Zeitschrift: Basler Zeitschrift für Geschichte und Altertumskunde

Herausgeber: Historische und Antiquarische Gesellschaft zu Basel

Band: 115 (2015)

Artikel: "Gestern machte der Todt den Schmerzen Ende" : Was Basler Skelette und Krankenakten über Schmerzen im 19. Jahrhundert mitteilen

Autor: Boenzli, Noemi / Hotz, Gerhard / Orland, Barbara

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-813333

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

«Gestern machte der Todt den Schmerzen Ende». Was Basler Skelette und Krankenakten über Schmerzen im 19. Jahrhundert mitteilen

*Von Noemi Boenzli, Gerhard Hotz, Barbara Orland**

Einleitung

Schmerz als historische Erfahrung zu erfassen, ist ein schwieriges Unterfangen. Denn wenn es sich hierbei auch um ein vertrautes, allgegenwärtiges Phänomen handelt, so sind die Erfahrungen damit sehr verschieden. Schmerz kann nur subjektiv erfahren werden. Man erlebt den eigenen Leib auf direkte, unausweichliche Weise. Eben wegen dieser unteilbaren Ausdrucksweise wird Schmerz auch als «vorsprachlich» bezeichnet. Nicht nur, dass es einem im Moment seines Auftretens die Sprache verschlägt, es ist auch so gut wie unmöglich, die verschiedenen Schmerzintensitäten in klarer und für den Anderen direkt nachvollziehbarer Weise zu artikulieren. Wenn es sich bei Schmerzäusserungen um stark subjektiv gefärbte Wahrnehmungen handelt, können sie zudem nicht ohne weiteres verglichen werden. Was für die einen ein unerträglicher Schmerz ist, kann von anderen ohne Regung ertragen werden. Was die einen als Simulantentum abqualifizieren, empfinden andere als starke Einschränkung der Lebensqualität. Verständigungsprobleme sind vorprogrammiert. Seit Elaine Scarrys richtungweisender Studie «The Body in Pain»[1] wird deshalb die von ihr formulierte These debattiert, Schmerz widerstehe der Repräsentation.[2]

Scarry hatte in den Archiven von «Amnesty International» Protokolle der Geheimdienste, Berichte von Gefolterten und ärztliche Diagnosen studiert. Diese hatten sie zu der Überzeugung kommen

* Barbara Orland: Einleitung und Fazit; Noemi Bönzli: Schmerzerfahrungen in den Krankenakten; Gerhard Hotz: Skelette und Krankenakten als historische Quellen, Zwei exemplarische Schmerzgeschichten, Zahnschmerzen im Tagebuch.

1 Elaine Scarry: The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World, Oxford 1985.

2 Vgl. zum Thema Schmerz und Sprache z.B.: Lisa Tambornino: Schmerz: Über die Beziehung physischer und mentaler Zustände, Berlin und Boston 2013, S. 79ff.; David B. Morris: Geschichte des Schmerzes, Frankfurt a.M. 1994. Zu interdisziplinären Perspektiven: Marcus Schiltenwolf/Wolfgang Herzog (Hg.): Die Schmerzen (Beiträge zur medizinischen Anthropologie), Würzburg 2011.

lassen, dass extremer Schmerz nicht kommuniziert werden kann. Er biete nicht nur der Sprache Widerstand, sondern zerstöre sie regelrecht. Weil er nicht allgemein beschrieben oder verschriftlicht werden könne, so schlussfolgerte sie, werde Schmerz auch in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit so gut wie kein Raum gegeben. Selbst im konkreten sozialen Umfeld sei der Leidende häufig auf sich allein gestellt. Er müsse sich auf einen gemeinsam geteilten Erfahrungshintergrund berufen und darauf hoffen, dass sein Gegenüber sich vorstellen könne, was er empfindet. Die Medizin bestätigt in gewisser Weise diese Repräsentationslosigkeit des Schmerzes. So urteilte das «Institute of Medicine» der US-amerikanischen «National Academy of Science» 1987, es gebe kein objektives Mass für Schmerz, keine Laborparameter für quantifizierbare Schmerzäquivalente oder dergleichen. Schmerz könne nicht von persönlicher Wahrnehmung und sozialem Umfeld getrennt werden.[3] Wenn man dann noch berücksichtigt, dass individuelle Schmerzen wie jede Form subjektiver Erfahrung epochenspezifisch variabel sind und als solche einer historischen Entwicklung unterliegen, wird es vollends schwierig, einigermassen verallgemeinerbare Aussagen zu treffen.[4]

In deutlichem Gegensatz zur wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Sprachlosigkeit des Schmerzes steht seine Bedeutung in der medizinischen Diagnostik und Therapie.[5] Ohne Unwohlsein und Schmerzen entsteht selten eine Beziehung zwischen Arzt und Patient. Eine Kontaktaufnahme beginnt in der Regel mit der Mitteilung, dass es an einer bestimmten Stelle im oder am Körper wehtut. Damit der Arzt überhaupt tätig werden kann, benötigt er möglichst genaue Informationen über das körperliche Empfinden. Erst anschliessend wird die persönliche Mitteilung als physische

3 Vgl. Volker Roelcke: Statistik und Erinnerung. Theoretische und methodische Zugänge zum Schmerz in der (Ethno-) Medizinischen Forschung, in: Roland Borgards (Hg.): Schmerz und Erinnerung, München 2005, S. 259–270, hier S. 259.

4 Zur Geschichte der medizinischen Schmerzdefinitionen vgl. Christa Hüper: Schmerz als Krankheit. Die kulturelle Deutung des chronischen Schmerzes und die politische Bedeutung seiner Behandlung, Frankfurt a.M. 1994; Roselyne Rey: Histoire de la douleur, Paris 2000; Andreas Niklaus Bindler: Schmerz und Schmerzbehandlung zwischen 1650 und 1760, Basel 1988.

5 Akute Schmerzen sind so betrachtet physiologisch sinnvoll. Schmerzimpulse warnen vor Schäden und helfen damit, die Gesundheit zu erhalten. Im Unterschied zum akuten Schmerz wird der chronische Schmerz allerdings als pathologisch eingestuft, weil er anzeigt, dass kein Heilungsprozess stattfindet. Als chronische Schmerzen bezeichnet die «International Assocation of the Study of Pain» (IASP) solche Schmerzen, die länger andauern als die normale Wundheilung. (Lesley Covin & Marie Fallon: Schmerzmedizin, Bern 2013.)

Veränderung von somatischen Strukturen interpretiert, auf anatomisch lokalisierbare Materialveränderungen oder Mechanismen biologischer Prozesse bezogen. Die Verbalisierung des Schmerzes und die Definition von Krankheit stehen in unmittelbarer Beziehung zueinander. Auch der Behandlungserfolg wird häufig daran gemessen, ob der Schmerz nachlässt oder vom Patienten eine Veränderung bemerkt wird. Erscheinungsformen und -verläufe, Lokalisierung und Qualität des Schmerzes sprachlich möglichst detailliert zu beschreiben, ist aus medizinischer Perspektive daher unerlässlich, wie schon Ferdinand Sauerbruch eindringlich beschrieb:

> »Wir bedürfen der bildhaften Umschreibungen, um ein Schmerzerlebnis zu verdeutlichen. [...] Schmerzen werden als stechend, reißend, bohrend, kneifend, klopfend, drückend, brennend, schneidend beschrieben. Alle diese Qualitäten können jedoch außerdem von anderen Empfindungsweisen überlagert sein.»[6]

Mag die Rede über den Schmerz auch schwer zu objektivieren und zu standardisieren sein, ein kommunikatives Ereignis ist sie in jedem Fall. In diesem Sinne hat die Schmerzkommunikation auch nicht nur einen medizinisch-biologischen Sinn. Der Umgang mit Schmerz, seine Wahrnehmung und Bewertung sind sozial und kulturell geprägt und vor allem historisch veränderbar. In den letzten Jahrzehnten hat die Beschäftigung mit Schmerzerlebnissen und -erfahrungen in den Kulturwissenschaften folglich besondere Aufmerksamkeit erfahren. Als literaturwissenschaftliches Sujet, aber ebenso auch als medizin- und sozialgeschichtliches Phänomen wurde der Schmerz behandelt, weil er sich als Schnittstelle zwischen Körper, Psyche und Kultur dazu eignet, die eingetretenen Pfade zwischen geistes- und naturwissenschaftlich-medizinischen Forschungen zu überwinden.[7]

Die folgenden Ausführungen reihen sich in diese Tradition ein. Sie versuchen anhand von zwei sehr verschiedenen Quellengattungen, die aufgrund eines glücklichen Umstandes ergänzend analysiert werden können, einen Beitrag zur Klärung der Frage zu leisten, wie im Spital des 19. Jahrhunderts Schmerzen erfahren und in die medizinische Behandlung integriert wurden. Wir werden im Folgenden zuerst die Basler Quellen beschreiben und ihre methodischen Besonderheiten hervorheben. Anschliessend wird anhand

6 Ferdinand Sauerbruch/Hans Wenke: Wesen und Bedeutung des Schmerzes, 2. Auflage, Frankfurt a.M. 1961, S. 27.

7 Neben der erwähnten Literatur noch Anne-Rose Meyer: Homo dolorosus: Körper – Schmerz – Ästhetik, München 2011.

von Krankenakten, die sich zunächst ausschliesslich auf Krebspatienten im Zeitraum zwischen 1840 und 1865 beziehen, dargestellt, welche Art von Schmerzen Ärzte in den Krankenakten thematisierten, wie sie diese bewerteten und welche Stimme sie dabei den Patienten gaben. Im dritten Abschnitt werden an zwei prägnanten Schmerzgeschichten die vorhandenen Akten mit den Skelettbefunden verglichen und die Frage diskutiert, inwieweit Knochenbefunde Hinweise auf Schmerzerfahrungen, insbesondere Zahnschmerzen, geben können. Ergänzend fügen wir drei Tagebucheinträge hinzu, die eine Ahnung von diesem allgemein verbreiteten Alltagsphänomen ausserhalb des Spitals geben. Aus heutiger Sicht, so werden wir abschliessend ausführen, scheinen manche Schmerzen nicht klinikrelevant gewesen zu sein.

Skelette und Krankenakten als historische Quellen

Mit der Aufhebung des Basler Armenspitals bei der Barfüsserkirche und dem Neubau eines für die damalige Zeit modernen und besteingerichteten Spitals an der Hebelstrasse begann 1842 eine neue Ära der medizinischen Behandlung in Basel. Das Spital umfasste eine medizinische und eine chirurgische Abteilung, eine Hausapotheke, eine Gebär- und Irrenanstalt, eine angegliederte Armenherberge und ein Pfrundhaus. Aus einer zentral gelegenen Küche wurden alle Abteilungen mit Essen versorgt, was ab 1868 mittels Eisenbahn-Rollwägen geschah. Das neue Spital umfasste mit insgesamt ca. 340 Betten 90 Betten mehr als das alte Armenspital.[8] Es war nicht so sehr die Grösse des neuen Spitals, welches trotz mehrmaligem Ausbaues immer wieder an seine Kapazitätsgrenzen stiess, sondern dessen neue Auffassungen gegenüber den Kranken: es wurde nicht mehr zwischen heilbaren und unheilbaren Patienten unterschieden. Schloss man im alten Spital die chronisch und unheilbar Kranken, wie z.B. die Krebspatienten, mit den Irren und Verrückten im sogenannten Grossen Almosen unter erbärmlichen Zuständen weg, wurden nun im Bürgerspital die Krebskranken regulär mit den anderen Patienten in der medizinischen Abteilung gepflegt.

8 Davon waren allein 160 Betten für das Pfrundhaus vorgesehen. Vgl. Fritz de Quervain/F. Siebenmann/Rudolf Staehelin: Spital und Klinik-Probleme in Basel. Basel 1917, hier S. 9.

