

## Teilprojekt C3

### „Die Pluralisierung des Leibes“

Michael Stolberg

#### Formen und Strategien der Autorisierung in der frühneuzeitlichen Medizin

Die wissenschaftshistorische Forschung der vergangenen Jahrzehnte hat zunehmend Abstand genommen von der herkömmlichen und auch heute noch weit verbreiteten Vorstellung, daß sich neue Theorien einfach deshalb durchsetzen, weil sie ‚wahr‘ sind und die Wirklichkeit genauer beschreiben als bisherige Auffassungen. Sie hat dabei nicht nur den Einfluß von wissenschaftlichen „Paradigmen“, wirtschaftlichen und professionellen Partialinteressen, politischen Weltbildern und religiösen Glaubensüberzeugungen hervorgehoben, die oft weitgehend bestimmen, welche Phänomene überhaupt als relevant und erforschenswert gelten dürfen und bevorzugte Arten ihrer Deutung vorgeben.<sup>1</sup> Sie hat im Gefolge der „science studies“ auch spezifisch die vielfältigen Strategien in den Blick genommen, mit deren Hilfe innerhalb eines herrschenden Paradigmas oder einer Wissenschaftlergemeinschaft Autoritäten und autoritative Auffassungen konstituiert, behauptet oder in Frage gestellt werden, individuelle und kollektive Strategien einer personalen Selbststilisierung ebenso wie die vielfältigen im weiteren Sinne „rhetorischen“ Mittel der sprachlichen oder bildlichen Darstellung, mit deren Hilfe konkrete Beobachtungen und Deutungen ebenso wie umfassende Theorien und Praktiken plausibilisiert, validiert und letztlich als wissenschaftliche Wahrheiten autorisiert werden.<sup>2</sup>

Die unterschiedlichen Formen der Konstituierung von ärztlichen Autoritäten und der Autorisierung ärztlichen Wissens und Handelns in der Frühen Neuzeit sind aus einer solchen Perspektive bislang kaum untersucht worden.<sup>3</sup> Ziel dieses Beitrags ist vor diesem

---

<sup>1</sup> Vgl. die klassischen Studien von Ludwik Fleck, *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Basel 1935, und Thomas S. Kuhn, *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. 2. Aufl. Frankfurt 1976.

<sup>2</sup> Eine gute Einführung bietet David J. Hess, *Science studies. An advanced introduction*. New York und London 1997. Der Begriff „Rhetorik“ ist also hier nicht in einem zeitgenössischen Sinne zu verstehen, sondern im weiten Sinne verbaler und non-verbaler Strategien der Behauptung von Geltungsansprüchen.

<sup>3</sup> Zu den wenigen Ausnahmen gehören Wolfgang Eckart, „Auctoritas“ versus „veritas“ or: classical authority and its role for the perception of truth in the work of Daniel Sennert (1572-1637). In: *Clio medica* 18 (1983), S. 131-140; Richard Toellner, Zum Begriff der Autorität in der Medizin der Renaissance. In: *Humanismus und Medizin*. Mitteilung XI der Kommission für Humanismusforschung. Weinheim: Verlag Chemie 1984, S. 159-179. Für die jüngere Vergangenheit vgl. dagegen beispielsweise Jens Lachmund und Gunnar Stollberg (Hrg.): *The social construction of illness. Illness and medical knowledge in past and present*. Stuttgart 1992. Philipp Sarasin und Jakob Tanner (Hrg.), *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt 1998.

Hintergrund ein erster, grober Überblick. Es handelt sich dabei um eine vorläufige Bestandsaufnahme aufgrund der laufenden Arbeit am SFB-Projekt C3, die sich in der laufenden ersten Phase freilich primär mit Pluralisierungsphänomenen befaßt.

