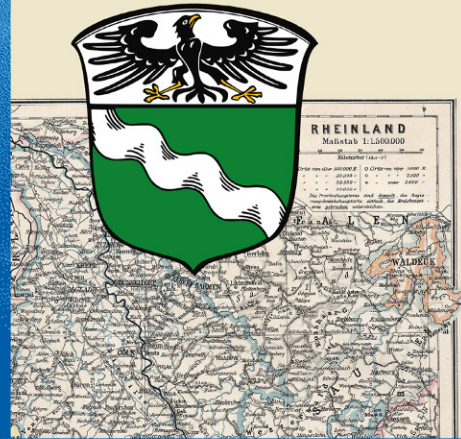


Halling · Moll



Urologie im Rheinland

Ort und Raum
in der Medizingeschichte

 Springer

Urologie im Rheinland

Thorsten Halling
Friedrich H. Moll
(Hrsg.)

Urologie im Rheinland

Mit 119 Abbildungen

 Springer

Thorsten Halling

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universität Ulm
Frauensteige 6, 89075 Ulm

Dr. med. Friedrich Moll

Curator der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Düsseldorf
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universität Ulm, c/o Urologische Klinik
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Neufelder Straße 32, 51067 Köln

ISBN-13 978-3-662-44697-3

ISBN 978-3-662-44698-0 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-44698-0

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

Springer Medizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Diana Kraplow

Lektorat: Dr. Marion Sonnenmoser, Stuttgart

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Geleitwort des Präsidenten

Für eine Fachgesellschaft wie die 1906 gegründete Deutsche Gesellschaft für Urologie war und ist die Auseinandersetzung mit der Fachgeschichte der Urologie und derjenigen ihrer Fachgesellschaft stets auch ein konstituierendes Element gewesen.

Ich freue mich daher besonders, dass meine Anregung, urologie-historische Aspekte des Rheinlandes und insbesondere unserer diesjährigen Kongressstadt Düsseldorf zu beleuchten, in der vorliegenden Publikation ihren Niederschlag findet.

Untersucht werden exemplarisch institutionelle und wissenschaftliche Entwicklungslinien, ökonomische und berufspolitische Zusammenhänge, die nationalsozialistische Verfolgung jüdischer Urologen sowie kulturhistorische Aspekte. Im Mittelpunkt stehen somit weniger am Fortschrittsparadigma orientierte »Erfolgsgeschichten«, sondern vielmehr die Bedeutung lokaler und raumbezogene Analysen für die Sozial- und Wissenschaftsgeschichte der Urologie.

Ich wünsche dem Buch einen guten Weg in die Hände aller an der Wissenschaftsgeschichte Interessierten.

Prof. Dr. med. Jan Fichtner
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Kongressjahr 2013/2014

Vorwort

Raum und Ort werden in der Wissenschaftsgeschichte wieder verstärkt als erkenntnisleitende Analysekategorien wahrgenommen. Mit der Studie zur Urologie in Dresden 2009 wurde bereits ein Versuch raumbezogener, lokalhistorischer Forschung zur Geschichte der Urologie unternommen.

Aus diesem Grund war es den Herausgebern ein freudiger Anlass, dass der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) 2014 zum wiederholten Male in Düsseldorf – sozusagen am Konstitutionsort der DGU nach Ende des Zweiten Weltkriegs – stattfindet und dass der Präsident der DGU 2013–2014, Herr Prof. Dr. med. Jan Fichtner, an sie herantrat, eine Publikation vorzubereiten, die den raumbezogenen und lokalgeschichtlichen Bezug der Urologie zum Rheinland aufzeigen sollte. In der Medizingeschichte besitzen raumbezogene Fragestellungen aktuell einen hohen Stellenwert, und die DGU hat sich seit jeher als ein Forum verstanden, deren Ziel es (auch) ist, medizinhistorisches Wissen über das Fachgebiet einer breiten Öffentlichkeit zu vermitteln.

Die Herausgeber möchten in dem nun vorgelegten Buch nicht nur den rheinischen, insbesondere Düsseldorfer und Kölner Quellen der Urologie nachspüren – wobei die Definition des Rheinlandes weiter gefasst ist und sich eher an geographischen und kunsthistorischen Grenzen orientiert –, sondern auch Ereignisse aufzeigen, in denen das Rheinland (eher als Kulturraum denn als fest definierte Region) die Fachentwicklung prägte. Die Autoren der hier versammelten medizin-, wissenschafts-, sozial-, literatur- und kunsthistorischen Beiträge analysieren beispielhafte institutionelle, biographische, kunst- und kulturhistorische Aspekte. Sie veranschaulichen aus unterschiedlichen Perspektiven, dass die Urologiegeschichte als Teil der Medizingeschichte einen integrativen Bestandteil der lokalen Kultur- und Sozialgeschichte darstellt.

Die gute Zusammenarbeit mit dem Springer-Verlag hat sich wieder sehr bewährt. Stellvertretend möchten wir Frau Kraplow danken, die die besonderen Voraussetzungen für die Verlegung unserer Publikation berücksichtigt hat. Wir danken auch der Lektorin Frau Dr. Sonnenmoser für ihre zahlreichen, wertvollen Hinweise.

Unter den gegenwärtig angespannten ökonomischen Bedingungen danken wir den Firmen Farco Pharma und Storz sowie dem Vorstand der DGU besonders herzlich, denn ohne deren großzügige Unterstützung materieller und ideeller Art wäre eine Drucklegung nicht möglich gewesen.

Möge diese Publikation den Dialog der an der Urologiegeschichte Interessierten im Allgemeinen fördern wie auch den wissenschaftlichen Austausch mit Wissenschaftshistorikern im Besonderen unterstützen.

Ulm/Köln, September 2014

Thorsten Halling

Friedrich Moll

Inhaltsverzeichnis

1	Urologie im Rheinland – Perspektiven raumorientierter Medizingeschichte 1		
	<i>Thorsten Halling, Friedrich Moll, Heiner Fangerau</i>		
1.1	Von der Lokal-, Landes- und Regionalgeschichte zu einer »Raumgeschichte« der Medizin 4		
1.2	Urologie im Rheinland nach 1945 – Von der Peripherie ins Zentrum 11		
1.3	Fazit 22		
1.4	Literatur 22		
2	Die Deutsche Gesellschaft für Urologie und der Neuanfang in Düsseldorf nach 1948 27		
	<i>Thorsten Halling, Friedrich Moll, Dirk Schultheiss, Peter Rathert</i>		
2.1	Einleitung 28		
2.2	Medizinische Fachgesellschaften zwischen Zentrum und Peripherie 28		
2.3	Neuordnung der deutschen Urologie in der Nachkriegszeit 30		
2.4	Urologenkongresse in Düsseldorf 32		
2.5	Aufgabenerweiterung und die Einrichtung einer Geschäftsstelle in Düsseldorf 38		
2.6	Archiv und Museum der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Düsseldorf 41		
2.7	Zusammenfassung 45		
2.8	Literatur 46		
3	Geschichte der Klinik Golzheim in Düsseldorf – Entwicklung einer urologischen Fachklinik 49		
	<i>Patrick J. Bastian</i>		
3.1	Situation der Medizin in Düsseldorf 50		
3.2	Gründung der Klinik in Düsseldorf-Golzheim 50		
3.3	Die Entwicklung der Klinik Golzheim während der NS-Zeit und des Zweiten Weltkrieges 54		
3.4	Die Entwicklung der Klinik nach dem Zweiten Weltkrieg 54		
3.5	Modernisierung und Umbau der Klinik Golzheim Mitte der 1970er Jahre 56		
3.6	Aktuelle Position der Klinik Golzheim in der Urologie 57		
3.7	Literatur 58		
4	Balneologie und Syphilistherapie in Aachen 61		
	<i>Matthis Krischel</i>		
4.1	Badekuren 62		
4.2	Syphilistherapie 68		
4.3	Balneotherapie der Syphilis in Aachen 70		
4.4	Zusammenfassung und Ausblick 73		
4.5	Literatur 73		
5	Frühe uro-chirurgische Operationen und die Etablierung der Zystoskopie im Rheinland 75		
	<i>Friedrich Moll</i>		
5.1	Zur Einführung 76		
5.2	Bernhard Bardenheuer 77		
5.3	Das Bürgerhospital am Neumarkt 79		
5.4	Operative Medizin 82		
5.5	Urologie 83		
5.6	Wissenschaft 84		
5.7	Gottfried Thelen 85		
5.8	Zusammenfassung und Ausblick 92		
5.9	Literatur 93		
6	Jüdische Urologen im Rheinland in der Zeit des Nationalsozialismus – Verfolgung, Vertreibung, Ermordung ... 97		
	<i>Thorsten Halling, Friedrich Moll</i>		
6.1	Einführung 98		
6.2	Verfolgung jüdischer Ärzte nach 1933 99		
6.3	Urologen im Rheinland zwischen Verfolgung und Emigration 102		
6.4	Biografische Skizzen 103		
6.5	Fazit 117		
6.6	Literatur 121		
7	Eine »festgeschlossene Front«: Karl Heusch und die deutschen Urologen ... 125		
	<i>Richard Kühl</i>		
7.1	Literatur 141		

