

Das Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum der Frühen Neuzeit: eine Einführung

Salatowsky, Sascha

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Salatowsky, S. (2022). Das Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum der Frühen Neuzeit: eine Einführung. In D. Reifegerste, & C. Sammer (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven* (S. 1-15). Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssoar.7772>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Das Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum der Frühen Neuzeit. Eine Einführung

Sascha Salatowsky

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Im Beitrag beschreibe ich ausgewählte Aspekte des Gesundheitswesens im deutschsprachigen Raum der Frühen Neuzeit. Dabei spielen obrigkeitliche Verordnungen zur Regelung des Gesundheitswesens ebenso eine wichtige Rolle wie die verschiedenen Akteure in einer überwiegend ländlich und ständisch geprägten Gesellschaft. Auf die stationären Gesundheitseinrichtungen der Hospitäler, Apotheken und Heilbäder aufbauend entwickelte sich ein ausdifferenziertes Gesundheitssystem, das unter hygienisch und medizinisch schwierigen Bedingungen ein hohes Vertrauen der Bevölkerung genoss. Ein Großteil der Behandlungen wurde von praktisch ausgebildeten Barbieren, Badern, Wundärzten, „Kräuterhexen“, Hebammen und Chirurgen vor Ort erbracht. Die gelehrten Mediziner waren dagegen fernab an den wenigen Universitäten in der Lehre für den akademischen Nachwuchs tätig oder praktizierten in den größeren Städten. Sie repräsentierten das Gelehrtenwissen und veröffentlichten in hoher Zahl ihre überwiegend in lateinischer Sprache verfassten Schriften. Eine Ausnahme hiervon bildeten die sogenannten Pesttraktate, die den Bewohnern in deutscher Sprache Handlungsanleitungen an die Hand gaben, wie man sich vor den Seuchen schützen könne.

Keywords: Gesundheitswesen, Frühe Neuzeit, Schulmedizin, Heilkunde, ärztliche Praxis, Obrigkeit

Summary

In this article, I will describe selected aspects of health care in the German-speaking world of the early modern period. In this context, governmental decrees regulating health care play a prominent role, as do the various actors in a predominantly rural and estates-based society. Building on the inpatient health care facilities of hospitals, pharmacies and spas, a differentiated health care system developed that enjoyed a high level of trust among the population under hygienically and medically difficult conditions. A large part of the medical care was provided by practically trained barbers, bathers, wound physicians, “herb witches,” midwives and surgeons on site. The learned physicians, on the other hand, were far away at the few universities teaching the next generation of academics or practicing in the larger cities. They represented the scholarly knowledge and published their writings in large numbers, mostly in Latin. An exception to this were the so-called plague treatises, which provided the inhabitants with instructions in German on how to protect themselves from the plagues.

Keywords: Public health, early modern period, orthodox medicine, lay medicine, medical practice, authority

1 Einleitung

Die gegenwärtige Covid-19-Pandemie ist ein gutes Beispiel dafür, wie in außergewöhnlichen Zeiten das Gesundheitssystem auf eine harte Probe gestellt wird (siehe den Beitrag von [Reifegerste/Wagner](#) in diesem Band). Weltweit gibt es viele Tote und Kranke zu beklagen. Die Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen arbeiten am Limit. Das öffentliche und private Leben wird in einer noch vor Kurzem nicht vorstellbaren Weise immer wieder zum Stillstand gebracht (Lockdown). Auf allen Ebenen – in Medizin, Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Polizei, Medien und Öffentlichkeit – werden Maßnahmen diskutiert, von der Regierung verkündet, von der Verwaltung und den Bürgerinnen und Bürgern umgesetzt, von Gerichten geprüft etc. Trotz eines umfassenden bio- und molekular-medizinischen Wissens und trotz aller technischen und kommunikativen Möglichkeiten trifft uns weltweit eine Pandemie, die wir offensichtlich nur schwer beherrschen können.

Im Wissen um diese Vulnerabilität unseres eigenen Gesundheitssystems soll hier ein Blick auf die Frühe Neuzeit geworfen werden, die unter viel schwierigeren medizinischen, wirtschaftlichen und politisch-gesellschaftlichen Bedingungen ähnliche oder weit gravierendere Pandemien erlitten hat. Davon zeugen zeitgenössische Berichte über die Pest, die zum Teil verheerende Folgen für die Bevölkerung hatte. Sterblichkeitsraten von über 50 Prozent waren keine Seltenheit (Bergdolt, 2017, 2019). Zu dieser Quote trug vor allem bei, dass ein Wissen um die Übertragungswege dieser Infektionskrankheit nicht vorhanden war. Daher waren die Möglichkeiten einer wirksamen medizinischen Behandlung sehr beschränkt. Die Heilung geschah mehr oder weniger zufällig. Wer überlebte, wusste nicht, warum er überlebt hatte. Die weltliche Obrigkeit – Könige, Fürsten, Herzöge oder Stadträte – reagierten mit Verboten und teilweise drastischen Maßnahmen, die kaum Rücksicht auf die Rechte des Einzelnen nahmen. Häuser wurden zugemauert, um die Erkrankten zu separieren, Dörfer von Soldaten abgeriegelt, um die weitere Ausbreitung der Krankheit zu unterbinden.

Doch wie heute wäre es einseitig, die damalige Heilkunde und ärztliche Praxis allein an diesem Ausnahmezustand zu messen. Vielmehr ist ein Blick in die Breite nötig, um einen angemesseneren Einblick in die Situation der Zeit zu gewinnen. Die Medizin entsprach den zeitgenössischen Vorstellungen von

Wissenschaft. Sie war eine an der Universität beheimatete obere Fakultät. Ihre Heilmethoden galten als in sich schlüssig, so dass sie das in sie gesetzte Vertrauen durch viele günstige Heilungsverläufe immer wieder rechtfertigen konnte. Sie bot Zuflucht und Stütze für Erkrankte. Die Mediziner verfügten über ein hohes Ansehen in der Gesellschaft, galten als „Götter in Weiß“. Sie übernahmen nicht etwa blind das überlieferte Wissen, sondern prüften und experimentierten selbst, entdeckten den menschlichen Körper neu und erweiterten damit das Wissen in der Anatomie (Carlino, 1999; Cunningham, 1997), verbesserten die Diagnostik durch das systematische Auswerten von Fallbeschreibungen (Stolberg, 2007, 2021) und das Anlegen von Patientenakten (Duden, 1987). Überhaupt rückte die ärztliche Praxis in den Mittelpunkt des medizinischen Interesses (Schlegelmilch, 2018). Nur gelegentlich kam es zur Abkehr von dieser Art von Schulmedizin, so bei Paracelsus, der ein ganz neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit entwickelte (Bondio, 2011; Schipperges, 1991). Nicht zu unterschätzen sind auch die Entwicklungen im administrativen Bereich. Die Obrigkeit erkannte, dass die Gesundheitsfürsorge eine ihrer zentralen gesellschaftlichen Aufgaben sei, die einer umfassenden Regelung und Betreuung bedürfe. Damit ist knapp umrissen, was nachfolgend in den sieben Kapiteln vorgestellt werden soll.

2 Regelungen der Obrigkeit im Gesundheitsbereich

Die Kommunikation der Obrigkeit mit ihrer Bevölkerung war in der Frühen Neuzeit kein leichtes Unterfangen (Wilke, 2000). Ihr fehlten nachhaltige Strukturen vor Ort und in der Breite, mit denen sie die gesamte Bevölkerung hätte erreichen können. Tägliche Zeitungen waren noch weitgehend unbekannt. Flugblätter, Einblattdrucke und Aushänge hatten nur eine geringe Breitenwirkung. Zugleich stand eine hohe Analphabetenrate einer Lektüre derartiger Medien im Weg. Und selbst wenn man lesen konnte, verstand man die mit lateinischen Begriffen durchsetzte und aus langen Sätzen gebildete Verwaltungssprache nicht ohne Weiteres. Die Vor-Ort-Kommunikation über die Ärzte, Apotheker, Laienmediziner oder offiziellen Vertreter war daher oftmals der einzige erfolgversprechende Weg für die Obrigkeit, um Bekanntmachungen an die Bevölkerung zu bringen. Zugleich erkannte sie, dass in der Heilkunde und medizinischen Praxis Regelungsbedarf bestand, etwa um die Qualität der Behandlung sicherzustellen, Zuständigkeiten festzulegen, Studiengänge und Ausbildungen zu regeln und Preise für

medizinische Behandlungen oder Medikamente festzusetzen.