Wie gleich deutlicher werden wird, ähnelten manche typische Formen und Strategien der Autorisierung in der frühneuzeitlichen Medizin jenen in anderen Schreib- und Wissensdomänen, die im Rahmen des SFB 573 untersucht werden. Ohnehin waren die Grenzen zwischen den Disziplinen damals weitaus durchlässiger und das Denken und Schreiben in den verschiedenen Bereichen gelehrten Wissens gründete dank der Ausbildung in den artes auf gemeinsamen argumentativen und stilistischen Traditionen. Die Medizin bietet aber auch wichtige Besonderheiten. Zum einen, das hat sie mit der scientia naturalis gemein, setzte die frühneuzeitliche Medizin entscheidend auf empirische Beobachtung und Forschung. Zum anderen, das verbindet sie ein Stück weit mit der Jurisprudenz und Theologie, zielte sie stets in hohem Maße auch auf praktische, lebensweltliche Anwendung. Ärztliche Theorien mußten sich daher stets auch jenseits der wissenschaftlichen Diskussion in der Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten bewähren und sie mußten sich gegen die Geltungsansprüche konkurrierender Deutungen und Praktiken anderer Heiler behaupten. Formen und Strategien der Autorisierung in der frühneuzeitlichen Medizin sind damit unter eine zweifachen Perspektive zu betrachten: im Kontext der innerwissenschaftlichen Auseinandersetzung in einer zunehmend pluralisierten Medizin und im Kontext der individuellen und kollektiven Behauptung ärztlicher Geltungs- und Statusansprüche gegenüber konkurrierenden Heilern und gegenüber den Kranken und ihren Angehörigen in einem pluralen Gesundheitssystem. Ich werde mich zunächst dem ersten Aspekt zuwenden.

### **Die Autorisierung medizinischen Wissens im ärztlichen Diskurs: ratio, experientia und auctoritates**

Als „physici“ stützten sich die Verfasser medizinischer Werke im 16. und 17. Jahrhundert argumentativ weiterhin auf die überkommene Trias von ratio, experientia und auctoritates, um ihre jeweiligen Vorstellungen als wahr und verbindlich zu autorisieren. Innerhalb dieser Trias ab gab es charakteristische Veränderungen und Verschiebungen. Zunächst: der Hinweis auf antike oder mittelalterliche auctoritates, war und blieb über die gesamte Frühe Neuzeit eine wichtige und unverzichtbare Form der Autorisierung kol-

lektiver und individueller ärztlicher Auffassungen. Selbst neue, revolutionäre Theorien und Entdeckungen wie Harveys Blutkreislauflehre suchte man als bloße Weiterführung oder genauere Auslegung hippokratischer oder galenischer Auffassungen darzustellen.

Die vorherrschenden Präferenzen für bestimmte auctoritates veränderten sich allerdings deutlich. Der medizinische Humanismus des 16. Jahrhundert wandte sich zunächst gegen die Vorrangstellung des „Canon medicinae“ des Avicenna und überhaupt der arabischen Medizin. Die überlieferten lateinischen Übersetzungen der arabischen Werke wurden als barbarisch verdammt. An ihre Stelle setzten philologisch geschulte Ärzte die möglichst genaue Rekonstruktionen des antiken Schrifttums, vor allem des Galen, der zur überragenden Autorität wurde. In Galen fanden die gelehrten Ärzte nicht nur eine Fülle medizinischer Erkenntnisse zusammengetragen. Sein Werk verkörperte in ihren Augen auch das Ideal vom philosophischen Arzt, der die Medizin aus der Nähe zu den mechanischen Künsten befreite und die Ärzte auf eine Ebene mit den (angesehenen und gut bezahlten) Theologen und Juristen stellte. Neben Galen gewann vor allem Hippokrates wachsende Bedeutung. Um 1600 galt er in manchen Bereichen seinerseits als die führenden Autorität, in der Lehre von den Frauenkrankheiten etwa, über die sich Galen kaum geäußert hatte, während das hippokratische Corpus die grundlegend andersartige Natur des weiblichen Körpers betonte.

Im Neohippokratismus kam zugleich ein neues epistemologisches und schriftstellerisches Ideal zum Ausdruck. Statt eines umfassenden philosophisch begründeten Systems wie Galen es zu begründen suchte, fanden die frühneuzeitlichen Ärzte bei Hippokrates ein stärkere empirische, aphoristische und kasuistische Orientierung – unmittelbar greifbar in den hippokratischen Aphorismen und Epidemicschriften. Der Neohippokratismus unterstützte insofern zugleich die Abwendung von der Suche nach großen, übergreifenden Theorien zugunsten von Empirie, Kasuistik und Eklektizismus. Ähnlich wie in der zeitgenössischen Naturwissenschaft (oder Naturphilosophie) gewann die Empirie im 16. Jahrhundert gegenüber den auctoritates auch in der Medizin eine zunehmend zentrale Bedeutung. Besonders eindrücklich zeigt sich dies im Aufstieg der Anatomie zu einer Schlüsseldisziplin nicht nur der Medizin, sondern des zeitgenössischen Wissenschaftsbetriebs überhaupt. Aber auch die klinische Medizin verstand sich zunehmend als ein primär empirisches, erfahrungsgelitetes Unterfangen. Das neue Genre der medizinischen „observationes“, „consilia“ oder „consultationes“ ist ein Produkt dieser Entwicklung. An die Stelle der umfassenden Theorien trat verstärkt das einzelne exemplum. Ärztliche Autoren begannen ihre klinischen Erfahrungen am Krankenbett in Form von Fallgeschichten zu publizieren

