

Zerbrochene Hütten

Die Tuberkulosemortalität in den Chorhäusern der ledigen Schwestern im 18. und 19. Jahrhundert

von Christoph Th. Beck

Einleitung

Sucht man im Herrnhuter Brüdergesangbuch von 1735 nach dem Wort ‚Hütte‘, so lässt sich dasselbe dort an 248 Stellen finden. Nicht zuletzt diese Häufung deutet den hohen Stellenwert an, den dieses Bild bei Zinzendorf innehatte. Der theologisch konnotierte Begriff der ‚Hütte‘ geht auf seine wohl erstmalige Verwendung in Martin Luthers Septemberbibel von 1522 im 2. Korintherbrief 5,4 zurück.¹ Der Leib als Hütte war ein konstantes Bild des Pietismus und spielte nicht nur in Zinzendorfs Schriften eine große Rolle, sondern war im 18. und 19. Jahrhundert auch ein immer wiederkehrendes Element in der Verfassung von Lebensläufen. Interessanterweise wurden gerade in dieser Periode Krankheitsbilder und -verläufe, sowie das Sterben der Geschwister in einer Genauigkeit beschrieben, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts nachließ. Eine mögliche Erklärung hierfür kann darin liegen, dass die Dichotomie von Leib und Seele in dieser Zeit die Sicht auf leibliche Gebrechen aus einer Distanz ermöglichte, die später eine ganzheitliche Perspektive nicht mehr zuließ, wie sie ab der Jahrhundertwende allmählich zum Gegenstand des allgemeinen Denkens wurde. Auf dem Weg in des Hirten Arm und Schoß ließen sich Leidenswege geradezu beiläufig beschreiben.

Eine besondere Rolle spielen vor diesem Hintergrund die Hinzufügungen, mit denen die Lebensläufe, in der Regel durch die Chorhelfer und -helferinnen, vervollständigt wurden. Die detaillierten Beschreibungen von Krankheitsverläufen lassen sich zum überwiegenden Teil erst dort finden, während sie in den Autographen nur am Rande erwähnt werden. Der Grund hierfür liegt darin, dass Lebensläufe nach bestimmten Mustern verfasst wurden,

¹ „Denn die weyl wyr ynn der hutten sind, sehnen wyr uns und sind beschweret, syntemal wyr wolten lieber nicht entkleydet, sondern ueberkleydet werden, auff das, das sterbliche wurde verschlungen von dem leben.“ Weder in der Kölner Bibel von 1478, noch in der Lübecker Bibel von 1494 wird das Wort ‚Hütte‘ in diesem Kontext erwähnt. Auch das Jüngerhausdiarium hieß zeitweise „Diarium der Hütten“.

deren Nichteinhaltung zu redaktionellen Änderungen führte, da das öffentliche Verlesen der Lebensläufe Bestandteil der Herrnhuter Liturgie war und noch immer ist. Eine ausgedehnte Darstellung von Krankheitsverläufen in den Autographen kann daher nicht erwartet werden. Die Wiedergabe des Sterbeprozesses konnte naturgemäß auch nur durch Andere erfolgen. Während diese Hinzufügungen in bisherigen Untersuchungen eine eher nachgeordnete Rolle spielen, sind sie aus zwei Gründen von hervorragender Bedeutung: Zum einen kann in ihnen am deutlichsten die Herrnhuter Variante einer *ars moriendi* wahrgenommen werden, die schon Gegenstand früherer Arbeiten war.² Zum anderen stellen sie unter medizinhistorischer Sicht die interessantesten Abschnitte der Lebensläufe dar. Zu dieser liegen bislang keine Untersuchungen vor.

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, inwieweit sich aus dem reichhaltigen Material Rückschlüsse auf Erkrankungen und Todesursachen herleiten lassen. Insbesondere wird hierbei auf die Tuberkulose (TBC) eingegangen, welche im untersuchten Zeitraum die häufigste Todesursache des zweiten und dritten Lebensjahrzehnts war. Als Untersuchungsgut wurden die Lebensläufe der Mitglieder eines Chores der ledigen Schwestern herangezogen. Ein solches Kollektiv eignet sich hierfür in besonderer Weise, weil diese Gruppe sowohl räumlich als auch in ihrer sozialen Struktur eine Geschlossenheit aufweist, welche die von anderen Chören übertrifft. Ledige Schwestern blieben als solche bis an ihr Lebensende nicht nur Mitglieder ihres Chores, sondern in der Regel auch Bewohnerinnen ihres Chorhauses, wenn sie nicht mit Brüdern verheiratet wurden. Ledige Brüder hingegen wiesen nicht zuletzt aufgrund ihrer Berufe eine weitaus größere Mobilität auf, sei es, dass sie in die Mission gingen oder in eine andere Herrnhuter Siedlung versetzt wurden. Insoweit scheint es auch gerechtfertigt, die Situation der ledigen Schwestern in Gnadau als repräsentativ für andere Gemeinorte zu betrachten.

Das Leben im Chorhaus

Gemeinsame Wohnformen der ledigen Schwestern in den Herrnhuter Niederlassungen, deren Anfang auf 1733 zurückgeht, entstanden fünf Jahre später als die ersten Ansätze zu einem Zusammenleben der unverheirateten Brüder. Die Entwicklung der Architektur der Chorchäuser ist durch Ulrike Cars-

2 Craig D. Atwood, *The Joyfulness of Death in Eighteenth-Century Moravian Communities*, in: *Communal Societies* 17 (1997), S. 39–58; Friedrich Gärtner, *Zinzendorfs Gedanken über Sterben und Heimgehen*, in: *Zinzendorf-Gedenkjahr 1960, Hamburg 1961*, S. 87–104.

tensen untersucht und beschrieben worden.³ Die ersten Chorhäuser wurden für das Chor der ledigen Brüder 1739 in Herrnhut und Herrnhag errichtet. Während in und an den Brüderhäusern Werkstätten und Manufakturen entstanden, gab es solche in den Schwesternhäusern nicht. Tagsüber hielten sich die Schwestern in sogenannten Stuben auf, in denen sie ihrer Arbeit nachgingen, indem sie Näharbeiten ausführten oder Handschuhe herstellten. Eine Stube bestand aus einer festen Gruppe von bis zu sechs Schwestern, die von einer Stubenaufseherin geleitet wurde. Daneben hatten die Schwestern einen eigenen Versammlungsraum. Unter dem Dach befand sich der Schlafsaal, in dem die Schwestern ohne Trennwände schliefen, während eine aus ihren Reihen Nachtwache hielt. Das Chorhaus verfügte über eine eigene Küche und eine Wäscherei. In dem Garten hinter dem Schwesternhaus wurde Gemüse angebaut.

