

**Das seuchenhafte Auftreten von Lepra in einigen
Küstenregionen West-Norwegens im 19. Jahrhundert
mit einem ergänzenden Bericht über die entsprechende Situation in Schweden**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn**

**Kajsa Katharina Wennberg-Hilger geb. Wennberg
aus Åmål / Schweden**

2011

**Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn**

- 1. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Heinz Schott**
- 2. Gutachter: Prof. Dr. M. Exner**
- 3. Gutachter: Prof. Dr. D. Dahlmann**

Tag der Mündlichen Prüfung: 20. September 2011

**Aus dem Medizinhistorischen Institut
der Universität Bonn
Direktor: Professor Dr. Dr. Heinz Schott**

Inhaltsübersicht

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung | 5 |
| 2. Anliegen, Sinn und Zweck der Dissertation | 6 |
| 3. Inhalt, Schwerpunkte und Gliederung | 8 |
| 4. Geschichtlicher Hintergrund | 11 |
| 4.1. Arten und Bezeichnungen der Lepra aus dem Blickwinkel verschiedener Länder und Epochen | 13 |
| 4.2. Die biblischen Quellen | 14 |
| 4.3. Verbreitung der Lepra in Europa | 18 |
| 4.4. Behandlung der Leprakranken durch die Jahrhunderte | 20 |
| 5. Der geschichtliche Hintergrund und die sozialen Verhältnisse in der schwedisch-norwegischen Union Mitte des 19. Jahrhunderts | 21 |
| 5.1. Der geschichtliche Hintergrund | 21 |
| 5.2. Die sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse | 23 |
| 6. Das gehäufte Auftreten der Lepra in Norwegen im 19. Jahrhundert | 26 |
| 6.1. Statistisches Material | 26 |
| 6.2. Lepra-Hospitäler in Norwegen und Schweden | 38 |
| 6.2.1. Die Gründung von Lepra-Hospitälern | 41 |
| 6.2.2. Das Innenleben der Lepra-Hospitäler | 45 |
| 6.3. Gesetzliche Maßnahmen in Norwegen | 54 |
| 7. Die wissenschaftliche Erforschung der Lepra in West-Norwegen | 57 |
| 7.1. Bedeutende skandinavische Lepraforscher als Vorläufer des Armauer Hansen | 57 |
| 7.2. Die wissenschaftliche Lehre von der Erbllichkeit der Lepra | 62 |
| 8. Das Lebenswerk des Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen | 68 |
| 8.1. Die frühen Jahre | 70 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 8.2. | Studienreisen nach Europa und den USA | 73 |
| 8.3. | Die Entdeckung des Mycobacterium leprae | 74 |
| 8.4. | Der Konflikt mit dem Breslauer Arzt Dr. Neisser | 76 |
| 8.5. | Armauer Hansen – die späten Jahre | 79 |
| 8.6. | Die Bedeutung der norwegischen Forschungsergebnisse für die weitere Bekämpfung von Lepra | 81 |
| 8.6.1. | Züchtung des Leprabazillus im Labor und seine Übertragung auf Tiere | 81 |
| 8.6.2. | Heutiger Stand der weltweiten Erforschung und Bekämpfung von Lepra | 82 |
| 9. | Verbreitung der Lepra in Schweden | 87 |
| 9.1. | Lepra in Schweden | 87 |
| 9.2. | Das gehäufte Vorkommen von Lepra in wenigen Provinzen Schwedens | 90 |
| 9.3. | Die Beobachtungen und Theorien des Carl von Linné | 94 |
| 9.4. | Das Järvsö Sjukhus | 98 |
| 9.5. | Das Leben und Leiden der Kristina Persson | 104 |
| 10. | Ursachen und Gründe für das seuchenhafte Auftreten von Lepra in bestimmten Regionen Norwegens und Schwedens im 19. Jahrhundert | 107 |
| 11. | Zusammenfassung | 117 |
| Anhang 1: | Gesetz von der Isolierung Leprakranker - Original und Übersetzung (1885) | 121 |
| Anhang 2: | Übersetzung der Zusammenfassung der königlichen Resolution 30. Juli 1856 | 126 |
| Anhang 3. | Zitat: Du Chaillu | 127 |
| Anhang 4: | Bilder aus Atlas Colorie J. L. Losting | 129 |
| | Abbildungsverzeichnis | 139 |
| | Literaturverzeichnis: | 141 |

1. Einleitung

Bei der Sichtung medizinhistorischen Materials im skandinavischen Schrifttum stießen wir auf ein zweibändiges Werk mit dem Titel „Im Lande der Mitternachts-Sonne“, das 1882 in einem deutschen Verlag als Übersetzung des englischen Originals „The land of the midnight sun“ erschien.¹ Verfasser war ein französischer Anthropologe und Forscher namens Paul Belloni Du Chaillu. Dieser, geboren 1835 in Paris und 1930 gestorben in Sankt Petersburg, war ein zur damaligen Zeit sehr bekannter Reiseschriftsteller, der u. a. auch mehrere viel beachtete Expeditionen durch Afrika unternahm. In den Jahren 1871 bis 1878 reiste er kreuz und quer durch Schweden, Norwegen (damals noch - bis 1905 - mit Schweden in Personalunion als Königreich verbunden) und Teile Finnlands. Seine Reiseeindrücke veröffentlichte er danach in sehr kompetenter und sorgfältiger Weise in dem genannten, reich illustrierten Werk. In einem Anhang zum zweiten Band berichtet er über in Norwegen und Schweden vorherrschende Krankheiten mit verblüffenden Beobachtungen und Erkenntnissen, die den medizinhistorisch interessierten Leser augenblicklich in ihren Bann schlagen.² Aber lassen wir Du Chaillu zunächst selbst zu Wort kommen. Hier ein Auszug aus seinem Buch:

„Ein schrecklicher Fluch für Norwegen ist der Aussatz (Elephantiasis graecorum), und zwar ist er namentlich an der Westküste zwischen 59. und 69. Grad nördlicher Breite fast allenthalben verbreitet, während man ihn in anderen Gegenden seltener antrifft. Unzählige Versuche sind von ärztlicher Seite angestellt worden, um ein wirksames Heilmittel für diese entsetzlichste aller Krankheiten ausfindig zu machen, bis jetzt aber waren alle Bemühungen vergeblich.“ Das vollständige Zitat ist im Anhang 3 abgedruckt.

Bei dieser „entsetzlichsten aller Krankheiten“, die Du Chaillu, zwar ein medizinischer Laie, aber jedenfalls ein scharf beobachtender Intellektueller, beschreibt, handelt es sich natürlich um die seit Jahrtausenden bekannte und vielfach beschriebene und dokumentierte Lepra, den „Aussatz“ biblischer Prägung.

¹ Du Chaillu (1882)

² a. a. O., S. 456

Es muss den Leser dieses „Lepra-Reports“ aus den 1870er Jahren verblüffen, dass die Krankheit damals offenbar in bestimmten Küstenregionen Norwegens geradezu aufgeblüht war, während sie in anderen Regionen eher selten war und offenbar auch in Schweden längst nicht die norwegischen Dimensionen erreichte. Man fragt sich unwillkürlich, ob diese Beobachtung überhaupt richtig war und ob nicht etwa für die so stark differierenden Krankheitszahlen einfach fehlende Erhebungen in diesen dünn besiedelten Ländern mitursächlich waren. Trifft es denn wirklich zu, dass Schweden gegenüber Norwegen deutlich geringer betroffen war? War Skandinavien womöglich von dieser Krankheit schon immer stärker betroffen als das übrige Europa und, falls dies der Fall sein sollte, worauf ist dies dann zurückzuführen? Sind die von Du Chaillu in mindestens einem Lepra-Hospital gemachten Beobachtungen typisch für solche Einrichtungen in Skandinavien oder gab es hier von Ort zu Ort gravierende Unterschiede? Wurden die Kranken auf eigenen Wunsch dort aufgenommen oder gab es dabei staatlich angeordneten Zwang mit dem Ziel der Isolierung aus Präventionsgründen? Und schon taucht auch die nächste Frage auf: Hatte der französische Forschungsreisende mit seiner von ihm begründeten Annahme, dieser „Aussatz“ sei erblich, Recht? Wie konnten die Skandinavier letztendlich die Seuche dann doch noch in den Griff bekommen, ist Lepra bekanntlich doch auch dort heute nicht mehr anzutreffen?

2. Anliegen, Sinn und Zweck der Dissertation

Eine medizingeschichtliche Untersuchung sollte sich nach unserem Verständnis nicht nur auf die Aufhellung abgeschlossener Vorgänge in der Vergangenheit beschränken, also historische Zusammenhänge um ihrer selbst willen beschreiben und das Verständnis der heutigen Generation dafür vertiefen. Vielmehr geht es dabei auch um Erkenntnisse, die für das heutige medizinische Fachwissen und dessen Fortentwicklung von Nutzen sein könnten. Diese Arbeit versteht sich daher nicht nur als medizinhistorische Betrachtung, so spannend die beschriebenen Vorgänge auch sein mögen, sondern auch als ein Beitrag zum Verständnis der Ausbreitung von Seuchen und deren späterem Verschwinden überhaupt. Es muss auch heute noch von Interesse sein zu sehen, ob es sich bei dem zu beschreibenden „norwegisch-schwedischen Lepra-Phänomen“ um einen einzigartigen, nicht wiederholbaren Prozess handelte oder ob etwas Vergleichbares, entsprechende äußere Bedingungen vorausgesetzt, auch heute noch überall auf der Erde, auch

und sogar in Europa, jederzeit wieder passieren könnte. Zwar wären heute dank der verbesserten Möglichkeiten zur Erfassung und Therapie die Auswirkungen eines solchen, möglicherweise wieder regional begrenzten Ausbruchs einer Lepra-Epidemie nicht so gravierend wie noch im Skandinavien des 19. Jahrhunderts. An der Grundfrage des Rätsels über die Ursachen einer solchen Erscheinung würde das aber nichts ändern. Wir möchten uns auch mit der nahe liegenden Frage befassen, ob dieses Phänomen des An- und Abschwellens einer Epidemie bis hin zu ihrem völligen Verschwinden eine im Grunde jeder Seuche immanente Eigenschaft ist. Anders formuliert lautet die Frage: Wäre die Seuche Lepra in den genannten Regionen auch ohne gründliche Erfassung und Präventivmaßnahmen aller Art ganz von selbst wieder verschwunden, so wie eben eine Flutwelle am Strand allmählich ausläuft? Oder kann menschliches Zutun jedenfalls die Geschwindigkeit eines solchen Abebbens deutlich beschleunigen? Wie überall auf der Welt, wo sich Lepra ausbreitete, versuchte man in Skandinavien dieser Seuche durch drastische Maßnahmen der Erfassung und weitgehende Isolierung der Kranken von der übrigen Bevölkerung entgegenzutreten. Bekämpft wurde also in erster Linie der lepröse Mensch selbst und erst in zweiter Linie auch die – ohnehin als unheilbar angesehene – Krankheit. Wäre dies, rückblickend, überhaupt notwendig gewesen? In diesem Zusammenhang interessieren natürlich auch die Meinungen der damaligen medizinischen Koryphäen. Über Mutmaßungen dieser Forscher werden wir dabei freilich nicht hinauskommen. Da im Folgenden auch und vor allem die erreichbare einschlägige norwegische und schwedische Fachliteratur in der Originalsprache ausgewertet werden soll, enthält diese Arbeit eine sinnvolle Ergänzung zu der Diskussion dieses Fragenkomplexes in der deutschsprachigen Fachliteratur.

Nicht nur aus medizinhistorischer, sondern auch aus heutiger Sicht geht es bei dieser Untersuchung um ganz erstaunliche Vorgänge. Da verliert eine Seuche biblischen Ausmaßes wie Lepra im Mittelalter europaweit aus unerfindlichen Gründen mehr und mehr ihren Schrecken, und dies ungeachtet ärmlichster äußerer Bedingungen; man denke nur an die trostlosen Verhältnisse während des 30-jährigen Krieges (1618 – 1648). Während nun aber schließlich auf dem Kontinent die Krankheit überall als besiegt galt und demzufolge nur noch von historischem Interesse war, flammte sie im 19. Jahrhundert in bestimmten, freilich vom Kontinent durch Meere abgetrennten Regionen Skandinaviens in unvorstellbarer Heftigkeit wieder auf. Könnte dies etwa damit zusammenhängen, dass zwar der Zyklus dieser Seuche in seiner abschwellenden Phase im Prinzip auch Skandinavien erfasst hatte, dabei aber bestimmte „Stätten“ in einigen Gegenden

gleichsam „übersehen“ wurden? Waren es am Ende solche „vergessenen Nester“, von denen aus ein erneutes Aufflammen der Krankheit möglich wurde?

Nur folgerichtig ist, dass im Zuge dieser Entwicklung die westnorwegische Küstenstadt Bergen, die im Zentrum dieses Geschehens lag, mehr und mehr auch zu einem Zentrum der weltweiten Lepraforschung wurde. Die heute überall anerkannten Methoden der Erfassung und Bekämpfung von Lepra fußen ganz entscheidend auf den medizinisch- naturwissenschaftlichen Beobachtungen und Entdeckungen norwegischer Forscher. Allein schon aus diesem Grund lohnt sich eine wissenschaftlich ambitionierte Rückschau auf das damalige Geschehen.

3. Inhalt, Schwerpunkte und Gliederung

Für den Inhalt, die Schwerpunkte und die Gliederung dieser medizinhistorischen Dissertation ergibt sich daher folgender Rahmen:

- Grundlegende Ausführungen über die Krankheit Lepra an sich, ihre Geschichte und ihre Verbreitung im Mittelmeerraum und später in Kontinentaleuropa sollen *nicht* Gegenstand dieser Dissertation sein. Dazu steht bereits eine umfangreiche, auch deutschsprachige Literatur zur Verfügung. Solche Hinweise sind in dem hier interessierenden Kontext nur insofern von Bedeutung, als sie zur Hinführung auf das Thema der Dissertation und für das Verständnis der Zusammenhänge unverzichtbar erscheinen.
- Wichtig in diesem Zusammenhang erscheinen jedoch die Übertragungswege der Krankheit vom übrigen Europa in die skandinavischen Länder.
- Auf die biblischen Quellen soll hier näher eingegangen werden, weil darin bestimmte Verhaltensmuster gegenüber leprösen Menschen zu allen Zeiten bis hinauf nach Skandinavien gleichsam vorgegeben sind.
- Trifft es denn überhaupt zu, dass im 19. Jahrhundert Lepra überall in Europa ganz oder weitgehend verschwunden war und sich nur noch in bestimmten Regionen Skandinaviens gehalten hat oder dort wieder neu aufgeflammt ist?
- Innerhalb Skandinaviens scheint eine Konzentration von Lepra in seuchenhaftem Ausmaß auf bestimmte Küstenregionen im südwestlichen Norwegen vorgelegen zu haben. Ist diese Beobachtung wirklich zutreffend oder fand dort womöglich nur eine besonders rigorose Erfassung statt, in anderen, entlegeneren Gegenden dagegen weniger?

- Wie waren im gleichen Zeitraum die Verhältnisse in Schweden und dort wiederum in den einzelnen Provinzen?
- Wenn wir uns innerhalb Skandinaviens bewusst auf die Gegebenheiten in Norwegen und Schweden konzentrieren und gleichzeitig beschränken wollen, so hat dies folgende Gründe: Geographisch sind Norwegen und Schweden nicht durch Meere, sondern durch eine ungewöhnlich lange, dem Betrachter fast unverständlich erscheinende Landesgrenze in süd-nördlicher Richtung getrennt. Weiter sind es die politisch- geschichtlichen Umstände: Norwegen und Schweden waren im 19. Jahrhundert durch Personalunion unter Führung des schwedischen Königs verbunden und daher ein einheitliches Königreich, eine gemeinschaftliche Nation, auf deren noch stärkeres inneres Zusammenwachsen im Laufe der Zeit sich viele Hoffnungen, vor allem von schwedischer Seite, richteten. Ein drittes Argument für die Beschränkung dieser Abhandlung auf die Situation in Norwegen und Schweden ist ein sprachliches: Wer die schwedische Sprache spricht, kann sich auch mit Norwegisch zurechtfinden, das ihm wie ein schwedischer Dialekt erscheint. Zum Dänischen sind dagegen die sprachlichen Unterschiede deutlich größer. Was nun Finnland betrifft, so war dieses zwar über viele Jahrhunderte hinweg ein Teil Schwedens oder zumindest von diesem beherrscht. In den napoleonischen Wirren zu Beginn des 19. Jahrhunderts verlor jedoch Schweden seinen finnischen Landesteil an Russland. Sprachlich haben Schwedisch und Finnisch ohnehin keine Gemeinsamkeiten.
- War Skandinavien etwa von Lepra „schon immer“ stärker betroffen als andere europäische Länder?
- Wie wurden lepröse Patienten in Norwegen und Schweden behandelt, auch im Vergleich zu den Gegebenheiten im übrigen Europa? Gab es eine flächendeckende Versorgung mit speziellen Leprahospitälern?
- Wie war der bauliche und innere Zustand dieser Hospitäler in den beiden skandinavischen Ländern? Gab es hier schon frühzeitig eine medizinisch-ärztliche Versorgung? Wie waren die Lebensbedingungen der stationär aufgenommenen Patienten? Wie finanzierten sich die Hospitäler?
- Gab es gesetzliche oder faktische Zwänge zur Isolierung leprakrankter Menschen in den Hospitälern?
- Fand in Norwegen und Schweden im 19. Jahrhundert eine administrativ angeordnete, funktionierende Erfassung lepröser Menschen statt?

- Wie wurde die im Bericht des Du Chaillu aufgeworfene wissenschaftliche Streitfrage, ob Lepra erblicher Natur sei oder durch bakterielle Ansteckung verursacht werde, letztendlich entschieden?
- Die norwegische Stadt Bergen mit ihren speziellen Leprakrankenhäusern und ihrem wissenschaftlichen Institut des „Bergen Museum“ scheint damals das Zentrum der weltweiten Lepraforschung gewesen zu sein. Wie kam es dazu? Welche Rolle spielten damals so renommierte Ärzte wie Danielssen, Boeck und Armauer Hansen, aber auch andere?
- Da, wie wir wissen, Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen als Entdecker des Mykobakterium leprae gilt, wird sein Lebenswerk unter Auswertung auch originaler norwegischer Fachliteratur in dieser Dissertation gebührend zu berücksichtigen sein.
- Weil damals im medizinischen Schrifttum auch bisweilen von „Neissers Bazillus“ gesprochen wurde, soll auch das Verhältnis zwischen Hansen und Neisser nicht ausgeklammert werden.
- Wenn im fraglichen Zeitraum, aber auch schon in früheren Jahrhunderten eine Krankheit als Lepra diagnostiziert wurde: Wie sicher kann man denn sein, dass es sich dabei auch wirklich um Lepra und nicht um eine andere Krankheit mit (teilweise) ähnlichen Symptomen handelte? Sind die in damaligen wissenschaftlichen Abhandlungen veröffentlichten Bilder von Menschen, die am ganzen Körper, vor allem aber im Gesicht entstellt sind, ein sicheres Indiz dafür, dass es sich um Lepra handelte?
- Wurde Lepra in der fraglichen Zeit von der Bevölkerung als bedrohliche Seuche wahrgenommen, auch im Verhältnis zu anderen Seuchen wie Pest, Cholera und Tbc?
- Wir wollen die Krankheit nicht nur aus dem Blickwinkel des Arztes, sondern auch aus der Sicht der von Lepra betroffenen Menschen schildern und deshalb auf einige Einzelfälle näher eingehen. Erst dadurch wird die Krankheit mit ihren ganzen Schrecken wirklich erlebbar.
- Von wissenschaftlichem Interesse ist auch die Frage, ob es zwischen Lepra und anderen Krankheiten eine Art gegenseitige Immunität („cross immunity“) gibt.
- Hatten die Versuche, den Leprabazillus im Labor zu züchten oder auf Tiere zu übertragen, Erfolg?
- Welche Bedeutung erlangten die Forschungsergebnisse der norwegischen Wissenschaftler für die weitere, weltweite Bekämpfung von Lepra?

- Letztlich spitzt sich in dieser Abhandlung alles auf die Frage zu, weshalb die im übrigen Europa im 19. Jahrhundert bereits weitgehend verschwundene Krankheit Lepra in bestimmten Regionen Skandinaviens plötzlich wieder ein epidemisches Ausmaß annehmen konnte. Gibt es für dieses Phänomen eine einzige, alles erklärende Ursache? Oder handelt es sich dabei um ein ganzes Bündel von Ursachen, die erst in ihrem unheilvollen Zusammenwirken zu einem derartigen Desaster führen konnten?
- Schließlich ist Lepra auch in Skandinavien wieder verschwunden. Was waren die Ursachen und Gründe hierfür? Hatte sich die Krankheit von allein totgelaufen oder war dies speziellen Präventivmaßnahmen zu verdanken?

4. Geschichtlicher Hintergrund

Zum (fast) weltweiten Auftreten der Lepra und insbesondere ihrer Verbreitung in Europa steht vielfältige Literatur zur Verfügung. Umfassende Informationen zu dieser Thematik vermitteln bereits Lepra-Museen wie z.B. die Archive in Münster / Westfalen und in Bergen / Norwegen. Wir brauchen hier also insoweit das Rad nicht neu zu erfinden. Da aber das spezielle Thema dieser Dissertation nicht isoliert gesehen und aus dem historischen Gesamtzusammenhang herausgenommen werden kann, sollen zunächst einige wichtige Fakten, die zum eigentlichen Thema hinführen, zusammenfassend festgehalten werden.

Zur Einstimmung in die Problematik werden Auszüge aus einem Bericht des Pfarrers Johan Ernst Welhaven zitiert, den dieser im Jahr 1816 in einer schwedischen Ärztezeitschrift veröffentlichte.³ Welhaven verrichtete 16 Jahre lang den Dienst als Anstaltsgeistlicher am St. Jörgens Hospital in Bergen / Norwegen und war daher mit den dortigen Verhältnissen bestens vertraut. Seine sehr exakten und detaillierten. Beobachtungen weisen ihn als einen ebenso fachkundigen wie nachdenklichen und kritischen Geist aus, dem das Schicksal der von ihm seelsorgerlich betreuten Patienten alles andere als gleichgültig war. Seinen erschütternden Bericht beginnt er (in der Übersetzung) wie folgt:

³ Welhaven (1816), S. 1

“Unter den vielen und verschiedenen Krankheiten, unter denen die leidende Menschheit seufzt, gibt es kaum eine grausamere [...] als die Lepra. Man kann diese in ihren ansteigenden Graden nicht ohne Entsetzen betrachten [...]. Bedrückt geht der Menschenfreund weg von seinem lebenden toten [!] Bruder. Und diese Krankheit, die sich so, wie ein gefräßiger Wurm die blühendste Pflanze zerstört, durch den Körper frisst, lässt nicht nur lebende Menschen verrotten, sondern hat auch noch auf dessen sonstige Lebenssituation einen grausamen Einfluss. Sie zerstört die schönsten Verbindungen in der menschlichen Gesellschaft, stößt den Menschen aus seinem Wirkungskreis heraus, zerreißt die Bande engster Freundschaften, trennt Mann und Frau, Eltern von Kindern [...]. Lepra macht den Kranken unrein. Der vormals gute, nette und treue Nachbar wird als Lepröser unerträglich in seiner friedlichen Nachbarschaft. Vergebens sucht er in seinem Haus den Zufluchtsort, den ihm die Gesetze verweigern. In der Kirche, wie auch in seinem eigenen Haus empfinden die Menschen den Umgang mit ihm als abstoßend. Vielleicht haben Vorurteile sehr zum Unglück des Leprakranken beigetragen; man kann ja mit guten Gründen behaupten, dass die Krankheit nur durch das allerengste Zusammenleben ansteckend ist. Gleichwohl kann man nicht leugnen, dass die hässlichen Begleiterscheinungen der Krankheit in jedermann leicht Ekel und unangenehme Gefühle auslösen. Schon lange haben sich aufgeklärte und erfahrene Ärzte mit dieser ebenso wichtigen wie betrüblichen Sache befasst. Aber nach wie vor tappen sie, wie ich glaube, im Dunkel, was die Ursachen dieser Krankheit angeht, und mit Bestimmtheit kann ich sagen, dass alle Versuche, diese Krankheit aufzuhalten und auszurotten, bisher ganz und gar vergeblich waren, ja manchmal sogar dem Kranken noch zusätzlich geschadet haben.“

Schon aus diesen wenigen Sätzen eines medizinischen Laien, aber scharfen Beobachters lassen sich folgende Fakten (Thesen) zu den Zuständen in Norwegen in der Zeit um 1816, was Lepra anbelangt, ableiten:

- Lepra ist eine unheilbare Krankheit, die sich bisher jeder Behandlung entzieht.
- Die medizinische Wissenschaft hat bisher die Ursache der Krankheit nicht mit Bestimmtheit finden können.
- Ebenso schlimm wie die Krankheit selbst ist für den Leprösen das soziale Ausgestoßensein. Vorurteile spielen dabei keine geringe Rolle.
- Die Krankheit ist ansteckend, aber nur bei besonders engem Zusammenleben von Menschen.

- Staatliche Gesetze oder behördliche Maßnahmen schränken die Freiheit des Leprösen, seinen Aufenthaltsort zu bestimmen, gravierend ein.

4.1. Arten und Bezeichnungen der Lepra aus dem Blickwinkel verschiedener Länder und Epochen

Die heutige internationale Bezeichnung des „Aussatzes“, Lepra, stammt aus dem Griechischen, und zwar noch aus der vorchristlichen Zeit und bedeutete ursprünglich etwa „schuppige Haut“. Die von Du Caillu gewählte Bezeichnung „Elephantiasis graecorum“ stammt ebenfalls aus der griechisch-alexandrinischen Medizin, weil die Haut der Kranken als dick, ledern und gräulich beschrieben wurde. Andere meinen, die Krankheit sei so benannt worden, weil damals Elefanten im Krieg eingesetzt wurden und man sowohl die Krankheit als auch die Elefanten als fürchterlich empfunden habe. Die Krankheit selbst muss es freilich schon Jahrtausende vor Christus gegeben haben, vor allem in Indien, China und Ostafrika. Sie wird schon in den ältesten Schriften erwähnt.

Über die Jahrhunderte der Medizingeschichte wechseln die Bezeichnungen dieser Krankheit. Manchmal unterschied man – missverständlich – zwischen „Hautlepra“ und „Nervenlepra“. Die Verfasser des Mitte des 19. Jahrhunderts herausgegebenen wegweisenden Standardwerks „Om Spedalskhet“ (Über Lepra), die Norweger Danielssen und Boeck, differenzierten streng zwischen der „knotigen“ (Lepra tuberosa) als der schwereren Form und der „anästhetischen“ (Lepra anaesthetica) als der leichteren Form der Lepra. An der knotigen Form Erkrankte, bei denen später auch Nervenaffektionen auftraten und, umgekehrt, an der anästhetischen Form Erkrankte, bei denen später auch noch knotige Geschwulste hinzu kamen, wurden als „gemischte Fälle“ eingestuft.

In der Tat ist es ja nicht ungewöhnlich, dass auch bei der knotigen Lepra das Hautgefühl beeinträchtigt ist. Der Entdecker des Lepra-Bazillus, der norwegische Arzt Dr. Armauer Hansen, verwendete die Bezeichnung „knotig“ und „fleckig“ bzw. „maculo-anästhetisch“, letzteres deshalb, weil die fleckigen Formen in aller Regel zu Sensibilitätsstörungen führen. Lang weist darauf hin, dass sich die leprösen Symptome in sehr vielen Fällen vorwiegend oder ausschließlich

an den peripheren Nerven zeigen.⁴ Bei solchen Patienten lassen sich dann nur wenige oder auch gar keine Knoten in der Haut oder den Schleimhäuten feststellen. Ihre Beeinträchtigungen bestehen ausschließlich aus Symptomen, die von Infiltrationen und später von Verödungen in peripheren Nervenbahnen herrühren. Deshalb spreche man hier zu Recht von „Nervenlepra“ bzw. „Lepra anästhetica“ oder auch, wegen der so häufigen Mutilationen, von „Lepra anästhetica, Lepra mutans“.

Auch heute noch unterscheidet man zwei Grundformen der Lepra: Bei ausreichender zellulärer Immunabwehr gegen den Erreger kommt es „nur“ zur „tuberkuloiden“ = „paucibazillären“ Form mit geringen Bakterienzahlen und weniger Hautläsionen. Dies ist die häufigere Form. Die seltenere Form der Lepra tritt bei fehlender zellulärer Immunantwort ein und hat diffuse Hautläsionen mit hoher Bakterienzahl zur Folge. Sie wird „lepromatös“ = „multibazillär“ genannt. In der Folge (im Rückblick) beschränken wir uns, auch im Hinblick auf die Therapie, auf die Bezeichnungen für die beiden Grundformen „paucibazillär“ und „multibazillär“.

Die Bezeichnung „Lepra“ ist nicht nur in den deutschsprachigen Ländern, sondern auch in Spanien, Portugal, Tschechien und Ungarn, heute auch in den skandinavischen Ländern gebräuchlich. Früher sprach man in Norwegen von „Spetalskhet“ (altnorwegisch: „likprá“) und in Schweden von „Spetälska“.⁵ In Großbritannien wird die Krankheit „Leprosy“, in Frankreich „Lèpre“, in Italien „Lebbra“ und in Holland „Melaatsheid“ genannt.

4.2. Die biblischen Quellen

Die biblischen Texte sind für das Verständnis der späteren Einstellung und des Verhaltens der Bevölkerung gegenüber Leprakranken von großer Bedeutung, wird doch dort schon die Stigmatisierung der Kranken akribisch festgelegt.⁶ An diese Regeln haben sich die Menschen auch in späteren Jahrhunderten weitgehend unverändert gehalten. Die christlich-abendländische

⁴ Lang (1885), S. 8

⁵ Grön (1905), S. 722 ff.

⁶ Toellner (1992), S.1-6; Sundelin / Sörman (2004), S. 123 ff.

Die Bibelzitate sind der von der Internationalen Bible Society herausgegebenen Fassung entnommen, 2. Auflage, Brunnen-Verlag Basel, 2005

Geschichte ist, was den Umgang mit diesen Kranken anbelangt, davon entscheidend geprägt worden.

Wenn in der Bibel von „Aussatz“ die Rede ist, so ist damit nach Ansicht von Bibelforschern nicht unbedingt nur Lepra gemeint. Es könnten auch Hautkrankheiten schlechthin gemeint sein. Die Beschreibungen deuten jedoch auf die knotige Form der Lepra hin, weil in der Bibel in diesem Zusammenhang nicht über auftretende Gefühlsstörungen berichtet wird. Von „Aussatz“ ist sowohl im Alten wie im Neuen Testament die Rede. Im 3. Buch Mose 11-15 werden über Seiten hinweg äußerst detailliert sogenannte Reinheitsgesetze aufgezählt, die Gott seinen Dienern Mose und Aaron gegeben hat. Der Begriff „Reinheit“ hat hier eine doppelte Bedeutung: Zum einen in geistlich-religiöser, zum anderen in hygienisch-gesundheitlicher Sicht. So heißt es etwa zu Beginn des 13. Kapitels:

„Der Herr sagte zu Mose und Aaron: Wenn jemand auf seiner Haut eine Schwellung, einen Ausschlag oder einen hellen Fleck entdeckt und darum Verdacht auf Aussatz besteht, dann soll er zum Priester gebracht werden. Der Priester untersucht die erkrankte Stelle. Ist das Haar dort weiß geworden und erscheint die Haut tiefer als ringsum, dann ist es Aussatz, und der Priester muss den Kranken für unrein erklären.“

In der Folge muss sich der Kranke dann dem Priester in bestimmten Abständen wieder vorstellen, der dann letztlich entscheidet, ob der Fleck nur ein Hautausschlag ist. In diesem Fall muss er nur seine Kleider waschen, dann ist er wieder rein. Stellt der Priester aber fest, dass der Ausschlag weiter um sich greift, dann muss er den Kranken als aussätzig und für unrein erklären. Im 13. Kapitel Vers 45 heißt es:

*„Ein Aussätziger soll zerrissene Kleider tragen, das Haar ungeschnitten und ungekämmt lassen, den Bart verhüllen und immer wieder rufen: Unrein, unrein!
[...] Er soll außerhalb des Lagers wohnen, abgesondert von allen anderen.“*

Diese zentrale Stelle im 3. Buch Mose hat sicherlich dazu geführt, dass „Aussätzig“ über die Jahrhunderte hinweg isoliert und aus der menschlichen Gemeinschaft ausgeschlossen wurden. Im Alten Testament wird Aussatz auch als Bestrafung für Ungehorsam gegenüber Gott geschildert, so etwa, als Aaron und Miriam den „von Gott ausgewählten“ Mose kritisieren (4. Mose 12).

Erstaunlicherweise wird von zwei Schuldigen nicht etwa auch der Mann, Aaron, sondern nur seine Frau, Mirjam, bestraft. Der Gedanke der göttlichen Bestrafung durch Auferlegung einer schweren Krankheit kehrt ja bei der Suche nach der Krankheitsursache bis in die neuere Zeit immer wieder, was sicherlich für die wissenschaftliche Erforschung einer solchen Krankheit nicht förderlich war.

Auch in der Geschichte von Naaman, dem Oberbefehlshaber des aramäischen (syrischen) Königs, findet sich wieder dieser Gedanke von göttlicher Bestrafung (2. Könige 5). Naaman, von Aussatz gepeinigt, folgt den Riten - siebenmaliges Untertauchen im Jordan -, die ihm der Prophet Elisa verordnet hat und wird augenblicklich gesund.

Ein ungetreuer gieriger Diener des Elisa jedoch, Gehasi, wird nun mit Aussatz bestraft, so als ob die Krankheit von Gott nur an eine andere Person weitergegeben würde.

Auch seine Nachkommen werden für immer unter dieser Krankheit zu leiden haben.

Hier vermischt sich also die Theorie von der Erblichkeit von Lepra, mit der wir uns in einem späteren Abschnitt auseinandersetzen haben, mit der Vorstellung eines göttlichen Fluchs als Krankheitsursache.

Im Abschnitt 2. Könige 7, Vers 3, wird von vier aussätzigen Männern berichtet, die „draußen vor dem Stadttor“ sitzen und fragen:

„Was sollen wir hier sitzen und auf den Tod warten? In der Stadt herrscht Hungersnot. Gehen wir in die Stadt, dann verhungern wir. Bleiben wir hier, verhungern wir auch.“

Diese Begebenheit zeigt uns deutlich das Ausgestoßensein, die Isolierung lepröser Menschen, die sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der Lepra zieht.

Im Neuen Testament geht es nicht mehr primär um Verhaltensvorschriften bei „Unreinheit“, sondern um die Heilung Aussätziger durch Jesus.

So heißt es etwa in Matthäus Kap. 8, Vers 1:

„Eine große Menschenmenge folgte Jesus, als er vom Berg herabstieg [Anmerkung: nach der Bergpredigt]. Da kam ein Aussätziger und fiel vor Jesus nieder: Herr, wenn du willst, kannst du mich heilen! Jesus streckte die Hand aus, berührte ihn und sagte: Ich will es tun! Sei gesund! Im selben Augenblick war der Mann von seiner Krankheit geheilt. Da befahl ihm

Jesus: Sage niemandem etwas, sondern gehe sofort zum Priester, und lass dich von ihm untersuchen. Bring das Opfer dar, wie es Mose vorgeschrieben hat.“

Auch Jesus anerkennt also die Entscheidungsbefugnis der Priester über Reinheit und Unreinheit, und ganz kostenlos ist die Behandlung ja auch hier nicht. Schon bei der anschließenden Heilung eines gelähmten Knechts und einer fieberkranken Frau, danach vieler „Besessener“ ist von einem Dankopfer aber nicht mehr die Rede. Immerhin ist bemerkenswert, dass die allererste Heilung nach der Bergpredigt die eines Aussätzigen war.

Kurz vor seinem Tod ist Jesus bei Simon dem Aussätzigen zu Gast (Matthäus 26,6) - alles andere als eine selbstverständliche Handlungsweise. Jesus gesellt sich oft zu den Ausgestoßenen und fürchtet sich auch nicht vor Ansteckung durch einen Aussätzigen; schon gar nicht scheucht er ihn weg. Damit wird der Ausgestoßene zumindest symbolisch wieder in die menschliche Gemeinschaft zurückgeführt. An dieser Stelle drängt sich eine Assoziation zu dem Bericht des eingangs erwähnten Forschers Du Chaillu auf: Ärzte und Pflegepersonal fürchten die Nähe zu den Leprakranken nicht und werden auch nicht angesteckt.

Am bekanntesten ist sicherlich das Gleichnis vom reichen Mann und armen Lazarus (Lukas 16, 19):

Vor dem Portal lag Lazarus, bettelarm und schwer krank. Sein Körper war über und über mit Geschwüren bedeckt. Während er dort um die Abfälle aus der Küche bettelte, leckten Hunde seine offenen Wunden. Lazarus starb und nahm im Himmel einen Ehrenplatz ein, während der reiche Mann im Totenreich Qualen erlitt.

Seither gilt Lazarus als Inbegriff des Aussätzigen, des Leprakranken. Er wird Schutzheiliger der Aussätzigen. Von ihm leitet sich das Wort „Lazarett“ ab.

Die Fähigkeit zur Heilung Aussätziger überträgt Jesus auch auf seine Jünger (Matthäus 10, 8):

*„Heilt Kranke, weckt Tote auf, macht Aussätzige gesund, treibt Dämonen aus.
Tut alles, ohne etwas dafür zu verlangen.“*

Zu den heilbegabten Jüngern wird man in der Folge sicherlich auch die Ärzteschaft rechnen dürfen, auch wenn sich in der Frage der kostenlosen Behandlung mittlerweile die Anschauungen weiterentwickelt haben.

4.3 Verbreitung der Lepra in Europa

Nach Europa wurde Lepra aus anderen Erdteilen eingeschleppt.⁷ Als Ausgangspunkt hierfür wird das alte Ägypten vermutet. Die Ausbreitung erfolgte dann entlang der großen Verkehrsadern. Eine große Rolle dürfte dabei das Handelsvolk der Phönizier gespielt haben; Lepra wurde daher auch als „phönizische Krankheit“ bezeichnet. Mit den Phöniziern gelangte die Krankheit nach Kreta und nach Südfrankreich. Rom wurde etwa 100 v. Chr. erreicht, wobei auch die Kriegszüge des Pompejus im Osten eine Rolle gespielt haben dürften. Mit den römischen Kriegszügen breitete sich Lepra dann in ganz Europa aus. Auch England blieb nicht verschont. Dort soll schon im Jahr 625 n. Chr. (nach anderen Quellen im 10. Jahrhundert) ein erstes Lepra-Hospital errichtet worden sein, in Irland 869 (nach anderen Quellen schon im 7. Jahrhundert). Die größte Ausbreitung in Europa erlangte Lepra jedoch erst mit den Kreuzzügen, die in der Zeit vom Ende des 11. bis Ende des 13. Jahrhunderts stattfanden.

Ihren Höhepunkt erreichte die Seuche in Europa im 12. Jahrhundert, nahm aber dann im 15. und 16. Jahrhundert stark ab. Zu Beginn des 17. Jahrhunderts hatte Lepra seine Schrecken in großen Teilen Europa verloren.

Im Rahmen dieser Arbeit interessiert natürlich vor allem die Frage, wann und wie Lepra eigentlich in die skandinavischen Länder gelangte.⁸ Der genaue Zeitpunkt hierfür ist nicht bekannt. Gleichwohl ist sicher, dass die Krankheit auch dort „sehr früh“ ankam.

Die nordischen Länder unterhielten ja schon immer, d.h. spätestens zur Zeit der Wikinger Handelsbeziehungen und andere, auch kriegerische Verbindungen, zu Mittel-, Ost- und Südeuropa. Ein östlicher Verkehrsweg verlief über die Inseln Gotland und Bornholm an die Ostseeküste und von dort weiter in die Donauländer. Ein anderer ging über Deutschland entlang

⁷ Vogelsang (1968), S. 40-42

⁸ Vogelsang (1962), S. 3-7; Richards (1958), S. 105 ff.

des Rheins bis nach Italien. Es gab u. a. Kontakte zu den Goten und Langobarden, wo die Krankheit besonders verbreitet gewesen sein soll.

Am wahrscheinlichsten ist jedoch, dass Lepra von den Wikingern nach Skandinavien eingeschleppt wurde (Zeit: Ende des 8. bis Mitte des 11. Jahrhunderts).

Von ihren Kriegszügen brachten die Wikinger ja nicht nur allerlei Waren und Kostbarkeiten, sondern auch Sklaven - und natürlich Sklavinnen - heim. Vor allem irische Frauen sollen bei den Wikingern hoch im Kurs gestanden haben.⁹

Es ist gut möglich, dass dieses menschliche Handelsgut zumindest mit ursächlich für die Ausbreitung von Lepra war.