8 Miszellen zur Urologie in der Kunst- und Kulturgeschichte des Rheinlandes1 4 3

Friedrich Moll

- 8.1 Einleitung 144
- 8.2 Römische Traditionen 144
- 8.3 Beschneidung Christi 146
- 8.4 Schutzheilige und Nothelfer 149
- 8.5 Fazit 153
- 8.6 Literatur 153

9 Rheinische Patienten: Pathographien zu Robert Schumann und Heinrich Heine1 5 7

Joseph A. Kruse

- 9.1 Kultur- und medizinhistorisches Interesse an Künstlern und deren Krankheiten 158
- 9.2 Forschungsarbeiten und Quellenstudien zu den Krankheiten Heines und Schumanns 160
- 9.3 Berührungspunkte und Unterschiede zweier Kranker wie Heine und Schumann 163
- 9.4 Anmerkungen zu Schumanns Pathographie 168
- 9.5 Anmerkungen zu Heines Pathographie ... 170
- 9.6 Rheinische Kranke als unsterbliche Weltbürger 175
- 9.7 Literatur 176

10 Das Gemälde des Dr. Koch von Otto Dix: Medizin und moderne Kunst1 7 9

Friedrich Moll

- 10.1 Zur Einführung 180
- 10.2 Der Düsseldorfer Urologe Dr. Hans Koch .. 180
- 10.3 Der Maler Otto Dix 183
- 10.4 Das »Bildnis Dr. Hans Koch« 185
- 10.5 Fazit: Mediziner in Dix' Werk 189
- 10.6 Literatur 191

11 Darstellungen zur Harnschau in den Totentänzen der Graphiksammlung »Mensch und Tod« der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf1 9 3

Luise Maslow

- 11.1 Einleitung 194
- 11.2 Das zerbrochene Harnglas – ein Attribut des Totentanzes 195
- 11.3 Die monumentalen Totentänze 195

- 11.4 Hans Holbeins Bilder des Todes 199
- 11.5 Totentänze in der Nachfolge Hans Holbeins d. J. 201
- 11.6 Das Verschwinden der Harnschau aus den Totentänzen der Moderne 206
- 11.7 Fazit 207
- 11.8 Literatur 209

Stichwortverzeichnis211

Autorenverzeichnis

Bastian, Patrick J., Prof. Dr. med.

Klinik für Urologie
Paracelsus-Klinik Golzheim
Friedrich-Lau-Straße 11, 40474 Düsseldorf

Fangerau, Heiner, Prof. Dr. med.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universität Ulm
Frauensteige 6, 89075 Ulm

Halling, Thorsten, M.A.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universität Ulm
Frauensteige 6, 89075 Ulm

Krischel, Matthias, Dr. phil.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Uniklinikum RWTH Aachen
Wendlingweg 2, 52074 Aachen

Kruse, Joseph A., Prof. Dr. phil.

Direktor i. R. des Heinrich-Heine-Instituts, Düsseldorf
Vorsitzender der Heinrich-Heine-Gesellschaft e.V.
Heylstraße 29, 10825 Berlin

Kühl, Richard, Dr. rer. medic.

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Goethestr. 6, 72076 Tübingen

Maslow, Luise

Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf

Moll, Friedrich H., Dr. med., M.A., FEBU

Curator der Deutschen Gesellschaft für Urologie,
Düsseldorf
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universität Ulm, c/o Urologische Klinik
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Neufelder Straße 32, 51067 Köln

Rathert, Peter, Prof. Dr. med.

Archivar i. R. der Deutschen Gesellschaft für Urologie,
Düsseldorf
Rheinort 5, 40213 Düsseldorf

Schultheiss, Dirk, Prof. Dr. med.

Archivar der Deutschen Gesellschaft für Urologie,
Düsseldorf
Gemeinschaftspraxis für Dermatologie und Urologie
Balsersche Stiftung
Friedrichstr. 21, 35392 Gießen

Urologische Belegabteilung
Evangelisches Krankenhaus Gießen
Paul-Zipp-Str. 171, 35398 Gießen

Urologie im Rheinland – Perspektiven raumorientierter Medizingeschichte

Thorsten Halling, Friedrich Moll, Heiner Fangerau

- 1.1 Von der Lokal-, Landes- und Regionalgeschichte zu einer »Raumgeschichte« der Medizin – 4**
 - 1.1.1 Raumformationen und Raumfiguren: Medizinische Versorgung und Vernetzung – 6
 - 1.1.2 Raumdynamiken und Raumpraktiken: Medikale Handlungs- und Erfahrungsräume – 7
 - 1.1.3 Raumwahrnehmungen und Repräsentationen – 8
- 1.2 Urologie im Rheinland nach 1945 – Von der Peripherie ins Zentrum – 11**
- 1.3 Fazit – 22**
- 1.4 Literatur – 22**

