

HS 2013, Universität Basel

VL mit Kolloquium: Genesis der Life Sciences II: Vom 18. ins 19. Jahrhundert

Dozentin: Dr. Barbara Orland

Zweitbetreuung: Dr. Gerhard Hotz

## „Gestern machte der Todt den Schmerzen Ende“

Schmerzerfahrungen im 19. Jahrhundert in  
Akten krebskranker Patienten des Basler  
Bürgerspitals 1840-1865.

Seminararbeit

Noemi Boenzli

Grenzacherweg 295, 4125 Riehen

Noemi.boenzli@stud.unibas.ch

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Fragestellung .....	2
1.2 Schmerz: Biologische Konstante oder soziales Konstrukt? .....	3
1.3 Die Patientenakte als Quelle .....	8
1.4 Quellenmaterial.....	9
1.5 Aufbau der Patientenakten.....	11
2. Medizin, Ärzte- und Spitalwesen im 19. Jahrhundert.....	13
2.1 Das Bürgerspital.....	14
2.2 Das Ärzteswesen .....	16
2.3 Krebs im 19. Jahrhundert.....	17
2.4 Schmerzbekämpfung im 19. Jahrhundert .....	19
3. Schmerz .....	20
3.1 Die Patienten .....	20
3.2 Beschreibungen von Schmerz .....	25
3.3 Dauer von Schmerzen .....	28
3.4 Umgang mit Schmerzen und Reaktionen auf Schmerzen.....	31
3.5 Schmerzbekämpfung .....	34
4. Fallbeispiel einer Verknüpfung anthropologischer, medizinischer und historischer Daten.....	36
5. Schlussbetrachtung.....	41
Literaturverzeichnis .....	44
I. Literatur.....	44
II. Lexika.....	45
III. Quellen.....	46
Anhang.....	47
I. Quellenschlüssel.....	47
II. Übersicht Patientendaten.....	51

III. Anthropologischer Befund von Dr. Gerhard Hotz .....	53
IV. Erklärung betreffend „Regeln zur Sicherung wissenschaftlicher Redlichkeit“ ..	57

## 1. Einleitung

Ende der 1980er Jahre wurden 1061 gut erhaltene Skelette aus dem 19. Jahrhundert, die auf dem ehemaligen Spitalfriedhof des Bürgerspitals Basel bestattet waren, freigelegt.<sup>1</sup> Es handelt sich dabei um eine Skelettserie von Patienten des Bürgerspitals, welche alle zwischen 1845 und 1868 verstorben sind. Gleichzeitig sind auch Krankenakten der Spitalpatienten und ein Sterberegister, welches im Spital geführt wurde, erhalten geblieben. Die Skelette konnten in der Folge mehrheitlich identifiziert und einer dazugehörigen Krankengeschichte zugeordnet werden. Damit liegt hier eine aussergewöhnliche Quellenlage vor, die es ermöglicht, die zwei verschiedenen Quellenarten Skelett und Patientenakte zu vereinen und die gewonnen Erkenntnisse miteinander zu verbinden. Aber die von 1840 bis 1900 lückenlos erhaltenen Patientenakten aus dem Spitalarchiv bieten schon für sich allein genommen eine Vielzahl an Informationsmöglichkeiten. Die vielen erhaltenen Patientenakten aus dem Bürgerspital bieten Einblick in den Alltag eines Spitals des 19. Jahrhunderts. Sie geben Auskunft über medizinische Behandlungsmethoden, Zustände im Spital, die Geschichte einer Institution und sie geben vor allem auch Auskunft über die Patienten selbst. Gerade für die Unterschicht, welcher der grösste Teil der Patienten des Basler Bürgerspitals angehörte, besteht immer wieder das Problem, dass eher wenig Quellenmaterial existiert und somit können die Krankenakten Auskunft über eine gesellschaftliche Schicht geben, für welche die Quellenlage nicht immer einfach gelegen ist.

In der vorliegenden Arbeit sollen nun die Patienten des Basler Bürgerspitals und dabei ganz konkret ihre Schmerzerfahrungen im Vordergrund stehen. Schmerz als körperliche Erfahrung ist universell und gleichzeitig subjektiv. Jeder Mensch ist fähig, Schmerzen zu empfinden und hat in seinem Leben bereits Schmerzen erlitten. Gleichzeitig sind Schmerzen eine enorm subjektive, vom Gegenüber kaum nachvollziehbare, Empfindung. Schmerzen stellen ein sehr persönliches Symptom dar und lassen es zu, den kranken Patienten ins Zentrum einer Untersuchung zu stellen. Denn Schmerzen müssen kommuniziert werden, um für das Gegenüber sichtbar zu werden und können nicht vom Arzt in irgendeiner Form selbstständig gemessen werden. Weiter sind Schmerzen zentral im Erleben von Krankheit und

---

<sup>1</sup> Hotz, Gerhard und Steinke, Hubert: Knochen, Skelette, Krankengeschichten. Spitalfriedhof und Spitalarchiv – zwei sich ergänzende Quellen, in: Basler Zeitschrift für Geschichte und Altertumskunde, Bd. 112, S.105-138.

unter Schmerzen zu leiden war wohl kein seltener Zustand der Spitalpatienten, wie die Akten zeigen. Es soll hier also konkret danach gefragt werden, wie die Patienten des Bürgerspitals ihre Schmerzen kommuniziert und beschrieben haben und wie sie damit umgegangen sind.

Im Folgenden sollen die genauen Fragestellungen, die an das Quellenmaterial herangetragen werden, festgehalten werden. Anschliessend werden einige theoretische Grundlagen sowie Überlegungen zur Patientenakte als Quellengattung vorgestellt. Des Weiteren wird das benutzte Quellenmaterial detailliert beschrieben. In einem nächsten Schritt werden dann knappe Hintergrundinformationen zu Ärzte-, Medizin- und Spitalwesen im 19. Jahrhundert gegeben, um die Ergebnisse in einen allgemeinen historischen Rahmen einbetten zu können. Daraufhin folgt die Bearbeitung der Quellen im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellungen. Um der interessanten Quellenlage gerecht zu werden und um nebst den Krankenakten auch die Skelette zu berücksichtigen, soll abschliessend anhand eines Fallbeispiels aufgezeigt werden, wie eine Verbindung zwischen anthropologischem Befund und Krankenakte aussehen könnte.

## **1.1 Fragestellung**

Im Zentrum dieser Arbeit sollen die Schmerzerfahrungen kranker Menschen im 19. Jahrhundert stehen. Spezifisch stehen dabei die Krebspatienten des Basler Bürgerspitals zwischen 1840 und 1865 im Fokus.

Der Begriff der Schmerzerfahrung, der hier als Bestandteil der Hauptfragestellung prominent benutzt wird, wird in der Forschungsliteratur kontrovers diskutiert und unterschiedlich verwendet. Deshalb soll hier kurz erläutert werden, was mit dem Begriff gemeint ist. Erfahrung soll hier, nach Robert Jütte, als „[...]eine kulturspezifische, historisch konkrete Erlebnisform[...]“<sup>2</sup> verstanden werden. Schmerzerfahrung, als zentrale Körpererfahrung, meint damit das Erleben von Schmerz in Abhängigkeit von spezifisch vorherrschenden und zeitlich wandelbaren Vorstellungen, Konzepten und Einstellungen. Es soll also primär um die sinnliche und körperliche Empfindung Schmerz gehen, die jedoch immer vermittelt werden muss und daher in „hochkomplexe interaktive Kommunikationsprozesse“<sup>3</sup> eingebettet ist. Schmerzerfahrung entsteht am Schnittpunkt von subjektiven, sozialen

---

<sup>2</sup> Jütte, Robert: Einleitung. Auf den Leib geschrieben, in: Historische Zeitschrift, „Erfahrung“ als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte, Beiheft 31, München 2001, S.32.

<sup>3</sup> Bowald, Beatrice: Körpersinne. Körper im Spannungsfeld von Diskurs und Erfahrung, Bern 2002, S.28.

und kulturellen Bedeutungen, welche alle den Kontext bilden, in welchem die Erfahrung von Schmerz geformt und verändert wird.

Es sollen die folgenden Fragestellungen untersucht werden: Wie werden Schmerzen sprachlich beschrieben und welche Ausdrucksdimensionen für Schmerzen lassen sich finden? Wie lange dauern Schmerzen an? Welchen Umgang mit Schmerz und welche Reaktionen auf Schmerzen lassen sich feststellen? Wie wird das Verhalten der Patienten beschrieben? Und welche Reaktionen der Patienten lassen sich finden in Bezug auf den medizinischen Umgang mit Schmerz im Spital? Bezüglich der Verbindung zwischen anthropologischem Befund und Krankenakte soll weiter folgende Fragestellung bearbeitet werden: Können am Skelett objektiv körperliche Veränderungen festgestellt werden, die eine Schmerzreaktion nahelegen?

## **1.2 Schmerz: Biologische Konstante oder soziales Konstrukt?**

Im Folgenden soll nun auf die Diskussion um das Verhältnis von realem Körper und sozial konstruiertem Körper und um das Verhältnis von Sprache und Schmerz innerhalb der Forschung eingegangen werden. Ausserdem soll diskutiert werden, mit Hilfe welcher wissenschaftlicher Methoden, welcher Zugang zu vergangenen Körpererfahrungen erreicht werden kann.

In der Geschichtsschreibung, die sich mit dem Körper befasst, hat sich die Auffassung durchgesetzt, den Körper als kulturelle, soziale und historische Tatsache zu denken.<sup>4</sup> Es etablierte sich in den letzten Jahrzehnten die Abkehr vom Bild eines rein ahistorischen, biologisch konstanten Körpers und man wandte sich hin zu Ansätzen, die aufzeigen, dass der Körper sehr wohl auch über eine Geschichte verfügt.<sup>5</sup> Mittlerweile liegen unzählige Veröffentlichungen vor, die sich mit der Körpergeschichte befassen. Grundlegende Beiträge liefern beispielsweise Barbara Duden, Philipp Sarasin oder Jakob Tanner. Schmerz, als eine grundlegende körperliche Erfahrung, stellt dabei einen spannenden Forschungsgegenstand der Körpergeschichte dar. Schmerzen kennt jeder, sie gehören unausweichlich zum direkten körperlichen Empfinden des Menschen und zur Grunderfahrung des Körpers dazu. Wie wir aber Schmerz ausdrücken, wie wir ihn interpretieren, deuten, wie wir mit Schmerz umgehen und wie wir Schmerz wahrnehmen, ist geprägt von zeitgenössischen Diskursen und Wissensformen und ist somit historischem Wandel

---

<sup>4</sup> Piller, Gudrun: Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts, Köln 2007, S.4.

<sup>5</sup> Tanner, Jakob: Körpererfahrung, Schmerz und die Konstruktion des Kulturellen, in: Historische Anthropologie, Jahrgang 2, Heft 1, Köln 1994, S. 489.

unterworfen.<sup>6</sup> Die Deutung von Schmerzen, die Ausdrucksweisen und Umgangsweisen mit Schmerzen sind abhängig von den jeweiligen historischen, sozialen und kulturellen Hintergründen.<sup>7</sup> Da ein Schmerzerlebnis anderen mitgeteilt werden muss, um sichtbar zu werden und insbesondere wenn in Texten nach Schmerzerfahrungen gefragt wird, ist der Zusammenhang zwischen Sprache und Schmerz von zentraler Bedeutung.<sup>8</sup> Ansätze, die sich mit der Verknüpfung von Sprache und Schmerz befassen, betonen, dass Schmerzen im Grunde nicht kommunizierbar sind. Zu den bekanntesten zwei Vertretern dieser These gehören Elaine Scarry und David B. Morris. Laut Scarry besteht eine grundsätzliche Schwierigkeit, wenn nicht sogar Unmöglichkeit, Schmerz sprachlich auszudrücken. Schmerz wersetze sich der menschlichen Sprache, er zerstöre sie gar und versetze den Menschen in einen vorsprachlichen Zustand der Laute und Schreie zurück.<sup>9</sup> Scarry sieht den Grund dafür darin gelegen, dass der Schmerz, im Gegensatz zu anderen Bewusstseinszuständen, kein äusseres Objekt hat und sich so einer sprachlichen Objektivierung widersetzt.<sup>10</sup> Die meisten Empfindungen seien an äussere Objekte geknüpft, so findet die Liebe ihr äusseres Objekt im Geliebten, Hunger in der Nahrung, oder Angst im gefürchteten Gewitter. Der physische Schmerz besässe jedoch keinen äusseren Referenten und daraus ergäbe sich die Schwierigkeit, Schmerz sprachlich auszudrücken.<sup>11</sup> Scarry geht davon aus, dass leidende Menschen nur wenige Worte zur Beschreibung ihrer Schmerzen finden könnten und dass diese schnell zur Bildung von Als-ob-Strukturen und Metaphern führen würden.<sup>12</sup> Metaphern kämen weiter fast ausschliesslich in zwei Varianten vor: Die erste Metapher benennt dabei, laut Scarry, einen imaginären Urheber für den Schmerz (beispielsweise „Es fühlt sich an, als ob ein Hammer gegen meinen Kopf schlagen würde“).<sup>13</sup> Die zweite Metapher benennt eine körperliche Verletzung als Auslöser für den Schmerz (beispielsweise „Es fühlt sich an, als wären sämtliche

---

<sup>6</sup> Jütte, Robert: „La douleur des dents est la plus grande“. Zur Geschichte des Zahnschmerzes in der Frühen Neuzeit, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Bd. 15, Stuttgart 1996, S.37.

<sup>7</sup> Ebd., S.37.

<sup>8</sup> Piller, Gudrun: Krankheit schreiben. Körper und Sprache im Selbstzeugnis von Margarethe E. Milow-Hudtwalcker (1748-1794), in: Historische Anthropologie, 7. Jg., Köln 1999, S.233.

<sup>9</sup> Scarry, Elaine: Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur, Frankfurt am Main 1992, S.13.

<sup>10</sup> Ebd., S.14.

<sup>11</sup> Ebd., S.14.

<sup>12</sup> Ebd., S.258.

<sup>13</sup> Ebd., S.28.

Knochen gebrochen“)<sup>14</sup>. Beiden Metaphern gemeinsam seien, dass sie etwas erfinden, das ausserhalb des Leibes liegt, wodurch der Schmerz objektiviert und somit mitteilbar gemacht werden würde<sup>15</sup>. Vielleicht kann hier auch das häufig vorkommende Phänomen, dass Schmerzen bei der Beschreibung lokalisiert werden, eingereicht werden. Wird Schmerz, beispielsweise als Zahnschmerz oder Kopfschmerz, verortet, kann der schmerzende Körperteil durchaus Objektcharakter annehmen. Die Schmerzen stammen *vom* Zahn, etwas Körpereigenes wird zum Objekt, zum äusseren Referenten innerhalb des eigenen Körpers. Nach Scarry führt der Umstand des Fehlens eines äusseren Objekts beim Schmerz zur Leistung der Erfindung und Neuerschaffung<sup>16</sup>. Scarry geht sogar so weit, dass sie den Schmerz als wichtigsten Antrieb für die Erschaffung von Kultur sieht.

Auch David B. Morris geht davon aus, dass Schmerz ein immanent sprachresistenter Gegenstand ist, welcher sich kaum und schon gar nicht objektiv beschreiben lässt.<sup>17</sup> Zentral für Morris ist die Annahme, dass Schmerzen nie das alleinige Produkt der menschlichen Physiologie sind, sondern am Schnittpunkt zwischen Körper, Gehirn und Kultur entstehen.<sup>18</sup> Individuelle und kulturelle Faktoren wie Geschlecht, Religion, soziale Herkunft, Lebensumstände oder emotionale Zustände würden die jeweilige Schmerzerfahrung massgeblich beeinflussen.<sup>19</sup> Schmerz zu erleiden, führe immer dazu, dass nach einem Sinn oder einer Deutung gesucht werde<sup>20</sup>. Eben jene Sinnggebung oder Deutung unterscheide sich jedoch grundsätzlich von Epoche zu Epoche, von Individuum zu Individuum und sei somit unglaublich variabel und von ihrem historischen Kontext geprägt.<sup>21</sup> Diese Pluralität an individuellen und kulturellen Sinnggebungen, die jeweils auch eigene Bewältigungsstrategien einschliessen, sei in der Moderne durch die Dominanz einer rein medizinischen Sichtweise auf den Schmerz überlagert worden. Mit dem Aufkommen des organischen Schmerzmodelles Mitte des 19. Jahrhunderts, sei Schmerz auf einen mechanischen Vorgang innerhalb des Nervensystems reduziert worden.<sup>22</sup> Mit dieser Deutung einher

---

<sup>14</sup> Scarry, Elaine: Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur, Frankfurt am Main 1992, S. 28.

<sup>15</sup> Ebd., S.29.

<sup>16</sup> Ebd., S.242.

<sup>17</sup> Morris, David B.: Geschichte des Schmerzes, Frankfurt am Main 1994, S.12.

<sup>18</sup> Ebd., S.11.

<sup>19</sup> Ebd., S.34.

<sup>20</sup> Ebd., S.59.

<sup>21</sup> Ebd., S.58.

<sup>22</sup> Ebd., S.386.

gehe die Annahme, dass Schmerz etwas Sinnloses darstelle.<sup>23</sup> Laut Morris ist moderner Schmerz ein sinnloser Schmerz, ein blosses Resultat von gewissen Impulsen innerhalb des Nervensystems.<sup>24</sup> Von zentraler Bedeutung für Morris ist dabei die Feststellung, dass gerade auch dieses dominante medizinische Verständnis von Schmerz, welches so selbstverständlich als unveränderliche Wahrheit erscheint, bloss eine von vielen historischen und somit wandelbaren Denkweisen von Schmerz darstellt.<sup>25</sup> Gleichzeitig hält Morris jedoch auch daran fest, dass gewisse naturwissenschaftliche Erklärungsmodelle, insbesondere auch Elemente des organischen Schmerzmodelles, wohl kaum in Frage gestellt werden könnten und über eine umfassende Gültigkeit verfügen würden.<sup>26</sup>

Genau hier setzt die Kritik von Jakob Tanner an. Tanner weist darauf hin, dass gerade auch das naturwissenschaftliche Wissen historisch relativiert werden muss. Die Überzeugung, dass die naturwissenschaftliche Forschung über einen privilegierten Zugang zur sogenannten objektiven Realität verfügen würde, müsse grundsätzlich in Frage gestellt werden.<sup>27</sup> Die Körperkonzepte der Medizinwissenschaften oder der Biowissenschaften seien klar kontext- und zeitabhängig und diese historische Relativität naturwissenschaftlicher Konzepte dürfe nicht vernachlässigt werden.<sup>28</sup> Tanner begreift sämtliche Körpermodelle und Körpererfahrungen als kulturelle, historisch wandelbare Konstrukte.<sup>29</sup> Nichtsdestotrotz sei der menschliche Körper nicht nur blosses Konstrukt, sondern verfüge sehr wohl über eine Realität jenseits der Konstrukte, Diskurse und Modelle.<sup>30</sup> Tanner geht aber davon aus, dass der menschliche Körper, das Reale, über keine Sprache verfügt. Dieses Schweigen des realen Körpers führe dazu, dass das Körperliche nur über Zeichensysteme artikuliert werden könne.<sup>31</sup> Das Reale sei dabei nicht fassbar und es bleibe immer eine radikale Differenz zwischen realem Körper und sprachlicher Annäherung bestehen. Wird also über den Körper gesprochen, beschäftigen wir uns, laut Tanner, immer bereits mit dem Symbolischen.

