

7 Die medizinische Versorgung der Landbevölkerung, gezeigt am Beispiel der Gemeinde Dedeleben

In den vorangegangenen Kapiteln stand die medizinische und zahnmedizinische Versorgung der städtischen Bevölkerung im Mittelpunkt der Betrachtungen. Die Ergebnisse aus den Untersuchungen in Halberstadt verstärkten das Interesse, unter den gleichen Aspekten die Versorgung der ländlichen Bevölkerung näher zu untersuchen. Allerdings ließen sich in den Unterlagen des Medizinalkollegiums und im Halberstädter Intelligenzblatt kaum zweckdienliche Hinweise darüber finden. Wenn dies nun im Folgenden dennoch versucht werden soll und zwar beispielhaft an der im nördlichen Teil des heutigen Landkreises Halberstadt gelegenen Gemeinde Dedeleben, so beruht diese Entscheidung auf einer systematischen Durchsicht der Kirchenbücher dieses Gemeinwesens. Doch nicht nur die darin gefundenen Fakten gaben den Ausschlag für weitergehende Recherchen. Begünstigt wurde diese Ortswahl durch das Vorhandensein wertvoller historischer Sachzeugen, die bei dieser Gelegenheit in die Betrachtung mit einbezogen werden konnten.

Während der Nachforschungen stellte sich heraus, dass der über Generationen im Familienbesitz befindliche Frisörsalon Wolf schon im 19. Jahrhundert existierte, und der Begründer des Familienbetriebes Carl Heinrich Friedrich Wolf (1873-1947) noch Zähne extrahierte.

Im folgenden Kapitel erfolgt zuerst eine kurze Übersicht über die Anzahl und örtliche Verteilung der Chirurgen auf dem Gebiet des heutigen Landkreises Halberstadt. Sie ermöglicht einen ersten Eindruck von den Versorgungsmöglichkeiten der ländlichen Bevölkerung. In weiteren Teilabschnitten des Kapitels wird die medizinische Versorgung der Dedelebener Bevölkerung am Beispiel der über Generationen ortsansässigen Bader und Chirurgen dargestellt. Dabei wird auch auf die überlieferten Sachzeugen eingegangen.

7.1 Die Verteilung von Chirurgen im Umkreis Dedelebens¹

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts existierten im Deutschen Bund 39 souveräne Staaten. Jeder hatte eine eigene Medizinalordnung.² Durch sie wurde zum Beispiel der Wirkungskreis eines Arztes bzw. Chirurgen eingegrenzt. Unabhängig davon konnte sich der Niederlassungswillige für eine städtische oder ländliche Praxis entscheiden. Die Mehrzahl der Ärzte ließ sich aus rein ökonomischen Gründen bevorzugt in den Städten nieder. Die dort lebenden wohlhabenden Bevölkerungsschichten bevorzugten eine Behandlung durch akademisch ausgebildete Mediziner und konnten auch die geforderten, hohen Honorare bezahlen.³ Folglich standen der Landbevölkerung nur eine geringere Anzahl und oftmals auch weniger qualifiziertere Medizinalpersonen, in der Regel Chirurgen I. oder sogar nur II. Klasse, zur Verfügung. Allerdings mussten sie sich auf die Behandlung der sogenannten äußeren Erkrankungen beschränken. Nur wenn höher qualifizierte Medizinalpersonen (promovierte Ärzte) fehlten, waren auch sie zur Praxis der inneren Erkrankungen berechtigt.⁴ Das hatte aber auch zur Folge, dass alle in ländlichen Gebieten tätigen Medizinalpersonen Patienten in einem größeren Territorium zu betreuen hatten.⁵ Allerdings bedeutete die Ausdehnung des territorialen Wirkungskreises nicht gleichzeitig eine zahlenmäßige Patientenzunahme, da die Bevölkerungsdichte auf dem Land niedriger als in der Stadt war.

Die Verteilung der Chirurgen⁶ auf dem Territorium des heutigen Landkreises Halberstadt im Jahr 1803 wird in der nachstehenden Abbildung 8 wiedergegeben. (Vgl. Tab. 20, Anlage 25).⁷

Es

ist unschwer zu erkennen, dass sich die Niederlassung der Chirurgen an der Bevölkerungsdichte orientierte, d. h. in kleineren Gemeinden waren auch seltener Chirurgen zu finden. Besonders deutlich ist dieses in den dünn besiedelten Gebiete westlich der Ilse zu beobachten. Es ließen sich bedauerlicherweise keine statistischen Angaben zu promovierten Ärzten finden, so dass hier auf einen Vergleich verzichtet werden muss.

¹ siehe Anlage 24.

² Mit dem Reichsdeputationshauptschluss begann 1803 die territoriale Neugliederung Deutschlands und führte mit der Unterzeichnung der Bundesakte am 08.06.1815 zum offiziellen Erlöschen des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation. Vgl. Scheuch, M., 1997, S. 82.

³ Vgl. Engel, R., Berlin 1978; König, G., Leipzig 1988.

⁴ Horn, W., 1858, S. 88f.; Kensy, H.-J. u. Schöndube, L., Berlin 1986, S. 27f.

⁵ Vgl. Engel, R., Berlin 1978. Im Jahr 1840 waren in Preußen 2 824 promovierte Ärzte, 586 Wundärzte I. Klasse und 1 394 Wundärzte II. Klasse zugelassen. Harig, G. u. Schneck, P., 1990, S. 211.

⁶ Die Quellen lassen eine Unterteilung in die Chirurgenklassen I und II nicht zu.

⁷ Maseberg, G., 1992, S. 39-45; Sandner, K., 1963, S. 13-20.