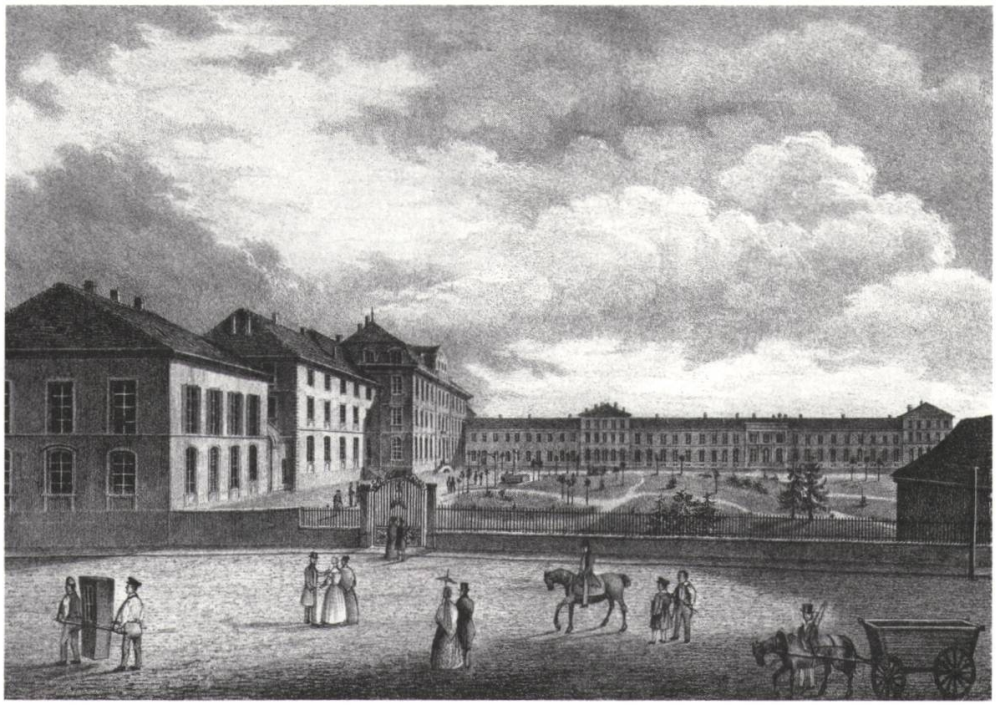

Abbildung 1

1842 beginnt die neue Epoche des Bürgerspitals. Architektonisch kommt dieser Aufbruchswille im imposanten Neubau zum Ausdruck. Die Basler Bürgerschaft war sichtbar stolz auf ihren mit eigenen Mitteln finanzierten Spitalbau (StABS, BILD 3, 104 b).

Der medizinischen und der chirurgischen Abteilung stand jeweils ein Oberarzt vor. Morgens von acht bis zehn Uhr führten die Oberärzte – unterstützt durch je einen Assistenzarzt – die Visite durch. Abends von fünf bis sechs Uhr unterrichteten sie an der medizinischen Fakultät. Beide Oberärzte verfügten hauptberuflich über eine Privatpraxis. Die Assistenzärzte arbeiteten in der medizinischen Abteilung in der Regel zwischen zwei bis maximal fünf Jahre, um anschliessend mit dem erworbenen Wissen eigene Praxen zu gründen. Die Qualität der heute verfügbaren Krankenakten haben wir vermutlich Karl Gustav Jung (1794–1864) zu verdanken, der seit 1828 Spitalarzt und damit zuständig für das Armenspital war. Mit dem Neubau wurde er zum Oberarzt der medizinischen Abteilung berufen. Der stark der Forschung verpflichtete Mediziner übte sein Amt während fast 36 Jahren bis zu seinem Tode im Juni 1864 aus. Karl Gustav Jung sorgte so für eine grosse Kontinuität innerhalb seiner Abteilung und war wahrscheinlich verantwortlich für das exakte Patientenwissen, welches in den Krankenakten greifbar wird.

Ab dem Jahr 1840 bis zum Jahr 1900 liegen die Krankengeschichten der Medizinischen Abteilung lückenlos vor. Allein die

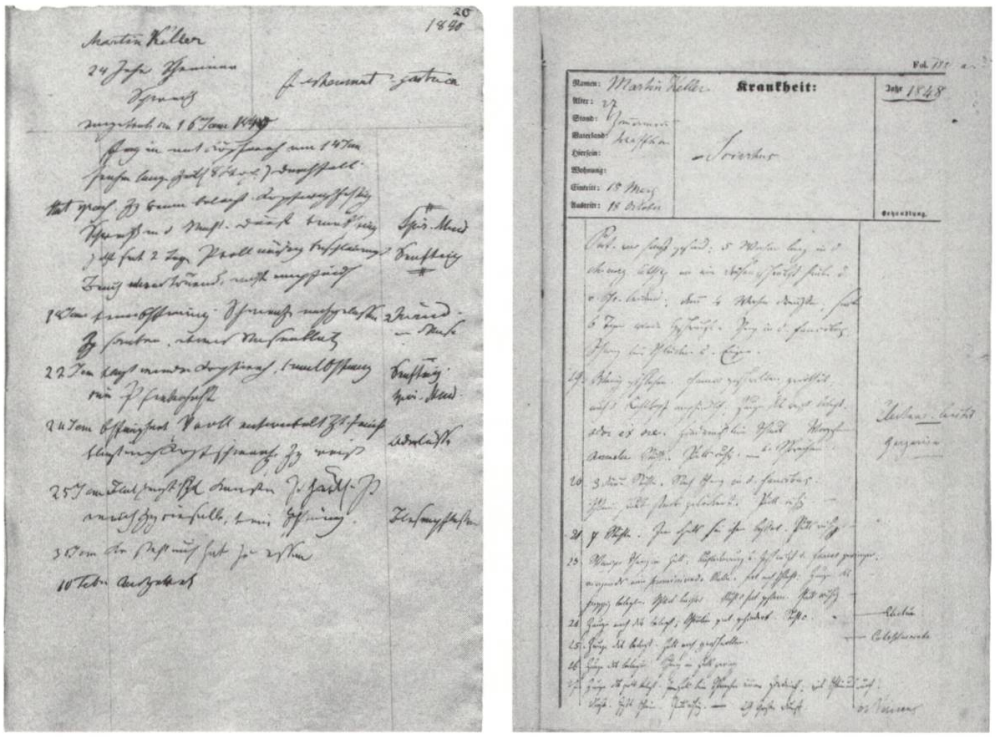

Abbildung 2

Krankenakten von Martin Keller aus dem Jahr 1840 (links) und 1848 (rechts). Der Unterschied ist offensichtlich. Kellers erste Akte datiert noch in das alte Spital an den Schwellen (StABS, Spital V 30.1: 20 und V 30.9: 182).

Bände für die Jahre von 1845 bis 1868 (= Zeitraum des Spitalfriedhofes) umfasst für die Medizinische Abteilung über 20 000 Patientenakten, die in 33 Folianten im Staatsarchiv aufbewahrt werden und über 90 000 Seiten beinhalten. Dieser ungeborgene Schatz stellt im deutschsprachigen Raum einen einzigartigen Quellenkorpus dar. Die Krankenakten der chirurgischen Abteilung sind erst seit dem Jahre 1862 erhalten. Diese liegen nicht in gebundener Form mit eigenem Patientennamensverzeichnis vor, sondern sind in loser Form in nach Krankheiten geordneten Mappen abgelegt. Ob seitens der Chirurgie bereits zu einem früheren Zeitpunkt Krankenakten angelegt wurden, entzieht sich unserer Erkenntnis. In den Akten der medizinischen Abteilung wurde jeder Spitalaufenthalt in Basel, aber auch in anderen Städten akribisch vermerkt. Zum Teil lagen zwischen dem ersten und einem späteren Eintritt mehrere Jahre. Die Ärzte waren also bestens über die Patientenfluktuation informiert und kannten die Geschichten einzelner Patienten über einen längeren Zeitraum. Exemplarisch lässt sich hier die Krankenakte von Martin Keller aus der Endzeit des Armenspitals vorzeigen, deren formale Erscheinung als unstrukturiertes Blatt sich mit Beginn der neuen

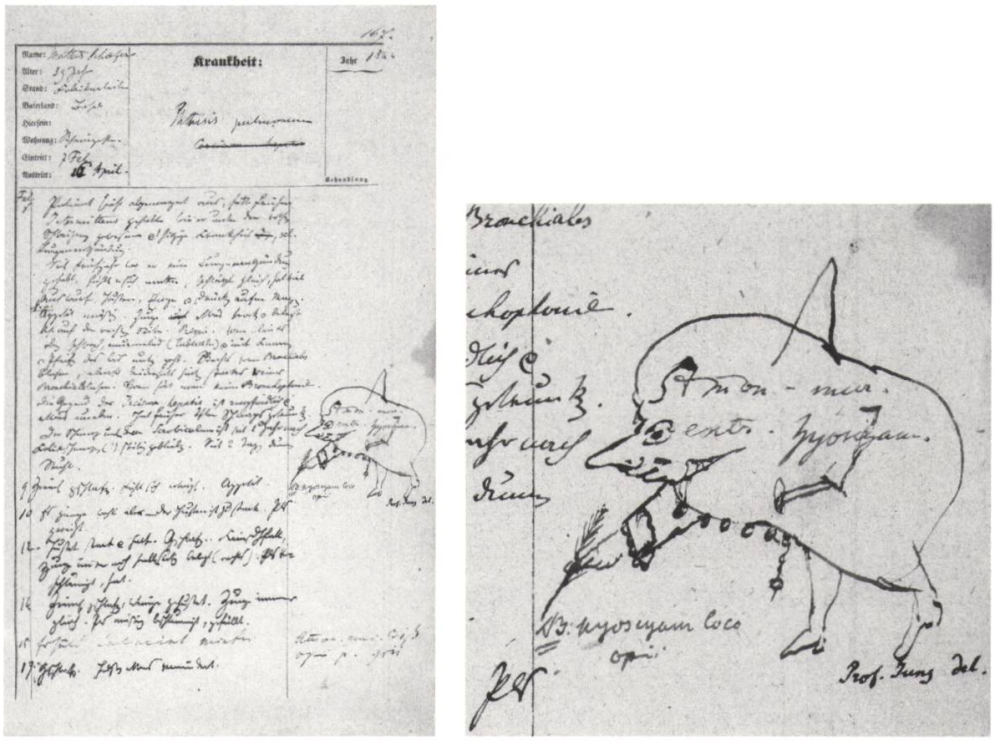

Abbildung 3

Krankenakte des Fabrikarbeiters Mathias Schaefer, der nach 1844 nach zweimonatigem Spitalaufenthalt an Tuberkulose verstarb. Die wahrscheinlich von Prof. Jungs gezeichnete Karikatur ist eine seltene humoristische Einlage in den sonst sehr sachlich gehaltenen Akten (StABS, Spital V 30.5: 167).

medizinischen Ära in ein einheitlich eingeteiltes und sich gleichbleibendes Formular fortentwickelte.

Die Krankenakten geben in ihrer Kopfzeile formalisiert die wichtigsten Informationen zum Patienten wieder. Neben Namen, Ein- und Austrittsdatum, der Krankheitsdiagnose, der Herkunft und der Dauer des Aufenthalts in Basel wurden auch der Beruf und die Wohnadresse aufgeführt. In Fällen, in denen Patienten mehrere Male ins Spital eingeliefert wurden, lässt sich häufig eine hohe Mobilität der Personen innerhalb Basels feststellen, Wohnungswechsel waren keineswegs selten.[9] Im darauf folgenden Abschnitt erfassten die Ärzte die gesundheitliche Vorgeschichte und häufig wurde auch auf die soziale Herkunft der Patienten eingegangen. Dadurch erhalten wir zum Teil in erstaunlicher Detailliertheit Informationen über das persönliche Schicksal der Kranken. Nach der Anamnese und dem

9 Für Maria Magdalena Scherb, die 36 Jahre alt an den Folgen von Syphilis starb und sechsmal hospitalisiert war, konnten aufgrund ihrer Krankenakten sechs Wohnadressen nachgewiesen werden: Hammerstr. 2, Riehentor, Greifengasse, Hammerstr. 86, Imbergässchen 11 und Trillengässlein 11.

Status präsens wurde der Krankheitsverlauf in beschreibender Form festgehalten. Parallel dazu listeten die Ärzte in der rechten Spalte die Medikation auf. Nach einem Exitus erfolgte in der Regel eine Sektion, die spätestens nach 24 Stunden im Spital selbst durchgeführt wurde. Nur bei schweren Erkrankungen wurden die Leichen in die Anatomie am Rheinsprung gebracht und verblieben dort knapp eine Woche.

Ober- und Assistenzarzt wechselten sich meist dabei ab, den Krankenverlauf festzuhalten. Noch heute lassen sich die Handschriften der Schreibenden den jeweiligen Medizinern gut zuordnen, so dass auch Aussagen über das Arzt-Patienten-Verhältnis über einen langen Zeitraum hinweg gemacht werden können.[10] Mit Beginn eines neuen Jahres wurden alle innerhalb des vergangenen Jahres abgeschlossenen Krankenakten in einem Band in chronologischer Reihenfolge gebunden und mit einem Namensverzeichnis versehen. Damit verschafften sich die Mediziner ein gut durchdachtes System, um jederzeit auf die Patientenvorgeschichte zugreifen zu können, vermutlich auch zu Forschungszwecken.[11]

Diese aufgrund ihrer lückenlosen Überlieferung an sich schon einzigartige Quellenlage wird durch einen glücklichen Umstand um eine biohistorische Quelle erweitert. Der zum neuen Spital zugehörige Gottesacker vor dem St. Johanns-Tor wurde 1988 und 1989 durch die Archäologische Bodenforschung Basel-Stadt teilweise ausgegraben.[12] Grund für die archäologischen Grabungen war die Terrainabsenkung für den neuen St. Johanns-Park. Über 1 000 Bestattungen auf dem von 1845 bis 1868 in Betriebe stehenden Friedhofs

10 Gerhard Hotz/Hubert Steinke: Knochen, Skelette, Krankengeschichten. Spitalfriedhof und Spitalarchiv – zwei sich ergänzende Quellen, in: BZGA 112 (2012), S. 105–138, hier S. 124.

