

Verschobene Wirbel – verschwommene Traditionen

Chiropraktik, Chirotherapie und Manuelle Medizin
in Deutschland

von Florian Mildenberger

MedGG-Beiheft 56

Franz Steiner Verlag Stuttgart



Institut für
Geschichte der Medizin
Robert Bosch Stiftung

Verschobene Wirbel – verschwommene Traditionen

Medizin, Gesellschaft und Geschichte

Jahrbuch
des Instituts für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung

herausgegeben von
Robert Jütte

Beiheft 56

Verschobene Wirbel – verschwommene Traditionen

Chiropraktik, Chirotherapie und Manuelle
Medizin in Deutschland

von Florian Mildenberger



Franz Steiner Verlag Stuttgart
2015

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Robert Bosch Stiftung GmbH

Umschlagabbildung:

Satirische Darstellung eines Chiropraktikers, entnommen aus
„Wer bekämpft das Medizinalgesetz?“ In: Tagblatt der Stadt Zürich,
24. Mai 1933, Nr. 121 (Universität Zürich, Archiv für Medizingeschichte:
AM 01.03.005 Volksmedizin).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes
ist unzulässig und strafbar.

© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2015

Druck: Laupp & Göbel GmbH, Nehren

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

Printed in Germany

ISBN 978-3-515-11151-5 (Print)

ISBN 978-3-515-11152-2 (E-Book)

Dieses Buch widme ich
meiner Mutter Ursula Mildeberger (4.12.1943–5.8.2014),
die mich stets unterstützte und mir ein
sorgenfreies Leben ermöglichte.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Dank	9
Einleitung	13
Ohne Harvard keine Chiropraktik? Die amerikanische Medizin im 19. Jahrhundert als Resonanzebene für die Formierung neuer Heilkulturen	19
Der Weg zum perfekten Rücken: Die amerikanische Chiropraktik bis 1950.....	32
Alles außer der Wirbelsäule im Blick – die deutsche Medizin 1880 bis 1945	60
Die ersten Chiropraktiker in Deutschland: Rezeption, Widerstände, Erfolge.....	109
Die »Entdeckung« der Chiropraktik durch deutsche Ärzte nach 1945	122
Die amerikanische Chiropraktik zwischen Ende und Neubeginn (1955 bis 1990)	155
Erkenntnisgewinn durch Rezeption – Chirotherapie in der Bundesrepublik Deutschland 1960 bis 1970	164
Die Professionalisierung der heilpraktischen Chiropraktik (1955–1970)	175
Die Manuelle Medizin in der Bundesrepublik Deutschland bis 1990.....	186
Chiropraktik – Manuelle Medizin – Manuelle Therapie: Die DDR (1949–1990)	196
Ausblick: Manuelle Medizin in Deutschland nach 1990.....	209
Abbildungsverzeichnis.....	217
Abkürzungsverzeichnis.....	219

Bibliographie	221
Archivalien.....	221
Internetquellen.....	222
Literatur.....	222
Abbildungen.....	331
Register.....	338

Vorwort und Dank

Die Chiropraktik gilt eigentlich als »an indigenous North American form of bonesetting«¹ und ist doch aus der heilkundlichen Dienstleistungswelt Mitteleuropas nicht mehr wegzudenken. Bereits 1986 notierte der Schweizer Medizinhistoriker Erwin H. Ackerknecht (1906–1988): »Europa hat aus den USA nicht nur sehr viel wissenschaftliche Medizin, sondern auch modische Kurpfuscherbewegungen wie Osteopathie, Chiropraktik oder Christian Science importiert!«²

Die Chiropraktik beruht auf der Idee, man könne mit Hilfe weniger Handgriffe (»Adjustierung«) verrutschte Wirbel wieder in die richtige oder »gesunde« Position bringen und so lokale, aber auch tieferliegende Krankheiten rasch, schmerzfrei und ohne Einsatz von Medikamenten kurieren.³ Hierbei sollte ursprünglich eine überkausal wirkende »vital power« von zentraler Bedeutung sein.⁴

Längst behandeln Chiropraktiker die gesamte Wirbelsäule, während in den 1920er Jahren unterschiedliche Gelehrte wahlweise nur den oberen oder unteren Teil therapiert hatten.⁵

Ärzte offerieren »Manuelle Medizin« oder auch »Chirotherapie«, während Heilpraktiker eher »Chiropraktik« anbieten, meist verbunden mit »Osteopathie«. Dazwischen agieren diejenigen, die sich selbst als die eigentlichen Bewahrer der Chiropraktik/Osteopathie sehen, die in den USA oder Großbritannien ausgebildeten »Doctors of Chiropractic« (D. C.) bzw. »Doctors of Osteopathy« (D. O.). Sie begriffen sich von Anfang an als Ärzte⁶, nannten sich hierzulande erst »Chiropraktoren« und dann »Chiropraktiker«. Mancher Arzt oder Heilpraktiker besitzt deutsche und ausländische akademische Grade, andere wiederum haben nur ein paar Fortbildungsseminare am Wochenende besucht.⁷ In der öffentlichen Wahrnehmung scheinen bisweilen weniger Menschen als Pferde die Hauptpatientengruppe zu stellen.⁸ Amerikanische Chiropraktiker rümpfen die Nase angesichts dieses Wirrwarrs und betonen, die

1 Coulter (2004), S. 43. Zum Begriff des »Bonesetting« siehe Homola (1963), S. 2f.; Cooter (1987); Valentin (1961/1991), S. 159–163; Willis (2003), S. 6.

2 Ackerknecht (1986), S. 194.

3 Nelson (1997).

4 Skrabanek (1988); David Koch (1996). Ein ganzheitlicher Ansatz liegt infolgedessen eigentlich nicht vor, siehe Jütte (1996), S. 12.

5 Homola (1963), S. 191.

6 Gibbons (1981), S. 235.

7 Ein gutes Beispiel wäre die »Ärzte-Serie«, welche das Magazin *Runners* 2010 präsentierte. Im Märzheft fungierte als »Arzt« ein »Chiropraktiker«, der in den USA ausgebildet worden war, siehe Von der Kunst (2010). Auch das Magazin *stern* widmete 2004 der Chiropraktik einen wohlwollenden Aufsatz, siehe Sven Rohde/Ellermann (2004). Zur Kritik innerhalb der amerikanischen Chiropraktik/Osteopathie an den »Schnellkursen« in Deutschland siehe Andrew Taylor Still University Kirksville, A. T. Still Memorial Library, Special Collections, Gordon Janssen: Trouble persists in Germany. In: *Dynamic Chiropractic* 23 (2005), H. 26.

8 Siehe z. B. Willoughby (1999); Lewandowski (2008).

deutschen Ärzte oder »lay healer« sollten doch erst einmal die Geschichte studieren, ehe sie sich für die eine oder andere Therapie bzw. Lehrrichtung entschieden.⁹ Doch ein Blick in die amerikanische Forschungsliteratur offenbart, dass die an den Universitäten agierenden Medizinhistoriker und die in eigenen Fachgesellschaften und Ausbildungsstätten organisierten Chiropraktiker seit Jahrzehnten aneinander vorbeiforschen.¹⁰ Und in Deutschland?

Das Interesse an der Geschichte der Chiropraktik, Manuellen Medizin oder Osteopathie hält sich in der medizinhistorischen Community in engen Grenzen.¹¹ Deswegen war es schwierig, eine Forschungsförderung zu finden.

Umso größer war meine Freude darüber, dass schließlich die Robert Bosch Stiftung mein Forschungsvorhaben in zwei Phasen (2012 und 2014) förderte. Weniger angetan waren vielfach diejenigen Beteiligten, die seit Jahrzehnten »Chiropraktik« in den verschiedensten Formen anbieten oder daran verdienen. Es fanden sich durchaus interessierte Ärzte, Journalisten und Heilpraktiker, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen. Aber es gab auch Ignoranz und Ablehnung.

Die Unwilligkeit von Marktakteuren bei der Kooperation oder »Amtshilfe« für den Historiker ist gerade bei der Zeitgeschichte immer wieder frap-pierend. Die Argumente sind stets gleich: Man habe kein Archiv, die Akten seien leider verschwunden, die Zeitzeugen alle verstorben, und man wünsche dem Herrn Professor noch viel Glück bei der weiteren Recherche. Sickert dann aber durch, dass der die eigene Historiographie und Nabelschau möglicher-weise störende Gelehrte bei anderen Kollegen Informationen eingesammelt hatte, so öffnen sich wie von Geisterhand zuvor angeblich nicht existierende Archive. Es soll an dieser Stelle nicht im Einzelnen aufgeführt werden, wer wieso und wann im Laufe der vergangenen drei Jahre mehr oder weniger behilflich war, sondern stattdessen umfassend allen Zeitzeugen, Kollegen, staatlichen Stellen, Privatfirmen und medizinischen sowie heilkundlichen Fachverbänden gedankt werden, die mir bei der Recherche zu verschiedenen Zeiten geholfen haben.