Im Zuge ihrer Raub- und Eroberungszüge besetzten und kolonisierten die Wikinger auch andere Länder oder Landesteile: Frankreich (Normandie), Irland, England, die schottischen Inseln, die Färöer und natürlich Island und Grönland. In Irland etwa war Lepra schon um das Jahr 900 n. Chr. weit verbreitet. Es wird berichtet, dass die Wikinger bei ihren Raubzügen dort die Lepra-Hospitäler - „*Bönnehusene med Guds folk og de spedalske*“ (die Gebetshäuser mit Gottes Volk und den Lepra-Kranken) - verschonten, weniger aus Humanität - das war ganz sicher nicht ihre Stärke -, sondern aus Furcht vor Ansteckung; die entstellten Menschen waren ihnen schlicht unheimlich.

Sie begannen umgekehrt sogar, in ihren Siedlungen selbst Lepra-Spitäler zu errichten. Aber natürlich hatten die Wikinger keine Kenntnis von der langen Inkubationszeit der Krankheit und deshalb auch keine Möglichkeit, ihre Ausbreitung in anderen Siedlungen und in den Heimatländern zu verhindern.

Schon in den ältesten norwegischen Gesetzen, den „*Gulating- og Borgartingsloven*“ finden sich Bestimmungen, wonach ein Eheversprechen zurückgenommen werden kann, wenn sich herausstellt, dass der andere Partner leprös ist.

Man kann deshalb davon ausgehen, dass Lepra bereits um das Jahr 1000 n. Chr. zumindest in Norwegen bereits eine gewisse Verbreitung erlangt hatte. Nun interessiert uns ja hier vor allem die Frage, weshalb noch im späten 19. Jahrhundert Lepra ausgerechnet in Westnorwegen - und hier besonders in der Gegend um Bergen, Molde und Trondheim - derart dramatische Ausmaße angenommen hat. Es erscheint schon rätselhaft, weshalb die Krankheit denn gerade in diesen

⁹ Gould (2005), S. 37

Landschaften so gute Bedingungen für ihr seuchenhaftes Auftreten vorgefunden hat. Die historische Tatsache, dass früher norwegische Wikinger aus diesen Gegenden vor allem Irland und Schottland heimsuchten, kann als Erklärung hierfür allein schwerlich ausreichen.

4.4 *Behandlung der Leprakranken durch die Jahrhunderte*

Lepra war schon immer das Musterbeispiel einer chronischen, unheilbaren, aber nicht unbedingt (vorzeitig) tödlichen Krankheit.¹⁰

Die Stigmatisierung der Kranken, ihr Ausgestoßensein war ein weiteres typisches Merkmal. Im Mittelalter war es die Geistlichkeit und die Mönche, die sich speziell der Leprakranken annahmen.

Die christliche Kirche hat also auf ihre Weise versucht, die Wunderheilungen Jesu nach dessen Anweisung („macht Kranke gesund, macht Aussätzige rein!“) auf ihre Weise fortzusetzen.

Die meisten Hospitäler waren daher einer Kirche oder einem Kloster zugeordnet.

In Europa soll es in der „Hochzeit“ der Seuche bis zu 22.000 Leprosorien gegeben haben. Jedenfalls befand sich in nahezu jeder Stadt ein Leprosorium, das aber in der Regel vor den Toren der Stadt lag. Baulich bestanden diese Spitäler meist aus Wohnhaus, Brunnen oder einer anderen Wasserversorgung, Kapelle mit Friedhof und Umfassungsmauer.

Sie finanzierten sich überwiegend aus mildtätigen Spenden, weshalb umgekehrt die Leprakranken, die ohnehin in streng klösterlicher Ordnung lebten, für das Seelenheil ihrer Wohltäter zu beten hatten.

Freilich wurden längst nicht alle Kranken in einem solchen Spital aufgenommen.

Die Mehrzahl von ihnen zog bettelnd umher, musste bestimmte Kleidung tragen und durch eine Klapper oder Schelle - wie schon in biblischen Zeiten - auf sich aufmerksam machen.

¹⁰ Homolka (1986), S. 151 ff.

5. Der geschichtliche Hintergrund und die sozialen Verhältnisse in der schwedisch-norwegischen Union Mitte des 19. Jahrhunderts

5.1. Der geschichtliche Hintergrund

Es fördert das Verständnis für die Ursachen und die Verbreitung von Krankheiten und Seuchen, wenn man zunächst versucht, sich ein Bild darüber zu machen, in welchen politischen, gesellschaftlichen und sozialen Verhältnissen die Menschen in Norwegen und Schweden in der fraglichen Zeit lebten. Beide Länder waren damals in Personalunion unter Führung des Königreichs Schweden verbunden. Anders als Dänemark und Schweden – jeweils zu unterschiedlichen Zeiten – war Norwegen nie eine Großmacht. Zwar waren früher einmal alle drei dieser traditionell miteinander rivalisierenden Länder durch die „Kalmarische Union“ (1397) unter Führung Dänemarks vertraglich vereinigt. Aber während sich Schweden in der Folge aus dieser Union wieder löste, blieb Norwegen bis zum Jahr 1814 mit Dänemark verbunden. Dies ist insofern erstaunlich, als es zwischen Norwegen und Schweden weit mehr geographische Gemeinsamkeiten gibt – man denke nur an die lange Grenze zwischen den beiden Ländern. Norwegen wurde also viele Jahrhunderte lang von einem dänischen Statthalter regiert. Dänisch war Amts-, Kirchen- und Schulsprache. Das Altnorwegische, das der schwedischen Sprache stark verwandt ist, lebte nur in Mundarten fort. Im 15. und 16. Jahrhundert beherrschte die deutsche Hanse den norwegischen Handel nahezu vollständig. Während sich also die Dänen Norwegen einverleibt hatten, hielten sich die Schweden im Osten schadlos, denn Finnland gehörte „schon immer“ zu Schweden und wurde auch, vor allem in den Küstengebieten, von den Schweden mit besiedelt. Selbstverständlich war Schwedisch auch finnische Amtssprache. Dies änderte sich freilich, als ein schwedischer König namens Gustav IV Adolf, ein Nachkomme des legendären Reichsgründers Gustav Wasa, in die napoleonischen Wirren geriet und zusammen mit England gegen die (zunächst) verbündeten Franzosen und Russen kämpfte.

Die Russen fielen dann in Schwedens Provinz Finnland ein und hatten damit letztlich auch Erfolg. Im Frieden von Frederikshamn 1809 musste Schweden große Gebiete, vor allem ganz Finnland, an Russland abtreten, womit es rund ein Drittel seines damaligen Staatsgebietes verlor. Als Folge hiervon musste der schwache und unschlüssige schwedische König abtreten. Nach einigem Hin und Her wählten die Schweden einen erfolgreichen Marschall Napoleons, Jean Baptiste Bernadotte, zum Kronprinzen, der schließlich als Karl XIV Johan schwedischer König wurde. Seine Wahl verknüpften die Schweden mit der Hoffnung, der starke Mann Napoleons würde Finnland wieder für Schweden zurückgewinnen. Dieser zog jedoch eine Expansion nach Westen vor und richtete seine Augen auf das Nächstliegende, eben Norwegen. Als dann Napoleon, auch unter Beteiligung Schwedens, 1813 in der Völkerschlacht bei Leipzig besiegt wurde, ging Bernadotte gegen Dänemark vor, das sich, nicht zuletzt auch unter dem Druck der siegreichen Großmächte, gezwungen sah, im Frieden von Kiel 1814 Norwegen an Schweden abzutreten. Freilich löste diese Veränderung bei den Norwegern, ungeachtet mancherlei verwandtschaftlicher Bande zu den benachbarten Schweden, keine Begeisterung aus. Sie riefen stattdessen einen eigenen Staat Norwegen aus und gaben sich am 17. Mai 1814 (heute: Nationalfeiertag) eine eigene liberale Verfassung. Angesichts des militärischen Drucks der Schweden stimmten sie schließlich aber doch einer Personalunion mit Schweden zu; der schwedische König in Stockholm war also jetzt gleichzeitig auch König der Norweger. Diese durften jedoch ihre neue Verfassung und ihr Parlament (*Storting*) behalten. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, dem schwerpunktmäßigen Zeitrahmen dieser Dissertation, war Norwegen also mit Schweden staatlich vereinigt. Die Union hielt dann freilich nur bis zum Jahr 1905. Häufige Querelen zwischen norwegischem Parlament und der schwedischen Krone führten nämlich dazu, dass sich Norwegen zum großen Verdruss der Schweden, die auf ein allmähliches Zusammenwachsen der beiden Nachbarländer gehofft hatten, für selbständig und unabhängig erklärte. Ein drohender „Bruderkrieg“ zwischen beiden Ländern konnte gerade noch vermieden werden. Letzter gemeinsamer (schwedischer) König war Oscar II (gest. 1907). Die Volksabstimmung in Norwegen wurde durch den Vertrag von Karlstad bestätigt. Die Norweger, in alter Anhänglichkeit zu Dänemark, wählten dann den dänischen Prinzen Karl zum norwegischen König, der dort den Namen Hakon annahm.

5.2. Die sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse

In einer langen Phase des Friedens nach den napoleonischen Kriegen gehörten die Industrialisierung und die Massenauswanderung schwedischer und norwegischer Landarbeiter, vor allem in die Vereinigten Staaten von Amerika, in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu den umwälzenden Ereignissen. Dies war natürlich ein gesamteuropäisches Phänomen und keineswegs auf die nordischen Länder beschränkt, bedingt durch starke Bevölkerungsvermehrung und weit verbreitete miserable wirtschaftliche Verhältnisse. Es war in der Regel die pure Not, die ganze Familien dazu veranlasste, die abenteuerliche, beschwerliche und gefährliche Reise in eine völlig ungewisse und ungesicherte Zukunft auf sich zu nehmen. Von manchen Gegenden Schwedens, insbesondere den stets gefährdeten und vielfach umkämpften Grenzgebieten zwischen dem schwedischen Vänersee (größter See Mitteleuropas) und der norwegischen Grenze, ist bekannt, dass die Auswanderung bisweilen schon fast epidemische Ausmaße annahm. Die Auswanderung begann etwa Mitte des 19. Jahrhunderts. Die Statistiken weisen in den Jahren 1851 – 1860 eine Zahl von 44.865 schwedischen Auswanderern aus. Die Auswanderungswelle schwoll dann kontinuierlich an und erreichte im Jahrzehnt 1881 – 1890 ihren Höhepunkt mit 324.285 Menschen. Auch im 20. Jahrhundert wanderten noch viele Schweden aus: In den Jahren 1901 – 1910 waren es 219.249, 1911 – 1920 81.537 und 1921 – 1930 noch 91.932 Menschen. Insgesamt wanderten in der Zeit zwischen 1851 und 1950 1.142.000 Schweden aus, von denen 214.788 wieder zurückkehrten. Nach 1945 war dann freilich die Zahl der Einwanderer *nach* Schweden weit höher als die der Auswanderer. In Norwegen gab es einen solchen Exodus in vergleichbarer Größenordnung; in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wanderte fast eine Million Norweger vor allem nach Amerika aus. Mit den Menschen wanderten begreiflicherweise auch die Krankheitserreger aus- und ein.

Viel stärker als Schweden war Norwegen schon immer ein klassisches Seefahrerland. Keine andere Küste der Erde ist so stark gegliedert wie die norwegische. Die Nord-Süd-Ausdehnung beträgt 1.756 km. Die an sich 2.650 km lange Küstenlinie wächst auf 21.347 km an, wenn man die zahlreichen Fjorde mit einbezieht. Die nordatlantischen Ausläufer des Golfstroms, die die gesamte norwegische Küste bestreichen, sorgen für eisfreie Häfen im Winter. Den wenigen Städten an der Küste stehen die vielen, über die Landschaft verstreuten bunten Fischerhütten und

die vor allem im meist gebirgigen Hinterland nicht seltenen Bauernhöfe gegenüber. Sowohl in Norwegen als auch im Agrarland Schweden gab es schon lange, bevor die Menschen die Möglichkeit hatten, in großem Stil ihren engen und ärmlichen Verhältnissen durch Auswanderung zu entfliehen, zahlreiche Notjahre, denen viele Menschen zum Opfer fielen. In Schweden etwa besaßen um das Jahr 1850 rund drei Viertel der Bevölkerung kein eigenes Land. Das rasche Wachstum der Bevölkerung im 19. Jahrhundert trug dann noch zusätzlich zur Ausbreitung eines ländlichen, aus Kättern und Tagelöhnern bestehenden Proletariats bei. Manche dieser Menschen durften sich zwar als Kätner (*Torpare*) auf der Gemeindefläche ansiedeln; sie mussten aber allerhand Frondienste leisten, insbesondere in der Erntezeit Tagewerke verrichten. Zur Dorfversammlung hatten sie keinen Zutritt. Eine Kätnerstochter hatte auch kaum eine Chance zu einer Heirat mit einem Bauernsohn; hier herrschten rigorose Standesschranken. Noch erbärmlicher als die „*Torpare*“ lebten die sogenannten „*Backstugosittare*“, denen ein Bauer ein kleines Stück Land zur Bewirtschaftung und zur Haltung von etwas Kleinvieh überließ, während sie für ihn im Gegenzug Fron- und Sklavenarbeit zu verrichten hatten. Diese „*Backstugor*“ waren elende Hütten mit gestampftem Lehm Boden, die in krassem Gegensatz zu den vielfach ansehnlichen Bauernhöfen standen. Noch um einige Grade schlimmer war allerdings das Los von völlig rechtlosen Menschen, die keinen eigenen Wohnsitz besaßen und als Bettler über das Land zogen. In Notjahren erfroren oder verhungerten viele von ihnen auf freiem Feld. An solche Notjahre, durch Missernten infolge großer Trockenheit oder extrem nasser Sommer bedingt, erinnern sich die in Skandinavien besonders häufigen Geschichts- und Heimatforscher auch heute noch mit Grausen. Die Tragödien solcher Hungerjahre ereigneten sich vor allem in den Jahren 1598, 1645, 1800, 1826, 1830, 1847, 1852, 1859 und zuletzt vor allem 1868 / 1869. Aber auch die Zeit zwischen 1870 und 1880 war durch klirrende Kälte im Winter und schlechte Ernten im Sommer gekennzeichnet. Da es in Schweden und (mit Ausnahme des 2. Weltkriegs) auch in Norwegen seit fast 200 Jahren keine Kriege mehr gab, sind zahlreiche historische Unterlagen erhalten geblieben, die anderenorts kriegsbedingt oft verloren gingen. Daher findet sich in praktisch allen öffentlichen Bibliotheken jeder größeren Ortschaft in Schweden und Norwegen eine Fülle von Schriften und Urkunden aller Art, die die Geschichte und die Geschichten der jeweiligen Gegend akribisch beleuchten und dokumentieren.

Im Rahmen dieser Abhandlung wird anstelle vieler Einzelschriften vor allem auf ein umfangreiches und gründliches Werk des Geschichts- und Heimatforschers Olof Ljung aus

Mellerud (Provinz Dalsland in Schweden) Bezug genommen.¹¹ Diese Gegend hatte besonders stark unter den vielen kriegerischen Auseinandersetzungen mit den Dänen zu leiden, die von den dortigen Schweden lange Zeit als ihre „Erbfeinde“ angesehen wurden, während die Norweger als Brudervolk galten. Hierzu darf nicht unerwähnt bleiben, dass die heutigen südschwedischen Provinzen Schonen, Halland, Blekinge und Bohuslän bis zum Frieden von Roskilde 1658 zu Dänemark / Norwegen gehörten. Man war in den genannten schwedischen Grenzlanden also sozusagen von Feindesland umgeben. Entsprechend düster fallen auch große Teile der Geschichtsschreibung aus. Es fällt auf, dass in diesem Werk, in dem auch zahlreiche Krankheiten aufgezählt werden, an denen die Menschen damals vor allem litten und auch die damaligen Heilmethoden erwähnt werden, von Lepra (*Spetälska*) mit keinem Wort die Rede ist. Dies zeigt uns, dass Lepra keinesfalls über ganz Skandinavien verbreitet gewesen sein kann, sondern sich, von wenigen Einzelfällen vielleicht abgesehen, auf bestimmte Gebiete beschränkte. Immer wieder wird aber besonders von der Pest berichtet, die ganze Landstriche verödete, und von der Cholera. Die am meisten verbreiteten Todesursachen waren ansonsten Lungenentzündung, hohes Fieber und Tuberkulose. Brutstätten für Erreger aller Art waren insbesondere die kalten zugigen „*Backstugor*“ der untersten Bevölkerungsschichten mit ihren nicht selten feuchten Lehmböden. Die oft mehrere Stunden dauernden, obligatorischen sonntäglichen Wanderungen und Fahrten zu oft weit entfernten Kirchen und die anschließenden bis zu zweistündigen Gottesdienste in unbeheizten Kirchen führten nicht selten zu „Brustkrankheiten“ aller Art mit häufig tödlichem Verlauf. Vor allem aber musste sich die arme Landbevölkerung, mussten sich insbesondere die Knechte und Mägde, die Kätner und Hilfsarbeiter häufig in Nässe und Kälte aufhalten, ohne die Möglichkeit, die Kleider zu wechseln oder sich irgendwo aufzuwärmen. Beim Tod älterer Menschen wird in den Kirchenbüchern meist als Todesursache „Altersschwäche“ vermerkt, während es sich in Wirklichkeit eher um Herzleiden, Schlaganfall, Krebs u. a. handelte.

¹¹ Ljung (2003), S.1 ff.

6. Das gehäufte Auftreten der Lepra in Norwegen im 19. Jahrhundert

6.1. Statistisches Material

Wir wollen zunächst die objektiven statistischen Zahlen über das Auftreten und die Entwicklung von Lepra in den Raum stellen, die wir dem norwegischen einschlägigen Schrifttum entnehmen können.¹² Nach der großen Verbreitung von Lepra im Mittelalter in ganz Europa ging die Krankheit aus unbekanntem Gründen im 16. Jahrhundert stark zurück, so dass sie im 17. Jahrhundert in den meisten Ländern fast ausgestorben oder zumindest stark reduziert war. Lepra war freilich im Mittelalter längst nicht die am meisten gefürchtete Krankheit. Es war vielmehr die Pest, die auch Skandinavien nicht verschonte. In seiner Chronik über die Geschichte von Molde berichtet Oterhals, dass dort im Jahr 1349 die Pest („*svartedauen*“ - der schwarze Tod) erschienen sei und im norwegischen Westland stark gewütet habe¹³. Ganze Fischersiedlungen seien damals entvölkert worden. Oterhals führt diese rasche Ausbreitung der Pest auf das milde Klima in den Fischerorten, aber auch auf den häufigen Kontakt mit der Außenwelt zurück. Er erwähnt in diesem Zusammenhang den Städtebund der Hanse, deren Bedienstete von der deutschen Ostseeküste kamen und sich „*på bryggen*“ (dem Hafenviertel) in Bergen niederließen. Diese Kaufleute erwarben dort Fisch und Fischereiprodukte im Austausch gegen Korn und andere landwirtschaftliche Produkte, die in den norwegischen Küstengebieten rar waren. Die Hanse kontrollierte allmählich den gesamten norwegischen Außenhandel.

Was nun die Lepra betrifft, so gab es in Skandinavien nach dem statistischen Gipfel des 13. Jahrhunderts einen erneuten Gipfel im 19. Jahrhundert. Vor allem Mitte des 19. Jahrhunderts war eine überraschend hohe Zahl von Leprafällen und Neuerkrankungen festzustellen. Im Jahr 1836 wurde in Norwegen erstmals eine Zählung der Leprafälle durchgeführt. Diese, wie auch eine

¹² Vogelsang (1962), S. 19

¹³ Oterhals (1990)

spätere Zählung 1845, lag jedoch in den Händen der „*sogneprestene*“, der Ortspfarrer. Die Zählung ergab 1836 eine Zahl von 659 Fällen, 1845 bereits von 1.122 Fällen¹⁴.

Die offenkundige Ausbreitung der Krankheit rief nun auch die Regierung auf den Plan. Eine (erst) 1856 von den Distriktsärzten durchgeführte Erhebung führte zu der alarmierenden Zahl von 2.833 Fällen, davon 235 in Anstalten, was bei einer Bevölkerung von damals 1,5 Mio einem Anteil der Leprösen an der Bevölkerung von ca. 2 Promille entsprach^{15 16}.

¹⁴ Hansen / Looft (1894), S. 39

¹⁵ Hansen / Looft a. a. O., S. 12 ff.

¹⁶ Vandyke Carter (1873), S. 47

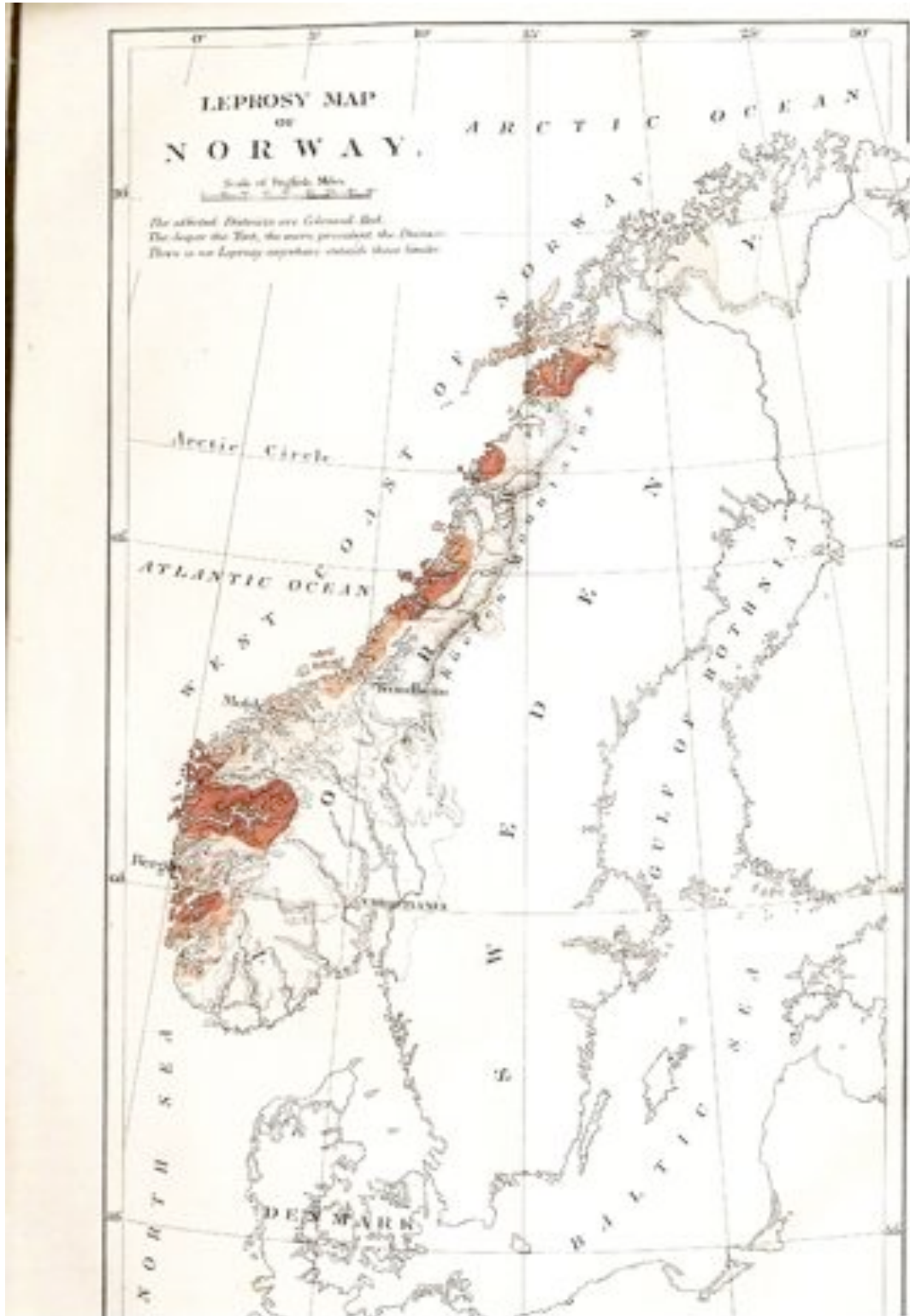


Abbildung 1: Karte über das Auftreten von Lepra in Norwegen ca. 1856.

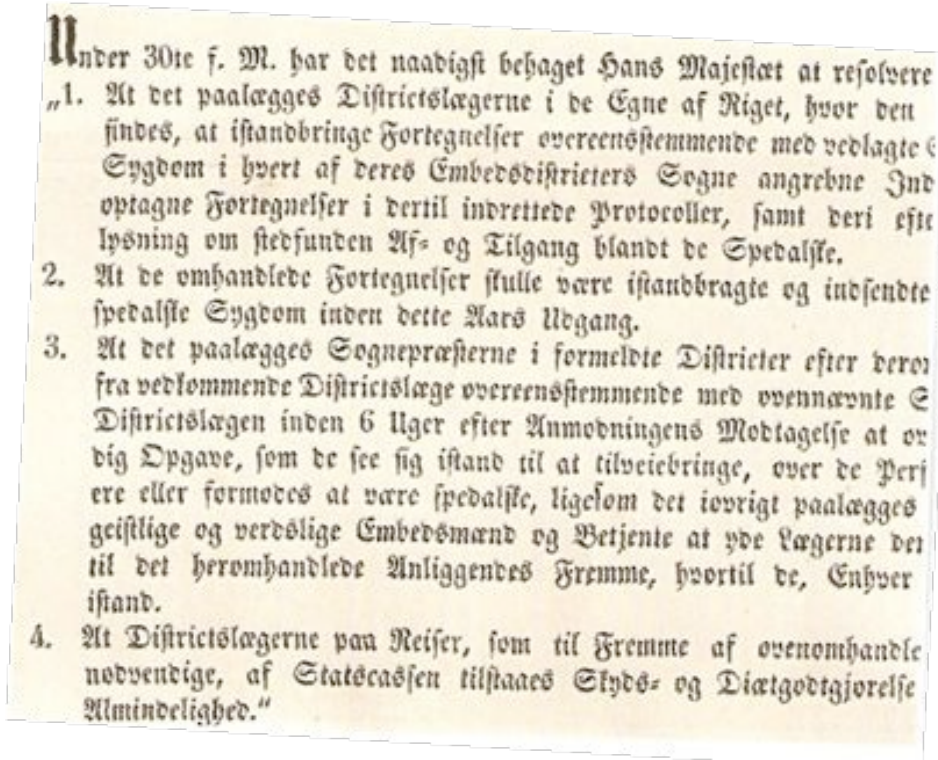
Quelle: Vandyke Carter (1873)

| J a h r. | Gesamtzahl am Anfang des Jahres. | Neue Fälle. | A b g a n g. | | | Zahl am Ende des Jahres. | | Gesamtzahl am Ende des Jahres. |
|----------|--|-------------|--------------|----------|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| | | | Gestorben. | Gehellt. | Aus- gewandert. | in den Distrikten. | in den Anstalten. | |
| 1856 | — | 238 | ? | ? | ? | 2598 | 235 | 2833 |
| —57 | 2833 | 242 | 293 | 3 | 15 | 2339 | 427 | 2766 |
| —58 | 2766 | 210 | 224 | 3 | 3 | 2294 | 475 | 2769 |
| —59 | 2769 | 239 | 213 | 8 | 7 | 2267 | 523 | 2790 |
| 1860 | 2790 | 219 | 251 | 1 | 6 | 2218 | 539 | 2757 |
| —61 | 2757 | 219 | 239 | 6 | 14 | 2028 | 711 | 2739 |
| —62 | 2739 | 311 | 215 | 5 | 11 | 2009 | 698 | 2707 |
| 1863 | 2707 | 196 | 192 | 5 | 4 | 1947 | 749 | 2696 |
| —64 | 2696 | 201 | 202 | — | 8 | 1914 | 781 | 2695 |
| —65 | 2695 | 201 | 205 | 5 | 8 | 1910 | 772 | 2682 |
| —66 | 2682 | 203 | 214 | 3 | 10 | 1879 | 795 | 2674 |
| —67 | 2674 | 200 | 191 | 8 | 4 | 1876 | 787 | 2663 |
| —68 | 2663 | 206 | 210 | 6 | 7 | 1865 | 788 | 2653 |
| —69 | 2653 | 183 | 199 | 10 | 13 | 1820 | 787 | 2607 |
| 1870 | 2607 | 187 | 203 | 4 | 13 | 1762 | 764 | 2526 |
| —71 | 2526 | 170 | 238 | 2 | 16 | 1681 | 747 | 2428 |
| —72 | 2428 | 131 | 205 | 5 | 10 | 1627 | 708 | 2335 |
| —73 | 2335 | 129 | 177 | 9 | 17 | 1592 | 672 | 2264 |
| —74 | 2264 | 137 | 183 | 6 | 9 | 1568 | 643 | 2209 |
| —75 | 2209 | 134 | 203 | 5 | 14 | 1499 | 623 | 2122 |
| —76 | 2122 | 115 | 187 | 3 | 6 | 1440 | 613 | 2053 |
| —77 | 2053 | 110 | 163 | 3 | 7 | 1372 | 629 | 2001 |
| —78 | 2001 | 105 | 149 | 10 | 8 | 1341 | 618 | 1959 |
| —79 | 1959 | 88 | 162 | 5 | 10 | 1277 | 602 | 1879 |
| 1880 | 1879 | 72 | 150 | 7 | 7 | 1178 | 617 | 1795 |
| —81 | 1795 | 60 | 164 | 5 | 8 | 1092 | 608 | 1692 |
| —82 | 1692 | 66 | 137 | 11 | 7 | 1061 | 553 | 1614 |
| —83 | 1614 | 87 | 127 | 9 | 5 | 1022 | 535 | 1557 |
| —84 | 1557 | 55 | 140 | 10 | 2 | 944 | 519 | 1463 |
| —85 | 1463 | 71 | 146 | 9 | 12 | 855 | 522 | 1377 |
| —86 | 1377 | 48 | 135 | 16 | 9 | 748 | 522 | 1270 |
| —87 | 1270 | 47 | 111 | 2 | 3 | 704 | 514 | 1218 |
| —88 | 1218 | 27 | 99 | 8 | 1 | 631 | 524 | 1156 |
| —89 | 1156 | 27 | 86 | 9 | 12 | 551 | 530 | 1081 |
| 1890 | 1081 | 10 | 122 | 6 | 2 | 447 | 507 | 954 |

Abbildung 2: Auszug aus dem Leprearegister 1856 – 1890. Quelle: Hansen / Looft (1894)

Von da ab sollten alle leprösen Patienten regelmäßig untersucht und in einem landesweiten Lepraregister erfasst werden.¹⁷ Dieses Register gilt als das erste zentrale Patientenregister, das jemals in einem Land staatlicherseits angeordnet wurde. Bei diesen Erhebungen sollte besonderes Gewicht auch auf die Verwandtschaftsverhältnisse des Kranken gelegt werden. Die Aufgabe erwies sich für die Distriktsärzte freilich alles andere als einfach.

¹⁷ Guldberg Høegh (1856), S. 7; Gould (2005), S. 40



Den kongelige resolusjonen 30. juli 1856 slo fast at:

1. *Distriktslegene i områder der lepra fantes skulle lage detaljerte oversikter over sykdomshistoriene til samtlige personer som var rammet av spedalskhet.*
2. *Alle skjemaene skulle sendes inn til Overlegen for den spedalske sykdom innen utgangen av hvert år.*
3. *Sogneprestene ble pålagt å lage oversikter over de som var spedalske eller som kunne antas å være det, og sende oversiktene til distriktslegen.*
4. *Distriktslegene ville få skyss- og diettgodtgjørelse fra Statskassen for arbeid som fulgte av resolusjonen.*

Abbildung 3: Die königliche Resolution zur Einführung des Lepraregisters vom 30.07.1856
Übersetzung der Zusammenfassung von Guldberg Høegh im Anhang 2



Abbildung 4: Auszug aus dem Lepraregister 1856, sowie Einweisungsschein und Bild von O. Goldberg Høegh. Quelle: a. a. O.

| <p style="text-align: center;">Forklaring</p> <p style="text-align: center;">for Navne af Embedde i Einverdit og Einverdit Vedtagne</p> <p style="text-align: center;">i Aaret 1888.</p> | | | | | | |
|---|--------------------|----------------|----------------|------------------|--------------------|------------------|
| Ordre No. | Navn | Den 1ste Junii | Den 1ste Julii | Den 1ste Augusti | Den 1ste Septembri | Den 1ste Oktobri |
| 63 | Ernst Jensen 1881 | | | 1 | | |
| 64 | Peter Jensen 1884 | | | 1 | | |
| 112 | Ernst Jensen 1888 | | | 1 | | |
| 88 | Karl Jensen 1874 | 1 | | | | |
| 97 | Carl Jensen 1878 | 1 | | | | |
| 107 | Karl Jensen 1871 | 1 | | | | |
| 113 | Karl Jensen 1880 | 1 | | | | |
| 103 | Johann Jensen 1876 | 1 | | | | |
| 129 | Carl Jensen 1888 | | | 1 | | |

| No. | Navn | Den 1ste Junii | Den 1ste Julii | Den 1ste Augusti | Den 1ste Septembri | Den 1ste Oktobri |
|-----|------|----------------|----------------|------------------|--------------------|------------------|
| 1 | ... | | | | | |
| 2 | ... | | | | | |
| 3 | ... | | | | | |
| 4 | ... | | | | | |
| 5 | ... | | | | | |
| 6 | ... | | | | | |
| 7 | ... | | | | | |
| 8 | ... | | | | | |
| 9 | ... | | | | | |
| 10 | ... | | | | | |
| 11 | ... | | | | | |
| 12 | ... | | | | | |
| 13 | ... | | | | | |
| 14 | ... | | | | | |
| 15 | ... | | | | | |
| 16 | ... | | | | | |
| 17 | ... | | | | | |
| 18 | ... | | | | | |
| 19 | ... | | | | | |
| 20 | ... | | | | | |
| 21 | ... | | | | | |
| 22 | ... | | | | | |
| 23 | ... | | | | | |
| 24 | ... | | | | | |
| 25 | ... | | | | | |
| 26 | ... | | | | | |
| 27 | ... | | | | | |
| 28 | ... | | | | | |
| 29 | ... | | | | | |
| 30 | ... | | | | | |
| 31 | ... | | | | | |
| 32 | ... | | | | | |
| 33 | ... | | | | | |
| 34 | ... | | | | | |
| 35 | ... | | | | | |
| 36 | ... | | | | | |
| 37 | ... | | | | | |
| 38 | ... | | | | | |
| 39 | ... | | | | | |
| 40 | ... | | | | | |
| 41 | ... | | | | | |
| 42 | ... | | | | | |
| 43 | ... | | | | | |
| 44 | ... | | | | | |
| 45 | ... | | | | | |
| 46 | ... | | | | | |
| 47 | ... | | | | | |
| 48 | ... | | | | | |
| 49 | ... | | | | | |
| 50 | ... | | | | | |

Væbete 1889 J. N. Nielsen
København

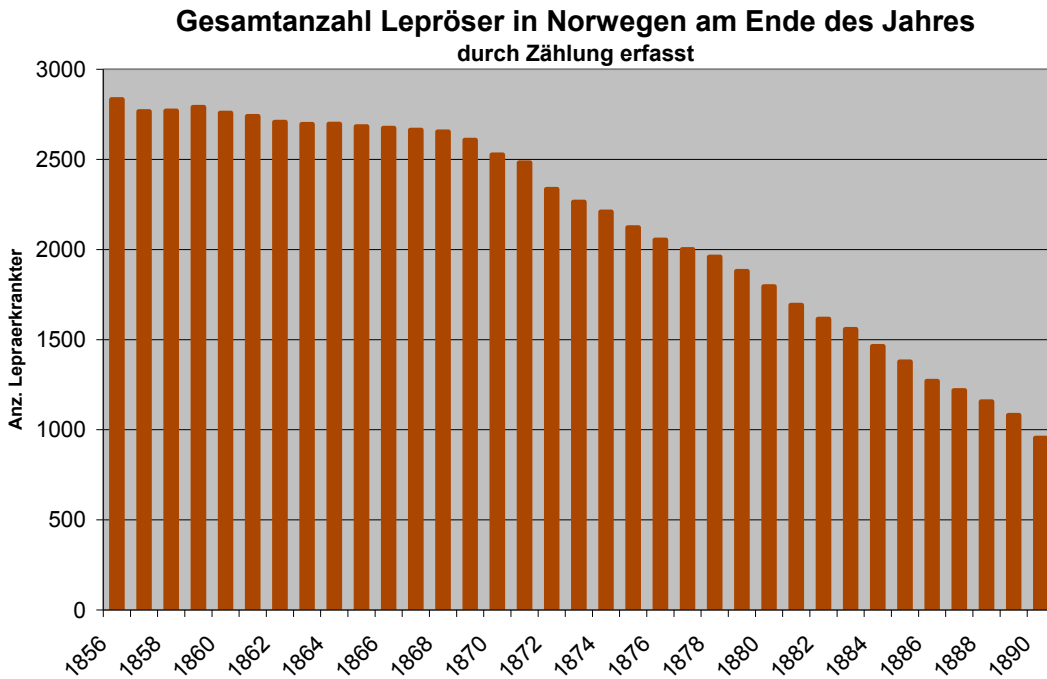
Abbildung 5: Auszug aus dem Lepraregister, eingeführt 1856 von Guldberg Høegh (1814- 1863).
 Quelle: a. a. O.

Da gab es zum einen das Problem, dass die anästhetische (paucibazilläre) Form der Lepra leicht übersehen wurde oder dass Fehldiagnosen erfolgten. Zum anderen versuchten sich offenbar viele Patienten dieser Erhebung zu entziehen. Die Kranken argumentierten nämlich, für sie und ihre Familien sei die Erhebung nur mit Nachteilen verbunden. Eine Heilung oder Linderung der Krankheit sei mit der Erfassung ohnehin nicht verbunden. Mit Sicherheit erreiche man aber damit, dass sie, die Patienten, nun in aller Öffentlichkeit gebrandmarkt und stigmatisiert würden. Solchen Leuten wolle man möglichst nicht mehr begegnen, ja ihnen sogar das heilige Abendmahl in der Kirche verwehren. Das Beste für sie sei daher immer noch, die Krankheit möglichst lange zu verheimlichen und damit zurechtzukommen, so gut es eben geht. Ja, es wurde sogar von ärztlicher Seite behauptet, die Krankheit sei erst dann wirklich ernsthaft ausgebrochen, als die bisherige heimliche Furcht vor einer solchen Diagnose durch ärztliches Eingreifen zur Gewissheit wurde. Unter diesen Umständen wird man davon ausgehen müssen, dass damals nicht alle Fälle auch wirklich erfasst werden konnten, so dass mindestens in den ersten Jahren der Registrierung mit einer Dunkelziffer in ungewisser Höhe zu rechnen ist.

Die meisten Kranken bewohnten die Küstenbezirke. Vor allem der Bereich von Bergen und seinem Umland war betroffen. Nun waren Regierung und Ärzteschaft aufs Höchste alarmiert. Die Platzkapazitäten in den für Lepra errichteten Hospitälern wurden beträchtlich aufgestockt, so dass gegen 1860 etwa 800 Betten für Leprakranke zur Verfügung standen. Gleichzeitig war nun aber die Spitze der Seuche erreicht. Allmählich begann die Zahl neuer Erkrankungen wieder zu sinken, zunächst langsam, nach der Entdeckung des Leprabazillus und der Durchführung neuer Gesetze aber schneller. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren in Norwegen noch 577 Fälle erfasst. 1936 waren nur noch 45 bekannte Fälle von Lepra in Norwegen registriert. 28 dieser Kranken lebten in Hospitälern in Bergen, 17 außerhalb der Anstalten.¹⁸ Die letzten drei Neuerkrankungen stammen aus den Jahren 1952 bis 1955.

