

Zeitschrift: Gesnerus : Swiss Journal of the history of medicine and sciences
Herausgeber: Swiss Society of the History of Medicine and Sciences
Band: 36 (1979)
Heft: 1-2

Artikel: Medizinhistorisches aus Appenzell Ausserrhoden (1800-1830)
Autor: Ruesch, Hanspeter
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-520782>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

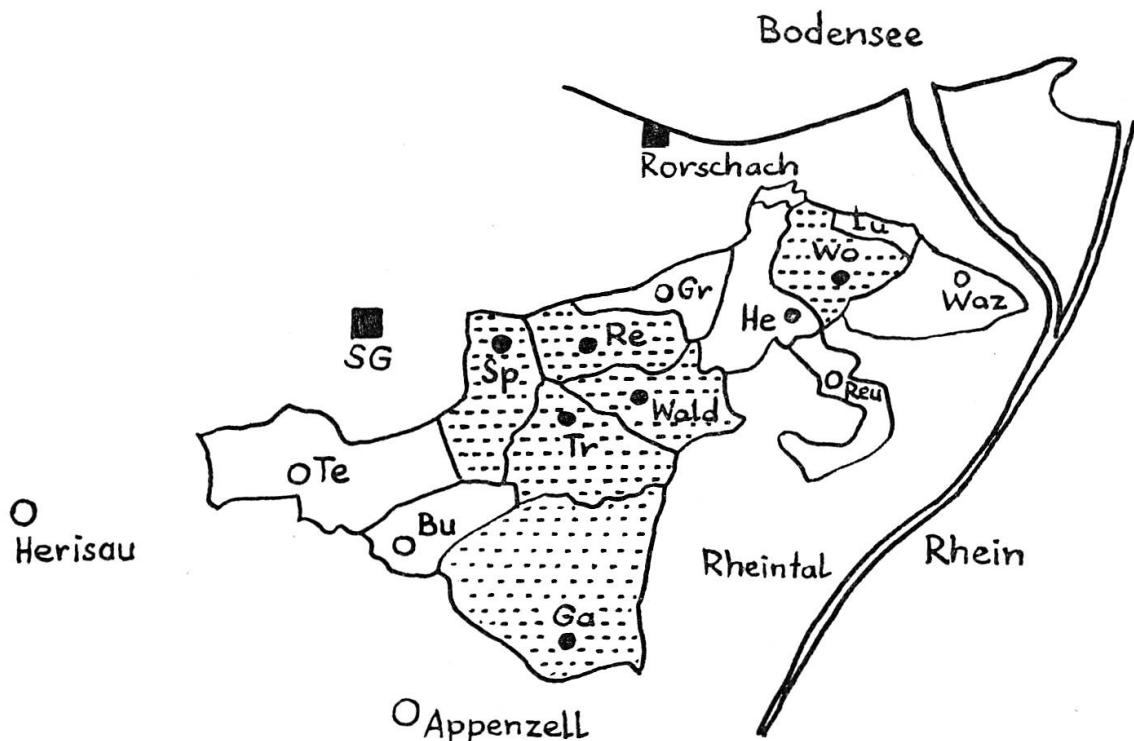
ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Medizinhistorisches aus Appenzell Außerrhoden (1800–1830)

Von Hanspeter Ruesch

1. Einleitung

In einem früheren Beitrag über die Thematik und Quellenlage der sozialwissenschaftlich orientierten Medizingeschichte Außerrhodens¹ stellen wir methodische Probleme in den Vordergrund. Zu welchen Ergebnissen die damals erörterten Fragestellungen führen können, soll mit dem vorliegenden Bericht über die medi-



Karte des Untersuchungsgebietes (1: 125 000)

Umrahmtes Gebiet: Das sogenannte Land vor der Sitter, umfassend die heutigen Bezirke Vorder- und Mittelland. **Getüpfelt:** Untersuchte Gemeinden (*)

Abkürzungen:

Bu	=	Bühler	Sp	=	Speicher *
Ga	=	Gais *	SG	=	St. Gallen
Gr	=	Grub	Te	=	Teufen
He	=	Heiden	Tr	=	Trogen *
Lu	=	Lutzenberg	Wald	=	Wald *
Re	=	Rehetobel *	Waz	=	Walzenhausen
Reu	=	Reute	Wo	=	Wolfhalden *

zinische Versorgung des ostschweizerischen Beobachtungsgebietes² zumindest andeutungsweise aufgezeigt werden³.

Die Reduktion des weiten Untersuchungsfeldes auf den gewählten Teilespekt verlangt es, daß wir damit zusammenhängende Themen wie etwa den Gesundheitszustand der Einwohnerschaft, die Ernährungsweise, die umweltbedingten Krankheitsformen und die Geschichte der Medizinalbehörden nur streifen, den vielschichtigen Komplex der Sterblichkeit mehr oder weniger ganz beiseitelassen⁴. Andererseits erleichtert unsere thematische Auswahl die zeitliche Beschränkung auf die quellenmäßig reich belegte Periode zwischen 1800 und 1830.

