



Open Access Repository

www.ssoar.info

Wege zu einer "Patientengeschichte" des Sterbens im 19. Jahrhundert

Nolte, Karen

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Nolte, K. (2006). Wege zu einer "Patientengeschichte" des Sterbens im 19. Jahrhundert. *BIOS - Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen*, 19(1), 36-50. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-456766>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Wege zu einer „Patientengeschichte“ des Sterbens im 19. Jahrhundert

Karen Nolte

Einführung: Quellen und Wege

In diesem Beitrag geht es um die soziale Praxis des Sterbens im Kontext medizinischen Handelns der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.¹ Das Sterben aus patientengeschichtlicher Perspektive zu „rekonstruieren“² wirft eine Reihe von methodischen Problemen auf, die eingangs skizziert werden. Ziel des Beitrages ist es, Wege zu einer patientenzentrierten Geschichte³ des Sterbens aufzuzeigen, indem die analytische Reichweite der Quellen problematisiert wird, und zugleich erste Ergebnisse dieser „Rekonstruktionen“ präsentiert werden.

Es gibt wenig überlieferte Selbstzeugnisse von Schwerkranken, die den Prozess des Sterbens schildern. Eine der wenigen Beschreibungen einer schweren Krankheit und der Erwartung des Todes hat die Hamburger Pastorsgattin, Margarete Milow, hinterlassen, die unheilbar an Brustkrebs erkrankt war (Piller 1999). Doch auch Milow beendete ihre Autobiographie, bevor sie in das Sterben eintrat, mit den Worten: „Ich kann nach menschlichem Ermessen nicht besser werden, ich muß aller Erfahrung nach ferner lange leiden. Ich will aber nicht murren, dort werde ich das Licht erkennen, was ich hier dunkel sah. Mein tägliches Gebet soll um Geduld und Kraft alles zu ertragen seyn“ (Bake/Kiupel 1993, 321). Die Annäherung an die letzten Tage und Stunden eines schwerkranken Menschen gelingt also in der Regel nur über die überlieferten Beobachtungen anderer. Im Folgenden sollen die Bedingungen des Sterbens im archäologischen Sinne „rekonstruiert“ werden, indem buchstäblich Quellenstücke zusammengetragen werden, die zusammen nie ein vollständiges oder gar realitätsgetreues Abbild des Sterbens im frühen 19. Jahrhundert ergeben können.⁴ Auch wenn

1 Dieser Beitrag geht aus dem Forschungsprojekt „Wege zu einer Alltagsgeschichte der Ethik. Vom Umgang mit Schwerkranken“ hervor, das von der Fritz Thyssen Stiftung gefördert wird.

2 „Rekonstruktion“ ist hier nicht als positivistisches „Auffinden“ und Zusammensetzen von historischen Fakten miss zu verstehen. Vielmehr schließt das hier zu Grunde gelegte Verständnis dieses Begriffs an geschichtswissenschaftliche Debatten der letzten Jahre an, welche die Aufmerksamkeit auf die in diesem Begriff enthaltene „Konstruktion“ lenken. Demzufolge basiert jegliche Geschichtsschreibung auf einem Vorgang des „aktiven Konstruierens“, beginnend mit der Überlieferungsarbeit bis hin zur Auswahl und Analyse von Quellen, welche die Reflektion des Verhältnisses von Forschenden zu Beforschten einschließt (vgl. Tanner 2004, 82-90).

3 Hier wird bewusst auf den Begriff „Patientengeschichte“ verzichtet, da – wie bereits ausgeführt – kaum Selbstzeugnisse von Sterbenden überliefert sind. Zur Patientengeschichte (Porter 1985, Wolff 1998, Ernst 1999).

4 Gemeint ist hier tatsächlich ein direkter Bezug auf die Arbeitsweisen der Archäologie, die Geschichte unter Sichtbarmachung fehlender Stücke aus Fragmenten zusammensetzt, „rekonstruiert“ und diese

Patienten und Patientinnen selten selbst zu Wort kommen, so kann die Analyse der Beschreibungen Außenstehender doch Bruchstücke ihrer Person zu Tage fördern. Insbesondere Konflikte zwischen der beschreibenden und der beschriebenen Person, die in den Quellen zum Ausdruck kommen, bieten Ansatzpunkte für eine patientenzentrierte Geschichte des Sterbens. Bereits die jeweils in einer Quelle zum Ausdruck kommende Perspektive auf unheilbar Kranke und den Prozess des Sterbens verrät etwas über Bedeutungen und Deutungen von Sterben und Tod.

Um die soziale Praxis im Umgang mit Sterbenden zu „rekonstruieren“, werden folgende Quellen verwendet:

- unveröffentlichte Krankengeschichten aus den Jahren 1834-1842, die Conrad Heinrich Fuchs (1803-1855) in seiner Praxis in den Universitäts-Polikliniken Würzburgs und Göttingens gesammelt hat (Conrad Heinrich Fuchs (1803-1855), Krankheitsgeschichten, HSD der Nds. SUB Göttingen, Sign: Cod. MS. hist. nat. 61, I-XII.).
- Fallbeschreibungen über Patientinnen mit Gebärmutterkrebs aus den Tagebüchern der Göttinger Entbindungsklinik⁵
- veröffentlichte Krankengeschichten in zeitgenössischen Fachzeitschriften
- Fachpublikationen von Ärzten
- Briefe von Kaiserswerther Diakonissen aus der Klinik und der Gemeindepflege an Theodor Fliedner und seinen Nachfolger, den Vorstehern des Diakonissenmutterhauses (Fliedner-Archiv Kaiserswerth)
- Berichte ehrenamtlicher Pflegerinnen der „Weiblichen Vereine zur Armen- und Krankenpflege“ in Hamburg (STAHam, Weiblicher Verein für Armen- und Krankenpflege, Sign.: 611-20/6) und Göttingen (StadtA Gö, Frauenverein zu Göttingen, Sign: Dep. 30/37, 1-14) über ihre Hausbesuche bei Schwerkranken und Sterbenden in Armutsvierteln

Während sich in den genannten Quellen ausführliche, zuweilen plastische Beschreibungen der körperlichen und seelischen Prozesse beim Sterben finden lassen, bleibt der Tod oder das „Hinscheiden“, wie es zeitgenössisch häufig heißt, unbeschrieben.

Fragmente gleichsam „grabend“ aus verschiedenen Schichten freilegt. Hilfreich sind hier Überlegungen, die Walter Benjamin zum „Ausgraben und Erinnern“ angestellt hat. Benjamin betonte, dass, wer „sich der eigenen verschütteten Vergangenheit zu nähern trachtet, muß sich verhalten wie ein Mann, der gräbt. [...] Denn ‚Sachverhalte‘ sind nicht mehr als Schichten, die erst der sorgsamsten Durchforstung das ausliefern, um dessentwillen sich die Grabung lohnt.“ (Benjamin 1994, 36) Auch Sigmund Freuds Überlegungen zur „Konstruktion in der Analyse“ sind zum historischen „Rekonstruieren“ aufgegriffen worden (Brumlik 1998): „Seine Arbeit der Konstruktion oder, wenn man es so lieber hört, der Rekonstruktion, zeigt eine weitgehende Übereinstimmung mit der des Archäologen, der eine zerstörte und verschüttete Wohnstätte oder ein Bauwerk der Vergangenheit ausgräbt.[...] genauso geht der Analytiker vor, wenn er seine Schlüsse aus Erinnerungsbrocken, Assoziationen und aktiven Äußerungen des Analysierten zieht. Beiden bleibt das Recht zur Rekonstruktion durch Ergänzung und Zusammenfügung der erhaltenen Reste unbestritten.“ (Freud 1950 [1937], 45-46) Ich danke Bettina Brockmeyer für die produktive Diskussion und Hinweise zu dieser theoretischen Frage.

