

"Leiden mit Geduld" - Schmerz und Geschlecht im 19. Jahrhundert: Praxistheoretische Rekonstruktionen

Nolte, Karen

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Nolte, K. (2018). "Leiden mit Geduld" - Schmerz und Geschlecht im 19. Jahrhundert: Praxistheoretische Rekonstruktionen. *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 10(1), 29-46. <https://doi.org/10.3224/gender.v10i1.03>

Nutzungsbedingungen:

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

Terms of use:

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

„Leiden mit Geduld“ – Schmerz und Geschlecht im 19. Jahrhundert. Praxistheoretische Rekonstruktionen

Zusammenfassung

Die Forschung zur Geschichte des Schmerzes ist wesentlich geprägt durch die Arbeiten von Elaine Scarry und David Morris, die in den späten 1980er- und frühen 1990er-Jahren im Kontext des Linguistic Turn in den Kulturwissenschaften entstanden sind. Scarry formulierte mit Blick auf die Medizin in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren die These der „Inexpressibility“ des Schmerzes. Schmerz sei der Ausdruck einer „radikalen Subjektivität“, die es unmöglich mache, physischen Schmerz zu definieren oder zu beschreiben. Die Grundannahme des Beitrags ist, dass praxeologische Zugänge einen anderen Zugang zur Geschichte des Schmerzes ermöglichen. Nicht der bisher dominierenden Frage nach der Authentizität von Schmerz in den Quellen soll nachgegangen werden, sondern es geht darum, Praktiken im Umgang mit Schmerz zu analysieren. Untersucht werden soll, in welcher Weise Konzeptionen von Geschlecht den Praktiken zum Umgang mit Schmerz im 19. Jahrhundert implizit sind. Das Aufschreiben von Schmerz wird im Folgenden ebenfalls als Praktik begriffen.

Schlüsselwörter

Schmerz, Geschlecht, Medizin, Praktiken, Krankenpflege

Summary

“Patiently suffering” – Praxeological reconstructions of pain and gender in the 19th century

Research on the history of pain was significantly influenced by the work of Elaine Scarry and David Morris in the late 1980s and early 1990s in the context of the “linguistic turn” in cultural studies. Scarry developed the concept of the “inexpressibility” of pain in the late 1970s and early 1980s in regard to the field of medicine. According to Scarry, pain is an expression of “radical subjectivity”, making it impossible to define or describe physical pain. The article argues that praxeological approaches open up new ways into the history of pain. The previously dominant question of how authentic descriptions of pain can be at reflecting the experiences of people concerned will be ignored here, i.e. whether pain can be adequately expressed in words. Rather, the article seeks to analyse practices when it comes to dealing with pain. The investigation focuses on the ways in which concepts of gender informed how pain was dealt with in the 19th century. Writing down and preserving descriptions of pain are also regarded as a practice.

Keywords

pain, gender, medicine, practices, nursing

1 Einführung

Die Forschung zur Geschichte des Schmerzes ist wesentlich geprägt durch die Arbeiten von Elaine Scarry und David Morris. Sie entstanden in den späten 1980er und frühen 1990er-Jahren im Kontext des Linguistic Turn in den Kulturwissenschaften (Scarry 1985; Morris 1991). Scarry formulierte mit Blick auf die Medizin ein Jahrzehnt zuvor die These der „Inexpressibility“ des Schmerzes. Schmerz sei der Ausdruck einer

„radikalen Subjektivität“, die es unmöglich mache, physischen Schmerz zu definieren oder zu beschreiben. Auch der Historiker Jakob Tanner betont im Anschluss an diese Autor_innen, dass Schmerz der „Antipode der Sprache“ sei, ein „Geheimnis“, das von eindeutiger Erkenntnis ausgeschlossen sei. Diese „Sinnlosigkeit“ des Schmerzes sei nach Morris eine Folge des „organischen Schmerzmodells“, nämlich der Vorstellung, dass Schmerz stets eine organische Ursache habe, die im 19. Jahrhundert etabliert worden sei und ein ganzheitliches Schmerzmodell abgelöst habe (Tanner 1994: 494). Esther Fischer-Homberger hat diesen historischen Wandel des gesellschaftlich-kulturellen und medizinischen Umgangs mit Schmerz als Prozess der „Distanzierung vom Schmerz“ beschrieben: An die Stelle der Vorstellung von der „Erlösung durch den Schmerz“ – hier verweist sie auf die religiöse Deutung von Schmerz – sei die der „Erlösung vom Schmerz“, also eine Biologisierung des Schmerzes getreten (Fischer-Homberger 1997: 104ff.).

Literaturwissenschaftliche Forschungen betonen indes, dass die „Unsagbarkeit des Schmerzes“ ein Topos sei, der bereits in vormodernen literarischen Texten zu finden sei. Die „Unsagbarkeit des Schmerzes“ sei eine seiner Repräsentationsmöglichkeiten und habe die Autor_innen interessanterweise nicht davon abgehalten, Schmerzen wortreich zu beschreiben (Lechtermann 2010).

Die Grundannahme des Beitrags lautet, dass praxeologische Zugänge einen anderen Zugang zur Geschichte des Schmerzes ermöglichen. Die bisher dominierende Frage danach, wie authentisch Schmerzbeschreibungen die Empfindungen der Betroffenen wiedergeben, ob Schmerz also adäquat sprachlich ausgedrückt werden konnte, ist hier nicht von Interesse. Vielmehr geht es darum, Praktiken im Umgang mit Schmerz zu analysieren. Praxistheoretische Zugänge gehen davon aus, dass in Praktiken stets Wissensbestände inkorporiert sind, zeitgenössisches Wissen demzufolge buchstäblich in Fleisch und Blut übergegangen ist (Reckwitz 2003; Hörning/Reuter 2004). Untersucht werden soll, in welcher Weise Konzeptionen von Geschlecht den Praktiken zum Umgang mit Schmerz im 19. Jahrhundert implizit sind. Das Aufschreiben von Schmerz wird im Folgenden ebenfalls als Praktik begriffen.¹

Der in der Forschung zur Geschichte des Schmerzes problematisierte Begriff des „Subjektiven“ wird aufgegriffen, um danach zu fragen, inwieweit der Umgang mit Schmerz bzw. die Beschreibung des Schmerzes im Untersuchungszeitraum als Teil von Prozessen der Selbst-Bildung anzusehen ist. Bei praxeologischen Subjektanalysen – so hat Thomas Alkemeyer betont – „wird der Ausgangspunkt sozialen Handelns nicht in dem autonomen Subjekt lokalisiert, vielmehr gehen Subjekte mit ihren spezifischen sozialen Identitäten [...], ihren Selbstbeziehungen und Kompetenzen aus der Teilhabe an sozialen Praktiken hervor“ (Alkemeyer 2013: 61).

In dem Beitrag geht es um Identitäten und Subjektivierungen von (Schwer-)Kranken über Schmerzpraktiken. Dabei werden erstens die geschlechtsspezifische Subjektivierung in Schmerzbeschreibungen, die in medizinischen Quellen zu finden sind, und

1 Das Aufschreiben als Praktik haben auch schon Bettina Brockmeyer und Isabel Richter in ihren Untersuchungen von Prozessen der Selbst-Bildung in den Blick genommen (vgl. Brockmeyer 2009 und Richter 2010). Auch Volker Hess und Sabine Schlegelmilch haben das Notieren und das damit verbundene Strukturieren des Beobachteten in ein Krankenjournal als ärztliche Praktik begriffen und untersucht (Hess/Schlegelmilch 2015).

zweitens geschlechtsspezifische Schmerzpraktiken im Prozess der Subjektivierung als frommes protestantisches Selbst von Todkranken sowie von Pflegenden als Selbst der idealen Diakonisse im Umgang mit Sterbenden herausgearbeitet.