2. Gesundheitszustand, Krankheitsbefall, Ernährungsweise und Sterblichkeit der außerrhodischen Bevölkerung um 1800

Galten die Bewohner unserer Region lange als ein kräftiger und langlebiger Menschenschlag, so glaubten verschiedene Beobachter anfangs des 19. Jahrhunderts eine Verschlechterung der allgemeinen körperlichen Konstitution festzustellen⁵. Man betrachtete die beunruhigende Gesundheitsentwicklung meist als direkte Folge der intensiven Heimarbeit, als Resultat einer veränderten Lebens- und Ernährungsweise. Der Arzt und Chronist Gabriel Rüsch aus Speicher urteilte:

«Seitdem sich aber die Leute mehr in dunstigen, selten gelufteten Stuben und feuchten, mit Dünsten gährenden Kleisters angefüllten Webkellern aufhalten, erschlaffende, scharfe oder schwer verdauliche Speisen und Getränke, als Kaffee, Most, Zieger, Käse, Butter, Speck, geräuchertes Fleisch, Milch- und Mehlgerichte und Backwerk genießen, gekrümmmt sitzen, sich beim Weben beständig Stöße auf den Magen geben, rauchen, schnupfen und leicht gekleidet sind, leiden sie daher und von den Einflüssen der veränderlichen Witterung an vielen Krankheiten.»⁶

Auch andere Zeitgenossen Rüsches sahen die einstige Einfachheit des Lebens und mit ihr die vielgerühmte Kraft und Gesundheit der Vorfahren entschwinden. Erblickte einer unter ihnen in den sich häufenden Auszehrungsfebern, Gelbsuchten, Wassersuchten und Schlagflüßen ein mahnendes Zeichen der Zeit⁷, so wies ein anderer auf die abnehmende Zahl derjenigen hin, welche bis ins hohe Alter rüstig und ohne Beschwerden lebten⁸. Ob die betreffenden Beobachter bloß die damals weitverbreitete Klage philanthropisch-gemeinnütziger Kreise über die aktuellen Zustände wiederholten, oder ob sie durch eigene Anschauung und ohne Voreingenommenheit zu solchen Schlüssen gekommen sind, ist im nachhinein schwer nachzuweisen. Immerhin sind die uns nur vereinzelt überlieferten Zeugnisse über einstige soziale Verhältnisse mit ebenso großer Vorsicht aufzunehmen⁹ wie die mehr das Kuriose berührenden Bemerkungen weiterer Zeitgenossen über die Krankheiten der Appenzeller.

Meist stammten die Urteile von nur kurz im Lande verweilenden Reiseschriftstellern, wie sie in jener Epoche überall in der Schweiz anzutreffen waren. Verständlicherweise blieben diesen mehr die augenfälligen Leiden der Landleute in Erinnerung, während sie die unscheinbaren außer acht ließen. Deshalb berichten sie auch eingehend über Krüppel und Verwachsene, über die häufigen Kropfleiden und Leistenbrüche¹⁰. Daneben ergehen sie sich breit über die Erscheinungsformen und Gründe des Heimwehs und der Schwermut¹¹.

Wie stand es aber um die alltäglichen und damit nicht weniger drückenden Beschwerden der Landleute, wie sie in der Praxis eines Arztes allgemein vorherrschten? In seiner eigenen Praxis in Speicher, bezeugt Gabriel Rüschi, überwogen die Opfer der neuen, ungesunden Lebensweise. Viele seiner Patienten litten an Hals-, Brust- und Unterleibsentründungen, Katarrhen, Rheumatismus, Gicht, Verstopfungen, Schwind-, Bleich- und Wassersuchten sowie an Magenleiden¹². Ähnliches lässt sich aus einer Krankentabelle entnehmen, die ein Kollege Rüschi (oder etwa Rüschi selber?) während seiner 17jährigen Praxis zusammengestellt hat. Hier die Liste derjenigen Leiden, die er in 40 und mehr Fällen behandelt hat¹³:

*Tabelle 1:
Häufigkeit von Leiden in der Alltagspraxis eines Arztes um 1830¹⁴*

Katarrhfeber	272	Dyspepsien	63
Kräpfe	228	Diarröen	54
Rheumatismen	202	Skropheln	51
Brustfeber	164	Masern	50
Kräzte	147	Bleichsuchten	50
Hektische Fieber	127	Zahnkrankheiten	50
Augenentzündungen	107	Fingergeschwüre	44
Lungenschwindsuchten	86	Darmbrüche	41
Gastrische Fieber	82	Gallenfeber	40
Eklampsien	76	Rotlauf	40
Magenkrämpfe	70		

Offensichtlich beeinflussten Klima, Arbeitsbedingungen, Ernährungsweise und allgemeine Hygiene das Krankheitsbild der Patienten. Das im Winterhalbjahr wechselhafte und rauhe Klima¹⁵ und die Arbeit im feuchten Webkeller¹⁶ förderten die Verbreitung von Rheuma, Katarrh, Fiebern und tuberkulösen Erkrankungen. Letztere entstanden auch durch Aufenthalt in abgestandener Luft oder infolge mangelhafter Ernährung¹⁷. Die Staubbewirkung beim Spulen und Weben sowie die schlechte Beleuchtung des Arbeitsplatzes führten zu langwierigen

Augenentzündungen; bei Vernachlässigung hygienischer Vorsichtsmaßnahmen blieben Geschwüre und Vereiterungen (Rotlauf) nicht aus, von denen der Arzt sicher nur die hartnäckigsten Fälle zu sehen bekam. Eine weitere Folge mangelnder Reinlichkeit war das Auftreten der Krätze, einer von Milben übertragenen Hautkrankheit.