Zuallererst gilt mein Dank Robert Jütte und Martin Dinges vom Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Sie ermöglichten nicht nur die finanzielle Förderung meines Forschungsvorhabens, sondern standen während der gesamten Projektlaufzeit stets mit Rat und Tat zur Seite. So eröffnete Robert Jütte den Kontakt zur Leitung der »Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin« (DGMM). Lothar Beyer, Matthias Psczolla und Bodo Schulze (DGMM), Julie Bjornberg (Chiropractic Association of Australia), Hans-Peter Bischoff und Horst Moll (Karl-Sell-Seminar Neutrauchburg), Wolfgang Burgmair und Matthias M. Weber (Historisches Archiv des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie), Gudrun Kling und Ina Giter (Archiv für Medizingeschichte, Universität Zürich), Christian Hartmann (Jolandos-Verlag), Anna

9 Wenban u. a. (2004).

10 Zu den wenigen Ausnahmen zählen die Werke von Martin (1994) und Wardwell (1988).

11 Erstmals beschäftigte sich 1983 der Züricher Orthopäde und Medizinhistoriker Beat Rüttimann kritisch mit der Chiropraktik, siehe Rüttimann (1983).

Mullen (Museum of Osteopathic Medicine Kirksville), Rosemary Riess (Special Collections Division, Palmer College of Chiropractic Davenport), Torsten Seidl (Heilpraktiker), Ralf Vollmuth (Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr) und Francis J. H. Wilson (Anglo European College of Chiropractic Bournemouth) haben mir sehr geholfen. Weiterer Dank gilt Christian Ullmann und den Mitarbeitern des Heilpraktikerverbandes Bayern, der Deutschen Heilpraktikerschaft und der Association for the History of Chiropractic.

Darüber hinaus möchte ich mich ausdrücklich bei Marion Baschin, Robert Bierschneider, Ulf Bollmann, Florian Bruns, Flurin Condrau, Karen Eble, Michael Eder, Eva Eder-Seela, Marina Lienert, Udo Lorenzen, Martin U. Müller, Heinz-Dieter Neumann, Philipp Osten, Jakob Pastötter, Manuela Pietza, Iris Ritzmann, Frank Sandberg, Reinert Strüwind, Harald Walach und Eberhard Wolff bedanken. Ferner waren mir behilflich: Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie, Kneipp-Bund, Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin, Archiv der NOZ medizinisch-technische Fachhandelsges. mbH Asperg, Archiv des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der DDR, Archiv und Bibliothek des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Zürich, Schweizerisches Bundesarchiv Bern, Bundesarchiv Berlin, Bundesarchiv Ludwigsburg, Landesarchiv Berlin, Staatsarchiv Bremen, Stadtarchiv Darmstadt, Stadtarchiv Dresden, Universitätsarchiv Rostock, Universitätsarchiv Gießen, Verlagsarchiv Julius Springer Berlin, Deutsches Hygiene Museum Dresden, Sächsisches Hauptstaatsarchiv Dresden, Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene Freiburg/Brsg., Generallandesarchiv Karlsruhe, Bayerisches Hauptstaatsarchiv München, Stadtarchiv Lörrach, Stadtarchiv Ulbersdorf und Stadtarchiv Stuttgart.

Eike Stedefeldt hat wie auch bei früheren Projekten Scannerarbeiten für mich erledigt, und Oliver Hebestreit übernahm (wie gewohnt) zielführend das Lektorat. Steffi Berg verdanke ich die Covergestaltung.

Schließlich möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bei meinem Lebensgefährten Michael bedanken, ohne dessen Unterstützung und Zuspruch ich das Buch nicht hätte abschließen können.

Einleitung

Im Herbst 1973 spottete ein Autor in der *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, die Chiropraktik sei in deutschen Krankenhäusern zwar wohlbekannt, werde aber gleichzeitig negiert. Dieser Umstand habe groteske Züge angenommen: Der Chefarzt einer neurochirurgischen Klinik wende sich bei persönlichen Beschwerden gerne an den Chiropraktiker seines Vertrauens, doch in Vorlesungen und Seminaren verkünde er – frisch geheilt –, dass die Chiropraktik Unsinn sei.¹ Von allen Ärzten in Deutschland habe sich allein der Chirurg Ludwig Zukschwerdt (1902–1974) offen gegenüber der neuen Lehre gezeigt und nicht gezögert, sich bei einem Laien (»Heilpraktiker«) fortbilden zu lassen. Erstaunlicherweise wurde er »nicht aus seiner Zunft ausgeschlossen, wie es nach ungeschriebenem Deutschen Gesetz eigentlich hätte geschehen müssen.«² Gleichwohl bevorzugten die Kranken heutzutage weiterhin die heilpraktisch geschulten Chiropraktiker anstelle der entsprechend fortgebildeten approbierten Ärzte.

Damit sprach der Autor eine Reihe von Problemen an, die erahnen lassen, weshalb die Chiropraktik bis heute zwar gerne von Patienten genutzt wird, aber seitens der klinischen Medizin eher auf Kritik stößt: Sie wurde von Laien entwickelt und perfektioniert, die interessierte Ärzte in die Lehre einwiesen, aber sich dennoch nicht vom Markt verdrängen ließen. Die der neuen Therapie aufgeschlossen gegenüberstehenden Ärzte mussten sich harter Kritik seitens ihrer Kollegen aussetzen und rasch Alleinstellungsmerkmale entwickeln. Das wiederum mündete zwangsläufig in einen Bruch mit den heilpraktischen Wegbereitern.

Tatsächlich ist die Geschichte der Chiropraktik in Deutschland ziemlich verworren. Die Grundlagen der Lehre und die Hintergründe ihrer Entstehung werden hierzulande weder von Heilpraktikern noch Ärzten oder Medizinhistorikern wahrgenommen. Dass es nicht »die Chiropraktik«, sondern verschiedenste chiropraktisch fundierte Medizinmodelle gab und in Teilen noch immer gibt, wird im deutschsprachigen Raum nicht rezipiert, obwohl die diversifizierte Angebotsstruktur an Chiropraktik, Chirotherapie, Manueller Medizin und Osteopathie entsprechende Fragen geradezu provoziert. Wie und wann die Chiropraktik genau nach Deutschland kam, ist ebenfalls nicht ganz geklärt. Als erster deutscher Chiropraktiker gilt Gustav A. Zimmer (1869–1939), der ab 1928 in Sachsen (»Zimmer von Ulbersdorf«³) wirkte⁴. Zählt man die Osteopathen dazu, könnte die erste Praxis bereits 1907 eröffnet worden

1 H. Schneider (1973), S. 1418.

2 H. Schneider (1973), S. 1419.

3 Bischoff/Möll (2011), S. 13.

4 Sächsisches Hauptstaatsarchiv Dresden, Bestand 11027, Sondergericht für das Land Sachsen, Freiberg Nr. 2 Js/SG 1361/36, Karton 232, 17.10.1936, Vernehmungsprotokoll der Geheimen Staatspolizei (Gestapo).

sein.⁵ Wieso begeisterte sich gerade die »Neue Deutsche Heilkunde« für die eindeutig amerikanische Chiropraktik?⁶ Und weshalb entdeckte nach 1945 urplötzlich eine Reihe von herausragenden Chirurgen, Internisten und Orthopäden die bislang als »Kurpfuscherei« geschmähte Chiropraktik für sich? Wie reagierten die amerikanischen Begründer und Wegbereiter auf diese neue Gefolgschaft? Konnte die amerikanische Chiropraktik in der sozialistischen DDR Anerkennung finden? Welche Chiropraktik war überhaupt gemeint angesichts Dutzender unterschiedlicher Schulrichtungen in den USA?