11 Zum Beispiel war der aus Baden stammende Johann Wittmer (1818–1853), der seit 1847 als Steinhauer in Basel arbeitete und zweimal hospitalisiert war, während der badischen Revolution 1849 in Rastatt von einer Kugel am rechten Schulterblatt schwer verletzt worden. Bei seinem ersten Spitalaufenthalt 1852 wurde diese verheilte Verletzung in der Anamnese festgehalten. 1853 verstarb er an Tuberkulose und bei der Obduktion entnahmen die Ärzte zielgerichtet zu Lehr- und Vergleichszwecken das besagte Schulterblatt. 130 Jahre später löste bei der archäologischen Grabung 1988 das Fehlen eines Schulterblattes bei einem sonst vollständig erhaltenen Skelett einige Irritationen aus. Die Transkription der Krankenakten brachte 20 Jahre später die Lösung dieses ungewöhnlichen Falles.

12 Die Zahl der Skelette wird sich durch eine im Frühjahr stattgefundene Rettungs- und Lehrgrabung seitens der Archäologischen Bodenforschung und der Universität Basel um weitere 50 bis 60 Skelette erweitern. Grund für diese Grabung war eine Fernheizungsrohrverlegung für das Universitätsspital und das Biozentrum Basel.

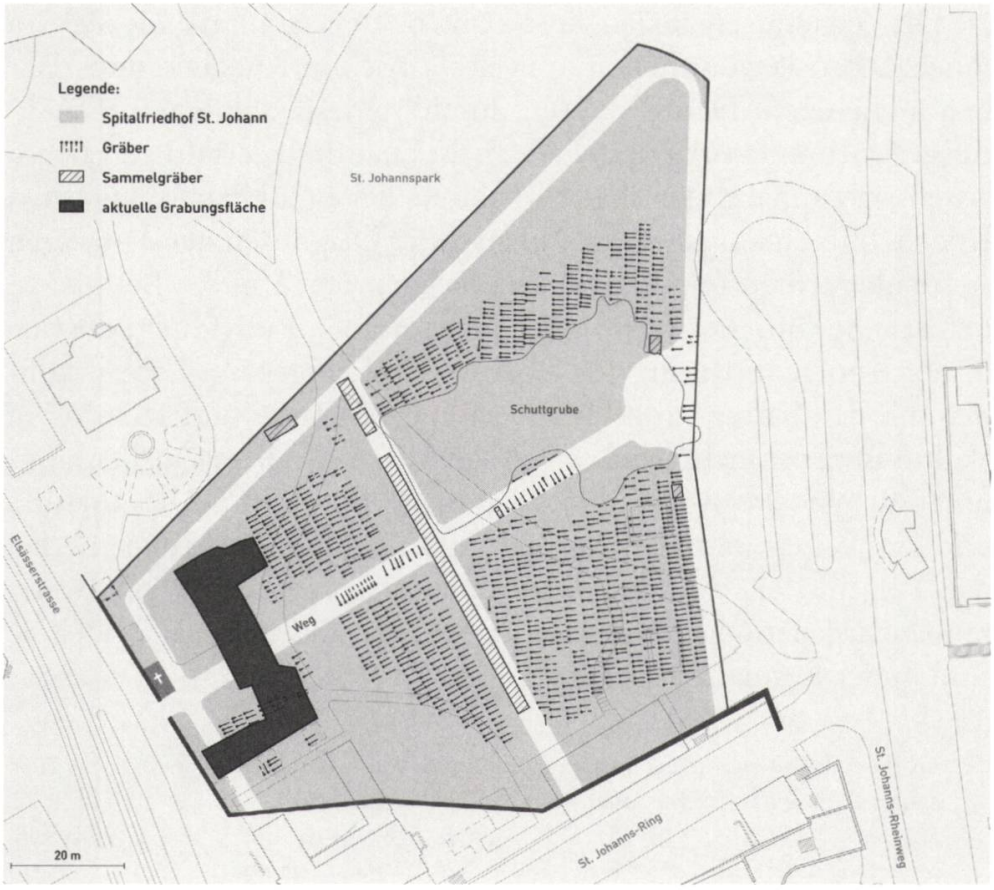

Abbildung 4

Gräberplan der beiden Grabungen 1988/89 und der Rettungs- und Lehrgrabung von 2015, Fläche dunkelgrau markiert (Plan: Archäologische Bodenforschung Basel-Stadt, Bearbeitung: Peter von Holzen).

wurden dabei untersucht. Aufgrund eines Gräberverzeichnisses[13] und den Krankenakten konnten 80 Prozent der Bestatteten mit Name und Herkunft identifiziert werden, und dies obwohl nie ein Friedhofsplan existierte.[14] Fast 500 der damals ausgegrabenen Skelette oder Teile sind im Naturhistorischen Museum in der Anthropologischen Sam[mlung archiviert und der Forschung zugänglich. Beinahe zu jedem Skelett und damit ehemaligen Patienten[15] liegen eine bis mehrere Krankenakten transkribiert vor.[16]

13 StABS, Bau JJ 44: Gräberverzeichnis 1845–68.

14 Hotz/Steinke (wie Anm. 10), hier S. 54.

15 Pfründerinnen und Pfründer des Spitals werden erst mit einem krankheitsbedingten Wechsel in die medizinische oder chirurgische Abteilung durch die Krankenakten erfassbar.

16 Gerhard Hotz/Andreas Cueni: Ein Überblick zum Forschungsstand der frühneuzeitlichen Skelettserie Spitalfriedhof St. Johann, Basel, in: Bulletin der Schweizerischen Gesellschaft für Anthropologie 9/1 (2003), S. 1–6, hier S. 1–3. Daniel Müller (1814–1864)

Die Skelette ergänzen die Krankenakten insofern, als sich in ihnen Lebensgewohnheiten umweltplastisch in Knochen und Zähnen archivieren. Damit werden durchlittene Krankheiten, Ernährung, Arbeitsbelastung und vieles mehr quantitativ erfassbar. Ebenso lassen sich anhand der «harten Fakten» der krankhaft veränderten Knochen in einem gewissen Ausmass die Diagnosen der damaligen Ärzte überprüfen und gegebenenfalls ergänzen. Um ein Beispiel zu nennen: Spezifische Stressphasen bei einzelnen Individuen, die sich in der Knochenstruktur der Oberschenkel eingeprägt haben, können mit den Krisen- und Hungersnöten von 1806 und 1816/17 in Verbindung gebracht werden.[17] Allgemein stellt diese Quellenkombination eine hervorragende Grundlage für Methodenevaluation und die Weiter- und Neuentwicklung anthropologischer Methoden dar. Verschiedene Methoden wurden bereits getestet, wie z.B. der molekulargenetische Nachweis des Tuberkuloseerregers,[18] oder sie sind in der Evaluationsphase.[19]

aus Basel beispielsweise war über einen Zeitraum von sieben Jahren von 1857 bis 1864 neunmal im Spital (StABS Spital V 30.18: 250, V 30.20: 324, V 30.22: 388, V 30.23: 395, V 30.24: 293, V 30.24: 355, V 30.24: 698, V 30.25: 162 und V 34.3: 244). Je zahlreicher die Aufenthalte, desto klarer lässt sich eine Patient erfassen.

17 Stefanie Doppler: Alters-, Aktivitäts- und Krankheitsmerkmale in der menschlichen Knochenmikrostruktur: Eine vergleichende Studie einer individualaltersbekannten historischen Population mit rezenten Menschen, Dissertation an der Fakultät für Biologie der Ludwig-Maximillians-Universität München 2008, hier S. 96. Gerhard Hotz/Till Scholz: Vom Reb- zum Gottesacker: die Geschichte des Areals St. Johanns-Park, in: Archäologie der Schweiz 38 (2015), S. 52–55 und S. 55.

18 Lisa Seifert: Molekulargenetische Applikationen in der Paläoepidemiologie am Beispiel Tuberkulose. Magisterarbeit an der Fakultät für Biologie der Ludwig-Maximillians-Universität München, S. 1–208.

19 Zurzeit wird in einer Dissertation an der Integrativen Prähistorischen und Naturwissenschaftlichen Archäologie (IPNA) der Universität Basel der Zusammenhang zwischen Stressbelastung durch Schwangerschaften und den in Zahnzementschichten nachweisbaren Zementanomalien überprüft. Ähnlich wie beim erwähnten Beispiel mit der Knochenstruktur und den Hungerkrisen hinterlassen auch hier individuelle Stressbelastungen ihre Spuren, die sich anhand des historischen Lebenslaufes identifizieren lassen. Lässt sich dieser an modernen Frauen bereits überprüfte Zusammenhang auch an bodengelagerten Zähnen nachweisen, stellt dies einen wichtigen Fortschritt innerhalb der Anthropologie und Forensik dar. Aber auch für die Geschichtsforschung ist diese Erkenntnis von Interesse, lassen sich doch so Geburtenzahlen historischer und prähistorischer Bevölkerungen rekonstruieren. Im Rahmen solcher Forschungsarbeiten wurden jeweils drei Generationen der betroffenen Individuen genealogisch recherchiert. Der Fokus liegt dabei auf der Elterngeneration, der Geschwistergeneration und der ersten Folgegeneration der Kinder. Diese Recherchen sollen die soziale Herkunft der Personen erfassen. Lässt sich zum Beispiel ein sozialer Auf- oder Abstieg erkennen? Wie sieht die intrafamiliäre Sterblichkeit aus? Solche genealogische Recherchen stellen neben dem Bioarchiv, Skelett und den Krankenakten eine weitere wertvolle und unverzichtbare Datengrundlage dar.

Schmerzerfahrungen in den Krankenakten

Wenn es darum geht, Schmerzerfahrung und den Umgang mit Schmerzen in einem Spital des 19. Jahrhunderts nachzuzeichnen, stellen die erhaltenen Krankenakten des Basler Bürgerspitals eine reichhaltige Palette an Informationen bereit. Anhand einer Auswahl von Krankenakten wird im Folgenden zuerst auf die sprachlichen Ausdrucksdimensionen von Schmerz eingegangen. Anschliessend wird die Bedeutung des Schmerzes für die ärztliche Arbeit dargelegt und es werden die Leidensgeschichten und Schmerzerfahrungen der Patienten, die sich in den Notizen der Ärzte widerspiegeln, geschildert. Abschliessend werden die in den Krankenakten festgehaltenen Methoden der Schmerzbehandlung thematisiert. Die hier gemachte Auswahl der untersuchten Krankenakten umfasst die Jahre 1840 bis 1865 und beschränkt sich ausschliesslich auf Krankenakten von Patienten, die entweder im Sterberegister[20] oder in einer ihrer Akten eine Krebsdiagnose aufweisen.[21] Die Beschränkung erweist sich vor allem deshalb als methodisch sinnvoll, weil bei Krebserkrankungen der Anteil an Schmerznennungen und Schmerzbeschreibungen, verglichen mit anderen Krankennakten, besonders hoch ist. Vor allem die langen Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen langen und chronischen Schmerzerfahrungen führten wohl dazu, dass in den Krankenakten der Krebspatienten des Basler Bürgerspitals Schmerzen so häufig angesprochen wurden.

Unter Schmerzen zu leiden, war kein seltener Zustand der Krebspatienten des Basler Bürgerspitals. Krebs galt im 19. Jahrhundert, vor allem im fortgeschrittenen Stadium, als eine unheilbare Krankheit und an Krebs zu erkranken, bedeutete für die Betroffenen meist einen relativ langwierigen körperlichen Verfallsprozess und einen äusserst schmerzvollen Krankheitsverlauf.[22] Man wusste damals bereits, dass Krebs sich ausbreitet, andere Organe befällt und möglichst früh behandelt werden muss. Nebst den altbekannten

20 StABS, Spital AA 2.2 1842–1864 und Spital AA 2.4 1857–74. Im Sterberegister wurden alle zwischen 1842 und 1868 im Spital verstorbenen Patienten erfasst. Es gibt Auskunft über Krankheiten, Geschlecht und Alter der Verstorbenen.

21 Die Krankenakten wurden im Rahmen des Bürgerforschungsprojekts Basel-Spitalfriedhof seit 2008 am Naturhistorischen Museum Basel von Freiwilligen transkribiert und liegen in transkribierter und verifizierter Form vor. An dieser Stelle sei Marina Zulauf-Semmler, Verena Fiebig-Ebneter, Diana Gysin, Liselotte Meyer, Angelo Gianola, Marie-Louise Gamma, Odette Haas, Helena Vogler, Ludwig Huber und allen anderen hier nicht erwähnten Mitarbeitenden gedankt. Ohne ihre unermüdliche Unterstützung wären die verschiedenen erwähnten Forschungsarbeiten nicht möglich gewesen.