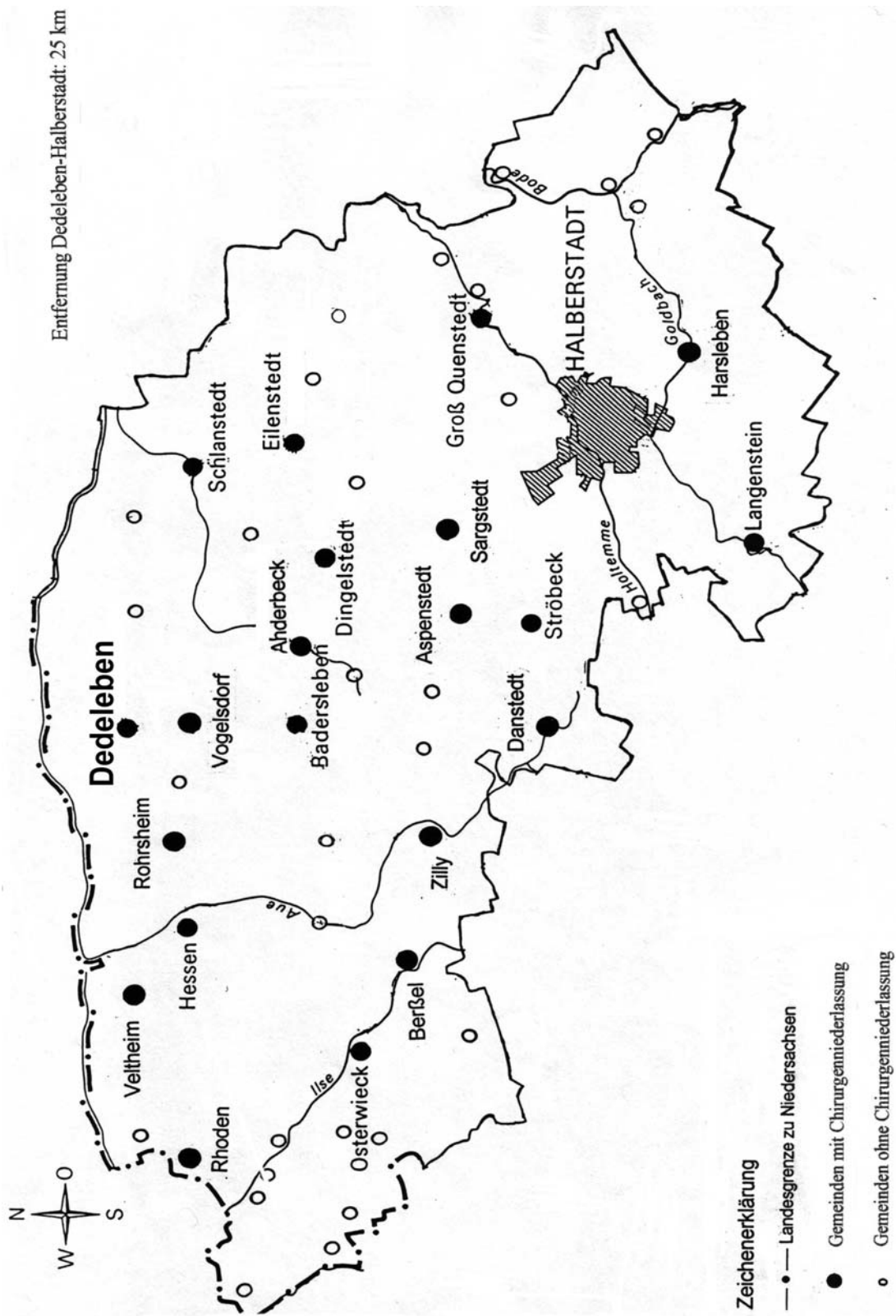


Abb. 8: Die Verteilung der Chirurgen auf dem Territorium des heutigen Landkreises Halberstadt im Jahr 1803.¹

¹ Kreis Halberstadt-Verkehr, 1980.

Ausgehend von der Tabelle 20 in der Anlage 25 und der daraus entwickelten Abbildung 8 wird das Verhältnis der Gemeinden mit bzw. ohne Chirurgniederlassung in der Abbildung 9 dargestellt. Aus ihr wird ersichtlich, dass im Jahr 1803 noch über die Hälfte aller Gemeinden ohne einen ortsansässigen Chirurgen auskommen mussten.

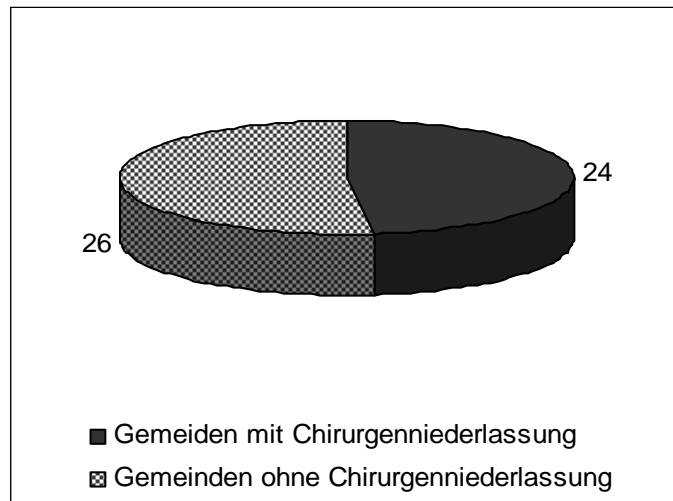


Abb. 9: Die Anzahl der Gemeinden mit bzw. ohne Chirurgniederlassung im Jahr 1803¹ (Vgl. Tab. 20, Anlage 25).

Aus dem hier deutlich erkennbaren Mangel an ausgebildetem Medizinalpersonal wird verständlich, dass hierdurch die Tätigkeit von Nichtapprobierten begünstigt wurde, denn natürlich gab es allerorten Patienten. Und als weitere Folge daraus entwickelte sich der Handel mit mehr oder minder wirksamen Medikamenten und Geheimmitteln und erforderte das Eingreifen der Behörden. Als Beispiel sei der Pabstorfer Kaufmann Braennert genannt, der im April 1811 den Handel mit „Flusspillen“ und „Waltherschem Universal-Pflaster“ aufnehmen wollte. Der Vertrieb beider Präparate wurde ihm vom Halberstädter Medizinalkollegium untersagt.²

¹ Maseberg, G., 1992, S. 39-45; Sandner, K., 1963, S. 13-20.

² LHA Magdeburg, Rep. B 26/64 Nr. 13, Bl. 49-61.

- „Flusspillen“ bei: Zahnschmerzen, Menstruationsbeschwerden, appetitanregend.
- „Walthersches Universal-Pflasters“ bei: Kopfschmerzen, Rippenfrakturen, Brand- und Stichwunden, Herzrhythmusstörungen, Zahnschmerzen.

7.2 Die Dedelebener Bader und Chirurgen der Familien Koeltz (Kölß, Kels) und Paschedag

Nachdem die Verteilung der Chirurgen auf dem Territorium des heutigen Landkreises Halberstadt allgemein beschrieben wurde, soll nun versucht werden, die Betreuung der ländlichen Bevölkerung durch Vertreter der Gruppe der Landchirurgen darzustellen. Die Arbeit dieser niederen Chirurgen hat in den medizin-historischen Forschungen bisher noch wenig Beachtung gefunden.

In den medizinhistorischen Literatur der letzten vier Jahrzehnte finden sich Bemühungen, den als „anrühig“¹ geltenden Beruf der Bader und deren Aufstieg zum Chirurgen II. Klasse (in Preussen 1825) regional zu untersuchen. Hier soll aber nicht, wie z. B. in den Ausführungen von Keny und Schöndube (1986) und Bachmann (2000) die standespolitische Entwicklung im Vordergrund stehen. Stattdessen soll ein Versuch unternommen werden, das Profil einer Familie zu zeichnen, in welcher der Beruf des Baders bzw. des Chirurgen II. Klasse über Generationen weitergegeben wurde.

Sandner stellte in seiner Analyse über die ökonomische Struktur der Orte auf dem Territorium des heutigen Landkreises Halberstadt um 1800 neben den vorherrschenden Agrarverhältnissen auch die wirtschaftlichen Schwerpunkte der einzelnen Gemeinden dar. Ausgehend von deren Wirtschaftsstrukturen ließen sich überwiegend handwerklich orientierte Berufsgruppen nachweisen. Hierzu zählten u. a. Leineweber, Müller, Fleischer, Salzseller, Böttcher, Schmiede, Maurer, Stellmacher, Tischler und Bauern. Ebenso waren die Bader bzw. Chirurgen ein fester Bestandteil einer Dorfgemeinschaft.²

Zum Ende des 17. Jahrhunderts ließen sich Bader³ erstmals für Dedeleben nachweisen.⁴ Sie waren die Besitzer oder Vorsteher von Badestuben. Gemäß den kurfürstlichen Medizinalverfügungen von 1649 und 1677 beschränkte sich ihre Tätigkeit auf die Körperreinigung, das Haare

¹ Brockhaus, 1882, S. 359, Sander, S., 1989, S. 54. Die intensive Beschäftigung mit dem menschlichen Körper und die fast als selbstverständlich vorausgesetzte Bereitschaft, den losen [!] Sitten der Badegäste zu entsprechen, förderten den schlechten Ruf und verstärkten die Anrühigkeit des Gewerbes. Irsigler, F. u. Lassotta, A., 1989, S. 97-119.

² Sandner, K., 1963, S. 13-20.

³ Synonyme: Schröpfer, Skarifikant, Impurus. Sander, S., 1989, S. 54f.; Vgl. Brandes, M. u. Schlicher, J., Dresden 1990.