5 Friedrich Benjamin Osiander: Tagebücher des Königlichen Entbindungshauses zu Göttingen. Die Bücher befinden sich in der Bibliothek der Abteilung für Ethik und Geschichte der Medizin der Fakultät für Humanmedizin der Georg-August-Universität Göttingen. An dieser Stelle sei Jürgen Schlumbohm gedankt, der mich auf die Fallbeschreibungen der an Gebärmutterkrebs erkrankten Frauen hingewiesen hat.

Das Eintreten des Todes ist ein Vorgang, der sich dem sprachlichen Ausdruck entzieht. Der Tod wird in den analysierten Krankengeschichten aus den Würzburger und Göttinger Polikliniken formelhaft beschrieben. So heißt es am Ende der Krankengeschichten: „nachts zwischen 12 und 1 der Tod suffocativ“ – „die Kranke starb unter Suffocationserscheinungen“ – „morgens um 5 Uhr war er entschlafen“ – „der Tod erfolgte“ – „lethaler Ausgang“ usw. Die aus dem Diakonissenmutterhaus in Kaiserswerth entsandten Krankenschwestern drückten den Moment des Lebensendes in religiösen Formulierungen aus. Sie schrieben, dass ihre Kranken „vom Herrn erlöst“ worden, zu „einem besseren Leben hinüber gegangen“, im „vollen Glauben an den Herrn“ eingeschlafen seien usw. Ihre Umschreibungen des Todes transportieren über die Information, dass der Tod eingetreten ist, hinausgehend für die religiöse Gemeinschaft entscheidende Aussagen über den „Seelenzustand“ des bzw. der Verstorbenen.

Der Tod als Erfahrung ist nicht „rekonstruierbar“, doch ist es möglich, sich dem Prozess des Sterbens anzunähern. Im Bemühen um eine patientenzentrierte Herangehensweise werden in erster Linie Interaktionen von Sterbenden mit Ärzten, Pflegenden und ihrem sozialen Umfeld in den Blick genommen. Die Ausführungen konzentrieren sich auf den Umgang mit schwerkranken Sterbenden unterbürgerlicher Schichten, über die – anders als zur Alltagsgeschichte des Sterben im Bürgertum (Ernst 2003, 201-218; Gleixner 2005, 195-208 und 278-291; Hebeisen 2005, 209-215; Lachmund/Stollberg 1995; Piller 1999) – noch wenig bekannt ist. Den Bezugspunkt der folgenden Überlegungen stellen unter anderem die Forschungen zu der vielfältigen medialen Kultur in der Vor- und Frühmoderne dar (u.a. Duden 1987; Loetz 1993; Stolberg 2003). Die kultur- und medizingeschichtlichen Studien über das Sterben und den Tod sind entstanden, bevor patientengeschichtliche Studien einen differenzierten Blick auf Wahrnehmung von Krankheit ermöglicht haben (Ackerknecht 1968; Ariès 1982). Die Geschichte des Sterbens zu Hause und in frühmodernen Kliniken soll mit einer alltagsgeschichtlichen Perspektive untersucht und somit ein erster Schritt getan werden, die zuweilen kulturpessimistischen Thesen über das Sterben im Krankenhaus und romantisierende Vorstellungen über das Sterben zu Hause zu differenzieren (Ariès 1982; Mischke 1996).

Medizinethischer Diskurs über den Umgang mit Sterbenden um 1800

Die ärztlichen Schriften über den Umgang mit unheilbar Kranken und Sterbenden um 1800 enthalten Reflektionen darüber, wie der Arzt es mit der „Wahrheit am Krankenbett“ halten solle. Über diese Frage wurde leidenschaftlich gestritten. Einige Ärzte hielten die Aufklärung des Kranken über seinen bevorstehenden Tod für ethisch geboten, damit der Sterbende rechtzeitig seine Angelegenheiten ordnen und sich geistlichen Beistand verschaffen konnte (Gregory 1778; Choulant 1823). Johann Ludwig Choulant betonte, dass die Aufklärung des Patienten „auf die möglichst sanfteste und verständigste Weise“ zu geschehen habe und der Arzt hierzu „eben jener edler Eigenschaften“ bedürfe, „die das menschliche Herz zieren“ (Choulant 1823, 44). Andere Ärzte waren davon überzeugt, dass die Nachricht vom bevorstehenden Tod das Leben des Kranken in jedem Fall verkürze, da Hoffnung und Lebensgeist mit der Todesbotschaft schwänden. Johann Gottlieb Thierfelder drückte sich sehr drastisch aus, als er seine Kollegen rhetorisch fragte: „Heisst das nicht den Kranken morden?!“ Im Weiteren stellte er fest: „Noch lebend öffnet man ihm das Grab, und bringt ihn hin-

ein!“ (Thierfelder 1843, 153). Als entschiedener Gegner der Aufklärung des Patienten positionierte er sich auch mit seiner Empfehlung, dem Kranken die „unvermeidliche Gefahr seines Lebens zu verbergen.“ (Thierfelder 1843, 156). Als einziger Autor sprach er die geschlechtsspezifische Dimension der Problematik an, indem er der weit verbreiteten Ansicht widersprach, Frauen würden größere Todesfurcht haben als Männer. Fürsorgliche Schonung legte er also für Sterbende beider Geschlechter nahe (Thierfelder 1843, 155). Karl Heinrich Marx gab 1827 zu bedenken, dass vielfach der Ausgang einer schweren Krankheit ungewiss sei und es daher besser sei, denselben „hoffend abzuwarten, als eine verletzende und niederschlagende Gewissheit, die man doch kaum ertheilen kann, zu verkündigen“, und legitimierte seine Auffassung mit Ciceros Worten „So lange der Kranke atmet, hofft er“ (Marx 1827, 18). Möglicherweise auch wegen des unsicheren Ausgangs einer schweren Krankheit vermied Johann Christian Reil in seinen Ausführungen zum „Verhalten des Arztes zum Sterbenden“ die Frage nach der Wahrheit am Krankenbett. Für ihn stand vielmehr die ärztliche Sorge für einen „sanften“ Tod im Vordergrund (Reil 1816, 560-582). Bemerkenswert ist, dass alle ärztlichen Schriften um 1800 einmütig die fürsorgliche und medizinische Sterbebegleitung als ärztliche Pflicht betonten: Die Tätigkeit des Arztes im Krankenzimmer solle nicht enden, wenn er mit seiner Heilkunst den Tod des Patienten respektive der Patientin nicht verhindern könne. Am ausführlichsten beschrieb der Göttinger Mediziner Marx die ärztliche Sterbebegleitung: Der Arzt solle den Todkranken weiterhin regelmäßig aber nicht zu häufig besuchen, ihm mit „größter Achtung, Zuneigung und Ehrerbietung“ begegnen und alles aufbieten, dass der Kranke die Zuversicht behalte (Marx 1827, 7). Ausführlich führt er seine Vorstellungen zur notwendigen sorgfältigen Krankenwartung aus, die er nur in den Händen ausgebildeter Krankenwärter wissen wollte (Marx 1827, 6). Marx trat dafür ein, dass „der dem Tode Geweihte nicht mehr Schmerzen, als der leidende Zustand durch sich selbst unumgänglich bedingt“ zu erdulden habe. So lehnte er „ekelhafte“ und schmerzhaftes therapeutische Maßnahmen ab und leitete seine Kollegen zur intensiven Schmerztherapie bei den Sterbenden an. Eindringlich riet er davon ab, Sterbenden Brechmittel zu verabreichen und problematisierte Operationen, die eindeutig einen palliativen Charakter hatten (Marx 1827, 8-13).

