

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 18

Schwerpunkt: Konzepte sexueller Gesundheit

vom Mittelalter bis zum 21. Jahrhundert

Herausgegeben von

Marina Hilber, Michael Kasper, Elisabeth Lobenwein,

Alois Unterkircher und Alfred Stefan Weiß

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2019



Marina Hilber

Unfruchtbarkeit verhandeln – Arzt und Patient*Innen in der gynäkologischen Privatpraxis Ludwig Kleinwächters, Czernowitz 1884–1895¹

English Title

Negotiating Sterility – Doctor-Patient-Interaction in Ludwig Kleinwächter’s Gynaecological Private Practice, Chernovtsy 1884–1895

Abstract

Based on numerous published gynaecological case histories, this paper investigates Ludwig Kleinwächter’s (1839–1906) diagnostic and therapeutic approaches to female and male sterility at the end of the 19th century. Set in the booming Eastern European metropolis of Chernovtsy/Bukovina at the fin de siècle, Kleinwächter’s thriving practice, established in the early 1880s, allows insight into the use of medical expertise in a multicultural environment. As Kleinwächter’s patients predominantly came from a Jewish background, they were often confronted with serious social and religious repercussions when failing to produce offspring. The prominent gynaecologist recorded around 15 per cent of his patients as being infertile. Besides locating Ludwig Kleinwächter in Bukovinian medical space and investigating doctor-patient-interaction, this paper also attempts to reconstruct patients’ strategies in coping with infertility.

Keywords

Infertility, Sterility, Gynaecology, Jewish Community, Doctor-Patient-Interaction, Patient History, Case Histories, Austrian Empire, Bukovina, 19th Century

1 Der Beitrag entstand im Rahmen eines vom FWF geförderten Hertha-Firnberg-Projekts: „Medical Networks. Ludwig Kleinwächter’s (1839–1906) participation in the transnational scholarly network of gynaecology and obstetrics“, T871-G28. Für wertvolle Anregungen danke ich Prof. Dr. Robert Jütte, Dr. Alois Unterkircher sowie dem bzw. der anonymen ReviewerIn.

Einleitung

Am 20. April 1888 betritt die vermutlich aus dem benachbarten Russland angereiste, 28-jährige Jüdin S. K.² erstmals die gynäkologische Praxis des Czernowitzer Privatarztes Ludwig Kleinwächter (1839–1906). Grund ihres Besuches mag das Brennen gewesen sein, das sie seit etwa zwei Jahren beim Harnlassen verspürte. Doch vordringlicher war wohl der unerfüllte Kinderwunsch, der ihr Eheglück trübte und sie die Reise über die Grenze antreten ließ. Seit zehn Jahren bereits war sie mit einem um acht Jahre älteren Witwer verheiratet, der in erster Ehe ein Kind gezeugt hatte. Kleinwächter sollte den Fall mit der Nummer 1.840 in seinem Krankenprotokoll verzeichnen und die Frau als groß, zart und schwach beschreiben. „Die Brüste fehlten gänzlich. Der Körperhabitus war männlich“,³ ergänzte der Arzt seine physische Beschreibung der Patientin. S. K. erzählte Kleinwächter, dass sie erst mit 16 oder 17 Jahren begonnen hatte zu menstruieren, dass die Menstruation zwar schmerzlos, aber schwach und in unregelmäßigen Intervallen wiederkehre. „Libido war nie da gewesen.“⁴ Nachdem sich drei Jahre nach der Hochzeit immer noch keine Schwangerschaft eingestellt hatte, war sie dem Rat eines russischen Kliniklers gefolgt und hatte sich einer fruchtbarkeitsfördernden Operation, der sogenannten Diszission⁵, bei welcher der Muttermund künstlich erweitert wird, unterzogen. Doch auch dieser Eingriff habe die Unfruchtbarkeit nicht behoben. Nach dem ausführlichen Anamnesegespräch schritt Kleinwächter zur gynäkologischen Untersuchung und fand die Gebärmutter bedeutend verkleinert, kaum von der „Grösse einer kleinen Kirsche“.⁶ Zudem waren die Eierstöcke nur mandelgroß ausgebildet. Kleinwächter sah diesen organischen Befund allerdings nicht zwingend als Ursache der Unfruchtbarkeit, denn er verlangte auch den 36-jährigen Gatten zu sehen. Der Mann gab an, sich nach dem Tod seiner ersten Frau eine Gonorrhoe zugezogen zu haben, die in eine beiderseitige Epidydimitis⁷ mündete. Kleinwächter untersuchte daraufhin gleich zweimal das Sperma des Mannes und resümierte schließlich: „Ich fand in der Spermaflüssigkeit nicht eine Spermazelle, sondern blos Pflasterepithelien, spärlich rothe Blutkörperchen und Detritus. Dass die vor einigen Jahren vorgenommene Diszission von keinem Erfolge betreffs Eintrittes einer Conception sein konnte, ist unter den gegebenen Verhältnissen wohl leicht begreiflich.“⁸

-
- 2 Der Name der Patientin wurde von Ludwig Kleinwächter anonymisiert. Vgl. Ludwig KLEINWÄCHTER, Ein Beitrag zur Lehre der Sterilität, in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 33 (1895), 269–337, hier 282.
 - 3 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 282. Der Fall wird zudem beschrieben in: Ludwig KLEINWÄCHTER, Die Diszission des Muttermundes in retrospectiver Betrachtung, in: Wiener Medizinische Presse 23/24 (1892), 921–925 und 963–968, hier 923.
 - 4 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 282.
 - 5 Der Eingriff wurde ab Mitte der 1860er Jahre durch den amerikanischen Arzt James Marion Sims (1813–1883) auch in Europa massiv popularisiert. Eine deutsche Übersetzung seines 1866 erschienenen Buches wurde von dem in England tätigen Arzt Hermann Beigel (1830–1879) noch im selben Jahr publiziert. Vgl. J. Marion SIMS, Klinik der Gebärmutter-Chirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der Sterilität (deutsche Übersetzung von Hermann Beigel) (Erlangen 1866).
 - 6 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 282.
 - 7 Die Epidydimitis beschreibt eine akute oder chronische Entzündung des Nebenhodens, die in Folge gonorrhöischer Infektion häufig auftritt. Unbehandelt führt sie zu starken Schmerzen, Schwellungen und kann unbehandelt auch zu Unfruchtbarkeit führen. Vgl. Dorit SCHÖLLER / Roland SCHULZE-RÖBBECKE, Infertilität, in: pschyrembel Online, online unter: <https://www.pschyrembel.de/unfruchtbarkeit/K0LK6/doc/> (letzter Zugriff: 31.05.2019).
 - 8 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 283.

Die Geschichte der Unfruchtbarkeit ist in den letzten Jahren vermehrt in das Interesse der medizin- und sexualitätshistorisch orientierten Forschungsgemeinschaft gerückt.⁹ Während sich die feministische und medizinkritische Forschung der 1990er Jahre vor allem im Kontext frühneuzeitlicher christlicher Gesellschaften den Ritualen zur Erfüllung des Kinderwunsches sowie der sozialen Marginalisierung betroffener Frauen widmete¹⁰ und die invasiven und experimentellen Therapieversuche anprangerte,¹¹ dominieren in der rezenten Forschung vor allem patienten- und wissenschaftsgeschichtliche Perspektiven. Anhand unterschiedlicher methodischer Herangehensweisen und diversester Quellengattungen wird dabei den individuellen wie kollektiven Herausforderungen für die historischen Akteurinnen und Akteure nachgespürt. Der Fokus liegt vor allem auf den Erfahrungen und Bewältigungsstrategien der westlichen Gesellschaften über die Jahrhunderte hinweg.¹² Für das ausgehende 19. Jahrhundert konzentriert sich die aktuelle Forschung vor allem auf den Kontext sexuell übertragbarer Erkrankungen¹³ sowie die Rolle von Männern in der Diagnose und Therapie ehelicher Unfruchtbarkeit.¹⁴ Diese Themenbereiche berührt auch der vorliegende Beitrag. Er versucht, die vom Czernowitzer Arzt Ludwig Kleinwächter für eine Fachöffentlichkeit publizierten gynäkologischen Fallgeschichten „gegen den Strich“¹⁵ zu lesen und die Handlungsspielräume unfruchtbarer Frauen und Männer im östlichsten Teil der Habsburgermonarchie zu rekonstruieren. Dabei bietet der vorliegende Beitrag dem Diskurs nicht nur eine geografische Erweiterung durch seine osteuropäische Verortung, sondern muss aufgrund der spezifischen Klientel Kleinwächters, die sich zu einem überwiegenden Teil aus der orthodoxen, jüdischen Gemeinschaft rekrutierte, auch als ein Beitrag zur jüdischen Gesundheitsfürsorge und Sexualität gelesen werden. Der Fall der 28-jährigen S. K. war nämlich nur einer von vielen ähnlich gelagerten Fällen, die im Laufe der Zeit in der gynäkologischen Fachpraxis Ludwig Kleinwächters zu Protokoll genommen wurden. Zwischen 1884 und 1895 zählte Kleinwächter 648 Fälle von Sterilität, wie er selbst die Unfähigkeit zu konzipieren bzw. eine Schwangerschaft bis zur Reife

-
- 9 Vgl. Tracey LOUGHRAN / Gayle DAVIS, Introduction: Infertility in History. Approaches, Contexts and Perspectives, in: Gayle Davis / Tracey Loughran, Hg., *The Palgrave Handbook of Infertility in History. Approaches, Contexts and Perspectives* (London 2017), 1–25.
- 10 Vgl. Eva LABOUVIE, *Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt* (Köln–Weimar–Wien 1998), 35–44.
- 11 Vgl. Eva FLEISCHER, *Die Frau ohne Schatten. Gynäkologische Inszenierungen zur Unfruchtbarkeit* (Pfaffenweiler 1993), 57–70.
- 12 Vgl. das Special Issue zum Thema: Daphna OREN-MAGIDOR / Catherine RIDER, Introduction: Infertility in Medieval and Early Modern Medicine, in: *Social History of Medicine* 29/2 (2016), 211–223.
- 13 Siehe dazu u. a. Anne HANLEY, 'The Great Foe to the Reproduction of the Race'. Diagnosing and Treating Infertility Caused by Venereal Diseases, in: Gayle Davis / Tracey Loughran, Hg., *The Palgrave Handbook of Infertility in History. Approaches, Contexts and Perspectives* (London 2017), 335–358; Michael WORBOYS, Unsexing Gonorrhoea: Bacteriologists, Gynaecologists and Suffragists in Britain, 1860–1920, in: *Social History of Medicine* 17/1 (2004), 41–59; Lutz SAUERTEIG, *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitsspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert* (= MedGG-Beihefte 12, Stuttgart 1999).
- 14 Vgl. Christina BENNINGHAUS, „Leider hat der Beteiligte fast niemals eine Ahnung davon ...“ – Männliche Unfruchtbarkeit, 1870–1900, in: Martin Dinges, Hg., *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000* (= MedGG-Beihefte 27, Stuttgart 2007), 139–155.
- 15 Wolfgang U. ECKART / Robert JÜTTE, *Medizingeschichte. Eine Einführung* (Köln–Weimar–Wien 2007), 183.

des Kindes aufrecht zu erhalten, definierte.¹⁶ Davon unterschied er eine zweite Form des unerfüllten Kinderwunsches, nämlich jene Fälle von erworbener Sterilität, bei denen die Frauen erst nach einer vorangegangenen Schwangerschaft oder Geburt unfruchtbar wurden. Der sogenannten Ein-Kind-Sterilität widmete er bereits 1887 seine Aufmerksamkeit und zählte innerhalb von nur etwas mehr als zwei Jahren 90 Fälle in seiner gynäkologischen Praxis.¹⁷

Kleinwächter beschreibt den Zustand der Unfruchtbarkeit bei der Frau als ein diffuses Krankheitsbild, das von unterschiedlichen Parametern beeinflusst sei. Zu seinem Sample zählten jene Patientinnen, die entweder einen eindeutigen Organbefund aufwiesen, oder innerhalb von drei Jahren nach Eheschließung noch keine Kinder zur Welt gebracht hatten. In vielen Fällen manifestierte sich die pathologisch beeinträchtigte Reproduktivität jedoch nicht in einem subjektiven Krankheitsgefühl der Frau. Die Tatsache, dass Ludwig Kleinwächter in seiner praktischen Tätigkeit dennoch scheinbar häufig mit der Diagnose Sterilität konfrontiert war, erklärte sich der Mediziner eben aus der Zusammensetzung seiner Klientel. Dem Arzt war bewusst, dass die Thematik im orthodoxen Judentum eine größere Rolle spielte als im Christentum, denn sozialer Status und ökonomische Absicherung waren zwingend an die Reproduktion gebunden.¹⁸ Zudem besaß die Reproduktion eine religiös-dogmatische Dimension. „Die sterile Jüdin verliert unter ihren Glaubensgenossinnen an Achtung und steht als eine von Gott Gestrafte da, denn nur durch Kindersegen und namentlich einen solchen von Knaben wird es ihr ermöglicht, nach dem Tode in die Gefilde der Seeligen [sic!] zu gelangen“,¹⁹ erklärte Kleinwächter seinen medizinischen Fachkollegen.