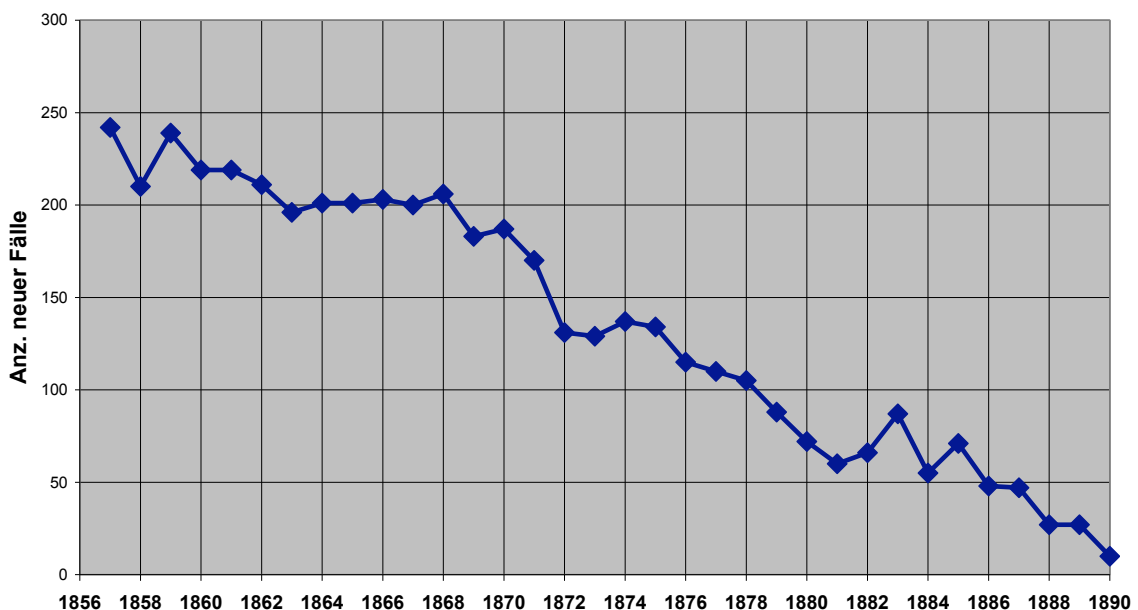
Für eine gründliche Ursachenerforschung wäre natürlich eine möglichst exakte Ermittlung der jährlichen Krankheitsziffern von großem Nutzen: Da sich das Netz der Distriktsärzte über ganz Norwegen erstreckte, alle Ärzte von der Zentrale in Kristiania / Oslo auch erreichbar waren und in dieser Zeit wohl jeder Arzt in Norwegen wegen des Aufflammens der lange Zeit offenbar nicht

¹⁸ Reichborn-Kjennerud, Grøn, Kobro (1936), S. 3



sonderlich beunruhigenden Seuche spätestens jetzt sicherlich äußerst alarmiert war, muss davon ausgegangen werden, dass die Meldungen der Ärzteschaft im Jahr 1856, vorsorglich ergänzt um eine Dunkelziffer, eine einigermaßen zuverlässige Grundlage dieser Statistik waren: Eine Zahl von etwa 3.000 Fällen im Jahr 1856 dürfte daher realistisch sein. Zuverlässig sind zweifellos auch die folgenden, nun regelmäßigen Zählungen. Danach lag der Gipfel der Krankheit in den Jahren 1856 bis 1860 unverändert bei etwa 2.800 bis 3.000 Fällen. Zwischen 1860 und 1869 verlief die Kurve zunächst langsam, ab 1869 dann steil nach unten. 1872 wurden noch ca. 2.400 Fälle, 1880 noch ca. 1.700 Fälle, 1890 noch ca. 1.000 Fälle und 1900 nur noch ca. 600 Fälle gezählt. Nicht ganz so eindeutig dürfte indes die Zeit vor der ärztlichen Erhebung des Jahres 1856 zu bewerten

Anzahl neuer Lepraerkrankter



sein. Wenn man die von den Ortspfarrern in früheren Jahren gemeldeten Fälle - 659 im Jahr 1836 und 1.122 Fälle im Jahr 1845 - als Grundlage akzeptiert, so könnte daraus der Schluss gezogen werden, dass sich Lepra erst etwa ab dem Jahr 1836 in Norwegen derart dramatisch, mit steigender Tendenz, ausbreitete. Wir wissen aber nicht, ob sich wirklich auch alle Ortspfarren in ganz Norwegen an diesen, mehr oder weniger ja freiwilligen Zählungen beteiligten und ob sie wirklich überall einen genauen Überblick über die Krankheitsfälle in ihren Gemeinden hatten, von der Stellung der richtigen Diagnose ganz zu schweigen. Bei den topographischen Gegebenheiten Norwegens mit den entlegenen Bergregionen, den abgeschiedenen Tälern und den tief ins Land einschneidenden Fjorden, ferner unter Berücksichtigung der äußerst dünnen Besiedlung vor allem der nördlichen Landesteile muss dies eher bezweifelt werden. Lepra gab es in Norwegen aus dem Blickwinkel der Bevölkerung „schon immer“; die Krankheit war ein natürlicher, wenn auch gefürchteter Bestandteil des Alltags. Da sich die Ärzteschaft erst relativ spät offiziell in den Betrieb der Lepra-Hospitäler einschaltete, scheint eine starke Sensibilisierung der Gesundheitsverwaltung erst um die Jahrhundertmitte erfolgt zu sein, die ja dann in der Folge zu statistischen Erhebungen durch die Distriktsärzte und zu einer raschen Aufstockung der Bettenkapazitäten in den Hospitälern führte. Es ist daher durchaus möglich und sogar wahrscheinlich, dass die starke Ausbreitung der Krankheit schon lange vor der Jahrhundertmitte erfolgte, aber erst da von offizieller Seite wirklich als bedrohliche Entwicklung wahrgenommen wurde. Interessant sind die Schlussfolgerungen, die Hansen und Looft aus der oben abgedruckten Fallstatistik ziehen, wobei sie zusätzlich auch noch die Verhältnisse in einzelnen Distrikten beleuchten: Die Abnahme der Krankheit in den Distrikten sei abhängig vom Umfang der in die Anstalten überführten Kranken. Wo keine oder eine unzulängliche Isolation stattgefunden habe, habe es entweder einen Stillstand oder eine Zunahme der Krankheitszahlen gegeben. Wo dagegen eine größere Isolation erfolgt sei, könne man eine konstante Abnahme beobachten. Daraus müsse man den Schluss ziehen, dass die Isolation für die Abnahme ursächlich sei, weil nämlich die Infektionsquellen aus den Heimatorten der Kranken entfernt wurden.

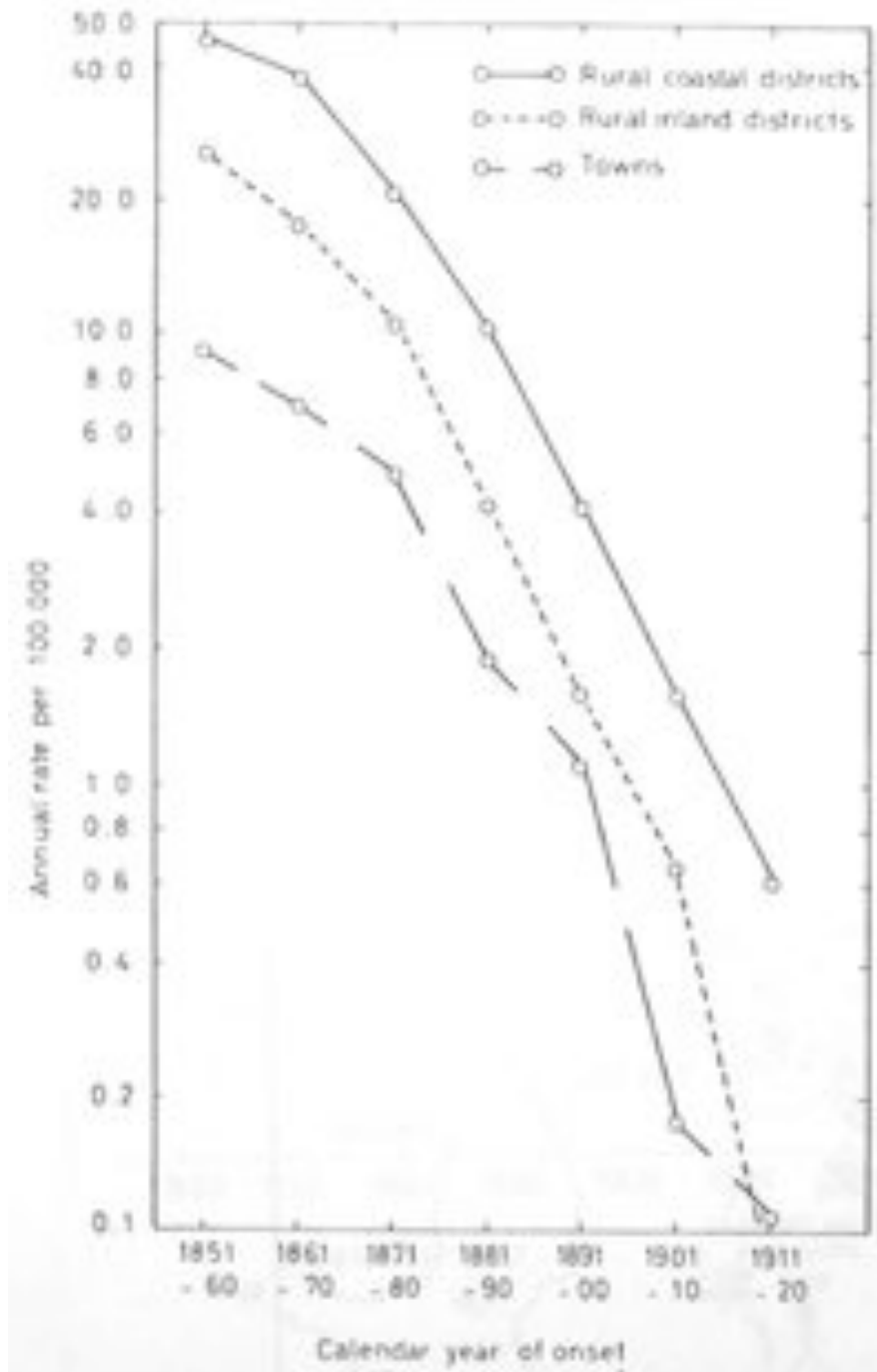


Abbildung 6: Häufigkeit von Lepra an der Küste, im Inland, in Städten. Quelle: Lorentz M. Irgens (1983)

6.2. *Lepra-Hospitäler in Norwegen und Schweden*



Abbildung 7: Pleiestiftelse no. 1, Bergen, gegründet 1857.



Figure 4. Molde Leprosy Hospital, 1713.



Figure 5. Pleiestiftelse no. 1, Bergen, 1957.



Figure 6. Järvsö Leprosy Hospital, Sweden, circa 1910.

Abbildung 8: Leprahospitäler Molde (Norwegen) und Järvsö (Schweden). Quelle: Richards 1958

6.2.1. Die Gründung von Lepra-Hospitälern

Wie überall in Europa gab es auch in Skandinavien im Mittelalter eine große Zahl spezieller Lepra-Hospitäler. Man schätzt ihre Zahl auf mindestens 50. Die meisten dieser Einrichtungen wurden aber im Laufe des 16. Jahrhunderts im Zuge des Rückgangs dieser Krankheit wieder geschlossen oder anderen Zwecken zugeführt. Erst viel später kam es dann wieder zu Neugründungen.^{19 20}

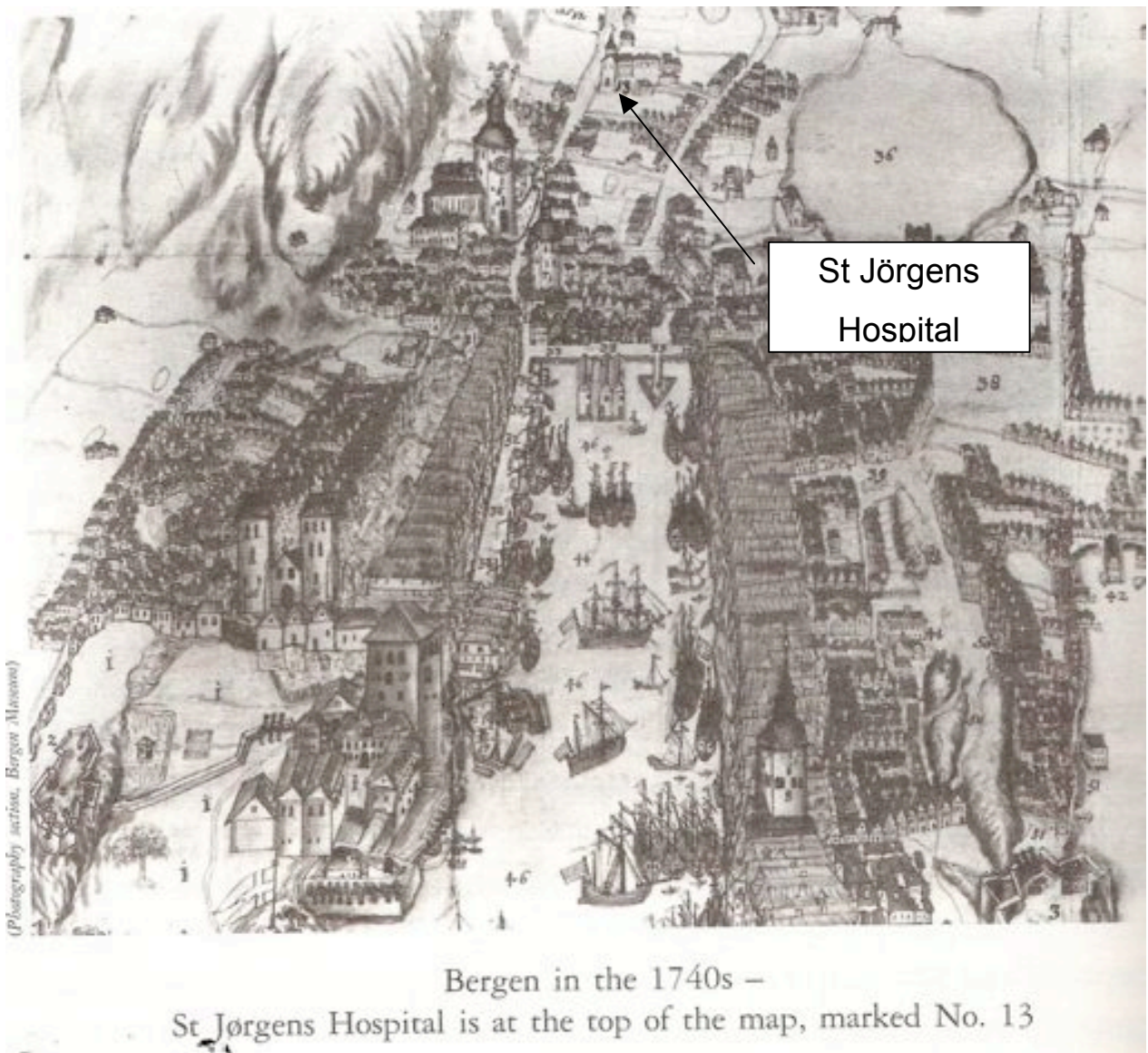


Abbildung 10: Karte von Bergen 1740. Quelle: Tony Gould (2005)

¹⁹ Vogelsang (1962), S. 8-14

²⁰ Reichborn-Kjennerud, Grøn, Kbro (1936), S. 1 ff.

Was man heute über Lepra in der damaligen Zeit weiß, ist vor allem mit der Geschichte der Stadt Bergen verbunden. Die älteste nachweisbare Einrichtung dieser Art ist das Katarina-Lepra-Hospital, das der König nach einem Großbrand im Jahr 1248 (1266?) in Bergen zusammen mit einer Kirche errichten ließ.²¹

Noch älter scheint freilich das Lepra-Hospital in Nidaros, dem heutigen Trondheim gewesen zu sein. In dieser Zeit wurden auch in den anderen skandinavischen Ländern solche Hospitäler geschaffen, in Schweden wohl erstmals in Lund, danach u. a. in Visby, Kalmar, Skara, Enköping, Sigtuna und Stockholm. Solche Hospitäler waren jedoch in aller Regel nicht ausschließlich Leprakranken vorbehalten. Am bekanntesten aus der damaligen Zeit wurde das St. Jörgen-Hospital in Bergen (Abb.9, 10), das erstmals 1411 erwähnt wird, möglicherweise aber noch älter ist. St. Jörgen (schwedisch St. Göran, englisch St. George) ist wohl wegen des Mythos seines Sieges über den Drachen als Schutzpatron gewählt worden und dürfte den Sieg (der Ärzte, der Kranken) über die gefürchtete Krankheit Lepra symbolisiert haben. In England ist St. George heute noch der wichtigste Schutzpatron. St. Lazarus scheint dagegen in Skandinavien, anders als in vielen anderen europäischen Ländern, als Schutzpatron keine große Rolle gespielt zu haben. Das St. Jörgen-Hospital lag ursprünglich, wie damals üblich (man vergleiche die biblischen Quellen), außerhalb des bebauten Teils der Stadt. Von den Feuersbrünsten, die damals in den Städten mit ihren meist aus Holz gebauten und oft eng aneinander gedrängten Häusern regelmäßig wüteten, blieb auch dieses Hospital nicht verschont. Es brannte mehrmals nieder, wurde aber an derselben Stelle immer wieder aufgebaut. Dies erscheint daher merkwürdig, als ja ein solches Haus - jedenfalls zunächst - isoliert stand, also gerade nicht Opfer eines Flächenbrandes werden konnte. Da sich nun die Stadt immer mehr erweiterte, rückte das Hospital im Laufe der Zeit allmählich ins städtische Zentrum. Die ökonomische Basis dieser Hospitäler waren freiwillige milde Gaben und die Erträge, die sich die Kranken auf den Straßen zusammenbettelten. Als dann im Zuge des Rückgangs der Lepra fast alle Lepra-Hospitäler geschlossen wurden, erfolgte auch die Umwandlung des St. Jörgen-Hospitals im Jahr 1545 durch königlichen Erlass in ein Allgemeinkrankenhaus. Als aber später die Krankheit erneut aufflammte, wurde dieses Hospital wieder - zunächst zu einem Teil - seinem ursprünglichen Zweck zugeführt. Da es bald darauf, weil zu klein, mit Kranken überfüllt war, wurde die Klinik

²¹ Richards (1958), S. 106

1701 abgerissen und durch einen größeren Neubau ersetzt. Schon ein Jahr später wurde dieser aber wieder Opfer eines Stadtbrandes. Sogleich, 1702, wurde das Hospital wieder aufgebaut und im Jahr 1742 vergrößert.

Im Küstenort Molde, zwischen Bergen im Süden und Trondheim im Norden gelegen, wurde erstmals behördlicherseits (Amtmann Hans Nobel) der Bau eines Hospitals für die vielen Leprakranken gefordert, die damals dort unter ebenso unmenschlichen wie unwürdigen Bedingungen lebten. In der Folge wurde im Jahr 1708 das Reknes Hospital Molde fertig gestellt, ein ansehnliches zweigeschossiges Gebäude mit einem Turm (Abb.8). In der Mitte des Gebäudes befand sich die Spitalkirche, die auch allgemein von der Bevölkerung genutzt wurde. Ein großes Altarbild stellt die biblische Geschichte von den 4 Aussätzigen dar. Auch dieses Hospital lebte nicht von öffentlichen Zuschüssen, sondern im Wesentlichen von den Schenkungen und Vermächtnissen wohlhabender Leute. 1794 wurde das Krankenhaus auch für andere Krankheiten geöffnet. Es erlangte - jetzt auch unter ärztlicher Leitung - mit der Zeit einen so guten Ruf, dass sogar ausländische Patienten um Aufnahme ersuchten. 1860 übernahm der Staat die Trägerschaft und weitete den Betrieb aus. Unter dem neuen Namen „Reknes Pleiestiftelse for Spedalske“ wurde 1860 ein Neubau mit einer Kapazität von 160 Betten errichtet, verteilt auf 32 große Zimmer. Um das Hospital herum lagen viele kleine Häuser, auch Kapelle, Leichenhaus und Friedhof inmitten eines großen Parks. Auf der Seeseite verfügte das Hospital über einen eigenen Kai mit Bootsschuppen. Das Hospital verfügte auch über eine Küche, eine Bibliothek, Arbeitsräume und Werkstätten sowie Unterrichtsräume und sogar ein Kurbad. Letzteres konnten auch die Dorfbewohner als Warmbad gegen eine kleine Gebühr nutzen. Als schließlich die Zahl der Leprafälle zurückging, aber gleichzeitig die neue Volkskrankheit Tuberkulose um sich griff, wurde Reknes Pleiestiftelse 1895 in ein Lungensanatorium umgewandelt.²² Die verbliebenen Leprakranken wurden in ein Hospital in Bergen überführt.

In Bergen wurde 1849 ein zweites Lepra-Hospital gebaut, das Lungegaards Hospital (Abb.11) ein dreistöckiges Gebäude mit 84 Betten. Es war mit 60 Leprakranken und 24 Menschen mit anderen Hautkrankheiten belegt²³. Bereits 1853 brannte es wieder ab, wobei sechs Kranke und eine Aufsichtsperson umkamen. Danach wurde es wieder aufgebaut. 1897 wurde das Hospital in ein Krankenhaus für Lungen- und epidemische Krankheiten umgewandelt.

²² Oterhals (1990), S.1 ff.

²³ Reichborn-Kjennerud, Grøn, Kobro (1936), S.1ff.

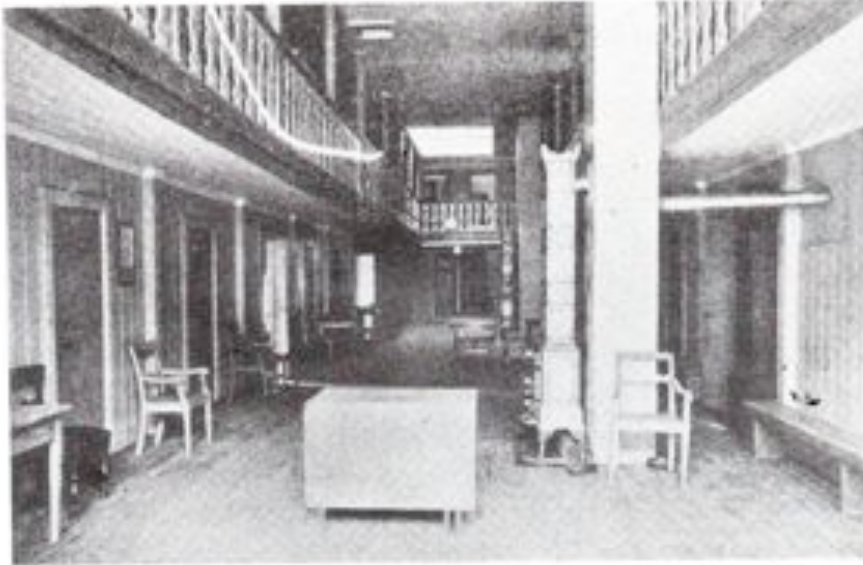
Mit dem „Pleiestiftelse för Spetälske Nr. 1“ (Pfleigestift für Lepröse) (Abb. 7) erhielt Bergen schließlich im Jahr 1857 noch ein drittes Lepra-Hospital in Form eines großen, aus Holz gebauten Gebäudes mit 280 Betten. Armauer Hansen erhielt dort eine Anstellung als Arzt, war aber gleichzeitig auch noch als Assistenzarzt im Lungegaarden tätig.

Auch die nördlichste Stadt dieser von Lepra betroffenen Küstenbezirke, Trondheim mit seinem legendären Dom Nidaros, dem Ziel vieler Pilger im Mittelalter, verfügte über die Jahrhunderte, je nach Bedarf, über ein Lepra-Hospital. 1861 wurde dort das „Reitgjerdets Pleiestiftelse“ in Betrieb genommen. 1921 wurde es wieder aufgegeben. Auch in diesem Fall wurden die letzten Patienten nach Bergen verlegt.

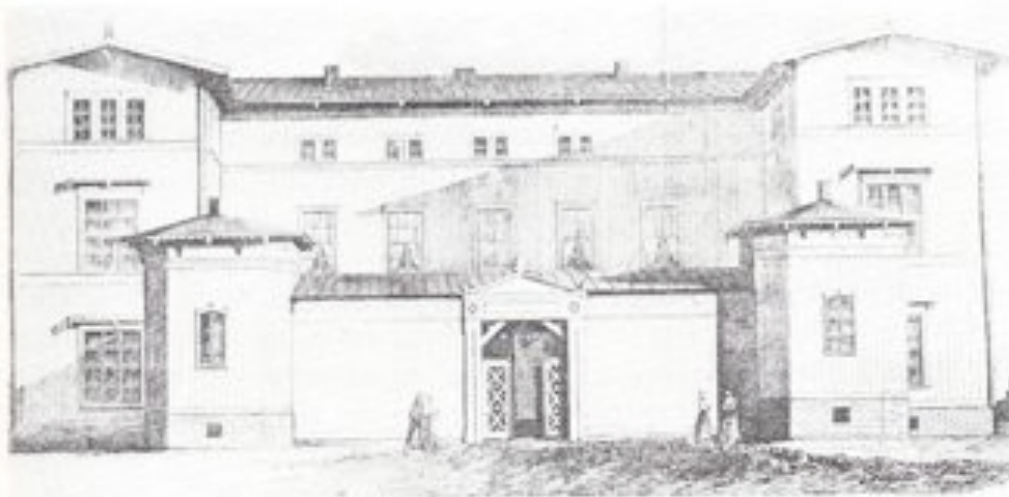
Schließlich ist noch festzuhalten, was aus dem berühmtesten dieser Hospitäler, dem St. Jörgen Hospital (Abb.9, 10) geworden ist. Da der Träger dieses Hospitals, eine Stiftung, im Laufe der Jahre ein stattliches Kapital angesammelt hatte, gab es kontroverse Diskussionen darüber, ob man dieses Geld jetzt nicht besser zur Bekämpfung der Tuberkulose anlegen sollte. Schließlich wurde durch königlichen Erlass vom 8. September 1896 Folgendes bestimmt: Das St. Jörgen Hospital wird in ein Krankenhaus für mittellose Tbc-Patienten umgewandelt. Die dort lebenden Lepra-Kranken dürfen aber lebenslang dort verbleiben. Für die Tbc-Kranken wurde dann (1902) aus Mitteln der Stiftung ein neues Gebäude errichtet, das Lyster Sanatorium für Tuberkulosekranke. Im Jahr 1895 lebten noch 59 Lepra-Kranke im St. Jörgen Hospital.²⁴

²⁴ Reichborn-Kjennerud, Grøn, Kobro a. a. O., S.1 ff.

6.2.2. Das Innenleben der Lepra-Hospitäler



Interiør, med felles dagligrom og arbeidsrom og sykerom på begge sider i to etasjer



Det første Lungegaardshospital, ferdig i 1849, ødelagt ved brann 1853. Fra Illustreret Nyhedsblad, 1854, Årgang 3, side 97

Abbildung 11: Lungegaardshospital (Innen- und Außenansicht). Quelle: Erik Waaler (1985)

Trotz mancherlei gut gemeinter Bestimmungen und Auflagen befanden sich die Lepra-Hospitäler noch bis weit in das 19. Jahrhundert hinein baulich häufig in einem desolaten Zustand. Die winzig kleinen Schlafzellen waren in der Regel überbelegt. Die hygienischen Verhältnisse waren miserabel, die Sterblichkeit hoch, letzteres keineswegs immer zwangsläufig durch Lepra selbst bedingt. Die Patienten lebten also in diesen Einrichtungen in großem Elend.²⁵ Die Bezeichnung Asyl oder Anstalt wäre wohl passender als die irreführende Bezeichnung „Hospital“. Häufig wurde für den Leprakranken bei seiner Aufnahme ins Spital eine Trauerfeier, wie bei einem Begräbnisgottesdienst, abgehalten.²⁶ Für die Kranken müssen die erbärmlichen Zustände in den Spitälern und die Furcht und der Abscheu anderer Menschen bei ihrem Anblick mindestens ebenso schlimm gewesen sein wie ihre eigentliche Krankheit.

Im Jahr 1824 wurde den Patienten das Betteln verboten. Stattdessen mussten sie durch Arbeiten wie Schuhreparaturen, Fertigung von Zündhölzern oder Löffeln zu ihrem Unterhalt beitragen.

Es gibt keine sorgfältigere Beschreibung des Innenlebens eines Lepra-Hospitals als den überaus gründlichen Bericht des eingangs bereits zitierten J. E. Welhaven, eines engagierten Anstaltspfarrers im Hospital St. Jörgen in Bergen, aus dem Jahr 1816.²⁷ Voraussetzung für die Aufnahme im Hospital war danach ein Attest des zuständigen Pfarrers [und nicht etwa eines Arztes!] und der Aufnahmebeschluss der Anstaltsleitung, wenn sich bei einem Menschen Anzeichen von Lepra feststellen ließen, unabhängig von Stand, Alter und Geschlecht. Dass es auch auf die Zustimmung des Kranken selbst ankam, wird nicht berichtet. Wohl aber stellt der Geistliche fest, dass finanziell Bessergestellte häufig von dieser Maßnahme ausgenommen wurden. Diese wurden dann zu Hause von ihren Angehörigen unterhalten und gepflegt, doch in der Regel getrennt von den übrigen Bewohnern. Die meisten der im Spital mit seinen 66 Betten aufgenommenen Menschen waren bettelarme „*husmän, strandsittare och inhysesjon*“ (etwa, zur damaligen Zeit: Tagelöhner, Obdachlose und Bettler). Manche von ihnen waren so arm, dass sie bei der Aufnahme nicht einmal eine Wolldecke und fast keine Kleider besaßen.

Welhaven beschreibt ausführlich die Krankheitssymptome, die er bei der Aufnahme und im weiteren Verlauf beobachten konnte.

²⁵ Vogelsang (1962), S. 4, 13

²⁶ Richards (1958), S. 102

²⁷ Welhaven (1816), S. 1-9

Er listet dann die aus seiner Sicht größten Mängel bei der Versorgung der Kranken im Hospital auf: Zunächst seien die Zimmer viel zu klein und zu beengt. In jedem der 40 Zimmer des zweistöckigen Gebäudes befänden sich zwei eingebaute Bettstellen. Die Zimmer seien so klein, dass man sich darin kaum bewegen könne. Schlimm und höchst ungesund sei die Luft in diesen engen Zimmern infolge der Ausdünstungen der Kranken, vor allem morgens. In den Aufenthaltsräumen, die auch als Arbeitsräume dienten, herrsche eine drangvolle Enge und ein großer Gestank, der auch das gemeinsame Essen, das dort von den noch Gehfähigen eingenommen werde, gleichsam vergifte. Weiter beanstandet Welhaven das Fehlen einer ordentlichen ärztlichen Betreuung; die Kranken seien sich weitgehend selbst überlassen. Das Spital stelle auch keine Medikamente zur Verfügung. Eine entsprechende Eingabe von ihm beim „Stiftelse“ (Trägerschaft, Leitung) sei noch nicht einmal beantwortet worden. Es sei einfach so, dass dem Träger des Hospitals dafür keine Mittel zur Verfügung stünden. Ferner liege die Pflege im Argen. Die Tätigkeiten der beiden angestellten Krankenpflegerinnen erschöpfe sich weitgehend im Bettenmachen, Hausputz und Wäschewaschen. Darüber hinaus hätten sie aber kaum Zeit für die eigentliche Krankenpflege, insbesondere die Versorgung der offenen Wunden, was vor allem bei den bettlägerigen Patienten, deren Zahl nicht gering sei, dringend erforderlich wäre. Schließlich bemängelt der Pfarrer noch, dass der Träger des Hospitals zu wenig Geld für den täglichen Lebensunterhalt der Kranken zuweise. Wenn es nicht immer wieder großzügige Spender aus Stadt und Land gäbe, müssten vor allem die nicht arbeitsfähigen Kranken „aus Mangel am Notwendigsten umkommen“, also doch wohl: verhungern. Welhaven meint, wenn das Hospital nicht weiterhin eine Art „*begravningsplats för lefvande*“, eine Grabstätte für Lebende sein solle, so müssten zunächst die Räumlichkeiten verbessert werden. Es bedürfe größerer und besser belüfteter Räume. Beide Geschlechter müssten getrennt voneinander schlafen, weil es unter den jetzigen Bedingungen immer wieder zu sexuellen Ausschweifungen gekommen sei. Die Schlafräume dürften nicht gleichzeitig auch Esszimmer sein. Die Essenszubereitung müsse besser beaufsichtigt werden, damit die Kranken nicht das essen, was ihnen gerade schmeckt, sondern was ihnen entsprechend ihrem Krankheitszustand gut tue. Vor allem aber müsse endlich ein Arzt angestellt werden und es müssten die erforderlichen Mittel bereitgestellt werden, damit der Lebensunterhalt der Kranken gesichert werden kann. Immerhin gelang es dem Pfarrer, durch von ihm eingesammelte Spenden in der Apotheke Salben, Öle, Kräuter und Pflaster - die er detailliert beschreibt - einzukaufen, um damit wenigstens die ärgsten Plagen dieser allgemein als unheilbar angesehenen Krankheit zu lindern. Die Kranken selbst

würden immer wieder betonen, wie hilfreich sie solche Anwendungen empfänden. Nur dadurch seien sie letztlich in die Lage versetzt worden, zu arbeiten. Fleißige Leute seien diese Kranken, meint Welhaven, wenn man bedenke, unter welchen erschwerten Bedingungen sie ihre Arbeit verrichteten. Die Arbeit der Frauen bestand meist in Spinnen, Nähen, Sticken und Weben. Die Männer stellten Seestiefel und Bauernschuhe her, auch Schwefelhölzchen, Löffel, Bottiche und Kübel. Auch fertigten sie allerhand Gerätschaften für die Landwirtschaft und knüpften Fischernetze. Ihre Nahrung bestand im Wesentlichen aus Fisch und Brot, Grütze und Milch. Manchmal brachten mitleidige Bauern auch etwas frisches Fleisch und Butter vorbei. Entsprechend den damals herrschenden Vermutungen über die Ursachen von Lepra meint Welhaven freilich, dass der Verzehr von frischem Hering für die Kranken sehr schädlich sei; gerade das sei aber ihre Hauptnahrung. Besonders in den Kriegsjahren 1813 und 1814 – Dänemark musste damals Norwegen an Schweden abtreten – sei es außerordentlich schwierig gewesen, ein Mindestmaß von Versorgung für die Patienten sicherzustellen. Ohne die Hilfe mildtätiger Spenden wäre dies nicht gelungen.

In seinem Aufsatz wendet sich Welhaven zuletzt mit einem flammenden Appell an die Öffentlichkeit.²⁸

„Der innerlich erschütterte Menschenfreund, der seinen so elenden Bruder vor sich sieht, muss sich verpflichtet fühlen, diesem nach bestem Vermögen seine helfende Hand zu reichen. Mit diesem Bericht über diese mir bekannte Schar elender Menschen versuche ich auch eine Pflicht zu erfüllen, die sich aus meinem Amtsverständnis als Pfarrer ergibt. Ich möchte mehr Menschen als diejenigen, die unmittelbar mit den Leprakranken zu tun haben, mit der Situation dieser Kranken und ihren Bedürfnissen bekannt machen, vor allem diejenigen, die aufgrund ihrer herausgehobenen Stellung im bürgerlichen Gemeinwesen zu ihrer Unterstützung und Rettung beitragen können und wollen. Ich wende mich ferner auch an diejenigen, die durch Kenntnisse und Begabungen dazu beitragen können, die kommenden Geschlechter von dieser grausamen Krankheit zu erretten.

Oft habe ich mit großer Freude erfahren, dass meine Reden bei öffentlichen Anlässen Anteilnahme für diese unglücklichen Menschen geweckt haben. Wenn es mir gelingen sollte, mit

28

Welhaven a. a. O., S. 9

dieser kleinen Schrift ebenso erfolgreich zu sein, so würde ich darüber glücklich sein, eine mir lieb gewordene Pflicht erfüllt zu haben.“

Gänzlich „unheilbar“ war Lepra allerdings auch schon damals nicht. Es gab spontane Heilungen, die aber weniger auf die damaligen Behandlungsmethoden als auf den natürlichen Krankheitsverlauf zurückzuführen waren. Zur Linderung der Krankheitsfolgen haben damals verabreichte Mittel aber sicherlich beigetragen. Danielssen etwa empfahl die Anwendung von Kampferöl, Wacholderbeeröl, Terpentin, Spiritus paralyticus, Schwefelblumensalbe, Blauhutsalbe, Alaun und Lakritze. Mit salizylsaurem Natron scheint er die besten Erfolge erzielt zu haben. Die Wundversorgung erfolgte vornehmlich durch schmerzlindernde Salben. Darüber hinaus gab es symptomatische Behandlungen. Dazu zählte etwa das Durchschneiden der Cornea zur Erhaltung des Sehvermögens. Verwachsungen des Pupillenrandes mit der Linsenkapsel wurden iridektomiert. Es wurde auch – ohne Erfolg – versucht, das Zusammenwachsen der Stimmbänder durch Einschnitte zu verhindern. Gegen Erstickungsanfälle dienten Brechmittel. Häufig musste man aber zur Tracheotomie greifen, um den Erstickungstod zu verhindern.

Das im Folgenden wiedergegebene „Klagelied“ des leprösen Norwegers Peder Olsen, geschrieben im St. Jörgens Hospital in Bergen im Jahr 1835, spricht für sich und bedarf keiner weiteren Kommentierung.²⁹ Es ist in Auszügen auch im Aufsatz von Richards in einer freien (gereimten) Übersetzung ins Englische abgedruckt.³⁰ Es handelt sich hier um eine bemerkenswerte Schilderung der Verhältnisse im Lepra-Hospital und das Schicksal lepröser Menschen überhaupt durch einen selbst betroffenen Augenzeugen. Dieses Klagelied ist das erste von 4 abgedruckten Gedichten des Peder Olsen. Er schildert darin seine Lebensgeschichte, von einer sorglosen glücklichen Kindheit bis hin zu den unglücklichen Jahren im Lepra-Hospital St. Jörgen in Bergen. Er berichtet von den Tränen seiner Mutter und von Erniedrigungen, aber auch von Gaben großzügiger Spender.

²⁹ Olsen (1835)

³⁰ Richards (1958), S. 101, 105.

Peder Olsen litt an der paucibazillären Form von Lepra, wurde im Jahr 1832 in dieses Hospital aufgenommen und lebte dort 17 Jahre lang bis zu seinem Tod im Jahr 1849.

Die folgende Wiedergabe enthält Auszüge des Klagelieds:

| <u>Englische freie Übersetzung</u> | <u>Norwegischer Originaltext</u> |
|---|--|
| <p>„<i>This is my urgent daily prayer- forsake me not O God, draw near, for I am weak and frail. Great anguish is within my heart, increases and will not depart; my head with pain is heavy, my eyes are growing dim.</i></p> | <p><i>Thi jeg er svag og skröbelig. Min Gud, min Gud, forlad ei mig, det maa jeg daglig bede. Stor Angest jeg I Hjertet baer, for Pinen I mit Hoved er, som Dag for Dag tiltager, og synet fra mig drager..</i></p> |
| <p><i>I dream of when I was a lad, of all the happy times I had – a joy it was to live. But fortune quickly changed her face/ and sorrow then did joy replace. For me and many more this fate has lain in store.</i></p> | <p><i>Jeg taenker paa min Ungdomstid, da Verden syntes mig saa blid, og lystigt var at leve. Men lykken vendte sig strax om, og Sorg igjen for Glaeden kom. Det er det Verden giver, ja, mig og andre flere.</i></p> |
| <p><i>I was not yet fifteen years old, my mind was full of joys untold, then were they all cut short. Pain overcame me and did start quickly to pierce marrow, bone, and heart./ Oh it was hard to bear this burden laid on me!</i></p> | <p><i>Jeg var omtrent en 15 Aar, da jeg paa glade Födder staar, og kan ei laenger komme. For Sorgen traengte sig saa ind, igjennom Hjerte, Marv og Been, saa det var haardt at tage imod saa stor en Plage.</i></p> |
| <p><i>Then for my father God did send, his misery now was at an end,</i></p> | <p><i>Saa kom den Tid at Herren til sig kalde nu min Fader vil</i></p> |

his days on earth were done. og ende hans elende.
 Four children stood around the grave/ Han fire Börn sig efterlod,
 and watched with silent faces brave, der alde omkring Graven stod,
 as his tired bones were laid den Dag hans traette Lemmer,
 in their earthy resting place. blev lagt I Muldets gjemmer.

We lepers can no doctors get, Men vi kan ingen Laege faae,
 here must we stay and wait and fret, I Hospitalet vi blive maae,
 until our time is up. indtil vor Tid er omme.
 Peter from prison did escape, Som Peder slap af Faengsel ud,
 because on God's grace he did wait./fordi han holdt sig fast til Gud.
 O God break now the chains Saa bryd O Gud den Laenke,
 which bind our limbs with pains. som vore Lemmer kraenke.

One is covered with sore on sore, Den ene haver Saar I Saar,
 another is dumb – speaks no more, den Anden han paa Krykker gaaer,
 a third hobbles on crutches; den Tredje kan ei tale,
 a fourth no daylight now can see, den Fjerde kan ei Dagen see,
 a fifth has lost all his fingers. den Femte har ei Haenderne,
 Surely now it is clear Saa kan Enhver vel vide,
 what we must suffer here? Hva Ondt vi her maa lide.