Keiner der Mediziner wollte die seelische Vorbereitung der Schwerkranken auf den Tod allein einem Geistlichen überlassen. Die Mediziner gaben zu bedenken, dass das Erscheinen des Geistlichen am Krankenbett gedanklich meist mit dem unmittelbar bevorstehenden Tod verbunden würde und daher große Furcht auslöse. Die Anwesenheit eines Arztes dagegen verbreite Hoffnung und Zuversicht. Antiklerikale Töne sind zu vernehmen, wenn die geistlichen Bemühungen um den „Seelenfrieden“ der Sterbenden als „Gaukeleien“ bezeichnete, die der „sonst ruhig dahin scheidende[n] Seele“ Kummer, Sorgen und Verzweiflung bereite (Thierfelder 1843, 153). Karl Ludwig Klohss vertrat gar die Ansicht, dass ein Arzt die seelsorgerischen Aufgaben des Geistlichen übernehmen solle, da ein solcher qua Beruf mehr Hoffnung ausstrahle als der Priester, den Kranke zwangsläufig als Todesboten wahrnehmen würden (Klohss 1835, 148-149). Um die Wirkung des Geistlichen zu mildern, empfahl John Gregory hingegen seinen Kollegen in seiner einflussreichen Schrift über die Pflichten der Ärzte, sich gemeinschaftlich mit dem Priester um das seelische Wohlbefinden der Patienten zu kümmern, um mit „heiterer Frömmigkeit“ die „Gemüthsangst“ der Kranken zu lindern (Gregory 1778, 45).

Die in jeder Schrift zum ärztlichen Umgang mit Sterbenden beschworene Pflicht des Arztes, den todgeweihten Kranken nicht zu verlassen, ihn vielmehr medizinisch und fürsorglich zuweilen auch freundschaftlich zu begleiten, lässt vermuten, dass in der sozialen Praxis möglicherweise nicht jeder Arzt Kranke jenseits einer möglichen Heilung palliativ medizinisch und menschlich betreute.

Ärzte und Sterbende – Sterben in der Klinik

Das Verhältnis von Ärzten und schwerkranken Sterbenden im frühen 19. Jahrhundert ist so vielschichtig wie die medikale Kultur der Zeit. Kranke konnten aus einer Vielfalt von Heilangeboten und medizinischer Versorgung wählen. Im Jahre 1855 berichtete Conrad Heinrich Fuchs, seit 1838 Professor für „specielle Pathologie und Therapie“ in Göttingen, ausführlich über die Verhältnisse an den drei Kliniken der Universität: die Hospitalklinik, die Poliklinik und die Ambulante Klinik. Anders als in der Berliner Charité, die als Ort des Sterbens möglichst gemieden wurde (Frevert 1984, 77), war in der Göttinger Klinik die Mortalität mit 5 % aller aufgenommenen Kranken sehr gering. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Johanna Bleker bei ihren Studien zur Mortalität im Würzburger Juliusspital im frühen 19. Jahrhundert (Bleker 1995, 92-124 und 171-172; Bleker 1996). Von diesen Todesfällen fielen zudem viele auf so genannte „Bejahrte“ und auf Schwerkranke. Fuchs betonte, dass sogar Todkranke eigens zum Sterben in die Hospitalklinik aufgenommen wurden. Diese Praxis der Klinik schien nicht allein humanitär begründet gewesen zu sein: Der Göttinger Professor betonte, dass nur so die für die medizinische Forschung und Ausbildung der Studenten erforderlichen Sektionen an den Verstorbenen durchgeführt werden konnte, welchen „in der Stadt noch immer so viele Hindernisse in den Weg gelegt werden“ (Fuchs 1855, 203). Dennoch sei hier hervorgehoben, dass es in diesem universitären Hospital durchaus üblich war, Schwerkranke palliativ zu behandeln (Fuchs 1855, 131). Auch berichtet Fuchs, dass an Pneumonie Erkrankte, die in ärmlichen Wohnverhältnissen lebten, zur „sorgsameren Pflege und Behandlung“ von der poliklinischen in die stationäre Therapie überwiesen wurden (Fuchs 1855, 202). Darüber hinaus ist den Ausführungen des Professors zu entnehmen, dass mitunter Todkranke auch auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen wurden, wie eine 35-jährige Frau, die an einem „ziemlich weit vorgeschrittenen Gebärmutterkrebs [...] mit heftigen Schmerzen“ litt und eine „28 jährige Person [...], die [...] allein keinerlei Hilfe zuließ“ (Fuchs 1855, 182).

Eindrücklich beschrieb der Assistenzarzt des Juliusspitals in Würzburg die schwere Krankheit der Köchin, Elisabetha H., und ihr Sterben in der frühmodernen Klinik. Die 24-jährige Frau wurde im Januar 1832 mit „stechend-reissende[n] Schmerzen im Kopfe, Schwere und Eingenommenheit desselben, Schwindel, Schwarzsehen; Stechen und Sausen in den Ohren“ sowie mit „ausgesprochenen Congestionserscheinungen“ aufgenommen (Mohr 1832, 7-8). Zunächst wurden Blutegel an die Schläfe angesetzt. Mit sprachlicher Distanz schilderte Mohr weiter, dass die Kranke „neben einem Gefühle von Druck beständig ein äusserst lästiges Klopfen zu empfinden behauptete“. Doch ging er therapeutisch gegen das „Klopfen“ vor, indem er anordnete, der Patientin Kräuterdämpfe unter die Nase zu halten. Daraufhin verschwanden die Beschwerden so weit, dass die Köchin, „den Aufforderungen ihrer Dienstherrschaft entsprechend“, das Hospital nach drei Monaten Aufenthalt verlassen konnte (Mohr 1833, 8).