⁴ Bernhardt, C., o. J., S. 1. Die Dedelebener Kirchenbücher werden seit 1633 (St. Johannes) bzw. 1670 (St. Marien) geführt. Bader: Tott, Eberhard (1674); Bosse, Andreas (1676, Badergeselle); Klempt, Andreas (1703); Fleischhauer, L. (1709).

und Nägel schneiden und das Rasieren. Außerdem waren sie befugt, niedere chirurgische Therapiemaßnahmen (Versorgung alter Verletzungen und leichter Fleischwunden, Luxationen und Frakturen, Aderlass, Setzen von Blutegeln, Schröpfen¹ und Zahnextraktionen) vorzunehmen.² Hieraus lassen sich entsprechende Anforderungen an die Lage einer Badestube³ ableiten. Wegen des hohen Wasserbedarfes wurde oft ein Standort an Wasserläufen (Flüssen, Bächen oder Gräben) gewählt.⁴ Demzufolge lag die Dedelebener Badestube auch direkt am Marienbach.⁵ Sie befand sich in der Wrampestraße Nr. 07 und wurde von den Einwohnern der Gemeinde als „Baderie“ bezeichnet.⁶

Die Ausübung des Berufes war an eine Badestubengerechtigkeit⁷ gebunden, die staatlicherseits als Konzession (Rechte auf Lebenszeit) erteilt oder als Privileg (eigene vererbare Rechte) verliehen wurde.⁸ Abgesehen von der Neugründung einer Badestube, konnte Gewerbeigentum auch durch Erbschaft, Kauf oder Heirat erworben werden.⁹ Allerdings wurde die Weiterführung einer bereits etablierten Badestube bevorzugt, da sie dem Bader einen festen Kundenstamm sicherte und somit entsprechende Einnahmen in Aussicht stellte. Letzteres konnte auch bei der in Dedeleben ansässigen Bader/Chirurgenfamilie Koeltz (Kölß, Kels) Paschedag festgestellt werden. Zur besseren Übersicht wurden die Bader/Chirurgen der einzelnen Generationen in der Tabelle 15 aufgeführt.

¹ Nur Bader besaßen Schröpfrecht. Sander, S., 1989, S. 57.

² Brockhaus, 1882, S. 359. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts übten Bader und Barbieri annähernd gleiche Tätigkeiten aus, woraus sich zunehmend Kompetenzstreitigkeiten ergaben. Marz, I., Bader, 1999, S. 1-3. Im Vgl. Barbier: ein Mann, der Anderen den Bart abnimmt und sich mit leichten chirurgischen Hilfsleistungen beschäftigt. Synonyme: Balbierer, Scherer, Pelikanist, Purus. Bachmann, A., Berlin 2001, S.12; Kensy, H.-J. u. Schöndube, L., Berlin 1986, S. 11, 49; Marz, I., Barbier, 1999, S. 1-3; Sander, S., 1989, S. 54f.

³ Geschäftsräume wurden durch an einer Stange ausgehängte Barbierbecken gekennzeichnet. Bader: vier Becken; Barbieri: fünf Becken. Kensy, H.-J. u. Schöndube, L., Berlin 1986, S. 11, 49; Knöß, C. u. Olig, K., S. 8; Marz, I., Barbieri, 1999, S. 1-4.

⁴ Flemming, I., Halle-Wittenberg 1999, S. 33.

⁵ Karte Dedelebens, siehe Anlage 26.

⁶ Grundstücksskizze, siehe Anlage 27.

⁷ Badestubengerechtigkeit → vgl. Barbierstubenberechtigung: Nachdrücklich forderte das Halberstädter Medizinalkollegium von Juli 1809 bis Juli 1811 die Erteilung von „Barbierstubenberechtigungen“ nach bestandener Prüfung. Barbiergesellen, die aus finanziellen Gründen, hohem Lebensalter oder mangelnder Intelligenz kein Examen ablegen konnten, sollten nur ein „Rasierpatent“ erhalten. LHA Magdeburg, Rep. B 26/64, Nr. 10, Bl. 20, 26f., 55-58, 94f.

⁸ Flemming, I., Halle-Wittenberg 1999, S. 31; Bachmann, A., Berlin 2001, S.12; Kensy, H.-J. u. Schöndube, L., Berlin 1986, S. 11, 49; Knöß, C. u. Olig, K., S. 8 f.; Marz, I., Bader, 1999, S. 1-3.

⁹ Flemming, I., Halle-Wittenberg 1999, S. 32.

Tab. 15: Die Dedelebener Bader und Chirurgen Koeltz (Kölß, Kels)¹ und Paschedag (Vgl. Anlage 28, 29)

Generation	Name	Beruf	Bemerkungen
K 1	Koeltz, Caspar Martin (gest. 22.02.1761)	Bader	• erster nachgewiesener Bader der Familie ²
K 2	Kölß, Johann Heinrich	Bader/Chirurg	• jüngster Sohn von K 1 ³ • im Matrikel des Königlich Preußischen Collegii Medico-Chirurgicum zu Berlin unter der Nr. 2 360 als „Student der Chirurgie“ eingetragen, Immatrikulation am 11.11.1785 ⁴
K 3	Kels, Heinrich Ludwig (07.04.1756-03.07.1801)	Chirurg	• einziger Sohn von K 2 • 1776 (bei seiner Hochzeit) noch als Badergeselle im Kirchbuch eingetragen ⁵
P 1	Paschedag, Johann Christian (1768-16.03.1852)	Chirurg	• 1802 Hochzeit mit Witwe von K 3, war bei seiner Hochzeit noch als „angehender“ Chirurg im Kirchenbuch eingetragen ⁶ • letzter Vertreter der Bader-und Chirurgenfamilie

In der Generation K 3 (K 2) wird die Berufsbezeichnung „Bader“ durch „Chirurg“ ersetzt.

Grundlage dessen war eine staatliche Verfügung vom 10. Juli 1779 mit der die Zünfte der Bader und Chirurgen vereint wurden, zumal eine Unterscheidung beider Berufsgruppen angesichts gleicher Grundkenntnisse und manueller Fertigkeiten nicht mehr für angemessen erschien. Damit wurden den Badern die gleichen Vorrechte wie den Chirurgen zugestanden, zu denen u. a. die erwähnte Änderung ihrer Berufsbezeichnung zählte.⁷

Heinrich Ludwig Kels (K 3) war der letzte männliche Nachkomme der Dedelebener Chirurgenfamilie Kölß, und damit war der Fortbestand des über drei Generationen geführten „Familienunternehmens“ gefährdet. Doch unter einer Bedingung war es Chirurgenwitwen gestattet, das Ge-

¹ Die Schreibweise des Nachnamens ist in allen Kirchenbüchern unterschiedlich.

² Koeltz konnte erstmals im August 1713 in Dedeleben nachgewiesen werden. [19.09.1713-Taufe seines Sohnes Heinrich Philipp (geb. 1713)] EKM Dedeleben, Kb-Taufregister 1713, Bl. 113, Nr. 718, 720; Sterberegister 1761, o. D.

³ EKM Dedeleben, Kb-Trauregister 1752, Bl. 4, Nr. 28.

⁴ GStA PK Berlin-Dahlem, Rep. 108 D, Sekt. XIV, Rep. XIX, Nr. 06., (2360); Lyncker, A. v., 1935, S. 118. Unter Herkunft war „Liebenau/Königreich Hannover“ angegeben. Einschreibgebühr =acht Taler.

⁵ EKM Dedeleben, Kb-Trauregister 1776, Bl. 22, Nr. 3.

⁶ EKM Dedeleben Kb-Trauregister 1802, Bl. 228, Nr. 1; Sterberegister 1852, o. D.