oder machten ihre diagnostischen und therapeutischen Überlegungen zu einzelnen Krankheitsfällen öffentlich. Offensichtlich gab es eine rege Nachfrage nach dieser Art von Literatur. Die bekannteren unter diesen Werken gingen durch zahlreiche Auflagen und wurden noch Jahrzehnte später eifrig zitiert.

Die wachsende Bedeutung der empirischen Beobachtung markiert einen geschichtlich höchst wirkmächtigen Wandlungsprozeß. Anders als beim Gebrauch der Vernunft und dem Abwägen der Meinungen der Autoritäten verlegte die Empirie die Grundlagen der Gültigkeit medizinischen Wissens in einen Bereich jenseits des menschlichen Denkens und des geschriebenen oder gesprochenen Worts. Medizinisches Wissen beruhte auf etwas Äußerem, der menschlichen Wahrnehmung „objektiv“ Gegebenen, das aller menschlicher Theorie vorgängig war. Sinnlich offenbare Tatsachen, so wehrte sich Harvey gegen konservative Kritik, seien keine „Meinungen“ (*opiniones*). Die Natur selbst sei noch weit älter als die ältesten Autoritäten der medizinischen Literatur und könne deshalb durch diese auch nicht widerlegt werden. Insbesondere protestantische Autoren verwiesen zudem mit Nachdruck auf die göttliche Schöpfung von Mensch und Natur. Sie garantierte ihnen die wohlgeordnete Eigengesetzlichkeit der Natur und die Verlässlichkeit des menschlichen Erkenntnisvermögen, auch wenn letzteres nach dem Sündenfall in seinen Möglichkeiten stark eingeschränkt war und gegebenenfalls auch durch die trügerischen Machenschaften des Teufels überlistet werden konnte.

In der Praxis erwies sich die Validierung und Autorisierung medizinischen Wissens durch Erfahrung allerdings oft als problematisch. Wie die Ausführungen antiker Autoritäten waren auch Erfahrungsberichte oft widersprüchlich, nicht nur wenn sie aus zweiter Hand stammten. Vor diesem Hintergrund entwickelten die zeitgenössischen Ärzte verschiedene Strategien um empirische Beobachtungen als wahrheitsgetreu zu autorisieren. Eine der wichtigsten war die Visualisierung. Mit den neuen Mitteln einer realistischen und perspektiv korrekten Darstellung konnten empirische Befunde vor allem in Botanik, Anatomie und Pathologie in einer Weise detailgetreu vor Augen geführt werden, die den derart veranschaulichten Erkenntnissen eine kaum mehr hinterfragbare Evidenz verlieh. Daß diese Bilder dennoch stets zugleich eine rhetorische, autorisierende Funktion hatte wird rückblickend dort besonders gut greifbar, wo akribisch Strukturen dargestellt wurden, die wir heute in dieser Form gar nicht mehr kennen, etwa ein herzförmiges Loch im Brustbein der Frau bei Platter und Bauhin oder die angebliche Einmündung der weiblichen Harnröhre in die Scheide bei Vesal. Diese Abbildungen folgten offensichtlich nicht der empirischen Beobachtung, sondern bestimmten soziokulturellen Vorannahmen etwa über die besondere