Das Quellenkorpus besteht aus ärztlichen handschriftlichen und gedruckten Fallbeschreibungen, Briefen, Tagebüchern und Sterbestundenberichten aus dem pietistisch-protestantischen Bürger_innentum², besonders dem Tagebuch der an Brustkrebs erkrankten Bremerin Rebekka Achelis aus dem Jahr 1832³ und Schwesternbriefen von Kaiserswerther Diakonissen⁴. Diese Quellen eignen sich gut, um Praktiken im Umgang mit Schmerz zu rekonstruieren. Die Annäherungen an den Schmerz konzentrieren sich also aufgrund der ausgezeichneten Quellenlage im Wesentlichen auf das pietistisch-protestantische Milieu. In den Briefen Schwerkranker aus diesem Milieu sollen Schmerzbeschreibungen als spezifische Subjektivierungspraktiken verstanden und untersucht werden.

Das Tagebuch Rebekka Achelis' wurde dem Deutschen Tagebucharchiv von ihren Nachkommen als Abschrift zur Verfügung gestellt. Über die Autorin ist wenig bekannt. Sie stammt aus einer angesehenen bürgerlichen Familie in Bremen, zu der es zwar eine umfangreiche Ahnenforschung gibt, die sich jedoch im Wesentlichen auf die männlichen Familienmitglieder konzentriert hat. Über Rebekka Achelis ist nur zu erfahren, dass sie Zeit ihres Lebens unverheiratet geblieben war, im Pfarrhaushalt ihres Bruders lebte und ihre „leidende“ Schwägerin bis zu deren Tod gepflegt hatte.⁵ Das Tagebuch stammt also aus einer Pfarrfamilie und das Schreiben dieses durch religiöse Introspektion geprägten Selbstzeugnisses begreife ich als eine wesentliche Schmerzpraktik. Die Schwester eines Pfarrers begann das Tagebuch zu schreiben, als sie Schmerzen als erstes Zeichen ihres Brustkrebses und damit ihres nahen Endes erkannte. Die Schwesternbriefe waren von den Diakonissen von ihren Einsatzorten an das Vorsteherpaar des Mutterhauses in Kaiserswerth geschrieben worden. Darin berichteten sie in regelmäßigen Abständen von ihrer Arbeit, aber auch von ihrer Praxis als Christinnen. Das Schreiben der Briefe ist als wesentliche Praktik im Prozess der Selbstbildung als fromme, von Gott berufene Diakonisse anzusehen.

Die ärztlichen Fallberichte wurden im Wesentlichen in zeitgenössischen Fachzeitschriften, zuweilen auch als Exempel in einem medizinischen Fachbuch publiziert. Die handschriftlich überlieferten „Krankheitsgeschichten“ von Conrad Heinrich Fuchs (1803–1855) stammen aus der Praxis der Polikliniken in Würzburg und Göttingen aus den Jahren 1832 bis 1842.⁶ Fuchs unterrichtete Medizinstudenten am Krankenbett in den Wohnungen der Armenviertel (Neuner/Nolte 2016). Diese medizinischen Fallbeschreibungen sind für eine praxishistorische Analyse besonders gut geeignet, da sie Teil einer neuen klinischen Methode waren, der Naturhistorischen Schule (Bleker 1981). Gemäß dieser Schule galt es, Beobachtungen am Krankenbett möglichst detailgetreu zu

2 Archiv der Werner-Zeller-Stiftung in Leonberg.

3 Deutsches Tagebucharchiv in Emmendingen.

4 Archiv der Fliegener Kulturstiftung in Düsseldorf-Kaiserswerth.

5 Forschungen im Staatsarchiv Bremen und im Archiv von „Die Maus – Gesellschaft für Familienforschung Bremen e. V.“ haben keine detaillierten biografischen Informationen zu Rebekka Achelis erbracht (Achelis/Achelis/Bicker 1921).

6 Conrad Heinrich Fuchs, Krankheitsgeschichten: Handschriftenabteilung Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen: 80 Cod. MS. hist. nat. 61: I–VIII; IX–X.

notieren, d. h. jede auftretende Beschwerde, jede Äußerung des/der Kranken, genauestens aufzuschreiben. Diese größtenteils mehrere Seiten umfassenden „Krankheitsgeschichten“ wurden von Fuchs selbst, seinen Assistenzärzten und ausgewählten Medizinstudenten in einem narrativen Stil verfasst und geben Einblick in die Interaktionen zwischen Ärzten und Patient_innen.

Der Schwerpunkt der untersuchten Quellen liegt in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, doch gehe ich mit Blick darauf, dass das von mir analysierte Schmerzverständnis im 19. Jahrhundert durch eine Gemengelage von vormodernen und modernen Wissensbeständen geprägt war, einerseits ins 18. Jahrhundert zurück und überschreite andererseits die Mitte des 19. Jahrhunderts.

2 Medizin, Schmerz und Geschlecht

Wie David Morris und Esther Fischer-Homberger betont haben, vollzog sich im Laufe des 19. Jahrhunderts ein Wandel im medizinischen Schmerzverständnis hin zu einer somatisierenden, naturwissenschaftlich begründeten Lehre vom Schmerz und seinen Ursachen (Morris 1991; Fischer-Homberger 1997: 104ff.). Die Zeit zwischen dem ausgehenden 18. Jahrhundert bis weit ins 19. Jahrhundert ist als Übergangszeit zu verstehen, in der alte, humoralpathologisch begründete Konzepte und neuere nervenphysiologische Modelle von Schmerz noch selbstverständlich nebeneinander standen und auch die ärztliche Praxis bestimmten.

Mitte des 18. Jahrhunderts erforschten Mediziner zunehmend die nervenphysiologische Fundierung von Schmerzen. Die Annahme, dass auch „Gemüthserschütterungen“ auf das Schmerzgeschehen Einfluss hätten (Marx 1851: 14; Stilling 1840: 88), durchbrach die rein somatisierenden Konzepte von Schmerz dieser Zeit. Humoralpathologische Vorstellungen beeinflussten im frühen 19. Jahrhundert immer noch medizinische Konzepte von Schmerz: Es wurde z. B. davon ausgegangen, dass die sich ablagernden „dyskrasischen Schärfe“⁷ Nerven reizten und auf diese Weise Schmerz verursachten (Spiess 1844: 104).

Probleme bereitete den Mediziner die subjektive Dimension von Schmerz. So betonte der Göttinger Mediziner Karl F. H. Marx (1840–1877): „Der Schmerz ist die subjektivste Empfindung“ (Marx 1851: 6). Er bedauerte zugleich, dass noch kein „Algometer“, ein „Schmerzensmesser“, zur „objektiven“, von den Aussagen der Patient_innen unabhängigen Erfassung von Schmerz erfunden worden sei. Der metrische Zugriff auf das Pathologische prägte im Laufe des 19. Jahrhunderts zunehmend die diagnostische und wissenschaftliche Praxis in der Medizin, wie Volker Hess anhand der Geschichte der Einführung des Fiebermessens gezeigt hat (Hess 2000). Der Begriff „subjektiv“ erscheint bei Marx auch als komplementärer Begriff zur wissenschaftlichen Objektivität. Folgt man der Studie Lorraine Dastons und Peter Galisons, so entstand das Konzept der wissenschaftlichen Objektivität genau in dieser Zeit, nämlich um 1850 (Daston/Galison 2007).

Für die Schmerzdiagnostik waren subjektive Wahrnehmungen nach wie vor entscheidend: Der Arzt musste demzufolge seine Schmerzpatient_innen sorgfältig befra-

7 = Krankheitsstoffe, die die Säfte verderben.

gen und beobachten. Den Medizinerinnen blieb also nicht verborgen, dass Schmerzen von ihren Patient_innen individuell unterschiedlich wahrgenommen wurden. Der Göttinger Mediziner Albrecht Haller (1708–1777) hatte daher bereits im 18. Jahrhundert in seiner Schmerztheorie zwischen der „Reizbarkeit“ und „Empfindlichkeit“ eines Körperteils unterschieden. Während er unter „Reizbarkeit“ die rein physiologische Reaktion von Nerven- und Muskelfasern auf Berührung verstand, beschrieb er mit dem Begriff „Empfindlichkeit“ den Umstand, dass die Berührung eines Körperteils „der Seele vorgestellt“ (Haller 1756: 3) werde.