Nicht alle Schwestern arbeiteten im Schwesternhaus. Manche von ihnen standen auch im Dienst bei Familien im Ort, wofür sie das Gebäude tagsüber verließen. Andere waren im Haus in der Küche oder in der Wäscherei tätig. Die Pforte wurde von einer hierzu bestimmten Schwester bedient. Die Einkäufe besorgte eine Schwester, die das Amt der ‚Ausgeherin‘ innehatte. In der Leitung des Chores spiegelte sich die Leitung der Gemeinde wider, indem administrative Aufgaben von der Chorvorsteherin wahrgenommen wurden, während die Chorhelferin seelsorgerliche Aufgaben übernahm, so beispielsweise das ‚Sprechen‘ am Tag vor dem Abendmahl. Daneben gab es noch das Amt der Chordiennerin. Die ledigen Schwestern bildeten somit eine eigene Gemeinschaft innerhalb der Ortsgemeinde.

Die Schwestern kamen aus sehr unterschiedlichen sozialen Verhältnissen, wenn auch die meisten von ihnen in der näheren Umgebung zur Welt gekommen waren. Die Eltern mancher waren einfache Pachtbauern gewesen, andere städtische Amtsträger und nur wenige entstammten begüterten Familien. Damit war auch die finanzielle Ausstattung der Schwestern unterschiedlich und von einer wirtschaftlichen Gleichstellung waren sie weit entfernt. Beispielsweise konnten auch ledige Schwestern im Dienst ihrer Chorschwestern stehen.⁴

Während die Jüngsten mit zwölf Jahren vom Chor der großen Mädchen ins ledige Schwesternchor übertraten, kamen Externe erst in höherem Alter dazu. Vielen von ihnen wurde zunächst der Wechsel zur Gemeinde von ihren Eltern verwehrt, für deren Pflege sie zunächst sorgen mussten. Dies wurde von unverheirateten Kindern grundsätzlich erwartet.

3 Ulrike Carstensen, Stadtplanung im Pietismus. Herrnhag in der Wetterau und die frühe Architektur der Herrnhuter Brüdergemeine, Herrnhut 2009, S. 50–53.

4 So war beispielsweise Maria Magdalena Hornemann (1770–1825) in Gnadau als Dienerin bei der Chorvorsteherin Cornelia Verbeek (1752–1818) angestellt.

Zur Geschichte der Tuberkulose

Tuberkuloseerkrankungen gab es bereits in der prähistorischen Zeit. So konnten bereits an 9000 Jahre alten Skeletten deren Erreger gentechnisch nachgewiesen werden. Während die Krankheit im Mittelalter nur wenig verbreitet war, nahm sie im Lauf des 17. und 18. Jahrhunderts erheblich zu, was sich auf Veränderungen in der Bevölkerungsdichte, der Mobilität, sowie der Wohnformen zurückführen lässt. Eine erhebliche Zunahme erfuhr die Tuberkulose durch das Entstehen von städtischen Ballungszentren, insbesondere im Zusammenhang mit der Industrialisierung, bei gleichzeitig schlechten Hygieneverhältnissen. Heute noch stellen Gefängnisse mit schlechten hygienischen Bedingungen weltweit die Orte mit dem höchsten Infektionsrisiko dar.

Was die Tuberkulose wesentlich von anderen Infektionskrankheiten, wie beispielsweise den klassischen Quarantäneerkrankungen⁵ unterschied, war, dass Letztere seit Jahrhunderten als ansteckende Krankheiten bekannt waren, was bei der Tuberkulose aufgrund ihrer sehr langen Inkubationszeit und ihrer latenten Verläufe nicht der Fall war. Dies änderte sich erst mit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch (1843–1910) im Jahr 1882. Erst von diesem Zeitpunkt an wurde die Tuberkulose allgemeingültig als Infektionskrankheit angesehen, was zu den entsprechenden hygienischen und sozialmedizinischen Konsequenzen führte. Eine antibiotische Behandlung wurde erst 1943 mit der Entwicklung des Streptomycins möglich. Zu diesem Zeitpunkt waren die Erkrankungszahlen jedoch bereits aufgrund der veränderten hygienischen Bedingungen und insbesondere der präventiven Maßnahmen stark zurückgegangen.

Bis zu Robert Kochs Entdeckung bestanden die Erklärungsversuche der Ärzte einerseits in erblichen Faktoren und andererseits in der Galenischen Humoralpathologie, die von der Antike bis in das 19. Jahrhundert hinein von Bedeutung blieb. Die Einflüsse der Säftelehre lassen sich auch in der einzigen Erwähnung der Tuberkulose in einem Synodalprotokoll der Brüdergemeinde finden. Auf der Marienborner Synode 1764 hielt man fest:

Man erklärte sich auf das erste: Die Auszehrung der jungen Leute sey bey vielen als ein lebendiges Opfer anzusehen. Natürliche Leute rasen in ihrer Jugend aus, und suchen den Superfluis⁶ Luft zu schaffen; das geht bey Kindern Gottes nicht an; es ist also nicht viel darinn zu ändern, ausser, daß man bey manchen mit einem zeitigen Aderlasse vorbeugen könnte.⁷

5 Im 19. Jahrhundert waren folgende Quarantänekrankheiten meldepflichtig: Cholera, Gelbfieber, Fleckfieber, Pest und Pocken.

6 überschießende Säfte.

7 Synodalprotokoll 1764, S. 1241 (UA, R.2.B.1.1.1.).

Diese Hilfsigkeit drückte sich nicht zuletzt auch darin aus, dass zur Tuberkulose in der Herrnhuter Historiographie lediglich Einzelberichte vorliegen.⁸

Quellen

Für die Lebensläufe der ledigen Schwestern wurde im Archiv der Brüdergemeine Gnadau auf zwei Konvolute zurückgegriffen. Zum einen verfügt das dortige Schwesternhausarchiv über eine eigene Lebenslaufsammlung (GA, S.A.3.a. und b.), die 126 Lebensläufe umfasst. Zum anderen sind auch zahlreiche Lebensläufe von Schwestern des ledigen Schwesternchors in der Lebenslaufsammlung des Gemeinarchivs vorhanden (GA, P.A.II.R.7.). Von vielen der Lebensläufe im Schwesternhausarchiv existieren Kopien im Gemeinarchiv. Insgesamt konnten so 183 Lebensläufe zur Auswertung kommen.

Forschungsstand

Mit einer Tuberkulosestatistik wurde in Deutschland im europäischen Vergleich erst spät begonnen. Während eine solche in England bereits ab 1830 erfolgte,⁹ liegen vergleichbare Daten für Deutschland erst aus der Zeit nach der Reichsgründung vor.¹⁰ Einschränkend muss hervorgehoben werden, dass in den Statistiken vor der Entdeckung des Tuberkelbazillus lediglich die Lungentuberkulose erfasst wurde, da andere Manifestationen, wie beispielsweise die Skrofulose (Hauttuberkulose), als eigene Krankheitsbilder betrachtet wurden.

Zur Geschichte der Tuberkulose in der Herrnhuter Brüdergemeine liegen bislang keine Untersuchungen vor. Bisherige Erwähnungen beziehen sich auf Einzelfälle, Versuche der statistischen Erfassung hat es bis heute nicht gegeben.