„Natur“ der Frau.<sup>4</sup> Eine andere Möglichkeit der Autorisierung empirischen Wissens, die vor allem in Fallgeschichten und observationes angewandt wurde, war es, die jeweilige Beobachtung zeitlich und örtlich möglichst genau zu verorten, um so ihre Authentizität zu unterstreichen. Ohne Rücksicht auf den Ruf und die (damals in dieser Form nicht bekannte) „Privatsphäre“ veröffentlichten die Ärzte ihre klinischen Beobachtungen mit genauer Nennung des Namens des Patienten, des Zeitpunkts und des Orts und garantierten – oder suggerierten – so die Möglichkeit, ihre Behauptungen zu überprüfen. Eine dritte Strategie schließlich war die übereinstimmende und nach Möglichkeit sogar gemeinsame Beobachtung durch „glaubwürdige“ Zeugen, wie sie sich im Umkreis der Royal Society zum neuen epistemologischen Ideal entwickelte.<sup>5</sup> Und nicht zuletzt diente ein breites Arsenal von Strategien der Selbstdarstellung dazu, die eigene Glaubwürdigkeit als Beobachter und damit auch die der mitgeteilten empirischen Beobachtungen unter Beweis zu stellen, um auf diese Weise seinen Beobachtungen Autorität zu verleihen. Der nachdrückliche Hinweis auf jahrelange praktische Erfahrungen als Arzt oder auf zahlreiche persönlich durchgeführte Sektionen gehört dazu ebenso wie Autorenporträts in vornehmer Kleidung oder Titelkupfer, die ihn als Anatom an der Leiche oder inmitten chemischen Laborgeräts zeigten. Umgekehrt konnten zeitgenössische Anatomen die widersprüchlichen Befunde anderer Autoren damit abtun, daß diese keine ausreichende Erfahrung in der Leichensektion hätten.

Die Hinwendung zur Empirie stand zugleich in enger Wechselbeziehung zu einer neuen Kultur der wissenschaftlichen Originalität. Neben die gelehrte Kommentierung überlieferter autoritativer Schriften traten andere Formen wissenschaftlichen Arbeitens und Schreibens und nicht zuletzt neue Möglichkeiten, eine wissenschaftliche Karriere zu begründen und voranzutreiben. Persönliche Entdeckungen und originelle Gedanken und Erklärungsmodelle wurden zunehmend höher geschätzt als die subtile Erörterung überlieferter Texte. Der Neuigkeitswert wissenschaftlicher Auffassungen und Entdeckungen wurde zum Wert an sich und verdrängte allmählich den bislang überragenden Wert einer Übereinstimmung mit den anerkannten antiken Autoritäten. Immer mehr wurde damit das Eigene, Neue zur maßgeblichen Grundlage wissenschaftlicher Reputation und eröffnete den Zugang zu Ruhm, zu Ämtern und Würden und nicht zuletzt zu materiellem Wohlstand. Dementsprechend heftig stritt man gelegentlich um Prioritätsansprüche – selbst dort, wo das rück-

---

<sup>4</sup> Vgl. Michael Stolberg, A woman down to her bones. The anatomy of sexual difference in early modern Europe. In: Isis [im Druck]

<sup>5</sup> Vgl. Steven Shapin und Simon Schaffer, Leviathan and the air-pump. Hobbes, Boyle, and the experimental life. Princeton 1985; Steven Shapin, A social history of truth. Civility and science in seventeenth-century England. Chicago/London 1995;

blickend nur schwer nachvollziehbar scheint, wie im Streit zwischen Colombo und Falloppio um die „Entdeckung“ der weiblichen Klitoris. Oder man trumpfte mit möglichst seltenen, raren Beobachtungen auf, von Monstrositäten, Fastenwundern, menschlichen Krötengeburten und dergleichen.<sup>6</sup> Und man wehrte sich energisch gegen den Vorwurf des Plagiats, ein Vorwurf den frühere Generationen in dieser Form womöglich gar nicht verstanden hätten. Vermutlich ist hier auch das bisher kaum erforschte Interesse frühneuzeitlicher Ärzte an der Geschichte ihres Faches einzuordnen. Manche fanden in der Geschichte vor allem eine Stütze für ihre eigene „rationale“ Medizin. Andere betonten dagegen das antike Nebeneinander medizinischen Schulen und rechtfertigten so mittelbar eigene radikale Abweichungen von einem nur scheinbar zeitlosen Wissenskanon.