-
- 16 Vgl. KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 319. Kleinwächter folgt in seiner Definition der Vorlage von Enoch Heinrich KISCH, *Die Sterilität des Weibes. Ihre Ursachen und Ihre Behandlung* (Wien–Leipzig 1886), 4. Er subsummiert hier zwei pathologische Erscheinungen unter dem Begriff „Sterilität“, die in der modernen Reproduktionsmedizin mit den Begrifflichkeiten „Sterilität“ und „Infertilität“ beschrieben werden. Sterilität bezeichnet dabei die ungewollte Kinderlosigkeit bei Paaren trotz regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs. Die Konzeptionsfähigkeit der Frau ist dabei aufgrund unterschiedlicher funktioneller oder organischer Störungen des Genitaltraktes bzw. auch anderer physischer oder psychischer Erkrankungen (Diabetes, Adipositas, Alkoholismus, etc.) beeinträchtigt. Bei Männern kann die Zeugungsunfähigkeit in einer gestörten Spermproduktion, bedingt durch hormonelle, organische oder psychische Erkrankungen gesehen werden. Vgl. Dorit SCHÖLLER / Roland SCHULZE-RÖBBECKE, Sterilität, in: *psyrembel Online*, online unter: <https://www.psyrembel.de/unfruchtbarkeit/K0LK6/doc/> (letzter Zugriff: 31.05.2019). Im Gegensatz dazu beschreibt der Terminus Infertilität die Unfähigkeit eine Schwangerschaft so lange aufrecht zu erhalten, bis ein lebensfähiges Kind geboren wird. Umgangssprachlich werden heute beide Sachverhalte mit dem deutschen Wort „Unfruchtbarkeit“ umschrieben. Vgl. SCHÖLLER / SCHULZE-RÖBBECKE, Infertilität, wie Anm. 7. Da Ludwig Kleinwächter die Begriffe noch synonym verwendete, wird auch in diesem Beitrag keine streng medizinische Definition von Unfruchtbarkeit verwendet.
- 17 Vgl. Ludwig KLEINWÄCHTER, Neunzig Fälle von Ein-Kind-Sterilität, in: *Zeitschrift für Heilkunde* 8 (1887), 299–321. Man unterscheidet auch heute noch zwischen einer primären Sterilität, bei der keine vorherige Konzeption stattgefunden hat und einer sekundären bzw. erworbenen Sterilität, die nach einer oder mehreren vorangegangenen Schwangerschaften eintritt. Vgl. SCHÖLLER / SCHULZE-RÖBBECKE, Sterilität, wie Anm. 16.
- 18 Vgl. die zahlreichen fundierten Hinweise auf Sexualität und Reproduktion bei Robert JÜTTE, *Leib und Leben im Judentum* (Berlin 2016); Avraham STEINBERG, *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics* (Jerusalem–New York 2003), 407–417; J. G. SCHENKER, Women’s Reproductive Health. Monotheistic Religious Perspectives, in: *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 70 (2000), 77–86. Ein jüngst erschienener Tagungsband unter dem Titel *Sexualität und Judentum* beschäftigt sich in weiten Teilen ebenfalls mit dem Thema Reproduktion. Caris-Petra HEIDEL, Hg., *Sexualität und Judentum (= Medizin und Judentum 14, Frankfurt am Main 2018)*.
- 19 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 318. Vgl. Ronit IRSHAI, *Fertility and Jewish Law. Feminist Perspectives on Orthodox Responsa Literature* (Waltham 2012), 25–52.

Vor diesem religiös und kulturell geprägten Hintergrund nähert sich der vorliegende Beitrag der Praxis und den Patientinnen eines Gynäkologen im peripheren Raum der Bukowina an. Auf der Basis der publizierten wissenschaftlichen Arbeiten Ludwig Kleinwächters, die zahlreiche detaillierte Fallgeschichten enthalten, werden nicht nur die Interaktionen zwischen dem Arzt und seinen Patientinnen, sondern, über den Umweg der ärztlichen Fallgeschichten, auch die handlungsleitenden Motive der Patientinnen im Umgang mit ihrer ungewollten Kinderlosigkeit rekonstruiert. Als Untersuchungszeitraum wurde in Anlehnung an das zur Verfügung stehende Quellenmaterial – drei publizierte Originalarbeiten Ludwig Kleinwächters zum Thema Sterilität aus den Jahren 1887, 1892 und 1895 – der Zeitraum von Kleinwächters Ankunft in der Bukowina Anfang der 1880er Jahre bis zum Jahr 1895 gewählt. Im Folgenden wird die gynäkologische Fachpraxis Ludwig Kleinwächters im medialen Raum der Bukowina verortet sowie der Kontext der Entstehung seiner Fallgeschichten hinterfragt. Da die Arbeit mit publizierten Fallgeschichten eine besondere methodische Herausforderung darstellt, soll in einem zweiten Kapitel der quellenkritische Zugang zum Material erläutert werden. Des Weiteren wird in einem dritten thematischen Kapitel ein Blick auf die Patientinnen, ihre Schicksale und Bewältigungsstrategien geworfen. Dabei stehen nicht nur sozialstatistische Parameter wie das Alter oder die Dauer der unfruchtbaren Ehe im Fokus, sondern vor allem die qualitativ greifbaren Aushandlungen von reproduktiver Gesundheit. Was bildete den konkreten Anlass, den Experten Kleinwächter aufzusuchen? Welche Maßnahmen hatten die Frauen schon vor ihrer Konsultation Kleinwächters gesetzt? Wie gestaltete sich das Sprechen über die eigene (defizitäre) eheliche Sexualität? In welchem Ausmaß wurde die Fruchtbarkeit der Ehemänner in der Diagnostik berücksichtigt? Abschließend soll erörtert werden, mit welchen Therapie Wünschen die Frauen den Gynäkologen konfrontierten und welche Therapien Anklang fanden. Zusammenfassend wird versucht, ein multiperspektivisches Bild vom Prozess der Aushandlung von (Un)Fruchtbarkeit im sozialen Raum einer ärztlichen Praxis zu zeichnen, das weibliche und männliche, ärztliche und patientinnen-orientierte, jüdische und christliche Perspektiven miteinschließt.²⁰

Anlaufstelle bei Kinderwunsch – Die gynäkologische Privatpraxis Ludwig Kleinwächters

Als Ludwig Kleinwächter Anfang der 1880er Jahre in die Bukowina kam, war die Region im Aufstreben begriffen. Das Land erlebte ein rasantes Bevölkerungswachstum, in erster Linie bedingt durch den kontinuierlichen Zuzug aus der gesamten Habsburgermonarchie. Die Hauptstadt Czernowitz konnte ihre Bevölkerungszahlen zwischen 1851 (20.500) und 1900 (67.000) mehr als verdreifachen. Die Stadt entwickelte sich zum Zentrum multikulturellen Austausches zwischen den Hauptbevölkerungsgruppen: Juden, Deutschen, Ruthenen, Rumänen und Polen.

20 An aktuellen Forschungen zu ärztlichen Praxen von der frühen Neuzeit bis ins 20. Jahrhundert siehe u. a.: Elisabeth DIETRICH-DAUM / Martin DINGES / Robert JÜTTE / Christine ROILO, Hg., *Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert* (Innsbruck–Wien–Bozen 2008); Martin DINGES / Kay Peter JANKRIFT / Sabine SCHLEGELMILCH / Michael STOLBERG, Hg., *Medical Practice, 1600–1900. Physicians and Their Patients* (Leiden–Boston 2016); Michael Stolberg, *A Sixteenth-century Physician and His Patients. The Practice Journal of Hiob Finzel, 1565–1589*, in: *Social History of Medicine* 32 (2019), 221–240.

Der Schmelztiegel im Osten des Reiches zeigte seit der Mitte des 19. Jahrhunderts auch eine starke kulturelle Dynamik.²¹ Ab 1875 wurde Czernowitz mit der Eröffnung der Franz-Josephs-Universität auch zu einem intellektuellen Zentrum.²²

Das Gesundheitswesen hinkte dieser rasanten sozialen und kulturellen Entwicklung jedoch stark hinterher. 1890 konnten die insgesamt 61 ansässigen Ärzte die Versorgung der Bukowiner Bevölkerung, die zu diesem Zeitpunkt 643.047 Einwohnerinnen und Einwohner zählte, nur unzureichend gewährleisten. Zudem war ein starkes Stadt-Land-Gefälle wahrnehmbar, indem allein 26 der 61 Ärzte in der Hauptstadt praktizierten.²³ Seit 1888 wurde versucht, die Versorgung in den acht politischen Bezirken der Bukowina (Czernowitz (Tscherniwzi/Ukraine), Kimpolung (Câmpulung/Rumänien), Kotzman (Kicmań/Ukraine), Radautz (Rădăuți/Rumänien), Sereth (Siret/Rumänien), Storzynetz (Storożynec/Ukraine), Suczawa (Suceava/Rumänien), Wisnitz (Wyschnyzja/Ukraine)) durch die Installation von Gemeindefirststellen zu heben,²⁴ allerdings waren 1891 noch immer etliche Stellen vakant. Während somit das Verhältnis von Arzt zu Bevölkerung mit 1:1.994 in Czernowitz ein relativ gutes war, waren die Zahlen für den Gesamtbereich der Bukowina desaströs: Auf 10.541 Einwohnerinnen und Einwohner kam ein einziger Arzt. Die Zahl der Wundärzte war aufgrund der Sistierung des Ausbildungszweiges wie im Schnitt der Monarchie seit 1878 rückläufig, 1890 zählte man in der Bukowina nur noch 21 Wundärzte.²⁵

Die Mehrzahl der Ärzte bestritt ihren Unterhalt in einem Anstellungsverhältnis, dabei traten nicht nur der Staat und die autonomen Behörden des Landes und der Kommunen als Arbeitgeber auf, sondern auch private Institutionen,²⁶ etwa die Israelitische Kultusgemeinde, die ein eigenes Spital in Czernowitz betrieb.²⁷ Rund ein Drittel der in der Bukowina tätigen Ärzte praktizierte als Freiberufler und zu diesen zählte ab Anfang der 1880er Jahre auch Ludwig Kleinwächter.

Professor Dr. Ludwig Kleinwächter stammte ursprünglich aus Prag und hatte seine ersten Karriereschritte nach dem 1863 abgeschlossenen Medizinstudium ebenfalls in seiner Heimatstadt absolviert. Als Assistent Bernard Seyferts (1817–1870) und später August Breiskys (1832–1889) im Prager Gebärhaus kletterte er die Karriereleiter nach oben, habilitierte sich 1871, wurde 1875 zum außerordentlichen Professor ernannt und erhielt 1877 schließlich den Ruf als Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie an die Universität Innsbruck. Seine intensive wissenschaftliche Tätigkeit mit Experimenten zu künstlichen Frühgeburten, aber auch

21 Vgl. u. a. Ion LIHACIU, Czernowitz 1848–1918. Das kulturelle Leben einer Provinzmetropole (= Bukowinastudien 1, Kaiserslautern/Mehlingen 2012); Markus WINKLER, Jüdische Identitäten im kommunikativen Raum. Presse, Sprache und Theater in Czernowitz bis 1923 (Bremen 2007).

22 Vgl. David RECHTER, *Becoming Habsburg. The Jews of Austrian Bukovina 1774–1918* (Oxford/Portland, Oregon 2013), 109–113; Wolfgang HAUSLER, Zur historischen Situation des Ostjudentums in der Habsburgermonarchie, in: Ilona Slawinski / Joseph P. Strelka, Hg., *Die Bukowina. Vergangenheit und Gegenwart* (Bern u. a. 1995), 13–34.

23 Vgl. Basil KLUSCZENKO, Sanitätsbericht der Bukowina 1891 (Czernowitz o. J.), 86.

24 Vgl. Gesetz vom 18. März 1888 betreffend die Organisation des Sanitätsdienstes in den Gemeinden, giltig für das Herzogthum Bukowina, in: Gesetz- und Verordnungsblatt für das Herzogthum Bukowina 13 (1888), 117–121. Basil KLUSCZENKO, Beitrag zur Statistik des Sanitätspersonales im Herzogthume Bukowina, in: *Das österreichische Sanitätswesen* 43 (1891), 351–356.

