

Woran ist Mozart gestorben? : Zum 180. Todestag - 5. Dezember 1791

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Eidgenössische Sängerei = Revue de la Société fédérale de chant**

Band (Jahr): **35 (1971)**

Heft 6

PDF erstellt am: **22.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1043816>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Woran ist Mozart gestorben?

Zum 180. Todestag – 5. Dezember 1791

Der frühe und geheimnisvolle Tod Mozarts, seine anonyme Beisetzung im Armengrab, seine geäußerten Vorahnungen, die eigenartige Bestellung seines Requiems, die Selbstbezeichnung des alten Salieri, er hätte ihn vergiftet, beschäftigt die Menschen bis zum heutigen Tage. Besonders die Giftmordthese wird immer wieder vorgebracht. In einer Epikrise beschäftigt sich der Medizinalhistoriker Prof. DDr. Wilhelm Katner von der Universität Köln mit diesen Fakten. Da wir annehmen, daß sich unsere Leser für dieses Thema interessieren, war uns die Nachdruckerlaubnis von Herrn Prof. Katner und der uns befreundeten Internationalen Stiftung Mozarteum in Salzburg willkommen.

Im Jahre 1966 erschien, von der Internationalen Stiftung Mozarteum herausgegeben, das Buch «Mozart. Krankheit – Tod – Begräbnis» des Rapperswiler Zahnarztes Dr. Carl Bär. Bis dahin hatten sich neben wenigen Medizinern nur die Musikhistoriker und einige Literaten mit den Ursachen für Mozarts frühen Tod befaßt. Um eine Stellungnahme auch der Medizinhistoriker herbeizuführen, denen bei Pathographien ja das letzte Wort zusteht, habe ich, von unserem Kölner Musikwissenschaftler Prof. Dr. Fellerer angeregt, auf der Jahrestagung der «Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik» im September 1967 in Nürnberg einen Vortrag «Ist das Rätsel um Mozarts Tod gelöst?» gehalten, der sich auf Bärs historisch und – bis auf die angebliche Rheuma-Pathomorphose – auch (medizinisch) einwandfreie objektive Darstellung stützte und zu einer außerordentlich lebhaften Aussprache Anlaß gab.

In dieser Diskussion ging es um die einzigen noch ernst zu nehmenden Diagnosen: Nierenversagen oder rheumatisches Fieber. An sicher bezeugten Symptomen, die für den Medizinhistoriker allein maßgebend sind, gelten für Mozarts letztes Krankheitsstadium nur entzündliche Schwellungen der Gelenke, die ihn infolge ihrer großen Schmerzhaftigkeit fast bewegungsunfähig machten, dauerndes Fieber und nicht näher beschriebene Hauterscheinungen, die zu seiner Zeit durchwegs als «Ausschlag» bezeichnet wurden. Dazu kamen heftige Kopfschmerzen, die auch heute noch tausend Ursachen haben können und mit denen man daher ebensowenig wie mit dem zu Mozarts Zeit fast bei jeder Krankheit durch Brechmittel erzeugten Erbrechen etwas anfangen kann. Von Nierenkrankheiten wußte man am Ende des 18. Jahrhunderts so gut wie nichts. Wer an eine chronische Nierenkrankheit mit einer schließlichen Schrumpfniere und terminaler Urämie glaubt, faßt die Schwellungen bei Mozart als Ödeme auf, wogegen die sichere Angabe spricht, daß es sich bei ihm um entzündliche und überaus schmerzhaftige Gelenkschwellungen handelte: und was eine Entzündung war, haben die antiken Ärzte bereits gewußt. Ein großer Teil der Für und Wider in der Diskussion drehte sich um die Frage, ob ein schwer urämischer, also harnvergifteter Patient bis wenige Stunden vor seinem Tode noch bei vollem Bewußtsein bleiben kann. Während es Prof. Dr. L. Münster, Bologna, bereits für unmöglich hielt, daß ein schwerkranker chronischer Nephritiker neun