Als ein Beispiel für derartige Regelungen, wie sie in vielen Regionen Europas getroffen und veröffentlicht worden sind, kann die "Ordnung, wie es in den [...] Landen mit den Apothecken zu halten" dienen. Sie wurde 1607 von den beiden Herzögen Johann Casimir von Sachsen-Coburg (1564–1633) und Johann Ernst von Sachsen-Eisenach (1566–1638) für ihre Thüringer Herrschaftsgebiete erlassen. Typisch für die Frühe Neuzeit, das als ein konfessionelles Zeitalter tief von der christlichen Religion und ihrer Frömmigkeit durchdrungen war, beginnt die Verordnung mit dem Hinweis, dass Gott die Medizin gemäß der alttestamentlichen Bibelstelle Sirach 38,1 erschaffen und zum legitimen Gebrauch bestimmt habe. Die Regelungen betrafen vor allem die Aufgaben des Apothekers (wie die Bereitstellung der Ausgangsstoffe und die Herstellung von Arzneien), die Höhe seiner Vergütungen, seine Einbindung in die öffentliche Gesundheitspflege und seine moralischen Verpflichtungen. So wurde er sowohl an die Schweigepflicht erinnert als auch daran, den Armen zu helfen. Selbst eine kostenfreie Abgabe von Arzneien wurde von der Obrigkeit im Zweifel erwartet. Auch hatte der Apotheker die Patienten und Patientinnen über die Wirkungen von Arzneien aufzuklären.

Ein zweites Beispiel bietet das 1653 und in überarbeiteter Fassung 1657 von Herzog Ernst I. von Sachsen-Gotha (1601–1675) erlassene Patent und Mandat für die im Fürstentum tätigen „Land-Medicos, Wund-Ärzte/ Balbirer/ und andere der Wund-Artzney erfahrene“ einschließlich einer Tax-Ordnung der Gebühren. 1694 erneuerte sein Enkel Herzog Friedrich II. (1676–1732) diese Verordnung unter dem barocken Titel: „Fürstliche Sächsische Verordnung/ nach welcher in dem Fürstenthum Gotha die Medici, ingleichen die Apotheker und deren Provisores, Gesellen und Lehrlingen; nichts weniger die Laboranten/ Oculisten/ Stein- und Bruchschneider/ barbierer/ Feldscherer/ Bader und Hebammen; wie auch Würtzkrahermer und andere darinn benannte Personen/ sich zu achten haben. Worbey zugleich die Tax-Ordnung vor die Medicos, Apotheker und Barbierer sich befinden.“ Der Herzog begründete diese Überarbeitung und Aktualisierung damit, dass „hin und wieder nicht nur Storger [sc. Landstreicher]/ Quacksalber und Landfahrer sich eingefunden/ welche durch Verkaufung vieler fälschlich gerühmten Artzney-Mittel nicht geringes Unheil angerichtet/ sondern auch Hirten/ Schäfer und andere Personen/ zu merklichen Schaden

und Nachtheil der Unterthanen/ innerlicher Curen sich angemasset und unterfangen“ (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. A2v) haben. Die Verordnung lässt erkennen, dass die Laienmedizin von der Bevölkerung immer noch dankbar nachgefragt wurde. Sie war in der Regel überhaupt die einzige Möglichkeit einer heilkundlichen Behandlung, denn den Besuch eines universitär ausgebildeten Arztes konnten sich viele Menschen – trotz entsprechender Vorgaben hinsichtlich der Vergütung von Seiten der Obrigkeit – nicht leisten. Die Obrigkeit wollte daher sicherstellen, dass die nur schwer zu regulierende Laienmedizin, die ja wesentlich auf Hausmitteln und überlieferten Erfahrungen beruhte, nicht von Scharlatanen und Quacksalbern unterwandert würde, die ihre Patient*innen falsch behandeln könnten.

Die Verordnung regelte detailliert die Aufgaben der Ärzte, Apotheker und ihrer Lehrlinge, der Wundärzte, Barbieri, Bader, Hebammen, Augenärzte, Chirurgen, Zahnbrecher, „Kräuterweiber“ und Würzkrämer. Zu den vorrangigsten Pflichten der bestellten Ärzte gehörten die Behandlung aller Kranken, „wes Standes und Würden sie auch seyn“ (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. A3r), sowie die Aufsicht über die Apotheken. Die Mediziner sollten ferner für eine angemessene Behandlung von Verwundeten oder Schwangeren durch Chirurgen und Hebammen sorgen und bei notwendigen Leichensektionen ihr medizinisches Urteil schriftlich fixieren. Nicht ohne Grund erfolgte schließlich der Hinweis, dass die Ärzte bei grassierenden Seuchen nicht ohne Genehmigung außer Landes reisen durften. Die Verordnung erinnerte die Apotheker an ihre Verschwiegenheitspflicht. Selbst die Gesellen und Lehrlinge sollten über bestimmte Krankheiten nicht informiert werden. Den Wundärzten, Barbieren, Badern, Steinschneidern und Zahnbrechern wurde zur Auflage gemacht, sich von den bestellten Ärzten hinsichtlich ihrer Kenntnisse prüfen zu lassen. Ein Zeugnis sollte die Prüfung dokumentieren. Nicht geduldet wurden dagegen Marktschreier und Kräuterweiber wegen ihrer fehlenden Ausbildung (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. C1v) und der Gefahr einer falschen oder nutzlosen Behandlung. Interessant ist ferner der Hinweis, dass alle am Gesundheitswesen Beteiligte sich während der Arbeitszeit des Alkoholgenusses enthalten sollten, „damit sie ohne zitternde Glieder die Patienten bedienen können“ (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. B3r). Hier wurde an das hohe, seit der Antike überlieferte ärztliche Berufsethos appelliert, das eine Minderleistung wegen eigener charakterlicher Schwächen für inakzeptabel hielt.

Hierzu passt auch, dass die Verordnung das Verfahren bei ärztlichen Behandlungsfehlern regelte, „so aus Frevel und Muthwillen geschehen/ und mannichmahl vertuschet werden wollen“ (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. B3r). Hier sollte rechtzeitig die Obrigkeit eingeschaltet werden. Den Barbieren und Badern wurde die Behandlung von (Brand-)Wunden, Geschwüren, Verrenkungen der Gelenke, Arm- und Beinbrüchen, Krebs-Scharten etc. genehmigt. Untersagt wurde ihnen dagegen die Anwendung von inneren Kuren (Gurgel-Wasser etc.) sowie die Verabreichung von Arzneimitteln, vor allem von gefährlichen und schädlichen Reinigungsmitteln wie Antomonium (Brechmittel) und Quecksilber oder von Opiaten. Der Aderlass sollte nur dann durchgeführt werden, wenn die Patienten blutreich und bei Kräften waren. Bei hitzigen Fiebern, Masern oder Pocken sollte er ganz unterbleiben. Auch die Hebammen hatten sich gemäß dieser Verordnung einer ärztlichen Prüfung zu unterziehen. Bei schwierigen Geburten war ein Arzt zu Hilfe zu ziehen, Wunder-Geburten waren ebenso anzuzeigen wie Schwangerschaftsabbrüche von „verdächtigen Weibern oder Huren“ (Fürstliche Sächsische Verordnungen, 1697, S. B4v).

Die Vergütungsliste für die Ärzte und Bader gibt einen interessanten Einblick in die Art der Tätigkeiten. So erhielt der Arzt für den ersten Krankenbesuch bei einem gewöhnlichen Fall sechs Groschen, bei chronischen Krankheiten zwölf Groschen. Bei ansteckenden Krankheiten unterschied die Verordnung zwischen der Behandlung von vermögenden Personen (zwölf Groschen) und allen anderen (acht Groschen). Die Öffnung eines Leichnams wurde mit zwei Talern vergütet. Ein Wundarzt erhielt für die Behandlung eines Beinbruchs oberhalb des Knies sechs bis acht Taler, bei Verrenkungen des Knies drei Taler. Die Behandlung von Pestilenz-Beulen erbrachte zwei bis fünf Taler, die Sektion eines Leichnams einen Taler. Die Verordnung endete mit den Eides-Formeln für die Apotheker, Chirurgen und Hebammen (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. C2v–D2r). Mit diesen Verordnungen wurden die Grundlagen gelegt für immer ausdifferenziertere Regelungen des Gesundheitswesens, die die Qualität der medizinischen Behandlungen sicherstellen sollten.