25 Vgl. KLUSCZENKO, Sanitätsbericht, wie Anm. 23, 86.

26 Vgl. ebd.

27 Vgl. ebd., 94–95.

sein mitunter forscher Umgang mit den Patientinnen im Gebärhaus, wurde von den übergeordneten Tiroler Landesbehörden mit Argwohn beobachtet. Bereits 1878 war es zu Auseinandersetzungen mit dem politischen Landesausschuss gekommen, der prompt beim zuständigen Ministerium um eine Versetzung Kleinwächters ansuchte. Trotz mannigfaltiger Bemühungen konnte ein solcher Wechsel nicht erreicht werden, die Lage in Innsbruck spitzte sich zu und schließlich wurde Ludwig Kleinwächter Ende Juli 1881 aufgrund unüberbrückbarer Differenzen mit den vorgesetzten Behörden beurlaubt.²⁸ Kleinwächter, der sich erst 1877 mit Frau und Kleinkind in Innsbruck eingerichtet hatte, verließ die Universitätsstadt unverzüglich und kehrte zeitweilig in seine Heimatstadt zurück. Die Beurlaubung wurde über mehrere Semester aufrechterhalten und Kleinwächter versuchte, sein Auskommen in Prag zu finden. Dies schien ihm schwer zu fallen, denn im August 1882 richtete der arbeitslose Professor ein verzweifertes Majestätsgesuch an den Kaiser. Dieser bewilligte zwar eine weitere Beurlaubung, stellte jedoch keine unmittelbare Wiederanstellung in Aussicht. Stattdessen legte der zuständige Unterrichtsminister Kleinwächter Mitte September 1882 nahe, sich eine Privatpraxis aufzubauen.²⁹ Kleinwächter reiste daraufhin nach Czernowitz, um dort eine angemessene Wohnung für sich und seine Familie zu finden. Seine Frau Marie und sein 6-jähriger Sohn Friedrich folgten im Oktober 1882.³⁰ Ob Ludwig Kleinwächter schon zuvor mit dem Gedanken an eine Übersiedlung in die Bukowina gespielt hatte, ist nicht belegt, er erwähnt diese Option in seinen behördlichen Eingaben mit keinem Wort. Vielleicht sollte es nur ein temporäres Domizil sein, das die Familie in Czernowitz nahm. Jedenfalls lockte die aufstrebende Stadt mit im Vergleich zur Heimatstadt Prag niedrigen Lebenshaltungskosten und besseren Verdienstmöglichkeiten als freiberuflicher Arzt. Eine nicht zu verachtende Rolle in der Entscheidungsfindung dürfte wohl auch die Tatsache gespielt haben, dass Ludwigs Bruder, Friedrich Kleinwächter (1838–1927), seit 1875 als Professor für Staatswissenschaft an der neu gegründeten Universität in Czernowitz lehrte und 1882 sogar zum Rektor aufgestiegen war.³¹ Die Übersiedlung in die Bukowina versprach somit nicht nur familiären Anschluss, sondern über die Kontakte seines Bruders auch eine relativ schnelle Integration in die städtischen Eliten der Wahlheimat.

Doch nicht nur aus der persönlichen Sicht des Arztes musste die Übersiedlung gewinnbringend erscheinen. Mit seiner gynäkologisch-geburtshilflichen Spezialisierung bereicherte Ludwig Kleinwächter auch die medikale Landschaft der Bukowina. Da die Universität Czernowitz über keine medizinische Fakultät verfügte, waren die Mediziner im Land vorwiegend Allgemeinärzte, die Gruppe der Spezialisten beschränkte sich auf einige wenige Spitalsärzte. Die Mehrheit der in der Bukowina praktizierenden Mediziner hatte eine Zusatzausbildung in der Chirurgie absolviert, rund die Hälfte verfügte ebenfalls über einen Magister der Geburtshilfe.³²

28 Vgl. Marina HILBER, Weibliche Beschwerdeführung in der Causa Kleinwächter – ein Beitrag zur Patientinnengeschichte des Innsbrucker Gebärhauses, in: *Historia Hospitalium. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 29 (2016), 68–96.

29 Vgl. Österreichisches Staatsarchiv (ÖStA), Allgemeines Verwaltungsarchiv, Ministerium für Cultus und Unterricht 1882, Praes. 16272, Personalakte Ludwig Kleinwächter.

30 Vgl. Kärntner Landesarchiv (KLA), Nachlass Kleinwächter, Schachtel 1–1–5, Friedrich F.G. Kleinwächter, Bukowiner Skizzenbuch.

31 Vgl. Kleinwächter Friedrich, in: *Österreichisches Biographisches Lexikon*, Bd. 3 (Wien 1965), 392–393.

32 Vgl. KLUŠCZENKO, Sanitätsbericht, wie Anm. 23, 86.

Die letztgenannte Qualifikation erlaubte ihnen, bei schwierigen Geburten einzuschreiten, Wendungen vorzunehmen und Instrumentalhilfe zu leisten. Keinesfalls aber bedeutete diese Zusatzqualifikation, dass die Mediziner per se eine Spezialisierung in diesem Fach aufwiesen oder die Geburtshilfe in ihrer Praxis aktiv ausübten, geschweige denn Experten für gynäkologische Erkrankungen waren. Die Ausbildungen in Chirurgie und Geburtshilfe waren jedoch hilfreich für den Eintritt in den staatlichen Sanitätsdienst.³³

Als Kleinwächter 1882 in Czernowitz eintraf, gab es dort nur einen in der Geburtshilfe arrivierten Mediziner: Ferdinand Skibinski (1816–1902), ein ehemaliger Kreiswundarzt, der seit 1849 als Hebammenlehrer in der Bukowina tätig war.³⁴ Im Jahr 1864 wurde für die Zwecke des praktischen Unterrichts eine Gebäranstalt eingerichtet, der Skibinski als Ordinarius bis 1884 vorstand. Ihm folgte sein bisheriger Assistent Johann v. Wolczynski (1846–1910) als interimistischer Leiter 1883 und schließlich 1884 als Professor der Geburtshilfe an der Hebammenlehranstalt nach.³⁵ Skibinski fiel nicht nur das Verdienst zu, über mehr als 30 Jahre Hebammen ausgebildet zu haben, sondern galt als „einer der populärsten Aerzte des früheren Czernowitz und war als Frauenarzt auch in den angrenzenden Nachbarländern ein bekannter und viel benützter Specialist“.³⁶ Er war es auch, der 1866 im Rahmen eines vielzitierten Festbanketts den Verein der Ärzte in der Bukowina gegründet hatte.³⁷ Diesem Verein trat Ludwig Kleinwächter unmittelbar nach seiner Ankunft 1882 bei.³⁸ Er beteiligte sich rege am Vereinsleben, sodass er bereits 1883 in den Vorstand gewählt wurde.³⁹ Die Vereinskollegen wussten um sein internationales wissenschaftliches Renommee und schätzten die „geistvollen“ und „gediegenen“ Arbeiten, die er im Rahmen von regelmäßigen Vorträgen mit ihnen teilte.⁴⁰ Über das Verhältnis Kleinwächters zu Skibinski erfahren wir aus den überlieferten Quellen nichts. Wurde er vom lokalen Platzhirsch als Konkurrent wahrgenommen? Es scheint, als ob Kleinwächter den bereits 70-jährigen Skibinski in gewisser Weise „beerbte“ und zusehends seine Stellung als erste Anlaufstelle in gynäkologischen Belangen übernahm. Skibinski jedenfalls zog sich in den letzten Jahren seines Lebens zunehmend aus der Öffentlichkeit zurück und übte seine Praxis nicht mehr aus.⁴¹ Sein Nachfolger Johann v. Wolczynski, der in seiner Funktion als rumänisch-stämmiger Großgrundbesitzer auch diverse politische Ämter bekleidete, dürfte der einzige ernstzunehmende Konkurrent Kleinwächters gewesen sein. Er leitete nicht nur die Gebäranstalt und bildete die Hebammen in der Bukowina aus, sondern führte auch eine

33 Vgl. Elena TADDEI, Bestellungsverfahren von Ärzten in Tirol in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in: Elisabeth Dietrich-Daum / Martin Dinges / Robert Jütte / Christine Roilo, Hg., *Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert* (Innsbruck–Wien–Bozen 2008), 221–237, hier 226.

34 Vgl. Wiener Zeitung 176 (26. Juli 1849), 1.

35 Vgl. Wiener Medizinische Wochenschrift 50 (13. Dezember 1884), 1508.

36 Bukowinaer Post 1322 (8. Juli 1902), 3.

37 Vgl. Moritz RUDNIK, Einst und jetzt. Festrede, gehalten am 29. November 1907 in der Plenarversammlung des Vereines der Aerzte in der Bukowina gelegentlich der Einweihung des neuerbauten Vereinshauses, in: *Aerztliche Landeszeitung* 24 (1907), 1–8, hier 3.

38 Vgl. Bericht über die XVI. ordentliche General-Versammlung des Vereins der Aerzte in der Bukowina pro 1882 (Czernowitz 1883), 7.

39 Vgl. Bericht über die am 28. Februar 1884 abgehaltene XVII. ordentliche General-Versammlung des Vereins der Aerzte in der Bukowina pro 1883 (Czernowitz 1884), 14.

40 Vgl. Bericht über die am 31. Jänner 1885 abgehaltene XVIII. ordentliche General-Versammlung des Vereins der Aerzte in der Bukowina pro 1884 (Czernowitz 1885), 6–7.

41 Vgl. Bukowinaer Post 1322 (8. Juli 1902), 3.

gutgehende gynäkologische Privatpraxis in Czernowitz. 1902 gelang es ihm sogar eine eigene gynäkologische Abteilung an das Gebärhaus anzugliedern.⁴² Obwohl es sehr wahrscheinlich ist, dass die beiden Akteure in ihrer professionellen Tätigkeit in Kontakt miteinander standen, treten Kooperation oder Abschottung, Sympathie oder Antipathie in den Quellen nicht offen zu Tage. Schenkt man den unterschiedlichen Nachrufen auf die beiden 1906 bzw. 1910 verstorbenen Ärzte Glauben, so dürfte Wolczynski, dem sympathische, ausgleichende Charakterzüge nachgesagt wurden, dem älteren Kleinwächter um die Jahrhundertwende den Rang abgelaufen haben.

Ein Hinweis dafür, dass Ludwig Kleinwächter ursprünglich nur einen temporären Aufenthalt in Czernowitz bis zur Übernahme einer neuen Professur plante, ist in der Tatsache zu sehen, dass er zwar Patientinnen behandelte und über diese auch Aufzeichnungen führte, wie einzelne publizierte Fallgeschichten aus den Jahren 1883 und 1884 zeigen.⁴³ Systematische Aufzeichnungen, bei denen er für jede neue Patientin eine fortlaufende Nummer in seinem Krankenprotokoll vergab, sind jedoch erst ab September 1884 rekonstruierbar. Dass er erst zu diesem Zeitpunkt mit der systematischen Protokollierung begann, hängt wohl mit der am 1. Mai 1884 ausgesprochenen „zeitliche[n] Ruhestands Versetzung“ des gerade erst 44-jährigen Professors zusammen.⁴⁴ Alle Versuche, eine neue Professur für ihn zu finden bzw. eine Rückkehr nach Innsbruck zu ermöglichen, waren gescheitert. Ob ein aus einer nicht näher definierten amerikanischen Universität kommender Ruf zeitlich in diese Periode fiel, konnte bislang nicht geklärt werden. Klar ist jedoch, dass Kleinwächter diesen ausschlug und sich auf ein längeres Verweilen im östlichsten Kronland der Monarchie einstellte.⁴⁵

Anhand der in seinen Publikationen immer wieder auftauchenden Protokollnummern und Konsultationsdaten lässt sich die Entwicklung seiner Praxis zumindest zwischen 1884 und 1896 relativ gut rekonstruieren. Allein in den letzten vier Monaten des Jahres 1884 nahm der Gynäkologe 173 Patientinnen in seinem Krankenjournal auf. Im ersten voll dokumentierten Praxisjahr 1885 notierte Kleinwächter 639 neue Patientinnen. Die Zahlen bewegten sich in den Folgejahren stets zwischen 400 und 500 Neuaufnahmen, deren Fälle Kleinwächter mit fortlaufender Nummer protokollierte. „Seine Praxis war gleich von allem Anfang an eine bedeutende, und in Rumänien, Bessarabien und Galizien war Kleinwächter ein bekannter Name, den man mit Respekt nannte.[...] Später allerdings nahm die Praxis Kleinwächters, der sich mit den eleganten und glatten Umgangsformen moderner Frauenärzte nicht recht vertraut machen konnte, ab“,⁴⁶ urteilte ein zeitgenössischer Beobachter. Zumindest bis um die Jahrhundertwende stieg die Zahl der bei ihm vorstellig werdenden Patientinnen kontinuierlich an. In einem Beitrag aus dem Jahr 1902 berichtet Kleinwächter von 6.981 Frauen, die bislang seine ärztliche Hilfe gesucht hätten. Kleinwächter hatte seine Fälle nicht nur nach sozialstatistischen Parametern, Symptomatik und Diagnose systematisiert, sondern auch die jeweilige Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft notiert. Demnach setzte sich seine Patientinnenschaft zu 86 % aus Jüdinnen und zu 14 % aus Christinnen zusammen.