Ein halbes Jahr später ersuchte dieselbe wieder um Aufnahme, da sich ihr „Kopfleiden nicht gebessert“, sich vielmehr in Folge der „mannichfaltigen Schädlichkeiten“ auf dem „stark bevölkerten Bauerhofe“ ihrer Herrschaft gesteigert habe (Mohr 1832, 8). Im Hospital verschlechterte sich ihr Zustand zunehmend: Eine „Ungleichheit der beiden Gesichtshälften“ machte sich „bemerkllich“, auch beklagte die Kranke Ausfälle in ihrem Hör- und Sehvermögens, eine „Gefühllosigkeit“ im Gesicht sowie eine „grosse Gedächtnisschwäche“ (Mohr 1833, 9-10). Nach ausführlicher Darlegung der umfangreichen Untersuchungen und sich daraus ergebenden Differentialdiagnosen diagnostizierte Mohr eine Geschwulst im Gehirn, die im Sinne humoralpathologischer Deutungen durch eine „Dysmenorrhoea cephalica“ hervorgerufen worden sei. Wegen der „wiederholten Verkältung und Aufenthalt in einer dumpfen, ungewöhnlich feuchten Atmosphäre“ habe diese „Dyscrasie ihre pathischen Producte um so lieber im Kopfe“ ablagern müssen. Der Assistenzarzt setze „unmittelbar hinter dem Processus mastoideus“, das heißt an einem hinter dem Ohr tastbaren Fortsatz des Schläfenbeins, ein Glüheisen an, das so genannte „Mayor’sche Eisen“, von dem er sich eine Linderung der Beschwerden versprach. Wie aus der im Folgenden zitierten Passage zu ersehen ist, legte Mohr bei der Präsentation des Falls vor seinen Fachkollegen Wert auf die Zustimmung seiner Patientin (Mohr 1832, 17): „Die Kranke, die sich zu Allem, was einige Erleichterung ihres Zustandes versprach, willig verstand, äusserte nemlich im Augenblicke des Aufsetzens des Glüheisens auf die bezeichnete Stelle nur eine unbedeutende Schmerzempfindung und war bei der Operation sowohl, als längere Zeit nach derselben ungewöhnlich munter und gesprächig“ (Mohr 1832, 17). Doch bewirkte diese „Operation“ keine dauerhafte Besserung ihres Leidens. Die Krankheit schritt im Folgenden dramatisch voran. Als die Patientin vollständig erblindete, bat sie „an Besserung oder Genesung verzweifelnd mit jedem Tage dringender um ihre Entlassung“ (Mohr 1832, 19). Der Arzt berichtet im Weiteren von der „Unwillfährigkeit ihrer Angehörigen“, die sie zum Bleiben in der Anstalt gezwungen habe. Er beschrieb des Weiteren, dass sie zum „Aufenthalte an der Anstalt“ überredet und schließlich „wenn auch nicht ausgesöhnt, doch stillschweigend zum Dulden desselben“ bewegt werden konnte. Mohr bemerkte die „psychische Erregung“ der Kranken ob der Weigerung der Verwandten, sie zu sich zu nehmen. Auf diese führte er schließlich die zunehmende „Unordnung“ ihrer „vitalen Functionen“ zurück (Mohr 1832, 19). Das Sterben der Köchin beschrieb Mohr im Gegensatz zu den Emotionen der Patientin bei der gescheiterten Entlassung nach Hause recht nüchtern: „Der Appetit wurde spärlich, die Zunge belegt, der Stuhl angehalten, die Haut trocken und spröde; es trat Abmagerung, Schwinden der organischen Masse und Kraft [...] – mit einem Worte – Marasmus [...] Zunehmende Betäubung, aus welcher Kranke jedoch durch Zurufen erweckt werden kann; Respiration etwas erschwert, beschleunigt, mehr oberflächlich und theilweise schon durch die Abdominalmuskeln vermittelt. Häufiges Hüsteln mit vergeblichem Versuche, den mit immer lauterem Rasseln in der Luftröhre und ihren Verzweigungen auf und nieder sich bewegenden Schleim auszuwerfen; Unmöglichkeit, zu schlingen, profuse [reichliche; K.N.] Schweisse; Extremitäten mehr kühl, während Brust und Kopf erhöhte Temperatur zeigen; Puls fadenförmig, klein, kaum mehr zu fühlen; Tod am 10ten [Juni 1833] $\frac{3}{4}$ 4 Uhr Abend durch Suffocation unter den bekannten Erscheinungen und Lungenlähmung“ (Mohr 1833, 19-21). Gleichwohl Elisabetha H. offensichtlich ein „Studienobjekt“ des Assistenzarztes darstellte, wurden keine weiteren Eingriffe vorgenommen, nachdem die Applikation

des Glüheisens ohne bleibenden Erfolg blieb. Zudem gab der Arzt Einblick in ihre familiären Verhältnisse – nicht unbeeindruckt schilderte er die Weigerung der Angehörigen, die Sterbende aufzunehmen (Mohr 1833, 19).

Eine weitere Fallbeschreibung zeigt, dass es mitunter von dem Selbstverständnis des Arztes abhing, wie sich die letzte Lebensphase eines sterbenskranken Patienten respektive einer Patientin gestaltete. Der Direktor der Göttinger Entbindungsklinik, Friedrich Benjamin Osiander (1759-1822), hinterließ eine akribisch dokumentierte Fallbeschreibung über den Krankheitsverlauf und die Therapie der an Carcinoma uteri erkrankten Anna Heinze. Im Jahre 1812 operierte er die Ehefrau eines Schäfers am Uterus; die Frau hatte schon monatelang starke Blutungen gehabt und war bereits kachektisch. Ohne Zweifel handelte es sich bei dem Ausschneiden des „fungus carcinatosus“ um ein wissenschaftliches Experiment, bei dem den Bedürfnissen der sterbenskranken Patientin ein geringer Stellenwert beigemessen wurde. Seinen Kollegen, Johann Friedrich Blumenbach, bat er als „unparteyischen Zeugen“, sich zunächst von dem „krankhaften Zustande des Uterus“ zu überzeugen und im Weiteren die Operation und den Krankheitsverlauf nach dem Eingriff zu beobachten, um schließlich den Fachkollegen die Richtigkeit seiner operativen Therapie der Carcinoma uteri beweisen zu können. In dem detailliert dokumentierten Fall ist kein Hinweis auf ein Aufklärungsgespräch vor der Operation zu finden. In anderen Fallbeschreibungen aus der Zeit betonten Ärzte, dass der jeweiligen Operation ausführliche Gespräche vorausgingen, in denen die Kranken über die Lebensgefährlichkeit des Eingriffs aufgeklärt wurden (Sauter 1822; Klein 1822; Peipers 1822). Die Patientin Osianders erhielt, da es zu der Zeit noch keine wirksame Narkose gab, „ein paar Gläser rothen Wein und eine kräftige Suppe“ und wurde ohne Schmerzmittel operiert. Osiander beklagte im folgenden Bericht: „Nach der Operation klagte die Patientin eine ohnehin empfindliche Person über viele Schmerzen im Uterus, und war ungeduldig, unruhig und meynte, sie müsste sterben. Auf empfindliches Ermahnen aber ruhig zu liegen, blieb sie endlich völlig ruhig“ (Tagebuch Friedrich Benjamin Osiander, Band XIV, 1813-1814, Fall Nr. 53). Diese kurze Passage weicht von der üblichen Schreibweise der Krankengeschichte ab, die subjektive Äußerungen der Kranken nicht thematisiert. Offenbar war Osiander über die „Unruhe“ und das Klagen seiner Patientin verärgert, so dass er von seiner um wissenschaftliche Objektivität bemühten Darstellung abwich und sich zu diesem Absatz hinreißen ließ. Von der Zeit nach diesem Vorfall berichtete Osiander von eitrigen Ausflüssen und hohem Fieber bei der Patientin (ebd.). Die Operierte erholte sich trotz umfänglicher Bemühungen des Arztes nicht mehr von den Folgen des chirurgischen Eingriffs. Der Gynäkologe beobachtete zunehmende Ausflüsse aus der Vagina, was ihn schließlich dazu veranlasste, die Hoffnung auf eine Heilung der Patientin endgültig aufzugeben. Nach dem Scheitern der Therapie wollte Osiander die nun Sterbende offensichtlich nicht mehr in seiner Klinik haben: „Ich wollte sie nach Hause schaffen, aber niemand wollte sie wegen der herumschweif[enden]. Cosaken [fahren], auf den Postwagen konnte sie nicht fahren und von zu Haus wollten die Ihrigen, die ich benachrichtigte sie nicht holen“ (ebd.). Aus welchen Gründen die Angehörigen sie nicht abholen wollten, geht aus dem Bericht nicht hervor. Die Sterbende blieb nun in der Entbindungsklinik, wo sie weiterhin medizinisch versorgt wurde, indem ihre Vagina gespült wurde und „ihr stärkende Mittel und gute Fleischbrühen“ verabreicht wurden. Ein zweites Mal in der Krankengeschichte ließ Osiander ein Bedürfnis seiner Patientin sichtbar werden, als er schrieb, dass ihr „auch tägl[ich]

