bald der Niedergang der Homöopathie. Der Nachwuchs blieb aus, die Zahl der homöopathischen Ärzte sank rasch, die Dozentur an der Universität wurde aufgelöst.<sup>4</sup> Im Jahre 1889 wurden in Österreich 7183 Ärzte gezählt, davon praktizierten 44 ausschließlich und 74 teilweise Homöopathie.<sup>5</sup> Im Nachbarland Deutschland befand sich die Homöopathie in keiner wesentlich besseren Position, auch hier nahm die Zahl der homöopathischen Ärzte bereits wieder ab, die homöopathischen Krankenhäuser waren meist wenig erfolgreich, viele wurden nach kurzer Zeit geschlossen.<sup>6</sup> Nicht ohne Neid blickte man auf den Homöopathieboom in Amerika, wo in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zahlreiche homöopathische Lehranstalten mitsamt den zugehörigen Krankenhäusern eröffneten und die Zahlen der homöopathischen Ärzte, Gesellschaften und Zeitschriften steil anstiegen.<sup>7</sup> Auch in England war die Homöopathie noch weit nach der Jahrhundertwende populär, was unter anderem die Gründung des »London Homoeopathic Hospital« 1889 und einer mit diesem verbundenen Medical School beweist.<sup>8</sup>

Die vorliegende Arbeit soll zeigen, daß in Wien zu jener Zeit dennoch ein homöopathisches Kinderkrankenhaus gegründet und zunächst auch erfolgreich betrieben werden konnte. In diesem Zusammenhang wird zu klären sein, ob dieses Kinderspital besondere Vorzüge gegenüber der Konkurrenz aufzuweisen hatte, etwa den zu jener Zeit bereits bestehenden »allopathischen« Spitälern.

### **Die Entwicklung der Kinderheilkunde und der ersten Kinderkrankenhäuser in Wien**

Zunächst sollen kurz die historischen Hintergründe und Voraussetzungen jener Zeit beschrieben werden, in der die Gründung des ersten homöopathischen Kinderspitals in Wien stattfinden konnte.<sup>9</sup>

Der erste Versuch, eine Institution für kranke Kinder zu gründen, erfolgte 1769 in England: George Armstrong eröffnete ein Ambulatorium im Zentrum Londons. Diese Einrichtung wird als allererster Schritt in der Geschichte der Medizin gesehen, die institutionalisierte medizinische Behandlung kranker Kinder von der der Erwachsenen zu trennen. Das Ambulato-

4 Übersichtsarbeiten zur Geschichte der Homöopathie in Österreich bieten Huber (1878); Drexler, Leopold u. Bayr, Georg (1996); vgl. dazu auch Skopec (1996).

5 Anon. (1889), S. 70.

6 Vgl. dazu Eppenich (1995).

7 Vgl. dazu Rogers (1996); Schmidt (1994) u.a.

8 Leary (1998).

9 Zur Verwendung und Entwicklung der Begriffe »Hospital« und »Krankenhaus« vgl. Jütte (1996), S. 31ff. Im vorliegenden Aufsatz werden die Begriffe synonym verwendet.



rium mußte allerdings bereits 1782 mangels öffentlichen Interesses wieder schließen.<sup>10</sup>

In Österreich konnte auf Betreiben Joseph Johann Mastaliers (1757-1793) mit Unterstützung des Kaisers 1787 erstmals eine speziell für kranke Kinder eingerichtete Poliklinik in Wien eröffnet werden, das »Kinder-Krankeninstitut«, in welchem in erster Linie Kinder Unbemittelter versorgt wurden.<sup>11</sup> Hier wurde nach dem Grundsatz behandelt, Kindern die notwendige Hilfe auf möglichst einfache und rasche Weise und mit möglichst geringen Kosten zukommen zu lassen.<sup>12</sup>

Vor diesem Zeitpunkt wurden Kinder im Allgemeinen Krankenhaus neben den erwachsenen Patienten behandelt. Allerdings war der Anteil der Kinder und Jugendlichen in den Krankenhäusern des 19. Jahrhunderts insgesamt recht gering.<sup>13</sup> Im Jahre 1837 konnte Ludwig Wilhelm Mauthner (1806-1858) das erste Kinderkrankenhaus in Wien, das St.-Anna-Kinderspital, eröffnen. Zunächst mit privaten Geldern finanziert, wurde das Spital wenig später von einem Wohltätigkeitsverein unterstützt und bereits 1850 zur Universitätsklinik erklärt. Mauthner selbst wurde wenig später zum außerordentlichen Professor für Kinderheilkunde ernannt.<sup>14</sup> Damit hatte sich die Kinderheilkunde in Österreich bereits früh von der Inneren Medizin emanzipiert. In Deutschland dagegen erfolgte dieser Schritt erst deutlich später: die »Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde« wurde 1883 gegründet, die Loslösung der Pädiatrie von der Inneren Medizin erfolgte erst in den 1890er Jahren mit der Einrichtung des ersten Ordinariats in Berlin.<sup>15</sup>

Weitere Krankenhausgründungen in Wien folgten in den 1870er Jahren mit dem Leopoldstädter Kinderspital 1873, dem Kronprinz-Rudolf-Kinderspital 1875 und dem Karolinen-Kinderspital ebenfalls 1875. Aus den Stiftungsurkunden dieser Häuser – die Finanzierung ging durchwegs von privater Seite aus – liest die Medizinhistorikerin Lesky »etwas von dem Geist josephinischer Philanthropie« heraus, wenn die Stifter schreiben, »eingedenk des Gebotes der Nächstenliebe und der Pflicht, die Wohlstand und Besitz auferlegen«, den armen Kindern der Stadt helfen zu wollen.<sup>16</sup> Dies entsprach auch der allgemeinen Tendenz, daß das Krankenhaus im 19. Jahrhundert insgesamt eine »Unterschichteninstitution« war.<sup>17</sup>

---

10 Seidler (1989), S. 184.

11 Lesky (1978), S. 54.

12 Seidler (1989), S. 185.

13 Spree (1996), S. 68f.

14 Lesky (1978), S. 59.

15 Schipperges (1990), S. 228.

16 Lesky (1978), S. 359.

17 Spree (1996), S. 71.

Trotz einiger Neugründungen von Kinderkrankenhäusern war deren Berechtigung nicht unumstritten. Im Jahre 1877 diskutierte der Pädiater Carl Rauchfuss in seinem »Handbuch der Kinderkrankheiten« die aus seiner Sicht ideale Form eines Kinderkrankenhauses. Ein entscheidender Punkt dabei war, durch strikte Trennung einer ambulanten Einheit von der stationären, außerdem durch Einrichtung von Isolierabteilungen Infektionen aus dem Krankenhaus möglichst fernzuhalten.<sup>18</sup> Die hohen Sterblichkeitsziffern erregten allerdings die Frage, ob die Existenz von speziellen Spitälern für Kinder überhaupt sinnvoll und zu rechtfertigen sei.

### Die Gründung des ersten homöopathischen Kinderspitals

Bis zum Jahre 1878 gab es im deutschsprachigen Raum zwar mehrere homöopathische Krankenhäuser für Erwachsene, aber noch kein speziell für Kinder eingerichtetes Spital, sofern man von der 1832 gegründeten »homöopathischen Heilanstalt für Kinder« in Düsseldorf absieht.<sup>19</sup> Wie der Homöopathiehistoriker Heinz Eppenich nachgewiesen hat, handelte es sich dabei allerdings nicht um ein homöopathisch geleitetes Krankenhaus, sondern um ein Rettungsheim für verwahrloste Kinder, in welchem eine Gräfin ihr Glück mit der Homöopathie versuchte und in Zweifelsfällen den homöopathischen Arzt Karl Julius Aegidi (1795-1874) gewissermaßen als Hausarzt hinzuzog.<sup>20</sup>

Das bereits 1831 auf Anregung des Domprobstes Karl Ludwig Graf von Coudenhove in Gumpendorf, damals einer Vorstadt Wiens, eingerichtete homöopathische Krankenhaus wurde von den Barmherzigen Schwestern geleitet. Wie in den anderen Spitälern Wiens wurden auch hier Kinder neben den Erwachsenen untergebracht und behandelt.<sup>21</sup> Die Kontinuität dieses Hauses bildete die Basis für das später angegliederte Kinderspital.<sup>22</sup> Da in Wien trotz des Niederganges der Homöopathie nach wie vor eine Nachfrage bestand, auch Kinder homöopathisch behandeln zu lassen, ergriff ein homöopathischer Arzt die Initiative: der kaiserliche Rat und Oberstabsarzt a. D. Johann Taubes Ritter von Lebenswarth (1803-1879) begann mit der Planung eines homöopathischen Krankenhauses für Kinder.<sup>23</sup> Taubes hatte Medizin an der Wiener Josephsakademie studiert und war anschließend Feldarzt der kaiserlichen Armee, später Oberarzt und Regimentsarzt.

---

18 Seidler (1989), S. 190.

19 In den USA und in England scheint es bereits etwas früher homöopathische Kinderkrankenhäuser gegeben zu haben. Vgl. dazu Müller (1978), S. 9.

20 Eppenich (1995), S. 157.

21 Caspar (1856), S. 11.

22 Zur Geschichte der Krankenhäuser der Barmherzigen Schwestern vgl. Frings (1994), S. 13ff.

23 Alle Angaben zu Taubes nach Wurzbach (1881), S. 130; Tischner (1932-39), S. 800; Anon. (1879).

Gleichzeitig war er als Leibarzt Joseph Graf Radetzky (1766-1858) und Erzherzog Johann (1782-1859) tätig. Im Jahre 1849 erhielt er den »Orden der eisernen Krone dritter Classe« und wurde in den Ritterstand erhoben. Bereits 1866 rief er eine Stiftung ins Leben, die »altgedienten und gebrechlichen Militärärzten des Pensionstandes« einen angemessenen Lebensstandard garantieren sollte. Aufgrund seiner Verdienste um die Homöopathie wurde er gegen Ende seines Lebens zum Ehrenmitglied des »Verein[s] der homöopathischen Aerzte Oesterreichs« ernannt.

Am 18. April 1878 reichte Taubes einen Stifterbrief – ein Antrag zur Errichtung einer Stiftung – ein, der den Bau eines rein homöopathisch geführten Kinderspitals vorsah. Schließlich erhielt er von der k.k. niederösterreichischen Statthalterei die entsprechende Genehmigung. Taubes hatte sich nach Verhandlungen mit den Barmherzigen Schwestern dazu entschlossen, einem einstöckigen, seit 1858 bestehenden Meierhofgebäude ein zweites Stockwerk aufsetzen zu lassen, in welchem nun das Kinderspital untergebracht werden sollte.<sup>24</sup> Dies war naheliegend, da in unmittelbarer Nähe, nämlich im selben Gebäudekomplex, bereits seit Jahrzehnten das homöopathische Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern bestand. Die Schwestern waren mit der homöopathischen Therapie vertraut, und es gab sogar eine eigens für die homöopathische Spitalsapotheke ausgebildete Schwester. Die Apotheke war noch vom homöopathischen Arzt Johann Emanuel Veith (1787-1876), der vor allem durch seine Tätigkeit als Prediger im Wiener Stephansdom berühmt wurde, persönlich eingerichtet worden.<sup>25</sup> Außerdem verfügte das Haus über eine gute Wasserversorgung mit vier Brunnen, wodurch eine Grundbedingung für einen hohen Hygienestandard erfüllt war.<sup>26</sup>

Schließlich konnte am 4. November 1878 das »Lebenswarthische homöopathische Kinderspital« in der Liniengasse Nr. 19 im 6. Wiener Gemeindebezirk eröffnet werden.<sup>27</sup> Zahlreiche prominente Gäste waren zur Einweihungsfeier erschienen, darunter Sanitätsreferent Ritter von Carajan, Stadtphysikus Nusser, Magistratsrat Leban, Bezirksausschußrat Edmund Bachmann, Hofrat Anton Ritter von Beck, Hof- und Gerichts-Advokat Sigmund Weil, k.k. Notar Ignaz Ritter von Fillenbaum, die homöopathischen Ärzte Adolph Heinrich Gerstel und Adolph Edler von Marenzeller und der neue Primarius des Kinderspitals, Eduard Huber. Nach der kirchlichen Weihe des Spitals durch Weihbischof Eduard Angerer (1816-1898) übergab Taubes eine Staatsschuldverschreibung über 80.000 Gulden als Stiftungsfond an die Oberin der Barmherzigen Schwestern, Schwester Leo-

---

24 Hlawati (1932), S. 342.

25 Hlawati (1932), S. 148; zu Veith vgl. insbesondere Loewe (1879); Fischer (1923).

26 Fleischmann (1837), S. 90.

27 Anon. (1878), S. 3.

poldine Wagner. Es folgten Ansprachen des Weihbischofs und des Stifters selbst:

Eine mehr als dreißigjährige Praxis in großen Spitälern wie in vielen tausend Privathäusern verschaffte mir überreiche Erfahrungen von der wohlthätigen Wirkung dieser Heilmethode bei allen Classen von Kranken und allen Arten von Krankheiten; am segensreichsten aber wirkt sie bei den kleinen zarten Pflegebefohlenen schon durch die leichte und angenehme Art, wie ihnen die Arzneien beigebracht werden können, dann auch durch die Kleinheit der Gabe, wie sie nur zur Herbeiführung der Heilung nothwendig ist, ohne schädliche arzneiliche Nebenwirkungen hervorzubringen. [...] Aber nicht das Wohl der armen Kinder allein ist der Zweck meiner Stiftung, sondern auch die größere Verbreitung dieser segensreichen Heilmethode; ihre weitere Vervollkommnung und wissenschaftliche Begründung nach dem jetzigen Standpunkte der physiologischen medicinischen Wissenschaft soll am Krankenbette durch praktische Belehrung und lebende Beweise angestrebt werden.<sup>28</sup>

Auch Taubes schien also im bereits oben erwähnten Geist »josephinischer Philanthropie« gestanden und aus Nächstenliebe gehandelt zu haben, wobei er sich durch die Spitalsgründung auch eine Verbreitung der Homöopathie versprach und die kranken Kinder zu Lehr- und Forschungszwecken der »medicinischen Wissenschaft« gebrauchen wollte.

Eine weitere Ansprache hielt der designierte Primararzt des Spitals, Eduard Huber, in der es unter anderem hieß:

[...] unser heute eröffnetes Spital [ist] *das erste homöopathische Kinderspital dies- und jenseits des Oceans*. In den hier beobachteten und behandelten Krankheitsfällen wird unsere Heilmethode ihre Feuertaufe öffentlich bestehen, wie die homöopathischen Spitäler für Erwachsene in Wien und auf der ganzen Erde und die homöopathischen Universitäts-Kliniken in Amerika sie schon bestanden haben. [...] da der kindliche, noch nicht durch Mißbrauch von Genußmitteln und Ueberarbeitungen angekränkelte Organismus im Allgemeinen eine raschere und genauer zu beobachtende Reaction gegen Arzneireize darbietet, ist er auch für die homöopathischen kleinen Gaben besonders empfänglich, und wir können daher zuversichtlich erwarten, daß unsere hier erzielten Heilerfolge jene bei Erwachsenen noch übertreffen werden.<sup>29</sup>

Bis heute sind die homöopathischen Ärzte der Ansicht, daß Kinder besser auf homöopathische Arzneimittel ansprechen als Erwachsene, da sie weniger chronifizierte und durch Umwelteinflüsse und äußere Bedingungen bedingte Krankheiten aufweisen. Diese Beobachtungen gründen sich damals wie heute auf persönliche Beobachtungen und Beschreibungen der Ärzte.

Im von Taubes verfaßten Stifterbrief waren die genauen Konditionen der Stiftung festgelegt. In der Einleitung schrieb er, er »habe vor Jahren beschlossen, zum allgemeinen Besten ein homöopathisches Kinderspital für Kinder armer Arbeiter oder wenig bemittelter Gewerbsleute zu stiften.« In den in mehreren Paragraphen geordneten Statuten wird zu Beginn der Zweck der Stiftung bestimmt:

28 Anon. (1878), S. 11.

29 Anon. (1878), S. 13 (Hervorhebungen im Original gesperrt).

Stiftung eines Kinderspitals, dessen ökonomische und pflegende Leitung den barmherzigen Schwestern in Gumpendorf übergeben wird und zwar: 1. zur unentgeltlichen Behandlung und Pflege kranker Kinder von armen Arbeitern oder von wenig bemittelten kleinen Gewerbsleuten nach streng homöopathischer Heilmethode; 2. zur Förderung der homöopathischen Heilmethode, deren größerer Vervollkommnung, wissenschaftlicher Begründung, sowie deren größerer Verbreitung.<sup>30</sup>

Hier wurden nochmals klar die Ziele des Spitals definiert: zum einen wollte man unnötiges Leid und Mangelerscheinungen in der Bevölkerung lindern, zum andern sah man sich aber auch veranlaßt, die homöopathische Methode weiterzuentwickeln und ihre Ausbreitung zu fördern.

Das Kinderspital verfügte zu Beginn über 40 Kinderbetten in insgesamt zwei Sälen und acht Zimmern. Es gab ein Badezimmer, außerdem einen Spielplatz und eine Spielstube für Kinder, die sich bereits in der Rekonvaleszenz befanden.

Für Kinder mit ansteckenden Krankheiten war eine ambulatorische Behandlung vorgesehen, um einer Ausbreitung der Infektion im Spital vorzubeugen. Allerdings wurde diesem Ansinnen zunächst nicht Rechnung getragen. Zahlreiche Infektionskrankheiten wurden anfangs stationär behandelt. Mitte der 1880er Jahre mußte auf Drängen des Magistrats der Stadt Wien eine eigene Isolierabteilung im Spital eingerichtet werden, um Kinder mit hochansteckenden Krankheiten von den übrigen getrennt halten zu können. Das Problem konnte bald glücklich gelöst werden, indem diese Abteilung ins freigewordene Waisenhaus verlegt wurde.<sup>31</sup> Damit folgte die Spitalsleitung einem allgemeinen Trend: mit Bekanntwerden neuer Forschungsergebnisse der Bakteriologie wurden in den meisten Spitälern – zunächst für an Diphtherie und Scharlach erkrankte Patienten – eigene Isolierpavillons eingerichtet.<sup>32</sup>

## Die Ärzte

Im Stifterbrief wurde Wert darauf gelegt, daß der leitende Arzt nicht einseitig sei, also sowohl die Homöopathie als auch die Grundlagen der menschlichen Physiologie und die medizinischen Untersuchungsmethoden der naturwissenschaftlich orientierten Medizin kenne:

Der jeweilige behandelnde Primararzt muß ein bewährter Homöopath sein, zugleich, aber ein mit den Lehren der neuen physiologischen Schule und mit allen auf diese basirten Untersuchungsmethoden der Kranken vertrauter Arzt, Doctor der Medicin und Chirurgie sein.

Der aus Görz<sup>33</sup> stammende Primararzt Eduard Huber (1847-1883) hatte die Leitung des Spitals während der ersten vier Jahre seit der Gründung inne.

---

30 Anon. (1878), S. 6ff.

31 Hlawati (1932), S. 345.

32 Lesky (1978), S. 359.

33 Heutiges Gorizia (Italien), zwischen 1500-1918 zu Österreich gehörend.

Nebenbei betrieb er weiterhin seine Privatpraxis. Huber hatte Medizin in Graz und Wien studiert und 1873 mit dem Staatsexamen abgeschlossen. Bald nach dem Studium kam er über den homöopathischen Arzt Erhardt von Hartungen in Wien mit der Homöopathie in Kontakt. Später konnte er sich als Hausarzt der Fürstenfamilie Auersperg etablieren und schließlich 1878 die Stelle am Kinderspital erhalten.<sup>34</sup> Sein Kollege Franz Eduard Weinke lobte seinen besonderen Fleiß im Spital und seine Fürsorge gegenüber den kranken Kindern.<sup>35</sup> Auch seine literarischen Aktivitäten fanden Anerkennung, insbesondere eine längere Arbeit über die homöopathische Arznei Mercurius und zahlreiche weitere Artikel.<sup>36</sup> Seit seiner Tätigkeit im Kinderspital erschienen über seine dortigen Behandlungen regelmäßig Berichte in der »Allgemeinen Homöopathischen Zeitung«.<sup>37</sup> Huber erkrankte an Lungentuberkulose und zog sich im Sommer 1881 in den Luftkurort Pisa zurück, um sich körperlich zu schonen.<sup>38</sup> Ein Jahr darauf mußte er sein Primariat in Wien endgültig aufgeben und sich schließlich in seinen Heimatort Görz zurückziehen.<sup>39</sup> Er verstarb bereits im Alter von 36 Jahren am 8.5.1883 in Pola im Kreise seiner Familie.<sup>40</sup>

Als Nachfolger für die Spitalleitung wurde Ende September 1883 der homöopathische Arzt Ignaz Klauber gewonnen, der während der folgenden drei Jahrzehnte dem Spital »sehr verbunden und verwachsen« war.<sup>41</sup> Klauber hatte bereits einige Zeit im Haupthaus der Barmherzigen Schwestern homöopathisch behandelt, was aus den Sitzungsberichten des »Verein[s] der homöopathischen Aerzte Oesterreichs« zu entnehmen ist. Von Klauber ist kaum etwas bekannt geworden, weder hat er Monographien hinterlassen, noch ist er als Autor in Fachzeitschriften besonders hervorgetreten. Lediglich zwischen den Jahren 1884 und 1887 erschienen weiterhin Berichte über die Tätigkeit im Kinderspital in der »Allgemeinen Homöopathischen Zeitung«, mit denen Klauber direkt an Hubers Artikel anknüpfte.<sup>42</sup> Allerdings stellte er seine Berichterstattung bereits 1887 aus nicht näher bekannten Gründen ein. Dem von Eisenberg herausgegebenen »Künstler- und Schriftstellerlexikon« von 1893 ist folgende Eintragung zu entnehmen:

---

34 Tischner (1932-39), S. 785; Weinke (1883).

35 Weinke (wie Anm. 19).

36 Vgl. dazu z.B. Huber: Mercur (1880); Huber: Wirkung (1882); Huber: Wirkung (1879); Huber: Arsenicum (1882).

37 Huber: Bericht (1879); Huber: Bericht (1880); Huber (1881).

38 Anon. (1881).

39 Anon. (1882).

40 Heutiges Pula (Kroatien), zwischen 1797-1920 zu Österreich gehörend; Weinke (1883); Anon. (1883).

41 Hlawati (1932), S. 345; Geburts- und Sterbejahr waren leider nicht zu eruieren.

42 Klauber (1884); Klauber (1885); Klauber (1886); Klauber (1887a); Klauber (1887b).



»Klauber, Ign[az] (1/2 4 – 1/2 5) Dorotheerg[asse] 2«.<sup>43</sup> Demnach führte Klauber neben seiner Tätigkeit im Kinderspital eine eigene Praxis im Zentrum Wiens und stand jeden Nachmittag eine Stunde für Privatpatienten zur Verfügung.

Wie auch Huber war Klauber Mitglied des »Verein[s] der homöopathischen Aerzte Oesterreichs« und tauschte bei den in der Regel monatlich stattfindenden Treffen mit seinen Kollegen Erfahrungen aus. Der Verein zählte 1862 noch knapp 100 Mitglieder, in den 1880er Jahren war die Zahl auf etwa 35 Ärzte gesunken.<sup>44</sup> Zu dieser Zeit scheint bei den Sitzungen jedoch meist nur der »harte Kern« zusammengekommen zu sein, der aus den älteren Kollegen Adolf Edler von Marenzeller, Johann Würstl, Elias Veith, Adolph Heinrich Gerstel und den in den Wiener Spitälern tätigen Ärzten bestand. Im Lebenswarthischen Spital scheint es lediglich zwei Ärzte gegeben zu haben, nämlich Huber und Klauber. Weitere Namen fallen in diesem Zusammenhang nicht.

## Die Patienten

Die Barmherzigen Schwestern haben die Vorgänge in den ersten homöopathischen Krankenhäusern, aber auch die Ereignisse im Kinderspital fast lückenlos dokumentiert. Nicht nur genaue Aufstellungen über laufende Kosten, sondern auch Verzeichnisse der aufgenommenen Patienten mit Diagnosen, Herkunft, Alter, Geschlecht und – im Falle des Kinderspitals – Berufe der Eltern wurden als »Jahresbericht« herausgegeben.<sup>45</sup>

Die im Spital behandelten Kinder stammten überwiegend aus armen Familien. Primarius Huber schrieb in seinem Bericht, die kleinen Patienten »gehörten fast ausschließlich Eltern aus der niedrigsten Volksklasse an und kamen im höchsten Grade verwahrlost, schlecht genährt, anämisch, meist skrophulös oder rhachitisch zur Aufnahme«.<sup>46</sup> Auch Klauber berichtete über »das elende Material, das mir zu Gebote steht, lauter sieche Kinder, deren Eltern in den nothdürftigsten Verhältnissen leben [...]«.<sup>47</sup> Da die ärztliche Behandlung und die Pflege durch die Schwesternschaft kostenlos war, konnten sich auch Unbemittelte den stationären Aufenthalt leisten. Folgen-

---

43 Eisenberg (1893) S. 725.

44 Vgl. Anon. (1862).

45 Die folgenden Angaben sind – sofern nicht anders gekennzeichnet – entnommen aus: Institut der Barmherzigen Schwestern (1880-1900); Jahres-Bericht des Institutes der Barmherzigen Schwestern in Wien über das Jahr 1901 (1902); Jahres-Bericht des Institutes der Barmherzigen Schwestern in Wien über die Jahre 1906 und 1907 (1908); Jahres-Bericht des Institutes der Barmherzigen Schwestern in Wien über die Jahre 1908, 1909 und 1910 (1911).

46 Huber (1881), S. 170.

47 Klauber (1885), S. 81.

de Angaben über die Berufe der Eltern sind hier exemplarisch aus dem Jahresbericht vom Jahre 1893 zusammengestellt:<sup>48</sup>

Arbeiter, Lohnabhängige	47,4%	Bauern	2,4%
Handwerker, Gewerbetreibende	35,2%	Künstler, Wissenschaftler	2,8%
Beamte	5,8%	Sonstige	6,4%

Etwa die Hälfte der Eltern waren einfache Bedienstete, Tagelöhner oder Fabrikarbeiter. Allein die beiden im Jahresbericht aufgeführten Rubriken »Dienstmägde, led[ig]« und »Handarbeiterinnen, led[ig]« machen zusammen etwa 15% aus, so daß man davon ausgehen kann, daß mindestens jedes siebte Kind ohne Unterstützung des jeweiligen Vaters aufwuchs. Eine große Berufsgruppe bildeten die Handwerker, darunter Tischler, Schneider, Schuster, Schmiede, Hutmacher und andere. Immerhin noch etwa jedes zwanzigste Kind stammte aus einer Beamtenfamilie.

Im ersten Jahr nach der Eröffnung nahm das Kinderspital bereits insgesamt 226 Patienten auf. Folgende Tabelle gibt die entsprechenden Patientendaten wieder (Zahlen für nicht angeführte Jahre waren nicht verfügbar):

<i>Jahr</i>	<i>Kinder gesamt</i>	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>	<i>gestorben</i>	<i>Sterblichkeit %</i>
1879	226	89	137	45	19,9
1880	285	126	159	49	17,2
1881	262	103	159	31	11,8
1883	356	144	212	52	14,6
1884	241	97	144	27	11,2
1885	309	133	176	41	13,2
1887	348	107	226	33	9,5
1888	307	119	188	15	4,9
1889	322	103	196	22	6,8
1890	276	113	132	36	13,0
1891	295	93	175	19	6,4
1892	250	93	157	26	10,4
1893	264	103	153	25	9,5
1894	201	62	127	11	5,5
1895	266	79	175	33	12,4

<sup>48</sup> Die Dokumentation der Berufe wurde in den »Jahresberichten« der weiteren Jahre leider nicht fortgeführt, so daß ein Wandel in der Berufsstruktur nicht darstellbar ist.

Jahr	Kinder gesamt	männlich	weiblich	gestorben	Sterblichkeit %
1896	177	73	85	21	11,9
1897	204	67	125	26	12,7
1898	256	108	129	32	12,5
1900	181	78	87	13	7,2
1901	149	58	75	15	10,0
1906	176	68	84	23	13,1
1907	248	91	137	23	9,3
1909	194	81	101	17	8,8
1910	269	109	146	29	10,8

Die Schwankungsbreiten in dieser Statistik sind schwer zu deuten: weder die Gesamtzahl noch die Sterblichkeitsziffern der Patienten sind durch einzelne Epidemien oder andere Faktoren zu erklären. Offensichtlich schien das Kinderspital durch die Jahrzehnte hindurch mehr oder weniger gleichbleibend populär zu bleiben. Unklar bleibt zugleich, ob den Eltern in erster Linie die kostenlose Behandlung entgegen kam oder die Möglichkeit einer homöopathischen Therapie. Ein weiteres interessantes Detail ist der Überhang an weiblichen Patienten. Zwar gab es in der damaligen Kinderheilkunde keine rein geschlechtsspezifischen Krankheiten, dennoch kamen einige Krankheiten bei Mädchen insgesamt häufiger vor. So starben beispielsweise in den 1880er Jahren in Preußen deutlich mehr Mädchen als Jungen an Tuberkulose oder Keuchhusten.<sup>49</sup> Beide Krankheiten wurden häufig im Lebenswarthischen Kinderspital diagnostiziert.

Durchschnittlich jedes dritte Kind war unter 5 Jahre alt. In dieser Altersgruppe befand sich ein Großteil der Todesfälle: für das Jahr 1879 beispielsweise waren fast 70% der verstorbenen Kinder unter 5 Jahre alt, was in etwa auch für die übrigen Jahre gilt. Ob auch Säuglinge im Spital aufgenommen wurden, ist aus den vorliegenden Daten nicht ersichtlich. Es ist anzunehmen, daß man sich an die in den übrigen Wiener Kinderspitälern übliche Regelung hielt, keine Kinder vor dem vollendeten 1. Lebensjahr zu behandeln.<sup>50</sup> Zumindest ist in den veröffentlichten Krankengeschichten Hubers und Klaubers kein einziger Patient erwähnt, dessen Alter unter einem Jahr lag. Unter diesen Bedingungen müßte man die damals sehr hohe Säuglingssterblichkeit den folgenden Zahlen noch hinzurechnen, wenn man die Gesamtsterblichkeit im Kindesalter errechnen wollte.

Primarius Huber hielt seinem Spital zugute, daß die Sterblichkeitsrate günstiger lag als in anderen Wiener Kinderkrankenhäusern. So sei das »Sterblichkeitspercent« im »allopathischen« Leopoldstädter Kinderspital im Jahre

49 Königliches Statistisches Bureau (1888), S. 148f.

50 Lesky (1978), S. 359f.

1878 bei 26% und im St. Josefs-Kinderspital bei 28,32% gelegen.<sup>51</sup> Auch der spätere Primarius Klauber stellt Vergleiche mit der »allopathischen« Konkurrenz an und meint, daß aufgrund des besonders heruntergekommenen Krankenguts im eigenen Spital »das Resultat um so befriedigender« sei.<sup>52</sup> Lediglich im Bericht über das Jahr 1885 beklagt Klauber das »hohe Mortalitätsprocent bei tuberculösen Kindern«, welches durch die insbesondere in Wien stark verbreitete Tuberkulose, des »morbus vienensis«, begründet gewesen sei.<sup>53</sup> Ob die homöopathische Therapie für den Vorsprung des Lebenswarthischen Kinderspitals ausschlaggebend war, mag dahingestellt bleiben, da die sonstigen Bedingungen wie Hygiene, Wasserversorgung, Ernährung, Pflege, Krankheitsformen, Alter der Kinder etc. aufgrund fehlender Literaturquellen nicht verglichen werden können. Zumindest in den ersten fünf Jahren des Kinderspitals – für den Zeitraum danach gibt es keine verlässlichen Berichte – brauchten die homöopathischen Ärzte Huber und Klauber aber mit den vorliegenden Zahlen den Vergleich mit der Konkurrenz nicht zu scheuen.

### Krankheitsformen

Über die Diagnosen sind für den gesamten Zeitraum von 1879 bis 1910 detaillierte Daten der Barmherzigen Schwestern erhalten. Für die ersten Behandlungsjahre sind außerdem Berichte von den Ärzten Eduard Huber und Ignaz Klauber in der »Allgemeinen Homöopathischen Zeitung« zugänglich, in denen ausführlich über die Diagnosen mit den zugehörigen Therapiemaßnahmen Auskunft gegeben wird.

Ganz entscheidend für die Beurteilung des Krankenguts ist die Tatsache, daß – so eine Schätzung Hubers – etwa 50% der neu aufgenommenen Patienten zusätzlich zu den in den Statistiken angegebenen Krankheiten an »Scrophulose und Rhachitis« litten, also in der Regel in bereits sehr schlechtem Allgemein- und Ernährungszustand aufgenommen wurden.<sup>54</sup> Folgende Schilderung Hubers verdeutlicht dies:

Wenn man aber den Ernährungszustand dieser armen, verwahrlosten Geschöpfe [sieht], die ausschliesslich und meist vom Tage der Geburt an mit mehligem Substanzen und dem Lutschbeutel aufgezogen werden, selten Kuhmilch bekommen, in feuchten Kellerwohnungen frierend und hungernd in Schmutz und Unrath ihre Tage verbringen, kann man sich eher darüber wundern, dass die Kinder im Beginne der Spitalsbehandlung sich bessern.<sup>55</sup>

---

51 Huber: Bericht (1880), S. 5.

52 Klauber (1885), S. 81.

53 Klauber (1886), S.

54 Huber: Bericht (1880), S. 5.

55 Huber (1881), S. 171.



Abb. 1: 7jähriges Kostkind mit tuberkulöser Entzündung des Bauchfells. Aufnahme: Städt. Jugendamt Wien II 1918 (Bildersammlung Medizinhistorisches Institut der Universität Zürich)

Unter dem Begriff »Skrophulose« verstand man keine einheitliche Diagnose, sondern einen konstitutionellen Zustand des Organismus, der als begünstigend für das Erkranken an Tuberkulose galt. Zahlreiche klinische Symptome wurden unter diesem Bild zusammengefaßt, darunter Drüenschwellungen, Augenentzündungen, Hautausschläge und Entzündungen der Schleimhäute. Für die »Skrophulose« verantwortlich gemacht wurden sowohl vererbte Faktoren als auch schlechte hygienische Verhältnisse.<sup>56</sup> Unter diesen Bedingungen ist es gut vorstellbar, daß vor allem eine adäquate Ernährung und Pflege im Kinderspital einen wesentlichen Teil zur Genesung der Patienten beitragen konnte.

Eine gezielte Behandlung der Rachitis mit Vitamin D gab es noch nicht, da die Ätiologie, der Vitamin D-Mangel, erst wesentlich später bekannt wurde. Klauber beschrieb lediglich die homöopathische Therapie mit Calcium phosphoricum und schien damit gute Erfolge zu haben: »Die Kinder, die absolut nicht auf den Beinen stehen konnten, liefen die letzten Wochen vor ihrer Entlassung im Spitale frei herum«.<sup>57</sup> Auch hier kann man vermuten, daß vor allem die gesündere Ernährung im Spital einen wesentlichen Anteil zur Gesundung beigetragen hatte. Möglicherweise wurde auch im Lebenswarthischen Kinderspital zusätzlich die in anderen Spitälern übliche Phosphor-Lebertran-Therapie durchgeführt, deren Wirkung zunächst durch den Phosphorgehalt erklärt wurde, bis schließlich erst im Jahre 1919 der Gehalt

---

56 Zum Begriff der »Skrofulose« vgl. Kahane (1908), S. 796f; Stauffer (1998), S. 22f.

57 Klauber (1886), S. 140.

an Vitamin D als ursächlicher Faktor in der Therapie der Rachitis aufgedeckt werden konnte.<sup>58</sup>

Häufig diagnostizierte Krankheiten waren Magen- und Darmkatarrh, Tuberkulose, Bronchitis, Lungenentzündung oder Masern. Die folgende Tabelle gibt die häufigsten Krankheiten in Relation zur Gesamtzahl der im jeweiligen Jahr behandelten Kinder an. Die Diagnosen wurden – soweit man das den wenigen in der »Allgemeinen Homöopathischen Zeitung« veröffentlichten Fallbeispielen entnehmen kann – vom Primarius während des stationären Aufenthaltes gestellt:

<i>Jahr</i>	<i>1879</i>	<i>1890</i>	<i>1900</i>	<i>1910</i>
Magen-Darm-Katarrh	12,4%	5,4%	11,6%	8,6%
Tuberkulose	11,1%	3,6%	8,8%	7,1%
Bronchialkatarrh	8,8%	13,0%	22,1%	22,3%
Lungenentzündung	6,6%	6,5%	6,1%	5,2%
Keuchhusten	3,5%	1,4%	0,6%	-
Masern	7,1%	20,7%	0,6%	1,5%
Scharlach	2,7%	0,7%	-	-
Halsentzündung	0,4%	4,3%	9,4%	3,3%
Augenentzündung	2,7%	2,5%	1,7%	5,9%
Sonstige	44,7%	41,9%	39,1%	46,1%

Letztlich bleibt ungewiß, ob für die Zuordnung der Krankheiten immer die gleichen Kriterien bestanden: sowohl die Diagnosestellung, die zu jener Zeit mehr Interpretationsmöglichkeiten offenließ als heute, als auch die Kategorisierung, die über die Jahre hinweg nicht immer einheitlich erfolgte, bilden Unsicherheitsfaktoren in der Bewertung. So wäre beispielsweise denkbar, daß »Scharlach« auch unter »Halsentzündung« eingereiht wurde oder die Hautkrankheiten unterschiedliche Begriffszuordnungen erfuhren. In den letzten Jahren bis 1910 wurden sehr viele Kinder in den Rubriken »Rhachitis« und »Skrofulose« eingeordnet, was in den ersten Jahren nicht der Fall war. Für das Jahr 1910 beispielsweise waren laut Statistik 24,1% an diesen Krankheiten erkrankt. Somit ist ein Vergleich der Krankheitsziffern der einzelnen Jahre sicher nur unter Vorbehalt möglich. Am ehesten lassen sich zuverlässige Aussagen über epidemisch auftretende Krankheiten wie beispielsweise Masern oder Scharlach machen: so legen die 57 Masernfälle im Jahre 1890 oder die 37 Scharlachfälle im Jahre 1888, die allein im Lebenswarthischen Kinderspital behandelt wurden, nahe, daß es sich um kleine Epidemien handelte.

<sup>58</sup> Lesky (1978), S. 369.





Abb. 2: Dreijähriges Mädchen mit schwerer Rachitis aus armer Familie. Aufnahme: Städt. Jugendamt Wien II 1918 (Bildersammlung Medizinhistorisches Institut der Universität Zürich)

Die häufigsten Todesursachen waren Lungentuberkulose, tuberkulöse Hirnhautentzündung und Scharlach, weitere Todesfälle waren bedingt durch Masern, Diphtherie, Lungen- und Ohrenentzündungen. Bemerkenswerterweise spielen die an Diphtherie verstorbenen Kinder in der Statistik der Barmherzigen Schwestern nur eine marginale Rolle, obwohl der Anstieg der Kindersterblichkeit in den 1880er und 1890er Jahren im Wesentlichen durch diese Erkrankung entstand.<sup>59</sup>

## Therapie

Die homöopathische Therapie hatte Ende des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum eine andere Entwicklung genommen als in anderen Ländern. Vor allem in Amerika erfuhr die Homöopathie eine deutliche Weiterentwicklung, insbesondere die Verbesserung der Repertorien und der Einsatz von Hochpotenzen – beispielsweise von James Tyler Kent und seinen Schülern – führten zu ganz unterschiedlichen Ansätzen in der Auswahl und Verordnung der Arzneimittel. So wurden in Wien zu jener Zeit vor allem niedrige Potenzen verordnet, zumeist die 3., 4. oder 6. Potenzstufe. Allerdings schien man nicht dogmatisch zu sein, so daß durchaus gleichzeitig auch höhere Potenzen, häufig die 30. Potenzstufe, angewendet wurden. In den Sitzungsberichten des »Verein[s] der Homöopathischen Aerzte Oesterreichs« berichteten vor allem die älteren homöopathischen Ärzte von erfolgreicher Anwendung der höheren Potenzen. Soweit aus den Berichten zu entnehmen ist, setzte Huber im Lebenswarthischen Kinderspital fast ausschließlich tiefe Potenzen ein, die über mehrere Tage oder Wochen ein- bis mehrmals täglich verabreicht wurden. Klauber knüpfte an die Verschrei-

<sup>59</sup> Weindling (1996), S. 171f.

bungspraxis Hubers an, hob aber gleichzeitig hervor, daß er »kein Freund von vielem Wechsel der Medicamente« sei.<sup>60</sup> Den Unterschied zwischen der homöopathischen Behandlung Erwachsener und Kinder umschrieb er treffend:

Nirgends mehr wie in der Kinderpraxis ist es von der grössten Wichtigkeit auf objective Symptome zu achten, objective Diagnosen zu stellen. Kinder haben für ihre subjectiven Empfindungen sehr oft keinen anderen Ausdruck als Schreien.<sup>61</sup>

Klauber äußerte mehrfach seinen Standpunkt zur Therapie der »Allopathie«. Im Jahre 1885 beklagt er die »verworrene[n] Ideen« der nicht homöopathischen Therapie, die auf »schwankenden Fundamenten« beruhen würden.<sup>62</sup> Wenig später kritisiert er den Mesmerismus und den »Hypnotismus« als Modeerscheinungen, sieht aber in diesen Methoden keinen therapeutischen Wert. Dagegen sei »die Heilung der Krankheiten [...] mit einfachen Mitteln nach einer naturgemässen Methode, wie es die Homöopathie will«, vorteilhafter, aber öffentlich schlecht anerkannt.<sup>63</sup> Bei den »Allopathen« herrsche »grenzenlose Zerfahrenheit in der Therapie«.<sup>64</sup>

Im folgenden sollen einige Beispiele die Therapie im Kinderspital näher beleuchten.

Über die Therapie der tuberkulösen Meningitis, die fast immer tödlich endete, wurde in der »Allgemeinen Homöopathischen Zeitung« aus dem Jahre 1881 berichtet und ein glücklich verlaufener Fall beschrieben:

Nach Möglichkeit individualisierend wurden im ersten Stadium *Belladonna*, *Atropin*, *Hyoscyamus*, *Glonoïn*, *Apis* verordnet, im zweiten und dritten *Apis*, *Mercur. solub.* oder *coros.*, *Cuprum*, *Helleborus*. Der geheilte 3jährige Knabe wurde am 3. Febr. aufgenommen mit heftigem Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen und erhielt die ersten zwei Tage *Aconit*. Bald begann der Kranke zu schielen, den Kopf in das Kissen zu bohren, die Pupillen reagierten nicht gegen das Licht, das Kind lag apathisch da, der Bauch war kahnförmig eingezogen, kein Stuhl; *Belladonna* 4. wurde verabreicht. Einige Tage danach kam ein normaler Stuhl spontan, was als Fingerzeig *Belladonna* fortzugeben, angesehen wurde. Allmähig und einzeln traten die anderen Symptome zurück, nur das Auge behielt noch lange einen matten, theilnahmslosen Blick. Patient wurde am 7. März geheilt entlassen, nachdem er einige Tage vorher zweimal täglich Sulphur 6. eingenommen hatte.<sup>65</sup>

Freilich kann nie bewiesen werden, ob die Patienten auch ohne homöopathische Therapie ebenso spontan gesund geworden wären. Immerhin stand mit der Homöopathie aber ein System zur Verfügung, das zumindest vom theoretischen Ansatz her als in sich geschlossene Methode eine spezifische Therapie zuließ, hingegen die »allopathische Konkurrenz« jener Zeit weder

60 Klauber (1884), S. 35

61 Klauber (1884), S. 35

62 Klauber (1885), S. 81

63 Klauber (1886), S. 57

64 Klauber (1887a), S. 145

65 Huber (1881), S. 185f.



bei Infektions- noch bei chronischen Erkrankungen über die Möglichkeit verfügte.

Über die Therapie der Diphtherie berichtete Huber auf einer Sitzung des Vereins im Jahre 1879. Diese erfolgte meist wie folgt:

In zwei Fällen genuiner Diphtheritis, die noch nicht weit gediehen, aufgenommen wurden, stieg die Krankheit nach stattgefundener Besserung des Rachens in den Kehlkopf hinab und beide endeten tödtlich, trotz angewandter Brominhalationen und innerlicher Anwendung von Mercur jodat. oder Brom. Aeusserlich gab Referent im Beginne Mercur cyanat. 4 zum Gurgeln, später auf mehrseitige Aufforderung die von Goullon empfohlene Carbolsäure.<sup>66</sup>

Hier wird deutlich, daß die homöopathische Therapie nicht nur aus der innerlichen Verabreichung von Arzneien in Form von Globuli oder Tropfen bestand, sondern auch durch äußerliche Anwendungen unterstützt werden sollte. Derartige Anwendungen waren zwar auch in der damaligen »Allopathie« üblich, waren aber im vorliegenden Falle wohl eher homöopathisch »gedacht«, also dem Ähnlichkeitsprinzip entsprechend ausgewählt. Kollegen aus anderen Spitälern berichteten während derselben Sitzung von »Alkoholgurgelungen«, »Hepar sulph[uris] als Gurgelmittel« oder der inhalativen Anwendung von Quecksilber: gelegentlich werde »Mercur solub[ilis] 1. eingeblasen«.<sup>67</sup> Hier schien man allerdings der in den Anfängen der Homöopathie so kritisierten »Allopathie« wieder sehr nahe zu sein, da bei Behandlungen in solchen Konzentrationen Vergiftungserscheinungen aufgetreten sein dürften. Primarius Klauber berichtete 1887, daß die Therapie schwer verlaufender Diphtherie mittels Tracheostomie »seit kurzer Zeit nicht mehr jenen Enthusiasmus« finde, und verurteilt gleichzeitig die »Verordnung des Cuprum in Brechdosen seitens der Allopathen«.<sup>68</sup> Hilfreich sei dagegen die homöopathische Behandlung mit Aconit, Spongia oder Hepar sulphuris. Inwieweit sich die Einführung des Diphtherieserums in den 1890er Jahren auf die homöopathische Verschreibungspraxis im Spital auswirkte, konnte leider nicht geklärt werden, da entsprechende Berichte jener Zeit fehlen. Ebenso ist nicht bekannt, ob die 1885 bekanntgewordene Intubation bei Diphtheriekranken durchgeführt wurde, welche beispielsweise im St.-Anna-Kinderspital die Sterblichkeit Anfang der 1890er Jahre drastisch senken konnte.<sup>69</sup>

Scharlach wurde von Huber zumeist mit der bereits von Hahnemann für diese Indikation gelobten Arznei Belladonna behandelt, wie folgende Kasuistik zeigt:

Ein 5jähriger Knabe wurde am 6. Dezember 1878 mit Scarlatina aufgenommen und es wurde ihm *Belladonna* 4. verordnet. Schon am folgenden Tage war der Rachen dick

66 Huber: Sitzungsberichte (1879), S. 124.

67 Huber: Sitzungsberichte (1879), S. 124.

68 Klauber (1887), S. 178; vgl. dazu Weindling (1996), S. 170.

69 Lesky (1978), S. 363.

belegt, weshalb er abwechselnd *Belladonna* 4. *Merc. cyan.* 6. bekam, welches letztere Mittel nach 24 Stunden gegen *Merc. bijod.* 4. vertauscht wurde, da sich der diphtheritische Process auf den Kehlkopf fortgepflanzt hatte. Auch klagte der Kranke, wenn er aus dem Sopor durch lautes und wiederholtes Anrufen geweckt wurde über heftige Ohrenscherzen, welche ihm auch im soporösen Zustande klägliches Jammern ablockten. [...] Der brandige Zerfall der Membranen gab sich auch durch den Foetor und die aus Nase, Mund und Ohren ausfliessende Jauche zu erkennen. Die Abschuppung erfolgte in kleinen Schuppen, der eiweisshaltige Urin war spärlich, doch kam es zu keinem Hydrops und Patient wurde am 20. Jan. gesund und kräftig entlassen.<sup>70</sup>

Generell scheint unter Hubers Ägide im Spital die Mittelwahl eher nach Indikationen – also wenig individualisierend – vorgenommen worden zu sein. So wurde beispielsweise mit *Belladonna* bei Scharlach, mit Quecksilberpräparaten bei Diphtherie oder mit *Spongia* oder *Phosphorus* bei Lungenentzündung behandelt, obwohl Huber auch betonte, daß die Mittelwahl »stets nach den vorstehendsten Symptomen« geschehe. Begleitende Maßnahmen zur Homöopathie waren physikalische Maßnahmen in Form von »Priessnitz-Umschlägen« bei Lungenentzündung, Diäten und die Anwendung von »Electricität«, beispielsweise bei Lähmungserscheinungen der Beine nach durchgemachten Masern.

Klauber schien – soweit man das aus den wenigen Krankengeschichten überhaupt herauszulesen vermag – in stärkerem Maße individualisierend behandelt zu haben. Folgender Krankenbericht Klaubers aus dem Jahre 1883 weist darauf hin, in welchem die jeweils aktuelle Symptomatik vergleichsweise detailliert beschrieben wird:

Anna Krauss, 3 Jahre alt, Appreteurstochter (Bett No. 2), aufgenommen am 20. November. Sehr schwaches Kind, wird wegen eines am linken Ohr und an der Unterlippe sitzenden Ekzems, das schwach nässt und dessen Secret zu blutigen Borken eintrocknet, in Pflege genommen. Einzelne ekzematöse Flecken finden sich noch am ganzen Körper zerstreut. Ordination: *Petroleum* 3. 3stündlich.- 4. Dec.: Patientin ist von ihrem Ekzem zum grössten Theile befreit, als sich heute ohne ausgeprägte Vorboten eine Maserneruption einstellt, die am stärksten an den oberen Extremitäten – besonders stark an den Händen – sehr schwach im Gesichte und am Stamme ausgeprägt ist. Ordination: *Bellad.* 3. 3stündlich.- 5. Dec.: Hustet sehr stark, viel Rhonchi auf der Brust, keine Dämpfung.- 7. Dec.: Ist hingefällig, hustet noch immer viel. Masernausschlag verläuft normal.- 9. Dec.: Zu den obigen Symptomen gesellt sich Ohrenfluss. Zwei flüssige Stühle am Tage. Ordination: *Pulsatilla* 3. 3stündlich.- 10. Dec.: Morbillenexanthem geschwunden.- 12. Dec.: Wenig Appetit, erholt sich nicht. Deutlich nachweisbare Infiltration der rechten Lungenspitze. Ohrenfluss geringer. Dafür stellt sich Stomatitis ein mit vielen eitrigen Blasen an Ober- und Unterlippe. Ordination: *Mercur. vivus* 6. 3stündlich.- 14. Dec.: Drei bis vier Diarrhoen am Tage.- 16. Dec.: Mundaffection geschwunden, Tuberculose im Fortschreiten. Patientin wird ihren Eltern, die sie in eigene Pflege nehmen wollen, am 16. Dec. übergeben.<sup>71</sup>

Bei derart geschwächten Kindern, die sich womöglich noch in schlechtem Allgemein- und Ernährungszustand befanden, konnte die Homöopathie

70 Huber: Bericht (1880), S. 21f.

71 Klauber (1884), S. 110.

anscheinend kurzfristig Beschwerden lindern, allerdings war eine Heilung bei derart schweren Fällen nicht zu erwarten. Gleichzeitig kann man aus dieser Schilderung auch erkennen, daß ein Risiko bestand, sich im Spital mit weiteren Krankheiten anzustecken. So machte die beschriebene Patientin Masern und Stomatitis durch, welche sie möglicherweise außerhalb des Spitals nicht aquiriert hätte. Die Ärzte waren sich des Ansteckungsrisikos bereits bewußt, so daß auch Hygienemaßnahmen wichtig wurden. Aus dem Jahre 1883 berichtete Klauber von einer Epidemie von Stomatitis aphthosa, welche schließlich dadurch besiegt worden sei, daß »jedes Kind sein eigenes Essbesteck bekam«, außerdem von verbreiteten Augenentzündungen, die sich erst besserten, als jedes Kind eigene Handtücher zum Waschen erhielt statt des zuvor für alle Patienten gemeinsam verwendeten Gesichtschwammes.<sup>72</sup> 1882, also nur ein Jahr zuvor, hatte Robert Koch die Entdeckung der »Tuberkelbazillen« als Auslöser der Tuberkulose bekannt gegeben. Ob diese Tatsache oder auch die viele Jahre später von Koch propagierte Tuberkulintherapie Auswirkungen auf die Praxis im Spital hatte, konnte aufgrund fehlender Quellen nicht geklärt werden.

### **Das Ende des Krankenhauses**

Wahrscheinlich wurde noch einige Jahre nach der Jahrhundertwende im Spital konsequent Homöopathie betrieben. Leider fehlen hierfür entsprechende Berichte. Der »Allgemeinen Homöopathischen Zeitung« ist im Jahre 1904 unter der Überschrift »Aus den homöopathischen Spitälern Wiens« zu entnehmen, daß das »Kinderspital Liniengasse 19 [...] über 30 Betten« verfüge.<sup>73</sup> Die letzten Jahre vor Ausbruch des Ersten Weltkriegs schien man ganz von der Homöopathie abgekommen zu sein, obwohl die Statuten der Stiftung dies eigentlich nicht erlaubten.<sup>74</sup> Zu Beginn des Ersten Weltkriegs mußte das Spital schließlich geräumt werden, damit die Räumlichkeiten für die Aufnahme und Behandlung von Kriegsverletzten dienen konnten. Das gesamte Spital wurde in den Betrieb des Landwehr-Filialspitales einbezogen.<sup>75</sup> Nach Kriegsende war kein Geld für eine Wiedereröffnung des Spitals vorhanden.

### **Bibliographie**

Anon.: Verzeichniss der Mitglieder des Vereines hom. Aerzte Oesterreichs für physiologische Arzneiprüfung. Zeitschrift des Vereins der homöopathischen Ärzte Oesterreichs 1 (1862), 188-192.