3 Stationäre Hospitäler, Apotheken und Heilbäder

Seit dem frühen Mittelalter waren vor allem Klöster, aber auch Stifte Träger von Hospitälern, die als soziale und medizinische Einrichtungen Arme, Obdachlose, Kranke, Alte, Witwen, Waisen, Schwangere, Siechen,

körperlich wie geistig Behinderte, Pilger und Fremde betreuten. Man unterschied hierbei zwischen Versorgungsstationen für vornehme Reisende (*Domus hospitalis*), solche für Arme, Kranke und Pilger (*Hospitale pauperum*) sowie dem eigenen Klosterkrankenhaus für die Brüder und Schwestern (*Infirmaria*). Daneben gab es auch Ritter- und Spitalorden wie jene der Johanniter, Deutschherren und Lazariter.

Über die Intensität und Qualität der medizinischen Behandlung in diesen Einrichtungen lassen sich kaum sichere Aussagen treffen. Vermutlich fand diese nur auf einem sehr basalen Niveau statt. Ziel dieser Hospitäler war zunächst die Sorge um das geistige Heil, die Spende von Trost, und erst in zweiter Linie die medizinische Behandlung von Krankheiten. Für das 14. und 15. Jahrhundert ist der Beginn einer „Hospitalverbürgerlichung“ (Mandry, 2018, S. 61) anzusetzen mit der Folge, dass die Obrigkeiten – wohl zunächst vor allem in größeren Städten – Hospitäler aus der kirchlichen Trägerschaft übernahmen oder selbst neue begründeten und unterhielten.

Ein Beispiel für eine solche städtische Übernahme ist das Hospital Mariae Magdalenaee in Gotha. Es wurde 1223 durch die Landgräfin Elisabeth von Thüringen (1207–1231) und ihrem Gemahl Ludwig IV. (1200–1227) begründet und befand sich zu dieser Zeit am Rande der Stadt. Das Gebäude wurde wenig später den Lazariten, einem Kirchenorden, mit der Auflage übertragen, dort kranke und arme Menschen zu pflegen. Bald wurde eine Kapelle eingerichtet. 1489 gelangte das Hospital in den Besitz des Johanniterordens. Erst mit der Einführung der Reformation in Gotha änderten sich die Besitzverhältnisse in der Stadt. 1525 wurde das Hospital dem Stadtrat Gothas übergeben. 1716 erfolgte ein vom damaligen Herzog Friedrich II. von Sachsen-Gotha-Altenburg (1676–1732) finanzierter kompletter Neubau des Gebäudes mit einer Hospitalkirche. Leider geben die bei Friedrich Rudolphi in der Schrift *Gotha diplomatica* (1717) gedruckten Verordnungen keinen Einblick in die Art der medizinischen Behandlung vor Ort. Seelsorge dürfte aber auch hier einen ganz entscheidenden Faktor gespielt haben. Ein guter Pfarrer besuchte seine Gemeindemitglieder auch in schwierigen Zeiten im Hospital und kam auch dann, wenn der Tod anstand.

Die Apotheke etablierte sich im Verlauf des frühen Mittelalters als Bezeichnung desjenigen Ortes, an dem „Drogen“, Gewürze und Kräuter für heilkundliche

Zwecke hergestellt, gemischt und verkauft wurden. Der Apotheker war ein Handwerker, d. h. er hatte nicht studiert, war jedoch oft gebildet. Auf diesem Feld waren ferner heilkundige Mönche und die sogenannten Kräuterhexen tätig, die ihre eigenen Kräutergärten anlegten und sich ein mitunter tiefes Wissen von der Wirksamkeit der Pflanzen erwarben. Sie verkauften ihre Kräuter bzw. gaben sie kostenfrei ab. Hier bestand eine gewisse Konkurrenz auf dem Gesundheitsmarkt.

Bereits im 13. Jahrhundert wurde von dem Stauferkaiser Friedrich II. (1194–1250) die erste umfassende medizinisch-politische Gesetzgebung Europas erlassen, die u. a. die Trennung der Berufe Arzt und Apotheker regelte. Ärzte sollten die Herstellung der Arzneien in den Apotheken überwachen. Die Arzneimittelpreise wurden behördlich festgesetzt und die Gründung von Apotheken reglementiert. Der Apotheker hatte wie der Arzt einen Eid zu leisten. Als die ältesten Apotheken in Deutschland gelten die Einrichtungen in Trier (1241), Riga (1357) und Reval (1421). In Gotha erhielt der Apotheker Matthias Döhnel (1545–1608) 1578 ein herzogliches *Privilegium exclusivum*. Mit der Einrichtung des Herzogtums Sachsen-Gotha im Jahre 1640 wurde auch ein Privileg für die Hof-Apotheke erlassen, das 1673 für die bereits länger bestehende Apotheke von Johann Ernst Freund erneuert wurde. Die Apotheke war der bevorzugte Ort der Herstellung von Arzneimitteln, ja, Ort der Medizin überhaupt, wo man über Krankheiten und Möglichkeiten ihrer Behandlung sprach (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1. Innenansicht einer Apotheke mit Straßenverkauf (Florin, 1702, S.72).

Der wichtigste Raum der Apotheke war die Offizin (lat. Werkstatt), der Arbeitsplatz und zugleich Verkaufsraum. Dem Patienten wurde sein Medikament

durch das Fenster gereicht. Ein Betreten des Raumes, in dem es nach allerlei Kräutern roch und ein Teil der Stoffe, Gewürze und Drogen sowie Gerätschaften gelagert wurden, war in der Regel nicht vorgesehen. Ein großer Recepturtisch mit Kästen und Schüben diente für die Herstellung der Arzneien. Hier wurde geschnitten, gestampft und zerbrösel. Mit den teils repräsentativen Standwaagen kontrollierte man die richtigen Mischungsverhältnisse und die Gesamtmenge. Schälchen, Mörser und Gewichte waren stets bei der Hand ebenso die Aufbewahrungsgefäße: Schachteln, Büchsen, Töpfe, Kannen, Krüge, Vasen, Flaschen und Gläser. Als Schmuck der Offizin hing oft ein Krokodil an der Decke. Wie auch Gürteltiere, Schildkröten-schalen, verschiedene Arten von Hörnern, Schlangen, Klauen von Elchen, Straußeneier, Korallen, Elfenbein und Kokosnüsse galten Krokodile in der Frühen Neuzeit aufgrund ihrer Exotik und Seltenheit als besonders heilkräftig. Selbst Mumienteile waren in den „Kunst- und Wunderkammern“ der Apotheker zu sehen und wurden ebenfalls zu Heilmitteln verarbeitet.

Als großes Geheimnis galt der Apothekenschatz, die sogenannte *materia medica*. Hierunter sind nicht nur die Heilpflanzen mit ihren Bestandteilen und Früchten zu verstehen, sondern auch Wasser, Salze, Öle, Erze und Mineralien wie das Arsenmineral Auripigmen, Gold, Quecksilber, Schwefel und Zinnober, Rohstoffe wie Erden, Steine und Edelsteine (Saphir, Smaragd, Perlen), tierische Bestandteile wie Knochen, Haut und Fett. Hinzu kamen alchemische Mittel, die aus „synthetischen“ Prozessen, Destillationen etc. gewonnen wurden. Jeder Apotheker experimentierte mit den *Simplicia*, den einfachen Ausgangsstoffen, um *Composita* herzustellen. Als Wunder- und Universalmittel galt Theriak, das seit der Antike, genauer seit König Mithridates VI. (ca. 134–63 v. Chr.), be- und seit 1546 als „offizielles“ Arzneimittel anerkannt worden war. Es bestand aus vielen Dutzend verschiedenen Substanzen mit genauen Gewichtungen, die von den Apothekern und Ärzten wie ein Schatz gehütet wurden. Ärzte wie Christian Franz Paullini (1643–1712) beschrieben ferner die sogenannten Dreckapotheke für den Hausgebrauch, bei der die Behandlung mit den menschlichen Exkrementen Kot und Urin, aber auch mit Tauben-, Mäuse und Hasendreck durchgeführt werden sollte (Paullini, 1697). Wie verbreitet diese Anwendungen waren, lässt sich nicht mehr feststellen.

Seit der Antike sind die heilenden Kräfte von Wasser- und Trinkkuren, heißen und kalten Quellen sowie mineralischen Bädern bekannt. Die Hausväterliteratur

der Frühen Neuzeit, eine Art *Reader's Digest* zur Unterrichtung der Hausväter über alle Bereiche des täglichen Lebens, berichtete hierüber ausführlich und benannte die Wirkungen der verschiedenen Bäder (v. Hohberg, 1701): Solebäder wirken gegen Gicht, kalte und feuchte Glieder, Unfruchtbarkeit, Bauchschmerzen und Steinleiden. Schwefelwasser hilft gegen Aussatz, Krätze, Magen- und Leberbeschwerden. Eisenhaltige Wasser werden gegen feuchte und hitzige Krankheiten, Podagra (Fußgicht), Koliken und Wassersucht eingesetzt. Bei den Trinkkuren kam dem Sauerbrunnen eine besondere Bedeutung zu. Die Kraft des Wassers wird zum Öffnen und Reinigen bzw. Schweißtreiben verwendet. Der Brunnen verhütet Spulwürmer (Wurminfektion im Darmbereich), mildert Schmerzen wie Sodbrennen und lindert Koliken bei Nieren- und Blasensteinen.