Wein von m[einem] Tische gegeben, wozu sie einen gantz besond[eres] Gelust hatte“. Seine Fallbeschreibung endete mit einer angesichts der zuvor geschilderten Beschwerden vermutlich euphemistischen Schilderung ihres Sterbens: „[...] den 20 Nov. ab. 8 Uhr verschied sie gantz sanft“ (ebd.). Der als Koryphäe seines Fachs anerkannte Gynäkologe behandelte die unheilbar Kranke vorwiegend als wissenschaftliches Objekt, an dem er seine neue Operationstechnik erproben und beweisen wollte. Um 1800 war Operateuren das tödliche Risiko chirurgischer Eingriffe bewusst. Doch setzte Friedrich Benjamin Osiander sich in der ansonsten akribischen Dokumentation seines wissenschaftlichen Handelns nicht mit dem ethischen Dilemma zwischen minimaler Heilungschance und Tod auseinander. Im Gegensatz zu seinen Zeitgenossen, denen dieses Dilemma in ähnlichen Situationen durchaus präsent war und die dies ausführlich in ihren Veröffentlichungen diskutierten (Sauter 1822; von Siebold 1824). Auch in seinen Publikationen über die von ihm durchgeführten experimentellen Uterus-exstirpationen sprach Osiander die ethische Problematik nicht an (Osiander 1803 1816, 1819).⁶

Ärztliche Sterbebegleitung im häuslichen Bereich

Die im Folgenden analysierte „Krankheitsgeschichte“ einer unheilbar an Gebärmutterkrebs erkrankten Frau stammt aus der elfbändigen Sammlung medizinischer Fallbeschreibungen, die Conrad Heinrich Fuchs, Schüler des berühmten Würzburger Mediziners, Johann Lukas Schönlein, als Direktor der Polikliniken in Würzburg⁷ und in Göttingen⁸ angelegt hat (Conrad Heinrich Fuchs (1803-1855), Krankheitsgeschichten, HSD der Nds. SUB Göttingen: COD. MS. HIST. NAT. 61 I-XII, Bd. XI fehlt). In der 1807 gegründeten Würzburger Poliklinik⁹ wurden arme Kranke Würzburgs betreut, der größte Teil im häuslichen Umfeld, ein kleinerer Teil im Bürgerspital, Waisenhaus, Hospital und Siechenhaus der Stadt (Fuchs 1835). 1836 wurde die 52-jährige Schneidersfrau Margarethe Sarg von einem der Assistenzärzte der Poliklinik untersucht, weil sie schon seit einem $\frac{3}{4}$ Jahr „an großer Schwäche, an einem heftigen brennenden Schmerz im Unterleibe, verbunden mit einem stinkenden, eiterartig, übelaussehenden Ausfluße aus den Genitalien, der nicht immer gleich stark war, und oft mit Blutungen aus der Vagina abwechselte“ (Conrad Heinrich Fuchs (1803-1855), Krankheitsgeschichten, HSD der Nds. SUB Göttingen: COD. MS. HIST. NAT. 61 II, Nr. 59), litt. Als sie sich in klinische Behandlung begab, war sie bereits „stark abgemagert u. auffallend blaß, klagend über einen unerträglichen Schmerz auf die Gegend des Uterus deutend“. Im Weiteren ist zu lesen: „Der Ausfluß aus den Genitalien, der nun schon seit 8 Monaten gedauert war ziemlich bedeutend, eiterartig und höchst übelriechend. Wir dürfen mit ziemlicher Gewissheit auf Uteruscarcinom schließen,

6 Zu den Osianderschen Forschungstagebüchern und seiner Tätigkeit als Direktor des Göttinger Entbindungshauses vgl. Schlumbohm 2004.

7 Fuchs leitete die Würzburger Poliklinik als „außerordentlicher Professor der ambulanten Klinik“ von 1833 bis 1838, (Franke/Schröder 1957, 26-28).

8 1838 erhielt Fuchs einen Ruf nach Göttingen auf den Lehrstuhl für „specielle Pathologie und Therapie“ und übernahm somit die Leitung der dortigen im Jahre 1773 gegründeten Poliklinik, die er bis zu seinem Tod 1855 innehatte (Seybold 1963; Jentzsch 1988, 195-200).

9 Bis 1851 war die Poliklinik in den Räumen des Würzburger Bürgerspitals untergebracht. Erst 1885 wurde mit dem Kollegienhaus ein Neubau für den poliklinischen Betrieb errichtet (Franke/Schröder 1957).

und mussten die Prognose lethal stellen.“ (ebd.). Im Folgenden wurde die unheilbar Kranke von dem Arzt der Poliklinik medizinisch betreut. Ihr wurde Morphium zur Verminderung des sich „mit vermehrter Stärke einstellenden Schmerz[es] in der linken Hälfte“ verabreicht, und ihre immer wiederkehrende „Stuhlverhaltung“ wurde mit Klystieren behandelt. Sie erhielt aqua laurocerasi, eine von dem Göttinger Gynäkologen Osiander erprobte blausäurehaltige Arznei zur nichtoperativen Behandlung von Uteruskarzinomen (Osiander 1816). Als sie jedoch von den Tropfen „anhaltende Ueblichkeit“ bekam und erbrechen musste, brach der Assistenzarzt der Poliklinik die Therapie ab. Er folgte so der in zeitgenössischen Schriften zur Behandlung von Sterbenden formulierten Empfehlung, sterbende Patienten nicht mit Behandlungen zu belasten, die ihr Leiden vergrößerten. Sechzehn Tage nach dem Beginn ihrer poliklinischen Therapie starb die Patientin vermutlich zu Hause. Obgleich die Patienten und Patientinnen der Poliklinik, vor allem wenn sie sterbend waren, zu Hause besucht wurden, wurden in den Krankengeschichten weder die häuslichen Verhältnisse noch das soziale Umfeld thematisiert. Das hier vorgestellte Beispiel steht für eine Reihe von Fallbeschreibungen, die darauf schließen lassen, dass unheilbar Kranke und auch Sterbende von Ärzten und „Practicanten“ der Würzburger Poliklinik palliativ therapiert wurden. Offensichtlich brachten die Mediziner der Universitätsklinik dem Sterbeprozess und der palliativen Therapie wissenschaftliches Interesse entgegen, zumal sie diese Fälle in den Fuchs'schen Bänden zu Lehr- und Forschungszwecken ausführlich dokumentierten. Aus der Literatur zur „Ärztlichen Besuchs-Anstalt der erkrankten Armen in Würzburg“ von 1820 geht hervor, dass die Informationen zu den Krankengeschichten zunächst in einem tabellarisch angelegten Formular dokumentiert und vermutlich später – nach Abschluss der Behandlung – in eines der von Fuchs angelegten Hefte übertragen wurden (o. A. 1820. Ärztliche Besuchs-Anstalt der erkrankten Armen in Würzburg, Würzburg, Tabellen im Anhang).

Die sozialen Verhältnisse, die in den poliklinischen Krankengeschichten vollkommen unerwähnt blieben, wurden in den Berichten der häuslichen Krankenpflege ins Zentrum der Schilderungen gerückt.

Krankenpflegerinnen und Sterbende – Sterben im häuslichen Bereich

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts starben Menschen in der Regel im häuslichen Raum. Dort hingen die Umstände des Sterbens stark von der ökonomischen und sozialen Situation der Schwerkranken ab, wie sich aus den im Folgenden analysierten Berichten und Briefen der Krankenpflegerinnen ersehen lässt. Amalie Sieveking gründete 1832 in Hamburg den ersten Verein für „Weibliche Armen- und Krankenpflege“, dessen erfolgreiche Arbeit in den darauf folgenden Jahren die Gründung gleicher Vereine in vielen norddeutschen Städten (u.a. in Osnabrück, Celle, Lüneburg, Hannover, Hildesheim, Göttingen und Wismar) auslöste. Im Sinne einer „christlichen Liebesthätigkeit“ suchten großbürgerliche Damen systematisch Familien in Armutsvierteln ihrer Städte auf, um sich ein Bild von ihrer sozialen Situation zu machen und mit gezielten Hilfeleistungen ihre materielle Not zu lindern. Eine ebenso große Bedeutung hatte die von der protestantischen Erweckungsbewegung beeinflusste christliche Unterweisung (Prelinger 1987). Viele der besuchten Stadtarmen litten an unheilbaren Krankheiten oder lagen bereits im Sterben. Die folgenden Ausführungen basieren auf den Berichtsheften des „Verein für Weibliche Armen- und Krankenpflege“ in Ham-

burg und des 1850 gegründeten Göttinger „Frauen-Verein für Armen- und Krankenpflege“ (Weber-Reich 1993 und 2002), die beiden einzigen Vereine, von denen ich eine reichliche Überlieferung auffinden konnte. Sowohl in den Berichten aus der Großstadt Hamburg als auch aus der kleineren Universitätsstadt Göttingen werden die häuslichen Verhältnisse der Schwerkranken als sehr ärmlich beschrieben.