---

72 Klauber (1884), S. 35.

73 Stiegele (1904), S. 204.

74 Hlawati (1932), S. 362.

75 Hlawati (1932), S. 362.

- Anon.: Eröffnung des Lebenswarthischen homöopathischen Kinderspitals in Wien, VI. Gumpendorfer Liniengasse Nr. 19. Wien 1878.
- Anon.: Nekrolog. Allgemeine Homöopathische Zeitung 98 (1879), 63-64.
- Anon.: Mittheilung. Allgemeine Homöopathische Zeitung 103 (1881), 103.
- Anon.: Zur Notiz. Allgemeine Homöopathische Zeitung 105 (1882), 96.
- Anon.: Todesanzeige. Allgemeine Homöopathische Zeitung 106 (1883), 167.
- Anon.: Aus Oesterreich. Allgemeine Homöopathische Zeitung 118 (1889), 70.
- Caspar, [Friedrich]: Parallelen zwischen Homoeopathie und Allopathie. Wien und Olmüz 1856.
- Drexler, Leopold u. Bayr, Georg: Die wiedergewonnene Ausstrahlung des früheren Vielvölkerstaates: Österreich. In: Dinges, Martin (Hg.): Weltgeschichte der Homöopathie. Länder, Schulen, Heilkundige. München 1996, 74-101.
- Eisenberg, Ludwig: Das Geistige Wien. Künstler- und Schriftstellerlexikon. Zweiter Band. Medicinisch-naturwissenschaftlicher Theil. Wien 1893.
- Eppenich, Heinz: Geschichte der deutschen homöopathischen Krankenhäuser. Von den Anfängen bis zum Ende des Ersten Weltkriegs. Heidelberg 1995.
- Fischer, I.: Beiträge zur medizinischen Kulturgeschichte. Johann Emanuel Veith. Wiener Klinische Wochenschrift 6 (1923), 112-114.
- Fleischmann, Wilhelm Friedrich Carl: Das Wirken der barmherzigen Schwestern in Wien, nebst einer vorausgeschickten kurzen Lebensgeschichte ihres heiligen Stifters Vincenz von Paul. Wien 1837.
- Frings, Hermann Josef: Die Vinzenterinnen als Wegbereiterinnen der neuzeitlichen Krankenpflege im deutschen Sprachgebiet (1832-1900). Diss. med. Köln 1994.
- Hlawati, Franz: Die Barmherzigen Schwestern von Wien-Gumpendorf, 1832-1932. Wien 1932.
- Huber, Ed[uard]: Sitzungsberichte des Vereins der homöopathischen Aerzte Oesterreichs in Wien im Vereinsjahre 1879-80. Allgemeine Homöopathische Zeitung 100 (1880), 158-159.
- Huber, Eduard: Bericht über das Lebenswarth'sche homöopathische Kinderspital in Wien für das Jahr 1879. Allgemeine Homöopathische Zeitung 101 (1880), 4-6, 14-15, 21-22, 30-31, 37-39, 44-45.
- Huber, Eduard: Bericht über das Lebenswarth'sche homöopathische Kinderspital in Wien für das Jahr 1880. Allgemeine Homöopathische Zeitung 103 (1881), 169-171, 177-178, 185-186, 195-196.
- Huber, Eduard: Geschichte der Homöopathie in Österreich (Cisleithanien). In: Heinigke, Carl (Hg.): Sammlung wissenschaftlicher Abhandlungen aus dem Gebiet der Homöopathie, Serie I, Nr. 2. Leipzig 1878.
- Huber, Eduard: Mercur als Heilmittel bei allgemeinen Ernährungsstörungen. Allgemeine Homöopathische Zeitung 101 (1880), 171-173, 178-180, 188-190.
- Huber, Eduard: Physiologische Wirkung des Quecksilbers auf das Nervensystem und dessen Anwendung bei Erkrankungen desselben. Allgemeine Homöopathische Zeitung 104 (1882), 100-101, 108-109, 117-118, 124-125, 132-133, 140-141; 105 (1882), 13-14, 20-21, 44-45, 52-53, 60-61, 68-69, 77-78, 86-87, 93-94, 101-103, 109-110, 117-118.



Huber, Eduard: Physiologische Wirkung des Quecksilbers auf die Bewegungsorgane und dessen therapeutische Anwendung bei Erkrankungen derselben. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 98 (1879), 141-142, 166-167, 173-174, 190-191, 204-206; 99 (1879), 6-7, 22-23, 28-29.

Huber, Eduard: Sitzungsberichte des Vereines der homöop. Aerzte Oesterreichs. Sitzung vom 7. Februar 1879. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 99 (1879), 123-125.

Huber, Eduard: Ueber Arsenicum jodatum. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 105 (1882), 145-147, 154-155, 162-163.

Huber, Eduard: Vorläufiger Bericht über das Lebenswarth'sche homöopathische Kinderspital in Wien. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 98 (1879), 46-47.

Institut der barmherzigen Schwestern [Jahresberichte der Jahre 1879 bis 1900]. Wien 1880-1900.

Jahres-Bericht des Institutes der Barmherzigen Schwestern in Wien über das Jahr 1901. Wien 1902.

Jahres-Bericht des Institutes der Barmherzigen Schwestern in Wien über die Jahre 1906 und 1907. Wien 1908.

Jahres-Bericht des Institutes der Barmherzigen Schwestern in Wien über die Jahre 1908, 1909 und 1910. Wien 1911.

Jütte, Robert: Vom Hospital zum Krankenhaus: 16.-19. Jahrhundert. In: Labisch, Alfons u. Spree, Reinhard (Hg.): »Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett«. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt / Main; New York 1996, 31-50.

Kahane, Max (Hg.): *Medizinisches Handlexikon für praktische Ärzte*. Berlin; Wien 1908.

Klauber, [Ignaz]: Bericht über die behandelten Kranken im homöopathischen Kinderspitale in Wien von Ende September bis Ende December 1883. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 108 (1884), 35-37, 44-45, 68-69, 84-85, 92-93, 101-102, 110-111, 117-118, 127-128, 133-134, 141, 148-149.

Klauber, [Ignaz]: Bericht über die im Jahre 1884 im homöopathischen Kinderspitale zu Wien behandelten Kranken. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 110 (1885), 81-82, 89-90, 100-102, 106-108, 114-115, 122-124, 130-132, 139-140, 147-148, 154-156.

Klauber, [Ignaz]: Wissenschaftlicher Bericht über die im Jahre 1885 im homöop. Kinderspitale zu Wien behandelten Kranken. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 112 (1886), 57-59, 65-67, 82-84, 90-92, 97-98, 108-109, 117-118, 124-125, 132-133, 140, 148-149.

Klauber, [Ignaz]: Wissenschaftlicher Bericht über die im Jahre 1886 im homöop. Kinderspitale zu Wien behandelten Kranken. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 114 (1887a), 145-147, 153-154, 163-165, 169-170, 177-178, 185-186, 193-195, 201-203.

Klauber, [Ignaz]: Wissenschaftlicher Bericht über die im Jahre 1886 im homöop. Kinderspitale zu Wien behandelten Kranken. *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 115 (1887b), 2-3, 9-11, 17-18, 26-27, 33-34, 41-42, 49-50, 68-69, 76-77, 86-87, 89-91, 99-100.

Königliches Statistisches Bureau (Hrsg.): *Statistisches Handbuch für den Preussischen Staat*. Band I. Berlin 1888.

Leary, Bernard et al.: It Won't Do Any Harm: Practice and People at the London Homeopathic Hospital, 1889-1923. In: Jütte, Robert et al. (Ed.): *Culture, Knowledge, and Healing: Historical Perspectives of Homeopathic Medicine in Europe and North America*. Sheffield 1998, 251-273.

- Lesky, Erna. Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert, Graz; Köln 1978.
- Lesky, Erna: Matthias Marenzellers Kampf für die Homöopathie in Österreich. Sudhoffs Archiv 38 (1954), 110-128.
- Loewe, Johann Heinrich: Johann Emanuel Veith. Eine Biographie. Wien 1879.
- Lucae, Christian: Homöopathie an deutschsprachigen Universitäten. Die Bestrebungen zu ihrer Institutionalisierung von 1812 bis 1945. Heidelberg 1998.
- Müller, Jutta R.: Entwicklung, Prinzipien und Methoden homöopathischer Behandlung im Kindesalter. Diss. med. Freiburg 1978.
- Petry, Hannelore: Die Wiener Homöopathie 1842-1849. Diss. med. Mainz 1954.
- Rogers, Naomi: Ärzte, Patienten und Homöopathie in den USA. In: Dinges, Martin (Hg.): Weltgeschichte der Homöopathie. Länder, Schulen, Heilkundige. München 1996, 269-300.
- Schipperges, Heinrich (Hg.): Geschichte der Medizin in Schlaglichtern. Herausgegeben und bearbeitet von Prof. Dr. med., Dr. phil. Heinrich Schipperges in Zusammenarbeit mit Meyers Lexikonredaktion. Mannheim; Wien; Zürich, 1990.
- Schmidt, Josef M.: Die Entwicklung der Homöopathie in den Vereinigten Staaten. Gesnerus 51 (1994), 84-100.
- Seidler, Eduard: An historical survey of children's hospitals. In: Granshaw, Lindsay u. Porter, Roy (Ed.): The Hospital in History. London; New York 1989.
- Skopec, Manfred: Zur Geschichte der homöopathischen Spitäler Österreichs. In: König, Peter (Hg.): Durch Ähnliches heilen. Homöopathie in Österreich. Wien 1996, 49-53.
- Spree, Reinhard: Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert. »Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse«. In: Labisch, Alfons u. Spree, Reinhard (Hg.): »Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett«. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt / Main; New York 1996, 51-79.
- St[e]jele, Alfons]: Aus den homöopathischen Spitälern Wiens. Allgemeine Homöopathische Zeitung 149 (1904), 203-204.
- Stauffer, Karl: Homöotherapie. Stuttgart 1998.
- Tischner, Rudolf: Geschichte der Homöopathie. Leipzig 1932-39, Teil 1-4 (in 1 Bd.).
- Weindling, Paul: Die Entwicklung der Inneren Medizin im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses. Am Beispiel der Kinderkrankenhäuser in Paris, London und Berlin. In: Labisch, Alfons u. Spree, Reinhard (Hg.): »Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett«. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt / Main; New York 1996, 167-183.
- Weinke, Franz Eduard: Nekrolog. Allgemeine Homöopathische Zeitung 106 (1883), 199-200.
- Wurzbach, Constant von: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich. 43. Teil. Wien 1881.



# Patienten und Homöopathie – ein Überblick über die soziologische Literatur

*Gunnar Stollberg*

## Summary

*Patients and Homeopathy: An Overview of Sociological Literature*

This paper is divided into three parts: first is an overview of the sociology of the doctor-patient-relationship in general; second is a discussion of the sociology of homeopathy as a heterogeneous form of medicine and as a form of medical pluralism; third is a sketch of some sociological views of the homeopathic patient. My general thesis is that the homeopathic doctor-patient-relationship may be considered both pre-modern and post-modern. It is characterised by partial expertise of the patient, and by longer patients' accounts.

In seinem Beitrag, der einer der Anstöße für diese Konferenz war, kontrastierte Eberhard Wolff die These von einer kulturellen Distanz zwischen Ärzten und Patienten mit Untersuchungen, welche diese Dichotomie anzweifeln.<sup>1</sup> Ich gehe von einer ähnlichen Frage aus und gebe dazu einen Überblick über die klassische und die jüngere soziologische Literatur zur Arzt-Patienten-Beziehung. Als nächstes skizziere ich die Rolle der Homöopathie im heutigen medizinischen Pluralismus. Drittens resümiere ich Untersuchungen über homöopathische Patienten. Ich schließe mit der These, daß in der Homöopathie das Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowohl ein traditionelles als auch ein postmodernes ist.

Mein Beitrag ist in drei Teile gegliedert: Zunächst gebe ich einen Überblick über die Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung im allgemeinen; als zweites werde ich von der Soziologie der Homöopathie als einer heterodoxen Form der Medizin und als Element des innerhalb der Medizin herrschenden Pluralismus handeln; der dritte Teil skizziert einige soziologische Ansichten über Patienten der Homöopathie. Meine generelle These lautet, daß die Beziehung zwischen Arzt und Patient in der Homöopathie sowohl als prä- wie auch als postmoderne charakterisiert werden kann, nämlich als eine Ordnung, die durch die partielle Sachkenntnis des Patienten sowie durch längere Berichte seitens der Patienten gekennzeichnet ist.

## Zur Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung

Mein erster Blick gilt quantitativen Aspekten der Homöopathie in Deutschland. Sie wird von etwa 16.000 Ärzten praktiziert, deren Berufsverband, der Zentralverein homöopathischer Ärzte, rund 3.000 Mitglieder zählt. Die Homöopathie ist die innerhalb der Medizin häufigste Heterodoxie in Deutschland. Ich habe jedoch nicht die Absicht, eine quantitative Soziologie homöopathischer Patienten vorzutragen und deren Zahlen, Sozialstruk-

---

1 Wolff (1998).

tur und Geschlecht mit den Verhältnissen bei den Patienten der Biomedizin zu vergleichen. Vielmehr geht es mir darum, die Art und Weise zu reflektieren, in der Soziologen und Historiker die Beziehung zwischen Arzt und Patient gesehen haben, und zwar sowohl in geschichtlicher Perspektive wie auch in ihren gegenwärtigen Formen.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist ein klassischer Gegenstand der Medizinsoziologie. Schaut man aber in die Geschichte zurück, dann stellt man fest, daß die zentrale Bedeutung dieser Beziehung erst seit ungefähr hundert Jahren existiert. Davor stößt man auf einen medizinischen Pluralismus, in dem sich eine Fülle der unterschiedlichsten Heiler tummeln. Eine Äußerung eines damals siebzehnjährigen deutschen Journalisten aus dem Jahr 1878 zeugt davon:

51 (Ärzte) haben mich bis jetzt förmlich ›behandelt‹ ... die Sympathetiker, Magnetisierer, Besprecher, kundigen Schäfer und alten Frauen noch gar nicht gerechnet.<sup>2</sup>

Auch heute noch gibt es diesen Pluralismus in der Medizin, und die Homöopathie ist ein Teil davon. Die Elemente dieses Pluralismus haben sich freilich geändert, und die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist in sein Zentrum gerückt. Dieser Prozeß ist Teil der Medikalisierung unserer Gesellschaft, die in den achtziger Jahren zum thematischen Schwerpunkt der Geschichtsschreibung wurde.<sup>3</sup> Man argumentiert, die in Universitäten ausgebildeten Ärzte hätten vermocht, auf dem Gebiet von Gesundheit und Krankheit ihre »Jurisdiktion«<sup>4</sup> durchzusetzen; auf Grund ihrer wissenschaftlichen Kenntnisse und mit Unterstützung des Staates gelang ihnen der Schritt aus dem Status des medizinisch Gebildeten in den eines modernen Berufs, mit der Folge, daß sich ihre gesellschaftliche Machtposition vergrößerte.

Die zentrale Rolle des Arzt-Patienten-Verhältnisses war Teil der Medikalisierung. In den gebildeten Mittelschichten beginnend, galten wissenschaftlich ausgebildete Ärzte zunehmend als Experten in allen Gesundheits- und Krankheitsfragen. Seinen Höhepunkt erreichte dieser Prozeß in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg.

2 Oetker (1878) I, S. 31.

3 Huerkamp (1985), Göckenjan (1985) in Deutschland; Porter (1985), Porter/Porter (1988) in Großbritannien; Goubert (1982), Ramsay (1988) in Frankreich; Warner (1986) in den USA.

4 Abbott (1988).

Die Struktur des Konsultationsgeschehens läßt sich für diese Periode folgendermaßen klassifizieren:

1. Beschränkung auf einen ungedulden und abgekürzten Stil der Anamnese;
2. nur kursorische körperliche Untersuchung bei genauester Berücksichtigung von Labordaten und zu Diagnosezwecken hergestellten Bildern.<sup>5</sup>

Shorter nannte diese Periode »postmodern« und stellte sie dem »modernen« 19. Jahrhundert gegenüber. Ich hingegen nenne sie »modern« und konfrontiere sie mit den letzten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts, die man im Hinblick auf die westliche Welt als die Zeit der Postmoderne und des Postindustrialismus konzeptualisiert hat.<sup>6</sup> Ich will nun die »moderne« Rolle des Patienten der postmodernen gegenüberstellen.

Der moderne Patient unterschied sich von dem des frühen 19. Jahrhunderts erstens dadurch, daß er in der Arzt-Patienten-Beziehung nicht mehr den dominierenden Part spielte. Um 1800 waren Patienten noch die dominierenden Personen im medizinischen Patronagesystem.<sup>7</sup> Die Ärzte waren in eine vom Alltagsleben ihrer Patienten strukturierte Form von Öffentlichkeit integriert; damals gab es ein Dreieck, das vom Patienten, dessen oder deren Öffentlichkeit und dem Arzt gebildet und gestaltet wurde. Alle Angehörigen der gebildeten Schichten verfügten über medizinisches Wissen, gleich, ob sie eine medizinische Ausbildung hatten oder nicht. Ausgebildete Ärzte und andere Heiler wurden parallel konsultiert, und dieses parallele Vorgehen war auf Seiten des Patienten nicht etwa ein Akt der Gegenkultur.<sup>8</sup>

Als zweites ist festzuhalten, daß es in der homöopathischen Konsultation auf dem Weg in die Moderne nicht zu vielen Veränderungen gekommen ist. Shorter hat den Ablauf einer »traditionellen« ärztlichen Konsultation um 1800 folgendermaßen charakterisiert:

1. eine ziemlich gründliche Aufnahme der Krankengeschichte;
2. praktisch keinerlei klinische Untersuchung im Sinne einer Beobachtung und Untersuchung des Patienten;
3. nahezu keine Vorstellung von einer Differentialdiagnose [...].<sup>9</sup>

In der Biomedizin änderte sich all dies im Verlauf des 19. Jahrhunderts. Die Rolle des Patienten in der »modernen« Periode hat Parsons (1951) in klassischer Weise umrissen. Er stellte die Beziehung zwischen Arzt und Patient ins Zentrum der Medizinsoziologie. Geformt wurde diese Beziehung durch zwei einander komplementäre Rollen. Die Leistungsrolle war vom Arzt zu spielen; charakteristisch für sie waren wissenschaftliche Kenntnisse,

5 Shorter (1993), S. 794.

6 Vgl. Touraine (1971), Bell (1973), Stehr (1994), Schulze (1992) u. a.

7 Jewson (1974).

8 Vgl. Lachmund/Stollberg (1995), Kap. 3.

9 Shorter (1993), S. 784.

emotionale Neutralität etc. Kennzeichnend für die vom Patienten zu übernehmende Komplementärrolle war der Wunsch, seine/ihre Gesundheit zurückzuerhalten, um in allen anderen sozialen Systemen wieder funktionieren zu können. Folglich hatte sich der Patient zu fügen und dem konsultierten Arzt zu vertrauen.<sup>10</sup>

Die Geschichtsschreibung hat die Parsonssche Sicht von der Beziehung zwischen Arzt und Patient übernommen. Der Fortschritt in den medizinischen Kenntnissen, Praktiken und Techniken habe es den Ärzten ermöglicht, sich aus der Kontrolle der Patienten zu lösen.<sup>11</sup>

Die Parsonssche Medizinsoziologie wurde vor allem von Freidson kritisiert. Dieser arbeitete hinsichtlich der Interaktion zwischen Arzt und Patient unterschiedliche Muster heraus:

In der Pädiatrie und in der Chirurgie kontrolliert der aktive Arzt den passiven Patienten (Kinderärzte und Schönheitschirurgen sind da gewiß anderer Meinung);

in der inneren Medizin und in den Hausarztpraxen folgt man dem Modell von Führung und Mitarbeit;

in der Psychotherapie, in der Rehabilitationsmedizin und bei der Behandlung chronischer Erkrankungen ist ein Miteinander notwendig.<sup>12</sup>

Weder Parsons noch Freidson bezogen die Homöopathie in ihre Untersuchungen ein.

In den 70er und 80er Jahren haben sich diverse soziologische und linguistische Studien mit der verbalen Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten befaßt. Besonders die ärztliche Visite in den Krankenhäusern wurde als ein struktureller Konflikt zwischen Ärzten und Patienten analysiert. Die Patienten wollten lieber mit ihrem Arzt sprechen, während der Arzt die körperliche Untersuchung vorzog.<sup>13</sup> Die Ärzte spielten die Rolle des Hauptredners; sie gaben längere Erläuterungen, stellten Fragen, unterbrachen ihre Patienten etc.<sup>14</sup> Zu ähnlichen Ergebnissen kam man bei der Untersuchung der Kommunikation auf Intensivstationen.<sup>15</sup> Aus dem Wunsch heraus, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu verbessern, stammte die Empfehlung, statt einer hierarchischen eine ausgehandelte Ordnung herzustellen.<sup>16</sup> Mishler (1984) differenzierte zwischen einer Stimme der Medizin,

10 Bury (1997) nannte das Parsonssche Modell der Arzt-Patient-Beziehung ein »Kon-sensmodell« und stellte ihm Freidsons »Konfliktmodell« und Goffmans und Strauss' »Verhandlungsmodell« gegenüber.

11 Huerkamp (1985), S. 131ff.

12 Vgl. Freidson (1970), Kap. 14.

13 Bliesener (1982).

14 Quasthoff-Hartmann (1982).

15 Glück/Matt/Weingarten (1984).

16 Etwa Rellecke (1986).



die aus den Kontexten herausgelöst ist und vom Arzt verwendet wird, und einer Stimme der Lebenswelt, die der Patient äußert und die auf lebensgeschichtlicher Erfahrung gründet. Dies stieß auf die Kritik von Atkinson (1995), der auch bei Ärzten verschiedenartige Stimmen identifizierte: eine der persönlichen Erfahrung, eine der Wissenswelt der Fachzeitschriften etc. So trat an die Stelle der dichotomischen Sicht von Ärzten und Patienten eine andere, differenzierte.

Anders als es die These von der Dominanz der Ärzte vertritt, beeinflussen die Patienten die Medizin doch. Medizinische Laien waren es, die medizinische Definitionen bestimmter, insbesondere psychischer Erkrankungen vorangetrieben haben. Ein Beispiel dafür ist die sog. *post-traumatic stress disorder*; amerikanischen Vietnamkriegsveteranen gelang im Zusammenwirken mit verständnisvollen Fachleuten des Gesundheitswesens, dieses Syndrom als Krankheit zu definieren.<sup>17</sup> Ein weiteres Beispiel ist das Plötzliche-Kindstod-Syndrom; Eltern, deren Kinder an dem Phänomen gestorben waren, arbeiteten dabei mit auf dem Feld der Medizin tätigen »moralischen Unternehmern« (ein Begriff von Howard S. Becker) zusammen.<sup>18</sup> Unter dem Einfluß der Schwulenbewegung wurde die Homosexualität aus dem amerikanischen *Medical Index* herausgenommen.<sup>19</sup>

Eine weitere Form der Einflußnahme von Patienten auf die medizinische Expertise ist das Empfehlungssystem der medizinischen Laien.<sup>20</sup> Bei den meisten ärztlichen Konsultationen wurden die Ansichten der Patienten bestätigt.<sup>21</sup> Infolgedessen charakterisierten Tuckett u. a. die Konsultationen zwischen biomedizinischen Ärzten und ihren Patienten als »Expertengespräche«. Willems kam bei der Untersuchung der Kommunikation zwischen einem Facharzt für Lungenerkrankungen, einem Hausarzt und deren Patienten zu folgendem Ergebnis:

Es kommt [...] zu einer Veränderung der Verteilung von Wissen und Fertigkeiten zwischen Ärzten und Patienten. Eine klare Aufspaltung zwischen den scheinbar fundamental unterschiedlichen Kompetenzen wird dabei immer schwieriger (more fractal).<sup>22</sup>

Die Sprachwissenschaftlerin Gülich kam bei ihrer Untersuchung der Kommunikation zwischen medizinischen Experten und Patienten zu ähnlichen Ergebnissen:

Die Analyse von empirisch erhobenen Daten aus authentischen Kommunikationssituationen führt zu einer Relativierung der Begriffe »Experte« und »Laie«, und zwar in

17 Vgl. Scott (1990); Young (1992).

18 Vgl. Johnson/Hufbauer (1982).

19 Vgl. Conrad/Schneider (1980), Kap 7; weitere Beispiele finden sich bei Arksey (1994).

20 Vgl. Freidson (1970), Kap.13.

21 Vgl. Tuckett u. a. (1985), S. 148.

22 Willems (1992), S. 113.

doppelter Hinsicht: Zum einen wird deutlich, daß auch die ›Laien‹ ein spezifisches Wissen an die Experten zu vermitteln haben [...]; zum anderen zeigt sich, daß für die Kommunikation vor allem wichtig ist, wie Experten- und Nicht-Expertenrollen in der Interaktion konstituiert werden.<sup>23</sup>

Giddens sah in der Globalisierung und in enttraditionalisierenden Einflüssen Ursachen für das Eindringen der Wissenssysteme von Experten in viele Aspekte des (postmodernen) Alltagslebens. Diese Invasion verschränkt sich jedoch mit »Reflexivität«, und insbesondere für das Gebiet der Medizin ist eine Skepsis der Laien bezeichnend, die Vertrauen nicht unterhöhlt, sondern vielmehr in eine aktive Haltung verwandelt:

Alle Formen von Expertentum setzen aktives Vertrauen voraus, denn hier tritt jeder Anspruch auf Autorität neben den weiterer Autoritäten, und oft sind die Experten selbst unterschiedlicher Meinung [...]. Das Ansehen der Wissenschaft selbst, das in früheren Stadien der Entwicklung der modernen Institutionen von entscheidender Bedeutung war, wird von eben der skeptischen Einstellung untergraben, die selbst der Antrieb des wissenschaftlichen Vorgehens ist [...]. Wer z.B. Probleme mit seiner Gesundheit hat, hält sich auch heute noch vielleicht zunächst an die Schulmedizin und deren Technologie, um diese Probleme loszuwerden [...]. Vor dem Hintergrund aktiver Vertrauensmechanismen könnte es aber auch sein, daß sich der Betreffende entscheidet, eine zweite oder dritte Diagnose einzuholen. Außerhalb der Schulmedizin gibt es eine Fülle alternativer Behandlungsmethoden und Therapien, die um Beachtung ringen [...].<sup>24</sup>

Ich fasse zusammen: Untersuchungen aus jüngerer Zeit sehen, anders als Parsons, nicht mehr eine Dichotomie zwischen Ärzten und Patienten. Das Wissen von Patienten läßt sich am besten mit Alfred Schütz' (1899-1959) Idealtypus des gut informierten Bürgers umschreiben. Schütz unterschied zwischen drei Typen der gesellschaftlichen Verteilung von Wissen: demjenigen des Experten, demjenigen des Manns auf der Straße sowie, zwischen diesen beiden, dem des gut informierten Bürgers:

Das Wissen des Experten ist auf ein beschränktes Gebiet begrenzt, aber darin ist es klar und deutlich [...]. Der Mann auf der Straße hat ein funktionierendes Wissen auf vielen Gebieten, die aber nicht notwendig miteinander zusammenhängen müssen. Er hat ein Wissen von Rezepten, die ihm sagen, wie er in typischen Situationen typische Resultate mit typischen Mitteln zustandebringen kann [...]; (der gut informierte) Bürger hat seinen Ort zwischen dem Idealtypus des Experten und dem des Mannes auf der Straße [...]. Gut informiert zu sein bedeutet ihm, zu vernünftig begründeten Meinungen auf den Gebieten zu gelangen, die seinem Wissen entsprechend ihn zumindest mittelbar angehen, obwohl sie seinem zuhandenen Zweck direkt nichts beitragen [...]. es ist der gut informierte Bürger, der sich als durchaus qualifiziert betrachtet [...], um zu entscheiden, wer ein kompetenter Experte ist, und darüber zu befinden, wer ein Experte ist, und der sich sogar entscheiden kann, nachdem er die Meinungen des opponierenden Experten gehört hat.<sup>25</sup>

23 Gülich (1998), S. 187.

24 Giddens (1997), S. 138f.

25 Schütz (1972), S.: 87f.

## Die Homöopathie im medizinischen Pluralismus

Die Homöopathie ist Teil des medizinischen Pluralismus. Das gilt nicht nur für das 19. Jahrhundert, sondern auch für unsere heutige Zeit. Was verstehe ich unter medizinischem Pluralismus? Während der letzten hundert Jahre hat sich das medizinische Wissen des Westens weltweit ausgebreitet. Es wird akademische Medizin genannt, weil es an den Universitäten gelehrt wird, oder Biomedizin, weil es auf die Biologie und generell die Naturwissenschaften zurückgreift. Auch in den meisten Ländern der Dritten Welt hat diese Medizin eine dominante Stellung erlangt, allerdings keine exklusive. Für den auf Taiwan herrschenden medizinischen Pluralismus aus westlicher Biomedizin, traditioneller chinesischer Medizin (TCM) und verschiedenen Formen von Volksmedizin hat Kleinman (1980) die klassische Beschreibung geliefert. Auch in Deutschland gibt es einen solchen Pluralismus. Am Ende des 19. Jahrhunderts waren Biomedizin, Volksmedizin, Homöopathie und Naturheilkunde seine Elemente. Nach dem Ersten Weltkrieg kam die anthroposophische Medizin hinzu, während der Anteil der Volksmedizin zurückging. In unserer Zeit breitete sich medizinisches Wissen wie etwa Akupunktur und Ayurveda aus dem Fernen Osten nach den Vereinigten Staaten und Westeuropa aus. Auf dem Gebiet der Pharmazie wurden in Deutschland die Homöopathie, die Naturheilkunde und die anthroposophische Medizin im Jahr 1976 als »besondere Therapierichtungen« gesetzlich anerkannt. Für die Zulassung von Medikamenten gab es fortan kein einheitliches Prüfungsverfahren mehr. Homöopathische Pharmazeutika werden nicht in randomisierten Doppelblindverfahren getestet, sondern durch einen Ausschuß anerkannt, der aus Ärzten und Pharmazeuten besteht, die sich mit Homöopathie befassen.<sup>26</sup> Die Homöopathie wird nicht nur von ärztlich nicht qualifizierten Personen ausgeübt, sondern auch von Ärzten. Diese Ärzte können an von der Bundesärztekammer anerkannten Kursen in Homöopathie teilnehmen.

Wie wir alle wissen, unterscheidet sich die Homöopathie von der Biomedizin. Die Dynamik des *simile* und die Idee der Potenzierung sind mit dem Wissen der Biomedizin nicht vereinbar. Zu Hahnemanns Zeit (1755-1843) freilich waren seine Vorstellungen von Medizin von denjenigen der akademischen Medizin nicht allzu weit entfernt. Georg Ernst Stahl (1650-1734) lehrte, beim Menschen sei die Seele die treibende Kraft; Paul-Joseph Barthez (1734-1806) nahm an, ein Lebensprinzip halte die Organe in Bewegung; Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) verstand Krankheit als Folge unterschiedlicher Reize, welche die menschlichen Vitalkräfte stören. Erst als die akademische Medizin ihre Bezugsbasis von der Philosophie auf die Naturwissenschaften verlagerte, was die Homöopathie nicht mitmachte, wurde diese zu einer Heterodoxie. Zwar kam es zu einigen Erweiterungen von

---

26 Plagemann (1979); Kevelaer (1980).

Hahnemanns Ansatz, etwa durch Herings (1800-1880) Regel<sup>27</sup> oder Vithoulkas' kybernetischen Abwehrmechanismus<sup>28</sup>. Der Kernbereich der homöopathischen Konzeption änderte sich seit Hahnemanns Zeiten jedoch nicht. In der sich wandelnden Welt der Biomedizin, wo iatrotechnische und biokybernetische Konzeptionen eine Vorrangstellung erlangten (vgl. Rothschuh 1978; Borck 1996), blieb die Homöopathie unverändert. Folglich wurde sie aus der »normalen« Wissenschaft, aus der Biomedizin, ausgeschlossen. Heutzutage gehört sie zu jenem Bereich medizinischen Wissens und Handelns, der als »alternativ« oder »komplementär« bezeichnet wird. Der Begriff »alternativ« kam außer Mode, als soziale Bewegungen wie die Frauen-, Ökologie- und Friedensbewegungen in gesellschaftliche Organisationen wie etwa politische Parteien integriert und einige ihrer Forderungen zu etwas Alltäglichem wurden. Der Begriff »komplementär« bezieht sich auf eine empirische Frage, nämlich, ob von diesen Medizinformen ergänzend zur Biomedizin Gebrauch gemacht wird. Deshalb ziehe ich es vor, alle nicht biomedizinischen Formen medizinischen Wissens als »heterodox« zu bezeichnen. Dieser Begriff wird von englischen Sozialanthropologen häufig verwendet; in der Soziologie könnte man ihm einen besonderen Adel zusprechen, weil er auf Bourdieu zurückgeht.<sup>29</sup> Jedenfalls stellt er klar, daß dieses Wissen seine eigenen Lehren hat, denen sich die Biomedizin widersetzt. Die Lehre der Homöopathie ist, wie man hört, irgendwie altmodisch. Gilt das auch für die Patienten?

---

27 Während des Heilungsvorgangs wandern die Symptome von innen nach außen und von oben nach unten und verschwinden dann in umgekehrter Reihenfolge. Zu Hering siehe Schüppel (1996).

28 Stressfaktoren rufen in Körpern Symptome hervor, selbst wenn die Homeostase erhalten bleibt. Deshalb sollten Symptome nicht unterdrückt werden (vgl. Vithoulkas 1986).

29 Bourdieu nennt die »Koinzidenz zwischen objektiver Ordnung und den subjektiven Organisationsprinzipien« archaischer Gesellschaften »Doxa«; im Prozeß des Auseinandertretens dieser beiden Momente entstehen »Meinungen«, die sich im Diskurs zu Ortho- und Heterodoxie entfalten (Bourdieu (1976), S. 325ff.; in der französischen Originalausgabe von 1972 sind diese Passagen nicht enthalten). Später geht sein Begriff der Heterodoxie in dem der »kulturellen Allodoxia« des Kleinbürgertums auf (Bourdieu (1982), S. 504).

## Zur Soziologie des heterodoxen und homöopathischen Patienten

Eine altmodische Form von Medizin ist die Volksmedizin. Definieren läßt sie sich durch

- 1) den Gedanken der Überlieferung und der damit verbundenen Tradition;
- 2) die Einbeziehung von mündlicher Kultur [...]; sowie
- 3) die marginalisierte Lage der Volkskultur [...]<sup>30</sup>.

Während diese Volksmedizin auf dem flachen Land und in medizinisch unterversorgten Gebieten blüht und gedeiht, gilt dies für andere Formen der heterodoxen Medizin nicht: »Wo die konventionelle Medizin ihr Betätigungsfeld ausweitet, folgt ihr die komplementäre Medizin auf dem Fuß«.<sup>31</sup> Empirische Untersuchungen über Patienten heterodoxer Therapeuten ganz allgemein wurden in Großbritannien, in den USA, den Niederlanden sowie in Österreich veröffentlicht. Fuller hat sie zusammengefaßt.<sup>32</sup> Danach waren heterodoxe Patienten »vorwiegend jungen bis mittleren Alters«. Sie schienen aus »allen gesellschaftlichen Schichten« zu kommen, jedoch gab es mehr Patienten aus dem Bereich der freien Berufe, des Managements, der Technik, der Geschäfts- und der akademischen Welt als andere.

Es steht zu vermuten, daß sie auch über eine höhere Bildung verfügen als Patienten von (biomedizinischen) Ärzten [...]. Fast zwei Drittel der Patienten sind Frauen, also so ziemlich die gleiche Verteilung wie bei Patienten von (herkömmlichen) Ärzten.<sup>33</sup>

Unter denen, die sich der heterodoxen Medizin bedienen, fand Sharma<sup>34</sup> drei unterschiedliche Typen:

- den experimentierenden oder eklektischen Benutzer,
- den stabilen und regelmäßigen Benutzer einer Form von heterodoxer Medizin, und
- den »eingeschränkten« Benutzer einer Form von heterodoxer Medizin für eine einzige Krankheit.

Allgemein gesehen, heißt es bei Kelner & Wellman<sup>35</sup>, nimmt die Zahl der »smarten Nutzer« der heterodoxen Medizin zu. Dieser Typus steht Sharmas Typ des eklektischen Benutzers nahe. Andererseits gibt es Patienten, die sich an eine »alternative medizinische Ideologie« halten und die besonders unter AIDS-Patienten und den Patienten von Geistheilern, aber auch unter Akupunkturpatienten zu finden waren.<sup>36</sup> Elder u. a. (1997) berichteten von einer Patientengruppe, die sich ganz allgemein Tabletten und chirurgischen Ein-

---

30 Loux (1993), S. 661.

31 Fuller (1996), S. 34.

32 Fuller (1996), S. 31ff.

33 Fuller (1996), S. 35f.

34 Sharma (1992), S. 42ff; vgl. auch Sharma (1995), S. 137.

35 Kelner/Wellman (1997), S. 211.

36 Vgl. Kelner/Wellman (1997); Furnham u. a. (1995).

griffen widersetzte, während andere auf pragmatische und komplementäre Weise sowohl von der heterodoxen wie auch von der herkömmlichen Medizin Gebrauch machten.<sup>37</sup> Zwei Studien fanden heraus, daß sich Akupunkturpatienten strenger an die Biomedizin ablehnende Ideologien halten,<sup>38</sup> während sich Patienten der Homöopathie in dieser Hinsicht nicht von anderen unterschieden. Das ist ein erstaunliches Ergebnis, das Furnham u. a. (1995) auf den Umstand zurückführten, daß die Befragten ambulante Patienten des *Royal Homeopathic Hospital* waren. Diese Klinik ist eine Einrichtung des britischen *National Health Service*, und es mag sein, daß die Patienten es sich für ihre medizinische Versorgung nicht speziell ausgesucht hatten.<sup>39</sup>

Im folgenden will ich nun einen Blick auf Untersuchungen werfen, die sich speziell mit Patienten der Homöopathie befassen. Furnham und Smith fanden heraus, daß »zwei Patientengruppen, wovon die eine den Allgemeinarzt und die zweite einen Homöopathen aufsuchten, sich hinsichtlich ihres Geschlechts, Alters, Bildungs- und Familienstandes, ihrer Religion sowie ihres Einkommens nicht signifikant unterschieden«. Hingegen war »die homöopathische Gruppe um vieles kritischer und skeptischer im Hinblick auf die traditionelle Medizin [...]. [Dies geschah] aus einem Gefühl der Ernüchterung gegenüber und schlechten Erfahrungen mit den traditionellen Ärzten und nicht aus der Auffassung, daß traditionell von sich aus ineffektiv bedeutet«. <sup>40</sup> Diese spezielle Desillusionierung homöopathischer Patienten wurde von Vincent und Furnham (1996) bestätigt.

Übrigens ist es interessant zu lesen, daß die Biomedizin dort »traditionell« genannt wird; implizieren die Autoren damit, daß die Homöopathie die modernere von beiden ist?

Furnham und Smith untersuchten die Eigentümlichkeiten homöopathischer Patienten; May und Sirur stellten die Frage andersherum. Sie erkundeten, wie praktische Ärzte in ihrer alltäglichen Arbeit innerhalb des britischen *National Health Service* homöopathische Behandlungsweisen einsetzten. Dabei stießen sie auf einige Aspekte, die auch für die Soziologie homöopathischer Patienten bedeutsam sind:

Im Arztberuf sieht man inzwischen viele kleinere Erkrankungen und chronische Gesundheitsprobleme (Kreuzschmerzen und andere Probleme des Muskel- und Skelettsapparats; undifferenzierte Symptome und Ermüdungserscheinungen) unter psychologischen statt unter somatischen Gesichtspunkten. Die homöopathische Konsultation mit ihrer detaillierten Bestandsaufnahme der »Persönlichkeit« des Patienten bot eine Möglichkeit, nicht nur das authentische Selbst des Patienten für die Medizin zurück-

37 Austin (1998).

38 Furnham u. a. (1995); Elder u. a. (1997).

39 Was Bernard Leary in einem Gespräch für ausgeschlossen hielt.

40 Furnham/Smith (1988), S. 685.



zugewinnen, sondern auch dazu, die Zusammenhänge zwischen somatischen und psychischen Problemen genauer zu erfassen.<sup>41</sup>

Diese Ergebnisse in Bezug auf Erkrankungen, bei denen die Homöopathie als wirksam gilt, passen zu anderen Daten, die den Gebrauch heterodoxer Medizinformen umreißen.<sup>42</sup> Der zweite Punkt, auf den May und Sirur abstellen, ist die Besonderheit der homöopathischen Konsultation. Dies wird von einer von Fairclough vorgelegten Untersuchung bestätigt; sie unterschied einen biomedizinischen Typus des Gesprächs mit dem Arzt, für den Zyklen von Frage seitens des Arztes / Antwort des Patienten / Urteil des Arztes kennzeichnend sind, von einem heterodoxen Typus, bei dem für lange Zeit der Patient das Wort hat.<sup>43</sup> Dieser Typus kommt Shorters »traditioneller« Form der medizinischen Konsultation nahe, von der ich im ersten Abschnitt gesprochen habe.

Von Scott stammt eine Studie zur »Homöopathie als feministischer Form der Medizin«. Sie befragte in Großbritannien Homöopathinnen ohne ärztliche Qualifikation und erblickte in folgendem Punkt den feministischen Charakter der Homöopathie:

Homöopathen, und insbesondere feministische Homöopathen, haben damit begonnen, ein »ganzheitliches« System der Medizin zu schaffen, das sich mit dem Problem des (biomedizinischen) ontologischen Dualismus (von Körper und Seele) auseinandersetzt.<sup>44</sup>

Scott kommentiert diesen ganzheitlichen Ansatz mit der Feststellung, daß:

innerhalb der alternativen [...] Therapien eine komplexe Bewegung der Medikalisierung / Demedikalisierung im Gange ist. Während ihre Tendenz, Macht und Verantwortung vom praktischen Arzt auf den Patienten zu verlagern, demedikalisierend wirkt, kann ihre Tendenz, das gesamte gesellschaftliche Leben in den Zugriffsbereich der Medizin einzubeziehen, sich aufs Nachdrücklichste medikalisierend auswirken.<sup>45</sup>

Armstrong hatte sich zu diesem Dualismus zwischen Medikalisierung und Demedikalisierung bereits vor fünfzehn Jahren geäußert. Aus Foucaultscher Perspektive deutete er die Integration der Patientenberichte in die medizinische Arbeit als einen neuen medizinischen Blick. Während der von Foucault analysierte Blick den Kranken um 1800 aus der medizinischen

41 May/Sirur (1998), S. 173.

42 Z.B. Fuller (1996); Johannessen (1997); Sharma (1992); ausführlicher Andritzky (1977), S. 32ff. Ein Überblick über Untersuchungen zur Wirksamkeit der Homöopathie findet sich bei Hornung (1996). Sein Ergebnis lautet, daß diese Wirksamkeit weder erwiesen noch widerlegt ist, obwohl es eine ganze Fülle solcher Studien gibt. - In ihrem populärwissenschaftlichen, aber wissenschaftlich fundierten Buch stellen Bettchart u. a. (1995), S. 808, die Homöopathie als bei vielen chronischen und psychosomatischen Erkrankungen potentiell hilfreich dar.

43 Fairclough (1992), S. 142, 146.

44 Scott (1998), S. 210.

45 Scott (1998), S. 209.

Kosmologie zum Verschwinden brachte,<sup>46</sup> kehrte nach dem Zweiten Weltkrieg der Kranke in die Biomedizin zurück. Dieser neue Blick machte die Medikalisation komplett.<sup>47</sup>

### Schluß

In der Homöopathie ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient sowohl eine traditionelle wie eine postmoderne. Um 1800 spielten die Patienten innerhalb einer von den Klienten dominierten Medizin eine aktive Rolle; nicht nur in der Homöopathie, sondern überhaupt im Verlauf der medizinischen Konsultation war, was sie zu berichten hatten, von großer Wichtigkeit. Mit der Herausbildung der Krankenhaus- und Labormedizin wurde die Bedeutung dieser Berichte durch die der aus Artefakten gewonnenen medizinischen Daten ersetzt. Die Rolle des Patienten wurde eine passive und nur noch komplementäre zu derjenigen des Arztes als des Leistungserbringers. Heute steht diese medikalisierte Rolle unter breiter Kritik; selbst Autoren aus dem Bereich der Biomedizin verlangen Aktivität und die Übernahme von Verantwortung auf Seiten des Patienten. Dies sind Elemente der postmodernen Patientenrolle, die in mancher Hinsicht der traditionellen und modernen Rolle des homöopathischen Patienten entsprechen.

---

46 Vgl. Jewson (1976).

47 Armstrong (1983); zu seiner Kritik des Holismus, siehe Armstrong (1986).

**Bibliographie**

- Abbott, Andrew: *The System of Professions*. Chicago 1988.
- Andritzky, Walter: *Alternative Gesundheitskultur*. Berlin 1997.
- Arksey, Hilary: *Expert and Lay Participation in the Construction of Medical Knowledge*. In: *Sociology of Health and Illness* 16 (1994), 448-468.
- Armstrong, David: *Political Anatomy of the Body*. Cambridge 1983.
- Armstrong, David: *The Problem of the Whole-Person in Holistic Medicine*. In: *Holistic Medicine* 1 (1986), 27-36.
- Astin, John A.: *Why Patients Use Alternative Medicine. Results of a National Study*. In: *JAMA* 279 (1998) 19, 1548-1553.
- Atkinson, Paul: *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic*. London etc. 1995.
- Becker-Mrotzek, Michael: *Kommunikation und Sprache in Institutionen*. In: *Deutsche Sprache* (1992) 20, 275-286, 336-369.
- Bell, Daniel: *The Coming of Post-industrial Society*. New York 1973.
- Bettschart, Roland u. a.: *Bittere Naturmedizin. Wirkung und Bewertung der alternativen Behandlungsmethoden, Diagnoseverfahren und Arzneimittel*. Köln 1995.
- Bliesener, Thomas: *Die Visite – ein verhinderter Dialog. Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal*. Tübingen 1982.
- Borck, Cornelius: *Anatomien medizinischer Erkenntnis*. In: Borck, Cornelius (Hg.): *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle*. Frankfurt / Main 1996, 9-54.
- Bourdieu, Pierre: *Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyrischen Gesellschaft*. Frankfurt / Main 1976 (französisch 1972).
- Bourdieu, Pierre: *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt / Main 1982 (französisch 1979).
- Bury, Michael: *Health and Illness in a Changing Society*. London; New York 1997.
- Conrad, Peter; Schneider, Joseph W.: *Deviance and Medicalization*. St. Louis etc. 1980.
- Elder, Nancy C.; Gillcrst, Amy: *Use of Alternative Health Care by Family Practice Patients*. In: *Archives of Family Medicine* 6 (1997), 181-184.
- Fairclough, Norman: *Discourse and Social Change*. Cambridge 1992.
- Fuller, Stephen: *The Handbook of Complementary Medicine*. Oxford 1996<sup>3</sup>.
- Freidson, Eliot: *Profession of Medicine*. New York 1970.
- Furnham, Adrian; Vincent, Charles; Wood, Rachel: *The Health Beliefs and Behaviors of Three Groups of Complementary Medicine and a General Group of Patients*. In: *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 1 (1995) 4, 347-359.
- Furnham, Adrian; Smith, Chris: *Choosing Alternative Medicine: A Comparison of the Beliefs of Patients Visiting a General Practitioner and a Homoeopath*. In: *Social Science and Medicine* 26 (1988) 7, 685-689.
- Giddens, Anthony: *Jenseits von links und rechts: die Zukunft radikaler Demokratie*. Frankfurt / Main 1997<sup>2</sup>.

Glück, Jürgen; Matt, Eduard; Weingarten, Elmar: Sprachliche Realisierung von hierarchischen Kontexten. In: Hans-Georg Soeffner (Hg.): Beiträge zu einer Soziologie der Interaktion. Frankfurt / Main; New York 1984.

Göckenjan, Gerd: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt / Main 1985.

Goubert, Jean-Pierre: The Medicalization of French Society at the End of the Ancien Régime. In: Stevenson, Lloyd G. (Hg.): The Celebration of Medical History. Baltimore; London 1982, 157-172.

Gülich, Elisabeth: ›Experten‹ und ›Laien‹: Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Konferenz der deutschen Akademien der Wissenschaften und der Sächsischen Akademie der Wissenschaften (Hg.): Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Hildesheim 1999, 165-196.

Hornung, Joachim: Quo vadis Homöopathieforschung? Über klinische Studien und Arzneimittelprüfung am Gesunden in der Homöopathie. In: Forschende Komplementärmedizin 3 (1996), 91-101.

Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Göttingen 1985.

Jewson, N.D.: Medical Knowledge and the Patronage System in the 18th Century England. A Sociological Analysis. In: Sociology 8 (1974), 369-385.

Jewson, N.D.: The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1880. In: Sociology 10 (1976), 225-244.

Johannessen, Helle: An Overview of Alternative Medicine in Europe. MS Ruds Vedby 1997.

Johnson, A.; Hufbauer, K.: Sudden Infant Death Syndrome as a Medical Research Problem since 1945. In: Social Problems 30 (1982), 65-81.

Kelner, Merrijoy; Wellman, Beverly: Health Care and Consumer Choice: Medical and Alternative Therapies. In: Social Science and Medicine 45 (1997) 2, 203-212.

Kevelaer, Karl-Heinz v.: Das Arzneimittelgesetz von 1976. Entstehungsbedingungen und Entscheidungsprozeß. Soziolog. Diplomarbeit, Bielefeld (MS) 1980.

Kleinman, Arthur: Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderline between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley 1980.

Lachmund, Jens; Stollberg, Gunnar (Hg.): The Social Construction of Illness. Stuttgart 1992.

Lachmund, Jens; Stollberg, Gunnar: Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Opladen 1995.

Loux, Françoise: Folk Medicine. In: Bynum, W.F.; Porter Roy (Hg.): Companion Encyclopedia of the History of Medicine. 2 Bde. London; New York 1993, 1, 661-675.

Mishler, Elliot G.: The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Norwood 1984.

May, Carl; Sirur, Deepak: Art, Science and Placebo: Incorporating Homeopathy in General Practice. In: Sociology of Health and Illness 20 (1998), 168-190.

Oetker, Friedrich: Lebenserinnerungen. 2 Bde. Stuttgart 1878.

Parsons, Talcott: The Social System. Glencoe 1951.

- Plagemann, Hermann: Der Wirksamkeitsnachweis nach dem Arzneimittelgesetz von 1976. Funktionen und Folgen eines unbestimmten Rechtsbegriffs. Baden-Baden 1979.
- Porter, Roy (Hg.): Patients and Practitioners: Lay Perceptions of Medicine in Preindustrial Society. Cambridge 1985.
- Porter, Roy; Porter, Dorothy: In *Sickness and in Health. The British Experience 1650-1850*. London 1988.
- Quasthoff-Hartmann, Uta: Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen. In: Köhle, Karl; Raspe, Hans-Heinrich (Hg.): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. Hamburg 1982, 7-101.
- Ramsay, Matthew: *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830*. Cambridge 1988.
- Rellecke, Eva-Maria: Selbstverantwortung und Mitbestimmung des Patienten bei seiner Behandlung. In: Löning, Petra; Sager, Sven F. (Hg.): *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche*. Hamburg 1986, 39-83.
- Rothschuh, Karl Eduard: *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart 1978.
- Schulze, Gerhard: *Die Erlebnis-Gesellschaft*. Frankfurt / Main; New York 1992.
- Schüppel, Reinhart: Constantin Hering (1800-1880): Ein Akademiker gründet Institutionen. In: Dinges, Martin (Hg.): *Homöopathie. Patienten, Heilkundige, Institutionen. Von den Anfängen bis heute*. Heidelberg 1996, 296-317.
- Schütz, Alfred: Der gut informierte Bürger. In: Alfred Schütz: *Gesammelte Aufsätze II*. Hg. v. Arvid Brodersen. Den Haag 1972, 85-101.
- Scott, W.J.: PTSD in DSM-III: a Case in the Politics of Diagnosis and Disease. In: *Social Problems* 37 (1990), 294-310.
- Scott, Anne: Homoeopathy as a Feminist Form of Medicine. In: *Sociology of Health and Illness* 20 (1998), 191-214.
- Sharma, Ursula: *Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients*. London; New York 1992.
- Sharma, Ursula M.: Using Alternative Therapies: Marginal Medicine and Central Concerns. In: Davey, Basiro; Gray, Alastair; Seale, Clive (Hg.): *Health and Disease. A Reader*. Buckingham; Philadelphia 1995<sup>2</sup>.
- Shorter, Edward: The History of the Doctor-Patient-Relationship. In: Bynum, W.F.; Porter, Roy (Hg.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. 2 Bde. London; New York 1993, 2, 783-800.
- Stehr, Nico: *Knowledge Societies*. London etc. 1994.
- Touraine, Alain: *Post-industrial Society*. New York 1971 (französisch 1969).
- Tuckett, David u. a.: *Meetings between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*. London; New York 1985.
- Vincent, Charles; Furnham, Adrian: Why Do Patients Turn to Complementary Medicine? In: *British Journal of Clinical Psychology* 35 (1996), 37-48.
- Vithoulkas, George: *The Science of Homoeopathy*. Wellingborough 1986.
- Warner, John Harley: *The Therapeutic Perspective. Medical Practice, Knowledge, and Identity in America, 1820-1885*. Cambridge / Ma. 1986.

Willems, Dick: Susan's Breathlessness – The Construction of Professionals and Laypersons. In: Lachmund, Jens; Stollberg, Gunnar (1992), 105-114.

Young, Allan: Reconstructing Rational Minds: Psychiatry and Morality in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: Lachmund, Jens; Stollberg, Gunnar (1992), 115-124.

Wolff, Eberhard: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: Paul, Norbert und Schlich, Thomas (Hg.): *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt / Main; New York 1998, 311-334.

Wolff, Eberhard: Perspectives on Patients' History: Methodological Considerations on the Example of Recent German-Speaking Literature. In: *Canadian Bulletin for Medical History* 15 (1998), 207-228.





# Der homöopathische Patient in der niedergelassenen Arztpraxis – Ergebnisse einer vergleichenden Patientenbefragung in konventionellen Arztpraxen und homöopathischen Privat- und Kassenpraxen\*

Martina Günther

## Summary

*The Homeopathic Patient: Comparative Results of Homeopathic and Conventional GP Patient Interviews*

This paper compares the results of homeopathic and conventional patient interviews. It is based on data from 284 patient interviews, conducted by 14 General Practitioners in 1993-94. Homeopathic treatment was used with 174 of the patients, while 110 were treated using conventional methods.

In this sample, homeopathic patients were younger and better educated than those treated conventionally. They tended to be involved in pedagogy, health-care and social services. Their knowledge of homeopathy is often minimal, yet their expectations concerning their illnesses and treatment often reflect homeopathic concepts. Apparently, their general life view corresponds to certain parts of homeopathic philosophy. Homeopathic patients are more critical of medicine in general, and often have negative experiences with conventional medicine.

Conventionally treated patients and homeopathically treated patients are equally satisfied with their physicians and treatment. In some cases homeopathic treatment also had positive effects on the patient's mood, sleeping habits, etc. Homeopathic patients tend to have healthier lifestyles than the others. They tend to choose homeopathy for its perceived effectiveness, which is largely based on their own experience, and that of other persons in their social surroundings. Most of the homeopathic patients receive social support for homeopathy. They actively recommend homeopathy and regularly meet others who are also treated homeopathically.

Dissatisfaction and negative experiences with conventional treatment may be one reason for turning to homeopathy initially. Long-lasting reasons to continue using homeopathy are: effectiveness, good care of the homeopathic doctors, congruence with the patient's worldview, and greater patient responsibility for his/her own health.

## Einführung

Die Homöopathie gehört in Deutschland neben Naturheilkunde im engeren Sinne, Neuraltherapie und Akupunktur zu der am häufigsten angewendeten »Alternativen Medizin«.<sup>1</sup> Nach Schätzungen praktizieren in Deutschland zwischen 4000 und 16000 Ärzte regelmäßig Homöopathie.<sup>2</sup> Die »klassische Homöopathie«, welche jeweils nur ein Arzneimittel zur gleichen Zeit verordnet und eine individuelle Mittelwahl durchführt, zeichnet sich durch

---

\* Dieser Beitrag wurde von der Karl und Veronica Carstens Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft gefördert.

1 Anonymus (1991); Marioth (1990); Noll (1987); Ritter (1968); Ritter/Habighorst (1996); Schönrock (1978); Schrömbgens (1978); Tauer-Angerer (1985).