Frauen galten als das Geschlecht mit den empfindlicheren Nerven. Auch wurde angenommen, dass sie in höherem Grade von nervöser Hyperästhesie, d. h. von Schmerzempfindlichkeit, betroffen waren als Männer. Paradoxe Weise wurde ebenfalls festgestellt, dass eine „geistige Empfindlichkeit“ gegen Schmerzen „gerade bei den stärksten Männern“ häufiger vorkomme. Die „zarten“, „nervösen“ Frauen hätten dagegen nicht selten „die Fähigkeit, Schmerzen mit Gleichmuth zu ertragen“ (Spiess 1844: 162). Karl F. H. Marx spitzte die geschlechtsspezifische Dimension von Schmerzempfindung auf den einfachen Satz zu: „Das Weib, empfindlicher als der Mann, erträgt leichter als dieser Schmerzen“ (Marx 1851: 7).

Chirurgische Fallbeschreibungen aus der Zeit, als operative Eingriffe noch ohne wirksame Anästhesie durchgeführt wurden, geben Einblick in einen geschlechtsspezifisch geprägten Umgang mit Schmerz und Schmerzempfindlichkeit. Generell lässt sich beobachten, dass dem eigentlichen chirurgischen Eingriff meist ein langer Entscheidungsprozess voranging. Die Furcht vor den unvorstellbar großen Schmerzen während einer Operation war so groß, dass chirurgische Eingriffe jahrelang hinausgeschoben wurden, bis der Leidensdruck so groß war, dass die Schmerzen bei der Operation in Kauf genommen werden konnten. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts wurde eine wirksame Narkose entwickelt. Martin Pernick stellt im Zusammenhang mit der Einführung der Narkose in den USA heraus, dass Frauen aufgrund der ihnen zugeschriebenen höheren Empfindlichkeit der Nerven häufiger narkotisiert wurden als Männer (Pernick 1985). In der chirurgischen Praxis in Deutschland hingegen zeigt sich, dass Frauen in der Zeit vor Einführung der Anästhesie nicht so häufig schmerzlindernde Mittel bekamen wie Männer.

Aus den Operationsberichten lässt sich sehr deutlich eine geschlechtsspezifische Dimension des Umgangs mit Schmerzen herauslesen. Wie wenig Schmerzen nämlich bei ärztlichen Berichten über Operationen an Frauen thematisiert wurden, fällt erst auf, wenn man sich Fallbeschreibungen über Operationen an Männern anschaut. Der Chirurg am Würzburger Juliusspital, Karl Kaspar von Siebold (1736–1807), erwähnte in seinen Fallschilderungen von Brustkrebsoperationen – d. h. von Amputationen einer Brust oder vom Herausschneiden einer Geschwulst – Schmerzen während des Eingriffs überhaupt nicht. Dagegen nehmen Schmerzschilderungen in seinen Berichten über Operationen von Männern am Hoden oder am Penis breiten Raum ein. Von Siebold schildert, wie sein Patient ihm schon bei der Aufklärung über die teilweise Amputation seines Penis sagte, dass die Vorstellung des Abbindens „einer so nervichten, gefäßreichen, empfindlichen und härtlichen Theiles so grausam und schmerzhaft“ vorkomme, dass ihn beinahe eine Ohnmacht „anwandle“ (Siebold 1792: 51). Auch aus der detaillierten Beschreibung des Eingriffs ist das Bemühen des Chirurgen erkennbar, besonders behutsam

vorzugehen und unnötige Schmerzen bei seinem Geschlechtsgenossen zu vermeiden. Der Arzt ging angesichts der Tatsache, dass bei einem solchen chirurgischen Eingriff nicht nur ein Körperteil abgeschnitten, sondern symbolisch auch die Männlichkeit des Operierten verletzt wurde, sehr sensibel vor. Dass bei Frauen das Abschnüren und Abschneiden einer krebsbefallenen Brust auch sehr schmerzhaft war, lässt sich aus seinen Fallbeschreibungen in demselben „Chirurgischen Tagebuch“ allerdings nicht ablesen. Auch hier wurde ein Körperteil operativ entfernt, der für einen weiblichen Körper eine wichtige symbolische Bedeutung hatte (Epstein 1986: 155; Jordova 1980). Schienen diese Schmerzen nicht der Rede wert, da die Frauen sie geduldig und still ertrugen? Diese Vermutung bestätigt sich, schaut man in ärztliche Beschreibungen von Operationen bei Frauen mit Gebärmutterkrebs. So schilderte Johann Nepumuk Sauter (1766–1840) in seinem Operationsbericht über eine „Extirpation einer carcinomatösen Gebärmutter“ aus dem Jahr 1822, wie „die Geduld der Patientin wankte“, nachdem er einige Zeit vergeblich versucht hatte, die Gebärmutter durch die Vagina der Frau herabzuziehen. Als die Patientin ihn bat, die Operation zu beenden, redete er ihr energisch zu und stellte fest, dass die Patientin sich sogleich wieder „erманnte“ (Sauter 1822: 105f.). Diese Formulierung ist bemerkenswert: Bedeutete das Sich-Ermannen, die vorübergehende „geistige Empfindlichkeit“, die dem Mann zugeschrieben wurde, wie ein Mann zu überwinden? Auch der Göttinger Professor für Frauenheilkunde Friedrich Benjamin Osiander merkte an, dass eine Tagelöhnerin, bei der er ohne Narkose und ohne Schmerzmittel einen Teil ihrer Gebärmutter herausgeschnitten hatte, „eine ohnehin empfindliche Person“ sei, da sie – für ihn offenbar unerwartet – über Schmerzen klagte. Auch sie gab Ruhe, nachdem der Arzt sie streng ermahnt hatte (Osiander 1813–1814: 55).⁸

Anhand zweier „Krankheitsgeschichten“ aus der Praxis der Würzburger Poliklinik soll nun herausgearbeitet werden, wie Geschlecht über die Praktik der Schmerzbeschreibungen in der Interaktion zwischen Mediziner und Patientin hergestellt wurde. Den Fallbeschreibungen ging ein Gespräch mit der Patientin über ihre „Schmerzgeschichte“ voraus.

Schmerz ist der rote Faden, der sich durch die „Krankheitsgeschichte“ der 47-jährigen Anna Bügner zieht, die erst nach einer langjährigen Leidenszeit Patientin der Würzburger Poliklinik wurde. Bereits vor ihrer Verheiratung habe die Patientin „leichte Schmerzen“ verspürt, welche sich „durch den Leib gegen das Kreuzbein wie Stiche hinzogen“, jedoch in Abständen, besonders vor dem „Eintritte der Menstruation“ aufgetreten seien. Später habe der eheliche Beischlaf so starke Schmerzen verursacht, dass sie ihren Mann gebeten habe, auf denselben ganz zu verzichten. In späteren Jahren seien diese Schmerzen „stärker“ und „häufiger“ gekommen und hätten sich „zu hysterischen Anfällen“⁹ gesteigert, wenn Anna Bügner z.B. beim Holzspalten länger in einer „gebückten Stellung“ verharrt sei. Erst als sich der Unterleib entzündet habe, sei die Leidende zu einem Arzt gegangen, der eine „Desorganisation im Uterus“ diagnostiziert habe. Da jedoch die Schmerzen wieder schwächer geworden seien, „ließ man

8 Vgl. zum Umgang mit Schmerz bei Todkranken Nolte 2016.

9 Das Adjektiv „hysterisch“ verweist hier ganz direkt auf die körperlichen Prozesse in der Gebärmutter, die wie alles im medizinischen Denken dieser Zeit auch auf das Gemüt wirken konnten. Jedoch beschrieben sie hier eher den leiblichen Ort und Ursprung der Schmerzen. Das Konzept von Hysterie als „Nervenkrankheit“ oder gar psychische Krankheit entsteht erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (Nolte 2007: 40f.; Bleker 1993).