Die Berichte der Frauenvereine zeugen von einer untergeordneten Bedeutung ärztlicher Sterbebegleitung im häuslichen Bereich, da entweder die Ärzte die unheilbar Kranken „aufgegeben hatten“ oder die Kranken ärztliche Hilfe ablehnten. Herr Notdurft aus Göttingen wollte keine Arzneimittel einnehmen, da er selbst seinen Zustand für hoffnungslos hielt (StadtA Gö, Frauenverein zu Göttingen, Sign: Dep. 30/37, 7, Familie Nothdurft). Eine andere mittellose Kranke zog es vor, auf ärztliche Hilfe zu verzichten, da sie den Armenarzt nicht mochte (StadtA Gö, Frauenverein zu Göttingen, Sign: Dep. 30/37,11, Witwe Lange). Allen Kranken gemeinsam ist, dass sie offenkundig um ihren unvermeidlich bevorstehenden Tod wussten. In der häuslichen Krankenpflege Sterbender dominierten – wie sowohl die Berichte der Frauenvereine als auch Briefe von Diakonissen aus der Gemeindepflege¹⁰ zeigen – armenfürsorgereiche Maßnahmen wie das Bereitstellen von Betten, Bettzeug und Wäsche sowie die Versorgung mit Nahrungsmitteln. Medizinische Maßnahmen wie z.B. Verbandswechsel werden selten erwähnt.

Die räumlichen Bedingungen des Sterbens entsprachen in keiner Weise dem, was Ärzte zur Einrichtung eines Kranken- bzw. Sterbezimmers empfahlen (u.a. Marx 1827). Wenn überhaupt ein Bett vorhanden war, musste es mit anderen Familienangehörigen geteilt werden, zuweilen fehlte eine „Bettstelle“ ganz, so dass Kranke auf der Erde lagen. Auch war das Sterben zu Hause aus Sicht der bürgerlichen Damen nicht immer mit liebevoller Anteilnahme der Familie oder der Nachbarschaft verbunden. So bemerkt die Hamburger Pflegerin zum Verhalten der Tochter Frau Wassmanns, dass „die älteste Tochter ungerührt durch diese Notleiden“ sei (STAHam 611-20-6, Nr. 24), und die wohlthätige Besucherin, der in Göttingen sterbenden Witwe Lange beobachtet: „Die Frau scheint recht verlassen zu sein, und scheint es schmerzlich zu empfinden daß auch niemand ihrer Nachbarn oder alten Bekannten sich um sie bekümmert, sie hält sich für vergessen“ (StadtA Gö Dep. 30/37, 11, Witwe Lange). Eine Göttinger Besucherin notierte die Lebensumstände der schwerkranken 74-jährigen Wäscherin und Tagelöhnerin Witwe Lange in ihrem Berichtsformular: „Mutter und Sohn zeigen sich fortwährend sehr bescheiden; leiden aber oftmals drückende Noth. Einen Arzt will die alte Frau nicht mehr annehmen, weil sie sich überzeugt hält, er kann ihr nichts mehr helfen“ (ebd.). Die Kranke weigerte sich zwar, ärztliche Hilfe anzunehmen, ließ sich jedoch von einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin des Göttinger Frauenvereins pflegen, die in ihrem Bericht Mitgefühl zeigt: „Man kann die arme Frau nicht sehen ohne das innigste Mitleiden mit ihrem traurigsten Zustand. Schwer läßt sich etwas zu ihrer Erleichterung ausfinden“ (ebd.). Zehn Monate nach ihrem ersten Besuch bei Witwe Lange notierte sie: „Frau Lange ist [...] – neben ihrem schwer kranken Sohne im Bette liegend – gestorben [...] Sie schien in der letzten Zeit eine in Gottes Willen ergebene Stimmung zu haben. Der arme Sohn ist recht krank

10 Vgl. u.a. Flidner-Archiv, Kaiserswerth: Schwesternbriefe: Cleve, Gemeinde: 1845-1854, Sign.: 130.; Wuppertal-Elberfeld, Gemeinde 1846-1909, Sign.: 219 und für die Zeit um 1900: „Aus der Arbeit der Diakonissen auf den Berliner Krankenpflege=Stationen im Jahre 1903“, Häusliche Krankenpflege Berlin 1890-1906, Sign.: DA 277.

gewesen und hat – schrecklich genug – in dem vom Todesschweiß nassen Bette der Mutter die ganze Krankheit hindurch liegen bleiben müssen bis er denn allmählig trocknete“ (ebd.). In diesem Bericht kommt nicht nur zum Ausdruck, dass die wohlhabende Dame sich von dem Elend und der Armut der Leute berühren ließ, auch wurde der Seelenzustand der Sterbenden beobachtet und kommentiert. Während sie sie zunächst als Frau, die „etwas Verdrossenes“ habe und der es an „Ergebung“ fehle, beschrieb, stellte die Pflegerin schließlich befriedigt fest, dass die Sterbende „eine in Gottes Willen ergebene Stimmung“ zu haben schien (ebd.). In der aus der Erweckungsbewegung hervorgegangenen Krankenpflege kam dem Sterben in Frieden mit Gott ein hoher Stellenwert zu.

Die Reaktionen der Patienten auf das Sterben

Zur Armen- und Krankenpflege gehörte auch die Sorge für das christliche Seelenheil der Fürsorge bedürftigen Personen. So waren die ehrenamtlichen Pflegerinnen angewiesen, den Kranken aus der Bibel vorzulesen, mit ihnen über Gott zu reden und sie schließlich zum regelmäßigen Kirchgang aufzufordern.¹¹ Die Sorge um das Seelenheil wurde nicht von allen Todkranken positiv aufgenommen. Eine Dame des Sievekingschen Vereins in Hamburg berichtete, dass Frau Wasmann „vom Arzte aufgegeben“ worden war. Die Kranke habe eine „Abneigung in den Worten der Erweckung für Kranke zu lesen und über religiöse Gegenstände sich zu unterhalten“, da sie „große Todesfurcht“ habe. Doch die Pflegerin gab nicht auf und beschloss, „ohne direkte Einweisung auf den Tod vornehmlich Vertrauen auf Gott zu ihr zu reden u. wenn möglich zur Liebe Jesu hinzuführen.“ Ob der ehrenamtlichen Pflegerin schließlich die „Rettung“ der Seele gelang, verrät der Bericht im Weiteren nicht, da als nächstes Frau Wasmanns Tod dokumentiert wurde (STAHam 611-20-6, Nr. 24).