But even if our health be lost , Og om vi haver Hilsen mist,
 yet are we not from God's sight tossed,/ saa er vi ei fra Gud bortvist,
 that we can daily see. det kan vi daglig skue.
 Wonderful gifts to us God sends, Gud sender mangen fremmed Ven,
 provides us with kind, unknown friends;/ ja, Höi og Lav, Qvinder og Maend,
 both rich and poor are they. med Gaver som er skjønne.
 O God do Thou repay. Og Gud, du dem belönne.

So now I end my humble song; Saa slutter jeg min ringe Sang.
 O God let not the time be long – O Gud, du gjör ei Tiden lang,

| | |
|---|---------------------------------------|
| <i>but Thy will be done, O Lord.</i> | <i>men skee O Gud din Villie.</i> |
| <i>My wish it is, I who am weak,</i> | <i>Mit Önske er, jeg som er svag,</i> |
| <i>after my death Thy throne to seek;</i> | <i>naar Sjel og Legem skilles ad,</i> |
| <i>to praise Thee and behold</i> | <i>jeg skue maae Guds Throne,</i> |
| <i>Thy countless joys untold.</i> | <i>mit Halleluja udsjunge.</i> |

In seinem Lied – Stand 1835 - beklagt Peder Olsen ja u. a. das Fehlen jeglicher ärztlicher Behandlung im Hospital. Später besserten sich allerdings die Verhältnisse. In einem gewissen Widerspruch zu den Klagen des Peder Olsen steht scheinbar das Informationsmaterial des Lepra-Museums in Bergen, wonach bereits ein Jahr nach der Veröffentlichung des Aufsatzes von Welhaven (1816), also 1817, beschlossen worden sei, dass das Hospital eine eigene Arztstelle und mehr Pflegepersonal, die Patienten außerdem kostenlose Heilmittel erhalten sollten. In der Tat wurde ein Arzt namens Jacob C. Th. Teuscher (1772 – 1846) im St. Jörgen Hospital als Chirurg angestellt. Da aber die Sterblichkeit dort weiter hoch war, fand dieser mit seiner Arbeit wenig Anerkennung, worauf die Anstellung wieder aufgehoben wurde. Reichborn-Kjennerud, Grön und Kobro meinen, dies sei ein Exempel dafür, wie wenig die Verwaltung zu Beginn des 19. Jahrhunderts von medizinischer Sachkunde gehalten habe und gleichzeitig auch dafür, wie wenig Einfluss die Ärzteschaft damals in hygienischen Fragen nehmen konnte.³¹ In den Jahren nach 1830 änderte sich diese Situation jedoch. Jetzt trat eine Reihe hervorragender Ärzte auf den Plan, die gewillt waren, sich auch in Bereichen Einfluss zu verschaffen, von denen man bisher geglaubt hatte, auch ohne ärztliche Hilfe auskommen zu können. Dazu trug auch der Schock einer Cholera-Epidemie im Jahr 1833 bei.

Jedenfalls führte Norwegen als erstes Land noch vor der Mitte des 19. Jahrhunderts medizinische Behandlung und Pflege in den Lepra-Hospitälern ein. Im Jahr 1839 wurde der berühmte Arzt C. D. Danielssen als leitender Arzt im St. Jörgens Hospital angestellt.

Lebten früher die Hospitäler vor allem von Schenkungen und Vermächtnissen aller Art, von denen sich die Geber himmlische Vorteile erhofften, so wurden später auch die Kommunen zur Mitfinanzierung herangezogen.

³¹ Reichborn,-Kjennerud, Grön, Kobro a. a. O.

So bezahlten etwa die Distrikte um Bergen - dies sogar schon im 18. Jahrhundert - eine Art Hospitalsteuer („*hospitalstold*“ oder „*mantalspengar*“), womit sie das Recht erwarben, Patienten in ein Hospital in Bergen abzugeben.

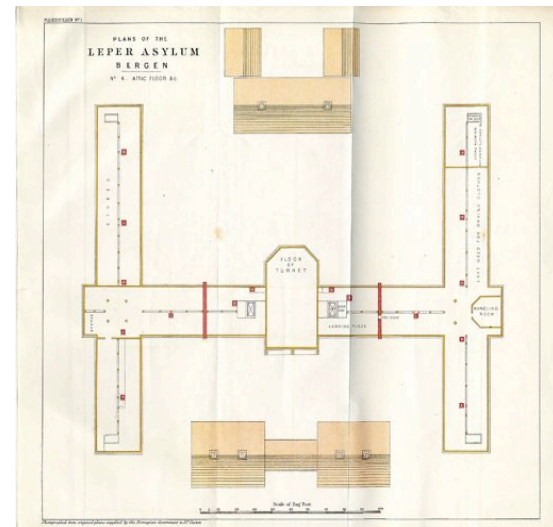
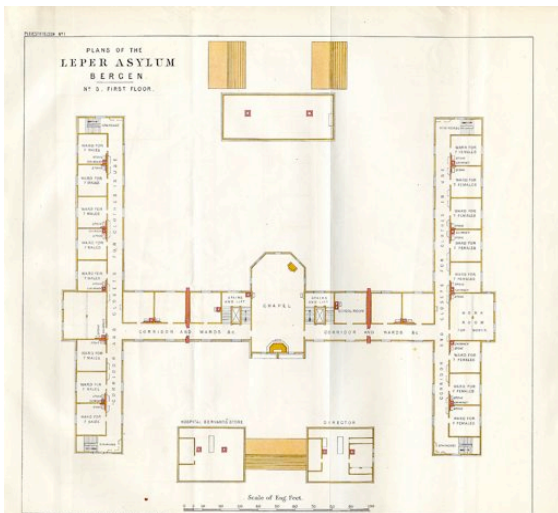
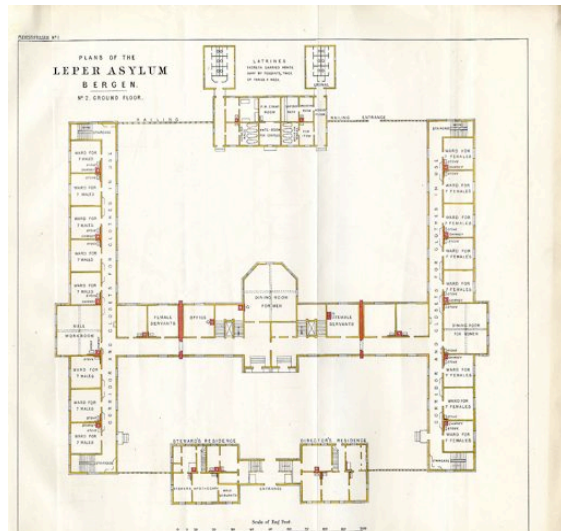
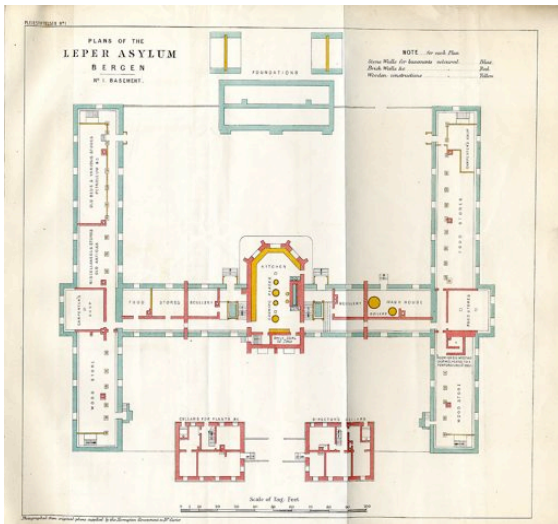


Abbildung 12: Pleiestiftelse no 1; Grundrisse. Quelle: Vandyke Carter (1874)

6.3. Gesetzliche Maßnahmen in Norwegen

Schon immer, dies zeigen schon die biblischen Regeln und Rituale, waren Maßnahmen gegen Aussatz / Lepra weniger eine Bekämpfung der Krankheit selbst, sondern hauptsächlich der von ihr betroffenen Menschen. Immer wieder wurden gesetzliche Regelungen gefordert und auch erlassen. Im südwestlichen Norwegen scheint Lepra schon immer eine besonders gefürchtete Krankheit gewesen zu sein. Schon im frühen 11. Jahrhundert bestimmte ein Gesetz („*gulathings*“-Gesetz), dass Leprakranke („*likprar men*“) vom Militärdienst befreit sind. Es gab auch damals schon Bestimmungen, wonach ein Eheversprechen ungültig war, wenn es sich herausstellte, dass einer der Partner an Lepra litt.³² Es wird berichtet, dass im Mittelalter (1325) ein Bischof von Bergen namens Håkon anordnete, zur Vermeidung einer Ansteckung anderer Menschen dürfe ein Lepröser nicht mehr unter Gesunden leben. Dabei versäumte er nicht darauf hinzuweisen, es handle sich hierbei keineswegs um ein neues Gesetz, sondern lediglich um eine Aktualisierung weit älterer Anordnungen. (Dabei hatte der Bischof sicherlich auch die alten biblischen Regeln im Blick). Richards zitiert eine dänische Quelle, wonach z.B. 1661 auf den halbwegs zwischen Norwegen und Island gelegenen Färöer Inseln folgende Forderung - von wem auch immer - erhoben wurde.³³

„Weil es eine so große Zahl von Leprakranken in allen Teilen des Landes gibt, die täglich steigt, und zu befürchten ist, dass viele Menschen infiziert werden und wir der Krankheit nicht mehr Herr werden können, fordern wir, dass befohlen wird, dass die Leprakranken in ein Hospital geschickt werden, wenn nicht freiwillig, dann mit Gewalt.“

Ob diese Forderung ein Gesetz zur Folge hatte, ist nicht bekannt. Sie unterstreicht jedoch die allgemeine Tendenz zur Isolierung leprakrankter Menschen. Grundsätzlich gab es mehrere Gründe, die leprakranke Menschen veranlassen konnten, unter Zurückstellung größter Ängste und Bedenken „freiwillig“ ein Lepra-Hospital bzw. -Asyl aufzusuchen:

⇒ Ökonomische Zwänge

³² Richards (1958), S. 105

³³ a. a. O., S.103

- ⇒ Der Druck der öffentlichen Meinung
- ⇒ Gesetzliche Maßnahmen, die es in bestimmten Ländern zu bestimmten Zeiten gab.

In Norwegen wurden gesetzliche Maßnahmen zur Isolierung Leprakranker freilich eine Zeitlang durch die weit verbreitete Meinung der hoch angesehenen medizinischen Kapazitäten Danielssen und Boeck, wonach Lepra keine infektiöse Krankheit, sondern erblicher Natur sei, behindert. Gleichzeitig nahm, nicht zuletzt im Zuge der Entdeckungen und Veröffentlichungen von Hansen, der Druck auf die Kranken, sich in Isolation zu begeben, allmählich zu. Ein darauf abzielendes norwegisches Gesetz war das „*Lov om försörgelse af fattige spedalske*“ (Gesetz zur Versorgung armer Leprakranker) vom 26. Juni 1877³⁴. Es nahm den Kranken das Wohnheitsrecht des „*legge i legt*“. Dies war ein alter norwegischer Brauch, wonach mittellose Menschen von Hof zu Hof wandern und sich dort jeweils zwecks Versorgung ein paar Tage aufhalten durften. Jetzt wurde armen Menschen, so sie leprös waren, dieses Recht genommen, mit der Maßgabe, dass sie zur Versorgung die Hospitäler aufsuchen oder eben zu Hause in strenger Isolierung leben sollten. Die lokalen Behörden hatten zu überprüfen, ob die häuslichen Verhältnisse für ausreichend befunden wurden. Mann und Frau durften zwar auf ihren Wunsch im Prinzip weiterhin zusammen leben, doch konnten sie auch zwangsweise getrennt werden, wenn dies die Gesundheitsbehörde für dringend geboten hielt. Nach dem Tod des Kranken durften seine Kleider und die Bettwäsche erst nach gründlicher Desinfektion weitergegeben werden. (Dies unterstreicht ja auch die große Armut eines Teils der Bevölkerung, wenn selbst die abgetragene Kleidung kranker Menschen noch Abnehmer fand). Vor dem Hintergrund der jetzt allgemein anerkannten Existenz des Lepraerregers wurde am 06. Mai 1885 ein weiteres, verschärftes norwegisches Gesetz erlassen, das „*Lov angaaende spedalskes afsondring och indlæggelse i offentlig pleie- eller helbredelseanstalt*“ (Gesetz betreffend die Isolierung Leprakranker und ihre Überführung in eine öffentliche Heil- oder Pflegeanstalt) .³⁵ Jetzt waren alle Leprakranken, nicht nur die armen, gesetzlich verpflichtet, entweder ein Lepra-Hospital aufzusuchen oder zu Hause in strenger Isolation zu leben.

³⁴ Vogelsang (1968), S. 94-99; Waaler (1985), S. 41

³⁵ Original und Übersetzung im Anhang 1 abgedruckt

Wer sich nicht strikt an die Auflagen hielt, konnte nach einer Verwarnung durch das Gesundheits-Komitee zwangsweise in ein Hospital eingeliefert werden. Beide Gesetze beruhen auf Vorschlägen des Dr. Armauer Hansen. In der Öffentlichkeit, vor allem auch seitens der Ärzteschaft gab es zweifellos große Vorbehalte gegen diese Gesetze, die als inhuman angesehen wurden. Dies sei der letzte Tropfen im Leidensbecher der Leprakranken. In ganz Skandinavien hatten ja die individuellen Freiheiten schon immer einen sehr hohen Stellenwert, auch wenn davon nicht alle Bevölkerungsschichten profitierten. Man denke nur an die von den Wikingern gehaltenen Sklaven, die überhaupt keine Rechte hatten und wie Sachen behandelt wurden. Gegen die Anfeindungen setzte sich Hansen mit dem Argument zur Wehr, es sei überaus human, gesunde Menschen vor Ansteckung zu schützen. Die Kranken hätten nicht nur einen Anspruch auf Fürsorge, sondern auch Verpflichtungen gegenüber ihren Mitmenschen. Das hohe Rechtsgut der individuellen Freiheit solle nicht mehr als unbedingt erforderlich eingeschränkt werden. Die Vorbehalte verschwanden dann allmählich in dem Maße, wie die Zahl der Erkrankungen dann tatsächlich zurückging, was man - zu Recht oder zu Unrecht - zumindest *auch* auf diese gesetzlichen Maßnahmen zurückführte.

Hansen und Looft behaupten, in Norwegen sei die Isolation nie obligatorisch, aber letztlich doch sehr effizient gewesen, weil der Staat alle damit verbundenen Kosten übernommen und dadurch die betroffenen armen Familien wirtschaftlich entlastet habe.³⁶ Die Leprösen hätten ja auch zu Hause bleiben können, hätten sich dann allerdings an bestimmte, vom örtlichen Gemeinderat aufgestellte Regeln zur Isolation halten müssen. Es gelte, die Isolation, je nach den lokalen Verhältnissen, in einer humanen, aber doch erfolgreichen Weise durchzuführen.- Dies ist sicher eine sehr wohlwollende Auslegung des Begriffs Freiwilligkeit. Faktisch lag eben doch eine obligatorische Isolation vor, wenn auch nicht immer zwingend in den Hospitälern.

Die norwegischen Lepragesetze haben später anderen Ländern als Vorbild gedient. Auch das norwegische Tuberkulosegesetz profitierte von den zeitlich früheren Lepragesetzen, sowohl hinsichtlich der Ausführung als auch der Akzeptanz durch die Öffentlichkeit.

³⁶ Armauer Hansen / Looft (1894), S. 35 ff.

7. Die wissenschaftliche Erforschung der Lepra in West-Norwegen

7.1. *Bedeutende skandinavische Lepraforscher als Vorläufer des Armauer Hansen*

Um 1780 versuchte der letzte deutsche „Stadtphysikus“ in Bergen, J. A. W. Büchner, Lepra mit bestimmten Bädern und mit Diät zu heilen, jedoch ohne Erfolg. Resignierend stellte er fest, nach diesen missglückten Versuchen müsse man eben die Krankheit als unheilbar betrachten und die Kranken ihrem tragischen Schicksal überlassen. Ungeachtet dessen erwarb sich Büchner aber bei der Bekämpfung der Krankheit doch Verdienste.

Er wandte sich nämlich an die Geistlichkeit, da er meinte, zu dieser hätten die Kranken größeres Vertrauen als zu der Ärzteschaft - ein schönes Beispiel für medizinisch-theologische Kooperation. Büchner gab also den Pfarrern schriftliche Regeln für Reinlichkeit, Diät und Bäder an die Hand. Die Bevölkerung- sie besuchte damals noch regelmäßig die Gottesdienste -, von ihrem Pfarrherrn dementsprechend strengstens ermahnt, soll sich an diese Regeln einigermaßen gehalten haben, soweit dies die häusliche Armut überhaupt zuließ. Nach Beendigung seiner 45-jährigen Dienstzeit konnte Büchner immerhin mit Befriedigung konstatieren, dass die Belegung des St. Jörgen Hospitals mit Leprakranken deutlich zurückgegangen war. Leider war dieser Erfolg aber nur von kurzer Dauer, weil die Zahl der Leprakranken in der Folge wieder zunahm, weshalb zusätzliche Bettenkapazitäten benötigt wurden.³⁷ Offensichtlich war Büchner aber nicht in einem Lepra-Hospital als Arzt angestellt, sondern war eher eine Art Amtsarzt für ganz Bergen und Umgebung.

Auf den früheren „*Stads-Physicus i Bergen, Justitiae-Raadet Bückner*“ (hier also nicht Büchner geschrieben) beruft sich später auch der bereits erwähnte Anstaltspfarrer im St. Jörgens - Hospital Bergen, J. E. Welhaven bei seiner Aufzählung der damals gängigen Vermutungen zur Ursache und Verbreitung von Lepra in seinem 1816 veröffentlichten ausführlichen Bericht.³⁸

³⁷ Vogelsang (1968), S. 100

³⁸ Welhaven, (1816), S. 2-6

Bückner oder Büchner, „*ein zu seiner Zeit sehr bekannter, aufgeklärter und erfahrener Arzt*“, habe die von den allgemeinen Gesundheitsregeln stark abweichende damalige Lebensweise der Bauern, ihre Kleidung, ihr Essen, die mangelnde Körperpflege und Sauberkeit überhaupt als zumindest mitursächlich für den Ausbruch und die Verbreitung dieser Krankheit angesehen. Deren „*natürliche Mutter*“ sei zweifellos die Unordentlichkeit. (Anmerkung: Hier hat ein erfahrener Arzt die zutreffenden Schlüsse aus den richtigen Beobachtungen gezogen!). Aber auch das Klima und Wetter könne mitursächlich sein, ebenso die zu gewissen Zeiten aus der Erde aufsteigenden Dünste, auch Nebel und Feuchtigkeit, vor allem in den Küstengebieten. Diese Ausdünstungen und Dämpfe trage der Bauer in seiner Kleidung dann auch in seine verrauchte Hütte, wo er später, unbekümmert um seine Gesundheit, die noch feuchten Kleider wieder anziehe. In dieser aber stecke nun der Keim der Ansteckung.

Welhaven selbst bekennt, dass er trotz seiner jahrelangen sorgfältigen Beobachtung der Kranken und ihrer Krankheit deren eigentliche Ursache nicht ergründen konnte.³⁹ Folgendes halte er jedoch für bewiesen:

- Lepra werde bisweilen von Eltern auf ihre Kinder übertragen, vor allem von Seiten der Mutter. Im Hospital seien oft Eltern zusammen mit ihren Kindern eingeliefert worden.
- Lepra könne (nicht: müsse) auch durch Beischlaf übertragen werden. Welhaven beruft sich dabei auf einen Einzelfall: Eine junge Bäuerin sei zusammen mit ihrem hochgradig leprösen Mann und einem sechsjährigen Mädchen ins Hospital eingeliefert worden. Bei der Frau habe man zu diesem Zeitpunkt noch kaum Symptome von Lepra feststellen können, beim Kind erst recht nicht. Während des Aufenthaltes im Hospital sei dann bei der Frau die Krankheit voll ausgebrochen, während das Kind gesund blieb. Dieses sei viele Jahre später im Hospital konfirmiert und einige Zeit später – nach wie vor bei blühender Gesundheit - auf eigenen Wunsch entlassen worden. Die Mutter habe allerdings gemeint, ihr Mann sei bei der Zeugung des Kindes noch nicht leprös gewesen. Der - inzwischen im Spital verstorbene - Mann sei der jüngste von sechs Geschwistern gewesen, die alle gesund (gewesen) seien, ebenso deren Eltern

³⁹ Welhaven a. a. O., S. 3-6

- Lediglich von einer Tante des Großvaters wisse man, dass diese leprakrank war. Welhaven führt noch weitere Einzelfälle an und meint, oft liege die Krankheit in der Familie, auch wenn man sich schwer vorstellen könne, dass diese manchmal ganze Generationen übersprungen haben soll, bevor sie wieder zum Ausbruch kam. Er kann es sich nicht erklären, dass zum Beispiel drei Geschwister im Hospital aufgenommen wurden, die dort, schwer leprös, nacheinander verstarben, während ihre Eltern und auch andere Geschwister gesund waren. Vor allem ist es ihm unerklärlich, wieso ein Kind, das von einer leprösen Frau zur Welt gebracht wurde, völlig gesund war und auch blieb, obwohl drei ältere Geschwister leprös waren.
- Es sei allerdings nicht zwingend, dass Lepra durch Fortpflanzung von Eltern auf Kinder übertragen werde. Er berichtet von einem Fall, bei dem ein neunjähriger Junge mit Verdacht auf Lepra nur deshalb ins Hospital eingewiesen wurde, weil seine Mutter leprös war. Mit 63 Jahren habe dieser immer noch im Hospital gelebt, genau gesagt: leben müssen, obwohl er absolut gesund und in jeder Hinsicht tüchtig gewesen sei. Es erstaunt, dass der sonst so kritisch denkende Pfarrer Welhaven mit der Schilderung dieses Einzelschicksals nicht ausdrücklich einen handfesten Medizinskandal anprangerte, denn schließlich wurde hier ja ein völlig gesunder Mensch jahrzehntelang im Hospital festgehalten. Aber vielleicht - und wahrscheinlich - war es ja auch so, dass man dort eine zupackende gesunde - und unentgeltliche - Hilfskraft dringend benötigte und der Betroffene selbst keine verlockende Alternative in einem armseligen Dasein außerhalb des Hospitals sah.
- Allein durch täglichen engen Kontakt mit Leprösen werde die Krankheit offensichtlich nicht übertragen. Im oben erwähnten Fall des gesund im Hospital gehaltenen Mannes sei es doch so gewesen, dass dieser in einem winzigen Schlafzimmer eng mit schwer leprösen Menschen geschlafen und aus dem gleichen Geschirr wie diese gegessen und getrunken habe. Auch in der überfüllten[!] Kirche säßen ja im sonntäglichen Gottesdienst viele einfache Arbeiter in den für Lepröse reservierten Bänken, manchmal in großer Sommerhitze, eng gedrängt mit den Kranken, ohne schädliche Folgen. Auch sei ihm kein Fall bekannt, dass eine Krankenpflegerin jemals mit Lepra angesteckt wurde. Allerdings seien diese durch den langjährigen schweren Pflegedienst oft vorzeitig völlig verschlissen. Deshalb würde ihnen nach acht- oder neunjährigem treuem Dienst im Hospital, sofern sie dies

wünschen, gestattet, danach freiwillig weiterhin im Hospital zu wohnen und zu leben, unter den gleichen Bedingungen wie die dortigen Patienten. Hier drängt sich dem Leser die Frage auf, wie wenig verlockend die Perspektive eines Lebens außerhalb des Hospitals für die alt gewordenen Krankenpflegerinnen gewesen sein muss, wenn sie freiwillig in dieser als so trostlos geschilderten Einrichtung verblieben.

Seine eigenen Beobachtungen führen Welhaven schließlich zu folgenden Schlussfolgerungen.⁴⁰ Die tieferen Gründe für den Ausbruch von Lepra lägen letztlich in der Lebensweise der betroffenen Menschen, der mangelnden Sauberkeit und im Klima. Auffallend sei jedoch, dass von mehreren Mitgliedern einer Familie, die eng zusammen wohnen, schlafen und essen und der gleichen Beschäftigung nachgehen, immer nur Einzelne betroffen sind. Welhaven vermutet deshalb, dass im Körper einzelner Menschen ein verborgener „Samen“ liege, der sich unter bestimmten Bedingungen entwickle, z.B. durch schnelle Veränderung des Wetters oder durch das Tragen schweißgetränkter nasser, schlecht belüfteter Kleider. Häufig folge der Ausbruch von Lepra einer starken Erkältung, der viele Menschen durch ihre harte Arbeit zu Land oder zur See ausgesetzt seien. Er beruft sich hierbei auch auf typische Einzelfälle: Einer der Leprakranken im Hospital habe ihm versichert, dass er durch harte Arbeit auf See stark geschwitzt habe, dann aber sei es plötzlich kalt geworden, was ihn habe schauern lassen. Danach sei sein ganzer Körper angeschwollen und bald darauf hätten sich die ersten Lepraknoten gezeigt. Ein junger Mann habe als Hirtenjunge barfuß und in schlechter Kleidung stark unter Regenschauer und Frost gelitten. Er habe oft stundenlang in durchnässter Kleidung in der Kälte ausharren, oft auch darin schlafen müssen, was er als Grund für den Ausbruch der Lepra betrachte. Welhaven meint, dass zusätzlich auch noch der häufige Verzehr von warmem, schlecht gesalzenem Fisch, vor allem dessen Leber und Fett, eine Rolle gespielt haben könnte. Aber all dies seien letztlich reine Vermutungen und keine Beweise.

Eine Verbesserung der unzumutbaren Verhältnisse in den Hospitälern, insbesondere der Hygiene, trat ein, als im Jahr 1839 Daniel Cornelius Danielssen (1815 - 1894) als leitender Arzt am St. Jörgen Hospital in Bergen angestellt wurde. Erstmals begann nun ein Arzt mit systematischen wissenschaftlichen Studien über das Phänomen Lepra, deren Ergebnisse große Bedeutung für das

⁴⁰ Welhaven (1816), S. 5

Verständnis dieser Krankheit erlangten⁴¹. Diese- auch finanziell unterstützten - Studien profitierten natürlich von den großen naturwissenschaftlichen Entdeckungen im 19. Jahrhundert, die das Verständnis physiologischer und pathologischer Prozesse in der Medizin erleichterten. Eine nüchterne objektive Betrachtungsweise ersetzte nun die früher weit verbreitete Spekulation über die Lebensverhältnisse Gesunder und Kranker. 1858 etwa verkündete der deutsche Pathologe Rudolf Virchow (1821 - 1902) seine Lehre von der Zellulärpathologie („*omnis cellula ex cellula*“), die zu einer völlig neuen Sichtweise von Krankheiten führte. Damit trat die Bedeutung des Blutes und der Körperflüssigkeiten überhaupt in den Hintergrund, während nunmehr die Zellen als Grundelemente organischen Lebens als Ausgangspunkt für Krankheiten galten. Virchow übte ja auch auf die Hygienegesetzgebung in Deutschland sowie auf die soziale Fürsorge großen Einfluss aus. Diese Entwicklungen blieben natürlich auch den norwegischen Naturwissenschaftlern und medizinischen Forschern nicht verborgen.

1840 erhielt der spätere Professor für Dermatologie, Carl Wilhelm Boeck (1805 - 1875) durch königlichen Erlass ein Stipendium für das Studium der Lepra am St. Jörgen Hospital Bergen. Dort betrieb er zusammen mit dem Chefarzt der Klinik, D. C. Danielssen, gemeinsame Studien.⁴² Als Ergebnis dieser Studien veröffentlichten beide Mediziner 1847 in Christiania (Oslo) ihr berühmt gewordenes Standardwerk „*Om Spedalskhet*“ („Über Lepra“). In diesem Werk wurde das Krankheitsbild der Lepra – ihre unterschiedlichen Symptome, ihr Verlauf – genau beschrieben. Wirksame Heilmethoden konnten allerdings nicht angeboten werden. Ein Atlas mit Zeichnungen von Losting ergänzte das Werk. Ein Jahr später wurde dieses auch in französischer Sprache herausgegeben und erhielt den „*Prix Monthyon*“ der französischen Akademie. Sogar der große Rudolf Virchow („*Die krankhaften Geschwülste*“, Berlin 1863) bezeichnete in seinem Buch die Arbeiten von Boeck und Danielssen als bahnbrechend. Einschlägige Arbeiten aus früherer Zeit seien demgegenüber kaum noch von wissenschaftlichem Interesse. Zuvor (1858) war Virchow auf Einladung der norwegischen Regierung zu Studienzwecken in die von Lepra am stärksten betroffenen norwegischen Gebiete gereist.

Als Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen 1968 als Assistenzarzt am Pleiestiftelse Nr. 1 in Bergen angestellt wurde, war sein Chef - auch dort - die anerkannte medizinische Koryphäe D. C.

⁴¹ Waaler (1985), S. 9- 23; Gould (2005), S.40 ff.; Vogelsang (1962), S. 15- 18; Vogelsang (1968), S. 45-47

⁴² Vogelsang (1962), S. 16-18

Danielssen. Für diesen muss es schmerzlich gewesen sein, dass sein Lebenswerk später stark gegenüber den Entdeckungen seines früheren Gehilfen verblasste.

Im Übrigen war Danielssen aber in Bergen eine außerordentlich wichtige Persönlichkeit; in allen möglichen wichtigen Kommissionen war er Mitglied. Er erwarb sich auch große Verdienste beim Auf- und Ausbau des 1825 gegründeten Bergen Museum, einer wissenschaftlichen Institution und Vorläufer der späteren (1948 gegründeten) Universität.

In den Vorstand dieser Institution wurde er 1852, zu ihrem Präsidenten 1864 gewählt. Er übte diese Funktion 20 Jahre lang bis zu seinem Tod im Jahr 1894 aus.

7.2. Die wissenschaftliche Lehre von der Erbllichkeit der Lepra

Eigentlich hatte man Lepra „schon immer“ für eine ansteckende Krankheit gehalten. Dann gab es aber in Norwegen - und darüber hinaus - im 19. Jahrhundert einen erbitterten Streit darüber, ob Lepra erblich sei bzw. ob Vererbung zumindest eine ausschlaggebende Rolle bei der Weitergabe der Krankheit von Mensch zu Mensch spiele.⁴³ Vor der Entdeckung des *Mycobacterium leprae* war, fußend auf dem Standardwerk von Danielssen und Boeck, die Theorie von der Vererblichkeit herrschende Lehre.⁴⁴ Aber auch nach der Entdeckung des Bacteriums gab es Mediziner, die der Vererbung weiterhin eine entscheidende Bedeutung beimaßen.

Es ist eigentlich nicht erstaunlich, dass die beiden berühmtesten Verfechter ihrer jeweiligen Theorien, Boeck und Hansen, erst nach Nordamerika reisen mussten, um dort wirklich schlüssige Beweise für ihre Ansichten zu finden.⁴⁵ Denn damals wanderten gerade aus den von Lepra besonders befallenen Küstenregionen Norwegens viele Menschen nach den USA aus. In den Jahren 1869 / 1870 hielt sich Carl Wilhelm Boeck dort zu Studienzwecken auf. Er untersuchte 18 Lepra-Fälle mit norwegischem Emigrantenhintergrund. In 8 dieser Fälle brach die Krankheit erst 2½ bis 14 Jahre nach der Ankunft in den USA auf. Da außerdem sämtliche Patienten auch lepröse Verwandte in Norwegen hatten, schloss Boeck daraus, dass die Kranken eine Disposition für

⁴³ Lang (1885), S. 1 ff.

⁴⁴ Vogelsang (1968), S. 48

⁴⁵ a. a. O., S. 89-93

Lepra aus Norwegen bereits mitbrachten. Er sah darin einen klaren Beweis für die Erbllichkeit der Lepra. Dies entsprach auch der damals weit verbreiteten Auffassung, dass die meisten Krankheiten ihre Ursache in einer Veränderung des Blutes haben. Man glaubte daher, auch bei leprakranken Menschen sei, bedingt durch ungünstige Lebensverhältnisse, eine solche Veränderung entstanden, die dann auf die Nachkommen vererbt wurde, so dass bei diesen Lepra spontan auftreten könne.

Diese USA-Studien ließen nun Hansen wiederum keine Ruhe; auch ihn zog es deshalb nach Nordamerika, um sich dort ein eigenes Bild von der Situation zu machen. Nachdem ein Antrag auf Übernahme der Reisekosten vom norwegischen Parlament abschlägig beschieden worden war, wurde die Studienreise durch eine großzügige Einladung eines von Bergen nach St. Paul in Minnesota ausgewanderten norwegischen Kollegen, Dr. Eduard Boeckmann (1849 - 1927), im Jahr 1887 doch noch ermöglicht. Dort stellte Hansen fest, dass in den USA von den Nachkommen der etwa 170 leprösen norwegischen Einwanderer kein einziger selbst leprös geworden war. Er führt dies auf die nach seinen Beobachtungen im Vergleich zu Norwegen in den USA weit besseren hygienischen Verhältnisse („größere Reinlichkeit“) und der Wohnverhältnisse überhaupt zurück. In Amerika seien die Wohnhäuser geräumiger, so dass, anders als in Norwegen, die Menschen in der Regel ihr eigenes Zimmer, mindestens aber ihr eigenes Bett hätten. Dies allein sei schon eine ausreichende Isolation, die die Ausbreitung der Krankheit in den meisten Fällen verhindere. Wäre Lepra erblich, könne dieser Effekt ja nicht eintreten. Er weist auch auf die bei Lepra häufig beobachtete bzw. vermutete lange Inkubationszeit hin. Hansen spielt unter Hinweis auf einen im Standardwerk von Boeck und Danielssen geschilderten Einzelfall den Ball an diese zurück: Es geht um einen Belgier oder Holländer, der 10 Jahre nach der Rückkehr aus den Kolonien leprös wurde. Hier sei kein erblicher Hintergrund erkennbar. Deshalb könne sich der Mann nur dort angesteckt haben, auch wenn die Krankheit erst lange Zeit später ausgebrochen sei. Hansen weist aber gleichzeitig darauf hin, dass die Patienten ja bekanntlich die Symptome der Krankheit oft erst sehr spät einem Arzt mitteilen würden und dass auch die Ärzte oft überfordert seien, die ersten Krankheitssymptome richtig zu deuten. Nicht selten erfolge z.B. eine Verwechslung mit Syphilis. Hansen meint, um die Erbllichkeit der Krankheit beweisen zu können, müsse man in Amerika geborene Menschen finden, die leprös geworden sind, ohne dass sie der Möglichkeit einer Ansteckung ausgesetzt waren, die jedoch von leprösen Familien abstammen; genau dieser Beweis sei aber nicht zu

führen. Letztlich vertreten Hansen und seine Anhänger die Auffassung, dass Lepra in keinem einzigen Fall vererbt werde, sondern dass die Übertragung immer durch Ansteckung erfolge.^{46 47} Dafür sprächen auch die Gegebenheiten in Norwegen. In Bergen etwa gebe es tausende von Nachkommen lepröser Menschen, die alle - dank der jetzt größeren Hygiene und verstärkten Isolation der Kranken nicht leprös geworden seien.

Hansen war schon früh fest davon überzeugt, dass größere Reinlichkeit die Ansteckung verhindern könne.⁴⁸ Für eine Ansteckung durch Inoculation sprächen gerade auch die Verhältnisse in Norwegen, wo man bis vor kurzem keine Scheu gehabt habe, mit einem Leprösen zusammen in einem Bett zu schlafen. Freilich:

„Man kann einwenden, dass so viele Eehälften nicht angesteckt wurden; es gibt aber auch Fälle, in welchen die Eehälfte die Krankheit bekommen hat, ohne dass es möglich gewesen ist, Lepra in ihren Familien nachzuweisen. Und diese positiven Fälle beweisen natürlich ebenso viel, wie die negativen.“

Hansen und Looft befassen sich auch mit der damals von anderen Wissenschaftlern aufgeworfenen Frage, ob womöglich, wenn Lepra schon durch einen Bakterium verursacht werde, dieser erblich übertragen und erst in einer späteren Generation unvermittelt zum Ausbruch kommen könne.⁴⁹ Sie erteilen dieser Theorie eine klare Absage:

„Die Eigenschaften, die erblich sind, sind alle anatomische und physiologische Eigenthümlichkeiten der Organismen. Ein Bacillus, der dem Organismus einverleibt ist, kann nicht als eine anatomische oder physiologische Eigenthümlichkeit desselben angesehen werden, ist aber ein Parasit.“

Hansen stützt sich dabei auch auf die von Darwin aufgestellten Vererbungsgesetze.

⁴⁶ Armauer Hansen (1888), S. 560 ff.

⁴⁷ Armauer Hansen (1890), S. 476-484

⁴⁸ a. a. O., S. 483

⁴⁹ Armauer Hansen / Looft (1894), S. 35-39

In diesem Zusammenhang ist nun ein 1992 veröffentlichter medizingeschichtlicher Aufsatz eines norwegischen Arztes namens Hogne Sandvik bemerkenswert.⁵⁰ Dieser zitiert und kommentiert Berichte von Distriktsärzten, die mit der Erfassung lepröser Kranker befasst waren, wobei er deren pragmatische Sicht der Dinge gar nicht genug rühmen kann und weitgehend übernimmt. Vor allem lässt er einen Arzt namens Thomas Collett, Distriktsarzt in „Ytre Nordhordland“ in den Jahren 1863 - 1884, mit folgenden kritischen Betrachtungen zu Wort kommen: Während seiner Dienstzeit habe er in seinem 15.000 Menschen umfassenden Distrikt 164 Leprakranke erfasst, davon 76 männlichen und 88 weiblichen Geschlechts. In 124 dieser Fälle seien lepröse Verwandte ermittelt worden. Bei etwa der Hälfte der Erfassten (79 Fälle) habe es sich um Unverheiratete gehandelt. Bei den Verheirateten seien nur in 2 Fällen beide Ehepartner leprös gewesen. Bei den Abkömmlingen dieser (164) Kranken habe man 25 lepröse Kinder und 2 Enkel ermittelt. Nur in 2 Fällen überhaupt sei Ansteckung als mögliche Krankheitsursache verzeichnet worden. Obwohl Dr. Collett meint, es bedürfe wohl noch mehrerer Menschenalter, um wirklich sichere Schlüsse ziehen zu können, hält er doch das ihm vorliegende Material für so aussagekräftig, dass er davon ausgehen müsse, dass Lepra keinesfalls allein durch Ansteckung übertragen werde. Da mehr als vier Fünftel der betroffenen Menschen lepröse Verwandte vorweisen könnten, müsse Vererbung zwingend als wesentlicher Faktor bei der Ausbreitung der Krankheit angesehen werden.

Wenn Ansteckung die einzige Ursache der Krankheit sei, so fragt er, warum halte diese sich dann ausschließlich in nur wenigen der vielen Geschlechter in einem solchen Distrikt? Die Bevölkerung habe doch nicht weniger Berührungspunkte zu Nachbarn, zu Mägden und Knechten, mit denen keine Verwandtschaft bestehe. Allerdings räumt er auch ein, dass es sehr schwierig sei, Verwandtschaftsverhältnisse überhaupt festzustellen, da viele Menschen ihre (weitere) Verwandtschaft gar nicht kennen und außerdem bringe die (in Skandinavien weit verbreitete) Sitte der Änderung von Nachnamen Verwirrung in die Erhebungen.

Der Berichtersteller (H. Sandvik), der sich der Auffassung von T. Collett im Prinzip anschließt, begrüßt es gleichzeitig, dass sich die Distriktsärzte in der Öffentlichkeit, ganz pragmatisch, nicht gegen die These Hansens von der Ansteckung als alleiniger Ursache stellten. Denn die

⁵⁰ Sandvik (1992), S. 112

betroffenen Menschen würden nur aktiv, wenn sie eine Ansteckungsgefahr fürchteten, während die Annahme einer erblichen Krankheit Fatalismus und Gleichgültigkeit zur Folge habe.⁵¹

Aber ist die Beweisführung der Distriktsärzte denn stichhaltig?

Wenn innerhalb einer in ärmlichen Verhältnissen eng zusammen hausenden Familie wiederholt Lepra auftritt, so ist eine Ansteckung mit dem Lepraerreger sicherlich naheliegender als die Annahme einer erblichen Übertragung. Aber wie ist die Sachlage, wenn zu leprösen Verwandten, die man möglicherweise kaum kennt, so gut wie gar kein Kontakt besteht? Dann, so könnte man dagegen argumentieren, hat sich der Kranke sein Leiden eben bei leprösen Menschen seiner unmittelbaren Umgebung geholt. Hansen berichtet von einem Fall, bei dem ein junger Mann ein Jahr, nachdem er ihm von einem Leprösen geschenkte Unterhosen getragen hatte, selbst leprös geworden war. Da der Übertragungsweg weiterhin nicht gänzlich geklärt ist, können wir wohl davon ausgehen, dass es in Verbindung mit einem entsprechend elenden Milieu vielfältige Ansteckungsmöglichkeiten gibt.