---

<sup>23</sup> Morris, David B.: Geschichte des Schmerzes, Frankfurt am Main 1994, S.385.

<sup>24</sup> Ebd., S.385.

<sup>25</sup> Ebd., S.385.

<sup>26</sup> Ebd., S.386.

<sup>27</sup> Tanner, Jakob: Körpererfahrung, Schmerz und die Konstruktion des Kulturellen, in: Historische Anthropologie, Jahrgang 2, Heft 1, Köln 1994, S.498.

<sup>28</sup> Ebd., S. 498.

<sup>29</sup> Ebd., S.498.

<sup>30</sup> Ebd., S.498.

<sup>31</sup> Ebd., S.499.

Eine Gegenposition dazu nimmt Iris Ritzmann ein. Ritzmann geht davon aus, dass körperliche Schmerzerfahrungen das Produkt sowohl sozialer Konstrukte als auch körperlicher Konstanten sind. Sie nimmt also an, dass humanbiologische Konstanten existieren, worunter sie „[...]Parameter, die aufgrund naturwissenschaftlicher Methoden grundsätzlich in jedem Individuum nachweisbar und nachvollziehbar sind[...]“<sup>32</sup> versteht. Eine Verletzung würde demnach bei allen Menschen, egal zu welcher Zeit oder in welcher Kultur, zu vergleichbaren körperlichen Reaktionen führen. Obwohl die Annahme von humanbiologischen Konstanten bei der historischen Rekonstruktion von Leidenserfahrungen in der Forschung verpönt seien, würden sie dennoch immer implizit gemacht.<sup>33</sup> Schilderungen von Schmerzerfahrungen würden nur nachvollzogen werden können, weil sich der Lesende an eigene körperliche Erfahrungen erinnert oder sich auf ein diffuses, subjektives Wissen über den Körper stützt. Dem läge aber die Annahme zugrunde, dass beispielsweise ein gebrochener Arm heute dieselben Schmerzen auslösen würde, wie vor 200 Jahren. In diesem Umstand sieht Ritzmann nun die Notwendigkeit begründet, wenn schon, wie sie feststellt, sowieso humanbiologische Konstanten zur Rekonstruktion menschlichen Leidens herangezogen werden würden, diese auch reflektiert und möglichst objektiv einzusetzen.<sup>34</sup> Um dies zu erreichen, plädiert Ritzmann für einen Zugriff auf naturwissenschaftliche Befunde bei der Rekonstruktion vergangener Leidenserfahrungen.

Wie dargelegt werden konnte, besteht nicht nur Einigkeit darüber, wie das Verhältnis von sozial konstruiertem Körper und realem Körper gedacht wird und welche Dimension sich mit welchen Zugangsmethoden erfassen lassen. Gerade beim Thema Schmerz bewegt man sich auf schwierigem Terrain. Zum einen wird dem Schmerz eine begrenzte Kommunizierbarkeit attestiert. Zum anderen führen auch die Ergebnisse moderner naturwissenschaftlicher Forschung immer wieder Belege an, dass Schmerz etwas sehr subjektives und objektiv schwer messbares ist.<sup>35</sup>

Aber gerade aufgrund dieser Schwierigkeiten und insbesondere bei der Quellenlage im vorliegenden Fall, kann sich der Versuch, anthropologische, historische,

---

<sup>32</sup> Ritzmann, Iris: Leidenserfahrungen in der historischen Betrachtung, in: Historische Zeitschrift, „Erfahrung“ als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte, Beiheft 31, München 2001, S.61.

<sup>33</sup> Ebd., S.68.

<sup>34</sup> Ebd., S.70.

<sup>35</sup> Jütte, Robert: „La douleur des dents est la plus grande“. Zur Geschichte des Zahnschmerzes in der Frühen Neuzeit, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Bd. 15, Stuttgart 1996, S.40-41.

medizinische und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse miteinander zu verknüpfen und zu ergänzen, als besonders fruchtbar erweisen.

### **1.3 Die Patientenakte als Quelle**

Hier sollen nun einige Überlegungen zur Krankenakte als Quellengattung dargelegt werden. Die Krankenakte als Quelle gibt in erster Linie Auskunft über den Blick des Arztes auf seinen Patienten, über medizinische Konzepte, Therapieformen und den Umgang mit Krankheiten aus medizinischer Sicht. Krankenakten sind jedoch auch wichtige, indirekte Quellen der Patientengeschichte. Sie ermöglichen den Blick auf die Patienten selbst, ihre Krankheitserfahrungen, ihr Befinden, Leiden und Verhalten. Zwar stehen auch sogenannte direktere Quellen zur Verfügung, wie beispielsweise Autobiographien, Tagebücher oder Briefe, um Fragestellungen zu bearbeiten, die den Patienten ins Zentrum stellen. Aber gerade zur Untersuchung armer Gesellschaftsschichten kann nicht oder kaum auf solche Selbstzeugnisse zurückgegriffen werden. Will man Patientenakten als Quellen für Untersuchungen über den Patienten selbst nutzen, darf natürlich nicht vergessen werden, dass der Aktenführer (der Arzt) derjenige ist, der den Blick auf den Patienten lenkt, ihn freigibt oder verschleiert. Wenn die Schmerzerfahrung im Zentrum der Untersuchung steht, muss zum einen daran gedacht werden, dass die Äusserungen der Patienten, ihre Erwähnung von Schmerz, die Beschreibung und Ausdrucksweise in einem medizinischen Kontext stattfindet, das heisst, vom Arzt durch spezifische Fragen an den Patienten und medizinische Interessen gelenkt wird. Zum anderen findet natürlich eine weitere Verzerrung dadurch statt, dass der Arzt das ganze schliesslich, beeinflusst von seinen eigenen Worten und Interessen, niederschreibt. Dass also ein Patient in der Krankenakte keine Schmerzen benennt, heisst nicht, dass keine vorhanden gewesen wären. Die getroffene Wortwahl zur Beschreibung des Schmerzes ist vielleicht nicht unbedingt jene, die der Patient getroffen hätte, um den Schmerz einem Familienmitglied zu beschreiben. Und zum Teil tritt der ärztliche Blick gar ganz in den Vordergrund, nämlich dann, wenn Schmerzen nur durch die Interpretation des Arztes festgestellt werden, wie im Fall eines weggetretenen Patienten, dessen Leiden der Arzt nur noch am Gesichtsausdruck ablesen kann. Nichtsdestotrotz stellt sich gerade die Frage nach Schmerzerfahrungen als nützlich heraus, um die Patienten bei der Untersuchung von Patientenakten ins Zentrum zu stellen. Denn Schmerzen sind Empfindungen, die direkt vom Patienten selbst

geäussert werden müssen. Schmerzen können nicht ohne das Zutun des Patienten vom Arzt gemessen oder überprüft werden. Schmerz muss mitgeteilt werden, sonst bleibt er unsichtbar. Der Patient beschreibt wo es ihm weh tut, wie sehr und in welcher Weise er Schmerz empfindet. Der schmerzverzerrte Gesichtsausdruck gibt Auskunft über das Leiden, wenn ein Patient nicht mehr sprechen kann.

Trotz allen möglichen Verzerrungen, die vorher benannt wurden, sind Patientenakten also sehr ergiebige und aufschlussreiche Quellen, um Menschen und ihre Schmerzerfahrungen zu beschreiben.

## 1.4 Quellenmaterial

Dieser Arbeit liegen Krankenakten der medizinischen Abteilung des Bürgerspitals Basel als Hauptquellen zugrunde, welche in den Jahren 1840 bis 1865 entstanden sind. Die Akten wurden im Rahmen des „Skelette, Krankenakten und Genealogie“-Projekts am Naturhistorischen Museum Basel von Freiwilligen<sup>36</sup> transkribiert und liegen nun in bereits transkribierter und verifizierter Form vor<sup>37</sup>. Nebst den Krankenakten wird ausserdem das Sterberegister<sup>38</sup> als zusätzliche Quelle herangezogen, welches Auskunft über das Sterbealter, das Geschlecht und die Todesursache gibt. Das Register bietet einen Überblick über die verstorbenen Patienten zwischen 1842 und 1868. Bis auf zwei Ausnahmen, liegen für sämtliche Patienten die Todesursachen im Sterberegister vor. Die Quellenauswahl beschränkt sich ausschliesslich auf Akten von Patienten, die an irgendeiner Form von Krebs erkrankt waren, da diese, im Vergleich zu Akten von Patienten mit anderen Krankheiten, die höchste Dichte an Schmerznennungen aufweisen. Dies erstaunt kaum: Krebs als tödliche und kaum behandelbare Krankheit führte im 19. Jahrhundert meist zu einem mehr oder weniger langsamen und qualvollen Sterben. Der Schmerz stand demnach im Zentrum dieser Krankheit. Das Bürgerspital Basel wurde eher von sozial Schwachen in Anspruch genommen. Mittel- und Oberschicht

---

<sup>36</sup> Freiwillige Projekt-Mitarbeiter: Margret Avis, Werner Betz, Roger Blatter, Susanne Blatter, Maritta Bromundt, Kathrin Decrue, Ursula Fink, Marie-Louise Gamma, Angelo Gianola, Diana Gysin, Odette Haas, Annemarie Hitz (†), Bernd Holtze (†), Rolf Hopf, Ludwig Huber, Hanns Walter Huppenbauer, Hiroko Känel, Christine Küpfer, Rosemarie Kuhn, Paul Meier, Victor Meier, Franziska Meili, Liselotte Meyer, Veronique Müller (F), Heinz Ochsner, Cécile Rollé, Susi Schlaepfer, Ursula Siegrist, Herta Stadler, Beat Stadler, Joseph Uebelhart, Helena Vogler, Gisela Weiche (†) und Marina Zulauf.

<sup>37</sup> Einen Einblick in das geplante Forschungsvorhaben gibt der Beitrag von Hotz & Steinke. Hotz, Gerhard und Steinke, Hubert: Knochen, Skelette, Krankengeschichten. Spitalfriedhof und Spitalarchiv – zwei sich ergänzende Quellen, in: Basler Zeitschrift für Geschichte und Altertumskunde, Bd. 112, S.105-138.

<sup>38</sup> Sterbe- und Beerdigungsregister 1842-1868 (StABS Spital AA 2.2 1842 -1864 und StABS Spital AA 2.4 1857-74).

liessen sich zu Hause verarztet. Erst mit dem Wechsel zum Universitätsklinikum soll sich das kontinuierlich ändern. Die Quellen können also Auskunft über Leidenserfahrungen der städtischen Unterschicht geben, welche mittels anderer Quellen nur schwer erschliessbar sind.

Die Mehrheit der Fälle wurde deshalb ausgewählt, weil im Sterberegister als Todesursache eine Krebserkrankung genannt wird. Hier muss aber darauf hingewiesen werden, dass sich die Diagnosen in den Krankenakten nicht immer mit den Todesursachen im Sterberegister decken. Es sind also auch Fälle darunter, bei welchen im Sterberegister als Todesursache zwar eine Krebserkrankung genannt wird, in der Krankenakte jedoch eine andere Krankheit als Diagnose aufgeführt wird. Es befinden sich weiter drei Fälle in der Auswahl, welche aufgrund der Diagnosestellung in der Krankenakte gewählt wurden und nicht aufgrund der Todesursache im Sterberegister. Bei einem Fall wird dabei als Todesursache Wassersucht angegeben und die Auswahl erfolgte, da in der Krankenakte die Diagnose Krebs gestellt wurde. Bei zwei weiteren Fällen wird im Sterberegister keine Todesursache aufgeführt und die Auswahl erfolgte ebenfalls über die Diagnosestellung in der Krankenakte.

Insgesamt sind 44 Patientenakten untersucht worden. Es handelt sich dabei um Akten von 25 verschiedenen Patienten. Von 15 Patienten liegen Einzelakten vor, sprich es existiert eine Akte aus einem einzigen Spitalaufenthalt. Von den restlichen 10 Patienten liegen 2 oder mehr Akten aus wiederholten Spitalaufenthalten vor. Die meisten Spitalaufenthalte und somit Akten weist die Patientin Gertrud Katharina Bossardt auf, welche über 12 Jahre hinweg insgesamt 5 Mal im Spital war.

Aus dem Sterberegister und den Krankenakten lassen sich die Arten von Krebserkrankungen herauslesen, an denen die Patienten litten. Am häufigsten wird Magenkrebs (5 Fälle) genannt. Danach folgen Leberkrebs (4 Fälle), Uteruskrebs (3 Fälle), Darmkrebs (3 Fälle) und Leber-Lungen und Nierenkrebs (2 Fälle). Jeweils einmal genannt werden als Diagnose oder Todesursache Milzkrebs, Krebsgeschwülste in Hals und Lunge, Zungenkrebs, Blasenkrebs, Magen- und Leberkrebs, Brustdrüsenkrebs, Krebs im Unterleib und einmal eine nicht näher spezifizierte Lungengeschwulst.

Im Anhang können bei der Patientenübersicht die wichtigsten Eckdaten sämtlicher Patienten, von denen Akten untersucht wurden, überblickt werden. Ausserdem wird im Anhang ein Quellenschlüssel angegeben. Bei den in dieser Arbeit verwendeten

Aktenbezeichnungen handelt es sich um die Archivkürzel der Originalquellen im Staatsarchiv Basel-Stadt. Im Quellenschlüssel sind die entsprechenden internen Archivkürzel der transkribierten Akten, welche zur Untersuchung vorlagen, angegeben.

## 1.5 Aufbau der Patientenakten

Die Patientenakten weisen in ihrem formalen Aufbau eine strukturierte und standardisierte Aktenführung auf. Auf der oberen linken Seite jeder Akte werden jeweils die Personendaten der Patienten aufgeführt. Dabei werden Name, Alter, Stand, Vaterland, Hiersein, Wohnung und Eintritt und Austritt aus dem Spital aufgeführt. Auf der rechten Seite wird das aktuelle Jahr notiert. In der oberen Mitte der Akte steht schliesslich, an sehr prominenter Stelle, die diagnostizierte Krankheit des Patienten. Unten wird dann fortlaufend die Krankengeschichte notiert. In der linken Spalte werden Datumsangaben zum jeweiligen Eintrag gemacht und in der rechten Spalte werden die erfolgten Behandlungsmassnahmen eingetragen. Verstorbt der Patient, schliesst die Akte jeweils mit einem Sektionsbericht.

Die Krankengeschichten beginnen meist mit einer Beschreibung des äusseren Erscheinungsbildes des Patienten, seiner Lebensumstände und seiner gesundheitlichen Vorgeschichte (Anamnese). Dies wird jedoch von Akte zu Akte unterschiedlich gehandhabt. Zum Teil werden äusserliche Merkmale, Gewohnheiten, Lebensführung und vergangene Leiden des Patienten relativ ausführlich beschrieben, wie beispielweise im Fall eines 47-jährigen Buchbinders. Seine Akte beginnt mit den Worten:

„Das äussere Aussehen des Patienten ist allgemein bekannt. Abgesoffen, bleich, mit einer breiten Dätschnase im Gesicht. Er sagt, zu strenge Arbeit, welche er in letzter Zeit gehabt, habe ihn krank gemacht.[...] Er sey Obergassenbesetzer<sup>39</sup> bei Meister Säusel, zugleich aber auch Volksredner, habe noch vor einigen Tagen auf der Rheinbrücke eine grosse Rede gehalten.“<sup>40</sup>

Manchmal fällt die Beschreibung des Äusseren des Patienten aber auch sehr knapp aus oder wird gar ganz weggelassen und man beschränkt sich ausschliesslich auf ein paar kurze Worte zur gesundheitlichen Vorgeschichte, wie zum Beispiel hier:

---

<sup>39</sup>Wahrscheinlich: Strassenpflasterer, [O. Verf.]: „Gassenbesetzer“, in: Schweizerisches Idiotikon, <http://digital.idiotikon2.ch/idtkn/id7.htm#page/71705/mode/1up> 21.5.13.

<sup>40</sup> StABS Spital V30/12: 591, Leuba, 1851, S. 1.

„Pat. leidet seit ½ Jahr an Durchfällen, oft bedeutend frequent. Daneben wohl.“<sup>41</sup>

Nach der Krankheitsvorgeschichte folgt meistens, jedoch längst nicht bei jeder Akte, die Aufnahme des Status praesens. Hier werden die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung und die momentane Verfassung des Patienten festgehalten. Dabei wird der Zustand der Zunge, des Stuhls und des Pulses dokumentiert. Es werden Tastuntersuchungen vorgenommen, Lungen- und Herzgeräusche abgehört, optische Auffälligkeiten notiert und es wird nach dem Auftreten der Menstruation, Schwangerschaften, dem Appetit und allfälligen Schmerzempfindung gefragt. Auch hier unterscheiden sich die Länge und Genauigkeit der gemachten Angaben frappant von Akte zu Akte. Ebenso verhält es sich mit den körperlichen Untersuchungen: Zum Teil fallen diese recht umfangreich aus, zum Teil aber auch sehr knapp. Auch was genau untersucht wird, ist sehr unterschiedlich. Gewisse Untersuchungen, wie beispielsweise jene der Zunge, tauchen zwar gehäuft auf, werden aber längst nicht bei allen Patienten gemacht.

Auf die erste Untersuchung folgt schliesslich die Dokumentation des weiteren Krankheitsverlaufs und der erfolgten Behandlungen. Am linken Rand werden dabei knappe Datumsangaben gemacht, um die einzelnen zeitlichen Abschnitte voneinander abzugrenzen. Was dabei erwähnt wird, wie detailliert etwas geschildert wird, welcher Ton angeschlagen wird und sogar in welchen zeitlichen Abständen die Aufzeichnungen gemacht werden, gestaltet sich sehr heterogen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass zwar eine standardisierte äussere Struktur der Akten gegeben ist, inhaltlich jedoch erhebliche Unterschiede vorliegen. Daraus könnte man schliessen, dass der Umgang mit den Patienten und die Behandlungsabläufe noch kaum standardisiert waren. Auf keinen Fall vergessen werden darf jedoch, dass die Akten von verschiedenen Ärzten verfasst wurden. Die Autorenschaft hat sicherlich einen entscheidenden Einfluss darauf, in welchem Stil eine Akte verfasst wird, wie detailliert oder ungenau Symptome oder Behandlungsabläufe wiedergegeben werden oder auf was der Fokus gelegt wird. In den Akten lassen sich immer wieder persönliche, nicht-medizinische Einschätzungen, Interpretationen und Aussagen zu Patienten finden, die eindeutig von der Persönlichkeit des schreibenden Arztes abhängig sind. Hier ergibt sich weiterer Forschungsbedarf, um genau herauszufiltern, welche Unterschiede im Inhalt

---

<sup>41</sup> StABS Spital V30/08: 9, Dumbald, 1846, S.1.

der Akten durch die verschiedenen Autoren verursacht wurden. Es soll hier kurz einen Überblick darüber gegeben werden, welche Ärzte in welchen Zeiträumen an den Akten mitgeschrieben haben. Da es den inhaltlichen Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen würde, kann das Thema bei der Bearbeitung der Quellen später aber nicht mehr weiter berücksichtigt werden.

Die Krankenakten wurden jeweils durch den Oberarzt oder durch den Assistenzarzt der medizinischen Abteilung verfasst. Viele Akten weisen auch mehr als einen Autor auf.