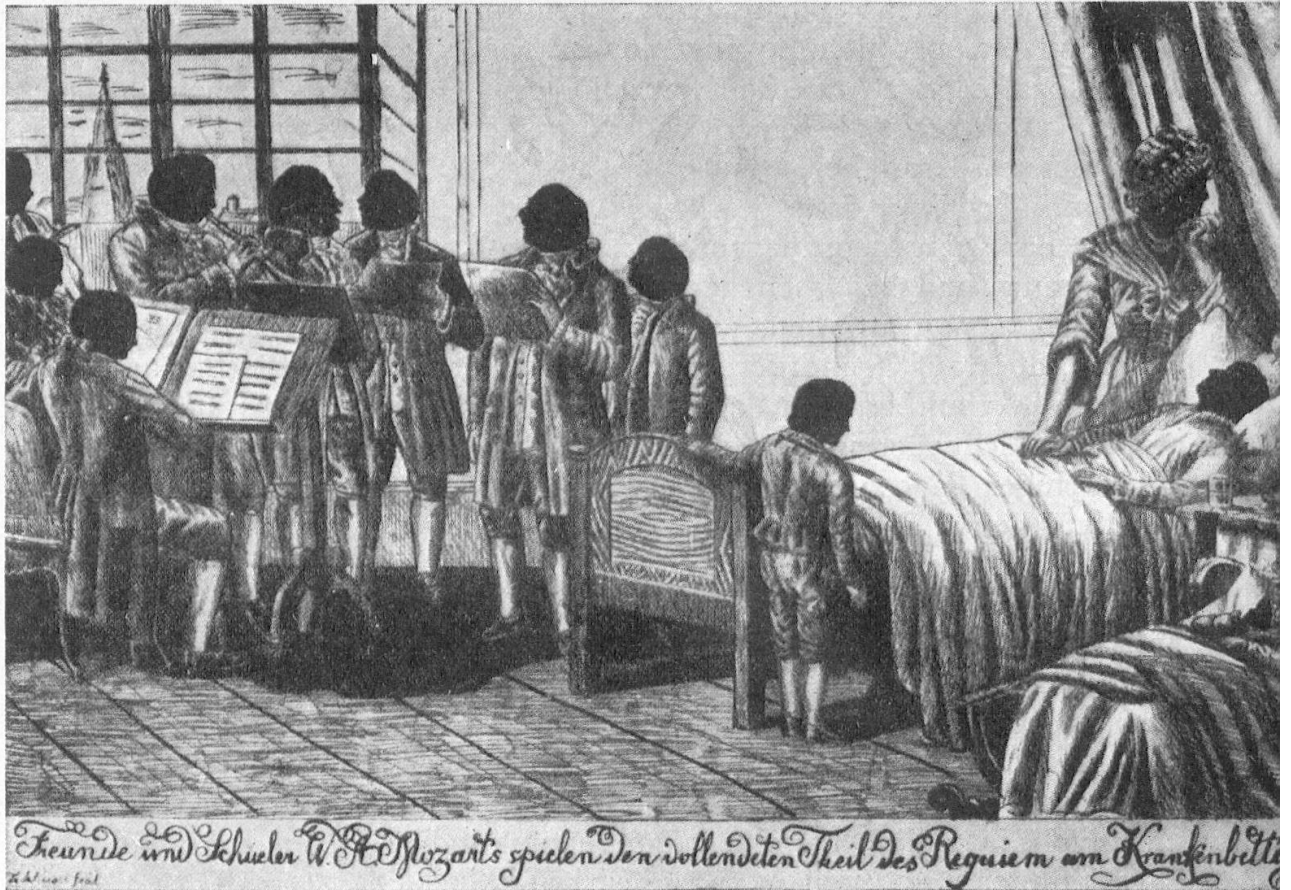
Wochen vor seinem Tode noch eine Operaufführung dirigieren könne, seien nach Doktor Johannes Keller, Dresden, auf Grund seiner 40jährigen urologischen Erfahrung blitzartige Zusammenbrüche von Urämikern mitten aus vollstem Wohlbefinden heraus durchaus keine Seltenheit. Eine Einigung konnte nicht erzielt werden. Auszuschließen sei eine Nierenbeteiligung bei Mozart jedenfalls nicht. Über das von Guldener (vgl. Bär, S.60) offenbar von Mozarts letzten Ärzten übernommene, von dem Ungarn Johannes Bököy bereits 1907 behauptete und von Bär 1966 wieder in den Vordergrund gestellte rheumatische (Entzündungs-)Fieber wurde weniger lange diskutiert. Daß Mozart 1763 mit sieben Jahren und 1766 mit zehn Jahren unter schwerem Rheuma litt, steht unumstößlich fest, doch halten es die meisten Rheumatologen für sehr unwahrscheinlich, daß ein jugendlicher Rheumatiker als Erwachsener, und noch dazu mit 35 Jahren, abermals an einem schweren Rheuma erkrankt: wobei sich der Terminus «Rheuma» nicht auf solche «rheumatische» Erkrankungen bezieht, die mit schweren Gelenkverbildungen einhergehen, sondern auf das sogenannte «akute Gelenkrheuma», das mit hohem Fieber verbunden ist und nur die Gelenkflüssigkeit und die das Gelenk umgebenden Gewebe in Mitleidenschaft zieht.