das Ganze auf sich beruhen“. Als jedoch die „Zufälle“, welche sich mit einem „weissen Ausflusse complicirt“ hatten, wieder aufgetreten seien, habe sie erneut einen Arzt aufgesucht, der sie mit der Antwort, „es ist halt ein Weibsbildbauch“, abgefertigt habe. Da ihre Schmerzen derart bagatellisiert worden waren, traute sie sich nicht, nochmals um ärztlichen Rat anzusuchen. Erst als zu den heftigen Schmerzen, die besonders nachts „escalirten“, ein eitriger Ausfluss hingekommen sei, habe sie „nach vielen Zureden ihrer Verwandten Hülfe bei Medicinalrath v. D’Outrepont“ gesucht. Nach ihren vorherigen Erfahrungen mit Ärzten hatte die Kranke – wie es offensichtlich von ihr erwartet wurde – ihre Schmerzen duldsam ertragen. Erst als äußere Zeichen hinzutraten, wurden die starken Schmerzen als Anzeichen für eine gefährliche Krankheit ernst genommen. Der Professor für Frauenheilkunde kam nach einer vaginalen und rektalen Untersuchung zu dem Schluss, dass es sich um ein „Carcinom“ der Gebärmutter handele, das sich bereits in den Mastdarm ausgebreitet habe (Fuchs 1832, Heft I, Nr. 3). Die Ärzte der Poliklinik notierten folgende Beobachtungen:

„Patientin klagte über nichts als über Schmerzen in dem untersten Theile des abdomen [sic] welche von dem Kreuzbein mit heftigem Brennen und Reißen, meistens am Abende, in den Unterleib verschossen, an dem linken Darmbeinkamme auf der Höhe desselben, sich festsetzten, so dass die Kranke sich vorzüglich über diesen Schmerz beklagte, dann in den linken Schenkel nach dem Verlaufe des nervus ischiadicus hinabflossen, und die Kranke bis zur größten Unruhe aufregten, selten war es, dass sie 2–3 Nächte von der Exacerbation ihrer Schmerzen frei blieb. In der Zwischenzeit war sie zwar von Schmerzen nicht frei, allein sie befanden [sic!] bloß in einem steten Brennen, das mit keinem Reißen und Ziehen verbunden war, und hinderten nicht, daß die Kranke ruhig im Bett liegen bleiben konnte“ (Fuchs 1832, Heft I, Nr. 3).

In der Krankengeschichte wird die Qualität des Schmerzes wie folgt sprachlich ausgedrückt: „Brennen“, „Reißen“ und „Ziehen“. Auch die Bewegung der Schmerzen durch den Leib werden anatomisch präzise beschrieben. In zeitgenössischen medizinischen Publikationen nennen Mediziner eine Reihe von metaphorischen Adjektiven zur differenzierten Beschreibung der Qualität des Schmerzes. So ist in der schon erwähnten Publikation über den Schmerz von Karl H. F. Marx Folgendes zu lesen: „[...] spannender, drückender, stechender, brennender, klopfender, nagender, reissender, bohrender, durchschießender Schmerz“ (Marx 1851: 9).¹⁰ Es lässt sich also eine Routine der Schmerzbeschreibung beobachten, die vermutlich in der wechselseitigen Beziehung von Arzt/Medizin und Patient_in entstanden ist. Interessanterweise schien der Wissensbestand der metaphorischen Schmerzbeschreibung in der Phase des vorwiegend somatisierenden Schmerzverständnisses verloren gegangen zu sein. Elaine Scarry charakterisiert die „Inexpressibility“ des Schmerzes Anfang der 1980er-Jahre und hebt die McGill-Questionnaire zur Schmerzdiagnostik als wichtigen Schritt zu ihrer Überwindung hervor (Scarry 1985: 7ff.). Die Mediziner Ronald Melzack und Warren Torgeson hatten diesen Schmerzfragebogen mit seiner Vielfalt von Adjektiven auf der Basis von Schmerzbeschreibungen ihrer Patient_innen 1971 erarbeitet. Aus historischer Perspek-

10 Die Adjektive verwiesen auch auf die Art und den Ort des Schmerzes: Während z. B. ein „stechender“ Schmerz auf eine lokal begrenzte Ursache des Schmerzes hindeutete („Wird eine einzelne sensible Nervenfasern betroffen, so entsteht ein stechender Schmerz.“), ließ ein „brennender“, „drückender“, „klopfender“, „reißender“ oder „dumpfer“ Schmerz eher auf die Beteiligung mehrerer Nervenstränge schließen (Spiess 1844: 104).

tive bemerkenswert ist nicht nur, dass ein großer Teil der Adjektive aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in diesem Fragebogen wiederzufinden ist, sondern auch, dass Ärzte sich nach einer historischen Zeitspanne der einseitig technizistisch-naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin auf die subjektiven Schilderungen ihrer Patient_innen (zurück)besannen.

Schon die Beschreibung der langen Leidensgeschichte Anna Bügners, der Zeit, bevor sie tatsächlich ärztliche Hilfe bekam, zeigt eindrücklich, dass dieser Frau die zeitgenössische Konstruktion der geschlechtsspezifischen Duldsamkeit buchstäblich in „Fleisch und Blut“ übergegangen war. Von ihren Verwandten musste sie mit viel Überredung dazu gebracht werden, einen Arzt aufzusuchen. Der Arzt, der die „Krankheitsgeschichte“ der schwer an Gebärmutterkrebs Erkrankten aufgeschrieben hat, verweist implizit auf die zeitgenössische Zuschreibung der weiblichen Duldsamkeit von Schmerzen, wenn er schließlich kommentiert: „Sie ertrug diese Leiden mit Geduld, welche nun selten von der Heftigkeit der Schmerzen, und hoffnungslosen Unbestimmtheit ihrer Dauer überwältigt wurde, ihre Gesichtszüge trugen das Gepräge ihrer Leiden; das erdfahle, carcinomatöse Colorit fehlte nicht [...]“ (Fuchs 1832, Heft I, Nr. 3). In der Fallgeschichte wird die Physiognomik der Patientin so beschrieben, dass ein direkter Bezug auf die später von Karl Heinrich Baumgärtner (1798–1886) publizierte Krankenphysiognomik nahe liegt (Baumgärtner 1842).

Abbildung 1: Mutterkrebs



Quelle: Karl Heinrich Baumgärtner: Krankenphysiognomik, Stuttgart 1842, Tab. 46. Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen.

Baumgärtner beschreibt das Bild der an „Mutterkrebs“ erkrankten Patientin wie folgt:

„Der Mund ist geschlossen, die Lippen befinden sich in etwas gespannter Haltung, und um diesen zieht sich, von der Seite der Nase ausgehend, eine tiefe, Schmerz und düstere Gemütsstimmung ausdrückende Furche“ (Baumgärtner 1842: 154).

Das „erdfahle, carcinomatöse Colorit“ ist ebenfalls auf der Abbildung zu sehen. Baumgärtners typisierende Krankenporträts evozieren eine „Ästhetik der Objektivität“ (Zimmermann 2009). Mithilfe dieses Bildbandes sollten junge Ärzte lernen, Krankheiten anhand der Gesichtszüge ihrer Patient_innen zu identifizieren. Schmerzen materialisierten sich demzufolge in den Gesichtszügen der Leidenden und waren daher für den Experten „objektiv“ erkennbar. Sicher ist es kein Zufall, dass in medizinischen Schriften häufig weibliche Kranke genannt werden, wenn es darum geht zu schildern, wie sich ein lang ausgehaltener Schmerz in die Gesichtszüge eingeschrieben hatte (vgl. u. a. Hennemann 1823: 9).

Mit einer großen Bandbreite von metaphorischen Adjektiven waren Patientinnen also in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in der Lage, die Qualität ihres Schmerzes zu beschreiben. Diese Praktik der genauen Selbstbeobachtung verweist implizit auf die „größere Empfindlichkeit“ des weiblichen Geschlechts für Schmerzen, die ihnen zugeschrieben wurde. Zugleich findet sich in ärztlichen Fallbeschreibungen stets die Darstellung der Duldsamkeit weiblicher Schwerkranker.