Folgt man den kurzen Skizzen des Düsseldorfer Medizinhistorikers Wilhelm Haberling (1871–1940) (Laux 2007) aus den 1920er Jahren, so kommt rheinischen Ärzten und Naturforschern ein nicht unerheblicher Anteil an der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zu (Haberling 1926). 1926, in einer Ausstellung mit dem klingenden Titel »Zweitausend Jahre Gesundheitspflege am Rhein« im Rahmen der großen Gesundheitsausstellung GeSoLei in Düsseldorf, wurde diesen rheinischen Heilkundigen ein »Ehrensaal« gewidmet (Haberling 1927). Auch einer von Haberlings Nachfolgern, Hans Schadowaldt (1923–2009), beschreibt die Medizin im Rheinland als erfolgreiche Fortschrittsgeschichte, deren Personal von Wundärzten bis hin zu Nobelpreisträgern reichte (Schadowaldt 1986). Ob diesen Befunden ein besonders regionales Bewusstsein oder ein frühes Empfinden für die globalen Dimensionen lokaler Ereignisse zugrunde liegt, bleibt Spekulation. Die Beschäftigung mit der regionalen Medizingeschichte selbst hat im Rheinland – wie diese beiden Beispiele zeigen – hingegen eine lange Tradition. Bereits 1911 hatte sich eine »Westdeutsche Gruppe« der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften formiert, die nach mehreren Umbenennungen schließlich 1928 als »Rheinische Gesellschaft« firmierte und als Vorbild für den heutigen »Rheinischen Kreis der Medizinhistoriker« diente (Gipperich u. Karenberg 2011). Die auf den informellen Treffen dieses Kreises gehaltenen Vorträge wurden allenfalls verstreut publiziert, bis 2009 mit dem Tagungsband »Medizingeschichte im Rheinland«, der einen Themenschwerpunkt zur Medizingeschichte in Aachen beinhaltet, eine Schriftenreihe eröffnet wurde (Groß u. Karenberg 2009). Inzwischen nach Epochen gegliedert, umfassen die Sammelbände Beiträge u. a. zu wissenschafts- und sozialhistorischen sowie biographischen Fragestellungen mit einem breiten Methodenspektrum (Groß et al. 2011). Der bewussten »Tendenz zur Erweiterung des wissenschaftlichen Horizonts« folgend, sind viele der hier versammelten Beiträge nur mittelbar mit dem Rheinland verbunden, etwa über von hier ausgehende Traditionen oder die institutionelle Affiliation der Autoren (Karenberg et al. 2013, S. 5). Die Schriftenreihe dokumentiert also eher die

Medizingeschichtsschreibung *im* Rheinland, und es sind die medizinhistorischen Institute, die durch die Vergabe entsprechender Dissertationen oder durch größere Forschungsprojekte lokalhistorische Untersuchungen u. a. zu Ärztebiographien, Krankenhäusern, Gesundheitsverhältnissen im Allgemeinen sowie auch zu speziellen medizinischen Fachrichtungen initiiert haben.¹ Auf die Vielzahl vergleichbarer lokalhistorischer Studien für viele andere Regionen verweisen die Rezensionsteile der medizinhistorischen Zeitschriften.² Für die Urologie im Rheinland liegen u. a. Studien zur Entwicklung einzelner urologischer Abteilungen und Kliniken im Untersuchungsgebiet bzw. zu einzelnen dort wirkenden Urologen für Aachen (Kühl 2011; Wrobel 2013), Düren (Kausen 1982), Düsseldorf (Al-Fartwsi 2007; Koenen 2009) und Köln (Moll et al. 1998) vor.³

Diese genannten Ansätze möchte der vorliegende Band zum einen durch eine synoptische Übersicht ergänzen, zum anderen aber auch die Erkenntnispotenziale eines methodisch-konzeptuellen Fokus auf einen lokalen bzw. regionalen Raum herausarbeiten. Dieser Schwerpunkt auf den lokalen Raum ergibt sich unserer Meinung nach beinahe zwingend aus zahlreichen medizinhistorisch relevanten Fragestellungen und Quellenbeständen. Im Folgenden sollen am Beispiel des Rheinlandes zunächst die Frage der Doppelfunktion von Landes- und Regionalgeschichte, erstens als Untersuchungsgegenstand und zweitens als Methode, sowie Ansätze der historischen Raumforschung erläutert werden. Anhand von möglichen Fragestellungen und Quellen, die sich zum Teil auch in den Beiträgen dieses Bandes wiederfinden, wird daran anschließend der Erkenntnisgewinn von räumlichen Analysekatgorien für die Medizingeschichte im Allgemeinen und für die Geschichte der Urologie im Besonderen diskutiert. Eine abschließende, statistisch geprägte Skizze zur

¹ Vgl. hier beispielhaft die Reflexionen des Düsseldorfer Instituts für Medizingeschichte (Koppitz et al. 2012)

² Z. B. Sudhoffs Archiv: <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/zeitschriften/id=229>

³ Für die Urologie Dresden liegt ein alle diese Aspekte umfassender Sammelband bereits vor (Schultheiss u. Moll 2009).

Urologie im Rheinland bzw. in Nordrhein-Westfalen verdeutlicht die regionale Ausweitung der urologischen Krankenversorgung und Forschung nach 1945 bis in die 1980er Jahre, die durchaus exemplarisch für die generelle Fachetablierung und die Auflösung der klassischen Zentren in der Urologie in Deutschland zugunsten der früheren Peripherie steht.

Kurzum, nicht der rheinische Untersuchungsraum soll somit primärer Gegenstand der in diesem Band versammelten Studien sein, sondern es sollen die für die Geschichte der deutschen Urologie als einer medizinischen Fachdisziplin exemplarischen Entwicklungen unter den spezifischen Bedingungen eines geographisch definierten Raums herausgearbeitet werden. Ebenso wie historische Periodisierungen einen ständigen Streitpunkt in der historischen Forschung darstellen, muss auch die Definition des Rheinlandes aufgrund der wechselvollen politischen Geschichte der Region ein Versuch bleiben. Sie dient weniger der Ausgrenzung, sondern mehr dazu, die Erwartungen an hier behandelten Standorte urologischer Forschung und Praxis zu begrenzen.

Das Rheinland ist ein gewachsener Kulturraum, der in der heutigen Wahrnehmung stark von den kreisfreien Städten Aachen, Bonn, Düsseldorf, Köln, Krefeld, Leverkusen und Mönchengladbach geprägt wird. Als vor allem touristische Subregion muss in dieser Hinsicht auch der »Niederrhein« erwähnt werden, zu dem die Kreise Kleve, Wesel und Viersen sowie die Städte Krefeld und wiederum Duisburg, im weiteren Sinne auch Teile der Städte Isselburg und Oberhausen, der Rhein-Kreis Neuss, die Stadt Mönchengladbach und der Kreis Heinsberg gezählt werden.⁴ Das Institut für niederrheinische Kulturgeschichte und Regionalentwicklung an der Universität Duisburg-Essen geht der historischen Identität dieser Region nach (Hantsche 1999).⁵ In den Zweckverbänden Euregio Rhein-Waal mit Sitz in Kleve⁶ und Euregio

Maas-Rhein mit Sitz in Eupen⁷ werden auch die niederländischen und belgischen Grenzregionen einbezogen. Auch hier kann auf historische Vorläufer (u. a. Bistum Lüttich, bis 1918 sowie 1940–1945 gehörte die Region um Eupen-Malmedy und St. Vith zum Deutschen Reich) zurückgegriffen werden. Diese Überschneidungen gelten auch für Duisburg und Oberhausen, die vor allem als Teil der Metropole Ruhr vermarktet und rezipiert werden, zu der ebenfalls Essen gehört.⁸ Auch das sog. Bergische Städtedreieck, bestehend aus Remscheid, Solingen und Wuppertal pflegt ein eher eigenständiges Profil.⁹ Dieser verwirrenden Vielfalt, die sehr unterschiedlichen Interessen und Traditionen geschuldet ist, kann durch Zuhilfenahme von aktuellen Verwaltungseinheiten mit einiger historischer Berechtigung begegnet werden.

Die genannten Städte und Kreise bilden als heutige (seit 1972) Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln den »Nordrhein« des heutigen Nordrhein-Westfalens und gehören in den Organisationsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR), einer Mittelbehörde (Kommunalverband), die auf die Zeit zurückgeht, in der die Region zu Preußen gehörte (Abb. 1.1).¹⁰ Der LVR bildet ungefähr den nördlichen Teil der ehemaligen preußischen Rheinprovinz ab. Deren südlicher Teil mit den Regierungsbezirken Koblenz und Trier gehört heute zu Rheinland-Pfalz.¹¹ Das Gebiet

⁷ <http://www.euregio-mr.com/de> (Recherche vom 20.07.2014)

⁸ <http://www.ruhr-tourismus.de/die-metropole-ruhr.html> (Recherche vom 20.07.2014)

⁹ <http://www.regionalagentur-rsw.de/home> (Recherche vom 20.07.2014)

¹⁰ Der Regierungsbezirk Aachen bestand zwischen 1816–1972.