Was man unter dem «rheumatischen Fieber» früher verstand und was man heute darunter versteht, hat Bär (S.89–94) ausführlich dargelegt. Nachzutragen wäre lediglich, daß viele Rheumatologen diesen Ausdruck ebenso wie «akute Polyarthritits» und «akutes Gelenkrheuma» ablehnen, weil die entzündlichen Gelenkschwellungen nur ein einziges der vielen Symptome sind, die die von « β -hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A» hervorgerufene Krankheit im Gefolge hat.

Inzwischen wurde festgestellt, daß es eine ganze Anzahl von Varietäten dieser Streptokokken gibt, die alle dieselben Symptome hervorrufen, trotzdem aber so artspezifisch sind, daß eine durch eine dieser vielen Varietäten verursachte und durchgestandene Infektion keine Immunität gegen die anderen Varietäten erzeugt, daß weiterhin Patienten, die in der Jugend derartige Infektionen, also «Rheumaschübe» erfuhren, als Erwachsene überempfindlich gegen neue Infektionen werden können und daß es schließlich Gegenden gibt, in denen diese Streptokokken außerordentlich häufig sind: woraus sich das im Winter 1954/55 in einem großen amerikanischen Rekrutenlager beobachtete «epidemic rheumatic fever» erklärt, das fast die Hälfte derjenigen Soldaten befiel, die in ihrer Jugend bereits ein- oder gar mehrmals infiziert gewesen waren.

Die beiden Hauptsymptome eines solchen «epidemischen rheumatischen Fiebers», die eine Diagnose ziemlich leicht machen, sind nach wie vor die mehr oder weniger schmerzhaften entzündlichen Gelenkschwellungen und das hohe Grade erreichende Fieber. Voran gehen fast stets Rachenkatarrhe oder Anginen, und Hautsymptome sind im Gegensatz zu bloßen Ödemen auch beim Erwachsenen so gut wie immer vorhanden.

Im übrigen spielen eine individuelle Empfindlichkeit für die Erreger, Wohn- und andere hygienische Umstände, eine Unterernährung usw. neben der Jahreszeit eine große Rolle, weshalb der Befall in den ärmeren Bevölkerungsschichten höher als in den besser gestellten ist. Und ob jemand in der



Mozart auf dem Sterbebett. Nach einer zeitgenössischen Zeichnung

Jugend «kausal», das heißt mit Antibiotika, oder nur symptomatisch, wie bis vor wenigen Jahrzehnten, behandelt wurde, ist ebenfalls von Belang.