Zwischen 1842 und 1864 war Prof. Carl Gustav Jung Oberarzt medizinischen Abteilung des Bürgerspitals und somit auch Verfasser vieler Patientenakten. 1865 wurde er nach seinem Tod, durch Prof. Carl Liebermeister als Oberarzt abgelöst. Weiter wirkten sieben verschiedene Assistenzärzte zwischen 1842 und 1865 am Bürgerspital. In der Zeit zwischen 1840 und 1842 konnten die Assistenzärzte wegen der unübersichtlichen Aktenlage leider noch nicht identifiziert werden. Bei 15 der hier untersuchten 25 Patienten wurden die Aktenschreiber bereits durch die Analyse der Handschriften bestimmt.<sup>42</sup> Es handelt sich dabei, nebst Prof. C. G. Jung, um die folgenden vier Assistenzärzte: Dr. Theodor Meyer (von 1842 bis 1846 im Spital tätig), Dr. Alfred Frey (von 1846-1851 im Spital tätig), Dr. Christian Grimm (von 1851 bis 1856 im Spital tätig) und Dr. Hermann Hagen (von 1858 bis 1863 im Spital tätig). Im Anhang kann bei der Patientenübersicht ein Überblick darüber gewonnen werden, welcher Arzt an welcher Akte beteiligt war.

## **2. Medizin, Ärzte- und Spitalwesen im 19. Jahrhundert**

Bevor nun die Quellen auf die Fragestellungen hin untersucht werden, soll zuerst als Rahmen ein kurzer Überblick über das Ärzte- und Spitalwesen im 19. Jahrhundert gegeben werden. Dabei wird auf die historische Entwicklung des Bürgerspitals eingegangen, die zeitgenössische Baslerische Ärzteschaft beleuchtet und schliesslich ein kurzer Abriss über den medizinischen Umgang mit Krebs und Schmerzen im 19. Jahrhundert gegeben.

---

<sup>42</sup> Die Informationen zu den Ärzten im Spital stammen von Dr. Hanns Walter Huppenbauer, welcher für alle Krankengeschichten mittels handschriftlicher Analysen die Autorenschaft der verfassenden Ärzte verifizierte. Huppenbauer, Hanns Walter : Handschriften-Vergleich Bürgerspital Basel (1840 bis 1868). Manuskript, Basel 2013.

## 2.1 Das Bürgerspital

Die Wurzeln des Basler Bürgerspitals liegen in der Gründung des ersten städtischen Spitals in Basel im 13. Jahrhundert. Wo vorher ausschliesslich die Kirche mit der Armenfürsorge betraut war, nahm sich nun mit dem urkundlich 1265 erstmals erwähnten „hospitale novum“ auch die städtische Allgemeinheit dieser Aufgabe an.<sup>43</sup> Die „Baslerische Unterkunftsstätte der Armen“, „Spital der Durftigen“, oder das „Spital an den Schwellen“, wie das Spital in verschiedenen Quellen genannt wird, stand bis Anfang des 19. Jahrhunderts beim Barfüsserkloster, dessen Räumlichkeiten dann später ebenfalls für das Spital benutzt wurden.<sup>44</sup> Die Aufgabe des Basler Spitals bestand darin, einen Teil der armen Unterschicht zu beherbergen.<sup>45</sup> Dabei ging es nicht primär um die medizinische Versorgung, sondern um eine Grundversorgung von bedürftigen Stadtbewohnern, die aus verschiedenen Gründen nicht mehr in der Lage waren, für sich selbst zu sorgen. Im Spital hielten sich Alte, psychisch Kranke, körperlich und geistig Behinderte und arme Kranke gleichermaßen auf und waren zum Teil gar in denselben Räumlichkeiten untergebracht.<sup>46</sup> Nicht Krankheit war der Grund das Spital aufzusuchen, sondern in erster Linie Bedürftigkeit.<sup>47</sup> War man nicht Bedürftig, liess man sich lange Zeit, im Falle einer Krankheit, in der spezifischen Ausgestaltung natürlich abhängig vom gesellschaftlichen Stand, zu Hause von einem Arzt betreuen, man half sich selbst oder liess sich von Familienangehörigen pflegen.<sup>48</sup>

Anfang des 19. Jahrhunderts wuchsen die Patientenzahlen im „Spital an den Schwellen“ stark an und die Umstände wurden so prekär, dass das Spital umziehen musste. Genau in dieser Zeit des Umbruchs fängt der Untersuchungszeitraum der Patientenakten an. Mit dem Umzug in den Markgräflerhof, welcher umgebaut und erweitert wurde, stand dem Spital 1842 endlich mehr Platz zur Verfügung.<sup>49</sup> Das neue Spital umfasste das Bürgerspital mit medizinischer und chirurgischer Abteilung<sup>50</sup>, sowie Gebäranstalt als medizinische Einrichtung.<sup>51</sup> Davon räumlich

---

<sup>43</sup> Wanner, Gustaf Adolf et. al: 700 Jahre Bürgerspital Basel. 1265-1965, Basel 1965, S.13.

<sup>44</sup> Ebd., S.14.

<sup>45</sup> Ebd., S.13.

<sup>46</sup> Ebd., S.22-23.

<sup>47</sup> Ebd., S.16.

<sup>48</sup> Ebd., S.18.

<sup>49</sup> Ebd., S. 28.

<sup>50</sup> Die Krankengeschichten der chirurgischen Abteilung liegen erst ab dem Jahr 1862 im Staatsarchiv vor (ab StABS Spital V34/1).

getrennt, das Pfrundhaus (Altenheim) und das Irrenhaus.<sup>52</sup> Doch schon 1857 wurde ein weiterer Neubau nötig, da die Patientenzahlen weiter stark anstiegen. In zwei Bauetappen wurde zwischen 1857 und 1868 ein grosser Anbau am bereits bestehenden Hauptgebäude des Spitals erstellt, welcher 129 zusätzliche Krankenbetten umfasste.<sup>53</sup> Die erneute Erweiterung des Spitals um diese grosse Zahl von Krankenbetten zeigt, dass sich in dieser Zeit eine Entwicklung vollzog, bei welcher die Bedeutung des Krankenhauses gegenüber der Pfrundanstalt mehr und mehr in den Vordergrund rückte.<sup>54</sup> Diese Entwicklung ist bezeichnend für viele Spitäler dieser Zeit, da sich die Aufgabe und medizinische Bedeutung des Spitals im Laufe des 19. Jahrhunderts ganz erheblich zu wandeln begann.<sup>55</sup> Durch die fortschreitende Industrialisierung und Verstädterung wuchs die Zahl von zugewanderten Arbeitern und Bediensteten immer stärker an.<sup>56</sup> Gleichzeitig verfügte diese Bevölkerungsschicht kaum über finanzielle Mittel, war oft schlecht genährt, lebte unter prekären hygienischen Umständen und verrichtete körperlich belastende Arbeiten.<sup>57</sup> Das Spital wurde durch diese wachsende Unterschicht, die oft an akuten Krankheiten litt, immer stärker in seiner medizinischen Funktion in Anspruch genommen.<sup>58</sup> Das Spital wurde so allmählich zum Krankenhaus und war nicht mehr primär Ort der Armenfürsorge, sondern zunehmend zentraler Ort medizinischer Praxis.<sup>59</sup> Ein weiterer Schritt in diese Richtung war der 1865 abgeschlossene Klinikvertrag zwischen dem Bürgerspital und der medizinischen Fakultät der Universität Basel.<sup>60</sup> Das Spital diente nun der medizinischen Ausbildung und Forschung und konnte gleichzeitig immer aktuellere Behandlungsmöglichkeiten anbieten, was allmählich auch betuchtere Klientel anzog.<sup>61</sup> Der

---

<sup>51</sup> Hotz, Gerhard et al.: Kranksein in Basel – der Anfang vom Ende? In: Hotz, Gerhard/ Burkart, Lucas /Greyerz von, Kasper (Hgg.): Theo, der Pfeifenraucher Leben in Kleinbasel um 1800, Basel 2010, S. 201f.

<sup>52</sup> Wanner, Gustaf Adolf et. al: 700 Jahre Bürgerspital Basel. 1265-1965, Basel 1965, S. 28.

<sup>53</sup> Ebd., S. 30.

<sup>54</sup> Ebd., S. 32.

<sup>55</sup> Stolberg, Michael: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt am Main 2011, S.195.

<sup>56</sup> Ebd., S.195.

<sup>57</sup> Etter, Hansueli et. al.: Amut, Krankheit, Tod im frühindustriellen Basel. Der Spitalfriedhof St. Johann in Basel. Funde und Befunde aus einer anthropologischen Ausgrabung, Basel 1993, S.2.

<sup>58</sup> Wanner, Gustaf Adolf et. al: 700 Jahre Bürgerspital Basel. 1265-1965, Basel 1965, S. 32.

<sup>59</sup> Stolberg, Michael: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt am Main 2011, S.195.

<sup>60</sup> Wanner, Gustaf Adolf et. al: 700 Jahre Bürgerspital Basel. 1265-1965, Basel 1965, S. 32.

<sup>61</sup> Ebd., S.32.

Untersuchungszeitraum der Patientenakten endet mit dem Abschluss des Klinikvertrags mit der Universität Basel.

## 2.2 Das Ärzteswesen

Als prägend für das Ärzteswesen im 19. Jahrhundert gilt der Prozess der Professionalisierung. Nebst den akademisch studierten Ärzten existierten unzählige andere, im medizinischen Bereich tätige Berufsgruppen, die sich gegenseitig konkurrierten. So zum Beispiel die handwerklich ausgebildeten Bader, Chirurgen, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, verschiedenste religiöse und magische Heiler, Kräuterkundige und Laienbehandler.<sup>62</sup> Im Zuge des Professionalisierungsprozesses gelang es den akademisch ausgebildeten Ärzten jedoch mehr und mehr, diese anderen Heilberufe an den Rand zu drängen und sich selbst die Deutungshoheit und eine Monopolstellung in der Gesundheitsversorgung zu sichern.<sup>63</sup>

Dieser Prozess lässt sich auch für Basel im Laufe des 19. Jahrhunderts nachweisen. Durch die enge Verbindung der akademischen Ärzteschaft mit der einflussreichen medizinischen Fakultät der Universität Basel, verfügten die akademischen Ärzte in Basel schon früh über politischen und gesellschaftlichen Einfluss.<sup>64</sup> Inhalte der ärztlichen Ausbildung und gleichzeitig auch Zulassung zur Berufsausübung, lagen bis in die 1850er Jahre beide in den Händen der Medizinprofessoren. Der Expertenstatus und der Einfluss der akademischen Ärzte waren im Baslerischen Medizinalwesen also bereits früh etabliert. Auch nach der neuen Medizinalgesetzgebung 1854 konnten die Ärzte ihre Privilegien sichern und blieben weitgehend autonom in der Festschreibung ihrer standesinternen Berufsregelungen.<sup>65</sup>

Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts bestand in Basel, neben den akademischen Medici, auch der zünftig organisierte Berufsstand der Chirurgen fort. Die handwerklich ausgebildeten Wundärzte durchliefen in ihrer Ausbildung eine dreijährige Lehrzeit bei einem Meister, danach ein paar Gesellenjahre, bis sie schliesslich vor dem „Collegium chirurgicum“ die Meisterprüfung ablegen konnten.<sup>66</sup>

---

<sup>62</sup> Brockmeyer, Bettina: Selbstverständnisse. Dialoge über Körper und Gemüt im frühen 19. Jahrhundert, Göttingen 2009, S.51-53.

<sup>63</sup> Stolberg, Michael: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt am Main 2011, S. 122.

<sup>64</sup> Hänger, Peter: Ärzte im 19. Jahrhundert. Von handwerklichen Chirurgen und akademischen Medizinern, Basel 2010, S.26.

<sup>65</sup> Ebd., S.44.

<sup>66</sup> Ebd., S.60.

Zu ihrem Aufgabenbereich gehörten die äusseren Behandlungen, chirurgische Eingriffe, wie das Amputieren oder das Entfernen von Tumoren, das Versorgen von Wunden oder auch das Aderlassen, Klistieren und Schröpfen.<sup>67</sup> Anfang des 19. Jahrhunderts zeichnete sich aber bereits ab, dass der Berufsstand der Chirurgi immer mehr an Bedeutung verlor und vom Berufsstand der akademisch gelehrten Doktoren an den Rand gedrängt wurde.<sup>68</sup> Sie verloren die Aufsicht über wichtige Aufgabenbereiche wie die Geburtshilfe und die Wundschau an die Medici und waren der behördlichen Aufsicht des Sanitätskollegiums unterstellt, welches ab den 1830er Jahren überwiegend aus akademischen Ärzten bestand. Im Zuge der neuen Medizinalgesetzgebung von 1854 wurde der Stand der Chirurgi dann endgültig verdrängt.<sup>69</sup> Im Gesetzestext werden sie überhaupt nicht mehr erwähnt, stattdessen jedoch der neue Beruf des chirurgischen Gehilfen. Dieser war dem Arzt untergeordnet und durfte die traditionellen Aufgaben des Chirurgi nur noch auf Anweisung eines akademischen Mediziners ausführen. 1880 wurde die Chirurgie schliesslich in den Rahmen der akademischen Medizinausbildung eingebettet und war fortan Teildisziplin der .akademischen Medizin.<sup>70</sup> Natürlich heissen diese Entwicklungen noch nicht, dass alle anderen Heilangebote damit aus dem Stadtangebot verschwunden waren, doch die akademische Medizin befand sich auf dem besten Weg dazu, den Monopolanspruch in Bezug auf eine „rationale“, „wissenschaftliche“ Medizin durchzusetzen und für sich den alleinigen Expertenstatus zu beanspruchen in Bezug auf einen medizinischen Wissenskorpus, der stark umkämpft war.

### **2.3 Krebs im 19. Jahrhundert**

Da es sich bei den ausgewählten Patientenakten durchgehend um Krebspatienten handelt, soll hier kurz das Wissen über und der Umgang mit der Krankheit Krebs im 19. Jahrhundert umrissen werden.

Als erhellend erweist sich dabei der Blick in das zeitgenössische Nachschlagewerk „Herders Conversations-Lexikon“. Der Artikel zu Krebs aus dem Jahr 1855 beginnt darin folgendermassen:

---

<sup>67</sup> Hänger, Peter: Ärzte im 19. Jahrhundert. Von handwerklichen Chirurgen und akademischen Medizinern, Basel 2010, S.54.

<sup>68</sup> Ebd., S. 62.

<sup>69</sup> Ebd., S.63.

<sup>70</sup> Ebd., S.52.

„Krebs (*scirrhus, cancer, carcinoma*), das Produkt einer abnormen und eigenthümlichen, auf die Zerstörung u. Umbildung aller umgebenden Gewebetheile hinarbeitenden und damit ihre Bösartigkeit bekundenden Neubildung.“<sup>71</sup>

Weiter heisst es:

„Eine wesentliche Eigenschaft des K.es ist die, daß entweder sogleich von Anfang oder in dessen Verlauf dieses Leiden ein constitutionelles wird, weßhalb gar häufig sekundär sich K.ein andern als den primär ergriffenen Organen entwickeln.“<sup>72</sup>

Weiter gibt das Lexikon darüber Auskunft, dass weder Alter, Stand noch Organ von der Krankheit verschont bleiben würde, keine Vorbeugenden Massnahmen bekannt seien und dass die Prognose für die Krankheit Krebs deshalb auch eine sehr bedenkliche sei. Der Lexikonartikel weist aber darauf hin:

„Daß die Entfernung des Aftergebildes in seinem früheren Entwicklungsstadium, wenn dasselbe überhaupt zugänglich, von der größten Wichtigkeit ist, bleibt über allen Zweifel erhaben.“<sup>73</sup>

Krebs galt im 19. Jahrhundert als eine unheilbare Krankheit.<sup>74</sup> Man wusste darum, dass der Krebs sich in seinem Verlauf ausbreitet und andere Organe befällt und wenn überhaupt, dann möglichst früh behandelt werden musste. Im 19. Jahrhundert begann man mit verschiedenen Therapieformen zu experimentieren, wie beispielsweise mit lokalen Druckbehandlungen oder Diäten, um Krebs vielleicht doch auch in späteren Stadien noch besiegen zu können.<sup>75</sup> Daneben kamen auch weiterhin altbekannte humoralpathologische Therapieformen, die auch bei fast allen anderen Krankheiten praktiziert wurden, wie das Schröpfen, Aderlassen und die Verabreichung von Klistieren zum Einsatz. Schliesslich musste man sich jedoch meist damit begnügen, bei der Behandlung von Krebserkrankungen vor allem die Erleichterung von Leiden in den Vordergrund zu stellen und nicht unbedingt die Heilung.<sup>76</sup> Ein wichtiger Punkt im Bereich der Behandlungsmöglichkeiten von Krebs, der beim obigen Lexikonausschnitt schon angesprochen wurde, stellte jedoch die chirurgische oder mittels Säuren erfolgende Entfernung von Tumoren dar. Die Idee krebsiges Gewebe und Geschwülste zu entfernen war bereits lange vorhanden, jedoch auch umstritten. Auch durch die frühe Neuzeit hindurch wurden

---

<sup>71</sup> [O. Verf.]: „Krebs“, in: Herders Conversations-Lexikon. Freiburg im Breisgau 1855, Band 3, S. 654-655, <http://www.zeno.org/nid/2000340417X> 9.6.13.

<sup>72</sup> Ebd., 9.6.13.

<sup>73</sup> Ebd., 9.6.13.

<sup>74</sup> Stolberg, Michael: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt am Main 2011, S.210.

<sup>75</sup> Ebd., S.212.

<sup>76</sup> Ebd., S.213.

Brustamputationen und Tumorentfernungen beschrieben und durchgeführt.<sup>77</sup> Im 19. Jahrhundert regten die Möglichkeit zur Narkose und später die Möglichkeit zur Vermeidung von Wundinfektionen die Chirurgie und somit auch den Einsatz chirurgischer Behandlungen bei Krebserkrankungen weiter an.<sup>78</sup> Die Methoden wurden bis zum Ende des Jahrhunderts hin immer aggressiver und immer grössere Flächen von Gewebe, Muskeln und Drüsen wurden operativ entfernt, im Gedanken daran möglichst den ganzen Krebs an seinen Wurzeln zu entfernen.<sup>79</sup>

Im Lexikonartikel zeigt sich, dass der Versuch der chirurgischen Entfernung die Methode war, von der man sich kurative Effekte versprach. Die anderen zur Verfügung stehenden Behandlungen konnten meist nur „[...]rein palliative[...]“<sup>80</sup> Funktionen erfüllen, auch wenn natürlich immer versucht wurde, Krebs auch durch verschiedenste Arzneimittel und Kuren zu behandeln.

## **2.4 Schmerzbekämpfung im 19. Jahrhundert**

Der Umgang der Medizin mit Schmerzen steht im 19. Jahrhundert ganz im Zeichen der Schmerzbekämpfung, der Betäubung und Überwindung von Schmerz. Wo vorher beispielsweise chirurgische Eingriffe ohne Betäubung unvorstellbare Schmerzen mit sich brachten, verhiesse neue Therapiemöglichkeiten Kontrolle über den Schmerz. Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts wurden vermehrt Äther und Lachgas zur Schmerzlinderung eingesetzt und ab 1844 stand Morphin, welches aus Opium isoliert wurde, als Medikament zur Verfügung. 1846 wurde zum ersten Mal ein Zahn unter Äthernarkose gezogen und 1847 wurde die erste Geburt in Narkose durchgeführt.<sup>81</sup> Nebst dem Einsatz von Äther in der Chirurgie, wurden Äthereinatmungen und Chloroform seit dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts auch als Mittel in der Schmerzbehandlung benutzt.<sup>82</sup> Daneben blieben auch die älteren Behandlungsmöglichkeiten von Schmerzen, wie beispielsweise die Gabe von Bilsenkraut, Kirschlorbeer und Cannabis, weiterhin bestehen.<sup>83</sup>

---

<sup>77</sup> Stolberg, Michael: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt am Main 2011, S.77-78.