22 Michael Stolberg: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt am Main 2011, S. 210.

humoralpathologischen Therapieformen wie das Schröpfen, Aderlassen und die Verabreichung von Klistieren, setzte die Medizin des 19. Jahrhunderts bei der Behandlung von Krebskrankheiten wachsende Hoffnung in chirurgische Eingriffe und experimentelle Therapien.[23] Trotz des aufkeimenden Fortschrittsoptimismus musste man sich schliesslich meistens damit begnügen, bei der Behandlung in erster Linie die Linderung von Schmerzen und damit des Leidens in den Vordergrund zu stellen.[24]

Wendet man sich den sprachlichen Ausdrucksdimensionen für Schmerzen in den Krankenakten zu, fällt auf, dass häufig Nennungen auftauchen, die mit dem Ort des Schmerzes verknüpft sind, wie beispielsweise «Kopfweh»[25] oder «Kopfschmerz»,[26] «Nackenschmerz»,[27] «Rückenweh»,[28] «Bauchweh» oder «Bauchschmerzen»,[29] «Halsweh» und «Ohrenweh».[30] Sprachlich genau lokalisiert werden die Schmerzen auch bei Angaben wie «Magenweh»,[31] Schmerzen « [...] gerade hinter dem Kehlkopf [...]»[32] und Schmerzen « [...] im rechten Oberschenkel und rechten Knie [...]»[33] oder bei der Angabe eines Patienten, seit einem halben Jahr an Schmerzen im Bauch zu leiden und dies « [...] immer an der gleichen Stelle links in der Mitte [...]».[34]

Ebenso häufig und genau festgehalten wird die Intensität der Schmerzen. «Viel Schmerz»,[35] «Grosse Schmerzen»,[36] «Starke Schmerzen»,[37] «Heftige Schmerzen»,[38] «leichte Schmerzen»,[39] «Immer heftige Schmerzen»,[40] «Schmerzen nachgelassen»[41] und «weniger Schmerz»[42] sind einige Beispiele solcher Nennungen, die sich durch die Krankenakten ziehen.

23 Ebd., S. 212.
24 Ebd., S. 213.
25 StABS, Spital V 30.1: 20, Martin Keller, 1840, S. 1.
26 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846, S. 4.
27 Ebd., Spital V 30.12: 518, Maria Plattner, 1851, S. 1.
28 Ebd., Spital V 30.11: 28, Johanna Franziska Soder, 1849, S. 1.
29 Ebd., Spital V 30.23: 285, Johann Jakob Kappeler, 1862, S. 1.
30 Ebd., Spital V 30.12: 591, Franz Leuba, 1851, S. 1.
31 Ebd., Spital V 30.11: 28, Johanna Franziska Soder, 1849, S. 1.
32 Ebd., Spital V 30.13: 573, Johan Döbele, 1852, S. 1.
33 Ebd., Spital V 30.12: 365, Johan Strobel, 1851, S. 2.
34 Ebd., Spital V 30.13: 573, Johan Döbele, 1852, S. 1.
35 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846, S. 2.
36 Ebd., Spital V 30.7: 8, Catharina Bossardt, 1845, S. 1.
37 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846, S. 2.
38 Ebd., Spital V 30.15: 54, Maria Sattler, 1854, S. 2.
39 Ebd., Spital V 30.13: 586, Jacob Tschudi, 1852, S. 1.
40 Ebd., Spital V 30.15: 54, Maria Sattler, 1854, S. 2.
41 Ebd., Spital V 30.1: 20, Martin Keller, 1840, S. 1.
42 Ebd., Spital V 30.8: 9, Rudolf Dumbald, 1846, S. 1.

Auch Einschränkungen und Reaktionen der Patienten werden miteinbezogen, um die Stärke von Schmerzen zu beschreiben: «Hat die ganze Nacht nicht geschlafen, wegen Schmerzen [...]»,[43] «Nicht geschlafen bei den Schmerzen im Leib»,[44] «Klagt Schmerzen in den Beinen dass sie nicht schlafen könne»,[45] «Weint vor Schmerz [...]»[46] oder es wird notiert, dass die Patientin es gestern «[...] vor Schmerz fast nicht aushalten [...]»[47] konnte. Ebenso wird die Abwesenheit von Schmerz beschrieben: «Jetzt ohne Schmerzen»,[48] «Kein Schmerz dabei»,[49] «nirgends Schmerzen»,[50] «Nie, bei all diesen Blutungen, der geringste Schmerz, weder im Kreuz noch Unterleib».[51]

Nebst den Beschreibungen von Schmerzen anhand ihrer Lokalisation oder Intensität lassen sich auch, wenngleich seltener, metaphorische und qualitative Schmerzbeschreibungen finden. Schmerzen werden dabei beispielsweise als «schiessend»,[52] «ziehend»[53] oder auch «herumziehend»[54] beschrieben. Das Wort Schmerz wird teilweise durch Worte wie «Brennen»[55] oder «Stechen»[56] ersetzt, um eine gewisse spezifische Qualität im Schmerzempfinden deutlich zu machen und in einem Fall wird der Schmerz gar, stark metaphorisch, als ein «Brennen als wenn sie Glut im Leib hätte [...]»[57] zum Ausdruck gebracht. Diese sprachlichen Beschreibungen von Schmerz zeugen davon, dass die Schmerzen für das Gegenüber möglichst nachvollziehbar gemacht werden sollten.

Angaben über die zu- oder abnehmende Schmerzintensität verdeutlichen dabei den Verlauf der Krankheit, weisen auf Verbesserungen und Verschlechterungen hin und geben Auskunft über den ganz persönlichen und individuellen Empfindungs- und Leidenszustand der Patienten. Die exakten Lokalisationen der Schmerzen dienten offenbar dazu, dem Arzt anzuzeigen, wo im Körper etwas

43 Ebd., Spital V 30.13: 573, Johan Döbele, 1852, S. 2.
44 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846, S. 1.
45 Ebd., Spital V 30.7: 8, Catharina Bossardt, 1845, S. 1.
46 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846, S. 3.
47 Ebd., S. 2.
48 Ebd., Spital V 30.12: 365, Johan Strobel, 1851, S. 4.
49 Ebd., Spital V 30.7: 197, Dorothe Wiedmann, 1846, S. 1.
50 Ebd., Spital V 30.12: 365, Johan Strobel, 1851, S. 4.
51 Ebd., Spital V 30.26: 572, Barbara Ungerer, 1865, S. 3.
52 Ebd., Spital V 30.11: 28, Johanna Franziska Soder, 1849, S. 1.
53 Ebd., Spital V 30.8: 263, Andres Müller, 1847, S. 1.
54 Ebd., Spital V 30.8: 263, Anna Maria Erni, 1847, S. 1.
55 Ebd., Spital V 30.27: 1533, Petronella Kohm, 1865, S. 4.
56 Ebd., Spital V 30.6: 133, Catharina Bossardt, 1845, S. 2.
57 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846, S. 1f..

nicht stimmte. Bei einer Schmerznennung wurde tatsächlich oft nach einer Ursache gesucht und wenn dabei die Schmerzwahrnehmung des Patienten und die Untersuchung des Arztes keine übereinstimmenden Resultate lieferten, der Arzt also nichts Besonderes feststellen konnte, wurde dies notiert. So zum Beispiel im Fall des 64-jährigen Knechts Johan Döbele, der über Schmerzen hinter dem Kehlkopf klagte, woraufhin der Arzt festhielt: «[…] im innern des Halses sowohl wie äusserlich nichts Abnormes wahrnehmbar.»[58] Auch bei Maria Sattler, die über anhaltende Schmerzen im linken Bein klagte, suchte man vergeblich nach einer Ursache, woraufhin bei der Untersuchung notiert wurde: «Man findet nichts Abnormes in der schmerzenden Unterextremität.»[59] Die 57-jährige Magd, die monatelang im Spital blieb, klagte weiterhin über Schmerzen im linken Bein und es wurde immer wieder nach einem Auslöser gesucht. Aber auch drei Monate später war anscheinend nicht ganz klar, weshalb die Schmerzen auftraten, und es wurde festgehalten: «[…] Ödem des linken Beins sonst nichts zu sehen.»[60]

Die lange Dauer der Spitalaufenthalte bei Krebserkrankungen und die Schilderungen der Patienten beim Spitaleintritt, wie lange die Schmerzen bereits vorher andauerten, geben Auskunft über die Leidenszeit der Betroffenen. Die Aufenthaltsdauer im Spital am Stück lag bei den meisten Patienten im Schnitt bei ungefähr ein bis zwei Monaten. Die Patientin mit der längsten Aufenthaltsdauer befand sich gar über zwei Jahre ununterbrochen im Spital in Behandlung. Es handelte sich dabei um die junge Fabrikarbeiterin Elisabeth Steiger, die an Milzkrebs erkrankt war. Während des gesamten Spitalaufenthalts, vom Eintritt bis zu ihrem Tod, litt sie nahezu ständig unter Schmerzen.[61] Besonders bei Patienten, die das Spital mehrere Male aufsuchen mussten, zeigen sich Krankheitsgeschichten und Schmerzerfahrungen, die sich über sehr lange Zeiträume hingezogen haben. Bei der Patientin Catharina Bossardt, über die fünf Krankenakten über einen Zeitraum von zwölf Jahren vorliegen, wurde in der ersten Krankenakte vermerkt, dass sie seit einem halben Jahr krank sei, dabei Schmerzen beim Husten empfinde und seit zwei Jahren an Schmerzen in ihrem Arm leiden würde.[62] Nach einem über fünfmonatigen ersten Spitalaufenthalt kehrte sie bereits

58 Ebd., Spital V 30.13: 573, Johan Döbele, 1852, S. 2.
59 Ebd., Spital V 30.15: 54, Maria Sattler, 1854, S. 1.
60 Ebd., 1854, S. 3.
61 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846.
62 Ebd., Spital V 30.6: 133, Catharina Bossardt, 1845, S. 1.

drei Monate später mit denselben Beschwerden, die anscheinend nie verschwunden waren, wieder ins Spital zurück. Danach wurde sie ins Pfrundhaus verlegt. Nicht ganz zwei Jahre danach hielt sie sich wieder für ein paar Tage wegen Husten im Spital auf, das Jahr darauf ebenfalls. Ganze neun Jahre später findet sich die nächste und letzte Krankenakte der Patientin, in der vermerkt wurde, dass sie bereits «Seit Jahren an Carcinoma uteri leidend»[63] sei.

Immer wieder wird deutlich, dass zahlreiche Kranke, wie bereits erwähnt, vor ihrem Spitaleintritt schon längere Zeit unter Schmerzen gelitten hatten. Johan Strobel, ein 48-jähriger Bäcker, berichtete beispielsweise, er leide schon seit sechs Monaten an heftigen, beständigen Schmerzen im rechten Oberschenkel und habe seit zwei Jahren Blut im Urin, was mit einem Brennen beim Wasserlassen einhergehe.[64] Eine weitere Patientin, die 49-jährige Wascherin Anna Maria Erni, sagte aus, dass sie bereits vor sechs Monaten heftige Schmerzen im Kreuz und im Unterleib bekommen hätte.[65] Anhand dieser Schilderungen lässt sich vermuten, dass die Menschen zum Teil sehr lange unter starken Schmerzen ihren Alltag fortgeführt haben, bevor sie das Spital aufsuchten. Dies muss letztlich aber offen bleiben, da in den Quellen meist nicht nachvollzogen werden kann, ob nicht bereits vor dem Spitaleintritt Massnahmen gegen die Schmerzen ergriffen wurden.

Weitere Beispiele belegen das Zögern der Kranken, einen Arzt aufzusuchen. Der 65-jährige Landarbeiter Peter Bichsel berichtete im Oktober 1848 vor einem Jahr zwei Tage lang Schmerzen im Unterleib verspürt und an einer beginnenden Anschwellung der Leber und Blut im Urin gelitten zu haben. Dazu wurde in seiner Akte vermerkt: «[...] dieses wich jedoch von selbst ohne Behandlung [...]».[66] Auch mussten Schmerzen anscheinend teilweise erst eine gewisse Stärke erreichen, um als bedrohlich wahrgenommen zu werden. So wurde in der Akte der Magd Maria Sattler, die wegen starken Schmerzen im Bein das Spital aufsuchte, bei der ersten Untersuchung notiert, dass die rechte Brustdrüse «[...] carcinomatös degenerirt [...]»[67] sei und sich mehrere, wallnussgrosse Knoten in beiden Brüsten finden liessen. Die Einstellung der Patientin wird folgendermassen beschrieben: «Das Pseudoplasma entstehe seit bereits 2 Jahren, schmerze blos bei Witterungswechsel u. störe sie

63 Ebd., 1857, S. 1.
64 Ebd., Spital V 30.12: 365, Johan Strobel, 1851, S. 2.
65 Ebd., Spital V 30.8: 263, Anna Maria Erni, 1847, S. 1.
66 Ebd., Spital V 30.9: 407, Peter Bichsel, 1848, S. 1.
67 Ebd., Spital V 30.15: 54, Maria Sattler, 1854, S. 1.

im allgemeinen sehr wenig.»[68] Andererseits berichteten viele Patienten auch über sehr lange zurückliegende Schmerzen. In ihrer Krankengeschichte erzählt die junge Kellnerin Johanna Franziska Soder beispielsweise von «Magenweh»,[69] welches sie vor zwei Jahren hatte. Ein anderer Patient, der Schuster Andres Müller, erinnerte sich an Rückenschmerzen, die schon Jahre zurück lagen. Die Ärzte hielten fest: «Pat. war im Leben gesund; vor 7 Jahren hatte er Schmerz im Rücken, war 3 Wochen krank.»[70] Die häufigen Aussagen zu Schmerzen, die bereits sehr lange zurück lagen, zeigen, dass Schmerzen in der eigenen Lebens- und Krankheitsgeschichte absolut nichts Nebensächliches waren. Sie wurden weder ignoriert, noch einfach vergessen, sondern stellten ein Empfinden dar, das noch Jahre später in der Erinnerung präsent war.