Ich muß mich auf wesentlich Neues beschränken und will vieles von Bär Beigesteuerte nicht wiederholen. Jedenfalls wird durch das über das epidemische rheumatische Fieber Ausgeführte deutlich, daß Guldener, der 1798 nicht 2. und 1800 nicht 1. Wiener Stadtphysikus geworden wäre, wenn er sich nicht schon vorher um im Volke häufige Krankheiten gekümmert hätte, recht hatte mit seiner Angabe, daß zur selben Zeit, also im vorgerückten Herbst des Jahres 1791, als Mozart ins Bett gezwungen wurde, das rheumatische Entzündungsfieber allgemein unter den Wienern umging (vgl. Bär, S. 75) und daß die Krankheit bei manchen (!) den gleichen tödlichen Ausgang und die gleichen Symptome hatte wie bei Mozart (vgl. Bär, S. 75)! Tödlich war die Krankheit bei jenen, die – wie das dank der heutigen, schon bei den ersten Anzeichen einer Angina einsetzenden Prophylaxe mit Antibiotika nur noch selten vorkommt – aus ihren ersten Schüben in der Kindheit einen schweren Herz(klappen)- und Kreislaufschaden davontrugen oder aber, wie gleich deutlich werden wird, mit der damals üblichen Therapie behandelt wurden, denn an den schließlich völlig wieder verschwindenden entzündlichen Gelenkschwellungen allein geht niemand zugrunde.

Ob und in welchem Maße Mozarts Herz geschädigt war, ist nicht zu entscheiden: von einer Herzdiagnostik wußte man zu seiner Zeit ja ebenso

wenig wie von einer Nephritis, einer Schrumpfniere oder einer Urämie. War Mozarts Herz aber nicht beteiligt, so war, wie Guldener und wahrscheinlich auch Mozarts letzte Ärzte Sallaba und Closset es taten, sein «rheumatisches Fieber» auch nicht als seine «Todeskrankheit» aufzufassen. Dann war es seine «letzte» Krankheit.

Woran aber ist er dann gestorben?

Nun, Bär weist schon darauf hin: an den Aderlässen, die man bei jeder Entzündung und bei fast jedem Fieber anzuwenden pflegte. Zwar kann man nicht genau angeben, wie viele Aderlässe an Mozart vorgenommen wurden, aber auf Grund der sorgfältigen Berechnungen, die Bär an Hand anderer Aderlaßtherapien Sallabas anstellte, ist es durchaus möglich, daß man dem kleinwüchsigen, nicht viel über 1,50 m messenden Manne innerhalb weniger Tage zwei Liter und mehr Blut entzog, was schließlich seinen Kreislauf derart dekompensierte, daß er am hämorrhagischen Schock zugrunde ging. Große einmalige Aderlässe bis zu 500 cm³ regen die Blutbildung an, bei mehreren Aderlässen kurz hintereinander ist das aber nicht mehr der Fall. Abgesehen davon sind weitere Aderlässe jedesmal mit Temperatursteigerungen, also mit Fieber verbunden, das dann abermals durch einen Aderlaß bekämpft wurde, und da weiterhin das erythropoetische, also das die Blutkörperchen erzeugende System schon sowieso durch hämolysierende Streptokokken schwer geschädigt wird, kann man sich ausrechnen, wie unheilvoll, ja tödlich bei einem am rheumatischen Fieber Erkrankten ein öfterer Blutentzug durch Aderlässe wirken kann.

Meine eigene Ansicht ist also heute die, daß Mozart im November 1791 tatsächlich abermals von einem schweren akuten Gelenkrheuma befallen wurde, das er vielleicht überstanden hätte: das er aber nicht überstand, weil er infolge der völlig sinnlosen dauernden Aderlässe verblutete, das heißt an einem hämorrhagischen Schock zugrunde ging. Daß ein Nierenversagen und/oder ein Herzschaden sein Ende beschleunigten, ist nicht auszuschließen. Zu beweisen ist es nicht.