3 Religiöse Praxis, Schmerz und Geschlecht

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde Schmerz von protestantischen Christ_innen entweder im Sinne der Geschichte Hiobs als Prüfung oder Strafe Gottes für einen sündhaften Lebenswandel verstanden. Letztere Deutung stellt der britische Künstler George Cruikshank sehr eindrucksvoll auf der Karikatur: „The Cholic“ aus dem Jahr 1819 dar: Die Frau, die vor Schmerz schreiend auf dem Sofa sitzt, wird von Teufelchen traktiert. Eine Gruppe von großen und kleinen Teufelchen zieht an einem Seil, das um ihre Taille geschnürt ist. Die anderen Teufelchen stechen die Frau mit unterschiedlichen Werkzeugen: mit einer dünnen Nadel, mit einem Speer und einer Mistgabel. Ein weiteres Teufelchen schneidet mit einem Messer. Das Bild an der Wand zeigt eine Alkohol trinkende Frau. Es werden also metaphorische Adjektive zur Beschreibung der Qualität des Schmerzes visuell dargestellt: stechend in verschiedener Qualität, einschnürend und schneidend (Bourke 2014: 64). Doch zugleich verweisen die bildliche Darstellung des Saufens und die Teufelchen auf den sündhaften Lebenswandel, der mit dem cholikhaften Schmerz bestraft wird.

Abbildung 2: The Cholic



Quelle: George Cruikshank, 1819. Radierung altkoloriert. London Britisches Museum, 1862-12-17-511.

Folgt man den Beschreibungen pietistisch-protestantischer Sterbestundenberichte oder der Schwesternbriefe der Diakonissen aus Kaiserswerth, so waren die Sünder_innen, die qualvolle Schmerzen als Strafe Gottes erleiden mussten, stets die anderen, die nicht zu der eigenen Gemeinschaft der frommen Christ_innen gehörten (vgl. auch Ernst 2003).

3.1 Kranke und bürgerlich-protestantische Religiosität

Beschreibungen von Schmerz in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts finden sich besonders in Tagebüchern und Sterbestundenberichten aus dem pietistisch-protestantischen Bürger_innentum. Diese Ego-Dokumente sind in der Geschlechterforschung bereits eingehend ob ihres Quellenwerts für eine Rekonstruktion von Erfahrungen und Wahrnehmungen der Autor_innen problematisiert worden (Gleixner 2005; Hebeisen 2005). Ulrike Gleixner hat herausgearbeitet, in welcher Weise das Selbst in pietistischen Selbstzeugnissen mit Bezug auf Geschlechterverhältnisse thematisiert wurde (Gleixner 2002). Wie am Beispiel des Tagebuchs der an Brustkrebs erkrankten Bremerin Rebekka Achelis gezeigt werden kann, kam dem Umgang mit Schmerz eine zentrale Bedeutung im Prozess der Selbst-Bildung als fromme protestantische Christin zu. Besonders in den

Sterbestundenberichten zeigt sich – so meine These – eindrücklich die Verknüpfung von christlich-protestantischen Konzeptionen von Schmerz mit der medizinischen Zuschreibung der geschlechtsspezifischen Duldsamkeit von Schmerz.

Der Jurist Johann Gottfried Misler aus Hamburg publizierte 1781 zum Andenken an seine vermutlich an Schwindsucht verstorbene Frau eine Schilderung ihrer schweren Krankheit und ihrer letzten Tage. Der Jurist betonte, dass seine Frau „aus Zärtlichkeit ihre Schmerzen sehr lange“ vor ihm „verhehlt“ habe. Die Verheimlichung ihrer Schmerzen war ihr schließlich nicht mehr möglich, als „schmerzhafte Krämpfe in der Brust“ eintraten, die sie zwangen, aufrecht im Bett zu sitzen (Misler 1781: 16). Zwar wurde Maria Misler von ihrem Gatten einerseits als durch ihre vielen Geburten geschwächte Frau beschrieben, andererseits betont, wie standhaft sie ihre starken Schmerzen ertrug, wenngleich „die Empfindung des Schmerzes in jedem Zuge ihres Gesichts gleichsam abgemahlet“ für Außenstehende sichtbar war. Ihre Duldsamkeit wurde vom Ehemann als Ausdruck ihres unerschütterlichen Glaubens gedeutet, zugleich ist die Fähigkeit, auch starke Schmerzen zu ertragen, im Kontext des bereits dargelegten zeitgenössischen weiblichen Geschlechtscharakters zu sehen (Misler 1781: 20). Der Hallenser Professor für Theologie Julius Müller (1801–1878)¹¹ beschrieb in seinem Bericht „Aus Elisabeth’s letzten Stunden“, wie es seiner Frau gelang, sich in den letzten Stunden durch ihren festen Glauben an den seligen Tod von ihrem Körper und somit auch von dem Schmerz zu distanzieren:

„Von ihrem Leibe sprach sie ganz objectiv: der arme Leib! wie er leidet! Einigemal sagte sie: es ist vorbei – und nun? u. nun? und nun? Einmal: mein Liebes, ein herzliches, fröhliches Lebewohl! Bald darauf einigemal: Herr Jesu, nimm meinen Geist auf!“ (Müller 1844: o. S.).

Das Tagebuch der Bremerin Rebekka Achelis erscheint als ausgesprochenes „Schmerztagebuch“, da ihre Schmerzen die mehrmals wöchentlich vorgenommenen Einträge bestimmten (Achelis 1813–1833). Zunächst machte sich ihre Krankheit durch eine Verhärtung in der linken Brust und gelegentliche Schmerzen bemerkbar. Beides beunruhigte die Bremerin sehr, da sie vermutlich mit der Symptomatik von Brustkrebserkrankungen vertraut war. Ihre dicht aufeinanderfolgenden Einträge beginnen zusammen mit den sie täglich quälenden Schmerzen in der Brust. „Und ist es dein heiliger Wille nicht, daß ich gesund werde, so erleichtere mir doch die Schmerzen. Hilf sie mir tragen und bewahre mich vor Ungeduld“ (Achelis: 22.10.1832). Die fromme Bremerin bezeichnete ihre starken Schmerzen selbst als „Leidenschule Gottes“, die sie auf dem Weg zur frommen Christin durchlaufen musste. Häufig verwendete sie die Formulierung, dass ihr „peinlich zumute“ sei, um auszudrücken, dass sie nicht mehr in der Lage war, in Gesellschaft ihre Schmerzen zu verbergen. Erst nach zwei Jahren, in denen sie heimlich und allein ihre Schmerzen durchlitten hatte, vertraute sie sich einer Freundin an, was sie sehr erleichterte (Achelis: 6.8.1832). Schmerzen wurden von Schwerkranken auch deshalb still und heimlich ertragen, um keine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen oder um die Angehörigen, aber auch den Kreis an Freunden der Familie nicht zu belasten.

11 Julius Müller war ein bedeutender Dogmatiker seiner Zeit. Durch ihn und seinen Kollegen Tholuck wurde Halle zu einer „Hochburg der Erweckungstheologie“ (Axt-Piscalar 1997). Die Bremerin Elisabeth Klugkist war seine zweite Frau. Die kurze Ehe soll „überaus glücklich“ gewesen sein (Kögel 1885).

Mit diesem Handeln zeigt sich, dass Rebekka Achelis geschlechtsspezifische Zuschreibungen zum Umgang mit Schmerz inkorporiert hatte und ebenfalls dem pietistisch-protestantischen Prinzip der „Selbstverleugnung“ entsprach.

Achelis tritt in ihrem Tagebuch in einen direkten Dialog mit Gott. Diese Unmittelbarkeit der Beziehung zu Gott, die auch in dem erwähnten Sterbestundenbericht über Elisabeth Müllers Tod beschrieben wird, ist Ausdruck weiblicher Religiosität im Bürger_innentum in dieser Zeit (Habermas 1994).