<sup>78</sup> Ebd., S.141.

<sup>79</sup> Mukherjee, Siddhartha: Der König aller Krankheiten. Krebs - eine Biographie, New York 2010, S.101.

<sup>80</sup> [O. Verf.]: „Krebs“, in: Herders Conversations-Lexikon. Freiburg im Breisgau 1855, Band 3, S. 654-655, <http://www.zeno.org/nid/2000340417X> 9.6.13.

<sup>81</sup> Von Engelhardt, Dietrich: Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, München 1999, S.123.

<sup>82</sup> Stolberg, Michael: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt am Main 2011, S.137.

<sup>83</sup> Ebd., S.136.

Nebst Fortschrittsglauben und enthusiastischen Zukunftsvisionen, die die Entwicklungen im 19. Jahrhundert unter Ärzten auslösten, gab es auch durchaus kritische Stimmen. So wurde beispielsweise befürchtet, dass die Narkose die Kommunikation und Verbindung zwischen Chirurgen und Patienten zerstören würde und dass der weggetretene Patient in leichenähnlichem Zustand dem Chirurgen wehrlos ausgeliefert sei.<sup>84</sup> Auch der Einsatz von Opium und Morphin wurde kontrovers diskutiert. Man befürchtete eine Überdosierung und bei längerem Einsatz die Entstehung einer Abhängigkeit.<sup>85</sup> Obwohl gewisse Ärzte für einen grosszügigeren Einsatz der Schmerzmittel plädierten, wurde meist empfohlen, Opium und Morphin nur falls dringend nötig und auch dann nur zurückhaltend einzusetzen.<sup>86</sup>

### **3. Schmerz**

Nun sollen die Quellen im Hinblick auf die Schmerzerfahrungen der Patienten untersucht werden. In einem ersten Schritt wird die Patientengruppe vorgestellt. In einem nächsten Schritt sollen die Fragestellungen bezüglich der Schmerzerfahrungen geklärt werden. Dabei wird zunächst untersucht, welche Beschreibungen von Schmerzen vorliegen. Anschliessend wird auf die Dauer der Schmerzen eingegangen. Weiter sollen die Reaktionen der Patienten, ihr Umgang mit den Schmerzen und ihr allgemeines Verhalten im Spital näher beleuchtet werden. Abschliessend soll auf den Aspekt der Schmerzbekämpfung eingegangen werden.

#### **3.1 Die Patienten**

Bevor nun auf die Schmerzerfahrungen der Patienten eingegangen wird, soll zuerst der Frage nachgegangen werden, wer diese Patienten genau waren. Welche Sozialstruktur weist die untersuchte Patientengruppe auf? Dazu sollen das Alter, das Geschlecht, der Beruf und die Herkunft der Patienten genauer untersucht werden.

Unter den 25 Patienten sind 12 Frauen und 13 Männer. Die Geschlechterverteilung ist also fast ausgeglichen. Die Altersverteilung, gemessen am Sterbealter, welches im Sterberegister aufgeführt wird, liegt zwischen 27 und 77 Jahren. Die Altersverteilung weist demnach eine sehr breite Streuung auf. Die älteren Patienten stellen jedoch den grösseren Anteil dar. Drei Patienten sind zwischen 25 – 35, vier

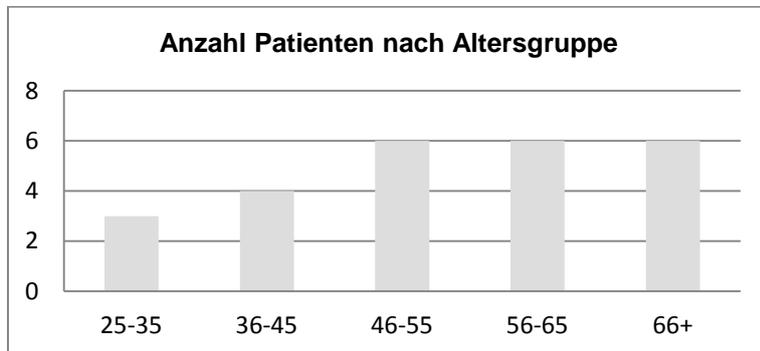
---

<sup>84</sup> Von Engelhardt, Dietrich: Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, München 1999, S.124.

<sup>85</sup> Stolberg, Michael: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt am Main 2011, S.132.

<sup>86</sup> Ebd., S.135.

Patienten zwischen 36- 45, jeweils sechs Patienten sind zwischen 46-56 und 56-65 und ebenfalls sechs Patienten sind über 66 Jahre alt. In der untenstehenden Grafik wird die Altersverteilung übersichtlich dargestellt.



Grafik 1 Gesamt= 25 Fälle

Die am Anfang jeder Akte aufgeführten Personendaten zu Beruf und Herkunft, lassen Rückschlüsse auf die soziale Herkunft der Patienten zu. Zuerst sollen nun die genannten Berufe angeschaut werden. In vier Fällen wird als Stand „Pfründer“ angegeben. Es handelt sich also hierbei um Personen, die im Pfrundhaus untergebracht waren. Weiter werden häufig Berufe im Dienstbotenbereich angegeben: Drei Männer nennen „Knecht“ als ihren Beruf, drei Frauen „Magd“ und in einem Fall wird „Herrendiener“ als Beruf genannt. Die Begriffe „Magd“ und „Knecht“ sind heute vor allem mit ländlichen Arbeiten verknüpft. Es erweist sich also als erhellend, die zeitgenössischen Begriffsbedeutungen genauer anzuschauen, um etwas mehr Auskunft darüber zu erhalten, was mit den angegebenen Berufsbezeichnungen genau gemeint war. Im zeitgenössischen Begriffsverständnis bezeichnete ein Herrendiener den „Diener eines vornehmen Hauses“<sup>87</sup>. Die Bezeichnung Magd bedeutete ganz allgemein ein „weiblicher Dienstbote, welchem die niederen und schweren Arbeiten im Hauswesen obliegen“<sup>88</sup>. Und „Knecht“ wurde definiert als „Diener der untersten Art“<sup>89</sup>, wobei damit sowohl gewöhnliche Dienstboten, Landarbeiter, als auch Hilfsarbeiter bei verschiedenen Handwerksberufen gemeint sein konnten. Die Berufsbezeichnung Knecht konnte also verschiedene Berufsfelder beinhalten. Zumindest in einem Fall, in der Gruppe von Männern, die als ihren Beruf Knecht angaben, kann vermutet werden, dass der

<sup>87</sup> [O. Verf.]: „Herrendiener“, in: Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Band 10, 1877, <http://woerterbuchnetz.de/DWB/?sigle=DWB&mode=Vernetzung&lemid=GH06892> 09.06.2013.

<sup>88</sup> [O. Verf.]: „Magd“, in: Damen Conversations Lexikon, Band 6., 1836, S. 471, <http://www.zeno.org/nid/20001747924> 9.6.13.

<sup>89</sup> [O. Verf.]: „Knecht“, in: Pierer's Universal-Lexikon, Band 9. Altenburg 1860, S. 599, <http://www.zeno.org/nid/20010251448> 9.6.13.

Patient tatsächlich in einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig war. Dabei handelt es sich um den 66-jährigen Anselm Reiser. Als Wohnort wird Binningen angegeben, welches zur Zeit der Aktenentstehung 1862 immer noch stark landwirtschaftlich geprägt war.<sup>90</sup> Ausserdem wird in der Krankengeschichte erwähnt, dass der Patient bereits einige leichte Verletzungen durch Pferdetritte erlitten hatte, was als Hinweis auf eine Arbeit im landwirtschaftlichen Bereich gedeutet werden kann. Die explizite Berufsbezeichnung „Landarbeiter“ kommt aber nur in einem Fall, beim 65-jährigen Peter Bichsel, vor. Dabei wird als Wohnort Brüglingen genannt, ein grosses Landgut im heutigen Birseckgebiet, welches sich, im Jahr 1848 aus dem die Akte stammt, im Besitz von Christoph Merian befand und zwei landwirtschaftliche Höfe umfasste<sup>91</sup>.

In den anderen Fällen in denen „Knecht“ als Beruf genannt wird, kann aufgrund der angegebenen Wohnlage in der Altstadt davon ausgegangen werden, dass diese vermutlich Hilfsarbeiten und niedere Dienstbotenaufgaben in der Stadt übernommen hatten, genaueres über ihren beruflichen Alltag bleibt jedoch unbekannt.

Nebst „Magd“ und „Pfründerin“ werden bei den Frauen die folgenden Angaben beim Stand gemacht: In zwei Fällen wird als Stand lediglich „Ehefrau“ angegeben. Bei einer der zwei Frauen kann nicht weiter nachvollzogen werden, wie sie ihren Lebensunterhalt bestritt. Bei der anderen Frau wird in der Krankenakte jedoch erwähnt, dass sie früher als „Wascherin“ gearbeitet hatte. „Wascherin“ wird ebenfalls in einem weiteren Fall als Beruf angegeben. Weiter werden genannt: „Näherin“, „Kellnerin“ und „Fabrikarbeiterin“. Bei den Männern werden nebst den bereits erwähnten Ständen „Pfründer“, „Knecht“, „Herrendiener“ und „Landarbeiter“, die folgenden Berufe genannt: „Flachmaler“<sup>92</sup>, „Kaufmann“, „Buchbinder“, „Bäcker“, „Schuster“ und in zwei weiteren Fällen „Schreiner“. Im Falle des Buchbinders Franz Leuba, werden in der Krankengeschichte, woraus vorgehend bereits zitiert wurde, weitere Betätigungen als „Obergassenbesetzer“ und „Volksredner“ angegeben.

Wirtschaftlich lässt sich Basel bis ins zweite Drittel des 19. Jahrhunderts grob in drei Wirtschaftssektoren aufteilen: Es gab den sich entwickelnden industriellen Sektor,

---

<sup>90</sup> Strub, Brigitta: „Binningen“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D1193.php> 9.6.13.

<sup>91</sup> Wichers, Hermann: „Christoph Merian“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D41194.php> 9.6.13.

<sup>92</sup> Bedeutet: „Anstreicher, Zimmermaler“ in: Lüger, Otto: Lexikon der gesamten Technik und ihrer Hilfswissenschaften, Bd. 4 Stuttgart, Leipzig 1906., S. 47-48., <http://www.zeno.org/nid/20006018998> 9.6.13.

das handwerkliche Gewerbe und den Dienstleistungssektor.<sup>93</sup> Bei einem grossen Teil der Patientengruppe, vorwiegend bei den Männern, zeigt sich, dass viele im handwerklichen Sektor tätig waren. Die hier vorgefundenen Berufsgruppen entsprechen den häufigsten Handwerksberufen in Basel-Stadt im 19. Jahrhundert. Das Baugewerbe (Maler, Zimmerleute, Schreiner), welches durch das Bevölkerungswachstum grosse Auftragszahlen verzeichnen konnte, die Nahrungsmittelproduktion (Bäcker), das Bekleidungsgewerbe (Schuhmacher) und der Buchdruck (Buchbinder), können als Schwerpunkte der handwerklichen Beschäftigungsbereiche im Basel des 19. Jahrhunderts genannt werden.<sup>94</sup>

Der grösste Teil der untersuchten Patientengruppe kann weiter zum sogenannten Gesinde gezählt werden und war als Mägde, Knechte oder Dienstboten in städtischen Haushalten oder in der Landwirtschaft beschäftigt.

Besonders die Arbeit im städtischen Haushalt, welche sich bis zum Ende des 19. Jahrhunderts allmählich zu einer typischen Frauenarbeit entwickelte, war meist sehr schlecht bezahlt und wenig respektiert.<sup>95</sup> Fabrikarbeiterin, der typische Beruf der Industrialisierung, wird derweil nur einmal bei der 35-jährigen Elisabeth Steiger angegeben. Dies mag unter anderem daran liegen, dass sich die Industrialisierung im Untersuchungszeitraum erst am entfalten war. 1843 wurden noch mehr Seidenbänder in Handarbeit auf dem Land produziert, als in den mechanischen Bandfabriken. 1870 stieg die Zahl der Fabrikarbeiter dann auf ca. 6600 und gegen Ende des 19. Jahrhunderts war Basel schliesslich zu einer der grössten Industriestädte der Schweiz herangewachsen.<sup>96</sup>

Insgesamt zeichnen die genannten Berufsgruppen Fabrikarbeiter, Dienstboten und Handwerker, ein äusserst repräsentatives Bild der Berufe der städtischen Unterschicht um die Mitte des 19. Jahrhunderts in Basel. Eine Berufsangabe fällt jedoch auf: Johann Kappeler nennt als einziger Kaufmann als seinen Beruf. Der Beruf des Kaufmannes ist für das Basel des 19. Jahrhunderts ebenfalls ein typischer Beruf.<sup>97</sup> Jedoch wird dieser Beruf eher mit einer besseren Ausbildung, einem

---

<sup>93</sup> Degen, Bernhard, Sarasin, Philip: „Basel (-Stadt)“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D7478.php> 9.6.13.

<sup>94</sup> Degen, Bernhard: „Arbeiter“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16386.php> 9.6.13.

<sup>95</sup> Rippmann, Dorothee: „Gesinde“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16376.php> 24.8.13.

<sup>96</sup> Degen, Bernhard, Sarasin, Philip: „Basel (-Stadt)“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D7478.php> 9.6.13.

<sup>97</sup> Roth, Kristin: Das Basler Stadtquartier 1860-1870. Eine mikrostatistische Analyse anhand einer Datenbank, Basel 1998, S.46.

höheren Einkommen und sozialer Prestige verknüpft als die vorher angetroffenen Handwerks- und Gesindeberufe. Johann Kappeler ist mit seinen 37 Jahren einer der jüngeren Patienten. In seiner Akte wird vermerkt, dass er längere Zeit in Nordamerika verbracht hatte, was in eine kaufmännische Laufbahn passen würde. Der Handel wurde im 19. Jahrhundert internationaler und viele Kaufmänner verbrachten längere Zeit in Übersee, im Rahmen der Ausbildung oder um Handelsbeziehungen aufzubauen.<sup>98</sup> Auch sein Wohnort erstaunt. Als Adresse gibt er die Gerbergasse an, wo vorwiegend hohe Beamte, Akademiker sowie wohlhabende Kaufleute wohnten.<sup>99</sup> Sein sozialer Status scheint sich also von jenem der anderen Patienten zu unterscheiden. Warum liess sich Kappeler trotzdem im Bürgerspital behandeln? War er verarmt? Oder verfügte er über kein familiäres Netz mehr, da sein Lebensmittelpunkt nun eigentlich in Amerika lag und er durch die lange Krankheit auf die Pflege im Spital angewiesen war? Aus der Akte geht hervor, dass Kappeler erst drei Monate vor seinem Spitaleintritt aus Nordamerika zurückgekehrt war und dort mindestens zwei Jahre gelebt haben muss.<sup>100</sup> Oder kann dies gar als Hinweis darauf gedeutet werden, dass auch gutbetuchtere Bürger sich Hilfe im Spital holten? Diese Fragen können hier nicht abschliessend geklärt werden. Zumindest soll hier aber festgehalten werden, dass Johann Kappeler mit seinem Beruf und seinem Wohnort aus der Patientengruppe heraussticht. Der Wohnort der Patienten stellt, wie sich hier zeigt, eine weitere wichtige Informationsquelle dar, wenn es darum geht, die Lebensumstände der Patienten zu rekonstruieren. Leider kann dies hier nicht weiter berücksichtigt werden, da es ein zu grosses Unterfangen wäre, sämtliche der genannten Wohnorte auszuwerten.

Nun soll die Herkunft der Patienten näher beleuchtet werden. Dabei zeigt sich, dass nur vier Patienten angeben, aus dem Kanton Basel-Stadt selbst zu kommen. Zehn Patienten geben bei ihrem Herkunftsort andere Schweizer Kantone an, darunter sind drei Patienten aus dem Baselland, zwei aus dem Aargau, und jeweils einer aus Zürich, Bern, Thurgau, Schaffhausen und St. Gallen. Weitere neun Patienten kommen aus dem angrenzenden Ausland. Zwei geben an, aus Württemberg zu sein, vier aus Baden, und jeweils einer aus Hessen, Frankreich und dem Elsass. Bei zwei Patienten werden keine Angaben zur Herkunft gemacht. Die Bevölkerungszunahme,

---

<sup>98</sup> Stadler, Hans: „Kaufleute“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16380.php> 25.8.13.

<sup>99</sup> Roth, Kristin: Das Basler Stadtquartier 1860-1870. Eine mikrostatistische Analyse anhand einer Datenbank, Basel 1998, S.54.

<sup>100</sup> StABS Spital V30/23: 285, Kappeler, 1862, S.2.

die Basel-Stadt von der Mitte bis zum Ende des 19. Jahrhunderts verzeichnen konnte, basierte zum grössten Teil auf Zuwanderungseffekten.<sup>101</sup> Die Industrialisierung, die Niederlassungsfreiheit für Schweizerbürger ab 1848 und die Restrukturierung der Landwirtschaft führten dazu, dass immer mehr Menschen, vor allem auch aus der ländlichen Unterschicht, auf der Suche nach Arbeit in die Städte wanderten.<sup>102</sup>

Die Sozialstruktur der untersuchten Patientengruppe gestaltete sich also wie folgt:

Die Patientengruppe besteht aus tendenziell eher älteren Menschen. Die Geschlechterverteilung ist weiter nahezu ausgeglichen. Die meisten Patienten waren in Gesindeberufen tätig, dicht gefolgt von Handwerksberufen. Ein eher kleiner Anteil war im Pfrundhaus untergebracht und nur in einem Fall liegt eine Arbeitsstelle im industriellen Sektor vor. Ausserdem sind die Personen meist zugewandert. Nur ein kleiner Teil der Patienten stammt aus dem Kanton Basel-Stadt. Der grösste Teil gibt an, aus anderen Schweizer Kantonen zu stammen, dicht gefolgt von den Patienten, die angeben, aus dem umliegenden Ausland zu stammen.

Hier muss beachtet werden, dass sich die Aussagen nur auf die untersuchte Patientengruppe beziehen und dass daraus natürlich nicht auf die allgemeine Spitalbevölkerung geschlossen werden kann.

### **3.2 Beschreibungen von Schmerz**

Schmerz muss in irgendeiner Form mitgeteilt werden, um für das Gegenüber sichtbar zu werden. Schmerzen können dabei auf verschiedene Arten und Weisen ausgedrückt und beschrieben werden. Hier soll nun untersucht werden, welche Wortwahl und welche Ausdrucksweisen benutzt werden, um Schmerzen zu beschreiben.