All diese Fragen wurden bislang wenig berührt, spielten und spielen in den Debatten um die Chiropraktik keine Rolle. Die in den USA organisierten Historiker der Chiropraktik interessierten sich bislang fast überhaupt nicht für den deutschsprachigen Raum, allenfalls der Schweizer Fred Illi (1901–1983) wurde erforscht.⁷ Lieber widmet man sich ausgiebigst dem Entdecker der Chiropraktik – Daniel David Palmer (1845–1913) – und seinem kongenialen Sohn Bartlett Joshua Palmer (1882–1961)⁸ sowie in geringerem Maße Konkurrenten oder Zeitgenossen⁹. In den Zeitschriften *Chiropractic History* oder *Journal of chiropractic humanities* schreiben fast ausschließlich »Doctors of Chiropractic«, die sich im Übrigen als vollwertige Ärzte und keinesfalls als »laymen« begreifen. Nur im Falle der Integration fremdsprachiger Begriffe in die chiropraktische Wissenschaftstheorie wurde in Einzelfällen auf die Entwicklung in Deutschland Bezug genommen.¹⁰

Die deutschen »Ärzte für Manuelle Medizin« haben in einem großen Sammelband die Geschichte des Faches aus ihrer Sicht bereits 1990 vorgestellt.¹¹ Vorgeblich um Objektivität bemüht, strotzt das Werk vor Anekdoten und disputablen Einlassungen, ist im Ganzen aber erheblich wertvoller und objektiver als die meisten anderen auf dem Buchmarkt befindlichen Selbstbeschreibungen ärztlicher Gesellschaften.¹² So bemühte sich Albert Cramer (1913–1992), die ärztliche Chiropraktik von der rein empirischen und fallweise orientierten heilpraktischen Lehre abzugrenzen, doch schilderte er seinen ersten Erfolg in etwas zu blumigen Worten:

5 Andrew Taylor Still University Kirksville, A. T. Still Memorial Library, Special Collections, Drs. Moellering (1907).

6 Heilpraktikerbund (1936), S. 15.

7 W. Joseph Baker (1985); W. Joseph Baker (1997); Gaucher-Peslherbe: The making (1996); Gaucher-Peslherbe: The progressive making (1996); Vernon (2010). Seitens der Schweizer Chiropraktiker siehe Lorez (2003).

8 Im Folgenden werden die beiden Palmers zu ihrer Unterscheidung entsprechend der angloamerikanischen Notation in »DD Palmer« und »BJ Palmer« unterschieden.

9 Siehe z. B. Erz (1925/2011); Gaucher-Peslherbe (1993); Joseph C. Keating/Callendar/Cleveland (1998); J. Stuart Moore (1995); Myhrvold (1997); Dennis Peterson/Wiese (1995); Redwood/Cleveland/Micozzi (2003); Rosenthal (1981); Semzon (2008).

10 Siehe z. B. Gatterman (1978).

11 Cramer/Doering/Gutmann (1990).

12 Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass die Geschichte der »Manuellen Medizin« aus ärztlicher Hand faktisch erst nach 1945 einsetzt.

Cramer legte seine Patientin auf den Wickeltisch seines Jüngsten – bäuchlings mit herabbaumelnden Beinen – und wagte einen kräftigen Stups auf das verlängerte Kreuzbein. Die Patientin schrie auf, sprang hoch, – stutzte und umarmte Cramer dankbar. Der Schmerz war weg!¹³

Das Buch klammert die Wurzeln des eigenen Denkens, vor allem aber die Folgen der Umwandlung eines empirischen Therapiemodells in ein Teilprogramm der klinischen Arbeit weitgehend aus. Auch die unterschiedlichen »Chiropraktiken« treten in den Hintergrund, die Debatten innerhalb der klinischen Medizin werden auf einige Einzelfälle reduziert. So geht ein wenig die Tatsache unter, dass die Chiropraktik als orthopädisch-chirurgisches Projekt im Grunde ein perfektes Beispiel für eine synthetische Medizin wäre: Fortschritte in der anatomischen Forschung, neue neurologische Ansätze, Weiterentwicklung der Röntgentechnologie und Röntgenbildinterpretation, gesellschaftliche Veränderungen sowie Einflüsse aus weiteren Fächern ermöglichten die Formierung eines neuen Fachgebietes. Die genauen Umstände aber blieben im Dunkeln.

Dies hängt auch mit einem erstaunlichen Desinteresse der Medizin- und Wissenschaftsgeschichte an der Wirbelsäule zusammen. Es gibt historische Werke über die einzelnen Organe, Muskeln, Därme, das Gehirn oder die Psyche, doch die Wirbelsäule scheint in der Medizingeschichte nicht zu existieren. Dies macht das an sich schon komplexe Vorhaben, die Geschichte einer vielfach diversifizierten heilkundlichen Technik und ihre Fortschreibung in Deutschland zu erforschen, endgültig zu einem größeren und unübersichtlichen Projekt ohne klar umrissene Grenzen.

Um verstehen zu können, wie die Chiropraktik entstehen konnte (oder musste), ist es nötig, sich die Situation der nordamerikanischen Medizin im 19. Jahrhundert zu vergegenwärtigen. Einerseits bemühten sich die späteren »Ivy-League-Universitäten« sowie einige wenige interessierte kommunale Behörden an der Ostküste der USA um rasche Rezeption der neuesten Erkenntnisse der (deutschen) Bakteriologie und Zellulärpathologie, andererseits dominierten in den noch sehr ländlich geprägten Gesellschaften des Mittleren Westens überkommene heilkundliche Denkmodelle. Dieser nordamerikanische »Clash of Cultures«, der auch die Grenzen der Übertragbarkeit einer urban-klinischen Medizin auf die teilweise noch frühkapitalistische Kultur zwischen Prärie und Rocky Mountains berührte, diente als Projektionsebene für medikale Propheten oder Wunderheiler. Obwohl sich diese Gesellschaft rasch wandelte, konnte die Chiropraktik als neue medizinische Alternative überleben und bis nach Europa strahlen. So ist es zunächst einmal nötig, zu erklären, was Chiropraktik eigentlich war – u. a. auch deshalb, weil in der mitteleuropäischen Wissenschaftsgeschichte dieses Feld bislang völlig ausgeklammert wurde. Für die heutigen Medizinhistoriker ist Chiropraktik als Betätigungsfeld so neu wie für die überraschten deutschen Ärzte in den 1920er Jahren.

Gemeinhin gilt die deutsche Medizin der 1920er und 1930er Jahre als führend in der westlichen Welt, und doch wurde in diesen Jahren der Grundstein

13 Cramer: Geschichte (1990), S. 11.

für den Erfolg der Chiropraktik in Mitteleuropa gelegt. Dies wirft Fragen nach den Lücken der Erkenntnis in der zeitgenössischen klinischen Medizin, aber auch den alternativen Heilkulturen auf. Wieder einmal erweist sich die Zäsur von 1933 als verheerend für das Profil der deutschen Medizin – eine Ironie der Geschichte angesichts der Begeisterung der Ärzteschaft für den Nationalsozialismus. Verfehlte Behandlungstechniken und wissenschaftstheoretische Ansichten zu »Trauma« oder der Wirbelsäule begünstigten den insgeheimen Aufstieg der Chiropraktik als Laienheilkunde. Angesichts der Schwierigkeiten in der Behandlung traumatisierter Soldaten und Zivilisten im (Bomben-)Krieg nach 1939 und der endgültig erwiesenen Untauglichkeit der Konzepte aus den Jahren 1914–1918 waren Chirurgen, Orthopäden, Internisten oder auch Psychosomatiker reif für einen theoretischen und praktischen Neubeginn.

Sie kannten die Schwächen der eigenen Konzepte – die Chiropraktik erwies sich sozusagen als letzter Strohalm. Ihr rascher Erfolg in den 1950er Jahren lässt erkennen, wie unsinnig und weltfern vielen Ärzten in Deutschland (Bundesrepublik/DDR) die eigenen, bislang stets verteidigten Konzeptionen erschienen waren.¹⁴ Es kam jedoch nicht zu einer einfachen Übernahme der amerikanischen Entwicklungen, sondern zu einer Adaption, Anpassung und teilweisen Neuformulierung verschiedener chiropraktischer Techniken aus unterschiedlichen nordamerikanisch beeinflussten Schulen. Auch die Bezeichnung änderte sich: Aus Chiropraktik wurde bei Ausübung durch approbierte Ärzte »Chirotherapie« oder »Manuelle Medizin«.