2 FDG (1992).

einen intensiven Arzt-Patienten-Kontakt aus und hat ein eigenes, von der konventionellen Medizin unterschiedliches Krankheits- und Heilungskonzept.

Es gibt bisher eine kleine Anzahl von Untersuchungen, die sich mit den Patienten des homöopathischen Arztes beschäftigen.<sup>3</sup> Sie legen nahe, daß der homöopathische Patient besondere Charakteristika aufweist. Die folgende Arbeit stellt Teile der Ergebnisse einer Patientenbefragung von 1993/94 vor, welche in 14 allgemeinmedizinischen Praxen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde. Zur Auswahl der Praxen ist wichtig zu wissen, daß die klassische Homöopathie in Deutschland häufig in der Privatpraxis angewendet wird. So praktizierten 1993 von den 141 Allgemeinmedizinern, welche Mitglieder des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte im Land Nordrhein-Westfalen waren, ca. 50% in der Privatpraxis.

### Methodik

Es wurde ein Fragebogen bestehend aus Multiple-Choice und freien Fragen entwickelt, welcher neben den sozio-demographischen Daten, Erwartungen, Vorstellungen und Erfahrungen auch das Wissen der Patienten erfassen sollte. Die homöopathisch behandelten Patienten wurden zusätzlich zum sozialen Netzwerk und zu den Entscheidungsgründen für die Wahl der homöopathischen Therapie befragt.

Die Patienten wurden zufällig unter den wartenden ausgewählt und konnten den Fragebogen selbständig ausfüllen oder sich interviewen lassen. Die Befragung dauerte durchschnittlich 35 bis 40 Minuten. Pro Praxis wurden ca. 20 Patienten befragt. Von den 324 angesprochenen Patienten, haben 284 teilgenommen. (Responserate 83%).

Die Patienten verteilten sich wie folgt auf die Praxen: 81 homöopathisch behandelte Patienten wurden in homöopathischen Privatpraxen befragt. 80 konventionell therapierte Patienten wurden in schulmedizinischen<sup>4</sup> Kassenpraxen befragt. 123 Patienten wurden in Kassenpraxen befragt, die sowohl homöopathisch, als auch schulmedizinisch behandelten, überwiegend jedoch »einzelmittelhomöopathisch« arbeiteten. Von diesen 123 Patienten in »homöopathischer Kassenpraxis« wurden 93 homöopathisch behandelt und 30 konventionell. Somit wurden insgesamt 174 homöopathisch behandelte Patienten erfaßt und 110 konventionell therapierte Patienten.

Da die Auswertung noch nicht abgeschlossen ist, können im Folgenden nur schwerpunktartig einige Ergebnisse vorgestellt werden. Meistens werden im Folgenden nur alle homöopathisch behandelten mit allen konventionell (hier wird schulmedizinisch synonym verwendet) behandelten Patienten

3 Zum Beispiel Avina (1978); Förster (1993); Furnham (1988); Harrison (1989); Latzel (1989); Marioth (1990); Tauer-Angerer (1985).

4 Der Begriff »Schulmedizin« bzw. »schulmedizinisch« wird in diesem Artikel zur Benennung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin und ihrer Praktiken verwendet.

verglichen. Meistens fällt der Vergleich zwischen den homöopathisch Behandelten in der Privatpraxis und den konventionell Behandelten in der rein schulmedizinischen Praxis besonders extrem aus. Die Tendenz ist jedoch auch beim Vergleich aller Patienten sichtbar.

### Demographische Daten

**Geschlecht:** Die Geschlechtsverteilung in beiden Gruppen unterschied sich nicht deutlich: 59,2% der homöopathisch behandelten Patienten und 57,3% der schulmedizinisch behandelten Patienten waren weiblich.

**Alter:** Der Altersdurchschnitt des homöopathisch behandelten Patienten ist mit 38,3 Jahren deutlich jünger als der des schulmedizinisch behandelten Patienten mit 49,4 Jahren.

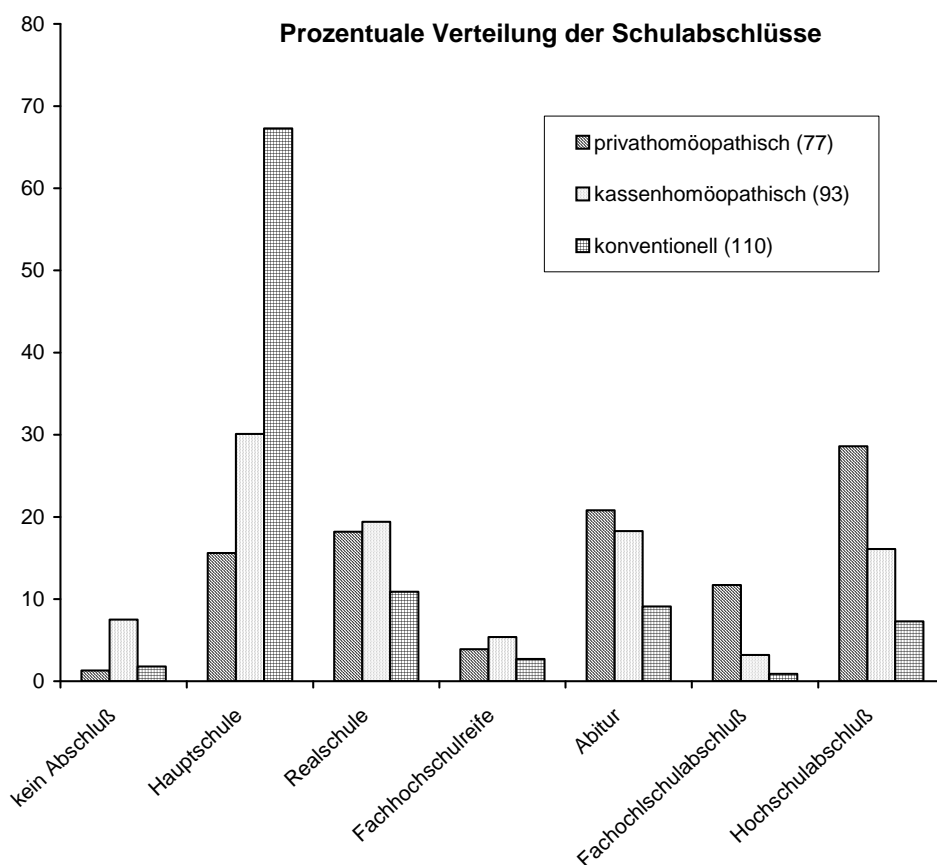


Abb. 1: Prozentuale Verteilung der Schulabschlüsse

Dies liegt zum Teil daran, daß Homöopathen deutlich mehr Kinder und Jugendliche therapieren. Selbst wenn man die unter 18jährigen bei der Berechnung des Altersdurchschnittes außen vor läßt, bleibt der Altersdurchschnitt des homöopathisch behandelten Patienten deutlich jünger (42,9 Jahre

gegenüber 51,4 bei schulmedizinisch behandelten Patienten). Aus der unterschiedlichen Altersstruktur ergibt sich eine Verzerrung der weiteren demographischen Daten. So gibt es bei den homöopathischen Patienten mehr Unverheiratete, weniger Verwitwete, und sie haben weniger Kinder.

*Bildung:* Wie die Abbildung 1 zeigt, sind die Patienten in homöopathischer Behandlung zumindest in dem hier untersuchten Sample deutlich besser ausgebildet. Die Patienten in der Privatpraxis weisen einen höheren Bildungsstand auf, als die in der Kassenpraxis.

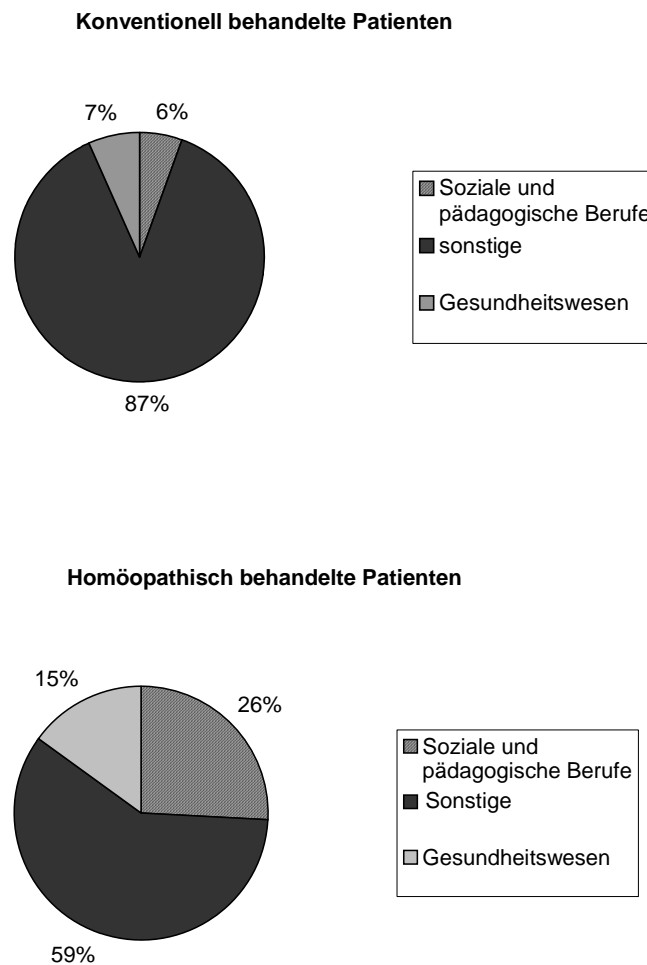


Abb. 2 und 3: Bildungsstand der Patienten

*Berufe:* Die Abbildungen 2 und 3 zeigen, daß pädagogisch-soziale Berufe und Berufe aus dem Gesundheitswesen in der homöopathischen Praxis deutlich überrepräsentiert sind. In der homöopathischen Privatpraxis machen diese fast die Hälfte der Patienten aus.

### Das Wissen der Patienten über Homöopathie

Um das Wissen der Patienten über Homöopathie abzufragen, wurde den Patienten eine Reihe von Aussagen vorgelegt, mit der Frage: Was glauben Sie, was das Besondere an Homöopathie ist?

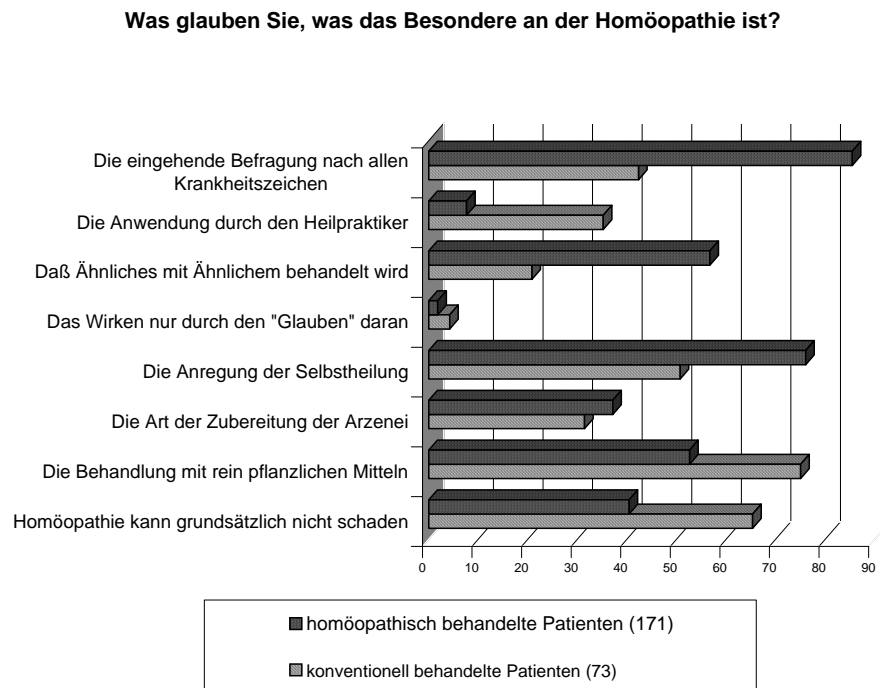


Abb. 4: Prozentualer Anteil der Patienten, die Aussagen bezüglich der Frage: »Was glauben Sie, was das Besondere an Homöopathie ist?« als zutreffend angekreuzt haben

Erstaunlicherweise ist das Wissen der Patienten über Homöopathie relativ schlecht. So glauben doch immerhin über 50% der homöopathisch behandelten Patienten, Homöopathie behandle mit rein pflanzlichen Mitteln. Die Verwechslung der Homöopathie mit Phytotherapie zeigt sich auch bei 75% der konventionell therapierten Patienten. Bemerkenswert ist weiterhin, daß auch die konventionell therapierten Patienten nicht von einer Wirkung nur durch den Glauben, also von einer reinen Placebowirkung ausgehen. Immerhin wählen doch über 50% der homöopathischen Patienten die Anregung der Selbstheilung, die Ähnlichkeitsregel und die ausführliche Anamnese als charakteristisch für die Therapie aus. Homöopathische Patienten gehen deutlich häufiger davon aus, daß Homöopathie auch schaden kann.

## Kennzeichnung der Schulmedizin

Unter der Frage: »Was glauben Sie, was die Schulmedizin kennzeichnet?« wurden die Patienten zu ihrer Meinung über die Schulmedizin befragt.

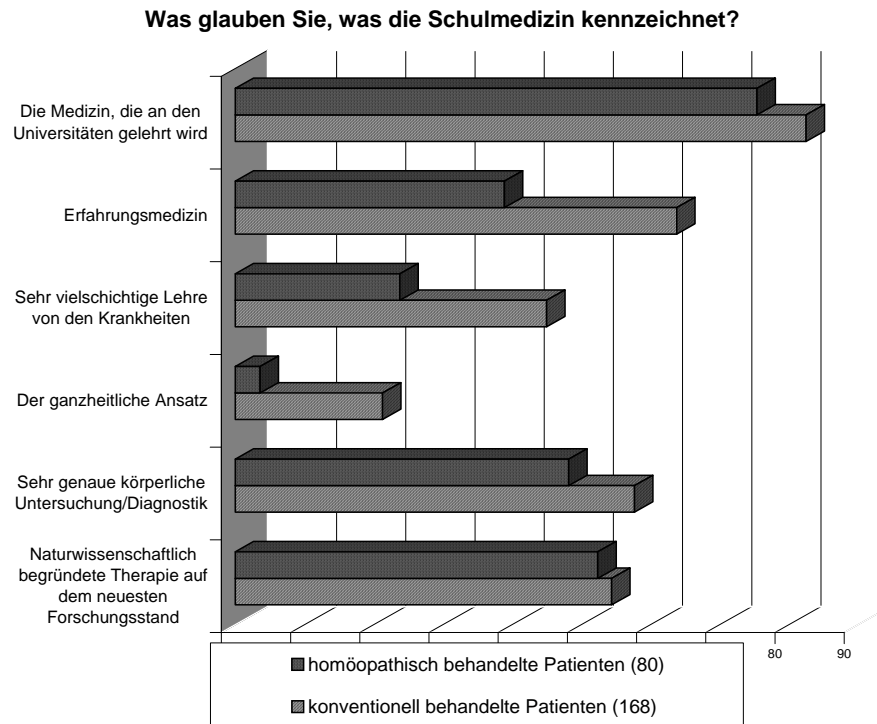


Abb. 5: Prozentualer Anteil der Patienten, die Aussagen bezüglich der Frage: »Was glauben Sie, was die Schulmedizin kennzeichnet?« als zutreffend angekreuzt haben

Die beste Charakterisierung der Schulmedizin ist nach Patientenmeinung, daß Schulmedizin die Medizin ist, die an den Universitäten gelehrt wird. Beide Gruppen empfinden Schulmedizin als wenig ganzheitlich. Auch der Aussage: »Naturwissenschaftlich begründete Therapie auf dem neuesten Forschungsstand« können nur ungefähr die Hälfte der Patienten zustimmen.

Am stärksten differieren die Patientengruppen, wenn es um Erfahrungsmedizin bzw. die vielschichtige Lehre von den Krankheiten geht. Bei diesen Punkten glauben die homöopathischen Patienten deutlich seltener, daß die Schulmedizin diese Kriterien erfüllt.

## Allgemeine Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit

Den Patienten wurden einige Aussagen zu Krankheit und Gesundheit vorgelegt. Dabei konnten sie zwischen fünf Antwortmöglichkeiten wählen: trifft



nicht zu (=1), trifft eher nicht zu (=2), trifft teils/teils zu (=3), trifft eher zu (=4), trifft voll zu (=5).

Tabelle 1 zeigt in gerundeten Prozent, wie viele der homöopathisch bzw. konventionell therapierten Patienten der Aussage mit »trifft eher zu« (=4 auf der Skala) bzw. »trifft voll zu« (=5) zugestimmt haben.

**Tabelle 1:** Was glauben Sie, trifft für Gesundheit und Krankheit prinzipiell zu?

Zugestimmt haben in % der Patienten	homöopathisch	schulmedizinisch
Die heutige Medizin kann bei den allermeisten Krankheiten/Problemen helfen.	29	67
Schwere Erkrankungen brauchen stark wirkende Medikamente.	14	48
Durch geeignete »Arzneimittel« werden die Selbstheilungskräfte des Körpers angeregt.	84	67
Natürliche Substanzen (Pflanzen, Kräuter...) können oft besser helfen als chemische Mittel.	72	50
Die heutige Medizin hat für alle Beschwerden eine stimmige Erklärung.	15	28
Die heutige Medizin unterschätzt, daß Krankheiten psychische Ursachen haben.	76	57
Ich bin allein verantwortlich für meine Gesundheit.	55	60
Bei der Behandlung soll sich der Arzt auf die körperlichen Symptome konzentrieren.	15	40
Es helfen auch Medikamente, von denen man nicht weiß, wie sie wirken.	60	30
Die Natur ist mit ihrer Harmonie und ihrem Rhythmus ein Vorbild für eine gesunde Lebensweise.	88	82
Die verschiedenen Beschwerden eines Menschen sind Ausdruck derselben »inneren« Störung.	65	47

Der Patient in homöopathischer Behandlung zeigt sich deutlich kritischer gegenüber der heutigen Medizin. So glauben weniger homöopathisch behandelte als schulmedizinisch behandelte Patienten, daß die Medizin meist helfen kann und stimmige Erklärungen für Beschwerden findet. Auch unterstellen homöopathisch behandelte Patienten der Medizin häufiger ein Unterschätzen der psychischen Ursachen von Krankheit.

Auf der anderen Seite stimmen sie häufiger Aussagen zu, welche dem homöopathischen Konzept von Krankheit nahekommen: Homöopathie setzt eine Störung der »Lebenskraft« als Ursache für die Erkrankung voraus (Beschwerden sind Ausdruck einer »inneren« Störung) und hofft durch homöopathische Medikamente die Selbstheilung des Menschen zu veranlassen. Dabei ist nicht bekannt, wie diese wirken.

Aussagen, die der Homöopathie als ganzheitlicher (keine Konzentration auf körperliche Symptome) und sanfter Medizin (keine starken Medikamente) entgegenstehen, werden vom homöopathisch behandelten Patienten eher abgelehnt.

### Erwartungen der Patienten

Die Patienten wurden gefragt, was sie von der Behandlung bei diesem Arzt erwarten. Dabei konnten sie wieder zwischen fünf Antwortmöglichkeiten von Ablehnung bis Zustimmung wählen.

Tabelle 2 zeigt in gerundeten Prozent, wieviel der homöopathisch bzw. konventionell therapierten Patienten der Antwort mit »trifft eher zu« bzw. »trifft voll zu« zugestimmt haben.

**Tabelle 2:** Was erwarten Sie von der Behandlung bei diesem Arzt?

Ich erwarte, daß er/sie	Zugestimmt haben in % der Patienten	
	homöopathisch	schulmedizinisch
...mich körperlich gut untersucht.	47	69
...schnell meine Symptome beseitigt bzw. die Beschwerden lindert.	35	78
...meine Widerstandskraft gegen Krankheiten erhöht.	83	57
...mir den Grund für meine Beschwerden erklärt.	80	95
...die tiefere Ursache für mein Kranksein behandelt.	91	77
...bei der Behandlung auch meine Persönlichkeit/Psychologie berücksichtigt.	91	75
...mir hilft, etwas über den »Sinn« der Erkrankung für mein Leben zu erfahren.	57	43

Der homöopathisch behandelte Patient erwartet weniger häufig, vom Arzt auch gut untersucht zu werden. Dies liegt sicher vor allen Dingen daran, daß der Homöopath in unserem Patientengut nur in 60% der Fälle auch die Hausarztfunktion erfüllt. Gerade die Patienten der homöopathischen Privatpraxis gehen häufig gezielt nur zur Therapie zum Homöopathen, während sie zur Diagnostik andere Ärzte aufsuchen. Bei den konventionell therapierten Patienten erfüllte der Arzt in 95% der Fälle auch Hausarztfunktion.

Eine schnelle Linderung der Beschwerden wird vom homöopathisch behandelten Patienten deutlich seltener erwartet als vom schulmedizinisch behandelten. Dies hat zum einen damit zu tun, daß der homöopathisch behandelte Patient die Praxis häufiger mit chronischen Beschwerden aufsucht, als der schulmedizinisch behandelte. Auf der anderen Seite scheint

eine schnelle Heilung von der Homöopathie heute auch gar nicht mehr erwartet zu werden.

Die Behandlung der tieferen Ursache der Erkrankung (Störung der Lebenskraft) – mit Anhebung der Widerstandskraft – unter Berücksichtigung der Psyche werden als Teile der homöopathischen Lehre vom homöopathisch behandelten Patienten auch öfter erwartet als vom schulmedizinisch behandelten. Interessanterweise erwarten mehr schulmedizinisch behandelte Patienten, einen Grund für Ihre Beschwerden genannt zu bekommen, während für den homöopathisch behandelten Patienten der Sinn der Erkrankung wichtiger ist.

### Frühere Erfahrungen

In einer weiteren Frage wurden die Patienten nach ihren früheren Erfahrungen mit ärztlicher Behandlung gefragt, wobei der jetzige Behandler ausdrücklich ausgenommen wurde. In Tabelle 3 sind wieder angegeben, wieviel Prozent der Patienten eher oder voll zugestimmt haben.

**Tabelle 3:** Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit ärztlicher Behandlung gemacht (Ihren jetzigen Behandler ausgenommen)?

	Zugestimmt haben in % der Patienten	
	homöopathisch	schulmedizinisch
Durch Einnahme von Medikamenten habe ich große Erleichterung meiner Beschwerden erfahren.	21	60
Ich habe schlechte Erfahrungen mit Nebenwirkungen von Medikamenten gemacht.	37	22
Ich glaube, mir wurden falsche Medikamente verschrieben.	22	14
Man hat eine stimmige Ursache für meine Beschwerden gefunden.	26	67
Ärzte waren/sind kompetente Ansprechpartner für meine Gesundheitsfragen.	28	74
Die Ärzte haben sich genug Zeit für mich genommen.	27	59
Ich fühlte mich von den Ärzten als Person angenommen.	37	66
Ich konnte aktiv an meiner Genesung mitwirken.	32	63
Ärzte haben die gleichen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen wie ich.	13	46
Ich hatte/habe Angst, daß chemische Arzneimittel schaden.	68	41

Homöopathisch behandelte Patienten haben seltener gute und häufiger schlechte Erfahrungen mit früherer ärztlicher Behandlung gemacht als

schulmedizinisch behandelte Patienten. Dies könnte zum einen daran liegen, daß homöopathisch behandelte Patienten kritischer und schwerer zufriedenzustellen sind. Zum anderen sind jedoch gerade chronisch Kranke (welche beim homöopathischen Arzt überwiegen) von der Schulmedizin häufiger enttäuscht als andere Patienten.

### Erfahrungen mit dem jetzigen Arzt

In ähnlicher Weise wie die Erwartungen der Patienten, wurden auch die Erfahrungen mit dem derzeitigen Behandler untersucht. Die Patienten hatten jedoch neben der Wahl zwischen Ablehnung und Zustimmung auf der Skala von 1-5 auch die Möglichkeit, mit »Ich weiß nicht« zu antworten. Die Tabelle 4 zeigt wieder, wieviel Prozent der Patienten den Aussagen voll oder eher zugestimmt haben.

**Tabelle 4:** Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihrem Arzt/Ärztin hier gemacht?

	Zugestimmt haben in % der Patienten	
	homöopathisch	schulmedizinisch
Ich glaube, mein Arzt macht sich Gedanken über mein Wohlbefinden.	88	86
Ich kann mit meinem Arzt über alles reden.	84	86
Mein Arzt nimmt sich genug Zeit für mich.	88	84
Ich glaube, mein Arzt hat ähnliche Vorstellungen von Gesundheit/Krankheit wie ich.	73	71
Mein Arzt erklärt mir die Gründe für meine Beschwerden.	60	83
Ich fühle mich von meinem Arzt als Person angenommen.	88	90
Mein Arzt untersucht mich gut körperlich.	88	90
Ich glaube mein Arzt ist kompetent für die Wahl der Therapie.	90	90
Ich kann hier aktiv an meiner Genesung mitwirken.	77	78

Nach der Zufriedenheit mit dem derzeitigen Arzt insgesamt befragt, geben 89% der homöopathisch behandelten Patienten an, »zufrieden« oder »sehr zufrieden« zu sein und 94,5% der schulmedizinisch behandelten.

Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Behandler zeigen sich also kaum Unterschiede zwischen den Patienten. Auch die anderen Erfahrungen mit dem aktuellen Behandler stellen sich in beiden Patientengruppen eher positiv dar. Der homöopathische Arzt scheint weniger die Gründe für die Beschwerden zu erklären, das wird – wie vorher erläutert wurde – von homöopathisch behandelten Patienten auch weniger erwartet.

## Gesundheitsverhalten und Selbsteinschätzung der Gesundheit

Insgesamt scheint sich der homöopathisch behandelte Patient nach eigenen Angaben etwas gesünder zu verhalten als der schulmedizinisch behandelte.

So treiben 55% der homöopathisch behandelten Patienten regelmäßig *Sport* (51% der schulmedizinisch behandelten), nur 17% der homöopathisch behandelten *rauchen* (37% der schulmedizinisch behandelten), auf *gesunde Ernährung* achten 78% der homöopathisch behandelten (61% der schulmedizinisch behandelten), *Entspannungsübungen* machen regelmäßig 31% der homöopathisch behandelten (17% der schulmedizinisch behandelten) und auf *erholsamen Schlaf* achten 71% der homöopathisch behandelten (65% der schulmedizinisch behandelten).

Ihren *Gesundheitszustand* insgesamt schätzen die homöopathisch behandelten Patienten ebenfalls besser ein als die schulmedizinisch behandelten: So bezeichnen 60% der homöopathisch behandelten ihren Gesundheitszustand als »sehr gut« oder »ziemlich gut«, während dies lediglich 46% der schulmedizinisch behandelten tun.

Fragt man die Patienten jedoch nach einzelnen Punkten der *Befindlichkeit*, die für den Verlauf der homöopathischen Behandlung wichtig sind, so stufen sich die homöopathisch behandelten Patienten nur für den Schlaf besser ein.

Im Einzelnen werden als »eher gut« oder »sehr gut« eingestuft: die *Widerstandskraft* von 49% der homöopathisch behandelten, 60% der schulmedizinisch behandelten Patienten, die *Tatkraft* von 63% der homöopathisch behandelten, 66% der schulmedizinisch behandelten Patienten, die *Stimmung* von 46% der homöopathisch behandelten, 52% der schulmedizinisch behandelten Patienten, die *Beziehungen* zu den Menschen ihrer Umgebung von 79% der homöopathisch behandelten, 89% der schulmedizinisch behandelten Patienten, der *Schlaf* von 57% der homöopathisch behandelten, 53% der schulmedizinisch behandelten Patienten.

## Veränderung des Befindens unter der Therapie

Im weiteren wurden die Patienten, welche mindestens zum dritten Mal in der Praxis waren, nach der Veränderung ihrer Beschwerden unter der Therapie befragt. Dabei konnten die Patienten wählen zwischen: »deutlich verschlechtert«, »eher verschlechtert«, »teils/teils«, »eher verbessert«, »deutlich verbessert« und »unverändert«. Genauso sollten die Patienten zur Veränderung der Widerstandskraft, der Tatkraft etc. Stellung nehmen.

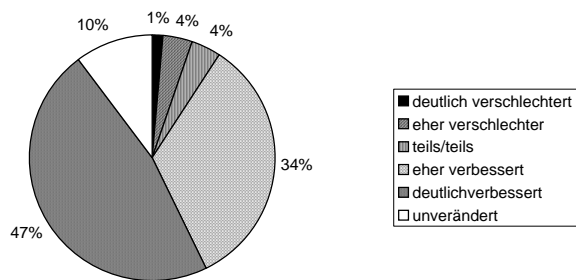
Tabelle 5 zeigt, wieviel Prozent der Patienten jeweils eine Besserung angegeben haben (»deutlich verbessert« oder »eher verbessert«).



**Tabelle 5:** Verbesserung des Befindens während der Therapie

	Patienten in %	
	homöopathische	schulmedizinische
Verbesserung der Beschwerden	81%	81%
Verbesserung der Widerstandskraft	52%	28%
Verbesserung der Tatkraft/Energie	42%	21%
Verbesserung der Stimmungslage	46%	16%
Verbesserung der Beziehungen zu den Menschen der Umgebung	28%	6%
Verbesserung des Schlafes	23%	9%

**Veränderung der Beschwerden bei konventionell behandelten Patienten**



**Veränderung der Beschwerden bei homöopathisch behandelten Patienten**

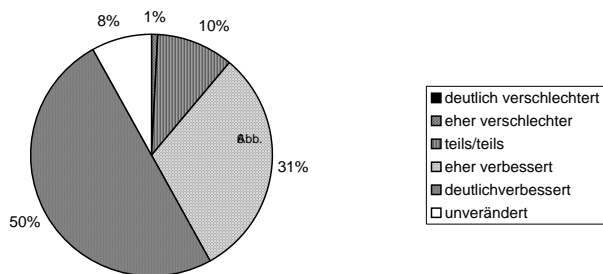


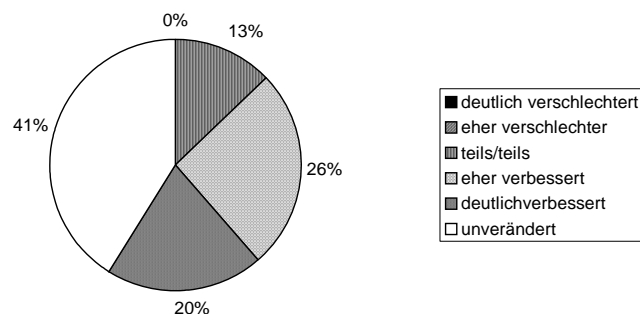
Abb. 6 und 7: Veränderungen der Beschwerden



Die Verbesserung ihrer Beschwerden beurteilen homöopathisch und schulmedizinisch behandelte Patienten in etwa gleich.

Die übrigen abgefragten Aspekte der »Befindlichkeit« des Patienten werden von den homöopathisch behandelten Patienten deutlich häufiger als gebessert angegeben als von den schulmedizinisch behandelten. Besonders deutlich ist der Unterschied bei der Beurteilung der Stimmung.

**Stimmungsveränderung bei homöopathisch behandelten Patienten**



**Stimmungsveränderung bei konventionell behandelten Patienten**

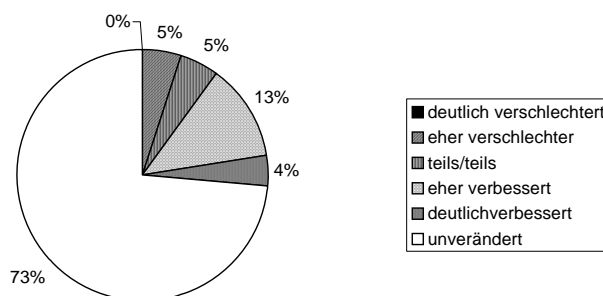


Abb. 8 und 9: Veränderungen der Stimmung

Dieser Unterschied läßt sich zum einen daraus erklären, daß der Homöopath seine Patienten häufiger nach ihrer Stimmung fragt und somit ein größeres Bewußtsein für Veränderungen vorhanden ist. Es kann ja sein, daß schulmedizinisch behandelte Patienten Stimmungsveränderungen einfach nicht auf die Therapie beziehen. Auf der anderen Seite muß erwogen wer-

den, ob sich die homöopathische Therapie nicht tatsächlich stärker auf die Befindlichkeit der Patienten auswirkt.

### Entscheidungsgründe für die Wahl einer homöopathischen Behandlung

Den homöopathischen Patienten wurden einige Gründe für die Wahl einer homöopathischen Therapie vorgelegt und sie mußten sich auf einer Skala von 1-5 zwischen »unwichtig« (entspricht 1) und »sehr wichtig« (entspricht 5) entscheiden. Zusätzlich hatten sie die Möglichkeit, selbstformulierte Gründe hinzuzufügen (freie Antworten).

Tabelle 6 zeigt, wieviel Prozent aller homöopathischen Patienten die genannten Gründe als wichtig einstufen, indem sie auf der Skala 4 oder 5 ankreuzten. In der zweiten Zeile wurde die gleiche Auswertung für die Patienten durchgeführt, die vorher noch nie in homöopathischer Behandlung waren und zum ersten oder zweiten Mal die jeweilige Praxis aufsuchten. Hierbei handelt es sich also um Patienten, die sich gerade neu für die homöopathische Behandlung entschieden haben. Dies waren in unserer Untersuchung 21 Patienten.

**Tabelle 6:** Wie wichtig sind jetzt die folgenden Gründe für Sie bei Ihrer Entscheidung für die homöopathische Therapie?

Wichtig fanden diese Gründe in % der homöopathischen Patienten

	alle Patienten	neue Patienten
Die Wirksamkeit der Homöopathie	92	81
Die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin	47	67
Homöopathie entspricht meiner Lebenseinstellung	61	57
Die gute Betreuung durch den homöopathischen Arzt	78	62
Die größere Eigenverantwortung für die Genesung	64	62
Weil ich alles ausprobieren will	13	24

Aus den Zahlen wird deutlich, daß die Wirksamkeit der Homöopathie der wichtigste Entscheidungsgrund für die homöopathische Therapie ist, unabhängig davon, ob die Patienten schon länger in Therapie sind. Bei den neuen Patienten spielte als zweites die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin eine große Rolle bei der Wahl der Entscheidung, dicht gefolgt von der guten Betreuung und der größeren Eigenverantwortung unter der homöopathischen Therapie. Mit dem längeren Verlauf der Therapie, tritt die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin offenbar als Grund für die Wahl der homöopathischen Therapie zurück (liegt nur noch an 5. Stelle), während gleichzeitig die gute Betreuung durch den Arzt an Wichtigkeit gewinnt.

55 Patienten haben die Möglichkeit genutzt noch selbstformulierte Gründe für die Wahl der Homöopathie anzugeben. Dabei wurden 19 mal *gute eigene Erfahrungen oder gute Erfahrungen anderer* als Grund genannt. Davon waren es 6 mal gute Erfahrungen mit der Behandlung der eigenen Kinder, die schließlich die Eltern bewogen haben, sich auch homöopathisch behandeln zu lassen. *Die Vermeidung von Antibiotika, chemischer oder starker Medikamente und deren Nebenwirkungen* wurde 16 mal angemerkt. *Die ganzheitliche Behandlung bzw. das Miteinbeziehen der Psyche* wurde 8 mal genannt. *Homöopathische Behandlung auf Wunsch oder Empfehlung des Arztes* erfolgte 4 mal. Die *eigentliche Ursache der Krankheit behandelt* haben wollten 4 Patienten.

Jeweils zweimal wurden genannt (in Stichworten): Gutes Vertrauen zum Arzt, Klärung von Sinnzusammenhängen, daß der Arzt sich viel Zeit nimmt, Versagen der Schulmedizin, Verabreichung milder bzw. natürlicher Medikamente. Jeweils einmal wurde genannt: Anregung der Selbstheilungskraft, Schulmedizin verbessert nicht wirklich die Gesundheit, dauerhafte Heilung, Hom. macht nicht abhängig.

Insgesamt gesehen ist somit die Wirksamkeit der Therapie gestützt durch die eigene Erfahrung oder die Erfahrung anderer der wichtigste Grund für die Entscheidung zur homöopathischen Therapie. Erstaunlicherweise scheint das Versagen bzw. die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin eine eher geringe Rolle zu spielen.

### Soziales Netzwerk

Um etwas über die Bedeutung der sozialen Unterstützung der homöopathischen Patienten durch die Umgebung zu erfahren, wurden Fragen zum sozialen Netzwerk gestellt.

Dabei ergab sich folgendes Bild: 90% der homöopathisch behandelten Patienten haben mindestens eine positiv zur Homöopathie eingestellte Person in ihrer Umgebung, meist handelt es sich dabei um einen Freund (41%), Familienangehörigen (35%) oder Bekannten (18%). Von diesen positiv zur Homöopathie eingestellten Personen wurden nach Aussage der befragten Patienten 86% erfolgreich homöopathisch therapiert, 9% waren nicht in homöopathischer Therapie und bei 5% hat die Therapie nicht geholfen. Mehr als die Hälfte (57%) aller homöopathisch behandelten Patienten bejahen, immer mehr Menschen kennenzulernen, die sich homöopathisch behandeln lassen und sogar 80% empfehlen die homöopathische Therapie aktiv weiter. Auf der anderen Seite geben 63% der Patienten an, Homöopathie ablehnende Personen in ihrem Umfeld zu haben. 16% gehen sogar so weit, daß sie einigen Personen ihre homöopathische Behandlung verschweigen.



## Zusammenfassung

Die in dieser Studie untersuchten homöopathisch behandelten Patienten sind jünger, haben höhere Schulen besucht und arbeiten häufiger in pädagogisch-sozialen oder medizinischen Berufen als schulmedizinisch behandelte. Eine höhere Bildung homöopathisch behandelter Patienten wurde auch in früheren Arbeiten nachgewiesen.<sup>5</sup> Der Wissensstand der Patienten über die Homöopathie ist verhältnismäßig gering, was sich auch in anderen Arbeiten zu diesem Thema zeigte.<sup>6</sup> In den Erwartungen der homöopathisch behandelten Patienten, den Einstellungen zur Krankheit und zur ärztlichen Behandlung finden sich häufiger wesentliche Teile homöopathischer Konzepte wieder als bei schulmedizinisch behandelten Patienten. Scheinbar entspricht die (Lebens-)Einstellung der homöopathisch behandelten Patienten in Teilen der homöopathischen Philosophie.<sup>7</sup> Homöopathisch behandelte Patienten sind kritischer gegenüber der Medizin und haben häufiger schlechte Erfahrungen mit früherer Behandlung gemacht.<sup>8</sup> Schulmedizinisch und homöopathisch behandelte Patienten sind in etwa gleich zufrieden mit ihrem Behandler und der Therapie. Die homöopathische Therapie zeigt aus Sicht der Patienten gute Erfolge<sup>9</sup> und ist bezüglich der Besserung der Beschwerden vergleichbar mit schulmedizinischer Therapie. Zusätzlich wird von manchen homöopathischen Patienten eine Besserung in anderen Aspekten der Befindlichkeit angegeben.<sup>10</sup> Homöopathisch behandelte Patienten geben eine gesündere Lebensweise an als schulmedizinisch behandelte. Die Wirksamkeit der Therapie scheint der wichtigste Grund für die Entscheidung zur homöopathischen Therapie zu sein. Dabei greifen die Patienten für die Beurteilung der Wirksamkeit auch auf Erfahrungen von Personen ihres sozialen Umfeldes zurück. Die meisten homöopathisch behandelten Patienten erfahren von ihrer Umgebung eine positive Resonanz bezüglich der homöopathischen Therapie, empfehlen diese aktiv weiter und weiten ihren »homöopathisch behandelten Bekanntenkreis« im Lauf der Therapie aus.

Zusammenfassend sind Unzufriedenheit und schlechte Erfahrung mit der Schulmedizin möglicherweise für die Entscheidung, eine homöopathische Therapie zu beginnen, von großer Bedeutung. Dauerhafte Gründe für die Wahl einer homöopathischen Therapie scheinen jedoch mehr folgende zu sein: die Wirksamkeit, die gute Betreuung durch den homöopathischen

---

5 Vgl. Avina (1978); Förster (1993); Tauer-Angerer (1985).

6 Vgl. Förster (1993); Harrison (1989).

7 Ebenso in Avina (1978); Latzel (1989).

8 Avina (1978); Harrison (1989); Latzel (1989); Smith (1989).

9 Avina (1978); Latzel (1989); Tauer-Angerer (1985).

10 Latzel (1989).

Arzt,<sup>11</sup> eine Entsprechung in der Lebenseinstellung<sup>12</sup> und die größere Eigenverantwortung in der Therapie.<sup>13</sup>

---

11 Vgl. Avina (1978); Latzel (1989); Tauer-Angerer (1985).

12 Tauer-Angerer (1985).

13 Tauer-Angerer (1985).

## Bibliographie

- Anonymus: Naturheilverfahren in der Praxis (Forts.). In: Der Praktische Arzt 5/1991, 45-50; 11/91, 45-48; 13/91, 27-32. Veröffentlichung der Studie vgl. Marioth (1990).
- Avina, Robert L.; Schneidermann, L.: Why Patients Choose Homoeopathy. In: The Western Journal of Medicine 128 (April 1978), 366-369.
- FDG, Unkonventionelle Medizinische Richtungen, Bestandsaufnahme zur Forschungssituation. Hg. vom Projektträger Forschung im Dienste der Gesundheit. (=Materialien zur Gesundheitsforschung 21) Bonn 1992.
- Förster, Gabriele: Homöopathie und Krankheitserleben: Die Suche nach dem Sinn. Münster; Hamburg 1993.
- Furnham, Adrian; Smith, Chris: Choosing alternativ medicine: A comparison of the belief of patients visiting a general practioner and a homoeopath. In: Social Sciences and Medicine 26 (1988) No. 7, 685-689.
- Harrison, Clare; Hewison, J.; Davies, P.; Pietroni, P.: The expectations, health beliefs and behaviour of patients seeking homoeopathic and conventional medicine. In: British Homoeopathic Journal 78 (Oct. 1989), 210-218.
- Latzel, Johannes: Homöopathische Therapie im Erleben des Patienten. Diss. Freiburg 1989.
- Marioth, Roy; Bartelt, D.: Naturheilverfahren in der Praxis. Niedersächsische Akademie für Homöopathie und Naturheilverfahren e.V. Hannover 1990.
- Noll, Joachim: Heutiger Stellenwert der Naturheilverfahren in der Krankenversorgung. Diss. Ulm 1987.
- Ritter, H.: Über die Verbreitung allgemein nicht üblicher Heilverfahren in der freien Praxis. In: Deutsche Ärztezeitung Nr. 39 (1968), 2113-2116.
- Ritter, H.; Habighorst, H. G.: Über die Verbreitung allgemein nicht anerkannter Heilverfahren in der freien Praxis. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin/Der Landarzt Heft 26/1996, 1215-1218.
- Schönrock, Holger: Außenseitermethoden in der Allgemeinpraxis [...]. Diss. med. Freiburg 1978.
- Schrömbgens, H. H.: Außenseitermethoden in der Allgemeinpraxis. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 120 (1978), 1620-1621.
- Smith, Chris: A comparison of GP and homoeopathic patients. In: British Medical Journal 78 (Oct. 1989), 219-229.
- Tauer-Angerer, M.: Die Homöopathische Lehrambulanz im Krankenhaus Lainz. In: Documenta Homoeopathica 6 (1985), 49-69.
- Winkler, R.: Aspekte zur Arzt-Patient-Beziehung in einem Krankenhaus für Naturheilweisen. In: Physikalische Medizin u. Rehabilitation 19 (1978), 357-364.



# Vertreibung aus Leipzig? Hahnemanns Leipziger Praxis: Ursachen für den Umzug nach Köthen im Jahr 1821<sup>1</sup> – Patientenfrequenz und Polemik

*Kathrin Schreiber*

## Summary

*Expulsion from Leipzig? Hahnemann's Medical Praxis in Leipzig: Reasons for Transferring to Köthen in 1821 – Frequency of Patients and Polemics*

Recent research has concurred that Samuel Hahnemann enjoyed a flourishing medical practice in Leipzig. However, a close look at the physician's years in Leipzig reveals that his patient list was not exactly growing. Rather, his medical practice followed a trajectory similar to that of a roller coaster: due to crucial events – successful treatment during the typhus epidemic, lecturing at the University of Leipzig, treating influential public figures – Hahnemann was able to restructure the composition of his clientele. More precisely, he was able to work his way into the upper classes, increase his recognition, and spread into other regions. Hahnemann's reputation attracted patients from all over Germany and even neighbouring countries. The improvement in the social structure of Hahnemann's clientele also reflects important changes in the spread of homeopathy. Hahnemann's transfer to Köthen can be explained by a number of factors: his prohibition against dispensing medicines, declining personal prestige, decreasing number of patients and ensuing financial difficulties, fruitless university employment, continually increasing subjective and objective pressures and last but not least, the privileges of leadership.

Noch immer geistert ein Mythos durch die Literatur: Hahnemanns Gegner hätten versucht, den Begründer der Homöopathie im Jahr 1821 mit »Polizeigewalt« aus Leipzig zu vertreiben.<sup>2</sup> Es soll dabei der Eindruck erweckt werden, daß die Ärzte und Apotheker im Verbund mit den Behörden Hahnemann wegzagen wollten, und zwar ohne Rücksicht auf Schicklichkeit und Moral. Samuel Hahnemann hat selbst an diesem Mythos gebaut; im Februar 1821, also noch zu Leipziger Zeiten, schrieb er an Dr. Billig: »Sie werden in den öffentlichen Äußerungen der sächsischen Ärzte über mich [...] wahrgenommen haben, wie sehr von diesem Lande aus meine Heilart sammt ihrem Urheber verfolgt wird. Jetzt ist es mit dieser Verfolgung auf den höchsten Grad gestiegen und ich müßte der wohlthätigen Kunst und meinem eignen Leben gram sein, wenn ich mich länger hier verweilen und nicht Schutz im Auslande suchen wollte.«<sup>3</sup>

In Wirklichkeit gibt es keinerlei Beweise für die Behauptung, daß Hahnemann mit Gewalt aus Leipzig hätte entfernt werden sollen. Diese Aussage

---

1 Für eine detailliertere und weiterführende quellengestützte Analyse der hier vorgestellten Thesen siehe, ebenso wie für eine ausführliche Bibliographie, Schreiber (1997).

2 So noch vor kurzem Schmeer (1989).

3 Hahnemann in einem Brief an Dr. Billig v. 5.2.1821; abgedruckt in Haehl II (1922), S. 128f.

geht auf Richard Haehl zurück, der schrieb: Die Apotheker hätten »in ohnmächtig-niederträchtigem Zorn« versucht, »den ihnen so verhaßten Mann durch Anrufung der Polizeigewalt aus der Stadt zu verdrängen.«<sup>4</sup> Worauf Haehl abhebt, ist lediglich der Rechtsstreit, der als Dispensierstreit in die Medizingeschichte einging. Die Leipziger Apotheker hatten sich im Dezember 1819 an die Obrigkeit gewandt, weil sie um ihre Privilegien fürchteten: Laut sächsischem Gesetz war es allen Ärzten – egal ob homöopathischen oder allopathischen – verboten, Arzneimittel selbst herzustellen und abzugeben. Nach einigem Hin und Her entschieden deshalb die Stadt Leipzig und die sächsische Landesregierung, daß auch für Hahnemann keine Ausnahme gemacht werde. Mit der Eingabe der Apotheke und den behördlichen Urteilen wurde Hahnemann also lediglich wie alle Ärzte behandelt – es ist eine grob verfälschende Veränderung, wenn man, wie Haehl es tat, daraus schlußfolgert, daß man Hahnemann mit polizeilichen Mitteln aus Leipzig habe entfernen wollen.

Von Vertreibung konnte also keine Rede sein – aber dann wenigstens von Verfolgung? Nein, auch diese Sicht hält der Wirklichkeit nicht stand. In Kürze läßt sich sagen:

1. Innerhalb des homöopathischen Milieus gab es bis 1821 noch keine offenen Auseinandersetzungen und damit auch keine Schwierigkeiten.
2. Von universitärer Seite läßt sich kein offizieller Druck feststellen.
3. Die Behörden entschieden nur in einem Fall, eben in der Dispensierfrage, gegen Hahnemann, und das Urteil ist aufgrund der rechtlichen Lage nicht überraschend.
4. Zwar haben im Februar 1819 13 Leipziger Ärzte einen Aufruf gegen Hahnemann im Leipziger Tagblatt veröffentlicht. Aber daraus läßt sich nicht ableiten, daß die Ärzteschaft geschlossen gegen Hahnemann war. Denn von den rund 60 Leipziger Ärzten haben eben nur 13 den Artikel unterschrieben. Und bis 1821 lassen sich die kritischen Besprechungen der Homöopathie sogar an zwei Händen abzählen.
5. Die Apotheker pochten, als sie sich wegen der Dispensierfrage an die Obrigkeit wandten, auf ein ihnen gesetzlich zuerkanntes Recht. Auch ihnen ging es zumindest vordergründig nicht um eine Ausrottung der Homöopathie.

Insgesamt läßt sich also sagen, daß in der Zeit bis 1821 in der Tat zwar die Zahl der Kritiker zugenommen hat. Aber es fand keine Kampagne geschlossener Gruppen gegen Hahnemann statt. Vielmehr waren es vorwiegend einzelne Personen, die gegen die Homöopathie auftraten.

---

4 Haehl I (1922), S. 127.

Wenn dies aber so war, warum hat Hahnemann dann im Juni 1821 Leipzig verlassen und ist nach Köthen gezogen? Um diese Frage zu beantworten, möchte ich einige Sachverhalte genauer betrachten.

### Das Dispensierverbot

Bisher hält sich in der Forschung hartnäckig die Meinung, Hahnemann sei wegen des Dispensierverbots weggegangen: Wenn Hahnemann seine Arzneien nicht mehr selbst herstellen und abgeben könne, dann sei eine fundamentale Grundlage der Homöopathie nicht mehr erfüllt. Hahnemann hat diese Sicht der Dinge selbst suggeriert. Als er schon in Köthen lebte, schrieb er rückblickend: »Bloß auf den landesherrlichen Freiheits-Brief, meine Arzneien selbst bereiten und geben zu dürfen, zog ich mit 11 Wagen Geräte und 600 Thalern Unkosten von Leipzig hieher, in dieses erbärmliche Nest«. <sup>5</sup>

Wie aber war es wirklich? Die Eingabe der Apotheker vom 16. Dezember 1819 ist von drei Personen unterschrieben, den Apothekern Heinrich Adolph Taeschner, Carl August Rohde und Friedrich Gottlob Bärwinkel. <sup>6</sup> Ihre Gründe für die Eingabe waren folgende. Zunächst ging es um einen eindeutigen gesetzlichen Sachverhalt: Hahnemann hatte nicht das Recht, seine Medikamente direkt an die Patienten abzugeben. Zweitens betonten die Apotheker, daß sie sich durch Hahnemanns Vorwurf der mangelnden Kompetenz in ihrer Ehre verletzt sähen. Und drittens stellte Hahnemann mit dem Selbstdispensieren, ganz unabhängig von der rechtlichen Lage, das bestehende Medizinalsystem in Frage. Wären andere Ärzte seinem Beispiel gefolgt, wäre der gesamte Apothekerstand allmählich in Existenznot gekommen.

Umgekehrt gibt es in der Eingabe keinen Hinweis dafür, daß die Apotheker mit ihrer Eingabe die Homöopathie treffen wollten, denn deren Ausübung wird im Text nicht angegriffen. Im Gegenteil, Täschner und seine Kollegen betonen explizit, daß es ihnen lediglich um ihre Rechte und nicht um die Heilweise Hahnemanns gehe. Außerdem sind mehrere Fälle in Sachsen belegt, in denen Apotheker auch gegen allopathische Ärzte klagten, weil sie unbefugt Medikamente abgaben <sup>7</sup> – die Eingabe der Leipziger Apotheker war also nichts Ungewöhnliches und kann keinesfalls per se als Angriff gegen die Homöopathie gewertet werden.

---

5 Zitiert nach Haehl I (1922), S. 128.

6 Einige biographische Hinweise zu den drei Apothekern bietet Michalak, S. 56f., Fußnoten 114-116.

7 So zum Beispiel im Jahr 1799: Der Apotheker Gottfried Theer aus Bitterfeld beklagte sich wegen des Selbstdispensierens des Arztes Carl Wilhelm Schmidten. Dem Arzt wurde die Abgabe von Arzneien verboten, und zwar fast im selben Wortlaut wie 20 Jahre später Hahnemann. Es handelte sich also um ein vorgefertigtes Formular (siehe dazu das Rescript vom 25. October 1799, in: Kühn (1809), S. 436f.).

Es kommt noch ein weiteres hinzu. Hahnemann stilisierte das Dispensierverbot stets zu einer Schicksalsfrage: Setze es sich durch, wäre nicht nur seine Praxis, sondern auch die Homöopathie dem Untergang geweiht. Betrachtet man jedoch die Rechtslage etwas genauer, wird deutlich, daß es in den Vorschriften nur um die Abgabe der Medikamente ging, nicht aber um die Herstellung. Das aber bedeutet: Womöglich hätte Hahnemann auch nach der Erteilung des Dispensierverbotes seine Arzneien selbst anfertigen können, er hätte sie lediglich über die Apotheken vertreiben müssen. Und das ist wahrlich kein Grund, um den Untergang der Homöopathie heraufzubeschwören.

Man muß deshalb zu dem Schluß kommen, daß der Dispensierstreit für Hahnemann in gewisser Weise auch Mittel zum Zweck war: Es ging Hahnemann um berufliche Autonomie im Sinne der ärztlichen Professionalisierung, und es ging Hahnemann auch um die Kontrolle aller Bausteine des homöopathischen Marktes.

Eine detaillierte Analyse des Dispensierstreites von 1819 bis 1821 relativiert in ihren Ergebnissen also zwei Behauptungen. Erstens können die Apotheker nicht pauschal als Gegner der Homöopathie angesehen werden. Ihnen ging es vielmehr um die Erhaltung eines Privilegs, das sie durch Hahnemann in moralischer, rechtlicher und ökonomischer Hinsicht gefährdet sahen. Zweitens wäre es Hahnemann nach der gültigen Rechtslage weiter möglich gewesen, seine Arzneien selbst zu verfertigen. Aus diesen Gründen kann das erteilte Dispensierverbot nicht alleinige, vielleicht nicht einmal primäre Ursache für den Wegzug Hahnemanns gewesen sein.

### **Das fallende Prestige Hahnemanns**

Ein zweiter Grund ist im fallenden Prestige Hahnemanns zu sehen. Dieser Verlust an Ruhm hatte vor allem in der fehlgeschlagenen Behandlung des Fürsten Karl Philipp von Schwarzenberg ihren Ursprung. Schwarzenberg, der Sieger der Leipziger Völkerschlacht von 1813, hatte sich im April 1820 persönlich nach Leipzig begeben, um sich von Hahnemann therapieren zu lassen. Die Behandlung dieses berühmten Adligen erhöhte Hahnemanns Ruhm beträchtlich und bescherte ihm einen großen Zustrom an adligen Patienten. Aus welchen Gründen auch immer: Hahnemann konnte dem Fürsten nicht helfen: Am 15. Oktober desselben Jahres starb Schwarzenberg in Leipzig. Dadurch erlitt nicht nur Hahnemanns Praxis, sondern auch die Homöopathie als Heilweise einen erheblichen Rückschlag. Dieser Verlust an Ansehen durch die erfolglose Behandlung des Fürsten hat Hahnemann sicherlich veranlaßt, seine Stellung in Leipzig zu überdenken.