42 Vgl. Bukowinaer Post 2541 (29. Mai 1910), 3. Czernowitzer Tagblatt 2180 (28. Mai 1910), 1.

43 Vgl. u. a. Ludwig KLEINWÄCHTER, Ueber eine bisher nicht beachtete Indication zur Castration der Frauen, in: Zeitschrift für Heilkunde 4 (1883), 411–431, hier 419.

44 Universitätsarchiv Innsbruck (UAI), Med 38 (1883–1884), Zl. 395/M.

45 Vgl. Christian KLEINWÄCHTER, Friedrich F.G. Kleinwächter, in: Neue Österreichische Biographie ab 1815. Große Österreicher Bd. 15 (Wien–München–Zürich 1963), 166–170.

46 Czernowitzer Allgemeine Zeitung 680 (12. April 1906), 3.

Da Ludwig Kleinwächter der römisch-katholischen Konfession angehörte und es in der Bukowina ausreichend Ärzte mit jüdischem Hintergrund gab,⁴⁷ ist die Zusammensetzung seiner Klientel durchaus bezeichnend.⁴⁸ Der Prozentsatz der Jüdinnen erhöht sich noch zusätzlich, wenn man den Fokus auf die ungewollt Kinderlosen richtet. So waren nahezu 90 % der wegen derartiger Probleme Hilfe Suchenden verheiratete Jüdinnen. Eine monokausale Erklärung für den starken Überhang jüdischer Frauen an seiner Klientel, die auf Sprache, Expertenstatus oder die außergewöhnliche Dichte der jüdischen Gemeinde in Czernowitz (32 % der Bevölkerung) abzielt, muss unzulänglich erscheinen. Vielmehr lässt sich ein Amalgam aus unterschiedlichen medizinischen und kulturellen Gründen erkennen. Nicht zu unterschätzen waren vermutlich seine familiären Beziehungen zu den Eliten der jüdischen Gemeinschaft in Czernowitz. Seine Schwägerin Minna Kleinwächter war nämlich die Tochter des David Rottenberg, eines Großkaufmanns und früheren Präsidenten der jüdischen Kultusgemeinde in Czernowitz, dessen Familie in den städtischen Eliten des liberalen und wohlhabenden Judentums gut vernetzt war.⁴⁹ Kleinwächter war als Privatarzt nicht an ein Kostenschema gebunden und konnte seine Honorare selbst festlegen. Obwohl er mitunter auch pro bono Behandlungen durchführte, basierte sein wirtschaftliches Fortkommen auf kostenpflichtigen Konsultationen. Sein Status als Privatarzt dürfte es auch den streng gläubigen orthodoxen und chassidischen Jüdinnen erlaubt haben, seinen ärztlichen Rat einzuholen. Denn laut Jütte war die Konsultation eines christlichen Arztes nur im Austausch mit finanzieller Entlohnung erlaubt („Geldheilung“).⁵⁰ Zudem dürfte die religiöse Pflicht der Juden zur Gesunderhaltung zahlreiche Frauen mit gynäkologischen Beschwerden in die Praxis des Spezialisten geführt haben.⁵¹ Die besondere jüdische Sorge für das Selbst wurde auch von den Zeitgenossen verzeichnet. So bediente sich etwa der Landessanitätsrat Basil Kluczenko 1891 in seiner demografischen Analyse eines gängigen Topos: „Die ganz besondere Fürsorge der Israeliten für ihr körperliches Wohl ist ja allgemein bekannt. Der wohlthätige Einfluss dieser Fürsorge um die Gesundheit findet in der für die hiesigen Landesverhältnisse geringen Sterblichkeit der Israeliten Ausdruck.“⁵² Ganz im Gegensatz etwa zu den Angehörigen der griechisch-orientalischen Religion, die den Großteil der ruthenischen Landbevölkerung ausmachten. Diese skizzierte Kluczenko als indifferent und widerständig in Gesundheitsbelangen. „[D]ass der eingeborene Landmann der Erhaltung der Gesundheit seiner Person und seiner Angehörigen fast gar keine Aufmerksamkeit zuwendet, bei Krankheitsfällen fast nie einen Arzt zur Hilfeleistung herbeiholt“,⁵³ erklärte den Zeitgenossen

47 Rechter spricht für das Ende der 1880er Jahre von einem Anteil von 53 % jüdischer Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte in der Bukowina. Bis 1914 hatte sich dieser Prozentsatz, ähnlich wie bei den Juristen, auf 65 % deutlich erhöht. Vgl. RECHTER, Habsburg, wie Anm. 22, 113.

48 Auch in der Privatpraxis Johann v. Wolczynskis sollen vorwiegend Jüdinnen behandelt worden sein. Ein kritischer Nachruf unterstellte ihm ein Naheverhältnis zum Rabbi der Sadragora Gemeinde, von der er auch finanziell profitiert haben soll. Vgl. Bukowinaer Post 2541, wie Anm. 41.

49 Vgl. N.M. GELBER, Geschichte der Juden in der Bukowina (1774–1914), in: Hugo Gold, Hg., Geschichte der Juden in der Bukowina, Bd. 1 (Tel Aviv 1958), 11–72, hier 51.

50 Vgl. JÜTTE, Leib, wie Anm. 18, 345–347.

51 Vgl. ebd., 229–240.

52 KLUCZENKO, Sanitätsbericht, wie Anm. 23, 25. Vgl. dazu die aufschlussreichen Überlegungen von Eberhard WOLFF, „Judenkrankheiten“. Eine methodologische Orientierung im Diskursdschungel, in: Aschkenas 29 (2019), 3–25.

53 KLUCZENKO, Sanitätsbericht, wie Anm. 23, 25.

nicht nur die hohe Sterblichkeitsrate in der ruthenischen Bevölkerung, sondern kann im vorliegenden Kontext auch erklären, warum Kleinwächter von der Mehrheitsbevölkerung kaum in Anspruch genommen wurde.

Doch nicht nur die Sorge um die eigene Gesundheit war im Judentum ein religiöses Gebot, es bestand auch eine unbedingte Pflicht zur Fortpflanzung. Im Verständnis der Zeit sollten möglichst frühe Eheschließungen und regelmäßige eheliche Sexualkontakte vor vor- und außer-ehelichen Eskapaden wie Masturbation und promiskuitivem Geschlechtsverkehr schützen. Stellte sich innerhalb von zehn Jahren nach Eheschließung keine Schwangerschaft ein, war es dem jeweiligen Ehepartner erlaubt, die Scheidung zu verlangen, wenn plausibel bewiesen werden konnte, dass die jeweilige „Schuld“ der Kinderlosigkeit nicht bei einem selbst lag.⁵⁴ Kleinwächter zufolge war diese Zeitspanne in der Bukowina doch mitunter wesentlich kürzer als die genannte Dekade.⁵⁵ Insbesondere für die Frau war das Stigma der Sterilität mit weitreichenden Folgen verbunden, denn durch die Ehescheidung als „schuldiger“ Part wurde sie nicht nur ihrer momentanen wirtschaftlichen Absicherung beraubt, sondern sah sich existentiell bedroht. Denn „die aus diesem Grunde geschiedene Frau findet kaum einen anderen Mann, da man sie als ein Wesen betrachtet, dessen Körper nicht vollständig ausgebildet ist.“⁵⁶ Die Patientinnen, die Kleinwächter in Czernowitz aufgrund ihrer Unfruchtbarkeit behandelte, waren überwiegend zwischen 20 und 29 Jahren alt (57 %), jüngere Frauen fanden sich selten. Aufgrund des niedrigen Heiratsalters der jüdischen Bevölkerung in der Bukowina waren auch die angegebene Ehedauern entsprechend lang. Knapp 60 % der Frauen, die Kleinwächter aufgrund ihrer Unfruchtbarkeit aufsuchten, waren zwischen einem und neun Jahren verheiratet.⁵⁷ Vor diesem Hintergrund präsentieren sich die vom Arzt mitgeteilten Fallgeschichten nicht nur in einem medizinischen, sondern in einem stark sozial und kulturell aufgeladenen Kontext.

„Ich halte es nicht für unrichtig, diese Fälle mitzutheilen ...“⁵⁸ – quellenkritische Überlegungen zur Arbeit mit publizierten Fallgeschichten

Fallgeschichten haben Konjunktur. Nicht nur die medizinisch-sozialisierten Zeitgenossen Ludwig Kleinwächters dachten in Fällen, sammelten und bearbeiteten diese, oder teilten ihre Fallgeschichten großzügig mit der medical community. Ziel war es aus der wachsenden Fülle an vergleichbaren Fallgeschichten physiologische und pathologische Zusammenhänge abzuleiten und schließlich diagnostische und therapeutische Zugänge zu verhandeln. Auch im 21. Jahrhundert hat der Fall wissenschaftliche Relevanz. Insbesondere in der medizin- und psychiatriehistorischen Forschung erlebt die Beschäftigung mit der Gattung „Fallgeschichte“ – ihre Produktion, narrative Ausgestaltung, Dissemination und Analyse – seit einiger Zeit eine

54 Vgl. JÜTTE, Leib, wie Anm. 18, 210–217; STEINBERG, Encyclopedia, wie Anm. 18, 413–414.

55 „Bei den orthodoxen Juden des Ostens wird die Ehe, wenn ihrem Abschlusse nicht bald Gravidität folgt, gewöhnlich leicht und rasch wieder gelöst.“ KLEINWÄCHTER, Ein-Kind-Sterilität, wie Anm. 17, 320.

56 KISCH, Sterilität, wie Anm. 16, 3.

57 Vgl. KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2.

58 KLEINWÄCHTER, Discission, wie Anm. 3, 922.

Renaissance.⁵⁹ Dabei ist jedoch nicht eindeutig geklärt, was unter einer Fallgeschichte zu verstehen ist. „Fallgeschichten sollen über den Einzelfall hinausweisen, sie werden nicht in der klinischen Praxis, sondern in Lehre und Forschung verwendet und meistens auch publiziert“,⁶⁰ versuchte Marietta Meier die Funktion medizinischer Fallgeschichten einzugrenzen. Susanne Düwell und Nicolas Pethes beschrieben Fallgeschichten hingegen als eine Wissens- und Repräsentationsform. Seit der epistemischen Wende am Ende des 18. Jahrhunderts und der zunehmenden Herausbildung von spezialisierten Wissenschaftsfeldern habe eine Fokussierung auf bislang unerforschte Wissensbereiche stattgefunden. Die produzierten Fallgeschichten wiesen durch eine Anpassung an das bestehende nosologische System eine hohe Vergleichbarkeit auf und dienten der Weiterentwicklung der fachspezifischen Wissensbestände. Neben der wissensbasierten Relevanz wird den Fallgeschichten aber auch eine kommunikative Dimension zugeschrieben. Sie dienten der professionalen Repräsentation vom forschenden Mediziner, der sich durch die Publikation seiner narrativ bearbeiteten und wissenschaftlich analysierten Fallgeschichten in der jeweiligen Forschungsgemeinschaft verortete.⁶¹

Die zahlreichen Fälle, die Ludwig Kleinwächter in seinen gynäkologischen Abhandlungen beschreibt, stammten zwischen 1864 und 1883 aus der klinischen Beobachtung an der Prager und später Innsbrucker Gebärklinik, seit 1884 aber ausschließlich aus seiner praktischen Tätigkeit als gynäkologisch spezialisierter Privatarzt.⁶² Die Fallgeschichten basieren auf den Beobachtungen und anamnestischen Befragungen des Gynäkologen, die schematisiert durchgeführt wurden und spezifische Details wie den Zeitpunkt der Menarche, Regelmäßigkeit und Dauer der Menstruation, vorangegangene Schwangerschaften, Geburten und Erkrankungen abfragten. Aus dem publizierten Material lässt sich erahnen, dass Kleinwächter ein Krankenjournal bzw. Patientenakten führte, er selbst spricht von einem „Krankenprotokoll“. Die Grundlage seiner Fallgeschichten hat die Zeit jedoch nicht überdauert, wurde vor oder nach