Vielleicht hat die Dominanz der Ärzte unter den Medizinhistorikern dazu beigetragen, dass dieses Kapitel der Neuorientierung und damit auch die Problematik der Wirbelsäule als Krankheitsherd so diskret aus der wissenschaftshistorischen Debatte verschwanden. Es bedarf also der umfangreichen Erforschung von Schwierigkeiten der deutschen klinischen Medizin in der Anamnese, Einordnung und Behandlung von Wirbelsäulenleiden, um verstehen zu können, weshalb die aus dem Mittleren Westen der USA entlehnte Chiropraktik in den ansonsten hermetisch abgeschlossenen Kreis der Schulmedizin Eingang finden konnte. Die sich zuvor entfaltende und parallel weiterentwickelnde Kultur der heilpraktischen Chiropraktik muss in diesem Konkurrenzverhältnis (und umgekehrt) nachvollzogen werden. Doch sowohl klinische Medizin als auch Heilpraktik agier(t)en in einem anderen Umfeld, Gesundheitssystem und Ausbildungshintergrund als die eigentliche nordamerikanische Chiropraktik. Daher umfasst »Chiropraktik in Deutschland« auch immer die Frage nach den Unterschieden zu den amerikanischen Konzeptionen. Die Chiropraktik wurde von ihren Begründern – der Palmer-Familie in Davenport – bewusst als neue Heilkunde/Medizin in Abgrenzung zur Schulmedizin und Osteopathie positioniert. Hierzulande hingegen boten und bieten Ärzte Chiropraktik, Chirotherapie oder »Manuelle Medizin« als Teilprogramm der regulären Orthopädie oder Chirurgie an, während Heilprakti-

14 Biedermann: Chiropraktik (1953), S. 15; Derbolowsky: Beckenmechanik (1956), S. 311.

ker osteopathische und chiropraktische Ansätze vermengen, was zunehmend auch Ärzte tun.¹⁵

Die Problematik der Neuinterpretation der Chiropraktik bezog sich in besonderem Maße auf die DDR, da dort der prophylaktische Gedanke in der Medizin eine erheblich größere Rolle spielte als in der Bundesrepublik. Gerade Wirbelsäulenleiden – eine klassische Arbeiterkrankheit – mussten in einem solchen System einen besonderen, ideologisch überfrachteten Stellenwert einnehmen.

Und was geschah nach 1970 – als in der DDR die Ressourcen knapp wurden, die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik unter der sozialliberalen Koalition sich veränderte und in den USA die alternativmedizinischen Kulturen, Colleges und Fachgesellschaften kurz vor dem völligen Untergang standen? Welchen Einfluss hatten solche Entwicklungen auf die weitere Ausbildung eines von seinen Propagandisten hierzulande enthistorisierten Fachgebietes? Konnte die Chiropraktik überleben? Ja, sie blühte sogar auf. Aber warum, wenn doch alle zeitgenössischen Vorzeichen gegen eine solche Entfaltung sprachen? Dies wirft Fragen nach dem Vertrauen der Bevölkerung in die staatlich legitimierte und von Krankenkassen bezahlte Medizin auf. Im Laufe der 1970er und 1980er Jahre entstand in der westlichen Welt eine neue Gesundheitskultur, die unter Oberbegriffen wie »ökologisch« bzw. »natürlich«, vor allem aber »ganzheitlich« bekannt ist. Aber wie sollte eine lokalpathologische Kur wie die Chiropraktik da hineinpassen?¹⁶

So ist die Untersuchung der Chiropraktik in Deutschland eng verknüpft mit der Betrachtung der sozialen und ökologischen Reformbewegungen – zu allen Zeiten ist es mehr als die bloße Untersuchung eines Fachgebietes, seiner Instrumente oder Lehre. Die Chiropraktik war von Anfang an ein soziales Projekt voller Widersprüche. DD Palmer und BJ Palmer begeisterten sich beispielsweise für die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium und exkludierten gleichzeitig so lange wie irgend möglich afroamerikanische Studierende.¹⁷

Die Chiropraktik war auch das Ergebnis der Unzufriedenheit DD Palmers mit den therapeutischen Ansätzen der medizinischen Orthodoxie und mit alternativen Heilkulturen in seiner Zeit. Insofern waren die deutschen Chiropraktiker dem amerikanischen Gründungsvater nicht unähnlich. Aber sie verfolgten gänzlich andere Ziele als die Erfinder und Lehrmeister in den USA.

Am Ende des vorliegenden Buches soll die Frage beantwortet werden, was Chiropraktik in Deutschland heute ist, beinhaltet und verspricht.

15 Dvorak u. a. (2001), S. 70.

16 Wardwell (1998), S. 4; Briggance (2005), S. 14.

17 J. Stuart Moore (1993), S. 104f.

Ohne Harvard keine Chiropraktik?

Die amerikanische Medizin im 19. Jahrhundert als Resonanzebene für die Formierung neuer Heilkulturen

Daniel David Palmer sah sich selbst nicht als Begründer einer völlig neuen Heilkunde, sondern als derjenige, der bereits bestehende Heilsysteme zusammenführte und vervollkommnete.¹ Er gewann Zulauf und wurde rasch bekannt. Er und seine Nachfolger führten den Erfolg allein auf die Effektivität der Chiropraktik zurück, doch ist anzunehmen, dass der Aufstieg der neuen heilkundlichen Lehre nicht so rasch vonstattengegangen wäre, wenn die nordamerikanische Schulmedizin nicht aufgrund eigener Schwächen die Patientenschaft verunsichert und komplementären Ansätzen ungewollt den Durchbruch erleichtert hätte. Das Hauptproblem der medizinischen Orthodoxie bestand in ihrer Uneinheitlichkeit zwischen Stadt und Land, Küstenmetropolen und Landesinnerem, Nord- und Südstaaten sowie einem krassen Gegensatz zwischen diagnostischer Erkenntnis und therapeutischer Fähigkeit.² Eine nordamerikanische medizinische »scientific community« konnte sich erst im Gefolge des Bürgerkrieges entfalten. 1799 hatten in den USA nur vier Ausbildungsstätten für Mediziner existiert.³ Bis 1840 wurden zwar 27 neue Hochschulen gegründet, aber nur etwa 4.000 Medizinstudenten von 200 Professoren unterrichtet – im Durchschnitt gab es an jeder »Hochschule« sechs Dozenten.⁴ Einheitliche Standards für Lehre und Klinik wurden 1848 von der American Medical Association (AMA) angedacht, aber nur teilweise umgesetzt.⁵ Als 1872 der Präsident der Harvard University, Charles W. Eliot (1834–1926), für angehende Ärzte schriftliche Prüfungen einführen wollte, scheiterte das Vorhaben am mangelhaften Alphabetisierungsgrad vieler Studierender.⁶

Es existierten weder finanzkräftige Stiftungen noch Forschungsinstitutionen oder große Kliniken. Eigenständige wissenschaftliche Theorien wurden nicht entwickelt, sondern sukzessive aus Europa importiert. Lehrbücher wurden erst in den späten 1850er Jahren eingeführt und verbreitet.⁷ Angehende Ärzte legten nur Prüfungen in Theorie ab. Die Folgen zeigten sich drastisch während des Bürgerkrieges, als das Sanitätswesen beider Armeen nach wenigen Monaten faktisch zusammenbrach.⁸ Die Soldaten starben an Dysenterie, Erkältungen oder nicht erkanntem Skorbut ebenso häufig wie an Stich- oder

1 Jackson (1996); Joseph C. Keating/Callendar/Cleveland (1998), S. 1–4; Simpson (2012), S. 2.

2 Shryock (1966), S. 327.

3 Lawson (1950), S. 168.

4 Fye (1987), S. 5; Ludmerer (1985), S. 11.

5 Bonner (1995), S. 197.

6 Ludmerer (1985), S. 12.

7 Fye (1987), S. 15.

8 Shryock (1966), S. 91.

Schussverletzungen.⁹ Die überforderten Feldärzte diagnostizierten alsbald sämtliche chronischen Erkrankungen als »Rheumatismus«, auch wenn es sich um Geschlechtskrankheiten oder Dysenterie handelte.¹⁰ Insgesamt betraf diese Diagnose etwa 280.000 Soldaten der Nordstaaten und fast 60.000 der Konföderierten.¹¹ Selbst in der Hauptstadt Washington wurde diese vereinfachende Krankheitszuordnung bei Zivilisten und Soldaten angewandt.¹² Außerdem waren die akademischen Ärzte selbst in Städten wie New York 1865 nur eine von mehreren Gruppen auf dem medizinischen Markt. Insbesondere die von der »Wiener medizinischen Schule« entlehnte Arbeitsweise des Abwartens bei Erkrankungen und Hoffens auf die Selbstheilung des Körpers bei gleichzeitiger Vermeidung pharmakologischer Therapien stieß viele Patienten ab und trieb sie in die Arme von »old ladies« oder Hebammen.¹³