⁷ Gewerberäume wurden nun einheitlich durch fünf Becken gekennzeichnet. Um in Preußen eine Bade-oder Barbierstube [nun synonym] erwerben zu können, bedurfte es einer siebenjährigen Gesellenzeit. Bachmann, A., Berlin 2001, S. 13f.; Kency, H.-J. u. Schöndube, L., Berlin 1986, S. 27, 41; Marz, I., Bader, 1999, S. 2f.

werbe weiterzuführen. Gemäß den im Jahr 1711 erlassenen Zunftregeln, mussten sie innerhalb einer festgesetzten Frist [meist nach Ablauf des Trauerjahres] einen Gesellen heiraten. War dies nicht der Fall, konnte die Frist noch einmal verlängert oder aber das Gewerbe musste eingestellt werden.¹ Folglich fand im Juli 1802 die Hochzeit mit dem „angehenden Chirurgen“ Johann Christian Paschedag (1768-1852) statt.² Er wurde am 11. August 1804 durch das Obermedizinalkollegium zu Berlin zum Chirurgen II. Klasse approbiert.³ Danach folgte seine Vereidigung durch das Halberstädter Medizinalkollegium.⁴ Erst der Tod Paschedags bedeutete das entgeltige Aus der chirurgischen Praxis. Seine aus zweiter Ehe stammende Tochter heiratete einen Kossaten^{5, 6} Das als „ungetrennter Hofraum“⁷ in der „Mutterrolle“⁸ eingetragene Grundstück, wurde von da an nur noch bäuerlich genutzt.⁹

7.2.1 Sozialstatus Paschedags

In der älteren medizinhistorischen Literatur findet die Beschreibung des Gesellschaftsstatus der Chirurgen nur wenig Beachtung. Als Gemeinplatz gilt meist, dass sie einen niedrigen Sozialstatus hatten, als minderwertig und verachtenswert galten und ihnen, sofern sie Bader waren, der alte Makel der Unehrlichkeit noch immer anhaftete. Neuere sozialgeschichtlich-orientierte Untersuchungen zeichnen ein gänzlich anderes Bild über die soziale Lage dieser Berufsgruppe. So wies Hergemöller eine gehobene Stellung der Mainzer Chirurgen im 17. und 18. Jahrhundert nach. Sander stellte heraus, dass die Altwürttemberger Chirurgen vorwiegend der mittleren und oberen Mittelschicht angehörten. Auch Kensity und Schöndube stellten fest, dass Bader und Chirurgen im 18. Jahrhundert in Preußen schon zur wohlhabenden Mittelschicht zählten.¹⁰ Die soziale Verflechtung spiegelt sich u. a. in der Heirats- und Taufpatenwahl wieder. Durch eine ge-

¹ Kensity, H.-J. u. Schöndube, L., Berlin 1986, S. 21-28; Knöss, C. u. Olig, K., 1951, S. 10f.

² Johann Christian Paschedag wurde als jüngster Sohn des Schneidermeisters Heinrich Paschedag 1768 in Harsleben geboren. EKM Dedeleben, Kirchenbuch-Trauregister 1802, Bl. 228, Nr. 1.

³ LHA Magdeburg, Rep. B 26/64, Nr. 12, Bl. 35f. und Rep. C 28 If, 1272 Bd. 2, Bl. 165. Vgl. Rep. 26/64 Nr. 6.

⁴ LHA Magdeburg, Rep. C 28 If, 1272 Bd. 2, Bl. 165.

⁵ Kossat=Bauer ohne Pferde. Sandner, K. 1963, S. 20.

⁶ EKM Dedeleben Kb-Taufregister 1832, Bl. 83, Nr. 9; Taufregister 1836, Bl. 97, Nr. 6; Trauregister 1856, Bl. 23, Nr. 5; Sterberegister 1887, Bl. 11, Nr. 13; Sterberegister 1901, Bl. 37, Nr. 3.

⁷ Unvermessene Grundstücksfläche.

⁸ Liegenschaftsbuch.

⁹ LvermGeo LSA, Dedeleben-Gb von 1910-1924, Bl. 22, Nr. 43 und Dedeleben-Lb, Bd. 1, Artikel Nr. 39, 1865.

¹⁰ Hergemöller, B.-U., 1994; Kensity, H.-J. u. Schöndube, L., Berlin 1986; Sander, S., 1989.

schickte Heiratspolitik konnte ein Chirurg Aufnahme in eine angesehene Familie finden oder, wenn er eine Chirurgentochter oder -witwe heiratete, seine beruflichen Startchancen verbessern. Gleichmaßen konnte er durch eine gute Taufpatenwahl für seine Kinder den eigenen Rang noch aufwerten.¹ Genöß ein Chirurg ein entsprechendes Ansehen bei der Bevölkerung², konnte ihm die Ehre zu teil werden, selbst als Taufpate ausgewählt zu werden. Letzteres war der Grund, weshalb der Müller Johann Friedrich Sander neben Dorfpfarrer und Lehrer auch den Chirurgen Paschedag zum Taufpaten seiner Tochter bestimmte.³ Dieses unterstreicht ein, wenn auch nicht in sehr gutem Zustand, erhaltenes Wachsportrait von Paschedag (Abb. 10). Wie häufig diese Art von Bilddarstellungen in ländlichen Gebieten angefertigt wurden, ließ sich in diesem Rahmen nicht feststellen. Es dürfte wohl recht selten gewesen sein. Das Bildnis zeigt den Chirurgen als soliden und ehrbaren Bürger in einer Seitenansicht.



Abb. 10: Fotografie einer Wachsmodellage Johann Christian Paschedags.⁴

¹ Kels (K 3) Taufpaten waren u. a. ein Pfarrer und ein Lehrer. Vgl. EKM Dedeleben, Kb-Taufregister 1756, Nr. 191.

² Programm zur 900 Jahr-Feier (1957), o. S.

³ EKM Dedeleben Kb-Taufregister 1832, Bl. 83, Nr. 8.

⁴ Von Pfarrer Christian Bernhardt (†) zur Verfügung gestellt.

Der Wundarzt ist in eine uniformähnliche Jacke mit großen Zierknöpfen gekleidet, das Halstuch scheint mit einer Agraffe geschlossen. Ein straff nach hinten gebundener Zopf, offenbar ungepudert bildet die Haartracht. Wann dieses Portrait modelliert wurde, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Aufgrund der abgebildeten Frisur kann jedoch auf den ungefähren Zeitraum geschlossen werden. Der abgebildete Zopf entsprach dem Modestil des Rokoko (1715-1789). In Anlehnung an die chinesische Kultur frisierten im Spätrokoko (1780-1789) viele Bürger ihr Eigenhaar zu einem Zopf, der mit einem Seidenband umwickelt steif vom Nacken abstand.¹

7.2.2 Fachliteratur

Aussagen über den Berufsalltag der Dedelebener Bader und Chirurgen können nicht getroffen werden. Mündlich überliefert wurde nur, dass Paschedag seinen Patienten vor Zahnextraktionen Alkohol verabreichte. Aber es existieren noch fünf deutschsprachige Fachbücher Paschedags, deren Erscheinungsjahre zwischen 1709 und 1793 liegen. Es ließ sich aber nicht ermitteln, ob die Literatur ausschließlich von Paschedag genutzt wurde oder sie sich schon im Besitz der Familie Koeltz (Kölß, Kels) befand. Ungeklärt ist auch, ob es sich hier um die vollständige dem Chirurgen zur Verfügung stehende Fachliteratur handelte, und ob er tatsächlich mit dem Inhalt der Bücher vertraut war. Vor allem sind jene Fachbücher aber ein Indiz dafür, dass sich die medizinische Tätigkeit nicht nur auf mündlich oder handlungspraktisch tradierte Kenntnisse stützte. Um die in Dedeleben vorgefundenen Bücher bewerten zu können, wurde eine Untersuchung von Sander über die Fachliteratur der Altwürttemberger Chirurgen berücksichtigt.²

In der folgenden Tabelle 16 sind alle Fachbücher aufgeführt, die sich im Nachlass Paschedags befanden.

¹ In dieser Epoche galt der männliche Zopf als Standessymbol und wies auf Wohlstand und Reichtum hin. Knöss, C. u. Olig, K., 1951, S. 377-380; Mallemont, A., o. J., S. 16ff.; Möller, H. u. Schoeneberg H., 1990, S. 284f.; Schmidt, W. et al., 1991, S. 220f.

² Vgl. Sander, S., 1989.