-
- 59 Vgl. Volker HESS, *Observatio und Casus. Status und Funktion der medizinischen Fallgeschichte*, in: Susanne Düwell / Nicolas Pethes, Hg., *Fall – Fallgeschichte – Fallstudie. Theorie und Geschichte einer Wissensform* (Frankfurt am Main–New York 2014), 34–59; Gianna POMATA, *Fälle mitteilen. Die Observationes in der Medizin der Frühen Neuzeit*, in: Yvonne Wübben / Carsten Celle, Hg., *Krankheit schreiben. Aufzeichnungsverfahren in Medizin und Literatur* (Göttingen 2013), 20–63; Michael STOLBERG, *Formen und Funktion medizinischer Fallberichte in der Frühen Neuzeit (1500–1800)*, in: Johannes Süßmann / Susanne Scholz / Gisela Engel, Hg., *Fallstudien: Theorie – Geschichte – Methode* (Berlin 2007), 81–95; Karen NOLTE, *Vom Verschwinden der Laienperspektive aus der Krankengeschichte. Medizinische Fallberichte im 19. Jahrhundert*, in: Sibylle Brändli / Barbara Lüthi / Gregor Spuhler, Hg., *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts* (Frankfurt am Main 2009), 33–61; Christa PUTZ, *Narrative Heterogenität und dominante Darstellungsweise. Zur Produktion von Fallnarrativen in der deutschsprachigen Sexualmedizin und Psychoanalyse, 1890 bis 1930*, in: Sibylle Brändli / Barbara Lüthi / Gregor Spuhler, Hg., *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts* (Frankfurt am Main 2009), 92–117.
- 60 Marietta MEIER, *Geschichten aus der Klinik*, in: Susanne Düwell / Nicolas Pethes, Hg., *Fall – Fallgeschichte – Fallstudie. Theorie und Geschichte einer Wissensform* (Frankfurt am Main–New York 2014), 60–81, hier 62–63.
- 61 Vgl. Susanne DÜWELL / Nicolas PETHES, *Fall, Wissen, Repräsentation – Epistemologie und Darstellungsästhetik von Fallnarrativen in den Wissenschaften vom Menschen*, in: Susanne Düwell / Nicolas Pethes, Hg., *Fall – Fallgeschichte – Fallstudie. Theorie und Geschichte einer Wissensform* (Frankfurt am Main–New York 2014), 9–33, hier 17–20.
- 62 Zur frühen Verwendung von publizierten Fallgeschichten in der medizinhistorischen Forschung siehe: Barbara DUDEN, *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730* (Stuttgart 1987).

seinem Tod 1906 vernichtet, verschwand bei den Umzügen seiner Nachkommen nach Wien oder ist in einem Privatarchiv vor den Zugriffen der Forscherinnen und Forscher geschützt. Überlegungen zu seiner Schreibearbeit bleiben deshalb Spekulation.⁶³ Dennoch ist anzunehmen, dass auch er dem humanistisch geprägten Typus des forschenden Mediziners entsprach, der seine Patientinnen nicht nur mit dem Blick des Praktikers betrachtete, sondern die ihnen jeweils innewohnenden „Fälle“ zu ergründen versuchte. Die teils detaillierten Fallgeschichten verweisen auf ein akribisches Aufschreibesystem, das eine retrospektive Bearbeitung und Analyse des Materials möglich machte. Obwohl der Prozess der Selektion und narrativen Konstruktion der Fallgeschichten nicht nachvollzogen werden kann, erlauben uns die Ergebnisse dieses Selektions- und Auswertungsprozesses doch, Rückschlüsse auf sein Handlungswissen zu ziehen.⁶⁴ Aus einer patientengeschichtlichen Perspektive enthalten sie zudem wertvolle Informationen zu den Frauen und Männern, die Kleinwächter in seiner Praxis aufsuchten.

Auch wenn die beschriebenen Phänomene stets im Rahmen des historischen Wissenskontextes interpretiert werden müssen, bleibt an der Intention Kleinwächters kein Zweifel. Neben der Aufrechterhaltung seines Expertenstatus, der für den am System Universität gescheiterten Professor und nunmehrigen Facharzt immens wichtig erschien und eine große Herausforderung darstellte, beabsichtigte Kleinwächter mit seiner extensiven Materialsammlung „soweit es möglich ist [...], die Lücken unseres Wissens auszufüllen oder mindestens halbwegs verwertbare Bausteine für spätere Forscher [zu] liefern“.⁶⁵

Dennoch ergeben sich im konkreten Umgang mit den Fallgeschichten Kleinwächters gewisse methodische Probleme, die zwingend bewusst gemacht werden müssen. Die von ihm produzierten Fallgeschichten über unfruchtbare Patientinnen geben zum Großteil nur punktuelle Befunde wieder. Sie sind Momentaufnahmen, denen eine Langzeitperspektive fehlt. „Von einer klinischen Beobachtung der Sterilen ist daher keine Rede. Wir können noch sehr zufrieden sein, wenn wir die Frau im Verlaufe mehrerer Jahre ab und zu sehen, und deren Zustand wenigstens approximativ verfolgen können.“⁶⁶ Erschwerend kommt hinzu, dass Kleinwächter in den seltensten Fällen einen klaren Ausgang, ein Resultat seiner ärztlichen Intervention liefern kann, denn viele Frauen sah der Arzt nur ein einziges Mal. Die Schwächen seiner Fallgeschichten waren Kleinwächter durchaus bewusst. „Allerdings muss ich im Vorherein ausdrücklich hervorheben, dass meine Beobachtungen, [...] bezüglich sehr vieler Fälle nur lückenhaft sind und jene Gründlichkeit vermissen lassen, die man bei klinischen Beobachtungen verlangen kann und muss“,⁶⁷ sicherte er sich und sein Material gegen mögliche Kritiker ab. In seinen

63 Ausführlich zum Thema paper technology: Anke TE HEESSEN, *The Notebook. A Paper Technology*, in: Bruno Latour / Peter Weibel, Hg., *Making Things Public. Atmospheres of Democracy* (Cambridge/MA 2005), 582–589; Volker HESS / J. Andrew MENDELSON, *Paper Technology and Wissensgeschichte*, in: *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 21 (2013), 1–10; Volker HESS / J. Andrew MENDELSON, *Case and Series. Medical Knowledge and Paper Technology, 1600–1900*, in: *History of Science* 48 (2010), 287–314; Volker HESS / Sabine SCHLEGELMILCH, *Cornucopia Officinae Medicae. Medical Practice Records and their Origin*, in: Martin Dinges / Kay Peter Jankrift / Sabine Schlegelmilch / Michael Stolberg, Hg., *Medical Practice, 1600–1900. Physicians and their Patients* (Leiden–Boston 2016), 11–38; Volker HESS / J. Andrew MENDELSON, *Sauvages' Paperwork. How Disease Classification Arose from Scholarly Note-Taking*, in: *Early Science and Medicine* 19 (2014), 471–503.

64 Vgl. HESS, *Observatio*, wie Anm. 59, 35–38.

65 KLEINWÄCHTER, *Sterilität*, wie Anm. 2, 270.

66 Ebd., 269.

67 Ebd., 270.

Beiträgen zur Sterilität lieferte Kleinwächter detaillierte anatomische Beobachtungen, systematisierte sein Material nach nosologischen Gesichtspunkten,⁶⁸ bot allerdings wenig Theoriebildendes an. Er arbeitete die Besonderheiten seines Materials klar heraus, machte sich selbst somit die Prävalenz unfruchtbarer Frauen in seiner Praxis kulturell plausibel, verfolgte jedoch in therapeutischer Hinsicht keinen innovativen Ansatz. Lediglich in Bezug auf die Rolle der Ehemänner, scheint er – seinem Vorbild und nahezu alleiniger Literaturgrundlage, dem Gynäkologen sowie Brunnenarzt in Marienbad, Enoch Heinrich Kisch (1841–1918), folgend, einen progressiven Ansatz verfolgt zu haben.⁶⁹ „Meiner Erfahrung nach drückt sich, um mich vulgär auszusprechen, der Gatte im Bewusstsein seiner Schuld und um nicht durch das Eingeständnis seiner Jugendsünden, sowie seiner sexuellen Schwäche vor seinem Weibe bloss gestellt zu werden, gar oft vorsichtig um die Ecke, das Odium der Sterilität auf der unschuldigen Gattin belassend.“⁷⁰ Er führt in diesem Zusammenhang sogar eine auf botanischer Terminologie basierende Definition für jene Frauen ein, deren Männer zeugungsunfähig waren. „Apaidisch hingegen kann das gesündeste, wohlgebildetste Weib sein, dem das Schicksal es beschied, an einen zeugungsunfähigen Mann gekettet zu sein.“⁷¹

Kleinwächter anonymisiert seine Fallgeschichten, gibt höchstens die Initialen der Frauen an und verzichtet meist auf eine soziale und regionale Verortung. Es besteht deshalb kaum die Möglichkeit, die Angaben des Arztes durch die Auswertung von Referenzquellen wie Egodokumenten von Patientinnen oder behördlichem Material zu verifizieren. Kleinwächters Schriften bieten meist die einzige Wissensquelle. Durch die systematische und datenbankgestützte Auswertung der Fallgeschichten gelang es jedoch, zumindest Verbindungslinien und Querverweise zwischen den einzelnen Publikationen zu identifizieren. Durch die wiederholte und teils in andere Kontexte verpackte Beschreibung einzelner Patientinnen kann ein Abgleich der präsentierten Daten und somit eine „dichtere Beschreibung“ der hinter den Fallgeschichten stehenden Akteurinnen erfolgen.

Kleinwächter war offenbar erst als Privatarzt in der Bukowina mit dem Thema Kinderwunsch konfrontiert. Während seine Arbeit mit den unehelich Schwangeren in den Gebäuhäusern in Prag und Innsbruck die Problematik weiblicher Unfruchtbarkeit nicht berührte, darf eine frühere persönliche Sensibilisierung für das Thema jedoch nicht ausgeschlossen werden. Seine Frau Marie, geborene Weber von Ebenhof, brachte den ersten gemeinsamen Sohn Friedrich erst fünf Jahre nach der Eheschließung im Alter von 23 Jahren zur Welt. Der zweite Sohn

68 Kleinwächter gruppiert seine Fallgeschichten in 19 Unterkategorien (1. Defecter, rudimentärer und missgebildeter Uterus, 2. Missbildungen und Anomalien der Vagina, 3. Verkleinerung des Uterus, 4. Konisch verlängerte Vaginalportion, 5. Stenose des äusseren Muttermundes, 6. Schürzenförmige Verlängerung der vorderen Muttermundslippe, 7. Verlagerungen des Uterus, 8. Chronische Endometritis, 9. Blennorrhoea virulenta uteri et vaginae, 10. Entzündliche Affectionen der Adnexen, der Parametrien, des Beckenperitoneum, 11. Massigerer, derberer, namentlich im Fundus verbreiteter Uterus, 12. Fibromyome des Uterus, 13. Vergrößerungen der Ovarien ohne gleichzeitige entzündliche Affection der betreffenden Tuben, des Parametrium oder des Uterus, 14. Ovarialtumoren, 15. Atrophie des Uterus und der Ovarien, 16. Vaginismus ohne weitere Complication, 17. Leiden, ohne Zusammenhang mit der bestandenen Sterilität, 18. Normale Genitalien, vorausgegangene Discission des äusseren Muttermundes, 19. Normaler Befund der Genitalien oder nahezu normaler solcher, der die Gegenwart der Sterilität nicht erklärte. Vgl. ebd., 271–314.

69 Vgl. KISCH, Sterilität, wie Anm. 16, 109–119.

70 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 270.

71 KLEINWÄCHTER, Discission, wie Anm. 3, 922.

Ferdinand kam schließlich erst nach weiteren neun Jahren 1886 zur Welt.⁷² Nach Kleinwächters Definition musste Marie somit zumindest zeitweilig als steril bzw. nach der Geburt ihres ersten Sohnes als Betroffene der von ihm beschriebenen „Ein-Kind-Sterilität“ gelten.

„Da die Frau Nachkommenschaft wünschte ...“⁷³ – Verhandlungen zwischen Arzt und Patient*innen

Unfruchtbarkeit sei von einer Stille umgeben, konstatierte jüngst die Historikerin Christina Benninghaus.⁷⁴ Diese Stille ergibt sich nicht nur aus dem fehlenden Lärmen und Schreien von Kindern, sondern vor allem aus dem Schweigen über die individuelle Situation. Benninghaus analysierte in erster Linie Egodokumente wie Briefe und Tagebücher, aber auch fiktionale Texte und stellte fest, dass das kollektive Schweigen die Betroffenen zu Stigmatisierten in ihrer sozialen Gruppe machte. Der folgende Abschnitt zielt nicht darauf ab, die Sorgen und Gefühle der von Unfruchtbarkeit betroffenen Frauen und Männer zu rekonstruieren, sie erschließen sich uns aus dem gewählten Quellenmaterial der ärztlichen Fallgeschichten nur unzureichend und bruchstückhaft. Allerdings lassen sich aus der Frequentierung der ärztlichen Praxis durch unfruchtbare Paare dennoch Strategien im Umgang mit der Situation erkennen. So können aus den Narrativen mitunter die unterschiedlichen Stationen am Leidensweg der Frauen, aber auch therapeutische Wünsche sowie die Aushandlungen von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen zwischen den Patientinnen und Patienten und dem gynäkologischen Experten rekonstruiert werden. Auch scheint es wichtig zu fragen, welche Informationen nicht oder nur widerwillig mitgeteilt wurden.