¹¹ Die Verordnung Nr. 46 der britischen Militärregierung vom 23.08.1946 »Betreffend die Auflösung der Provinzen des ehemaligen Landes Preußen in der Britischen Zone und ihre Neubildung als selbständige Länder« bestimmte die Vereinigung des nördlichen Teils der ehemaligen preußischen Rheinprovinz mit der preußischen Provinz Westfalen und dem Fürstentum Lippe zum Bundesland Nordrhein-Westfalen. Die französische Militärregierung legt mit Verordnung Nr. 57 vom 30.08.1946 die Schaffung des Bundeslandes Rheinland-Pfalz aus dem südlichen Teil der ehemaligen preußischen Rheinprovinz (Regierungsbezirk Koblenz und Trier) fest (vgl. Herres u. Holtz 2011).

⁴ <http://www.niederrhein-tourismus.de> (Recherche vom 20.07.2014)

⁵ <https://www.uni-due.de/inkur> (Recherche vom 20.07.2014)

⁶ <http://www.euregio.org> (Recherche vom 20.07.2014)



▣ **Abb. 1.1** Die Mitgliedskörperschaften des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR): 13 kreisfreie Städte, 12 Kreise und die StädteRegion Aachen (Quelle: LVR, mit freundl. Genehmigung)

des LVR umfasst eine Fläche von 12.655 Quadratkilometern mit einer Gesamt-Einwohnerzahl von 9.568.491 (Stand 2012).¹² Zu den Aufgaben des LVR gehören »rheinlandweit Aufgaben in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und der Kultur«.¹³ Hier verbinden sich unter medizinhistorischen Gesichtspunkten relevante Untersuchungsgegenstände¹⁴ mit einer regionalen Identitätspflege, wie sie besonders in den »Rheini-

schen Industriemuseen« zum Ausdruck kommt.¹⁵ Auch der Ärztekammerbezirk »Nordrhein«, der die berufsständische Vertretung für 55.327 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 2012) darstellt, folgt diesen historischen Grenzen.¹⁶

1.1 Von der Lokal-, Landes- und Regionalgeschichte zu einer »Raumgeschichte« der Medizin

Lokalgeschichte steht nicht selten unter dem Verdacht, eine laienhafte Heimatgeschichte zu sein. Tatsächlich aber sind nicht nur sehr viele Qualifikationsarbeiten in den Geschichtswissenschaften und auch in der Medizingeschichte Lokalstudien – mehr oder weniger mit dem Anspruch, allgemeine, übergreifenden Phänomene und Entwicklungen am lokalen Beispiel in ihren Wirkungszusammenhängen besser – oder überhaupt erst – erklären zu können (Davies 2000). Ebenso verhält es sich mit der Landes- und Regionalgeschichte. Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich aus einer auf politisch-dynastische Entwicklungen konzentrierten Territorialgeschichte eine institutionalisierte Landesgeschichtsforschung im Sinne eines erweiterten kulturgeschichtlichen Ansatzes, deren Interdisziplinarität vor allem in den 1920er Jahren – maßgeblich ausgehend von dem Bonner »Institut für geschichtliche Landeskunde der Rheinlande« kennzeichnend wurde (Nikolay-Panter 2007).¹⁷ Die Landesgeschichte erfüllt somit die Doppelfunktion von Untersuchungsgegenstand und Methode. Letzteres erfüllt sie in der beispielhaften Analyse von kleineren und mittleren geographischen Räumen. Zu einer übergreifenden historischen Erkenntnis führt dann der vergleichende Ansatz, also die Gegenüberstellung mit Forschungsergebnissen aus anderen Regionen (Werner 2007, S. 176), die auch für die Medizingeschichte gefordert wird (Löwy

¹² http://www.lvr.de/de/nav_main/derlvr/organisation/gebietundmitglieder/gebietundmitglieder_1.html (Recherche vom 20.07.2014)

¹³ http://www.lvr.de/de/nav_main/derlvr/organisation/derlvr/inkurzform.jsp (Recherche vom 20.07.2014)

¹⁴ Seit 2011 fördert der LVR selbst ein medizinhistorisches Forschungsprojekt zur »Aufarbeitung und Dokumentation der Geschichte der Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in Institutionen des Landschaftsverbandes Rheinland seit 1945«. <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/index.php?id=21160> (Recherche vom 20.07.2014)

¹⁵ www.industriemuseum.lvr.de (Recherche vom 22.07.2014)

¹⁶ <http://www.aekno.de/page.asp?pagelD=35> (Recherche vom 22.07.2014)

¹⁷ Gegründet 1920 von Hermann Aubin (1885-1969), heute Abteilung für Rheinische Landesgeschichte des Institutes für Geschichtswissenschaft der Universität Bonn

2007). Ein dritte Funktion von Orts- und Landesgeschichte, die der Sinnstiftung, drückt sich – ähnlich der Nationalforschung – beispielsweise in der Gründung von örtlichen Geschichts- und Altertumsvereinen aus, die nicht vorrangig von einem professionellen Interesse, sondern von Heimatverbundenheit getragen werden, und die sich für die Bewahrung materiellen und ideellen Kulturguts einsetzen (Labisch 2005, S. 12). Sie drückte sich im negativen Fall aber auch in der Bonner Kulturraumforschung aus, die sich während des Nationalsozialismus der »Blut und Boden«-Ideologie andiente, indem sie deutsche Expansionsbestrebungen durch den Nachweis vermeintlicher historischer Zugehörigkeit von Teilen der westlichen Nachbarstaaten wie Belgien, der Niederlande und Frankreich zum »germanisch-deutschen« Siedlungsgebiet zu rechtfertigen versuchte (Rutz 2007). Ein jüngeres Beispiel ist der 1976 an der Universität Düsseldorf eingerichtete Lehrstuhl für neuere Landesgeschichte, der dazu beitragen sollte, ein Landesbewusstsein im sog. Bindestrich-Land zu entwickeln (Cornelissen 2004, S. 459–465).

Unsere eigene Definition des Rheinlandes verdeutlicht den konstruktiven Charakter von Regionen, gäbe es doch auch gute Gründe dafür, die gesamte ehemalige Rheinprovinz in den urologiehistorischen Blick zu nehmen: »Räume sind nicht, Räume werden gemacht« (Schultz 1997). Übertragen auf die medizinhistorische Forschung gilt diese interessengeleitete Vergangenheitskonstruktion für die Mehrzahl der Festschriften, die beispielsweise im Rahmen von Jubiläen von Kliniken oder medizinischen Fachgesellschaften erstellt wurden. Hier standen und stehen Aspekte der Identitätsbildung und des History marketing (Moll 2006) häufig stärker im Vordergrund als eine kritisch-historische Analyse (Münch 2005). Die (fach-) öffentlich eingeforderte Auseinandersetzung mit der Zeit des Nationalsozialismus hat allerdings auch innerhalb dieser Gattung insgesamt zu einer Verwissenschaftlichungstendenz geführt (Esch et al. 1997; Forsbach 2006; Wenge 2006). Die historische Aufarbeitung der Verfolgung und Vertreibung der jüdischen Ärztinnen und Ärzte während des Nationalsozialismus stellt hier ein besonderes Beispiel dar. Im lokalen und regionalen Kontext, beispielsweise auf Grundlage von Gestapo- oder

Wiedergutmachungsakten, lösen sich die untersuchten Einzelschicksale aus der Anonymität und geben ihnen ein Gesicht und ordnen sie in ihren damaligen Handlungs- und Erfahrungsraum ein (Damskis 2009; Halling u. Moll in diesem Band; Schwach 2009).