Im Spital verhielten sich die Patienten mehrheitlich ruhig, lagen die meiste Zeit im Bett, schliefen viel oder dämmerten vor sich hin. Viele scheinen schon so geschwächt ins Spital gekommen zu sein, dass sie nur noch im Bett liegen konnten. Oft wird notiert, dass die Patienten in ihrem Elend «[…] geduldig […]»[71] seien, die Behandlungen «[…] gut u. beinah ohne Reaction[sic] […]»[72] ertragen würden oder einfach «[…] so leidlich dahin gelebt […]»[73] hätten. Viele Patienten waren offen froh darüber, im Spital Hilfe zu finden. So wurde beispielsweise notiert: «Zeigt sich in jeder Beziehung dankbar für die gute Pflege hier».[74] Andere haderten mit ihrer Situation und mussten sich erst damit abfinden, im Spital zu sein. So wurde in der Akte des Landarbeiters Peter Bichsel festgehalten: «Pat. hat sich seinem Schicksal im Spital zu sein mehr ergeben.»[75] Viele Patienten haben ihrem Schmerz und Unmut offenbar lautstark Ausdruck verliehen. Sie «Jammert[en] den ganzen Tag»,[76] schrien und klagten über solche Schmerzen, dass an Schlaf und Ruhe nicht mehr zu denken war. Die physischen Qualen – ständige Schlaflosigkeit, Übelkeit und unerträgliche Schmerzen – das Beobachten des eigenen Zerfalls, die Hilflosigkeit sowie die Ahnung wohl bald zu sterben, lösten vermutlich bei vielen Patienten starke Emotionen aus. Im Fall

68 Ebd., 1854, S. 2.
69 Ebd., Spital V 30.11: 28, Johanna Franziska Soder, 1849, S. 1.
70 Ebd., Spital V 30.8: 263, Andres Müller, 1847, S. 1.
71 Ebd., Spital V 30.11: 28, Johanna Franziska Soder, 1849, S. 3.
72 Ebd., Spital V 30.7: 8, Catharina Bossardt, 1845, S. 2.
73 Ebd., Spital V 30.8: 164, Anna Maria Erni, 1847, S. 2.
74 Ebd., Spital V 30.15: 245, Maria Dietrich, 1854, S. 1.
75 Ebd., Spital V 30.9: 407, Peter Bichsel, 1848, S. 2.
76 Ebd., Spital V 30.7: 8, Catharina Bossardt, 1845, S. 1.

des 72-jährigen Herrendieners Jakob Tschudi, der an einer Lungengeschwulst starb, ist zu lesen, dass der Patient immer unzufrieden und kindisch sei, keine richtigen Antworten mehr gebe und gerne sterben möchte.[77] Weiter heisst es in seiner Krankenakte:

> «War sehr unruhig in der Nacht so dass man ihn ans Bett binden musste. Hat die ganze Nacht hindurch geflucht u. gedonnerwettert. Sonst kann er nicht laufen, in der letzten Nacht war er sehr gut zu Fuss.»[78]

Für eine gewisse Zeit beruhigte sich das Verhalten des Patienten wieder, bis er eines Abends erneut ein «[…] Mördergeschrei […]»[79] veranstaltete. Zum Gemütszustand einer anderen Patientin, der Magd Petronella Kohm, wurde vermerkt, als ihre Schwäche zunahm und sie über Magenschmerzen klagte, dass sie «[…] sehr niedergeschlagen»[80] sei. Während ihres langen Spitalaufenthalts litt die Fabrikarbeiterin Elisabeth Steiger, die schliesslich 35-jährig verstarb, immer wieder unter unkontrollierbaren Durchfällen, starkem Erbrechen und unerträglichen Kopf- und Bauchschmerzen. Als ihre Schmerzen im Unterleib wieder einmal sehr stark waren, wurde in der Krankenakte festgehalten: «Schmerz im U'leib zunehmend Pat. darüber weinend.»[81]

Der Fall des Buchbinders Franz Leuba wiederum gibt Auskunft über den Umgang mit Schmerzen und Krankheit im Kontext der zeitgenössischen Behandlungsmethoden. Im 19. Jahrhundert versprach man sich bei Krebs vor allem von chirurgischen Eingriffen kurative Effekte. Dies lag nicht zuletzt an der aufkommenden Narkose und der verbesserten Vermeidung von Wundinfektionen.[82] Die chirurgischen Eingriffe wurden bis zum Ende des Jahrhunderts hin immer aggressiver; immer grössere Flächen von Gewebe, Muskeln und Drüsen wurden operativ entfernt, um den Krebs an seinen Wurzeln zu entfernen.[83] Der 47-jährige Spitalpatient Franz Leuba, welcher schliesslich an Zungenkrebs verstarb, versuchte – wohl aus Angst vor dem Prozedere und den Schmerzen – eine chirurgische Behandlung zu vermeiden. Als während seines Spitalaufenthalts ein Geschwür an seiner Zunge wuchs, wurde ihm anscheinend vorgeschlagen, dieses chirurgisch entfernen zu lassen. Darauf wollte er

77 Ebd., Spital V 30.13: 586, Jakob Tschudi, 1852, S. 2.
78 Ebd., S. 2f.
79 Ebd., S. 3.
80 Ebd., Spital V 30.27: 1533, Petronella Kohm, S. 3.
81 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846, S. 9.
82 Stolberg (wie Anm. 22), S. 141.
83 Siddhartha Mukherjee: Der König aller Krankheiten. Krebs – eine Biographie, New York 2010, S. 101.

sich aber erst nicht einlassen. So heisst es in der Krankengeschichte lapidar: «Davon gelaufen nachdem man ihm von einer Operation gesprochen an der Zunge.»[84] Allerdings hatte er es sich dann kurz darauf anders überlegt und ist ins Spital zurückgekehrt. Nun ist zu lesen: «Heute morgens 9 Uhr ist er schon wieder da u. bittet um Wiederaufnahme indem er sich sehr entschuldiget.»[85]

Immer wieder tauchen in den Krankenakten in den Notizen zur jeweiligen Medikation, Auflistungen zu Schmerzmittelgaben auf, darunter finden sich gängige Schmerzmittel wie beispielsweise Opium, Morphium, Chloroform oder Kirschlorbeer. Der Umgang der Medizin mit Schmerzen stand im 19. Jahrhundert ganz im Zeichen der Schmerzbekämpfung, der Betäubung und der Überwindung von Schmerz. Wo vorher chirurgische Eingriffe ohne Betäubung unvorstellbare Schmerzen mit sich brachten, verhiessen neue Therapiemöglichkeiten Kontrolle über den Schmerz. Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts wurden zunächst vermehrt Äther und Lachgas zur Schmerzlinderung eingesetzt, ab 1844 stand Morphin, welches aus Opium isoliert wurde, als Medikament zur Verfügung.[86] Nebst Fortschrittsglauben und enthusiastischen Zukunftsvisionen über die Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung gab es aber auch durchaus kritische Stimmen. So wurde beispielsweise befürchtet, dass die Narkose die Kommunikation und Verbindung zwischen Chirurgen und Patienten beeinträchtigen würde und der weggetretene Patient in leichenähnlichem Zustand dem Chirurgen wehrlos ausgeliefert sei.[87] Auch der Einsatz von Opium und Morphium wurde kontrovers diskutiert. Man befürchtete eine Überdosierung und bei längerem Einsatz die Entstehung einer Abhängigkeit.[88]

Obwohl gewisse Ärzte für einen grosszügigeren Einsatz der Schmerzmittel plädierten, wurde meist empfohlen, Opium und Morphium nur falls dringend nötig und auch dann nur zurückhaltend einzusetzen.[89] Auch in den untersuchten Krankenakten fällt auf, dass bei weitem nicht immer schmerzlindernde Mittel verordnet wurden und dies zudem nicht selten in grossen, sehr unregelmässigen

84 Ebd., Spital V 30.12: 591, Franz Leuba, 1851, S. 3.
85 Ebd., S. 3.
86 Dietrich von Engelhardt: Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, München 1999, S. 123.
87 Ebd., S. 124.
88 Stolberg (wie Anm. 22), S. 132.
89 Ebd., S. 135.

Abständen verabreicht wurden.[90] Die verabreichten Schmerzmittel scheinen aber oft für Linderung gesorgt zu haben, denn die starken Schmerzen hielten die Patienten nicht selten vom Schlaf ab und nur schmerzstillende und beruhigende Mittel konnten ihnen zumindest zeitweise etwas Ruhe verschaffen. So wurde in der Krankenakte des Kaufmannes Johann Jakob Kappeler, der an Darmkrebs litt und erst kürzlich von einem Nordamerikaaufenthalt zurückgekehrt war, vermerkt: «Ohne Opiate gar kein Schlaf [...]».[91] Es lassen sich aber auch Angaben von Patienten finden, die zeigen, dass die Wirkung von schmerzlindernden Mittel und Therapien nicht immer eintrat. In den Krankenakten finden sich immer wieder Einträge wie: «Hat immer trotz Salben, Schröpfen, Blasen- und Senfpflastern Schmerz in der Achsel»,[92] «Trotz Opium u. Morphium anhalten[de] Schmerzen im linken Bein [...]»[93] oder «Schmerzen sind mit keinem Mittel zu bekämpfen».[94] Manchmal klingt auch an, dass die Ärzte nicht ganz glauben konnten, dass die Mittel nicht wirkten. So wurde bei Elisabeth Steiger, als diese angab wegen Schmerzen nicht schlafen zu können, notiert:

> «Obschon Patientin abends 1 gr morphium nimmt, schlafe sie doch durchaus nicht, doch ist dies etwas orientalisch übertrieben denn sie schläft am Tage, hie und da auch eine Stunde Nachts [...].»[95]

Die Schmerzlinderung stand vor allem dann im Vordergrund der Behandlung, wenn der Arzt befand, dass keine Aussicht auf Heilung mehr besteht. Man versuchte, den Patienten die letzte Zeit möglichst erträglich zu gestalten. Beim Pfründer Rudolf Dumbald, der ein Enddarm-Karzinom hatte, wurde nach etwa zwei Monaten Spitalaufenthalt notiert: «Bei der gänzlich festgestellten Diagnose u. also auch Prognose begnügt sich die Therapie d. Zustand d. Pat. zu mildern, was auch ziml. gelingt.»[96] Bei einer anderen Patientin, der 77-jährigen Anna Catharina Forster, heisst es: «Pat. liegt ruhig da mit Schmerzausdruck; – schläft viel, da dieselbe alles Genossene

90 Interessanterweise erwähnt Prof. Karl Gustav Jung in seinem Tagebuch an mehreren Stellen eine Opiumeinnahme gegen allgemeine Schmerzen, die wohl kaum den Vergleich mit den durch Krebs verursachten Schmerzen standhalten würden. Siehe dazu: Ernst Jung: Aus den Tagebüchern meines Vaters Karl Gustav Jung, 1795–1864, Winterthur, 1911.