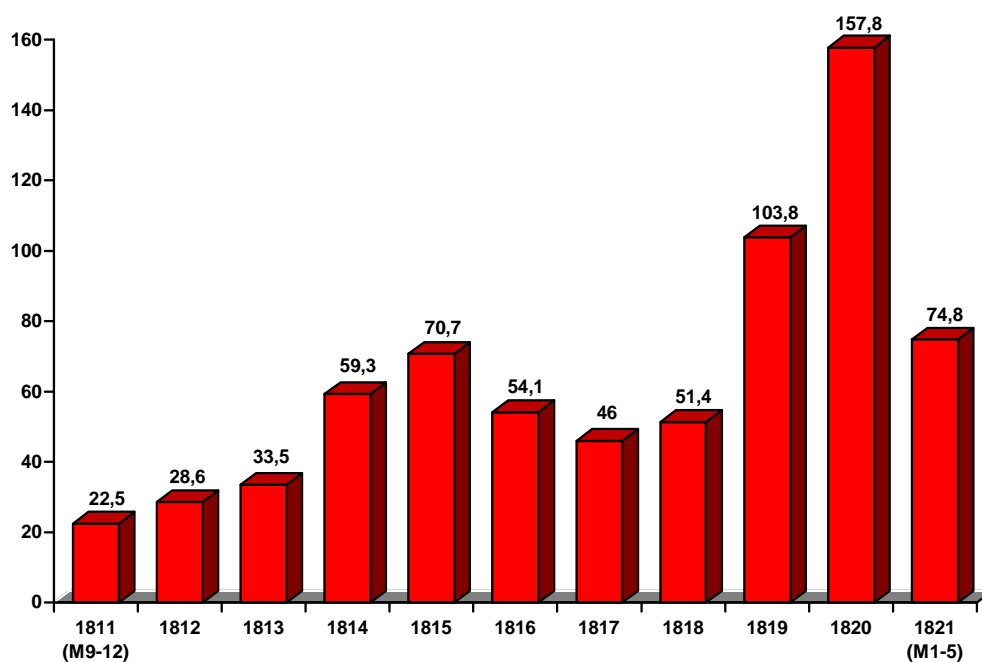


## Die Entwicklung der Patientenzahlen

Damit sind wir bei einer dritten Ursache, nämlich bei der Entwicklung der Patientenzahlen.

Bisher hat man Hahnemanns Leipziger Praxis immer als florierend bezeichnet und einen stetigen Anstieg der Patientenzahlen angenommen. Neben der quantitativen Bedeutung der Patientenschaft – Hahnemann behandelte in Leipzig insgesamt rund 2200 Personen – darf der qualitative Aspekt einzelner Patienten nicht vernachlässigt werden<sup>8</sup>.

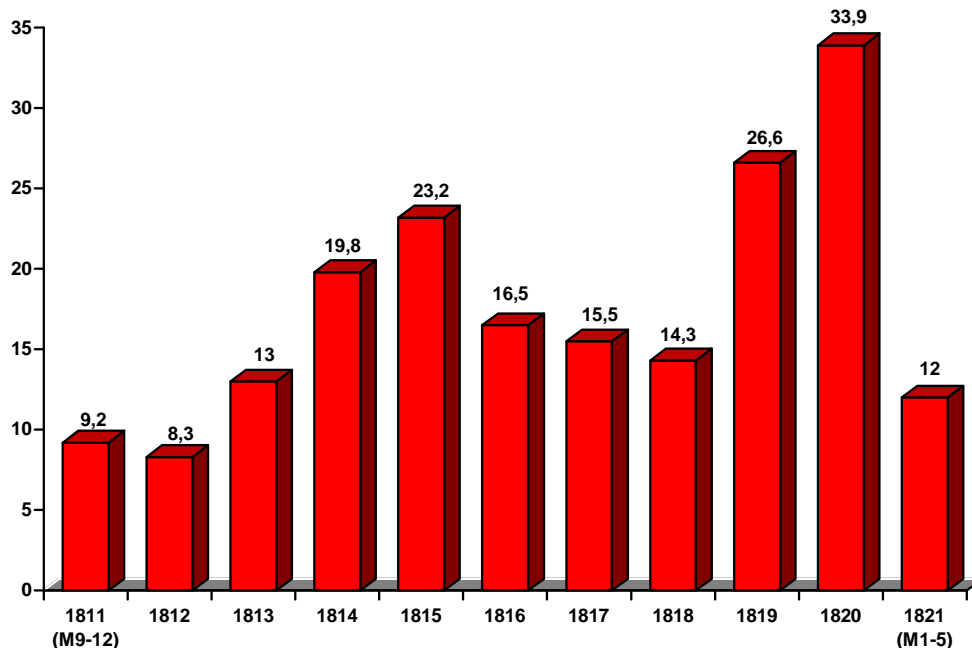
Eine Auswertung der Patientenjournale der Jahre 1811 bis 1821 muß dieses Bild jedoch in einigen Punkten relativieren.



Graphik 1: Monatliche Patienten im Jahresmittel 1811–1821

Legende: M9–12 = nur Monate September bis Dezember;  
M1–5 = nur Monate Januar bis Mai

8 Genauere Angaben zu qualitativen Aspekten der Patientenschaft siehe Schreiber (1997).



Graphik 2: Monatliche neue Patienten im Jahresmittel 1811–1821

Legende: M9–12 = nur Monate September bis Dezember;  
M1–5 = nur Monate Januar bis Mai

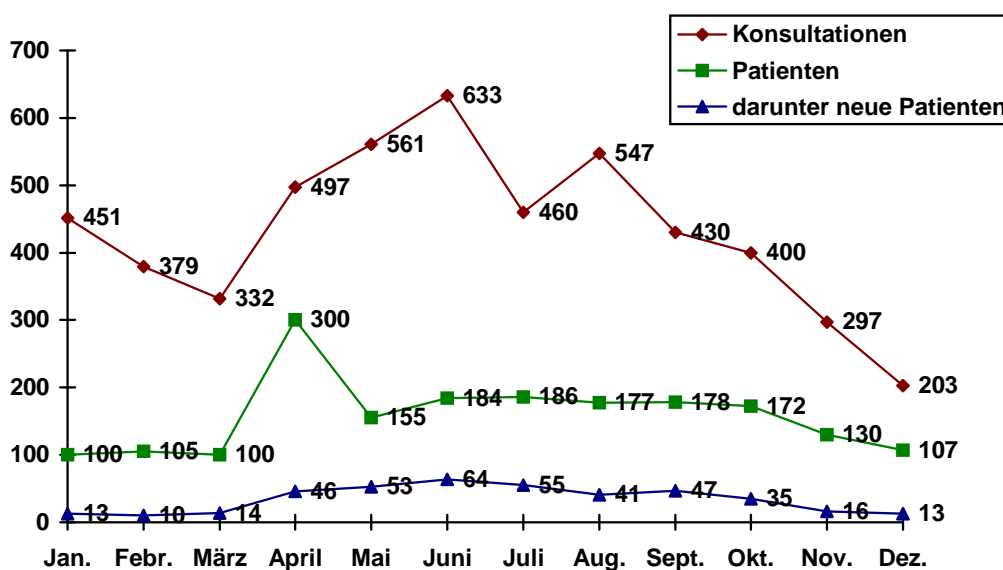
Diese Überblicksgraphiken zeigen nämlich erhebliche Schwankungen in der Zahl der Patienten zwischen 1811 und 1821. Im ersten Jahr seiner Anwesenheit in Leipzig war die Praxis nur sehr schlecht frequentiert, dann steigen die Zahlen in der Tat bis 1815 kontinuierlich. Doch erleidet die Praxis in den drei nachfolgenden Jahren 1816 bis 1818 einen deutlichen Einbruch. Die öffentliche Aufmerksamkeit scheint in dieser Zeit gesunken zu sein, und das machte sich auch in der Höhe der Patientenzahlen bemerkbar. Womöglich hat Hahnemann diesen Zusammenhang sogar erkannt und später ganz bewußt mit seinen harschen Antwortschreiben auf die gegnerischen Angriffe für »Publicity« sorgen wollen.

Die Jahre 1819 und 1820 bilden dann den Höhepunkt der Praxistätigkeit Hahnemanns: Die Zahlen schnellen auf über das Doppelte in die Höhe; im Vergleich zu 1811 haben sich die Zahlen fast verachtfacht. Es kann kein Zufall sein, daß in dieselbe Zeit die Behandlung Schwarzenbergs und auch die Angriffe der Ärzte und Apotheker fallen.

Der Tod Schwarzenbergs und womöglich auch die öffentlichen Anfeindungen führten jedoch zu einem dramatischen Einbruch: Die Patientenzahlen gingen auf den Stand von 1815, die Konsultationszahlen sogar auf den Stand von 1813 zurück.

Das Jahr 1820 war, was die Entwicklung der Praxis anbetrifft, das dramatischste in Hahnemanns Leipziger Periode. Es ist das Jahr, in dem sich Höhepunkt und Niedergang auf engstem Raum gegenüberstehen.





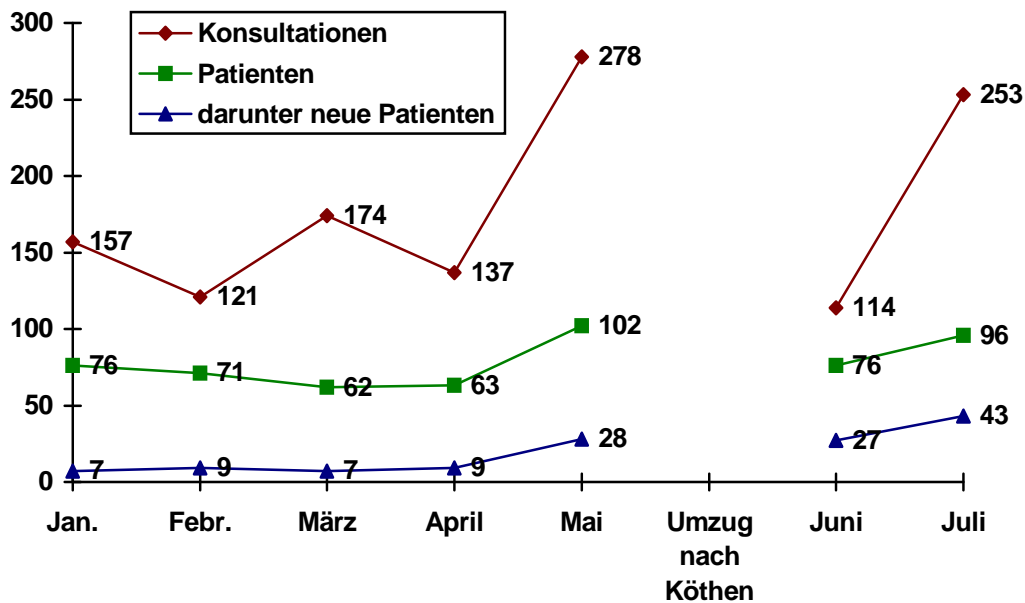
Graphik 3: Patienten und Konsultationen im Jahr 1820

Konträre Ereignisse machen eine Beurteilung zunächst schwierig: Der Streit um das Selbstdispensieren und das zunächst negative Urteil haben Hahnemanns Praxis sicherlich geschadet; zugleich aber begann im März 1820 die Behandlung Schwarzenbergs, die Hahnemann einen ungeahnten Patientenzustrom bescherte. Diese gegenläufige Entwicklung macht es plausibel, weshalb die Zahl der Konsultationen zwar ab März 1820 wieder deutlich anstieg, aber lediglich wieder die Höhe von September 1819 erreichte – Hahnemann übertraf also aufgrund der Wirkung Schwarzenbergs seine früheren Konsultationszahlen nicht. Auch die Zahl der neuen Patienten stieg wieder erheblich, ohne allerdings den Höhepunkt von September 1819 auf Dauer zu übertreffen.

Nach dieser Hochphase begannen aber ab dem Jahresende 1820 alle Ereignisse gegen Hahnemann zu wirken: Schwarzenberg starb im Oktober, Ende November bestätigte die sächsische Landesregierung das Dispensierverbot, und im Februar 1821 erschien der Aufruf der Leipziger Ärzte gegen Hahnemann. Mit schwindelerregender Schnelligkeit stürzten die Zahlen in den Keller: Von 633 Konsultationen im Juni 1820 blieben im Februar 1821 gerade noch 121 übrig, von 184 Patienten gerade noch 71. Vor allem kamen kaum noch neue Patienten in die Praxis: Hier erreichte die ärztliche Tätigkeit Hahnemanns beinahe wieder den Stand der ersten Monate in Leipzig. Es liegt auf der Hand, daß dieser gewaltige Einbruch auch ökonomische Konsequenzen für Hahnemann hatte. Nicht allein der Dispensierstreit hat Hahnemann also bewogen, aus Leipzig wegzugehen; ebenso bedeutsam war der Vertrauensverlust in der Bevölkerung und der Rückgang des Einkommens – beides schlägt sich in den Praxiszahlen nieder.

Die rasante Abnahme an Patienten ab Ende 1820 mußte für Hahnemann ein Alarmzeichen sein. Hätte sich der Trend fortgesetzt, wären ökonomi-

sche Schwierigkeiten nicht auszuschließen gewesen. In Köthen eröffnete sich ihm dagegen die Stelle eines herzoglichen Leibarztes und damit Zugang zu einer vornehmlich adligen Klientel.



Graphik 4: Patienten und Konsultationen im Jahr 1821

Zu der rechtlichen, der prestigemindernden und der ökonomischen Ursache traten noch einige weitere. So zum Beispiel viertens die Fruchtlosigkeit der Lehrtätigkeit Hahnemanns an der Universität Leipzig. Nachdem er 1812 die *Venia legendi* erhalten hatte und Vorlesungen über Homöopathie hielt, stießen einige Schüler zu Hahnemann, die für die weitere Ausbreitung der Homöopathie von entscheidender Bedeutung werden sollten; es sei nur an Franz Hartmann oder an Gustav Wilhelm Groß erinnert.

Die Zahl der Schüler, die Hahnemann durch die Universität anziehen konnte, hielt sich aber stets in Grenzen – sie kam nie über ein Dutzend hinaus. Vor allem fanden alle Schüler in den Jahren 1813 bis 1816 zu ihm. Danach wurden seine Vorlesungen immer weniger besucht, und schon ab etwa 1816 ergab sich aus der universitären Lehre keine Zunahme des Schülerkreises mehr. Die Tätigkeit an der Universität verlor zunehmend an Attraktivität für Hahnemann, sie verschaffte der Homöopathie keinen weiteren Auftrieb mehr.

### Die ärztliche Kritik an Hahnemann

Als fünfte Ursache für Hahnemanns Weggang lassen sich die ärztlichen Angriffe nennen, die ebenso unbestreitbar wie auffällig ab 1819 zunahmen; zuvor war Hahnemann fast unbehelligt geblieben. Es drängt sich der Eindruck auf, daß die Homöopathie zuvor zu wenig bekannt war, um in den

relevanten Gruppen für Beachtung oder gar Anstoß zu sorgen. Der massive Anstieg der Patientenzahlen, die Zunahme von Anhängern auch außerhalb Leipzigs und ab 1820 dann auch das gestiegene Ansehen Hahnemanns durch die Behandlung Schwarzenbergs könnten diese Änderung der Wahrnehmung hervorgerufen haben. Es sei nochmals darauf hingewiesen: Die kritischen Stimmen nahmen zwar ab 1815 zu, aber keine einzige Person ist so weit gegangen, Hahnemann aus der Stadt zu vertreiben.

Vor allem der Aufruf von 13 Leipziger Ärzten gegen Hahnemann am 29. Januar 1821 führte zu einem massiven Aufeinanderprallen der beiden gegnerischen Parteien: Hier manifestiert sich auch zum einzigen Mal eine gemeinsame Aktion der Ärzte gegen Hahnemann und gegen die Homöopathie.

Hartmann berichtet nun, daß das Manuskript des Artikels unter den Ärzten Leipzigs kursiert sei mit der Aufforderung, zu unterschreiben. Daß sich nur 13 von vielleicht 60 Ärzten, also weniger als 25 Prozent der Mediziner, dazu entschließen konnten, spricht nicht gerade für eine allgemeine ärztliche Stimmung gegen Hahnemann. Und auch die Nachricht des bislang »allopathischen« Arztes Moritz Müllers, der schon vor der Veröffentlichung der Ärzte am 24. Januar 1821 im Leipziger Tageblatt Hahnemann in Schutz nahm, beweist, daß nicht alle Mediziner blindlings gegen die Homöopathie wetterten. Der Druck wurde also stärker – aber bei weitem nicht die gesamte Ärzteschaft Leipzigs hatte sich gegen Hahnemann gestellt.

Überblickt man die Haltung der »allopathischen« Ärzte zur Homöopathie in den Jahren 1810 bis etwa 1832, so fallen folgende Punkte auf.

1. Insgesamt war die Zahl derjenigen Ärzte, die zur Homöopathie übertraten, weitaus größer als die Zahl derjenigen Ärzte, die gegen die Homöopathie publizistisch vorgingen.
2. Mit einigen Ausnahmen läßt sich bei den antihomöopathischen Autoren der Wille erkennen, die Homöopathie zu verstehen. Nur wenige schrieben mit einer vorgefaßten (und das heißt: negativen) Haltung.
3. Die Ablehnung ging von beiden Seiten aus.
4. Oftmals war nicht die Homöopathie als Heilweise Gegenstand der Kritik, sondern der überzogene und mitunter wenig diplomatische Anspruch Hahnemanns, daß das gesamte Heilwesen nach dem homöopathischen Prinzip umgestaltet werden müsse. Insofern waren die ärztlichen Angriffe höchstens ein weiterer Grund für Hahnemann, Leipzig zu verlassen. Ausschlaggebend dürften sie nicht gewesen sein.
5. Wichtiger als die Quantität der Angriffe war meiner Meinung nach die Qualität der Aussagen. Nicht die Zahl der Angriffe erhöhte sich, sondern deren Heftigkeit und persönliche Kritik. Die Auseinandersetzung zwischen der Homöopathie und ihren Gegnern gewann nun an Ernst und Vehemenz, und vor allem der Artikel der 13 Ärzte und seine Ge-

genrede zeigen, wie der Streit allmählich eskalierte und wie der Graben zwischen den »allopathischen« Ärzten und Hahnemann in Leipzig immer größer wurde. Auch Hahnemann, der nur in den wenigsten Fällen einer diplomatischen Vorgehensweise den Vorzug gab, hatte daran seinen Anteil – meistens gebärdete er sich nämlich als unnachgiebiger Dogmatiker. Selbst Franz Hartmann, der strenge Hahnemannianer, kommt letztlich um einen Tadel des »Meisters« nicht herum. Er schreibt zu den Vorlesungen Hahnemanns: »Vielleicht hätte er seiner Lehre leichter Eingang bei den Aerzten und jungen Medizinern verschafft, wenn er die Hauptpunkte seines Organons leidenschaftsloser erörtert hätte, als es in seinen Vorlesungen geschah. Leider waren diese nicht geeignet, sich und seiner Lehre Freunde und Anhänger zu erwerben, denn, wo es nur irgend möglich war, ergoß er sich in eine Fluth von Schmähungen gegen die alte Medizin und ihre Anhänger.«<sup>9</sup> Das bedeutet, daß Hahnemann im Laufe der Zeit immer stärker die Medizin als Ganzes attackierte und verleumdete; er selbst kündigte die sachliche Auseinandersetzung mit der Medizin auf. Es wäre eine lange Diskussion um die Frage, wer mit diesem Ton begonnen hat – jedenfalls wurde der Umgangston ab 1819 immer ruppiger. Hahnemann, der allmählich erkannte, daß er in der Konfrontation mit den Ärzten der Homöopathie mehr schadete als nützte, tendierte immer stärker dazu, diese Konstellation durch einen Umzug zu entschärfen. Tatsächlich gab es in Köthen kaum noch persönliche Auseinandersetzungen zwischen Hahnemann und den »Allopathen«.

6. Nach diesen fünf Gründen, die Hahnemann aus Leipzig forttrieben, kommt ein weiterer Grund hinzu, der ihn von Köthen aus anzog, die herzogliche Privilegierung. Denn dort erhielt Hahnemann von Herzog Ferdinand von Anhalt-Köthen explizit das Dispensierrecht zugestanden, wodurch er eine bessere rechtliche Position erhielt als andere Ärzte. Zudem wurde er zum Leibarzt des Herzogs ernannt. Hahnemann konnte sich also durch diese Protegierung von höchster Instanz sicher sein, daß er rechtlich unbehindert seine ärztliche Tätigkeit ausüben und daß er ökonomisch eine lukrative Stellung einnehmen konnte. Diese Privilegien erhielt Hahnemann, weil Herzog Ferdinand große Sympathie für die Homöopathie hegte; schon ab Mai 1821, also noch vor dem Umzug, war Ferdinand selbst bei Hahnemann in Behandlung gewesen.<sup>10</sup>

9 Hartmann, in: AHZ 26 (1844), Sp.181f.

10 In einem Brief vom Jahr 1823 bedankt sich der Herzog ausdrücklich bei Hahnemann: »Indem ich Ihnen meinen Dank für die diesjährige als vor zwei Jahren bei mir angewandte ärztliche Hilfe sage und Ihnen meine vollkommene Zufriedenheit versichere [...]« (abgedruckt in Haehl II (1922), S. 129f. Als weiteren Grund für die Sympathie des Herzogs gibt Haehl die gemeinsame Mitgliedschaft im Freimaurerorden an.

### **Fazit**

Am 21. März 1821 bat Hahnemann um das Niederlassungsrecht in Köthen, Anfang Juni zog er selbst in Köthen ein. Viele Gründe waren für den Umzug verantwortlich gewesen, doch keiner von ihnen kann das Bild von Hahnemann als Verfolgten und Vertriebenen bestätigen. Vielmehr wandte sich Hahnemann von Leipzig ab, weil er anderswo seine rechtliche und ökonomische Stellung verbessern konnte und weil er in Köthen mit einem höheren ärztlichen Prestige rechnen konnte.

In Leipzig hatte Hahnemann alles erreicht, was zu erreichen war, und was im argen lag, konnte er dort nicht mehr beheben. Sein Wegzug war nichts als folgerichtig.



## Bibliographie

Haehl, Richard (Hg.): Samuel Hahnemann. Sein Leben und Schaffen auf Grund neu aufgefundener Akten, Urkunden, Briefe, Krankenberichte und unter Benützung der gesammelten in- und ausländischen homöopathischen Literatur. 2 Bde. Leipzig 1922.

Hartmann, Franz: Aus Hahnemanns Leben. in: AHZ 26 (1844), Sp.129–133; Sp.145–149; Sp.161–168; Sp. 177–187; Sp. 194–203; Sp. 209–218; Sp. 225–236; Sp. 241–246.

Kühn, C.G. (Hg.): Sammlung Königlich Sächsischer Medicinal-Gesetze. Leipzig 1809.

Michalak, Michael: Das homöopathische Arzneimittel. Von den Anfängen zur industriellen Fertigung. Stuttgart 1991.

Schmeer, Ernst H.: Die »Vertreibung« Hahnemanns aus Leipzig. Eine Kolportage und ihre Berichtigung. in: AHZ 234 (1989), S.151–153.

Schreiber, Kathrin: Samuel Hahnemann in Leipzig. Förderer, Gegner und Patienten: Das soziale Netzwerk der Homöopathie zwischen 1811 und 1821. Diss. med. Dresden 1997.





## »Und es sammelte sich ohne Verdruß von Seiten des Kranken in des Arztes Beutel« – Samuel Hahnemann und die Honorarfrage

*Robert Jütte*

### Summary

*“Thus it Passes from the Patient’s Purse into that of the Doctor without Causing Displeasure” – Samuel Hahnemann and Medical Fees*

In 1834, Hahnemann gave the following advice to his pupil Dr. Karl Julius Aegidi: “We are not allopaths who have high medical fees and can legally demand high sums for evil deeds. We must take what we have earned on the spot, since we are not considered worthy of ordinary justice.” In an earlier letter to the same addressee, Hahnemann wrote: “No one enters my house if he does not have with him the money to pay me, unless he is paying me monthly, in advance [...]”

There can be no doubt that in Hahnemann’s times, fees were the most important component in a physician’s income. Dependency on fee income meant that the physician always had to worry about delayed and even avoided payments, and patients’ reluctance to pay was notorious. Many doctors lost large parts of their nominal income through bad debts. In some cases, installments were accepted by both parties, to avoid costly legal action, which were usually a last resort. In these circumstances it is hardly surprising to find Hahnemann, the founder of a highly disputed new cure, stressing to his colleagues that for a successful medical practice, cash payments at the time of treatment or in advance were preferable to post-facto bills. Having been ostracized by the medical establishment, Hahnemann showed a remarkable professional awareness of patients’ propensity to debt. Long before regular physicians propagated cash payment, Hahnemann derived his income solely from ready-money payments. However, he used a sliding fee structure to allow for the different economic circumstances of his patients, who came from all walks of life. The very poor he treated for free, while members of the rural and urban middle class had to pay considerable fees. In some cases, Hahnemann was able to charge very high fees, and his numerous enemies used this against him.

»Wenn ihn nur die Bezahlung zur Erfüllung seiner Pflicht antreibt, so verliert er [der Arzt, R. J.] seinen Rang, als moralische Person im Staate, und würdigt sich zu dem niedrigsten Dienstgesindel herab«<sup>1</sup>, so schrieb 1800 Johann Benjamin Erhard (1766-1827) seinen ärztlichen Standeskollegen ins Stammbuch. Sein Zeitgenosse Maximilian Stoll (1742-1788) stieß 1788 in dasselbe Horn und pries ebenfalls die ärztliche Selbstlosigkeit: »Dem Arzt ist das Bewußtseyn edler Handlungen eine süßere Belohnung als aller Arztlohn«.<sup>2</sup> Doch von der Ehre und dem edlen Gefühl, dem Kranken geholfen zu haben, konnte ein Arzt auch damals nicht leben. Das wußten nicht zuletzt die Verfasser medizinischer Schriften. So gab einer der berühmtesten Ärzte des 18. Jahrhunderts, Friedrich Hoffmann (1660-1742), seinen Kollegen den Rat: »Die Belohnung, sie mag unter dem Namen eines Geschenks

---

1 Erhard (1800), S. 113.

2 Stoll (1788), S. 75.

oder einer Schuld gegeben werden, soll der Medicus hurtig, ohne sich deshalb zu schämen, oder traurig zu seyn, annehmen.«<sup>3</sup> Doch das Problem bestand nicht nur damals darin, daß die Dankbarkeit der Patienten sich vielfach in Grenzen hielt und die Zahlungsmoral entsprechend niedrig war. Säumige Patienten an ihre Zahlungsverpflichtungen zu erinnern, empfanden viele Ärzte als entwürdigend und nicht mit ihrer Standesehre zu vereinbaren. So sollte denn auch nicht der Arzt selber, wie Johann Friedrich Rübel (†1769) vorschlug, die ausstehenden Beträge eintreiben, »sondern er soll so machen, daß solches durch die dritte Person erinnert wird.«<sup>4</sup>

Wie war es nun um das Einkommen der Ärzte und die Zahlungsmoral der Patienten tatsächlich bestellt? Scheuten im 18. und frühen 19. Jahrhundert, als es lediglich Medizinaltaxen und noch keine Gesetzliche Krankenversicherung gab, die Ärzte davor zurück, ihre Forderungen einzuklagen? Wie reagierten die Patienten auf die rechtmäßigen oder in Einzelfällen auch übertriebenen Rechnungen der behandelnden Ärzte? Diese und ähnliche Fragen lassen sich nur schwer beantworten, da es für den deutschsprachigen Raum so gut wie keine Studien über die ökonomische Seite des Arzt-Patient-Verhältnisses gibt. Das hängt nicht zuletzt mit der schwierigen Quellenlage zusammen; denn sehr selten haben sich Unterlagen aus jener Zeit erhalten, die einen Blick in die Abrechnungspraxis eines Arztes ermöglichen. Immerhin wissen wir aber aus einer neueren medizinhistorischen Studie über das britische Gesundheitswesen, daß vor 1911 im Durchschnitt fast 20 Prozent des ärztlichen Einkommens aus Schulden bestand, die nicht eingetrieben werden konnten.<sup>5</sup>

Das Schuldenbuch eines Wundarztes namens Gramp, das sich im Stadtarchiv Müllheim/Baden erhalten hat und das den Zeitraum 1791-1816 abdeckt, ist ein solcher Zufallsfund. Aus dieser, von Francisca Loetz untersuchten Quelle geht hervor, daß ein Heiler damals viel Geduld aufbringen mußte, bevor der letzte säumige Patient seine Arztschulden beglichen hatte.<sup>6</sup> Ein Großteil der Patienten zahlte zwar innerhalb von zwei Jahren, doch gab es nicht wenige, die erst sehr viel später die offene Arztrechnung beglichen.

---

3 Hoffmann (1752), S. 28.

4 Rübel (1766), S. 89.

5 Vgl. Digby (1994), S. 167.

6 Vgl. Loetz (1993), S. 360.

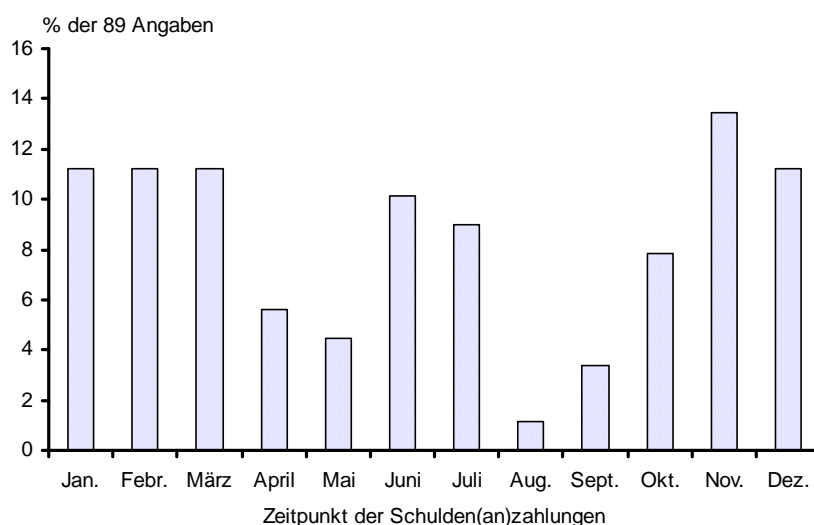


Abb. 1: Arztschulden und ihre Bezahlung in der Praxis des Wundarztes Gramp 1791-1816 (Quelle: Loetz, Francisca: Vom Kranken zum Patienten. Stuttgart 1993, S. 360)

Offenbar hing die Hinauszögerung der Zahlung nicht allein von der Höhe der Schulden ab. Auch relativ geringe Summen (unter 1 Gulden) wurden nicht sogleich bezahlt. Aufschlußreich ist weiterhin der Zeitpunkt der Schuldenzahlung. Die meisten Schuldner beglichen ihre offene Arztrechnung entweder am Jahresanfang oder in den Monaten November und Dezember (vgl. Abbildung 1). Hier unterschied sich offenbar eine wundärztliche Praxis von der eines gelehrten Arztes. Dieser notierte sich, wie es beispielsweise Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) tat, die im Laufe des Jahres verordneten Arzneimittel, um dann am Ende des Jahres die Rechnung ausfertigen zu können.<sup>7</sup> Im Idealfall wurde diese um Weihnachten versandte Honorarforderung dann Anfang des Jahres gleich beglichen. Um so überraschter war ein Arzt, wenn ein Patient aus Dankbarkeit freiwillig mehr zahlte. So notierte der Berliner Arzt Ernst Ludwig Heim (1747-1834) in sein Tagebuch »Ich danke Gott dafür«,<sup>8</sup> wenn ein Patient sich einmal großzügig erzeigte. Erst als sich Heims Ruf gemehrt hatte, begann seine Praxis zu florieren. In der Folge stiegen die regelmäßigen Einnahmen. Das hatte vor allem damit zu tun, daß eine ganze Reihe angesehener Berliner Familien ihn zum Hausarzt wählte und ihm ein jährliches Fixum in Höhe von mindestens 20 Talern zahlte. Allein diese Einkünfte beliefen sich im Jahr auf fast 5000 Taler.<sup>9</sup> Zu Beginn seiner ärztlichen Praxis mußte er allerdings mit erheblich weniger auskommen. 1776/77 charakterisierte er seine finanzielle Lage wie folgt: »In diesem Jahre habe ich starke Ausgaben ge-

7 Vgl. Tutzke/Engel (1978), S. 460.

8 Zitiert nach Heischkel (1956), S. 2673.

9 Vgl. Heischkel (1956), S. 2673.

habt, so daß die 400 Thaler, welche ich von Patienten erhalten, weg sind und ich 125 Thaler von meinem Freund Muzel habe leihen müssen [...].«<sup>10</sup>

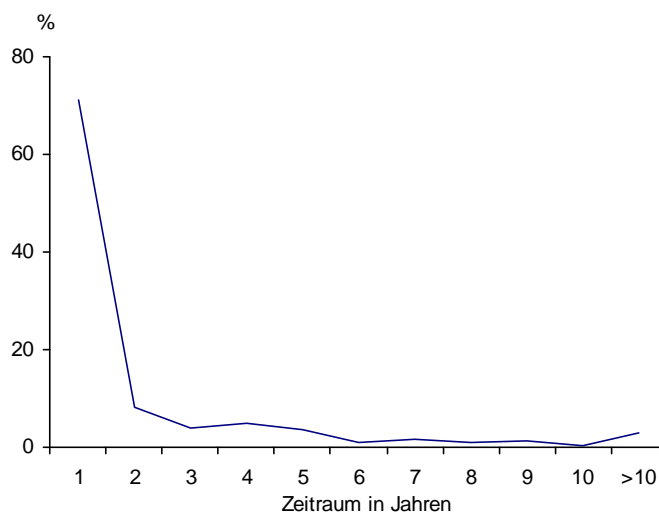
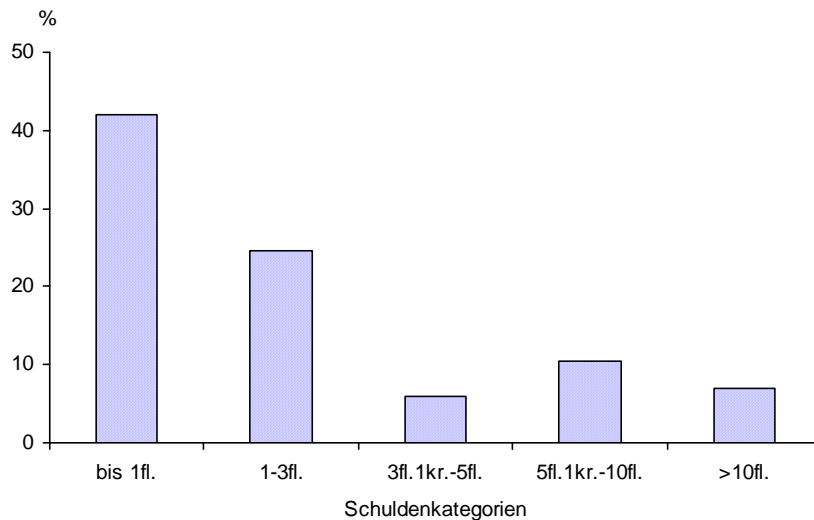


Abb. 2 und 3: Begleichung von Arztschulden im Jahresverlauf nach dem Schuldenbuch des Wundarztes Gramp (Quelle: Loetz, Francisca: Vom Kranken zum Patienten. Stuttgart 1993, S. 363)

Wie Heim so erging es vielen Ärzten, die sich nach ihrem Studium in der Stadt oder auf dem Lande niedergelassen hatten. Ob allerdings zu jener Zeit auch in Deutschland so viele Ärzte Bankrott erlitten wie in England und

<sup>10</sup> Zitiert nach Heischkel (1956), S. 2672.

Schottland,<sup>11</sup> läßt sich aufgrund fehlender Studien nicht klären. Ausweislich einer Untersuchung über die ärztlichen Vermögensverhältnisse in Württemberg im Zeitraum 1780-1897 läßt sich jedoch vermuten, daß es trotz gelegentlicher Klagen und vereinzelter Praxisschließungen den Ärzten (sogar im Vergleich mit anderen Berufsgruppen) im großen und ganz recht gut ging.<sup>12</sup> Das durchschnittliche Arztvermögen (nicht Einkommen!) lag nämlich im Zeitraum 1780-1810 bei 6410 Gulden. Dieser Wert sank dann in der Folgezeit wegen zunehmender Konkurrenz und Verschlechterung der allgemeinen Wirtschaftslage leicht ab, erreichte aber zwischen 1840 und 1852 mit einem Betrag von 9936 Gulden einen neuen Höchststand.

Angesichts der laxen Zahlungsmoral vieler Patienten, die insbesondere jüngere Ärzte in Schwierigkeiten bringen konnte, überrascht es nicht, daß Medizinaltaxen, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen festsetzen, nicht nur als staatlicher Übergriff auf die freie Praxis gesehen wurden, sondern von der Ärzteschaft, wenngleich nicht unisono, begrüßt wurden. So wünschte sich 1806 ein nicht namentlich genannter Arzt ausdrücklich eine Gebührenordnung zum Schutz vor dem Undank der Patienten.<sup>13</sup> Auch der mecklenburgische Leibarzt Johann David Sachse (1772-1860) hielt Medizinaltaxen für das geeignetste Mittel, um Klagen über gegenseitige Übervorteilung zu vermeiden. Am deutlichsten hat allerdings ein anderer zeitgenössischer Autor, Karl Schreiber, die Vorteile einer Gebührenordnung hervorgehoben:

Im Allgemeinen können wir darüber nicht zweifelhaft sein, dass es am besten ist, wenn der Arzt für seine Bemühungen vom Kranken ohne Rechnung in angemessener und anständiger Weise honoriert wird, so daß er mit der erhaltenen Belohnung zufrieden ist. [...] Es gibt aber auch unter den Kranken solche von so niedriger Gesinnung, dass sich der Arzt ihnen unmöglich preisgeben kann, wenn er nicht, wie der geringste Tagelöhner, für seine Aufopferung, für seine Kunst und für seine Wissenschaft abgefunden werden will, sofern er nicht durch eine ärztliche Taxe geschützt ist, und ihnen gegenüber gibt es leider auch eigennützige, habgierige, unverschämte Aerzte, die die göttliche Kunst nur als eine Melk-Kuh betrachten.<sup>14</sup>

Dagegen argumentierten die Gegner jedweder Gebührenordnung damit, daß diese im Streitfall vielleicht hilfreich, aber im Grunde genommen ungerecht sei, da, wie der Darmstädter Augenarzt und Chirurg Heinrich Küchler (1811-1873) betonte, die ärztliche Leistung sich nicht genau messen lasse:

---

11 Vgl. Digby (1994), S. 156ff.

12 Siehe Drees (1988), S. 234ff.

13 Vgl. Bannert (1986), S. 48.

14 Schreiber (1858), S. 1f.

Der Arzt, welcher mit wenigen Mitteln und wenigen Besuchen Vieles leistet, wird wohl in alle Ewigkeiten taxmässig schlechter bezahlt werden, als derjenige, der mit vielen Mitteln und vielen Besuchen nichts leistet [...].<sup>15</sup>

An dieser grundsätzlichen Problematik scheint sich bis heute nichts geändert zu haben, wenn man sich die aktuelle Diskussion um die Strukturreformen in unserem Gesundheitswesen anschaut.

Interessanter als alte und neue Grundsatzdebatten um das Für oder Wider von Medizinaltaxen und die damit verbundene Frage nach den Auswirkungen solcher Verordnungen auf die Höhe des ärztlichen Einkommens sind Fallstudien, die beleuchten, inwiefern sich die Ärzte damals tatsächlich an solchen Medizinaltaxen orientiert haben. Ein glücklicher Quellenfund ermöglichte es den Ostberliner Medizinhistorikern D. Tutzke und R. Engel, die Einkünfte eines praktischen Arztes, der in Schladen bei Salzgitter praktizierte, für den Zeitraum 1833-1841 zu rekonstruieren.<sup>16</sup> Heinrich Grotjahn (1794-1872), ein Vorfahr des berühmter Sozialhygieniker Alfred Grotjahn (1869-1931), benutzte in 61 Prozent aller Fälle, die in seinem Patientenjournal aufgeführt sind, die Nomenklatur der preußischen Medizinaltaxe vom 21. Juni 1815.<sup>17</sup> In 36 Prozent aller Eintragungen entsprach die Höhe der von ihm abgerechneten Leistungen den Tarifen dieser Gebührenordnung. Wenn Grotjahn strikt nach den üblichen Gebührensätzen abgerechnet hätte, wären seine jährlichen Einkünfte im Durchschnitt 1365 Taler gewesen. Doch lag sein tatsächliches Einkommen um 230 Taler darunter. Denn zum einen behandelte er einige der ärmeren Patienten umsonst, indem er beispielsweise hinter dem Eintrag der betreffenden Honorarforderung »geschenkt« vermerkte. Zum anderen hatte er wie so viele Kollegen mit zahlungsunwilligen Patienten, für die er die wenig schmeichelhafte Bezeichnung »Betrüger« verwendete, zu kämpfen. Außerdem sind die geldwerten Leistungen in Form von Naturalienzahlungen in dieser Zusammenstellung nicht mit berücksichtigt.

Im Unterschied zu ihren Standeskollegen konnten die homöopathischen Ärzte nicht auf das Wohlwollen oder die Hilfe des Staates bzw. der Gerichte zählen, wenn es darum ging, ausstehende Honorarforderungen durchzusetzen. Außerdem entsprachen die damaligen Medizinaltaxen kaum den Bedürfnissen einer homöopathischen Praxis, in der die nach heftigen Auseinandersetzungen mit der Apothekerschaft erreichte Selbstdispensierung von Arzneimitteln gang und gäbe war. So mußte sich Samuel Hahnemann, der als Begründer einer neuen Heilkunst in die Annalen der Medizingeschichte einging, ebenfalls Gedanken über die banale, aber essentielle Frage der Existenzsicherung machen. Selbst auf diesem medizinfremden Gebiet erwies er sich – wie übrigens auch am Krankenbett – als Pragmatiker und

15 Kücher (1864), S. 37f.

16 Tutzke/Engel (1978), S. 464.

17 Zu dieser Taxe und ihren Vorgänger vgl. auch Stürzbecher (1966), S. 97ff.



innovativer Kopf. Nicht zuletzt hatten wohl die entbehrungsreichen Jahre vor der Entdeckung des Simile-Prinzips schon früh sein Augenmerk auf die materiellen Probleme des Arztberufs gelenkt. Es macht deshalb Sinn, bevor wir uns mit Hahnemanns praktischen Ratschlägen zum Aufbau einer gutgehenden homöopathischen Praxis befassen, einen kurzen Blick auf die schwierige finanzielle Situation, in der sich Hahnemann bis ungefähr zu seinem fünfzigsten Lebensjahr befand, zu werfen.

Aus der Zeit, als Hahnemann noch keine homöopathische Praxis betrieb und vorwiegend vom Übersetzen und vom Verfassen medizinischer Schriften lebte, ragt das Zeugnis eines Freundes, des englischen Predigers Thomas R. Everest (1801-1855) heraus, an dessen Glaubwürdigkeit allerdings einige Zweifel anzubringen sind. Danach soll sich Hahnemann an sein großes Werk, die Entdeckung des Simile-Prinzips Anfang der 1790er Jahre, »inmitten der Armut« gemacht haben. Seine damalige finanzielle Situation wird uns in dieser Quelle wie folgt geschildert: »Seine ganze Familie, von der er nur durch einen Vorhang getrennt war, wohnte in einem kleinen Zimmer; unter allen nur denkbaren Hindernissen hatte er eine hungrige Familie um sich, deren Unterhalt er mit harter Arbeit erkämpfen mußte.«<sup>18</sup> Dieses Bild, das Everest hier zeichnet, widerspricht Hahnemanns eigener Einschätzung, wie sie aus einem 1790 in Stötteritz verfaßten Brief hervorgeht: »Was ich jetzt verdiene (lassen Sie es gering sein) reicht hier überflüssig zu. Auf Einkünfte aus der Praxis kann ich nicht viel rechnen.«<sup>19</sup> Wenngleich Hahnemann damals zweifellos Mühe hatte, seine große Familie finanziell über Wasser zu halten, so müssen wir die meist später verfaßten Schilderungen von Zeitgenossen und Weggefährten Hahnemanns nicht allzu wörtlich nehmen; denn immerhin konnte dieser bereits 1795 in Braunschweig ein durchaus standesgemäßes Haus mit Grundstück erwerben, dessen Kaufpreis 2065 Reichstaler in Gold betrug.<sup>20</sup> Daß sich Hahnemann zu diesem Zeitpunkt den Erwerb einer solchen Immobilie überhaupt leisten konnte, dürfte allerdings weniger mit seinen eigenen Einkünften zusammenhängen, als vielmehr dem Umstand geschuldet sein, daß seine erste Frau 1500 Reichstaler an Mitgift in die Ehe gebracht hatte, wie aus einer Eingabe an Fürst Leopold Friedrich Franz von Anhalt-Dessau aus dem Jahr 1786 hervorgeht.<sup>21</sup> Außerdem hatte Hahnemann in der Zwischenzeit einen zahlungskräftigen Privatpatienten gehabt, den Musiker und Kanzleisekretär Friedrich Arnold Klockenbring (1742-1795), der sich wegen seiner Geisteskrankheit einige Zeit bei ihm in stationärer Behandlung befand. Als Honorar hatte sich der bis dahin in der Behandlung und Pflege von Geisteskranken noch unerfahrene Arzt, der sich damals in Georgental aufhielt, die stattliche

---

18 Haehl (1922), Bd. II, S. 26.

19 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 25.

20 Lohoff (1997/1998), S. 130.

21 Vgl. Haehl II (1922), S. 17.

Summe von 1000 Talern ausbedungen.<sup>22</sup> Daß ein so hoher Betrag Neider auf den Plan rief, überrascht nicht. Und so rechtfertigte sich Hahnemann in einem Schreiben an seinen Freund Rudolf Zacharias Becker (1751-1822) in Gotha, nachdem weitere Patienten ausblieben, mit den Worten: »Ich sehe wohl, daß man die Bemühung einen Wahnsinnigen zu heilen, in unserer deutschen Welt nicht zu sehr zu schätzen weiß. Rat F. aus Hildburghausen hat sich auch mit der Kostbarkeit entschuldigt, – ich forderte 40 Thaler monatlich und 500 Thaler nach vollendeter Kur. Schmidt aus Frankfurt scheint sich auch vor den 50 Thalern monatlich und den 1000 Thalern nach der Kur gefürchtet und deswegen nicht geantwortet zu haben.«<sup>23</sup> Wie man dieser Briefstelle entnehmen kann, war Hahnemann also schon zu dieser Zeit, als es ihm finanziell noch nicht so gut ging, fest davon überzeugt, daß seine ungewöhnlichen Therapien und ärztlichen Bemühungen ihren Preis wert waren.

Als sich Hahnemann 1799 für kurze Zeit in Altona (»einem Orte, wo man wenigstens dreimal theurer lebt als in Gotha«<sup>24</sup>) als praktischer Arzt niederließ, hatte er offenbar nur wenig Patienten und hoffte auf ein baldiges Anwachsen seiner Klientel. Das hielt ihn aber offenbar nicht davon ab, für eine briefliche Konsultation einen nicht unbeträchtlichen Betrag in Rechnung zu stellen. Für »einen Brief mit oder ohne Arznei«<sup>25</sup> verlangte er damals, wie er seinem Freund Becker schrieb, immerhin 2 Speciotaler.

Daß Hahnemann zu diesem Zeitpunkt bereits häufiger brieflich um ärztlichen Rat gebeten wurde, geht aus einer Anzeige hervor, die Hahnemann 1799 im Reichsanzeiger veröffentlichen ließ. Darin erklärte er, daß er in Zukunft »selbst die freyen Briefe von auswärtigen Kranken u. andern Hülfe-suchenden nach geschעהener Durchlesung zurücksenden werde, wenn sie kein verhältnismäßiges Honorar meiner Bemühungen (wenigstens einen Friedrichsdor) in Anweisung oder barem Gelde enthalten; das Elend müßte denn so laut sprechen, daß man sich der Beyrathung ohne Verletzung der Menschlichkeit nicht entziehen kann.«<sup>26</sup> Die genannte Münze entsprach etwa fünf preußischen Talern zu 24 Groschen. Damals belief sich der Tagelohn eines Dachdeckergesellen auf ca. 8 gute Groschen. Hahnemann forderte also ein Honorar für eine briefliche Konsultation, das weit über dem der preußischen Taxordnung von 1815 lag. Zu ungefähr derselben Zeit verlangte Hahnemann für Behandlung, Pflege und Logis eines geisteskranken Literaten (Johann Karl Wezel) zehn Friedrichsdor im Monat.<sup>27</sup> Auch mit seinen

22 Vgl. Haehl II (1922), S. 38.

23 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 36.

24 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 42

25 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 42.

26 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 42.

27 Vgl. Haehl II (1922), S. 43.

gedruckten Ratgebern wollte Hahnemann zusätzlich Geld verdienen. So verlangte er für die Subskription seiner Schrift über das Scharlachfieber (1800) ebenfalls einen Friedrichsdor. Dafür sollte der Subskribent nicht nur die betreffende Schrift portofrei zugeschickt bekommen, sondern zusätzlich ein »solches Pülverchen [...], hinreichend mehrere tausend Personen gegen Scharlachfieber unansteckbar zu machen,«<sup>28</sup> gratis erhalten. Doch auch solche vollmundigen Versprechungen, die nicht von ungefähr an den damals blühenden Handel mit Geheimmitteln erinnern,<sup>29</sup> meldeten sich offenbar nur wenige Interessenten, so daß sich Hahnemann im Januar 1801 entschloß, seinen Freund und Verleger Becker zu bitten, die Schrift ebenfalls im Reichsanzeiger abzdrukken, damit »sie nur zur recht ausgebreiteten Kenntniß des Publikums gelangt.«<sup>30</sup> Doch konnte auch dieser Schritt nicht verhindern, daß Hahnemanns Ruf weiter Schaden litt. Gegen den Vorwurf der Geschäftemacherei verteidigte er sich in einem Brief an Rudolf Zacharias Becker: »Es ist gar nichts Böses, sich durch Pränumeration für seine Erfindung, im voraus belohnen zu lassen, wenn man nach empfangenem Lohne sein Aequivalent entrichtet. Dieß Verfahren hat die besten Beispiele vor sich.«<sup>31</sup> Er legte dem Brief sogar eine Goldmünze (Louisdor) bei, die der Verleger an einen seiner Kritiker aus den Reihen der Subskribenten zurückschicken sollte. Nicht einmal eine solche Geste konnte jedoch verhindern, daß später immer wieder der Vorwurf der Gewinnsucht aus den Reihen seiner Gegner laut wurde. Auf die üble Nachrede des braunschweigischen Leibarztes Dr. med. U. F. Brückmann, Hahnemann sei ein Scharlatan und Geldabschneider und habe für die Behandlung eines Fallsüchtigen im Jahr 1796 ein horrendes Honorar (100 Louisdor) verlangt, antwortete der Betroffene mit einer Gegendarstellung im Reichsanzeiger vom 8. April 1808. Darin war unter anderem die Rede von »verjährte[n], von Schmähzungen vor Jahren aufgetischte[n], längst widerlegte[n] Vorwürfe[n], mit Ignoranzen und Mißverständnissen durchwebt.«<sup>32</sup>

Nachdem die Homöopathie in den 1820er Jahren immer mehr Zulauf fand und die Zahl der Kritiker in der Ärzteschaft zunahm, war es vor allem die von ihm verlangten Vorauszahlungen, die Hahnemann den Ruf einbrachten, geldgierig zu sein. Wie man sich dieses Abrechnungsverfahren konkret vorstellen muß, wissen wir dank der Schilderung seines Schülers Dr. Franz Hartmann, die dieser 1844 in der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung veröffentlichte:

Das Honorar für 6 Pulver, die nummerirt waren, von denen nur eins Arznei enthielt und theils täglich 3, theils auch nur 2 Stück verbraucht wurden, betrug im niedrigsten

28 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 70.

29 Vgl. u. a. Ernst (1975).

30 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 73.

31 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 74.

32 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 82.

Preise 16 gute Gr[oschen], bei Reichern 1 Th[a]ll[e]r 8 g[ute] Gr[oschen] bis 2 Th[a]ll[e]r, oder aber er ließ sich von solchen eine bestimmte Summe von 10-12 Louisd'or pränumerando zahlen, der ad libitum nach einiger Zeit von Neuem verlangte.<sup>33</sup>

Gerade das letztere Verfahren schien einigen seiner Standesgenossen als Verstoß gegen die guten Sitten, obwohl es damals durchaus üblich war, daß wohlhabende Patienten sich einen Hausarzt hielten, der mit einer Pauschale entlohnt wurde. Allerdings war diese Summe erst am Ende eines Jahres fällig, was dem Schuldner die Möglichkeit gab, die Zahlung hinauszuzögern oder gar ganz zu verweigern.