In Opposition zur lange auf die Epoche des Mittelalters und der Frühen Neuzeit konzentrierten Landesgeschichte entwickelte sich in den 1970er Jahren die Regionalgeschichte mit dem zeitlichen Schwerpunkt auf der Moderne, wie etwa die Phase der Industrialisierung (Buchholz 1998). In der Medizingeschichte erlangte die vergleichende lokal- und regionalhistorische Perspektive in den 1980er Jahren im Zusammenhang mit der Frage nach den räumlichen Determinanten allgemeiner und spezieller Gesundheitsverhältnisse Bedeutung (Labisch u. Vögele 1997). Die Expansion urbaner Lebensräume im 19. Jahrhundert unter den Bedingungen moderner Industriearbeit, Wohn- und Ernährungsverhältnisse, zusammengefasst als politisches Problemfeld »Stadt und Gesundheit«, ließ sich nicht allein aus nationalen Statistiken heraus beschreiben. Lokale Quellen zur Gesundheit in der Industriestadt wurden beispielsweise für Düsseldorf systematisch erschlossen (Woelk 1996).

Vor allem die Krankenhaushistoriographie steht in einer langen Tradition von lokalen Einzelfalluntersuchungen. Das Wechselverhältnis zwischen räumlicher Organisation und medizinischer Praxis und somit auch zur Ausbildung medikaler Wissenskulturen wurde dabei, beispielsweise aufbauend auf etablierte soziologische Modelle zur sozialen Organisation von Raum, zunächst nur selten eingehend thematisiert (Prior 1988). Krankenhäuser und Arztpraxen, also Orte, an denen sich Arzt-Patienten-Beziehungen, Technisierung und Ökonomisierung der Medizin in besonderer Weise verdichten, können als »medikale Räume« verstanden werden, als Synthese aus physisch begrenztem Ort, Handlungsraum und Diskurs. Medikale Räume sind zugleich Bestandteil einer »medikalen Kultur«, wie Dagmar Hänel und Alois Unterkirchner unter dem Titel »Die Verräumlichung des Medikalen« prägnant ausführen: »Gerade im Bereich der Medikalkulturforschung erweist sich die sensible Wahrnehmung, Beschreibung und Interpretation von Räumen, ihren dinglichen Repräsen-

tationen wie sozialen Praxen des Spacing als aus-sagestarker Indikator für kulturelle Konzepte von Körper, Gesundheit/Krankheit, Normalität und Devianz wie auch ihrer Nutzung in spezifischen Machtstrukturen« (Hänel u. Unterkircher 2010, S. 18). Relationale Raumkonzepte (Löw 2012) wie dieses sind in der deutschsprachigen medizinhistorischen Forschung bisher nur sehr zurückhaltend adaptiert worden, auch wenn für viele Arbeitsfelder raumbezogene Fragestellungen einerseits und theoretisch-methodische Impulse aus Soziologie, Geographie und Philosophie andererseits, auch und gerade in der Krankenhaushistoriographie nachzuweisen sind (Görgen u. Halling 2014).

Hier soll und kann kein umfassender Forschungsbericht gegeben werden, sondern nur auf einige Perspektiven räumlicher Bedingtheit von Medizin, lokale bzw. regionale Quellen sowie mögliche Analyse-kategorien, wie Raumformationen, Raumdynamiken, Raumpraktiken und Repräsentationen (Rau 2013, S. 134) eingegangen werden, die im Kontext des »Spatial Turn« und der *Space Studies* (Kajetzke u. Schroer 2012, S. 198) stehen und die teilweise auch im vorliegenden Band aufgegriffen wurden. Kurz zusammengefasst ist der Spatial Turn als postmoderner Gegenentwurf zu den historisch orientierten Sozialtheorien der Moderne zu verstehen (Döring u. Thielmann 2008, S. 8–9) und damit in eine ganze Reihe von »Turns« einzuordnen, die alle unter dem Sammelbegriff des »Cultural Turn« eine methodisch-theoretische Neuformulierung der Sozial- und Geisteswissenschaften anstrebt(en). Diese Wenden haben quer zu den Disziplinen bisher unbearbeitete Forschungsfelder erschlossen und »den etablierten Theorien- und Methodenkanon durch gezielte Forschungsanstöße aufgebrochen« (Bachmann-Medick 2009, S. 7).

1.1.1 Raumformationen und Raumfiguren: Medizinische Versorgung und Vernetzung

Trotz zunehmender Spezialisierung und Zentrenbildung ist die medizinische Regelversorgung bis heute vor allem lokal oder regional organisiert; für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg stehen vergleichende Untersuchungen für Deutschland noch

aus. Als analytische Leitdifferenzen medikaler Räume können raumbezogene Dichotomien dienen: Handelt es sich um offene oder geschlossene, gebaute bzw. bebaute oder unbebaute, feste oder bewegliche Raumformationen, unterliegen sie einer zeitlichen Begrenzung oder sind sie verstetigt, liegen sie im Zentrum oder an der Peripherie (Rau 2013, S. 145–149)? In der medizinhistorischen Forschungspraxis erweisen sich solche Dichotomien – selbst wenn man sie auf die Verhältnisse in westlichen Industrienationen beschränkt – mitunter als ergänzungsbedürftig. Mit sog. Raumfiguren, wie Grenze oder Schwelle, wie Utopie oder Heterotopie (Orte der Anderen), wie Kopräsenz und Simultanität sowie Netzwerken können »Phänomene des Nebeneinanders und der Überlagerung« erfasst und beschrieben werden (Rau 2013, S. 150). So sind beispielweise psychiatrische Kliniken der *geschlossenen* Fürsorge zuzuordnen, ihre Grenzen jedoch durchlässig (Hess u. Schmiedebach 2012). Öffentliche Krankenhäuser sind hingegen keineswegs niedrigschwellige Institutionen, vor allem nicht für jene Personen ohne gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz. Auch der Zugang zu fachärztlichen Praxen ist vielfach reguliert sowie zeitlich und räumlich eingeschränkt (Marckmann 2006). Findet die medizinische Versorgung unter normalen Umständen in statischen, dauerhaften, umbauten Räumen statt, so kommen zeitlich begrenzte und bewegliche Alternativräume wie z. B. Behandlungszelte, Container, Krankenwagen, Notfall-Helikopter, Krankenhausschiffe hinzu.