Der geschützte medikale Raum der ärztlichen Praxis und das intime Gespräch unter vier Augen mag das Sprechen über das eigene Leiden erleichtert haben. Dennoch spricht auch Kleinwächter davon, dass es Schwierigkeiten in der Eruiierung der jeweiligen Ursachen von Sterilität gab. Dies erklärte er sich aus einer männlichen Perspektive vor allem durch eine stereotype, geschlechtsspezifische Zuweisung weiblicher Schamhaftigkeit. Dies bedinge, zum Unglück des forschenden Arztes, dass „die Mehrzahl der Frauen die natürliche Scheu zeigt, die intimsten Vorgänge des ehelichen Lebens ausführlich mitzuteilen, selbst wenn man als Arzt in discretester Weise die entsprechenden Fragen stellt.“⁷⁵ Das Anamnesegespräch verlief entlang eines Fragenkatalogs, der verschiedensten Parametern des körperlichen Wohlbefindens, physiologischen Vorgängen und – im Falle der Sterilität – der konkreten Ausgestaltung ehelicher Sexualität nachspürte. Dabei fällt auf, dass der Arzt im Gespräch weniger die weibliche

72 Genealogische Notizen der Familie Kleinwächter, freundlicherweise zur Verfügung gestellt von Herrn Andreas Schober.

73 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 274.

74 Vgl. Christina BENNINGHAUS, Silences. Coping with Infertility in Nineteenth-Century Germany, in: Gayle Davis / Tracey Loughran, Hg., *The Palgrave Handbook of Infertility in History. Approaches, Contexts and Perspectives* (London 2017), 99–122. Siehe für das 18. Jahrhundert auch das kurze Kapitel zum Kinderwunsch bei: Gudrun PILLER, *Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts* (Köln–Weimar–Wien 2007), 116–119.

75 KLEINWÄCHTER, Ein-Kind-Sterilität, wie Anm. 17, 316.

Seite fokussierte, indem er lediglich scheinbar außergewöhnliche Befunde wie das gänzliche Fehlen der weiblichen Libido⁷⁶ oder im Fall einer 30-jährigen, seit 13 Jahren verheirateten Frau eine auf Ejakulationsverzicht basierende Liebetechnik festhielt: „Sie gab an, stets den Coitus reservatus ausgeübt zu haben.“⁷⁷ Vielmehr konzentrierten sich die gezielten Nachfragen des Arztes auf die sexuelle Potenz der Ehemänner. Ganz im Zeichen der Zeit erkannte Kleinwächter die Bedeutung einer paarorientierten Behandlung vermeintlich unfruchtbarer Patientinnen.⁷⁸ Die Beschreibungen der Ehegatten durch ihre Frauen variieren und decken das ganze Spektrum allgemeiner Deskriptionen vom jungen, gesunden und sexuell kräftigen Mann bis hin zu „sexuell schwachen“ oder „vorzeitig marastischen“ Männern ab.⁷⁹ Teilweise gaben die Frauen auch spezifischere Details preis, sprachen etwa über Erektionsschwierigkeiten oder anatomische Fehlbildungen wie einen fehlenden Hoden. Die publizierten Fallgeschichten erwecken teilweise sogar den Anschein, dass die Frauen bereitwillig über die jeweilige (mangelnde) sexuelle Leistungsfähigkeit ihrer Männer Auskunft gaben. Dies mag zum Teil vor dem Hintergrund eines drohenden Ehescheidungsprozesses mit gegenseitigen Schuldzuweisungen als Taktik persönlicher Absicherung interpretiert werden.⁸⁰ So war sich eine Patientin sicher, dass ihr Mann die Ursache der Kinderlosigkeit sei und drängte auf eine mikroskopische Analyse seines Spermas.⁸¹ „Das über Verlangen der Frau untersuchte Sperma des Gatten war normal“,⁸² notierte Kleinwächter auch im Fall einer anderen 30-jährigen Frau, die mit einer ähnlichen Forderung an ihn herangetreten war. Insgesamt zeigt sich, dass das Sprechen über Unfruchtbarkeit in der ärztlichen Praxis dann erleichtert wurde, wenn klare körperliche Symptome wie Schmerzen im Genitaltrakt oder unregelmäßige Menstruation benannt werden konnten. Diese körperlichen Manifestationen wurden mitunter als klar lokalisierbare Krankheitszeichen gewertet, die reversibel und somit heilbar waren. Gleiches gilt für Patientinnen, die offenbar ohne eigenes Verschulden in eine prekäre gesundheitliche Situation gebracht worden waren. Dies betraf vor allem jene Ehefrauen, die von ihren „Gatten, angeblich in der Hochzeitsnacht, gonorrhöisch inficirt“ wurden.⁸³

Gelegentlich wurden die Aussagen der Frauen aber auch mit Skepsis protokolliert. Im Fall einer 24-jährigen, seit neun Jahren verheirateten Frau, notierte Kleinwächter etwa, sie habe „behauptet, dass sich die Menstruation allmonatlich einstelle“.⁸⁴ Insbesondere in jenen Fällen, in denen Kleinwächter einen mangelhaft entwickelten Uterus bzw. fehlende Ovarien attestierte, waren solche Angaben seiner Ansicht nach unglaubwürdig. Mit Rekurs auf seine einschlägige Erfahrung mit jüdischen Patientinnen stereotypisierte Kleinwächter seine Beobachtung und urteilte, „dass das Weib, und namentlich das jüdische, aus sexueller Eitelkeit beinahe nie die seit jeher bestehende Amenorrhöe eingestehen will“.⁸⁵

76 Vgl. KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 279–280.

77 Ebd., 293.

78 Vgl. das Kapitel zu Azospermie bei KISCH, Sterilität, wie Anm. 16, 109–119; BENNINGHAUS, Unfruchtbarkeit, wie Anm. 14, 140–144.

79 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 290.

80 Vgl. Matthias MORGENSTERN, Judentum und Gender (Berlin 2014), 31–38.

81 Vgl. KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 297. Zur Technik der Spermaanlyse siehe: BENNINGHAUS, Unfruchtbarkeit, wie Anm. 14, 144–149.

82 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 313.

83 Ebd.

84 Ebd., 280.

85 Ebd., 320.

Insgesamt muss das Anamnesegegespräch für viele Patientinnen und Patienten einer unangenehmen Verhörssituation gleichgekommen sein, der sie sich aber nicht immer wehrlos auslieferten. Mit Beschönigungen, bewussten Auslassungen und Unwahrheiten sah sich der Arzt durchaus des Öfteren konfrontiert. Während Kleinwächter mit Floskeln wie „sie behauptete“, „sie gab an“⁸⁶ seine Zweifel an den vorgebrachten Details zum Ausdruck brachte, wählte er in den folgenden Fällen eindeutigere Worte. Bei der komplementären Befragung der Ehemänner war der Arzt teils mit vehementem Protest und Leugnung konfrontiert. Das Geständnis der Masturbation oder erektilen Dysfunktion kam einigen Männern da noch scheinbar leicht über die Lippen, wie der Fall eines 24-jährigen Mannes, der nach siebenjähriger Ehe seine Ehefrau noch nicht entjungfert hatte, zeigt. Kleinwächter notierte: „früher Masturbator, gestand, keine Erectionen zu haben.“⁸⁷ Doch besonders die Frage nach virulenten oder überstandenen Geschlechtskrankheiten wurde zumeist als ehrbeleidigend empfunden. Ein 25-jähriger Mann zeigte, „trotzdem er eine vorausgegangene Infection leugnete, die Zeichen einer latenten Lues. Die Drüsen an verschiedenen Körperstellen waren geschwellt. Zu dem Geständnisse, eine Zeit vor Eheintritt ein Exanthem überstanden zu haben, liess sich der Mann schließlich doch herbei.“⁸⁸ Auch im Fall einer Patientin, die aufgrund einer virulenten Blennorrhoe in Behandlung war, „leugnete [der Gatte] zwar, an einer Gonorrhoe zu leiden, doch erwies der Befund der Urethra, des Harnes und der Testikel, dass er nicht nur eine Epididymitis überstanden, sondern noch an einer virulenten Urethritis litt“.⁸⁹ Interessant erscheint, dass Kleinwächter anhand seines dokumentierten Materials den Schluss zog, dass Geschlechtskrankheiten in seiner Klientel eine vergleichsweise geringe Dominanz zeigten. Er verzeichnete insgesamt nur 80 Fälle bzw. 13 % seiner Patientinnen als an Gonorrhoe leidend.⁹⁰ Dieser Befund mag überraschen, wenn man etwa die Gesamtzahl der in der Bukowina hospitalisiert behandelten Personen, die an „Syphilis und Venerie“ litten, zum Vergleich heranzieht. Im Jahr 1890 machten sie mit 20,5 % die stärkste Gruppe in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes aus. Nicht jedoch in der jüdischen community: Im privaten jüdischen Spital in Czernowitz wurden im selben Berichtsjahr lediglich sieben Personen oder rund 3 % der Patientinnen wegen Geschlechtskrankheiten behandelt.⁹¹ Jütte zufolge waren gläubige Jüdinnen und Juden durch ihre Lebensweise weniger stark gefährdet, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren. Als Hauptfaktoren nannte er, in Anlehnung an die gängige ärztliche Meinung des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, das sittliche Eheleben, die Beschneidung des Mannes sowie die vergleichsweise geringe Verpflichtung zum Militärdienst.⁹²

Keinerlei Informationen bieten die Fallgeschichten über die Häufigkeit des ehelichen Geschlechtsverkehrs. Zudem vermissen wir jeglichen Bezug zu dessen Timing in Bezug auf den weiblichen Zyklus. Obwohl die fruchtbaren Tage der Frau noch ihrer Entdeckung durch den

86 Ebd.

87 Ebd., 293. Zur Verbindung von Masturbationsdiskurs und Judentum siehe: Klaus HÖDL, Die Pathologisierung des jüdischen Körpers. Antisemitismus, Geschlecht und Medizin im Fin de Siècle (Wien 1997), 71–104.

88 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 293–294.

89 Ebd., 299.

90 Vgl. ebd., 318 bzw. 332–333. Vgl. HANLEY, Reproduction, wie Anm. 13.

91 Vgl. KLUCZENKO, Sanitätsbericht, wie Anm. 23, 94–97.

92 Vgl. JÜTTE, Leib, wie Anm. 18, 305–307.

österreichischen Gynäkologen Hermann Knaus (1892–1970) Ende der 1920er Jahre harrten,⁹³ hatten die medizinischen Experten des ausgehenden 19. Jahrhunderts doch vage Vorstellungen über die beste Zeit für eine fruchtbare geschlechtliche Vereinigung.⁹⁴ Die Patientinnen Kleinwächters, zumindest die Angehörigen des konservativen und orthodoxen Ostjudentums, waren zudem einer rigiden ehelichen Hygiene unterworfen, die den Geschlechtsverkehr in Abhängigkeit vom Menstruationszyklus der Frau steuerte. Jeglicher Sexualverkehr mit der menstruierenden Frau war verboten und erst nach Ablauf von sieben, in manchen strengen Auslegungen sogar erst nach zehn oder zwölf Tagen sowie der Reinigung der Frau im Ritualbad (Mikwe⁹⁵) erlaubt.⁹⁶ Kleinwächter verliert über diesen Aspekt der jüdischen Tradition jedoch kein Wort, vielleicht weil seine Patientinnen vorwiegend aus dem liberalen Judentum stammten und sich von den halachischen Religionsgesetzen distanzierten. Jütte stellt fest, dass um die Jahrhundertwende nur mehr knapp über die Hälfte der jüdischen Gemeinden in Deutschland ein solches Ritualbad besaßen und nur rund 15 % der jüdischen Frauen von der rituellen Reinigung Gebrauch machten.⁹⁷ Da das Ostjudentum aber generell als konservativ betrachtet werden muss, ist dennoch zu bezweifeln, dass die Religionsgesetze eine untergeordnete Rolle im Alltag der Mehrheit der Bukowiner Jüdinnen sowie ihrer Glaubensgenossinnen aus Russland, Galizien und Rumänien spielten. Vor dem zeitgenössischen Hintergrund wird auch klar, dass das heute vieldiskutierte Phänomen der halachischen Unfruchtbarkeit für Kleinwächter noch keine Rolle spielte.⁹⁸

Für einen Teil der Patientinnen war der Besuch bei Kleinwächter nicht der erste Kontakt mit (gynäkologischen) Spezialisten. In immerhin 36 % der Fälle ist eine Inanspruchnahme anderer Ärzte vor dem Besuch bei Kleinwächter nachweisbar. In etlichen Fällen sind auch balneologische und diätetische Kurmaßnahmen belegt, die unter ärztlicher Anleitung nicht nur im regionalen Eisenbad Dorna Watra⁹⁹ erfolgten, sondern in den Zentren der böhmischen Bäder-

93 Es sei an dieser Stelle auf die beinahe zeitgleiche Entdeckung durch den Japaner Kyusaku Ogino verwiesen. Vgl. Susanna KREJSA MACMANUS / Christian FIALA, *Der Detektiv der fruchtbaren Tage. Die Geschichte des Gynäkologen Hermann Knaus (1892–1970)* (= Schriftenreihe des Museums für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch 1, Wien 2016), 27–32.