8 Christoph Th. Beck, Die Brüder und die Blattern. Die medicinischen Committees und ihr Einfluss auf die Synoden 1764 bis 1818, in: *Unitas Fratrum* 79 (2020), S. 43–78.

9 In den sogenannten „Annual Reports of the Registrar General’s Office“.

10 Flurin Condrau, Lungenheilstätte und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 137), Göttingen 2000.

Methodik

Aufgrund der Struktur der Krankenversorgung und des Fehlens eines standardisierten Gesundheitswesens in den Herrnhuter Niederlassungen kann nicht auf Statistiken behandelnder Ärzte oder medizinischer Einrichtungen zurückgegriffen werden.¹¹ Wer in den Ortsgemeinden erkrankte, wurde in den Krankenstuben der Chorhäuser durch Mitglieder des jeweiligen Chores behandelt. Deren Aufgaben wurden in einer Ordnung der Krankenwärter festgehalten.¹²

Die einzige Möglichkeit, Krankheitsbilder aus schriftlichen Quellen zu rekonstruieren, besteht in der Auswertung der Lebensläufe, deren Erstellung von jedem Mitglied der Brüdergemeine erwartet wurde. Zur Geschichte der Lebensläufe sind mittlerweile zahlreiche Publikationen erschienen, auf die hier im Einzelnen nicht näher eingegangen werden kann.¹³ Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich bei den Lebensläufen im Wesentlichen auf den hinzugefügten Teil, mit dem eine weitere Person den Lebenslauf der Verstorbenen vervollständigte. In der Regel handelte es sich hierbei um die Chorhelferin, es gibt aber auch Lebensläufe, in denen Verwandte oder andere Personen den Nachtrag verfassten, wie Prediger, Schwägerin oder bei einem mit zwölf Jahren verstorbenen Mädchen die Schule. In drei Lebensläufen fehlt ein solcher Nachtrag.

Die Lebens- und Sterbedaten, sowie die in den Lebensläufen erwähnten Symptome und Krankheiten wurden tabellarisch erfasst und zusammengestellt. Hierbei zeigte sich, dass die zum Tod führende Erkrankung umso deutlicher zu bestimmen war, je jünger die Frauen waren. Bei den Schwestern, die ein hohes Alter erreichten, standen die beschriebenen Krankheiten meist eher in einem anamnestischen Zusammenhang.

Es ist nicht unproblematisch, aus Krankheitserwähnungen in Lebensläufen eine Mortalitätsstatistik zu rekonstruieren. Aus diesem Grund wurden in einem weiteren Arbeitsgang sämtliche Lebensläufe von dem Textabschnitt an, der mit der Zeile beginnt: „so weit die selige Schwester“, oder einer ähnlichen Formulierung, transkribiert und in ein Textdateiformat gebracht, um Krankheitsbegriffe mittels Suchprogramm zusammenstellen zu können.

11 In 40 Fällen wird in den Lebensläufen ein Arztbesuch erwähnt (21,5 % des Gesamtkollektivs). In 8 dieser Fälle starben die Schwestern sicher, in 3 wahrscheinlich an TBC (zusammen 5,9 % des Gesamtkollektivs). Von allen sicher und wahrscheinlich an TBC Verstorbenen erhielten lediglich 21,5 % einen Arztbesuch, d. h. nicht häufiger als alle anderen Schwestern.

12 Zu den Krankenstuben in den Chorhäusern s. Hanns-Joachim Wollstadt, *Geordnetes Dienen in der christlichen Gemeinde*, Göttingen 1966, S. 275.

13 Christine Lost, *Das Leben als Lehrtext. Lebensläufe aus der Herrnhuter Brüdergemeine, Hohengehren 2007*; Stephanie Böß, *Gottesacker-Geschichten als Gedächtnis. Eine Ethnographie zur Herrnhuter Erinnerungskultur am Beispiel von Neudietendorfer Lebensläufen* (Studien zur Volkskunde in Thüringen), Münster/New York 2016.

Für die Erfassung der Tuberkulosemortalität und -morbidity standen hierbei vier Symptome im Vordergrund, die spezifisch auf das Vorliegen der Krankheit hinweisen. Es handelt sich um die Begriffe: ‚Blutspeien‘, ‚Auszehrung‘, ‚Husten‘ und ‚Brustwassersucht‘. Wesentlich für die Interpretation der Befunde war hierbei die Kombination der unterschiedlichen Symptome. Letztere führte zu zwei unterschiedlichen Kategorien der Diagnosesicherheit: Zum einen die Gruppe, in der mit Sicherheit vom Vorliegen einer Tuberkulose ausgegangen werden kann, und zum anderen die Gruppe, in der mit hoher Wahrscheinlichkeit eine solche Erkrankung vorgelegen hat.

Bei der Bewertung der vier Symptome müssen diese einzeln kritisch betrachtet werden:

Blutspeien: Die sogenannte Hämoptoe¹⁴ kann im 18. und 19. Jahrhundert in fast allen Fällen der offenen Tuberkulose zugeordnet werden, andere Ursachen waren in dieser Periode so selten, dass sie vernachlässigbar sind. Der Begriff wird im Untersuchungsgut insgesamt 11-mal verwendet, 10-mal in der Altersgruppe von 16 bis 42 Jahren und nur einmal bei einer 63-jährigen Schwester. In dieser Studie wurde das Symptom als sicheres TBC-Symptom gewertet.

Auszehrung: Das Wort „Auszehrung“ kommt in insgesamt 25 Lebensläufen vor, in einem weiteren wird eine „galoppierende Schwindsucht“ erwähnt. Das Wort ‚Auszehrung‘ ist allerdings mit der Einschränkung zu bewerten, dass Formen der Kachexie¹⁵ auch bei anderen konsumierenden Erkrankungen vorkommen, so bei schweren Resorptionsstörungen und Malignomen. In Verbindung mit chronischem Husten wurde ‚Auszehrung‘ als sicheres TBC-Symptom gewertet.

Husten: Das Symptom ‚Husten‘ wurde in die Auswertung nur dann aufgenommen, wenn es sich um chronische Verläufe handelte. In die Tuberkulosestatistik wurden nur die Fälle aufgenommen, in denen der Husten mit anderen Symptomen verbunden war, die auf eine Tuberkulose hinwiesen. In diesen Fällen wurde Husten als wahrscheinliches TBC-Symptom gewertet. Husten wurde in 49 Fällen angegeben.

Brustwassersucht: In acht Fällen wurde eine Pleuritis¹⁶ beschrieben. Da eine Pleuritis auch bei anderen Infektionen entstehen kann, wie bei Pleuritiden anderer Genese, wurde dieses Symptom ebenfalls als wahrscheinliches Symptom gewertet und in die Statistik nur aufgenommen, wenn es mit weiteren Symptomen verbunden war.

14 Blutiger Auswurf.

15 Krankhafte, sehr starke Abmagerung.

16 Entzündung der Pleura (Rippen- oder Brustfell).

Nach der Darstellung der Untersuchungsergebnisse werden diese diskutiert und mit den Ergebnissen anderer Studien mit vergleichbarer Fragestellung verglichen.