Im Sinne Henri Lefebvres werden (soziale) Räume gesellschaftlich produziert, der physische Raum tritt schrittweise und irreversibel zurück (Lefebvre 2010; Rau 2013, S. 48). Untersuchungen zum Verhältnis von Stadt und Gesundheit fokussierten beispielsweise auf die der Etablierung von Krankenhäusern zugrundeliegenden Diskurse und die Bedeutung für die lokale Politik (Dross 2004). Krankenhausbauten als bauliche Materialisierungen von Krankheits- und Gesundheitskonzepten wiederum können weit über ihren eigentlichen Daseinszweck hinaus wirken, beispielsweise als institutionelle Impulse für medizinische Spezialisierungen. Am Beispiel der Klinik Golzheim in Düsseldorf stellt Patrick J. Bastian (in diesem Band) die Bedeutung einer der ersten deutschen Pri-

vatkliniken mit urologischem Versorgungsschwerpunkt dar. An einem Standort mit hoher Bevölkerungsdichte, in einem vergleichsweise stabilen ökonomischen Umfeld, vor dem Hintergrund der frühen Einrichtung einer urologischen Abteilung an den damaligen Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf, deren Leiter Mitbegründer der neuen Privatklinik werden sollte, und im Kontext der bedeutendsten Gesundheitsausstellung der Weimarer Zeit, der GeSoLei, konnte die dortige Urologie rasch an Reputation gewinnen, personelle Netzwerke knüpfen und Düsseldorf als einen namhaften, wenn auch im Vergleich zu Berlin und Wien peripheren Forschungsstandort in der Urologie etablieren. Diese komplexe räumliche Konstellation, die parallel auch für die Entwicklung der Urologie in anderen rheinischen Städten, insbesondere in Essen und Köln, gilt, entfaltete ihre eigentliche Wirkmacht allerdings erst nach Ende des Zweiten Weltkriegs. Im neu formierten Bundesland Nordrhein-Westfalen sorgten eine rapide Bevölkerungszunahme, wirtschaftliche Prosperität und landespolitischer Gestaltungswille auf dem Gebiet der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik insbesondere im Rheinland für eine Gründungswelle von Universitäten und Hochschulen (Aachen, Duisburg, Düsseldorf, Essen, Wuppertal), die zum großen Teil auch die Einrichtung von Universitätskliniken beinhaltete (Woelk 2001). Diese entstanden beispielsweise in Aachen, Düsseldorf und Essen aus den bereits bestehenden großen Städtischen Krankenanstalten und sind damit ebenso wie in Köln – wo diese Aufwertung bereits mit der Gründung der Medizinischen Akademie 1904 und dann mit der Universitätsneugründung 1919 stattgefunden hatte – gute Beispiele für die Dynamik, der medikale Räume unterliegen (Frank u. Moll 2006; Halling u. Vögele 2007; Jansen 2009).

1.1.2 **Raumdynamiken und Raumpraktiken: Medikale Handlungs- und Erfahrungsräume**

Unter dem Einfluss der Menschen, die sich Räume aneignen und durch ihre Handlungen gestalten, können Räume ihre innere Ordnung und Funk-

tion verändern oder sich auch auflösen (Rau 2013, S. 164). So beeinflusst auch der permanente Wandel in der medizinischen Krankenversorgung die Formation medikaler Räume, etwa die Modernisierung, die Erweiterung von Krankenhäusern oder auch die Reduktion von Bettenkapazitäten. In sozial- und wirtschaftshistorischer Perspektive wurde das Finanzierungssystem als Gestaltungsgrundlage für die »Umwelt Krankenhaus und die Lebenswelt der Patienten« betrachtet (Labisch u. Spree 2001, S. 31). Zugleich können räumliche Konstellationen, wie eine denkmalgeschützte Bausubstanz oder statische Mängel, solche Dynamiken aber auch behindern und verzögern (Geister 2004). Davon zu unterscheiden sind Raumpraktiken, die den Akteuren zuzuschreiben sind und die nicht zwangsläufig Regeln, Normen und bestimmten Diskursen folgen (Rau 2013, S. 183). In der Psychiatriegeschichtsschreibung ist deviantes Verhalten ausführlich diskutiert worden (Wolters et al. 2013).

Andersherum kann der Raum selbst Regeln und Normen vorgeben. So kann das ärztliche Wartezimmer als Schwellenraum verstanden werden, in dem für den Patienten ein Wandlungsprozess vom selbstbestimmten Wesen zum angepassten Bestandteil des eigenen Regelgefüges des Wartezimmers stattfindet (Steinhardt 2014). Gleichermaßen ein (semi-)medikaler Handlungs- wie Erfahrungsraum ist das Schulhaus. Die Schulhygiene wandelte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts von einer »Schulhaus- zu einer Schülerhygiene«. Räumliche Faktoren (u. a. Beleuchtung und Belüftung) traten gegenüber der individuellen Konstitution der Schulkinder zurück (Umehara 2013, S. 31–41). Die Korrelation von Raumdynamik und der Veränderlichkeit von Krankheitskonzepten verdeutlicht auch der Beitrag von Matthias Krischel (in diesem Band) zur »Balneologie und Syphilistherapie in Aachen«. Er analysiert die Entwicklung Aachens zu einem ausgesprochenen »Syphilisbad« zu Beginn des 19. Jahrhunderts, auch wenn es sich um eine sekundäre Therapieform handelte. Die Wasserkuren wirkten nicht gegen die Syphilis selbst, sondern gegen die Quecksilbervergiftung, die sich bei der regulären Syphilistherapie leicht einstellen konnte. Mit der Einführung des Salvarsans® 1910 verlor das Quecksilber seine Funktion

als Therapeutikum, und die Aachener Quellen mussten sich als Kurbad neu interpretieren.

Hinsichtlich der Aneignung von bereits genutzten Räumen zeigt Friedrich Moll in seinem Beitrag »Frühe uro-chirurgische Operationen und die Etablierung der Zystoskopie im Rheinland« (in diesem Band), dass sich die Urologie nicht initial als klinisches Fach an einer Hochschule konstituierte, sondern von bewährten Praktikern, die sich oftmals um technische Innovationen und diagnostische Fortschritte verdient gemacht hatten, in den Hochschulbereich hineingetragen wurde. Nach Moll »kann der urologische Eingriffsraum als ein wesentlicher Indikator der Fachdifferenzierung und der Stellung der Urologie innerhalb des operativen medizinischen Fächerkanons angesehen [...]« werden, »in dem bei Parallelnutzungen [...] auch die Abgrenzung zu anderen Disziplinen immer wieder neu ausgehandelt werden muss« (Moll 2014).

Letztlich kann auch die Verräumlichung sozialer Prozesse zur Historiographie von Raumdynamiken gezählt werden. Indem eine soziale Gruppe, ein von gemeinsamen Interessen geleitetes soziales Netzwerk, ein Verein oder eine Institution feste räumliche Strukturen für ihre Aktivitäten schafft, ist dies ein Versuch, dem ständigen Wandel entgegenzutreten und mit dem Raum strukturelle Kontinuität zu erlangen (Rau 2013, S. 170). Dieses Ziel wird beispielsweise bei der Einrichtung von Geschäftsstellen medizinischer Fachgesellschaften verfolgt. Die Standortwahl richtet sich dabei nach eher kurzfristigen politischen Gesichtspunkten, aber auch durchaus im Kontext langfristiger Raumkonstellationen und personeller Vernetzungen, wie am Beispiel der »Deutschen Gesellschaft für Urologie und der Neuanfang in Düsseldorf nach 1948« herausgearbeitet werden konnte (Halling et al. in diesem Band).

1.1.3 Raumwahrnehmungen und Repräsentationen

Ein ganz wesentlicher Faktor der Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit ist die Wahrnehmung und Interpretation medikaler Räume, die in der Medizingeschichte insbe-

sondere von der Patientengeschichte untersucht wird (Stolberg 2003). Den Einfluss ländlichen Raums auf das Krankheitsverhalten männlicher Patienten im 19. Jahrhundert aus ärztlicher Perspektive analysiert eine neuere Studie anhand von Praxisjournalen eines Südtiroler Landarztes (Unterkircher 2012). Zu den bekanntesten Formen ärztlicher Aufzeichnungspraxis im Kontext lokaler Gesundheitsverhältnisse gehören die medizinischen Topographien (Kuhn u. Böcken 2009; Stolberg 2013; Zwingelberg 2013), die auch für viele Städte der Rheinprovinz verfasst wurden (Becker-Jakli 1999; Graumann 2007; Müller 2006).