In der Ausbildung von Krankenschwestern, die 1836 in dem von Pastor Theodor Fliedner (1800-1864) gegründeten Mutterhaus in Kaiserswerth bei Düsseldorf begann, hatte neben der „leiblichen Krankenpflege“ die Sorge um den Seelenzustand, die „Seelenpflege“ von Kranken und insbesondere Sterbenden einen hohen Stellenwert (Fliedner 1845 zitiert nach Sticker 1960, 278). Die „Seelenpflege“ setzte insbesondere dann ein, wenn Ärzte mit ihrer Heilkunst dem Schwerkranken nicht mehr zu helfen vermochten. Diakonissen konnten demzufolge einen eigenen, von den Ärzten unabhängigen Kompetenzbereich beanspruchen. Ihre Hilfe ging über das, was Ärzte zu leisten vermochten, hinaus – gerade in der Sterbebegleitung lag also dem eigenen Anspruch nach die besondere Kompetenz der christlichen Krankenschwestern. Briefe, die von aus dem Mutterhaus in Krankenhäuser in die Gemeinde- und Privatpflege entsandten Diakonissen an den Vorsteher geschrieben wurden, stellen eine reichhaltige Quelle für diesen spezifischen Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden dar. Wie Matthias Benad für die Diakonissen in Bethel herausgearbeitet hat, war das religiöse „Läuterungsgeschehen“ auch für die Schwestern selbst und ihr eigenes Sterben

¹¹ So heißt es in den Anweisungen für die ehrenamtlichen Besucherinnen: „Den Besucherinnen wird empfohlen, bei ihren Besuchen folgende Punkte im Auge zu haben, darüber gelegentliche Nachfrage zu halten, und darüber zu berichten: Ob die Leute die Kirche besuchen. Ob sie den Wunsch haben, etwas Erbauliches zu lesen, da ihnen dann eine gute Erbauungsschrift zu leihen“ STAHam Akten Weiblicher Verein zur Armen- und Krankenpflege, Sign.: 611-20/6. Die darauf folgenden „Punkte“ betreffen die aufmerksame Beobachtung der Armen hinsichtlich bürgerlicher Tugenden wie Fleiß und Bildungswilligkeit.

zentral. In der Krankenpflege tätige Diakonissen waren aufgrund ihrer körperlich harten Arbeit und dem ständigen Kontakt mit Infektionskrankheiten selbst sehr gefährdet, an einer schweren Krankheit zu sterben (Benad 1996 und 2002; Tromp 1914). Die Kaiserswerther Schwestern Lisette und Louise gaben in ihrem Bericht an Pastor Fliedner die Worte einer Schwerkranken in indirekter Rede wieder: „Schwester ich bin sehr schwach aber wenn ich denke was der Herr Jesus gelitten hat dan [!] kann ich meine Krankheit gut ertragen.“ Die Patientin mit „Gelbsucht, Zehrung und Leberschaden“ lag insgesamt sechs Tage im Sterben. Die beiden Schwestern hatten, wie sie betonten „viel Freude über ihren Seelenzustand“ und stellten befriedigt fest, dass die Kranke „still und sanft zu einem besseren Leben hinüber gegangen“ sei (Fliedner Archiv, Schwesterbriefe, Cleve 1845-1854, Sign. 130, Brief vom 30.9.1854). Hier sei jedoch angemerkt, dass die Fürsorglichkeit der Diakonissen mit der Erwartung an die Kranken, sich gottgefällig zu verhalten, eng verknüpft war, so dass Schwerkranke, die auf die Hilfe der Schwestern angewiesen waren, einem hohen Erwartungsdruck ausgesetzt waren. Dennoch lässt sich aus den Briefen von Kaiserswerther Diakonissen auch Widerstand von Patienten gegen religiöse Gespräche oder Unterweisung herauszulesen. So gab Schwester Dorothee in einem Brief aus dem Jahr 1853 entsetzt die Worte einer schwerkranken Frau aus Cleve wieder, die sich den Missionierungsversuchen zu entziehen versuchte: „[...] ich hätte gut schwatzen, der liebe Herr von dem ich sagte, wäre verweist, wer sich auf den verlassen wollte würde betrogen.“ Der Kaiserswerther Diakonisse gelang zu ihrem großen Leidwesen die Bekehrung der Sterbenden nicht (Fliedner Archiv, Schwesterbriefe, Cleve 1845-1854, Sign. 130).

Für die „Seelenpflege“ war das Wissen um den bevorstehenden Tod eminent wichtig. Unter Ärzten wurde über die Pflicht zur „Wahrheit am Krankenbett“ leidenschaftlich gestritten. Viele Ärzte sprachen sich gegen eine vollständige Aufklärung von Schwerkranken über ihren bald bevorstehenden Tod aus, um den Kranken nicht früh in Todesangst zu versetzen und so ihr Leben noch weiter zu verkürzen. Auch problematisierten Ärzte die Vorhersagbarkeit des Todes und vertraten die Auffassung, dass eine eindeutige Aussage über die Lebenserwartung nicht zu treffen sei. Hier deutet sich eine Konfliktlinie zwischen religiös motivierten und naturwissenschaftlich denkenden, zuweilen antiklerikal eingestellten Ärzten an, deren Bedeutung es noch näher zu untersuchen gilt.

Schlussbemerkung

Auch wenn die Überlieferung der Situation sterbender Schwerkranker um 1800 wesentlich mehr über die Beschreibenden – Ärzte und Krankenpflegerinnen – aussagt als über die sterbenden Patienten und Patientinnen, so lässt sich doch aus den Quellen ersehen, wie Schwerkranke unterbürgerlicher Herkunft handelten – sie konnten entscheiden, keine ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen bzw. den Besuch des Arztes abzulehnen. Umgekehrt hatten sie nicht die Wahl, wenn Ärzte sie „aufgaben“ und sie nicht mehr als ihre Patienten ansahen.

Sterbende traten auch als Handelnde in Erscheinung, wenn es um die religiöse Unterweisung durch die Krankenpflegerinnen und schließlich die religiöse Sterbebegleitung ging: Viele Schwerkranke widerstanden den Missionierungsversuchen der Pflegerinnen und machten so ihre Handlungsautonomie geltend.

Obgleich an unheilbaren Krankheiten Leidende in der Regel im häuslichen Raum medizinisch versorgt und beim Sterben begleitet wurden, zeigen die analysierten Fallbeschreibungen aus frühmodernen Universitätskliniken, dass auch dort Sterbende medizinisch betreut wurden und das wissenschaftliche Interesse auch der palliativen Therapie galt.

Weitere Forschungen werden ergeben, ob frühmoderne Krankenhäuser „Orte zum Sterben“ für unheilbare Kranke waren, die aufgrund ihrer ökonomischen und sozialen Situation nicht zu Hause sterben konnten oder wollten. Gleichzeitig sollen die Bedingungen des Sterbens im häuslichen Bereich eingehender untersucht werden, um so der romantischen Vorstellung vom Sterben im Kreis der Familie oder Nachbarschaft, die in den kulturgeschichtlichen Forschungen zum Tod gepflegt wird, ein differenziertes Bild gegenüberzustellen.