Das standhafte und stille Ertragen des von Gott als Prüfung auferlegten Schmerzes kann als Topos gelesen und gedeutet werden, doch ist mit einer praxeologischen Perspektive hervorzuheben, dass – gerade mit Blick auf Rebekka Achelis' Schmerztagebuch – dieser weibliche Umgang mit Schmerz als wichtige Praktik im Prozess der Selbst-Bildung als fromme Christin vor sich selbst und vor der Gemeinschaft zu verstehen ist.

3.2 Diakonissen und der Schmerz

Nach dem Vorbild der Barmherzigen Schwestern und mit Berufung auf Berichte über die ersten Diakonissen in den Gemeinden aus dem Neuen Testament schuf der protestantische Pfarrer Theodor Fliedner (1800–1864) zusammen mit seiner ersten Frau Friedrike Fliedner (1800–1842) und seiner zweiten Frau Caroline Fliedner (1811–1892) mitten im katholischen Rheinland eine Ausbildungsstätte und zugleich ein Mutterhaus für protestantische Krankenschwestern. Das Diakonissenmutterhaus verstand seine Arbeit als „Innere Mission“. Das bürgerlich-protestantische Konzept der „Inneren Mission“ war eine Reaktion auf die Pauperisierung, welche insbesondere in den Großstädten als Folge der Anfang des 19. Jahrhunderts einsetzenden Industrialisierung als Problem wahrgenommen wurde. Fliedner und andere aus der neupietistischen Erweckungsbewegung hervorgegangene Protagonist_innen der „Inneren Mission“ waren der Ansicht, dass Krankheit, materielle und geistliche Verarmung ursächlich zusammenhängen. Daher sorgten diese Krankenschwestern nicht nur für das leibliche Wohl, sondern auch für das Seelenheil ihrer Kranken (Nolte 2013).

Silke Köser hat herausgearbeitet, dass gerade das Konzept der religiösen Gemeinschaft, die „kollektive Identität“ als Diakonisse, das Lebens- und Arbeitsmodell der Diakonisse im 19. Jahrhundert für junge Frauen attraktiv machte (Köser 2006). Für die Selbst-Bildung einer Kaiserswerther Diakonisse zentral war ein Katalog sogenannter „Selbstprüfungsfragen“, den jede Diakonisse täglich durchzugehen hatte. Der Blick in persönliche Exemplare der Haus- und Dienstordnung von Diakonissen und auf die dort im Anhang abgedruckten Selbstprüfungsfragen verrät, dass dieser Katalog individuell bearbeitet und an persönliche Vorlieben angepasst worden ist. Ganze Fragen wurden gestrichen oder umformuliert, sodass aus solchen überlieferten Exemplaren individuelle Praktiken im Umgang z. B. mit der geforderten „Selbstverleugnung“ zu ersehen sind: So hatte eine Diakonisse die Selbstprüfungsfragen gestrichen, in denen sie sich fragen sollte, ob sie ihren Pfinglingen mit der geforderten Demut begegnet sei (Nolte 2013: 172).

Der duldsame Umgang mit Schmerz war eine wichtige Praktik im Prozess der Selbst-Bildung als Diakonisse. Eine von Gott auferlegte Prüfung in Form einer schweren und schmerzhaften Krankheit mit Würde überstanden zu haben, begriffen Diako-

nissen als größte Auszeichnung von Gott. So schrieb Schwester Lina Anfang des Jahres 1875 an die Vorsteher im Kaiserswerther Mutterhaus resümierend über das vergangene Jahr:

„Es ist für mich besonders ein Gedenk- u. Gnadenjahr geworden, wovon ich viel zu loben u. zu danken habe, indem mich mein Gott so schwer erkranken ließ, als Er mich bis an den Rand des Todes führte u. mich wieder gesund werden ließ, daß ich nun diese neu geschenkte Gnadenzeit recht auskaufe, ist ernstlich meines Herzens Verlangen u. Gott wolle mir die Gnade u. Kraft dazu schenken, das ist mein tägliches Gebet zu ihm.“ (Lina Sauerland 1875: o.S.)¹²

Dass der souveräne Umgang mit Schmerzen als durchaus zentral im Prozess der Selbst-Werdung einer Diakonisse angesehen wurde, ist aus Nachrufen von Diakonissen zu ersehen. So wird im Nachruf der Diakonisse Margarete Spiel hervorgehoben, dass sie eine Operation am Hals bereitwillig ohne Chloroformnarkose über sich hatte ergehen lassen. Im Weiteren hieß es: „Eine Diakonisse muss auch einen Schmerz aushalten können“ (zit. nach Köser 2006: 364). Entsprechend kritisch standen Diakonissen der Einführung der Anästhesie mit Äther und Chloroform Mitte des 19. Jahrhunderts gegenüber. Doch dachten die Schwestern nicht primär daran, dass eine schmerzfreie Operation dem Kranken die Möglichkeit nahm, Schmerz als Prüfung Gottes anzunehmen und mit Würde zu bestehen. Die Diakonissen sahen darin die Gefahr, dass nun leichtfertig operiert werde und die Operierten an Einfluss auf das Geschehen während der Operation verlören. „Wir bewundern oft den Mut und das Vertrauen der Leute, die sich oft so sorglos und leicht unter das Messer und die Hand des Arztes legen“ (Amalie Schollin 1881). In der Zeit vor Einführung der Narkose hatten Chirurgen noch während der Operation einzelne Maßnahmen mit ihren Patient_innen ausgehandelt, davon zeugen zeitgenössische Operationsberichte (u. a. Sauter 1822; Siebold 1792).

In der Pflegepraxis der Diakonissen zeigt sich, wie sich das christliche Konzept der standhaften Erduldung von Schmerz als Prüfung oder Strafe Gottes mit geschlechtsspezifischen medizinisch-gesellschaftlichen Zuschreibungen zum Umgang mit Schmerz verband. So beschrieb Schwester Mina die Pflege einer an Brustkrebs erkrankten Frau im finalen Stadium wie folgt:

„Ihr Zustand ist seitdem ein viel leidender. Nach ungefähr 7 Tagen der Verschlimmerung stellte sich ein quälender Husten ein, der sie nur ab und zu, mit wenig Unterbrechung verließ um dann aber dafür heftiger wieder aufzutreten. Zuweilen ist er lose, daß sie ordentlich abhusten kann, aber oft ist er den ganzen Tag so hartnäckig und qualvoll, daß ihr der Schweiß auf der Stirn steht und Kopfschmerzen verursacht, auch klage sie seitdem viel über Rücken und Brustschmerzen. Da muß ich den häufiger den als sonst zum Morphium greifen um ihr die Nachtruhe zu sichern, doch bedarf sie bei ihrem schwachen Körper nur eine geringe Dosis. [...] Ihr Leben hängt am seidenen Faden es bedarf nicht mehr vieler Stürme, wohl kaum noch ein einziger und sie darf heimgehn. Sie ist still und ergeben in Gottes Willen und trägt ihre Schmerzen und Noth geduldig“ (Mina Mätte 20.11.1891).

Die Schmerzen der Frau werden zwar beschrieben, was darauf rückschließen lässt, dass die Patientin die Schmerzen stets äußerte, doch bemerkte die Diakonisse, wie geduldig sie die Schmerzen aushielt. Bei einer an Gebärmutterkrebs erkrankten Patientin, die

12 Matthias Benad hat diesen Umgang mit schwerer Krankheit auch bei den Betheler Diakonissen beobachtet und die Bereitschaft, für eine Läuterung der Seele bis an den Rand des Todes gehen zu wollen, als „Sterbefrömmigkeit“ bezeichnet (Benad 1996).

unter starken Schmerzen litt, war der Glaube zwar noch klein, doch offenbar der Wille zu einer Läuterung der Seele da. Schwester Sophie las ihr und ihrem Ehemann die Geschichte Hiobs vor und ließ so durchblicken, dass sie den Schmerz dieser Frau als Prüfung Gottes ansah (Sophie Stock 1893).