Deutlich schwieriger ist es, eine systematische Analyse der Patientenwahrnehmung vorzunehmen, da hierzu nur wenige serielle Quellen vorliegen. Die Einrichtung von Vertrauensmännern und -frauen in den 1980er Jahren und die damit verbundene Dokumentation von Patienteneingaben verspricht neue Erkenntnisse, auch wenn hier von einem natürlichen Ungleichgewicht kritischer Beurteilungen auszugehen ist. In den 1990er Jahren gewannen Vorstellungen an Bedeutung, die dem architektonischen Raum eine zentrale Bedeutung für den Genesungsprozess der Patienten zuschreiben (»Healing Architecture«; Nickl-Weller u. Nickl 2013). Als wichtige Quelle für Patientengeschichte gelten Briefe (Dinges u. Barras 2007), wobei bei den nicht selten literarisch tätigen Autoren die Repräsentation durch eine bewusste Inszenierung gekennzeichnet ist. Ein berühmtes Beispiel ist Heinrich Heines »Matratzengruft«, die er in seinen Gedichten und Briefen ausführlich beschrieb. Diese und andere literarische Repräsentationsformen räumlicher Krankheitserfahrung wirkten stark auf die Rezeption und Interpretation von Heines Krankengeschichte, wie Joseph Kruse in seinem Beitrag »Rheinische Patienten – Pathographien zu Robert Schumann und Heinrich Heine« (in diesem Band) darlegt.

Eine lange Tradition haben Repräsentationen des ärztlichen Berufsstandes, medizinischer Praxis und medikaler Räume in der darstellenden Kunst (Schott 2011). Am Beispiel des »Bildnis Dr. Koch« von Otto Dix untersucht Friedrich Moll (»Das Gemälde des Dr. Koch von Otto Dix – Medizin und moderne Kunst«, in diesem



■ **Abb. 1.2** Ansichtskarte der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf um 1910. Im zweiten Stock des abgebildeten Gebäudes wurde bereits 1907 mit Gründung der Klinik eine urologische Abteilung als Teil der chirurgischen Klinik eingerichtet. Heute sind hier die Urologische und Neurologische Klinik untergebracht (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Repro Reißmann, mit freundl. Genehmigung)

Band) die Wechselbeziehung von Medizin und moderner Kunst. Das im Stile der Neuen Sachlichkeit gemalte Porträt des in Düsseldorf tätigen Urologen und Kunstsammlers Hans Koch zeigt eine schonungslose Nahaufnahme des Arztes in seinem Behandlungszimmer, das den Betrachter am Wohlergehen potenzieller Patienten zweifeln lässt. Moll kommt zu dem Schluss: »Was für einen Mediziner eine alltägliche Arbeitsumgebung darstellt, kann von der Öffentlichkeit und den Künstlern bereits als Bedrohung wahrgenommen werden.« In ihrem Beitrag über die »Darstellungen zur Harnschau in der Graphiksammlung ‚Mensch und Tod‘ der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf« (in diesem Band) analysiert Luise Maslow die Arzt Darstellungen in den Totentänzen ebenfalls als einen alternativen Diskursraum medizinischer Praxis. Diese sind vom medizinischen Diskurs beeinflusst, interpretieren ihn aber und sind wiederum selbst an der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Medizin beteiligt. Künstlerische Darstellungen werden damit, so Maslow »als Zugang zu vergangenen wie zeitgenössischen gesellschaftlichen Raumverhältnissen nutzbar«. Ähnliches leisten auch Fotografien, wie etwa Inszenierungen von Männlichkeit im Kontext von Lazaretten des Ersten Weltkriegs verdeutlichen (Ruff 2014). Für die Repräsentation von Krankenhäusern spielten Ansichtskarten eine wichtige Rolle (■ Abb. 1.2), denn sie waren ein wichtiger Teil der Selbstdarstellung deutscher Städte im

späten 19. und frühen 20. Jahrhundert (Günther 2009, S. 185–190).¹⁸ Sie bilden keineswegs den Krankenhausalltag ab, sondern dokumentieren vor allem die kommunale Investition in die Gesundheit der städtischen Bürger.

In den 1920er und 1930er Jahren erschien eine ganze Serie von Bildbänden zur Krankenhausbauten in Städten und Regionen des Deutschen Reichs, deren sinnstiftende Funktion das Vorwort zum Band »Kranken-, Heil- und Pflegenanstalten im Rheinland« verdeutlicht: »Die Rheinprovinz nimmt, was die Bevölkerungszahl anlangt, die erste Stelle im Preußischen Staate ein. Daß die kulturelle Entwicklung in ihr auf höchster Stufe steht, ist selbstverständlich, von hier ging die Erschließung Germaniens aus, hier gelangte die Industrie durch die Bodenschätze zu höchster Blüte, hier am Rheinstrom stießen die Völker in Krieg und Frieden anhaltend aufeinander und befruchteten sich gegenseitig mit neuen Gedanken und neuen Fortschritten der Zivilisation« (Berger 1930, S. 1).

Insbesondere der Aspekt des medizinischen Fortschritts prägte lange die Darstellung von Krankenhäusern. Patienten und Freizeitverhalten wurden dafür arrangiert (■ Abb. 1.3; ■ Abb. 1.4).

¹⁸ Vgl. dazu auch das Bildmaterial im Beitrag von Moll »Frühe uro-chirurgische Operationen und die Etablierung der Zystoskopie im Rheinland« in diesem Band.



▣ **Abb. 1.3** Patientenzimmer der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf, um 1960 (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Repro Reißmann, mit freundl. Genehmigung)



▣ **Abb. 1.4** Aufenthaltsraum für Patienten der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf, um 1960. Die Zigarettenschachtel würde heute auf diesem arrangierten Bild fehlen (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Repro Reißmann, mit freundl. Genehmigung)



■ **Abb. 1.5** Beobachtungsraum über dem OP der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf, um 1960 (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Repro Reißmann, mit freundl. Genehmigung)



■ **Abb. 1.6** OP der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf, um 1960 (Quelle: Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Repro Reißmann, mit freundl. Genehmigung)

Auch viele Operationsszenen ähnelten im Bildaufbau klassischen Bildkompositionen aus der bildenden Kunst. Erst bauliche Innovationen, die vor allem der besseren Studentenausbildung dienten, veränderten den Blick auf das Operationsgeschehen (■ Abb. 1.5; ■ Abb. 1.6).

Eine intensivere Auseinandersetzung mit der Wirkmacht dieser Formen von Repräsentationen medikaler Räume ist daher lohnend, ähnlich der zahlreichen Studien zur Produktion von Wirklichkeit durch wissenschaftliche Bilder in der Medizin im Allgemeinen (Burri 2008) und auch in

der Urologie im Speziellen (Fangerau u. Müller 2012).

1.2 Urologie im Rheinland nach 1945 – Von der Peripherie ins Zentrum

Wendet man die angesprochenen Gedanken zur Regionalgeschichte und zur Veränderung medikaler Räume auf Makro-, Meso- und Mikroebene an, so lassen sie sich etwa auch dazu nutzen, den Weg der Urologie im Rheinland als Weg von der Peripherie ins Zentrum zu umschreiben. In der deutschsprachigen Urologie verloren die hauptstädtischen Zentren Berlin und Wien nach Ende des Ersten, besonders aber nach Ende des Zweiten Weltkriegs unter anderem auch wegen ihrer geopolitischen Lage schlagartig an Dominanz. Andere Städte und Regionen rückten – auch bedingt durch die deutsche Teilung – von der Peripherie ins Zentrum der deutschen Urologie. Vor dem Hintergrund der skizzierten Raumkonstellation gehörte das Rheinland dazu.