Wir vermuten auch, dass in diesen dünn besiedelten Gebieten letztlich jeder mit jedem zumindest weitläufig irgendwie verwandt war. Wenn man sich dann weiter vor Augen hält, dass ein Verwandtschaftsverhältnis, wie von den Distriktsärzten geschildert, ohnehin nur mit Schwierigkeiten festzustellen war, dann verliert dieses doch stark an Aussagekraft. Wir halten die Überlegungen der Distriktsärzte daher nicht für stichhaltig genug, um die Theorie von der Ansteckung als ausschlaggebender Krankheitsursache zu widerlegen.

Im Übrigen kann schon die Tatsache, dass die Seuche im Verlauf weniger Jahrzehnte drastisch zurückging und schließlich verschwand, die Annahme genetischer Faktoren als Ursache eigentlich ausschließen.

Wenn H. Sandvik freilich abschließend meint, dass genetische Faktoren wesentlich (mit)ursächlich für den Ausbruch und die Entwicklung der Krankheit *nach* einer Infektion seien, so wird man ihm insoweit gerne zustimmen. Denn dass unterschiedliche Menschen gegen verschiedene Krankheiten unterschiedliche Abwehrkräfte, also unterschiedliche Immunsysteme besitzen und dass solche Eigenschaften erblich weitergegeben werden können, ist unbestritten. Dementsprechend wird ja heute auch allgemein angenommen, dass ein Zusammenhang zwischen

⁵¹ Gould (2005), S. 17

ererbtem Immunsystem und der Verlaufsform der Krankheit besteht. Danach werden die verschiedenen Verlaufsformen der Lepra durch das individuelle Immunsystem bestimmt: Bei geringem Widerstand des Immunsystems kommt es eher zu einer multibazillären (bakterienreichen), bei stärkerem Widerstand zu einer paucibazillären, also bakterienärmeren Form der Lepra. Bei hoher Widerstandskraft des Immunsystems schließlich erfolgt trotz eines hohen Ansteckungsrisikos überhaupt keine Erkrankung. Mit einer Vererbung der Krankheit selbst hat dies zweifellos nichts zu tun, auch wenn diese Annahme angesichts der heute bewiesenen Tatsache, dass die Inkubationszeit viele Jahre (10 - 20 Jahre) betragen kann (nicht muss), bei den Forschungen von Danielssen und Boeck Mitte des 19. Jahrhunderts auf der Grundlage der damals vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisse durchaus nahe lag.⁵²

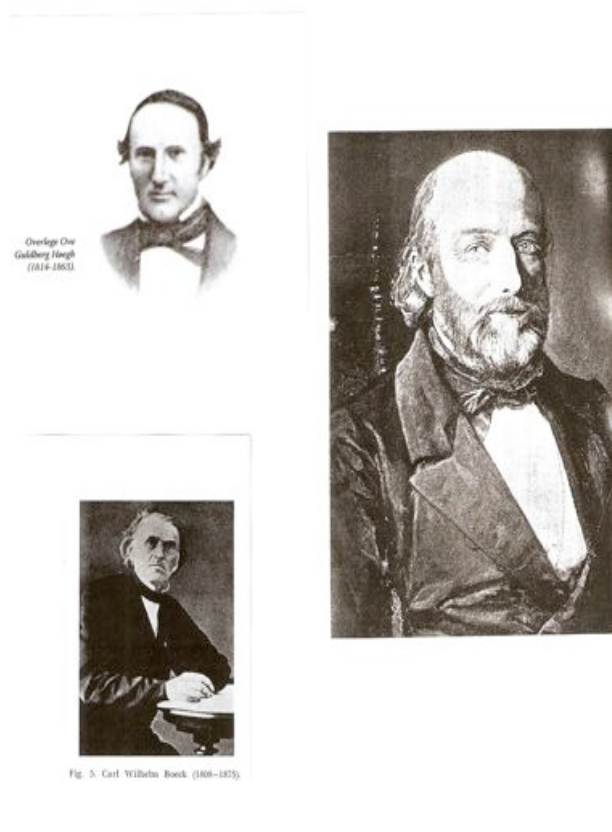


Abbildung 13: Daniel C. Danielssen (re.) und Carl Wilhelm Boeck (li.), Dr. Guldberg-Hoegh (o.)
Quelle: Th. Vogelsang (1962)

⁵² Irgens (1983), S.17

8. Das Lebenswerk des Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen



Abbildung 14: Gerhard Henrik Armauer Hansen, 1873. Quelle: Th. Vogelsang (1968)

Zur besseren Orientierung wird den folgenden Abschnitten eine chronologische Übersicht vorangestellt:

1841 (29.07.) Geburt des Gerhard Henrik Armauer Hansen

1859 Rudolf Virchow besucht Bergen

1859 Beginn des Studiums an der Universität Christiania (Oslo)

1866 Beendigung des Studiums mit Auszeichnung.

1866 Assistenzarzt am Rikshospitalet in Christiania

1868 Hansen praktiziert auf den Lofoten

1868 Anstellung als Arzt am Pleiestiftelse för Spedalske in Bergen. Später wurde er auch für die beiden anderen Leprakrankenhäuser in Bergen zuständig.

1870 Studienreise nach Bonn und Wien

1871 Hansen erhält ein Stipendium zur Erforschung der Lepra.

1872 Hansen wird in den Vorstand des Bergen Museums gewählt.

1873 Eheschließung mit Stephanie Marie („Fanny“) Danielssen

1873 Entdeckung des Leprabazillus (*Mycobacterium leprae*)

- 1874 Veröffentlichter Forschungsbericht an die Norske Medicinske Selskab
- 1875 2. Eheschließung mit Johanne Margrethe Tidemand
- 1875 Hansen wird (lebenslang) Oberarzt für den Bereich Lepra in ganz Norwegen
- 1876 Geburt des (einzigen) Kindes Daniel Cornelius (1876 – 1950)
- 1877 Erstes norwegisches Lepra-Gesetz
- 1879 Der deutsche Arzt Albert Neisser besucht Bergen.
- 1879 Der Leprabazillus kann durch Färbung klar demonstriert werden.
- 1880 Hansen verliert aufgrund der Klage einer Patientin seine Anstellung am Pleiestiftelse.
- 1885 Zweites norwegisches Lepra-Gesetz
- 1887 Studienreise in die USA
- 1894 Hansen wird zum Präsidenten des Bergen Museums gewählt
- 1897 Erster internationaler wissenschaftlicher Lepra-Kongress in Berlin
- 1901 Einweihung einer Büste des Armauer Hansen im Hof des Bergen Museum anlässlich seines 60. Geburtstags
- 1909 Internationaler Lepra-Kongress in Bergen
- 1912 (12.02.) Hansen stirbt auf einer Dienstreise



Abbildung 15: Gerhard Henrik Armauer Hansen, ca. 1909.

8.1. Die frühen Jahre

Der norwegische Arzt und Naturforscher Armauer Hansen (1841-1912) war der Erste, der einen spezifischen Mikroorganismus mit einer chronischen Infektionskrankheit in Verbindung brachte – Lepra, von den Norwegern *Spedalskhet* genannt.⁵³ Mit seiner wissenschaftlichen Arbeit und mit den auf ihn zurückgehenden administrativen Anordnungen gewann er weltweite Anerkennung. Es lohnt sich daher, hier auf sein Leben und sein Lebenswerk näher einzugehen. Das Geschlecht der Hansen stammt ursprünglich aus Dänemark. Der Großvater, Hans-Peter Hansen, ließ sich in Bergen nieder. Dessen Sohn, Claus Hansen, Kaufmann in Bergen, heiratete die Elisabet Concordia Schram aus dem Geschlecht der Armauer. Der Bruder der Großmutter mütterlicherseits, Gerhard Henrik Armauer (1776 – 1854), war ein hoch angesehener Baumeister in Bergen. Ihm verdankt Armauer Hansen seine beiden Vornamen, Gerhard Henrik. Da nun der Name Hansen in Dänemark und Norwegen weit verbreitet war, legte er sich den Doppelnamen Armauer Hansen (zunächst mit Bindestrich, später ohne diesen) zu. Aus der Ehe des Claus Hansen mit Elisabet Concordia Schram gingen 15 [!] Kinder hervor, von denen Gerhard Henrik das achte war. Manche dieser Kinder waren später in verschiedenen Berufen sehr erfolgreich. Ein jüngerer Bruder von Gerhard Henrik, der spätere Oberarzt Klaus Hanssen (dieser schrieb sich jetzt mit Doppel-s, 1844 – 1914), war u. a. Gründer der norwegischen Nationalvereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose.

1859 begann Armauer Hansen an der Universität Christiania (Oslo) mit dem Studium der Naturwissenschaften (Botanik, Zoologie, Physik, später Medizin). Er muss ungeheure Energie und Arbeitskraft besessen haben, war also, mit anderen Worten, ein unermüdlicher Arbeiter und wurde, 22-jährig, Assistent am anatomischen Institut. Als Student galt er als äußerst eigenwillig und oppositionell, der den Aussagen seiner akademischen Lehrer bisweilen recht kritisch gegenüber stand.

Vogelsang berichtet von einem Vorgang, der diesen Charakterzug des Studenten beleuchtet:

Der wie Hansen aus Bergen stammende Chirurgieprofessor Christen Heiberg (1799 – 1872), in Studentenkreisen „*Kniven* – das Messer“ genannt, war ein vorzüglicher, auch von Hansen bewunderter Universitätslehrer. „*Kniven*“ hatte nun eine Operationsmethode entwickelt, die, wie er meinte, bei den meisten Augenkrankheiten anwendbar war.

⁵³ Vogelsang (1968), S. 7-39, 116; Gould (2005), S. 43 ff.; Waaler (1985), S. 26, 27

Der Zufall wollte es nun, dass Hansen im mündlichen Examen von eben diesem Professor über die Behandlung von Augenkrankheiten befragt wurde. „*Kniven*“ erwartete natürlich, dass dabei auch seine Operationsmethode erwähnt würde, was jedoch nicht geschah. Daraufhin brachte der Professor selbst diese Methode ins Gespräch, worauf der äußerst wahrheitsliebende, aber wenig diplomatische Student, entsprechend seiner Überzeugung erklärte: „Diese Methode taugt nichts.“ „*Kniven*“, fassungslos über so viel Frechheit, geriet nun in Wut und kanzelte den Studenten ab. Dieser, höchst ungewöhnlich für eine Examenssituation, erregte sich nun seinerseits und schimpfte kräftig zurück. Man trennte sich in Unfrieden. Der Professor wollte den Studenten daraufhin nicht benoten, wurde dazu dann aber doch von den Beisitzern in der Prüfungskommission genötigt und rang sich dann sogar dazu durch, Hansen eine recht gute Note zu geben. Später entschuldigte sich dieser beim Professor, der diese Entschuldigung aber nicht gelten ließ.

Während seines ganzen Studiums befasste sich Hansen mit breit angelegten naturwissenschaftlichen, vor allem auch botanischen Studien. Später konzentrierte er sich ganz auf Untersuchungen im (engeren) medizinischen Bereich, die ihn faszinierten. Auch Fragen der Hygiene galt sein besonderes Interesse. In seinen Erinnerungen äußerte er sich hierzu wörtlich:

„Die Begeisterung und die Freude, selbst etwas zu entdecken und herauszufinden, wie die Verhältnisse sind, ist riesengroß; der Drang, etwas zu entdecken, ist es ja auch, der den Studenten dazu bringt, selber zu forschen und sich mehr auf seine eigenen Beobachtungen zu verlassen als auf die Lehrer.“

Hansen war eine stattliche, Respekt einflößende Erscheinung. Von seinen Zeitgenossen wird er als zwar radikal und oppositionell in seinen Ansichten, im persönlichen Umgang aber freundlich, warmherzig, bescheiden und keineswegs übertrieben ehrgeizig geschildert. Philosophische Anwendungen waren ihm dagegen fremd. Sehr distanziert war sein Verhältnis auch zur Religion. Besonders irritierte ihn die Art und Weise der Predigten in den Kirchen, die, wie er meinte, gesellschaftliche Entwicklungen behindern würden. Da er aus dieser Einstellung kein Hehl machte, setzte er sich mancherlei Anfeindungen von Seiten kirchlicher Kreise aus, was ihn aber offenbar nicht weiter störte.

Nach – mit Auszeichnung – bestandem medizinischem Examen (1866) war er etwa zwei Jahre lang Assistenzarzt am *Rikshospitalet* in Christiania. Danach praktizierte er eine Zeitlang als niedergelassener Arzt auf den Lofoten, einer Inselgruppe im nördlichen Norwegen. Dort wurde er mit äußerst ärmlichen, hygienisch katastrophalen Verhältnissen, und in Verbindung damit auch mit der Krankheit Lepra konfrontiert. Die dort lebenden rd. 6000 Menschen lebten überwiegend vom Fischfang. Erstmals lernte Hansen damit hautnah das Leben der Küstenbevölkerung und ihren täglichen Kampf ums Überleben kennen – für ihn äußerst prägende Erfahrungen.

Im Jahr 1868 kehrte er in seine Heimatstadt Bergen und damit auch in das Zentrum der norwegischen Lepraforschung zurück. Er fand eine Anstellung als Arzt am „Pleiestiftelse for Spedalske Nr. 1“. Schon bald wurde seine Zuständigkeit auch auf die beiden anderen Leprakrankenhäuser in Bergen ausgeweitet. Im „Lungegaardshospitalet“ war sein Chef der berühmte Lepraforscher Dr. Daniel Cornelius Danielssen. Beide Ärzte machten auch Hausbesuche bei leprösen, oft in abgelegenen Bauern- oder Fischerhäusern lebenden Menschen. Schon bei seiner Vorstellung eröffnete Hansen seinem Vorgesetzten in der ihm eigenen unverblünten Art, dass er, anders als dieser, nicht an die Vererblichkeit von Lepra glaube, sondern stattdessen eine infektiöse Ursache vermute. Dies endete zunächst mit dem Hinauswurf des jungen Assistenzarztes. Bald darauf zeigte jedoch Danielssen menschliche Größe, indem er Hansen jede Unterstützung bei seinen weiteren Forschungen zusagte.⁵⁴ Im Jahr 1873 wurde der Chefarzt sogar sein Schwiegervater, als er dessen Tochter Stephanie Marie („Fanny“) Danielssen heiratete. Die Ehe war jedoch nur von kurzer Dauer, denn bereits 10 Monate später, noch im gleichen Jahr, verstarb die junge Frau an Tuberkulose. Drei weitere Töchter des Dr. Danielssen starben an derselben Krankheit. Im Jahr 1875 heiratete Hansen ein zweites Mal, und zwar die vermögende Witwe Johanne Margrethe Tidemand, die zwei Kinder mit in die Ehe brachte. Aus dieser zweiten Ehe stammt der 1876 geborene, nach dem früheren Schwiegervater benannte Sohn Daniel Cornelius (1876 – 1950).

⁵⁴ Waaler (1985), S. 27

8.2. Studienreisen nach Europa und den USA

Durch ein Stipendium wurden Hansen im Frühjahr 1870 Studienaufenthalte in Bonn und anschließend in Wien ermöglicht.⁵⁵ In Bonn hospitierte er am Institut des damals führenden Mikroskopie-Experten Professor Max Schultze, wenngleich er in seinen Lebenserinnerungen die Ausstattung des dortigen Labors eher schlicht findet. Durchaus selbstbewusst meint er auch, er selbst habe mehr fachliches Wissen besessen als beide Assistenten des Professors zusammen. Den großen Mann habe er nur selten zu Gesicht bekommen, da dieser sich nur für seine eigenen aktuellen Forschungen interessiert habe. Damals sei er auch vom heißen Wunsch der deutschen Forscher etwas infiziert worden, immer und überall der Erste zu sein. Sehr kritisch äußert er sich über das „ewige Duellieren“ vieler Studenten. In dieser Zeit hätten sich in Bonn viele preußische Junker aufgehalten, die vorgaben, zu studieren, in Wahrheit aber nichts taten, außer große Mengen an Bier zu konsumieren, zu reiten und sich zu duellieren. Bei einem solchen Duell sei auch ein Sohn des preußischen Ministerpräsidenten Otto von Bismarck schwer verwundet worden und nur knapp mit dem Leben davongekommen. In Bonn traf Hansen auch noch mit Hjalmar Heiberg (1837 – 1897) zusammen, den späteren Professor für Pathologie an der Universität Christiania.

Nun geschah etwas ganz und gar Ungewöhnliches, mit dem der junge norwegische Arzt nicht rechnen konnte: Er erlebte nämlich hautnah den Ausbruch des deutsch-französischen Krieges (1870/1871). Nach den Aufregungen um die so genannte „Emser Depesche“ - der preußische König Wilhelm I wollte gerade zur Kur in Bad Ems – gab es bekanntlich zwischen Frankreich und Preußen wechselseitige Provokationen, an denen Bismarck nicht unbeteiligt war. Frankreich unter Kaiser Napoleon III erklärte daraufhin im sicheren Gefühl, sich auf ein starkes Heer stützen zu können, am 19. Juli 1870 Preußen den Krieg, das sich freilich dank einer Aufwallung deutschen Nationalgefühls auch auf die Unterstützung der süddeutschen Staaten verlassen konnte. Ziemlich unerwartet waren die schnellen Siege der vereinigten deutschen Staaten. Hansen berichtet nämlich, alle seine deutschen Bekannten seien damals überzeugt gewesen, das französische Heer werde Deutschland in wenigen Tagen überrennen. Als er aber den gut organisierten deutschen Aufmarsch nach der Mobilmachung gesehen habe, sei er davon nicht

⁵⁵ Vogelsang (1968), S. 54-57; Waaler (1985), S. 27

mehr überzeugt gewesen. Dem Verlangen, diesen Krieg aus nächster Nähe zu verfolgen, konnte Hansen nicht widerstehen. So reiste er unverzüglich nach Saarbrücken am Tag nach der dortigen Schlacht. (Anmerkung: Gemeint waren wohl die Kämpfe bei Weißenburg, Wörth oder Spichern). Er beschreibt die grausigen Eindrücke bei der Besichtigung des Schlachtfeldes: Tote Soldaten, denen zum Teil Plünderer die Finger abgeschnitten hatten, aber auch die Kadaver der vielen toten Pferde mit ihren grotesk ausgestreckten Beinen.

Seine Studienreise führte Hansen nun weiter über Zürich nach Wien. Dort fiel ihm zufällig ein Buch von E. H. Haeckel mit dem Titel „Natürliche Schöpfungsgeschichte“ in die Hände, in dem die ihm bisher völlig unbekanntes Lehren Darwins abgehandelt wurden. Er war bestürzt darüber, dass die norwegische Wissenschaft noch so abgeschieden von der übrigen Welt lebte und setzte sich fortan mit der ihm eigenen Vehemenz dafür ein, dass Darwins Lehren auch in seinem Heimatland weite Verbreitung fanden.

Über die Studienreise nach den USA im Jahr 1887 wurde bereits oben in Abschnitt 6.2 berichtet.

8.3. Die Entdeckung des *Mycobacterium leprae*

Hansen lebte in einer Zeit, als die Wissenschaftler sich noch in viel umfassenderen Arbeitsfeldern betätigten als die heutigen Spezialisten. So arbeitete auch er, entsprechend seinen weit gespannten Interessen, nicht nur im (engeren) Bereich der Medizin, sondern auch z.B. auf den Feldern der Zoologie und der Meeresbiologie. Es war ihm ein Anliegen, die interessierte Bevölkerung über naturwissenschaftliche Fragen aufzuklären und veröffentlichte deshalb zahlreiche populärwissenschaftliche Schriften. Mit Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit in den Leprakrankenhäusern der Stadt Bergen konzentrierte er seine Forschungen indes mehr und mehr auf alle mit Lepra zusammenhängenden Fragen, wobei damals zwischen der knotigen und der glatten Form der Lepra unterschieden wurde. Danielssen und Boeck waren bei der knotigen Form bereits auf gelbliche Ablagerungen in den leprösen Hautknoten aufmerksam geworden, die sie als charakteristisch für Lepra ansahen.

Sie konsultierten hierzu auch Rudolf Virchow bei dessen Besuch in Bergen im Jahr 1859. Dieser maß diesen Ablagerungen jedoch keine große Bedeutung bei und hielt sie lediglich für fettdegenerierte Zellen, womit sich dann auch Danielssen zufrieden gab.

Später soll dieser mehrfach bedauert haben, dass er sich damals der Autorität Virchows so kritiklos beugte, sonst hätte er vielleicht selbst das *Mycobacterium leprae* entdeckt.⁵⁶ Auch Hansen wurde später auf diese Ablagerungen aufmerksam, teilte aber die Auffassung Virchows nicht. Als nun Hansen 1871 einen Auftrag zur Erforschung der Lepra erhielt, intensivierte er seine Forschungen zur Ursache dieser Krankheit.⁵⁷ Dabei studierte er zum einen den mehrjährigen Krankheitsverlauf von Menschen in den besonders von Lepra betroffenen Gebieten, zum anderen betrieb er klinische Studien im Labor. Die Bakteriologie steckte damals freilich noch in den Kinderschuhen; die Techniken hierzu waren noch wenig entwickelt. Im Zuge seiner Untersuchungen gelangte er zu dem Schluss, dass Lepra eine spezifische Ursache haben müsse. In seinem 1874 erstatteten Forschungsbericht an die „*Norske Medicinske Selskab*“ (Norwegische medizinische Gesellschaft) vertrat er erstmals vor einer größeren medizinischen Öffentlichkeit die Auffassung, dass Lepra eine chronische ansteckende Krankheit und keinesfalls erblich sei.⁵⁸ Dieser Bericht wurde als Beilage zum „*Norsk Magazin for Laegevidenskaben*“ (Norwegisches Magazin für ärztliche Wissenschaft) abgedruckt. Ausgangspunkt für die Schlussfolgerungen Hansens waren die „*brune legemer*“, die gelblich-braunen Körper, körnige Massen in den Hautknoten von Leprösen, die schon Danielssen und Boeck aufgefallen waren. Diese stabförmigen Körper beschrieb Hansen nun sehr genau. Wörtlich äußert er sich hierzu in dem genannten Bericht:

„Untersucht man die Präparate, kann man hier und dort stabförmige Körner entdecken, entweder in Ruhe oder in schwachen oszillierenden Bewegungen. ...Gibt man nun einen Tropfen destillierten Wassers auf das Präparat, so kommen die Stäbchen in lebhaftere Bewegung und es erscheinen mehr und mehr Stäbchen, und zwar umso mehr, je älter der Knoten ist. Die Zellen, jedoch nicht die braunen Elemente, schwellen im Wasser beträchtlich an. Untersucht man mit stärkeren Linsen, entdeckt man in vielen Zellen [...]auch stabförmige Körper, die nicht an den tanzenden Bewegungen der Körner teilnehmen, sondern langsam von der einen zur anderen Seite schwingen. Teilweise findet man die Stäbchen gebündelt.“

⁵⁶ Waaler (1985), S. 19

⁵⁷ Vogelsang (1968), S. 60-68

⁵⁸ Vogelsang (1962), S. 23-26, Waaler a. a. O., S. 30 ff.

Erreicht man nun [...], dass große Massen der aufgeschwollenen Zellen platzen, vergrößert sich die Zahl der Stäbchen beträchtlich. Die Größe ist sehr unterschiedlich und variiert zwischen 0,006 und 0,015 mm.“

Diese Stäbchen wurden später als „Mycobacterium leprae“ bekannt, auch „Hansens Bazillus“ genannt. Der Zeitpunkt der Entdeckung kann nicht exakt festgelegt werden; üblicherweise wird er jedoch auf das Jahr 1873 datiert. Obwohl Hansen fest davon überzeugt war, dass er damit die Ursache von Lepra gefunden hatte, hielt er dies gleichwohl noch nicht für einen schlüssigen Beweis. Wirklich bewiesen wäre die Theorie seiner Überzeugung zufolge, wenn es gelänge, den Bazillus zu isolieren und experimentell nachzuweisen, dass dieser die Krankheit verursacht.

8.4. Der Konflikt mit dem Breslauer Arzt Dr. Neisser

Zu Beginn des Jahres 1879 reiste der deutsche Arzt Dr. Albert Neisser, ein Bakteriologe und Schüler Robert Kochs, mit der Absicht des Studiums der Lepra nach Bergen.⁵⁹ Dort wurde er von seinem Kollegen Dr. Hansen freundlich aufgenommen und erhielt Zutritt zu allen seinen Forschungsergebnissen. Neisser war damals 24 Jahre, Hansen 38 Jahre alt. Bei seiner Heimreise stellte Hansen ihm zahlreiche Präparate aus Lepraknoten, in denen die genannten Stäbchen gefunden wurden, zur Verfügung. Nach Breslau zurückgekehrt, machte sich Neisser sogleich daran, dieses Material nach den neuesten Methoden, die Hansen noch nicht kannte, zu färben. Auf diese Weise war es möglich, den Bazillus viel anschaulicher darzustellen, als es Hansen bislang mit seinen einfacheren Methoden möglich war. Sogleich, ohne mit Hansen nochmals Kontakt aufzunehmen, veröffentlichte Neisser seine Untersuchungsergebnisse in mehreren wissenschaftlichen Beiträgen, mit denen nunmehr die Ursache von Lepra gefunden sei. Zwar verschwieg er nicht, dass er sich bei seinen Untersuchungen auf das reichhaltige, aus Bergen mitgebrachte Material stützen konnte, erweckte dabei jedoch den Eindruck, er selbst habe dabei die fraglichen Stäbchen entdeckt, womit er natürlich gleichzeitig die Forschungstätigkeit seines

⁵⁹ Vogelsang (1962), S. 69- 76; Gould (2005), S. 46- 48; Armauer Hansen (1976), S. 97, 98; Waaler a. a. O. S. 33,34,47 ff.

norwegischen Kollegen Hansen herabsetzte. Damit handelte sich Neisser in der Folge den Vorwurf ein, er habe Hansens Entdeckung gestohlen. Freilich kam er zunächst dem Ziel, als der wahre Entdecker des Leprabazillus anerkannt zu werden, ziemlich nahe, denn in der medizinischen Fachwelt war bald von „Neissers Bazillus“ die Rede.

Man muss sich nun vor Augen halten, dass sich hier zwei ganz unterschiedliche Persönlichkeiten gegenüber standen: Auf der einen Seite der junge, ehrgeizige Wissenschaftler auf der Jagd nach neuen Entdeckungen. Auf der anderen Seite der ältere, eher zögerliche Wahrheitssucher, der bei seiner Zusammenarbeit mit einem ausländischen Forscher auch etwas vertrauensselig und vielleicht naiv – manche sagen auch: typisch norwegisch – gewesen sein mag. Es wird berichtet, Hansen habe die Veröffentlichungen Neissers ziemlich gelassen aufgenommen. Dies mag auch mit seiner Neigung zusammenhängen, aus wissenschaftlichen Gründen seine Auffassung nicht sogleich als schlüssig bewiesen darzustellen. Anders freilich sein Vorgesetzter, C. D. Danielssen, der über die Aktivitäten des Dr. Neisser in Wut geriet und Hansen vorwarf, sich nicht genügend gegen den Diebstahl seiner Entdeckung zur Wehr zu setzen. Dieser hatte inzwischen mit den neuen labortechnischen Methoden die Präparate ebenfalls färben können. Nun fand auch er, dass es an der Zeit sei, seine Entdeckungen auch in anderen Sprachen als nur norwegisch bekannt zu machen. Hinzu kam, dass offenbar auch ein schwedischer Arztkollege namens Dr. Eklund, dem Hansen ebenfalls solche Präparate überlassen und seine Auffassung über die auslösende Ursache von Lepra mitgeteilt hatte, sich in einer eigenen Schrift als Entdecker des Erregers zu profilieren versuchte.⁶⁰ Der Artikel mit der Überschrift „Bacillus leprae“ wurde in deutscher, englischer, französischer und norwegischer Sprache veröffentlicht.⁶¹ Allerdings enthielt er gegenüber dem bahnbrechenden Forschungsbericht von 1874 inhaltlich keine wesentlich neuen Erkenntnisse. Hansen beschreibt jetzt noch einmal Verlauf und Ergebnisse seiner mehrjährigen Untersuchungen, berichtet auch von Neissers Besuch in Bergen und lässt keinen Zweifel daran, dass er schon Jahre, bevor Neisser die ihm großzügig überlassenen Präparate auswertete, das *Mycobacterium leprae* entdeckt habe. Hansen wörtlich:

„Es geschieht dies, theils um meine Priorität in dieser Frage einem größeren wissenschaftlichen Publicum als dem skandinavischen gegenüber zu behaupten, theils um

⁶⁰ Armauer Hansen (1880), S. 32 – 57

⁶¹ Waaler a. a. O., S. 51 ff.

diesem letzteren die Detailuntersuchungen mitzuteilen, die ich wegen des noch unsicheren Resultats zurückhielt, als ich der medicinischen Gesellschaft in Christiania 1874 meinen Bericht über meine Untersuchungen über die Aetiologie des Aussatzes einlieferte.“

Manche fragen sich natürlich, ob Hansen in den Jahren 1874 bis 1879 wirklich die volle Bedeutung seiner Entdeckung erfasst habe. Er war auch ständig mit weiteren Untersuchungen beschäftigt, um endgültig und dann zweifelsfrei zu beweisen, dass die von ihm gefundene Bakterie wirklich die Ursache von Lepra war. Es muss in diesem Zusammenhang auch daran erinnert werden, dass ja schon Danielssen und Boeck auf diese gelblichen Ablagerungen in den untersuchten Geweben aufmerksam geworden waren, dann freilich, nicht zuletzt unter dem Einfluss Rudolf Virchows, diesem Phänomen nicht näher nachgingen.

Neissers Verdienste um die Ätiologie, später auch um die Diagnose und Prophylaxe der Lepra sind sicherlich nicht zu leugnen. Er war eben auch der Erste, dem es mit den neuesten Färbemethoden gelang, den Erreger zu identifizieren. Zugleich kann man ihm von dem Vorwurf nicht freisprechen, die arglose Gastfreundschaft der norwegischen Ärzte missbraucht zu haben, indem er versuchte, deren wissenschaftliche Beiträge herabzusetzen und sich selbst als den großen Entdecker des Leprabazillus feiern zu lassen. Der Streit in den wissenschaftlichen Publikationen schwelte dann noch einige Zeit. Spätestens bei dem ersten wissenschaftlichen Lepra-Kongress 1897 in Berlin war der Streit dann jedoch eindeutig zugunsten Hansens entschieden. Er wurde dort einstimmig zum Entdecker des Leprabazillus erklärt.⁶² In der Folge war dann oft von „Hansens Bazillus“ und sogar – fälschlicherweise – von Lepra als „Hansens Krankheit“ die Rede. Es war und bleibt sein großer Verdienst, als Erster (etwa 1873) herausgefunden zu haben, dass eine chronische Krankheit von einer Bakterie verursacht sein kann. Zum Vergleich: *Mycobacterium tuberculosis* wurde erst 1882 entdeckt, *Salmonella typhi* 1883, *Corynebacterium diphtheriae* und *Vibrio cholerae* 1884 und *Clostridium tetanii* 1886.

⁶² Vogelsang (1962), S. 27.

8.5. Armauer Hansen – die späten Jahre

Im Jahr 1880 erlitt die berufliche Karriere Hansens einen herben Rückschlag. Alle Versuche, das Bacterium künstlich zu züchten oder damit Kaninchen zu infizieren, schlugen fehl.⁶³ Nun versuchte er in seiner Klinik, eine Patientin, die an der glatten Form der Lepra litt, am Auge mit einem aus der knotigen Form gewonnenen Präparat zu impfen. Auch dieser Versuch führte zu keinen medizinisch verwertbaren Ergebnissen.

Die Patientin beschwerte sich nun aber, der Versuch sei ohne ihre ausdrückliche Zustimmung vorgenommen worden; auch sei der Eingriff schmerzhaft gewesen und habe ihr Sehvermögen beeinträchtigt. Vor Gericht bekam sie Recht. Hansen hatte nicht nur Kosten zu tragen, sondern verlor dadurch auch seine Anstellung an der Klinik Pleiestiftelse in Bergen.⁶⁴ Seine Stellung als Oberarzt für Lepra in ganz Norwegen blieb dadurch aber unberührt; er hatte sie bis zu seinem Tod inne.

Ungeachtet seiner robusten Physis hatte Hansen auch gesundheitliche Probleme. Nur seine Familie wusste, dass er an Syphilis litt, die er sich in seiner Studentenzzeit zugezogen hatte. Erst 36-jährig, erlitt er einen leichten Schlaganfall. Seine Schaffenskraft scheint dies aber nicht wesentlich beeinträchtigt zu haben. Die beiden norwegischen Lepragesetze aus den Jahren 1877 und 1885 (siehe oben Ziff. 5.3) gingen auf seine Initiative zurück. In seinem letzten Lebensjahrzehnt litt er allerdings wiederholt an Herzbeschwerden, die ihn oft wochenlang ans Bett fesselten.

Eine wichtige Institution in Bergen war damals das 1825 gegründete Bergen Museum, eine Art Vorläufer und Kristallisationspunkt der späteren Universität, die 1948 gegründet wurde. Es handelte sich dabei weniger um ein Museum im engeren Sinne des Worts als vielmehr um eine wissenschaftliche Institution. Langjähriger Vorsitzender dieser Institution war der in Bergen ebenso mächtige wie hoch angesehene C. D. Danielssen, der sich auch große Verdienste beim Auf- und Ausbau des Museums erwarb. 1872 wurde auch Hansen in den Vorstand gewählt. Nach Danielssens Tod (1894) übernahm er dessen Funktion als „Preses“ und behielt den Vorsitz bis zu

⁶³ Vogelsang (1968), S. 123-134; Gould a. a. O., S.48 ff.; Waaler (1985), S. 39, 40

⁶⁴ Waaler a. a. O., S. 48 ff.

seinem Tod bei. Hansen war weit über die norwegischen Grenzen hinaus ein überaus bekannter und geachteter Wissenschaftler.

Er war wiederholt Ehrenpräsident und auch offizieller norwegischer Delegierter bei internationalen Kongressen. Gute Verbindungen hatte er zu Robert Koch. Bei der Feier anlässlich des 80. Geburtstags von Rudolf Virchow im Jahr 1901 repräsentierte er die norwegische Ärzteschaft. Aus Anlass seines eigenen 60. Geburtstags im gleichen Jahr wurde unter großer internationaler Beteiligung im Hof des Bergen Museums eine bronzene Porträt-Büste enthüllt, geschaffen vom Bildhauer Jo Visdal. Die Kosten dieses Denkmals wurden von Kollegen und Freunden mit Rudolf Virchow als treibender Kraft finanziert. Letzterer war u. a. Ehrenmitglied einer Reihe von wissenschaftlichen Gesellschaften und auch Ehrendoktor der Universität Kopenhagen. Die Festrede hielt Professor O. Lassar aus Berlin.

Soweit es seine Gesundheit zuließ, unternahm Hansen weiterhin regelmäßig Inspektionsreisen in seiner Eigenschaft als „Oberarzt“ für Lepra in Norwegen. Im Frühjahr 1912 reiste er in die Fischereigebiete nördlich von Bergen. In Florö, einer kleinen Inselstadt an der norwegischen Westküste, war er Gast im Hause eines Freundes. Dort starb er unverhofft. Er erhielt ein Staatsbegräbnis, wobei die Trauerfeier mit zahlreichen Trauergästen und vielen Nachrufen in den Räumlichkeiten des Museums in Bergen stattfand. Das Theaterorchester spielte ein Stück von Edvard Grieg („*Vaaren*“) und der Chor der Handwerks- und Industrievereinigung sang eine eigens aus diesem Anlass komponierte Kantate „*Stille nu*“.

8.6. Die Bedeutung der norwegischen Forschungsergebnisse für die weitere Bekämpfung von Lepra

8.6.1. Züchtung des Leprabazillus im Labor und seine Übertragung auf Tiere

Es gab immer wieder Versuche, das *Mycobacterium leprae* auf künstlichen Nährböden im Labor zu züchten, was bis heute nicht gelungen ist. Wenig erfolgreich waren zunächst auch die Versuche, Lepra wenigstens im Tier nachzuweisen. Armauer Hansen etwa versuchte, Kaninchen dadurch zu infizieren, indem er „aussätzigte Productionen, speziell Knoten, unter die Haut der Tiere brachte“, was misslang.⁶⁵

Versuche dieser Art kosteten ihn ja auch seine Stellung als Krankenhausarzt nach einem verlorenen Prozess, den eine Patientin als unfreiwilliges „Versuchskaninchen“ gegen ihn angestrengt hatte (vgl. oben Ziff. 7.5). Es gelang jedoch schließlich in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts, an bestimmten Tiermodellen eine Vermehrung der Bakterien nachzuweisen. Versuche fanden vor allem am Gürteltier, einem in Mittelamerika lebenden Säugetier mit einer Körpertemperatur von 32 Grad Celsius statt, da man herausfand, dass der Erreger eine Temperatur von 30 bis 32 Grad Celsius bevorzugt. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass sich der Lepra-Erreger in diesem Tier vermehren kann.⁶⁶ Auch Mäuse dienten als Versuchstiere. Lepra wurde schließlich auch an nichthumanen Primaten nachgewiesen. Sulfonamid-resistente Stämme von *M. leprae* wurden am Mausmodell gezeigt. Jedenfalls kann sich der Erreger nur in lebenden Zellen vermehren. Das epidemiologisch relevante Reservoir bleibt jedoch nach wie vor der Mensch.

Voraussetzung für eine gesicherte Diagnose ist eine mikroskopische Untersuchung. Dabei wird ein Abstrich aus der Nasenschleimhaut oder der Gewebsflüssigkeit vom Rand der verdächtigen Hautstellen entnommen. Unter dem Mikroskop lassen sich mit einer Färbemethode die Erreger

⁶⁵ Armauer Hansen (1880), S. 40

⁶⁶ Informationen der Gesellschaft für Leprakunde für Besucher des Lepramuseums in Münster (2001)

als Stäbchenbakterien, ähnlich wie bei der Tuberkulose erkennen. Offen bleibt nach wie vor, welches die Reservoirs der Lepra in der Natur sind, insbesondere die Frage, ob Menschen und bestimmte Tierarten als einzige Reservoirs in Betracht kommen.

8.6.2. Heutiger Stand der weltweiten Erforschung und Bekämpfung von Lepra

Im Jahr 1897 fand der erste wissenschaftliche Leprakongress (Abb. 16) in Berlin statt.

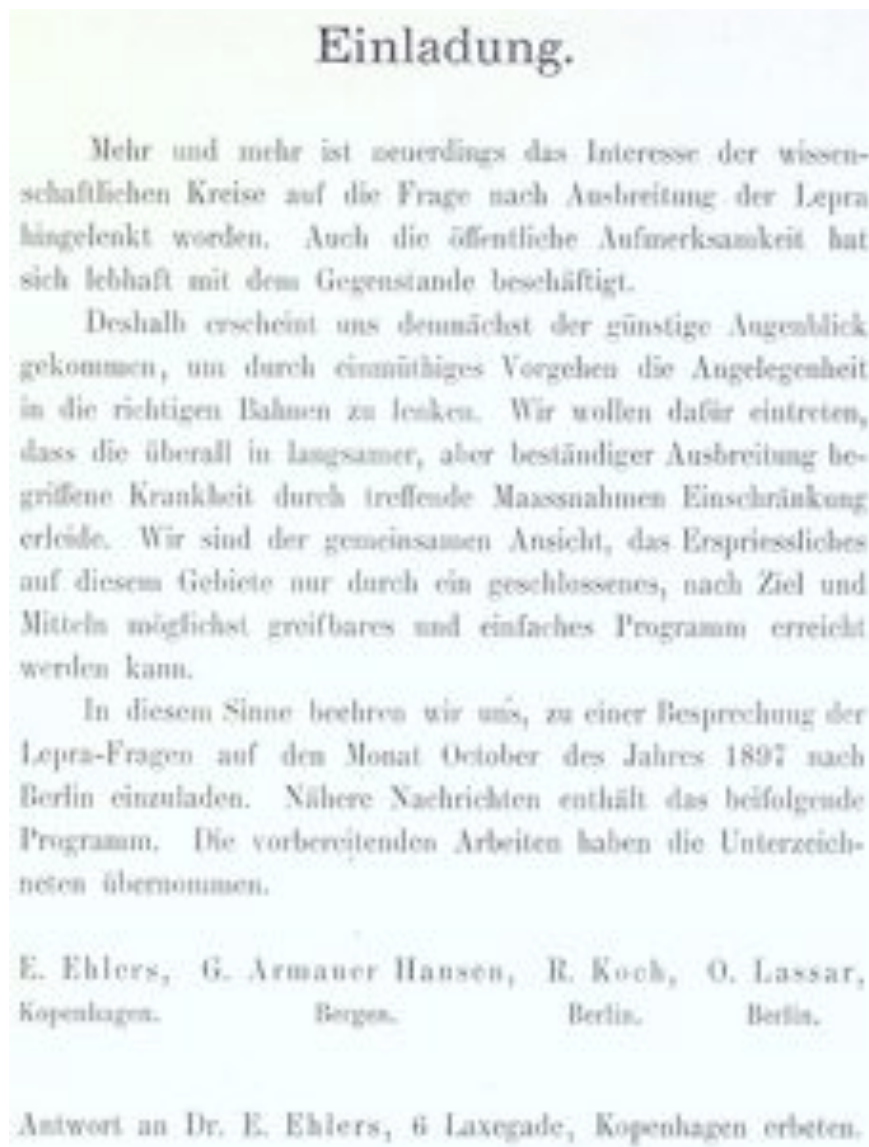


Abbildung 16: Einladung zur 1. Leprakonferenz in Berlin (1897)

Es hat also immerhin rund ein Vierteljahrhundert seit der Entdeckung des Leprabakteriums gedauert, bis sich die Fachwelt auch außerhalb Norwegens und Schwedens veranlasst sah, eine internationale Expertengruppe zum Austausch von Erfahrungen und Informationen über diese Seuche einzuberufen. Armauer Hansen war dabei selbstverständlich offizieller norwegischer Delegierter. Für ihn muss es eine späte Genugtuung gewesen sein, dass ihn nunmehr die Fachwelt einmütig als Entdecker des Lepra-Bazillus betrachtete und auch nicht mehr in Zweifel zog, dass dieser Bazillus der Auslöser von Lepra ist. Auch die Präventivmaßnahmen, wie sie von den norwegischen Lepragesetzen vorgeschrieben wurden, waren jetzt Allgemeingut: Immer lief es auf erzwungene Isolation mit wenig Hoffnung auf Heilung und Rückkehr in das normale Leben hinaus. Gleichzeitig gingen von diesem Kongress aber auch Impulse zur Entwicklung verbesserter nationaler und kolonialer Leprahilfsdienste sowie zur Gründung einer freiwilligen Hilfsinitiative zur Patientenbetreuung zu Beginn des Jahres 1900 aus. Zu dieser Zeit wurde die Zahl der Leprakranken weltweit auf 15 bis 20 Millionen geschätzt; diese Patienten lebten fast ausschließlich in Ländern, die man heute zu den Entwicklungsländern zählt. 1909 fand ein weiterer internationaler Lepra-Kongress in Bergen statt, was unterstreicht, dass Bergen nach wie vor als das Zentrum weltweiter Lepraforschung betrachtet wurde.