Ärzte kooperierten mit den Heilern, die wiederum – je nach Herkunft – Therapien aus Europa, Afrika oder von Indianerstämmen in den laienmedizinischen Diskurs integrierten.¹⁴ Hierbei spielten Massagegriffe eine zentrale Rolle.¹⁵ Das »Bonesetting« war seit der Renaissance Teil der europäischen Laienheilkulturen gewesen.¹⁶ Wirbelverletzungen und Rückenprobleme waren in der Frühen Neuzeit häufig, das Patientenangebot infolgedessen vorhanden.¹⁷ Doch im Laufe des 19. Jahrhunderts begannen Ärzte in Nordamerika Patienten vor den »Bonesetters« zu warnen, weil sie annahmen, deren Behandlungstechniken würden Rückenprobleme eher verschlimmern.¹⁸ Britische Ärzte wollten höchstens in Einzelfällen das »Knocheneinrenken« an den Extremitäten befürworten.¹⁹ Aber auch sie beteiligten sich zumeist nicht an einer Modernisierung der alten Lehren. Eine Ausnahme war der Arzt Edward Harrison (1766–1838), dessen Oeuvre aber wenig Beachtung fand.²⁰

Nach dem Bürgerkrieg begann insbesondere die Harvard University damit, Studierende der Humanmedizin nach Paris oder Berlin zu schicken. Die Zellularpathologie Rudolf Virchows (1821–1902) wurde umgehend rezipiert

9 Ludmerer (1985), S. 9.

10 Schroeder-Lein (2008), S. 265.

11 Schroeder-Lein (2008), S. 265.

12 Freemon (1993), S. 165, 169.

13 Rosenberg (1967), S. 245. Zur Hebammendebatte siehe Reagan (1995). Zur Ideologie der Wiener medizinischen Schule siehe Lesky (1965). Zur Problematik der Anwendung naturwissenschaftlicher Prinzipien in der Therapie des 19. Jahrhunderts siehe Engelhardt (1978), S. 61.

14 Berman (1995), S. 178; Louis C. Jones (1949), S. 481–484.

15 Brendle/Unger (1935/1970), S. 55.

16 Joy (1954); Wardwell (1987), S. 27f.; Cramer: Geschichte (1990), S. 1; Porter (2000), S. 19, 31.

17 Hood (2008), S. 42. Neuere Computertomographien an Skelettfunden aus der Frühen Neuzeit, aber auch dem 19./20. Jahrhundert legen nahe, dass Wirbelverletzungen und chronische Rückenschmerzen zu den größten Gesundheitsproblemen der arbeitenden Bevölkerung zählten, siehe Grigat (2008); Haebler u. a. (2008); Rühli/Alt (2008). Zu früheren Studien im deutschsprachigen Raum siehe Grimm (1959).

18 Kaptchuk/Eisenberg (1998), S. 2216; O'Brien (2013), S. 3.

19 Pettman (2007), S. 166.

20 McDowall (2007).

und das Ausbildungsprogramm für Studenten nach deutschem Vorbild umgebaut.²¹ Allerdings gab es parallel weitere medizinische Hochschulen, die ebenfalls Ärzte ausbildeten und promovierten, vor allem Eklektiker und Homöopathen. Letztere stellten die bedeutendste Herausforderung für die nordamerikanische Medizin dar.²² Zwischen 1860 und 1898 gründeten Homöopathen 140 Krankenhäuser, 20 medizinische Institute und 31 Fachzeitschriften, wodurch sie den Markt für schulmedizinisch ausgebildete Ärzte erheblich beschnitten.²³ Insgesamt gab es in den USA 1860 55.055 Ärzte, 1870 waren es 64.414 und 1900 132.002.²⁴ Interne Debatten über die Verwendung von Hochpotenzen und die Unmöglichkeit der Vereinbarung neuerer bakteriologischer Theorien mit dem eigenen Ideengebäude schwächten die Homöopathie allmählich, doch die sinnvoll erscheinende Krankheitslehre und die geringen Arzneydosen machten sie weiterhin für Patienten interessant.²⁵

Die Idee, über Zulassungsbeschränkungen und Kontrollen seitens staatlicher »medical boards« die Homöopathie, eklektische Schulen und Laientherapeuten jeder Art zu kriminalisieren, wurde seit den 1870er Jahren durch die AMA artikuliert.²⁶ Allerdings gelang bis in die 1920er Jahre keine auch nur halbwegs lückenlose Kontrolle.²⁷ Bisweilen vergaben die Kontrollbehörden sogar zahlreiche Zulassungen an Homöopathen oder Vertreter anderer Heilkulturen, anstatt diese vom Markt fernzuhalten.²⁸ Ein Problem dürfte gewesen sein, dass alle führenden bzw. die neuen Behandlungsarten und medizinischen Theorien vertretenden Hochschulen sich im Norden – außerhalb des vormaligen Gebietes der Konföderierten – befanden und infolgedessen im Süden Vorbehalte nachwirkten.

Staatliche »medical boards« scheiterten regelmäßig bei Epidemien. So löste sich die Gesundheitsbehörde der Stadt Memphis im August 1878 selbst auf, nachdem ihre Kampagnen zur Eindämmung des Gelbfiebers vergeblich gewesen waren und bei einer Gesamtbevölkerung von 42.000 Menschen 5.000 Einwohner verstarben.²⁹ Noch erheblich problematischer erwies sich die Situation in den von Einwanderern überfüllten Großstädten an der Ostküste. Hier spielte die Cholera eine herausragende Rolle bei der Erfolgsbemessung staatlich legitimierter Akteure. Zwar gab es seit 1866 in New York die »Metropolitan Health Bill«, aber eine Kontrolle von Lebensmitteln, Wohnverhältnissen, Lebensbedingungen von Kindern oder der Sterbestatistik wurde erst nach mehreren Jahren verwirklicht.³⁰

21 Ludmerer (1985), S. 31; S.E.D. Short (1983), S. 54.

22 Kaufman (1988), S. 99.

23 Naomi Rogers (1996), S. 279.

24 Rosen: Competition (1983), S. 15.

25 Siehe Dinges (1996); Schüppel (1996).

26 Starr (1982), S. 106.

27 Jütte (1995), S. 58 f.

28 Shryock: American Medical Research (1947), S. 67.

29 Thomas H. Baker (1968), S. 250.

30 Howard D. Kramer (1948), S. 473, 480.

Kliniker und niedergelassene Ärzte versagten bei dem Versuch, durch ihre Maßnahmen das Vertrauen der Bevölkerung zu gewinnen. Trotz Kontrollen, Eingriffen in die Bebauung und Kasernierung von Verdachtsfällen kehrte die Cholera 1873/74 zurück.³¹ Erst in den 1890er Jahren gelang es dem 1882 installierten National Board of Health, erneute Ausbrüche der gefürchteten Seuche abzuwenden. Angesichts der Tatsache, dass die Cholera erstmals 1831 aufgetreten war, musste Zeitgenossen das Verhalten der staatlichen Behörden als eine Mischung von Unwissenheit und jahrzehntelangem Desinteresse erscheinen. Tatsächlich stand dem US-Präsidenten qua Verfassung zwar das Recht zu einem Eingreifen in der Gesundheitspolitik zu, doch machte erst Rutherford B. Hayes (1822–1893, Amtszeit 1877–1881) 1879 davon erstmals Gebrauch.³²

In einzelnen Bundesstaaten wurden effektiv arbeitende Seuchenbehörden eingerichtet, z. B. in den 1880er Jahren in Iowa.³³ Hier konnte auch der Einfluss der Homöopathie zurückgedrängt werden.³⁴ Doch beispielsweise in West Virginia erfolgte die Umsetzung von hygienischen Vorgaben und Impfeempfehlungen, welche ab den 1850er Jahren angedacht und in den 1890ern erlassen wurden, erst in den 1920er Jahren.³⁵ Ähnlich war die Situation in Michigan.³⁶ Selbst in Bevölkerungszentren wurden staatliche Vorgaben bisweilen nicht umgesetzt: Als 1900 in San Francisco die Beulenpest ausbrach, ignorierten die Behörden sämtliche Quarantänevorgaben und überließen die Infizierten ihrem Schicksal.³⁷

Von entscheidender Bedeutung für die Entfaltung eines effektiven Vorbeugesystems war die Rezeption der Forschungen Robert Kochs, die in den USA im Laufe der 1880er Jahre langsam einsetzte.³⁸ Es blieb jedoch außerhalb der Metropolen einzelnen engagierten Ärzten überlassen, die Behörden von der Notwendigkeit einer bakteriologisch fundierten Gesundheitspolitik zu überzeugen.³⁹ Nach Ansicht des Medizinhistorikers John Duffy (1915–1996) vollzog sich die Ausbreitung der neuesten medizinischen Erkenntnisse entlang des Mississippi: Wurden in New Orleans erstmals in den 1870er Jahren Maßnahmen ergriffen, dauerte es bis zur Jahrhundertwende, bis auch Kentucky von diesem Trend erfasst wurde.⁴⁰

Neben der Cholera war die Tuberkulose die zweite große sozial bedingte Seuche. Auch hier spielte die Rezeption der Arbeiten Robert Kochs (1843–1910) für die Entfaltung eines öffentlichen Gesundheitssystems eine wichtige

31 Howard D. Kramer (1949), S. 80.

32 Kagan (1961), S. 274.

33 Lee Anderson (1991), S. 189.

34 Persons (1991), S. 78 f.

35 Roemer/Faulkner (1951), S. 34.

36 Earl E. Kleinschmidt (1943), S. 479.

37 Barde (2003), S. 153, 169.

38 Rosenkrantz (1974), S. 59. Zur Frühgeschichte der US-amerikanischen Public-Health-Bewegung in den 1830er Jahren siehe Brockington (1961).