Einen breiten Raum nahm in der Diskussion die Legende ein, nach der Mozart einer kriminellen Sublimatvergiftung zum Opfer fiel. Um es gleich zu sagen: ob Mozart sich selber für vergiftet hielt, ob andere diesen Verdacht teilten, ob er wegen einer irrtümlich bei sich vermuteten Syphilis sich selber mit zuviel Sublimat behandelte, ob der alte und geistesgestörte Salieri sich tatsächlich des Giftmordes an Mozart bezichtigte oder ob Mathilde Ludendorff neben Luther, Dürer, Lessing, Schiller, Fichte, Schubert und Nietzsche auch Mozart durch die Freimaurer umbringen ließ, ist für den Medizinhistoriker gänzlich ohne Belang: für ihn entscheidend ist lediglich, was sich aus den zur Verfügung stehenden Quellen an sicher vorhanden gewesenen Symptomen eruieren läßt und ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit aus diesen Symptomen auf eine bestimmte Krankheit geschlossen werden kann.

Die Haltlosigkeit aller seit Salieris Tod aufgekommenen Schauergeschichten, wie sie seit 1956 von dem Gonsenheimer Internisten Dr. Dieter Kerner in unzähligen Publikationen immer wieder verbreitet wurden, war von Prof. Dr. Deutsch aus historischer Sicht schon längst bewiesen worden, und daß die bei Mozart mit Sicherheit vorhanden gewesenen Symptome nicht

den geringsten Hinweis auf eine chronische Sublimatvergiftung ergeben, war von dem Dermatologen Prof. DDr. Aloys Greither und von dem Brünner Toxikologen und Medizinhistoriker Dr. Josef Sajner ebenfalls längst dargelegt.

Auf beider Untersuchungen fußend, habe ich in meinem Vortrag im besonderen darauf hingewiesen, daß alle von Dr. Kerner für einen Giftmord vorgebrachten medizinischen Argumente wertlos blieben, solange der bei jeder chronischen Sublimatvergiftung auftretende, zu einer zittrigen Handschrift führende und damit völlig objektiv erkennbar sein müßende feinschlägige Tremor der Hände in Mozarts letzten Schriftzügen nicht nachgewiesen sei. Daß ein solcher exakter Nachweis noch fehle, mußte Dr. Kerner in der Diskussion zugeben. Er werde ihn aber, wie er sagte, noch erbringen. Darauf warten wir noch heute.

Also, es bleibt dabei: Mozart wurde nicht vergiftet, und von einem Giftmörder fehlt jede Spur.

Die Ecke des Zentralpräsidenten

Chorleistungen

Viele unserer Chöre bereiten sich auf die kommende Konzertsaison vor. Es ist die richtige Zeit für einige Streiflichter zum Thema Chorleistungen.

Die Neuenburger Resolution von 1969 beginnt mit der Aufgabe, die Leistung und die Qualität unserer Chöre zu fördern. Wenn wir künftige, größere Gefolgschaft wollen (Sänger und Zuhörer), so können wir uns den Forderungen des heutigen Zeitempfindens gegenüber nicht indifferent verhalten; und heute verlangt man überall Leistungen; das ist nun einmal so.

Unsere sängerischen Leistungen können wir nicht auf die mit Unterbrüchen besuchten wöchentlichen Chorproben beschränken. Wir können uns den persönlichen Einsatz nicht ersparen, der für einen guten, differenzierten und ausgeglichenen Chorklang nötig ist. Es geht auch kaum mehr an, den Männerchor als eine rein gesellschaftliche Angelegenheit zu betrachten, nach dem Spruch: «Ich bin gern im Männerchor, wenn nur das Singen nicht wäre.» Es ist heute so, daß das, was unsere Chöre erarbeiten und darbieten, unmittelbar in Vergleich zum immer größer werdenden Angebot der Berufschöre gesetzt wird.

Was müssen wir also tun, um angesichts dieser Anforderungen eine größere Gefolgschaft zu haben? Wie können wir unserer kulturellen Aufgabe gerecht werden, die Gemütskräfte der Sänger und Zuhörer zu stärken?

Mein Rezept, für das ich jahrelang Beobachtungen und Überlegungen angestellt habe und von dem ich vielleicht sogar meinen darf, es sei logisch, ist jedenfalls einfach. Es setzt allerdings das Verständnis eines jeden Sängers voraus, eine kulturelle Aufgabe zu haben: Möglichst auswendig singen. Noten und Texte als Stützen und nicht als Konzertlektüre verwenden. Enge Blickverbindung mit dem Dirigenten suchen.