Exemplarische Lebenslaufabschnitte:

Um einen Eindruck von den in den Lebensläufen enthaltenen Krankengeschichten zu vermitteln, werden im Folgenden die posthum verfassten Lebenslaufabschnitte von drei jungen in Gnadau an Tuberkulose verstorbenen Schwestern als Beispiele wiedergegeben:

Aus dem Lebenslauf der Eva Catharina Hopfen, gest. 1803, 18 Jahre

[...]

So weit sie selbst.

Man sahe wol, daß der Heiland mit dieser Seele eilte, sie für die Ewigkeit zu bereiten, denn es lag ihr alles dran, nur Ihm zu leben; und wie man aus ihren eigenhändigen Aufsatz sieht ruhete sie nicht eher, bis ihr in ihrem Herze die Versicherung der Vergebung Ihrer Sünden zu Theil wurde.

Vergangenen Winter bekam sie einen heftigen Catarrh, von da an bemerkte man daß es sich immermehr zu einer gänzlichen Auszehrung erließ, so daß sie im May die Krankenstube beziehen mußte. In dieser Krankheit war ihr nichts lieber, als wenn man sich mit ihr über ihren bevorstehenden Heimgang unterredete, einmal hörte sie, daß gesagt wurde, es wäre wol keine Hoffnung mehr zu ihrer Genesung, Ach! Sagte sie, es wäre mir sehr leid, wenn Hoffnung dazu wäre, ich freue mich doch unbeschreiblich, heim zu gehen; so äußerte sie sich ein andermal: Der Heiland müßte sie doch wol sehr lieben, daß Er sie schon in ihren jungen Jahren zu Sich nehmen wollte; übrigens war sie doch ganz kindlich überlassen und sagte: Der Heiland wird es recht gut mit mir machen, und mir nicht mehr Schmerzen auflegen, als ich tragen kann. Seit einigen Tagen schien es, als erholte sie sich etwas, so daß man ihr Ende nicht so nahe glaubte, und am wenigsten Sonnabend den 23sten, da sie noch mit Appetit gefrühstückt hatte, bald nachher stellte sich aber ein Blutbrechen ein, wobey ihre Seele sanft und selig in die Arme ihres Erlösers überging.

Ihr Alter hat sie gebracht auf 18 Jahre und 9 Tage.

Aus dem Lebenslauf der Catharina Helena Rohde, gest. 1792, 19 Jahre

[...]

So weit von ihr selbst.

In den letzten Jahren war besonders erfreulich an ihr wahrzunehmen, wie der treue Sünderfreund mit Huld und Liebe ihre Seele näher an sich zog; ihr Umgang mit ihren Gespielen wurde dadurch auch freundlicher.

Da sie von Jugend auf einen mit mancherley bedenklichen Zufällen beschwerten Körper trug, so hatte dieß auch viel Einfluß auf ihr Gemüth; dabey hatte sie aber einen aufrichtigen Character, und ihr Verlangen ging doch in der That dahin, dem Heiland zur Freude zu leben.

Den 3ten May als am Beschluß ihrer Mägdgenjahre, da sie folgenden Tages in das Chor der led. Schwestern kam, war sie so angethan, daß sie sich einigemal nachher in ihrer Krankheit mit vieler Dankbarkeit daran erinnerte und gefühlig äußerte, wie an dem Tage ihr Geist mehr weg, als hienieden gewesen.

An gedachtem 4ten May aber wurde sie von einer hitzigen Krankheit befallen; anfangs hoffte man, daß bey der Gelegenheit vielleicht ihre immer mehr zunehmende Halsbeschwerden gehoben werden könnten, wogegen sie auch schon Jahr und Tag von etlichen Doctoren gebraucht hatte, die aber wenig Hoffnung gaben. Die Erwartung schlug aber fehl, und es kam endlich zu einer völligen Auszehrung. Die 8 Wochen ihrer Krankheit verbrachte sie vergnügt; es war ihr nicht ganz ausgemacht, daß ihr Ende so nahe sey; sie redte aber sehr gern und oft davon, und gab ihre Hoffnung, den Heyland balde zu sehen, oftmals zu erkennen; besonders erfreulich war es ihr, daß der Text an ihrem künftigen Geburtstag hieß: Wahrlich, ich sage dir, heute wirst du mit mir im Paradiese seyn; wobey sie bezeugte, daß sie glaube, es würde an ihr in Erfüllung gehen, ob sie gleich damals noch ziemlich munter war. Sie freuete sich manchmal sehr über ihr Glück, daß sie der Heiland zu Seiner Gemeine gebracht.

Es ist alles Gnade an mir, sagte sie einmal; ach nichts als des Heilands Gnade hat mich bisher bey Ihm erhalten; Er hat mich mit Gnade wie eingeschlossen. Sehr erbaulich war den Anwesenden die kindliche Zuversicht, die man gegen den Heyland bey ihr fühlte, und aus allen ihren Aeüßerungen und Bezeugen abnehmen konte.

Sie bezeugte sich auch sehr dankbar für alle Pflege, die sie genoß, hatte keine sonderliche Schmerzen, und verbrachte ihre Zeit angenehm, im Gefühl des Friedens Gottes. Den 14ten Juny bekam sie einen Blutauswurf, worauf man ihr Ende wol bald vermuthen konte. Den 23ten zu Mitternacht in der ersten Stunde kam dann vorerwehnter Zufall abermal, und zugleich trat auch der Moment ein, da der Heiland ihre Seele in Seine ewigen Freuden nahm, so sanfte wie im Schlaf;

In einem Alter von 19 Jahr und 4 Monath.

Mit dem schönen Choral unter der Tages Loosung: Gib, daß wir an Dich glauben, und uns Dir einverleiben, in Dein'n Verdienst uns weiden, darinnen verscheiden zur ewigen Freuden.

Aus dem Lebenslauf der Ingeborg Callessen, gest. 1904, 22 Jahre

[...]

Das, was die sel. Schw. von dem, was der Heiland an ihrer Seele gethan, hat aufsetzen lassen, können wir als Wahrheit bestätigen. Sie lebte von da an, da sie Gnade vor Jesu Augen gefunden, und sich den Trost aus seinem verdienstlichen Leiden zueignen konnte, froh und selig; sehr gefühlig drückte sie sich oft über die ihr wiederfahrene Gnade, und über die geringe Liebe und Dankbarkeit gegen den Heiland von ihrer Seite aus. Es lag ihr alles daran, ihre Zeit so anzuwenden, daß es Frucht für die Ewigkeit brächte, weil es ihr ausgemacht war, daß sie der Heiland bald zu sich nehmen würde, worauf sie sich auch bis an ihr Ende innig freute. Sie kam schon mit einer schwächlichen Gesundheit bey uns an, doch hofften wir, als sie voriges Jahr das kalte Fieber¹⁷ bekam, daß dasselbe zur Beförderung ihrer Gesundheit dienen würde; allein diese Hoffnung wurde vereitelt, indem sie dieses Frühjahr einen abermaligen Anfall davon hatte, und in der Folge das Blutbrechen sich einstellte, welches aller angewanten Mittel ohngeachtet die Auszehrung zur Folge hatte. Die letzten Wochen ihres hinieden seyns klagte sie oft über Beängstigungen, wobey aber ihr Glaubens Auge unverrückt auf den Heiland, als den Helfer in aller Noth gerichtet blieb. Sie sahe mit Sehnsucht ihrer Auflösung entgegen und dieses Glück wiederfuhr ihr den 11ten September Nachmittags, da sie unter dem Gesang einiger Verse sanft und selig entschlief, ihres Alters 22 Jahre und 11 Monath.