Im Zuge dieser Entwicklungen konnten sich einzelne zeitgenössische Ärzte ihrerseits als anerkannte Autoritäten etablieren und wurden als solche zitiert. In der Anatomie war Andreas Vesal die überragende Figur. In der klinischen Medizin standen unter anderem J. B. Montanus, Jean Fernel oder Daniel Sennert zunehmend gleichberechtigt neben Galen und Hippokrates. Eine einfache Auszählung zitierter Textstellen macht deutlich, daß in manchen medizinischen Werken des 17. Jahrhunderts die Verweise auf antike Autoritäten bereits deutlich in der Minderzahl waren. Die Betreffenden trugen ihrerseits nach Kräften dazu bei, einen solchen personalen autoritativen Status zu erlangen und auszubauen. Die – als Basis für den wissenschaftlichen Ruf unverzichtbare – forschende und schriftstellerische Arbeit wurde hier durch ein breites Arsenal von Selbstdarstellungsstrategien wirksam unterstützt. Widmungsgedichte von hochrangigen Kollegen, Schülern oder anderen Gelehrten unterstrichen oft die Achtung oder gar Freundschaft, die der Verfasser unter seinesgleichen genoß. Widmungen an hochstehende Persönlichkeiten hoben seine Beziehungen zu diesen Kreisen hervor und sollten diese zugleich stärken. Parallel dazu machten sich viele Ärzte frühzeitig daran, persönliche Beziehungen zu knüpfen und durch einen regen Brief- und Besuchsverkehr ihren Status und ihren Bekanntheitsgrad zu festigen und zu untermauern. Networking würden wir das heute nennen Sie schickten sich gegenseitig Bücher oder machten sich originelle eigene Beobachtungen zum „Geschenk“, die dann wiederum – ebenso wie so mancher Brief – mit Nennung des Verfassers den Weg in den Druck fanden.

Die autorisierende Rolle der ratio als letztem Element der Trias verlor im Zuge der

---

<sup>6</sup> Die „*observationes raras*“ waren ein wichtiges Sub-genre der „*observationes*“-Literatur; vgl. beispielsweise Schenck von Grafenberg: *Observationum medicarum rariorum libri VII*. Lyon 1644; Rembertus Dodonaeus, *Medicinalium obseruationum exempla rara, recognita et aucta*. 2. Aufl. Köln 1581.

Aufwertung der Empirie relativ an Bedeutung. Die meisten Ärzte beharrten aber weiterhin auf der unabdingbaren Notwendigkeit, experientia und ratio zu verbinden – das richtete sich nicht zuletzt gegen jene ungebildeten Konkurrenten, die als „empirici“ ihre heilkundliche Praxis gleichfalls auf „Erfahrung“ stützten, denen es aber aus ärztlicher Sicht an der nötigen wissenschaftlichen, philosophischen Ausbildung fehlte. Im medizinischen Disputationswesen gar blieb die Tradition einer oft spitzfindigen, auf definitiones, quaestiones und distinctiones rein theoretischen Abhandlung ohne Originalitätsanspruch prägend. Nur in gewissen Kreisen, am Rande der offiziellen gelehrten Medizin, machte sich grundsätzliche Skepsis an der herrschenden „rationalen“ Medizin breit. Paracelsisten, Iatrochemiker und Helmontianer vertraten mit Nachdruck das Ideal empirischer Forschung und zählten teilweise zu deren führenden Protagonisten. Das alchemistische Labor, das Krankenbett und, im Falle der Paracelsisten, teilweise auch das „empirische“ Heilwissen der „alten Weiber“ und anderer Heiler wurde ihnen zur Grundlage von Theorie und Praxis. An die Stelle der menschlichen ratio aber, deren Fehlerhaftigkeit ihnen der Pluralismus der Theorien und die resultierenden heftigen Dispute eindringlich unter Beweis zu stellen schien, setzten sie die unmittelbare Erleuchtung durch Gott. Das göttliche Licht der Gnade wurde ihnen zur maßgeblichen Autorisierungsinstanz.<sup>7</sup> Im eigenen Kreis und unter manchen ihrer Patienten konnten einzelne Ärzte den Glauben an ihre besondere göttliche Begabung und Erleuchtung glaubhaft machen. Paracelsus, van Helmont und andere führende Vertreter dieser Richtung wurden ihrerseits zu Autoritäten. Gegner warnten dagegen vor sektiererischen Umtrieben und verwiesen auf die unversöhnlichen Gegensätze auch unter jenen, die ihre Erkenntnisse gleichermaßen auf ein solches Gnadenlicht zurückführten.