91 Ebd., Spital V 30.23: 285, Johann Jakob Kappeler, 1862, S. 1.

92 Ebd., Spital V 30.6: 133, Catharina Bossart, 1845, S. 3.

93 Ebd., Spital V 30.15: 54, Maria Sattler, 1854, S. 2.

94 Ebd., S. 3.

95 Ebd., Spital V 30.9: 1, Elisabeth Steiger, 1846, S. 3.

96 Ebd., Spital V 30.8: 9, Rudolf Dumbald, 1846, S. 2.

ausbricht so ist die ganze Medication Morph [...]».[97] Über die 27-jährige Johanna Franziska Soder, die an Krebs im Unterleib und heftigen Schmerzen litt, wurde nach etwas mehr als zwei Wochen Spitalaufenthalt festgehalten: «Der Casus als incurabel angesehn. Wird mit steigenden Dosen v Morph. gr. i. 2 st(ünd)dl(ich) [behandelt].»[98]

Doch wie bereits gezeigt wurde, halfen auch die verabreichten Schmerzmittel nicht immer. Schon die Formulierung des Arztes, als Johanna Franziska Soder im Januar 1850 nach fast zwei schmerzvollen Monaten Spitalaufenthalt verstarb, deutet darauf hin, dass der Tod lieber früher als später hätte eintreten dürfen. Die Patientin magerte immer mehr ab, konnte kaum mehr essen, nicht mehr schlafen und ihr wachsender Tumor liess den Bauch immer stärker hervortreten. So formulierte der Arzt im letzten Akteneintrag schliesslich: «Pat ist moribund. – Stirbt endlich d. 14ten».[99] Auch bei Maria Sattler wird deutlich, dass erst der Tod die Erlösung von den Schmerzen brachte. Nach fast vier Monaten, in denen sie unter starken Schmerzen gelitten hatte, die laut der Krankenakte mit keinem Mittel mehr zu bekämpfen waren, wurde schliesslich an ihrem Todestag notiert: «Gestern machte der Todt den Schmerzen Ende.»[100]

Zwei exemplarische Schmerzgeschichten: Paläopathologische Befunde an den Skeletten von Martin Keller und Jakob Sticher

Im folgenden Kapitel werden zwei prägnante Krankheitsfälle vorgestellt und die Diagnosen aufgrund des vorliegenden paläopathologischen Befundes am Skelett diskutiert. Des Weiteren wird die Frage behandelt, ob aufgrund des knöchernen Befundes Aussagen zur individuellen Schmerzerfahrung möglich sind, im konkreten Fall in Bezug auf Zahnschmerzen. Der erste Fall ist derjenige des jungen Martin Keller, der mit 24 Jahren im Jahre 1844 von Dörflingen (Kt. Schaffhausen) nach Basel kam, um dort als Zimmermann seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Er lebte im Steinenquartier, als er am 18. März 1848 ins Bürgerspital eintrat, starb sieben Monate später am 18. Oktober an Scirrhus colli & pulmonis und wurde am 20. Oktober 1848 im Grab 226 auf dem Spitalgottesacker beigesetzt.

97 Ebd., Spital V 30.10: 347, Anna Catharina Forster, 1849, S. 1f.
98 Ebd., Spital V 30.11: 28, Johanna Franziska Soder, 1849, S. 2.
99 Ebd., Spital V 30.11: 28, Johanna Franziska Soder, 1849, S. 3.
100 Ebd., Spital V 30.15: 54, Maria Sattler, 1854, S. 3.

Abbildung 5

Übersichtsfotos der Bestattung von Martin Keller. Kellers Skelett hat sich sehr gut erhalten. Wie die meisten Verstorbenen des Bürgerspitals wurde auch bei Keller der Schädel eröffnet (Foto: Archäologische Bodenforschung Basel-Stadt, Grab STJ-0105).

Das Skelett zeigt diverse postmortale Eingriffe an Schädel und Unterkiefer. Der Schädel wurde transversal mit zwei rundum Schnitten aufgesägt, auf Höhe des Gehörganges sowie zwei Fingerbreit darüber. Dies erfolgte vermutlich zur postmortalen Untersuchung des im Schädel vermuteten Geschwürs, welches sich auf Höhe des Gehörganges entwickelt hatte. Dieser knöchernen Partie liegt heute also nicht vollständig vor. Auch der Unterkiefer wurde mittig zwischen den Schneidezähnen zersägt und danach mit metallenen Klammern wieder zusammengefügt. Die beiden Eisenklammern sollten während der Abdankung ein Auseinanderklaffen des beiden Unterkieferäste verhindern. Feststellen lässt sich eine auffallend schwammartige Knochenporosität vom Felsenbein bis zum Stirnbein. Der Knochen ist sehr fragil. Es sind vor allem Bereiche des Keilbeins und Wangenbein betroffen. Die Porosität zeigt sich auch bis ins Augenhöhlendach, wobei das linke Augenhöhlendach stärker betroffen ist als das rechte.

Die pathologischen Knochenveränderungen weisen auf eine massive Entzündung verursacht durch eine Infektion mit Aktinomyezeten-Bakterien. Heutzutage werden die betroffenen Stellen operativ entfernt und anschliessend mit Antibiotika behandelt.

Aktinomyezeten-Bakterien kommen natürlich in unserer Mundflora vor und stellen keinerlei Gefährdung dar. Gelangen die Bakterien aber durch Verletzung der Weichteile, wie dies z.B. beim Ziehen eines Zahnes durchaus geschehen kann, können sie dort langanhaltende und schmerzhafte Infektionen verursachen. Die Entzündung kann zur porösen Entartung des Knochens führen und zu steinharten Gewebeanschwellungen, die auch heutzutage noch mit Geschwulsten verwechselt werden können. In der Regel ist der Unterkiefer[101] betroffen, seltener andere Partien des Kopfes.[102] Da bei Keller Teile seines Oberkiefers nach seinem Ableben herausgesägt wurden, gehen wir davon aus, dass die Aktinomykose dort seinen Ursprung fand. Vermutlich musste ein vereiterter Backenzahn gezogen werden und dies führte zu Weichteilverletzungen. Angesichts bei Sessing oder Jung beschriebenen Methoden des Zahnziehens ist eine solche Folgeinfektion naheliegend. Wie vor 160 Jahren lässt sich diese Erkrankung nicht so leicht diagnostizieren. Das fortgeschrittene Stadium, welches sich bei Martin Keller zeigt, war mit starken Schmerzen verbunden. In unserer Zeit wird ein solches Stadium nur noch in Regionen angetroffen, die nur über eine reduzierte oder keine moderne medizinische Pflege verfügen.

Weder am Schädel noch am postkranialen Skelett lassen sich Läsionen feststellen, die auf eine Tumorerkrankung hinweisen könnten. Es ist aber hier auch anzumerken, dass nicht alle Tumorerkrankungen zu Läsionen am Knochen führen. Zudem können unterschiedliche Krankheiten ähnliche pathologischen Knochenveränderungen bewirken. In einem solchen Fall werden die in Frage kommenden Krankheiten differentialdiagnostisch aufgelistet. In Kellers Fall könnte eventuell eine Mastoditis, gefolgt von einer Meningitis diskutiert werden. Die massive poröse Entartung der Knochenpartien widersprechen aber dieser Krankheitsursache.

In Martin Kellers retrospektiver Diagnostik kommen zwei erschwerende Faktoren hinzu. Einerseits ist nicht der ganze Schädel

101 Stanislaw B. Bartkowski/Jan Zapala/Piotr Heczko/Mariusz zuta: Actinomycotic osteomyelitis oft he mandible: review of 15 cases, in: Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (1998), S. 63–67, hier S. 64f.

102 Masashi Nomura/Massahiro Shin/Miki Ohta/Yoko Nukul/Kiyofumi Ohkusu/Nobuhito Saito: Atypical Osteomyelitis of the Skull Base and Craniovertebral Junction caused by Actinomyces Infection, in: Neurol. Med. Chir. (Tokyo) 51, S. 64–66. An dieser Stelle sei den Hausärzten Bruno Santschi, Jürg Gartmann, Heinz Rüegg und Heiner Bangerter seitens des Bürgerforschungsprojekts Basel-Spitalfriedhof gedankt. Erst durch ihre Unterstützung durch eine retrospektive Analyse der Krankheitssymptome konnte diese sehr seltene Krankheitserscheinung am Knochen diagnostiziert werden.

erhalten. Die am stärksten befallenen Regionen wurden für weiterführende Untersuchung herausgeschnitten und fehlen für eine paläopathologische Untersuchung.[103] Andererseits ist die Krankenakte nicht vollständig erhalten. Der letzte Eintrag datiert auf den 28. September 1848 und bricht dann ab. Es fehlen die Seiten des letzten Monates und vor allem der Obduktionsbericht. Auch liegt kein Bericht über seinen fünfwöchigen Aufenthalt in der Chirurgie vor, diese Akten haben sich erst ab dem Jahr 1862 erhalten.[104]

Der Fall Keller zeigt dennoch, dass der anthropologische Befund am Skelett helfen kann, die medizinische Diagnose zu überprüfen und zu verifizieren. Bei Keller lag wahrscheinlich keine Tumorerkrankung vor, sondern ein schwerer Fall von Aktionomykose.[105] Die medizinische Terminologie Mitte des 19. Jahrhunderts war zwangsläufig noch in vielen Bereichen mit Unklarheiten behaftet. Eine sichere Trennung zwischen Tumorerkrankungen und einer schweren Infektion war nicht in jedem Fall gegeben. Martin Keller zeigte die meisten Symptome, die mit einer Aktinomykose einhergehen, wie Schmerzen, starker Durst und Appetitlosigkeit.

Der zweite Fall ist derjenige von Jakob Sticher, einem 22 Jahre alter Schreiner, gebürtig aus dem württenbergischen Daugendorf, der im Mai 1851 in Basel ansässig wurde. Bereits am 29. Januar 1852 trat er als Tuberkulosekranker ins Spital ein. Bis zu seinem Tode am 7. Mai beschrieben die Ärzte auf sechs Seiten detailliert seinen Krankheitsverlauf und die Obduktion. Bemerkenswerterweise attestieren sie ihm beim Spitaleintritt ein gutes Aussehen. Sticher hatte für seine 22 Jahre aber ein bemerkenswert ruinöses Gebiss, welches heute nur noch bei Personen anzutreffen ist, die keinen oder nur einen erschwerten Zugang zu einer modernen zahnmedizinischen Versorgung haben.

An Stichers Gebiss lassen sich alle Formen der Karies unterscheiden, beginnend mit der Frühform einer Initialkaries, bei welcher der Zahnschmelz lokal beschädigt ist (Caries initialis).[106] Sechs Zähne weisen eine tiefergehende Schädigung des Zahnbeins auf (Caries media). Bei weiteren drei Zähnen ist die Zerstörung bis zur Pulpa

103 Weder in der Basler Anatomie noch in der Pathologie haben sich Knochenpräparate aus dieser frühen Zeit erhalten. Die ältesten Originale datieren in die Zeit um 1880.

104 Die frühesten Krankenakten aus der Chirurgie wurden unter der Signatur StABS, Spital V 34.1 für das Jahr 1862 abgelegt. Das Jahr 1863 erhielt die Signatur Spital V 34.2 usw.

105 Eine Tumorerkrankung kann aber nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden.

106 An dieser Stelle sei Angelo Gianola seitens des Bürgerforschungsprojekts Basel-Spitalfriedhof für seine zahnärztliche Fachexpertise gedankt.

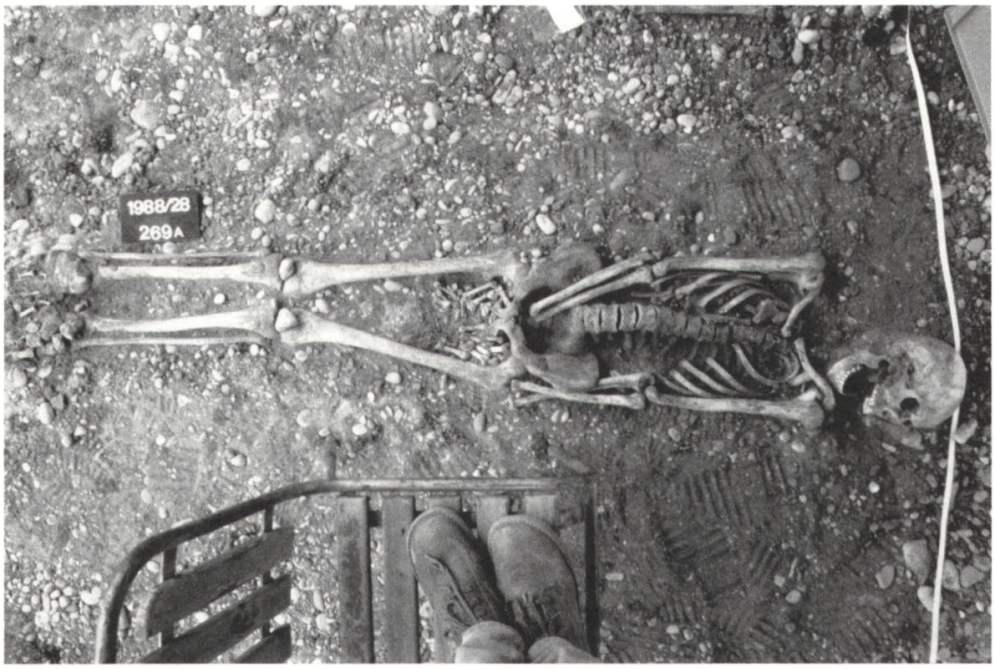

Abbildung 6

Übersichtsfotos der Bestattung von Jakob Sticher (Foto: Archäologische Bodenforschung Basel-Stadt, Grab STJ-0269).

fortgeschritten (Caries penetrans), was mit einer Freilegung des Zahnnervs verbunden ist. Zwei Zähne sind bis auf die Wurzelstümpfe komplett zerstört und abgestorben.[107]

Die Frühform der Karies ist nicht von Schmerzen begleitet.[108] Hingegen treten bei fortgeschrittenen Schädigungen Schmerzen auf. Bei der Dentinkaries (Caries media) folgen die Schmerzen häufig nach einer Mahlzeit oder nach dem Genuss von Süssigkeiten.[109] Die Schmerzen sind nicht so intensiv und flauen schnell wieder ab. In der Nacht treten bei Dentinkaries kaum Schmerzen auf. Bei der Karies penetrans treten die Schmerzattacken spontan auf. Die Schmerzen sind intensiv, anhaltend und werden als durchdringend beschrieben. Die Intervalle zwischen den Attacken verringern, Dauer

107 Wolfgang Klimm: Grundlagen der Diagnostik und Therapie von Zahnhartgewebe. Kariesdiagnostik und Kariestherapie am bleibenden Zahn, in: Bernd Reitemeier/Norbert Schwenzer/Michael Ehrenfeld (Hgg.): Einführung in die Zahnmedizin, Stuttgart 2006, S. 165–171.