Untersuchungsergebnisse

Es liegen aus den beiden Lebenslaufsammlungen des Gnadauer Archivs insgesamt 193 Lebensläufe aus den Jahren 1783 bis 1900 vor. Von dieser Gesamtzahl blieben zehn Lebensläufe unberücksichtigt, zwei davon, weil das Geburts- oder Sterbejahr nicht mehr zu ermitteln war, sowie acht weitere, weil deren Sterbedatum nach 1900 lag. Der Schnitt an der Jahrhundertwende ist zum einen darin begründet, dass von da an hygienische und sozialmedizinische Maßnahmen die Erkrankungshäufigkeit und Mortalität zu beeinflussen begannen, zum anderen aber auch darin, dass die späteren Lebensläufe kaum mehr Krankheitsangaben enthalten. Ein Einfluss auf die statistische Auswertung durch die Ausgliederung dieser zehn Lebensläufe kann ausgeschlossen werden. Somit bestand das Untersuchungskollektiv aus insgesamt 183 Lebensläufen. Einschränkend muss hierzu bemerkt werden, dass diese Lebensläufe ausschließlich von Schwestern stammen, die in Gnadau gestorben sind. Zahlen über Umzüge oder Angaben über Lebensläufe

17 Eigentlich Malaria, hier wohl intermittierendes Fieber.

von Gnadauer Schwestern, die an anderen Orten gestorben sind, lagen nicht vor.

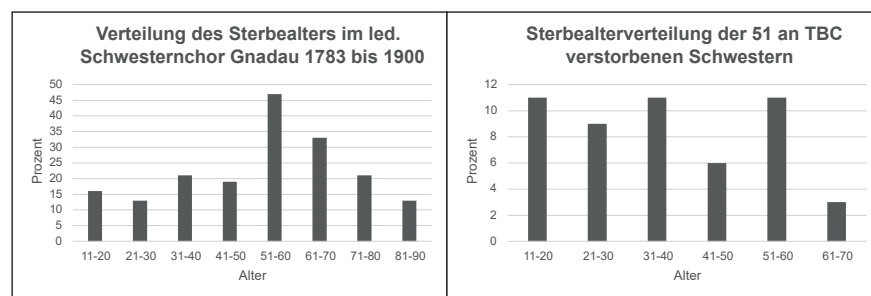
Bei 86 Lebensläufen (47 %) handelte es sich um Autographen oder diktierte Lebensläufe, 97 Lebensläufe (53 %) wurden durch andere Personen verfasst. Die Autoren der postmortalen Anhänge verteilten sich wie folgt:

Autorinnen und Autoren der postmortalen Anhänge

Chor	168	92,0 %
Eltern oder Elternteile	5	3,0 %
Kinder	2	1,0 %
Geschwister	2	1,0 %
Andere (Prediger, Schule, Schwägerin)	3	1,5 %
ohne postmortalen Anhang	3	1,5 %

Sterbeort war das Schwesternchorhaus, mit einer Ausnahme, bei der eine Schwester unter einer Operation im Krankenhaus verstarb. Das Sterbealter lag im Durchschnitt bei 53,1 Jahren (Median: 57 Jahre). Zieht man zum Vergleich die Sterbetafel¹⁸ in Österreich für das Jahr 1868 heran, dann betrug dort die weitere durchschnittliche Lebenserwartung für ein 12-jähriges Mädchen (entsprechend dem Eintrittsalter in das Schwesternchor) 45,59 Jahre, was einem Sterbealter von 57,95 Jahren entspricht. Damit lag das Sterbealter im ledigen Schwesternchor leicht unter dem der österreichischen Normalbevölkerung im Jahr 1868. Dieser Unterschied ist jedoch nicht valide, da die Untersuchungszeiträume nicht vergleichbar sind.

Bei der Verteilung des Sterbealters fallen die zahlreichen jung verstorbenen Schwestern auf:



¹⁸ Daten der Lebenserwartungstabellen sind in diesem Zusammenhang untauglich, da sie die hohe Kindersterblichkeit jener Zeit mit beinhalten. Auf die österreichischen Sterbetafeln wurde zurückgegriffen, weil mit deren Erstellung in Deutschland erst nach 1870/1871 begonnen wurde.

Untersucht man die Morbidität¹⁹ und Mortalität²⁰ in Abhängigkeit vom Lebensalter, so ist es sinnvoll, die Altersgruppen in mehrere Kohorten²¹ aufzuteilen. Im vorliegenden Untersuchungsgut wurden sowohl die Ergebnisse von Kohorten in Lebensalters-Jahrzehnten, als auch in der Gegenüberstellung von zwei Lebensaltersgruppen von unter und über 40 Jahren herangezogen. Die Grenze bei 40 Jahren zu setzen, trägt einerseits dem Umstand Rechnung, dass in der jüngeren Altersgruppe die zum Tod führende Erkrankung eindeutiger zu bestimmen ist als im höheren Lebensalter. Andererseits starben bevorzugt Menschen im Alter unter 40 Jahren an Tuberkulose, wohingegen die älteren Jahrgänge zwar alle Tuberkulosekontakte gehabt hatten, jedoch seltener daran starben. Hierfür gibt es mehrere Ursachen, in erster Linie sind diese aber in der individuellen Immunantwort zu sehen. War diese nicht ausreichend, so führte die Infektion bereits in jungen Jahren zum Tod, war diese aber ausgeprägt, so konnten Menschen auch bei Erregerkontakt ein hohes Lebensalter erreichen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, statistische Angaben zur Tuberkulosemortalität machen zu können.

Schwesternchor Gnadau, Altersgruppe 12–40 Jahre

Diese Untersuchungseinheit umfasste insgesamt 50 Mädchen und Frauen. Die Todesursachen ließen sich in 88 % der Fälle ermitteln und verteilen sich wie folgt:

sichere TBC:	24	48 %	
wahrscheinliche TBC:	7	14 %	zusammen 62 % aller Gestorbenen der Altersgruppe (61 % aller an TBC gestorbenen Schwestern)
Pneumonie	3	6 %	
Meningitis	2	4 %	
Quartal-Fieber	1		
Gallenfieber	1		
Cholera	1		
Ruhr	1		
Influenza	1		
Scharlach	1		andere Infektionskrankheiten: Summe: 22 %
Appendizitis	1		
Lymphom	1		
Keine Angabe od. unklar	6		

19 Gesundheitsindikator, mit dem die Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum gemessen wird.

20 Verhältnis der Anzahl der in einer Population in einem Zeitraum an einer Krankheit gestorbenen Individuen zur Anzahl der Individuen in der Population.