Warum aber litten die Appenzeller jener Zeit so häufig an Magen- und Darmbeschwerden? Sicher besteht ein Zusammenhang mit dem Speisezettel der Landleute. Dr. Höchner prägte für die damalige Arbeiterkost den treffenden Ausdruck «Kartoffel- und Zichorien-Herrschaft», mit dem er die monotone und eiweißarme Ernährung der Weberfamilien, bestehend aus Zichorien-Kaffee, abgerahmter Milch und wäßrigen Kartoffeln, kritisierte¹⁸. Diese Billig-Speisen blieben seit den Hungerjahren 1816/17 auf den Tischen der ärmeren Schichten und verdrängten die einst vorherrschenden Milch- und Mehlspeisen¹⁹. Dafür nahm das Tabakrauchen²⁰ und die Leckerhaftigkeit²¹ unter den Textilarbeitern stark zu. Wie wir heute wissen, ist dieser Hang zum Genuß nicht als Zeichen moralischen Zerfalls, sondern als Bedürfnis nach Ausgleich des eintönigen Arbeitsrhythmus und als Kompensation für unausgewogene Nahrung zu verstehen²².

War die Speisefolge bereits in Normalzeiten monoton und einseitig, so führten schlechte Witterungslagen, gefolgt von Ernteeinbußen und Kornausfuhr-Sperren des Auslandes, im importabhängigen Außerrhoden schnell zur Hungerkatastrophe. 1690–1693, 1709–1713, 1740–1743, 1770–1772, 1798–1799 und 1816–1818 trafen schwere Nahrungsmittelkrisen das Land. In ihrem Gefolge wüteten gefährliche Epidemien unter der Bevölkerung, Katastrophen, die wir vom Ausmaß her nur noch mit Ereignissen in heutigen Entwicklungsländern vergleichen können.

Dennoch lassen sich Geburten- und Sterbeziffern Außerrhodens anfangs des 19. Jahrhunderts nur ansatzweise mit aktuellen Werten aus der Dritten Welt vergleichen: Damals stand eine hohe Sterblichkeit einer bloß unbedeutend größeren Geburtenzahl gegenüber; heute ergibt sich das Bevölkerungsproblem der unterentwickelten Staaten aus dem großen Geburtenüberschuß²³. In Zahlen ausgedrückt: Um 1800 liegen die Geburten- und Sterbeziffern²⁴ unserer Region um die 40^{0/oo}²⁵ und sinken erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts unter 30^{0/oo}²⁶. 1969 dagegen standen die schweizerischen Werte auf 16,4^{0/oo} bei der Geburten- und auf 9,2^{0/oo} bei der Sterberate²⁷; seither dürften die Ziffern beidseits noch weiter gesunken sein.

Die hohe Gesamtsterblichkeit (30–40^{0/oo}) resultierte aus einer erschreckend hohen Säuglingssterblichkeit, die einem Anteil von über 40 % der Lebendgeburten entsprach²⁸. Auch der Prozentsatz der Kinder (0–15 Jahre) an den Verstorbenen lag mit 54 % außerhalb unseres Vorstellungsvermögens²⁹. Angesichts dieser pre-

kären Situation stellt sich die Frage nach der medizinischen Versorgung mit einem besonderen Akzent: Hatte die medizinische Betreuung überhaupt eine Chance gegen Krankheit und Tod, und wo lag das Hauptgewicht der Anstrengungen der Heilkundigen?

3. Der Stand der medizinischen Versorgung um 1800

Aufgrund der Erhebungen der helvetischen Behörden aus dem Jahre 1800 kennen wir die Zahl der damals praktizierenden Ärzte, Chirurgen, Veterinäre und Hebammen in Trogen, Gais und Speicher³⁰. Aus den übrigen Orten sind keine Akten erhalten. Ein Brief vom 24. März 1802 an Distriktstatthalter Bänziger in Wolfhalden mahnt denselben um Zusendung der Liste. Zwei Jahre nach dem Stichtag (Mai 1800) waren also noch nicht alle Ergebnisse eingetroffen³¹. Die wiederholte Anfrage in Wolfhalden bedeutet wohl, daß dort ein Arzt oder mehrere Ärzte ansässig gewesen sind. Eine sichere Information ist allerdings nie eingetroffen.

In Rehetobel fiel die helvetische Erhebung in die Lebenszeit zweier dort wohnender Ärzte. Es waren Ulrich Tobler Sohn (1746–1802) und Dr. med. Bartholome Tobler (1778–1835). Der letztere war möglicherweise noch im Studium begriffen³². Aus Wald fehlen jegliche Hinweise; vielleicht wurden die Einwohner von Trogen und Rehetobel aus medizinisch betreut.

Die provisorische Zusammenstellung aller Angaben ergibt folgenden Bestand an medizinischem Personal in den sechs Gemeinden:

Tabelle 2:

Praktizierendes medizinisches Personal im Jahre 1800 in den sechs Gemeinden³³

Ort	Dr. med.	«Arzt»	«Chirurg»	Veterinär	Hebamme
Trogen	2	—	1	—	3
Rehetobel	(1?)	1	—	?	?
Wald	?	?	?	?	?
Gais	—	1	1	2	3
Speicher	2	1	—	—	2
Wolfhalden	?	1–2?	?	?	?
prov. Total	4–5	4–5	2	2	mehr als 8

Unter der Annahme, daß in Wald kein Arzt praktiziert habe, würden um 1800 in den sechs Dörfern 10–11 Humanmediziner verschiedenster Ausbildungsgrade ihren Dienst versehen haben. Nur vier von ihnen besaßen bekanntermaßen

eine akademische Ausbildung. Die beiden Chirurgen von Trogen und Gais, auch «Operatoren» genannt, hatten ihr Handwerk wohl wie die übrigen medizinischen Praktiker «aus sich selbst» gelernt³⁴, eventuell auch bei einem Meister erprobt.