Zuerst lässt sich feststellen, dass Äusserungen zu Schmerzen oft mit dem Ort im Körper, der Schmerzen bereitet, verknüpft werden. So tauchen in den Krankenakten häufig Nennungen zu Schmerzen auf, die gleichzeitig wörtlich mit dem Ort des Schmerzes verknüpft sind, wie beispielsweise „Kopfweh“<sup>103</sup> oder „Kopfschmerz“<sup>104</sup>, „Nackenschmerz“<sup>105</sup>, „Rückenweh“<sup>106</sup>, „Bauchweh“ oder „Bauchschmerzen“<sup>107</sup>,

---

<sup>101</sup> Degen, Bernhard, Sarasin, Philip: „Basel (-Stadt)“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D7478.php> 9.6.13.

<sup>102</sup> Ebd., 9.6.13.

<sup>103</sup> StABS Spital V30/01: 20, Keller, 1840, S.1.

<sup>104</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.4.

<sup>105</sup> StABS Spital V30/12: 518, Plattner, 1851, S.1.

<sup>106</sup> StABS Spital V30/11: 28, Soder, 1849, S.1.

„Halsweh“ und „Ohrenweh“<sup>108</sup>. Zum Teil sind die örtlichen Nennungen sogar sehr spezifisch, wie beispielsweise bei der Angabe einer Patientin vor zwei Jahren an „Magenweh“<sup>109</sup> gelitten zu haben. Oder die Angabe eines Patienten, seit einem halben Jahr an Schmerzen im Bauch zu leiden und dies „[...]immer an der gleichen Stelle links in der Mitte[...]“<sup>110</sup>. Schmerzen „[...]gerade hinter dem Kehlkopf[...]“<sup>111</sup> und Schmerzen „[...]im rechten Oberschenkel und rechten Knie[...]“<sup>112</sup> sind weitere Beispiele für spezifische Ortsangaben von Schmerzen. Natürlich liegen aber auch viel weniger spezifische Ortsangaben von Schmerzen vor, wie beispielsweise das beklagen von „Leibschmerzen“<sup>113</sup>. Die Schmerzen werden jedoch in der Regel sehr genau lokalisiert. Der Ort des Schmerzes zeigt an, wo etwas im Körper nicht stimmt und somit, wo der Arzt nach der Krankheit zu suchen hat. Die Häufigkeit und Genauigkeit der Lokalisation von Schmerzempfindungen ist hier also mit Sicherheit auch dadurch zustande gekommen, dass die Äusserungen in einem medizinischen Kontext gemacht wurden. Offensichtlich wurde bei einer Schmerznennung nicht selten 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 bei dem Patienten, der über Schmerzen hinter dem Kehlkopf klagte, woraufhin der Arzt notierte: „[...]im innern des Halses sowohl wie äusserlich nichts Abnormes wahrnehmbar.“<sup>114</sup> Oder bei einer Patientin, die über anhaltende Schmerzen im linken Bein klagte, woraufhin bei der Untersuchung notiert wurde: „Man findet nichts Abnormes in der schmerzenden Unterextremität.“<sup>115</sup> Die Patientin, die monatelang im Spital blieb, klagte weiterhin über Schmerzen im linken Bein. Aber auch drei Monate später ist anscheinend nicht ganz klar, von was die Schmerzen stammen und es wird nur festgehalten: „[...]Ödem des linken Beins sonst nichts zu sehen.“<sup>116</sup>

Nebst der Lokalisation des Schmerzes ist eine weitere wichtige Beschreibungsart von Schmerz die Angabe der Intensität und die Angabe von Veränderungen in der

---

<sup>107</sup> StABS Spital V30/23: 285, Kappeler, 1862, S.1.

<sup>108</sup> StABS Spital V30/12: 591, Leuba, 1851, S.1.

<sup>109</sup> StABS Spital V30/11: 28, Soder, 1849, S.1.

<sup>110</sup> StABS Spital V30/13: 573, Döbele, 1852, S.1.

<sup>111</sup> Ebd., S.1.

<sup>112</sup> StABS Spital V30/12: 365, Strobel, 1851, S.2.

<sup>113</sup> StABS Spital V30/11: 28, Soder, 1849, S.2.

<sup>114</sup> StABS Spital V30/13: 573, Döbele, 1852, S.2.

<sup>115</sup> StABS Spital V30/15: 54, Sattler, 1854, S.1.

<sup>116</sup> Ebd., S.3.

Intensität. „Viel Schmerz“<sup>117</sup>, „Grosse Schmerzen“<sup>118</sup>, „Starke Schmerzen“<sup>119</sup>, „Heftige Schmerzen“<sup>120</sup>, „leichte Schmerzen“<sup>121</sup>, „Immer heftige Schmerzen“<sup>122</sup>, „Schmerzen nachgelassen“<sup>123</sup> und „weniger Schmerz“<sup>124</sup> sind einige Beispiele von solchen Beschreibungen. Um die Intensität von Schmerzen zu beschreiben, werden weiter auch Einschränkungen und Reaktionen der Patienten mit einbezogen: „Hat die ganze Nacht nicht geschlafen, wegen Schmerzen[...]“<sup>125</sup>, „Nicht geschlafen bei den Schmerzen im Leib“<sup>126</sup>, „Klagt Schmerzen in den Beinen dass sie nicht schlafen könne“<sup>127</sup>, „Weint vor Schmerz[...]“<sup>128</sup> oder es wird notiert, dass die Patientin es gestern „[...]vor Schmerz fast nicht aushalten[...]“<sup>129</sup> konnte.

Auch die Abwesenheit von Schmerz wird beschrieben: „Jetzt ohne Schmerzen“<sup>130</sup>, „Kein Schmerz dabei“<sup>131</sup>, „nirgends Schmerzen“<sup>132</sup>, „Nie, bei all diesen Blutungen, der geringste Schmerz, weder im Kreuz noch Unterleib.“<sup>133</sup>

Nebst den Beschreibungen von Schmerzen anhand ihrer Lokalisation oder Intensität, kommen auch metaphorische, qualitative Umschreibungen von Schmerzen vor. Schmerzen werden beispielsweise als „schiessend“<sup>134</sup>, „ziehend“<sup>135</sup> oder auch „herumziehend“<sup>136</sup> umschrieben. Schmerzen werden als „Brennen“<sup>137</sup> oder „Stechen“<sup>138</sup> bezeichnet. In einem Fall wird der Schmerz gar als ein „Brennen als wenn sie Glut im Leib hätte[...]“<sup>139</sup> beschrieben.

Schmerzen werden demnach in drei Dimensionen beschrieben und wahrgenommen: in ihrer Lokalisation, ihrer Intensität und in ihrer spezifischen Qualität. Was genau Schmerzen bereitet, wird fast immer festgehalten, eher selten lassen sich Aussagen

<sup>117</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.2.

<sup>118</sup> StABS Spital V30/07: 8, Bossardt, 1845, S.1.

<sup>119</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.2.

<sup>120</sup> StABS Spital V30/15: 54, Sattler, 1854, S.2.

<sup>121</sup> StABS Spital V30/13: 586, Tschudi, 1852, S.1.

<sup>122</sup> StABS Spital V30/15: 54, Sattler, 1854, S.2.

<sup>123</sup> StABS Spital V30/01: 20, Keller, 1840, S.1.

<sup>124</sup> StABS Spital V30/08: 9, Dumbald, 1846, S.1.

<sup>125</sup> StABS Spital V30/13: 573, Döbele, 1852, S.2.

<sup>126</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.1.

<sup>127</sup> StABS Spital V30/07: 8, Bossardt, 1845, S.1.

<sup>128</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.3.

<sup>129</sup> Ebd., S.2.

<sup>130</sup> StABS Spital V30/12: 365, Strobel, 1851, S. 4.

<sup>131</sup> StABS Spital V30/07: 197, Wiedmann, 1846, S.1.

<sup>132</sup> StABS Spital V30/12: 365, Strobel, 1851, S.4.

<sup>133</sup> StABS Spital V30/26: 572, Ungerer, 1865, S.3.

<sup>134</sup> StABS Spital V30/11: 28, Soder, 1849, S.1.

<sup>135</sup> StABS Spital V30/08: 263, Müller, 1847, S. 1.

<sup>136</sup> StABS Spital V30/08: 263, Erni, 1847, S.1.

<sup>137</sup> StABS Spital V30/27: 1533, Kohm, 1865, S.4.

<sup>138</sup> StABS Spital V30/06: 133, Bossardt, 1845, S.2.

<sup>139</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.1- 2.

zu allgemeinen Schmerzen finden. Die Intensität der Schmerzen wird in vielen Fällen sehr genau festgehalten und gibt einen zeitlichen Verlauf wieder. Es lässt sich nachvollziehen, wann der Patient an Schmerzen gelitten hat, ob die Schmerzen zunahmten oder abnahmen, an welchen Tagen er schmerzfrei war und wann die Schmerzen wieder einsetzten. Die Schmerzen begleiten in ihrem Auf und Ab die Krankheit und verdeutlichen deren Verlauf, deuten auf Verbesserungen und Verschlechterungen hin und geben Auskunft über den ganz persönlichen und individuellen Empfindungs- und Leidenszustand des Patienten. Metaphorische und qualitative Schmerzbeschreibungen kommen hingegen eher seltener vor, lassen sich aber durchaus finden. Bei sämtlichen Schmerzbeschreibungen scheint im Vordergrund zu stehen, dass sie gegenüber einer weiteren Person, dem Arzt, gemacht werden und somit möglichst genau Auskunft darüber zu geben versuchen, wo, wie und in welcher Art sich Schmerz äussert. Der Schmerz soll so für das Gegenüber möglichst nachvollziehbar gemacht werden.

### **3.3 Dauer von Schmerzen**

Ein weiterer Aspekt bei der Beschreibung von Schmerzerfahrungen ist die Dauer von erlittenen Schmerzen. Wie lange dauern Schmerzen an? Handelt es sich um kürzere Episoden oder um längere Zeitspannen in denen Schmerzen empfunden wurden? Geht man diesen Fragen nach, können die Schmerzerfahrungen der Patienten genauer nachgezeichnet und umschrieben werden.

Bei der Frage nach der Dauer der Schmerzen kann zuerst die Länge des Spitalaufenthalts, respektive die Länge der Krankheit herangezogen werden. Natürlich kann nicht direkt daraus geschlossen werden, dass die Aufenthaltsdauer im Spital einer andauernden Schmerzerfahrung entspricht, aber zumindest ergibt sich so ein erster Überblick über die Dauer von Krankheit. Weiter kann angenommen werden, dass eine andauernde Krankheit zumindest körperliches Unwohlsein und immer wieder auch Schmerzen beinhaltet.

Die kürzeste Aufenthaltsdauer im Spital, ohne Erwähnung, dass die Patientin früher bereits einmal das Spital aufgesucht hätte, liegt bei 3 Tagen. Die im Sterberegister als 71-jährig aufgeführte Näherin Maria Dietrich, trat am 28. April 1854 ins Spital ein und verstarb dort am 30. April. Sie trat anscheinend in einem bereits sehr schwachen Gesundheitszustand ein und wird beschrieben als ein „[...] altes

zusammengefallenes Mütterchen.“<sup>140</sup>. Schmerzen werden aber nur am Rande erwähnt: Die rechte Unterrippengegend sei stark aufgetrieben und „[...]sehr empfindlich gegen Druck[...]“<sup>141</sup>. Über eine erste Bestandsaufnahme kam man jedoch nicht hinaus und auch eine Behandlung erfolgte anscheinend nicht, da die Patientin so rasch verstarb. Die Aufenthaltsdauer im Spital am Stück, liegt bei den meisten anderen Patienten bei ungefähr 1 bis 2 Monaten. Fast alle äussern sich dabei über Schmerzen, die mal stärker und mal schwächer sind. Die Patientin mit der längsten Aufenthaltsdauer befand sich über 2 Jahre ununterbrochen im Spital in Behandlung.<sup>142</sup> Es handelt sich dabei um die junge Fabrikarbeiterin Elisabeth Steiger, die an Milzkrebs erkrankt war und daran sehr langsam und qualvoll starb. Während dem sehr langen Spitalaufenthalt, bis zu ihrem Tod, berichtet die Patientin nahezu immer von Schmerzen. Nur selten lassen sich Einträge finden, die auf eine schmerzfreie Zeit hindeuten.

Als aufschlussreich erweisen sich, bei der Frage nach der Länge von Krankheits- und Leidenserfahrungen, die Angaben der Patienten zur bereits bestehenden Dauer ihres Leidens beim Spitaleintritt und die Fälle von Patienten, die mehrmals das Spital aufsuchten. Auffallend dabei ist, dass ein grosser Teil der Patienten bei ihrem Spitaleintritt berichtet, bereits seit längerer Zeit unter Schmerzen zu leiden. Die Aufenthaltsdauer im Spital gibt also nur einen Teil der Krankheitsdauer wider. So wird beispielsweise bei der oben beschriebenen Patientin Maria Dietrich, die nur 3 Tage Spitalaufenthalt hatte, bei näherem Hinsehen klar, dass die Krankheit schon länger bestanden hatte. Es wird vermerkt: „Sie datirt [sic] die Geschwulst in der rechten Seite seit 18 Wochen.“<sup>143</sup> Es gibt Patienten, die angeben, erst seit ein paar Tagen an Schmerzen zu leiden. Ein Patient sucht beispielsweise das Spital nach zwei Tagen anhaltenden, heftigen Kopfschmerzen auf.<sup>144</sup> Ein weiterer Patient berichtet von leichten Schmerzen beim Husten und Unwohlsein, welche seit 6 Tagen anhalten<sup>145</sup>. Oft wird jedoch von bereits viel länger bestehenden Schmerzen berichtet. Der Landarbeiter Peter Bichsel gibt beispielsweise in seiner Krankheitsvorgeschichte an, seit einem Jahr an Schmerzen beim Urinieren und seit

---

<sup>140</sup> StABS Spital V30/15: 245, Dietrich, 1854, S.1.

<sup>141</sup> Ebd., S. 1-2.

<sup>142</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846.

<sup>143</sup> StABS Spital V30/15: 245, Dietrich, 1854, S.2.

<sup>144</sup> StABS Spital V30/01: 20, Keller, 1840, S.1.

<sup>145</sup> StABS Spital V30/13: 586, Tschudi, 1852, S.1.

einigen Wochen an Schmerzen im Unterleib zu leiden.<sup>146</sup> Und der Bäcker Johan Strobel gibt an, seit 6 Monaten an heftigen, beständigen Schmerzen im rechten Oberschenkel zu leiden und seit zwei Jahren an Blut in Urin, was mit Brennen beim Wasserlassen einhergeht<sup>147</sup>. Eine weitere Patientin, die Wascherin Anna Maria Erni, sagt aus, dass sie bereits vor 6 Monaten heftige Schmerzen im Kreuz und im Unterleib bekommen hätte.<sup>148</sup> Eine weitere Patientin, Elisabeth Steiger, gibt sogar an, seit 16 Jahren, und somit einen Grossteil ihres Lebens, krank gewesen zu sein und dabei an Kopf- und Leibschmerzen gelitten zu haben.<sup>149</sup> Auch bei den Patienten, die das Spital mehrere Male aufgesucht haben, zeigen sich Krankheitsgeschichten und Schmerzerfahrungen, die sich über einen längeren Zeitraum hinweg hinziehen. Bei der Patientin Gertrud Katharina Bossardt, für welche 5 Akten über einen Zeitraum von 12 Jahren vorliegen, wird in der ersten Akte vermerkt, dass sie seit einem halben Jahr krank sei, dabei Schmerzen beim Husten empfindet und seit 2 Jahren an Schmerzen in ihrem Arm leidet.<sup>150</sup> Nach einem über fünfmonatigen Spitalaufenthalt kehrt die Patientin 3 Monate später mit denselben Beschwerden, die anscheinend nie verschwunden waren, wieder ins Spital zurück. Danach wird sie ins Pfrundhaus verlegt. Nicht ganz 2 Jahre später hält sie sich wieder für ein paar Tage wegen Husten im Spital auf. Das Jahr darauf ebenfalls. Ganze neun Jahre später erscheint die nächste und letzte Akte der Patientin, worauf vermerkt wird, dass diese bereits „Seit Jahren an Carcinoma uteri leidend“<sup>151</sup> sei. Ein weiterer interessanter Fall ist auch jener eines Patienten, von welchem über fast zwei Jahre vier Akten überliefert sind. Es handelt sich dabei um den Kaufmann Johann Jakob Kappeler. Bei seinem ersten Eintritt ins Spital berichtet er, seit einer überstandenen Durchfallerkrankung vor zwei Jahren in Nordamerika an wiederkehrenden blutigen und schmerzhaften Durchfällen zu leiden.<sup>152</sup> Es wird Darmkrebs diagnostiziert. Nach drei Monaten tritt er aus dem Spital aus und kehrt fünf Monate später wieder ins Spital zurück, da seine Beschwerden wieder zugenommen haben. Nach einem weiteren Austritt aus dem Spital kehrt er sechs Monate später wieder zurück. Nach ein paar Wochen Spitalaufenthalt wird festgehalten:

---

<sup>146</sup> StABS Spital V30/09: 407, Bichsel, 1848, S.1.

<sup>147</sup> StABS Spital V30/12: 365, Strobel, 1851, S.2.

<sup>148</sup> StABS Spital V30/08: 263, Erni, 1847, S.1.

<sup>149</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.1.

<sup>150</sup> StABS Spital V30/06: 133, Bossardt, 1845, S.1.

<sup>151</sup> StABS Spital V30/12: 182, Bossardt, 1857, S.1.

<sup>152</sup> StABS Spital V30/22: 66, Kappeler, 1861, S.1.

„Seit 5 Wochen Ot die mindeste Veränderung. Patt vegetirt [sic] als Basler Bürger vermuthlich [sic] noch längere Zeit im Spital. Ist den ganzen Tag ausser Bett, aber zu jeder Arbeit zu schwach.“<sup>153</sup>

Einen Monat später wird dann festgehalten: „Kräftezustand bessere, wesshalb [sic] sich Patient wieder einmal auswärts versuchen wolle.“<sup>154</sup>

In der letzten Akte heisst es dann:

„Leidet seit mehreren Jahren an cancer flexur. ilicae et recti, wegen dessen Patient meist im Spital ist. Zeitweise tritt er dann wieder für einige Wochen aus, um jedes Mal in schlechterem Zustand wieder zu kommen.“<sup>155</sup>

Insgesamt wird hier deutlich, dass die Krankheits- und Schmerzerfahrungen allgemein eher eine lange Dauer aufweisen. Nicht nur die Aufenthalte im Spital, während denen immer wieder Schmerzen geäussert werden, sind meist lang, sondern auch die Schilderungen seit wann die Schmerzen und Beschwerden bereits bestehen, weisen daraufhin, dass die Patienten oft über sehr lange Zeiträume hinweg unter Schmerzen litten.