108 Der Zahnschmelz ist nicht sensibel innerviert und deshalb bei leichten kariösen Läsionen nicht schmerzempfindlich. Vgl. dazu Martin J. Koch: Akute Schmerzen an Zähnen und im Mundbereich, in: Friedrich Ebinger (Hg.): Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart New York 2011, S. 145–149.

109 Paul A. Rosenberg: Endodontic Pain. Diagnosis, Causes, Prevention and Treatment. Berlin Heidelberg 2014, hier S. 7.

und Intensität erhöhen sich. Die Schmerzattacken treten auch in der Nacht auf.[110]

Jakob Sticher plagten offensichtlich akute Zahnschmerzen. Mindestens vier Zähne verursachten immer wiederkehrende Zahnschmerzen. Zwei Zähne waren für immer intensivere und länger andauernde Schmerzattacken verantwortlich, die beiden abgefaulten Zähne sprechen für sich. Mindestens in den letzten sechs bis zehn Monaten, wenn nicht Jahren seines Lebens, muss Sticher unter wiederkehrenden Schmerzattacken gelitten haben. Zahnschmerzen müssen in seinem kurzen Leben ein treuer und ungeliebter Begleiter gewesen sein.

Den Ärzten waren jedoch weder die anzunehmenden Zahnschmerzen noch die kariösen Zähnen eine Silbe wert. Wahrscheinlich war ein solches Gebiss ein alltäglicher Anblick und tat einem «guten Aussehen» keinen Abbruch. Nicht an einer Stelle der langen Krankenakte werden Zahnschmerzen auch nur mit einem Wort erwähnt und dies bei einer Hospitalisierungsdauer von mehr als drei Monaten. Im Gegenteil, die Ärzte vermerkten an insgesamt drei Stellen: «hat nirgends Schmerzen». Dabei waren die Ärzte über den Zustand von Stichers Gebiss täglich auf dem Laufenden, da sie auf der morgendlichen Visite immer die Zunge des Patienten untersuchten und ihre Beobachtungen schriftlich festhielten: «Aphten an der Zunge» oder «Zunge rein». Geduldig stand der Patient sein Leiden durch: «[…] Klagt über gar nichts. Klagt nichts. […]». Die Akte endet mit einer bemerkenswerten Feststellung: «[…] hat immer Durst bekommt so viel Bier als er wünscht seine einzige Glückseligkeit, wie er selbst sagt […]». Und drei Zeilen weiter heisst es: «[…] Unter großer Ungeduld gestorben […]». Damit endet die Krankenakte Stichers und es schliesst der Obduktionsbericht an.[111]

Jakob Stichers Gebiss war eines von 250 Gebissen aus dem Spitalfriedhof, die in einer zahnärztlichen Studie untersucht wurden. Diese Untersuchung gibt uns einen Eindruck von der Karieshäufigkeit im 19. Jahrhundert. Von insgesamt 4'588 untersuchten Zähnen wiesen 99% eine Initialkaries auf.[112] Diese hohe Kariesfrequenz lässt

110 ebd. S. 7; siehe auch Annegret Balogh: Klinische Pharmakologie in der zahnärztlichen Praxis. Stuttgart 2010, S. 55–57, hier S. 55; J.M. Mumford: Measurement of Toothache, in: International Endodontic Journal 1969, 4/3, S. 48–58.

111 StABS, Spital V 30.13: 75, S. 1–6. Sticher.

112 René Krummenacher: Karies- und Zahnsteinbefall zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Untersuchungen anhand von 250 Schädeln aus dem ehemaligen Friedhof St. Johann des Bürgerspitals Basel, in: Bulletin der Schweizerischen Gesellschaft für Anthropologie 9/1 (2003), S. 23–58, hier S. 54.

sich mit dem zunehmenden Konsum von industriell hergestelltem Zucker erklären. 66% der Zähne wiesen eine tiefergehende Schädigung auf, die entweder mit einer Zerstörung des Zahnbeins (Dentin) oder einer Freilegung des Zahnnervs (Pulpa) verbunden war.[113]

Ungefähr 30% der untersuchten Zähne waren derart stark geschädigt, dass zwingend von einer starken Schmerzbelastung ausgegangen werden muss: jeder zweite bis dritte Zahn muss teils massive Schmerzen verursacht haben.[114] Zahnschmerzen waren ein alltäglicher Begleiter der Patienten. Die Stichprobe von 250 Schädeln darf unter Vorbehalten für jenen Teil der Spitalpatienten sprechen, für den uns Skelettmaterial und/oder Krankengeschichten vorliegen. Selbstverständlich muss jeder Zahnbefund und parallel dazu die zugehörige Krankenakte miteinander verglichen werden, um eine Schmerzevaluation durchführen zu können. Diese vergleichende anthropologische und medizingeschichtliche Studie sei einer späteren Arbeit vorbehalten. Im vorliegenden Beitrag geht es vorerst um den Nachweis einer Tendenz.

Dem zahndiagnostischen Befund einer hohen Schmerzbelastung stehen die in den Krankenakten überlieferten Zahnschmerzäusserungen allerdings diametral entgegengesetzt gegenüber. Bei einem Total von 823 transkribierten Krankenakten, basierend auf 286 Patientinnen und 406 Patienten aus dem Zeitraum von 1840 bis 1866, bleiben die mit Karies assoziierten neun Schmerzäusserungen wortwörtlich Einzelfälle. Dabei sind Schmerzbekundungen, wie in der Einleitung dargelegt, ein wichtiges Diagnosekriterium und wurden entsprechend häufig in den Akten erwähnt. Nur gerade 190 Krankenakten sind frei von Schmerzbeschreibungen. In diesen Berichten fällt – im Gegensatz zum vorherigen Befund – auf, dass zwar die Symptome der Krankheiten, aber keine begleitenden Schmerzäusserungen notiert wurden. Manchmal wurde das Fehlen von Schmerzen erwähnt. Hie und da liest man zwischen den Zeilen, dass die behandelnden Ärzte der Ansicht waren, eine Simulantin oder einen Simulanten vor sich zu haben, die eine Krankheit nur vortäuschten, um sich im Spital wieder einmal satt essen zu können: Dann heisst es z.B. «[…] Pat.[ientin] ist vor 3 Monaten aus d.[em] Spital ausgetreten und kommt nun ungefähr mit d.[en] gleichen Klagen wieder zu d.[en] Fleischtöpfen Aegyptens […]».[115]

113 Ebd., S. 54.

114 Paul A. Rosenberg (wie Anm. 109), S. 35; siehe auch K.M. Hargreaves/S. Cohen/K.M. Berman: Cohen's pathway of the pulp. Mosby Elsevier, St. Louis 2011.

115 StABS, Spital V 30.7: 8, S. 1; Gertrude Bossard war fünfmal hospitalisiert.

Nur in acht Fällen kamen Zahnschmerzen zur Sprache. Folgende Befunde wurden notiert: «er/sie leidet an Zahnschmerzen» (drei Fälle); «konnte in der Nacht aufgrund von Zahnschmerzen nicht schlafen» (vier Fälle) und in einem weiteren Fall «die Zahnschmerzen sind vergangen». In einem Fall wurde ein schmerzhaft angeschwollener Unterkiefer beschrieben: ein Abszess mit Eiterbildung. Die Ärzte führten dies auf einen kariösen Zahn zurück und ein Zahn wurde gezogen. Die Zahnextraktion brachte nicht das gewünschte Resultat, offenbar wurde der falsche Zahn gezogen. Dies ist bis jetzt der einzige Hinweis einer zahnärztlichen Behandlung im Spital.[116]

Es ist nicht anzunehmen, dass bei allen Patientinnen und Patienten mit kariösen Gebissen keine Zahnschmerzen aufgetreten sind, oder dass alle Patienten die Schmerzen klaglos als Alltagserscheinung ertrugen, wie dies offenbar bei Jakob Sticher der Fall war. Viel eher ist anzunehmen, dass die Ärzte nur die Schmerzäusserungen festhielten, die ihnen als krankheitsrelevant erschienen. Dabei widersprechen die neun Anmerkungen zu Zahnschmerzen bei einem Total von 823 berücksichtigten Krankenakten unserem Erklärungsansatz eines «nicht krankheitsrelevanten Symptoms» keineswegs, zu spärlich sind die oben angeführten Befunde. Sie scheinen als Ausnahmen eher die Regel zu bestätigen. Der Erklärungsansatz wird zusätzlich noch durch einen anderen Befund gefestigt. Der Zustand der Mundhöhle, der Zunge und des Zahnfleisches waren wichtige Indikatoren zum Beispiel für das Vorliegen einer Infektionskrankheit. Der Zustand der Zunge, ob ein weisser Belag vorlag, oder ob er braun oder rot verfärbt war, wurde hundertfach festgehalten. Interessanterweise wurde zudem zwölfmal notiert, ob die Zunge Zahneindrücke aufwies. Dies galt wohl als Indikator für relevante Schmerzen und damit erwähnenswert. Auch notierten die Ärzte zwölfmal, dass die Patienten mit den Zähnen knirschten, wahrscheinlich im Kontext von «die Zähne vor Schmerzen» zusammenbeissen. Man sieht, dass rein summarisch diese sekundären Beobachtungen zu den Zähnen die direkten Schmerzäusserungen verursacht durch kariösen Zähnen weit übertreffen. Dieser Befund stärkt den Erklärungsansatz zusätzlich, dass die Spitalärzte vorwiegend Schmerzäusserungen notierten, welche sie als relevant für jene Krankheiten einstuften, derentwegen sich die Patienten im Spital aufhielten, Schmerzen durch Zähne spielten da offenbar keine grosse Rolle.

116 Ebd., Spital V 30.17: 19, S. 1–4: Abszessfall: Linas Herzog, 1856.

Zahnschmerzen im Tagebuch

Es stellt sich aber auch die Frage, inwieweit Schmerzen im Alltag geäussert und welche Mittel gegen sie eingesetzt wurden. Um diesen Sachverhalt zu prüfen, werden abschliessend Tagbücher von drei Personen mit unterschiedlicher sozialem Hintergrund herangezogen. Es handelt sich dabei um den Oberarzt Karl Gustav Jung (1795–1864), welcher der Basler Oberschicht angehörte, dem Missionar Jakob F. Sessing (1802–1856) und drittens dem Torsperrer und Schreiber Franz Jeremias Gysin (1819–1899), der der sozialen Unterschicht zuzurechnen ist.

Der Basler Spitaloberarzt und Professor Karl Gustav Jung notierte am 7. Juni 1860 in seinem Tagebuch:

> «Abfahrt von der Saline vormittags. Während der Fahrt hatten sich die Zahnschmerzen fast gänzlich verloren. Nach Tisch setzten sie wieder ein und ich schickte eine briefliche Bitte an Rittmann, mich von meinen Plagen zu befreien.»[117]

Oberarzt Jung wusste, welche Schmerzen auf ihn zukamen. Er reagierte kurz entschlossen und bestellte den Zahnarzt Rittmann zu sich ins Haus. Über die erfolgreiche Behandlung kann man weiter lesen:

> «Es wurden zwei Zähne entfernt, von welchen der eine, ein Schneidezahn, wiederstand, abgebrochen wurde und dann zu allerlei Schmerzen und schmerzhaften Operationen Anlass gab. Es gehört zu den schärfsten Schmerzempfindungen, wenn der Nerv in seinem Kanal durch eine Bohrmaschine entfernt, das heisst getötet wird. Einen Nerven töten, welch eine Schinderidee! Überhaupt finde ich, dass die Hülfsmittel der Zahnarzneikunde noch so ziemlich roher Art sind. Freilich ist auch das Objekt darnach! Nun aber, gottlob, bin ich frei von aller Pein.»

Auffällig ist, wie eindrücklich Jung seine Zahnschmerzen beschreibt und den Zahnarzt seiner «rohen Hülfsmittel der Zahnarzneikunde» wegen als Handwerker charakterisiert.