Eine entscheidende Wende bei der Bekämpfung von Lepra trat mit der Entdeckung und breiten Anwendung von Antibiotika Anfang der vierziger Jahre des 20. Jahrhunderts ein. Eine Kombinations-Therapie mit mehreren Arzneimitteln wurde 1974 nach der Methode von Professor Enno Freerksen durch die WHO weltweit eingeführt. Seither wird die multibazilläre Lepra und die Borderline-Lepra mit drei Medikamenten, nämlich Dapson, Clofazimin und Rifampicin über 1 bis 2 Jahre, die paucibazilläre Lepra lediglich mit Dapson und Rifampicin - über 6 Monate behandelt. Die moderne Arzneimitteltherapie macht heute längere Krankenhausaufenthalte meist unnötig und umgeht nicht zuletzt eine rigorose Isolierung.

In den sechziger Jahren kam es zum Zusammenschluss zahlreicher Hilfswerke, Missionsdienste und Stiftungen zur Internationalen Vereinigung der Leprahilfswerke (International Federation of Antileprosy Association).

Dank der modernen Behandlungsmöglichkeiten hat sich die Zahl der registrierten Leprakranken weltweit von 12 Mio (1981) auf ca. 1,5 Mio (1997) verringert. Trotzdem treten aufgrund der oft langen Inkubationszeit immer noch zahlreiche Neuerkrankungen auf. Die Behandlung kann heute zwar heilen, aber nicht verhindern, dass viele Menschen nach abgeheilter Lepra entstellt und

damit weiterer Isolierung ausgesetzt sind. In Europa gibt es noch kleine autochtone Herde in Italien, Griechenland, Spanien und Portugal.

Heute weiß man, dass die Krankheit durch aerolisierte Tröpfchen aus der Nasenschleimhaut lepröser Patienten übertragen wird. Eine intakte Haut können die Leprabazillen nicht durchdringen.⁶⁷ Innerhalb einer eng zusammenlebenden Familie ist die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung am größten. Nach einem Kontakt mit dem *M. leprae* kommt es in 95 % der Fälle indessen zu keiner Erkrankung, in 5 % der Fälle zu einer indeterminierten Lepra. Davon heilen etwa 75 % spontan ab und in lediglich 25 % dieser Fälle kommt es zu einer der geschilderten Formen von Lepra. Betroffen sind alle Altersgruppen und beide Geschlechter, wobei Männer häufiger erkranken als Frauen. Der Erreger befällt die Nervenscheiden und ruft eine Entzündung hervor, die schließlich zum Nervenausfall und damit zu Gefühlsstörungen und Lähmungen führt. Die ersten Anzeichen der Krankheit sind meist Gefühlsstörungen und/oder fleckige Hautveränderungen.

Ein großes Problem ist und bleibt die Diagnose im Frühstadium; viele Patienten weisen bereits eine Behinderung auf, wenn die Krankheit festgestellt wird. Fehldiagnosen sind häufig. Nach wie vor gibt es trotz mancherlei Versuche auch noch keinen anerkannten wirksamen Impfstoff gegen Lepra.⁶⁸

Es kann auch noch nicht vermieden werden, dass nach erfolgreicher Behandlung Nervenschäden dauerhaft zurückbleiben. Der weltweite Kampf gegen Lepra ist also heute immer noch keineswegs gewonnen.

⁶⁷ Gould (2005), S. 13

⁶⁸ Gould a. a. O., S. 13, 14

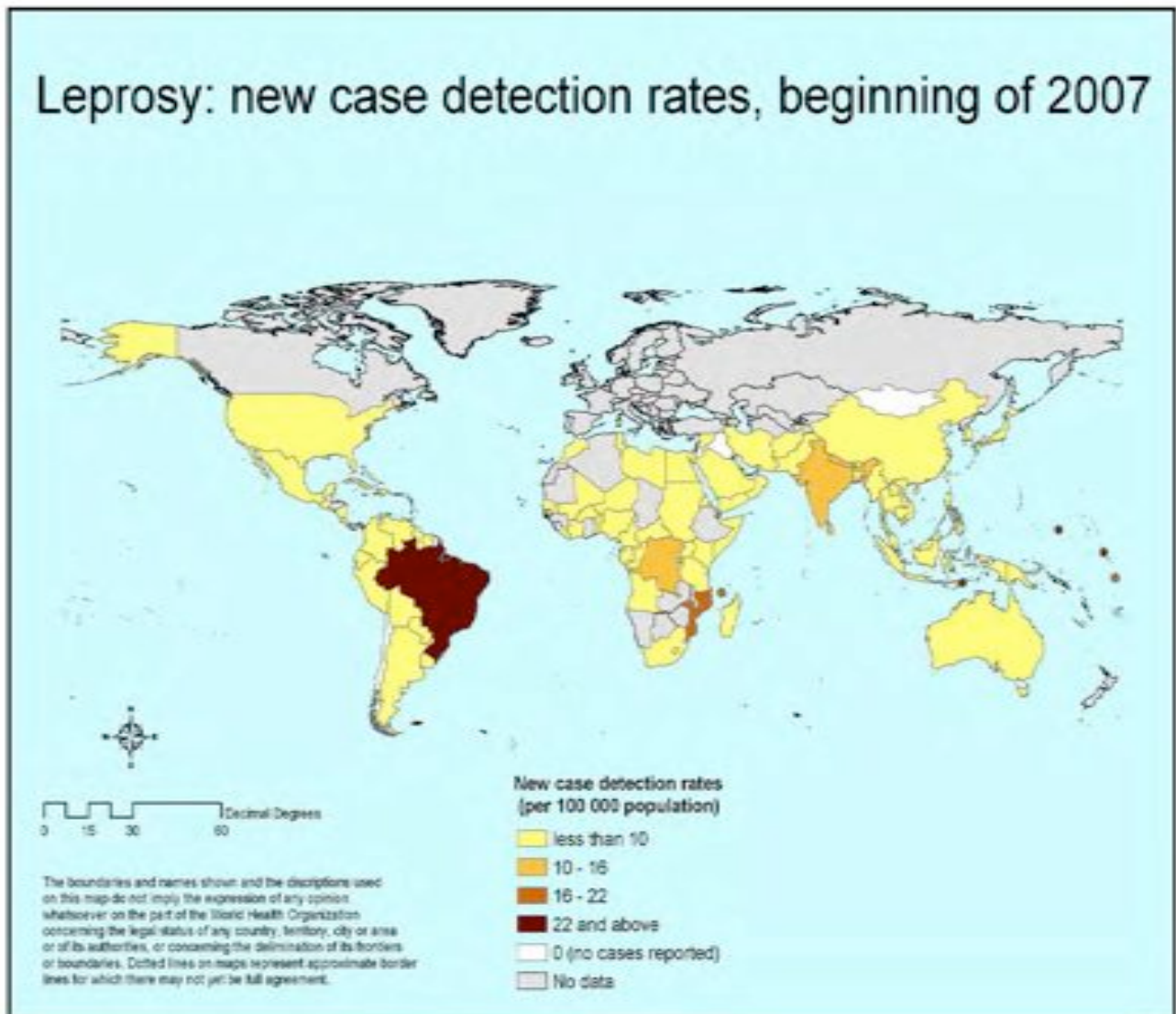


Abbildung 17: Lepra Stand 2007. Quelle: WHO



Abbildung 18: Leprapatienten Anfang 1930 in Norwegen. Quelle: Lorentz M. Irgens (1983)

9. Verbreitung der Lepra in Schweden

9.1. *Lepra in Schweden*

Auch in Schweden, das ja mit Norwegen durch eine lange, überwiegend gebirgige Grenze mehr verbunden als getrennt ist - erst 1905 löste sich Norwegen politisch aus dem gemeinsamen Königreich -, hat Lepra zu allen Zeiten – nicht überall! - die Gemüter bewegt. Die Zahl der erfassten Krankheitsfälle war demgegenüber in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, ein Zeitraum, der ja hauptsächlich im Fokus dieser Arbeit steht, nicht so dramatisch hoch wie die entsprechenden Zahlen in Westnorwegen. Anders als Norwegen hat Schweden auch keine speziellen Lepra-Gesetze erlassen. Zwar gab es nach der Entdeckung des Leprabazillus Bestrebungen, Patienten auch gegen ihren Willen in das Leprahospital in Järvsö einzuweisen; diese konnten sich jedoch nicht durchsetzen. Man darf natürlich nicht übersehen, dass damals in Schweden auch Pocken und Tuberkulose mit zehntausenden von Toten grassierten. Im Vergleich dazu war Lepra eine eher seltene Krankheit, die nur wenige Todesfälle verursachte, auch wenn die Krankheit letztlich doch stärker verbreitet war, als man anfänglich geglaubt hatte. Jedenfalls wurden in Schweden zu Beginn des 19. Jahrhunderts deutlich mehr Lepra-Fälle ermittelt als früher. Wistrand berichtet, in einem Lazarett in Hernösand in der Provinz Ångermanland seien in den Jahren 1820 - 1840 insgesamt 20 lepröse Personen behandelt worden.⁶⁹ Aber die Probleme bei der Erfassung waren groß. Bevor amtlicherseits regelmäßige Arztberichte angeordnet wurden (siehe unten), war man eben auf die Eintragungen in den Kirchenbüchern angewiesen. Natürlich fußten die dort vermerkten Todesursachen nicht auf fundierten medizinischen Kenntnissen. Schließlich sprach man aber auch in Schweden von einer „Lepra-Epidemie“. Betroffen waren vor allem die Provinzen Dalarna und Hälsingland, teilweise auch Värmland in Mittelschweden. Weit verbreitet war die Krankheit an der Mündung des Dalälvens in das Bottnische Meer. Nach dem dort, an der Grenze zwischen den Provinzen Uppland und Gästrikland gelegenen Ort Älvkarleby nannte man in dieser Gegend Lepra auch „Älvkarleby-Krankheit“.⁷⁰

⁶⁹ Wistrand (1864), S.129 ff. und 181 ff.

⁷⁰ Welhaven (1816), S. 23.

Hier mögen auch Kontakte über das Bottnische Meer und die Ålandsinseln zu den baltischen Ländern eine Rolle gespielt haben, wo Lepra, vor allem in Estland, relativ häufig vorkam.⁷¹ In Schweden wird die Krankheit *spetälska* genannt. Das Wort leitet sich ebenso wie das norwegische Wort *spedalskhet* aus Hospital (*hospitalisk*) ab. Es wird angenommen, dass die Krankheit spätestens im 13. Jahrhundert nach Schweden gelangte. Bevor dort spezielle Lepra-Hospitäler errichtet wurden, konnten sich die Kranken relativ frei bewegen. Zunächst fungierten sogenannte „*sälohus*“, die eigentlich als Raststellen für Reisende und Pilger gedacht waren, auch als „Krankenhütten“ (*sjukstugor*) für Leprakranke. Da aber die Krankheit gerade unter Pilgern relativ verbreitet war, die sich dort krankheitsbedingt länger aufhalten mussten, wurden die „*sälohus*“ allmählich in richtige Leprosorien umgewandelt. Im 16. Jahrhundert gab es in Schweden bereits etwa 30 solcher Leprosorien oder Spitäler, die dann später im Zuge des Rückgangs der Seuche wieder aufgelöst wurden. In den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts breitete sich Lepra aber wieder in den genannten Gegenden stärker aus. Zwischen den Jahren 1861 und 1908 wurden mindestens 600 Fälle von Lepra in Schweden erfasst, und zwar konzentriert auf die Provinzen Hälsingland und Dalarna.⁷² Im Jahrzehnt zwischen 1860 und 1870 wurde Schweden wiederholt von Missernten und damit verbundenen Hungersnöten heimgesucht. Gerade in dieser Zeit trat Lepra in diesen beiden Provinzen besonders häufig auf. Ein direkter Zusammenhang mit Lepra ist jedoch nicht bewiesen. Klar ist zweifellos, dass Lepra die Krankheit der Armen war, und zwar vor allem der armen Landbevölkerung, wobei umgekehrt natürlich nicht alle Armen an Lepra erkrankten. Zudem gehörte etwa die stark betroffene Provinz Hälsingland durchaus nicht zu den ärmsten Gegenden Schwedens. Bis in die 1920er Jahre noch erkrankten Menschen in ländlichen Gegenden Schwedens an Lepra.

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht das „*Järvsö sjukhus*“ (Abb.20), das einzige Hospital, das in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ausschließlich für Leprakranke (noch) betrieben wurde. Neben anderen Quellen können wir uns dabei insbesondere auf ein 2004 erschienenenes bemerkenswertes Buch von Arne Sundelin und Anne Sörman mit dem Titel „*Skammens hud. Om spetälska i Sverige*“ (Die Haut der Scham / Schande. Über Lepra in Schweden) stützen.

⁷¹ Richards (1958), S. 107

⁷² a. a. O., S.119

Die Verfasser, nichtmedizinische Journalisten und Schriftsteller, haben in mühsamer Kleinarbeit die in Schweden zu dieser Thematik verfügbaren Quellen ausgewertet und vor allem die Archive der betroffenen Landkreise (*landsarkiv*), auch Krankenhausarchive, durchforscht. Da Schweden seit dem Jahr 1809 in keinerlei kriegerische Auseinandersetzungen mehr verwickelt und daher auch keinen Zerstörungen durch Krieg ausgesetzt war (sieht man von den häufigen Brandkatastrophen einmal ab, denen viele der aus Holz gebauten Häuser zum Opfer fielen), stehen dort noch vergleichsweise viele und ergiebige einschlägige Quellen für die Erforschung der Heimatgeschichte zur Verfügung. Die Arbeit von Sundelin und Sörman erscheint uns auch deshalb so wertvoll, weil sie die Krankheit in den zeitgeschichtlichen Zusammenhängen aus der Sicht der unmittelbar Betroffenen beleuchtet, also der Patienten und ihrer Angehörigen, der Ärzte und des Krankenpersonals.

Es konnten auch noch lebende Zeitzeugen ausfindig gemacht und befragt werden, die ihrerseits über das Schicksal lepröser Verwandter detailliert Auskunft geben konnten.

Weil die Geschichte der Medizin nicht allein durch die Brille des Arztes, sondern eben auch aus der Sicht des Kranken erst hautnah erlebbar ist, wollen wir diese Arbeit mit einem Bericht über das Leben und Leiden der Kristina Persson geb. Asplund, Schwedens letzter Leprakranker (1887 - 1976), abschließen.

9.2. Das gehäufte Vorkommen von Lepra in wenigen Provinzen Schwedens



Abbildung 19: Verbreitung von Lepra Schweden (1907). Quelle: Richards (1985)

Die Experten haben schon immer darüber gerätselt - und rätseln im Grunde noch heute - , weshalb vor allem ganz bestimmte schwedische Provinzen, im 19. Jahrhundert Dalarna und Hälsingland, von Lepra betroffen waren, während aus anderen Gegenden Schwedens in dieser Zeit nur wenige Fälle bekannt wurden. Die Bevölkerung selbst führt dies darauf zurück, dass diese Gegend im Mittelalter ein bevorzugtes Durchzugsgebiet lepröser Pilger aus dem Baltikum auf ihrer Pilgerreise zum Grab des heiligen Olaus in Nidaros, dem heutigen Trondheim, war. Solche Pilger rasteten auch in der Gegend von Järvsö; einige blieben möglicherweise gleich dort. Eine weitere Erklärung ist, dass man in diesen Provinzen besonders nahe bei und mit den Haustieren lebte. Anders als in anderen Gegenden Schwedens lagen hier Wohnbereich und Stall sehr dicht beieinander. Interessant ist hierzu ein Bericht des Provinzarztes (*provinsialläkare*) J. A. Hedenström.⁷³ Diesem Arzt wurde 1861 die Zuständigkeit für alle Leprösen („Vorstand für Leprabehandlung“) in der Provinz Hälsingland übertragen. In dieser Eigenschaft hatte er mindestens einmal jährlich bei jedem dieser Kranken einen Hausbesuch zu machen. Über den Gesundheitszustand jedes einzelnen Kranken musste er der Gesundheitsbehörde in Stockholm detailliert berichten. Diese Berichte sind heute natürlich eine ergiebige Quelle zur Erforschung der damaligen Lebensverhältnisse. In der Regel wiesen die Ärzte bei den Hausbesuchen auf die Notwendigkeit größerer Sauberkeit hin, auch auf die Gefahr einer Ansteckung anderer durch Wundsekrete. Wenn möglich, wurden Reinigungsbäder angeordnet. Alte Kleider wurden desinfiziert. Mittellose Kranken erhielten bisweilen neue Kleider auf Gemeindegeldern. Dr. Hedenström beschreibt die Lebensbedingungen der Landbevölkerung wie folgt:

„Die Wohnhäuser unterscheiden sich nicht von denen in anderen Teilen des Reiches, wo Lepra nicht vorkommt. In Ljusdal, Färila, Undersvik und Delsbo wohnt die bäuerliche Bevölkerung jedoch den Winter über größtenteils im Kuhstall, in Stallkammern und Ziegenställen, was dort schon immer üblich war. Der Viehstall ist nämlich besonders sorgfältig gezimmert und abgedichtet und mit größeren Herdstellen versehen. Auf der einen Herdstelle wird das Essen für die Bewohner zubereitet, auf einer anderen das Viehfutter. Zweimal täglich wird der Herd angezündet, wobei ein dichter Dampf entsteht, der den ganzen Raum ausfüllt. Dieser wird noch verstärkt durch das Kochen von Flachs,

73

Wistrand (1864), S. 137

das Bierbrauen und die Kochwäsche. Dazu kommen die Ausdünstungen des Viehs. Dadurch werden die Kleider der Bauern intensiv mit Stallgeruch durchtränkt, der auch nicht verschwindet, wenn man die Kleider mehrere Tage zum Trocknen in der frischen Luft aufhängt. Auch die Schaffelle, die man als Bettdecken verwendet, sind voll dieses Geruchs. Dadurch entstehen Ausschläge, die unter ungünstigen Verhältnissen in Lepra übergehen könnten.

Wohlhabendere Bauern bewohnen einen Zwischenraum, der diesen Dämpfen weniger stark ausgesetzt ist. In Ljusdal indes, wo die Wohnräume direkt mit dem Stall verbunden sind, findet sich die größte Anzahl Leprakranker. In Ziegenställen, kleinen mit einer Herdstelle versehenen Schuppen, wo die Ziegen in ihrem Mist stehen, wohnen die ärmsten Familien. Aus solchen Orten, wo nur die Allerärmsten in Vieh- oder Ziegenställen leben, sind jedoch kaum Leprafälle bekannt geworden.“

Folgerichtig räumt auch Dr. Hedenström ein, dass ein Zusammenhang zwischen Lepra und elenden Lebensbedingungen nicht zwingend sei, zumal auch solche Menschen an Lepra erkrankten, die nie in Ställen gehaust oder unter ähnlich „krankheitsbringenden Einflüssen“ gelebt hatten. Das Leben im Stall allein könne die Ausbreitung der Krankheit also nicht erklären. Augenfällig ist, dass oft ganze Familien von Lepra befallen waren. Nur eine verschwindend geringe Zahl lepröser Menschen kam aus den Städten. Wenn nun im Schrifttum immer wieder betont wird, die Stigmatisierung durch Lepra habe einen „sozialen Tod“ zur Folge, so muss diese Aussage jedenfalls für die Verhältnisse im Schweden des 19. Jahrhunderts relativiert werden. Man gewinnt nämlich aus den erwähnten Arztberichten durchaus den Eindruck, dass die Familien - weniger die Nachbarn - ihre Leprakranken eher gepflegt und beschützt als verstoßen haben. Dass häufig Leprakranke im Schuppen oder der Scheune hausten, diene dem Schutz vor Ansteckung und widerspricht nicht grundsätzlich dieser Feststellung. Es spricht auch viel dafür, dass die nächsten Angehörigen in der Regel Verständnis zeigten, wenn ein Leprakranker die Klinik vorübergehend oder endgültig verlassen und wieder in das häusliche Umfeld zurückkehren wollte.

Aus 93 Berichten des Dr. Hedenström über seine Besuche bei Leprakranken in Hälsingland greifen wir beispielhaft - und willkürlich nach dem Zufallsprinzip - die folgenden heraus:

„Nr. 50. Kari A. in Hybo: Bauersfrau, 54 Jahre alt, mit einem nicht-leprösen Mann verheiratet. Sie hat 2 Söhne, 22 und 34 Jahre alt, sowie eine 31-jährige Tochter.

Der eine Sohn und die Tochter sind ebenfalls leprös. Die Familie bewohnt eine dunkle, ungesunde Stallkammer. Bei ihr selbst wurden im Juli 1862 mehrere, teils größere, teils kleinere Knoten im Gesicht und an den Gliedmaßen festgestellt, außerdem Narben davon, auch nach Wasserblasen. Wunden in der Nase, auch im Rachen und am Gaumen. Die Stimme ist heiser, die Haut an den Waden verdickt und glänzend mit einem größeren Geschwür nach einer Wasserblase am rechten Bein. Die Beine sind geschwollen mit verdickter und schuppiger Haut, und weitgehend gefühllos. Sie fühlt sich matt und kurzatmig bei Anstrengungen, vermag aber leichtere Arbeiten zu bewältigen. Die Krankheit wurde vor etwa 9 Jahren festgestellt mit Fieberschüben und Gliederschmerzen. Danach begannen sich Knoten und Wasserblasen zu bilden.

Beim nächsten Besuch im Juni 1863 war sie verstorben.“

„Nr. 76. Märten J. in Wåhlsjö: Häusler (torpare), 56 Jahre, mit einer gesunden Frau verheiratet, hat 3 Töchter, 25, 19 und 16 Jahre alt. Er bewohnt ein kleines Zimmer mit Familie und 2 Ziegen und lebt in ärmlichen Verhältnissen. Bei ihm wurden im Dezember 1862 einzelne Beulen an den Wangen festgestellt, auch an Armen und Händen. Die Nase, die abzufallen beginnt, ist innen wund. Im Rachen auch eine Menge Wunden. Das Gefühl in Händen und Füßen ist fast verloren. An den Beinen rotblaue Flecken mit Ekzemausschlägen, vereinzelt Wasserblasen. Er ist matt und kurzatmig und kaum arbeitsfähig. Die Krankheit soll seit 2 Jahren vorgelegen haben, nachdem er zuvor an diversen Hautausschlägen gelitten hatte.

Beim nächsten Besuch im Dezember 1863 wurde er bettlägerig mit chronischer Bronchitis angetroffen.“

„Nr. 78. Per L. in Söderäng: Sohn eines Soldaten, 22 Jahre, unverheiratet, bewohnt einen kleinen Raum mit seiner Mutter und 2 Ziegen und ist arm. Der Vater ist an Lepra verstorben. Bei der Untersuchung im Dezember 1862 war Per abgemagert und hatte blaurote gefühllose Flecken an den unteren Gliedmaßen.

Die Haut ist „fnisig af skabb och eczema“ (etwa: schuppig, aufgesprungen durch Krätze und Ekzeme) und weist mehrere Narben und Wasserblasen auf. Hände und Füße sind

gefühllos und die Finger beginnen sich zusammenzuziehen. Er fühlt sich matt und ist kurzatmig. Die Krankheit hat er seit 2 Jahren bemerkt. Bei einem erneuten Besuch im Juli 1863 war die Haut in reinerem Zustand. Er ist zu leichteren Arbeiten in der Lage.“

Andere vermuten einen Zusammenhang mit Gewässern und Überschwemmungen, vor allem Sumpfbereichen, in denen die Menschen auf dem Lande barfuß gingen. Umgekehrt wird später das Verschwinden der Krankheit mit dem Übergang von der ländlichen zur urbanen Gesellschaft begründet und damit, dass die Menschen nun allgemein Schuhe trugen. Die - meist belächelte - Theorie des Barfußgehens als Mitursache der Krankheit hat durch neuere Forschungen allerdings an Gewicht gewonnen. Das phenolische Glycolipid 1, das in der Zellhülle des Erregers vorkommt, wurde nämlich im Schmutz nachgewiesen.⁷⁴

Die Bevölkerung sah vielfach auch im Verzehr von Fisch die Krankheitsursache, wobei insbesondere der „Graulachs“, der im Herbst von den Flüssen ins Meer zurückkehrt und dessen Fleisch „mager, blutlos und weiß ist“, ins Visier geriet. Besonders gefährlich wurde die Verbindung von Fischverzehr mit salzigem und saurem Essen angesehen. Auch ein bestimmtes Ackergewächs („åkerklätt“⁷⁵), dessen Samen oft in das Korn (Roggen) gemahlen wurde, wurde verdächtigt. Es handelt sich hierbei um eine einjährige, 0,5 bis 1 Meter hohe „Unkraut“-Pflanze mit großen roten Blüten. Die schwarzbraunen körnig-rauen Samen enthalten Saponin, das ein mehr oder minder giftiges Glykosid enthält.

9.3. Die Beobachtungen und Theorien des Carl von Linné

An dieser Stelle erscheint es reizvoll, einen Blick auf die Ansichten zu werfen, die hundert Jahre zuvor von Schwedens berühmtem Arzt und Naturforscher, Carl von Linné (Linnaeus) und seinen Zeitgenossen zum Phänomen Lepra vertreten wurden. Linné, 1707 in der schwedischen Provinz Småland geboren und 1778 in Uppsala (früher: Upsala geschrieben) verstorben, war Professor für Medizin und Botanik und u. a. auch Präsident der schwedischen Akademie der Wissenschaften. Im Jahr 2007 wurde überall in Schweden seines 300. Geburtstages gedacht. In einer aus dem Lateinischen ins Schwedische übersetzten Schrift „Spetålska (Lepra)“ aus dem Jahr 1765 befasst

⁷⁴ Informationen der Gesellschaft für Leprakunde a. a. O.

⁷⁵ åkerklätt : schwedische Mehlbeere = schwedische Vogelbeere

sich Linné eingehend mit dieser Krankheit, die man üblicherweise Lepra oder Elephantiasis nenne und „*die meinen Landsleuten in Österbotten wohl bekannt, in den übrigen Provinzen des Landes dagegen eher unbekannt ist*“.⁷⁶

Allerdings waren ihm auch Krankheitsfälle aus den nördlichen Teilen der schwedischen Inseln Gotland und Öland bekannt. In Österbotten (gemeint sind die Gebiete an der schwedischen Ostküste nördlich von Uppsala) sei die Krankheit dagegen so stark verbreitet, dass man sich im Jahr 1631 genötigt sah, im Ort Kronaby ein spezielles Krankenhaus für lepröse Menschen zu errichten.

Damit habe man bezweckt, ihren Umgang mit anderen Menschen zu unterbinden, damit sie nicht andere Menschen ansteckten. Denn allgemein habe man damals angenommen, dass diese Krankheit, ähnlich wie *Skabb* (Scabies, Krätze), ohne jeden Zweifel ansteckend sei. Linné selbst kommt dann jedoch zu einem völlig anderen, verblüffenden Ergebnis. Er bekennt, dass ihn die Krankheit vor allem deshalb interessiert habe, „*weil sie in ihrem Ursprung dunkel ist, in der Form variiert und schwer zu heilen ist*“ und räumt auch ein, dass seine Erfahrungen mit dieser kaum erforschten Krankheit noch unzureichend seien. Er zitiert zunächst ebenfalls biblische Quellen im 3. Buch Mose, Kap. 13 und 14, wo geschrieben stehe, dass Lepra derart ansteckend sei, dass sie sogar Mauern und Wände infiziere. Dort (Kap. 14 Verse 33 bis 57) ist freilich wohl eher Schimmelbefall an Häusern gemeint. Allerdings gelten die biblischen Reinheitsgesetze für „*jede Art von krankhaftem oder schädlichem Befall, nämlich für Hautkrankheiten wie Aussatz, Geschwüre, Ausschläge und Flecken sowie für Schimmelpilz an Kleidung und Häusern*“.

Linné wendet sich gegen eine zu starke Differenzierung verschiedener Formen der Lepra, insbesondere gegen die damals übliche Unterscheidung zwischen trockener und feuchter Lepra. Denn jede Lepra nässe, wenn die Geschwülste aufbrechen. Die typischen Symptome wie eine nasale und heisere Stimme, das entstellte Gesicht, die übelriechenden Sekrete, die Atemnot, die lederne und mit tiefen Spalten durchzogene Haut, die große Müdigkeit usw. würden sich nur durch Schwere und Dauer der Erkrankung unterscheiden. Linné beschreibt dann weiter typische Krankheitsmerkmale, die er beobachtet habe: Schmerzfreie, bewegliche, bläulich-rote Beulen, eingesprengt in das feste Gewebe, vor allem an der Stirn, den Wangen, in den Armbeugen, an Unterschenkeln und Händen, dazu hellgelbe oder hellblaue Beulen im Mund, an Gaumen und Zunge, ferner Wunden, die die Nasenlöcher zerstören, Geschwülste an den Ohren, geschwollene

⁷⁶ Linné (1957), S. 3-15

Lippen, entzündete und geschwollene Füße und Hände. In manchen Fällen seien auch Wunden oder Spalten vorhanden, die die ganze Haut durchdringen und die bei Berührung oft bluten, im Übrigen aber schmerzfrei seien. In allen von ihm beobachteten Fällen seien die Beulen gefühllos gewesen, deren Umgebung aber juckend.

Linné berichtet von einem Mann aus dem Ort Älvkarleby, der an den Folgen von Lepra verstarb. Nach seinem Tod habe die Krankheit auch auf andere Menschen aus seiner Nachbarschaft übergegriffen. Diese seien in ein Krankenhaus in Stockholm verbracht worden, wo aber alle Behandlung erfolglos geblieben sei.

Sehr eingehend befasst sich Linné nun mit der Entstehungsursache von Lepra. Zunächst vermutet er bei allen Krankheiten grundsätzlich eine falsche Lebensführung als (Mit)Ursache. Er listet dann die ihm bekannten Theorien zur Verursachung von Lepra auf: In Afrika glaube man, dass der Verzehr von Wildeselfleisch die Krankheit hervorrufe. Andere hielten den Verzehr von Schweinefleisch oder von Fleisch kranker Tiere für verantwortlich. Ein zu seinen Lebzeiten berühmter finnischer Medizinprofessor namens Spöring (Veröffentlichungen um 1730) halte den Verzehr des Fleisches von Seehunden für die alleinige Ursache, weil Lepra vor allem in den Küstengebieten vorkomme. In Ägypten und Ostindien vermute man die Ursache im Verzehr von schmutzigem, gesalzenem Fisch. Überhaupt seien die meisten medizinischen Kapazitäten davon überzeugt, dass Lepra irgendwie mit dem Verzehr von Fisch bzw. im Meer lebenden Tieren zusammenhänge. Es komme dadurch zu Verunreinigungen des Blutes, die ihrerseits die Krankheit auslösen.

Linné vermutet indes eine ganz andere Ursache. Er weist zunächst darauf hin, früher habe man geglaubt, dass *Skabb* (Krätze) durch Verunreinigungen des Blutes verursacht werde. Heute wisse man aber, dass kleine *Skabbdjur* (wörtlich: Krätze-Tierchen, auch Acari genannt), die unter der Haut ihre Nester bauen, dafür verantwortlich seien. Diese Tierchen könne man nämlich mit einer Nadel herausziehen und sie dann mit bloßem Auge beobachten.

Ihre Aktivitäten verursachte Pusteln und Ekzeme, eben Krätze. Daraus leitet Linné die These ab, dass alle mit Fieber einhergehenden Krankheiten wie Pest, Pocken, Masern, Syphilis, Herpes, Schorf, Lungenschwindsucht durch kleine, oft unendlich winzige Erreger verursacht werden. Diese - grundsätzlich richtige - Erkenntnis ist damals oft bezweifelt worden, weil man sich nicht vorstellen konnte, dass die Natur derart winzige, mit dem Auge nicht mehr wahrnehmbare Lebewesen hervorbringen könne, die trotz ihrer Winzigkeit in der Lage sind, schwere

Krankheiten auszulösen. Bei seiner Vermutung stützt sich Linné auch auf die Beobachtung, dass man doch mancherlei Krankheiten mit „Mercurius dulcis“, einem Quecksilberpräparat bekämpfe:

„Hat nicht Dr. Schreiber (Observationes et cogitata de pestilentia, 1744) im russisch – türkischen Krieg das russische Kriegsheer damit von Pest befreit? Werden nicht täglich Kinder mit Quecksilber gegen Pocken geimpft? Auch Läuse werden damit wirksam bekämpft, ebenso die kleinen Tierchen bei venerischen Krankheiten.“

Er zitiert einen Fall, bei dem eine lungenkranke alte Frau nach ihrem Tod einen Pelzhandschuh hinterlassen habe. Danach hätten hintereinander 7 weitere Personen diesen Handschuh getragen, die danach alle an derselben Krankheit starben.

Obwohl Linné mit der Vermutung, dass Krankheiten durch kleine, nicht mit dem bloßen Auge sichtbare Erreger verursacht werden können, durchaus auf der richtigen Fährte ist, lässt er sich durch eine damals von vielen Forschern vertretene Auffassung, wonach die Wurzel des Übels bei Lepra ein kleiner Wurm sei, davon wieder ablenken. Meeresfische seien nämlich oft von einem kleinen Wurm befallen, den die Norweger „*Qveise*“ (*Gordius marinus* oder *Gordius spiralis*) nennen. Beim Fisch riefen diese Würmer kleine Beulen hervor. Solche Würmer müssten im Meer als ihrem Element entstanden sein, obwohl ja die meisten anderen Würmer Salzwasser nicht vertragen. Jedermann in den norwegischen und schwedischen Küstengebieten sei nunmehr davon überzeugt, dass dieser Wurm für die Entstehung von Lepra verantwortlich sei. Linné meint nun, es sei doch durchaus nachvollziehbar, dass dieser Wurm beim ständigen Verzehr von Fisch von diesem auf den Menschen wandere. Es gebe fünf Gründe für diese Annahme:

- Heringe seien sehr selten wurmfrei.
- Würmer seien bekanntlich die zählebigsten Tierchen, die sogar manchmal das Kochen überleben.
- Im Unterschied zu anderen Erregern setze sich dieser Wurm nicht im Darmkanal, sondern in den Eingeweiden fest.
- Wo sich der Wurm (im Fisch) festgesetzt habe, entstehe eine kleine Beule, die eine erstaunliche Ähnlichkeit mit den Beulen lepröser Menschen aufweist.
- In den einschlägigen Schriften sei man sich darüber einig, dass Lepra meist in den Küstengebieten auftrete, was man auf den häufigen Verzehr von Fisch zurückführe. Freilich gebe es verschiedene Unterarten dieses Wurms, weshalb infolge der

verschiedenen Beschaffenheit des Wurmes auch entsprechend verschiedene Formen von Lepra auftreten würden.

Linné räumt aber gleichzeitig ein, dass diese Annahme zwar sehr wahrscheinlich, letztlich aber doch nicht bewiesen sei, weshalb er alle medizinischen Forscher zu weiteren Forschungen in dieser für die Menschheit so wichtigen Frage aufrufe. Vor allem solle man bei verstorbenen Leprakranken die Beulen öffnen und genau untersuchen, um festzustellen, ob sich dort tatsächlich Würmer finden lassen.

Man mag heute solche Thesen belächeln und sich darüber wundern, dass ein so hervorragender und heute noch bewunderter Wissenschaftler wie Linné sich so unkritisch der damals herrschenden Meinung anschloss; denn er hätte ja selbst solche Beulen öffnen und sich davon überzeugen können, dass da keine Würmer zu finden waren. Aber jeder Wissenschaftler arbeitet auf der Basis der Möglichkeiten und Auffassungen seiner Zeit – und diese Möglichkeiten waren aus heutiger Sicht damals sehr begrenzt.

Einmal auf der falschen Spur, kommt Linné auch bei der Therapie zu merkwürdig anmutenden Ergebnissen. Zunächst stellt er fest, dass die Behandlungsversuche mit Quecksilberpräparaten bei Lepra keine überzeugenden Ergebnisse gebracht hätten. Neuerdings habe man jedoch aus London gehört, dass man mit Erfolg gegen Lepra Meerwasser angewandt habe, das der Kranke in großen Mengen trinken müsse. Gleichzeitig verabreiche man Abführmittel und reibe den kranken Körper mit warmen Ölen „scharf und durchdringend“ ein. Linné meint nun, dass die Ergebnisse dieser Rosskur seine eigene Hypothese in verblüffender Weise bestärkten: Es sei doch leicht vorstellbar, dass der Wurm, geplagt und irritiert durch die ständigen äußerlichen Einreibungen, im Darmkanal das vorher verabreichte Meerwasser als seinem eigenen Element aufsuche und daraufhin durch die Abführmittel abgehe.

Soweit die wissenschaftlichen Thesen in Skandinavien in der Mitte des 18. Jahrhunderts zur Ursache und Bekämpfung von Lepra.

9.4. Das Järvsö Sjukhus

Das *Järvsö sjukhus för spetälska* (Krankenhaus Järvsö für Leprakranke, Abb. 20, 8) wurde auf Beschluss des schwedischen Reichstags 1864 zunächst provisorisch und dann 1867 in einem

Neubau aus Holz eingerichtet⁷⁷. In den schwedischen Quellen wird dieses Haus abwechselnd als Hospital, als Pflegeheim, Anstalt, Klinik, Lazarett oder als Krankenhaus bezeichnet. Tatsächlich war es wohl eine Mischung aus Krankenhaus und Pflegeheim unter ärztlicher Leitung und Aufsicht. Dort wurden im Lauf der Geschichte dieses Hauses insgesamt etwa 400 lepröse Menschen aus ganz Schweden behandelt. Dabei muss selbstverständlich auch berücksichtigt werden, dass eine mindestens ebenso große Zahl dieser Kranken noch zu Hause bei ihren Familien lebte. Nicht nur in Järvsö wurden damals überall in Schweden neue Kliniken errichtet. In den Jahren zwischen 1860 bis 1900 vervierfachte sich die Zahl dieser Krankenhausplätze. Dabei handelte es sich jedoch um Allgemeinkrankenhäuser, die zur Not auch einmal Leprakranke aufnahmen. Die einzige Spezialeinrichtung für Lepröse in dieser Zeit war und blieb jedoch das Hospital in Järvsö.



Abbildung 20: Järvsö Sjukhus 1905. Quelle: Sundelin / Sörman (2004)

⁷⁷ Sundelin / Sörman (2004), S. 24, 51 ff.

Das Spital liegt etwas abseits des Ortes Järvsö (Abb.21) auf einem Hügel mit herrlicher Aussicht auf den See Ljusnan und die abwechslungsreiche Landschaft, ist jedoch von der Kirche und vom Ort gut zu Fuß zu erreichen. Der äußere Eindruck des Gebäudes erinnert mehr an ein großes zweistöckiges, durchaus ansehnliches Holzhaus als an eine klinische Einrichtung für Kranke.