Aus der folgenden „Fallbeschreibung“ lässt sich nicht nur ersehen, wie Diakonissen jemanden darstellten, der sein Leiden nicht mit Würde annahm. Dieser Brief zeigt auch, dass sie einem Sünder Schmerzmittel verweigerten und ihm stattdessen empfahlen, sich dem „Herrn Jesu“ zuzuwenden, um so seine Seele für einen seligen Tod zu läutern. Denn im Anschluss an dieses Zitat schilderte die Diakonisse, wie der schwerkranke Mann, der kaum noch laufen konnte, die Flucht ergriff, um ihren Bekehrungsversuchen zu entgehen:

„Einen besonders schrecklichen Fall hatten wir. Ein Schriftsetzer kam hierzu gereißt ganz elend gekleidet und hatte Wassersucht. Im Anfange ging alles gut, als er aber immer Elender wurde, deuteten wir wohl darauf hin das er sterben könnte. Das war ihm aber schrecklich mit aller Macht klammerte er sich an das Leben. Es war wirklich erschütternd wie er die Ärzte immer anflehte doch alles zu seiner Rettung anzuwenden. Ich will nicht sterben rief er aus. [...] Endlich, es war der Sonntag vor seinem Tode, bat er mich wieder so dringend ihn etwas Betäubendes zu geben, da ich konnte nicht anders, sagte ich ihm, ich glaube nicht daß er noch manchen Tag zu leben habe er möchte sich doch ernstlich zum Herrn Jesu wenden, das er seelig werde.“ (Johanne Niendecker 1862: o. S.)

In den Schwesternbriefen sind die Schilderungen eines im christlichen Sinne vorbildlich duldsamen Ertragens des Leidens sicher nicht zufällig überwiegend Kranken- und Sterbensgeschichten von weiblichen Pflegerinnen. Hier schien sich in der Wahrnehmung und im Umgang mit diesen Kranken das christliche Schmerzverständnis mit zeitgenössischen Zuschreibungen des geschlechtsspezifischen Umgangs mit Schmerz zu verknüpfen. Die Beschreibungen von sündigen und frommen, wehleidigen und standhaften Kranken erscheinen ebenfalls als Praktik, mit der Diakonissen ihr frommes Selbst herstellten resp. immer wieder festigten.

4 Schluss

Das Schreiben über den Schmerz im 19. Jahrhundert wurde als kulturelle und historische Praktik verstanden und einer Analyse unterzogen. So zeigt sich, welche Konzepte von Schmerz den jeweiligen Praktiken implizit waren, wie zeitgenössische Konstruktionen von Geschlecht nicht nur in medizinisches, sondern auch in routinisiertes Handeln von schwerkranken Patient_innen sowie in Praktiken protestantischer Krankenpflegerinnen eingeschrieben waren. Frauen wurde auf der einen Seite zugemutet, Schmerzen länger auszuhalten als Männer, bevor ihre Schmerzen als Symptom einer ernsthaften Erkrankung wahrgenommen wurden. Gleichwohl war das Schreiben über das eigene duldsame Ertragen von unvorstellbaren Schmerzen eine Praktik, mit der pietistisch-protestantische Frauen ihr frommes Selbst vor sich selbst herstellten. Vor der Gemeinschaft war das Verschweigen und stille Durchleiden der Schmerzen eine christliche Subjektivierungspraktik, durch die Frauen sich in besonderem Maße als fromme Christinnen auszeichneten.

Schaut man auf an Schmerzen leidende Menschen unterer sozialer Schichten, so zeigt sich, dass diese nur durch das Schreiben von protestantischen bürgerlichen Frauen

oder frommen Diakonissen in den Quellen sichtbar werden. Das Schreiben über den Schmerz der Anderen ist ebenfalls als Praktik der Selbst-Bildung als fromme Armenpflegerin oder Diakonisse zu verstehen.

Auch aus anderen „Fallbeschreibungen“ von Diakonissen in ihren Briefen an das Mutterhaus lässt sich ersehen, dass Pfinglinge, die von Diakonissen als Sünder_innen identifiziert worden waren, nicht damit rechnen konnten, dass ihre Schmerzen früh gelindert wurden. Diakonissen begriffen es hier allerdings als besondere Fürsorge, ihren Pfinglingen durch das Erleiden von Schmerzen die Möglichkeit zu geben, ihre belastete Seele zu reinigen. Diese Praktik der Läuterung durch das Aushalten von Schmerz war auch im Prozess der Selbst-Werdung als Diakonisse durchaus zentral. Diese und auch andere geschlechtsspezifische Subjektivierungspraktiken nicht als bloße Topoi zu begreifen, hinter denen „authentische“ Empfindungen verborgen bleiben, eröffnet neue Möglichkeiten zur Rekonstruktion einer Geschichte des Schmerzes, indem das Aufschreiben und das visuelle Darstellen des Schmerzes als wesentlicher Teil sozialer Praxis ernst genommen werden.

Literaturverzeichnis

- Achelis, Christian; Achelis, Hans & Bicker, Anne (Hrsg.). (1921). *Die Familie Achelis in Bremen 1579–1921*. Bremen: Selbstverlag.
- Achelis, Rebekka (1813–1833). Tagebuch. *Deutsches Tagebucharchiv Emmendingen*: Nr. 523.
- Alkemeyer, Thomas (2013). Subjektivierung in sozialen Praktiken. Umriss einer praxeologischen Analytik. In Thomas Alkemeyer, Gunilla Budde & Dagmar Freist (Hrsg.), *Selbstbildungen. Soziale und kulturelle Praktiken der Subjektivierung* (Praktiken der Subjektivierung 1, S. 33–68). Bielefeld: transcript. <https://doi.org/10.14361/transcript.9783839419922>
- Axt-Piscalar, Christine (1997). Müller, Julius. *Neue Deutsche Biographie*, 18, 326–327.
- Baumgärtner, Karl Heinrich (1842). *Krankenphysiognomik* (2. verb. und verm. Aufl.). Stuttgart: Rieger.
- Benad, Matthias (1996). Sterbefrömmigkeit im „Boten Von Bethel“ 1894–1900. In Matthias Benad (Hrsg.), *Diakonie der Religionen* (S. 39–48). Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Bleker, Johanna (1981). *Die Naturhistorische Schule 1825–1845. Ein Beitrag zur Geschichte der klinischen Medizin in Deutschland*. Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- Bleker, Johanna (1993). Hysterie – Dysmerrhoe – Chlorose. Diagnosen bei Frauen der Unterschicht im frühen 19. Jahrhundert. *Medizinhistorisches Journal* 28, 345–374.
- Borgards, Roland (2007). *Poetik des Schmerzes. Physiologie und Literatur von Brockes bis Büchner*. München: Wilhelm Fink.
- Bourke, Joanna (2014). *The Story of Pain. From Prayer to Painkillers*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Brockmeyer, Bettina (2009). *Selbstverständnisse. Dialoge über Körper und Gemüt im frühen 19. Jahrhundert*. Göttingen: Wallstein.
- Daston, Lorraine & Galison, Peter (2007). *Objektivität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Dieffenbach, Johann Friedrich (1847). *Über Aether gegen den Schmerz*. Berlin: August Hirschwald.
- Eckart, Wolfgang U. (2007). Irritabilität. In *Enzyklopädie der Neuzeit, Bd. 5: Gymnasium–Japanhandel* (Sp. 1095–1098). Stuttgart: Metzler.
- Epstein, Julia (1986). Writing the unspeakable. Fanny Burney’s mastectomy and the fictive body. *Representations*, 16, 134–166.