Jakob Sessing wurde 1802 als Sohn eines Zinngiessers im Odenwald geboren. Die Familie zog auf der Suche nach Arbeit nach Basel, wo kurz darauf der Vater starb. Als zehnjähriger verlor er zudem seine Mutter und wurde zu einer Familie nach Liestal zur Erziehung gegeben. Er erlernte das Handwerk eines Instrumentenmachers und trat als zwanzigjähriger Mann 1822 in die Basler Mission ein und wurde zum Missionar für Liberia ausgebildet. Jakob Sessing war ein regelmässiger Schreiber und hinterliess acht

117 Ernst Jung (wie Anm. 90), S. 230. Dort auch das folgende Zitat.

ausführliche Tagebücher. Er litt häufig an Zahnschmerzen, die er durch Tabakpfeifenrauchen oder mittels dem Einsatz von Aderlass zu lindern versuchte. Aber auch die Einnahme von Johannisbeer- und Stachelbeersaft oder das Anbringen eines «Zugpflaster auf dem linken Arm» halfen nicht die Schmerzen zu mildern. Darum entschloss er sich am 8. Juli 1827 zum Unvermeidlichen:

> «An einem Abend bekam ich Zahnweh auf der linken, der nemlichen Seite wie zu Anfang des Jahres, so stark, dass ich mir nicht zu helfen wusste. Da ich wusste, dass nur ein einziger Zahn die Grundursache daran war, so entschloss ich mich, ihn herausziehen zu lassen. Mein Doktor[118] kam und verursachte mir die grössten Schmerzen, brach jedoch nichts von Zahn hinweg als ein Stück, das noch nicht vermodert war; dafür riss er mir ein grosses Stück vom Zahnfleisch hinweg welcher mir im Schlucken wieder Schmerzen bereitet. Der Arzt konnte jedoch nicht leisten, da mein Zahn wie gesagt schon spröde war u. nur noch ein Stück hatte, dazu der hinterste Mahlzahn ist [...].»[119]

Franz Jeremias Gysin brachte sich und seine Familie als Sperrer an Stadttoren und als Schreiber und Lehrer mehr schlecht als recht durchs Leben.[120] Er war ein fleissiger Tagebuchschreiber, widmete seiner Gesundheit grosse Bereiche und darf als «Hypochonder» bezeichnet werden, der viel Geld und Zeit in Arztbesuche investierte und nie damit rechnete, alt zu werden.[121] Zahnschmerzen wurden von ihm zwar notiert, aber nicht sehr zahlreich. Am Montag, den 12., Freitag, den 16. und Samstag, den 17. Juli 1852 war Gysin bei Professor Hoppe und liess sich je eine Zahnwurzel ziehen. Fünf Tage

118 Beim im Tagebuch erwähnten Arzt handelte es sich um den bekannten in Basel seit 1819 praktizierenden Homöopathen Dr. Franz Joseph Siegrist.

119 Zitiert aus Basler Missionsarchiv FA 10.1, 4, J. F. Sessing: Tagebücher 1,1826 ff. Siehe hierzu auch Hanns Walter Huppenbauer (2009): Vier Brüder für Osu – die Anfänge des Afrika–Unternehmens der Evang. Missionsgesellschaft zu Basel: Ghana. Saarbrücken, 2012, 1–114. An dieser Stelle möchte ich Hanns Walter Huppenbauer für seinen freundlichen Hinweis einen grossen Dank aussprechen.

120 Marina Zulauf-Semmler: Tagebüchlein von Franz Jeremias Gysin-Obrist von Basel. November 1844 – Oktober 1866, unpubliziertes Tagebuch, transkribiert, genealogisch aufgearbeitet und redigiert, Basel August 2014, hier S. 36 (in Privatbesitz). An dieser Stelle möchte ich Marina Zulauf einen grossen Dank aussprechen für ihren wertvollen Hinweis zu den im Text erwähnten Tagebuchstellen.

121 Franz Jeremias Gysin wurde 1819 in Basel geboren, ab 1833 absolvierte eine Lehre und studierte 1844 zeitweise in Karlsruhe am theologischen Seminar. Ob er das Studium abschloss ist nicht ersichtlich. Im selben Jahr beginnt er mit seinen Tagebucheinträgen. 1858 trat sein einziges Kind Julie ins städtische Waisenhaus ein, da er ihren Lebensunterhalt nicht bestreiten konnte. Der Tochter gab er neben Kleidern und einem Springseil auch eine Zahnbürste ins Waisenhaus mit auf den Weg, ein Anzeichen von Kariesprophylaxe. Bis 1860 erhielt Franz Jeremias Gysin Kostgeldzahlungen zu seiner eigenen Unterstützung. 1866 endet sein Tagebuch. 1869 starb seine Frau, er selbst starb 30 Jahre später 1899 im hohen Alter von 80 Jahren.

später hielt er am 22. Juli einen weiteren Besuch bei Professor Hoppe fest: «Heute war ich bei Herr Professor Hoppe; (er zog mir zwei Zahnwurzeln aus, abgebogen); ich bezahlte ihn mit Fr. 10.– [...].» Keine Erwähnungen von Schmerzen, sondern eine sachliche Auflistung der Arztbesuche und am Ende ein finanzieller Schlussstrich. Vier Arztbesuche und das Ziehen von insgesamt fünf Zahnwurzeln hatten zehn Franken gekostet.[122] Am 23. Juli folgte nochmals eine Konsultation: «Heute Consultation bei Herr Professor Hoppe; Frische Rechnung. (Salbei mit noch Wein, Mund) (Franzbranntwein mit Salz, Rücken) [...].» Offenbar nahm Gysin prophylaktisch eine Mischung aus Salbei und Wein gegen Infektionen der Mundhöhle zu sich. Wiederum findet sich keinerlei Erwähnung von Schmerzen oder Zahnweh. Eventuell wurde der Branntwein mit Salz gegen Schmerzen verordnet, denn Alkohol war ein weit verbreitetes Mittel gegen Zahnschmerzen. Dass dies mit Komplikationen verbunden sein konnte, zeigt uns 1862 der Fall eines jungen Knechtes:[123]

> «Erzer, November 11, Knecht junger Mann. Tod als Folge übermäßigen Genusses von Brandwein um Zahnschmerzen zu stillen. Der Tod ist unter Erscheinungen von Lungen Lähmung eingetreten, die Section wurde nicht gemacht.»[124]

Fassen wir zusammen: In zwei von drei Fällen fanden Zahnschmerzen Eingang ins Tagebuch. In einem Fall werden die Zahnarztbesuche notiert, da dieser Tagebuchschreiber Buch über seine ärztlichen Konsultationen führte, hingegen werden keine Zahnschmerzen erwähnt. Es müssten weitere Selbstzeugnisse befragt werden, um eine breitere Vergleichsbasis zu haben. Trotzdem lässt sich erahnen, dass Zahnschmerzen zu den gefürchtesten Komplikationen zählten, oft vorkamen und sehr wohl thematisiert wurden. Erinnert sei an das Sprichwort: «Er neidet mir sogar meine Zahnschmerzen.»

122 Aus dem Tagebuch geht nicht eindeutig hervor, ob die 10 Franken noch weitere frühere Arztbesuche bei Professor Hoppe einschlossen. Eine ärztliche Konsultation bei Professor Jung kostete im Jahr 1860 einen Franken.

123 StABS, Sanität E 7a: Jahresberichte des Physikus und der Wundschau (1835–1909), 1863, A. Gerichtliche Medicin, VI Wegen schnell eintretendem Tode.

124 Ebd., 1863: Die überdosierte Schnapstherapie führte zum Koma, aus dem Erzer nicht mehr aufwachte. Fremdeinwirkung oder Suizid wurde ausgeschlossen und deshalb auf eine Obduktion verzichtet.

Fazit

Historische Schmerzerfahrungen lassen sich kaum in ihrer Intensität qualifizieren; da sie aber in vielen Zusammenhängen thematisiert wurden, begegnen sie der historischen Forschung in vielfältigen Quellen. Über Krankenakten etwa lässt sich nachvollziehen, welche Arten von Schmerzen von den Ärzten als erwähnenswert erachtet wurden und wie diese Schmerzen bewertet und behandelt wurden. In den von uns untersuchten Krankenakten wurden Schmerzen vor allem als lokalisierbare und quantifizierbare Phänomene verbalisiert. Die Verortung des Schmerzes ist dabei oft ausgesprochen exakt und Nennungen zu diffusen, allgemeinen Schmerzen sind eher selten. Auch werden die Intensität der Schmerzen, die Häufigkeit und Dauer sowie die An– oder Abwesenheit von Schmerzen genau festgehalten und notiert. Die Lokalisation des Schmerzes, die Angabe darüber, ob der Schmerz zu– oder abnehmend ist, stärker oder schwächer wird, seit wann die Schmerzen bestehen, all diese Informationen haben die Funktion, den Leidens– und Krankheitszustand des Patienten nachzuvollziehen, zu verfolgen und einzuschätzen.

Die Schmerznennungen der Patienten hatten eine wichtige Bedeutung für die ärztliche Arbeit. Nicht nur hatten sie eine diagnostische Relevanz, denn am Ort des Schmerzes wurde nach der Ursache und damit nach der eigentlichen Krankheit gesucht. Beobachtungen zum Schmerzverlauf gaben darüber hinaus Auskunft über den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung. Hinweise auf den Umgang der Patienten mit ihren Schmerzen sind in den Krankenakten eher selten zu finden. Schmerzbeschreibungen sind durch den ärztlichen Blick gefiltert. Ärzte beschreiben die Reaktionen der Patienten auf ihre Schmerzen, dies allerdings sehr breit gefächert. Danach gab es Patienten, die ihre Schmerzen geduldig ertrugen, andere, die jammerten und klagten bis hin zu Patienten, die mit Trauer und Niedergeschlagenheit auf ihre Schmerzen reagierten.

Bei der Behandlung von Schmerzen kamen verschiedene Therapieformen zum Einsatz, die der Linderung dienen sollten, und in vielen Fällen scheinen sie ihr Ziel auch erreicht zu haben. Es lassen sich aber auch mehrere Stellen finden, in denen von den Patienten beklagt wird, dass die schmerzlindernden Mittel und Therapien nicht halfen, was wiederum nicht selten von den behandelnden Ärzten in Frage gestellt wurde. Längst nicht bei allen notierten Schmerznennungen der Patienten wurden Massnahmen zur Schmerzbekämpfung getroffen und die Gabe von Schmerzmitteln scheint eher unregelmässig erfolgt zu sein und stand vor allem bei Patienten im Vordergrund, die bereits im Sterben lagen.

Die einzigartige Basler Quellenlage lässt zu, dass die Krankenakten um Skelettbefunde ergänzt werden können. Werden Krankenakten und Skelettbefunde miteinander in Verbindung gebracht, lassen sich interessante neue Perspektiven eröffnen, wie die zwei vorgestellten Fallbeispiele verdeutlichen.[125] Die Knochenbefunde geben zumindest indirekt Auskunft über Schmerzerfahrungen im Spital. So zeigt der Fall von Martin Keller, dass beide Quellen sich sowohl gegenseitig bestätigen als auch Hinweise auf Unstimmigkeiten liefern. Die durch den Skelettbefund nachträglich feststellbaren schmerzhaften Prozesse werden in diesem Fall durch die in der Krankenakte thematisierten Schmerzen bestätigt und untermauert. Die in der Krankenakte gestellte Diagnose und die anhand des Skelettes erstellte retrospektive Diagnose weichen allerdings voneinander ab. Während aus Martin Kellers Krankenakte hervorgeht, dass von den behandelnden Ärzten eine Krebserkrankung (Scirrhus colli & pulmonis) diagnostiziert wurde, weist der anthropologische Befund des Schädels nur auf stark entzündliche Prozesse hin. Als retrospektive Diagnose wird eine Aktinomykose vermutet und eine Krebserkrankung eher ausgeschlossen.

Im zweiten vorgestellten Fallbeispiel von Jakob Sticher zeigt der Einbezug von anthropologischen Skelettanalysen eindrücklich, dass in den Krankenakten gewisse Schmerzen gar nicht thematisiert worden sind. Aufgrund der Skelettbefunde kann davon ausgegangen werden, dass Zahnschmerzen innerhalb der Spitalbevölkerung ein weit verbreitetes Phänomen gewesen sein müssen. Der Zahnstatus eines grossen Teils der untersuchten Skelette lässt auf schmerzhafte Prozesse kariogenen Ursprungs schliessen. Wider Erwarten werden Zahnschmerzen in den Krankenakten aber kaum thematisiert. Als Grund darf man annehmen, dass gewisse Schmerzen, wie z.B. Zahnschmerzen, schlicht nicht klinikrelevant waren. Sie wurden im Spital nicht als Krankheit behandelt.

Dass Zahnschmerzen sehr wohl die Menschen umtrieben, belegen hingegen zeitgenössische Tagebucheintragungen. Zwei von drei untersuchten Tagebüchern bestätigen die hohe Schmerzrelevanz von Karies im Alltag. Wenn Ärzte in den Spitalakten nicht alle Schmerzen ihrer Patienten in gleicher Intensität und Ausführlichkeit behandelten, so bestätigt dies unsere eingangs geäusserte Behauptung: Schmerz ist zwar ein subjektives Phänomen, welches kaum objektiviert werden kann. Schmerz ist zugleich

125 Siehe Seiten 24 und 27 in diesem Beitrag.

aber auch ein intersubjektives Kommunikationsmittel, welches im medizinischen Umfeld nur dann Gehör fand, wenn ihm eine diagnostische und therapeutische Bedeutung zukam.