Zum Ausbildungsstand der Nicht-Akademiker äußerten sich verschiedene Stimmen sehr kritisch. Oft hätten sie keine weiteren Kenntnisse, «als eine Ader zu öffnen, eine Laxanz zu verschreiben, und über den Urin, den man ihnen zur Ansicht bringt, ein elendes Geschwätz zu machen».³⁵

Die 10–11 Mediziner, die eine regionale Bevölkerung von rund 12 000 Personen zu betreuen hatten, dürfen also nicht durchwegs als Fachpersonal im heutigen Sinn eingeschätzt werden. Es ist deshalb etwas gewagt, anhand einer solch verschiedenartigen Vergleichsgrundlage die medizinische Versorgung von 1800 derjenigen von heute zur Seite zu stellen. Unser Vergleich beruht auf der Voraussetzung, daß wir zwar verschiedene Betreuungsformen und fachliche Ausbildungsstufen gegeneinander abwägen, daß aber das Kriterium des Aufgabenbereichs einen neutralen Ausgangspunkt darstellen dürfte. Akzeptiert man diese Voraussetzungen, so wäre die Aussage erlaubt, daß die damalige Zahl von 1100 Patienten pro Praxis ungefähr der aktuellen gesamtschweizerischen Ärztedichte entspräche³⁶. Es darf dabei aber nicht übersehen werden, daß die Institution des Krankenhauses damals weithin nicht existierte und daß darum die Belastung der früheren Heilkundigen mit Akutfällen viel größer gewesen sein muß. Trotzdem darf die einstige Versorgung des Untersuchungsgebietes mit medizinischem Behandlungspersonal in Normalzeiten als genügend angesehen werden.

In Perioden des Wohlstands blühte die ärztliche Praxis im Appenzellerland. Dies hatte nach Zeller die unangenehme Folge, daß die «Herren Doctores» ihr Geld in der Stube verdienen konnten, ohne ihre Patienten zu Hause besuchen zu müssen. «So werden», meint er, «hier die meisten Krankheiten bloß durch unvollständige mündliche Hin- und Herberichte entweder geheilt oder verschlimmert.»³⁷ In Krisenzeiten dagegen brachte kaum jemand mehr genügend Mittel auf, um die Hilfe eines Arztes in Anspruch zu nehmen. Auch wohltätige Heilkundige, die die Kranken unentgeltlich pflegten, kamen in derartigen Notlagen in Schwierigkeiten. Nach den Worten des bekannten Arztes Laurenz Zellweger (1692–1764) konnte es dannzumal sogar geschehen, daß «die medici und medicastri, deren es eine große Menge gibt, des Gewinns aus der Praxi halber, müßtenbettlen gehen».³⁸

Mit anderen Worten: Bei allgemeiner Prosperität, guter Ernährungslage und damit befriedigendem Gesundheitszustand war die Hilfe der Heilkundigen sicher genügend, in Krisenzeiten dagegen, in denen der ärztliche Beistand am drin-

gendsten gewesen wäre, nahm das Elend derart gewaltige Dimensionen an, daß das medizinische Personal bei weitem überfordert war und sein Rat für viele unerschwinglich wurde.

Welche Lücke konnten hier die oben angesprochenen «Medicastri» füllen? Unter ihnen gab es verschiedene Zweige, so die Bruchschneider, die herumziehenden Zahn- und Augenärzte, die Harnschauer und die Aderlasser³⁹. Ihre spezialisierte, meist auf Nebengebiete gerichtete Tätigkeit erwies sich im Falle von Epidemiengefahren usw. als wenig hilfeversprechend. Ihr Handwerk war deshalb noch konjunkturabhängiger als dasjenige der übrigen Heilberufe. Daß während der gewinnreichen 1820er Jahre die Heilpraktiker einen starken Zulauf erlebten, überrascht also nicht. Wer an ihrem Erfolg zweifle, meinte damals Zeller, solle an einem Tag, an welchem der «Appenzeller Kalender» guten Aderlaß verkünde, den Andrang der Leute sehen. Dabei hätten viele der dabei konsultierten «Afterärzte»⁴⁰ in ihrer Jugend das Zimmer-, Bäcker- oder ein anderes Handwerk ausgeübt⁴¹. Sogar Wirte betrieben das Aderlassen als einträglichen Nebenberuf⁴².

Jene, die sich auch in guten Zeiten den Gang zum Arzt nicht leisten konnten oder den eigenen Erfahrungen mehr trauten, verließen sich auf die Hausmittel, die sie beim ambulanten Händler kauften. Zellweger beklagt sich anlässlich der Ruhrepidemie im Herbst 1724, er bekomme die Symptome der Krankheit nicht zu Gesicht, «weilen der größere Teil unsrer Bauren den Kindern entweder keine oder nur sogenannte Hausmedicinen beibringen».⁴³

Unter den Arzneiverkäufern haben sich immer wieder geschäftstüchtige Quacksalber befunden. Einer unter ihnen war Michael Graf von Heiden, der anfangs des 19. Jahrhunderts gute Geschäfte machte, indem er seinen Kunden Kalmuswurzeln gegen die Gliedsucht, wilden «Cyper» zur Stärkung des Gedächtnisses oder auch sogenannte «Lebensessenz» mit Branntwein gegen das Herzklopfen verkaufte⁴⁴.

Solcher Mißbräuche wegen drängte sich schließlich eine staatliche Kontrolle des Heilmittelverkaufs, aber auch der ärztlichen und geburtshilflichen Tätigkeit auf.