Tab. 16: Verzeichnis der im Nachlass Paschedags vorgefundenen Fachliteratur¹

Autor	Titel	Erscheinungsort und-jahr
Browne, Johannes	Verteutschte Neue Beschreibung Derer In dem menschlichen Körper befindlichen Musculen.	Leipzig, 1715
Heister, Lorenz	Chirurgie.	Nürnberg, 1743
Woyt, Johann Jacob	Gazophylacium Medico-Physicum oder Schatzkammer medizinisch und natürlicher Dinge.	Leipzig, 1709
Obercollegium Medicum [Hrsg.]	Kurze Anleitung für die Wundärzte auf dem platten Lande wie solche bey der Kur der innerlichen Krankheiten unter den Menschen verfahren sollen.	Berlin, 1785
Paulizky, Felix Heinrich	Anleitung für Landleute zu einer vernünftigen Gesundheitspflege.	Frankfurt a. Main, 1793

Unter der Gesamtheit des vorhandenen Fachbuchbestandes soll besonders die „*Chirurgie*“ von Lorenz Heister (1743) hervorgehoben werden, da dieses Lehrbuch entscheidend die Entwicklung der Chirurgie im 18. Jahrhundert prägte.² Der Autor stellte das gesamte, bis dahin bekannte Chirurgiewissen systematisch und verständlich dar. Speziell im zehnten Kapitel umfassenden zahnheilkundlichen Teil setzte Heister sich kritisch mit den Vorgehensweisen u. a. von Pierre Dionis (1643-1718), Anton Nuck (1650-1692), Cornelius Solingen (1641-1687) und Andreas Vesal (1514-1564) auseinander oder verweist auf Fauchard.³ Die große Bedeutung seines Werkes spiegelt sich u. a. in einer ausdrücklichen Empfehlung der württembergischen Medizinalordnung von 1755 wieder, in der es heißt: „*Die Chirurgen sollen gute chirurgische und anatomische Bücher lesen, und sich besonders, D. Heisters Chirurgie anschaffen.*“ Sander konnte ermitteln, dass das Chirurgielehrbuch zum Standardwerk der Altwürttemberger Chirurgen gehörte.⁴

Bei der „*Verteutschten Neuen Beschreibung derer In dem menschlichen Körper befindlichen Musculen*“ handelt es sich um ein atlasähnliches Anatomielehrbuch. (Kupferstiche geben die Muskelanatomie wieder).⁵ Über die Verwendung von Fachliteratur, die sich mit der menschlichen Anatomie beschäftigt, stellt Sander fest: „*Die Anatomie wurde als wichtigste Grundlagenwissenschaft der Chirurgie vom Gesetzgeber [altwürttembergisches Medizinalkollegium] den*

¹ Von Burkhard Rühling zur Verfügung gestellt.

² Heister, L., 1743, siehe Anlage 30. Vgl. Müller, H.-E., 1998, S. 361-428; 470; Hoffmann-Axthelm, 1985, S. 252-255; Strübig, W., 1989, S. 77.

³ Heister, L., 1743, S. 537, 619, 620, 622, 625, 628, 631; Vgl. Rüster, D., 1985, S. 175-181.

⁴ Sander, S., 1989, S. 80-83.

⁵ Browne, J., 1715. Die Kenntnis der Muskelanatomie war eine entscheidende Voraussetzung für die Behandlung von Wunden, Luxationen und Frakturen.

*Wundärzten besonders nahegelegt.*¹

Da den Chirurgen unter entsprechenden Bedingungen (Fehlen eines promovierten örtlichen Arztes)² auch staatlicherseits die Ausübung der inneren Medizin gestattet war, befand sich eine vom Obermedizinalkollegium herausgegebene *„Kurze Anleitung für die Wundärzte auf dem platten Lande-wie solche bei der Kur der innerlichen Krankheiten unter den Menschen verfahren sollen“* im Besitz des Chirurgen.³

Das älteste Buch aus der noch vorhandenen Fachliteratur Paschedags ist das *„Gazophylacium Medico-Physicum“*.⁴ Hier handelt es sich um ein mit heutigen medizinischen Wörterbüchern vergleichbares Nachschlagewerk, in dem medizinische Begriffe, Mineralien, Pflanzen, Öle und Harze erläutert wurden. Die *„Anleitung für Landleute zu einer vernünftigen Gesundheitspflege“* war das jüngste Buch des Bestandes. Das *„Hausbuch“* wandte sich nicht nur an Fachleute, sondern vornehmlich auch an das breite Publikum, wie *„Landgeistliche“* und *„verständige Hauswirte in Gegenden wo keine Aerzte sind“* gerichtet.⁵ Der Besitz dieser handlungsanleitenden traditionellen volkstümlichen Literatur verweist auf die Dominanz des praktisch-therapeutischen Interesses der Chirurgen, dass völlig ihrem 'Handwerkerstatus' entsprach.

Wird der gesamte Fachbuchbestand des Chirurgen Paschedag mit der von Sander untersuchten Literatur verglichen, so wurden außer der *„Chirurgie“* keine identischen Bücher gefunden. Die Fachgebiete aus denen die Bücher stammen, sind dagegen fast gleich. Ähnlich wie in Württemberg sucht man auch in Dedeleben die Namen der bekanntesten medizinischen Gelehrten des 18. Jahrhunderts, wie z. B. Hermann Boerhaave (1668-1738) Albrecht von Haller (1708-1777), Hufeland oder Johann Peter Frank (1745-1821) vergebens.⁶ Anscheinend verhinderten Sprachbarrieren die Lektüre lateinischer Fachtexte, dabei gab es aber schon populäre deutsche Übersetzungen und Adaptationen, z. B. von Hieronimus David Gaub (1705?-1780). Andererseits zeichnen sich jene Werke durch einen geringen Praxisbezug für Zahnärzte aus, sieht man von den Aphorismen des Boerhaave ab. Auch die in Deutschland veröffentlichten zahnheilkundlichen Werke

¹ Sander, S., 1989, S. 83.

² Im Untersuchungszeitraum konnte in Dedeleben kein promovierter Arzt nachgewiesen werden.

³ Obercollegium Medicum, 1785, siehe Anlage 31.

⁴ Woyt, J. J., 1709, siehe Anlage 32.

⁵ Paulizky, F. H., 1793.

⁶ Sander, S., 1989, S. 80-84, Vgl. Harig, G. u. Schneck, P., 1990, S. 129-148; Schott, H., 2000, S. 125, 129, 140f.

bekannter Autoren, u. a. von Bücking, Hirschfeld, Schmidt, Serre und Pfaff konnten in Dedeleben nicht nachgewiesen werden.¹

Aufschlussreich ist auch eine Eintragung im Innendeckel des Anatomiebuches. Dort befand sich die handschriftliche Anmerkung: „*Chirurgus Paschedag-Johann Heinrich Friedrich Heinecke gebürtig aus Badersleben all 14 Jahr ist bei mir in die Lehre gekommen den 26 ten April 1814.*“² Daraus lässt sich ableiten, dass Paschedag eine entsprechend umfangreiche Praxis betrieb und ein Lehrling eingestellt werden konnte. Ob Heinecke (geb. 1800?) seine Ausbildung dort beendete oder den Chirurgen weiter in seiner Tätigkeit unterstützte, ließ sich nicht ermitteln.