- Ernst, Katharina (2003). *Krankheit und Heiligung. Die medikale Kultur württembergischer Pietisten im 18. Jahrhundert*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer-Homberger, Esther (1997). *Hunger – Herz – Schmerz – Geschlecht. Brüche und Fugen im Bild von Leib und Seele*. Bern: eFeF-Verlag.
- Fuchs, Conrad Heinrich (1832). *Krankheitsgeschichten* [handschriftliches Manuskript]. Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek, Sign.: 8 Cod. Ms. Hist. Nat. 61: I.
- Gleixner, Ulrike (2002). Pietismus, Geschlecht und Selbstentwurf. Das „Wochenbuch“ der Beate Hahn, Verh. Paulus (1778–1842). *Historische Anthropologie. Kultur – Gesellschaft – Alltag*, 10(1), 76–100.
- Gleixner, Ulrike (2005). *Pietismus und Bürgertum: Eine historische Anthropologie der Frömmigkeit; Württemberg 17.–19. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Habermas, Rebekka (1994). Weibliche Religiosität – Oder: Von der Fragilität bürgerlicher Identitäten. In Klaus Tenfelde & Hans-Ulrich Wehler (Hrsg.), *Wege zur Geschichte des Bürgertums* (S. 125–148). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Haller, Albrecht von (1756). *Abhandlung des Herrn von Haller von den empfindlichen und reizbaren Theilen des menschlichen Leibes*. Leipzig: Carl Ludwig Jacobi.
- Hebeisen, Erika (2005). *Leidenschaftlich fromm. Die pietistische Bewegung in Basel 1750–1830*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau.
- Hennemann, Wilhelm H. (1823). Merkwürdige Einwirkung der Jodine auf einen im letzten Stadium befindlichen Mutterkrebs. *Journal der practischen Heilkunde*, 57(2), 3–11.
- Hess, Volker (2000). *Der wohltemperierte Mensch. Wissenschaft und Alltag des Fiebertmessens (1850–1900)*. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Hess, Volker & Schlegelmilch, Sabine (2015). Cornucopia officinae medicae: medical practice records and their origins. In Martin Dinges, Kay-Peter Jankrift, Sabine Schlegelmilch & Michael Stolberg (Hrsg.), *Medical Practice (1600–1900): Physicians and their patients* (S. 11–38). Leiden, Boston: Rodopi. https://doi.org/10.1163/9789004303324_003
- Hörning, Karl H. & Reuter, Julia (2004). Doing Culture: Kultur als Praxis. In Karl H. Hörning & Julia Reuter (Hrsg.), *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und Praxis* (S. 9–18). Bielefeld: transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839402436>
- Jordova, Ludmilla J. (1980). Natural facts: a historical perspective on science and sexuality. In Carol P. MacCormack & Marilyn Strathern (Hrsg.), *Nature, culture and gender* (S. 42–69). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jütte, Robert (2000). *Geschichte der Sinne. Von der Antike bis zum Cyberspace*. München: Beck.
- Kögel, Rudolf (1885). Müller, Julius. *Allgemeine Deutsche Biographie*, 22, 638–641.
- Köser, Silke Christiane (2006). „Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein.“ *Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen 1836–1914*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Lechtermann, Christina (2010). Funktionen des Unsagbarkeitstopos bei der Darstellung von Schmerz. In Hans-Jochen Schiewer, Stefan Seeber & Markus Stock (Hrsg.), *Schmerz in der Literatur des Mittelalters und der Frühen Neuzeit* (Transatlantische Studien zu Mittelalter und Früher Neuzeit, Bd. 4, S. 85–104). Göttingen: V&R unipress.
- Mätte, Mina (1891). *Brief vom 20.11.1891*. Archiv der Fliedner Kulturstiftung, Privatpflege 1888–1893, Sign.: DA 201.
- Marx, Karl Heinrich Friedrich (1851). *Begriff und Bedeutung der schmerzlindernden Mittel*. Göttingen: Dieterichsche Buchhandlung.
- Misler, Johann Gottfried (1781). *Zum Gedächtnis Meiner Himmlischen Gattin*. Hamburg: Heroldsche Buchhandlung.
- Morris, David B. (1991). *The Culture of Pain*. Berkeley: University of California Press.
- Müller, Julius (1844). *Aus Elisabeth's letzten Stunden, aufgeschrieben den 5ten October 1844*. Staatsarchiv Bremen, Sign.: 7, 500–305.

- Neuner, Stephanie & Nolte, Karen (2016). Medical Bedside Training and Healthcare for the Poor in the Würzburg and Göttingen Polyclinics in the First Half of the Nineteenth Century. In Martin Dinges, Kay Peter Jankrift, Sabine Schlegelmilch & Michael Stolberg (Hrsg.), *Medical Practice (1600–1900): Physicians and their Patients* (Clio medica, 96, S. 207–229). Amsterdam: Brill Rodopi.
- Niendecker, Johanne (1862). *Brief vom 9.1.1862*. Archiv der Fliedner Kulturstiftung, Gemeinde Elberfeld 1846–1862, Sign.: 1787.
- Nolte, Karen (2007). Vom Umgang mit unheilbar Kranken und Sterbenden in „Kranken-Besuchs-Anstalten“ zu Beginn des 19. Jahrhunderts. *Würzburger medizinhistorische Mitteilungen*, 26, 28–52.
- Nolte, Karen (2013). Protestant Nursing Care in Germany in the 19th Century: Concepts and Social Practice. In Patricia D’Antonio, Julie A. Fairman & Jean C. Whelan (Hrsg.), *Routledge Handbook on Global History of Nursing* (S. 167–182). New York: Routledge.
- Nolte, Karen (2016). *Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert: Medizin, Krankenpflege und Religion*. Göttingen: Wallstein.
- Osiander, Friedrich Benjamin (1813–1814). *Tagbuch des Königlich Großbritannischen Hannoverischen Entbindungshospitals zu Göttingen, Band XIV, Fallbeschreibung Anna Heinze* [handschriftliches Manuskript].
- Pernick, Martin S. (1985). *A calculus of Suffering: Pain, Professionalism, and Anesthesia in Nineteenth Century America*. New York: Columbia University Press.
- Reckwitz, Andreas (2003). Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 32(4), 282–301. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2003-0401>
- Rey, Roselyne (1995). *The History of Pain*. Cambridge: Harvard University Press.
- Richter, Isabel (2010). *Der phantasierte Tod. Bilder und Vorstellungen vom Lebensende im 19. Jahrhundert*. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Sauerland, Lina (1875). *Brief vom 2.2.1875*. Archiv der Fliedner Kulturstiftung, Aachener Luisenhospital 1872–1881, Sign.: AKD, 1094.
- Sauter, Johann Nepomuk (1822). *Die gänzliche Exstirpation der carcinomatösen Gebärmutter ohne selbst entstandenen oder künstlich bewirkten Vorfall vorgenommen und glücklich vollführt. Mit näherer Anleitung wie diese Operation gemacht werden kann*. Konstanz: W. Wallis.
- Scarry, Elaine (1985). *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Schollin, Amalie (1881). *Brief vom 13.1.1881*. Archiv der Fliedner Kulturstiftung, Wuppertal-Elberfeld Krankenhaus, 1872–1885, Sign.: 218.
- Siebold, Karl Kaspar (1792). *Chirurgisches Tagebuch*. Nürnberg: Ernst Christoph Grattenaver.
- Spieß, Gustav Adolf (1844). *Physiologie des Nervensystems vom ärztlichen Standpunkte*. Braunschweig: Friedrich Vieweg und Sohn.
- Stilling, Benedict (1840). *Physiologische, pathologische und medicinisch-practische Untersuchungen über die Spinal-Irritation*. Leipzig: Wigand.
- Stock, Sophie (1893). *Brief vom 26.10.1893*. Archiv der Fliedner Kulturstiftung, Privatpflege 1888–1893, Sign.: DA 201.
- Tanner, Jakob (1994). Körpererfahrung, Schmerz und die Konstruktion des Kulturellen. *Historische Anthropologie*, (2), 488–502. <https://doi.org/10.7788/ha.1994.2.3.489>
- Zimmermann, Anja (2009). *Ästhetik der Objektivität: Genese und Funktion eines wissenschaftlichen und künstlerischen Stils im 19. Jahrhundert*. Bielefeld: transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839408605>

Zur Person

Karen Nolte, Prof. Dr. phil., Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Arbeitsschwerpunkte: Medizingeschichte, Psychiatriegeschichte, Patientengeschichte und Geschichte der Krankenpflege im 18., 19. und 20. Jahrhundert, Wissenschaftsgeschichte, Körpergeschichte, Geschlechtergeschichte und Alltagsgeschichte im 19./20. Jahrhundert.

Kontakt: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg
E-Mail: karen.nolte@histmed.uni-heidelberg.de