4. Der lange Weg zu einer ständigen Sanitätsbehörde. Anfänge und Erfolge des obrigkeitlich kontrollierten Hebammenwesens

Wohl wirkte in Außerrhoden zwischen 1721 und 1732 eine Prüfungsinstanz für Balbiere und Doktoren⁴⁵, doch blieb vor und nach diesem kurzen Zwischenpiel der Große Rat die oberste Sanitätsbehörde. In deren Funktion traf er vornehmlich Seuchenabwehr-Maßnahmen. Die Helvetik schuf zwischen 1798 und 1803

auch im Gebiete des Kantons Säntis, zu dem Außerrhoden damals zählte, eine sogenannte «Medicinalpolicey». Sie blieb beispielgebend für alle späteren Bemühungen. Nach siebenjähriger Vakanz bekam unsere Region erst 1810 wieder eine neue Sanitätskommission⁴⁶. Sie bestand aus zwei Standeshäuptern, drei Ärzten und einem Aktuar und übte drei Hauptfunktionen aus: Erstens stand ihr die Prüfung aller allgemein praktizierenden Mediziner, der Wund-, Augen- und Zahnärzte, der Geburtshelfer, Hebammen und Bruchschneider; zweitens untersuchte sie die im «Medicinalfach» begangenen Fehler, und drittens gab sie ihr Gutachten bei ausbrechenden Seuchen unter Menschen und Tieren ab⁴⁷. Diese lobenswerte Einrichtung überdauerte nur drei Jahre. Als Grund für die Auflösung führt Rüschi an, daß die Kommission es gewagt habe, einem angesehenen Pfuscher das Handwerk zu legen⁴⁸.

Erst 1821 wurde ein neues Kontroll-Gremium mit sieben Mitgliedern gebildet. Zu den traditionellen Befugnissen kamen weitere Aufgaben: die Kontrolle des Heilmittelverkaufs, die Hebammenausbildung, die tierärztliche Untersuchung von Kadavern, die bezirksweise Aufsicht über die ärztliche Praxis, die Untersuchung gefundener Leichname (einbezüglich der Selbstmörder) und schließlich die Kontrolle der Apotheken. Die ärztliche Praxis blieb nur denjenigen untersagt, die sich dem obrigkeitlichen Examen nicht unterzogen hatten. Naturheiler mit Geschick und Erfahrung wurden von der Praxis also nicht ausgeschlossen. Wenn es hieß: «Den Weibern ist alles Praktizieren, außer Aderlassen und Schröpfen, gänzlich verboten»,⁴⁹ so war damit sicher die Heilkunde, nicht aber die Geburtshilfe gemeint.

Was das staatlich kontrollierte Hebammenwesen betrifft, so hat dieses den Zusammenbruch des helvetischen Einheitsstaates wie auch alle späteren institutionellen Krisen überlebt. 1804 fanden drei regionale Ausbildungskurse im Kanton statt, in denen 24 neue Hebammen ausgebildet wurden⁵⁰. Wie der Große Rat später betonte, sollten alle abgehenden Geburtshelferinnen wieder ersetzt werden⁵¹. Ein regelmäßiger Hebammenunterricht dürfte aber erst gewährleistet gewesen sein, als seit 1821 eine kontinuierliche Prüfungsinstanz ihres Amtes waltete, die die Pflicht hatte, alle drei Jahre einen Lehrgang zu organisieren⁵².

Das Überleben des kantonal beaufsichtigten Hebammenwesens beruht wohl auf dessen unbestrittenem Nutzen. Ob das reorganisierte Geburtshilfewesen auch auf die Säuglingssterblichkeit Einfluß nehmen konnte, ist nur an einem isolierten Beispiel (Trogen) abzulesen, an einem Ort, wo die Pfarrer zeitweilig die ungekauten Säuglingstoten danach unterschieden, ob sie vor, während oder nach der Geburt verstorben waren⁵³.

Eine vorsichtige Interpretation der Zahlen erlaubt unseres Erachtens folgende

Tabelle 3:

Zahl der vor, während und nach der Geburt verstorbenen ungetauften Säuglinge in Trogen, 1776–1829

Zeitspanne	Verstorbene Säuglinge		
	vor	während	nach der Geburt
1776–1779	31	1	11
1780–1789	66	1	30
1790–1799	44	—	23
1800–1809	38	—	29
1810–1819	32	—	27
1820–1829	32	2	30

Schlüsse: Die Zahl der tot zur Welt kommenden Kinder, verglichen mit denjenigen, die zwischen Geburt und Taufe sterben, wird immer kleiner. Das heißt: Immer mehr schwächliche Kinder kommen lebend zur Welt, immer mehr komplizierte Geburten verlaufen erfolgreich. Der Zeitpunkt der zahlenmäßigen Angleichung von Todesfällen vor und nach der Geburt fällt bemerkenswerterweise ins Jahrzehnt 1800–1809, in dem das Hebammenwesen seinen Ausbau erlebte. Ein Zusammenhang zwischen Senkung der Zahl der Totgeburten und verbesselter Geburtshilfe lässt sich nicht beweisen, aber folgendermaßen erklären: Viele Komplikationen, die früher unweigerlich zur Totgeburt des Kindes führten, konnten nun durch Hilfe der Hebamme oder des Arztes abgewendet werden. Wieso aber geht die Zahl der nach der Geburt Verschiedenen nicht im gleichen Maße zurück? Wir glauben, daß gegenüber früher ein größerer Teil schwacher Kinder die Geburt überlebte, dann aber bald darauf starb, so daß die Zahl der nur kurz lebenden Säuglinge nicht abnahm.

Daß komplizierte Geburten dank technischem Fortschritt (Geburtszange) und vermehrtem pflegerischem Beistand nicht mehr mit dem selbstverständlichen Tod des Kindes und der Gefährdung des mütterlichen Lebens ausgingen, wissen wir aus der Praxis von Dr. Johann Heinrich Oberteuffer, der 1790 in Herisau starb. Er war bei 331 Wendungen anwesend, wobei es ihm gelang, 172 Kinder lebendig zur Welt zu bringen. Auch bei zwei Zangengeburten und 72 Perforationen⁵⁴ stand er helfend zur Seite⁵⁵.