94 Vgl. KISCH, *Sterilität*, wie Anm. 16, 10–15.

95 Ein solches Ritualbad gab es mit dem Marienbad (Kaiserbad) auch in Czernowitz. Vgl. Markus WINKLER, *Kaiserbad (Marienbad)*, <https://www.bukowina-portal.de/de/ct/468-Kaiserbad-%28Marienbad%29> (letzter Zugriff: 10.6.2019). Das jüdische Ritualbad war ein vieldiskutiertes Thema, das zwischen Polen von Gesundheitsfürsorge und Ansteckungsherd angesiedelt war. Siehe dazu etwa die Studie von Thomas SCHLICH, *Die Medizin und der Wandel der jüdischen Gemeinde. Das jüdische rituelle Bad im Hygienesdiskurs des 19. Jahrhunderts*, in: Robert Jütte / Abraham P. Kustermann, Hg., *Jüdische Gemeinden und Organisationsformen von der Antike bis zur Gegenwart* (Wien 1996), 173–194.

96 Vgl. Peter JOEL HURWITZ, *Rund um Schwangerschaft und Geburt mit dem jüdischen Religionsgesetz*, in: Caris-Petra Heidele, Hg., *Sexualität und Judentum* (= Schriftenreihe Medizin und Judentum Bd. 14, Frankfurt am Main 2018), 55–64, hier 60. MORGENSTERN, *Judentum*, wie Anm. 80, 38–39.

97 Vgl. JÜTTE, *Leib*, wie Anm. 18, 243.

98 Vgl. HURWITZ, *Schwangerschaft*, wie Anm. 96, 59–62. Vgl. Tsipy IVRY, *Halachic Infertility. Rabbis, Doctors, and the Struggle over Professional Boundaries*, in: *Medical Anthropology* 32/2 (2013), 208–226; Ronit HAIMOV-KOCHMAN / Daniel ROSENAK / Raoul ORVIEITO / Arye HURWITZ, *Infertility counselling for Orthodox Jewish couples*, in: *Fertility and Sterility* 93/6 (2010), 1816–1819; David E. REICHMAN u.a., *In vitro fertilization for Orthodox Jewish couples: antagonist cycle modifications allowing for mikveh attendance before oocyte retrieval*, in: *Fertility and Sterility* 99/5 (2013), 1408–1412.

99 Vgl. Carl DENAROWSKI, *Die Mineralquellen in Dorna-Watra und Pojana-Negri in der Bukowina* (= Braumüller's Bade-Bibliothek 24, Wien 1868).

industrie – Marienbad, Franzensbad und Karlsbad – genossen wurden.¹⁰⁰ Etliche seiner Patientinnen waren bereits eingehend über ihren Gesundheitszustand informiert und suchten bei Kleinwächter lediglich eine alternative ärztliche Meinung. Sie konfrontierten den Arzt nicht nur mit ihrem Wissen, sondern auch mit klar formulierten Wünschen und Vorstellungen über therapeutischen Maßnahmen. Insbesondere im Bereich operativer Interventionen forderten die Frauen klar ihren Handlungsspielraum ein.¹⁰¹ Dies zeigt etwa der Fall einer 35-jährigen Bäuerin, die an einer Missbildung der Vagina litt. „Das kräftig entwickelte, normal grosse Weib, das ziemlich grosse, gut entwickelte Mammae trug und dessen Mons veneris mässig behaart war, zeigte eine etwa 5 cm lange, nach oben blind endende Vagina. [...] Das Verlangen der Frau, ihr auf operativem Wege eine normal lange Vagina herzustellen, lehnte ich, als unmöglich, ab.“¹⁰² Obwohl Kleinwächter durch Manualexamination das Vorhandensein von Uterus und Ovarien nachweisen konnte, brachte ihn der Wunsch der Patientin nach der Modellierung einer funktionstüchtigen Vagina an die Grenzen seiner Kunst. Ob die Patientin bei einem anderen Operateur auf Resonanz stieß, ist nicht belegt.¹⁰³ Kleinwächter jedenfalls zeichnete sich Zeit seines Lebens als konservativer Mediziner mit wenig Ambitionen für experimentelle chirurgische Eingriffe aus. Sein Konservativismus, der einen Eingriff nur in Folge absoluter Indikation rechtfertigte, zeigt sich auch an den zahlreichen Beispielen abgelehnter Diszissions-Wünsche. Diese Operation, bei der der Muttermund durch chirurgische Einschnitte künstlich erweitert wurde, um die vermeintlich zu enge Passage in den Uterus zu vergrößern, hatte im deutschsprachigen Raum seit den 1870er Jahren einen enormen Aufschwung genommen. Mit der Übersetzung von James Marion Sims „Klinik der Gebärmutterchirurgie“ hatte sich die Vorstellung, Unfruchtbarkeit als ein rein mechanisches Problem zu betrachten, wie ein Lauffeuer verbreitet.¹⁰⁴ Nicht nur unter Ärzten fand der eingängige Erklärungsansatz mit seiner technisch einfachen Therapie Anklang. Auch für betroffene Paare schien die Operation als eine überwindbare Hürde auf dem Weg zum Wunschkind. Doch bereits ab Mitte der 1870er Jahre wurde die Operation von prominenten Medizern wie Ferdinand Adolph Kehrer (1837–1914) oder Friedrich Wilhelm Scanzoni (1821–1891) zusehends skeptisch bewertet.¹⁰⁵ Auch Enoch Heinrich Kisch äußerte sich kritisch zur Diszission.¹⁰⁶ Und so überrascht es auch nicht, dass Ludwig Kleinwächter, der einerseits durch sein intensives Literaturstudium stets auf dem neuesten Stand des wissenschaftlichen Diskurses, und andererseits durch etliche Beispiele von missglückten Diszissionen an seinen späteren Patientinnen der Durchführung von Cervixoperationen äußerst kritisch gegenüberstand und die entsprechenden Patientenwünsche meist rigoros abwies.¹⁰⁷

100 Vgl. KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 308.

101 Dies wurde von zeitgenössischen Ärzten teilweise als Irrationalität bezeichnet. Benninghaus unterstreicht jedoch ebenfalls den unbedingten Willen zum Kind, der die Frauen auch scheinbar aussichtslose chirurgische Eingriffe ertragen ließ. Vgl. BENNINGHAUS, Unfruchtbarkeit, wie Anm. 14, 151–152.

102 Vgl. KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 271.

103 Vgl. ebd.

104 Vgl. SIMS, Klinik, wie Anm. 5. Kritisch dazu: FLEISCHER, Frau, wie Anm. 11, 58–65; BENNINGHAUS, Unfruchtbarkeit, wie Anm. 14; Christine SCHREIBER, Natürlich künstliche Befruchtung? Eine Geschichte der In-vitro-Fertilisation von 1878 bis 1950 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 178, Göttingen 2007), 102–114.

105 Vgl. KLEINWÄCHTER, Discission, wie Anm. 3, 921–922; BENNINGHAUS, Unfruchtbarkeit, wie Anm. 14, 141.

106 Vgl. KISCH, Sterilität, wie Anm. 16.

107 Vgl. KLEINWÄCHTER, Ein-Kind-Sterilität, wie Anm. 17, 305–307; KLEINWÄCHTER, Discission, wie Anm. 3.

Wie etwa im Fall einer 28-jährigen, seit sieben Jahren verheirateten Frau: Aufgrund eines stark verkleinerten Uterus befand er einen Eingriff für wenig sinnvoll, dennoch „wurde nachträglich noch von einem Kliniker behufs Behebung der Sterilität discidirt, begreiflicher Weise aber ohne Erfolg“.¹⁰⁸ Auch bei einer 25-jährigen, seit zwei Jahren verheirateten Frau „wurde von anderer Seite die Discission behufs Behebung der Sterilität anempfohlen. Ich lehnte die Vornahme der Operation als zwecklos ab.“¹⁰⁹ Viele dieser Frauen akzeptierten die medizinische Expertise jedoch nicht und suchten später andere Ärzte auf, die mehr oder weniger bereitwillig einer Operation zustimmten.¹¹⁰ Nur in wenigen Fällen gelang es Kleinwächter, seine Patientinnen durch wissenschaftlich fundierte Fakten von einem Eingriff abzubringen. Hier mag das Beispiel einer 28-jährigen, seit acht Jahren verheirateten Frau Einblicke geben. Aufgrund schmerzhafter Menstruation und ausbleibender Schwangerschaft hatte sie sich in Behandlung begeben. Kleinwächter diagnostizierte einen engen Muttermund, somit eine Indikation für eine Diszission. „Nach dem Ergebnisse der Spermauntersuchung erklärte ich der Frau die Discission des Muttermundes quoad conceptionem als überflüssig und höchstens angezeigt, um die Dysmenorrhöe zu beheben. Auf dies hin verzichtete die Frau auf jeden operativen Eingriff.“¹¹¹

Ludwig Kleinwächter befand sich trotz seiner geografischen Provinzialisierung im peripheren Raum der Bukowina auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Bereits 1887 betonte er die Bedeutung der Spermauntersuchung. Seiner Publikation zur „Ein-Kind-Sterilität“ entnehmen wir jedoch, dass sich die angesprochenen Ehemänner noch sehr brüskiert über seine diesbezüglichen Aufforderungen zeigten. Lediglich in einem Fall konnte Kleinwächter den Gatten von der Wichtigkeit der wissenschaftlichen Analyse überzeugen.¹¹² Und tatsächlich bestätigt auch Christina Benninghaus die schleppende Akzeptanz der neuen Diagnostik. Sie betont die moralischen Bedenken, die mit der Sammlung des Spermas einhergingen. Masturbation schied als im damaligen Verständnis originär krankmachende Praktik gänzlich aus. Deshalb galt es das Ejakulat auf anderen, „natürlicheren“ Wegen zu gewinnen.¹¹³ So sollte das Sperma im Rahmen des ehelichen Geschlechtsverkehrs gesichert werden, doch das von Kisch empfohlene Kondom schied als Verhütungsmittel für viele religiöse Paare aus.¹¹⁴ Auch der coitus interruptus war für die jüdischen Patientinnen und Patienten Kleinwächters keine Option.¹¹⁵ Kleinwächter war deshalb auf die von Sims empfohlene Methode angewiesen, bei der das Sperma nach dem Geschlechtsverkehr aus der Vagina der Frau extrahiert wurde. „Das eine halbe Stunde nach der Cohabitation, der Vagina entnommene Sperma zeigt nur wenige intacte Spermazellen“,¹¹⁶ verzeichnete Kleinwächter diesbezüglich etwa 1890 in einem Kranken-

108 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 277.

109 Ebd., 278.

110 Vgl. BENNINGHAUS, Unfruchtbarkeit, wie Anm. 14, 151.

111 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 286.

112 Vgl. KLEINWÄCHTER, Ein-Kind-Sterilität, wie Anm. 17, 306–307.

113 Vgl. Christina BENNINGHAUS, Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870–1900, in: *Gender & History* 24/3 (2012), 647–676, hier 656–660; BENNINGHAUS, Unfruchtbarkeit, wie Anm. 14, 145–146.

114 Vgl. KISCH, Sterilität, wie Anm. 16, 178–179.

115 Vgl. Samuel KOTTEK, Regeln des Sexuallebens im Judentum, in: Caris-Petra Heidel, Hg., *Sexualität im Judentum* (= Schriftenreihe Medizin und Judentum 14, Frankfurt am Main 2018), 19–26, hier 20; JÜTTE, Leib, wie Anm. 18, 221–222.