7.3 Weitere in Dedeleben ansässige Medizinalpersonen

Neben Paschedag praktizierte für kurze Zeit noch ein weiterer Chirurg II. Klasse in Dedeleben. Christoph Lachmund wurde am 17. Oktober 1828 durch das Kultusministerium approbiert. Seine Vereidigung erfolgte am 04. Mai 1829 durch das Landratsamt des Oscherslebener Kreises.³ Daraufhin gab er im Oktober 1830 seine Niederlassung in Dedeleben im Halberstädter Intelligenzblatt bekannt.⁴ Weshalb er bereits 1832 den Ort wieder verließ, konnte nicht ermittelt werden.⁵ Da die Gemeinde aber zu klein war, um zwei Chirurgen zu ernähren, waren es vermutlich wirtschaftliche Gründe. Obendrein war der Tierarzt und Hufschmied Friedrich Dockhorn in Dedeleben tätig.⁶ Ab 1846 kam noch Heinrich Christian Friedrich Schum (Chirurg I. Klasse)⁷ hinzu. Ob und wie die drei Medizinalpersonen praktizierten, lies sich nicht ermitteln. Es ist aber anzunehmen, dass die etablierte Praxis Paschedags die medizinische Betreuung der Bevölkerung weitestgehend abdeckte, zumal das Gesundheitsbewusstsein noch nicht so ausgeprägt war. Außerdem bestand noch die Möglichkeit, sich an Ärzte und Chirurgen der angrenzenden Nachbardörfer zu wenden.⁸

¹ Marz, I., Verzeichnis der deutschen zahnheilkundlichen Literatur, o. J., S. 1-10.

² Browne, J., 1715, linker Innendeckel.

³ LHA Magdeburg, Rep. C 28 I f, 1272 Bd. 2, Bl. 165.

⁴ IBH, 16.10.1830 (2458).

⁵ LHA Magdeburg, Rep. C 28 I f, 1272 Bd. 2, Bl. 165.

⁶ LHA Magdeburg, Rep. B 26/64 Nr. 12, Bl. 79f.

⁷ Er wurde am 24.04.1846 in Magdeburg vereidigt. LHA Magdeburg, Rep. C 28 I f, 1271, Bl. 83.

⁸ IBH, 13.09.1828 (2362). In dieser Anzeige bedankt sich ein Dedelebener Bürger für die Hilfe des Hessener Arztes Schwarz.

7.4 Zahnärztliche Instrumente und Schröpfzubehör des Frisörs Carl Heinrich Friedrich Wolf

Mit Paschedags Tod im Jahr 1852 endete die Ära jener ortsansässigen Bader/Chirurgenfamilie. Die Praxisauflösung fiel zugleich in ein Jahrzehnt, in dem der bis dahin bestehende Dualismus zwischen Ärzten und Chirurgen per Gesetz abgeschafft wurde. Mit dem allmählichen „Aussterben“ der Chirurgen erlosch auch ihre nicht zu unterschätzende Rolle in der zahnheilkundlichen Betreuung der ländlichen Bevölkerung. Während die nach der ersten zahnärztlichen Prüfungsordnung approbierten Zahnärzte ohnehin überwiegend in den Städten praktizierten, blieb der Landbevölkerung oft nur die Möglichkeit, sich mit Zahnbeschwerden an handwerklich geschickte Vertreter anderer Berufsgruppen (u. a. Barbieri, Hufschmiede) zu wenden, zumal jene laut Gewerbeordnung (1869) auch dazu legitimiert waren. (Vgl. Kapitel 5.1)

Auch für Dedeleben konnte nachgewiesen werden, dass ein Frisör Zähne extrahierte. Im Nachlass des Frisörs Carl Heinrich Friedrich Wolf (05.11.1873-16.05.1947)¹ befand sich eine Ledertasche mit 17 verschiedenen chirurgischen Instrumenten für die Zahnextraktion.² Ferner existiert noch ein Holzkasten mit acht Schröpfköpfen und einer Metallkanne sowie drei lose aufbewahrte Schröpfköpfe (einer davon mit Sand gefüllt).

Die Abbildung 11 zeigt jenen Frisör.³ Mit der linken Hand trägt er einen Kasten. Vermutlich handelt es sich dabei um den mit zwei Seilgriffen versehenen Holzkasten, der das Schröpfzubehör enthielt. Dieser ist in der Abbildung 12 zu sehen. Die Abbildungen 13 und 14 zeigen den Kasteninhalt und die einzelnen Teile des Schröpfzubehörs: eine Schröpfkanne aus Messing (Höhe 7 cm; Durchmesser 4 cm) mit einer Tülle (Länge 7,5 cm), an deren Ende sich ein kleiner Baumwolldocht befindet, elf gläserne Schröpfköpfe von annähernd gleicher Größe (Höhe 9,5 cm; Durchmesser 3,6 cm).

¹ EKJ Dedeleben Kb-Taufregister 1873, Bl. 3, Nr. 31; Sterberegister 1947, Bl. 12, Nr. 16. Eltern: Johann Matthias Wolf (1824-1906) und Anna Maria Dorothea geb. Sander (geb. 1831). Vgl. EKJ Dedeleben Kb-Taufregister 1824, Bl. 49, Nr. 6; Trauregister 1851, Bl. 27, Nr. 3; Sterberegister 1906, Bl. 56, Nr. 15; EKM Dedeleben Kb-Taufregister 1831, Bl. 81, Nr. 11.

² Carl Wolfs Großvater [Friedrich Sander] war ein Taufpate von Paschedags Tochter. EKM Dedeleben Kb-Taufregister 1836, Bl. 97, Nr. 6. Folglich könnte die Instrumententasche mit dem chirurgischen Instrumentarium Paschedags aufgefüllt worden sein.

³ Von Gerda Wolf zur Verfügung gestellt.



Abb. 11: Carl Heinrich Friedrich Wolf.



Abb. 12: Zur Aufbewahrung des Schröpfzubehörs dienender Holzkasten.



Abb. 13: Geöffneter Holzkasten mit 11 Schröpfgläsern und einer Metallkanne.



Abb. 14: Schröpfkanne mit -gläsern.

Entsprechend den noch bis weit über die Mitte des 19. Jahrhunderts hinaus geltenden humoral-pathologischen Vorstellungen, konnte eine krankhafte Vermischung der Körpersäfte durch Entfernen des schädlichen Stoffes¹ u. a. durch Schröpfen wieder ausgeglichen werden. Es wurde in trockenes und blutiges Schröpfen unterschieden. Beim trockenen Schröpfen wurde mit einer Flamme (Spirituskanne) der Sauerstoff in der kleinen Glashalbkugel (Schröpfkopf oder -glas) verbrannt. Danach wurde der „Kopf“ auf den Rücken des Patienten gesetzt. Durch den Unterdruck saugte er sich ca. 15 Minuten lang fest. Das sanfte Saugen weitete die Kapillargefäße, die Durchblutung wurde angeregt, Organe und Organfunktionen aktiviert. Beim blutigen Schröpfen konnte nach Hautritzung (Skarifikation) das Blut zusätzlich nach außen abfließen.

¹ Vgl. Schott, H., 2000, S. 91.

Die Instrumententasche aus dem Nachlass von Wolf zeigt die Abbildung 15. Sie hat eine Breite von 23 cm und eine Länge von 49 cm (ausgerollt); im geschlossenen Zustand beträgt ihr Durchmesser 6 cm (ohne Instrumente). In einer mit rotem Samt ausgeschlagene ziegenledernen Rolltasche mit Laschenbefestigung wurden 17 verschiedene Zahnextraktionsinstrumente (Vgl. Tab. 17) aufbewahrt. Durch das Nachhineinschlagen des unteren Taschenteils konnten die Arbeitsenden der Instrumente vor Schmutz oder Beschädigung geschützt werden. Anschließend wurde die Tasche über zwei kleine Schnallen und Lederriemchen geschlossen und dann zusammengerollt.




Abb. 15: Instrumententasche von Carl Heinrich Friedrich Wolf.