Das Spital verfügte über 14 geräumige und gut belüftete Zimmer, davon 10 Krankenzimmer, zwei Zimmer mit Küche für den Hausmeister und die restlichen Zimmer für das Pflegepersonal. Es gab außerdem noch zwei rechtwinklig angeordnete Gebäudeflügel (Nebengebäude).

Der eine Flügel diente als Scheune, Speisekeller und Abort (schwedisch: *hemlighus* = heimliches Örtchen); auch gab es dort ein Bügelzimmer. Der andere Gebäudeflügel beherbergte Esszimmer, Backstube, den Holzvorrat sowie einen Leichenraum. Gegenüber dem Hauptgebäude befand sich noch das Badehaus mit getrennten Badezimmern für Frauen und Männer. Es gab dort auch eine Spüle und die Waschküche.

Ungeachtet seines ansprechenden Äußeren erfolgte damals die Krankenpflege im *Järvsö sjukhus* unter ziemlich primitiven Bedingungen. Kritische Stimmen meinen, es habe sich dabei eher um eine Verlängerung der Armenpflege als um einen wirklichen Behandlungsplatz gehandelt, womit man den Bemühungen der Ärzte und Krankenschwestern aber sicher nicht gerecht wird. Die Behandlung verfolgte vor allem zwei Ziele: Zum einen die Symptome der Krankheit zu lindern und zum anderen die Umgebung vor Ansteckung zu schützen. Die eigentliche Krankenpflege bestand aus Grundpflege, Wundversorgung und der Linderung von Schmerzen. Eine Heilung der Krankheit war damals nicht möglich. Erst in den 1940er Jahren gab es hier durch die Anwendung verschiedener Antibiotika wirkliche Fortschritte.

Das Hospital war eine in sich abgeschlossene eigene Welt. Dort herrschten freilich strenge Sitten. So heißt es in der Hausordnung des Lazaretts etwa:

„Die Patienten sind verpflichtet, ein friedliches und sittsames Leben zu führen und sich still, zurückhaltend und anständig aufzuführen. Sie sollen mit christlicher Liebe und Sanftmut miteinander umgehen und bereitwillig einander - und vor allem den Schwerstkranken - helfen. Sie müssen sich der größten Ordnung, Reinlichkeit und Sauberkeit befleißigen und sich gegenüber dem Krankenhauspersonal und den Bediensteten höflich verhalten. Sie sollen beim Bettenmachen, Putzen und Beheizen der Krankenzimmer und nach ihren Kräften bei Reparaturen und der Herstellung von

Einrichtungen mithelfen. Dies gilt auch für die Landwirtschaft und die Tierhaltung sowie sonstige Tätigkeiten.“

Es gab zahlreiche Verbote, deren Einhaltung streng überwacht wurde. Die Kranken durften z.B. nicht Essen und Getränke selbst anschaffen. Bei Lebensmitteln und Kleidern war strengste Hygiene vorgeschrieben. Auf keinen Fall durften Kranke die ihnen zugeteilten Lebensmittel an andere Personen weitergeben. Sie wurden zudem angehalten, sich soviel wie möglich an der frischen Luft aufzuhalten. Bei groben Verstößen gegen die Hausordnung konnte dem Kranken der Kaffeegenuss entzogen werden - im Land der Kaffee trinkenden Schweden eine schlimme Einschränkung. Darüber hinaus konnten sie sogar in eine Isolierzelle eingesperrt werden. Half auch das nicht, meldete der Arzt die Vorkommnisse der Direktion und diese wiederum dem königlichen Beauftragten im Landkreis. Auf der anderen Seite wurde aber auch das Krankenpflegepersonal angewiesen,

„die Kranken mit Sorgfalt und Menschenliebe zu pflegen und darauf zu achten, dass diese einander und der Krankenhauseinrichtung nicht schaden“. Sie sollen „durch freundliches und einfühlsames Bemühen, ruhiges und würdiges Auftreten das Vertrauen der Kranken und ihren Respekt gewinnen“.

Auf die Befriedigung auch geistlicher Bedürfnisse wurde größter Wert gelegt. Der örtliche Pfarrherr war Mitglied des Leitungsgremiums der Klinik. Seine seelsorgerlichen Dienste wurden gesondert und im Verhältnis zu den Bezügen des Krankenpersonals großzügig vergütet. In der Praxis ging es im Spital allerdings wohl nicht immer so edel und christlich zu, wie dies seinen Gründern vorgeschwebte. Sundelin / Sörman berichten vom Beschwerdeschreiben einer Krankenschwester namens Anna Heimer an den König, in dem sie sich darüber beklagt, dass die Kranken in Järvsö schlecht behandelt und nicht die ihrem Leiden entsprechende Pflege erhalten würden.⁷⁸ Das Essen sei von miserabler Qualität und würde deshalb oft von den Kranken gar nicht angerührt. Es gebe viele Beschwerden, auch von außerhalb, gegen den leitenden Arzt. Dieser, offiziell zur Stellungnahme aufgefordert, weist die Vorwürfe entschieden zurück und greift nun seinerseits die Krankenschwester an, die er habe entlassen müssen und der er

⁷⁸ Sundelin / Sörman a. a. O., S. 64

Querulantentum vorwirft. Immerhin erwähnt er beiläufig, dass er gezwungen gewesen sei, einen renitenten Kranken, einen jungen Mann, zu dreimonatiger Isolation zu verurteilen [!!].

Unabhängig vom Wahrheitsgehalt der gegenseitigen Beschuldigungen bezeugt dieser Schriftwechsel doch eine für die damalige Zeit beachtliche Meinungsfreiheit. Einen interessanten Einblick in das Innenleben des Hospitals vermittelt der ebenfalls von Sundelin / Sörman abgedruckte Brief der Krankenschwester Anna Eriksson an ihren Konfirmationspfarrer aus dem Jahre 1906, dem sie ein Foto beilegte.⁷⁹ Es heißt hier u. a.:

„Das Bild zeigt das Personal und einen Teil der Kranken. Das kleine Mädchen auf meinem Arm ist erst drei Jahre alt. Es ist eigentlich noch nicht krank, hat aber verdächtige Flecken auf dem Körper. Seine Mutter ist leprös und wird hier gepflegt. Lepra ist eine schreckliche Krankheit. Die armen Kranken tragen ihr schweres Los mit mehr Gleichmut, als man das erwarten würde. Es gibt Patienten, die schon 30 Jahre im Spital sind, und gerade diese sind die geduldigsten. Nun gibt es hier 41 Leprakranke, 3 sind verstorben, seit ich hier bin. Nur wenige sind bettlägerig. Die dazu in der Lage sind, helfen kräftig mit. Die Isolierung ist keinesfalls streng. Die Kranken dürfen in die Kirche und in das Gebetshaus gehen und auch ihre Angehörigen zu Hause besuchen. Die Ansteckungsgefahr scheint nicht so groß zu sein. Niemand vom Personal ist bisher angesteckt worden. Die Krankenpflege hier ist so trostlos. Niemals erzielt man eine Besserung. Die Lage des Spitals am Strand des Sees Ljusnan ist aber unerhört schön.

⁷⁹

a. a. O., S. 61



Abbildung 21: Järvsö 1978

Die Natur hier ist ganz großartig.

Es ist ein so scharfer Kontrast zwischen all dem Schönen außerhalb des Spitals und all dem Hässlichen, Abschreckenden innerhalb seiner Mauern.

Und doch ist es die Seele in dieser unschönen Hülle, die ewig lebt, während alles Irdische, wie schön es auch sei, vergehen muss.“



Abbildung 22: Johan Laurin, 15 J.; Karl Carlsson, 20 J.; Johan Bergström, 13 J.,
Järvsö Sjukhus 1906. Quelle: Sundelin / Sörman, 2004

9.5. Das Leben und Leiden der Kristina Persson

Wir entnehmen diesen eindrucksvollen Bericht über Schwedens letzte Leprakranke ebenfalls dem Buch von Sundelin / Sörman.⁸⁰ Sie war Hilfsarbeiterin, Magd. Trotz ihrer schweren Krankheit bekam sie Kinder, ohne (zunächst) verheiratet zu sein. Sie war arm, verkrüppelt und gelähmt und in ihren letzten 40 Lebensjahren auch blind. Kristina war leprös. Trotzdem erreichte sie das hohe Alter von 89 Jahren. Sie war eine der letzten Patienten im Järvsö Sjukhus, als dieses 1943 geschlossen wurde. In einem noch erhaltenen Interview in einem schwedischen Fernsehprogramm aus dem Jahr 1966 antwortet Kristina auf entsprechende Fragen:

„Ich kann äußerlich nicht fühlen, ob es warm oder kalt ist.“

„Nein, die Hände kann ich nicht gebrauchen. Ich kann mir nicht selbst helfen und kann mich auch nicht anziehen.“

„Ja, mit den Füßen geht es auch schlecht.“

„Ja, das kommt alles von Lepra.“

„Ja, ich bin blind. Ich kann nicht einmal die Sonne sehen. Es ist aber nicht ganz dunkel, es ist nur halbdunkel. Aber essen kann ich selbst, wenn man mir die Speisen zubereitet. Beim Kaffeetrinken brauche ich aber Hilfe. Sonst verbrenne ich mich, weil ich ja äußerlich nichts spüre. Man muss lernen, wie in der Schule.“

Kristina wächst auf dem Land als armer Leute Kind auf, in der Provinz Hälsingland. Frühzeitig muss sie mithelfen, weil die Mutter gestorben und der Vater nach Amerika gefahren ist. Sie muss hart arbeiten, als Magd. Schon früh leidet sie an Hautausschlägen und verschiedenen Hautveränderungen. An den Fingern bilden sich Blasen, wie von Verbrennungen. Im Spätsommer 1918 bemerkt sie, dass ihre Finger nicht mehr so flink wie früher sind. Und die Hände fühlen sich so seltsam leblos an. Sie sind jetzt fast gefühllos. Der Arzt, den sie aufsucht, schöpft Verdacht und verweist sie an „Dr. Hamne in Järvsö“. Als sie dort den positiven Bescheid erhält, tauchen die Bilder aus der Bibel von entstellten und ausgestoßenen Menschen in ihr auf. Sie ist jetzt 32 Jahre alt.

⁸⁰ Sundelin / Sörman a. a. O., S. 11-20

In einer Übersicht des Reichsarchivs in Stockholm wird Kristina als eine von 30 Leprakranken in der Provinz Hälsingland genannt, die Anspruch auf staatlichen Unterhalt hatten. Dr. Hamne konstatiert:

„Sie ist in begrenztem Umfang arbeitsfähig, als Putz- und Waschhilfe in der Landwirtschaft. Sie ist unverheiratet und hat eine siebenjährige Tochter, die möglicherweise Anspruch auf staatliche Unterstützung von 150 Kronen jährlich hat. Der Vater des Kindes - auch er - fuhr nach Amerika, was Kristina ohne Anklage oder Bitterkeit berichtet.“

Obwohl Kristinas Hände nun mit Brandwunden übersät sind und die Finger allmählich krumm und gefühllos werden, arbeitet sie weiter als Magd. Sie wohnt mit ihrer Tochter in einer Dachstube bei einem Bauern. Der Provinzarzt besucht sie nun in regelmäßigen Abständen, stellt alte, bereits verheilte Wunden fest und neu auftretende Geschwüre, bescheinigt ihr aber im übrigen eine robuste Gesundheit. Allerdings seien die unteren Extremitäten jetzt völlig gefühllos und „in einem leprösen Prozess“. Die - jetzt 11-jährige - Tochter sei gesund.

Dann lernt Kristina den verwitweten Bauern Per Persson kennen und zieht zu ihm in dessen großes Holzhaus, abgelegen im Wald. Diese Verbindung führt bald zu einer weiteren Geburt; sie bekommt einen Sohn. Unklar ist, ob sie in diesem Haus in einem eheähnlichen Verhältnis lebt oder nur als Magd des Bauern. Der Vater gehört der Pfingstkirche an und es ist gut möglich, dass er - neben anderen Motiven - der leprakranken Frau aus christlicher Verantwortung auch helfen wollte. Jetzt schreitet die Krankheit voran. Nässende Wunden und die allgemeine Gefühllosigkeit nehmen weiter zu. Vorübergehend ist die Patientin, wie der Provinzarzt mitteilt, deswegen arbeitsunfähig. Im Jahr 1928 stellt er fest, dass die linke Hand, die Finger und auch der Unterarm stark verkrümmt sind. Erst jetzt weist er sie in das Lepra-Hospital in Järvsö ein. Aus der Sicht der Patientin löste eine solche Veränderung zweifellos auch Angst aus, war man doch jetzt anderen Menschen ausgeliefert und von der Umwelt weitgehend isoliert. Am 23. Januar 1928 wird Kristina im *Järvsösjukhus* als Patientin Nr. 381 registriert. Die Anamnese bei der Aufnahme weist sie als eine magere und bleiche Frau aus. Viele Jahre lebt Kristina nun dort im Lepra-Hospital. Sie wird mit Bädern, Salben und Injektionen behandelt. Zwischenzeitlich versucht man - erfolglos - in einer Augenklinik ihr Sehvermögen zu erhalten. Über die Sommermonate erhält sie Heimaturlaub. Zu Hause kann sie anfänglich noch etwas mithelfen. Aber nun nimmt die

Verkrümmung der Finger und Zehen weiter zu. Lepraknoten entstehen im Gesicht und an den Augen. Die Knoten an den Augen versucht man wegzubrennen, mit nur temporärem Erfolg. An anderen Stellen des Gesichts dagegen kann man sie mit dieser Methode entfernen. Im Leprosital bringt sie 1930, derzeit 43-jährig, noch ein weiteres Kind zur Welt, ein Mädchen, dem sie den Namen Mary gibt. Das Kind wird gleich nach der Geburt der Sozialbehörde (eigentlich: Amt für Armenpflege) übergeben, die es in eine Pflegefamilie vermittelt, wo das Mädchen wie das eigene Kind behandelt und erzogen wird.

Aber dann, 1937, geschieht das Erstaunliche: Kristina verlässt die Lepraklinik auf eigenen Wunsch und kehrt wieder in das Haus im Wald zu dem gealterten Bauern Per und dem halbwüchsigen Sohn Erik zurück. Sohn Erik, bislang gleichzeitig Knecht und Magd, wird jetzt auch noch Krankenpfleger. Zu Tochter Mary und deren Pflegemutter gibt es gute Kontakte. Im Bauernhaus werden keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen getroffen. Allerdings steht Kristina ein eigenes Klo zur Verfügung. Mit 56 Jahren heiratet sie dann doch noch ihren Per Persson, der jetzt nahezu 80 Jahre alt ist. Später übernimmt die Lebensgefährtin des Sohnes Erik die Pflege, ganze 17 Jahre lang. Kristina wird als „krank und trotzdem stark“ beschrieben. Ein Arzt attestiert ihr, dass keine Ansteckungsgefahr mehr bestehe. Ob man sie in ihren letzten Lebensjahren noch mit Antibiotika behandelte, ist nicht bekannt. Hoch betagt stirbt sie 1976.

Mit Kristina Persson, geb. Asplund, ist auch die Krankheit Lepra in Schweden ausgestorben.

10. Ursachen und Gründe für das seuchenhafte Auftreten von Lepra in bestimmten Regionen Norwegens und Schwedens im 19. Jahrhundert

Es wird zunehmend deutlich, dass das Bakterium allein kaum die Ursache für das Auftreten und den Fortbestand von Lepra sein kann. Mit ganz wenigen Ausnahmen rekrutierten sich die Leprakranken aus den niedrigsten Einkommensgruppen. Zwar war bei weitem nicht jeder Arme leprös, aber (fast) jeder Lepröse arm. Klar ist auch, dass gute Lebensbedingungen, angefangen von einer ausgewogenen Ernährung über die Wohnverhältnisse bis zur Hygiene die Ausbreitung der Krankheit erschweren oder sogar verhindern. Gesunde Ernährung hat unumstritten einen positiven Einfluss auf das Immunsystem. Deshalb ist es auch undenkbar, dass angesichts der verbesserten Lebensbedingungen im heutigen Skandinavien die Krankheit noch einmal dort einen entsprechenden Nährboden finden würde.

In der Tat waren die im 19. Jahrhundert in Norwegen und Schweden erkrankten Menschen arm, ja oft bettelarm. In Schweden gab es noch bis weit in das 20. Jahrhundert hinein ein ländliches Proletariat (siehe oben Ziff. 8.2). Das waren die Kätner (*Torpare*) und die „*Backstugosittare*“. Am schlechtesten erging es jedoch den völlig mittellosen und rechtlosen Menschen (*Fattighjonen*), die von Hof zu Hof zogen und dort jeweils für einige Tage mehr schlecht als recht durchgefüttert wurden - die damalige Form von Sozialhilfe. Angesichts dieser Verhältnisse, die durch Übervölkerung und Missernten („Hungerjahre“) noch verschärft wurden, kam es zu der geschilderten großen Auswanderungswelle. Der schwedische Schriftsteller Vilhelm Moberg hat das Schicksal dieser Auswanderer in seinem Romanzyklus („Die Auswanderer“, „Die Einwanderer“, „Die Neusiedler“, „Der letzte Brief nach Schweden“) eindrucksvoll und dramatisch beschrieben.⁸¹ Wenn wir uns nun die Berichte der schwedischen Distriktsärzte (oben Ziff. 7.2) über die elenden Wohnverhältnisse vieler Leprakranker, die häufig in Vieh- oder Ziegenställen hausten, vor Augen halten, so ist es gut vorstellbar, dass derartige

⁸¹ Moberg (1954)

Lebensbedingungen geradezu einen optimalen Nährboden für den Fortbestand der Krankheit bildeten.

In Norwegen waren die Verhältnisse nicht besser. Dort waren ja vor allem die Küstenregionen betroffen, deren Bewohner vielfach vom Fischfang lebten. Die Fischer standen auf der untersten Stufe der gesellschaftlichen Hierarchie. Sie lebten zum großen Teil in erbärmlichen Verhältnissen. In der Kirche saßen sie stets in den hintersten und schlechtesten Bänken, was alles über ihre soziale Stellung in der Gemeinde aussagt. Dies alles hat niemand besser beschrieben als einer der bedeutendsten Epiker der norwegischen Literatur, der Schriftsteller Johan Bojer (1872 - 1959), der selbst aus diesem Milieu stammte.⁸²

In seinem Werk „Den siste viking“ (in deutscher Sprache unter den Titeln „Der letzte Wiking“ und „Die Lofotenfischer“ herausgegeben) beschreibt er meisterhaft und mit großer Eindringlichkeit die geradezu heroischen Fischzüge nach den Lofoten auf kleinen Segelbooten, von deren Ergebnis die Lebensbedingungen der zu Hause - oft vergebens - auf die Rückkehr der Fischer in ihren armseligen Hütten wartenden Familien abhingen. Folgendes Zitat aus diesem Buch sagt mehr aus als alle nüchternen Schilderungen der Lebensverhältnisse dieser Familien:

„Aber ein ehrgeiziger Junge, der Fischer wird, der steuert keinem Paradies zu. Selbst wenn er eines Tages auf den Bootsführerplatz kommt, muss er sich wie die anderen ein Leben lang mit der Armut herumschlagen. Er ist der Sklave und Banken und Handelsleute werden reich, Fischaukäufer und Großhändler werden reich, aber einer bleibt zeit seines Lebens arm, und das ist der Fischer.“

Interessant ist, dass hier auch ein Fall von Lepra geschildert wird. Diese Krankheit war offenbar ein selbstverständlicher Bestandteil der Lebenswirklichkeit dieser Menschen. Im Buch hat der Arzt einem Bootsführer auf den Lofoten gerade die vernichtende Diagnose Lepra mitgeteilt:

„Du hast auf See zu viel gefroren und gelitten. Jetzt musst du nach Hause fahren und dich ins Stift begeben.“

⁸² Bojer (1965)

Dem Verfasser vielleicht unbewusst, liegt dieser Aussage des Arztes die damals dort weit verbreitete Ansicht zu Grunde, die Kombination von Fischverzehr mit nasser Kälte begünstige den Ausbruch der Krankheit. Bojer lässt dann den Fischer sinnieren:

„Per, mit dir ist es aus. Du weißt, wie es dir ergehen wird. Du verfaulst bei lebendigem Leib. Du wirst so, dass den Leuten vor dir graut. Deine eigenen Kinder fürchten sich vor dir.“

Not allein kann dagegen nicht die einzige Ursache für das starke Auftreten von Lepra gewesen sein. Es gibt genügend bitterarme Länder und Regionen, in denen Lepra nicht oder nicht mehr vorkam. Allerdings bestand in solchen Küstenregionen sicherlich ein erhöhtes Risiko durch die vielfältigen Kontakte der Seefahrer mit der Außenwelt, was möglicherweise den Funken der Ansteckung immer von neuem am Leben erhielt. Trotzdem ist es unwahrscheinlich, dass die Außenkontakte über Land und Meer der Grund für die hohen Fallzahlen von Lepra in Südwest-Norwegen gewesen sein; dafür nahm die Krankheit dort viel zu große epidemieartige Ausmaße an.

Wir müssen uns also mit weiteren denkbaren Faktoren auseinandersetzen, die möglicherweise für die Zunahme von Lepra mitursächlich gewesen sein könnten. Hierzu werden ja in der betroffenen Bevölkerung zum Teil abenteuerlich anmutende Theorien vertreten. Hansen und Looft haben in einem gemeinsamen Aufsatz den Satz geprägt:

„Es gibt kaum etwas zwischen Himmel und Erde oder auf der Erde, das nicht als Ursache der Lepra angesehen worden ist, und das ist nur natürlich, denn je unwissender man ist, um so lebhafter arbeitet die Phantasie.“⁸³

In Schweden vermutete die Bevölkerung, dass die Zunahme von Lepra in ganz bestimmten Provinzen mit dem Durchzug lepröser Pilger aus dem Baltikum zusammenhing; dies wäre also ein Grund für verstärkte Ansteckung. Dann wird - sicher nicht zu Unrecht - das enge Zusammenwohnen von Mensch und Vieh als ein den Ausbruch der Krankheit begünstigender Faktor angesehen. Manche führen die Krankheit auf den Verzehr bestimmter, vor allem verfaulter

⁸³ Armauer Hansen / Looft (1894), S. 35

Fische zurück, oft in Verbindung mit nasser Kälte, der vor allem die Fischer auf den Meeren ausgesetzt sind. Es wird berichtet, in Dänemark habe der Verzehr von Fisch nach der Reformation stark nachgelassen; in gleichem Maße sei auch Lepra zurückgegangen.⁸⁴ In den Küstenbezirken Norwegens und Schwedens, wo sich die Krankheit länger gehalten habe, hätten die Menschen aber traditionell nach wie vor viel Fisch verzehrt. Von anderen wird die Vermutung geäußert, die Beimengung von Samen des Ackergewächses „Åkerklätt“⁸⁵ in das Roggenbrot könne mitursächlich für den Ausbruch der Krankheit gewesen sein. Und schließlich meint man, dass der damalige faktische Zwang zum Barfußgehen, vor allem in sumpfigen Gebieten, nicht ganz unschuldig am häufigen Vorkommen von Lepra gewesen sei. Der Bazillus fühle sich möglicherweise in dieser Erde besonders wohl. Als dann später fast alle Menschen Schuhe trugen, ging - zeitgleich - auch die Lepra zurück.

Hansen und Looft berichten von einem Fall, in dem ein junger Mann ein Jahr später, nachdem er die von einem Leprösen erhaltene Unterhosen anzog, selbst leprös wurde⁸⁶. In einem anderen Fall wurde ein junger Mann leprös, nachdem er ein Paar Strümpfe seines leprösen Vaters getragen hatte. Hansen hält es für denkbar, dass das Mykobakterium leprae zählebig und auch außerhalb des menschlichen Organismus lebensfähig ist.

Richards referiert eine interessante, aber auch fast unglaublich anmutende Theorie aus Dänemark: Danach sei Lepra eine Form von Ziegen-Tuberkulose. Die ursprünglich aus einigen von Lepra heimgesuchten arabischen Ländern stammenden Ziegen hätten in Dänemark die Landschaft durch Verbiss stark geschädigt, so dass ihre Zahl kraft Gesetzes beträchtlich reduziert wurde.

Zu gleicher Zeit sei auch Lepra zurückgegangen. In Norwegen habe es dagegen weiterhin Ziegen gegeben mit der Folge, dass sich dort auch Lepra stärker gehalten habe. Es galt die lateinische Grundregel: „Lac et pisces in eadem mensa inducit lepram“ (Milch - gemeint ist Ziegenmilch - und Fische im gleichen Essen führen zu Lepra). Es könnte auch so gewesen sein, dass auch dort die in Schweden beschriebene Nähe der Menschen zum Ziegenstall mitursächlich war und weniger die Milch dieser Tiere⁸⁷.

An dieser Stelle erscheint es hilfreich, zunächst noch einmal einen Blick auf die Zeitabschnitte zu werfen, in denen Lepra in Kontinentaleuropa aufflammte und dann auch wieder abnahm. Sollte

⁸⁴ Richards (1958), S. 119

⁸⁵ Åkerklätt: schwedische Vogelbeere

⁸⁶ Armauer Hansen / Looft (1894), S. 41

⁸⁷ Richards (1958), S. 119

es dabei zwingende Gesetzmäßigkeiten gegeben haben, dürften diese auch für die Verhältnisse in Norwegen und Schweden maßgeblich gewesen sein. Bekanntlich hat sich Lepra verstärkt im 12. Jahrhundert in ganz Europa einschließlich Skandinaviens ausgebreitet. Diese Phase fällt zeitgleich mit den verschiedenen Kreuzzügen ins Heilige Land (Palästina) zusammen, die vom Ende des 11. Jahrhunderts bis Ende des 13. Jahrhunderts stattfanden. Zum Vergleich: Die Zeit der Wikinger datiert vom Ende des 8. Jahrhunderts bis Mitte des 11. Jahrhunderts. Beide „Auslandsbeziehungen“ werden folgerichtig als ein Motiv für die Verbreitung der Lepra angesehen. Im Laufe des 15. und 16. Jahrhunderts nahm nun die Zahl der Leprakranken in ganz Europa stark ab, so dass die meisten Leprosorien andere Funktionen erfüllten. Zu Beginn des 17. Jahrhunderts wurde Lepra in großen Teilen Europas nicht mehr als bedrohliche Erkrankung wahrgenommen.

Dieses Phänomen ist angesichts der Verheerungen von Zentraleuropa durch den 30-jährigen Krieg (1618 – 1648) erstaunlich, verschlechterten sich doch dadurch die Lebensbedingungen für große Teile der Bevölkerung enorm. Dies müsste eigentlich einen idealen Nährboden für die Ausbreitung von Lepra, aber auch anderer Krankheiten abgegeben haben. Den größeren Schrecken verbreitete jetzt die Pest, die durch das den Yersinien zugehörige Pestbakterium übertragen wird. Der „Schwarze Tod“ hat in Europa zunächst in den Jahren 1347 bis 1352 Millionen von Opfern gefordert. Desgleichen war damals auch Lepra noch stark verbreitet. Im 15., 16., 17. und 18. Jahrhundert gab es weitere Pest-Epidemien. Die Pest löste damit Lepra als die am meisten gefürchtete Krankheit ab. Es ist also durchaus vorstellbar, dass die Ausbreitung der Pest den ohnehin immunsupprimierten Lepra-Kranken besonders zusetzte und dadurch zu einem signifikanten Rückgang von Lepra führte. Dagegen spricht, dass die erste große Pest-Epidemie (1347 – 1352) offenbar nicht zu einem Rückgang von Lepra führte.

Auch das Erklärungsmodell der so genannten „cross-immunity“, also die vermutete gegenseitige Immunisierung bei Befall unterschiedlicher Bakterienarten wie etwa zwischen *Yersinia pestis*, der Pest und *Mycobacterium leprae*, der Lepra oder Infektionskrankheiten, ausgelöst durch Angehörige gleicher Bakterienfamilien wie Tuberkulose und Lepra, wird bis heute kontrovers diskutiert.

Allgemein wird vermutet, dass vor allem drei Faktoren für den Rückgang von Lepra in Zentraleuropa verantwortlich waren: Zum einen verbesserte Lebensbedingungen, ferner die Isolierung der Kranken in Leprosorien und schließlich ein ganz natürliches „Von-Selbst-Auslaufen“, selbstlimitiert, wie es typisch für bestimmten Epidemien sei. In der Tat durchlaufen

infektiöse Krankheiten Phasen der Zu- und Abnahme, so als ob sie starken Gezeiten wie Ebbe und Flut unterworfen wären. Irgendwann finden sie nicht mehr genügend Nährboden, vielleicht auch einfach deshalb, weil von der Seuche betroffene Menschen entweder daran gestorben oder dagegen immun geworden sind, so dass die Ansteckungsgefahr zurückgeht.

Das Verschwinden von Lepra in Zentraleuropa im ausgehenden Spätmittelalter (etwa bis zum Beginn des 16. Jahrhunderts) könnte auch mit der häufigeren Erkrankungen an Lungen-Tuberkulose zusammenhängen.⁸⁸

Wenn man also davon ausgeht, dass miserable Lebensbedingungen und chronische Unterernährung ein Nährboden sowohl für Lepra als auch für Tbc sind, müssten bei jeder Verbesserung dieser Lebensbedingungen eigentlich beide Krankheiten in gleichem Maße zurückgehen, was eben gerade nicht zutraf.

Kann also der Rückgang der einen und die Zunahme der anderen ein bloßer Zufall sein? So einfach liegen die Dinge wohl nicht. Überspitzt könnte man vermuten, dass im Hinblick auf die große Ähnlichkeit der jeweiligen Krankheitserreger, bei der Suche nach Nischen im menschlichen Körper der Tbc-Erreger über den Lepra-Erreger siegte, also in einer Art ökologischem Wettbewerb, mit Tbc als Gewinner. Diese Frage soll im Folgenden bei der Schilderung der Gegebenheiten in Norwegen und Schweden noch vertieft werden.

Aus den Verhältnissen im kontinentalen Europa können wir - außer Vermutungen - keine zwingenden Rückschlüsse auf die Ursachen für die Zu- und Abnahme von Lepra in Norwegen und Schweden ziehen. Wir wissen, dass der allgemeine Rückgang von Lepra in Europa, einige Randgebiete wie Griechenland, die Iberische Halbinsel und den Balkan ausgenommen, auch die skandinavischen Länder erfasste. Ende des 16. Jahrhunderts galt auch dort diese Krankheit so gut wie verschwunden. Wie bereits oben erwähnt wurden deshalb die Lepra-Hospitäler anderen Zwecken zugeführt. Auch das St. Jörgen Hospital in Bergen wurde bei Einführung der Reformation 1545 in ein allgemeines Krankenhaus umgewandelt⁸⁹.

Trotz des allgemeinen Rückgangs der Lepra verblieben indes offenbar einige Orte insbesondere im westlichen Norwegen und in einigen Provinzen Schwedens, in denen Lepra eben doch nicht vollständig ausgerottet war und sozusagen mehr oder weniger ein Leben im Verborgenen führte. Aus dem westlichen Norwegen stammen ja bekanntlich auch die Wikinger, die Irland, England

⁸⁸ Gould (2005), S. 7, 8

⁸⁹ Vogelsang (1962), S. 9

und Schottland heimsuchten und denen man anlastet, Lepra nach Norwegen eingeschleppt zu haben. Aber auch *nach* der Wikingerzeit gab es vielfache Kontakte zu anderen Ländern über das Meer, zu anderen Seeleuten nach Westen (Norwegen) und nach Osten zum Baltikum (Schweden), vor allem zu Ländern, in denen Lepra noch nicht ausgestorben war, die der Verbreitung oder Wiederansiedlung von Lepra förderlich gewesen sein dürften.

Da die Krankheit Lepra nun dort allgemein kaum noch gefürchtet war, klingt es plausibel, dass sich von diesen wenig verbliebenen Infektiösen aus die Erkrankung erholen und allmählich erneut ausbreiten konnte. Beim Umbau des St. Jörgen Hospitals im Jahr 1745 gab es bereits wieder eine steigende Zahl von Erkrankungen.⁹⁰ Jedenfalls scheint die Krankheit in diesen Gebieten besonders gute Bedingungen für ihre Verbreitung gefunden zu haben.

Hinzu tritt nun aber noch eine neuere Theorie.⁹¹ Immer noch wird ja allgemein angenommen, dass das epidemiologisch relevante Reservoir für die Übertragung des Lepra-Bakteriums nur der Mensch sei. Neuere Forschungen aber haben gezeigt, dass diese Annahme möglicherweise revidiert oder zumindest relativiert werden muss. Man rätselt noch darüber, welches die Reservoir des Leprabakteriums in der Natur sein könnten, mit anderen Worten, wo sich sein Aufenthaltsort befindet und es sich vermehren könnte. Irgens berichtet von Experimenten eines Forschungsinstituts (Borstel in Deutschland) ab 1970. Diese hätten gezeigt, dass Moore und Sümpfe wegen ihres hohen Säuregehalts ein gutes Wachstumsmilieu für Mykobakterien darstellen. Denn diese bevorzugen ein saures Milieu. Das Institut befasste sich nun auch mit der Frage, ob diese Nachweise von Mycobakterien möglicherweise auch in einen Zusammenhang mit der Infektion an Lepra durch das *Mycobacterium leprae* zu bringen sind. Forscher in den USA entdeckten zu dieser Zeit bei der Untersuchung von Gürteltieren einen speziellen Stamm des Erregers *Mycobacterium leprae*, der sowohl bei den Tieren als auch bei ebenfalls untersuchten Leprapatienten, festzustellen war. Die Tiere bilden offenbar ein Reservoir für Lepra- Bakterien. Es wurden daher in bestimmten Gegenden Norwegens, die früher stark von Lepra betroffen waren, Felduntersuchungen durchgeführt. Dabei zeigte es sich, dass in solchen Gegenden, wo heute ein entsprechend saures Milieu mit dort existierenden Mykobakterien festgestellt wurde, früher auch Lepra stark verbreitet war. Endgültigen Aufschluss hierüber könnten nur umfassende

⁹⁰ Vogelsang a. a. O., S. 12

⁹¹ Irgens (1983), S. 19

weitere epidemiologische Untersuchungen bringen. Dieser Fragenkomplex würde freilich den Rahmen dieser Dissertation sprengen.

Aber es ist immerhin ein Ausrufezeichen gesetzt, denn die früher meist belächelte Theorie des (damals üblichen) nacktfüßigem Gehens, also die Fußhaut als Eindringpforte, in sumpfigen Gebieten, bei entsprechend ungünstiger, nasskalter oder feucht-warmer Witterung könnte so als Mitursache für den Ausbruch und die Verbreitung von Lepra wieder an Gewicht gewinnen. Dieses Argument wäre spätestens entfallen, als die Menschen allgemein Schuhe trugen.

Für die weitere Entwicklung ist ein nochmaliger Blick auf die statistischen Fallzahlen in Norwegen hilfreich. Die erste einigermaßen verlässliche Statistik weist für Norwegen im Jahr 1856 eine Zahl von 2.833 Lepra-Kranken aus, wozu angesichts der bekannten Schwierigkeiten bei der Erfassung noch eine Dunkelziffer in unbestimmter Höhe hinzukommen dürfte. In den Folgejahren gingen die ermittelten Fallzahlen kontinuierlich zurück

Die norwegischen Lepra-Gesetze, denen in Norwegen ein so großer Anteil bei der erfolgreichen Bekämpfung der Lepra zugemessen wird, wurden aber erst in den Jahren 1877 und 1885 erlassen, also in einer Zeit, in der Lepra bereits stark, wenn auch längst noch nicht vollständig, zurückgegangen war. Vieles spricht nun dafür, dass Lepra ihren statistischen Gipfel längst *vor* der Erhebung des Jahres 1856 erreicht hatte, denn es wäre schon ein eigenartiger Zufall, wenn die bei dieser ersten landesweiten Erhebung festgestellte Zahl der Erkrankten gleichzeitig deren statistischer Gipfel gewesen wäre. Dies bedeutet mit anderen Worten, dass die Seuche Lepra in Norwegen höchstwahrscheinlich bereits im Abklingen war, **bevor** ernsthafte Anstrengungen zu ihrer landesweiten Bekämpfung ergriffen wurden, **bevor** Armauer Hansen 1873 den Lepraerregers entdeckte und **bevor** die norwegischen Lepragesetze erlassen wurden. Dies heißt natürlich nicht, dass diese Maßnahmen und Entdeckungen nichts zur Eindämmung der Seuche beigetragen hätten – die Hauptursache für den Rückgang können sie aber kaum gewesen sein!

Die Isolierung vieler Kranker in Lepra-Hospitälern dürfte also nur unwesentlich zum Rückgang von Lepra beigetragen haben.⁹² Es ist unwahrscheinlich, dass die – schwierige – Diagnose immer rechtzeitig erfolgen konnte, so dass eine Ansteckung anderer Menschen schon längere Zeit möglich war, bevor die Kranken in die Hospitäler aufgenommen wurden. Dass sich viele von

⁹² Gould (2005), S. 18; anderer Ansicht Irgens (1983), S. 18

ihnen einer Erfassung und Isolierung vehement widersetzten oder aus Scham und Furcht erste Krankheitssymptome verschwiegen, wurde oben bereits dargelegt.

Auch durften ja die in Hospitälern untergebrachten Menschen - zumindest einige von ihnen - ihr Asyl durchaus auch verlassen. Eine vollständige Isolierung erscheint in großflächigen Ländern wie Norwegen und Schweden, anders als etwa in einem kleinen Land wie Dänemark, kaum durchführbar. Außerdem ist nicht anzunehmen, dass die Kranken sich immer strikt an die gesetzlichen und administrativen Vorschriften hielten. Zu keiner Zeit waren viel mehr als 800 Lepra-Kranke in Hospitälern untergebracht.⁹³ Der große Rest müsste sich nach offizieller Darstellung in häuslicher Überwachung befunden haben, was aber schwierig zu kontrollieren war.

Zum Nachlassen von Lepra müssen daher noch andere Faktoren beigetragen haben. Manche der Lepra-Hospitäler wurden ja später in Tuberkulose-Krankenhäuser umgewandelt. Bei Tbc wird vermutet, dass der spätere Rückgang nicht nur auf die dagegen ergriffenen Maßnahmen, sondern auch auf das Abklingen der Hochphase einer infektiösen Krankheit, die Zyklen von Zu- und Abnahme unterworfen ist, zurückzuführen ist. Wenn man nun weiter annimmt, dass Tbc einen immunisierenden Effekt gegen Lepra hat, dann drängt sich die Frage auf, weshalb Tbc, die doch viel ansteckender als Lepra ist, nicht schon viel früher in Norwegen und Schweden die Lepra als Seuche Nr. 1 abgelöst hat. Offenbar hängt dies tatsächlich mit den genannten Zyklen, die infektiöse Krankheiten durchlaufen, zusammen. Als nun in einer Phase der Zunahme Tuberkulose an Boden gewann, dürfte dies auch zum Rückgang von Lepra wegen der - allerdings auch bezweifelten - gegenseitigen Immunisierung beigetragen haben. Im Klartext würde dies bedeuten, dass nach dieser Theorie ein an Tuberkulose Erkrankter nicht befürchten musste, zusätzlich auch noch mit Lepra angesteckt zu werden. Wie sieht es aber im umgekehrten Fall aus? Es wird ja berichtet, dass in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts etwa 30% der norwegischen Lepra-Kranken letztlich an diagnostizierter Tbc starben⁹⁴. Das geschwächte Immunsystem der Leprakranken konnte sich in den genannten Fällen dem Anschein nach nicht gegenüber dem *Mycobacterium tuberculosis* durchsetzen. Im ökologischen Wettbewerb zwischen Lepra und Tbc behauptete sich letztere.

⁹³ Richards (1958), S. 122

⁹⁴ a. a. O., S. 121

Zu den Ursachen der im 19. Jahrhundert registrierten seuchenartigen Zunahme von Lepra in Norwegen und Teilen Schwedens und deren späteres Verschwinden kommen wir danach zu folgenden Ergebnissen:

Zunächst ist davon auszugehen, dass sich Lepra trotz allgemeinen Rückgangs in einigen entlegenen Orten hielt, ohne dass dies wohl größere Interesse erregte.

Dass oft ganze Familien an Lepra erkrankten, zeigt, dass die an sich nicht stark infektiöse Krankheit immer dann zuschlagen konnte, wenn sie „ideale“ Bedingungen wie das äußerst enge Zusammenwohnen einer armen Bevölkerung - oft schliefen mehrere Personen in einem Bett - vorfand. Denn das ärztliche und pflegerische Personal wurde ja offenbar so gut wie nie angesteckt.