Anfangs des 19. Jahrhunderts werden in den Kirchenbüchern die Einträge von bei Zangeneingriffen verschiedenen Kindern häufiger, zumindest dort, wo sich Geistliche um das Schicksal der Verstorbenen speziell interessierten. Im Sterberegister von Speicher, in dem eine ausführliche Eintrags-Praxis üblich war, findet sich unter dem 4. Juli 1826 folgende Notiz:

«Ein von Mr. Johannes u. Anna Koller Glaser in Oberweilen todgeborenes Töchterlein, NB nachdem die Geburtzangen 5 mal ausglitscht mußte der Schädel eingedrückt u. mit dem Hakken von der Mutter genommen werden.»⁵⁶

Offensichtlich konnte das Leben der Mutter trotz des schweren Eingriffs gerettet werden. In solchen Hilfeleistungen spiegelt sich der medizinische Fortschritt, wie er für die einfachen Menschen wirksam wurde. Die Sicht in eine abgegrenzte Region erlaubte es uns, dessen Auswirkungen bis ins Einzelschicksal zu verfolgen.

5. Schlußbetrachtungen

Ausbau und Erfolg der Heilkunst, wie wir sie oben geschildert haben, sind Glieder einer ganzen Kette von weiteren institutionellen, technischen und mentalitätsbezogenen Wandlungen zu Anfang des 19. Jahrhunderts. Sie drücken statt des altgewohnten Fatalismus eine neue Haltung gegenüber Krankheit, Leiden und Tod aus: Seuchen sind durch Quarantänen und Einfuhrkontrollen aufhaltbar. Die Pockenimpfung⁵⁷ vermag dem Ausbruch der gefürchteten Krankheit vorzu-beugen, die Isolierung Kranker die Ansteckungsgefahr zu vermindern. Die Ge-burt bleibt zwar für Mutter und Kind mit Risiken behaftet; doch bei Kompli-kationen ist der Tod von Säugling und Mutter nicht mehr zwangsläufig. Die Kontrolle der Heilberufe durch eine staatliche Institution gewährleistet schließ-lich dem Patienten einen besseren Schutz vor mißbräuchlichen Praktiken als früher. So steht der Mensch jener Epoche Tod und Krankheit insgesamt weniger schutzlos gegenüber als vorhergehende Generationen.

Wenn wir am Ende unserer Untersuchungsperiode auch erst am Anfang dieser vielschichtigen Entwicklung stehen, so haben wir doch erste positive Auswir-kungen der zahlreichen Neuerungen feststellen dürfen. Die Frage aber, ob im Falle einer schlimmen Krise, wie sie 1770–1772 oder 1816–1818 über das Land hereinbrach, der erreichte Stand der medizinischen Versorgung genügte, muß nochmals klar verneint werden. Wenn wir die Verdienstaussichten der einfachen Leute als konjunkturabhängig, die Ernährung schon in Normalzeiten als ein-seitig und den Gesundheitszustand der Weber als unerfreulich kennen, so muß der ärztliche Einsatz in Krisenjahren vor den übergroßen Aufgaben kapitulieren.

Unsere Ausführungen gingen in eine Zeit zurück, in der die Schweiz noch ein eigentliches Entwicklungsland war. Das Leben unserer Vorfahren war geprägt von einer ständigen wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Bedrohung jedes einzelnen. Sie standen Krisen, Arbeitslosigkeit, Krankheit und Tod ebenso ungeschützt und ohnmächtig gegenüber wie die heutigen Bewohner der Dritten Welt. Anhand unserer eigenen Geschichte ermessen wir somit den weiten Weg

zum heutigen Wohlstand, zugleich aber auch dessen Zerbrechlichkeit, eine Erkenntnis, die zu aus Dankbarkeit erwachsender humanitärer Verpflichtung führen möge.

Anmerkungen

- ¹ Der Beitrag der Medizingeschichte zu einer Sozialgeschichte Außerrhodens im 18. und 19. Jahrhundert, in: *Gesnerus* 34 (1977), Heft 3/4, S. 415–418.
- ² Die quantitativen Stichproben mußten auf sechs Gemeinden beschränkt werden (vgl. Anm. 3). Viele Resultate lassen sich dabei auf den ganzen Kanton übertragen, doch verzichten wir wenn möglich auf Generalisierungen.
- ³ Eine breitere Darstellung findet sich in der unpublizierten Basler Dissertation des Schreibenden: Hanspeter Ruesch, *Lebensverhältnisse in einem frühen schweizerischen Industriegebiet. Sozialgeschichtliche Studie über die Gemeinden Trogen, Rehetobel, Wald, Gais, Speicher und Wolfhalden des Kantons Appenzell Außerrhoden im 18. und frühen 19. Jahrhundert*.
- ⁴ Unter anderem behandelt die unter Anm. 3 zitierte Arbeit die saisonale Verteilung der Sterblichkeit (z. B. mehr Todesfälle im Herbst), die allgemeine Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung, die Säuglings- und Kindersterblichkeit, die geschlechtsspezifische Säuglingssterblichkeit (Übersterblichkeit der Knaben), die krankheitsspezifische Sterblichkeit, damit verbunden auch die Epidemien- und die lokale und überregionale Krisengeschichte.
- ⁵ Vgl. C. Meiners, *Briefe über die Schweiz*, 3. Teil, Tübingen 1791, S. 107; J. G. Ebel, *Schilderungen der Gebirgsvölker der Schweiz*, 1. Teil, Leipzig 1798, S. 402.
- ⁶ G. Rüscher, Der Kanton Appenzell, in: *Gemälde der Schweiz*, St. Gallen und Bern 1835.
- ⁷ J. G. Ebel, op. cit. S. 402.
- ⁸ J. K. Zellweger, *Der Kanton Appenzell*, Trogen 1867, S. 72f.
- ⁹ Deutlich wird das Interpretationsproblem vor allem bei den nicht wenigen Reiseschriftstellern, die bedenkenlos Tatsachen und Meinungen über die außerrhodischen Verhältnisse aus der Literatur (Walser-Chronik, Faesis Beschreibung der Eidgenossenschaft etc.) abschreiben.
- ¹⁰ Allgemein: F. Hunziker, Das Appenzellerland nach früheren französischen Reiseberichten, in: *AJ* 1936, S. 32.
Kröpfe: Briefwechsel Laurenz Zellweger–Johann Jakob Scheuchzer, Ms. Kantonsbibliothek Trogen, S. 110 f.
- Brüche: «Urtheil eines schweizerischen Arztes über die Brüche», in: *Materialien* 1809, s. p.
- ¹¹ Schwermut: Ebendorf (*Materialien* 1809, s. p.). Der Autor sah einen Zusammenhang zwischen Bruch- und Gemüts-Leiden.
Siehe auch J. G. Ebel, op. cit. S. 407.
- Heimweh: J. G. Ebel, op. cit. S. 418, 421–422.
- ¹² G. Rüscher, op. cit. S. 51.
- ¹³ Ebendorf, S. 52f.