21 Gruppen von Personen, die gemeinsam ein bestimmtes längerfristig prägendes Ereignis erlebt haben.

In der Altersgruppe zwischen 12 und 20 Jahren, die insgesamt 16 Mädchen und Frauen umfasste, starben 8 sicher und 3 mit hoher Wahrscheinlichkeit an TBC (zusammen 68 %). Bei den anderen Todesfällen handelte es sich in vier Fällen um andere Infektionskrankheiten und einmal um eine perforierte Appendizitis.

In der Altersgruppe von 21 bis 30 Jahren (13 Frauen) starben 8 Frauen sicher und eine mit hoher Wahrscheinlichkeit an TBC (zusammen 69 %).

In der Altersgruppe von 31 bis 40 Jahren (21 Frauen) starben 8 Frauen sicher und 3 mit hoher Wahrscheinlichkeit an TBC (zusammen 52 %).

Fasst man alle Altersgruppen bis zu 40 Jahren zusammen, so ergibt sich eine Tuberkulosemortalität von etwas unter zwei Dritteln (62 %), während ein Fünftel (22 %) anderen Infektionskrankheiten zum Opfer fiel.

Schwesternchor Gnadau, Altersgruppe über 40

In dieser Gruppe wurden insgesamt 133 Frauen erfasst. Hier konnte nur in etwas mehr als einem Drittel der Fälle (37,6 %) eine zuordenbare Todesursache ermittelt werden. In der anderen Hälfte bestanden Multimorbiditäten, die eine sichere Zuordnung nicht zuließen, auch wurden in manchen Lebensläufen dieser Gruppe keinerlei Angaben zu Erkrankungen gemacht.

Die Todesursachen verteilten sich wie folgt:

sichere TBC	10	7,5 %	
wahrscheinliche TBC	10	7,5 %	zusammen 15 % aller Gestorbenen der Altersgruppe (39 % aller an TBC gestorbenen Schwestern)
Pneumonie	6	4,5 %	
Apoplex	14	10,5 %	
Influenza	4	3,0 %	
Meningitis	2		
Wassersucht	2		
Appendizitis	1		
Operation	1		

In der Altersgruppe zwischen 41 und 50 Jahren (19 Frauen) starben 3 Frauen sicher und 3 Frauen mit hoher Wahrscheinlichkeit an TBC (zusammen 31 %).

In der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren (47 Frauen) starben 5 Frauen sicher und 6 Frauen mit hoher Wahrscheinlichkeit an TBC (zusammen 15 %).

In der Altersgruppe ab 61 Jahren (67 Frauen) starben nur noch zwei Frauen, beide im Alter von 63 Jahren, an TBC (3%).

Diskussion

Die Tuberkulosestatistiken des 19. Jahrhunderts sind kritisch zu bewerten und nicht ohne weiteres zu Vergleichszwecken heranzuziehen. Dies liegt zum einen an unterschiedlichen Klassifikationsmethoden, zum anderen aber in diagnostischen Schwierigkeiten, so bestanden im 19. Jahrhundert und erst recht davor keine Möglichkeiten, extrapulmonale Formen der Tuberkulose zu erkennen. Festzustellen bleibt jedoch, dass die Tuberkulose die wichtigste Todesursache des jüngeren Erwachsenenalters darstellte. So starben in Preußen 1890 in der Altersgruppe der 15–30-Jährigen 44 % aller Gestorbenen an Tuberkulose, und auch im Deutschen Reich waren 1925 noch 30 % aller gestorbenen Männer und 40 % aller gestorbenen Frauen Tuberkulosefälle.²² Nicht nur in den Städten, auch in ländlichen Gebieten stellte die Tuberkulose die häufigste Todesart dar.

Vergleicht man die Tuberkulosesterblichkeit im Chor der ledigen Schwestern mit den allgemeinen Statistiken, die uns aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts für Europa vorliegen, so kann auch bei kritischer Beurteilung der hinzugezogenen Zahlen zumindest festgestellt werden, dass die Tuberkulosesterblichkeit der Schwestern in Gnadau weit über der der Allgemeinbevölkerung lag. Mit großer Wahrscheinlichkeit kann das auch für die ledigen Schwesternchöre der anderen Herrnhuter Siedlungen angenommen werden, da es sich bei den Tuberkelbazillen um ubiquitär vorkommende Erreger handelte.

Es gibt kaum statistische Untersuchungen zur Tuberkulose in der Zeit des 18. und 19. Jahrhunderts, die angesichts der besonderen Lebens- und Wohnsituation in einem Herrnhuter Chorhaus zu Vergleichszwecken herangezogen werden könnten. Allerdings liegt eine einzige Studie vor, die dieser Aufgabe gerecht werden könnte. Im Jahr 1921 veröffentlichte der Arzt Adolf Kutschera Ritter von Aichbergen, Hofrat und Landessanitätsreferent in Innsbruck (1863–1937), eine Arbeit unter dem Titel: „Die Tuberkulose in katholischen Krankenpflegeorden“, in der er Untersuchungsergebnisse zur Tuberkulosesterblichkeit der Barmherzigen Schwestern in insgesamt fünf Frauenklöstern in Tirol und Vorarlberg wiedergab.²³

Kutschera-Aichbergens Resultate und Interpretationen sind von solch großem Wert, wenn man sie zum Vergleich mit der Situation in den Chorchäusern heranzieht, dass im Folgenden ausführlicher auf sie eingegangen wird.

22 Condrau, Lungenheilanstalt (wie Anm. 19), S. 42.

23 Adolf Kutschera-Aichbergen, Die Tuberkulose in katholischen Krankenpflegeorden, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung 47 (1921), S. 54–72.

Bereits im Jahr 1903 war anhand von Zahlen aus einem Zeitintervall von 28 Jahren festgestellt worden, dass im Mutterhaus der Barmherzigen Schwestern in Innsbruck von den vorgekommenen Todesfällen 77 % auf Tuberkulose entfielen.²⁴ Von diesen Verstorbenen waren 44 % bis zu 30 Jahre alt, 38 % waren in einem Alter zwischen 30 und 40 Jahren.

In seiner eigenen Untersuchung gibt Kutschera-Aichbergen für das Mutterhaus in Innsbruck für die Todesfälle an Tuberkulose eine Schwankung zwischen 55 % und 96 % aller Gestorbenen in den Jahren 1875 bis 1912 an, mit steigender Tendenz.

Vergleich der statistischen Daten aus dem Schwesternhaus in Gnadau 1783 bis 1900 mit denen von Kutschera-Aichbergen von 1903 und 1921

Ein derartiger Vergleich ist nur mit Vorbehalten möglich, dennoch soll hier der Versuch unternommen werden, diese Zahlen in Beziehung miteinander zu setzen. Zunächst soll die methodische Vorgehensweise kritisch bewertet werden.