4 Akteure des Gesundheitswesens

Die Heilkunde und ärztliche Praxis lag in der größtenteils ländlich und ständisch strukturierten Gesellschaft der Frühen Neuzeit überwiegend in der Hand von ortsansässigen bzw. fahrenden Laienmedizinern und Handwerkern, also von Barbieren, Badern, Wundärzten, „Kräuterhexen“ oder Chirurgen. Die gelehrten Mediziner lehrten dagegen an den Universitäten, dienten als Leibärzte an den Höfen oder bei Adligen, behandelten gutsituierte Bürgerliche, Händler oder Kaufleute in den größeren Städten. Im Verlauf des 17. Jahrhunderts stieg zwar die Zahl der studierten Stadt- und Landärzte sprunghaft an, dies änderte jedoch zunächst nichts an der Dominanz der Handwerker. Der Weg bis zur Akademisierung bzw. zur Einrichtung einer durch die Obrigkeit festgelegten Ausbildung im Gesundheitswesen war noch weit. Dies geschah flächendeckend erst im 19. Jahrhundert (Jütte, 2014, S. 19).

Auf dem Gesundheitsmarkt gab es eine Vielzahl von Angeboten. Man wetteiferte um die Kundschaft, verteilte Flugblätter mit Sensationsmeldungen von spektakulären Heilungen, nutzte die Mundpropaganda, um sich als erfolgreichen Heiler bzw. erfolgreiche Heilerin zu präsentieren. Für die Kranke bzw. den Kranken war es freilich schwer, sich hier einen eigenen Einblick zu verschaffen. Die erste heilkundliche Behandlung fand in der Regel innerhalb des eigenen Hauses statt. Erst wenn die eigenen Hausmittel keinen Erfolg hatten, holte man fremde Hilfe von den Wundärzten, Barbieren, Badern, Steinschneidern, Zahnbrechern oder Kräuterhexen. Je nach Qualifikation behandelten sie Erkältungen, Durchfälle,

Knochenbrüche, (Schuss-)Wunden, Geschwüre und andere äußerlich erkennbare Erkrankungen, zogen Zähne oder entfernten Steine. Selbst Amputationen führten besonders geschickte Chirurgen wie Hans von Gersdorff (1455–1520) oder Johannes Scultetus (1595–1645) durch (Panse, 2012; Schlegelmilch, 2018). Viele Praktiker verfügten darüber hinaus über ein umfassendes Wissen für die Herstellung von Medikamenten. Andere bedienten sich wiederum magischer Heilverfahren mit Handauflegen, Amuletten, Beschwörungen und besonders hergestellter Arzneien. Die Akzeptanz derartiger Maßnahmen hing in der breiten Bevölkerung von verschiedenen Faktoren ab. Auch war der Aberglaube noch stark verbreitet und gelegentlich half ein umlaufendes Gerücht.

Hebammen waren die einzigen offiziell am Gesundheitsmarkt tätigen Frauen. Die Geburt war in der Frühen Neuzeit ein ausgesprochen intimer Akt zwischen Gebärender und Hebamme, an der Männer in der Regel nicht teilnahmen. Erst wenn schwerwiegendere Eingriffe nötig waren, wurde der Arzt herbeigerufen (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2. Ein Kaiserschnitt mit pastoralem Beistand (Scultetus, 1666).

Die Hebamme war gleichsam „Ärztin“ und Vertraute der Gebärenden. Sie erwarb im Laufe ihrer Tätigkeit nicht nur unschätzbare praktische Erfahrungen, sondern besaß auch Kenntnisse der weiblichen Anatomie. In ihrer Selbstbildung wurde sie durch entsprechende Lehrbücher in deutscher Sprache unterstützt, so z. B. durch die Schrift *„Ein schön lustig Trostbüchle von den empfangnissen und geburt der menschen“* von 1554 des Schweizer Chirurgen Jacob Ruf (um 1505–1558). Er beschrieb dort gemäß dem damaligen Kenntnisstand die Entwicklung des Embryos, die freilich als ein großes Geheimnis

erschien – dies umso mehr, als der Blick ins Innere des weiblichen Körpers während der Schwangerschaft vollkommen verschlossen blieb. Immerhin skizzierte Ruf die Anatomie des weiblichen Körpers, lieferte praktische Anleitungen zur Durchführung einer Geburt, beschrieb den Gebrauch der Instrumente, gab Hinweise auf die Behandlung von typischen Frauenkrankheiten und erörterte die Fortpflanzungsfähigkeit von Mann und Frau. Die Geburtshilfe war einer der wenigen Bereiche direkter Kommunikation zwischen studierten Medizinern und Hebammen im Sinne einer gemeinsamen Aus- und Fortbildung, bei der auch die Frauen ihre Erfahrungen einbringen konnten. Es ist sogar wahrscheinlich, dass ihre Kenntnisse bei der Gestaltung von Gebärstühlen berücksichtigt wurden. Fest steht jedenfalls, dass die Geburt nicht liegend, sondern sitzend erfolgte (siehe Abbildung 3).

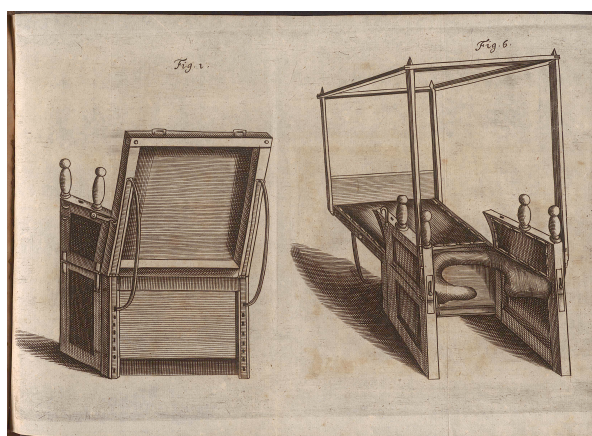


Abbildung 3. Modell eines Gebärstuhls (Solingen, 1693, S. 575).

Ein wichtiger Akteur sollte abschließend Erwähnung finden, auch wenn er nicht ein direkter Teil des Gesundheitsmarktes war, nämlich die Geistlichkeit, also der protestantische Pfarrer, der katholische Prediger bzw. die (Ordens-)Angehörigen der Hospitäler. Der Geistliche war durch sein Amt für das Seelenheil der Frauen, Männer und Kinder verantwortlich. Es ging um ein frommes Leben und Sterben in Christus, verbunden mit der Hoffnung auf eine Unsterblichkeit der Seele und die Auferstehung des Körpers. Die Sorge um sich selbst, um die körperliche und geistige Gesundheit, um die Nächsten und Freunde war stark ausgeprägt, befördert durch die ständige Nähe des Todes, der nicht nur zu Seuchenzeiten seinen Tribut forderte. Die Kindersterblichkeit war hoch, viele Frauen verstarben im Wochenbett, kaum jemand erreichte ein höheres Lebensalter. Im besten Falle entsprach dem körperlichen Wohlergehen

eine geistige Gesundheit, die im rechten Gottvertrauen bestand. Denn Gott, so glaubte man damals, schlägt und heilt die körperlichen und geistigen Wunden. Der Geistliche war oft am Krankenbett, auch zusammen mit dem behandelnden Arzt (siehe Abbildung 2). Er war seelsorgerisch tätig, spendete Trost, bereitete die Erkrankten auf den Tod vor, betete mit ihnen, reichte die Krankensakramente und nahm die letzte Ölung vor. Er verstand sich in diesem Sinne als Seelenarzt. Christus wurde als *Christus medicus* verstanden (Salatowsky, 2019; Steiger, 2005) und die Theologie wurde zur *Theologia medica catechetica* oder zur „geistlichen Krankenkur“, wie ein Titel des Lübecker Superintendenten August Pfeiffer (1640–1698) lautete.