¹⁴ Versuch einer Erklärung der in Tabelle 1 auftretenden Krankheitsnamen:

Literatur:

C. W. Hufeland, *Enchiridion medicum*, Berlin ¹⁰ 1857.

Johann Jacob Woyt, *Schatz-Kammer Medicinisch- und natürlicher Dinge*, Leipzig ¹⁴ 1755.

W. Pschyrembel, *Klinisches Wörterbuch* (zitiert als Psch.), Berlin/New York 1975.

M. Höfler, *Deutsches Krankheitsnamenbuch* (H.), München 1899.

Brustfeber: typhöse Pneumonie (H.139); «typhös» im Sinne von «bewußtseinstrübend», akute Lungenentzündung.

Krätze: von Milben übertragene Hautkrankheit, Scabies.

Hektisches Fieber: chronisches Fieber (mögliches Symptom einer Tuberkulose).

Lungenschwindsucht: häufige Umschreibung für Lungentuberkulose.

Gastrisches Fieber: Magen-Darm-Erkrankung mit Fieber (Psch.).

Eklampsie: Krampfleiden von Schwangeren, Wöchnerinnen und Gebärenden (Psch.).

Dyspepsie: Verdauungsstörungen (Psch.).

Skropheln: entzündliche, häufig tuberkulöse Erkrankungen der Haut und der Hals-Lymphknoten (Psch.).

Bleichsucht: Blutarmut, Anämie (Psch.).

Rotlauf: akute Infektionskrankheit der Haut, Erysipel.

Der Schreibende dankt Herrn Prof. Huldrych M. Koelbing für seine zahlreichen Hinweise, speziell zur Krankheits-Namengebung.

¹⁵ Der Appenzeller Sporn steht allen Winden offen, weshalb die kalten Ost- und Nordwinde freien Zutritt haben. Für große Temperaturunterschiede sorgt insbesondere der schnelle Wechsel von herbstlich-winterlicher Föhn- zu ausgedehnter Nebellage. Der Meteorologe S. Wanner maß 1870 innerhalb einer Stunde einen Temperatursturz von 13,4°; in nur 5 Minuten sank das Thermometer um 8,9°. (Vgl. S. Wanner, *Untersuchungen über die Wärmeverhältnisse von Altstätten, St. Gallen, Trogen und Gábris*, St. Gallen 1877, S. 27.)

¹⁶ Zur speditiven Gewebeverarbeitung mußte die Luft feucht sein; an Föhntagen ging die Arbeit schlecht voran.

¹⁷ A. Wirz, *Volksheilkunde*, Zürich o. J., S. 349.

¹⁸ Dr. Höchner, Über Volksernährung, in: *AJ* 1890, S. 1 ff.

¹⁹ Johann Konrad Faesi, *Staats- und Erdbeschreibung der helvetischen Eidgenossenschaft*, Bd. 3, Zürich 1768, S. 78f.

²⁰ Ein Mandat von 1743 verbot bereits das «Tobac Rauchen» am Sonntag auf dem Kirchgang, auf den Marktplätzen, an der Landsgemeinde und in den Ratshäusern (*Materialien* 1813, S. 152).

²¹ G. Ph. Norrmann, *Geographisch-statistische Darstellung des Schweizerlandes*, 2. Teil, Hamburg 1796, S. 1852.

²² Vgl. R. Braun, *Industrialisierung und Volksleben*, Bd. 1, Winterthur 1960, S. 95 ff. (Lebens- und Eßgewohnheiten), und J. Bielmann, *Lebensverhältnisse im Urnerland während des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts*, Diss. Basel, Basel und Stuttgart 1972, S. 177ff. (Ersatzverzehr etc.).

²³ Die Geburtenrate von Mexiko betrug 1965 über 40‰, die Sterberate unter 10‰. (Siehe E. A. Wrigley, *Bevölkerungsstruktur im Wandel*, München 1969, S. 211.)

²⁴ Geburtenziffer (GZ) = Zahl der Geburten, bezogen auf die mittlere Bevölkerung eines Zeitraumes, hier auf ein Stichjahr pro 1000 Einwohner.