### **3.4 Umgang mit Schmerzen und Reaktionen auf Schmerzen**

Ein weiterer spannender Aspekt ist das Verhalten und den Umgang, den die Patienten in Bezug auf ihre Schmerzen an den Tag legen. Lassen sich Reaktionen der Patienten auf ihre Schmerzen finden? Und lassen sich Hinweise auf den Umgang der Patienten mit Schmerzen finden? Die Quellen geben dabei aber nur einen sehr indirekten und spärlichen Einblick in Reaktionen und Umgangsweisen der Patienten in Bezug auf ihre Schmerzen. Die vorhin gemachte Feststellung, dass die Schmerzen oft schon sehr lange bestanden haben, bevor die Patienten das Spital aufsuchten, kann aber als ein erster Hinweis auf den Umgang mit Schmerz gedeutet werden. Es scheint fast so, als wurden Schmerzen öfters längere Zeit hingenommen. Dies kann jedoch nur sehr vorsichtig vermutet werden, da in den Quellen meist nicht nachvollzogen werden kann, ob bereits andere Ärzte aufgesucht wurden oder selbst versucht wurde, die Schmerzen zu bekämpfen. Dies wird zum Teil ganz bestimmt der Fall gewesen sein. In einem Fall wird aber deutlich, dass es manchmal sicherlich auch eine Strategie war, die Schmerzen zu ertragen und abzuwarten, ob die Schmerzen nicht einfach wieder von selbst verschwinden. Der Patient, Landarbeiter Peter Bichsel, berichtet vor einem Jahr zwei Tage lang Schmerzen im Unterleib

---

<sup>153</sup> StABS Spital V30/23: 285, Kappeler, 1862, S.2.

<sup>154</sup> Ebd., S.2.

<sup>155</sup> StABS Spital V30/23: 580, Kappeler, 1862, S.1.

verspürt zu haben und an einer beginnenden Anschwellung der Leber und Blut im Urin gelitten zu haben. Darauf wird vermerkt: „[...] dieses wick jedoch von selbst ohne Behandlung[...]“<sup>156</sup>. Handkehrum wird auch deutlich, dass auch schon sehr lange zurückliegenden Schmerzen noch erinnert werden. In einer Krankengeschichte berichtet die junge Kellnerin Johanna Franziska Soder beispielsweise von „Magenweh“<sup>157</sup>, welches sie vor zwei Jahren hatte. Ein anderer Patient, der Schuster Andres Müller, erinnert sich an Rückenschmerzen, die schon Jahre zurück liegen: „Pat. war im Leben gesund; vor 7 Jahren hatte er Schmerz im Rücken, war 3 Wochen krank.“<sup>158</sup> Schmerzen waren also nichts, das einfach so wieder vergessen wurde, sie waren in der eigenen Lebens- und Krankheitsgeschichte nichts nebensächliches, das einfach weggeschoben werden konnte. Schmerzen wurden sehr wohl als Ereignisse empfunden, von denen man auch noch Jahre später berichten konnte.

Die wenigen Hinweise auf das Verhalten der Patienten im Spital zeigen weiter mehrheitlich, dass die Patienten sich ruhig verhielten, die meiste Zeit im Bett lagen, viel schliefen oder vor sich hin dämmerten. Viele scheinen schon so geschwächt ins Spital gekommen zu sein, dass sie nicht mehr fähig waren mehr zu tun, als im Bett zu liegen. Gewisse Patienten litten jedoch unter solch starken Schmerzen, dass sie nicht schlafen konnten, was dann auch beklagt wurde. Oft wird notiert, dass die Patienten in ihrem Elend „[...] geduldig[...]“<sup>159</sup> sind, die Behandlungen „[...] gut u. beinah ohne Reaction[sic] [...]“<sup>160</sup> ertragen oder einfach „[...] so leidlich dahin gelebt[...]“<sup>161</sup> haben. Gewisse Patienten waren offensichtlich froh darüber, im Spital Hilfe gefunden zu haben. So wird beispielsweise notiert: „Zeigt sich in jeder Beziehung dankbar für die gute Pflege hier“<sup>162</sup>. Andere Patienten schienen ihrem Schmerz jedoch mehr Ausdruck zu verleihen. Sie „Jammert[en] den ganzen Tag“<sup>163</sup>, schrien oder weinten. Die Patientin Elisabeth Steiger musste anscheinend weinen, als ihre Schmerzen im Unterleib wieder stärker wurden. In der Akte wurde vermerkt: „Schmerz im U`leib zunehmend Pat. darüber weinend.“<sup>164</sup>. Bei einer anderen

---

<sup>156</sup> StABS Spital V30/09: 407, Bichsel, 1848, S.1.

<sup>157</sup> StABS Spital V30/11: 28, Soder, 1849, S.1.

<sup>158</sup> StABS Spital V30/08: 263, Müller, 1847, S.1.

<sup>159</sup> StABS Spital V30/11: 28, Soder, 1849, S.3.

<sup>160</sup> StABS Spital V30/07: 8, , Bossardt, 1845, S.2.

<sup>161</sup> StABS Spital V30/08: 164, Erni, 1847,S.2.

<sup>162</sup> StABS Spital V30/15: 245, Dietrich, 1854, S.1.

<sup>163</sup> StABS Spital V30/07: 8, Bossardt, 1845, S.1.

<sup>164</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.9.

Patientin, der Magd Petronella Kohm, wird vermerkt, als ihre Schwäche zunimmt und sie über Magenschmerzen klagt, dass sie „[...] sehr niedergeschlagen.“<sup>165</sup> sei.

Auch gibt es Stellen in Patientenakten, die darauf hindeuten, dass gewisse Patienten anfangs nicht zurechtkamen mit ihrer Situation, damit haderten im Spital zu sein und sich erst später langsam ihrem Schicksal fügten. So wird in der Akte des Landarbeiters Peter Bichsel beispielsweise festgehalten: „Pat. hat sich seinem Schicksal im Spital zu sein mehr ergeben.“<sup>166</sup>

Zum Teil wird auch von extremen Verhaltensweisen bei Patienten berichtet. Diese waren zwar keine direkten Reaktionen auf Schmerzen, geben jedoch einen Hinweis auf den Gemütszustand gewisser Patienten im Spital. So wird von einer Patientin beispielsweise geschildert:

„Patientin führt sich sehr ungebührlich auf, liegt wie ein Schwein im Bett und giesst den Nachtopf zum Fenster hinaus die Mauer hinunter.“

Im Fall des 72-jährigen Herrendieners Jakob Tschudi, der an einer Lungengeschwulst starb, wird festgehalten, dass der Patient immer unzufrieden und kindisch sei, keine richtigen Antworten mehr gebe und gerne sterben möchte.<sup>167</sup>

Weiter heisst es:

„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.“<sup>168</sup>

Für eine gewisse Zeit beruhigte sich das Verhalten des Patienten wieder, bis er eines Abends erneut ein „[...]Mördergeschrei[...]“<sup>169</sup> veranstaltete.

Ein weiterer Fall wiederum gibt Auskunft über den Umgang mit Schmerzen und Krankheit im Zusammenhang mit Behandlungsmethoden. Der Patient, der Buchbinder Franz Leuba, welcher schliesslich an Zungenkrebs verstarb, versucht dabei eine chirurgische Behandlung, wohl aus Angst vor dem Prozedere und den Schmerzen, zu vermeiden. Als ihm während des Spitalaufenthalts ein Geschwür an der Zunge wuchs, wurde anscheinend vorgeschlagen, dieses chirurgisch entfernen zu lassen. Darauf wollte sich der Patient aber erst nicht einlassen. So heisst es in der Krankengeschichte: „Davon gelaufen nachdem man ihm von einer Operation

---

<sup>165</sup> StABS Spital V30/27: 1533, Kohm, S.3.

<sup>166</sup> StABS Spital V30/09: 407, Bichsel, 1848, S.2.

<sup>167</sup> StABS Spital V30/13: 586, Tschudi, 1852, S.2.

<sup>168</sup> Ebd., S.2-3.

<sup>169</sup> Ebd., S.3.

gesprachen an der Zunge.“<sup>170</sup> Anscheinend hatte er es sich dann kurz darauf anders überlegt und ist ins Spital zurückgekehrt: „Heute morgens 9 Uhr ist er schon wieder da u. bittet um Wiederaufnahme indem er sich sehr entschuldigt.“<sup>171</sup>

Bei diesen Beschreibungen von Verhaltensweisen der Patienten muss aber natürlich immer berücksichtigt werden, dass diese aus der Sicht der Ärzte geschildert werden und somit dementsprechend beeinflusst sind.

Der Umgang der Patienten mit Schmerzen und ihre Reaktionen sind in den Quellen, wie gesagt, nur spärlich gesät. Zum einen lässt sich aber herauslesen, dass die Patienten Schmerzen zum Teil über längere Zeit aushielten bevor Hilfe gesucht wurde. Zum anderen zeigen die geäusserten Erinnerungen an lange zurück liegende Schmerzen, dass Schmerzen durchaus einen wichtigen Stellenwert in der eigenen Lebens- und Krankheitsgeschichte einnahmen.

### **3.5 Schmerzbekämpfung**

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Umgang mit Schmerzen in den Quellen stellt die Schmerzbekämpfung dar. Dabei wird natürlich primär der Umgang der Medizin mit Schmerz beleuchtet, aber nichtsdestotrotz können so auch Aussagen über einen weiteren Aspekt von Schmerzerfahrungen bei Patienten gemacht werden. Immerhin widerfahren ihnen die Behandlungsstrategien, die sich aus dem Umgang der Medizin mit Schmerz ergaben direkt.

Immer wieder tauchen in den Notizen über die verabreichte Medikation Auflistungen von Schmerzmittelgaben auf. Es werden gängige Schmerzmittel erwähnt wie beispielsweise Opium, Morphium, Chloroform oder Kirschlorbeer. Auffällig ist dabei, dass bei weitem nicht bei allen Schmerznennungen, schmerzlindernde Mittel verordnet wurden und die Mittel anscheinend meist in grossen und zum Teil sehr unregelmässigen Abständen verabreicht wurden.

Interessant dabei sind jene Stellen, bei denen sich Reaktionen der Patienten auf die Gabe von schmerzlindernden Mitteln feststellen lassen. Zum einen scheinen die Schmerzmittel natürlich für Linderung gesorgt zu haben. Die Schmerzen hielten nicht selten vom Schlafen ab und nur schmerzstillende und beruhigende Mittel konnten noch dafür sorgen, dass etwas Ruhe gefunden werden konnte. So wird an einer Stelle zum Zustand eines Patienten vermerkt: „Ohne Opiate gar kein Schlaf[...]“<sup>172</sup> .

---

<sup>170</sup> StABS Spital V30/12: 591, Leuba, 1851, S.3.

<sup>171</sup> Ebd., S.3.

<sup>172</sup> StABS Spital V30/23: 285, Kappeler, 1862, S.1.

Weiter lassen sich aber auch Angaben von Patienten finden, die zeigen, dass die Wirkung von schmerzlindernden Mittel und Therapien nicht immer half. So heisst es beispielsweise: „Hat immer trotz Salben, Schröpfen, Blasen- und Senfpflastern Schmerz in der Achsel.“<sup>173</sup>, „Trotz Opium u. Morphinum anhalten[de] Schmerzen im linken Bein [...]“<sup>174</sup> oder „Schmerzen sind mit keinem Mittel zu bekämpfen.“<sup>175</sup> Manchmal klingt auch durch, dass die Ärzte nicht ganz glauben konnten, dass die Mittel nicht wirkten. So wird bei einer Patientin, die angibt wegen Schmerzen nicht schlafen zu können, notiert: „Obschon Patientin abends 1 gr morphinum nimmt, schlafe sie doch durchaus nicht, doch ist dies etwas orientalisch übertrieben denn sie schläft am Tage, hie und da auch eine Stunde Nachts[...]“<sup>176</sup>. Weiter wird deutlich, dass die Schmerzlinderung vor allem auch dann im Vordergrund stand, wenn der Arzt befand, dass keine Aussicht auf Heilung mehr besteht. Man versuchte, den Patienten die letzte Zeit möglichst erträglich zu bereiten. Beim Pfründer Rudolf Dumbald, bei dem ein Enddarm Karzinom diagnostiziert wurde, wird 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.“<sup>177</sup> Bei einer anderen Patientin, der 77-jährigen Anna Catharina Forster, heisst es: „ Pat. liegt ruhig da mit Schmerzausdruck; - schläft viel, da dieselbe alles Genossene ausbricht so ist die ganze Medication Morph.[...]“<sup>178</sup>. Bei der 27-jährigen Kellnerin Johanna Franziska Soder, die an Krebs im ganzen Unterleib und heftigen Schmerzen litt, wurde nach etwas mehr als zwei Wochen Spitalaufenthalt festgehalten: „Der Casus als incurabel angesehen. Wird mit steigenden Dosen v Morph. gr. i. 2 stdl [behandelt]“<sup>179</sup> Besonders bei offensichtlich bald Sterbenden scheint unter den Ärzten die Meinung bestanden zu haben, dass Schmerzen hier nicht mehr unnötig zu ertragen wären. Doch wie gezeigt wurde, halfen zum Teil auch verabreichte Schmerzmittel nichts mehr. Die Schmerzen müssen zum Teil so unerträglich gewesen sein, dass nur noch der Tod die Erlösung bringen konnte. Schon die Formulierung des Arztes, als Johanna Franziska Soder nach fast zwei schmerzvollen Monaten Spitalaufenthalt verstirbt, deutet darauf hin, dass der Tod

---

<sup>173</sup> StABS Spital V30/06: 133, Bossart, 1845, S.3.

<sup>174</sup> StABS Spital V30/15: 54, Sattler, 1854, S.2.

<sup>175</sup> Ebd., S.3.

<sup>176</sup> StABS Spital V30/09: 1, Steiger, 1846, S.3.

<sup>177</sup> StABS Spital V30/08: 9, Dumbald, 1846, S.2.

<sup>178</sup> StABS Spital V30/10: 347, Forster, 1849, S.1-2.

<sup>179</sup> StABS Spital V30/11: 28, Soder, 1849, S.2.

lieber früher als später hätte eintreten dürfen. So wird in ihrer Akte notiert: „Pat ist moribund. – Stirbt endlich d. 14ten“<sup>180</sup>. Auch bei Maria Sattler wird deutlich, dass erst der Tod Erlösung von den Schmerzen bringen konnte. Nach fast vier Monaten, in denen sie starke Schmerzen erlitten hatte, die laut der Akte mit keinem Mittel mehr zu bekämpfen waren, wird schliesslich an ihrem Todestag notiert: „Gestern machte der Todt den Schmerzen Ende“<sup>181</sup>.

#### **4. Fallbeispiel einer Verknüpfung anthropologischer, medizinischer und historischer Daten**

Hier soll nun anhand eines ausgewählten Fallbeispiels aufgezeigt werden, welche weiteren Informationen durch Berücksichtigung anthropologischer und medizinischer Erkenntnisse gewonnen werden können und wie diese die schriftlichen Quellen ergänzen und umgekehrt. Ausserdem soll versucht werden, die Fragestellung zu beantworten, inwiefern objektiv körperliche Veränderungen festgestellt werden können, die eine Schmerzreaktion nahelegen. Natürlich muss hier auf andere Fachpersonen zurückgegriffen werden, um diese Informationen zu erhalten. Der anthropologische Befund wurde von Dr. Gerhard Hotz erarbeitet<sup>182</sup> und die medizinischen Fachinformationen basieren auf einer Besprechung zwischen dem Mediziner Dr. Thomas Boeni, Dr. Hotz und mir, bei welcher Dr. Boeni die Schädelknochen als auch die Krankenakte zur Begutachtung vorgelegt wurden. Das dargelegte Fallbeispiel soll dazu dienen, aufzuzeigen, welche Blickweisen und Resultate die beiden Fachdisziplinen Anthropologie und Medizin einbringen und welche neuen Perspektiven dabei entstehen. Dabei handelt es sich jedoch um ein erstes Vorsondieren und die anthropologischen und medizinischen Ergebnisse werden von mir in verkürzter Form dargestellt. Als Fallbeispiel wurde der Patient Martin Keller ausgewählt. Das Skelett von Martin Keller wurde in einem guten Allgemeinzustand aufgefunden. Der anthropologische Befund identifiziert das Skelett als eindeutig männlich. Die Körpergrösse des Verstorbenen liegt (nach Pearson<sup>183</sup>, 1899) bei 159.5cm. Die in-situ-Messung ergab eine Körpergrösse von 167.0 cm. Das Sterbealter liegt zwischen 25 und 34 Jahren. Der Zahnstatus zeigt, dass Martin Keller

---

<sup>180</sup> StABS Spital V30/11: 28, Soder, 1849, S.3.

<sup>181</sup> StABS Spital V30/15: 54, Sattler, 1854, S.3.

<sup>182</sup> Der detaillierte anthropologische Befund von Dr. Gerhard Hotz, aus welchem sämtliche hier dargestellten anthropologischen Informationen stammen, kann im Anhang eingesehen werden.

<sup>183</sup> Pearson, K. (1899): Mathematical contributions to the theory of evolution. V. On the reconstruction of the stature of prehistoric races. Phil Transact R Soc London. Ser A Vol. 192, 169-245.

an starker Karies gelitten hatte, was für Skelettfunde aus dieser Zeit kein ungewöhnlicher Befund darstellt. Sämtliche Approximalfächen des Oberkiefers weisen Karies auf, der erste Backenzahn links ist durch Kariesprofunda gar bis auf die Wurzel zerstört. Sowohl am Ober- als auch am Unterkiefer weisen sämtliche noch vorhandenen Zähne Zahnsteinbefall auf. Erstaunliches bringt die Begutachtung des Schädels des Verstorbenen hervor. Schädel und Unterkiefer weisen diverse postmortale Eingriffe auf. Der Schädel wurde, wie auf Abbildung 1 zu erkennen ist, mit zwei Schnitten quer aufgetrennt, der Abschnitt um das Gehör herum fehlt.



Abb. 1: Schädel, Ansicht von Unten (Foto: Angelo Gianola)<sup>184</sup>

Weiter wurde der Unterkiefer, wie man auf der Abbildung 2 erkennen kann, sagittal zwischen den Schneidezähnen zersägt und später mittels einer Metallklammer wieder zusammengefügt.



Abb. 2: Unterkiefer (Foto: Angelo Gianola)<sup>185</sup>

Ausserdem weist der Schädelknochen, zu sehen auf der Abbildung 3, eine massive, schwammartige Porosität auf und ist sehr fragil.

---

<sup>184</sup> Das Foto stammt aus dem anthropologischen Befund von Dr. G. Hotz, welcher im Anhang eingesehen werden kann.

<sup>185</sup> Ebd.



Abb. 3: Poröser Schädelknochen (Foto: Angelo Gianola)<sup>186</sup>

Durch die Zuordnung der Bestattung zur Krankenakte lassen sich die anthropologischen mit den historischen Daten verbinden. So zeigt sich, dass der Verstorbene laut der Krankenakte an einer „Drüsengeschwulst hinter dem Ohr“ gelitten hatte. Somit lässt sich erklären, warum dieser Abschnitt des Skelettes fehlt: Offenbar wies dieser Teil interessante pathologische Veränderungen auf und wurde deshalb bei der Sektion der Leiche entfernt, weiter untersucht oder sogar als medizinisches Anschauungsmaterial aufgehoben. Weshalb der Unterkiefer zersägt und wieder zusammengefügt wurde bleibt jedoch ein Rätsel.