39 Für Minnesota siehe Philip D. Jordan (1947).

40 Duffy (1979), S. 22.

Rolle.⁴¹ Durch Kochs Entdeckung des Erregers 1882 wurden die miasmatischen Erklärungsmodelle hinfällig, und mit ihnen stürzten sukzessive auch ihre Unterstützer aus den medizinischen Sekten.⁴² Das Inhalieren von Kresot, die Verwendung galvanischer Gürtel oder das Schüren von Hoffnung auf eine vitalistische Lebenskraft bei den Kranken verschwanden aus dem Diskurs in den Metropolen.⁴³ Die Gesundheitsbehörden entfalteten eine rege Propaganda, um die Bevölkerung für die Hygienekampagnen zu gewinnen.⁴⁴ Doch gleichzeitig wurde Afroamerikanern wahlweise eine Immunität oder Disposition zur Tuberkulose unterstellt.⁴⁵ Die Unterschichten blieben generell bis Ende der 1880er Jahre von Aufklärung ausgeschlossen.⁴⁶ Alle Kampagnen inklusive der Sanatoriumsaufenthalte zielten auf das städtische Bürgertum ab.⁴⁷ Wollten Kranke aus den Unterschichten Medikamente kaufen, so mussten sie dies während ihrer Arbeitszeit bewerkstelligen, da die allermeisten Krankenhausapotheken – welche den Markt bestimmten – keine anderen Öffnungszeiten offerierten.⁴⁸ Dies änderte sich erst kurz vor der Jahrhundertwende. Die Ärzte, meist aus den höheren Schichten stammend, standen solchen Problemen verständnis- und tatenlos gegenüber. In ihren Augen war die restriktive Vergabe der pharmazeutischen Substanzen ein wichtiges Instrument zur Bekämpfung der »Kurfuscher« und Kontrolle der Patienten.⁴⁹

Da sich die Lebensverhältnisse in den Großstädten trotz des hygienisch-bakteriologischen Aufklärungsdauerfeuers kaum änderten, starben auch 1900 noch 201 von 100.000 Patienten an Tuberkulose, ehe die Sterbeziffern sanken.⁵⁰ In der Provinz, beispielsweise Minnesota, stiegen die Todesraten bis 1911 sogar noch an, weil das Wissen um Vorbeugung oder Vermeidung nicht transportiert wurde.⁵¹ Bakteriologische Labore außerhalb der Spitzenuniversitäten richtete man erst nach 1900 ein.⁵²

Wissenschaftliche Erkenntnisse aus Europa wurden an der Ostküste gleichwohl zeitnah rezipiert. So übernahm John Milner Fothergill (1841–1888) Anfang der 1870er Jahre die Forschungen von Hermann Nothnagel (1841–1905) zur Angina Pectoris.⁵³ Doch in den 1880er Jahren bot allenfalls ein Dutzend Universitäten Standards, wie sie in Wien oder Berlin seit Jahrzeh-

41 Sam B. Warner (1955); Ludmerer (1985), S. 87.

42 Connor (1991), S. 505.

43 Katherine Ott (1996), S. 33, 49–51.

44 Thomas (2001), S. 259.

45 Torchia (1975); Hödl: Tuberkulose (2002).

46 Bates (1992), S. 32, 55.

47 Feldberg (1995), S. 90 f.; Starr (1982), S. 186 f.

48 Rosenberg (1974), S. 35.

49 Malleck (2004), S. 175 f.

50 Leonard G. Wilson (1992), S. 16.

51 Leonard G. Wilson (1992), S. 19. Dort sollten die Todeszahlen erst in den 1940er Jahren signifikant sinken.

52 Kohler (1985), S. 55.

53 MacAlpin (1980), S. 292.

ten üblich waren.⁵⁴ Vielfach beschränkten sich selbst die »medical schools« der »Ivy League« auf die Rezeption deutschsprachiger Errungenschaften. So bestand die amerikanische Chirurgie aus »German authority and scientific advancement«.⁵⁵ In den 1880er Jahren folgte seitens der Physiologie die Übernahme der Studien Charles Sherringtons (1857–1952) zur Bewertung der körpereigenen Reflexe und der Bedeutung des Nervensystems.⁵⁶ Die einseitige Konzentration auf die nachträgliche Behebung rein somatisch interpretierter Krankheiten provozierte allerdings gerade innerhalb der US-Medizin Widerstand, wie sich am Beispiel von John Harvey Kellogg (1852–1943) nachvollziehen lässt. Er leitete ab 1875 ein Sanatorium in Battle Creek, das auf Patienten des gehobenen Bürgertums zugeschnitten war, aber in seiner Arbeitsweise stilbildend für die nordamerikanische Medizin wirkte. Kellogg verband Gedanken zur Ernährungsreform mit Hydrotherapie und weiteren naturheilkundlichen Ansätzen.⁵⁷ Auch befürwortete er den Einsatz der Massage, wobei diese Technik im angloamerikanischen Raum noch weitgehend uneinheitlich gelehrt und angewandt wurde.⁵⁸

Kellogg selbst empfahl sie als wertvolle Ergänzung der Hydrotherapie.⁵⁹ Als wichtigste Zielgruppe entdeckten die naturheilkundlich interessierten Ärzte die Frauen.⁶⁰ Die Massage des Unterleibs sollte insbesondere die Schädigungen durch das Korsett beheben und wurde seit den 1870er Jahren beworben.⁶¹ 1880 begann die Rezeption der Thure-Brandt-Massage als therapeutisches Allheilmittel gegen gynäkologische Leiden jeder Art.⁶² In den 1890er Jahren setzte die Bewerbung manualtherapeutischer Ansätze als holistische Therapie in der weitgespannten ärztlichen Welt der USA ein.⁶³

Das Korsett war in den USA ein preiswertes Massenphänomen, das die Trägerinnen zu einem Taillenmaß von höchstens 60 Zentimetern nötigte.⁶⁴ Frauen, die kein Korsett trugen, wurden automatisch als unmoralisch oder/und arm angesehen, da das Korsett die Frauen arbeitsunfähig machte. In Illustrierten wurden die Korsetts als gesundheitsfördernd angepriesen, was Ärzte zu dem Kommentar »Dressed to Kill« veranlasste.⁶⁵ Gleichzeitig aber warnten Mediziner vor Gewichtszunahme, da dies Muskeln jeder Art schädige.⁶⁶ Infolgedessen wählten viele Männer und Frauen das Korsett als Kontrollinstrument des Körpergewichts. Zugleich waren die Ärzte nicht zimperlich bei der Wahl

54 Bonner (1995), S. 291.

55 Rutkow (1998), S. 211.

56 Liddell (1960), S. 107.

57 Foxcroft (2011), S. 106; Wirz (1993), S. 159–164.

58 Calvert (2002), S. 87 f.

59 Kellogg (1895).

60 Legan (1971), S. 273.

61 Graham (1876); Verleysen (1956), S. 167; Steele (2001), S. 76.

62 Boldt (1889), S. 579. Siehe auch Florian Mildemberger (2008).

63 Calvert (2002), S. 111.

64 Miller (2010), S. 81.

65 Steele (2001), S. 67.

66 Foxcroft (2011), S. 80.

ihrer Therapien für weibliche Patienten. Ab 1872 kam in der sich entfaltenden nordamerikanischen Gynäkologie die »Battey-Operation« als rettender Eingriff zur Heilung und Prophylaxe gegen Hysterie (Hysterektomie) auf.⁶⁷ Der Eingriff wurde vom Doyen der Gynäkologie, James Marion Sims (1813–1883), unterstützt und bis in die 1890er Jahre inflationär angewandt.⁶⁸ Gegen fort-dauernde Frauenkrankheiten – häufig einhergehend mit Rückenproblemen – wurde ab 1880 mit Stromstößen experimentiert.⁶⁹ Diese Jahre der »wild adolescence of gynecology« unterminierten das Arzt-Patientinnen-Verhältnis in den USA.⁷⁰ Vielfach wandten sich Frauen bei gesundheitlichen Problemen an Hebammen.⁷¹ Wohl nicht zufällig sahen sich Behörden und Klinikdirektoren in den 1890er Jahren sogar in den Ostküstenstädten mit einer Flut an quacksalberischen Produkten konfrontiert, die von Kranken offenbar lieber gekauft wurden, anstatt ärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen.⁷²