Wie es um die Zahlungsmoral vieler Patienten bestellt war, wußte Hahnemann besser als seine Gegner, die ihm Habgier vorwarfen. Hier zeigte sich der Begründer der Homöopathie als Realist, der auch die finanzielle Seite des Arztberufes nicht aus den Augen verlor. Eines der eindrucksvollsten Zeugnisse, die wir über seine Einstellung in dieser Frage haben, ist ein Brief an seinen Schüler Friedrich Rummel (1793-1854). Mit Datum vom 19. Mai 1831 schrieb Hahnemann aus Köthen:

Allerdings hat so ein Titel, wie der eines ›Medicinalrathes‹ nun den Vortheil, dem Arzte bessere Preise zu verschaffen und für den Homöopathen insbesondere den, die Feinde der Kunst etwas zu demüthigen; aber wäre es auch nicht, so ist doch auch dem bloßen homöopathischen Doktor zu rathen, so viel Werth auf seine unendlich bessere Heilkunst zu setzen, daß er sich auch in diesem Zustande bessere Preise verschaffe, wenigstens die chronischen Kranken auf ein monatliches (am besten vorauszubehaltendes) Honorar setzte und von dem kleineren Manne doch bei jeder Berathung und Mittheilung der Arznei) einige Bezahlung (und wären es auch nur einige Groschen sich jedesmal geben lasse – accipe dum dolet. So nur kann der Arzt nie leer ausgehen und behält Muth, wenn er blankes Geld für seine Mühen sieht. Dieß wenige selbst, wenn es nur jedesmal richtig und unablässig bezahlt wird, sammelt sich unvermerkt zu einer Summe und der jedesmal zahlende Kranke merkt es kaum im Beutel, weil er's nach und nach entrichtet, und wenn er dann gesund wird oder vor der Zeit abgeht, so sind wir mit ihm fertig; er hat nichts an uns zu fordern, und wir nichts an ihm; er trennt sich von uns wo nicht mit Zufriedenheit und Dank, doch nie mit Unwillen – was er nach und nach gegeben hat, ist ihm aus dem Sinne gekommen und der Arzt hat, was ihm billig gebührt und es sammelt sich ohne Verdruß von Seiten des Kranken in des Arztes Beutel. Dagegen, welchen täglichen Verdruß hat nicht der Arzt, der erst hinterdrein – wenn der Kranke die allmähliche Verbesserung und die viele Mühe des Arztes, ut fieri solet, rein vergessen hat, mit einer Rechnung angezogen kommt. Seit ich das wohlthätige Heilgeschäft führe, habe ich nie eine Forderung hinten drein gemacht, sondern es gehalten, wie oben steht. Wenn so die jedesmalige Bezahlung der kleineren Leute, und die monatliche pränumerirte der wohlhabenden Classe einmal eingeführt ist und es die Kranken nicht anders wissen, so bringt jeder (unerinnert) sein Geld mit oder schickt's monatlich im Briefe mit und die Sache geht ohne Murren seinen Fortgang. Wirtschaftet nun auch der Arzt selbst gut, so kann er, ist er hülfreicher Homöopath schon etwas erwerben und zurücklegen.<sup>34</sup>

Daß Hahnemann im Laufe seiner über vierzigjährigen homöopathischen Praxis auf diese Weise ein beachtliches Vermögen erwerben konnte, zeigt

33 Hartmann (1844), Sp. 185. Vgl auch Haehl II (1922), S. 152.

34 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 152f.

sein Testament anlässlich der zweiten Eheschließung. Danach bekam jedes seiner erbberechtigten Kinder die nicht unerhebliche Summe von 6.000 Talern ausgezahlt. Für sich selbst behielt er einen Betrag von 12.000 Talern. Außerdem besaß Hahnemann damals in Köthen zwei Häuser, die er seinen Töchtern Amalie, Louise und Charlotte vermachte. Hahnemann verfügte also vor seinem Umzug nach Paris, wo er die letzten neun Jahre seines Lebens verbrachte, über ein beachtliches Vermögen, das sich zwar nicht mit den 100.000 Gulden Stiftungskapital des Frankfurter Arztes Johann Christian Senckenberg (1707-1772) vergleichen läßt, dafür fast ausschließlich aus Praxisgewinnen und nicht aus Erbschaften und Kapitalerträgen stammte.<sup>35</sup> Allerdings würde dieser Vergleich zugunsten Hahnemanns ausfallen, wenn die Behauptung des Rechtsanwaltes seiner Tochter Eleonore stimmen würde, Hahnemann habe bei seinem Tode in Paris ein Vermögen von 200.000 Reichstaler hinterlassen,<sup>36</sup> oder gar der Aussage des Enkels, Dr. med. Süß-Hahnemann<sup>37</sup>, zu trauen wäre, wonach Hahnemann seiner zweiten Frau Melanie vier Millionen Francs vererbt habe. Gegen solche sagenhaften Reichtümer spricht aber die Tatsache, daß Hahnemanns Witwe schon bald nach dem Tode ihres geliebten Mannes in ein kleineres Haus umzog und später nach und nach ihre Bilder und Möbel verkaufte.<sup>38</sup>

Nicht erst seit seinem Umzug nach Köthen war Hahnemann ein gefragter Arzt, der es sich leisten konnte, sein Honorar nach Gutdünken festzulegen und damit das Patronage-System, das um 1800 noch die Arzt-Patient-Beziehung prägte<sup>39</sup>, aufzubrechen. Es ist keineswegs eine Selbstverständlichkeit, daß er sein finanzielles Erfolgsrezept nicht für sich behielt, sondern bereitwillig seinen Schülern und Anhängern mitteilte. So gab er beispielsweise Dr. Johann Heinrich Wilhelm Ehrhardt (1794-1748) in Merseburg den praktischen Ratschlag: »Geld macht Muth und sei es nur wenig; wenn ichs nur im Säckel habe, was mir gebührte, so arbeitete ich doch nicht umsonst, nicht auf Gnade hin, zaghaf, ob er mich bezahlen werde oder nicht. [...] Die Welt ist undankbar. Auch der Reiche muß jede Verordnung gleich oder monatsweise bezahlen. Sonst kann er hingehen, wohin er will.«<sup>40</sup> Noch ausführlicher behandelte Hahnemann die leidige Honorarfrage in einem Brief an seinen Schüler Karl Julius Aegidi (1795-1874), dem er in Düsseldorf eine Stelle als Leibarzt der Frau des preußischen Kronprinzen besorgt hatte und der aus seiner durchaus lukrativen Praxis kaum Gewinn zog.<sup>41</sup>

35 Zu Senckenberg vgl. Heischkel (1956), S. 2672.

36 Vgl. Haehl II (1922), S. 453.

37 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 454.

38 Handley (1993), S. 171.

39 Vgl. dazu Jewson (1974). Vgl. auch Lachmund/Stollberg 1995, S. 123ff.

40 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 153.

41 Zu Aegidi vgl. jetzt Vigoureux (1996).



Als ihm Aegidi berichtete, daß ihm der Titel »Medicinalrat« verliehen worden sei, antwortete Hahnemann:

Da, wie ich bei Ihnen lese und von Jahr [gemeint ist Georg Heinrich Gottlieb Jahr, 1800-1875, R. J.] höre, das dortige (vornehme) Publikum nun einmal so nachlässig sich gegen einen wackern homöopathischen Arzt aufführt, selbst in der Bezahlung – was nehmen Sie da noch für besondere Rücksicht auf dasselbe? Warum ahmen Sie mir hierin nicht nach, und nehmen also gleich bei jeder Verordnung Ihre Bezahlung bei Klein, Mittel, Groß? Ich wäre noch immer bei einer zahlreichen Familie ein armer Tropf, wenn ich nicht, ohne mich an die uralte Einführung bei den allöopathischen Ärzten zu kehren (die ihre Rechnungen nur stehen lassen, um den Kunden zu nöthigen, bei ihm auszuharren) nur nach Ende der Cur, oder zum Neujahr Bezahlung zu fordern, wo alle guten Dienste von ihnen schon lange vergessen worden sind, – wenn ich, mit einem Worte, nicht das Gegentheil getan hätte. – Wer meine Bemühung verlangt, dachte ich, muß mich bezahlen, und muß nach jedesmal aufgewendeter Mühe mich sogleich bezahlen – weil nichts schneller vergessen wird von Weltmenschen als Wohlthaten. – Er muß eine Verordnung auf einen Monat z. B mit mehren Thalern sogleich erlegen, wenn ers im Vermögen hat – der Mittelmann mit wenigern, der kleine Mann mit einigen Groschen, wenn er auf 1, 2 Wochen versorgt wird, und nur der ganz Arme wird umsonst behandelt. Wem das nicht recht ist, wer meine eben aufgewendete Mühe nicht gleich bezahlen will, der giebt zu verstehn, daß er mich betrügen will – und der bleibe mir vom Leibe. Kein Tagelöhner geht abends aus der Arbeit, ohne seine Hand zum Empfange seines Tagelohnes auszustrecken; und wir wollen unklüger seyn und uns für unsere saure Mühe mit Hoffnung auf dereinstige Bezahlung abspeisen, das ist, uns von 80 unter 100 betrügen lassen?

Wir sind keine Allöopathen, die eine hohe Medicinaltaxe haben und für ihre Unthaten große Rechnungen durch die Gerichte ausklagen können. Wir müssen gleich nehmen, was wir verdient haben, sonst sind wir nicht werth, beklagt zu werden; sonst haben wir uns an uns selbst und an den Unsrigen versündigt, und der betrügerische Schalk, um den wir vielleicht die größten Verdienste hatten, lacht uns noch oben drein aus. Meinen Sie, da kämen die Kranken nicht? Da irren Sie! Und wenn sie nicht kämen, um nicht gleich bezahlen zu wollen, so haben Sie doch keine Mühe mit solchen offenbaren Betrügnern gehabt [...].<sup>42</sup>

Hahnemann verweist in diesem Zusammenhang auf einen anderen seiner zahlreichen Schüler, auf Gustav Wilhelm Groß (1794-1847) in Jüterbogk, dessen homöopathische Praxis vor einigen Jahren gleichfalls kaum Gewinn abgeworfen habe. Dann habe er ihn zu sich zitiert: »Er sah es ein, folgte und nun ist er ein sehr bemittelter Mann geworden und hat noch mehr Zulauf als vorher.«<sup>43</sup> Wenngleich sich diese Behauptung nicht nachprüfen läßt, so wissen wir doch aus dem Munde anderer Schüler, z. B. von Friedrich Rummel, daß sie Hahnemanns Honorarabrechnungssystem weitgehend übernahmen, vor allem wenn sich unter ihrer Klientel viele auswärtige Patienten befanden.<sup>44</sup>

42 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 415.

43 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 415.

44 Siehe Haehl II (1922), S. 153. Vgl. dagegen aber Franz Hartmanns Bemerkung in der AHZ 26 (1844), Spalte 185: [...] so weiß ich doch aus Erfahrung, daß nur Wenige praktischen Gebrauch davon gemacht haben, theils im Gefühle ihrer zu Hahnemann



Aus Hahnemanns Ratschlägen an seine Schüler, aber auch aus dem bereits erwähnten Augenzeugenbericht Franz Hartmanns wissen wir, daß Hahnemann nicht nur zwei verschiedene Abrechnungsarten (Bezahlung pro Konsultation oder eine im voraus zu zahlende Monatspauschale) praktizierte. So soll er von seinen ärmeren Patienten meist erheblich weniger (sechs bis acht Groschen pro Besuch und Medikation) verlangt haben. In dem bereits erwähnten Brief an Aegidi werden sogar noch niedrigere Beträge genannt. Um dieses differenzierte Honorarsystem erfolgreich anwenden zu können, war nach Hahnemann »eine genaue Bekanntschaft mit den Vermögensumständen der Leute«<sup>45</sup> nötig. Auch in dieser Hinsicht erwies sich der Begründer der Homöopathie als Realist und Menschenkenner. Als minderbemittelt galten für ihn nur diejenigen, die »stets in der Apotheke baar zu zahlen genötigt sind.«<sup>46</sup> Dieses Wissens um die Bonität seiner Patienten ersparte ihm umständliche Nachforschungen oder indiskrete Fragen nach den Vermögensverhältnissen.



Abb. 4: H.W. Bunby (1750-1811), Eine diskrete Bezahlung für einen Hausbesuch (Photo: Digby, Anne: Making a medical living. Cambridge 1994, Abb. 8)

Doch wie sah es nun mit der Umsetzung dieser Abrechnungsprinzipien in der Praxis aus? Hielt Hahnemann sich weitgehend an die Ratschläge, die er seinen Schülern diesbezüglich gab? Hier können nur die erhaltenen Krankenjournalen und Briefe Aufschluß geben.

Nach den bislang noch nicht veröffentlichten Untersuchungen von Markus Mortsch zu Hahnemanns Krankenjournal D22 (1821) zu urteilen, richtete

---

weit niedrigeren Stellung, theils im Gefühle der Indignation, die sich dabei des Kranken bemeistert.«

45 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 414.

46 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 414.

sich der Preis der Behandlung tatsächlich nach den finanziellen Möglichkeiten des Kranken. Vergleicht man die Krankenjournalen aus der Leipziger Zeit mit denen aus Köthen, wo er als Leibarzt des regierenden Herzogs tätig war, so fällt auf, daß er in der anhaltischen Residenzstadt durchaus genötigt war, auf die in der Regel bescheideneren Einkommensverhältnisse von Handwerkern und Hofbeamten Rücksicht zu nehmen. Die nicht besonders zahlreichen Nachweise über Honorarforderungen in den betreffenden Krankenjournalen enthalten für die Köthener Zeit jedenfalls mehr Belege für Groschen als für Taler, und zwar in fast allen Berufsgruppen. Während Hahnemann z. B. für die Behandlung der Frau des Oberamtmannes aus Frauendorf bei Frankfurt an der Oder stattliche 10 Louisdor erhielt, bezahlte die Frau eines Köthener Postsekretärs nur 16 Groschen für die Konsultation.<sup>47</sup> Diese differenzierte Abrechnungspraxis bestätigt ebenfalls die Auswertung des Krankenjournalen D34 (1830) durch Ute Fischbach-Sabel.<sup>48</sup> Danach verlangte Hahnemann gegen Ende seiner Köthener Zeit meist einen Betrag zwischen 2 und 16 Groschen, wenn es sich um Patienten aus den unteren Einkommenschichten (z. B. Diener) handelte. Am häufigsten kommen aber Talerbeträge vor. Diese schwanken zwischen einem und 125 Talern und stammen meist von wohlhabenderen Patienten (Geheimrat, Kantor, Gutsbesitzerin, Pastor u. a.). Bei höheren Beträgen findet sich meist ein Vermerk, daß es sich um eine Vorauszahlung für einen längeren Zeitraum handelt. So zahlte z. B. ein Patient namens Crone am 26. Juli 1830 die Summe von 30 Talern. Hahnemann vermerkte hinter dem Betrag »bis 16. August«. Zum Vergleich: Laut Lebensmitteltaxe, die 1830 in der Anhalt-Cöthenschen Zeitung veröffentlicht wurde, kostete ein Pfund Semmeln einen Groschen.<sup>49</sup> Rechnet man 24 Groschen auf einen Taler, so konnte Hahnemann sich für diesen Talerbetrag theoretisch 720 Pfund Semmeln kaufen. Auch die Zahlung mit Goldmünzen (Friedrichsdor und Louisdor) wird gelegentlich in den Krankenjournalen der Köthener Jahre vermerkt. So endet z. B. der Eintrag über einen Magdeburger Leutnant mit Namen von Lüderitz mit der Notiz: »1 L[ouis]d[o]r für consultas / 1 L[ouis]d[o]r für Arznei gegeben.«<sup>50</sup>

In den bisher ausgewerteten Krankenjournalen finden sich nicht zuletzt Belege für die von Hahnemann in die homöopathische Praxis eingeführten beiden Abrechnungsarten. Als Beispiel für die Berechnung pro abgegebener Arznei sei hier der Vermerk bei einem Patienten, der »Wagners« Sohn genannt wird, angeführt: »1 Thaler und für vorige 12 Conche 12 Groschen

47 Mortsch (1999) [Hahnemann: Krankenjournal D22], S. 318 und 350. Ich danke Herrn Markus Mortsch für die Einsicht in das Manuskript seines Kommentars zu diesem Krankenjournal.

48 Fischbach-Sabel (1998).

49 Fischbach-Sabel (1998), Kommentar, S. 35.

50 Fischbach-Sabel (1998) [Hahnemann: Krankenjournal D34], S. 55.

schuldig 20 Groschen«.<sup>51</sup> Wie Markus Mortsch richtig bemerkt, bezahlte der betreffende Patient also nicht einmal das bei Hahnemann angeblich übliche Minimalhonorar, sondern erheblich weniger, nämlich nur einen Groschen pro Gabe Austernschalenpulver. Der Fall des Leipziger Patienten Völcker belegt dagegen, daß Hahnemann Vorauszahlungen für einen bestimmten Zeitraum nicht nur von wohlhabenderen Patienten, sondern auch von chronisch Kranken ungeachtet ihrer Vermögensverhältnisse verlangte. Der an einem Harnröhrenausfluß erkrankte Völcker zahlte zwar relativ wenig, nämlich nur 6 Taler für anderthalb Monate, doch hielt Hahnemann dafür an seinem Prinzip fest: »Bei solchen Krankheiten poche ich auf den Beutel.«<sup>52</sup>

Die interessante Frage, die sich hier stellt, ist die, ob Hahnemann bereit war, auch Ausnahmen zuzulassen, oder ob er völlig mittellosen oder zahlungsunwilligen Patienten die Tür wies. Es gibt Hinweise, daß zumindest Hahnemanns zweite Frau Mélanie in der gemeinsamen Pariser Praxis täglich ein Dutzend armer Patienten gratis behandelte. Daß Hahnemann selbst gelegentlich auf sein Honorar verzichtete, dürfte zwar vorgekommen sein, läßt sich aber nur schwer nachweisen. Einer der wenigen Belege findet sich im Krankenjournal D22, wo davon die Rede ist, daß die Tochter eines Köthener Tagelöhners eine Gabe Acidum muriaticum »umsonst«<sup>53</sup> bekam. Im Ausnahmefall war Hahnemann offenbar durchaus bereit, nicht wie üblich auf Barzahlung zu bestehen. Um einen solchen Fall handelt es sich wohl bei dem Leipziger Markthelfer F. Gossel, dem Hahnemann das Versprechen abnahm, »in 4 Wochn 3 Thaler zu schicken«.<sup>54</sup> Auch die Witwe eines Pastors, die brieflich um die Behandlung ihres kranken Kindes ansuchte, versuchte, Hahnemann auf eine spätere Zahlung des Honorars zu vertrösten, indem sie ihm schrieb:

Was Sie guter Herr Hofrath für die Kur verlangen, verpflichte ich mich zu allem danke zu entrichten; ist nur erst mein Sohn von seinem schrecklichen Uebel durch Ihre Güte hergestellt, so ist's für mich eine Kleinigkeit u. wenn es 50 R[eichs]t[aler] sein. Setzen Sie daher kein Mißtrauen in mich, denn so sehr ein Gott ist, werde ich alles bezahlen.<sup>55</sup>

Ob sich Hahnemann auf dieses Angebot einließ und sich konzilient erwies, wissen wir leider nicht. Andere Patienten unternahmen dagegen den Versuch, Hahnemann zu einer Verringerung des Honorars zu bewegen. So schrieb ihm ein gewisser C. van Bock aus Herzogsrode mit Datum vom 17.6.1832: »Ob es Ihnen nicht möglich ist den Preis für ihre Pülvergen et-

51 Mortsch (1999) [Hahnemann: Krankenjournal D22], S. 324.

52 Hartmann (1844), Sp. 186.

53 Mortsch (1999) [Hahnemann: Krankenjournal D22], S. 463.

54 Mortsch (1999) [Hahnemann: Krankenjournal D22], S. 135.

55 Homöopathie-Archiv IGM Stuttgart, B 32803 Brief vom 26.6.1832.

was herunterzusetzen«<sup>56</sup>, nicht ohne sich gleichzeitig für seine »dreistigkeit« zu entschuldigen. Auch in diesem Falle läßt sich leider nicht nachweisen, ob die Bitte des Briefschreibers Gehör fand.

Daß Hahnemann ganz unwirsch auf Bitten um Zahlungsaufschub reagieren konnte, bezeugt eine oft zitierte Stelle aus dem Bericht, den Franz Hartmann 1844 in der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung veröffentlichte:

Einmal war ich genöthigt, als ich eine Zeitlang bei ihm famulierte, einem Auftritte der Art in seiner Stube beizuwohnen, als ein auswärtiger Kranker, der an Lues secundaria cum hydrargyrosi litt, seine Hülfe in Anspruch genommen und von dem er sich bei seinem nächsten Besuche 10-12 Louisd'or erbeten hatte, die dieser ihm nicht zahlen wollte, sondern 20 Louisdor nach Beendigung der Cur versprach. Etwas exaltirt schlug er sein [Kranken]Journal zu und verlangte nun bestimmt 12 Louisd'or, bevor er wieder die Hand rühre.<sup>57</sup>

Hartmann, dem dieses Verhalten seines verehrten Meisters offenbar peinlich war, sah sich daher genötigt, den Nachsatz hinzuzufügen:

Dagegen müssen wir lobend aber auch anerkennen, daß er Jahr aus Jahr ein zwölf arme Kranke unentgeltlich behandelte, die zu denselben Ordinationsstunden zu ihm kamen und gleiche Rechten mit den Reichen genossen, denn der Reihe nach, wie sie gekommen waren, wurden sie vorgenommen und kein Reicher, wes Standes er auch war, konnte sich rühmen, jenen vorgezogen worden zu sein.<sup>58</sup>

Inwieweit die Zahl »Zwölf« vielleicht auf das Weiterleben einer christlichen Tradition (12 Apostel) in der medizinischen Praxis des 19. Jahrhunderts hinweist und ob in jedem Jahr diese Zahl an Gratisbehandlungen von Hahnemann konsequent eingehalten wurde, läßt sich nur vermuten bzw. aus anderen Quellen jedenfalls nicht belegen.

Zum Schluß sei noch die Frage gestellt, in welchem Maße es Hahnemann gelungen ist, seine Honorarforderung mit zunehmender Berühmtheit zu steigern. Das gilt insbesondere in Hinblick auf die Pariser Zeit, als ihn reiche Patienten aus ganz Europa aufsuchten und sich das gehobene Bürgerthum der Seine-Metropole in die Warteschlangen vor seinem Sprechzimmer einreihete. Leider finden sich nur äußerst selten Honorarangaben in den bisher untersuchten französischen Krankenjournalen. Erwähnt werden meist, worauf bereits Rima Handley hinwies, Beträge zwischen 50 und 100 Francs.<sup>59</sup> Es handelt sich bei diesen hohen Summen um monatliche Vorauszahlungen. Wenn man davon ausgeht, daß sich ein Patient im Durchschnitt einmal pro Woche bei Hahnemann zur weiteren Behandlung einfand, so war das ein stolzer Preis, vor allem in Anbetracht der damaligen Kaufkraft der französischen Währung. Unter den Patienten, die ein mittleres Honorar (100 Francs) zahlten, war z. B. der Paillettenmacher Bavoil, der

56 Homöopathie-Archiv IGM Stuttgart, B 32767 vom 17.7.1832

57 Hartmann (1844), Sp. 185.

58 Hartmann (1844), Sp. 185.

59 Siehe Handley (1993), S. 127. Vgl. dazu ausführlich Sauerbeck (o.J.), S. 17f.

sicherlich kein Großverdiener war.<sup>60</sup> Bei dem einen oder anderen Künstler war Hahnemann dagegen offensichtlich bereit, von seinen rigiden Abrechnungspraktiken abzuweichen und Zahlungsaufschub zu gewähren. So notierte er bei dem Musiker Bry, der vermutlich in Geldnöten war: »veut payer«. Und an einer anderen Stelle findet sich die aufschlußreiche Bemerkung: »a payé la dernière fois, mais aujourd’hui pas.«<sup>61</sup> Hahnemann hatte also in diesem Fall eine unregelmäßige Zahlungsweise akzeptiert.

Leider lassen sich aus solchen Einzelbelegen keine generellen Schlüsse auf die Abrechnungspraxis in den Pariser Jahren ziehen. Die Tatsache, daß sich in den französischen Krankenjournalen erheblich weniger Hinweise auf gezahlte oder gestundete Honorare finden, könnte vielleicht darauf hindeuten, daß es Hahnemann gelungen ist, seine immer größer werdende Patientenschaft von der Selbstverständlichkeit seines Honorarsystems zu überzeugen. Wie heißt es doch in dem bereits zitierten Brief an Aegidi: »Der Homöopath muß lieber Anfangs sich knapp behelfen, um dieß natürliche Verfahren einzuführen und durchzusetzen und dann hat er gewonnen. Dann gehen seine Einnahmen fort und er wird endlich mehr gesucht als der schlaffe Patron von Arzt, der alle Bezahlung in der Gnade dereinstiger Bezahlung hinstellt.«<sup>62</sup> Damit war Hahnemann seinen Gegnern in der Ärzteschaft auch in dieser Hinsicht ein Stück voraus. Während diese damals noch nicht an dem überkommenen System der ärztlichen Honorarabrechnung, das großes Vertrauen in die Zahlungswilligkeit der Patienten voraussetzte, rütteln wollten oder konnten und sich statt dessen in kontroversen Diskussionen um die allgemeine Einführung einer Gebührenordnung für ärztliche Dienstleistungen ergingen, hat Hahnemann die sich ihm bietende Chance auf dem »alternativen« Gesundheitsmarkt genützt, um einen Zahlungsmodus einzuführen, der heute – in leicht abgeänderter Form – auch in Privatpraxen in den USA, England und Israel anzutreffen ist: Keine Behandlung ohne Cash!

---

60 Hahnemann DF5 [1837-1842] (1992), S. 19.

61 Hahnemann DF5 [1837-1842] (1992), S. 289 und 290.

62 Abgedruckt bei Haehl II (1922), S. 415.

## Bibliographie

- Bannert, Uwe: Diskussionen um ärztliche Gebührenordnungen im 19. Jahrhundert. Ein Beitrag zur Geschichte des ärztlichen Honorars. Neumünster 1986.
- Digby, Anne: Making a medical living. Doctors and patients in the English market for medicine, 1720-1911. Cambridge 1994.
- Drees, Annette: Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Sozialgeschichte der württembergischen Ärzte im 19. Jahrhundert. Köln 1988.
- Erhard, Johann Benjamin: Theorie der Gesetze, die sich auf das körperliche Wohlseyn der Bürger beziehn, und der Benutzung der Heilkunde zum Dienst der Gesetzgebung. Tübingen 1800.
- Ernst, Elmar: Das »industrielle« Geheimmittel und seine Werbung. Arzneifertigwaren in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts in Deutschland. Würzburg 1975.
- Fischbach-Sabel, Ute: Samuel Hahnemann. Krankenjournal D 34 (1830). Transkription und Kommentarband. Heidelberg 1998.
- Haehl, Richard: Samuel Hahnemann. Sein Leben und Schaffen. 2 Bde. Leipzig 1922.
- Hahnemann, Samuel: Krankenjournal DF5 (1837-1842). Transkription und Übersetzung von Arnold Michalowski. Heidelberg 1992.
- Handley, Rima: Eine homöopathische Liebesgeschichte. Das Leben von Samuel und Mélanie Hahneman. Aus dem Englischen von Corinna Fiedler. München 1993.
- Hartmann, Franz: Aus Hahnemanns Leben. In: AHZ 26 (1844), Sp. 185.
- Heischkel, Edith: Der Arzthaushalt. In: Ciba-Zeitschrift 80 (1956), 2672-2674.
- Hoffmann, Friedrich: Politischer Medicus, oder Klugheits-Regeln, Nach welchen ein junger Medicus seine Studia und Lebensart einrichten soll... Leipzig 1752.
- Jewson, N. D.: Medical Knowledge and the Patronage System in Eighteenth-Century England. In: Sociology 8 (1974), 369-385.
- Kücher, Heinrich: Einige Worte über die Taxe für das Medizinalpersonal, insbesondere die Prinzipien für die operative Taxe. In: Zeitschrift für die Staatsarzneikunde 87 (1864), 36-46.
- Lachmund, Jens; Stollberg, Gunnar: Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Opladen 1995.
- Loetz, Francisca: Vom Kranken zum Patienten. »Medikalisierung« und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850. (=MedGG Beiheft 2) Stuttgart 1993.
- Lohoff, Karen: Geschichte der Homöopathie im Herzogtum Braunschweig. In: Salzgitter-Jahrbuch 1997/1998 des Geschichtsvereins Salzgitter, S. 121-158.
- Mortsch, Markus: Samuel Hahnemann. Krankenjournal D22. Transkription und Kommentarband. Heidelberg (in Bearbeitung).
- Rübel, Johann Friedrich: Das wahre Portrait eines geschickten und erfahrenen Medici, Chirurgi und einer Hebamme. Frankfurt / Main; Leipzig 1766.
- Sauerbeck, Karl-Otto: Kommentar zu DF5, Ms. Homöopathie-Archiv IGM Stuttgart o. J.
- Schreiber, Karl: Erörterungen über die Taxen für das Medicinalpersonal in Kurhessen. In: Zeitschrift für die Staatsarzneikunde 75 (1858), 1-62.
- Stoll, Maximilian: Vorlesungen über einige langwierige Krankheiten. Wien 1788.

Stürzbecher, Manfred: Über die medizinische Versorgung der Berliner Bevölkerung im 18. Jahrhundert. Beiträge zur Berliner Medizingeschichte. Berlin 1966.

Tutzke, D.; Engel, R.: Tätigkeit und Einkommen eines Allgemeinpraktikers vor der Mitte des 19. Jahrhunderts. Ergebnisse einer historisch-statistischen Analyse. In: Zeitschrift für die gesamte Hygiene 24 (1978), 460-465.

Vigoureux, Ralf: Leben und Werk des homöopathischen Arztes Dr. Karl Julius Aegidi (1794-1874). Diss. med. Hannover 1996.





# Krankheitserfahrung und Arzt–Patienten–Beziehung in Samuel Hahnemanns Patientenkorrespondenz

*Michael Stolberg*

## Summary

*The Experience of Being Ill and the Physician-Patient Relationship in Samuel Hahnemann's Correspondence with his Patients*

This paper uses on the extensive patient correspondence of Dr. Samuel Hahnemann as the basis for a history of homeopathy from the patients' point of view. The value of these epistolary records is two-fold: first, in order to produce their daily records as requested by Hahnemann, the patients learned to pay attention even to the slightest physical or emotional changes. No other contemporary source from allopathic medicine provides similarly detailed and dense data on the very physical perception of the body and its illnesses. Second, the letters and Hahnemann's answers, as far as they have survived, provide detailed insights into the relationship between the physician and his patients. They help identify, in particular, the strategies used by Hahnemann to maintain his professional dignity, a good level of income, and his patients' trust – even through years of treatment without improvement. The letters also record the patients' response to Hahnemann's unusually authoritarian manners.

## Einleitung

Das Spektrum der Quellen, die zu einer Patientengeschichte sinnvoll beitragen können, ist breit und noch nicht annähernd ausgeschöpft. Neben ärztlichen Fallgeschichten und handschriftlich überlieferten Praxis- und Krankenhausjournalen stehen vor allem vielfältige Formen von Selbstzeugnissen oder »Ego-Dokumenten« im Mittelpunkt des Interesses, von Mirakelbüchern und Verhörprotokollen bis hin zu Autobiographien, Tagebüchern und privaten Briefwechseln und nicht zuletzt jener Quellengattung, die im Mittelpunkt dieses Beitrags stehen soll, dem Patientenbrief oder, wenn man die ärztliche Antwort miteinbezieht, der Patientenkorrespondenz.

Diese Quellengattung ist das Produkt einer Praxis der Fernkonsultation, deren historische Wurzeln auf die »consilia« des Mittelalters zurückreichen, die aber erst seit dem 17. Jahrhundert, auch dank eines verbesserten Postwesens, zunehmend breite Bedeutung erlangte. Zahlreiche Kranke suchten damals, meist nach fehlgeschlagenen Behandlungsversuchen vor Ort, schriftlich den Rat eines bekannten Arztes, in der Hoffnung, dieser werde allein aufgrund einer eingehenden Schilderung der Beschwerden und der Krankheitsgeschichte ein verlässliches, abschließendes Urteil über die Natur des Leidens, seine Ursachen und seine bestmögliche Behandlung abgeben können. Manche Kranke überließen es ihrem behandelnden Arzt vor Ort, für sie eine Krankengeschichte zu verfassen. Andere zogen es dagegen vor, sich unmittelbar an den fernen Arzt zu wenden, und zuweilen begründeten sie das ausdrücklich mit der Sorge, ein Arzt werde seiner Schilderung womöglich zu sehr den Stempel seiner eigenen Deutungen aufdrücken. Tau-

sende derartiger Patientenbriefe sind unter den Papieren führender zeitgenössischer Ärzte überliefert, unter denen von Samuel Auguste Tissot etwa, von Lorenz Heister, von William Cullen.<sup>1</sup> Als Patientenbriefe im weiteren Sinne lassen sich dieser Quellengattung zudem verschiedene verwandte Selbstzeugnisse hinzurechnen, die aus einer persönlichen ärztlichen Behandlung hervorgingen oder diese begleiteten. Manche Kranke schrieben vor der Visite einen ausführlichen Zustandsbericht und übergaben diesen dem Arzt dann zur Lektüre. In anderen Fällen trat der Brief nur vorübergehend, wegen einer zwischenzeitlichen Abwesenheit des Arztes oder des Patienten, an die Stelle des persönlichen Gesprächs. Zuweilen verfaßten auch Angehörige, Freunde, Arbeitgeber oder Gönner eine briefliche Konsultation, stellvertretend für den Kranken oder auch hinter dessen Rücken. Deren Briefe erfassen die subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen der Kranken nur mittelbar, eröffnen aber ähnlich dichte Einblicke in die medikale Laienkultur insgesamt.

Die Vorzüge der Patientenbriefe als Quelle liegen auf der Hand. Vielfältige Aspekte der Erfahrung von Krankheit und des Umgangs mit ihr werden hier in einmaliger Dichte geschildert, das gegenwärtige Zustandsbild, aber auch die bisherigen Erfahrungen mit den therapeutischen Bemühungen anderer Ärzte, frühere Krankheitsepisoden anderer Art, persönliche Mutmaßungen über das Wesen und die Ursache der Krankheit und vieles mehr. Vorherrschende Körper- und Krankheitskonzepte und ihre Bedeutung für das subjektive Krankheitserleben werden hier ebenso greifbar wie die äußeren, sozialen und familiären Rahmenbedingungen von Krankheit und des individuellen und kollektiven Umgangs mit ihr. Zweifellos dürfen selbst große Sammlungen derartiger Briefe nur begrenzt als repräsentativ gelten. Chronische Krankheiten überwiegen, selbst wenn rückblickend oft auch akute Krankheitsepisoden zur Sprache kommen. Die Verfasser mußten in der Regel lesen und schreiben können oder einen professionellen Schreiber bezahlen, so daß wir vor dem 19. Jahrhundert weit überwiegend nur Angehörigen der gebildeteren Mittel- und Oberschichten begegnen; Handwerker, Soldaten, Landgeistliche und Studenten bilden im wesentlichen die untere Grenze. Und selbstverständlich sind bei der Arbeit mit Selbstzeugnissen jeglicher Art die Probleme einer sprachlichen Vermittlung von Erfahrung, die vom Verfasser unterstellten und womöglich antizipierten Erwartungen des Empfängers oder Lesers und überhaupt die Konventionen des jeweiligen Genres zu beachten. Über die unteren Schichten geben freilich auch andere zeitgenössische Quellen nur wenig Auskunft, und das hierzu in ärztlichen Fallgeschichten oder medizinischen Topographien Überlieferte ist offensichtlich einer noch weit stärkeren Selektion und Filterung durch die vermittelnden Autoren unterworfen. So eröffnen Patientenbriefe für die Zeit vor 1850 immer noch den breitesten und differenziertesten Zugang zu den Erfahrungen, Deutungen und Reaktionen der Kranken und ihrer Angehöri-

1 Stolberg (1996); Risse (1974); Brockliss (1994); Schnalke (1997).

gen. Dies gilt, wie ich im folgenden zu zeigen hoffe, nicht zuletzt auch für die Geschichte des homöopathischen Patienten.

### Patientenbriefe in der Geschichte der Homöopathie

Im 19. Jahrhundert scheint die Praxis der brieflichen Konsultation, der Quellenüberlieferung nach zu schließen, weitgehend außer Gebrauch gekommen zu sein. Zwei Entwicklungen dürften hierzu entscheidend beigetragen haben. Zum einen stieg die Ärztedichte auch in den ländlichen Regionen stark an. Für immer mehr Kranke wurde ärztliche Hilfe damit ortsnahe erreichbar, und die Auswahlmöglichkeiten unter den verschiedenen Ärzten der Gegend wuchsen. Zum anderen lenkte ein neues Krankheitsverständnis den Blick noch stärker als schon im 18. Jahrhundert auf lokale Veränderungen in den einzelnen Organen. Sie waren auch nach Laienverständnis nur durch eine persönliche, körperliche Untersuchung, womöglich gar unter Einsatz eines Stethoskops, zuverlässig zu diagnostizieren.

Manche der neuen »alternativen« Heilverfahren teilten die modernen lokalistischen, pathologisch-anatomisch begründeten Auffassungen freilich nicht. Ihre Vertreter waren zudem geographisch dünn gesät. Und selbst wenn ein Vertreter vor Ort verfügbar war, so blieben womöglich Zweifel, ob der Jünger sein Handwerk ebensogut beherrschte wie der Begründer und Meister und beispielsweise »auch wirklich die passenden Heilmittel« anzuwenden verstand.<sup>2</sup> Für Kranke, die die Behandlung mit einem neuen, alternativen Heilverfahren wünschten, blieb die briefliche Behandlung deshalb eine sinnvolle und in vielen Fällen sogar unverzichtbare Alternative.<sup>3</sup> Das galt auch für die Homöopathie und zumal für ihren Begründer und berühmtesten Vertreter, Samuel Hahnemann. Er beschäftigte sich nach eigener Darstellung in seiner Praxis sogar »bis den heutigen Tag [1820] am meisten mit Heilung langwieriger Krankheiten entfernter und weit entfernter, nie von mir gesehener Personen.«<sup>4</sup> Das war zwar vermutlich übertrie-

---

2 Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung (im folgenden: HA), Bestand B 32569, Brief des Karlsruher Bergrats Münzing, 5.5.1832. Mein besonderer Dank gilt an dieser Stelle dem Leiter des Archivs, Martin Dinges, für die vielfältige Unterstützung.

3 Zahlreiche Patienten wandten sich beispielsweise noch nach 1850 schriftlich an Carl Baunscheidt, den Begründer des nach ihm benannten Heilsystems; vgl. die zahlreichen Fallgeschichten in Baunscheidt (1858). Baunscheidts Verfahren gründete auf dem oberflächlichen Einstich eines nadelbewehrten »Lebensweckers« und dem anschließenden Einreiben mit hautreizenden Ölen, wodurch die Krankheitsmaterie an die Hautoberfläche gezogen oder die Lebenskraft selbst angeregt werden sollte.

4 HA A 1831 (Fotokopie eines Briefs vom 12.3.1820 aus dem Schwarzenberg-Archiv Murau, I-26-4). Wie schon die Ärzte des 18. Jahrhunderts, betonte Hahnemann die Überlegenheit einer persönlichen Untersuchung. Er zeigte sich aber kompromißbereit, wenn der persönlichen Anreise äußere Hindernisse entgegenstanden. Major Schmeling-Dieringshofen versicherte er beispielsweise,

ben und sollte der Beruhigung des kranken Adressaten dienen, aber zweifellos hat Hahnemann über die Jahre unzählige derartiger Patientenbriefe empfangen und beantwortet. Für die Zeit vor 1830 sind solche Briefe nur in seltenen Ausnahmen überliefert. 1830 aber begann Hahnemann, diese Briefe nicht mehr wie bisher in seine Krankenjournale zu exzerpieren, sondern klebte sie im Original ein. Mehrere Tausend von derartigen, überwiegend deutschsprachigen Patientenbriefen aus den Jahren 1830 bis 1835 sind auf diese Weise erhalten geblieben.<sup>5</sup> Dazu kommt noch eine deutlich kleinere Zahl von überwiegend französischen Briefen an Samuel Hahnemann und seine Frau, die in die Krankenjournale der anschließenden Pariser Zeit eingeklebt waren.<sup>6</sup> Auf eine stichprobenbasierte Untersuchung dieser Bestände stützen sich die folgenden Ausführungen in erster Linie. Ergänzend habe ich alle mir verfügbaren Antwortschreiben Hahnemanns an seine Patienten herangezogen, die aber leider nur vereinzelt überliefert sind. Auch die Briefe an Hahnemann stammen, wie seine eigene Klientel insgesamt, weit überwiegend aus den Mittel- und Oberschichten. Repräsentativ für die Gesamtheit der homöopathischen Patienten sind sie damit zweifellos nicht. Insbesondere Einstellungen und Verhalten der einfachen Bevölkerung in den homöopathischen Praxen ländlicher Laienbehandler und Handwerkschirurgen mögen sich deutlich von jenen in Hahnemanns Klientel unterscheiden haben.<sup>7</sup>

Ähnlich wie die erwähnten Sammlungen von Patientenbriefen aus dem 17. und 18. Jahrhundert, läßt sich die Hahnemannsche Patientenkorrespondenz

---

sein Brief enthalte »so viel Auskunft über Ihren Zustand, daß ich heute schon einen Anfang der Cur machen kann.« (HA A 663, Brief Hahnemanns vom 30.8.1825; der Patient wird lediglich als »Major« adressiert, läßt sich aber anhand des Krankenjournals HA D 28, Eintragung vom 27.8.1825 identifizieren.) Selbst die für seinen Ruf durchaus riskante Behandlung des schwerkranken Fürsten von Schwarzenberg übernahm Hahnemann allein aufgrund der ausführlichen schriftlichen Informationen. Dank ihrer sei er »völlig eingeweiht«, was »nicht so vollkommen mit allen den Kranken der Fall war, die ich in naher und größerer Entfernung auf schriftlichen Krankheitsbericht dennoch, ohne sie gesehen zu haben, bis jezt hergestellt.« (HA A 1831).

- 5 Näheres zu diesem Bestand in Meyer (1984). Die Bedeutung dieser Briefe insbesondere auch für eine Geschichte des homöopathischen Patienten unterstreicht in einer sondierenden Untersuchung auch Nachtmann (1992).
- 6 HA, Bestand C.
- 7 So gibt es für Bayern Hinweise, daß die weniger gebildete Klientel der zahlreichen ländlichen homöopathischen Laienbehandler die Homöopathie nicht primär als ein »alternatives« Heilverfahren oder gar als eine Art medizinisches Glaubensgebäude ansahen. Die Verbindung mit allopathischen Verfahren oder auch mit religiösen und magischen Verfahren in der Praxis vieler Laienhomöopathen läßt vielmehr vermuten, daß diese sich wie ihre Patienten von der Homöopathie eher spezifische Heilmittel mit geheimnisvollen Wirkkräften erhofften, gewissermaßen das »richtige Kraut«, das gegen ihre Krankheit gewachsen war (vgl. Stolberg, *Alternative medicine*).

unter einer Vielfalt von Fragestellungen untersuchen. So kommen vor allem in den Erstbriefen, ähnlich wie in Briefen an »allopathische« Ärzte, vielfältige Formen des mentalen wie des praktischen Umgangs mit der Krankheit zur Sprache: die Folgen der Krankheit für die eigene Lebensgestaltung, die Erfahrungen mit anderen Ärzten und Behandlungsmethoden, das intensive Bemühen um Sinngebung, vor dem Hintergrund der eigenen Biographie oder auch in religiösen Dimensionen. Die Briefe eröffnen auch vielfältige Aufschlüsse über die geographische und soziale Herkunft von Hahnemanns Klientel und nicht zuletzt über das diagnostische und therapeutische Vorgehen Hahnemanns, denn Hahnemann vermerkte auf den Briefen meist das seiner Antwort beigelegte Medikament.

Allerdings verfügen wir im speziellen Falle Hahnemanns über eine noch weitaus gehaltvollere Quelle für derartige Fragestellungen, nämlich die Hahnemannschen Krankenjournalen.<sup>8</sup> Nur hinsichtlich der Hahnemannschen Diätetik bieten die Patientenbriefe zusammen mit den überlieferten Briefen Hahnemanns differenziertere Einblicke als die Krankenjournalen. Große Überraschungen bergen sie freilich nicht. Sie machen letztlich nur deutlich, daß Hahnemann in seiner eigenen Praxis tatsächlich weitgehend den Empfehlungen folgte, die er in seinem Werk über die chronischen Krankheiten formuliert hatte.<sup>9</sup> Wie schon bei Tissot, Tronchin und anderen Gesundheitsaufklärern des 18. Jahrhunderts standen eine möglichst »natürliche« Lebensordnung und die Beherrschung der »thierischen Neigungen« im Vordergrund.<sup>10</sup> Kaffee, chinesischer Tee und andere moderne Genußmittel sowie stark gewürzte Speisen galt es zu vermeiden. Körperliche Bewegung und frische Luft sollten dagegen Leib und Gemüt stärken. Auffällig ist der besondere Nachdruck, den er auf die Beherrschung sexuellen Begehrens legte und auf die verhängnisvollen Folgen eines übermäßigen Verlusts wertvoller Körpersubstanz: »Im Punkte der Ehe bitte ich Sie recht inständig, so mässig als möglich zu seyn«, schrieb er einem Gothaer Schneidermeister. »Sie können nicht glauben, welcher wesentliche und wichtige Theil unserer Kräfte der Samen ist, ein Extract unseres Lebens.«<sup>11</sup> Auch der europaweiten Anti-Masturbations-Kampagne schloß er sich folgerichtig an. Als ein Patient ihm nur von gemeinsamen Spaziergängen mit seinem Sohn berichtete, nahm er dies schon zum Anlaß der Bitte, den Sohn »nachdrücklich zu warnen, daß er nicht wie manche ungezogene böse Schulknaaben seine männlichen Zeugungstheile reize, reibe und drücke, wodurch ein großer

---

8 HA Bestand D; Vogl (1990); Sabel (1992); Jütte (1996).

9 Hahnemann (1828).

10 HA A 664, Brief an Major Schmelting-Dieringshofen, 12.11.1825.

11 Schuchardt (1886), S. 28, Brief vom 26.5.1793; ähnlich ebd. S. 56f, Brief vom 15.12.1796.

Schade für die Gesundheit, und eine abscheuliche u. schädliche Angewöhnung erfolge, die allen guten Menschen ein Gräul seye.«<sup>12</sup>

Die Briefe der Patienten lassen ihrerseits erkennen, daß viele von ihnen Hahnemanns Empfehlungen zu einem gesundheitsgerechten Verhalten im allgemeinen willig befolgten. Sie gingen auch bei schlechtem Wetter draußen spazieren. Sie verzichteten auf Wein und ungesunde Speisen oder versagten sich sexuelle Freuden völlig (was freilich gar nicht in Hahnemanns Sinn war). Noch in ihren Rückfragen, ob sie nicht doch ein wenig Wein oder Kaffee zu sich nehmen dürften, wird deutlich, wie ernst sie die Forderung nach einer möglichst sorgfältigen, gesundheitsgemäßen Lebensgestaltung nahmen.

Über die genannten Punkte hinaus scheint mir die Hahnemannsche Patientenkorrespondenz jedoch vor allem in zweierlei Hinsicht von herausragender Bedeutung: für die allgemeine Patientengeschichte in der ungewöhnlichen Dichte der Beschreibung körperlicher wie seelischer Wahrnehmungen und Empfindungen und speziell für die Homöopathieggeschichte als Spiegel jener Beziehung zum Arzt, der sie selbst ihre Entstehung verdanken. An diesen beiden Beispielen möchte ich im folgenden den Wert, aber auch die Grenzen dieser Quelle eingehender veranschaulichen.

### Krankheitserfahrung und Leiblichkeit

Ähnlich wie in den Patientenbriefen des 17. und 18. Jahrhunderts begegnen wir in den Schilderungen der Beschwerden und Symptome durch die Kranken, besonders in den Erstbriefen, immer wieder ganz anderen, uns heute nicht mehr vertrauten Vorstellungen vom Körper und seinen Strukturen und Funktionen. Auch wenn die Kranken keine ausdrückliche Deutung vorbringen, erweisen sich Erleben und Sprache als zutiefst geprägt von unausgesprochenen Vorannahmen. Weit überwiegend lassen sich diese grob im Umkreis überlieferter säftepathologischer Vorstellungen verorten. Die Kranken beschrieben beispielsweise, wie der »Krankheitsstoff« durch einen Hautausschlag oder durch körperliche Entleerungen wie weißen Ausfluß seinen »Ausweg« nahm oder auch durch die Anwendung von kaltem Wasser ins Körperinnere getrieben wurde.<sup>13</sup> Sie meinten, es sei »als wenn alles Gute zu Unrath aufgelöst würde.«<sup>14</sup> Oder sie schilderten ihr häufiges Nasenbluten als Folge einer Blutüberfüllung durch reichliche Nahrung und mangelnde Bewegung.<sup>15</sup> Aufmerksam registrierten weibliche Patienten denn auch die Regelmäßigkeit, Menge und Qualität ihrer Monatsblutung. Der

12 Stargardt (1998), Abbildung S. 173, Brief vom 21.2.1829.

13 HA B 32440, Forstmeister Bock, Dessau, 16.4.1832; HA B 32381, Kreissekretär Bernau 13.4.1832.

14 HA B 32367, Krankentagebuch Emma Braun, 16.2.1832.

15 HA B 321014, Comte de las Cases, Paris 29.7.1832.



Einfluß medizinischer Innovationen, und hier insbesondere des Aufstiegs des Nervensystems zu einer zentralen somatischen Erklärungskategorie für vielfältige Befindlichkeitsstörungen, Mißstimmungen und Schmerzen, der vielen französischen Patientenbriefen aus der Zeit um 1800 seinen Stempel aufdrückte, scheint dagegen in den Briefen der deutschen Patienten Hahnemanns vergleichsweise gering. Eher beiläufig ist in den von mir gesehenen Briefen auch einmal von »großer Reizbarkeit der Nerven« die Rede.<sup>16</sup>

Auffällig ist dafür in den homöopathischen Patientenbriefen, daß sich die Art, wie die Empfindungen und Beschwerden dargestellt werden, im Laufe der Behandlung oft deutlich verändert. Im ersten Brief, der eigentlichen Konsultation, überwiegen die üblichen Aneinanderreihungen unterschiedlicher Symptome gegenüber detaillierten Schilderungen von deren genauer Beschaffenheit. Zudem kommen gewöhnlich nur solche Empfindungen zur Sprache, denen die Kranken offenbar eine spezifische Bedeutung für die Beurteilung ihrer Konstitution und der Genese und des Verlaufs ihrer speziellen Krankheit zuschrieben. Unter Hahnemanns Anleitung lernten viele Patienten dann offenbar, verstärkt allen, auch scheinbar unwichtigen Aspekten ihrer Befindlichkeit gebührend Beachtung zu schenken und ihre Wahrnehmungen und Empfindungen und deren Wandel von Tag zu Tag mit ungewöhnlicher Genauigkeit zu verfolgen und zu beschreiben. Dieser Lernprozeß fand seinen Niederschlag in einem spezifischen Produkt der Hahnemannschen Praxis, dem Krankentagebuch als einer besonderen Form des Patientenbriefs. Hahnemann wies seine Kranken nämlich an, ein Journal zu führen, in dem sie tagtäglich »ein Paar Worte« über ihr Befinden am vorigen Tag aufzeichnen sollten, zusammen mit der Nummer des Pulvers, das sie an jenem Tage eingenommen hätten.<sup>17</sup> Nach dem Ende des betreffenden Therapieabschnitts, wenn die erhaltenen Medikamente zu Ende gingen, sollten sie ihm diese Aufzeichnungen als Grundlage für die nächste Verschreibung zusenden oder, im Falle einer persönlichen Behandlung, zur Visite mitbringen.

In der Patientenkorrespondenz Hahnemanns sind solche tagebuchähnlichen Aufzeichnungen in großer Zahl überliefert. Manche Kranke erledigten ihre Pflicht in lakonischer Kürze. Da heißt es dann beispielsweise nur: »den 3. Mai und 4. Mai befand ich mich ganz wohl, den 5. Mai bekam ich meine Regeln, den 6. Mai bekam ich Ziehen und Schmerzen und Aufstoßen und Brechen, den 7. ging es besser, aber große Mathigkeit und wenig Abend [sic].«<sup>18</sup> Andere aber verwandten ein bis zwei Seiten auf die Schilderung eines einzigen Vormittags oder griffen im Einzelfall zu bildlichen Darstel-

16 HA B 32367, Von Braun, 2.4.1832.

17 So etwa Hahnemanns Anweisung an einen Hofprediger vom 30.11.1832, HA A 1409.

18 HA B 32428, Schlegel, undatiert (am 15.5.1832 beantwortet).



lungen, um die Beschwerden und deren Verlauf noch anschaulicher zu machen. So schickte ein Maler Hahnemann eine sorgfältige Zeichnung der furunkelähnlichen, eiternden Schwellungen auf seiner Nase,<sup>19</sup> und ein anderer Ratsucher demonstrierte den unregelmäßigen Herzschlag seiner Frau durch eine musikalische Notation.<sup>20</sup>

Dank der Dichte der Beschreibung und der tagtäglichen Aufzeichnung selbst kleiner und kleinster Befindensstörungen eröffnen diese homöopathischen Krankentagebücher oft noch weit differenziertere Einblicke in die alltägliche Körper- und Krankheitswahrnehmung (und zuweilen auch den Lebensalltag) als die Patientenbriefe an »allopathische« Ärzte. Keine andere zeitgenössische Quelle gibt beispielsweise derart differenziert Aufschluß über die Natur und Häufigkeit prämenstrueller Beschwerden und Stimmungsveränderungen. Zahlreiche Frauen schilderten kommentarlos eine gewisse Niedergeschlagenheit oder auch Kopfweh und Bauchbeschwerden, ehe sie wenige Tage darauf über ihre Periode berichteten.<sup>21</sup>

Wenige Selbstzeugnisse erhellen so dramatisch und einprägsam das Krankheitserleben und die vielfältigen körperlichen Begleitsymptome »depressiver« oder in anderer Weise seelisch angeschlagener Menschen. Ich kann dies hier nur kurz an einem von zahlreichen Einträgen in das ausführliche Krankenjournal einer solchen Patientin veranschaulichen: »Sonabend, den 17ten März. Nr. 8. Noch heftigen Kopfschmerz, besonders noch den schweren Druck u. das Gefühl von Schwindel; auch zu öftern Malen das ängstigende Aufwallen nach dem Kopfe, auch noch das Zittern der Füße, brennende Hände, den Schmerz vom Genick im Rücken hinunter, u. Schmerz im Magen; sehr viel ein krampfhaftes Beben u. Arbeiten im Leib u. der Magengegend; noch recht dunkel u. trübe vor den Augen, u. besonders so geistig befangen u. verstört; tausenderlei ängstet u. martert mich, was ich nicht alles hernennen kann, z. B. der Anblick von Menschen, oder vielmehr, wenn sie mich ansehen; so möchte ich laut aufschreien, und [?] u. all dergl. Qual, die man sich kaum auszusprechen wagt. Ach u. dann die über alles unglückliche Stimmung! Wenn ich so still für mich hinsitze, überkommt mich so oft eine so plötzliche Heftigkeit, ich möcht sagen von Wuth (auch ohne alle äußere Veranlassung, u. wenn ich ganz allein bin), daß ich mit den Zähnen knirsche, die Hände drohend zusammenballen u. heftige Zornworte herausstoßen muß, ohne eigentlich zu wissen, warum u. wodurch. Diese Anfälle gehen zwar gewöhnlich bald vorüber, wiederholen sich aber sehr oft.«<sup>22</sup>

19 HA B 32379, Maler Schmitt, Altenberg, 27.3.1832.

20 HA B 32532, Aug. Baehr, Oppach 24.4.1832.

21 Vgl. Stolberg, *The monthly malady*. Dank der täglichen Aufzeichnungen entsprechen diese Schilderungen ein Stück weit sogar einer prospektiven Studie im modernen Sinne.

22 HA B 32435, Friederike Lutze 1832.

Die detaillierte körperliche und seelische Selbstbeobachtung, zu der Hahnemann seine Patienten anleitete, wirft zugleich grundsätzliche Fragen auf hinsichtlich der Auswirkungen der homöopathischen Behandlung auf das Krankheitsgeschehen und Krankheitserleben insgesamt. Es erscheint durchaus denkbar, daß solche unablässige Beschäftigung mit dem eigenen körperlichen und seelischen Befinden die Wahrnehmung der Kranken auch für kleinere, sonst als unwesentlich abgetane Veränderungen und Beschwerden schärfte und diese überhaupt erst ins Bewußtsein rücken ließ – eine Möglichkeit mit weitreichenden Konsequenzen etwa auch für die Bewertung zeitgenössischer homöopathischer Erfolgsstatistiken.