5 Die gelehrten Mediziner

Seit Jahrhunderten war die gelehrte Schulmedizin, die neben der Jurisprudenz und Theologie zu den drei oberen Fakultäten gehörte, fest in den Händen der Professoren an den Universitäten. Zugang erhielt man zu diesen Fakultäten erst nach Abschluss eines Studiums der Philosophie (Magister Artium), die die methodische und begriffliche Grundlage des damaligen aristotelisch geprägten Wissens bildete. Die ersten Universitäten entstanden im mittelalterlichen Italien. Über die Jahrhunderte entwickelten sich die Curricula, die in ganz Europa für vergleichbare Studienbedingungen sorgten. Die italienischen Universitäten waren hierbei Trendsetter bis weit in die Renaissance hinein (Grendler, 2002). Dies gilt auch für die Medizin, die in Italien, vor allem im 15. und 16. Jahrhundert bedeutende Entwicklungen erlebte (Eckart, 2017, S. 74–99). Die Bewahrung des antiken griechisch-römischen Wissens der Medizin (Renaissance im Sinne von Wiedergeburt) und die Erneuerung dieses Wissens (durch Autopsie, eigene Untersuchungen und Experimente) sind hierbei zwei Seiten ein und derselben Medaille.

Die Wiederentdeckung der antiken Medizin führte zu einer ausgeprägten Buchgelehrsamkeit. In den Schriften, vor allem der als Autoritäten geltenden Ärzte Hippokrates (um 460–370) und Galen (129–199), fand man die wesentlichen Grundsätze, Begriffe und Erklärungen der Physiologie und Krankheitslehre beschrieben. Diese Schriften wurden in der Renaissance erstmals im griechischen Original zugänglich gemacht. Dies führte zu einer enormen Wissensvermehrung, zumal man auch die Schriften aus der persisch-arabischen Welt neu zugänglich machte. Dieses Buchwissen manifestierte sich in voluminösen Werken, die zum einen dem Austausch zwischen den

Gelehrten dienten, zum andern aber auch der Ausbildung der Studenten. Da sie ganz überwiegend in lateinischer Sprache verfasst worden sind, blieben die Laien von dieser Art des Diskurses ausgeschlossen.

Beispielhaft sei hier auf die „Opera omnia in sex tomos divisa“ („Die in sechs Bände eingeteilten gesammelten Werke“) des Wittenberger Mediziners Daniel Sennert (1572–1637) verwiesen, die auf vielen tausend Seiten im Folioformat das Wissen der Zeit zusammenführten. Sie erlebten von 1641 bis 1676 in mehreren europäischen Ländern mindestens fünf Auflagen, was die Bedeutung dieses Werkes unterstreicht. Die darin enthaltenen „Institutionum medicinae libri V“ („Fünf Bücher Einführungen in die Medizin“) – erstmals 1611 veröffentlicht – umfassen die Physiologie, Pathologie, Semiotik (Lehre von den Symptomen oder Krankheitszeichen), Diätetik (Lehre von der gesundheitsfördernden Lebensgestaltung) und Therapeutik (Heilmittel, Reinigung etc.) und behandeln damit die gesamte Bandbreite des damaligen klassisch-medizinischen Wissens (Salatowsky & Stolberg, 2019, S. 101). Die Medizin wird als Kunst (*ars*) und nicht als Wissenschaft (*scientia*) verstanden, da sie praktisch orientiert ist und auf die Bewahrung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit abzielt.

Dergleichen Werke waren öfter mit zum Teil aufwendig gestalteten Kupferstichen versehen, die das Wissen visualisierten und somit auch eine andere Form der Vermittlung und Kommunikation zwischen Lehrer und Schüler ermöglichten. So lassen sich aus dem Kupfertitel der „Epitome institutionum medicarum“ („Auszug aus der medizinischen Unterrichtung“) – erstmals 1663 veröffentlicht – des Jenaer Mediziners Gottfried Möbius (1611–1664) Grundzüge des medizinischen Programms erkennen (siehe Abbildung 4).

Die beiden Personifikationen der *Experientia* (Erfahrung) und *Ratio* (Vernunft) verdeutlichen die beiden Prinzipien der Medizin. Mit der Erfahrung beginnt jede Kunst (*experientia artem inchoavit*), mit der Vernunft jede Aufklärung und Kenntnis (*Ratio facem allucet*). Die männliche Personifikation der *Experientia* hält in der rechten Hand den Asklepios-Stab als Attribut des Mediziners und in der linken Hand eine (verwelkte?) Blume. Ob sie hier als ein Symbol für Krankheit und Vergänglichkeit steht oder die Botanik symbolisiert, lässt sich nicht entscheiden. Der zu den Füßen der Personifikation liegende Hirsch – von einem Pfeil getroffen – repräsentiert Langlebigkeit und Unsterblichkeit. Die weibliche Personifikation der *Ratio* trägt in der rechten Hand eine

Waage als Zeichen, Wahres und Falsches messen zu können (Dialektik als Teil der Freien Künste), und in der linken Hand eine brennende Fackel als Zeichen des Lichts göttlicher Wahrheit. Oberhalb der beiden Personifikationen werden die beiden wichtigsten Disziplinen der Medizin dargestellt: Oben links die Anatomie (als rechtes Auge des Mediziners beschrieben) mit der Darstellung eines geöffneten Leichnams und oben rechts die Astrologie (als linkes Auge bezeichnet) mit der Abbildung eines Sternenhimmels. Während die Anatomie die notwendigen Kenntnisse über den Aufbau des menschlichen Körpers vermittelt, beschreibt die Astrologie die Wirkungen der Sterne und Planeten auf den menschlichen Körper. Grundgelegt ist die Medizin freilich in Gott. Die Inschrift des mit Efeu umrankten Obelisken „Deo Duce Comite Labore“ verweist auf ihn als Lenker und Begleiter aller Mühen im Leben und bei der Arbeit. Gott ist es auch, der von Möbius „allgemeiner Ursprung der Medizin“ (1663, S. 1) genannt wird, schuf er doch mit der Erde zugleich auch die Medizin.

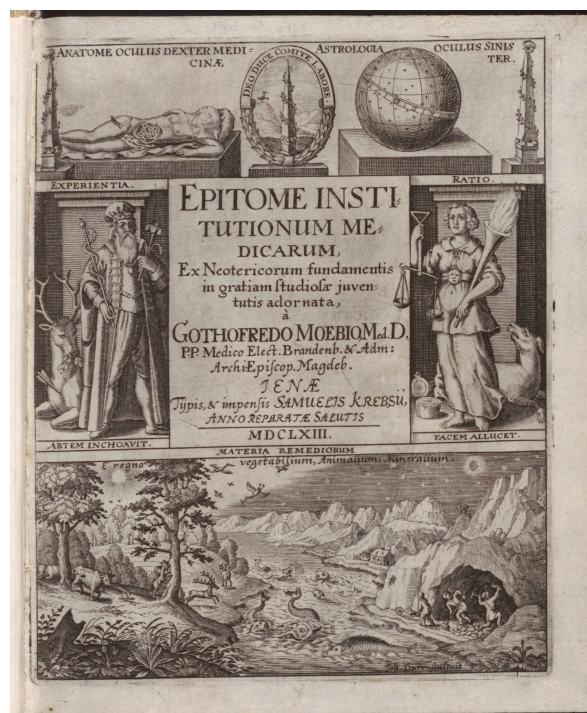


Abbildung 4. Wesen und Umfang der Medizin (Möbius, 1663).

Im unteren Teil des Kupferstichs sind die pflanzlichen, tierischen und mineralischen Heilmittel dargestellt, die der Mediziner für seine Arbeit benötigt. Vor allem eine Kenntnis der Botanik war von herausragender Bedeutung, bestanden doch die Heilmittel zum größten Teil aus Kräutern. Die Botanik erlebte seit dem 16. Jahr-

hundert eine neue Blüte, wie die zahlreichen Kräuterbücher – z. B. von Leonhart Fuchs (1501–1566) – und Herbarien mit getrockneten Pflanzen – z. B. von Caspar Ratzenberger (1533–1603) – belegen (Kusukawa, 2011, S. 98–176). Eine Kenntnis der Wirksamkeit von Heilpflanzen war hierbei nicht aus Büchern allein zu gewinnen; vielmehr mussten eigene Erfahrungen hinzukommen. Nicht ohne Grund entstanden an den Universitäten zahlreiche botanische Gärten (z. B. 1580 in Leipzig, 1586 in Jena), in denen die Studenten an den lebenden Pflanzen unterrichtet wurden und Studien betreiben konnten.