Die chirurgischen Instrumente wurden anhand eines Miniaturarmamentariums, Ausstellungskataloges und eines Zahnartzkataloges der Hamburger Firma Geo Poulson bestimmt und in der Tabelle 17 zusammengefasst.¹

¹ Fritze, E., 1836.; Habrich, C., 2004; Poulson's Zahnarzt-Katalog, 1988. Die vereinzelt auf den Instrumenten gefundenen Warenzeichen konnten nicht eindeutig einem Hersteller zu geordnet werden. Vgl. Bennion, E., 1988,

Tab. 17: Verzeichnis der chirurgischen Instrumente

Instrument	Anwendungsgebiet	Besonderheiten	Fabrikationsmerkmale	Gesamtlänge (mm)
Zahnschlüssel mit vier auswechselbaren Haken	Zahnextraktion im OK und UK	Ebenholzgriff		150
Geißfuß, groß	Entfernung von Zahnwurzeln und Milchzähnen	schwarz lackierter Holzgriff, rund		148
Geißfuß, klein		Ebenholzgriff		105
je einen Wurzelheber nach Thomson für die rechte und für die linke Seite	Entfernung von Zahnwurzeln	Ebenholzgriff		146
Wurzelschraube, einfach				63
Zangen für den Oberkiefer				
Frontzahnzange	Frontzahnextraktion	vernickelt	ZG: 2	169
je eine Molarenzange für die rechte und für die linke Seite	Molarenextraktion	vernickelt, Zangengriff nach Read	ZG: 18 L; ZG: 18 R	
Molarenzange für beide Seiten				
Weisheitszahnzange	Weisheitszahnextraktion	vernickelt	ZG: 67, GEB ^R I, * _{London} *	
je eine bajonettförmig gebogene Wurzelzange mit schmalem und mit breitem Zangenmaul für Molarenwurzeln	Entfernung von Molarenwurzeln	vernickelt	<ul style="list-style-type: none"> • bajonettförmig gebogene Wurzelzange mit schmalem Zangenmaul sternförmig gestaltetes Schlossbeschriftung:  *_{London}* • zweite Bajonetzange: ohne Beschriftung 	178
Zangen für den Unterkiefer				
Rabenschnabelzange für Molaren	Frontzahnextraktion	vernickelt	ZG: 6, GEB ^R G, * _{London} *	164
Prämolarenzange	Prämolarenextraktion	vernickelt	Schlossbeschriftung: * _{London} *, ZG: 8, GEB ^R I, Lowe bicuspides	167
Wurzelsplitterzangen	Entfernung von Wurzelresten	vernickelt	ZG: 31	158
Wurzelsplitterzange mit langen gebogenen Branchen		vernickelt	Schlossbeschriftung: * _{London} *, ZG: 48, GEB ^R I, Lowe fragments	177

Bei den nachfolgenden Abbildungen handelt es sich um Fotografien der vorgefundenen Zahnextraktionsinstrumente. Sie werden im weiteren Text bezüglich ihrer Einsatzmöglichkeiten und Wirkungsweisen in knapper Form erörtert. Allerdings soll auf eine weiterführende, ausführliche Darstellung ihrer Entwicklung und die in zahnheilkundlichen Publikationen des 18. und 19. Jahrhunderts¹ beschriebenen eigenen Erfahrungen der Autoren im Umgang mit den Extraktionswerkzeugen verzichtet werden, da bereits eine umfassende Arbeit von Weiß (1972) vorliegt.

Die Abbildung 16 zeigt das bevorzugte Extraktionsinstrumentes des 18. und 19. Jahrhunderts, einen Zahnschlüssel.²



Abb. 16: Zahnschlüssel mit vier auswechselbaren Haken (um 1840).

Der Zahnschlüssel ist aus Stahl und mit Ebenholzhandgriff und bajonettförmiger Kröpfung. Am Stemmstangenende (Schlüsselbart) befindet sich ein kleiner Einschnitt, in dem je nach Bedarf, einer der vier austauschbaren Hakenansätze mittels einer Stellfeder befestigt wurde. In der Ausführung entspricht dieser Zahnschlüssel einem auf einer Abbildung im Ausstellungskatalog zur

¹ Hierzu zählen u. a. Bell, Bücking, Louis Laforgue (1788?-1816), Serre und J. Linderer.

² Hoffmann-Axthelm, W., 1985, S. 241, 270; Strömgen, H. L., 1945, S. 204. Schlüssel zählten zu den am spätesten erfundenen Extraktionsinstrumenten. Fauchard erwähnte in seinem Lehrbuch (1728) noch keinen Schlüssel, so dass anzunehmen ist, dass er dieses Instrument noch nicht kannte. Vgl. Habrich, C. 2004, S. 19; Weiß, M., Tübingen 1972, S. 42.

Ausstellung „Zahn der Zeit“ im Deutschen Medizinhistorischen Museum zu Ingolstadt.¹

Die Bezeichnung des Extraktionsinstrumentes leitet sich von seiner Anwendungsweise ab.²

Dieses wird, nachdem man es am Zahn angesetzt hat, wie ein Türschlüssel im Schloss gedreht. Hauptsächlich gebrauchte man den Zahnschlüssel zur Molarenextraktion. Es konnten aber auch Prämolaren und Frontzähne damit extrahiert werden. Das erklärt die verschiedenen Hakenansätze: drei krallenförmige [für Molaren und Prämolaren] und ein grazil spitz gestalteter Ansatz [für Frontzähne] mit innerer Wölbung. Bei der Anwendung im Unterkiefer wurde der Schlüsselbart möglichst tief an der der Zunge zugewandten Seite (lingual) des zu extrahierenden Zahnes angelegt, der Haken über diesen geschlagen und seine Spitze von der Wangenseite (bukkal) in die Wurzelbifurkation gedrückt. Im Oberkiefer wurde der Schlüssel an der bukkalen Seite angelegt, beim Drehen die äußere Wand des Zahnfaches (Alveole) gesprengt und anschließend der Zahn herausgewälzt. Aus der Anwendungsweise lassen sich auch die Vor- und Nachteile ableiten.

- Vorteile:
 - auch bei eingeschränkter Mundöffnung einsetzbar
 - bei der Abstützung wurde kein Druck auf die Nachbarzähne ausgeübt
- Nachteile:
 - starke Zahnfleischquetschungen durch den Schlüsselbart
 - Zahnkronenfraktur durch den scharf angreifenden Haken³

Auf den drei folgenden Abbildungen (17, 18, 19) sind Instrumente abgebildet, die zur Entfernung von Wurzeln benutzt werden konnten.

¹ Vgl. Habrich, C., 2004, S. 35, 52.

² Andere Bezeichnungen waren: „Clef de Garangeot“ [Renè-Jacques Croissant de Garangeot (1688-1759)]; Fothergill-Schlüssel; englischer; französischer und deutscher Schlüssel. Ebenda, S. 19.

³ Fritze, E., S. 11, 1836; Strömgen, H. L., 1935, S. 100; Weiß, M., Tübingen 1972, S. 50 f.



Abb. 17: Geißfüße.

Die Abbildung 17 zeigt zwei unterschiedlich große Geißfüße mit birnenförmigem Handgriff. Das größere der beiden Instrumente weist zudem am hölzernen Handgriff deutliche Abnutzungserscheinungen der schwarzen Farbschicht auf.¹ Charakteristisch sind die leicht abwärtsgebogene, ausgehöhlte Stemmstange mit scharfer Schneide. Im Aussehen ähnelt das Arbeitsende des Instrumentes in etwa der Form eines Ziegenhufs (Geißfuß), wovon sich dessen Bezeichnung ableitet. Da die Anwendung des Geißfußes auf demselben Prinzip wie dem des Hebels basiert, wurde er gern zum Herausdrücken nicht allzu festsitzender Wurzeln oder Milchzähne benutzt.²

- Vorteile:
 - einfache Handhabung
 - Instrumentengestalt erzeugt weniger Ängste beim Patienten [Vgl. Pelikan, Zahnschlüssel, Haken im Heft, Zange]
- Nachteile:
 - Verletzungsgefahr von Gaumen, Zunge oder Wange beim Abgleiten des Instrumentes

¹ Die minderwertige Qualität des Handgriffs spricht dafür, dass diese Instrumente in seiner Anschaffung nicht so kostenintensiv gewesen sein kann, wie zum Beispiel ein Geißfuß mit einem Ebenholzhandgriff.