### Die Arzt-Patienten-Beziehung

Die Patientenkorrespondenzen sind zugleich Produkt und Ausdruck einer Arzt-Patienten-Beziehung. Hahnemann gab dieser Beziehung freilich eine wesentlich andere Gestalt als seine zeitgenössischen Kollegen. Die verbreiteten Klagen »allopathischer« Ärzte ebenso wie deren Patientenkorrespondenzen machen deutlich, daß viele Patienten des 18. und frühen 19. Jahrhunderts zumindest in den Mittel- und Oberschichten dem akademischen Arzt mit großem Selbstbewußtsein begegneten. Sie brachten ihre eigenen Vorstellungen und Wünsche in die Behandlung ein und erwarteten vom Arzt Diskussions- und Kompromißbereitschaft. Sie machten eigene Behandlungsvorschläge, änderten die des Arztes eigenmächtig ab oder ignorierten sie völlig. Die Qualitäten eines Arztes bemaßen sich zudem nicht allein nach seinen medizinischen Fähigkeiten beziehungsweise nach seinen Behandlungsergebnissen. Er mußte sich auch als guter Gesellschafter mit geschliffenen Umgangsformen erweisen. Wie selbstverständlich wurde von ihm erwartet, daß er seine Patienten in deren Häusern besuchte, ihren Erzählungen geduldig zuhörte und womöglich auch zu Tisch blieb. Die Ärzte ihrerseits beklagten zwar den Eigensinn und die »medizinische Halbbildung« ihrer Patienten, aber letztlich spielten sie das Spiel in aller Regel mit.<sup>23</sup>

Weit stärker als die führenden Koryphäen des 18. Jahrhunderts war Hahnemann dagegen zu allererst auf die Würde und Autorität des Arztes bedacht. Gewiß, der Arzt sollte seinen Kranken gebührend Zeit widmen und ihnen sorgfältig zuhören, ohne ihre Darstellung vorschnell in vorgegebene Bahnen zu lenken.<sup>24</sup> Zugleich mußte er aber alles vermeiden, was den Anschein einer Unterwerfung unter die Wünsche und Launen der Kranken erwecken konnte. »Lieber darben [...] als sich seine Würde und die Würde der Kunst vergeben!« gab er einem Kollegen als Rat mit auf den Weg. Man

---

23 Stolberg ([1998]).

24 In seiner Köthener Zeit soll Hahnemann täglich sechs Stunden lang Patienten empfangen haben, und zwar durchschnittlich acht pro Tag (Fischbach (1992), S. 91).

dürfe sich nicht, wie die »allopathischen« Ärzte, zu Sklaven der Patienten machen lassen.<sup>25</sup> »Sie sind viel zu zaghaft, lassen sich von Ihren Patienten allzuviel gefallen – nach Art der Allöopathen, die froh sind, wenn sie den Kranken nur zum Kunden behalten können«, schrieb er einem anderen. »So darf's nicht sein. Wenn Sie Ihrer Kunst gewachsen sind, so müssen Sie befehlen – nicht der Kranke sich dies oder jenes ausbedingen. Er muß Ihnen nachgeben, nicht Sie ihm.«<sup>26</sup>

Mit Nachdruck wehrte sich Hahnemann insbesondere gegen die gängige Praxis des ärztlichen Hausbesuchs. Seine eigenen Patienten mußten grundsätzlich zu ihm in die Sprechstunde kommen, wenn sie dazu gesundheitlich in der Lage waren, und er riet seinen Kollegen, es genauso zu halten. »Um unsere edle Zeit zu sparen und unserer Würde nichts zu vergeben,« so Hahnemann, »dürfen wir bei keinem chronisch Kranken, und wäre er ein Fürst, wenn er noch zu uns ins Haus kommen kann, Besuche machen.«<sup>27</sup> »Wer wollte sich so erniedrigen, den Herrn Patienten zu besuchen, der indeß ausgegangen war, und Sie vergeblich kommen ließ!«<sup>28</sup>

Des weiteren konfrontierte Hahnemann seine Patienten in unüblicher Deutlichkeit mit der Forderung nach folgsamer Mitwirkung an der Heilung. Selbst hochrangigen Patienten wie dem Fürsten von Schwarzenberg machte er die »Befolgung meiner sehr leidlichen Vorschriften in Absicht der dienlichen Lebensweise« zur »Bedingung« dafür, daß er sie überhaupt behandelte.<sup>29</sup> Dabei erhielten die Patienten meist nur nummerierte Pulver oder Fläschchen, die sie der Reihe nach einnehmen oder beriechen sollten. Ihren eigentlichen Inhalt kannten sie nicht. Sie mußten Hahnemanns Fähigkeiten blind vertrauen.

Auch die Lektüre homöopathischer Werke mutete er zumindest den Gebildeteren unter seinen Patienten zu. Vor allem das »Organon« oder später auch seine immerhin wesentlich kürzere Schrift »Über die Allöopathie«<sup>30</sup> sollten sie gründlich lesen.<sup>31</sup> Das werde sie davor bewahren, aus Unwissen-

25 Brief an Dr. Schréter, 28.2.1829, abgedruckt in Neues Archiv für Homöopathie 3 (1846), zit. n. Haehl (1922), S. 153-154.

26 Brief an Dr. Ehrhardt in Merseburg vom 24.8.1829, zit. n. Haehl (1922), S. 153.

27 Brief an Ehrhardt, zit. n. Haehl (1922), S. 153.

28 Brief an Schréter, zit. n. Haehl (1922), S. 153f. Berühmte Modeärzte des ausgehenden 18. Jahrhunderts wie Tronchin in Paris hielten freilich ebenfalls schon Audienzen im eigenen Haus ab und ließen ihre vornehmen Patienten bei sich vorfahren.

29 HA A 1831, Brief vom 12.3.1820 (Fotokopie von I-26/4, Schwarzenbergarchiv Murau). Den Fall schildert ausführlich Nachtmann (1987).

30 Hahnemann (1831).

31 HA A 1838 (Fotokopie), Brief an einen »Herrn Doktor« vom 28.2.1829 (nach HA D 32 (Krankenjournal) handelt es sich um Dr. Karl Reichenbach); Brief an Dr. Ehrhardt, 24.8.1829, zit. nach Haehl (1922), S. 153; Brief an Dr. Aegidi,

heit gegen unverzichtbare Verhaltensregeln zu verstoßen und den eigenen Zustand zu verschlechtern.<sup>32</sup> Die Gefährlichkeit vermeintlich harmloser Hausmittel wie Kamille und oder Flieder würden sie daraus ebenfalls erkennen, denn von »solchen schädlichen Vorurtheilen kann ich [...] meine sorgfältigen ärztlichen Bemühungen nicht hintertreiben und vernichten lassen.«<sup>33</sup> Auch die Führung eines Krankentagebuchs erforderte eine gewisse Mühe, selbst wenn es für manche Patienten auch eine willkommene Gelegenheit gewesen sein mag, sich mitzuteilen und ihr Herz auszuschütten.<sup>34</sup>

Wie ernst es Hahnemann mit seiner Forderung nach strikter Folgsamkeit war, wird in jenen Fällen erkennbar, in denen die Kranken ihrer »Pflicht« nicht nachkamen. »Was bei Ihnen die mitgenommene Arznei für Veränderung in Ihrem Befinden hervorgebracht hat, können Sie nicht genau wissen, da Sie kein Journal darüber geführt haben«, schrieb er einem Patienten, »ich also noch weniger, da Sie mir ein solches Journal nicht schicken. Dieß darf aber nicht unterbleiben, wenn Sie fortan gesünder werden wollen. Ich kann solche schwere, uralte Uebel nicht heilen, wo es der Patient nicht recht genau nimmt, sich täglich in seinem Befinden beobachtet und was nöthig ist, aufschreibt (mit Datum und Pulvernummer daneben gesetzt).« Für den Fall fortwährender Nachlässigkeit kündigte er die Behandlung auf: »Ich will einen Kranken, der nicht eifrig im Gebrauch, in Beobachtung aller Veränderungen, in sorgfältiger Aufzeichnung derselben und Einschickung des Berichts ist, lieber gar nicht zum Patienten haben und wenn er mir auch noch so viel einbrächte – zumal da mirs gar nicht an Patienten, auch nicht an sehr sorgfältig berichtenden und beharrlich fortbrauchenden Patienten fehlt. Ich habe der Arbeit fast zuviel.« Die Folgen eines derartigen, vom Patienten verschuldeten Behandlungsabbruchs führte er eindringlich vor Augen: »Sie scheinen auch die Wichtigkeit Ihrer Krankheit nicht einzusehen, noch das Drohende derselben zu ahnen. Sie scheinen zu glauben, daß wenn Sie sich nur hart machten, die Uebel ertragen und wenig achteten, so würden sie bei guter Diät wohl meist von selbst vergehen. Nur vergessen Sie, wenn das eine von selbst weicht, so kömmt ein andres schlimmeres dafür wieder; alle Jahre muß es in diesem oder jenem Punkte schlimmer werden (der Natur der Krankheit nach).« Jahr für Jahr, so malte er dem Kranken vor Augen, werde er kränker werden, wenn er nicht zur einzig wirksamen, der homöopathischen Behandlung seine Zuflucht nehme. Der Patient stand somit vor einer schicksalshaften Wahl: »Nach der Mittheilung dieser für Sie höchst wichtigen Wahrheiten stelle ich es Ihnen nun frei, ent-

---

28.9.1831, zit. n. Haehl (1922), S. 413-414.

32 HA A 688, [Heinrich Ludwig] Weigel, 16.3.1831.

33 HA A 688, [Heinrich Ludwig] Weigel, 16.3.1831.

34 So Friderike Lutze (HA B 32435, Journaleintrag vom 10.3.1832): »Ich habe ja niemand, dem ich meine Klagen ausschütten, u. mich dadurch erleichtern könnte!«

weder sich Ihrem Schicksale zu überlassen (dem, das ich Ihnen eben vorlegte), oder eifrig, pünktlich, beharrlich und unausgesetzt das Dienliche zu brauchen und sorgfältigen, umständlichen Bericht zu rechter Zeit dem zu geben, der Ihnen helfen kann.<sup>35</sup>

Bei jenen zahlreichen Kranken zumindest, die sich über längere Zeit Hahnemanns Behandlung anvertrauten, scheint seine Botschaft angekommen zu sein. Gewiß, sie mögen zuweilen eigenmächtige Abänderungen auch einfach verheimlicht haben, doch ausdrückliche Hinweise auf solche »non-compliance« findet sich – im Gegensatz zu zahlreichen derartigen »Bekanntnissen« allopathischer Patienten – nur in seltenen Ausnahmen. Selbst bei noch so geringfügigen Veränderungen ihrer Lebensweise holten manche Kranke erst einmal Hahnemanns Erlaubnis ein. Immer wieder erwähnen ihre Briefe auch die Lektüre homöopathischer Werke, des *Organons* vor allem und der »Allöopathie«, wenn nicht deren Lektüre sie schon vorher überhaupt für die Homöopathie eingenommen hatte.<sup>36</sup> Manche zitierten das Gelesene sogar wörtlich.<sup>37</sup>

Ein ganz zentrales Element in der Art und Weise, wie Hahnemann das Arzt-Patienten-Verhältnis gestaltete, war nicht zuletzt die Honorarfrage. Da Robert Jütte dieses Thema ausführlich in einem eigenen Beitrag dieses Bandes abhandelt, möchte ich an dieser Stelle nur kurz darauf eingehen. Auffällig ist hier zunächst die Offenheit, die Direktheit mit der Hahnemann seine Forderungen formulierte. Kein Honorar, keine »Ehrengabe«, so ließ er damit erkennen, wollte er, sondern das ihm zustehende, wohlverdiente Entgelt für seine Leistungen. So scheute er sich nicht, in aller Öffentlichkeit zu erklären, er werde fernerhin keine Briefe von Kranken und anderen Hilfesuchenden mehr beantworten, »wenn sie kein verhältnismässiges Honorar meiner Bemühungen (wenigstens einen Friedrichsd'or) in Anweisung oder baarem Geld enthalten.«<sup>38</sup> In seiner Sprechstunde, so berichtete ein homöopathischer Kollege, ließ er seine Hand ausgestreckt im Raum stehen, nachdem er den Kranken ihre Mittel überreicht hatte, so lange, bis er sein Geld empfangen hatte.<sup>39</sup> Wollten die Kranken seine Forderungen nicht ak-

35 HA A 1838, Dr. Karl Reichenbach, 28.2.1829; leider ist nicht bekannt, ob der Patient sich zukünftig gefügiger zeigte oder tatsächlich die Behandlung abbrach.

36 HA B 32548, 4.5.1832; Seisse suchte hier allerdings nicht um Hahnemanns Rat nach.

37 HA B 32463, Sebastian Schoepfel, 17.4.1832; HA B 32381, Bernau, 3.4.1832; HA B 32562, Carl von Bock, Vevey 25.4.1832; HA B 33178, Kaufmann Henri Bonte, Magdeburg, Januar 1833; HA B 321548, Vicomte de Bonneval, Bordeaux 30.10.1832.

38 Reichsanzeiger 1799, Bd. 2, S. 3108 und S. 3371, zit. nach Schuchardt (1886), S. 71; er fuhr fort: »das Elend und die Armuth müsste denn so laut sprechen, dass man sich der Beyrathung ohne Verletzung der Menschlichkeit nicht entziehen kann.«

39 Allgemeine homöopathische Zeitschrift 26 (1844), S. 185.

zeptieren, so mußten sie mit dem sofortigen Behandlungsabbruch rechnen. Die Höhe seiner Honorare, so erklärte er einer Patientin beispielsweise, richtete sich nach der Person des Kranken und »der mehr oder weniger Nachdenken erfordernden Krankheit. Sind Sie nun nicht gern bereit, meinen Ihnen gestellten Preis zu entrichten, so kann ich Ihnen in Ihrer so viel Nachdenken und Mühe erfordernden Krankheit nicht weiter dienen«. Ohnehin sei er mit Arbeit überhäuft.<sup>40</sup>

Er ließ seine Patienten zudem grundsätzlich im voraus bezahlen. Das war damals höchst unüblich. Seiner Erfahrung nach ließen die Patienten es nur allzu oft an der nötigen Dankbarkeit fehlen, wenn die Kur erst einmal abgeschlossen war. Eine derartige regelmäßigen Vorauszahlung dagegen erlaube es dem Arzt, sich auch ein gewisses Vermögen zu erwerben, und wenn die Kranken erst einmal daran gewöhnt seien, sei ihnen die monatliche Vorauszahlung weniger schmerzlich als die Begleichung eines größeren Betrags am Jahresende. Seinen Kollegen riet er, es ihm nachzutun.<sup>41</sup>

Dabei forderte Hahnemann stolze Preise, auch wenn sie in der Regel die Kosten für die Medikamente miteinschlossen und nach den Vermögensverhältnissen der Kranken abgestuft waren. Seine Forderungen bewegten sich überwiegend im Bereich von fünf bis zehn Talern beziehungsweise Gulden für eine (briefliche) Konsultation, und bei vornehmen Patienten konnte es noch erheblich mehr sein. Daß seine Honorare zuweilen das der örtlichen Ärzte um ein Mehrfaches überstieg, soll er damit gerechtfertigt haben, daß von deren Behandlung ja auch nicht viel zu erwarten sei, er dagegen ein Meisterstück liefere.<sup>42</sup>

Zumindest jene Patienten, die Hahnemann treu blieben, scheinen sich an diese Zahlungspraxis tatsächlich schnell gewöhnt zu haben. Allerdings war die Praxis der Vorauszahlung im speziellen Fall der Briefkonsultation schon im 18. Jahrhundert recht verbreitet, die Hahnemann hier womöglich als Vorbild diente. Nur vereinzelt suchten die Kranken eine Ermäßigung zu erwirken. Fünf Taler schickte beispielsweise der Kreissekretär Bernau pflichtgemäß für den kommenden Monat, klagte aber, er werde diesen Betrag wegen seines geringen Einkommens schwerlich weiter aufbringen können, wenn sich die Behandlung seiner Frau noch länger hinziehe.<sup>43</sup> Pastor Brunn erklärte sich wegen seiner »ärmlichen Lage« sogar für gänzlich unfä-

---

40 HA A 1407, Brief an Mme Belli, 18.12.1830.

41 Brief an Dr. Aegidi, 11.12.1831, zit. n. Haehl (1922), S. 414; Brief an Dr. Rummel 19.5.1831, zit. n. Haehl (1922), S. 152-153; Auszug aus einem Brief an Dr. Ehrhardt in Merseburg 24.8.1829, zit. n. Haehl (1922), S. 153; Brief an Dr. Schréter, 28.2.1829, in Neues Archiv für Homöopathie 3 (1846), zit. n. Haehl (1922), S. 153-154.

42 So U. F. B. Brückmann, Leibarzt in Braunschweig in Nr. 76 des Allgemeinen Anzeigers der Deutschen vom 17.3.1808, nach Haehl (1922), S. 81.

43 HA B 32528, Mai 1832.



hig, für die Behandlung seines Sohnes zu bezahlen. Dafür verwies er nicht ungeschickt auf die »viele große Herschaft« und sogar die Herzogin persönlich, die sich nach dem Wohl seines Sohnes erkundigten und denen er freudig von den großen Fortschritten unter Hahnemanns Kur berichtet habe. Hahnemann »borgte« ihm daraufhin die Arzneien.<sup>44</sup>

Die Bereitschaft der Kranken, sich Hahnemanns autoritärem Gebaren und seinen finanziellen Forderungen zu unterwerfen, hatte freilich eine wesentliche Voraussetzung: ihr Vertrauen in die besondere Wirksamkeit der Homöopathie im allgemeinen und in Hahnemanns ärztliches Können im besonderen. Dieses Vertrauen zu erhalten und zu stärken, mußte ein zentrales Anliegen Hahnemanns sein. Wenn die Kranken neu in seine Behandlung kamen, dann hatte er zunächst gute Karten. Sie wandten sich ja meist deshalb an ihn, weil sie, wie das Ehepaar Bernau in Leitzkau, nach oft jahrelanger »allopathischer« Behandlung mit Aderlässen, Fontanellen, Chinin, Digitalis und anderen kräftigen Mitteln »alle Hoffnung u. alles Vertrauen« in die herkömmliche Medizin verloren hatten.<sup>45</sup> Gerade der im Wortsinn alternative Charakter, die grundsätzliche Andersartigkeit der Homöopathie, wie die Kranken sie aus dem Freundeskreis, dem Umgang mit Homöopathen oder aus der homöopathischen Literatur kannten, gab ihnen Zuversicht.

Diese Zuversicht zu stärken und langfristig zu erhalten, erforderte auf seiten Hahnemanns aber einige Umsicht.

Zunächst einmal tat er alles, um die Kranken auf die Homöopathie als die einzige wahre und wirksame Heilmethode einzuschwören. Nicht selten schärfte er seinen Patienten schon im ersten Satz seines Antwortschreibens die Verderblichkeit der »allopathischen« Methode nachdrücklich ein. »Sie sind durch Ihre allöopathische Cur gar sehr herunter gekommen«, hieß es da etwa. »Ihr Zustand gefällt mir gar nicht.«<sup>46</sup> Oder: »Die Homöopathie hilft dem kranken Leben nicht auf, um seine Dauer zu verkürzen; die Allopathie thut letzteres allgewöhnlich, indem sie langes Leben verheißt und unwissender Weise auf seine Zerstörung hinarbeitet.«<sup>47</sup> Noch schneller, so schrieb in einem weiteren Fall, werde es mit dem Kranken bergab gehen, »wenn er dagegen die unrechten, allopathischen Arzneien braucht!«<sup>48</sup> Sich selbst gegenüber, der die Krankheiten »auf die allein mögliche Weise, durch die allein helfenden Arzneien« behandelte, forderte Hahnemann dagegen

44 HA B 32496, undatiert (Antwort vom 29.4.[1832]), mit handschriftlichem Vermerk Hahnemanns.

45 HA B 32381, Kreissekretär Bernau, Leitzkau 3.4.1832.

46 HA A 728, Brief an [Carl] Reiß, 29.3.1831 (Antwort auf HA B 31044) vom März 1831.

47 HA A 663, Brief an Major Schmeling-Dieringshofen 30.8.1825.

48 HA A 1838, Brief an Dr. Karl Reichenbach vom 28.2.1829.

unbedingtes Vertrauen.<sup>49</sup> »Verlassen Sie sich einzig auf Gott und auf mich«, ermunterte er einen Gothaer Schneidermeister.<sup>50</sup> Unter seiner Behandlung, so versicherte er einem anderen Patienten unter Hinweis auf dessen bisherige Erfahrungen, »solls und kanns, mit Gottes Hülfe, ganz anders gehen, als bei dem hirnlosen, alten Schlendrian der Ärzte alter Schule.«<sup>51</sup> Die Lektüre seiner eigenen Werke sollte sodann die Überzeugung der Patienten festigen und ihr medizinisches Denken und Handeln ganz in die Gleise der homöopathischen Lehre lenken.

Wagte es ein Patient zwischenzeitlich zu einem gewöhnlichen Arzt zu gehen, so mußte er mit entsprechend harter Kritik rechnen: »Sie haben nicht wohl gethan, dass Sie jemand anderen etwas an sich haben brauchen lassen. Er heisse wie er wolle. Sie haben einen so reizbaren Körper [...] und ohne mich selbst zu rühmen, Sie würden längst begraben seyn, wenn ich Ihre wirklich seltnen und kitzlichen Körperbeschaffenheit nicht studirt hätte.«<sup>52</sup> Solche Äußerungen fanden ihren Widerhall in manchen Patientenbriefen: »Wenigstens gebe nur der Himmel, daß ich nicht wieder in die Hände jener Aerzte falle, die die Krankheit vertreiben und den Kranken todt schlagen.«<sup>53</sup> Selbst wenn die Therapie nicht so recht anschlagen wollte, äußerten sich Hahnemanns Patienten eher vorsichtig und bemühten sich sorgfältig, mögliche Mißstimmungen auf seiten Hahnemanns zu vermeiden: »Freilich ist das Übel noch immer nicht gehoben, doch geht es leidlich; nun ich will Geduld haben«, heißt es da etwa.<sup>54</sup> Oder: »So lange ich Homöopathie brauche, hat sich doch das Übel (wenn auch mein sehnlichster Wunsch noch nicht erfüllt ist) auch nicht verschlimmert, wie es früher bei den allöopathischen Versuchen der Fall war.«<sup>55</sup>

Nur vereinzelt reagierten die Kranken etwas piquiert auf Hahnemanns Empfindlichkeit gegenüber einer bloßen Andeutung von Zweifel oder Kritik und warfen ihm mangelndes Verständnis und Einfühlungsvermögen vor. »Sie haben es, mein verehrter Hofrath, mir jüngst, wie es scheint, sehr übel gedeutet, daß ich äußerte, der Stern der Hoffnung, der mir in der Homöopathie aufgegangen, sei weiter unter den Horizont meines Lebens getreten«, schrieb einer von ihnen. »Warum dann aber gleich dem von Jugend auf Unglücklichen – der nicht allein den Verlust der Freiheit sehr tief empfindet, sondern auch an vielseitigen äußeren Folgen dieses unseligen Zustandes

---

49 HA A 1838, Brief an Dr. Karl Reichenbach vom 28.2.1829.

50 Schuchardt (1886), S. 41, undatiert.

51 HA A 688, Brief an Weigel, 16. März 1831

52 Undatierter Brief an einen Gothaer Schneidermeister (erhalten am 4.10.1798), zit. nach Schuchardt (1886), S. 54.

53 HA B 32456, Carl Maximilian Speck, Leipzig 18.4.1832.

54 HA B 32541, Brief von V. Trabe, 29. April 1832.

55 HA B 32370, Maler Schmitt, Altenburg 27.3.1832.

wahrlich! nicht ganz wenig leidet – böse sein, wenn er einmal in wenigen Worten ganz wider seine Gewohnheit seinen Schmerz klagt?« Dann bat er aber doch um Verzeihung, falls die »Zweifel, die ich durch jene Äußerung in das Gelingen der Cur zu setzen schien, Sie unangenehm berührten.«<sup>56</sup> »Vertrauen läßt sich nicht befehlen«, erwiderte ein anderer Patient, offenbar in Antwort auf Hahnemanns Vorhaltungen. »Trotz des bis heute geringen Erfolgs der Mittel«, versicherte er Hahnemann aber doch seines vollständigen Vertrauens und schickte ihm das Geld für die nächste Konsultation.<sup>57</sup>

Dabei mußten viele Patienten durchaus guten Grund zur Skepsis haben. Immerhin begründete Hahnemann selbst 1828 nach jahrzehntelanger Praxis die Einführung der »Psora«-Lehre mit dem häufig »weniger günstigen«, ja »ungünstigen Erfolg« einer längerdauernden homöopathischen Behandlung bei chronischen Leiden. Regelmäßig war der Anfang der Kur, nach seiner Erfahrung, erfreulich, die Fortsetzung minder günstig, der Ausgang »hoffnungslos.«<sup>58</sup> Und davor, daß sich die Kranken unter seiner Behandlung verschlechterten oder die Angehörigen gar mit »tiefbetrübteten Herzen« den Tod des Patienten anzeigten und die verbleibenden Medikamente zurückschickten,<sup>59</sup> war Hahnemann auch in der Folgezeit nicht gefeit.

Am Beginn der Behandlung verschaffte das homöopathische Therapiekonzept dem Arzt immerhin einen wichtigen strukturellen Vorteil. Eine anfängliche Verschlechterung unter Gabe des Medikaments war nicht nur möglich, sondern als Ausdruck der Wirksamkeit der Therapie sogar zu erwarten, ohne daß für die Kranken klar erkennbar war, wie lange diese Verschlechterung anhalten durfte. Eine lange Liste von möglichen Beschwerden teilte Hahnemann beispielsweise in diesem Sinne dem Fürsten von Schwarzenberg mit.<sup>60</sup> Er scheint den Kranken die Gründe für eine vorübergehende Verschlechterung unter seiner Therapie plausibel vermittelt zu haben. Rief eine solche Verschlechterung unter den Patienten eines Tissot oft Skepsis und Entrüstung hervor, so stieß sie bei den Patienten Hahnemanns, jedenfalls so weit sie die Behandlung fortsetzten, auf Verständnis. Selbst nach drei Wochen des Unwohlseins klagte Frau von Bock nicht etwa über die unerträglichen Nebenwirkungen, sondern meinte nur ganz nüchtern »vielleicht ist es Wirkung der Arznei.«<sup>61</sup> Als es dem Freiherrn von Radke und Schippenbach unter Hahnemanns Behandlung deutlich schlechter

56 HA B 32378, Wilhelm Löffler, Berlin 25.3.1832.

57 HA B 32557, J. Mussard Claparède, Genf 30.4.1830 (Übers. aus dem Französischen, M. S.).

58 Hahnemann (1828), S. 6.

59 HA B 32565, Baukommissär Krause, Dessau 8.5.1832.

60 HA A 1829, Kopie von I-26-6, »Instruktion in ärztlicher Hinsicht«, aus dem Schwarzenbergarchiv Murau.

61 HA B 32460, Brief vom April 1832.

ging, glaubte er gar buchstäblich zu fühlen, »wie die Pulver alle Uebel aus dem Körper her austreiben, und sie mir dann erst fühlbar machen. Mir ist es einleuchtend, daß es so sein muß, bevor es zur Besserung gehet.«<sup>62</sup>

Offensichtlich verstand es Hahnemann jedoch, seine Patienten auch ohne erkennbaren Therapieerfolg über sehr lange Zeiträume an sich zu binden. Hahnemanns Persönlichkeit und Ausstrahlung mögen daran einen wichtigen Anteil gehabt haben, so schwer sie historisch faßbar sind. Die Patientenkorrespondenz zeigt aber zudem das Geschick, mit dem Hahnemann auf das Auf und Ab des Krankheitsverlaufs und die wechselnden Stimmungslagen der Kranken einging. In einer Serie von Briefen an den Major Schmelting-Dieringshofen tritt dies besonders augenfällig zutage. Berichtete der Kranke über eine Besserung, so unterstützte Hahnemann die positive Einschätzung des Patienten nach Kräften: »Aus Ihrem Berichte sehe ich mit Vergnügen die Zunahme ihrer Gesundheit, und die Aussicht auf völlige Genesung.«<sup>63</sup> Oder, nach eineinhalbjähriger Behandlung: »Sie sind auf dem Wege immer gesünder und lebensfroher zu werden, wie sie auch mit Recht vermuten.«<sup>64</sup> Klagte der Patient dagegen über eine Verschlechterung, so führte er ihm die Schwere seines Übels vor Augen und die tiefen Wurzeln, die es in seinem Körper geschlagen habe. Der Kranke werde sich doch wohl dessen bewußt sein, daß sein Gesundheitszustand bei Behandlungsbeginn »in sehr zerrütteter Verfassung« gewesen sei. »Wir können daher von den wenigen Arzneiportionen, die Sie schon von mir haben, nicht sehr viel Besserung Ihrer Umstände erwarten.« Ja, es sei schon Besserung genug, daß er sich in diesem schlechten Winter, »nicht nur nicht übler (wie doch, ohne Hülfe, zu erwarten gewesen wäre), sondern im Allgemeinen doch etwas besser befunden haben.«<sup>65</sup> Oder er machte äußere Einwirkungen für die Verschlechterung verantwortlich: »Vermuthlich war auch eine Gemüthserschütterung um diese Zeit mit Veranlassung.«<sup>66</sup> Oder er zweifelte gar die negative Einschätzung des Kranken als solche an: »Ich selbst kann Ihr Befinden bei voriger Arznei nicht so übel finden, als Sie in Ihrem Briefe sagen.«<sup>67</sup> Und immer wieder machte er dem Kranken Hoffnung auf Besserung. »Was in vorigem Monate mangelhaft war, wird sich bei der heutigen Arznei bessern.«<sup>68</sup> »Es wird schon wieder besser werden mit Geist und Körper.«<sup>69</sup> »Ich sehe doch einige Besserung Ihrer GesundheitsUmstände

---

62 HA B 32540, undatiert (Antwort vom 6.5.[1832]).

63 HA A 670, 19.11.1826.

64 HA A 672, 16.2.1827.

65 HA A 665, 28.12.1825.

66 HA A 668, 3.4.1826.

67 HA A 669, 15.6.1826.

68 HA A 673, 11.4.1827.

69 HA A 675, 11.8.1827.

und habe die Hoffnung, Sie von Ihrem Uebel [...] noch geheilt zu sehen«, schrieb er ähnlich dem bluthustenden Grafen von Fuchs.<sup>70</sup> Selbst dem schwerkranken Fürsten von Schwarzenberg wußte er, wenige Monate vor dessen Tod, Hoffnung zu machen, ohne doch allzu unvorsichtig eine sichere Heilung in Aussicht zu stellen. Er zeigte sich überzeugt, »des Herrn Fürsten Zustand wenigstens bessern zu können.« Mehr wolle er nicht versprechen, werde aber »womöglich, mehr, vielleicht weit mehr leisten als ich verspreche.«<sup>71</sup>

In seinen medizinischen Theorien mag Hahnemann in vieler Hinsicht ein Kind des 18. Jahrhunderts gewesen sein. Auch die zentrale Rolle, die er den persönlichen Wahrnehmungen und Empfindungen der Kranken zubilligte und die in der Patientenkorrespondenz eindrucksvoll zum Ausdruck kommt, war ein charakteristisches Merkmal der herrschenden Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts; sie ging erst im 19. Jahrhundert vor allem mit dem Aufstieg der Krankenhausmedizin allmählich verloren, zugunsten einer stärker auf »objektive« Zeichen und körperliche Untersuchung gestützten Diagnostik. Die neue Art der Arzt-Patienten-Beziehung und der Patientenführung aber, die Hahnemann praktizierte und propagierte, nahm manche Errungenschaften einer später weit stärker professionalisierten Ärzteschaft deutlich vorweg. Gewiß, es liegt in der Natur der Quellenüberlieferung, daß wir über jene Patienten, die Hahnemann unzufrieden oder beleidigt den Rücken kehrten, weit schlechter informiert sind als über jene, die ihm die Treue hielten. Zweifellos konnte Hahnemann aber trotz seiner unverhohlenen Betonung der kommerziellen, finanziellen Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung zumindest eine ausreichende Zahl zufriedener Patienten über lange Zeiträume an sich binden und sich im Lauf der Jahre jenes beachtliche Vermögen erwerben, auf das der Arzt nach seinem Dafürhalten ein Anrecht hatte.

---

70 HA A 793, Paris 28.6.1842.

71 HA A 1831, 12.3.1820, Fotokopie von I-26-4, Schwarzenbergarchiv Murau.

**Bibliographie**

- Baunscheidt, Carl: Der Baunscheidtismus. 6. Aufl. Bonn 1858.
- Brockliss, Laurence: Consultation by letter in early eighteenth-century Paris. The medical practice of Etienne-François Geoffroy. In: *Clio medica* 25 (1994), 79-117.
- Fischbach Sabel, Ute: Hahnemann au travail à Köthen en 1830 (d'après son 34e journal de consultations). In: Faure, Olivier (Hg.): *Praticiens, patients et militants de l'homéopathie aux XIXe et XXe siècles (1800-1940)*. Lyon 1992, 85-102.
- Haehl, Richard: Samuel Hahnemann. Sein Leben und Schaffen. Bd. 2. Leipzig 1922.
- Hahnemann, Samuel: Die chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung. Teil 1. Dresden; Leipzig 1828
- Hahnemann, Samuel: Die Allöopathie. Ein Wort der Warnung an Kranke jeder Art. Leipzig 1831.
- Jütte, Robert: Samuel Hahnemanns Patientenschaft. In: Dinges, Martin (Hg.): *Homöopathie. Patienten, Heilkundige, Institutionen. Von den Anfängen bis heute*. Heidelberg 1996, 23-44.
- Meyer, Jörg: »... als wollte mein alter Zufall mich jetzt wieder unter kriegen.« Die Patientenbriefe an Samuel Hahnemann im Homöopathie-Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin in Stuttgart. In: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 3 (1984), 63-79.
- Nachtmann, Walter: »... Ach! wie viel verliere auch ich an ihm!!!« Die Behandlung des Fürsten Karl von Schwarzenberg durch Samuel Hahnemann und ihre Folgen. In: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 6 (1987), 93-110.
- Nachtmann, Walter: Les malades face à Hahnemann (d'après leur correspondance, juin-octobre 1832). In: Faure, Olivier (Hg.): *Praticiens, patients et militants de l'homéopathie aux XIXe et XXe siècles (1800-1940)*. Lyon 1992, 139-153.
- Risse, Guenter B.: Doctor William Cullen, Physician, Edinburgh. A consultation practice in the eighteenth century. In: *Bulletin of the history of medicine* 48 (1974), 338-351.
- Schnalke, Thomas: *Medizin im Brief. Der städtische Arzt des 18. Jahrhunderts im Spiegel seiner Korrespondenz*. Stuttgart 1997.
- Schuchardt, Bernhard: *Briefe Hahnemanns an einen Patienten aus den Jahren 1793-1805*. Tübingen 1886.
- Stargardt, J. A.: *Auktionskatalog 670*. Berlin 1998.
- Stolberg, Michael: »Mein äskulapisches Orakel!« Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Körper- und Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 7 (1996), 385-404.
- Stolberg, Michael: Alternative medicine, irregular healers, and the medical market in 19th-century Bavaria. In: Eklöf, Motzi; Jütte, Robert (Hg.): *History of unconventional medicine [in Vorbereitung]*.
- Stolberg, Michael: La négociation du régime et de la thérapie dans la pratique médicale du dix-huitième siècle. In: Faure, Olivier (Hg.): *Les thérapeutiques. Savoirs et usages*. [Lyon 1998], 357-368.
- Stolberg, Michael: The monthly malady. A history of pre-menstrual affliction. (Erscheint in *Medical history* 44 (2000).)



Vogl, Michael: »Nahe und entfernte Landpraxis«. Untersuchungen zu Samuel Hahnemanns Eilenburger Patientenschaft 1801-1803. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 9 (1990), 165-180.



# Die jüngsten Patienten Hahnemanns – eine analytische Studie zur Kinderpraxis in den Anfängen der Homöopathie

*Iris Ritzmann*

## Summary

*Hahnemann's Youngest Patients – An Analytic Study of the First Homeopathic Treatments for Children*

This article develops a fragmentary history of early homeopathic treatment of children. It begins with an outline of Samuel Hahnemann's perception and treatment of children during the "Medical Enlightenment". This is followed by an investigation of attitudes towards children in early homeopathic literature, in comparison to those of mainstream medicine of the period. The central part of the article is the ensuing analysis of letters sent to Hahnemann by parents seeking advice on how to treat their children's illnesses; this correspondence includes detailed descriptions of diseases and therapies, and also sheds light on parental feelings about children and family life.

The correspondence leads us to conclude that there was no proper model of healing children at the beginning of homeopathic medicine. During the 19<sup>th</sup> century and perhaps later, homeopathy was based on medical theories prevalent in 18<sup>th</sup> century medicine.

The adults writing these letters came from the upper classes and were always convinced adherents of homeopathy. In response to Hahnemann's queries, many letters contain exact description of somatic and psychic symptoms. Unlike Hahnemann's brief style, many of the parents delve into each detail of the child's condition, and also express themselves emotionally on subjects such as their children, fears of sickness and death. It is also apparent that women, who bore the main responsibility for family life, had a good deal of authority over the course of treatment, as well as the choice of physician.

»Ganz vorzügliche Vortheile aber gewährt die homöopathische Methode bey der Heilung der Kinderkrankheiten, schon dadurch, daß die Kinder gar keinen Widerwillen zeigen, die fast ganz geschmacklosen Arzneyen zu nehmen, und daß sie so geringe und selten wiederholte Dosen bekommen«, schrieb Schweikert in seiner Verteidigungsschrift der Homöopathie 1825.<sup>1</sup> Zudem schien die homöopathische Therapie gerade in ihrer Frühzeit im Vergleich zu anderen Behandlungsarten für Kinder besonders geeignet zu sein. Lassen sich Hinweise finden, daß die Homöopathie besonders bei Kindern angewandt worden ist? Die Kinderbehandlung in der Frühzeit der Homöopathie ist kaum dokumentiert. Dennoch behandelten homöopathische Ärzte seit der Begründung der Homöopathie auch Kinder.

Anhand von Lehrschriften und Patientenbriefen an Hahnemann möchte ich auf Kinder als Patienten der frühen Homöopathie eingehen. Ins Zentrum der Untersuchung stelle ich dabei die Frage, wie, wann und wieso Kinder von ihrer erwachsenen Umgebung wahrgenommen, beschrieben und behandelt wurden. Diese Frage werde ich nicht beantworten können,

---

1 Schweikert, Georg August Benjamin: Verdient die Homöopathie das Urtheil der Nichtachtung und Verdammung, welches bisher von so vielen Ärzten über sie ausgesprochen worden ist? Archiv Bd. 4 (1825), Heft 3, 80f. Zit. in Müller (1978), S. 81, Anm. 56.

doch soll anhand der Quellen gezeigt werden, für welche Themenbereiche der Homöopathie- oder im engeren Sinne Medizingeschichte sich weitergehende Untersuchungen lohnen würden bzw. welche Fragen sich anhand des hier nur unvollständig bearbeiteten Materials vermutlich beantworten ließen und in welche Richtung diese Antworten gehen könnten.

Bei der Quellenauswertung zeigte sich eine für die Beschäftigung mit Kindern ganz spezifische Schwierigkeit. Da Kinder sich nicht im Sinne eines Erwachsenen zu ihrer Krankheit äußern können und schon gar nicht die Möglichkeit haben, ihr Befinden schriftlich zu schildern, sind wir in der Darstellung ihrer Leiden auf die Beschreibung der erwachsenen Bezugspersonen, meist der Eltern oder des Arztes, angewiesen. Die Kinder bilden daher immer eine besondere Patientengruppe, in der Homöopathie wie auch in anderen medizinischen Systemen. Die Symptombeschreibung, gerade in der Homöopathie die Hauptsache bei der Erhebung der Diagnose und Festlegung der Therapie, konnte kaum von den Patienten selbst geleistet werden, insbesondere natürlich bei Säuglingen und Kleinkindern. Sie geschah vorwiegend über die erwachsenen Bezugspersonen. Die schriftliche Konsultation stellt hierbei einen Extremfall dar, da sie jede direkte Äußerung der Kinder gegenüber dem Therapeuten von vornherein ausschließt.

### Hahnemanns Einstellung zu Kindern

Die Gedanken der Aufklärung beeinflussten die unterschiedlichsten medizinischen Lehren des ausgehenden 18. Jahrhunderts. Auch bei Hahnemann finden sich deutliche Spuren. In diesem Zusammenhang befaßte sich Hahnemann durchaus mit dem Thema »Kind«. 1796 gab er Rousseaus Schrift »Sur l'éducation des Enfants«<sup>2</sup> in deutscher Sprache und mit Ergänzungen versehen heraus. Diese Schrift spiegelt Hahnemanns Auffassungen insofern wider, als er selbst in der Einleitung erklärt, er habe überall dort, wo er Mängel oder Fehler im Originaltext festgestellt habe, diese ergänzt oder verbessert. Im allgemeinen folgen Hahnemanns Auffassungen über die Kindererziehung weitgehend den Ideen Rousseaus. Die »physische Erziehung«, die sich mit der Gesundheit der Kinder befaßte und einen festen Bestandteil pädagogischer Schriften dieser Zeit bildete, stand zu hygienisch-medizinischen wie auch moralischen Vorstellungen im engsten Bezug.

Wie andere Ärzte seiner Zeit vertrat auch Hahnemann eine idyllisierende Naturauffassung. Im hygienischen Bereich erwachsen daraus Forderungen, die schon vor Rousseau in der medizinischen Literatur formuliert wurden: Kinder sollten von den Müttern selbst gesäugt werden, keine engen Windeln tragen, nicht verzärtelt werden und möglichst in der frischen Luft aufwachsen, denn durch die »verdorbene Stubenluft« würden die Kinder krank.<sup>3</sup> Inwiefern sich diese Einstellung in Hahnemanns Praxistätigkeit nie-

2 Paris 1793.

3 Z.B. in Hahnemann (1796), S. 1-48.

derschlug, ist allerdings fraglich. Die Philanthropie, die das Gedankengut der Aufklärung prägte, findet man in Hahnemanns Werk nicht so ausgeprägt, wie es sich bei anderen medizinischen Autoren seiner Zeit zeigte. Auch sein Erziehungsideal darf man keineswegs als fortschrittlich im heutigen Sinne beschreiben: Er empfahl, wie es damals üblich war, »Strafworte und Ruthe« gegen Eigensinn und Unbändigkeit.<sup>4</sup>

### Erste Kinderbehandlungen durch Hahnemann

Schon in seiner vorhomöopathischen Praxis behandelte Hahnemann Kinder, zumindest seine eigenen. 1795 berichtete er über die Behandlung einer Milchschorferkrankung seiner Kinder. Hahnemann vermutete als Ursache des Ausschlages kleine Tierchen und schrieb: »Sind es Hautinsecten, die dieses Uebel zuwege bringen, was kann es schaden, wenn man sie tödtet? vorausgesetzt mit Arneyen, die keine Kraft haben, dem Körper vor sich zu schaden.« Um verschiedenen Übeln vorzubeugen, wie Hahnemann angab, hatte er seine Kinder von den übrigen Dorfkindern völlig abgeschottet. Sie mußten stets eine gewisse Entfernung einhalten, was scheinbar über Monate gelang. Dann aber entdeckte Hahnemann, daß sie mit einem Nachbarjungen Kontakt hatten, der stark unter Milchschorf litt. Obschon Hahnemann beschrieb, der Knabe habe sich in aufdringlicher Weise zu seinen Kindern gesellt, hatte seine älteste Tochter von sich aus den Eindringling geküßt und entwickelte nun eiternde Bläschen an den Lippen. Hahnemann wartete ab, bis alle drei Kinder denselben Milchschorf zeigten. Dann bepinselte er die befallenen Stellen mit einer Schwefelleber-Lösung,<sup>5</sup> das Übel sei stillgestanden und geheilt. Hier lag kein homöopathisches Prinzip zugrunde, denn Hahnemann selbst berichtete, daß er dieses Mittel angewandt habe, weil es, »wie bekannt, die meisten Insecten plötzlich tödtet.«<sup>6</sup> Es handelt sich also um ein Mittel des Prinzips *Contraria contrariis*, das sich gegen die Insekten als Krankheitsursache richtet. Hahnemanns Einstellung zu kranken Kindern geht jedoch nicht nur aus der Behandlung seiner eigenen Kinder hervor. Die Kinder der Umgebung waren schließlich auch mit der »Milchkruste auf eine garstige Art behaftet.« Hahnemann hatte diese Kinder nicht behandelt, obschon er auch schon vor der Entdeckung seiner Schwefelleber-Lösung ein Mittel gekannt hatte, wie er selbst schreibt. Aber auch nach seiner Entdeckung schreibt er, daß er seine vier Kinder alle geheilt und »sie seither vor der Ansteckung mit dem Ansprunge zu hüten gesucht« habe. Anders als etwa die Impfärzte, die von aufklärerischer Philanthropie

4 Heilkunde der Erfahrung. Berlin 1805. Vgl. Schmidt (1990), S. 95.

5 Hahnemann beschreibt dieses Mittel als getrocknetes Austernschalenpulver mit gleichen Teilen Schwefel gemischt, das 10 Minuten im Weißglühe gehalten und danach mit warmem Wasser übergossen wird.

6 Hahnemann (1795).

durchdrungen auch kostenlos die armen Kinder impften, sah sich Hahnemann nicht veranlaßt, die Dorfkinder zu heilen.

Eine erste homöopathische Kinderarznei, die Bekanntheit erlangte, entwickelte Hahnemann 1800 gegen den Scharlach. Wieso Kinder hier für Hahnemann keine geringe Rolle spielten, muß jedoch näher untersucht werden. In großer Geldnot hatte er in jenem Jahr in Altona bereits ein vermeintlich »neues Laugensalz« entdeckt, das sich dann als normaler »Borax« herausstellte.<sup>7</sup> Nun berichtete er über die »Entdeckung eines specifischen« Arzneimittels zur Verhinderung der Ansteckung mit Scharlach. Er nannte das Mittel ein »mir verliehene[s] Geschenk der Vorsehung der Welt«. Das Rezept wollte er jedoch nicht allen Eltern, sondern nur den zukünftigen Käufern einer diesbezüglichen schriftlichen Abhandlung mitteilen. Dabei versprach er »für die jetzt leidende Menschheit einen Ausweg, der die Zartheit meines Gefühls für Menschenwohl rechtfertigen wird«, da er diesen Käufern, allerdings nicht den einfachen Subscribenten, sondern nur den Zahlenden, »ein solches Pülverchen unentgeltlich beygefügt, hinreichend, mehrere tausend Personen gegen Scharlachfieber unansteckbar zu machen.« Die Schrift kam erst ein Jahr später heraus,<sup>8</sup> und das Geheimmittel, »Gesunde gegen das Miasm des Scharlach-Fiebers unansteckbar zu erhalten«, bestand aus einer Belladonna-Auflösung, die alle drei Tage »in irgend ein Getränk stark mit dem Theelöffel eingerührt« seine unfehlbare Wirkung<sup>9</sup> entfalten sollte. Damit erwähnt Hahnemann die präventive Anwendung eines homöopathischen Mittels bei Kindern. Ein »schon mit den ersten Symptomen des Scharlach-Fiebers behaftete[s] Mädchen« sei nach einigen Gaben Belladonna völlig gesund geblieben, während »zwey andre Kinder der Familie indeß am böartigen Scharlach-Fieber« erkrankten.<sup>10</sup> Im Organon findet sich ebenfalls ein entsprechender Erfolgsbericht: 1801 habe er in Königlutter Kinder mit kleinsten Dosen Belladonna gegen Scharlach geimpft, von denen in der nächsten Epidemie kein einziges erkrankt sei.<sup>11</sup>

Das neue Scharlach-Präventivmittel traf indes nicht überall auf dieselbe Begeisterung. Nicht nur wegen Hahnemanns Verkaufsstrategie, auch wegen

7 Neues merkwürdiges Laugensaltz. Reichsanzeiger (1800), Bd. 1, Nr. 108, Sp. 1389-1391. Angeblich übergab Hahnemann seine Einnahmen aus dieser vermeintlichen Erfindung einem Armenfonds. Vgl. Schmidt (1990), S. 68.

8 Heilung und Verhütung des Scharlach-Fiebers. Gotha, Nürnberg 1801.

9 Der Titel der Ankündigung wies auf die Unfehlbarkeit des Mittels hin: »Entdeckung eines specifischen, nie trügenden Verwahrungs- und Vorbauungs-Mittels des Scharlachfiebers. Reichsanzeiger (1800), Bd. 1, Nr. 18, Sp. 237-239. Vgl. auch zweite Erklärung in Reichsanzeiger (1800), Bd. 2, Nr. 297, Sp. 3601. Vgl. bibliographische Angaben bei Schmidt (1990), S. 429.

10 Zitat [Heilung und Verhütung des Scharlach-Fiebers. Gotha, Nürnberg 1801, S. 22f.] in Schmidt (1990), S. 70, Anm. 73.

11 Hahnemann (1933), S. 99, Anm. 1.

der hohen Versagerquote von Belladonna entbrannte eine heftige Kontroverse. Hahnemann verteidigte seine Erfindung mit dem Argument, daß die Kritiker Scharlach mit einer anderen geheimnisvollen Krankheit, dem »Purpurfriesel«, verwechselt hätten. Da aber der Scharlach nicht nur eine sehr häufige, sondern auch eine sehr gefährliche Krankheit war, bestand trotz der kritischen Stimmen weiterhin eine erhebliche Nachfrage nach dem Medikament. In der Folge gelang Hahnemann mit der Verbreitung des Belladonna-Präparats ein erster Durchbruch mit einem homöopathischen Mittel für Kinder.

Wen hatte Hahnemann bei der Propagierung seines Mittels ansprechen wollen? Der Zusammenhang mit seiner Publikation macht deutlich, daß es sich um vermögende Eltern handeln mußte, die medizinische Schriften kauften und lasen und nicht nur für die Behandlung ihrer kranken Kinder, sondern sogar für ein Präventivmittel Geld auszugeben bereit waren. Nicht die Kinderrettung scheint also Motiv gewesen zu sein, das Präparat auf den Markt zu bringen, sondern der Erlös. Daraus erwächst für die Homöopathiesgeschichte ganz allgemein die Frage, welche Ziele Hahnemann verfolgte. Bezüglich der homöopathischen Behandlung von Kindern interessiert darüber hinaus: Welche Rolle spielten hierbei die Kinderkrankheiten? Und wo bestand überhaupt eine Nachfrage nach Kinderarzneien? Bestehen hier Zusammenhänge zur Verbreitung der Homöopathie?

### **Das Kind in der frühen homöopathischen Literatur**

Die Kinderkrankheiten fanden seit der Aufklärung in der gesamten medizinischen Fachwelt vermehrt Beachtung. Dies hing mit der pädagogisch inspirierten Philosophie, mit dem bevölkerungspolitischen Blick auf das Kind als Garant für einen starken Staat, aber auch mit der aufkommenden Industrialisierung, in der die Kinder als Arbeitskräfte eine wichtige Rolle spielten, zusammen. Bereits im 18. Jahrhundert erschienen zahlreiche Werke über die Gesundheitsversorgung von Kindern, die sich einerseits an medizinische Fachpersonen wie Ärzte, Chirurgen oder Hebammen richteten, andererseits auch als Aufklärungswerke die breite Bevölkerung über Vorbeugung und Behandlung von Kinderkrankheiten informieren wollten. Die Behandlung von Kindern konnte aber auch dem Ruf schaden, denn gerade bei Säuglingen und Kleinkindern, die an gefährlichen Erkrankungen litten, mußte mit dem Tod der Patienten gerechnet werden.

Was unterschied die Homöopathie vom Rest der zeitgenössischen Medizin? Wie die Humoralpathologie und andere Systeme des 18. und frühen 19. Jahrhunderts, spezialisierte sich die Homöopathie nicht auf einzelne Fachgebiete. Im Gegensatz zur aufkommenden naturwissenschaftlichen Richtung aber behielt die Homöopathie ihre Unspezifität auch später bei. Vielleicht verunmöglichte die Statik dieses Systems, das ja gerade für Kinder überaus geeignet schien, eine Spezialisierung auf diese Patientengruppe. Die meisten allgemeinen homöopathischen Schriften enthielten Anweisungen,



welche Arzneimittel gegen Scharlach, Pocken, Keuchhusten oder andere Kinderkrankheiten anzuwenden seien. Ohne eine spezielle Kinderbehandlung zu entwickeln, reihen sich solche Beschreibungen in die Aufzählungen anderer Krankheiten ein. Dieser nicht abgegrenzte Einbezug von Kindern findet sich auch in der nicht-homöopathischen medizinischen Literatur, dort allerdings vorzugsweise im 18. Jahrhundert, während sich im 19. Jahrhundert bereits in den ersten Jahrzehnten die Kinderheilkunde als eigene Fachdisziplin entwickelte.<sup>12</sup>

In den 1820er Jahren erschienen vereinzelt erste homöopathische Schriften<sup>13</sup> zur Behandlung von Kindern, die sich aber nicht als eigenständige Fachbücher verstanden, sondern hauptsächlich als Rezeptsammlungen für den Hausbedarf Jungvermählter oder angehender Mütter, wie unschwer den Titeln zu entnehmen ist.<sup>14</sup> Sie richteten sich damit an ein ganz bestimmtes Publikum lesender junger Frauen, deren Ehemänner ein solches Buch erwerben konnten. Inhaltlich brachten sie vorwiegend Schwangerschaft, Geburt und Säuglingsernährung zur Sprache. Die geringe Trennung von Arzt und Laie, die in Hausbüchern deutlich hervortritt, weist dabei auf eine weitere Gemeinsamkeit mit den medizinischen Aufklärungsschriften des 18. Jahrhunderts hin.

Eine weitere enge Verbindung zu den Medizinalsystemen des 18. Jahrhunderts zeigte die Homöopathie in der Charakterisierung des kindlichen Wesens, wobei diese Ansichten nicht systematisch dargestellt wurden, sondern sich als gelegentliche Randbemerkungen verstreut in der homöopathischen

---

12 Als thematisch und zeitgenössisch vergleichbare Quelle seien die Analekten über Kinderkrankheiten (1837) genannt.

13 Besonders Hartlaub und Caspari, der sich 1828 mit dreißig Jahren das Leben nahm, gehörten zu den Wegbereitern einer Kinderbehandlung in der Homöopathie. Von all diesen Autoren, die sich aktiv für die Verbreitung der Homöopathie einsetzten, hatte sich Hahnemann distanziert. Zu den erwähnten Autoren vgl. Frühzeit der Homöopathie (1984), S. 196-222.