Visualisierungen wie jene von Möbius dienten vor allem pädagogisch-didaktischen Zwecken: Sie vermittelten auf diese Weise ein Wissen, das man sich so leichter und besser merken konnte. Auch konnten Sachverhalte dargestellt werden, die man nicht ohne weiteres mit eigenen Augen sehen konnte. Berühmt hierfür sind die bildlichen Darstellungen des in Brüssel geborenen Anatoms Andreas Vesalius (1514–1564), der seit 1537 in Italien wirkte (Cunningham, 1997). Diese Darstellungen waren das Ergebnis seiner Sektionen, mit denen er das anatomische Wissen seiner Zeit revolutionierte. Er repräsentiert damit bis heute die Erneuerung der Medizin der Renaissance, die wesentlich auf die oben benannte Empirie, die persönliche Beobachtung gründete. Das Titelblatt seines Hauptwerks „De humani corporis fabrica libri VII“ („Sieben Bücher über den Aufbau des menschlichen Körpers“) zeigt ihn mitten in einer Sektion, wobei seine nach rechts gedrehten Augen direkt mit dem Leser seiner Schrift kommunizieren (Margócsy, 2018). Seine Sektionen, die er wie auch andernorts aufgrund kirchlicher Vorgaben nur ausnahmsweise an Leichnamen (meistens zum Tode verurteilte Verbrecher) durchführen konnte, waren in Padua ein gesellschaftliches und auch kommunikatives Ereignis: Sie beschränkten sich nicht nur auf die gelehrten Ärzte und Chirurgen, für die genaue anatomische Kenntnisse bei der Wundbehandlung und bei Operationen unverzichtbar waren, sondern interessierten auch die Obrigkeiten, Honoratioren und gutsituierten Bürger*innen. Als Ergebnis seiner Untersuchungen ließ Vesalius nach seinen Vorgaben spektakuläre Visualisierungen anfertigen, die eine bis dahin unerreichte Präzision in der Darstellung des menschlichen Körpers boten (siehe Abbildung 5) und die sein Wissen um die Welt trugen. Vesalius sorgte auf diese Weise mit dafür, dass die Anatomie ein wichtiger Teil des Medizin-Studiums wurde. Erst sie machte den angehenden Mediziner „sehend“.



Abbildung 5. Der Muskelmann (Vesalius, 1555, S.218).

6 Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Arzt-Patienten-Kommunikation spielte in der Frühen Neuzeit eine wichtige Rolle für das Vertrauensverhältnis zwischen beiden Seiten. Dabei war es üblich, dass der Arzt (hier im weiten Sinne verstanden einschließlich der Chirurgen, Barbieri etc.) den Patient bzw. die Patientin zu Hause aufsuchte, denn stationäre Arztpraxen existierten noch nicht. Der Arzt war also Gast im Haus. Oftmals ergab es sich, dass die Behandlung aufgrund der häuslichen Situation einen sehr familiären oder persönlichen Charakter bekam. Belegt ist dies bei den Leibärzten der Könige und Herzöge, die manches Mal zugleich Berater waren. Vielleicht mehr als heute war der Arzt darauf angewiesen, dass der Patient ihm sein Leiden genau schilderte (Stolberg, 2003). Wo tat es weh? Wie

äußerten sich die Schmerzen? Wie lange lag das Krankheitsbild schon vor? Diese Asymmetrie im Wissen stellte Arzt und Patient*in auf Augenhöhe. Da es eine Patientenakte noch nicht gab und Laborbefunde und Visualisierungstechniken noch nicht zur Verfügung standen, waren die Ärzte auf die besondere Kooperation der Patienten angewiesen. Erst am Ende des 17. Jahrhunderts begannen Ärzte, sich eigene Patientenakten anzulegen. Einer der ersten war der Eisenacher Arzt Johann Storch (1681–1751), der sich insbesondere den Frauenkrankheiten widmete und hierzu einige Schriften mit Fallbeschreibungen veröffentlichte (Duden, 1987). Dergleichen Akten ermöglichten es dem Arzt, Krankheiten bei ein und derselben Patientin über längere Zeiträume zu verfolgen, ihre Charakteristika zu erkennen und Analogien herzustellen.

Viele Patienten und Patientinnen wandten sich auch schriftlich an einen Arzt, der dann aus der Ferne Diagnosen stellte. Oft wurden ihm hierfür Urinproben übersandt. Überhaupt war die Harnschau (siehe Abbildung 6) bis weit ins 17. Jahrhundert hinein das mit Abstand wichtigste Diagnoseverfahren (Stolberg, 2009). Es bestand die Erwartung, und der Arzt wurde entsprechend ausgebildet, aus dem Geruch, der Farbe, der Konsistenz, dem Niederschlag des Harns die Ursache des Leidens zu erkennen und eine wirksame Behandlung zu verordnen (Aderlass, Kuren, Schwitzen, Erbrechen, Heilmittel etc.) bzw. selbst durchzuführen. Später geriet die Harnschau unter scharfe Kritik. Nun hieß es, dass es unmöglich sei, am Harn alle Krankheiten zu diagnostizieren. Freilich war die tradierte Überzeugung von Arzt und Patient*in so stark, dass die Harnschau lange ihre zentrale Funktion in der Diagnostik behielt.

Für das Arzt-Patienten-Verhältnis war es von großer Bedeutung, dass der Arzt eine möglichst persönliche, auf die jeweilige körperliche Verfasstheit zugeschnittene Behandlung durchführte. Der Patient sollte den Eindruck erhalten, dass es um sein spezifisches Leiden ging. Eine standardisierte Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst gab es daher nur sehr beschränkt. Blieb der Erfolg aus, gab es scharfe Kritik.

Bei der Behandlung stützten sich die Ärzte und Laienmediziner (wie die Kräuterhexen) vor allem auf mehr oder weniger ausgefeilte Mischungen verschiedener, meist pflanzlicher Stoffe. Entsprechend ausführlich gestalteten sich ihre Rezepte, die sich zusammen mit den Anweisungen zur Dosierung der einzelnen Bestandteile, zur Zubereitung und zur

Verabreichung manchmal über mehrere Seiten hinziehen konnten. Rezepte von bewährten, erfolgreich am Patienten eingesetzten Arzneien waren ein wichtiges Kapital. Schon die Medizinstudenten notierten eifrig jene Rezepte, die ihnen ihre Professoren mit auf den Weg gaben. Manche von ihnen schrieben sogar heimlich Apothekerbücher ab, in denen die Rezepte erfahrener Ärzte verzeichnet waren. Praktizierende Ärzte legten nicht selten eigene Sammlungen von *Experimenta* an, von Rezepten zu Arzneimittel-mischungen, die sich in der eigenen Praxiserfahrung oder der anderer Ärzte bewährt hatten. Ihre Wirksamkeit bei unterschiedlichen Krankheiten und Patienten unterschiedlichen Alters, Geschlechts und Allgemeinzustands ließ sich jedoch aus dem Wissen über die Heilwirkungen einzelner Pflanzen, wie es in zeitgenössischen Kräuterbüchern vermittelt wurde, nur beschränkt ableiten. Nur die Erfahrung am Krankenbett zeigte, ob die verordneten Arzneien tatsächlich die erhofften Wirkungen hatten. Die Kunst der Herstellung von Arzneimitteln bildete neben der Anatomie und der Botanik das dritte medizinische Feld, in dem seit dem 16. Jahrhundert die empirische Erfahrung und Forschung eine größere Bedeutung gewann.



Abbildung 6. Harnschau am Krankenbett (Thieme, 1682, S. 1663).

7 Die Ratgeberliteratur

Neben der persönlichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. Patientin entwickelte sich in Deutschland seit dem 16. Jahrhundert eine Ratgeberliteratur in „einfacher Sprache“. In gewisser Weise handelte es sich um eine Art Volksaufklärung, sollte dem Lesepublikum, Männer wie Frauen, doch ein Mittel an die Hand gegeben werden, selbst Verantwortung für die eigene Lebensführung und die Behandlung von Krankheiten zu übernehmen. So hat der aus Thüringen stammende Martin Pansa (1580–1626), der heute als Reformator des Apothekenwesens, früher Arbeitsmediziner und verantwortungsvoller Sozialmediziner gewürdigt wird, mehrere Schriften in deutscher Sprache zu Zipperlein (1613), Nieren- und Blasensteinen (1615), Fieber (1618), Schwindsucht (1618) und schließlich 1625 einen „Köstliche(n) und heilsame(n) Extract der ganzen Artzneykunst“ veröffentlicht. Sie wurden bis zum Ende des 17. Jahrhunderts immer wieder neu aufgelegt. Dies spricht für einen gewissen Erfolg seiner Werke am Buchmarkt, auch wenn Aussagen über die Reichweite und den Leserkreis nur schwer getroffen werden können. Ziel dieser und ähnlicher Schriften, zu denen auch die erwähnte Hausväterliteratur zu zählen ist, war es, ein professionelles Wissen in die breite Bevölkerung zu vermitteln. Pansa zielte ausdrücklich auf den „mündigen“ Bürger ab, der sich nicht blind auf seinen Arzt verlassen, sondern ein bewusstes Leben führen, auf seine Gesundheit achten sowie Körper und Seele im Einklang halten sollte.