Die auffälligen porösen Veränderungen am Schädelknochen wurden weiter mit dem Mediziner Dr. Thomas Boeni besprochen. Dieser kam aufgrund der Begutachtung des Zustands des Schädelknochens zum Schluss, dass es sich um einen entzündlichen Prozess gehandelt haben musste, der diese Veränderungen am Knochen hervorgerufen hatte. Die Veränderungen am Knochen deuten, laut Dr. Boeni, auf eine massive, chronische Entzündung hin, mit einem ausgedehnten Befall der Schädelbasis, vermutlich gar mit einer Beteiligung des Gehirns (Meningitis oder ähnliches). Unter Einbezug der Krankenakte, in der von einer „Drüsengeschwulst hinter dem Ohr“ berichtet wird, kann, laut Dr. Boeni, vermutet werden, dass es sich um eine Mastoiditis gehandelt haben könnte, die sich in ihrem Verlauf schliesslich über den Schädelknochen weiter ausgedehnt hatte. Einen Hinweis darauf gibt auch die folgende Formulierung in der Krankenakte: „Hat eine steinharte Geschwulst am Processus mastoid. der r. Seite.“. Es lassen sich in der Krankenakte auch weitere Hinweise auf einen ausgedehnten entzündlichen Prozess

---

<sup>186</sup> Das Foto stammt aus dem anthropologischen Befund von Dr. G. Hotz, welcher im Anhang eingesehen werden kann.

finden. Der Schlund wird als „geschwollen“<sup>187</sup> und „geröthet“<sup>188</sup> beschrieben, der Patient klagt über Schluckschmerzen<sup>189</sup> und Nackenschmerzen<sup>190</sup>.

Gleichzeitig wirft dieser Befund aber auch Fragen auf. Sowohl im Sterberegister als auch in der Krankenakte des Verstorbenen ist von Krebs die Rede. Im Sterberegister wird als Todesursache „Krebsgeschwülste in Hals und Lunge“ angegeben und in der Krankenakte wird als Diagnose „Scirrhus“ aufgeführt. Laut Dr. Boeni weisen die untersuchten Schädelknochen jedoch keinen Hinweis auf Krebs auf. Sowohl die spezifische Art der Veränderungen, als auch der beidseitige Befall des Knochens sprechen gegen einen tumorösen Prozess im Bereich der Schädelbasis. Es scheint so, als ob die beiden Krankheiten aus der Akte und aus dem anthropologischen Befund nicht übereinstimmen würden.

Wie kann also erklärt werden, dass als Diagnose „Scirrhus“ im Zentrum stand und nicht eine entzündliche Krankheit? Wenn man sich die Bedeutung des Begriffs „Scirrhus“ genauer anschaut, wird klar, dass es sich dabei um die Bezeichnung eines frühen Stadiums bei den Bildungsstufen des Krebses handelt.<sup>191</sup> So wird Scirrhus in Pierer's Universallexikon in einem Artikel von 1863 beispielsweise wie folgt definiert: „Skirrhus (v. gr.), bösartige Veränderung in drüsigen Theilen, welcher früher od. später in Krebs (s.d.) übergeht.“<sup>192</sup> Nun lässt sich in der Krankenakte nachvollziehen, dass der Patient vier Wochen zuvor in der chirurgischen Abteilung eine „Drüsengeschwulst hinter d. r. Ohr“<sup>193</sup> entfernen lassen musste, dann wieder ins Spital eintrat aufgrund einer „Geschwulst“<sup>194</sup> im Schlund und schliesslich nach sechs Monaten Spitalaufenthalt wieder eine Geschwulst am Mastoid der rechten Seite auftrat<sup>195</sup>. Wird nun angeschaut, was unter einer Drüsengeschwulst verstanden wurde, wird der Zusammenhang zwischen Scirrhus als Vorstufe von Krebs und einem entzündlichen Prozess deutlich. So wird in Pierer's Universallexikon unter dem Eintrag „Drüsenkrankheiten“ von 1858 unterschieden zwischen den zwei wichtigsten Drüsenkrankheiten: der Drüsenentzündung und der Drüsenbeule, auch

---

<sup>187</sup> StABS Spital V30/09: 182, Keller, 1848, S.1.

<sup>188</sup> Ebd. , S.1.

<sup>189</sup> Ebd. , S.1.

<sup>190</sup> Ebd. , S.2.

<sup>191</sup> [O. Verf.]: „Krebs“, in: Herders Conversations-Lexikon, Freiburg im Breisgau 1855, Band 3, S. 654-655, <http://www.zeno.org/nid/2000340417X> 1.12.13.

<sup>192</sup> [O. Verf.]: „Skirrhus“, in: Pierer's Universallexikon, Altenburg 1863, Band 16, S.169-170, <http://www.zeno.org/Pierer-1857/A/Skirrhus> 1.12.13.

<sup>193</sup> StABS Spital V30/09: 182, Keller, 1848, S.1.

<sup>194</sup> Ebd. , S.1.

<sup>195</sup> Ebd. , S.2.

Drüsengeschwulst genannt. Bei der Drüsengeschwulst handelt es sich um eine „Geschwulst von od. in der Nähe von Drüsen, bes. am Halse, in den Achselgruben, den Weichen“<sup>196</sup>. Diese wird als eine Folge der Drüsenentzündung beschrieben und „geht in Eiterung, öfter in langwierige Drüsenverhärtung über, ist bald gutartig, bald dyskrasisch u. kann in Skirrhus übergehen.“<sup>197</sup>. Die Drüsengeschwulst hinter dem Ohr und die Geschwulst im Hals, die mit entzündlichen Prozessen einhergingen, hingen zugleich im zeitgenössischen medizinischen Wissen mit dem diagnostizierten Scirrhus und schliesslich mit Krebs zusammen.

An diesem Fallbeispiel wird deutlich, wie sich die Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen gegenseitig befruchten können. Es mahnt jedoch auch zur Vorsicht. Zum einen wird aufgezeigt, dass anthropologische und medizinische Diagnosen nicht unbedingt sämtliche historische Aspekte einer Krankheit erfassen. Die Diagnose hätte keinen Hinweis darauf erlaubt, dass der Verstorbene als Krebspatient eingestuft und behandelt wurde. Zum anderen weist die anthropologische und medizinische Diagnose aber auch darauf hin, bei den historischen Quellen genauer hinzusehen. Zwar lassen sich in der Krankenakte sehr wohl Hinweise auf einen entzündlichen Prozess finden, diese gehen jedoch beim Lesen leicht unter. Wie massiv die Entzündung wohl war, geht erst aus der Skelettbegutachtung hervor und diese Information gibt schliesslich den Hinweis darauf, in Bezug auf den Zusammenhang von Entzündung und Krebs im medizinischen Wissen des 19. Jahrhundert, genauer hinzusehen. Im Hinblick auf das Hauptthema dieser Arbeit, die Schmerzerfahrung, lassen sich jedoch aus anthropologischer und medizinischer Perspektive nur schwer neue Erkenntnisse gewinnen. Die massiven entzündlichen Prozesse, welche am Schädel festgestellt werden konnten, deuten definitiv auf einen schmerzhaften Prozess hin. Es können also objektiv körperliche Veränderungen festgestellt werden, die eine Schmerzreaktion nahelegen. Die individuelle Qualität und Intensität, also wie der Patient seine Schmerzen erlebt und wahrgenommen hatte, kann daran jedoch nicht festgemacht werden.

---

<sup>196</sup> [O. Verf.]: „Drüsenkrankheiten“, in: Pierer’s Universallexikon, Altenburg 1858, Band 5, S.354, <http://www.zeno.org/Pierer-1857/A/Dr%C3%BCsenkrankheiten?hl=drusenkrankheiten> 1.12.13.

<sup>197</sup> Ebd., 1.12.13.

## 5. Schlussbetrachtung

Zum Schluss soll noch einmal zusammenfassend auf die Beantwortung der Fragestellungen eingegangen werden. Ausserdem sollen einige kritische Punkte diskutiert werden und es soll auf weitere Forschungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

Es lassen sich grob drei Ausdrucksdimensionen von Schmerzbeschreibungen unterscheiden: Erstens wurden Schmerzen oft mit dem Ort des Schmerzes verknüpft, meist sogar mit sehr exakten Ortsangaben. Allgemeine oder diffuse Schmerzen wurden kaum beschrieben. Zweitens wurde häufig auf die Intensivität der Schmerzen eingegangen. Drittens kommen weiter, wenn auch seltener, metaphorische Beschreibungen von Schmerzen vor. Alle drei Dimensionen lassen sich sehr gut mit dem medizinischen Kontext vereinbaren, in welchem die Aussagen gemacht worden sind. Es scheint darum zu gehen, den eigenen Schmerz möglichst spezifisch und genau zu beschreiben und den Schmerz so für eine andere Person nachvollziehbar und verständlich zu machen.

Weiter deuten die tendenziell eher langen Krankenhausaufenthalte auf ebenso lange Zeiträume hin, in denen Schmerzen erlitten wurden. Ausserdem zeigen die Angaben darüber, wie lange Schmerzen vor dem Krankenseintritt bereits bestanden haben, dass Schmerzen oftmals schon monatelang vorhanden gewesen waren.

Die Hinweise in den Krankenakten auf den Umgang mit Schmerz und die Reaktionen auf Schmerz sind eher selten. Zum einen lässt sich jedoch herausarbeiten, dass Schmerzen über sehr lange Zeiträume hinweg noch erinnert werden konnten, was als Hinweis darauf gedeutet werden kann, dass Schmerzen einen nicht unwichtigen Stellenwert in der eigenen Biographie einnahmen. Zum anderen lassen die langen Zeiträume, in denen vor dem Spitaleintritt bereits Schmerzen empfunden wurden, und einzelne Quellenstellen vermuten, dass Schmerzen zum Teil bereits über längere Zeit ertragen wurden, bis schliesslich im Spital medizinische Hilfe gesucht wurde. Die Reaktionen der Patienten auf ihre Schmerzen im Spital sind breit gefächert. Sie reichen von Patienten, die ihre Schmerzen geduldig ertrugen, über Patienten, die darüber jammerten und klagten bis hin zu Patienten, die mit Trauer und Niedergeschlagenheit auf ihre Schmerzen reagierten. Oftmals scheinen Schmerzen so stark gewesen zu sein, dass es den Patienten nicht mehr möglich war zu schlafen. Schmerzmittel konnten da Abhilfe verschaffen. Es lassen sich jedoch auch mehrere Stellen finden, in denen von den Patienten beklagt wird, dass die

schmerzlindernden Mittel und Therapien nicht immer halfen, was wiederum nicht selten von den behandelnden Ärzten in Frage gestellt wurde. Schmerzen wurden jedoch keineswegs immer mit Schmerzmitteln behandelt. Längst nicht bei allen notierten Schmerznennungen der Patienten wurden Mittel verabreicht, die Schmerzmittelgaben scheinen weiter eher unregelmässig erfolgt zu sein und standen, aus medizinischer Sicht, vor allem bei Patienten im Vordergrund, die bereits im Sterben lagen.

Die Schwierigkeiten, die sich ergeben, wenn man Aussagen zum Thema Schmerz machen will, sind mannigfaltig. Zum einen zeigt sich, dass die Aussagemöglichkeiten mittels medizinischen und anthropologischen Quellen beschränkt sind. Wie im Fallbeispiel gezeigt werden konnte, lassen sich an Knochen zwar Belege dafür finden, dass eine vermutlich schmerzhafte Krankheit im Gange war, über die spezifische Qualität oder subjektive Schmerzempfindung ist damit jedoch nichts ausgesagt. Auch bei schriftlichen Quellen bestehen jedoch Schwierigkeiten. Was hier untersucht werden kann, ist die Kommunikation von Schmerz, die Beschreibung von Schmerz und der Umgang damit. Aber keine Methode kann Aussagen über den körperlich-realen Schmerz machen. Weiter muss berücksichtigt werden, dass die Krankenakte in einem komplexen Entstehungskontext steht. Es schlagen sich darin sowohl die verschiedenen Ärzte und ihre persönlichen Einstellungen und Sichtweisen, als auch die Patienten, mit ihren subjektiven Geschichten und Empfindungen, nieder. Beide Akteure und ihre Beziehung zueinander stehen weiter im Kontext des Spitals als Institution und im Kontext des zeitgenössischen medizinischen und allgemeinen Wissens. Diese vielfältigen Schichten zeigen sich alle, mehr oder weniger klar und nur schwer trennbar voneinander, in den untersuchten Krankenakten. Nebst den Schwierigkeiten, die diese Verflechtungen bereiten können, stellen sie jedoch auch die Chance dar, eine Vielzahl an weiteren Forschungsfragen zu bearbeiten. Schon alleine die grosse Menge an Krankenakten<sup>198</sup>, die aus dem Bürgerspital erhalten sind, würde es ermöglichen, die Untersuchung zu den Schmerzerfahrungen auszuweiten, um Aussagen über die gesamte Spitalbevölkerung machen zu können. Weiter liessen sich beispielsweise medizinische Behandlungsmethoden bei Schmerzen und ihre Veränderungen über die Zeit rekonstruieren. Auch die Art des Schreibens der Ärzte über die Patienten, die Art der Aktenführung und die Beziehung zwischen Arzt und Patient liessen sich

---

<sup>198</sup> Zurzeit liegen 22'000 Patientendaten aus dem Zeitraum 1840-1865 digital erfasst vor.

herausarbeiten. Weiter wäre es ebenso lohnenswert, die Institutionsgeschichte näher zu beleuchten und die sozioökonomische Zusammensetzung der gesamten Spitalbevölkerung genauer herauszuarbeiten. Schliesslich scheint die spezielle Quellenlage, die eine Kombination von Skeletten und schriftlichen Quellen ermöglicht, durchaus auch Potential dazu zu haben, für verschiedene Fachrichtungen neue Perspektiven aufzuzeigen. Die erhaltenen Krankenakten des Bürgerspitals Basel und die Skelette, der auf dem Spitalfriedhof bestatteten Patienten, bieten also noch unzählige Möglichkeiten, weiterführende Forschungsfragen zu Schmerz-, Leid- und Krankheitserfahrungen zu bearbeiten und zu vertiefen.

## Literaturverzeichnis

### I. Literatur

Bowald, Beatrice: Körpersinne. Körper im Spannungsfeld von Diskurs und Erfahrung, Bern 2002.

Brockmeyer, Bettina: Selbstverständnisse. Dialoge über Körper und Gemüt im frühen 19. Jahrhundert, Göttingen 2009.

Etter, Hansueli et. al.: Armut, Krankheit, Tod im frühindustriellen Basel. Der Spitalfriedhof St. Johann in Basel. Funde und Befunde aus einer anthropologischen Ausgrabung, Basel 1993.

Hänger, Peter: Ärzte im 19. Jahrhundert. Von handwerklichen Chirurgen und akademischen Medizinern, Basel 2010.

Hotz, Gerhard/ Burkart, Lucas /Greyerz von, Kasper (Hgg.): Theo, der Pfeifenraucher - Leben in Kleinbasel um 1800, Basel 2010.

Hotz, Gerhard und Steinke, Hubert: Knochen, Skelette, Krankengeschichten. Spitalfriedhof und Spitalarchiv – zwei sich ergänzende Quellen, in: Basler Zeitschrift für Geschichte und Altertumskunde, Bd. 112, Basel 2012, S.105-138.

Jütte, Robert: Einleitung. Auf den Leib geschrieben, in: Historische Zeitschrift, „Erfahrung“ als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte, Beiheft 31, München 2001, S.31-36.

Jütte, Robert: „La douleur des dents est la plus grande“. Zur Geschichte des Zahnschmerzes in der Frühen Neuzeit, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Bd. 15, Stuttgart 1996, S.37-54.

Morris, David B.: Geschichte des Schmerzes, Frankfurt am Main, 1994.

Mukherjee, Siddhartha: Der König aller Krankheiten. Krebs - eine Biographie, New York 2010.

Piller, Gudrun: Krankheit schreiben. Körper und Sprache im Selbstzeugnis von Margarethe E. Milow- Hudtwalcker (1748-1794), in: Historische Anthropologie, 7. Jg., Köln 1999, S.212-235.

Piller, Gudrun: Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts, Köln 2007.

Ritzmann, Iris: Leidenserfahrungen in der historischen Betrachtung, in: Historische Zeitschrift, „Erfahrung“ als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte, Beiheft 31, München 2001, S.59-72.

Roth, Kristin: Das Basler Stadtquartier 1860-1870. Eine mikrostatistische Analyse anhand einer Datenbank, Basel 1998.

Scarry, Elaine: Der Körper im Schmerz. Die Chiffre der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur, Frankfurt am Main 1992.

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

Tanner, Jakob: Körpererfahrung, Schmerz und die Konstruktion des Kulturellen, in: Historische Anthropologie, Jahrgang 2, Heft 1, Köln 1994, S. 489-502.

Von Engelhardt, Dietrich: Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, München 1999.

Wanner, Gustaf Adolf et. al: 700 Jahre Bürgerspital Basel. 1265-1965, Basel 1965.

## II. Lexika

Degen, Bernhard: „Arbeiter“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16386.php> 9.6.13.

Degen, Bernhard, Sarasin, Philip: „Basel (-Stadt)“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D7478.php> 9.6.13.

Strub, Brigitta: „Binningen“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D1193.php> 9.6.13.

Wichers, Hermann: „Christoph Merian“, in: Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D41194.php> 9.6.13.

Lüger, Otto: „Flachmaler“ in: Lexikon der gesamten Technik und ihrer Hilfswissenschaften, Bd. 4 Stuttgart Leipzig 1906., S. 47-48., <http://www.zeno.org/nid/20006018998> 9.6.13.

[O. Verf.]: „Magd“, in: Damen Conversations Lexikon, Band 6., 1836, S. 471, <http://www.zeno.org/nid/20001747924> 9.6.13.

[O. Verf.]: „Herrendiener“, in: Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Band 10, 1877, <http://woerterbuchnetz.de/DWB/?sigle=DWB&mode=Vernetzung&lemid=GH06892> 09.06.2013.

[O. Verf.]: „Krebs“, in: Herders Conversations-Lexikon, Freiburg im Breisgau 1855, Band 3, S. 654-655, <http://www.zeno.org/nid/2000340417X> 9.6.13.

[O. Verf.]: „Drüsenkrankheiten“, in: Pierer's Universallexikon, Altenburg 1858, Band 5, S.354, <http://www.zeno.org/Pierer-1857/A/Dr%C3%BCsenkrankheiten?hl=drusenkrankheiten> 1.12.13.

[O. Verf.]: „Knecht“, in: Pierer's Universal-Lexikon, Band 9. Altenburg 1860, S. 599, <http://www.zeno.org/nid/20010251448> 9.6.13.

[O. Verf.]: „Skirrhus“, in: Pierer's Universallexikon, Altenburg 1863, Band 16, S.169-170, <http://www.zeno.org/Pierer-1857/A/Skirrhus> 1.12.13.

[O. Verf.]: „Gassenbesetzer“, in: Schweizerisches Idiotikon, <http://digital.idiotikon2.ch/idtkn/id7.htm#page/71705/mode/1up> 21.5.13.

### III. Quellen

Anmerkung: Spit-Nummern bezeichnen einen Patienten, welcher aus dem Spital entlassen oder in eine andere Abteilung verlegt wurde. Ein Patient kann mehrere Spit-Nr aufweisen, im Gegensatz zur KG\_Reg-Nr, die in jedem Fall einen Spitalaufenthalt mit Exitus beinhaltet.

StABS Spital V30/01: 20, Spit16002, Keller, 1840.

StABS Spital V30/09: 182, KG-Reg0666, Keller, 1848.

StABS Spital V30/09: 1, KG-Reg-0651, Steiger, 1846.

StABS Spital V30/07: 323, KG-Reg-0464, Wiedmann, 1846.

StABS Spital V30/08: 9, KG-Reg-0536, Dumbald, 1846.

StABS Spital V30/08: 263, KG-Reg\_0565, Erni, 1847.

StABS Spital V30/08: 263, KG-Reg-0560, Müller, 1847.