14 Caspari, Karl Gottlob: Katechismus des Verhaltens für junge Frauen während ihrer ersten Schwangerschaft und Niederkunft, so wie im Wochenbette, um alles vermeiden zu lernen, was ihnen und ihren Kindern schaden könnte; nebst einer Anweisung zur glücklichen Aufziehung der Kinder durch Ammen und andre Nahrung. Zum ersten Geschenk junger Ehemänner an ihre Frauen. Leipzig 1825. Groß, Gustav Wilhelm: Ueber das Verhalten der Kreißenden und Wöchnerin, so wie des neugeborenen Kindes in diätetischer und therapeutischer Rücksicht. Archiv für die homöopathische Heilkunde 10 (1831) 2, 33-72. Und ders.: Das Verhalten der Mutter und des Säuglings vom Augenblicke der Empfängniß an bis zu dem Zeitabschnitte, wo sie Letzteren entwöhnt; in diätetischer und heilkundiger Rücksicht. Ein Taschenbuch für Neuvermählte. Dresden, Leipzig 1833. Hartlaub, Karl Georg Christian: Die Erziehung der Kinder. Ein Wort an Eltern und Lehrer. Leipzig 1829. 2. Aufl. unter dem Titel. Der homöopathische Kinderarzt. Zum Hausbedarf für Aeltern, Lehrer und Erzieher. Leipzig 1829. Von all diesen Autoren, die sich aktiv für die Verbreitung der Homöopathie einsetzten, hatte sich Hahnemann distanziert. Zu den erwähnten Autoren vgl. Frühzeit der Homöopathie (1984), S. 196-222.

Literatur finden.<sup>15</sup> Als wichtigste Kennzeichen der kindlichen Konstitution, die sich von der Konstitution des männlichen Erwachsenen deutlich unterschied, galten Reizbarkeit und Schwäche. Ganz den medizinischen Lehrmeinungen des 18. Jahrhunderts folgend, sei die Beschaffenheit der Frauen dagegen derjenigen der Kinder sehr ähnlich.<sup>16</sup> In seinem »Hausbuch für Mütter« propagierte Hahnemann die krankhaft vermehrte »Reizbarkeit der Faser«, die zur physischen Natur der Kinder gehöre. Beide Charakteristika, die Reizbarkeit und die Schwäche, sind denn auch Begriffe, die aus einer Lehrmeinung des 18. Jahrhunderts stammten. Dieses Körperkonzept, das der Annahme William Cullens einer »nervösen Kraft« entsprang und in der Brownschen Lehre seine Fortsetzung fand, wurde im ausgehenden 18. Jahrhunderts heftig diskutiert und stieß bevorzugt in ersten pädiatrischen Erklärungsmodellen auf Akzeptanz. Während diese Theorie der »sthenischen« und »asthenischen« Reize im Verlaufe der ersten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts in der nicht-homöopathischen Medizin langsam verschwand, bestimmte sie noch bis ins 20. Jahrhundert<sup>17</sup> das homöopathische Verständnis des Kindes. Die lange Überlebensdauer dieser traditionellen Sichtweise des Kindes in der Homöopathie dürfte mit der strengen Tradition ihrer Methode und mit der extremen Empfindlichkeit, mit der auf Änderungen des ursprünglichen Konzeptes reagiert wird, im Zusammenhang stehen.<sup>18</sup>

### Homöopathische Kinderarzneien

Zu den frühesten Schilderungen homöopathischer Kinderbehandlung gehören die Heilungsgeschichten im »Archiv für homöopathische Heilkunst«, herausgegeben von einem Vereine deutscher Ärzte, 1822-1826. Anhand der von Rückert<sup>19</sup> gesammelten, bereits veröffentlichten Krankengeschichten aus den Jahren 1822 bis 1850 untersuchte die Ärztin Jutta Müller die homöopathischen Therapeutika, die bei Kindern zum Einsatz gelangten. In

---

15 Müller (1978), S. 14.

16 Etwa Weickart, L.B.: Der homöopathische Arzt als Hausfreund; oder kurzgefaßte und deutliche Anweisung, wie man sich bei allen Krankheitsvorfällen sowohl Erwachsener als Kinder nach homöopathischen Grundsätzen zu benehmen habe. Leipzig 1834, S. 11, für den Kinder und Frauen »empfindliche und reizbare Individuen« darstellen. Weitere Zitate vgl. Müller (1978), S. 20.

17 Müller (1978), S. 19, weist eine fortgeführte Tradition bis in die heutige Zeit nach, etwa mit dem Hinweis von Julius Mezger aus dem Jahr 1964, daß Chamomilla besonders »für empfindsame Naturen, wie Kinder und Frauen, geeignet« sei.

18 Vgl. hierzu die Aussage von Müller (1978), S. 64-66, die gerade dieses alters- und konstitutionsbezogene Konzept als Möglichkeit einer individualisierenden Ergänzung der modernen, naturwissenschaftlich orientierten Medizin versteht.

19 Rückert, Th. J.: Klinische Erfahrungen in der Homöopathie. Eine vollständige Sammlung aller, in der deutschen und ins Deutsche übertragenen homöopathischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen von 1822-1850. 5 Bde. Dessau, Leipzig, 1854-1861. Vgl. Müller (1978), S. 6.

etwa 5 bis 10% der beschriebenen Patienten handelte es sich um Kinder.<sup>20</sup>

Dieser beachtliche Anteil führte nun doch zu einer gewissen »Spezialisierung«, die jedoch nur in einer Vereinfachung der Therapie bestand. Bei den häufigen, lebensgefährlichen Krankheiten wurden bevorzugt Aconit, Belladonna und Sulfur verabreicht. Entsprechend dieser Praxis finden sich auch in der Literatur eindeutige Verweise. Aconit galt bei Rückert 1846 als »ein dem kindlichen Organismus überhaupt sehr zusagendes Mittel«, Belladonna wird im Archiv für die homöopathische Heilkunst als besonders geeignet für Kinder beschrieben.<sup>21</sup> Als weitere Favoriten könnte man Chamomilla und Calcium carbonicum bezeichnen, ohne daß jedoch eine spezifische Materia medica für das Kindesalter entwickelt wurde.

Die Auswahl an Kinderarzneien war insgesamt erheblich geringer als diejenige der Erwachsenenhomöopathie. Diese fehlende Ausdifferenzierung könnte als ein Hinweis gedeutet werden, daß das Kind als »einfacher« wahrgenommen wurde. Sein Zustand galt in der homöopathischen Theorie effektiv als unfertig. »Kind sein« wurde mehr oder weniger als ein Leiden aufgefaßt, das es zu überwinden galt, eine Ansicht, die sich wiederum in der Medizin des 18. Jahrhunderts findet.<sup>22</sup> Kinder scheinen somit in der Homöopathie quantitativ eine Bedeutung gehabt zu haben, ohne daß ihnen qualitativ eine entsprechend größere Aufmerksamkeit oder spezifischere Behandlung zukam.

Eine besondere Stellung in der Frühzeit der Homöopathie nahm die Kuhpockenimpfung ein. Hahnemann zeigte sich von diesem Eingriff, der vorwiegend an Kleinkindern ausgeübt wurde, sehr beeindruckt. Von seiner Lehre ausgehend, hielt er die Pockenschutzimpfung für ein Mittel, das auch andere Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps und Scharlach »suspendieren« könne.<sup>23</sup> Schließlich wurde mit der Impfung eine künstliche Erkrankung mit Kuhpocken bewirkt, die beim Behandelten ähnliche Symptome, in diesem Falle Hautausschläge, hervorrief wie die gefürchtete Krankheit selbst, was eben nicht nur bei Pocken der Fall war. Hahnemann selbst hat

20 Müller (1978), S. 6f.

21 Vgl. Müller (1978), S. 52f.

22 Als Beispiel sei hier ein Zitat von Jörg angeführt: »Das Kind ist ein Werdendes, ein noch Unvollendetes, ein Sprößling, welcher im Begriffe und fähig ist, zum Baume heranzuwachsen. Das Kind ist körperlich und geistig noch ebenso unausgebildet, als hilflos, allein es ist dasselbe rücksichtlich des Körpers und Geistes seiner außerordentlichen Vervollkommnung fähig. Wie die Knospe nach und nach die schönste Blüte entfaltet und die herrlichsten Früchte hervorbringt, so ist auch das Kind körperlich und geistig so organisiert, daß es den höchsten Grad von Menschenveredlung zu erreichen vermag. Das Kind trägt einen Schatz in sich, welcher mit nichts zu vergleichen ist, welcher aber nach und nach enthüllt und entwickelt werden muß.« Lutze, Arthur: Anweisung für junge Frauen zum naturgemäßen Verhalten vor, in und nach dem Wochenbette. Köthen 1862, S. 103. Zitiert in Müller (1978), S. 15.

23 Hahnemann (1833), S. 103-105. Vgl. hierzu auch Wolff (1998), S. 217-250.

vermutlich kaum je Impfungen durchgeführt; auch wenn er die Wirkung aus dem Simile-Prinzip ableitete, entsprach die Verabreichungsform in keiner Weise seinen Vorstellungen. Ohne sich selbst als Impfarzt zu betätigen, läßt ihn seine Fürsprache eher als Trittbrettfahrer in Erscheinung treten. Welche Überlegungen könnten ihn hierzu bewegt haben? Vielleicht hing seine Begeisterung auch mit dem Image des Eingriffs zusammen, der in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts gerade in bessersituierten Familien mehrheitlich als fortschrittlich aufgenommen wurde. Indem Hahnemann die Impfung als Beweis für die Richtigkeit seiner Theorie ausgab, konnte er sich selbst als fortschrittlich und zugleich seine Lehre für bewiesen ausgeben.

### Die Briefe an Hahnemann als Quelle

Das Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung beherbergt eine Sammlung von über 5000 Patientenbriefen. Sie richten sich an Hahnemann und stammen aus den Jahren 1831-1835, während denen Hahnemann in Köthen praktizierte. Die Patientenbriefe bilden eine wertvolle Quelle für ganz unterschiedliche Fragestellungen.<sup>24</sup> Für den vorliegenden Artikel habe ich anhand des Registers Briefe ausgelesen, in denen der Patient als »Kind« bezeichnet wurde – die Zuschreibungen »Sohn« oder »Tochter« mußten nicht unbedingt Kinder bezeichnen und dienten meist unabhängig vom Alter der familiären Zuweisung der betreffenden Person. Es handelt sich um 22 Briefe, in denen insgesamt 16 Kinder als Patienten beschrieben werden. Mit der einen Ausnahme einer bereits 17jährigen jungen Frau weisen die in diesem Beitrag untersuchten Kinder ein Alter von wenigen Wochen bis zu zehn Jahren auf, die meisten jedoch sind noch im Kleinkind- oder Säuglingsalter. Die Briefe wurden primär von den Eltern verfaßt, einzelne stammen auch von den nächsten Anverwandten und Freunden, und in einem Fall griff ein Chirurg zur Feder. Am Rand dieser Schriftstücke sind fast immer Notizen angebracht, die über Hahnemanns therapeutische Empfehlungen und die wichtigsten Symptome orientieren. Als eine zweite Kategorie von Dokumenten in dieser Briefsammlung fanden sich auch Praxisnotizen von Hahnemann auf separaten Zetteln, die ich vereinzelt in die Untersuchung einbezog. Teilweise konnte eine Krankheitsgeschichte auch über mehrere Dokumente und damit eine gewisse Zeitperiode hinweg verfolgt werden.

Die Briefe geben einen Einblick in die Wahrnehmung von kranken Kindern aus dem Blickwinkel ihrer erwachsenen Bezugspersonen. Sie beschreiben meist detailliert die Symptome der kleinen Patienten und enthalten häufig tagebuchartige Berichte, die von den Eltern auf Hahnemanns Veranlassung hin Tag für Tag über den Krankheitsverlauf informieren.

---

24 Vgl. hierzu die immer noch aktuelle Auflistung von Meyer (1984), S. 76-79.

Im Gegensatz zur heutigen Praxis behandelten die Homöopathen in der Frühzeit Kinder vor allem in Notfallsituationen. Bei der hohen Kindersterblichkeit, die vor allem durch Infektionskrankheiten zustande kam, erstaunt es nicht, daß Eltern erstrangig akute Fiebererkrankungen als gefährlich wahrnahmen. Unter den aufgefunden Schilderungen handelt es sich nur bei drei kranken Kindern nicht um fieberhafte Leiden. Eine dieser Krankenbeschreibungen betrifft ein Mädchen von 17 Jahren, das seit frühester Jugend unter einer Flechte litt.<sup>25</sup> Zwei Briefe stammen von einem Chirurgen, der sich bei Hahnemann Rat für einen blinden Knaben mit Lähmungen einholte.<sup>26</sup> Die dritte Ausnahme in der Art des beschriebenen Leidens findet sich in einer Praxisnotiz Hahnemanns, die von einem Kind mit Zuckungen und Lähmungen handelt.<sup>27</sup> Die »Gichter«, wie diese nervlich bedingten Krämpfe im 19. Jahrhundert vorrangig hießen, bildeten damals eine der wichtigsten Todesursachengruppen von Neugeborenen. Traten sie bei älteren Kindern auf, waren sie häufig Zeichen einer chronischen Erkrankung wie etwa der Epilepsie.

### Wer waren Hahnemanns jüngste Patienten?

Die meisten Kinder kamen aus wohlbehüteten und gutsituierten Verhältnissen. Dieser Befund steht im Gegensatz zu den erwachsenen Patienten Hahnemanns.<sup>28</sup> Man könnte daraus die Hypothese ableiten, daß eine Behandlung von Kindern bei Hahnemann, vielleicht sogar die medizinische Behandlung von Kindern per se als ein Luxus betrachtet wurde, den sich nur wenige Eltern leisten konnten. Unter den Praxisnotizen Hahnemanns befinden sich jedoch auch Aufzeichnungen über ein Kind eines Schuhmachers, allerdings ohne zugehörigen Brief der Eltern. Dieses Kind stammte also aus einfachen Verhältnissen.<sup>29</sup> Möglicherweise hatten sich Eltern, die nicht aus dem gehobenen Bürgertum oder Adel stammten, gar nicht schriftlich an Hahnemann gewandt. Diese Vermutung müßte allerdings anhand eines Vergleiches mit Hahnemanns Krankenjournalen aus derselben Zeit genauer untersucht werden. Immerhin weist noch ein zweiter Fund in der Briefesammlung auf eben dieses Phänomen hin, der Brief einer kinderlosen Adelligen, die für »arme Leute aus meiner Bekanntschaft« bei Hahnemann um die Behandlung eines anderthalbjährigen Kleinkindes mit Stickhusten bat.<sup>30</sup>

---

25 B 34449.

26 B 331221 und B 34132.

27 E 321643.

28 Jütte (1996), v.a. S. 35-37.

29 E 321643.

30 B 32377.

Es starb damals noch mehr als jedes vierte Kind; der Kindertod gehörte also zu den traurigen, aber nicht außergewöhnlichen Begebenheiten in der Geschichte einer durchschnittlichen Familie. Unabhängig von der Sozialstruktur scheinen sich Eltern nur in Situationen, die sie als absolut dringend betrachteten, wegen einem Kind an den Arzt zu wenden. Die Bedrohlichkeit der Krankheit, verbunden mit der Hoffnung auf Heilung, stellte dabei vermutlich einen wichtigen Maßstab für den Einbezug nichtfamiliärer Heiler dar, doch nur für die kranken Kinder. Kranke Erwachsene wandten sich dagegen auch bei weniger dramatischen Leiden an Hahnemann.<sup>31</sup> Es bestanden also unterschiedliche Wahrnehmungen von Leiden, wenn es sich um Kinder oder um Erwachsene handelte.

Es wurde bereits erwähnt, daß die hohe Sterblichkeit vermutlich nicht nur den Umgang der Eltern mit kranken Kindern, sondern – aus einer ganz anderen Perspektive – ebenso den Einbezug von Kindern in die Klientel von Ärzten und anderen Heilern beeinflusste. In Hahnemanns Praxis ließ sich keine Scheu vor Kinderbehandlung finden. Möglicherweise bestand hier eine Marktlücke, wodurch Eltern bereit waren, für die Behandlung auch größere Summen auszugeben und sich bei Mißerfolg nicht beschwerten. Im Frühjahr 1834 erhielt Hahnemann einen äußerst besorgten Brief einer Mutter. Alle drei Kinder waren an Keuchhusten erkrankt, und das jüngste, ein Mädchen, zählte eben erst acht Wochen. Hahnemann empfahl, der Amme ein in Wasser gelöstes Pulver einzugeben.<sup>32</sup> Doch zwei Tage später schrieb der Vater: »Unsere Freude über die Ankunft der kleinen Tochter ist von kurzer Dauer gewesen«. Obschon es weiter heißt, die Kleine sei sanft entschlafen, folgt die Schilderung eines qualvollen Erstickungstodes, die gegen die fatalistische Hinnahme des Säuglingstodes spricht. Der Grund, wieso sich der Vater nochmals an Hahnemann wandte, war nicht etwa, daß er dem Arzt Vorwürfe machte oder dessen Therapie hinterfragte. Nein, er sorgte sich um seine Frau und bat um Mittel, damit sie über den Tod ihrer Tochter hinwegkomme.<sup>33</sup> Die fehlende Kritik an Hahnemann könnte auf dem unerschütterlichen Vertrauen des Vaters in den Therapeuten als Person oder seine Lehre beruhen, ließe sich aber genauso als Ausdruck eines ausgesprochen hierarchischen Arzt-Patient-Verhältnis deuten.

Die Briefe schildern in ergreifender Weise, wie Mütter und auch Väter emotional am Schicksal ihrer Kinder Anteil nahmen, wie ein Vater noch nachts um drei Uhr die Symptome seiner kranken Tochter auflistete, nur um Hahnemann auch noch die Symptome in den letzten Stunden vor der Aufgabe des Briefes mitzuteilen.<sup>34</sup> Andere Eltern saßen ganze Nächte hindurch an den Betten ihrer kranken Kinder, litten mit ihnen, wenn die Kleinen

---

31 Zum Beispiel in B 34268.

32 B 34264.

33 B 34268.

34 B 33554.



vom Fieber geschüttelt wurden, vor lauter Husten fast erstickten oder Schmerzen empfanden, und hofften auf Besserung.

### **Behandlung durch Hahnemann und andere Therapeuten**

Die Verfasser setzten durchwegs ihre Hoffnung in die Rezepte Hahnemanns, auch wenn ihre Umgebung eine andere Meinung vertrat. Freudig berichteten sie, wenn sich die Kinder erholt hatten, erhoben aber keine Vorwürfe, wo keine Erfolge eintraten. Sie gaben Hahnemann zuweilen auch konkrete Hinweise auf ein großzügiges Honorar, das ihm winke, so eine adelige Mutter von sechs Kindern. Wenn Hahnemann ihr sein »unkäufliches« Mittel schicke, seien »Rath und Hülfe« »gewiß an keine Undankbare« aufgewendet worden, »und bei nächster Gelegenheit werde ich meine Schuld gern und dankbar entrichten.«<sup>35</sup> Aus einzelnen Briefen wird deutlich, daß Hahnemann Kinder auch in seiner Praxis gesehen hat. So schrieb ein Vater von drei Kindern, die alle an Keuchhusten litten, daß sein Ältester »mit meiner Frau bei Ihnen in Cöthen war«.<sup>36</sup> In einer Patientenbeschreibung in Hahnemanns Notizen wird deutlich, daß er das Kind selbst untersucht hatte, denn er schilderte, daß das linke Auge des Mädchens rot gewesen sei und getränt habe.<sup>37</sup> Eine Beschreibung von Verhärtungen an den Händen eines neunjährigen Mädchens im Zusammenhang mit einer akuten Fieberkrankheit findet sich in den Briefen seiner Tante.<sup>38</sup> Sie scheint sich für die Nichte verantwortlich gefühlt zu haben, fügte dem Schreiben aber eine auffallend demütige Floskel an: Euer Wohlgeboren soll entschuldigen, »wenn ich vielleicht zu oft und unnöthig an Sie schreibe, allein ich weiß nicht bestimmt, in wie fern die Cur Mittheilungen gebietet oder überflüssig macht.«<sup>39</sup> Hahnemann selbst hatte in einer Praxisnotiz drei Wochen vor diesen Schreiben festgehalten, das Mädchen habe »Schuppen auf dem Kopfe«.<sup>40</sup> Auch in diesem Fall hatte er das Kind selbst untersucht, und zwar bevor die Krankheit akut ausgebrochen war. Möglicherweise hatte er der Tante damals die Anweisung gegeben, genau über die Veränderungen des Gesundheitszustandes ihrer Nichte zu berichten, was sie höflich nur indirekt antönt. Hier könnte eine vergleichende Gegenüberstellung schriftlicher Konsultationen mit den direkten Begegnungen weitere Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung erhellen.

Die Homöopathie kannte zwar keine eigene Kinderheilkunde, doch zeigte die Verabreichungsform an Kindern bei Hahnemann Besonderheiten, vor

---

35 B 321706.

36 B 34268.

37 B 32682 und B 32688.

38 B 33686 und B 33756.

39 B 33686.

40 E 33619.

allem daß Säuglinge die Arznei durch die Milch der Mutter oder Amme, die das Mittel an seiner Stelle einnimmt, erhalten sollten.<sup>41</sup> Entsprechend dieser Theorie läßt sich auch in den Patientenbriefen vielerorts Hinweise finden, daß Hahnemann bei kranken Säuglingen Pülverchen verordnete, die die Mutter oder Amme einnehmen mußte, um sie kurze Zeit später über die Milch in der geeigneten Form weiter zu verabreichen. Das Stillen wurde damit zum Ausgangspunkt der Therapie und stand nun unter entsprechender Beobachtung. Entsprechend genau schilderten die Berichte, wie die Säuglinge auf das Stillen reagiert hatten. »Nach dem Einnehmen des ersten Pulvers hat dasselbe [Kind] des Morgens 3 mal gebrochen, jedesmal wenn es die Brust genommen.«<sup>42</sup> An anderer Stelle berichtete ein Ehemann, daß seine Frau ganz nach Hahnemanns Vorschrift das kranke Kind eine halbe Stunde nach Einnahme des Medikaments gestillt hätte.<sup>43</sup> Nebst der normalen Einnahme und der Verabreichungsform durch die Muttermilch, die Hahnemann jeweils neben dem Rezept mit der Notiz »der Mutter« kennzeichnete, wurden die Medikamente auch durchs »Riechen« aufgenommen, eine Vorschrift, die sich übrigens auch bei Erwachsenen findet. Kleine Kinder zu behandeln, indem ein mit Arznei-Flüssigkeit benetztes Streukügelchen in einer offenen Flasche an das Nasenloch gehalten wurde,<sup>44</sup> scheint bei den Eltern besonders beliebt gewesen zu sein. Waren die Kinder noch geschwächt, ließen die Eltern sie im Schlaf am Gläschen riechen.<sup>45</sup> Welche möglichen Konsequenzen aus diesen beiden Formen der Applikation erwachsen, in welchem Ausmaß beispielsweise die stillende Mutter oder Amme in ihrem Tagesablauf in ein von außen auferlegtes Schema gedrängt wurde, kann hier nicht beantwortet werden. Beide Verabreichungsformen riefen jedoch weniger beim Kind selbst als bei den verantwortlichen Erwachsenen eine Veränderung des Verhaltens hervor.

Die Möglichkeit, in den Familienalltag einzugreifen, bot sich dem Arzt bei der Behandlung der Kinder direkt an. Oft fragten die Eltern Hahnemann nicht nur um medikamentöse Hilfe im engeren Sinne an. Auf die genauen Auflistungen des Tagesablaufs, wie es Hahnemann angeordnet hatte, folgen auch Fragen, die sich auf die ganze Lebenssituation der Kinder beziehen. »Dürfen denn die Kinder unter diesen Umständen bei warmem Wetter herausgehen?« erkundigte sich etwa eine Mutter.<sup>46</sup> Eine andere Mutter wollte wissen, ob der Zwieback, den sie dem Kind zu essen reichte, nicht der ho-

---

41 Vgl. Hahnemann: Die Chronischen Krankheiten. Leipzig 1828, Bd. 1, S. 234.

42 B 32896.

43 B 32688.

44 Hahnemann, Vorwort zu Bönninghausens Systematisch-alphabetisches Repertorium der Antipsorischen Arzneien. 2. Aufl. Münster 1833, S. XXVII. Vgl. auch Hickmann (1996), S. 396f.

45 Detailliert beschrieben in B 33146 und B 33537.

46 B 34268.

möopathischen Kur schade,<sup>47</sup> eine dritte, wie sie es mit der Diät halten solle und ob sie ihre hustenden Kinder der frischen Luft aussetzen dürfe.<sup>48</sup> Eine vierte Mutter berichtet, sie habe es für nötig erachtet, offenbar entgegen den Vorschriften Hahnemanns »dem Kinde andere Wäsche anzuziehen, aber ich habe dabei alle Sorgfalt gebraucht, und ich kann kaum glauben daß es geschadet haben sollte.« Im Fragenkatalog, den sie dem Schreiben hintanstellt, erkundigt sie sich ungeduldig, »ob es nun wieder gewaschen werden darf und frische Wäsche anziehen kann.«<sup>49</sup> Die Einflußnahme des Arztes in die verschiedenen Intimbereiche des Familienlebens wirkte sich auf das Verhältnis zwischen Eltern und Arzt aus. Möglicherweise gewann er nicht nur an Autorität, sondern auch an Zuständigkeit, indem er nun auch in gesunden Tagen eine Funktion ausüben konnte. Man könnte sich auch die Frage stellen, ob den diätetischen Regeln in der homöopathischen Behandlung von Kindern ein anderer Stellenwert als in der Erwachsenentherapie zukam.

Hahnemann legte in seinem »Hausbuch für Mütter« auf die Unterschiede zwischen der Lebensaufgabe von Mann und Frau großes Gewicht. Die Leibesbeschaffenheit der Frauen habe den männlichen Bedürfnissen genüge zu leisten, demnach müsse sich

die ganze Erziehung des Frauenzimmers [...] zunächst auf die Männer beziehn, nächstdem auf die Pflichten der Mutter und der Hauswirthin. Den Männern zu gefallen, diesen nützlich zu seyn, sich ihnen liebenswerth zu machen, sie in der Kindheit zu erziehn, und wenn sie groß sind, zu pflegen, zu berathen, zu trösten, ihnen das Leben leicht und angenehm zu machen: Das ist eine der ersten Pflichten des weiblichen Geschlechts zu allen Zeiten, zu welcher man es von Kindheit an erziehen muß.<sup>50</sup>

Möglicherweise beeinflusste diese Einstellung die Behandlung von Mädchen und Knaben. Zum Beispiel war eine Patientin Hahnemanns, eine junge Frau, am ganzen Körper von einer abstoßenden Flechte bedeckt. Unter den Hautborken floß der Eiter heraus und verunstaltete das Mädchen derart, daß sie ganz unglücklich und einsam wurde, so die Schilderung des Vaters.<sup>51</sup> Wie sollte dieses Mädchen ihrer Aufgabe, den Männern zu gefallen und eine gute Mutter zu sein, wozu die gute Konstitution nach Hahnemann Bedingung ist,<sup>52</sup> nachkommen können? Eine spezifische Untersuchung

---

47 B 32896.

48 B 321706.

49 B 33132.

50 Hahnemann (1796), S. 129. Diese Schrift hebt auf S. 150 hervor, daß das Geschwätz der kleinen Mädchen der rauhen Frage: Wozu ist das gut? nicht genügen müsse, da das Reden bei Mann und Frau unterschiedlichen Zielen diene. »Der Mann sagt was er weiß, das Weib das was gefällt; jener hat zum Sprechen Kenntnis nöthig, und dieses Geschmack.«

51 B 34449.

52 Hahnemann (1796), S. 129.

könnte hier allenfalls einen Beitrag zur geschlechtsspezifischen Patientengeschichte leisten.

### Andere Heiler, andere Therapieformen

Hahnemann duldete grundsätzlich neben seiner eigenen keine andere Behandlung. Das konnte Eltern durchaus in schwierige Situationen bringen. Beispielsweise schrieb ein Elternpaar, daß der allopathische Hausarzt ihre an Wechselfieber erkrankte, kaum dreijährige Tochter mit Chininpulver behandeln wollte, sie ihm jedoch »natürlich verschwiegen haben«, daß sie sich »im strengsten Sinne des Wortes« an die Behandlungsstrategien Hahnemanns halten.<sup>53</sup> Andere Eltern dagegen schilderten auch Behandlungsmethoden, die parallel zur homöopathischen angewandt wurden. Einem erst halbjährigen Mädchen, das an schlimmem Husten litt, legte man »auf Rathen der Kindmutter eine Spanische Fliege« auf,<sup>54</sup> ein Mittel der Humoralpathologie, das durch die ätzende Wirkung verdorbene Säfte aus dem Körper ziehen sollte, und behandelte es darüber hinaus mit Meerzwiebeln. Wiederum eine andere Mutter konsultierte den Medizinprofessor Niemeyer. Enttäuscht berichtete sie, daß dieser den Zustand ihres Kindes nicht für gefährlich gehalten habe, »sondern als eine gewöhnliche Erscheinung bey dem Keuchhusten.« Sie traute sich also zu, die Einschätzung des Professors, die nicht ihrer eigenen Meinung entsprach, zu hinterfragen. Dennoch äußert sie sich Hahnemann gegenüber in ganz anderer Weise. Einige ihrer Bekannten hätten ihr empfohlen, »den Kindern bey dem Keuchhusten alle Morgen einen Theelöffel voll Mallaga zu geben; doch wage ich dieß nicht ohne ärztliche Erlaubniß.«<sup>55</sup> Diese Äußerung wirft ein ganz anderes Licht auf ihre vorherige selbstsichere Stellungnahme. Deutet sie auf ein ausgesprochen hierarchisches Arzt-Patient-Verhältnis in der Homöopathie hin? Wie reagierten Eltern in der Situation als Vermittler zwischen Kind und Arzt? Vielleicht handelte es sich bei der Anfrage nach ärztlicher Erlaubnis um eine höfliche Unterwerfungsgeste gegenüber Hahnemann, und dasselbe könnte für die negative Schilderung des Professors Niemeyer gelten, vielleicht aber hatte die Frau schon zuvor eine weniger hohe Meinung von Niemeyer als von Hahnemann.

Andere beigezogene Ärzte erwähnte auch der Chirurg, der um fachlichen Rat bat. Er berichtete, daß die Diagnose bei seinem vierjährigen Patienten, der einen Kopf »so groß als ein rechter Mannskopf« hatte, von mehreren Ärzten aus verschiedenen Ortschaften zuerst auf »Wasserkopf«, später auf »Lähmung« lautete. Als Therapie hätten sie Kräuterbäder und eine Salbe zum Einreiben verordnet.<sup>56</sup> Diese Behandlung entspricht dem damaligen

53 B 33537.

54 B 32822.

55 B 31963.

56 B 31221.

Wissensstand, doch scheint der Chirurg davon überzeugt gewesen zu sein, daß Hahnemann eine bessere Therapie anzubieten hatte. Leider sind keine weiteren Angaben zu diesem Jungen vorhanden, doch der Beizug so zahlreicher Fachpersonen bei einer derart schweren, wenn nicht hoffnungslosen Erkrankung deutet auf eine reichere Familie hin. Möglicherweise war aber auch der Einbezug verschiedener Therapeuten typisch für die Behandlung chronisch erkrankter Kindern.

Eine besonders wichtige Stellung in der Krankenbehandlung der Kinder kam den Müttern zu. Eine Frau berichtete über die Behandlung ihres Sohnes: »Medicin habe ich ihn seit mehreren Tagen nicht mehr nehmen lassen, da sie nichts half und mir der Glauben daran fehlte.«<sup>57</sup> Einzelne Väter beteiligten sich ebenfalls an der Leidensgeschichte ihrer Kinder, so ein homöopathischer Arzt, der die Krankheitsbeschreibungen »als Probe« beifügte, um das eigene Können zu belegen. Diese Schilderung enthält über die Auflistung der Symptome hinaus auch eine Erklärung, wie die Krankheit zustande gekommen sei. Eine Amme, die an einem nässenden Ausschlag litt, hätte die spätere pockenähnliche Erkrankung des inzwischen zweijährigen Mädchens verschuldet.<sup>58</sup> Derselbe Vater beklagte sich einen Monat später bei Hahnemann, daß seine Frau, ohne sein Wissen, ein Talgläppchen auf das von eiternden Pusteln bedeckte heiße Gesichtchen des Kindes gelegt hätte.<sup>59</sup> Sie hatte damit eigenmächtig und gegen Hahnemanns Vorschriften gehandelt.

### Die Beschreibung der Kinder

Die Beschreibung der Kinder beschränkt sich nicht nur auf Krankheitssymptome, sondern bezieht auch allgemeine körperliche und psychisch-emotionale Merkmale mit ein, die als Kriterien für den Verlauf der Krankheit gelten. Zu den am häufigsten genannten Eigenheiten des kindlichen Verhaltens gehören Ruhe und Unruhe, Schlaf und Wachsein, Appetit, Erbrechen, Verdauung und Ausscheidung, die Hautfarbe, Stärke und Schwäche, Hitze und Kälte, ja sogar der Belag der Zunge und der Puls,<sup>60</sup> dann auch Eigenschaften wie freundlich, lustig und heiter oder eigensinnig. Als ein besonders gutes Zeichen beschrieb eine Tante, daß ihre Nichte begonnen hätte, »sich über ihr Spielzeug zu freuen«.<sup>61</sup> Inwieweit Hahnemann die Schilderungen psychisch-emotionaler Eigenheiten in die Therapie mit einbezog, kann nicht genau festgelegt werden. Immerhin aber kristallisiert sich bei der Durchsicht seiner Notizen und der in den Briefen von ihm unter-

---

57 B 321706.

58 B 32131.

59 B 32261.

60 B 33554.

61 B 33146.

strichenen Stellen der Verdacht heraus, daß er nur die im klassischen Sinne medizinisch relevanten Hinweise wie Durchfall, Hitze, Erbrechen oder Ausschlag berücksichtigte und für dieselben Krankheitsbilder weitgehend unabhängig von individuellen Charaktermerkmalen gleiche Mittel verschrieb. Ein Chirurg dagegen, der Hahnemann vom Erfolg der verabreichten Medikamente berichtete, führte über seinen Patienten emotionale Symptome als Zeichen der Besserung an: »er ist heiterer und lustiger Gemüthsstimmung«. <sup>62</sup> Auch der homöopathische Arzt berichtete über sein Kind, daß es munter und guter Laune sei. <sup>63</sup>

Möglicherweise hatte Hahnemann die eigene Theorie, die der Beachtung psychischer Symptome eine zentrale Bedeutung zuwies, nicht oder nur teilweise in die Praxis umgesetzt. Die Bemühung von Eltern, die Stimmungen der Kinder über genaue Beobachtung zu erfassen, scheinen die Verwertung dieser Schilderungen auf Therapeutenseite bei weitem übertroffen zu haben. Die Diskrepanz zwischen diesen unterschiedlichen Wahrnehmungsweisen zeigt sich auch bei einer Gegenüberstellung der gefühlsbetonten Schilderungen von Eltern und Hahnemanns eigenen Notizen. Unter den hier beschriebenen kranken Kindern findet sich ein 10jähriges Mädchen, das nicht von seinen Bezugspersonen beschrieben wurde, sondern in einer Praxisnotiz von Hahnemann Erwähnung fand. Bereits im ersten Lebensjahr habe das eine Fußgelenk geschmerzt, das Mädchen habe nicht richtig laufen gelernt, das Gefühl im Fuß verloren und schließlich als Schulkind Krampfanfälle am ganzen Körper bekommen. <sup>64</sup> Trotz genauer Beschreibung medizinischer Details erwähnt Hahnemann keine charakterlichen Eigenheiten des Mädchens oder gefühlsmäßigen Reaktionen auf ihre schwere Erkrankung. Möglicherweise hatten die Eltern ihre Kinder nicht nur genauer, in gewisser Weise »kindadäquater« als Hahnemann beschrieben, sondern besaßen auch differenziertere Vorstellungen vom Kind.

Die Schwierigkeit, Empfindungen von Kindern genau zu beschreiben, beruht nicht nur auf den eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten der Kinder, ihrer eigenen Kommunikationsweise und ihrer völlig anderen Körperwahrnehmung, sondern auch auf dem enormen Zeitaufwand, der für entsprechend sorgfältige Beobachtungen eine unabdingbare Voraussetzung bildet. Wieviel Zeit die Briefeschreiber für ihre Schilderungen aufgewendet haben, ist im vollen Umfang kaum nachzuvollziehen. Einzelne Tagebücher berichten über stundenlange Episoden, wie das Kind einen Hustenanfall bekommt, würgt, wie ihm der Schleim Nase und Hals verstopfen, wie es den trockenen Speichel herunterschlucken will, kämpft und sich in Todesangst an den Erwachsenen klammert, wie es blau anläuft, endlich wieder

---

62 B 34132.

63 B 32131 und B 32261.

64 E 321643.



mühevoll einatmen kann und erschöpft auf sein Kissen zurückfällt.<sup>65</sup> Zu den am schwierigsten faßbaren Symptomen gehört ganz sicher der Schmerz. Häufig erkennt man die Schmerzzustände bei Kindern daran, daß sie weinen. Dies muß nicht immer der Fall sein, so bei einem anderthalbjährigen Kind namens Mathilde. »Es wollte weinen, aber es ist so voll auf der Brust und heiser, auch mag ihm der wunde Mund weh thun, daß es nicht laut werden konnte.«<sup>66</sup> Eine besonders genaue Beobachterin stellte die Äußerungen des neunjährigen Mädchens in Relation zu ihrem sonstigen Umgang mit Schmerz: Es mache sie »der Schmerz, über den die Kleine klagt, unsicher, da sie leichte Schmerzen nicht berichtet.«<sup>67</sup>

Die Situation der erwachsenen Bezugspersonen als Vermittler zwischen krankem Kind und Hahnemann hat sich vermutlich direkt auf die Schreibweise ausgewirkt. Verschiedene Faktoren lassen sich aus dem Gefühlsreichtum dieser Briefe erahnen: das Vertrauen der Eltern in die Homöopathie, ihre oft verzweifelte Hoffnung, durch die minutiösen Schilderungen die richtige Wahl der Mittel zu ermöglichen, aber auch ihre starke emotionale Bindung an ein hilfloses Wesen, für dessen Überleben sie die Verantwortung trugen. Dieser Quellenkorpus stellt damit eine Fundgrube für Forschungsarbeiten dar, die Emotionen als geschichtsbildende Faktoren in die Untersuchung miteinbeziehen.

---

65 Besonders eindrücklich etwa in B 34264, B 33100, B 31963 oder B 32682.

66 B 33146.

67 B 33680.

## Bibliographie

### Patientenbriefe an Hahnemann und andere Dokumente aus dem Archiv des IGM mit Signatur und Datum

<i>Name</i>	<i>Alter</i>	<i>Diagnose</i>
Baldamus, Kind B 32822 (4.7.1832); B 32896 (19.7.1832)	( $\frac{1}{2}$ j.):	Husten
Braunbehrends, Kinder B 321706 (25.12.1832)	(1j.,5j.,8j.):	Keuchhusten
Glafey, Adelheid von B 32377 (4.4.1832)	(für ein Kind):	Stickhusten
Gödecke, Mathilde B 32682 (6.6.1832); B 32688 (8.6.1832); B 33100 (15.1.1833); B 33132 (21.1.1833); B 33146 (23.1.1833)	( $\frac{3}{4}$ j.):	Husten, Frieselfieber
Harmening, Mädchen (8 Wo.); Louis, Wilhelm: B 34264 (1.5.1834); B 34268 (3.5.1834)		Keuchhusten
Kahlkoff, Tochter von Schuhmacher E 321643 (7.12.1832)	(10j.):	Lähmung, Krämpfe
Liebhold, Knabe, Pat. v. Chirurg B 331221 (4.11.1833); B 34132 (17.2.1834)	(4j.):	Lähmung, Wasserkopf
Luther, Tochter von Arzt B 32131 (8.2.1832); B 32261 (11.3.1832)	(2j.):	Ausschlag, Fieber, Husten
Moldenhauer, Auguste (»kleine Nichter«): B 33686 (15.5.1833); B 33756 (1.6.1833)		Ausschlag, Grippe
Saldern, von B 33537 (9.4.1833); B 33554 (14.4.1833); B 33648 (2.5.1833)	( $2\frac{3}{4}$ j.):	Schüttelfrost, Fieber, Grippe
Schoepke, Tochter B 34449 (30.7.1834)	(17j.):	Flechte
ohne Namensnennung: Hermann (3j.), Wilhelm (2j.), Anna (9 Mt.): B 31963 (9.10.1831)		Keuchhusten

### Literatur

Analekten über Kinderkrankheiten oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über sämtliche Krankheiten des kindlichen Alters. Zusammengestellt zum Gebrauche für praktische Ärzte. 4 Bde. Stuttgart 1837.

Frühzeit der Homöopathie. Ausgewählte Aufsätze aus dem »Archiv für die homöopathische Heilkunst« aus den Jahren 1822 bis 1838. Hrsg. und eingeleitet von Renate Wittern. Stuttgart 1984.

Hahnemann, Samuel: Handbuch für Mütter, oder Grundsätze der ersten Erziehung der Kinder, nach dem Französischen bearbeitet. Leipzig 1796.

Hahnemann, Samuel: Organon der Heilkunde. Dresden, Leipzig 1833<sup>5</sup>.

Hahnemann, Samuel: Ueber den Ansprung (crusta lactea). In: Medicinische Bibliothek, hg. von Johann Friedrich Blumenbach 3 (1795), St. 4, 701-705.

Hickmann, Reinhard: Das Psorische Leiden der Antonie Volkmann. Edition und Kommentar einer Krankengeschichte aus Hahnemanns Krankenjournalen von 1819-1831. (=Quellen und Studien zur Homöopathiegeschichte 2) Heidelberg 1996.

Jütte, Robert: Samuel Hahnemanns Patientenschaft. In: Dinges, Martin (Hg.): Homöopathie. Patienten, Heilkundige, Institutionen. Von den Anfängen bis heute. Heidelberg 1996, 23-44.

Meyer, Jörg: »...als wollte mein alter Zufall mich jetzt wieder unter kriegen«. Die Patientenbriefe an Samuel Hahnemann im Homöopathie-Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin in Stuttgart. In: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung 3 (1984), 63-79.

Müller, Jutta R.: Entwicklung, Prinzipien und Methoden homöopathischer Behandlung im Kindesalter. Diss. med. Freiburg / Br. 1978.

Schmidt, Josef M.: Die philosophischen Vorstellungen Samuel Hahnemanns bei der Begründung der Homöopathie (bis zum Organon der rationellen Heilkunde, 1810). München 1990.

Wolff, Eberhard: Sectarian Identity and the Aim of Integration: Attitudes of American Homeopaths towards Smallpox Vaccination in the Late Nineteenth Century. In: Jütte, Robert; Risse, Günter B.; Woodward, John (Hg.): Culture, Knowledge, and Healing. Historical Perspectives of Homeopathic Medicine in Europe and North America. (=Network Series 3) Sheffield 1998, 217-250.



### III. Neuerwerbungen der Bibliothek des Homöopathie-Archivs 1999 (13)

#### Monographien

*bearb. von Helena Korneck-Heck*

#### A

**Academia Médico Homeopática <Barcelona>:** Dossier de presentacion / Ma. Angels Carrera de Espona. Academia Médico-Homeopática de Barcelona. - Barcelona, 1992. - 179 Bl.  
H/a/2/782

**Altendorf, Wolfgang:** Tribunal Hahnemann : in 2 Szenen / Wolfgang Altendorf. Hrsg. von Irmeli Altendorf. - Bibliophile Sonderausg. - Freudenstadt : Altendorf, [1999]. - 123 S.  
H/d/8/160

**Ancarola, Ricardo A.:** Medicina homeopática : critica y experiencias clínicas / Ricardo Ancarola. [Prólogo de Miguel Ángel Fernández Torán]. - Madrid : Miraguano Ediciones, 1984. - 190 S.  
(Colección Medicinas Blandas)  
ISBN 84-85639-42-1  
H/c/1/174

**Aspects de la recherche en homéopathie /** Jean Boiron ; Jacky Abecassis ; Philippe Belon. Laboratoires Boiron. - Sainte-Foy-lès-Lyon : Ed. Boiron  
Vol. 1. 1983. - 79 S. : graph. Darst.  
ISBN 2-85742-009-9  
H/c/1/730/1983

#### B

**Barbancey, Jacqueline:** Pratique homéopathique en psycho-pathologie / Jacqueline Barbancey. Préface ... Henri Bernard. - Lyon : Ediprim, 1977. - 348 S.  
H/d/4/123

**Bauer, Sigismund** [Hrsg.]:  
s. Die homöopathische Heilmethode und ihr Arzneyschatz

**Belon, Philippe:**  
s. Recherche en homéopathie

**Berichte über die Situation der Homöopathie aus 21 Ländern** = Reports from 21 countries on the position of homoeopathy / Kurt Hermann Illing. Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis. - [Hamburg], 1985. - Getrennte Zählung.  
H/a/2/288

**Bianchi, Ivo:** Homeopathic-homotoxicological repertory : homotoxicological materia medica / Ivo Bianchi. - Baden-Baden : Aurelia-Verl., 1995. - 671 S.  
ISBN 3-922907-49-0  
H/d/9/656

**Bianchi, Ivo:** Principles of homotoxicology / Ivo Bianchi. - 1st Engl. ed. - Baden-Baden : Aurelia-Verl.  
Einheitssacht.: Argomenti di Omotossicologia <engl.>, Mailand, 1987  
Bd. 1. - 1989. - 201 S.  
H/d/9/657

**Bohjalian, Chris:** The law of similars : a novel / by Chris Bohjalian. - New York, NY : Harmony Books, 1999. - 275 S.  
ISBN 0-517-70586-9  
H/d/8/161

**Boiron, Jean:**  
s. Aspects de la recherche en homéopathie  
s. Recherches en homéopathie

**Brunton, Nelson:** Homeopashi / Nelson Brunton. - Japanese translation. - Tokyo, 1989. - 154 S. : Ill.  
Einheitssacht.: Homeopathy <jap.>  
ISBN 4-938344-59-9  
H/b/2/160

**Budak, Edward:** Budak's modern organon of medicine / by Edward Budak. - Dorchester, Mass. : Ultra-Nutrimol Technical Publ., 1984. - 115 S.  
ISBN 0-9612386-0-7  
H/d/9/396

## C

**Caspari, Carl Gottlob:** Unumstößlicher leichtfaßlicher Beweis für die in den Gesetzen der Natur begründete Wahrheit der homöopathischen Heilart : zur Ueberzeugung von Zweiflern nach des D. von Bigel in seinem homöopathischen Werke mitgetheilten merkwürdigen und einigen eigenen Erfahrungen / aufgestellt von C. Caspari. - Leipzig : Baumgärtner, 1828. - 60 S.  
KOPIE  
H/b/3/101

**Chatterjee, Guru Sadoy:** Essay on cancer and its rival nosodes : [Part 2: Curative principle of potentised medicine] / by Guru Sadoy Chatterjee. Publ. by Binapani Mukherjee. - Calcutta : National Publ. House, 1985. - 112 S.

Part 1 was published in the Homoeo Pradeep, Special Number July/August 1984.  
H/c/2/919

**Claussen, Claus-Frenz:** Homotoxikologie : Kernstück einer probiotischen holistischen Medizin / C.-F. Claussen. - 4. Aufl. - Baden-Baden : Aurelia-Verl., 1995. - 63 S. : graph. Darst.

ISBN 3-922907-14-8  
H/d/9/659

**Compendium homéopathique** / [Ed.: Association Pharmaceutique Belge. Red.: Président: Ph. A. Lontie]. - Brussel, 1983. - XI, 232 S. : graph. Darst.

H/c/1/173

**Constraints analysis in homeopathic medicine** : an analysis of the constraints in homeopathic medicine and developing homeopathic research in the European Union ; project "Homeopathic medicine activities" / Homeopathic Medicine Research Group IV. [Coordinator: Hahn, EG. Editors: Brinkhaus, B ; Schindler, G]. - [O.O.], 1996.

1. Report of study. - V, 110, IV Bl.
  2. Results of study. - Getrennte Zählung
- H/b/1/415

## D

**Dahlke, Paul:** Gesichtete Arzneimittellehre : Repertorium / Paul Dahlke. - 2. Aufl. - Stuttgart : Verl. der Hahnemannia, 1928. - 110 S.

H/c/2/655/1928

**Deicke, Heinrich** [Bearb.]:

s. Homöopathisch-biochemisch-spagyrisches Vademecum für Landwirte und Tierbesitzer

**Dinges, Martin:**

s. Institut für Geschichte der Medizin <Stuttgart> / Homöopathie-Archiv: Beständeübersicht...

**Der Doppelmops in der Homöopathie** : ein Beitrag zur Erkenntnis des Standpunktes / [Constantine Hering]. - Philadelphia : Flugschriftenverl. ; Leipzig : Wienbrack, 1860. - 24 S.

(Hering, Constantine: Neue Hauhecheln ; 2)  
H/a/3/1860,4





## E

**Endler, Peter C.:** Expedition Homöopathieforschung : ein altes Heilsystem wird plausibel  
/ P.C. Endler. - Wien [u.a.] : Maudrich, 1998. - 157 S. : Ill. - ISBN 3-85175-695-9  
H/b/3/199

## F

**Fischle, Karl** [Bearb.]:  
s. Gesundheit unser größter Reichtum

**Friedrich, Edeltraud:** Charaktere homöopathischer Arzneimittel / Edeltraud Friedrich ;  
Peter Friedrich. - 3. Aufl. - Höhenkirchen-Sbr. : Traupe.  
Bd. 2. - 1997. - III, 553 S. - ISBN 3-9802834-2-9  
H/c/2/484/1997

## G

**Gesammelte Arzneimittelprüfungen aus Stapfs »Archiv für die homöopathische  
Heilkunst« (1822-1848)** / hrsg. von Klaus-Henning Gypser u. Achim Waldecker. -  
Heidelberg : Haug, 1991-1994  
Bd. 4. Ergänzungsband. - 1994. - XVII, 190 S. - ISBN 3-7760-1443-1  
H/c/3/530

**Die Geschichte des Consortiums für Electro-Homoeopathie in Regensburg.** - Re-  
gensburg : Habel, 1901. - 52 S.  
H/d/9/441

**Gesundheit unser größter Reichtum** : unser kostbarstes Gut! / neu bearb. u. zusam-  
mengestellt von Karl Fischle. [Hrsg.: Hahnemannia]. - [O.O.], 1965. - 60 S.  
H/d/8/589

**Grätz, Joachim-F.:** Klassische Homöopathie für die junge Familie : Kinderwunsch,  
Schwangerschaftsbegleitung und Geburt, Kleinkindbetreuung, Entwicklungsstörun-  
gen und Behinderungen, natürliche Entwicklung / Joachim-F. Grätz. - München :  
Hirthammer, 1999.  
1. Grundlagen und Praxis. - 339 S. - ISBN 3-88721-157-X  
2. Fallbeispiele aus der Praxis. - 181 S. - ISBN 3-88721-158-8  
H/d/5/461

**Graue Liste** = Homöopathische Liste / bearb. vom Arzneibüro der ABDA und Pharma  
Daig + Lauer Fürth. - Ausgabe 1971. - Eschborn : Govi-Verl., 1971. - 246 S.  
Vorgänger: Homöopathische Liste  
ISBN 3-7692-2095-1  
H/c/1/581

**Griem, Chr.:** Der homöopathische Haus-Thierarzt : [praktische Anweisung für Landwirthe und Viehbesitzer überhaupt, alle Krankheiten und äußerlichen Verletzungen der Pferde, des Rindviehes, der Schafe, Ziegen, Schweine und Hunde auf homöopathischem Wege schnell und gründlich zu heilen ; nach den in neuester Zeit gemachten Erfahrungen bearb.] / Chr. Griem. Mit e. Vorwort zu dieser Reprintausg. von Karl Elze. - Reprint der Ausg. Quedlinburg 1851. - Holzminden : Reprint-Verl.-Leipzig, [o.J.]. - 194 S.  
ISBN 3-8262-0709-2  
H/d/7/810/1851

**Gypser, Klaus-Henning** [Hrsg.]  
s. Gesammelte Arzneimittelprüfungen aus Stapfs »Archiv für die homöopathische Heilkunst«, Bd. 4

## H

**Hahnemann, Samuel:** Die chronischen Krankheiten : ihre eigentümliche Natur und homöopathische Heilung / von Samuel Hahnemann. - 2. Aufl. [des Reprints] ; Typogr. Neugestaltung der 2., viel verm. Aufl. von 1835-1839 / mit e. Einf. von Will Klunker. - Heidelberg : Haug, 1999  
ISBN 3-7760-1436-9  
1. - XX, 188 S.  
2. - 380 S.  
3. - XIV, 404 S.  
4. - X, 528 S.  
5. - VIII, 552 S.  
H/e/2/90/1999

**Hartung, Erhard:** Kaiserlich-Königlicher Rath und dirigierender Stabsarzt Dr. Christoph Hartung : 1779 Römhild - 1853 Baden/Wien ; ein bedeutender Homöopath der ersten Stunde / Erhard Hartung. - Nürnberg : Kienesberger, 1998. - 79 S. : Ill.  
ISBN 3-923995-13-X  
H/a/2/569

**Hattori, Osamu:** Doitsu "shirouto-ishi" dan / Osamu Hattori. - Tokyo : Kodansha, 1997. - 252 S. : Ill. -  
Engl. Übers. des Titels: The laymen association in Germany - homoeopathic social movement.  
H/a/5/597

**Haubold, Carl:**  
s. Homöopathisches Repertorium der in der Geschlechtssphäre...

**Heel :** Herba est ex luce ; die Heilpflanze ist aus dem Licht ; seit 1936 / hrsg. von der Biologischen Heilmittel Heel GmbH. - Baden-Baden : Heel, 1987. - 61 S. : Ill.  
Umschlagt.: 50 Jahre Heel.  
H/c/1/920

- Heine, Hartmut:** Die Therapie mit intermediären Katalysatoren in der Praxis / Hartmut Heine ; Gabriele Herzberger ; Günther Bauer. - Baden-Baden : Aurelia-Verl., 1998. - 132 S. : Ill.  
ISBN 3-922907-61-X  
H/d/9/658
- Henderson, William:** An inquiry into the homoeopathic practice of medicine / by William Henderson. - [1st American ed.]. - New York : Radde ; Boston : Clapp ; Philadelphia : Rademacher, 1846. - VIII, 154 S.  
KOPIE  
H/d/1/108
- Henriques, Nicola:** Crossroads to cure : the homoeopath's guide to second prescription / Nicola Henriques. - St. Helena, CA : Totality Press, 1998. - XXIV, 165 S.  
ISBN 0-9663388-0-4  
H/b/3/578
- Hering, Constantine:**  
s. Der Doppelmops in der Homöopathie
- Hess, Walter:** Ausgewählte Fälle aus der Praxis eines homöopathischen Arztes / von Walter Hess. - Heidelberg : Haug, 1995. - 796 S. - ISBN 3-7760-1401-6  
(Homöopathie)  
H/d/1/122
- Homéopathie 2000** : une réalité sociale, médicale, scientifique et économique / Syndicat National de la Pharmacie Homéopathique ; Syndicat National des Médecins Homéopathes Français ; Syndicat de la Médecine Homéopathique. - [O.O.], [1999]. - 22 S. : Ill., graph. Darst.  
H/a/2/970
- La homeopatía en el mundo** : acto de la sesión inaugural de la VIII Asamblea General de Homéopatía de México A.C. ; celebrada del 13 al 19 de agosto de 1978 ; [Congreso internacional de Medicina de Homeopatic auspiciado por la Liga Medicorum Homeopathica Internationalis... 18-22 VIII 1980 ... Acapulco] = Inaugural session ceremony of the VIII General Assambly [sic] of Homeopatia de Mexico A.C. / Homéopatía de México. - México : Imprenta Mexicana, 1980. - 70 S. : Ill.  
Texte in spanisch, englisch u. französisch.  
H/a/2/900
- Homöopathie-Wegweiser** / Hrsg.: Deutscher Zentralverein Homöopathischer Ärzte. - Stuttgart : Sonntag  
1999/2000 / Red.: Christoph Trapp. - 1999. - 350 S. : Ill. - ISBN 3-87758-186-2  
H/a/1/172/1999
- Hommage au Docteur Pierre Schmidt** : pour son 90e anniversaire 22 juillet 1984 / [J. Baur...]. - [O.O.], [1984]. - 175 S. : Ill.  
H/a/1/568

**Homöopathisch-biochemisch-spagyrisches Vademecum für Landwirte u. Tierbesitzer** : welche die an den Haustieren am häufigsten vorkommenden Krankheiten schnell, sicher und fast kostenlos selbst heilen wollen / bearb. von Heinrich Deicke. - Göppingen : Mauch, [1912]. - 673, 36 S.  
Enth.: Auszug aus der grossen illustrierten Preisliste der Homöopathischen Central-Apotheke von Professor Dr. Mauch, Göppingen.  
H/d/7/835

**Homöopathische Arzneimittel** : Materialien zur Bewertung / hrsg. von Konstantin Keller ; Sibylle Greiner ; Peter Stockebrand. - Frankfurt/Main : Govi-Verl. - Loseblatt-Ausg. / Stand Lfg. 8 (1995)  
H/c/1/178

**Die homöopathische Heilmethode und ihr Arzneischatz** : für alle Geschlechtskrankheiten wie: Harn-, Blasen- und Frauenleiden, Geschwüre und Syphilis ; allgemeine Neurasthenie und sexuelle Nervenschwäche (Impotenz) / hrsg. ... Sigismund Bauer. - Wien : Selbstverl., [ca. 1920]. - 94 S.  
H/d/8/861

**Homöopathisches Arzneibuch**. - 2. Ausgabe / 2. durchges. Neudruck. - Berlin : Verl. Dr. Willmar Schwabe, 1950. - IX, 465 S.  
H/c/1/422

**Homöopathisches Arzneibuch**. - 3. Aufl. / 4., unveränd. Neudruck. - Berlin : Verl. Dr. Willmar Schwabe, 1958. - IX, 465 S.  
H/c/1/429

**Homöopathisches Repertorium der in der Geschlechtssphäre des Mannes wie des Weibes vorkommenden Krankheitserscheinungen** : mit Angabe des jedem einzelnen Falle entsprechenden Heilmittels ; e. Hand- und Hülfsbüchlein für den Laien, der des Arztes sich zu bedienen keine Gelegenheit hat, sowie für angehende homöopathische Ärzte... / bevorwortet von Carl Haubold. - Neue Ausg. - Hildburghausen ; Leipzig : Kesselring, 1863. - XIV, 90 S.  
H/d/5/201

## I

### **Illing, Kurt Hermann:**

s. Berichte über die Situation der Homöopathie aus 21 Ländern

**Illustriertes Preis-Verzeichnis der Homöopathischen Centralapotheke von Hofrat V. Mayer in Cannstatt** / [Hermann Mayer]. - O.O., 1907. - 104, XI, 22 S. : zahlr. Ill.