Die Erhebung der Daten ist insoweit unterschiedlich, als in den Klöstern ein behandelnder Arzt tätig war, der seine Auswertung anhand von Fragebögen vollzog, wohingegen im Gnadauer Schwesternchor nur auf die Lebensläufe zurückgegriffen werden konnte, in denen die Symptombeschreibungen durch Nichtärzte erfolgte. Allerdings wurden bei der Beurteilung der Tuberkulose als Todesursache in der österreichischen Studie die gleichen Symptome herangezogen, wie beispielsweise Bluterbrechen und Pleuritis.

Ein weiterer kritischer Punkt besteht darin, dass unterschiedliche Zeiträume miteinander verglichen wurden. Hierbei muss aber hervorgehoben werden, dass alle Untersuchungszeiträume vor dem Beginn einer wirklichen Tuberkulose-therapie liegen und die Lebensformen sowohl in den katholischen Ordenshäusern als auch im ledigen Schwesternchor im 19. Jahrhundert kaum Veränderungen erfahren haben. Aspekte der Dispositions- und Expositionsprophylaxe waren in beiden untersuchten Zeiträumen noch nicht wirksam geworden – ein Umstand, den Kutschera-Aichbergen in seiner Arbeit ausdrücklich bemängelt.

Darüber hinaus standen zu Beginn des 20. Jahrhunderts diagnostische Möglichkeiten des Nachweises einer Tuberkuloseerkrankung zur Verfügung, so wandte Kutschera-Aichbergen in seinen Studien den Tuberkulin-Hauttest an, den Pirquet²⁵ 1907 erstmals entwickelt hatte. Auch konnte er Tuberkelbazillen bakteriologisch nachweisen lassen. Diese Möglichkeiten waren für ihn wichtig, um Aspekte der Tuberkulose*morbidity*, also der Erkrankungs-

24 489 von 635 Ordensschwestern; ebd., S. 54.

25 Clemens Peter Freiherr von Pirquet (1874–1929) war ein österreichischer Kinderarzt, der in Wien arbeitete. 1907 entwickelte er als erster einen Tuberkulintest, für den er fünfmal für den Nobelpreis nominiert wurde, ihn aber niemals erhielt.

häufigkeit, zu untersuchen. Diese Gesichtspunkte mussten beim Vergleich der verschiedenen Untersuchungen unberücksichtigt bleiben, so dass nur auf seine Ergebnisse zur Tuberkulosesterblichkeit zurückgegriffen wurde.

Zunächst folgen die Zahlen aus der Untersuchung von 1903, die Kutscher-Aichbergen in seiner Arbeit zitiert.

Tuberkulose-Todesfälle im Mutterhaus der Barmherzigen Schwestern in Innsbruck (1906), Beobachtungszeitraum 28 Jahre

In 489 Fällen von insgesamt 635 verstorbenen Ordensschwestern war die Todesursache eine Tuberkulose (77 %). Von den 635 an Tuberkulose verstorbenen waren 44 % bis zu 30 Jahre alt, 38 % lagen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren.

Als nächstes werden die Zahlen aus seiner Studie von 1921 mit denen aus Gnadau verglichen:

Tuberkulose-Todesfälle 1907–1916 in 5 Frauenklöstern in Tirol und Vorarlberg, nach Altersgruppen, im Vergleich mit den Tuberkulose-Todesfällen 1783–1900 im Schwesternhaus Gnadau

	Barmherzige Schwestern (1907–1916)	Schwesternhaus Gnadau (1783–1900)	Anteil TBC-Tote an allen an TBC Gestorbenen nach Altersgruppen (bereinigt)
	Anteil TBC-Tote an allen an TBC Gestorbenen nach Altersgruppen	Anteil TBC-Tote an allen an TBC Gestorbenen nach Altersgruppen	
Altersgruppe 12–20 Jahre:	keine	21,5 %	keine
Altersgruppe 20–30 Jahre:	32,4 %	17,7 %	28 %
Altersgruppe 30–40 Jahre:	37,4 %	21,5 %	34 %
Altersgruppe 40–50 Jahre:	18,7 %	11,8 %	18 %
Altersgruppe über 50 Jahre:	11,5 %	27,5 %	20 %

Um vergleichbare Werte zu erhalten, wurde rechts bei den Gnadauer Schwestern die Gruppe der 12–20-Jährigen ausgeschlossen und die Gruppe der über 50-Jährigen halbiert, da diese in dem österreichischen Kollektiv nur 33 % des Gesamtkollektivs darstellten, unter den Gnadauer Schwestern jedoch 62 %.

Vergleicht man die beiden Aufstellungen vom Anteil an allen an TBC gestorbenen nach Altersgruppen, so muss berücksichtigt werden, dass Kutschera zum einen eine Altersgruppe unter 20 Jahren nicht erfasst hat, möglicherweise, weil es keine Novizinnen in diesem Alter gab. Zum anderen war die Gruppe der über 50-Jährigen im Gnadauer Kollektiv doppelt so groß wie in der Vergleichsgruppe aus Österreich. Die Ursache für diesen Unterschied konnte nicht gefunden werden. Leider hat Kutschera-Aichbergen in seiner Publikation keine Angaben zum durchschnittlichen Lebensalter bzw. der durchschnittlichen Lebenserwartung in den von ihm untersuchten Gruppen gemacht. Lässt man jedoch die Gruppe unter 20 Jahren unberücksichtigt und halbiert die Gruppe der über 50-Jährigen in Gnadau, dann erhält man bei vergleichbaren Untersuchungsgruppen in beiden Kollektiven auch vergleichbare Ergebnisse.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in beiden Kollektiven, den ledigen Schwestern in Gnadau und den Ordensschwestern in Tirol und Vorarlberg, die Tuberkulosesterblichkeit bei den unter 40-jährigen Frauen weit über der der Normalbevölkerung lag.

Von großem Interesse sind die Erklärungen und Folgerungen, die Kutschera-Aichbergen aus diesen Ergebnissen ableitet.

Hervorzuheben ist, dass der Autor neben der Unkenntnis der Tuberkulose als Infektionskrankheit die Hauptursache der hohen Sterblichkeit an TBC nicht im Fehlen hygienischer Einzelmaßnahmen sieht, sondern in der Wohnform:

Im Jahre 1914 habe ich festgestellt, daß die hohe Tuberkulosesterblichkeit unter den Barmherzigen Schwestern nur zum Teil durch hygienische Nachteile der Lebensweise verursacht wird und daß sie in erster Linie darauf zurückzuführen ist, daß die Infektionsgelegenheiten bei dem engen Zusammenleben der Schwestern, von denen fast alle manifeste Erscheinungen der Tuberkulose während ihres Klosterlebens durchzumachen haben, ungemein häufig sind.²⁶

Die räumliche Enge bedingt eine hohe Erregerlast, der sämtliche Ordensschwestern ausgesetzt sind:

Bei der häufigen Berührung, welche die Schwestern miteinander haben, sind die Verbreitungswege der Tuberkulose äußerst mannigfaltig. Am wichtigsten sind meiner Ansicht die Infektionen, welche durch die häufigen Versetzungen der Schwestern auf andere Dienstposten erfolgen. Die Schwestern bewohnen meist große Zimmer, in welchen die Schlafräume durch Vorhänge voneinander getrennt sind. [...]