Die Elektrotherapie wurde erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts durch ein ähnlich unkritisch eingesetztes Verfahren abgelöst, die Röntgenstrahlen.⁷³ Patientinnen adaptierten die Verwendung elektrischen Stroms schon in den 1890er Jahren auf ganz andere Weise: Im Kontext der Elektrotherapie waren elektrisch betriebene Massagegeräte in Umlauf gekommen, von denen der Vibrator das erfolgreichste Modell werden sollte.⁷⁴

Wollten Frauen gar Ärztinnen werden, so konnten sie nur in höchst eingeschränktem Maße ab den 1870er Jahren ein Studium aufnehmen.⁷⁵ Medizinische Sekten waren in diesem Fall meist progressiver als die Orthodoxie, die Eklektiker hatten ihre Hochschule in Rochester schon 1849 für Frauen geöffnet.⁷⁶

Neben mangelhaften Ausbildungsstätten und dem Wirrwarr in Theorie und Therapie hatten amerikanische Patienten auch mit dem chaotisch organisierten Krankenhaussystem zu kämpfen.⁷⁷ Medizinische Fortschritte erreichten selbst in Städten mit Colleges und Universitäten nur sehr langsam die alt-ingesessenen Praxen, weil eine Fortbildung der Ärzte – beispielsweise durch Privatdozenten der Hochschulen – zwar seit 1870 angedacht, aber so gut wie nie in die Praxis umgesetzt worden war.⁷⁸ So konnte es geschehen, dass trotz anderslautender Lehrinhalte an Universitäten auch nach 1850 noch Schwitz-

67 Zur Professionalisierung der US-Gynäkologie siehe Javert (1948).

68 Longo (1979), S. 246–248, 255. Zur Verwendung in Großbritannien siehe Holland (2008), S. 214. Für Deutschland siehe Shorter (1989), S. 173.

69 Longo (1986), S. 346.

70 Dally (1991), S. 187.

71 Kobrin (1966), S. 350.

72 James Harvey Young (1965), S. 155. Zur Rolle der Massenmedien siehe am Beispiel von *Harper's Weekly* James Harvey Young (1986).

73 Rosner (1988), S. 79.

74 Maines (1999), S. 84, 99.

75 Bonner (1988), S. 59–61.

76 Shryock (1966), S. 188.

77 Rosenberg (1987), S. 137–147.

78 Bonner (1990), S. 33.

kuren und Aderlässe zum Standardrepertoire amerikanischer Ärzte zählten.⁷⁹ Außerdem liefen selbst innerhalb der Kliniken und Hochschulen physiologische Forschung und klinische Anwendung nebeneinander – ohne dass beide Seiten sich beeinflussten.⁸⁰ Selbst wenn ein Leiden genau umrissen, diagnostiziert und von anderen Erkrankungen abgegrenzt werden konnte wie im Falle von Myasthenia gravis (asymmetrische Muskelschwäche), die erstmals 1893 allgemeingültig definiert wurde, konnte es deshalb noch lange nicht behandelt werden.⁸¹

Versuche, das Blut qualitativ mikroskopisch zu beurteilen, wurden im Amerika des 19. Jahrhunderts unternommen, aber keine Methode – auch nicht das vielfach beworbene Haemocytometer – konnte Ärzte oder gar Patienten in Krankenhäusern überzeugen.⁸²

War es in den 1840er Jahren selbst in Großstädten noch üblich gewesen, operative Eingriffe unter »Narkose« durch Mesmerismus oder Hypnose durchzuführen⁸³, so wurde ab 1860 in den Zentren des Fortschritts mit Chloroform gearbeitet⁸⁴. Im Hinterland hingegen existierten beide Vorgehensweisen über Jahrzehnte parallel.⁸⁵ Das antiseptische Spray nach Joseph Lister (1827–1912) war zwar seit etwa 1870 in den USA bekannt, wurde aber erst zehn Jahre später allmählich auch in Kliniken abseits der Ostküste eingesetzt.⁸⁶ Im Falle bestimmter Krankheiten, z. B. des Kropfes, konnten innerhalb eines Bundesstaates verschiedenste Lehrmeinungen gelehrt und in die Praxis überführt werden (z. B. Ohio, West Virginia).⁸⁷ Je nachdem, welchen Arzt ein Patient aufsuchte, erhielt er unterschiedlichste Deutungen und Therapieansätze – nicht seitens »Kurpfuschern« oder »Quacksalbern«, sondern von universitär ausgebildeten Ärzten. Diese verwendeten in ihrer täglichen Arbeit manchmal Gummihandschuhe, doch einheitliche Vorgaben seitens der Behörden oder ärztlichen Standesorganisationen über die Verwendung der Handschuhe erfolgten erst kurz vor 1900.⁸⁸

Bezüglich der Krankheiten des Skeletts kam es im Diskurs zwischen Ärzten und Patienten, aber auch älteren und jüngeren Ärzten zu erheblichen Verständigungsproblemen. So gab es Ende des 19. Jahrhunderts mehrere Tausend – häufig aus dem Deutschen übersetzte – Ausdrücke für die verschiedensten Wirbel, Muskeln, Knochen, Krankheiten oder Degenerationen.⁸⁹ Diese waren den älteren Ärzten schlichtweg unbekannt, die infolgedessen die Artikel in

79 Schüppel (1996), S. 306.

80 Geison (1997), S. 125.

81 Keynes (1961), S. 317.

82 Verso (1964), S. 152, 156f.

83 Rosen (1946).

84 Poynter (1950), S. 14f.

85 Auch wurde hier – vor allem aufgrund der Unwissenheit der Ärzte – mit verschiedenen Dosierungen von Chloroform an den Patienten experimentiert, siehe Amalie M. Kass (1995), S. 223.

86 Garipey (1994), S. 201.

87 Greenwald (1955).

88 Proskauer (1958), S. 380.

89 Singer (1959), S. 1.

den Fachzeitschriften nicht verstehen konnten. Die Belange von Orthopäden und ihrer Patienten waren für die »scientific community« ebenso wie für staatliche Stellen ohne Interesse – erst durch den Bedarf an Soldaten im Ersten Weltkrieg änderte sich dies.⁹⁰ Die Gesunderhaltung des Rückens oblag in den USA nicht den Ärzten, sondern den von deutschen Immigranten dominierten Turnvereinen, ab den 1880er Jahren ergänzt durch die Gymnastik.⁹¹ Das sich in den 1890er Jahren entfaltende Muskeltraining basierte allerdings auf einer dauerhaften Muskelkontraktion und war so eher schädlich, auch wenn das Turnen angeblich die »Willenskraft« stärkte und somit Nervosität und Hysterie vorbeugte.⁹² Symbolfigur dieser ersten Phase von »Bodybuilding« war der deutsche Immigrant Eugen Sandow (d. i. Friedrich Wilhelm Müller, 1867–1925), der auch die gewinnträchtige Einrichtung von Muskelstudios für Männer und Frauen vorantrieb, wodurch die Stärkung von Muskeln und Rücken gänzlich ärztlicher Kontrolle entzogen wurde.⁹³ In der Mittel- und Oberschicht dienten die »Zander-Institute« mit ärztlich angeleiteten Übungen als Korrektiv, um so auch die Technik der medizinischen Gymnastik zu verbreiten.⁹⁴ Rheumatische Beschwerden waren nicht nur eine beliebte Diagnose, sondern auch ein Feld für langwierige Behandlungen unter Zuhilfenahme der Elektro- oder Hydrotherapie sowie des Aderlasses oder von Blutegeln.⁹⁵ Dabei betrafen die Leiden vor allem Bevölkerungsteile, die ständig Zugluft, Kälte oder Nässe ausgesetzt waren – Unterschichten, die sich einen Arztbesuch kaum leisten konnten.⁹⁶ Eine Klassifizierung der Teilbilder von Rheuma sollte der Medizin erst Mitte des 20. Jahrhunderts gelingen.⁹⁷ Die krumme Körperhaltung der Erkrankten ließ sie in den Augen der Mitmenschen per se als krank erscheinen und stempelte sie zu Außenseitern.⁹⁸ Dagegen half scheinbar nur das Tragen eines Korsetts mit den üblichen Folgen. Chirurgische Therapien (Laminektomie) waren selten, und die Erkenntnisse der europäischen Neurochirurgie wurden erst nach 1900 in einigen wenigen Kliniken an der Ostküste umgesetzt.⁹⁹

Psychische Aspekte bei Krankheiten wurden nur in einem Fall – dann aber inflationär – in Diagnostik und Therapie bedacht. Sobald ein Patient »nervliche Erschöpfung« zu zeigen schien, waren Landärzte in den USA seit den 1880er Jahren rasch mit der entsprechenden Diagnose – Neurasthenie – zur Stelle.¹⁰⁰

90 Linker (2007), S. 98, 107.

91 Annette R. Hofmann (2001), S. 196; Gertrud Pfister: Role (2009), S. 1905, 1910.

92 Sandow (1903), S. 23.

93 Chapman (2006), S. 103; Merta (2008), S. 332. Siehe auch Sarasin (2001), S. 327.

94 Ueyama (1997), S. 166 ff. Zur Technik an sich siehe Kreck (1987); Fournier (1989).

95 Benedum (1994), S. 63. Kurzzusammenfassung bei Copeman (1964).

96 Derickson (2014), S. 38, 63. Zur Einordnung der Dispositionsgruppen für rheumatische Beschwerden siehe Zink/Zink/Hoffmeister (1985), S. 32.