Dieses Ziel stand auch hinter den zahlreichen Pestratgebern, deren Anzahl im 16. und 17. Jahrhundert allein im deutschsprachigen Raum in die Tausende gehen dürfte. Wo immer die Gefahr einer Seuche drohte, erschienen Druckschriften in deutscher Sprache, um auch Laien Erklärungen und praktische Handlungsanleitungen an die Hand zu geben. Wie groß hierbei die Diskrepanz zwischen den Hoffnungen auf Heilung, die durch die Traktate geweckt wurden, und den Enttäuschungen derjenigen gewesen sein muss, die ihre Familie trotz aller Vorsichtsmaßnahmen zu Grabe tragen mussten, liegt auf der Hand. Es verwundert daher nicht, dass der Beruf des Arztes in diesen Zeiten mancherlei Kritik unterlag. Gleichwohl haben viele Ärzte ihr Leben riskiert, indem sie nicht flohen, sondern vor Ort ihre Behandlungen durchführten. Einer von ihnen war Thomas Reinesius (1587–1667), der 1618 einen Ruf nach Gera als Inspektor und Professor des Gymnasiums annahm, wo er wenig später auch gräflich-reußischer Leibarzt wurde. 1627 wechselte

Reinesius als herzoglich-sächsischer Leibarzt und Stadtphysicus nach Altenburg. In beiden Städten erlebte er heftige Pestepidemien. Er sah es daher als seine medizinische Pflicht an, nicht nur vor Ort zu helfen, sondern auch Ratgeber zu veröffentlichen, in denen er seine Erfahrungen in der Behandlung derartiger Seuchen und Empfehlungen für die Vorbeugung mitteilen wollte. Diese beiden in deutscher Sprache verfassten Berichte und Ratgeber bieten einen eindringlichen Einblick in den Umgang mit dieser Seuche.

Es entspricht dieser Zeit, dass auch Reinesius diese „erschreckliche Pestilenz“ als eine Strafe Gottes ansah, der damit die Sünden der Menschen bestrafe. Wahre Buße, andächtige Gebete und ein christlicher, gottseliger Lebenswandel seien die allein angemessenen Handlungen, um Gott Milde zu stimmen und seine Gnade zu erhoffen. Doch diese Haltung darf, so betonte auch Reinesius, nicht dazu führen, dass man die ja ebenfalls von Gott gereichten Heilmittel verachten dürfe. Ganz im Gegenteil. Seine Pestratgeber dienten genau diesem Zweck.

Als Ursache der Pest, wie man aus dem *Consilium pestis prophylacticum. Rath oder Bericht was bei Pestseuche zu thun und zu lassen sey* (Reinesius, 1625) entnehmen kann, benannte er zum einen eine innerliche Verderbung des Leibes durch natürliche Feuchtigkeit (ganz im Sinne der klassischen Humoralpathologie) und zum andern beschrieb Reinesius eine äußerliche Ansteckung, die von „vergifteter böser Luft herrühre und erhalten“ (S. 5) werde. Das die Pest durch Körperkontakt übertragen wurde, war seit langem bekannt und führte bereits im Mittelalter zur Einrichtung der Quarantäne, die wie heute, als ein Mittel zur Unterbrechung von „Infektionsketten“ diene. Um die innerliche „Verderbung“ des Leibes zu kurieren, empfahl Reinesius gemäß den üblichen Behandlungsmethoden der Zeit die vollkommene Entleerung und Reinigung des Leibes durch abführende Mittel. Erbrechen, Aderlass und Schwitzen waren für diese „evakuierenden Maßnahmen“ die gängigen Instrumente. Eine Maßhaltung des Lebens sollte hinzukommen, die der Erhaltung des Leibes diene. Als dritter Punkt wurde die Behandlung mit natürlichen Heilkräutern beschrieben, die durchaus in der Lage seien, dem Gift der Seuche Einhalt zu gebieten. Die Empfehlung lautet dann konkret wie folgt:

„Innerlich bewahret für [vor] des Pestilenzischen Giffts Anfall: Elßnischer wurtzeln/ Hertz oder

Hirtzwurz/ cervaria al. meum genant/ Entzian/ Liebstöckel/ Veielwurtz/ Angelick/ Zitwer/ Sterlucy/ Bibenel- unnd Schwalbenwurtz/ zuvor in Essig geweicht/ unnd wiederumb getrücknet/ (dieweil sonst leichtlich Kopffweh davon entstehet) stetiges gekewet/ oder Citronenschalen/ Meister- und Eberwurtz: Ander Gewürtz/ sonderlich Nägelein zukäwen ist gefehrlich/ dieweil sie/ wie die Gelehrten darvon halten/ den Gifft nach sich ziehen“ (Reinesius, 1625, S. 24).

All dies sind gängige Kräuter, die damals in den Haushalten vorhanden waren und deren Anwendungen man in den Kräuterbüchern nachlesen konnte. Oftmals verfügten auch die sogenannten Kräuterhexen über ein sehr gutes Wissen hinsichtlich der Mischung derartiger Kräuter und ihrer Heilanwendungen. Nachfolgend beschrieb Reinesius die „Küchenmedizin“ der „Vermögenden“, die „alle Morgen mit Rosenwasser und Pestilentz/ Theriack/ oder RautenEssig/ beydes gleich viel zusammen gemischt“ (S. 24) (*Consilium pestis prophylacticum*) gurgeln sollen. Theriack, ein medizinisches Gebräu aus verschiedenen Zutaten, galt zu dieser Zeit als Allheilmittel.

Für wichtiger als diese innere Behandlung der Krankheit hielt Reinesius jedoch das „Social Distancing“. Denn die äußerliche Ansteckung bezeichnete er als „fast die eigentlichste ursach jetzo grassirender Seuchen“ (1625, S. 33). Und genau wie heute sah er die Aufgabe der Obrigkeit darin, die körperliche Distanz durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen und die Aufgabe jedes Einzelnen darin, diesen Anordnungen zu befolgen. Reinesius selbst überlebte gleich mehrere Pestepidemien. Ob dies seinem medizinischen Können zuzuschreiben ist oder Glück, muss hier nicht entschieden werden.

Hinweise: Der Beitrag basiert auf den Beiträgen und Beschreibungen des Ausstellungskatalogs „Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit und der Frühen Neuzeit“ (Gotha, 2019). Teile des siebten Kapitels erschien 2020 als Blog-Beitrag der Forschungsbibliothek Gotha. Die Forschungsbibliothek Gotha (<https://blog-fbg.uni-erfurt.de/>) als ehemalige Hofbibliothek des Herzogtums Sachsen-Gotha verfügt über einen reichen Bestand an Literatur zur theoretischen und praktischen Medizin der Frühen Neuzeit. Dazu gehören Handschriften von Gelehrten (wie Manuskripte, Korrespondenzen, Vorlesungsmitschriften, Herbarien etc.) und Drucke in allen Formaten und zu allen Themenfeldern (Anatomie,

Botanik, Pharmazie, Astrologie, Chirurgie, Geburtshilfe, Seuchen etc.). Ich bedanke mich bei der Bibliothek sehr herzlich für die Genehmigung zum Abdruck der Abbildungen.

Quellen

Florin, F. P. (1702). *Oeconomus prudens et legales. Oder Allgemeiner Klug- und Rechts-verständiger Hausvatter. Theil eins.*

Fürstliche Sächsische Verordnung (1694). *Fürstliche Sächsische Verordnung/ nach welcher in dem Fürstenthum Gotha die Medici, ingleichen die Apothecker und deren Provisores, Gesellen und Lehrlingen; nichts weniger die Laboranten/ Oculisten/ Stein- und Bruchschneider/ barbierer/ Feldscherer/ Bader und Hebammen; wie auch Würtzkrahermer und andere darinn benannte Personen/ sich zu achten haben. Worbey zugleich die Tax-Ordnung vor die Medicos, Apothecker und Barbierer sich befinden.* <https://gdz.sub.uni-goettingen.de/id/PPN755448472>.