26 Kutschera-Aichbergen, Tuberkulose (wie Anm. 23), S. 55.

Unter den Schwestern kommen zahlreiche Fälle von infektiöser Tuberkulose vor, welche entweder gar keine oder so geringfügige Krankheitserscheinungen verursachen, daß sie von den Schwestern nicht beachtet werden, weil sie infolge ihrer Lebensanschauung nur erheblichen Störungen ihres körperlichen Befindens eine Bedeutung beizumessen gewohnt sind. Infolgedessen kommt es häufig vor, daß die Schlafräume der Schwestern mit virulenten Tuberkelbazillen in hohem Grade infiziert werden, ohne daß jemand davon eine Ahnung hat.²⁷

Eine entscheidende Beobachtung macht Kutschera-Aichbergen, als er feststellt, dass Ordensschwestern, die in den Krankenpflegeeinrichtungen ihrer Einrichtungen tätig sind, keine erhöhte Rate an Tuberkuloseerkrankungen aufweisen.

Im Allgemeinen ist die Tuberkulose unter allen Berufen der geistlichen Kongregationen fast gleichmäßig verbreitet, jedenfalls ist sie aber bei den Krankenpflegerinnen nicht auffallend erhöht. Es lässt dies mit Sicherheit darauf schließen, daß es nicht die Schädlichkeit des Berufes und insbesondere nicht die Schädlichkeit des Krankenpflegeberufes ist, welche hier den Ausschlag gibt, sondern vielmehr die Schädlichkeit des Klosterlebens. Die wiederholten Infektionen mit Tuberkelbazillen haben in den Wohnräumen eine weit größere Bedeutung als in den Krankenzimmern, weil sie dort ständig erfolgen, während nur ein kleiner Bruchteil der Krankenpflegerinnen bei infektiösen Tuberkulosen beschäftigt ist und auch nur einen Bruchteil der Zeit im Krankenzimmer weilt. Dagegen sind im Kloster die Tuberkelbazillen überall vorzufinden und das ständige Verweilen in den infizierten Räumen, das Schlafen in infizierten Betten scheint weit eher zu deletär verlaufender Tuberkulose zu führen, als das zeitweilige doch immer nur nach wenigen Stunden bemessene Beisammensein mit Tuberkulösen in der Krankenpflege!²⁸

Auch ein Jahrhundert danach haben die Feststellungen Kutschera-Eichbergens nichts an ihrer Richtigkeit eingebüßt.

Der Vergleich mit der Wohnsituation in den Chorhäusern der ledigen Schwestern drängt sich auf, lebten diese doch aufgrund ihrer geringeren Mobilität viel länger in ihren Einrichtungen als die ledigen Brüder. Bei Letzteren gab es auch Tuberkulosefälle,²⁹ es dürfte allerdings kaum möglich sein, diese in ähnlicher Weise statistisch zu erfassen.

27 Ebd., S. 56.

28 Ebd., S. 64.

29 Der bekannteste von ihnen dürfte Christian Renatus von Zinzendorf (1727–1752) gewesen sein.

Fazit

Gemeinsame Wohnformen der ledigen Schwestern in den Herrnhuter Niederlassungen, deren Anfang auf 1733 zurückgeht, entstanden fünf Jahre später als die ersten Ansätze zu einem Zusammenleben der unverheirateten Brüder. Die ersten Chorghäuser wurden 1739 errichtet. Nach einer eher experimentellen Phase in den ersten Jahren entwickelten sich die Chorghäuser der ledigen Schwestern zu eigenen Körperschaften innerhalb der Gemeinde, mit eigenem liturgischem Leben und den Schwestern vorbehaltenen Versammlungsräumen. Das Verhältnis vom Chorhaus zur Gemeinde war, sofern man die Ortsgemeinden als sogenannte ‚Gnadenökonomien‘ mit klösterlichen Einrichtungen vergleichen will, das eines Klosters innerhalb eines Klosters. Dieses Nebeneinander unterschiedlicher Gruppenstrukturen war nicht konfliktfrei.

Die Wohnsituation in den Chorghäusern war mit der von Ordensschwestern durchaus vergleichbar. Allerdings gerieten die jüngsten Schwestern des Chores schon in einem Alter von zwölf Jahren in dieses mit einem hohen Tuberkelbazillengehalt belastete Milieu. Dies unterschied sie von den Novizinnen, die dem Orden erst in einem höheren Alter beitraten. Die ledigen Schwestern teilten sich die großen Schlafsäle unter dem Dach, sie kochten und aßen zusammen und verbrachten den Tag bei der Arbeit gemeinsam in ihren Stuben. Diese kollektive Wohnform begünstigte die Ausbreitung der Tuberkulose und die daraus resultierende Sterblichkeit in höherem Maße als in dörflichen Strukturen, aber auch als in den städtischen Wohnformen des Industrieproletariats, wie sie sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelten. Dies sollte sich erst mit der Schaffung sozialhygienischer Strukturen der Dispositions- und Expositionsprophylaxe verändern, deren Wirkung sich jedoch erst im 20. Jahrhundert zeigen sollte. Zu diesem Zeitpunkt hatten die Chorghäuser ihre Bedeutung als Herrnhuter Spezifikum allerdings schon längst eingebüßt.

Das eigentliche ‚Opfer‘, welches die jungen Leute laut Synodalprotokoll von 1764 in Form der Auszehrung erbrachten, bestand nicht in der Abkehr von allem, was unter ‚Welt‘ verstanden wurde, sondern im Einzug ins Chorhaus und der darin lauernden Kontamination.

**Christoph Th. Beck, Broken Earthly Houses:
Tuberculosis Mortality in the Choir Houses of the Single Sisters
in the 18th and 19th Centuries**

The post-mortem sections of Moravian memoirs that are added by a third hand are of especial significance from the point of view of medical history. Up to the end of the 19th century, the dying process and the diseases underlying it were described in detail. This makes it possible to draw statistical conclusions about tuberculosis mortality in the choir houses. Based on 183 memoirs of the single sisters' choir in Gnadau, it can be established that the mortality from tuberculosis in the Moravian choir houses far exceeded that of the normal population. Until 1882 it was not known that tuberculosis was an infectious disease. The decisive factor for the high mortality rate was not hygienic deficiencies but the high pathogen density in the collective living and working spaces. For comparison, statistics from five Catholic convents in Tyrol and Vorarlberg, which also describe such a connection, were used. In the present study, tuberculosis mortality in Moravian choir houses is recorded statistically for the first time.