97 Benedum (1994), S. 9.

98 Zum Schönheitsideal des aufrechten Körpers siehe Gilman (1999), S. 145.

99 Markham (1952), S. 379; Stookey (1952), S. 339.

100 Duffy (1968), S. 67.

Damit kopierten sie nur das Fehlverhalten ihrer eigenen akademischen Lehrer, die seit den 1840er Jahren in den Metropolen der Ostküste psychische Beschwerden mit »Spinalirritation« zu erklären versucht hatten.¹⁰¹ Demnach liege eine Überreizung des Rückenmarks vor¹⁰², eventuell als »Civilisationskrankheit«¹⁰³. Ähnlich war es in den 1860er Jahren im Falle des »railway spine« gewesen: Patienten, die in (Eisenbahn-)Unfälle verwickelt gewesen waren, wiesen trotz des Fehlens offenkundiger Verletzungen psychische und motorische Schädigungen auf.¹⁰⁴ Ärzte schlossen daraus, dass eine traumatische, schockartige Erfahrung das Rückenmark geschädigt habe. Diese Verletzung wandere weiter ins Gehirn und verhindere die Gesundung des Kranken.

Verkompliziert wurde der Diskurs durch die nach dem Bürgerkrieg anschwellende Moralisierungsdébatte, die viele psychosomatische Beschwerden auf ein ausschweifendes (Sexual-)Leben zurückführte.¹⁰⁵ Dieser Trend verstärkte sich in den 1890er Jahren.¹⁰⁶ Dadurch konnten die Wirbelsäulenbeschwerden vieler Patienten auf eine Schwächung des Rückenmarks reduziert werden.¹⁰⁷

Im Gefolge dieser Kampagnen etablierte sich auch eine Reihe fragwürdiger Therapien, die bedeutendste war Charles Tyrrells (1843–1918) »Cascade«. Dabei handelte es sich um ein halbautomatisches Klistier, mit dessen Hilfe schädliche Stoffe aus dem Körper gespült werden sollten. Tyrrell beutete dabei die durch die Sittlichkeitskampagnen weitverbreitete Idee aus, Krankheiten seien das Ergebnis eines ungesunden Lebensstils, wodurch die Menschen sich selbst vergifteten (»Autointoxikation«).¹⁰⁸ Damit bediente Tyrrell das diagnostisch-therapeutische Vakuum, das der New Yorker Nervenarzt George M. Beard (1839–1883) mit der von ihm »erfundenen« Krankheit der Neurasthenie 1880 verursacht hatte.¹⁰⁹ Seiner Ansicht nach war die fehlende oder fehlgeleitete »Nervenenergie« für jede Form der menschlichen Schwäche verantwortlich.¹¹⁰ Er übertrug somit die Erkenntnisse und Forschungen der amerikanischen Physiologie auf die seelische Ebene – und machte sie somit vollkommen unfassbar für therapeutische Ansätze. Da jeder Mensch potentiell neurasthenisch sein konnte, schaffte es Beards Krankheitsbegriff rasch in den Populärdiskurs und in die Sphären alternativer Heilkulturen.¹¹¹ Seine Omnidagnose konnte zudem als Umschreibung für die Unsicherheit von Ärzten

101 Schiller (1971), S. 250.

102 Radkau (2000), S. 52.

103 Siehe hierzu Haffter (1979), S. 228.

104 Fischer-Homberger (1975), S. 16; Thomann/Rauschmann (2004), S. 155 f.; Venzlaff (2005), S. 289.

105 Bullough/Voght (1973), S. 149–152.

106 Bert Hansen (1997), S. 15; Pivar (1973), S. 205 f.

107 Thomas W. Laqueur (2004), S. 200 f.

108 Sullivan-Fowler (1995), S. 373.

109 Radkau (2000), S. 52.

110 J. Stuart Moore (1993), S. 37.

111 Sicherman (1977), S. 35; Geberth (2004), S. 90, 96.

und Patienten über die Konsequenzen der rasanten Industrialisierung dienen, da die damit verbundenen Umbrüche im sozialen Leben vielen Menschen gewohnte Sicherheiten (Einkommen, Beruf) nahmen.¹¹²

In den 1890er Jahren gelang es den von den Metropolen an der Ostküste und den Hauptstädten bzw. Wirtschaftszentren der Bundesstaaten aus agierenden Vertretern der Schulmedizin sukzessive, den Einfluss von Konkurrenten zurückzudrängen: Die eigenen Ausbildungsstätten wurden professionalisiert, die hygienischen Präventionskampagnen zeigten allmählich Wirkung, neue schnell wirkende Medikamente (Antipyrin) zeitigten Erfolge und die zunehmende Technisierung der Krankenbehandlung drängte die homöopathischen Hochschulen an die Grenze ihrer finanziellen und wissenschaftstheoretischen Belastbarkeit.¹¹³ Auch gelang es, die Angehörigen der Mittel- und Oberschicht, u. a. durch Verstärkung populärwissenschaftlicher Aufklärung, für die bakteriologische Medizin zu gewinnen.¹¹⁴ Die Gesundheitsbehörden, so ineffektiv sie an vielen Orten auch waren, standen hinter den Maßnahmen der Schulmedizin. Zeitgleich formierte sich mit der Johns Hopkins Medical School eine neue Institution, an der Forschung, Klinik, Weiterbildung und einheitliche Ausbildung gleichzeitig angewendet wurden, doch dauerte es Jahrzehnte, bis sich diese Entwicklung an den Hochschulen in den gesamten USA durchsetzen sollte.¹¹⁵ Dies traf auch auf die Gründung neuer Fachgesellschaften und Fachrichtungen (Physiologie) zu.¹¹⁶ Deren Kompetenzgrenzen zeigten sich ebenfalls: Die Ausklammerung der Unterschichten aus dem Behandlungsprogramm ließ einen breiten Raum für alternative Akteure. Der Rücken bzw. die Wirbelsäule als Krankheitsherde spielten im Diskurs keine Rolle – allenfalls als Spielfelder für fragwürdige Therapien, z. B. im Falle von chronisch kranken Frauen (Battey-Operation) oder psychosomatischen Erkrankungen (»Spinalirritation«, »Neurasthenie«), die von Naturheilern und Ärzten gleichermaßen mit heroischen hydrotherapeutischen Programmen oder langwierigen Sanatoriumsaufenthalten kuriert werden sollten. In den Goldgräbercamps wurden zwar seuchenhygienische Kampagnen durchgeführt, die Therapiesituation für die überwiegend männlichen Arbeiter besserte sich aber nicht.¹¹⁷ Allenfalls schmerzhafte Streck- und Korrekturapparate mit langer Behandlungsdauer wurden eingesetzt.¹¹⁸ Da viele Patienten aber mobil, auf dem »langen Weg nach Westen« waren, konnten sie häufig nicht zielgerichtet behandelt werden.¹¹⁹ Auch mussten sie in Orten, die entlang der Treckrouten lagen, erheblich mehr Geld für ärztliche Leistungen ausgeben als in anderen Gegenden der USA.¹²⁰ Die Krankenhäuser hatten weiterhin einen schlechten Ruf: Der

112 Fuller (1982), S. 108, 114.

113 Dinges (1996), S. 155.

114 John Harley Warner (1982), S. 32.

115 Maienschein (1991), S. 49 f.; Numbers (1997), S. 134; Rosenberg (1990), S. 166 f.

116 Fye (1987), S. 93, 163.

117 Courtwright (1991).

118 Kinney (1983), S. 156.

119 Cassedy (1986), S. 57.

120 Dittrick (1945), S. 546.