Zu den „idealen“ Bedingungen für die Infektion mit dem Lepreaerreger gehörte sicherlich auch die Mangel- bzw. Unterernährung vieler Skandinavier in den hier relevanten Jahrzehnten. Umgekehrt bedeutet dies, dass bessere Ernährung die Immunitätslage stärkt, die dann häufig für das Bakterium ein unüberwindliches Hindernis darstellt.⁹⁵ Ob darüber hinaus in einzelnen Fällen noch weitere Faktoren für eine Ansteckung mitursächlich waren, wie oben geschildert, bleibt reine Spekulation und dürfte in keinem einzigen Fall nachweisbar sein.

Es wird jedoch vermutet, dass auch die starke Auswanderungswelle gerade aus solchen Bezirken, die in besonders hohem Maße von Lepra betroffen waren, zum statistischen Rückgang der Fallzahlen beigetragen haben könnte.⁹⁶

⁹⁵ Irgens (1983), S. 18

⁹⁶ a. a. O., S.19

11. Zusammenfassung

Das Ergebnis ist bekannt: Lepra, „von alters her“ eine Geisel der Menschheit, die den Kranken nicht nur in jahreslanges Siechtum, sondern auch in gesellschaftliche Isolierung zwang, ist heute in Europa ausgerottet und wird auch kaum dorthin zurückkehren. In Ländern der so genannten dritten Welt ist die Erkrankung aber nach wie vor ein großes gesundheitspolitisches Problem. Nicht umsonst wird auch heute noch ein Weltlepratag begangen.

Der Ausgangspunkt dieser Dissertation ist aber ein völlig anderer. Es geht darum, sich medizinhistorisch 150 bis 200 Jahre zurückzusetzen in eine Zeit, in der den Ärzten und Forschern nur ein Bruchteil der heutigen medizinisch-naturwissenschaftlichen Erkenntnisse zur Verfügung stand. Es ist ein sehr interessanter Prozess zu verfolgen, wie sich die damalige Wissenschaft an das Phänomen der Seuche Lepra herantastete, wie zu ihrer Zeit berühmte medizinische Koryphäen teils auf der richtigen Spur waren, teils aber auch, rückblickend, mit ihren wissenschaftlichen Annahmen völlig falsche Theorien aufstellten.

Der Einstieg in das Thema dieser Arbeit sind die Beobachtungen eines nichtmedizinischen, aber hoch gebildeten französischen Anthropologen und Forschungsreisenden namens Paul Belloni Du Chaillu (1835 – 1930).⁹⁷ Dieser reiste in den siebziger Jahren des 19. Jahrhunderts kreuz und quer durch Skandinavien und gelangt dabei auch nach Bergen in Norwegen, dem Zentrum der damaligen Lepraforschung. Seine Schilderung beginnt mit dem Satz: „Ein schrecklicher Fluch für Norwegen ist der Aussatz [...]“. Die von ihm dabei aufgeworfenen Fragen waren identisch mit den Fragestellungen, mit denen sich damals die medizinische Wissenschaft über einen Zeitraum von mindestens einem Jahrhundert ohne greifbare Ergebnisse konfrontiert sah, bis schließlich die Entdeckung des *Mycobacterium leprae* durch den norwegischen Arzt Armauer Hansen im Jahr 1873 einen entscheidenden Durchbruch brachte.

Dies allein beantwortet allerdings noch längst nicht alle Fragen. War diese Entdeckung wirklich **der** entscheidende Durchbruch?

⁹⁷ Du Chaillu (1882), S.456

Wie ist es möglich, dass sich die Seuche Lepra nur noch in Skandinavien – und auch hier nur in ganz bestimmten Regionen – gehalten hat oder dort zumindest wieder ausbrach, während sie im Übrigen (Zentral)Europa längst verschwunden war? Worauf beruht die Konzentration der Krankheit auf ganz bestimmte Gebiete, während sie in anderen Gebieten nahezu unbekannt war? Hängt dies womöglich einfach nur mit einer unzulänglichen Erfassung zusammen? Die enorme Zahl von 2.600 bis 3.000 in Norwegen erfassten Leprafällen – Stand 1856 – zeigt, dass die Seuche damals dort alles andere als ein marginales Problem war. Dabei drängt sich aus heutiger Sicht sofort die Frage auf, wie die Regierungen, die Ärzteschaft, ja die gesamte Bevölkerung damals mit diesem Phänomen umgingen, ob es wirksame Maßnahmen der Bekämpfung, ja vielleicht sogar der Heilung der Krankheit oder zumindest zur spürbaren Linderung der Krankheitsfolgen gab.

Obwohl dies in erster Linie ein skandinavisches Problem war, ist es auch in wissenschaftlichen Abhandlungen anderer europäischer Länder, nicht zuletzt auch in deutschsprachigen Aufsätzen, wiederholt behandelt worden. Der Beitrag der vorliegenden Dissertation zu dieser Diskussion liegt schwerpunktmäßig in der Auswertung des erreichbaren originalen norwegischen und schwedischen Schrifttums. Dabei wird auch großes Gewicht auf die Darstellung der geschichtlichen, gesellschaftlichen und sozialen Hintergründe gelegt. Schließlich soll hier das Phänomen Lepra nicht aus der Warte eines Mediziners, sondern auch aus der Sicht anderer Berufsgruppen, vor allem auch der unmittelbar oder mittelbar betroffenen Bevölkerung selbst betrachtet werden. Nicht zuletzt interessiert, wie es den von Lepra selbst betroffenen Menschen damals erging, also die Darstellung der Krankheit aus der Sicht der Patienten.

In einem einleitenden Kapitel werden die zahlreichen biblischen Quellen des Alten und des Neuen Testaments beleuchtet, weil die dort detailliert geschilderten Maßnahmen, die Stigmatisierung der Kranken bei Auftreten von „Unreinheit“ (womit vorrangig, aber wohl nicht ausschließlich Lepra gemeint war) in den folgenden Jahrhunderten bis in die neuere Zeit den Umgang mit leprösen Menschen geprägt haben. Danach werden Aussätzige zwar isoliert und damit aus der menschlichen Gemeinschaft ausgestoßen, gleichzeitig besteht aber auch eine Verpflichtung der Gesellschaft zur Fürsorge.

Die Krankheit Lepra erreichte auch die skandinavischen Länder schon sehr früh, nämlich spätestens im Gefolge der Handelsfahrten und Heerzüge der Wikinger (etwa ab 800 n. Chr.). Wie auch im übrigen Europa war Lepra dort im 13. Jahrhundert stark verbreitet, ging dann aber zurück. Während nun aber auf dem Kontinent die Krankheit mehr und mehr ihren Schrecken verlor, kam es im 19. Jahrhundert und wohl schon zuvor in Teilen Norwegens und Schwedens zu einer neuen Welle dieser Krankheit, deren Ursachen bis heute nicht mit absoluter Sicherheit geklärt sind. Offenbar war Lepra in Norwegen und Schweden nie gänzlich ausgerottet; kleinere „Nester“ dürften sich hier und dort noch gehalten haben. Im Zusammenwirken mit den zahlreichen Außenbeziehungen über das Meer und katastrophale Lebensbedingungen konnte sich die Krankheit daher mit zunehmender Geschwindigkeit wieder Fuß fassen. Die Haut der Füße als Eintrittspforte für den Erreger, muss auch in Betracht gezogen werden. „Offiziell“ wurde Lepra in Norwegen aber erst Mitte des 19. Jahrhunderts zu einem nationalen Problem. Davon zu unterscheiden ist die – heute geklärte – Frage nach der Ursache und den Bedingungen für die Weitergabe bzw. Übertragung der Krankheit an bisher Gesunde. Im 19. Jahrhundert – und schon zuvor – gab diese Frage ganzen Generationen von medizinischen Forschern Rätsel auf. Vor allem erstaunte die Beobachtung, dass das Personal in den damaligen Pflegeanstalten (deren Innenleben hier eingehend dargestellt wird) offenbar von dieser Krankheit verschont blieb, was bei einer hohen Kontagiosität eigentlich nicht möglich gewesen wäre. Die Verfasser des damals in der Lepraforschung führenden Standardwerks „Über Lepra“, Danielssen und Boeck (Abb.13), vertraten mit Entschiedenheit die Theorie von der Vererblichkeit der Lepra. Dies war damals mit durchaus nachvollziehbaren Gründen herrschende Lehre, bis diese durch die Entdeckung des *Mycobacterium leprae* von Armauer Hansen nach heftigen Auseinandersetzungen widerlegt werden konnte. In der Darstellung des Lebenswerks des Armauer Hansen nehmen diese Fragen breiten Raum ein.

Klar ist, dass sobald sich die häuslichen und hygienischen Verhältnisse besserten, verringerte sich auch die immunsupprimierenden Umstände und damit der Nährboden für Lepra. Es bleibt festzustellen, dass fast jeder Lepröse bettelarm war, aber nicht jeder Arme leprös wurde. Zur Armut müssen aber noch weitere Ursachen hinzutreten, die es begreiflich erscheinen lassen, dass Lepra nur in ganz bestimmten Gebieten auftrat, in anderen hingegen nicht. Hierzu gibt es von den damaligen Wissenschaftlern zahlreiche, medizinhistorisch interessante Erklärungsversuche. Armauer Hansen hat dies treffend einmal so formuliert:

„Es gibt kaum etwas zwischen Himmel und Erde oder auf der Erde, das nicht als Ursache der Lepra angesehen worden ist, und das ist nur natürlich, denn je unwissender man ist, um so lebhafter arbeitet die Phantasie.“

Eindeutige Nachweise zu diesen zusätzlichen Ursachen liegen aber bis heute nicht vor.

Unabhängig hiervon interessierte im Rahmen dieser Dissertation die Frage, weshalb schließlich auch in Skandinavien die Fallzahlen von Lepra im letzten Quartal des 19. Jahrhunderts laufend sanken, bis schließlich die Krankheit im 20. Jahrhundert dann auch dort verschwand. In Norwegen führte man dies verständlicherweise auf die bessere Erfassung, die auf speziellen Lepragesetzen beruhende Isolation und gezielte Behandlung sowie auf die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen (Ernährung und Wohnverhältnisse) zurück. Aus heutiger Sicht wird man den behördlichen Maßnahmen jedoch nicht diese Bedeutung beimessen können, auch wenn sie fraglos nützlich waren. Für das Nachlassen könnte auch der – wenn auch eingeschränkte – Schutz vor der Infektion an Lepra durch die Erkrankung an Tuberkulose eine potentielle Rolle gespielt haben. Im Übrigen ist zu vermuten, dass Seuchen dieser Art nach einem statistischen Gipfel irgendwann wieder abklingen und manchmal in Verbindung mit verschiedenen Abwehrmaßnahmen – verschwinden oder zumindest keine bemerkenswerte Rolle mehr spielen, wie es im Mittelalter in Zentraleuropa bei Lepra zu beobachten war. Auch diese Feststellung gilt jedoch nur mit Einschränkungen, denn in verschiedenen Entwicklungsländern ist die Seuche Lepra ja bis heute „nicht ganz von selbst“ zurückgegangen bzw. verschwunden. Offenbar bedarf es immer des Zusammenwirkens verschiedener Voraussetzungen und Maßnahmen für einen signifikanten Rückgang. Es muss also ein Zusammenhang zwischen ererbtem Immunsystem und der Verlaufsform der Krankheit bestehen, auch wenn die Krankheit selbst nicht vererbt (wie man in Norwegen lange Zeit meinte), sondern erworben ist.

Anhang 1:

Gesetz von der Isolierung Leprakranker - Original und Übersetzung (1885)

Lov om Spedalskes Afsondring (1885)

Vorbemerkung (nach Guldberg Høegh)

En av de viktigste konsekvensene av Armauer Hansens oppdagelse av leprabasillen i 1873, var nye utformet prinsippene for en ny lepralovgivning, som med tiden tjente som forebilde for tilsvarende lovgivning i andre land.

Eine der wichtigsten Konsequenzen von A. Hansens Entdeckung des Leprabazillus im Jahr 1873 waren neue vorbeugende Maßnahmen gegen Ansteckung. A. Hansen entwarf die Prinzipien für eine neue norwegische Lepragesetzgebung, die mit der Zeit Vorbild für entsprechende Gesetze in anderen Ländern wurde.

Lov om Spedalskes Afsondring, som ble vedtatt i 1885, var den første norske lov som aapnet for bruk av tvang overfor kronisk syke.

Das Gesetz von der Isolierung Lepröser, das 1885 verkündet wurde, war das erste norwegische Gesetz, das den Gebrauch von Zwang gegenüber chronisch Kranken einführte.

Önsket om tvangsisolering av smittefarlige individer vakte stor debatt, og flere av A. Hansens kolleger mente tvangsloven fra 1885 krenket enkelindividets rettigheter

Der Wunsch nach einer Zwangsisolierung ansteckungsverdächtiger Personen löste eine große Debatte aus. Mehrere Kollegen von Hansen meinten, das Zwangsgesetz von 1885 verletze die individuellen Rechte.

**Lov angaaende Spedalskes Afsondring og
Indlæggelse i Offentlig Pleie- eller
Helbredelseanstalt**

**Gesetz betreffend die die Isolierung
Leprakranker und ihre Überführung in
eine öffentliche Heil- oder Pflegeanstalt**

Vi Oscar, af Guds Naade Konge til Norge og Sverige, de Gothers og Venders, gjöre vitterligt:

At Os er bleven forelagt det nu forsamlede ordentlige Storthings Beslutning av 25de April dette Aar, saalydende:

§ 1: Spedalske maa ikke lægges i Lægd.

§ 2: Spedalske, der er Gjenstand for Fattigforsørgelse, bör, forsaavidt denne ikke er blot midlertidig eller indskrænker sig til den mindre Del av deres Underhold, af Fattigkommissionen med den i sidste Led af nærværende Paragraf anførte Begrændsning i Regelen indlægges i offentlige Pleie- eller Helbredelsesanstalter. Naar saadanne Fattige ikke indlægges i de nævnte Anstalter, skal de enten anbringes i særskilte Beboelserum eller söges forpleiede paa saadan Maade, som Sundhetskommisionen finder betryggende.

Wir Oscar, von Gottes Gnaden König von Norwegen und Schweden, der Gothen und Venden, geben bekannt:

Dass uns ein Beschluss des jetzt versammelten ordentlichen Storthing (Anmerkung: Norwegisches Parlament) vom 25. April dieses Jahres vorgelegt wurde, folgenden Wortlauts:

§ 1: Leprakranke dürfen nicht mehr bettelnd von Hof zu Hof ziehen (frei übersetzt)

§ 2: Ein Lepröser, der von der Armenkasse unterhalten wird, soll, soweit er nicht nur vorübergehend oder nur zum kleineren Teil von dieser versorgt wird, mit der Einschränkung im letzten Teil dieser Vorschrift, von der Armenkommission in der Regel in eine öffentliche Heil-oder Pflegeanstalt eingewiesen werden. Wenn solche Armen nicht in die genannten Anstalten eingewiesen werden, sollen sie entweder in gesonderten Wohnräumen untergebracht werden oder in einer solchen Art und Weise versorgt werden, die die Gesundheitskommission für unbedenklich ansieht.

I Tilfælde af Tvist, om Fattigförsörgelsen er blot midlertidig, eller om den indskrænker sig til en mindre Del af den Spedalskes Underholdning, afgjøres Spørgsmaalet herom med endelig Virkning af Amtmanden.

Ved Försörgelse af Spedalske bör Fattigkommissionen tage Hensyn til, at den ikke adskiller Ägtefolk, der önsker at være forenede.

Dog er Fattigkommissionens Beslutning, selv om den medförer saadan Adskillelse, gyldig, naar den, efter at vedkommende Sognepräst og Distriktsläge er hörte, bifaldes af Amtmanden.

§ 3: Ogsaa andre Spedalske kann af Sundhetskommisionen gives Paaläg om at leve i betryggande Afsondring fra sin Familie og övriga Omgivelser, hvilket dog ikke maa gjælde Ägtefolks indbyrdes Samkvem. Saafremt gjentaget Paaläg efter Kommissionens Skjön ikke befølges, skal Vedkommande være forpligtete til at lade sig indlægge i offentlig Pleie- eller Helbredelsesanstalt. Medförer Indläggelsen Adskillelse af Ägtefolk, skal Sundhetskommisionens Beslutning derom undergives Amtmandens Approbation, efter at Sogneprästen hat uttalt sig.

Im Streitfall, wenn die Armenversorgung bloß vorübergehend ist oder wenn sie nur den kleineren Teil des Unterhalts des Leprakranken bestreitet, entscheidet der Amtmann abschließend.

Bei Versorgung der Leprakranken soll die Armenkommission den Wunsch von Eheleuten, die nicht getrennt werden wollen, möglichst berücksichtigen.

Doch ist der Beschluss der Armenkommission, selbst wenn er eine solche Trennung beinhaltet, dann gültig, wenn der Amtmann nach Anhörung des zuständigen Ortspfarrers und des zuständigen Distriktsarztes ihm zustimmt.

§ 3: Auch andere Leprakranke können von der Gesundheitskommission die Auflage erhalten, in beruhigender Trennung (Isolierung) von ihrer Familie und der übrigen Umgebung zu leben, was jedoch nicht hinsichtlich des Verkehrs zwischen Eheleuten gilt. Falls diese Auflagen nach Ermessen der Kommission nicht befolgt werden, soll der Betreffende gezwungen werden, sich in eine öffentliche Pflege- oder Heilanstalt zu begeben. Hat diese Einweisung die Trennung von Eheleuten zur Folge, soll der Beschluss der Gesundheitskommission dem zuständigen Amtmann vorgelegt werden, nach Anhörung des Ortspfarrers.

§ 4 : Omkostningerne ved Indsendelse til offentlig Pleie- eller Helbredelsesanstalt af Spedalske, som indlægges med hjemmel a § 3, utredes af Vedkommende Amts- eller Bykommune; dog skal Udgifterne ved fornyet Indsendelse af en Spedalsk, som har forladt saadan Anstalt uden Tilladelse af dennes Bestyrer, bestrides af den Spedalske selv, forsaavidt han dertil har Midler.

§ 5: Inbringelse after Nærværende Lov til vedkommende Anstalt udføres i fornødent Fald af Politiet.

§ 6: Beboelserum, Gangklæder, Sengeklæder og deslige, der har været benyttede af nogen Spedalsk, maa ikke benyttes af eller overlades til andre, forinden de er rensede efter nærmere Bestemmelse af Stedets Sundhedskommission.

Overträdelse af denne Bestemmelse paatales politiretsvis og straffes med Böder, der tildfalder vedkommende Kommunekasse.

§ 7: Läger har paa Reiser, der foranlediges ved denne Lov, almindelig Skyds- og Diätgodtgjøreise. Skydsgodtgjøreisen udredes af Statskassen, Diätgodtgjøreisen af vedkommende Amts- eller Bykommune.

§ 4: Die Kosten der Einlieferung in eine öffentlich Pflege- oder Heilanstalt für einen Leprösen, der auf der Rechtsgrundlage von § 3 eingewiesen wird, werden von der zuständigen Amts- oder Ortsgemeinde getragen. Jedoch hat ein Lepröser, der die Anstalt ohne Zustimmung von deren Leiter verlassen hat und dort erneut eingewiesen wird, die Kosten selbst zutragen, soweit er hierzu über die Mittel verfügt.

§ 5: Die Einweisung in eine zuständige Anstalt gemäß diesem Gesetz erfolgt notfalls durch die Polizei.

§ 6: Wohnräume, Kleider und Bettwäsche, die von einem Leprösen benutzt wurden, dürfen nicht von anderen benutzt oder diesen überlassen werden, bevor sie nach den Vorschriften der örtlichen Gesundheitskommission gereinigt wurden. Die Übertretung dieser Bestimmung wird polizeilich verfolgt und mit Geldbußen bestraft, die der zuständigen Gemeindekasse zufallen.

§ 7: Ärzte erhalten bei Reisen, die durch dieses Gesetz veranlasst werden, die übliche Schutz- und Diätvergütung [?, unklar!]. Erstere übernimmt die Staatskasse, letztere die zuständige Amts- oder Dorfgemeinde.

§ 8: Lov om Forsörgelse af Fattige Spedalske m. V. af 26de Mai 1877 opphäves.

§ 8: Das Gesetz zur Versorgung armer Leprakranker vom 26. Mai 1877 wird aufgehoben.

Thi have Vi antaget og bekräftet, ligesom Vi herved antage og bekräfte denne Beslutning som Lov under Vor Haand og Rigets Segl.

Dies haben wir angenommen und bestätigt; ebenso nehmen wir diesen Beschluss an und bestätigen ihn als Gesetz unter des Reiches Siegel.

Givet paa Rosendals Slot den 6te Juni 1885
Oscar

Ausgefertigt auf Schloss Rosendal am 6. Juni 1885
Oscar (Anm.: König von Schweden und Norwegen)

Anhang 2:

Übersetzung der Zusammenfassung der königlichen Resolution 30. Juli 1856

Die königliche Resolution vom 30. Juli 1856 legte inhaltlich fest:

1. Distriktsärzte hatten in Gebieten, in denen Lepra auftrat, detailliert über lepröse Patienten zu berichten (z. B. Name, Erkrankungsalter, Alter, Anzahl der Kinder, Familienstand, Lepra in der Familie, Wohnort, Umzug, Krankheitsverlauf, besondere Merkmale)
2. Alle Unterlagen bzw. Informationen waren bis zum Ende des jeweiligen Jahres dem zuständigen Oberarzt für die Leprakrankheit (in diesem Fall Dr. Guldberg- Hoegh, der als erstes diesen Titel besaß) vorzulegen.
3. Ortspfarrer hatten darüber Auskunft zu geben, wer leprös war oder von dem man annehmen konnte, dass er leprös sei. Sie sollten die Informationen dem Distriktsarzt übermitteln.
4. Distriktsärzte erhalten eine Schutz-[unklar, um was es sich dabei handelt] und Diätvergütung aus der Staatskasse für die Arbeit, die sich aus der Resolution ergab.

Anhang 3. Zitat: Du Chaillu

„Ein schrecklicher Fluch für Norwegen ist der Aussatz (Elephantiasis graecorum), und zwar ist er namentlich an der Westküste zwischen 59. und 69. Grad nördlicher Breite fast allenthalben verbreitet, während man ihn in anderen Gegenden seltener antrifft. Unzählige Versuche sind von ärztlicher Seite angestellt worden, um ein wirksames Heilmittel für diese entsetzlichste aller Krankheiten ausfindig zu machen, bis jetzt aber waren alle Bemühungen vergeblich. In Schweden kommt sie nur selten vor, etwa 60 bis 80 Fälle sind vorhanden und diese fast alle in der Provinz Helsingland; umso schlimmer sieht es in dieser Hinsicht in Norwegen aus; fünf große Hospitäler, die drei bedeutendsten in Drontheim, Molde und Bergen, hat man ausschließlich für diese Kranken errichtet und enthalten sie im Durchschnitt zwischen 21.000 und 22.000 Patienten, welche fast alle aus den Fischereibezirken stammen. Diese Hospitäler, vor allem dasjenige in Bergen, sind prächtige, aufs beste ausgestattete Gebäude: Ärzte von hervorragender Bedeutung, deren Schriften in der gesamten medizinischen Welt die verdiente Anerkennung gefunden haben, widmen hier ihr Leben dem Studium dieser furchtbaren Plage, welche die Aufmerksamkeit der norwegischen Regierung schon seit Jahren aufs eingehendste beschäftigt.

Ich betrat diese Hospitäler zuerst mit dem Gefühl der Furcht, denn auch ich huldigte dem weit verbreiteten Glauben, dass die Krankheit ansteckend sei; indes ist dies durch Thatsachen widerlegt: sämtliches Gesinde, das ganze Wärterpersonal in den Hospitälern sind Nicht-Aussätzige, aber obschon sie seit Jahren so unausgesetzt mit den Kranken in Berührung kommen, ist doch weder einer von ihnen, noch einer der behandelnden Ärzte von der Krankheit befallen worden.

Ein Gang durch die Krankensäle enthüllte mir ein schaudererregendes Bild menschlichen Elendes, die verschiedensten Formen und Grade der Krankheit waren vertreten. Einige waren am ganzen Körper, einschließlich des Gesichts, mit Ausschlag bedeckt, bei einigen hatten sich die Finger abgelöst, verschiedene waren des Augenlichts beraubt worden, bei einigen schienen die Knochen der Hände oder Füße vollständig verschwunden, so dass sie ganz hilflos waren, andere wieder zeigten ein wahrhaft leichenartiges Aussehen, und wirklich bejammernswert sah ein armer Bursche aus, der seinem Ende nahe schien und aus einem Psalmbuch den letzten Trost schöpfte.

Jedes Zimmer enthält mehrere Betten, und überall herrscht die peinlichste Sauberkeit; männliche und weibliche Kranke werden streng geschieden gehalten. Sehr freundlich sieht der Speisesaal aus, auch die Zubereitung der Speisen ist trefflich, und in der Küche und dem Backhaus entsprechen die vorzüglichen Einrichtungen den allerhöchsten Anforderungen. Einen entsetzlichen Eindruck macht dagegen die Waschanstalt, bei deren Besuch sich jedermann die schaudervollsten Vorstellungen aufdrängen müssen.

Übrigens sind nicht alle Kranken bettlägerig, manche können sich sogar mit leichten Arbeiten, dem Stricken von Fischernetzen usw. beschäftigen. In Bergen befindet sich auch im Anschluss an das Hospital eine Schule, in welcher die vom Aussatz befallenen Kinder Unterricht erhalten; viele derselben erschienen dem Auge des Laien als vollständig gesund, während andere die Krankheit in verschiedenen Graden zeigten.

Unter denjenigen, welche das Studium dieser furchtbaren Plage zu ihrer Aufgabe gemacht haben, herrscht große Meinungsverschiedenheit; manche halten sie für erblich, andere nicht. Ich meinerseits neige mich, nach allem, was ich von fachmännischer Seite darüber erfahren habe, zu der ersteren Ansicht. Wie bei Schwindsucht, Irrsinn und anderen erblichen Übeln mag es eine lange Zeit dauern, ehe es zum Ausbruch kommt, aber in fast allen Fällen, da Leute in reiferen Jahren von der Krankheit befallen wurden, ist es auch nachgewiesen, dass eines der Eltern oder beide demselben Leiden erlegen waren; manchmal auch überspringt das Übel eine Generation, um sich dann erst bei der nächsten um so schwerer zu zeigen. Viele sind, wenn sie bei den ersten Anzeichen der Krankheit in ein Hospital gebracht wurden, später wieder als anscheinend geheilt entlassen worden, bei den meisten aber stellte sie sich nach einiger Zeit wieder ein, woran möglicherweise auch Nachlässigkeit im Gebrauch der notwendigen Präventivmittel die Schuld tragen mag. Dr. Hansen in Bergen, welcher die sich bildenden Knoten einer genauen Untersuchung unterzogen hat, wies das Vorhandensein eines winzigen Bazillus nach, leider ist es ihm bis jetzt aber noch nicht gelungen, die Art seiner Entwicklung und seiner Lebensbedingungen erforschen zu können.“ Soweit das Zitat.

Anhang 4: Bilder aus Atlas Colorie J. L. Losting



Abbildung 23: Selbstportraits von Patienten im St. Jörgenshospital



Abbildung 24: Lepröser Fuß



Abbildung 25: Zeichnung einer 28 jährigen Frau



Abbildung 26: Leprakranke



Abbildung 27: Arm eines Leprösen



Abbildung 28: Porträt einer leprakranken Frau



Abbildung 29: Porträt eines leprakranken Mannes



Abbildung 30: Zeichnung eines jungen Mädchens



The Hagström Medico-Historical Library, Swedish Society of Medicine – Karolinska Institutet, Stockholm

23-year-old Nilla Josephsdotter, St Jørgens, 1816

Abbildung 31: Patientin Nilla Josephsdotter, St Jørgens 1816



Two denizens of St Jørgens in 1816:
a) Johan Jacobsen, aged 55 and b) Johanne Tollefsdotter,
who had been admitted in 1780

Abbildung 32: Patienten Johan Jacobsen, Johanne Tollefsdotter im St Jørgens Hospital, 1816

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Karte über das Auftreten von Lepra in Norwegen ca. 1856. Quelle: Vandyke Carter (1873) | 28 |
| Abbildung 2: Auszug aus dem Lepraregister 1856 – 1890. Quelle: Hansen / Looft (1894) | 29 |
| Abbildung 3: Die königliche Resolution zur Einführung des Lepraregisters vom 30.07.1856. Übersetzung der Zusammenfassung von Guldberg Høegh im Anhang 2 | 31 |
| Abbildung 4: Auszug aus dem Lepraregister 1856, sowie Einweisungsschein und Bild von O. Guldberg Høegh. Quelle: a. a. O. | 32 |
| Abbildung 5: Auszug aus dem Lepraregister, eingeführt 1856 von Guldberg Høegh (1814- 1863). Quelle: a. a. O. | 33 |
| Abbildung 6: Häufigkeit von Lepra an der Küste, im Inland, in Städten. Quelle: Lorentz M. Irgens (1983) | 37 |
| Abbildung 7: Pleiestiftelse no. 1, Bergen, gegründet 1857. | 38 |
| Abbildung 8: Leprahospitäler Molde (Norwegen) und Järvsö (Schweden). Quelle: Richards 1958 | 39 |
| Abbildung 9: St. Georg (St. Jörgens)-Hospitäler Kopenhagen, Visby und Bergen. Quelle: Richards (1958) | 40 |
| Abbildung 10: Karte von Bergen 1740. Quelle: Tony Gould (2005) | 41 |
| Abbildung 11: Lungegaardshospital (Innen- und Außenansicht). Quelle: Erik Waaler (1985) | 45 |
| Abbildung 12: Pleiestiftelse no 1; Grundrisse. Quelle: Vandyke Carter (1874) | 53 |
| Abbildung 13: Daniel C. Danielssen (re.) und Carl Wilhelm Boeck (li.), Dr. Guldberg-Hoegh (o.) Quelle: Th. Vogelsang (1962) | 67 |
| Abbildung 14: Gerhard Henrik Armauer Hansen, 1873. Quelle: Th. Vogelsang (1968) | 68 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 15: Gerhard Henrik Armauer Hansen, ca. 1909. | 69 |
| Abbildung 16: Einladung zur 1. Leprakonferenz in Berlin (1897) | 82 |
| Abbildung 17: Lepra Stand 2007. Quelle: WHO | 85 |
| Abbildung 18: Leprapatienten Anfang 1930 in Norwegen. Quelle: Lorentz M. Irgens (1983) | 86 |
| Abbildung 19: Verbreitung von Lepra Schweden (1907). Quelle: Richards (1985) | 90 |
| Abbildung 20: Järvsö Sjukhus 1905. Quelle: Sundelin / Sörman (2004) | 99 |
| Abbildung 21: Järvsö 1978 | 103 |
| Abbildung 22: Johan Laurin, 15 J.; Karl Carlsson, 20 J.; Johan Bergström, 13 J., Järvsö Sjukhus 1906. Quelle: Sundelin / Sörman, 2004 | 103 |
| Abbildung 23: Selbstportraits von Patienten im St. Jörgenshospital | 129 |
| Abbildung 24: Lepröser Fuß | 130 |
| Abbildung 25: Zeichnung einer 28 jährigen Frau | 131 |
| Abbildung 26: Leprakranke | 132 |
| Abbildung 27: Arm eines Lepräsen | 133 |
| Abbildung 28: Porträt einer leprakranken Frau | 134 |
| Abbildung 29: Porträt eines leprakranken Mannes | 135 |
| Abbildung 30: Zeichnung eines jungen Mädchens | 136 |
| Abbildung 31: Patientin Nilla Josephsdotter, St Jörgens 1816 | 137 |
| Abbildung 32: Patienten Johan Jacobsen, Johanne Tollefsdotter im St Jörgens | 138 |

Literaturverzeichnis:

Hinweis: (N) kennzeichnet Literatur in norwegischer, (S) in schwedischer Sprache.

Armauer Hansen, Gerhard-Henrik: Bacillus leprae, Virchows Archiv 1880; Bd. 79: S. 30- 42

Armauer Hansen, Gerhard-Henrik: Die Erblichkeit der Lepra. Virchows Archiv 1888; Bd. 114 Nr. 3: S. 560- 562

Armauer Hansen, Gerhard-Henrik: Ist Lepra eine im Aussterben begriffene Infektionskrankheit und ist sie erblich? Virchows Archiv 1890; Bd. 120 Nr. 3: S. 476- 484

Armauer Hansen Gerhard- Henrik: Livserindringer og betragtninger [Lebenserinnerungen und Betrachtungen], Kristiania 1910 (N)

Armauer Hansen, Gerhard-Henrik: The memories and reflections. German leprosy Relief Association, Würzburg 1976; 1. ed.

Armauer Hansen, Gerhard-Henrik und Looft, Carl.: Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte. Cassel 1894, S. 31- 43

Bojer, Johan: Der letzte Wikinger (norwegisch: „Den siste viking“). Berlin 1965

Brochmann, S.W. Bidrag till epidemiens historie I elder tiden [Beitrag zur Geschichte der Epidemie in alter Zeit], Tidskrift for den norske laegeforening 1936: S. 2-4 (N)

Burchard, Gerd D.: Lepra – Epidemiologie, Diagnostik und Therapie, Deutsches Ärzteblatt 2006; 103 (11): A 701-704

Danielssen, Daniel Cornelius: Pasientobservasjon [Patientenbeobachtungen], 1841. Quelle: Info des Lepramuseums in Bergen (N)

Danielssen, Daniel Cornelius og. Boeck Carl Wilhelm :Om Spedalskhed (inkluderte Atlas colorié)
Utgivet efter Foranstaltning af den Kongelige Norske Regjerings Departement for det Indr [Über Lepra (inklusive eines kolorierten Bildatlas). Herausgegeben auf Veranlassung des Innenministeriums der königlich - norwegischen Regierung], 1847 (N)

Du Chaillu, Paul B.: Im Lande der Mitternachts-Sonne. Bd. I und II, Leipzig 1882; Bd. I und II

Eberhard, David: Stora Läkarlexikon [Großes Arztlexikon], 2003; Bd. 6: S. 89, 121 (S)

Fabricius, Joh. Christ.: Reise igiennem Norge i Aaret 1778 [Reise durch Norwegen im Jahre 1778]. Quelle: Info des Lepramuseums in Bergen S.1 ff (N)

Familieboka [Familienbuch]: Oslo 1952; Bd. VIII (N)

Gesellschaft für Leprakunde, Informationen für die Besucher des Lepramuseums, Münster 2005

Gould, Tony: Don't fence me in. Leprosy in modern times, London, Bloomsbury 2005

Grøn, F.: Lidt om Lepraens Historie I Norge och paa Island [Ein wenig über die Geschichte der Lepra in Norwegen und auf Island], Tidsskrift for den Norske Laegeforening 1905; Bd. 25: S.721- 730 (N)

Guldberg Høegh, Ove: Utstilling åpnet [Ausstellung eröffnet] i oktober 1998 ved Locus for Registry Based Epidemiology, Bergen (N)

Hjorts Johan: Innberetning, utdrag fra rapporten er hentet fra [Berichterstattung, Auszug aus einem Bericht entnommen von] *Eyr:* Et Medicinsk Tidsskrift, (1833)
Quelle: Lepramuseum Bergen (N)

Holberg, Ludvig: Om Spedalskheden. Fra Den Berømmelige Norske Handel-Stad Bergens Beskrivelse [Über Lepra. Aus einer Beschreibung der berühmten norwegischen Handelsstadt Bergen], Kjøbenhavn 1737. Quelle: Lepramuseum Bergen (N)

Homolka, Anita: Die Lebensgewohnheiten der Leprakranken im Spätmittelalter. Kataloge des deutschen Medizinhistorischen Museums, Beihefte 1, Würzburg 1986; S. 151-161

Jung, G., Moll, I.: Dermatologie, 2003: S.158-160

Irgens, Lorentz M.: Lepra. Fra fortidens Norge og nåtidens u-land [Im frühen Norwegen und in den Entwicklungsländern der Gegenwart]. Naturen, Oslo 1983; Nr. 1: S. 17-20 (N)

Klafstad, Jacob: Et leprakranium fra middelalderens Oslo [Ein Lepraschädel aus dem Oslo des Mittelalters]. Tidsskrift for den norske Laegeforening 1973; Nr. 21-22: S.1483-1485 (N)

Lang, Eduard: Lepra in Norwegen (Spedalskhet) und über einen Fall von einheimischer Nervenlepra. Wiener Medizin. Blätter, Wien 1885: S.1-20

Linné, Carl von: Spetälska (Lepra), Upsala 1765. Aus dem Lateinischen ins Schwedische übersetzt von Ejnar Haglund, herausgegeben von der schwedischen Linné-Gesellschaft. Ausgewählte Schriften Nr. 26, 1957 (S)

Ljung, Olof: Sagan om skrinet [Die Sage vom Schrein], Mellerud 2003 (S)

Losting J.L.: Lepraatlas 1810- 1876, Illustrasjonene av pasienter [Abbildungen von Patienten] i St. Joergens hospital 1840 (N)

Moberg, Vilhelm: Utvandrarerna / Invandrarerna/ Nybyggarna / Sista brevet till Sverige, 1954 [Die Auswanderer/ Die Einwanderer/ Die Neusiedler/ Der letzte Brief nach Schweden] (S)

Olsen, Peder: Klagelied, 1835. Quelle: Info des Lepramuseums in Bergen (Patient in St. Joergens Hospital) (N)

Oterhals, Leo: Folket ved Fjorden [Die Leute am Fjord]. Molde 1990 (N)

Oxenstierna, Eric Graf: Wir Schweden. Stuttgart 1961

Populaert Norsk Legeverk. Vår helse [Populäres norwegisches ärztliches Werk. Unsere Gesundheit]: Oslo 1961; Bd. III (N)

Reichborn- Kjennerud, Grön, Kobro : Leprosy in Norway. Aus

„Medisinens historie i Norge“ [Die Geschichte der Medizin in Norwegen], Oslo 1936 (Translated abstract)

Reichborn- Kjennerud, Grön, Kobro: Medisinens historie i Norge [Die Geschichte der Medizin in Norwegen], 1936. Quelle: Info des Lepramuseums in Bergen (N)

Richards, Peter: Leprosy in Scandinavia. Cambridge University Prize Essay. 1958; Centaurus 1960; vol. 7, nr. 1: S. 101-133

Sandvik, Hogne: Spedalskhet og arv. En distriktsleges betrakninger [Lepra und Vererbung, Betrachtungen eines Distriktsarztes] fra 1884. Tidsskrift for den norske lægeforening 1992;112: S.3799-3801 Oslo (N)

Sörman, Anne: Arkiven berättar om de spetälska [Das Archiv erzählt von den Leprakranken]. Artikel in „Dagens Nyheter“ vom 27.05.2002 (S)

Strom, Hans Koort: Undervisning om Dee pa Landet, I Bergens Stift mest grasserande sjugdomme og derimod tienende Hjelpe- Midler [Kurze Unterrichtung über die Landbevölkerung im Stift Bergen, nebst vorherrschenden Krankheiten und dagegen eingesetzten Hilfsmitteln] 1778 (N)

Sundelin, Arne, **Sörman,** Anne: Skammens hud. Om spetälska i Sverige [Die Haut der Scham/ Schande. Über Lepra in Schweden], Stockholm DN, 2004 (S)

Toellner, Richard: Lepra ist anders. Münster 1992: S.1- 6

Vandyke Carter, Henry: Report on Leprosy and Leper- Asylums in

Norway presented to the state of India in Council, November 1873,
London 1874

Vogelsang, Th. M.: Om Armauer Hansen og spedalskhetens historie i Norge [Über Armauer Hansen und die Geschichte der Lepra in Norwegen]. Universitet i Bergen, Småskriften 1962; Nr.12 (N)

Vogelsang, Thomas Martin: Gerhard Henrik Armauer Hansen. Leprabasillens oppdager. Hans liv og hans livsverk [Die Entdeckung des Leprabazillus. Sein Leben und sein Lebenswerk]. Oslo 1968 (N)

Waalder, Erik: Patologi og mikrobiologi i Bergen det første sentrum for lepraforskning [In Bergen, dem ersten Zentrum für Lepraforschung], Nordisk medicinhistorisk årsbok 1985; Nr.11: S 7 – 97 (N)

Welhaven Johan Ernst: Beskrivning öfver de spedälske i St. Jörgens hospital i staden Bergen i Norrige [Beschreibung der Leprakranken im St. Jörgens Hospital in der Stadt Bergen, Norwegen], Legetidskrift 1816: S. 1- 9. Quelle: Info des Lepramuseums in Bergen (S)

Wistrand, A.: Om spedälskan i Helsingland och i anledning deraf senast vidtagne åtgärder [Über Lepra in Hälsingland und zu den dazu getroffenen Maßnahmen]. Hygiea, Medicinsk och Farmaceutisk Månadsskrift, Stockholm (1864); Nr.4: S. 129- 137, 191 ff (S)