Sterbeziffer (SZ) = der Geburtenziffer entsprechende Zahl der Sterbefälle auf eine mittlere Bevölkerung (von 1000 Einwohnern).

25 Speicher	1805	GZ: 40 ^{0/00}	SZ: 37 ^{0/00}
Gais	1805	GZ: 34 ^{0/00}	SZ: 28 ^{0/00}
Trogen	1805	GZ: 35 ^{0/00}	SZ: 32 ^{0/00}

²⁶ Kanton Appenzell Außerrhoden 1888–1900: GZ: 28^{0/00}; SZ: 20^{0/00}.

²⁷ Fischer Weltalmanach 1971, S. 133.

²⁸ Säuglingssterblichkeit: Sterblichkeit der bis zum zurückgelegten ersten Altersjahr verstorbenen Kinder, bezogen auf 1000 im gleichen Zeitraum geborene Säuglinge.

²⁹ Da wir die Kindersterblichkeit nicht auf die Zahl der Geburten beziehen konnten, diente uns die genannte Bezugsgröße (in % der Sterbefälle) als Ersatz.

³⁰ Kantonsarchiv Herisau, Helvetik 7.1: Sanitätswesen.

³¹ Ebendorf.

³² Geschichte der Gemeinde Rehetobel, Herisau 1969, S. 373.

³³ Siehe obgenannte Quellen.

³⁴ Ebendorf.

³⁵ K. A. Zeller, Die neuesten Briefe aus der Schweiz, München 1807, S. 185.

³⁶ Statistisches Jahrbuch der Schweiz, Basel 1972, S. 305. Wir sehen von einem Vergleich mit der kantonalen Ärztedichte ab, da in der Aufstellung von 1972 die Naturheilärzte nicht aufgeführt sind.

³⁷ K. A. Zeller, op. cit. S. 187.

³⁸ Briefwechsel Zellweger-Scheuchzer, Ms. Trogen, s. p.

³⁹ «Verordnungen über die Sanitätspolizei in AR», in: A Mbl 1825, S. 38.

⁴⁰ «After» im Sinne von «falsch», «übel».

⁴¹ K. A. Zeller, op. cit. S. 186.

⁴² J. C. Maurer, Eine kleine Spazierreise durch einige Gegenden der Cantone Thurgäw, Sennis und Zürich im Jahre 1800, in: Thurgauische Beiträge zur vaterländischen Geschichte 85 (1948), S. 20.

⁴³ Briefwechsel Zellweger-Scheuchzer, Ms. Trogen, s. p.

⁴⁴ «Michael Graf von Heiden», in: A Mbl 1825, S. 175.

⁴⁵ G. Rüschi, op. cit. S. 148.

⁴⁶ Kantonsarchiv Herisau, GR-Prot. 7.5.1810, Bd. B 2.1, S. 192.

⁴⁷ Die Statuten entnahmen wir den Materialien 1811, S. 32.

⁴⁸ G. Rüschi, op. cit., S. 148.

⁴⁹ A Mbl 1825 (Sanitätspolizei), S. 38 ff.

⁵⁰ Avis-Blatt 1809, s. p.

⁵¹ Kantonsarchiv Herisau, GR-Prot. 7.5.1810, Bd. B 2.1, S. 192.

⁵² A Mbl 1825 (Sanitätspolizei), S. 39.

⁵³ Gemeindekanzlei Trogen, Kirchenbücher, Bd. 1/5/8.

⁵⁴ Perforation = Durchbohren des Schädels des ungeborenen Kindes als Notmaßnahme bei aussichtsloser Geburt, um das Kind zur Welt zu bringen und damit die Mutter zu retten.

⁵⁵ Materialien 1812, S. 45 ff.

⁵⁶ Gemeindekanzlei Speicher, Kirchenbuch Bd. 5.

⁵⁷ Anlässlich der großen Pockenepidemie von 1825 starben in Rehetobel und Schwellbrunn, wo nur 6 bzw. 9 Personen sich mit der neuartigen Impfmethode befreunden konnten, beiderorts über 50 Personen; in Trogen hingegen, wo sich 89 Vakzinierte befanden, waren nur 2 Todesfälle zu beklagen. (Vgl. *A Mbl* 1826, S. 6 ff.)

Verwendete Abkürzungen und Publikationsreihen

<i>AJ</i>	<i>Appenzellische Jahrbücher</i> , Trogen 1854 ff.
<i>A Mbl</i>	<i>Appenzeller Monatsblätter</i> , St. Gallen 1825–1829.
<i>Avis-Blatt</i>	<i>für Herisau und die umliegende Gegend</i> , hrsg. von Joh. Schäfer (Schefer), 1805–1809.
<i>Materialien</i>	<i>zu einer vaterländischen Chronik des Kantons Appenzell VR</i> (Fortsetzung des Avis-Blatt), hrsg. von Joh. Schäfer, 1810–1813.

Summary

This description of medical history in a small prealpine region of eastern Switzerland during the first thirty years of the 19th century is based on existant local historiography as well as on our own studies of printed and manuscript sources. The state of health of the population depended largely on the working conditions of the weaver-class, the prize fluctuations of textiles and grain, the state of alimentation, the sanitary conditions, the extension of health organization and the situation of medical care.

A census of the medical profession, undertaken by the central Helvetic government in 1800, shows that medical care was sufficient in normal times, but not in periods of crises. On the other hand, the improvement of midwifery, the establishment of a new health organization in the 1820 es and the success of vaccination in the same period give us the impression that the general attitude towards disease and death was about to change from traditional fatalism to active fight.

Dr. phil. Hanspeter Ruesch

Lärchenstraße 12

CH-4142 Münchenstein