116 KLEINWÄCHTER, Discission, wie Anm. 3, 963.

protokoll. Ob Kleinwächter selbst ein Mikroskop besaß, ist nicht belegt, allerdings hatte der Bukowiner Ärzteverein bereits 1868 ein solches angekauft und stellte es seinen Mitgliedern kostenlos zur Verfügung.¹¹⁷ Obwohl die genaue Erläuterung und oftmalige Nennung der Spermauntersuchungen in Kleinwächters 1895 publiziertem Beitrag eine hohe Frequenz und somit zunehmende Akzeptanz der mikroskopischen Analyse männlicher Fruchtbarkeit vermitteln, zeigt die statistische Auswertung ein anderes Bild. Lediglich in 31 Fällen konnte Kleinwächter die Ehemänner von der Notwendigkeit der Vornahme einer Spermauntersuchung überzeugen. Dies machte auf die Gesamtklientel der unfruchtbaren Patientinnen gerechnet lediglich einen marginalen Wert von 5 % aus. Auffallend ist, dass die Männer sich zwar auf eine Konsultation des Arztes einließen, sich einer Befragung und körperlichen Untersuchung unterzogen, jedoch vielfach vor der ultimativen Entblößung ihrer (fehlenden) Zeugungsfähigkeit zurückschreckten. „Der 26jährige Gatte, der sein Sperma nicht untersuchen lassen will, ist schwächlich, leidet an Pollutionen und gesteht ein, sexuell schwach zu sein. Die Testikel sind klein, matsch.“¹¹⁸ Vielleicht spielte für die jüdische Klientel auch die Tatsache, dass die eheliche Sexualität so nicht mehr als klandestiner und intimer Akt betrieben wurde, sondern einen Mitwisser im Arzt hatte, eine Rolle in der abwehrenden Haltung vieler Männer.¹¹⁹

Aus den vorgenommenen Untersuchungen der Männer sowie aus den Schilderungen der Ehefrauen schlussfolgerte Ludwig Kleinwächter, dass die Fortpflanzungsunfähigkeit des Gatten ein gewichtiger Faktor in seiner Klientel sei. Retrospektiv lässt sich seine These kaum bewerten, es liegt jedoch der Schluss nahe, dass sich die spezifischen Lebenswirklichkeiten der jüdischen Bevölkerung in dieser Region des Ostens – die aktive Sorge um die eigene reproduktive Gesundheit sowie der gesellschaftlich auferlegte Zwang zur Klärung der Verantwortlichkeiten bei kinderlosen Ehepaaren – auf die Frequentierung der ärztlichen Praxis auswirkten. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch Ludwig Kleinwächters Annahme, „die sterile Jüdin [sei] eine der häufigsten Besucherinnen der ärztlichen Sprechstunden“.¹²⁰

Die therapeutische Intervention nahm in Kleinwächters Beiträgen neben der ausführlichen Beschreibung der Fallgeschichten nur einen marginalen Raum ein. Nur in wenigen Fällen teilte er seine Therapieansätze mit der scientific community. Unumwunden gab er in seinen Publikationen zu, dass die Erfolgsquote seiner Behandlungen sehr gering war. Obwohl rund 80 % der Patientinnen die Therapievorschläge des Arztes bereitwillig annahm, stellte sich lediglich in 1 % der 1.895 mitgeteilten Fälle eine Schwangerschaft ein. Kleinwächter selbst bezeichnete dieses Resultat als ein „recht tristes“¹²¹, fügte jedoch hinzu, dass in manchen Fällen die Sterilität eben keine absolute sei und sich auch ohne ärztliche Intervention noch eine Schwangerschaft einstellen könne. So berichtet er von zwölf seiner Patientinnen, die schließlich doch Nachkommenschaft zeugten. „Dass in weiteren 12 Fällen schliesslich dennoch Conception eintrat, kann sich die Therapie nicht als Erfolg anrechnen, da in ihnen von ihr keine Rede war.“¹²² Therapeutisch setzte Kleinwächter auf eine allgemeine Stärkung der Konstitution

117 Das Mikroskop erreichte eine 600fache Vergrößerung. Vgl. Jahresbericht des Vereins der Aerzte in der Bukowina (Czernowitz 1868), 7.

118 KLEINWÄCHTER, Discission, wie Anm. 3, 964.

119 Vgl. JÜTTE, Leib, wie Anm. 18, 214–215; STEINBERG, Encyclopedia, wie Anm. 18, 412.

120 KLEINWÄCHTER, Sterilität, wie Anm. 2, 318.

121 Ebd., 336.

122 Ebd.

durch diätetische und balneologische Behandlungen, in wenigen Fällen auf operative Eingriffe sowie auf die Anwendung von elektrischem Strom.¹²³ Eine Maßnahme findet in Kleinwächters schriftlichen Beiträgen hingegen keinerlei Erwähnung: experimentelle Versuche mit künstlicher Befruchtung durch Insemination, wie sie J. Marion Sims propagierte und die viele Nachahmer in den deutschsprachigen Ländern fanden,¹²⁴ sind in der Bukowiner Praxis Ludwig Kleinwächters nicht belegt.¹²⁵

Fazit

Die eingangs erwähnte russische Jüdin S. K. gehörte nicht zu jenen Frauen, denen Ludwig Kleinwächter zu einer Schwangerschaft verhelfen konnte. Ihre Ehe blieb aller Wahrscheinlichkeit nach kinderlos, selbst eine Ehescheidung nach den kritischen zehn Jahren hätte nach Kleinwächters Prognose keinem der beiden Ehepartner eine Chance auf Reproduktion gegeben. Der Arzt konnte den Eheleuten keinerlei Ausweg aus der Situation anbieten, seine Diagnose von anatomischer Missbildung bzw. Unterentwicklung der weiblichen Reproduktionsorgane und die aus einer Gonorrhoe resultierenden Unfruchtbarkeit des Mannes waren für ihn eindeutige Befunde. Eine weitere langwierige Therapie befand Kleinwächter für aussichtslos. Mit solchen Befunden sahen sich Kleinwächters sterile Patientinnen und Patienten wohl häufig konfrontiert. Sie mögen auch dazu beigetragen haben, dass sich viele Kontakte auf eine oder wenige Konsultationen beschränkten, wie im Fall von S. K. und ihrem Ehemann, die nach der erfolgten Diagnose aus Kleinwächters Blickfeld verschwanden.

Unfruchtbarkeit war für Ludwig Kleinwächter keineswegs alleine in einem pathologischen Zustand der Frau zu sehen. In seiner wissenschaftlich fundierten Auffassung lag die Unfruchtbarkeit vielfach auch beim Ehemann, der durch Masturbation und Geschlechtskrankheiten selbst die Zeugungsunfähigkeit verursacht hatte. Es sind zum größten Teil traurige Einzelschicksale, die Ludwig Kleinwächter in nahezu emotionsloser Weise, mit kritischer Distanz zu Papier bringt und seine medizinischen Fallgeschichten daraus konstruiert. Dennoch bieten sie nicht nur medizinisches Wissen, sondern bergen zwischen den Zeilen, gegen den Strich gelesen und durch zeitgenössische Referenzquellen ergänzt, wertvolle Informationen über die Patientinnen, die Interaktionen zwischen dem Arzt und seinen Patientinnen und Patienten sowie die relevanten und diskursbildenden Wissensbestände auf beiden Seiten. In den Schriften Kleinwächters schwingt auch die ambivalente Situation mit, in der die Frauen und Männer sich aufgrund ihrer Kinderlosigkeit befanden. Nicht nur die individuelle Sehnsucht nach eigenen

123 Vgl. ebd., 334–337.

124 Vgl. SCHREIBER, Befruchtung, wie Anm. 104, 102–114; Christina BENNINGHAUS, Great Expectations – German Debates about Artificial Insemination in Humans around 1912, in: *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 38 (2007), 374–392.

125 Vgl. etwa auch Kisch, der sich kritisch über die künstliche Insemination äußerte: „Dass gegen die Procedur der künstlichen Befruchtung, welche ja jedenfalls für alle Beteiligten, den Arzt eingeschlossen, etwas sehr Peinliches hat, moralische und sociale Bedenken in's Treffen geführt werden können, bedarf keiner Auseinandersetzung.“ KISCH, Sterilität, wie Anm. 16, 179. Vgl. zur halachischen Position zu Insemination, IVF und Leihmutterchaft: IRSHAI, Fertility, wie Anm. 19, 225–268.

Kindern oder der innerfamiliäre Druck von Seiten eines Ehepartners, sondern auch religiös-motivierte Zwänge innerhalb der eigenen sozialen Gruppe führten zur Konsultation des gynäkologischen Experten. Dabei bildete die Privatpraxis Ludwig Kleinwächters vielfach nicht die erste Station auf dem mühevollen Weg zum Wunschkind. Etliche Frauen und Ehepaare suchten verzweifelt eine Zweitmeinung, kamen mit klaren Vorstellungen zu Diagnose und Therapie und verließen teilweise mit zerschlagenen Hoffnungen ob der Aussichtslosigkeit ihrer Forderungen die Praxis in Czernowitz.

In der Analyse zeigte sich zudem, dass es bei den betroffenen Frauen und Männern eine klare Vorstellung von der Sinnhaftigkeit operativer Eingriffe, insbesondere der Muttermundoperationen gab. Diese boten eine scheinbar einfache Methode zur Wiederherstellung reproduktiver Gesundheit und wurden von etlichen Patientinnen offensiv eingefordert. Kleinwächter, der sich von den Risiken der chirurgischen Intervention überzeugt hatte, lehnte derartige invasive Eingriffe jedoch in den meisten Fällen ab. Die Reproduktionsmedizin steckte an der Wende zum 20. Jahrhundert noch in den Kinderschuhen, und nach einer anfänglichen Euphorie über die von J. Marion Sims propagierten Methoden von Diszission und künstlicher Befruchtung stellte sich zwischenzeitlich Ernüchterung und eine Rückkehr zu konservativeren Auslegungen ein. Auch Kleinwächter agierte in chirurgischer Hinsicht äußerst zurückhaltend. Im Hinblick auf die mikroskopische Spermaanlyse muss Kleinwächter jedoch als ein progressiver Diagnostiker interpretiert werden. Sein technisches Fortschrittsdenken scheiterte jedoch in den meisten Fällen am offenen Widerstand der betroffenen Männer.

Abschließend muss erwähnt werden, dass sein Status als Privatarzt keineswegs hinderlich für seine Reputation oder sein wirtschaftliches Fortkommen war. Ganz im Gegenteil scheint die Tatsache, dass Kleinwächter seine Expertise gegen Honorar auf dem medikalen Markt anbot, eine ganz bestimmte Klientel angesprochen zu haben. Dies und die Tatsache, dass die Gesundheitsfürsorge sowie die Pflicht zur Reproduktion im Judentum ein religiöses Gebot waren, mögen erklären, warum die Klientel des Gynäkologen vorwiegend aus der jüdischen Gemeinschaft stammte. Dabei kamen seine Patientinnen und Patienten nicht ausschließlich aus der Hauptstadt Czernowitz, sondern reisten teils über weite Strecken aus den benachbarten Regionen Russlands, Rumäniens oder Galiziens an. Kleinwächter selbst stellt an mehreren Stellen fest, dass die Zusammensetzung seiner Klientel bemerkenswert und sehr stark durch die religiös-kulturellen Besonderheiten des Ostjudentums geprägt sei. Die Fallgeschichten erlauben zwar einen oberflächlichen Einblick in die Lebens- und Denkweisen der jüdischen Gemeinschaft der Bukowina, allerdings treten Unterschiede, etwa zwischen den liberaleren städtischen Gemeinden und den orthodoxen oder teilweise chassidisch orientierten ländlichen Gruppen, nicht klar zu Tage. Um Kleinwächters Umgang mit und seine Sichtweise auf die spezifischen Ausprägungen von reproduktiver Gesundheit im Ostjudentum mit all seinen Facetten besser fassen zu können, wäre eine eingehendere und breitere Analyse seiner einschlägigen Bukowiner Schriften von Nöten. Trotz der Limitierungen, die auch die vorliegende Studie durch die Beschaffenheit der Quelle – ihre punktuelle Überlieferung und strategische Bearbeitung durch den forschenden Mediziner – erfährt, bieten die publizierten Fallgeschichten Ludwig Kleinwächters jedenfalls genügend Material, um sich den Aushandlungen zwischen dem Arzt und seinen Patientinnen und Patienten in der gynäkologischen Fachpraxis annähern zu können.

Informationen zur Autorin

Mag. Dr. Marina Hilber, Inhaberin einer Hertha-Firnberg-Stelle (FWF) am Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie der Universität Innsbruck, Innrain 52, 6020 Innsbruck, Österreich, E-Mail: marina.hilber@uibk.ac.at