Umschlagt.: Preisliste. Rückent.: Katalog der Homöopathischen Central-Apotheke von Hofrat V. Mayer in Cannstatt. - Beigef.: Kurze Anleitung für die Hauspraxis mit homöopathischen Heilmitteln

H/c/1/819/1907



**Institut für Geschichte der Medizin <Stuttgart> / Homöopathie-Archiv:** Bestände-  
übersicht des Archivs / [Martin Dinges]. - Stand Juni 1999. - Stuttgart : Steiner,  
1999  
Sonderdruck aus MedGG 17.1998 (1999), S. 177 – 194.  
H/a/1/468

## J

**Jus, Mohinder Singh:** Homöopathische Erste Hilfe / Mohinder Singh Jus. - 7. Aufl. -  
Zug : Homöosana, 1998. - 73 S.  
ISBN 3-906407-04-7  
H/d/8/824

**Jus, Mohinder Singh:** Kindertypen : ein therapeutischer Ratgeber / Mohinder Singh Jus.  
Zusammengestellt von Urs Maurer nach Vorträgen von M. S. Jus, gehalten in Mün-  
chen. - 3. Aufl. - Zug : Homöosana, 1998. - X, 260 S. : Ill.  
ISBN 3-906407-01-2  
H/d/5/463

**Jus, Mohinder Singh:** Sport und Homöopathie : ein therapeutischer Ratgeber / Mohin-  
der Singh Jus. - 2. Aufl. - Zug : Homöosana, 1998. - 79 S. : Ill.  
ISBN 3-906407-00-4  
H/d/8/841

## K

**Katalog der Bibliothek des Homöopathie-Archivs :** Neuerwerbungen des Homöopa-  
thie-Archivs ... / bearb. von Helena Korneck-Heck... - Stuttgart : Steiner  
10. - 1996. - Aus: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 15.1996 (1997), S. 219-242  
11. - 1997. - Aus: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 16.1997 (1998), S. 195-207  
12. - 1998. - Aus: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 17.1998 (1999), S. 195-212  
H/a/1/460

**Keller, Konstantin [Hrsg.]:**  
s. Homöopathische Arzneimittel

**Kent, James Tyler:** Kent Praktikum : Kurz-Repertorium / [James Tyler Kent]. Hrsg. u.  
ergänzt durch Synonyma und Wortindex von Otto Eichelberger. - 4. Aufl. - Heidel-  
berg : Haug, 1999. - LV, 1129 S.  
ISBN 3-7760-1740-6  
H/d/2/227

**Kleiner Wegweiser zur Einführung in die Biochemie** / bearb. in d. wissenschaftlich-  
literarischen Abt. d. Firma Dr. Willmar Schwabe. - Leipzig : Schwabe, 1940. -  
86 S. : Ill.  
H/d/9/357

**Kurze Anleitung für die Hauspraxis mit homöopathischen Hausmitteln.** - 11. Aufl. -  
Stuttgart : Verl. der Hahnemannia, 1897. - 32 S.  
H/d/8/584/1897

L

**Lang, M.** [Hrsg.]:  
s. Der neue praktische Hausarzt  
s. Der vollständige Hausdokter

**Leeser, Otto:** Leesers Lehrbuch der Homöopathie : [Spezieller Teil] / neu hrsg. von Mar-  
tin Stübler u. Erich Krug. - Heidelberg : Haug  
Bd. 4. Pflanzliche Arzneistoffe II. - 2., verb. Aufl. - 1988. - XVIII, 1390 S.  
H/c/2/665-4/1988

**Leitfaden für die homöopathische Praxis** / hrsg. von der wissenschaftlich-literarischen  
Abteilung der Firma Dr. Willmar Schwabe. - 2. verb. Aufl. - Karlsruhe : Verl. Dr.  
Willmar Schwabe, [um 1950]. - XVI, 248 S.  
H/d/2/730/1950

**Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis:** Annual Report 1988-1989 / Liga  
Medicorum Homoeopathica Internationalis / Spain. [Carles Amengual i Vicens]. -  
Selva, Mallorca, [1989]. - 152 Bl. - Texte in span. u. katalanisch.  
H/a/2/781/1988/89

**Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis:** Annual Report 1989-1990 / Liga  
Medicorum Homoeopathica Internationalis / Spain. [Carles Amengual i Vicens]. -  
Selva, Mallorca, [1990]. - Getrennte Zählung. - Texte in span. und katalanisch.  
H/a/2/781/1989/90

**Lilienhain, Ludwig:** Ein auf homöopathische Heilversuche begründetes Urtheil über  
Homöopathie : für Aerzte und Nichtärzte / von L. Lilienhain. - Glogau : Flemming,  
1834. - 84 S.  
KOPIE  
H/b/1/812

**Lohoff, Karen:** Geschichte der Homöopathie im Herzogtum Braunschweig / Karen  
Lohoff. - Salzgitter, 1998. - 40 S. : Ill.  
Sonderdruck aus dem Salzgitter-Jahrbuch 1997/1998 des Geschichtsvereins Salzgit-  
ter e.V.  
H/a/2/722



**Lutze, Arthur:** Dr. Arthur Lutze's Lehrbuch der Homöopathie / hrsg. und neu bearb. von Paul Lutze. - 12. Aufl. - Köthen : Verl. der Lutze'schen Heilanstalt ; Schettler [in Komm.], 1893. - LIII, 647, 226 S.  
 Enth.: Repertorium : ein besonders für Ärzte geeignetes Nachschlagewerk ; in welchem die specielleren Krankheits-Symptome nach Körpergegenden geordnet und dadurch leichter aufzufinden sind / zus.-gest. von Arthur Lutze. - 12. Aufl. - Köthen, 1893.  
 H/d/3/220/1893

## M

**Manual der Elektro-Homöopathie und Gesundheitspflege :** Leitfaden für die Erkennung, Selbstbehandlung und Heilung der Krankheiten / hrsg. vom Elektro-Homöopathischen Institut, Genf. - 2. Aufl. - Genf : Elektro-Homöopathisches Institut, [1897]. - 487 S.  
 H/d/9/434/1897

**Michalik, Detlef:** Macht Medizin krank? : [die homöopathische Alternative] / Detlef Michalik. - 1. Aufl. - Bochum : Verl. Volksheilkunde, 1981. - 59 S.  
 H/b/1/532

**MINDMAT :** vollständige Materia medica der ichtnahen Symptome / Veronika Rampold. - Ruppichterorth : Similimum Verl. Stefanovic, 1998 -  
 Bd. 9. Secale cereale - Syzygium. - 1998. - 1179 S.  
 ISBN 3-930256-16-9  
 H/d/2/587

**Möllinger, Heribert:** Homöopathie - die große Kraft der kleinen Kugeln : ein Leitfaden für Patienten / Heribert Möllinger. - 4. Aufl. - Freiburg i. Br. : Herder, 1998. - 173 S. (Herder Spektrum ; 4366)  
 ISBN 3-451-04366-1  
 H/d/8/260

## N

**National Center for Homeopathy <Alexandria, VA>:** Membership directory & homeopathic resource guide. - 1999. - 160 S.  
 H/a/1/825

**Naturärztliches Hausbüchlein :** (Seitenstück zum »Volksarzt«) / von Alfred Pfeleiderer. - Cannstatt : Mayer, 1921. - 31 S.  
 H/d/8/573/1921

**Neudecker, Maria Anna:** Homöopathisches Kochbuch unter Anleitung eines practischen Arztes : nebst einem Vorwort von demselben / von der Verfasserin des Kochbuches: »Die bairische Köchin in Böhmen«. - Leipzig : Schmidt, 1831. - VIII, 208 S.  
 KOPIE  
 H/d/1/409

**Der neue praktische Hausarzt** : wohlerprobte Haus- und homöopathische Mittel nebst Behandlung von Frauen- und Kinderkrankheiten / hrsg. von M. Lang. - 3. neu bearb. Aufl., 50.-60. Tsd. - Stuttgart : Blüming, ca. 1918. - 225 S.  
1. Aufl. u.d.T.: Der vollständige Hausdoktor.  
H/d/8/580/3. Aufl.

O

**Ordinatio antihomotoxica et materia medica** / hrsg. von der Internationalen Gesellschaft für Biologische Medizin e.V. - 6. aktualis. Aufl. - Baden-Baden : Int. Ges. f. Biol. Med., 1998. - 573 S.  
H/d/9/661

**Ostwald, Wolfgang**: Physikalisch-chemische Grundfragen der Homöotherapie / von Wolfgang Ostwald. - Radeburg : Madaus, 1927. - 46 S. : graph. Darst.  
(Medizinisch-biologische Schriftenreihe ; 3)  
H/b/3/124

**Die Ottinger Heilkur** / Chem.-Pharmazeut. Fabrik Göppingen, Carl Müller, Apotheker, Göppingen/Württ. - Göppingen : Chem.-Pharmazeutische Fabrik Carl Müller, [o.J.]. - 60 S.  
H/d/9/609/o.J.

P

**Pfleiderer, Alfred**:  
s. Naturärztliches Hausbüchlein

**Preisliste homöopathischer Apotheken, Arzneien und Bücher** : bei Dr. F. A. Günther in Langensalza / Dr. F. A. Günther's homöopathisches Etablissement. - Langensalza : Beltz, [ca. 1900]. - 64 S. : Ill.  
H/c/1/883

R

**Rampold, Veronika**:  
s. MINDMAT, Bd. 9

**Recherche en homéopathie** / Coord. de l'ouvrage: Philippe Belon. Réd.: Benjamin Bonavida... Préface: Christian Boiron. - Sainte-Foy-lès-Lyon : Ed. Boiron, 1999. - 133 S. : Ill., graph. Darst.  
ISBN 2-85742-150-8  
H/c/1/732



- Recherches en homéopathie** / Jean Boiron ; Philippe Belon ; Elisabeth Hariveau... -  
Sainte-Foy-lès-Lyon : Fondation française pour la Recherche en Homeopathie,  
1986. - 79 S. : graph. Darst.  
ISBN 2-906343-00-5  
H/c/1/731
- Reinhart, Erich:** Suis-Organpräparate in der Homotoxikologie / Erich Reinhart. - 1. Aufl.  
Baden-Baden : Aurelia-Verl., 1994. - 52 S. : graph. Darst.  
ISBN 3-922907-32-6  
H/d/9/660
- The reliability of homeopathic remedies** / Laboratoires Boiron. [Préface de Alain Hor-  
villeur]. - Sainte-Foy-lès-Lyon : Laboratoires Boiron, 1976. - 18 S. : Ill.  
H/c/1/910
- Rezeptierbuch der Spemann'schen Kombinations-Präparate** / Erich Spemann Phar-  
mazeutische Präparate, Alzey-Rheinhessen. - [5. Aufl.]. - Alzey, [1959]. - 188 S.  
H/d/9/620
- Risquez, Fernando:** Convergences cliniques : acné, psychothérapie et homeopathie /  
Fernando Risquez. - Caracas, 1985. - 37, 2 Bl.  
Maschinenschriftl. Manuskript  
H/d/4/913
- Rosenbaum, Paulo:** A homeopatia como medicina do sujeito : raízes históricas e frontei-  
ras epistemológicas / Paulo Rosenbaum. - São Paulo, 1999. - 215 Bl.  
São Paulo, Univ., Diss., 1999  
H/b/3/579

## S

- Schindler, Herbert** [Hrsg.]:  
Vorschläge für das neue Deutsche Homöopathische Arzneibuch : Heft 3
- Schock, Karl Ludwig:** Die Heilung der Krankheiten durch homöopathische Arzneimittel  
: nach eigenen Erfahrungen / von Karl Ludwig Schock. - Stuttgart : Verl. Leben u.  
Gesundheit, 1932. - 88 S.  
H/d/8/688
- Sherr, Jeremy:** Die homöopathische Arzneimittelprüfung : Dynamik und Methode / Je-  
remy Sherr. Vorwort von Edward C. Whitmont. [Aus dem Engl. übertr. von Sabine  
Kämpfe]. - 1. Aufl. - Rösrath : Fagus-Verl. Wichern, 1998. - 146 S.  
Einheitssacht.: The dynamics and methodology of homeopathic provings <dt.>  
ISBN 3-933760-00-3  
H/c/3/533

- SIFRA Omeopatici <Florenz>**: Prontuario della produzione S.I.F.R.A. Omeopatici srl.  
[Foreword by George Vithoulkas]. - Prima ed. - Roma : SIFRA Omeopatici, 1991. -  
173 S.  
H/c/1/900
- Sinossi di farmacoepa omiopatica italiana** / edita dall'Istituto Omiopatico italiano. -  
Replica dell'originale del 1902. - Milano : Tecniche Nuove ; Torino : Stamperia  
dell'Unione Tipografico-Editrice, 1999. - 124 S.  
Nachdruck der ital. Originalausg. Turin, 1902.  
H/c/1/409
- Sommer, Sven**: Homöopathie : Heilen mit der Kraft der Natur / Sven Sommer. - 1. Aufl.  
München : Gräfe und Unzer, 1999. - 192 S. : zahlr. Ill.  
ISBN 3-7742-3032-3  
H/d/8/699
- Souvenir** : Inauguration ; 17th December, 1974 at 10 a.m. at Indian Medical Association  
Auditorium ... New Delhi / by Karan Singh. Central Council of Homoeopathy. -  
[New Delhi], 1974. - Getrennte Zählung  
H/a/2/951
- Souvenir to felicitate Dr. Diwan Harish Chand** on his being elected The President of  
the International Homoeopathic Medical League (Liga Medicorum Homoeopathica  
Internationalis)... / The Board of Homoeopathic System of Medicine. - New Delhi,  
1979. - 67 S. : Ill.  
H/a/5/598
- Spabion** : die spagyrisch-biochemische Mittelreihe in Tablettenform / Chem.-Pharmazeut.  
Fabrik Göppingen Carl Müller, Apotheker, Göppingen (Württ.). - [Göppingen],  
[o.J.]. - 32 S.  
H/d/9/523
- Srinivasan, K. S.**: Art of anamnesis and repertorisation / K. S. Srinivasan. - Korattur,  
Chennai : Centre for Excellence in Homoeopathy, [1999]. - 31 S.  
H/b/3/529
- Stolberg, Michael**: Geschichte der Homöopathie in Bayern (1800-1914) / von Michael  
Stolberg. - Heidelberg : Haug, 1999. - 135 S. : Ill.  
(Quellen und Studien zur Homöopathiegeschichte ; 5)  
ISBN 3-8304-7025-8  
H/a/2/727
- Suits, Adelaide**: Brass tacks : oral biography of a 20th century physician / by Adelaide  
Suits. - Ann Arbor : Halyburton Pr., 1985. - 138 S. : Ill.  
Autobiographie des Homöopathen John Renner  
H/a/2/681

## T

**Taschen-Rezeptierbuch für Ärzte und Praktiker auf Grundlage der Homöopathie :**  
Homoia unter Einschluß physikalischer und diätetischer Maßnahmen / Homoia-  
Gesellschaft. - [Karlsruhe], [1933]. - 148 S.  
H/d/3/129

## U

**Urbanetti, Giovanni:** La dose omiopatica / Giovanni Urbanetti. - Venezia : Tip. della  
Società di M. S. Fra Comp.-Impr. Tipografi, 1880. - 55 S.  
H/b/3/419

## V

**Vannier, Léon:** La typologie et ses applications thérapeutiques / Léon Vannier. - Paris :  
Doin  
Bd. 2. Les tempéraments : prototypes et métatypes. - 2e éd. - 1976. - 535 S. : zahlr.  
Ill.  
ISBN 2-7040-0093-X  
H/b/2/725/1976

**Voegeli, Adolf:** Die korrekte homöopathische Behandlung in der täglichen Praxis : mit  
Repertorium / Adolf Voegeli. Aus d. Französ. übertr. von H. Friz. - Ulm : Haug,  
1958. - 100 S.  
Einheitssacht.: Précis d'homoeopathie d'urgence <dt.>  
H/d/3/161

**Der vollständige Hausdokter :** bewährte Haus- und homöopathische Mittel gegen die  
meist vorkommenden Krankheiten der Menschen / hrsg. von M. Lang. - [1. Aufl.]. -  
Stuttgart : Blüming, [ca. 1910]. - 96 S.  
3. Aufl. u.d.T.: Der neue praktische Hausarzt  
H/d/8/580/1. Aufl.

**Vorschläge für das neue Deutsche Homöopathische Arzneibuch:** aus dem Arbeits-  
kreis für die Revision des HAB / im Auftrag des Vorstandes hrsg. von Herbert  
Schindler. - [Stuttgart] : Selbstverl.  
Heft 3. - Selbstverl. der Württ. Apothekerschaft, 1957. - S. 105-148  
H/c/1/436/H. 3

**Vonarburg, Bruno:** Homöotanik : farbiger Arzneipflanzenführer der klassischen Homö-  
opathie / Bruno Vonarburg. - Heidelberg : Haug  
(Haug Homöopathie)  
Bd. 2. Blütenreicher Sommer. - 1999. - 602 S. : zahlr. Ill.  
ISBN 3-8304-7006-1  
H/c/1/230

W

**Was ist Biochemie** / [Deutsche Homöopathie-Union]. - Karlsruhe : Dt. Homöopathie-Union, [o.J.]. - 23 S.  
H/d/9/388

**Will, H.:** Der kleine Hausdoktor : das Allernötigste zur Selbstbehandlung von Mensch und Tier mit Homöopathie nebst naturgemässen Anwendungen und Diät / von H. Will. - 12.-17.Tsd. - Berlin : Selbstverl., [1927]. - 152 S.  
H/d/8/587

**Winston, Julian:** The faces of homoeopathy : an illustrated history of the first 200 years / by Julian Winston. - Tawa, New Zealand : Great Auk Publ., 1999. - XX, 632 S. : zahlr. Ill.  
ISBN 0-473-05607-0  
H/a/2/296

Y

**Yasgur, Jay:** Yasgur's homeopathic dictionary and holistic health reference / Jay Yasgur. - 4th ed. - Greenville, PA : Van Hoy Publ., 1998. - XIV, 422 S.  
2. Aufl. u.d.T.: A dictionary of homeopathic medical terminology  
ISBN 1-886149-04-6  
H/a/1/169/1998

Z

**Zimmermann, Sabine:** Homöopathie bei akuten Erkrankungen. Begleittext zur Taschenapotheke von Sabine Zimmermann. - Dornhan : Fischbach Verl., 1999. - 208 S.  
ISBN 3-932904-02-8  
H/d/8/825

**Zimpel, Charles Friedrich:** Dr. Zimpel's vegetabilische Elektrizität für Heilzwecke, und dessen sieben innerlichen, spagyrischen, meist vegetabilischen und homöopathischen Heilmittel : nebst einem dergleichen Mittel zur Heilung fast aller Thierkrankheiten / von Chas. F. Zimpel. - 3. vollst. umgearb. Aufl. - Leipzig : Schwabe, 1870. - 61 S.  
1. Aufl. u.d.T.: Die vegetabilische Elektrizität zu Heilzwecken und die homöopathisch-vegetabilischen Heilmittel des Grafen Cesare Mattei.  
Angebunden an: H/d/9/510



## Zeitschriften

*bearb. von Uta Meyer*

## A

**Allgemeine homöopathische Zeitung** : für wissenschaftliche und praktische Homöopathie / Hauptschriftleitung: Karl-Heinz Gebhardt - Heidelberg : Haug

ISSN 0175-7881

244.1999

H/Z/a/20

**American Institute of Homeopathy <Washington, DC>**: Journal of the American Institute of Homeopathy. – Denver, CO

91.1998/99

H/Z/j/70

**Archiv für Homöopathik** / Schriftleitung: Michael Terlinden. Red.: Stefan Reis ... – Oberhausen : Dynamis-Verl.

6.1997

Damit Erscheinen eingestellt

H/Z/a/71

## B

**British homoeopathic journal** : with Simile / ed.: Peter Fisher. Faculty of Homoeopathy.

London : Faculty of Homoeopathy

88.1999

H/Z/b/40

## C

**Current health literature awareness services** : homoeopathy, allied sciences ; CHLAS / Central Council for Research in Homoeopathy / Library Section. – New Delhi

11/12.1998/99

H/Z/q/25

## D

**Documenta homoeopathica** / hrsg. von Ludwig-Boltzmann-Institut für Homöopathie, Österreich. Ges. für Homöopath. Medizin. Red. Franz Swoboda. - Wien [u.a.] :

Maudrich

19.1999

H/Z/d/40



E

**Europäisches Journal für klassische Homöopathie.** – Seehausen : Homöopathie Seminare und Vertrieb  
2.1996/97, nur Heft 7/8 erschienen  
Damit Erscheinen eingestellt  
H/Z/e/90

H

**Heal thyself** : a popular journal of medical, dietetic, social, and sanitary science. – London : The Homoeopathic Publ. Company  
68.1933  
69.1934  
70.1935  
71.1936  
72.1937  
73.1938  
74.1939  
75.1940  
H/Z/h/16

**L'Homéopathie Européenne** : revue médicale d'expression française. – Paris : Groupe Méditations  
8.1999  
H/Z/h/36

**Homeopathy today** : a monthly publication for the National Center for Homeopathy. - Alexandria, VA : National Center for Homeopathy  
19.1999  
H/Z/h/76

**HomInt**: R&D Newsletter. – Karlsruhe : HomInt-Gruppe  
1996  
1997  
1998  
H/Z/r/2

**The homoeopath** : the journal of the Society of Homoeopaths / ed. Robin Logan. - Northampton : Society of Homoeopaths  
1999, no. 72-75  
H/Z/h/21

**Homoeopathic heritage** / ed. S. P. Dey. – New Delhi : Jain  
23.1998  
24.1999  
H/Z/h/32

**Homoeopathic links** : international journal for classical homoeopathy. - Bern : Homoeopathic Links  
12.1999  
H/Z/h/30

**Homoeopathic up-date** : monthly publication of B. Jain Group. – New Delhi : Jain  
6.1998  
H/Z/h/38

**Homöopathie aktuell** : naturgesetzlich heilen / Hrsg.: Dt. Gesellschaft zur Förderung naturgesetzlichen Heilens e.V. – Bielefeld : Bielefelder Verl.-Anst.  
13.1998  
14.1999  
H/Z/h/48

**Homöopathie in Österreich** : Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Homöopathische Medizin / Red.: Friedrich Dellmour. - Wien : Österr. Ges. für Hom. Med.  
10.1999  
H/Z/h/54

**Homöopathie-Zeitschrift** / Hrsg. Homöopathie-Forum e.V. - Gauting : Hom.- Forum  
1999  
H/Z/h/60

**Homöopathische Einblicke.** - Berlin : Verl. Medizinisches Forum  
1999, H. 37-40  
H/Z/h/65

**Homoeopathy** : the journal of the British Homoeopathic Association. - London : British Homoeopathic Association  
N.S. 49.1999  
H/Z/h/77

## I

**India / Central Council for Research in Homoeopathy:** Quarterly bulletin / Central Council for Research in Homoeopathy. – New Delhi  
20.1998  
H/Z/q/25



**International Homeopathic Medical Organization:** Journal of the OMHI / Organisation Médicale Homéopathique Internationale = International Homeopathic Medical Organization. - Paris  
2.1989, 3  
3.1990, 1, 2, 3  
5.1992, 1  
6.1993, 1, 2  
11.1997, 1  
Ab 9.1999, 0 u.d.T.: International Homeopathic Medical Organization: La lettre de l'OMHI

**International Homoeopathic Congress <8, 1911, London>:** Transactions of the eighth Quinquennial Homoeopathic International Congress : (in two volumes) ; held at London, England, July 17 to 22, 1911 / Ed.: E. Petrie Hoyle. – Bishopsgate, E. C. [u.a.] : Headley, 1911  
Umschlagt.: Transactions of the eighth Quinquennial Homoeopathic International Congress  
2. 1911. – S. 354 - 852  
H/Z/t/75

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <9, 1934, Arnhem>:** Referaten : Internationaal Homoeopathisch Congres, Arnhem 1934 / [Liga Homoeopathica Internationalis]. – Leipzig : Schwabe, [1934]. – 71 S.  
Texte in deutsch und französisch  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <9, 1934, Arnhem>:** Referaten etc. (Supplement) : Internationaal Homoeopathisch Congres, Arnhem 1934 / in samenwerking met de Liga Internationalis Homoeopathica. – Leipzig : Schwabe, [1934]. – 214 S. : III.  
Texte in engl., deutsch und französisch  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <29, 1974, Washington>:** Transcripts and acta of the XXIXth International Congress for Homeopathic Medicine : Washington, D.C. and San Francisco, May 31 – June 10, 1974 / Ed. Alain Naudé. [Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis]. – New Delhi, [1974]. – VII, 164, [13 ungez.], S.  
Texte in engl., franz., span., dt., ital.  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <31, 1976, Athen>:** Comptes rendus : XXXI Congrès International de la Médecine Homoeopathique, Athens 17.5. – 22.5.1976 = Proceedings / [Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis]. – [Athen], [1976]. – 496 S. : graph. Darst.  
Texte in engl., deutsch und französisch  
H/Z/i/55



**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <32, 1977, New Delhi>:**

Transactions of the XXXII International Homoeopathic Medical Congress of the International Homoeopathic Medical League : Vigyan Bhawan. New Delhi, India, October 5<sup>th</sup> – 11<sup>th</sup>, 1977 / publ. by Chairman, Scientific Committee of the XXXII International Homoeopathic Medical Congress. – Calcutta : Kedaeswar Press, [1977]. – 370 S. : Ill., graph. Darst.  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <32, 1977, New Delhi>:**

Supplement to the Transactions of the XXXII International Homoeopathic Medical Congress of the International Homoeopathic Medical League : Vigyan Bhawan, New Delhi, India, October 5<sup>th</sup> – 11<sup>th</sup>, 1977. – [Calcutta] : [Kedaeswar Press], [1977]. – 82 S.  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <34, 1979, Hamburg>:**

Proceedings 1979 : Hamburg 21. – 25.5.1979 = XXXIV International Congress for Homoeopathic Medicine / Veranstalter: Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis / Sektion Bundesrepublik Deutschland ; Deutscher Zentralverein Homöopathischer Ärzte. [Schriftleitung: H. Deichmann]. – [Hamburg], 1979. – Getr. Zählung  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <34, 1979, Hamburg>:**

Souvenir : on the Occasion of XXXIV International Homoeopathic Medical Congress (Hamburg, May 1979, W. Germany) / published by Sarvodaya Sewa Samiti, Gwalior. Chief ed.: Jagdish Salil. – Gwalior : Sarvodaya Sewa Samiti, [1979]. – Getr. Zählung  
Texte in engl. und Hindi  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <35, 1980, Acapulco>:**

Comunicaciones = Proceedings / Congreso Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, 18-22 de Agosto de 1980. – [O.O.], [1980]. – [ca. 400] S.  
Texte in englisch, spanisch, französ., deutsch u. ital.  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <38, 1983, Wien>:**

Proceedings 1983 : International Congress of Homoeopathic Medicine, Wien, 6.-10. März 1983, Hotel Hilton / Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis. [Schriftleitung: Mathias Dorcsi]. – Waghäusel, 1983. – Getr. Zählung  
Texte in deutsch, spanisch, französisch, englisch  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <40, 1985, Lyon>:**

Volume des rapports : Lyon-France, 26 – 30 Mai 1985 ; 40e Congrès de la Ligue Medicale Homéopathique Internationale = Proceeding / [Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis. Près. du Comité d'Org. Alain Horvilleur]. – Villeurbanne, [1985]. – 463 S.  
Texte in dt., engl., franz., span.  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <41, 1986, Rio de Janeiro>:**  
Proceedings of the XLI Congress of the International Homeopathic Medical League  
: Rio de Janeiro, 8-12 Setembro 1986 = Anais do XLI Congresso da Liga Médica  
Homeopática Internacional / XLI Congresso da Liga Médica Homeopática Inter-  
nacional. – 1983. – 400 S.  
Texte in portug., französ., deutsch, engl., spanisch  
H/Z/i/55

**Internationaler Kongress für Homöopathische Medizin <51, 1996, Capri>:** Procee-  
dings : 51<sup>st</sup> L.M.H.I. International Congress, Capri (Italy) 2<sup>nd</sup> – 6<sup>th</sup> October 1996 ;  
Bicentenary of Homoeopathy (1796 – 1996) / Liga Medicorum Homoeopathica In-  
ternationalis / Vice-Presidency for Italy. – [O.O.], [1996]. – 337 S.  
Texte in engl. und französ.  
H/Z/i/55

## J

**[Le journal de l'homéopathie / Hors-série]** Le journal de l'homéopathie : lettre mensu-  
elle d'informations médicales. Hors-série. – Sainte-Foy-lès-Lyon : Boiron  
(Le journal de l'homéopathie : Supplément)  
1998, no. 11, 12  
H/Z/h/54

## K

**Köthener Homöopathietage <2, 1997>:** 2. Köthener Homöopathietage ; Ratke-Institut  
Köthen 4.7. bis 6.7.1997 / [Red.: Christa Schwier. Hrsg.: Hahnemann-Lutze-Verein,  
Köthen, Anhalt]. – [Köthen], [1997]. – 199 S. : Ill., graph. Darst.  
H/Z/k/70

## L

**Liga letter:** the official newsletter of the LIGA Medicorum Homoeopathica Internationalis  
[=International Homoeopathic League]. – Paris  
Früher--->Homoeopathica  
Früher--->Journal of L.M.H.I.  
2.1996  
3.1997  
4.1998  
5.1999  
H/Z/j/84

## N

**National journal of homoeopathy.** – Bombay : Advani  
7.1998  
H/Z/n/8

## P

**Patientenforum Homöopathie.** – Hardeggen : Bundesverband Patienten für Homöopathie  
1999  
H/Z/h/72

## Q

**Quarterly homoeopathic digest** / comp., transl., publ. by K. S. Srinivasan. – Korattur, Chennai (India)  
15.1998  
H/Z/q/40

## R

**Resonance:** the magazine of the International Foundation for Homeopathy. – Edmonds, WA  
19.1997, 1, 2  
20.1998, 1, 2, 3, 5  
Mehr nicht erschienen  
H/Z/r/4

**Revue belge d'homoeopathie.** – Bruxelles : Association Homoeopathique Belge  
51.1999  
H/Z/r/10

## S

**Simile** : news, views and case reports from the Faculty of Homoeopathy / Faculty of Homoeopathy. - London : Faculty of Homoeopathy  
Nach 8.1998 Erscheinen eingestellt  
Früher in: H/Z/b/40

**Similia** : homöopathische Zeitschrift. - Baar : Homöosana-Verl.  
1999, H. 28-31  
H/Z/s/28

**Das Similimum** : das Mitteilungsblatt des Dietrich-Berndt-Institutes zur Förderung der Homöopathie / Red.: Joachim Radke. – Göttingen : Dietrich-Berndt-Institut  
H. 1-6 u.d.T.: Das Similimum  
1998, H. 13  
H/Z/s/29



**Substrat** : Materialdienst für das Essener Forum für Homöopathie. – Essen : Karl und  
Veronica Carstens-Stiftung  
1998  
H/Z/s/93

**Z**

**Zeitschrift für klassische Homöopathie** : Grundlagen, Materia medica, Praxis / Schrift-  
leitung: Thomas Genneper ... - Heidelberg : Haug  
43.1999  
H/Z/z/60





## IV. Homöopathiegeschichte: Laufende Forschungen und Veranstaltungen

### 1. Laufende Forschungen

**Martin Dinges, PD Dr.**

Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung  
Straußweg 17  
D – 70184 Stuttgart  
Email: [martin.dinges@igm-bosch.de](mailto:martin.dinges@igm-bosch.de)

*1. Konstruktion von Krankenrollen in den Patientenbriefen an Samuel Hahnemann*

Projektbeginn: ab Februar 2000

Aufsätze

Das IGM hat vor kurzem die 5549 Patientenbriefe an Samuel Hahnemann aus den Jahren 1831-1835 erschlossen. Nicht nur der Umfang macht diesen Bestand zu einer außergewöhnlichen Überlieferung zur Gesundheitsgeschichte in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.

Patientenbriefe finden in den letzten Jahren als medizingeschichtliche Quelle steigende Aufmerksamkeit. In diesem Projekt zum derzeitigen Forschungsschwerpunkt des IGM, der Patientengeschichte, sollen einerseits die medizingeschichtlichen Aspekte des Materials wie die Rollen von Arzt und Patient im Umgang mit Körper, Gesundheit und Krankheit und das medikale Verhalten mitsamt den hierbei wirksamen Diskursen untersucht werden. Andererseits werden die Anregungen der Alltags- und Geschlechtergeschichte aufgegriffen und damit ein weitergehender Quellenwert dieser Korrespondenzen herausgearbeitet wie momentan mit einer Untersuchung zur Konstruktion von männlichen Geschlechtsrollen.

*2. Patients in the History of Homeopathy*

Erscheint voraussichtlich in Sheffield 2001

Sammelband, Herausgabe

Autoren aus mehreren Ländern dies- und jenseits des Atlantiks analysieren verschiedene Aspekte der Geschichte der Patienten und der Arzt-Patient-Beziehung in der Homöopathie von den Anfängen bei Samuel Hahnemann bis in die Gegenwart. Die systematische und vergleichende Erforschung der Rolle der homöopathischen Patienten in verschiedenen Medikalkulturen leistet einen heuristischen Beitrag zu diesem innovativen und bisher zu wenig erforschten Gebiet der Medizingeschichte.



**Robert Jütte, Prof. Dr.**

Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung  
 Straußweg 17  
 D – 70184 Stuttgart  
 Email: [robert.juette@igm-bosch.de](mailto:robert.juette@igm-bosch.de)

*1. Arzt-Patient-Beziehungen im Spiegel der Krankenjournalen Samuel Hahnemanns (1755-1843)*

Wie typisch sind Patientenklagen für die Hahnemannsche Praxis? Wie steht es mit den vielen zufriedenen Patienten, die ihm über viele Jahre Vertrauen entgegenbrachten? Und was kennzeichnet die besondere Arzt-Patient-Beziehung in der homöopathischen Praxis zur Zeit Hahnemanns? Diese und ähnliche Fragen sollen aufgrund einer eingehenderen Untersuchung der im Homöopathie-Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung vorhandenen Quellen (vor allem die Krankenjournalen, aber auch Patientenbriefe sowie Zeugnisse von Hahnemanns Schülern und Kollegen) beantwortet werden. Besonderes Augenmerk gilt Faktoren wie Arztbild, Patientenpflichten, Compliance und Honorierung der ärztlichen Leistung.

*2. Bibliographischer Nachtrag zu R. Tischner, »Das Werden der Homöopathie« (1950)*

Für die geplante Neuauflage vom »kleinen« Tischner, die 2000 im Sonntag-Verlag Stuttgart erscheinen soll, wird ein Überblick über die homöopathiegeschichtliche Forschung der letzten 50 Jahre erarbeitet, der auch einen ausführlichen bibliographischen Nachtrag enthält.

**Andrea Sahler**

Vorgebirgsweg 29  
 D – 50226 Königsdorf  
 Email: [asahler@Smail.Uni-Koeln.de](mailto:asahler@Smail.Uni-Koeln.de)

*Eine Betrachtung der historischen Entwicklung von homöopathischen Komplexmitteln, ihren Begründern sowie ihrer gegenwärtigen Bedeutung*

## Dissertation

Diese Arbeit stellt eine geschichtliche Übersichtsstudie der homöopathischen Komplexmittel dar. Die ersten homöopathischen Gemische, mit denen schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts therapiert wurde, stehen am Anfang dieser Historie. Dabei wird auf das Thema Doppelmittel sowie auf die zeitgenössischen Ansichten über das Wechseln und Mischen homöopathischer Arzneimittel eingegangen. Die bedeutenden Rollen medizinhistorischer Persönlichkeiten wie zum Beispiel Arthur Lutze und Pastor Felke werden auf dem Weg zur Komplexhomöopathie ebenso genauer beleuchtet. Auch andere Ansätze und Theorien, in denen die Ursprünge homöopathischer Komplexmittel zu finden sind, werden nicht außer acht gelassen. Weiterhin werden die Geschichten einiger naturheilkundlich orientierter Pharmaunternehmen in diesem Zusammenhang beschrieben und nicht zuletzt die aktuelle Situation der Komplexmittel analysiert.



## V. Sozialgeschichte der Medizin: Laufende Forschungen und Veranstaltungen

### David W. Alford

Eddelbüttelstr. 38  
D – 21073 Hamburg  
Tel. +49-40-76 75 04 78  
Email: davealford\_2000@yahoo.com

*Die Behandlung und Resozialisierung von Alkoholikern in Hessen 1900-1945*

Laufzeit: September 1996 – ca. Mai 2000

Dissertation (Geschichte), betreut von Dr. Nicholas Stargardt (im Moment: Magdelene College, Oxford), Royal Holloway and Bedford New College, University of London

Die Arbeit erforscht die medizinische, therapeutische und soziale Behandlung von Alkoholikern in einem räumlich und zeitlich abgegrenzten Gebiet, indem sie sich auf Hessen in den Jahren 1900 bis 1945 konzentriert. Die Untersuchung basiert auf ca. 250 Krankenakten aus verschiedenen Anstalten (z.B. Haina, Hadamar, Marburg), die in Kassel beim Landeswohlfahrtsverband Hessen archiviert werden. Die Fragestellung lautet, ob Alkoholiker von der Gesellschaft als willenlose Opfer angesehen wurden oder ob man ihnen Schuld anlastete. Dabei möchte ich langfristige Ähnlichkeiten in der Wohlfahrtsentwicklung zwischen dem Kaiserreich, der Weimar Republik und Nazideutschland untersuchen.

### Gilda Henkel

Friedrich-Ebert-Str. 9 a  
D – 35039 Marburg

*Die Geschichte der Rehabilitation von Menschen mit körperlichen Behinderungen in Hessen von ca. 1890 bis zum Zweiten Weltkrieg*

1997/98 – ca. 2002

Dissertation, betreut von Prof. Dr. Krüger, Neuere und Neueste Geschichte an der Philipps-Universität Marburg

Bei der Wahl meines Dissertationsthemas ging es darum, den Wandel in Politik und Gesellschaft aus historischer Sicht aufzuzeigen, der für den Entwicklungsprozeß der Rehabilitation und seiner Verwirklichung nötig war, und zwar unter angemessener Berücksichtigung des sich ändernden Staats- und Sozialbewußtseins und der Fortschritte in der Medizin. Basis und Ausgangspunkt ist dafür eine geschichtswissenschaftliche Analyse der institutionellen (im weiten Verständnis des Begriffs) Voraussetzungen und Entwicklungen, der Rechtslage, der zuständigen Verwaltungen und der politisch-gesellschaftlichen Auseinandersetzungen um die gesetzliche und administrative Verankerung und Zweckbestimmung von Einrichtungen, die im weitesten Sinne der Rehabilitation (die Begriffsgeschichte wäre dabei zu leisten) dienen. Dem schließt sich die Frage an, wie weit die gesetzlichen Vorgaben der Realität entsprachen bzw. welchen Stellenwert Rehabilitation in der Gesellschaft hatte. Hierbei sollen auch Parallelen zur Gegenwart gezogen werden. Auf dieser Grundlage ist eine exemplarische Untersuchung regionalgeschichtlicher Art für Hessen an Hand aus-

gewählter Einrichtungen in ihrem politischen, gesellschaftlichen und administrativen Umfeld vorgesehen.

Der erste Schritt war und ist hier, die Erfassung und Auswertung der vorhandenen Literatur, insbesondere von Quellen, so z. B. die Erfassung der Archivbände des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, die mir dank des Entgegenkommens von Frau Dr. Vanja zur Bearbeitung überlassen wurden. Anhand der Quellen läßt sich u.a. nachweisen, wie eng soziale Mißstände und gesetzliche Notwendigkeiten miteinander verknüpft sind, d.h. sich gegenseitig bedingen – z. B. der Erste Weltkrieg und das Schwerbeschädigtengesetz von 1920 und daran angelehnt das Krüppelfürsorgegesetz ebenfalls von 1920 usw.

Nach der Untersuchung politischer, gesetzlicher, medizinischer und gesellschaftlicher Zusammenhänge möchte ich mich auf bestimmte Einrichtungen für sogenannte »Krüppel« in Hessen konzentrieren, die zumeist in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entstanden und heute noch repräsentativ sind wie z.B. das Friedrichsheim in Frankfurt / Main oder die Heilstätte Lindenberg in Kassel.

### **Louise Gray**

The Wellcome Institute for the History of Medicine  
183 Euston Road  
U.K. – London – NW1 2BE  
Email: l.gray@wellcome.ac.uk

*Survival Strategies among the Sick Poor. Family, Care and Institutions in Early Modern Rural Hessen 1533-1750*

Dissertation (PhD), betreut von Prof. Vivian Nutton und Prof. Roy Porter

Von Aufnahmeprotokollen der Landeshospitäler Haina und Merxhausen sowie anderer relevanter Quellen dieser Landeshospitäler ausgehend möchte ich die medizinische Betreuung und allgemeine Fürsorge in einem »Reformations«-Hospital, in der Familie und in der Gesellschaft untersuchen. Ich konzentriere mich dabei hauptsächlich auf »Experience and Management« mit Leibeskrankheiten in der Frühen Neuzeit.

### **Christine Loytved, M. A.**

Universität Osnabrück  
FB 8, Gesundheitswissenschaften  
Postfach  
D – 49069 Osnabrück  
Email: Christine.Loytved@rz.uni-osnabrueck.de

*Hebammen und ihre Lehrer. Hebammenausbildung durch männliche Geburtshelfer in der Zeit von 1730 bis 1850 anhand der Lübecker Archivalien*

Voraussichtlicher Abgabetermin: Herbst 2000

Dissertationsvorhaben (zum Dr. rer. medic.) bei Prof. Dr. med. Beate Schücking, Universität Osnabrück, FB 8 Psychologie und Gesundheitswissenschaften

In den allgemeinen Werken zur Geschichte der Geburtshilfe oder des Hebammenwesens werden die Anfänge einer geregelten Hebammenausbildung mit der Gründung von Entbindungslehranstalten gleichgesetzt. Diese Sichtweise soll in der Arbeit aufgebrochen werden. Überall in der Sekundärliteratur verstreut finden sich Hinweise darauf, daß es vor Gründung einer Entbindungslehranstalt an den betreffenden Orten immer auch schon

Personen aus dem Bereich der Wundarzneikunst oder der Medizin gab, welche Hebammen in der Theorie unterrichteten, während der praktische Unterricht durch eine Hebamme am Gebärstuhl erteilt wurde. Diese Institutionen, oftmals schon Hebammenschule oder Hebammeninstitut genannt, hatten einen geregelten Ausbildungsgang, waren aber grundverschieden von den Kursen in einer Entbindungslehranstalt wie dem Accouchierhaus in Göttingen. Auch Gegenden wie Lübeck, die weiter keine Entbindungslehranstalt einrichteten, hatten Hebammenlehrer oder auch Hebammenlehrerinnen. Daher ist der Anfang der Hebammenaus- und -weiterbildung durch Mediziner außerhalb der etablierten Hebammenschulen zu suchen, wie dies jüngst Labouvie (1999) für den ländlichen Bereich von Lothringen publiziert hat.

Am Beispiel der in sich abgeschlossenen und überschaubaren freien Reichs- und Hansestadt Lübeck soll der Frage nachgegangen werden, wie Veränderungen im Ausbildungssystem der Lübecker Hebammen verhandelt wurden. Welche Gruppen bildeten sich um das Pro und Kontra, und welche konkreten Personen mit all ihren Erfahrungen, ihrer Vorbildung, ihrer sozialen Herkunft und ihren Zukunftswünschen standen sich je nach Veränderungsgrad des Ausbildungssystems in der Hebamme und in dem Hebammenlehrer gegenüber, während der Ausbildung, aber auch in der Weiterbildungs- und konkreten Geburtssituation? Wie kam es zu dem Wandel, daß die Entscheidungsmacht über die Inhalte der Ausbildung nicht mehr den Hebammen zustand?

Ausgehend von der individuellen Ebene wird nach den Beweggründen gefragt, die Entscheidungen zu offiziell gültigen Vorschriften machten. Auf diesem Hintergrund werden die Momente in der Geschichte der Hebammenausbildung herausgefiltert, die einen nicht umkehrbaren Wandel im Hebammenwesen hervorriefen. So wird es auf einer allgemeineren Ebene möglich sein, die Relevanz der herausgearbeiteten Umkehrpunkte an anderen regionalen Beispielen zu überprüfen.

Als Quelle dienen in erster Linie Archivalien aus dem Archiv der Hansestadt Lübeck. Auch wenn die Akten fast ausnahmslos normativ geprägt sind, da es sich um Akten des Wettegerichts (Gewerbeamtes) handelt, lassen sich hinter den verwendeten Floskeln, hinter den speziell für die Wetteherren aufbereiteten Argumenten und hinter den dargestellten Ausnahmefällen das Alltägliche im Verhältnis zwischen Hebamme und Hebammenlehrer finden. Die in den Archivalien geschilderten Geburtsberichte bilden den Fundus für Schlußfolgerungen über die Änderungen in der Hebammenausbildung. Diese Informationen können durch Angaben aus weniger normativen Quellen wie Leichenpredigten, Familienarchiven, Haushaltsbüchern, Hebammenlehrbüchern und Testamenten bereichert werden.

Als Betrachtungszeitraum wird eine Spanne von etwa 120 Jahren gewählt. Die Vorverhandlungen zur Einrichtung eines Hebammenlehreramtes in Lübeck begannen 1726. Das Jahr 1850 wird – wie in vielen historischen Arbeiten – als Grenze gesetzt, da sich ab diesem Zeitpunkt weitere einschneidende Reglementierungen des Hebammenwesens vollzogen und einspielten. Die Arbeit knüpft an Halves (1996) an, die das Hebammenwesen in Lübeck um 1900 untersucht hat.

### **Karen Nolte**

Rosdorfer Weg 25  
D – 37073 Göttingen  
Email: knolte@gwdg.de

*Aneignungsprozesse und Erfahrungen von Hysterie während des »nervösen Zeitalters« im Verhältnis von Arzt und Patientin (1876-1918) – Ein alltagsgeschichtlicher Beitrag zur feministischen Hysteriegeschichte (Arbeitstitel)*

Oktober 1999 bis ca. Oktober 2001

Dissertation (Mittlere und Neuere Geschichte), betreut von Prof. Dr. Heide Wunder und Prof. Dr. Jens Flemming, Universität Gesamthochschule Kassel, Fachbereich 5: Gesellschaftswissenschaften, fachliche Betreuung auch durch Frau Dr. Christina Vanja, Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Kassel.

Im Zentrum des Projektes soll das interaktive Verhältnis der »sozialen Akteure« Arzt und Patientin stehen. Sowohl in der feministischen Hysterieforschung als auch in der Psychiatriegeschichtsforschung ist das historische Subjekt angesichts des diskursanalytischen Ansatzes in den Hintergrund getreten. Im Gegensatz dazu wird in dieser Studie der subjektiven Erfahrung der Patientinnen und der des Arztes ein besonderer Stellenwert gegeben werden. Die zeitgenössischen Konzepte von Geschlecht und Krankheit sollen als Faktoren angesehen werden, die subjektives Handeln zwar beeinflussen, nicht aber determinieren.

Der umfangreiche Bestand an Krankenakten der 1876 gegründeten Heil- und Pflgeanstalt Marburg, der im Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Kassel lagert, ermöglicht die in der Studie angestrebte Annäherung an die Erfahrungsgeschichte der Hysterie aus der Perspektive der Patientinnen einerseits und der des Arztes, des Pflegepersonals sowie des sozialen Umfeldes andererseits.

**Iris Ritzmann, Dr.**

Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung  
Straußweg 17  
D – 70184 Stuttgart

*Kranke Kinder im 18. Jahrhundert (Arbeitstitel)*

1998 – ca. September 2002

Habilitation in Medizingeschichte

Was geschah, wenn im 18. Jahrhundert ein Kind aus einfachen Verhältnissen erkrankte? Dieser Frage möchte ich mit einem multidisziplinären Ansatz und der Auswertung möglichst unterschiedlicher Quellentypen nachgehen.

Kinder kommen in Quellen kaum je selbst zu Wort. Sie werden von Erwachsenen beschrieben, ob nun im Rückblick auf die eigene Vergangenheit, in Schriftstücken von Bezugspersonen oder in Texten Außenstehender. Kann über diesen indirekten Zugang, wie es bisher in der Kindheitsforschung praktiziert wurde, überhaupt eine möglichst authentische Vergangenheitsrekonstruktion stattfinden? Ich würde die Frage unter dem Vorbehalt einer kritischen und selbstkritischen Anwendung des Quellenmaterials bejahen.

Voraussichtlich werden folgende Themen zur Sprache kommen:

Selbst- und Fremdwahrnehmung leidender Kinder; ihre Betreuungssituation zu Hause und in Institutionen; Krankheitskonzepte, ätiologische Modelle und reale Möglichkeiten der Behandlung; die emotionale Beziehung zwischen kranken Kindern und ihren erwachsenen Bezugspersonen; der gesellschaftliche Stellenwert des kranken Kindes und das Interesse an der Wiederherstellung seiner Gesundheit; die Instrumentalisierung der Krankheitsverhütung bei Kindern von wirtschaftlicher, ärztlicher und obrigkeitlicher Seite; der Ein-

fluß philosophischer, politischer und pädagogischer Ideen der Aufklärung auf den alltäglichen Umgang mit kranken Kindern.





**Christine Schreiber**

Fakultät für Geschichtswissenschaft und Philosophie  
der Universität Bielefeld  
Universitätsstraße  
D – 33501 Bielefeld  
Email: cschreib@geschichte.uni-bielefeld.de

*Die Geschichte der In-Vitro-Fertilisation*

1998-2001

Dissertation (Geschichte), betreut von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wehler, Bielefeld

1978 gelang den britischen Forschern Robert Edwards und Patrick Steptoe zum ersten Mal die In-Vitro-Fertilisation (IVF) beim Menschen, was die spektakuläre Geburt von Louise Brown zur Folge hatte. Seitdem wird dieses Verfahren weltweit angewendet und kommerziell genutzt.

Eine systematische Untersuchung über die Geschichte der IVF existiert bisher nicht. Die wenigen historischen Skizzen leiden zumeist darunter, daß sie die Entwicklung dieser Technologie als eine Abfolge von »Entdeckungen« und »Entdeckern« präsentieren und das komplexe Geflecht von inner- und außerwissenschaftlichen Entwicklungen nicht weiter untersuchen, geschweige denn unter Zuhilfenahme geeigneter Theorien und Methoden der Wissenschaftsgeschichte.

Diese Arbeiten haben den Nachteil, daß sie die auffällige Lücke zwischen den ersten Embryologen Samuel Leopold Schenk um 1878 und der Wiederaufnahme und Forcierung dieses Forschungszweiges in den 1930er Jahren in den USA nicht anders erklären können, als daß bestimmte Erkenntnisvoraussetzungen durch wiederum andere, an Personen gebundene Entdeckungen (z. B. in der Hormonforschung) geschaffen werden mußten. Dadurch wird die Kontinuität wissenschaftlicher Arbeit im Sinn einer einlinigen Fortschrittsvorstellung überbetont, soziale Entwicklungen (auch innerhalb der Wissenschaft bzw. zwischen verschiedenen Disziplinen) bleiben unterbelichtet.

In der angestrebten Arbeit wird aus der Sozial- und Wissenschaftsgeschichte des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts rekonstruiert, welche gesellschaftlichen, kulturellen und wissenschaftlichen Faktoren einen solch weitreichenden Eingriff in die Reproduktion, wie sie die IVF darstellt, denkbar werden ließen. Zugleich geht es darum, wie die Entwicklung dieser Technik ihrerseits dazu beitrug, eine kulturelle Codierung von Körper und von Leben zu stabilisieren, die noch heute die Grundlage der Biotechnologie ist.