LITERATUR

- Ackerknecht, Erwin H. 1968: Death in the History of Medicine, *Bulletin of the History of Medicine*, 42, 19-23
- Ariès, Philippe 1982: *Geschichte des Todes*, München
- o. A. 1820. Ärztliche Besuchs-Anstalt der erkrankten Armen in Würzburg
- Bake, Rita; Kiupel, Birgit 1993: Margarethe E. Milow: Ich will aber nicht murren, Hamburg
- Benad, Matthias 2002: „Komme ich um, so komme ich um [...]“ Sterbelust und Arbeitslast in der Betheler Diakonissenfrömmigkeit, *Jahrbuch für Westfälische Kirchengeschichte*, 97, 195-213
- Benad, Matthias 1996: Sterbefrömmigkeit im „Boten von Bethel“ 1894-1900, in: Benad, Matthias (Hg.): *Diakonie der Religionen*, Frankfurt/Main, 39-48
- Benjamin, Walter 1994: *Denkbilder*, Frankfurt/Main
- Bleker, Johanna 1997: To benefit the poor and advance medical science: hospitals and hospital care in Germany, 1820-1870, in: Junker, Detlef; Mattern, Daniel (Hg.): *Medicine and Modernity*, Cambridge; New York, 17-34
- Bleker, Johanna 1995: Die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse am Juliuspsital 1821-1829, in: Bleker, Johanna; Brinkschulte, Eva; Grosse, Pascal (Hg.): *Kranke und Krankheiten im Juliuspsital zu Würzburg 1819-1829*, Husum, 92-124
- Bleker, Johanna 1996: Die medizinische Funktion des frühmodernen Krankenhauses. Zur Analyse des Diagnosespektrums der Inneren Abteilung des Würzburger Juliuspsitals 1819-1829, in: Labisch, Alfons; Spree, Reinard (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.“ *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Frankfurt/Main; New York, 123-144
- Brumlik, Micha 1998: Archäologie als psychoanalytisches Paradigma der Geschichtswissenschaft, in: Rüsen, Jörn; Straub, Jürgen (Hg.): *Die dunkle Spur der Vergangenheit*, Frankfurt/Main, 70-81
- Choulant, Ludwig 1823: *Der junge Arzt am Krankenbette*, Leipzig
- Duden, Barbara 1987: *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*, Stuttgart
- Ernst, Katharina 2003: *Krankheit und Heiligung: die medikale Kultur württembergischer Pietisten im 18. Jahrhundert*, Stuttgart
- Ernst, Katharina 1999: Patientengeschichte. Die kulturhistorische Wende in der Medizinhistoriographie, in: Bröer, Ralf (Hg.): *Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne*, Pfaffenweiler, 97-108
- Freud, Sigmund 1950: *Konstruktionen in der Analyse. Gesammelte Werke, Band 16: Werke aus den Jahren 1932-1939*, Frankfurt/Main [Originalausgabe 1937], 43-56

- Frevert, Ute 1984: Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen
- Franke, Hans; Schröder, Joachim 1957: Die Würzburger Medizinische Universitäts-Poliklinik 1807-1957, Stuttgart
- Fuchs, Conrad Heinrich 1855: Bericht über die medicinische Klinik zu Göttingen im Jahre 1853/54, Göttingen
- Fuchs, Conrad Heinrich 1835: Bericht über die Vorgänge an der Poliklinik zu Würzburg im Jahre 1835. Mit einigen Bemerkungen über die Krankheits-Constitution dieses Jahres, o.O.
- Gleixner, Ulrike 2005: Pietismus und Bürgertum: eine historische Anthropologie der Frömmigkeit; Württemberg 17.-19. Jahrhundert, Göttingen
- Gregory, John 1778: Vorlesungen über die Pflichten und Eigenschaften des Arztes, Leipzig
- Hebeisen, Erika 2005: Leidenschaftlich fromm. Die pietistische Bewegung in Basel 1750-1830, Köln; Weimar; Wien
- Jentzsch, Gunda 1988: Zur Geschichte der klinischen Medizin in Göttingen: Das Ernst-August-Hospital 1850-1890, Göttingen
- Klein 1822: Ausrottung einer ungewöhnlich grossen Knochen-Speckgeschwulst aus dem Oberkinnbacken, Rheinische Jahrbücher für Medicin und Chirurgie, 5, 42-46
- Klohss, Karl Ludwig 1835: Die Euthanasie. Die Kunst den Tod zu erleichtern, Berlin
- Lachmund, Jens; Stollberg, Gunnar 1995: Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. Jahrhundert bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien, Opladen
- Loetz, Francisca 1993: Vom Kranken zum Patienten: „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850, Stuttgart
- Marx, Karl Heinrich 1827. Ueber Euthanasie, Berlin
- Mischke, Marianne 1996: Der Umgang mit dem Tod, Berlin
- Mohr, Bernhard 1833: Beiträge zur Kenntnis der organischen Hirnkrankheiten, Würzburg
- Osiander, Friedrich Benjamin 1819: Veranlassung zu einer Reise nach Leipzig und Erzählung der daselbst verrichteten chirurgischen Operationen, Tübingen
- Osiander, Friedrich Benjamin 1816: Bericht, in: Göttingische gelehrte Anzeigen 12, 121-126
- Osiander, Friedrich Benjamin 1803: Heilung des Mutterkrebses und krankhafter Auswüchse aus der Gebärmutter, durch den Schnitt, Journal der practischen Heilkunde, 6, 133-135
- Peipers 1822: Geschichte einer langjährigen, erst nach dem Tode der Patientin völlig erkannten, Unterleibs-Krankheit, nebst beigefügtem Sectionsberichte, Rheinische Jahrbücher für Medicin und Chirurgie, 5, 47-93
- Piller, Gudrun 1999: Krankheit schreiben. Krankheit und Sprache im Selbstzeugnis von Margarethe E. Milow-Hudtwalker (1748–1794), Historische Anthropologie, 7, 212–235
- Porter, Roy 1985: The Patient's View: Doing Medical History from below, Theory and Society, 14, 175-198
- Prelinger, Catherine M. 1987: Charity, Challenge, and Change. Religious Dimensions of the Mid-Nineteenth-Century Women's in Germany, New York et al.
- Reil, Johann Christian 1816: Entwurf einer allgemeinen Pathologie, Halle
- Sauter, Johann Nepumuk 1822: Die gänzliche Extirpation der carcinomatösen Gebärmutter ohne selbst entstandenen oder künstlich bewirkten Vorfall vorgenommen und glücklich vollführt. Mit näherer Anleitung wie diese Operation gemacht werden kann, Konstanz
- Schlumbohm, Jürgen 2004: „Die Schwangeren sind der Lehranstalt halber da“: Das Entbindungshospital der Universität Göttingen, 1751 bis ca. 1830, in: Schlumbohm, Jürgen; Wiesemann, Claudia (Hg.): Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751-1850: Göttingen; Kassel; Braunschweig, 31-62
- Seybold, Hans-Albrecht Rainer 1963: Conrad Heinrich Fuchs (1803-1855). Ein Lebens- und Zeitbild, Diss Med. Göttingen

- Siebold, Adam Elias von 1824: Eine vollkommene Extirpation der scirrösen, nicht prolabirten Gebärmutter, verrichtet und beschrieben vom Herausgeber, *Journal für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten*, 4, 507-560
- Sticker, Anna 1960: Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Deutsche Quellenstücke aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Stuttgart.
- Stolberg, Michael 2003: *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*, Köln; Weimar; Wien
- Tanner, Jacob 2004: *Historische Anthropologie zur Einführung*, Hamburg
- Thierfelder, Johann Gottlieb 1843: Darf der Arzt dem Kranken die vorhandene unvermeidliche Gefahr des nahen Todes ankündigen, und unter gewissen Umständen das Leben absichtlich verkürzen?, *Medicinischer Argos*, 5, 148-162
- Tromp, Fritz 1914: Die Sterblichkeit der Schwestern des Diakonissenmutterhauses zu Kaiserswerth mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose, *Der Armen- und Krankenfreund*, 66, 181-192
- Weber-Reich, Traudel 2002: „Eine würdige Berufstätigkeit für das weibliche Geschlecht“. Der Göttinger Frauenverein seit 1840, in: Böhme, Ernst; Vierhaus, Rudolf (Hg.): *Göttingen: Geschichte einer Universitätsstadt*, Bd. 2: Vom Dreißigjährigen Krieg bis zum Anschluß an Preußen – Der Wiederaufstieg als Universitätsstadt (1648-1866), Göttingen, 609-634
- Weber-Reich, Traudel 1993: „Um die Lage der hiesigen nothleidenden Classe zu verbessern.“ Der Frauenverein zu Göttingen von 1840 bis 1956, Göttingen
- Wolff, Eberhard 1998: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung, in: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hg.): *Medizingeschichte: Probleme, Perspektiven*. Frankfurt/Main; New York, 311-334