Die Bedeutung der Region für die Wiederbegründung der Deutschen Gesellschaft für Urologie nach 1945 hatte vorrangig soziale Gründe und ergab sich aus dem Wirken der früheren Berliner Funktionäre Karl Heusch (1894–1986) in Aachen (Kühl, S. 109–113; Wrobel 2013) und Hans Boeminghaus (1893–1979) in Düsseldorf (Halling 2011, S. 227–229; Krischel u. Halling 2013). Richard Kühl analysiert in seinem Beitrag »Eine ‚festgeschlossene Front‘ – Karl Heusch und die deutschen Urologen« (in diesem Band) die Bedeutung der damals noch städtischen Aachener Kliniken als eine Art Rückzugsraum für renommierte, aber NS-belastete Ärzte. Ähnliches gilt auch für die Medizinische Akademie Düsseldorf (Koppitz et al. 2008), an der Boeminghaus 1950 außerordentlicher Professor wurde, nachdem er Chefarzt der Klinik Golzheim geworden war.¹⁹

¹⁹ Schreiben des Kultusministers des Landes Nordrhein-Westfalen an den Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf vom 31.07.1950, in: Universitätsarchiv Düsseldorf (UAD) 3/2, 132 Personalakte Boeminghaus, Hans

1

Prof. Dr. BOEMINGHAUS

DUSSELDORF, den 7. Nov. 1952
Klinik Golzheim

An den
Herrn Rektor
der Medizinischen Akademie
D ü s s e l d o r f .
-.-.-.-.-

Euer Magnificenz,

möchte ich darauf aufmerksam machen, daß die von mir angekündigte Vorlesung für Urologie, die zunächst unter der Fachdisziplin "Urologie" geführt wurde, jetzt unter dem Fach "Chirurgie" erscheint.

Ich habe eine urologische Vorlesung angekündigt und nicht eine chirurgisch-urologische.

Die urologischen Erkrankungen, die einer chirurgischen Behandlung bedürfen, machen nur einen kleinen Teil der Urologie aus. Wesentlich größer ist die Zahl der internistischen, der gynäkologischen und der paediatrischen urologischen Erkrankungen. Es bestünde somit zumindestens die gleiche Berechtigung urologische Vorlesungen unter der Rubrik: Innere Medizin, Gynäkologie etc. aufzuführen.

Als Exponent der Deutschen Urologen kann ich den Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie um die Selbständigkeit ihres Faches in Bezug auf Lehre und Forschung nicht zuwiderhandeln, was zweifellos der Fall wäre, wenn ich damit einverstanden wäre, die von mir angekündigte Vorlesung als dem chirurgischen

Fachgebiet zuständig zu betrachten.

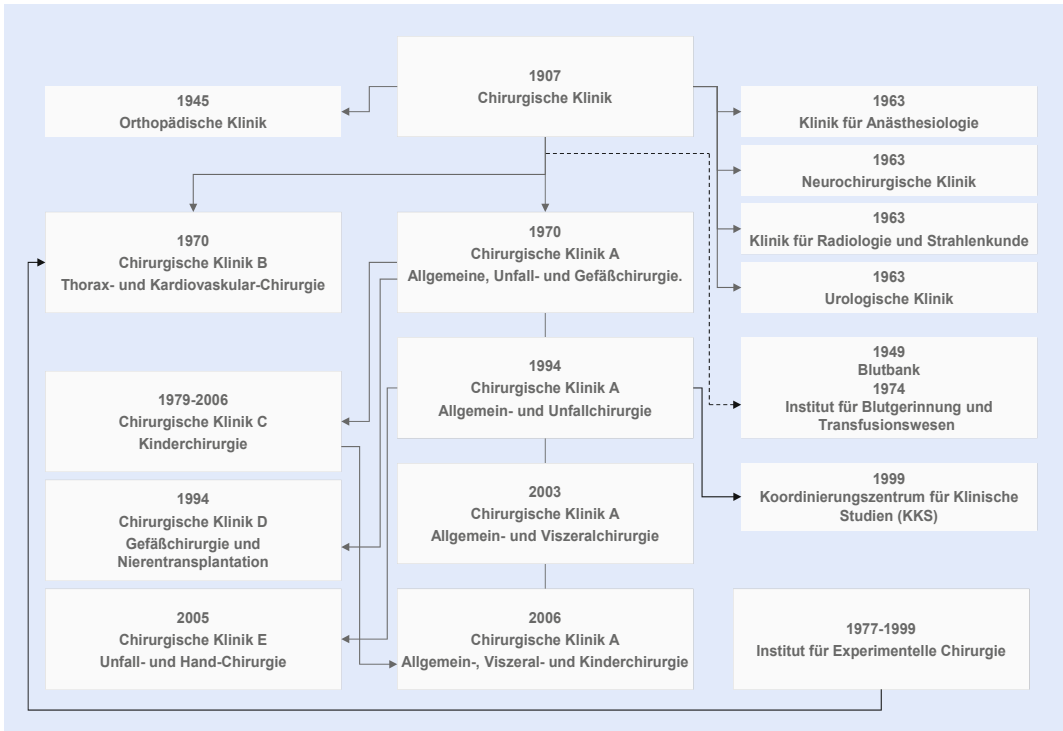
Falls die Fakultät glaubt, meinem Antrag nicht stattgeben zu können, bitte ich meine Vorlesung zu streichen.

Euer Magnificenz
ergebener

Boeminghaus

[Faint handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including the name 'Boeminghaus' and other illegible text.]

▣ Abb. 1.7 Schreiben von Boeminghaus an den Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf vom 07.11.1952 (Quelle: UAD 3/2, 132, Repro Halling, mit freundl. Genehmigung)



■ **Abb. 1.8** Differenzierung der Chirurgie an der Medizinischen Akademie / Universität Düsseldorf (Quelle: Halling T, Vögele J (Hrsg) (2007) 100 Jahre Hochschulmedizin in Düsseldorf, 1907–2007. Dup, Düsseldorf, S. 374, mit freundl. Genehmigung)

Der ambitionierten Akademie kam der Antrag von Boeminghaus auf Umhabilitierung sehr gelegen, war er doch sowohl in der nationalen wie internationalen Urologie gut vernetzt und versprach als Berliner Professor Reputation. So begründet auch der Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf einen entsprechenden Antrag an das Kultusministerium, dass »Boeminghaus unter den Urologen Europas einen bedeutenden Ruf« genieße und daher für die Akademie »ein grosser Gewinn« wäre.²⁰ Einige Monate später gratuliert der Rektor Boeminghaus entsprechend enthusiastisch zur Einladung zu einer Vortragsreise nach

Spanien.²¹ Für den damals 56-jährigen Boeminghaus bedeutete die zweite Umhabilitierung – 1937 war er von Marburg nach Berlin gewechselt (Krischel 2011) – einen deutlichen akademischen Abstieg, zumal er während der NS-Zeit als Kandidat für den zweiten deutschen Lehrstuhl für Urologie galt.²² Boeminghaus konzentrierte sich auf seine Tätigkeit als Handbuchautor (Boeminghaus 1950, 1960) und aktiver Betreiber einer Fachselbstständigkeit der Urologie. Dementsprechend formulierte er einen scharfen Protestbrief, als seine Vorlesung unter der Rubrik »Chirurgie« angekündigt worden war (■ Abb. 1.7).

²⁰ Schreiben des Rektors der Medizinischen Akademie Düsseldorf an den Kultusminister des Landes Nordrhein-Westfalen vom 20.07.1950, in: UAD 3/2, 132

²¹ Schreiben des Rektors der Medizinischen Akademie Düsseldorf an Prof. Boeminghaus vom 22.05.1951, in: UAD 3/2, 132

²² Originalquelle in Krischel et al. 2011, S. 264