Fuchs, L. (1543). *New Kreüterbuch.*

Hohberg, W. H. v. (1701). *Georgica Curiosa Aucta: Oder: Des auf alle in Teutschland übliche Land- und Haus-Wirthschafften gerichteten, hin und wieder mit vielen untermengten raren Erfindungen und Experimenten versehenen [...] Adelichen Land- und Feld-Lebens. Anderer Theil.*

Möbius, G. (1663). *Epitome institutionum medicarum.*

Paullini, Ch. F. (1697). *Neu-Vermehrte/ Heilsame Dreck-Apotheke: Wie nemlich mit Koth und Urin Fast alle/ ja auch die schwerste/ giftigste Kranckheiten/ und bezauberte Schaden ... curiret worden; Durch und durch mit allerhand curieusen/ so nütz- als ergetzlichen Historien und Anmerckungen/ auch andern Feinen Denckwürdigkeiten.*

Pansa, M. (1625). *Köstlicher und heilsamer Extract der gantzen Artzneykunst/ darinnen kürztlich die Ursachen des langen und kurtzen Lebens/ und allerhand Krankheiten menschlichen Leibes beschrieben.*

Pfeifer, A. (1693). *Theologia Medica Catechetica, oder Geistliche Krancken-Cur: darinnen so wohl Pathologia Sacra, oder der Bericht von den geistl. Seelen-Kranckheiten/ i. e. Sünden und Lastern/ nach den zeh*

Geboten/ als Therapeutica Sacra, die Anordnung und Mittel der geistlichen Gesundheit [...] vorgestellt wird.

Ratzenberger, C. (1598). *Herbarium vivum. Lebendig Kreuterbuch alles gewechs, Beume, Stauden.*

Renovirte und confirmirte Ordnung (1607). *Der Durchläuchtigen Hochgebornen Fürsten und Herren/ Herrn Johann Casimirs/ Unnd Herrn Johann Ernstens/ Gebrüdere/ Hertzogen zu Sachssen/ Landgrafen in Thüringen ... Renovirte und confirmirte Ordnung/ Wie es in Il.FF.GG. Landen mit den Apothecken zu halten.*

Reinesius, T. (1625). *Consilium pestis prophylacticum. Rath oder Bericht was bei Pestseuche zu thun und zu lassen sey.*

Reinesius, T. (1681). *Gründlicher Bericht von Art und Eigenschafft der ietzo vagirenden Sterbens-Seuche.*

Rudolphi, F. (1717). *Gotha diplomatica. Dritter Theil Fürstlicher Sachsen-Gothaischen Historischen Beschreibung.*

Ruf, J. (1554). *Ein schön lustig Trostbüchle von den empfangknussen und geburt der menschen [...] und eigentlichem bericht der Hebam[m]en.*

Sennert, D. (1676). *Opera omnia in sex tomos divisa.*

Solingen, C. (1693). *Hand-Griffe der Wund-Artzney.* Frankfurt/Oder. FB Gotha, Med. 4° 99/1 (3), Fig. 1 und 6 (nach S. 575).

Scultetus, J. (1666). *Wund-Artzneyisches Zeug-Hauß.* Frankfurt am Main. FB Gotha, Med 4° 46/4 (2), tab. XLII.

Thieme, J. C. (1682). *Haus- Feld- Arzney- Koch-Kunst und Wunder-Buch.* Nürnberg. FB Gotha, Math 4° 460/6 (7-20), S. 1663.

Vesalius, A. (1555). *De humani corporis fabrica libri VII.* Basel. FB Gotha, Druck 2° 194, S. 218.

Forschungsliteratur:

Bergdolt, K. (2017). *Die Pest. Geschichte des Schwarzen Todes.* C.H. Beck. Auflage 3.

Bergdolt, K. (2019). Die Pest im 16. und 17.

Jahrhundert. In Sascha Salatowsky und Michael Stolberg (Eds.), *Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit und der Frühen Neuzeit*, 24–35. Veröffentlichungen der Forschungsbibliothek Gotha, Band 55.

Bondio, M. G. (2011). Die Fehler und Irrtümer der Ärzte – Paracelsus' Kritik und ihr medizinethisches Potenzial. In Albrecht Classen (ed.), *Religion und Gesundheit: der heilkundliche Diskurs im 16. Jahrhundert*, 215–230. De Gruyter.

Carlino, A. (1999). *Books of the Body. Anatomical Ritual and Renaissance Learning.* University of Chicago Press.

Cunningham, A. (1997). *The Anatomical Renaissance. The Resurrection of the Anatomical Projects of the Ancients.* Routledge.

Duden, B. (1987). *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730.* Klett-Cotta.

Eckart, W. U. (2017). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.* Springer. Auflage 8.

Gaul, V. (2004). Kommunikation zur Zeit der Pest. Das Herzogtum Holstein-Gottorf in den Jahren 1709–1713. In Otto Ulbricht (ed.), *Die leidige Seuche. Pest-Fälle in der Frühen Neuzeit*, 258–294. Böhlau.

Grendler, P. (2002). *The universities of the Italian Renaissance.* Johns Hopkins University Press.

Jütte, R. (2014). *Über Krankheit und Gesundheit in der Frühen Neuzeit.* W. Kohlhammer.

Kusukawa, S. (2012). *Picturing the Book of Nature. Image, Text, and Argument in Sixteenth-Century Human Anatomy and Medical Botany.* University of Chicago Press.

Margócsy, D. (2018). *The Fabrica of Andreas Vesalius. A worldwide descriptive census, ownership, and annotations of the 1543 and 1555 editions.* Brill.

Mandry, J. (2018). *Armenfürsorge, Hospitäler und Bettel in Thüringen in Spätmittelalter und Reformation (1300–1600).* Böhlau.

Mandry, J. (2019). Der Umgang mit ansteckenden Krankheiten und Gesundheitsrisiken im

- spätmittelalterlich-frühneuzeitlichen Thüringen. In Sascha Salatowsky und Michael Stolberg (eds.), *Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit und der Frühen Neuzeit*, 36–47. Veröffentlichungen der Forschungsbibliothek Gotha, Band 55.
- Panse, M. (2012). *Hans von Gersdorffs „Feldbuch der Wundarznei“. Produktion, Präsentation und Rezeption von Wissen*. Reichert.
- Reifegerste, D. und Wagner, A. (2021). #Covid, Sanitary Report und Pesttraktate: Gesundheitskommunikation in Pandemiezeiten von „Corona“ zurück bis ins Mittelalter. In Doreen Reifegerste und Christian Sammer (eds.), *Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven*. <https://doi.org/10.21241/ssoar.73679>.
- Salatowsky, S. und Stolberg, M. (2019). *Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit in der Frühen Neuzeit*.
- Salatowsky, S. (2019). Wer heilt mich? Konzepte von Gesundheit und Krankheit in der Frühen Neuzeit. In Sascha Salatowsky und Michael Stolberg (eds.), *Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit und der Frühen Neuzeit*, 13–23.
- Schipperges, H. (1991). Paracelsus (1494–1541). In Dietrich von Engelhardt und Fritz Hartmann (eds.), *Klassiker der Medizin. Erster Band. Von Hippokrates bis Christoph Wilhelm Hufeland*. C.H. Beck.
- Schlegelmilch, S. (2018). *Ärztliche Praxis und sozialer Raum im 17. Jahrhundert. Johannes Magirus (1615–1698)*. Böhlau.
- Schlegelmilch, S. (2019). Das Selbstbewusstsein der Chirurgen – Tobias Geigers Traktat *Discursus Medicus et Politicus* (1656). In Maricarla Gadebusch Bondio, Christian Kaiser und Manuel Förg (eds.), *Menschennatur in Zeiten des Umbruchs. Das Ideal des ‚politischen‘ Arztes in der Frühen Neuzeit*, 141–175. De Gruyter Oldenbourg.
- Steiger, A. (2005). *Medizinische Theologie. Christus Medicus und Theologia medicinalis bei Martin Luther und im Luthertum des Barock. Mit Edition dreier Quellentexte*. Brill.
- Stolberg, M. (2003). *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*. Böhlau.
- Stolberg, M. (2007). Formen und Funktionen ärztlicher Fallberichte in der Frühen Neuzeit (1500–1800). In Johannes Süßmann, Susanne Scholz, Gisela Engel (eds.), *Fallstudien: Theorie – Geschichte – Methode*, 81–95. Trafo.
- Stolberg, M. (2009). *Die Harnschau. Eine Kultur- und Alltagsgeschichte*. Böhlau.
- Stolberg, M. (2021). *Gelehrte Medizin und ärztlicher Alltag in der Renaissance*. De Gruyter.
- Wilke, J. (2008). *Grundzüge der Medien- und Kommunikationsgeschichte*. Böhlau. Auflage 2.