StABS Spital V30/08: 209, Spit-00648, Heinrich, 1847.

StABS Spital V30/09: 407, KG-Reg-0668, Bichsel, 1848.

StABS Spital V30/09: 39, Spit-00947, Forster, 1847.

StABS Spital V30/10: 9, Spit-01379, Forster, 1848.

StABS Spital V30/10: 347, KG-Reg-0745, Forster, 1849.

StABS Spital V30/11: 28, KG-Reg-0787, Soder, 1849.

StABS Spital V30/12: 225, Spit-02679, Dürr, 1851.

StABS Spital V30/08: 438, Spit-00872, Leuba, 1847.

StABS Spital V30/12: 591, Spit-03041, Leuba, 1851.

StABS Spital V30/12: 365, KG-Reg-0940, Strobel, 1851.

StABS Spital V30/13: 586, KG-Reg-1076, Tschudi, 1852.

StABS Spital V30/13: 573, KG-Reg-1077, Döbele, 1852.

StABS Spital V30/14: 623, KG-Reg-1175, Vetsch, 1853.

StABS Spital V30/15: 245, KG-Reg-1226, Dietrich, 1854.

StABS Spital V30/15: 54, KG-Reg-1228, Sattler, 1854.

StABS Spital V30/10: 462, Spit-01833, Plattner, 1849.

StABS Spital V30/12: 518, Spit-02968, Plattner, 1851.

StABS Spital V30/12: 566, Spit-03016, Plattner, 1851.

StABS Spital V30/16: 285, KG-Reg-1376, Plattner, 1855.

StABS Spital V30/18: 62, Spit-06641, Hess, 1857.

StABS Spital V30/18: 678, Spit 07259, Hess, 1857.

StABS Spital V30/06: 133, Spit-18220, Bossardt, 1845.

StABS Spital V30/07: 8, Spit-00008, Bossardt, 1845.

StABS Spital V30/08: 63, Spit-00442, Bossardt, 1847.

StABS Spital V30/09: 111, Spit-01019, Bossardt, 1848.

StABS Spital V30/12: 182, KG-Reg-0894, Bossardt, 1857.

StABS Spital V30/22: 66, Spit-09776, Kappeler, 1861.

StABS Spital V30/23: 285, Spit-10897, Kappeler, 1862.

StABS Spital V30/23: 580, KG-Reg-2432, Kappeler, 1862.

StABS Spital V30/23: 84, Spit-10694, Reiser, 1862.

StABS Spital V30/13: 586, KG-Reg-3015, Kohm, 1865.

StABS Spital V30/26: 572, KG-Reg-2857, Ungerer, 1865.

Sterbe- und Beerdigungsregister 1842-1868 StABS Spital AA 2.2 1842 -1864 und StABS Spital AA 2.4 1857-74.

## Anhang

### I. Quellenschlüssel<sup>199</sup>

Grab-Nr	KG-Ref-Nr	Spit-Nr	Aufenthalt	Status	StABS Spital	Seite	Name	Vorname
43	464	1646 2	3	entlassen	V30/0 2	153	Wiedmann	Dorothea
43	464	196	3	entlassen	V30/0 7	197	Wiedmann	Dorothe

<sup>199</sup> Die Übersicht wurde durch Dr. Gerhard Hotz erstellt.

43	464	321	3	gestorben	V30/07	323	Wiedmann	Dorothe
92	651	910	1	gestorben	V30/09	1	Steiger	Elisabeth
105	666	16002	2	entlassen	V30/01	20	Keller	Martin
105	666	1088	2	gestorben	V30/09	182	Keller	Martin
107	668	1311	1	gestorben	V30/09	407	Bichsel, Bischel	Peter
171	894	18220	5	entlassen	V30/06	133	Bossart, Bossardt	Gertrud
171	894	8	5	verlegt	V30/07	8	Bossardt	---
171	894	442	5	entlassen	V30/08	63	Bossardt	Cathar.
171	894	1019	5	entlassen	V30/09	111	Bossardt	Cathar.
171	894	2636	5	gestorben	V30/12	182	Bossardt	Catharina
202	536	449	1	gestorben	V30/08	9	Dumbald, Dumbach	Rudolf
223	560	702	1	gestorben	V30/08	263	Müller	Andres
228	565	602	1	gestorben	V30/08	164	Erni	Anne Maria
275	1024	872	2	entlassen	V30/08	438	Leuba	Franz
275	1024	3041	2	entlassen	V30/12	591	Leuba	Franz
295	940	2815	1	gestorben	V30/12	365	Strobel	Johan
330	745	947	3	entlassen	V30/09	39	Forster	Catharina
330	745	1379	3	entlassen	V30/10	9	Forster	Catharina

330	745	1718	3	gestorben	V30/1 0	347	Forster	Anna
487	2857	1369 8	1	gestorben	V30/2 6	572	Ungerer	Barbara
653	3015	9906	3	entlassen	V30/2 2	196	Kohm	Petronella
653	3015	1371 9	3	entlassen	V30/2 6	593	Köhm	Petronella
653	3015	1466 2	3	gestorben	V30/2 7	1533	Kohm	Petronella
724	2373	6641	2	entlassen	V30/1 8	62	Hess	Joh.
724	2373	7259	2	entlassen	V30/1 8	678	Hess	Johann
726	2375	1069 4	1	entlassen	V30/2 3	84	Reiser	Anselm
739	2432	9776	4	entlassen	V30/2 2	66	Kappeler	Joh. Jak.
739	2432	1036 9	4	entlassen	V30/2 2	659	Kappeler	Joh. Jakob
739	2432	1089 7	4	entlassen	V30/2 3	285	Kappeler	Joh. Jakob
739	2432	1119 3	4	gestorben	V30/2 3	580	Kappeler	Joh. Jak.
1104	787	1969	1	gestorben	V30/1 1	28	Soder	Johanna Franzisca
1601	1076	3654	1	gestorben	V30/1 3	586	Tschudi	Jacob
1602	1077	3641	1	gestorben	V30/1 3	573	Döbele	Johan
1606	1080	2679	1	entlassen	V30/1 2	225	Dürr	Ursula
1607	1081	648	2	entlassen	V30/0 8	209	Heinrich	Peter
1706	1176	4242	1	gestorben	V30/1 4	533	Vetsch	Bartholom

1735	1228	4387	1	gestorben	V30/1 5	54	Sattler	Maria
1737	1226	4577	1	gestorben	V30/1 5	245	Dieterich, Dietrich	Maria
1911	1376	1833	4	entlassen	V30/1 0	462	Plattner	Maria
1911	1376	2968	4	entlassen	V30/1 2	518	Plattner	Maria
1911	1376	3016	4	entlassen	V30/1 2	566	Plattner II	Maria
1911	1376	5343	4	gestorben	V30/1 6	285	Plattner	Maria

Legende:

Grab-Nr. bezeichnet die Grabnummer der anthropologischen Grabungen 1988 und 1989. Insgesamt 1'061 Bestattungen wurden in zwei Grabungsetappen 1988 und 1989 ausgegraben.

KG-Ref-Nr. ist die chronologische Durchnummerierung des Sterbe- und Beerdigungsregister 1842-1868 (StABS Spital AA 2.2 1842 -1864 und StABS Spital AA 2.4 1857-74). Das Register wurde 1988 in einem elektronischen Datenerfassungsprogramm aufgenommen (Martin Brändle, Anna Ritter) und Verena Fiebig 2011 verifiziert. Mit der KG-Ref-Nr. 1 wird der erste Eintrag vom 6.1.1842 im Sterberegister (Peter Weber) erfasst. Das elektronische Verzeichnis schliesst mit der Nummer KG-Ref-Nr. 3459 mit dem Eintrag zu Joseph Schlachter am 16.6.1868. Joseph Schlachter war die letzte Person, die noch auf dem Spitalfriedhof beerdigt wurde. Danach wurde der Friedhof stillgelegt.

Spit-Nr. erfasst alle Patienten der medizinischen Abteilung des Bürgerspitals (Tagebuch der medicinisch kranken Männer & Frauen. 1842-1867 und 1868; StABS Spital V30.1-27. 1842-1867, Spital V31.1-4. 1868 und Spital V32.1-4. 1868). In diesem Zeitraum von 26 Jahren wurden insgesamt 20'539 Patienten (Datenerfassung Verena Fiebig) in der medizinischen Abteilung des Spitals gepflegt, wovon 18'226 als geheilt entlassen oder in eine andere Abteilung des Spitals entlassen wurden. 2'313 Patientinnen und Patienten verstarben in diesem Zeitraum

auf der medizinischen Abteilung. Eine Person hat eine KG-Ref-Nr und unter Umständen mehrere Spit-Nr, je nach dem ob besagte Person einen oder mehrere Spitalaufenthalte verzeichnete. Dorothe Wiedmann (KG\_Ref-Nr 464) z. Bsp. war insgesamt dreimal im Spital (Spit-Nr 16462, 196 und 321).

Ab 1862 werden auch die Krankengeschichten der chirurgischen Abteilung erfasst und mit einer eigenen Spit-Nr bedacht.

StABS Spital gibt den Standort und Seitenzahl der jeweiligen Krankengeschichte im Spitalarchiv an.

## II. Übersicht Patientendaten

Name	Alter <sup>200</sup>	Beruf	Herkunft	Krankheit	Aktenführender Arzt <sup>201</sup>
Martin Keller	28	Schreiner	Schaffhausen	Krebsgeschwülste im Hals und in der Lunge	KG-Reg-0666, Dr. Frey
Elisabeth Steiger	37	Fabrikarbeiterin	Elsass	Milzkrebs	KG-Reg-0651, Prof. Jung, Dr. Meyer, Dr. Frey
Dorothe Wiedmann	71	Pfründerin	k.A.	Magenkrebs	KG-Reg-0464, Prof. Jung, Dr. Frey
Rudolf Dumbald	62	Pfründer	Basel	Darmkrebs	KG-Reg 0536, Dr. Frey
Anna Maria Erni	49	Wascherin	Aargau	Uteruskrebs	KG-Reg-0565, Dr. Frey
Andres Müller	58	Schuster	Hessen	Leberkrebs	KG-Reg-0560 Dr. Frey
Heinrich Peter	63	Schreiner	Basel	Leberkrebs	KG-Reg-1081 Unbekannt
Peter	65	Landarbeiter	Bern	Leber-,Lungen-	KG-Reg-0668,

<sup>200</sup> Das Alter bezieht sich auf das im Sterberegister angegebene Sterbealter.

<sup>201</sup> Die Informationen zu den aktenführenden Ärzten wurden durch Dr. Hans Walter Huppenbauer erschlossen und bereitgestellt.

Bichsel				und Nierenkrebs	Dr. Frey
Anna Catharina Forster	77	Frau	Thurgau	Magenkrebs	KG-Reg-0745, Dr. Frey
Johanna Franziska Soder	27	Kellnerin	Aargau	Krebs im Unterleib	KG-Reg-0787, Dr. Frey
UrsulaDürr	46	Pfründerin	k.A.	Magenkrebs	KG-Reg-1080 Unbekannt
Franz Leuba	47	Buchbinder	Basel	Zungenkrebs	Spit-03041, Dr. Grimm
Johan Strobel	47	Bäcker	Württemberg	Blasenkrebs	KG-Reg-0940 Unbekannt
Jacob Tschudi	72	Herrendiener	Baselland	Lungengeschwulst	KG-Reg-1076 Dr. Grimm (?)
Johan Döbele	64	Knecht	Frankreich	Magen- und Leberkrebs	KG-Reg-1077 Dr. Grimm
Bartholom Vetsch	49	Flachmaler	St. Gallen	Magenkrebs	KG-Reg-1176 Unbekannt
Maria Dietrich	71	Näherin	Baselland	Leberkrebs	KG-Reg-1226, Dr. Grimm
Maria Sattler	57	Magd	Baden	Krebs der Brustdrüse	KG-Reg-1228, Dr. Grimm
Maria Plattner	34	Magd	Baden	Leberkrebs	KG-Reg-1376, Prof. Jung, Dr. Grimm
Johann Hess	75	Knecht	Bern	Leber-, Lungen- und Nierenkrebs	KG-Reg-2373 Unbekannt
Gertrud Katharina Bossardt	54	Ehefrau/ Pfründerin	Zürich	Uteruskrebs	KG-Reg-0894 Dr. Frey
Johann Jakob Kappeler	37	Kaufmann	Basel	Darmkrebs	Spit-09776 und Spit-10897, Dr. Hagen
Anselm Reiser	66	Knecht	Württemberg	Magenkrebs	Spit-10694, Dr. Hagen

Petronella Kohm	40	Magd	Baden	Darmkrebs	KG-Reg-3015 Unbekannt
Barbara Ungerer	40	Ehefrau	Basel	Uteruskrebs	KG-Reg-2857 Unbekannt

### **III. Anthropologischer Befund von Dr. Gerhard Hotz**

#### **Grab STJ-0105**

##### **Elsässerstrasse 2A, 1988/28**

Das Individuum STJ-0105 (Gottesacker-Nummer 226, Martin Keller) zeigt ein allgemein kräftiges Skelett, der Erhaltungszustand der Knochen ist sehr gut.

##### **Geschlechtsbestimmung**

Das Individuum zeigt einen stark spitzwinkligen Arcus pubicus (+2; nach Ferembach et al. 1979), die Incisura ischiadica major ist eng und V-förmig (+1 bis +2; nach Ferembach et al. 1979), das Arc composé zeigt eine einfache Kurve (nach Martin & Knusmann 1988). Der Arcus superciliaris ist mittel ausgeprägt(0; nach Ferembach et al. 1979), das Mentum eher männlich (+1; nach Martin & Knusmann 1988). Femur und Tibia sind robust und haben starke Muskelansätze. Beim Humerus sind die Tuberositas deltoidea gut entwickelt, ebenso beim Radius die Tuberositas raddii und bei der Ulna die Tuberositas ulnae. Die Bestattung wird als eindeutig männlich angesprochen.

##### **Körperhöhe**

Die Körperhöhenberechnung ergab 159.5 cm (nach Pearson, 1899)<sup>202</sup>. Die in Situ-Messung ergab eine Körperhöhe von 167.0 cm (von Scheitel zum Fersenbein).

##### **Altersbestimmung**

---

<sup>202</sup> Pearson, K. (1899): Mathematical contributions to the theory of evolution. V. On the reconstruction of the stature of prehistoric races. Phil Transact R Soc London. Ser A Vol. 192, 169-245.

Aufgrund unterschiedlicher Altersstadien der dextralen, resp. sinistralen Symphysenflächen, ergeben sich anhand der kombinierten Methode zwei Sterbealter, d.h. für die dextrale Seite die Phase II, für die sinistrale Seite Phase III (nach Nemeskéri et al. 1960). Die kombinierte Methode führte demzufolge zu Altersspannen von 24.5 bis 34.5 Jahre, resp. 37.5 bis 47.5 Jahren.

Die Gelenke von Caput humeri und Caput femoris, zeigen nur schwache Arthrose. Dies führt uns zu einer Sterbealterschätzung aufgrund der Langknochengelenke von 35 – 55 Jahre.

Die Wirbelsäule zeigt eine leichte Spondylitis deformans an L3 bis L5.

Definitives Sterbealter: 25 – 34 Jahre.

### **Pathologischer Befund**

Die Bestattung zeigt diverse postmortale Eingriffe an Schädel und Unterkiefer. Der Schädel wurde transversal mit zwei circumferenzialen Schnitten aufgetrennt. Auf Höhe der Auris superciliaris sowie zwei Fingerbreit über dem Gehörgang. Dies erfolgte vermutlich zur postmortalen Untersuchung eines endocranialen Tumors, welcher sich auf Höhe des Gehörganges entwickelt hatte. Dieser osteologische Abschnitt liegt also nicht vollständig vor. Ebenso fehlen sämtliche Halswirbel und die Speiche links.

Auch der Unterkiefer wurde sagittal zwischen den Schneidezähnen gesägt und danach mit metallenen Klammern zusammengefügt. Was dieser Eingriff bezweckte und weshalb der Unterkiefer wieder zusammen geheftet wurde bleibt ein Rätsel.



Abb. 1: Unterkiefer, Ansicht von vorne. Deutlich ist der Sägeschnitt und die Rostspuren der Eisenklammern zu erkennen (Foto: Angelo Gianola, Basel).



Abb. 2: Schädel, Ansicht von unten. Links im Bild die Augenhöhlen, rechts das Hinterhaupt. Die Schädelbasis wurde postmortal entfernt (Foto: Angelo Gianola, Basel).

Auffallende schwammartige Knochenporosität vom Felsenbein bis zum Stirnbein. Der Knochen ist sehr fragil. Es sind vor allem Bereiche des Os sphenoidale und Os zygomaticum betroffen. Die Porosität zeigt sich auch bis in die Orbitae, wobei die linke Orbita stärker betroffen ist als die rechte.



Abb. 3: Links im Bild ist die massive Porosität des Schädelknochens deutlich zu sehen. Die beiden Augenhöhlendächer zeigen Anzeichen von Mangelernährung (Foto: Angelo Gianola, Basel).

### **Zahnstatus**

Oberkiefer: Sämtliche Approximallflächen sind kariös befallen. Erster Backenzahn links durch Kariesprofunda bis auf die Wurzel zerstört. Zahnsteinbefall an sämtlichen noch vorhandenen Zähnen.

Unterkiefer: Leichter Befall von Kontaktkaries. Zahnsteinbefall an sämtlichen noch vorhandenen Zähnen. Abrasion der Backenzähne mit leichterer bis stärkerer Freilegung des Dentins. Braun-gräuliche Verfärbung des Zahnschmelzes.

### **Wirbelsäule**

Wie bereits erwähnt wurde an L3 bis L5 eine leichte Spondylitis deformans festgestellt. Beim L2 handelt es sich um einen Keilwirbel. Zu beobachten ist ein kleiner Prolaps und eine Schmorlsche Knorpelknötchenimpression, die einen Bandscheibenvorfall vermuten lassen.

Vereinzelt kann an den Lendenwirbeln eine beginnende Verknöcherung der Längsbänder im Wirbelsäulenkanal festgestellt werden.

### **Langknochen**

Die Trochlea beim Humerus und Ulna rechts, sind aufgrund einer arthrotischen Deformierung deutlich grösser als jene der linken Körperseite. Ebenso lässt sich ein Mausbett am rechten Humerus feststellen.

Der linke Femurschaft wirkt am unteren distalen Ende aufgebläht, die Ursache bleibt unklar. Leichte Periostitis vor allen an Femora und Tibiae.



Abb. 4: Ellbogengelenk (Foto: Angelo Gianola, Basel).

### **Literatur:**

Pearson, K. (1899): Mathematical contributions to the theory of evolution. V. On the reconstruction of the stature of prehistoric races. Phil Transact R Soc London. Ser A Vol. 192, 169-245.

#### **IV. Erklärung betreffend „Regeln zur Sicherung wissenschaftlicher Redlichkeit“**

Hiermit bestätige ich, dass ich vertraut bin mit den von der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel herausgegebenen „Regeln zur Sicherung wissenschaftlicher Redlichkeit“ und diese gewissenhaft befolgt habe.

**Name:** Noemi Bönzli

**Titel der Arbeit:** „Gestern machte der Todt den Schmerzen Ende“  
Schmerzerfahrungen im 19. Jahrhundert in Akten krebsskranker Patienten des Basler Bürgerspitals 1840-1865.

**Datum:** 31.1.14

**Unterschrift:**