² Vgl. Andrä, A., 1985, S. 63; Strömgen, H. L., 1945, S. 101; Weiß, M., Tübingen 1972, S. 33-38.



Abb. 18: Wurzelheber nach Thomson für die rechte und für die linke Seite (um 1891).

Die auf der Abbildung 18 dargestellten Wurzelheber nach Thomson mit rautiertem Ebenholzgriff stammen aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Der Hamburger Fabrikant Poulson zeigt dieses Instrument in seinem Katalog chirurgischer Instrumente.¹ Entsprechend ihrer Gestaltung diente dieses Instrument zur Entfernung von Wurzeln.

¹ Vgl. Poulson's Zahnarzt-Katalog, 1988, S. 100.



Abb. 19: Einfache Wurzelschraube.

Auf der Abbildung 19 ist eine einfache Wurzelschraube zu erkennen, wie sie zur Entfernung von Zahnwurzeln angewendet wurde.¹ Hierzu wurde das Instrument in den zu entfernenden Wurzelrest gedreht, um diesen dann korkenzieherartig herausziehen zu können. Diese Erfindung geht auf Serre zurück, der sein Instrument, wenn auch in anderer Form, in seiner „Zahnarzneikunst“ von 1803 vorstellte.²

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen Extraktionszangen.^{3,4} Ihre Gestaltung entspricht jener, die auf den Engländer Tomes zurückzuführen ist [1841], d. h. die Branchen sind schon der anatomischen Form des Zahnes angepasst.⁵

¹ Vgl. Poulson's Zahnarzt-Katalog, 1988, S. 105.

² Bennion, E., 1988, S. 51; Serre, J. J. J., 1803, o. S.

³ Auf die Erörterung der an der Griffinnenseite befindlichen und noch heute gebräuchliche Zangennummerierung soll verzichtet werden, da sie lediglich der genauen Identifizierung der Instrumente in Dentalkatalogen dient.

⁴ Zangenaufbau: Zangenmaul (Branchen), -schloss und -griff.

⁵ Vgl. Kapitel 4.1.1.



Abb. 20: Eine Frontzahn-(1) und eine Weisheitszahnzange (2) für den Oberkiefer.

Zu Zahnextraktionen im Oberkiefer sind verschiedenartig konstruierte Zangen erforderlich. Im Gegensatz zur einfach gestalteten Frontzahnzange mit geradem Griff¹ weisen Weisheitszahnzangen eine diffizilere Gestaltung auf, wie unschwer in der Abbildung 20 zu erkennen ist. Die Weisheitszahnzange für den Oberkiefer ist zweifach abgewinkelt. Durch jene bajonettförmige Krümmung kann der distal gelegene Zahn sicher gefasst werden. Ihr Zangenmaul ist schmäler als das einer Molarenzange gestaltet. Zudem fehlt die wangenwärts gerichtete (bukale) Zacke, da die typische Bifurkation des ersten und zweiten Molaren nicht vorhanden ist (Vgl. Abb. 21).²

¹ Vgl. Poulson's Zahnarzt-Katalog, 1988, S. 2.

² Andrä, A., 1985, S. 61.



Abb. 21: Molarenzangen für den Oberkiefer.

Auf der Abbildung 21 sind Zangen für die Extraktion oberer Molaren zu erkennen. Im Gegensatz zur Frontzahn-bzw. Prämolarenzange, die in beiden Oberkieferseiten einsetzbar sind, unterscheidet man bei der oberen Molarenzange eine für die rechte und eine für die linke Seite. Die zur Wange (bukkal) gerichtete Branche des Zangenmauls besitzt eine kräftige Zacke, die in die Bifurkation der beiden bukkalen Wurzeln passt.¹ Im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren zudem noch Molarenzangen bekannt, die auf Grund ihrer Branchengestaltung (zwei Zacken) auf beiden Seiten eingesetzt werden konnten.² Alle abgebildeten Zangen sind leicht s-förmig gekrümmt und besitzen den „Readschen Zangengriff“. Durch den einseitig gebogenen Zangengriff sollte der Daumen des Zahnarztes während des Extraktionsvorganges abgestützt werden.

¹ Andrä, A., 1985, S. 60.

² Vgl. Poulson's Zahnarzt-Katalog, 1988, S. 46.



Abb. 22: Bajonettförmig gebogene Wurzelzangen für Molarenwurzeln im Oberkiefer.

Im Gegensatz zu den Zahnzangen, bei denen sich die Branchen nicht berühren, schließt bei Wurzelzangen das Zangenmaul vollständig und die Branchen sind graziler gestaltet. Im Oberkiefer können zwei Formen dieser Instrumente unterschieden werden. Bei den hier abgebildeten Instrumenten handelt es sich um Bajonettzangen.¹ Sie dienen der Entfernung von Molarenwurzeln und sind auf beiden Kieferseiten einsetzbar.²

¹ Wurzelzangen für Frontzahn- und Prämolarenwurzeln sind leicht s-förmig gebogen.

² Andrä, A., 1985, S. 62.



Abb. 23: Prämolarenzange (1) und Rabenschnabelzange (2) für Frontzähne im Unterkiefer.

In der Abbildung 23 sind Unterkieferzahnzangen zu erkennen, die verschieden gestaltet sind. Das obere Instrument (2) ist eine Rabenschnabelzange, da das Zangenmaul gegen den Zangengriff, also über die Fläche, abgelenkt ist.¹ Aufgrund der schmalen Branchenform diente sie vermutlich zur Extraktion von Schneidezähnen, Prämolaren und Wurzeln.

Dagegen entspricht das untere der beiden Instrumente (1) nicht diesem bisher allgemeingültigen Konstruktionsprinzip von Unterkieferzahnzangen. Bei jener Zange sind die Branchen über die Kante gebogen, wie gewöhnlich nur Wurzelsplitterzangen geformt sind. Allerdings weist Poulson das Instrument in seinem Katalog chirurgischer Instrumente als Prämolarenzange aus.² Für diesen Verwendungszweck spricht auch die Gravur „bicuspides“ [Vgl. Bikuspidatenzange → Prämolarenzange] im Schenkel der hier abgebildeten Zange. Diese Konstruktion geht auf Berten zurück, der die Abknickung der Branchen über die Kante bevorzugte und der nicht nur die Zangen nach Tomes verbesserte, sondern auch eine obere Prämolarenzange 1895 entwickelte.³

¹ Andrä, A., 1985, S. 61.

² Vgl. Poulson's Zahnarzt-Katalog, 1988, S. 100.

³ Hoffmann-Axthelm, W., 1974, S. 100; Ströbel, H. G., Duisburg 1961, S. 99.



Abb. 24: Wurzelsplitterzangen (UK).

Die hier abgebildeten Zangen dienen zum Entfernen tief frakturierter Zahnwurzelreste. Sie weisen über die Kante geknickte lange grazile Branchen auf, um damit möglichst weit zum verbliebenen Wurzelrest vordringen zu können.¹

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass der Mangel an approbierten Zahnärzten, insbesondere in den ländlichen Gebieten durch Vertreter anderer Berufsgruppen kompensiert werden musste. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts übernahmen die Landchirurgen den Großteil der zahnärztlichen Behandlung. De facto spielte die Zahnbehandlung durch Ärzte aufgrund der zunehmenden Spezialisierung allerdings eine immer geringere Rolle. Eine große Zahl Nichtapprobierter war somit für die Versorgung real notwendig. Mit dem Inkrafttreten der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes (1869) galt mit der neu verabschiedeten Gewerbefreiheit auch die völlige „Kurierfreiheit“ in der (Zahn-) Heilkunde. Die Freigabe der Zahnbehandlung bewirkte also die Herausbildung einer handwerklich orientierten Berufsgruppe, die ohne Approbation, neben den approbierten Zahnärzten am Patienten tätig wurde, worauf das vorgefundene Extraktionsbesteck des Frisör Wolf hindeutet.

¹ Vgl. Poulson's Zahnarzt-Katalog, 1988, S. 17.