## **Kollektive und individuelle Strategien der ärztlichen Autorisierung im öffentlichen Raum**

Frühneuzeitliche Ärzte mußten ihr Theorien und Praktiken nicht nur im innerwissenschaftlichen Diskurs gegen alternative, die eigene Position deautorisierende Auffassungen verteidigen. Sie mußten ihre „auctoritas“ – der Begriff wurde auch damals schon ver-

---

<sup>7</sup>Berthold Heinecke: *Wissenschaft und Mystik bei J. B. van Helmont (1579-1644)* (= Deutsche Literatur von den Anfängen bis 1700, Bd. 20). Bern u. a. 1996; Michael Stolberg: Die Vision als Modus der medizinischen Wissensautorisierung. Johann Baptist van Helmont (1579-1644) und sein „Aufgang der Arzney-Kunst“. In: *Morgen-Glantz* 12 (2003) [im Druck]; den nach wie vor besten Überblick über van Helmonts Medizin und Naturphilosophie bietet Walter Pagel: *Joan Baptista van Helmont*. Cambridge 1982.

einzelnt in diesem Sinne gebraucht – auch in der Auseinandersetzung mit anderen Heilergruppen und in der Begegnung mit Patienten und Angehörigen stets erneut etablieren und behaupten, kollektiv als Berufsstand und individuell am Krankenbett.<sup>8</sup>

Das war keine leichte Aufgabe. Die frühneuzeitlichen Kranken und ihre Angehörigen, das machen überlieferte Patientenbriefe<sup>9</sup> und andere Selbstzeugnisse deutlich, hatten recht klare Erwartungen, an die Ärzte ebenso wie an die zahlreichen Handwerkschirurgen und die wandernden und seßhaften nicht-approbierten irregulären Heiler, die damals den größten Teil der Bevölkerung versorgten. Die Patienten wollten vor allem geheilt oder zumindest deutlich gebessert werden. Folgerichtig beurteilten sie die Qualitäten des betreffenden Heilkundigen vor allem nach dem Heilerfolg. Die Ärzte stellte das vor erhebliche Probleme. Gewiß waren sie von der Überlegenheit ihrer Medizin überzeugt, aber in der Praxis scheiterten sie dennoch häufig. Rückblickend kann das nicht überraschen, denn die übliche ärztliche Behandlung mit Aderlässen, Brech- und Abführmitteln, künstliche gesetzten Hautgeschwüren, Bädern und dergleichen mehr unterschied sich nicht wesentlich von der weniger gebildeter Konkurrenten und war nach heutigen Maßstäben in den meisten Fällen ebenso wirkungslos oder gar schädlich wie diese. Zwar akzeptieren die Patienten und ihre Angehörigen damals weit mehr als heute, daß es Grenzen des Menschenmöglichen gab und daß Heilung auch unter ärztlicher Behandlung einer allenthalben gebrauchten Wendung zufolge stets nur „mit göttlicher Hilfe“ möglich war.. Zudem berichteten zahlreiche Patienten vor allem bei den häufigen fieberhaften Erkrankungen von einer eindrucksvollen Besserung unter ärztlicher Behandlung. Aber Gleiches galt auch für die Behandlung durch andere, weniger gelehrte Heiler, und von den teureren Ärzten durfte man sich schließlich besonders viel erwarten.<sup>10</sup> So äußerten viele Patienten vor allem bei chronischen Krankheiten bittere Enttäuschung, ja zuweilen Zorn. Sie deuteten den fehlenden Heilerfolg als ärztliches Versagen. Zunächst nahm nur die individuelle Autorität des ein-

---

<sup>8</sup> Zu den allgemeinen Bedingungen frühneuzeitlicher ärztlicher Praxis vgl. Robert Jütte, *Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit*. München/Zürich 1991; Annemarie Kinzelbach, *Gesundbleiben, Krankwerden, Armsein in der frühneuzeitlichen Gesellschaft. Gesunde und Kranke in den Reichsstädten Überlingen und Ulm, 1500-1700*. Stuttgart 1995; Laurence W. B. Brockliss und Colin Jones, *The medical world of early modern France*. Oxford 1997; Dorothy und Roy Porter, *Patient's progress. Doctors and doctoring in eighteenth-century England*. Cambridge/Oxford 1989.

<sup>9</sup> Zum Genre vgl. Michael Stolberg, „Mein äskulapisches Orakel.“ Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 7 (1996), 385-404; eine ausführliche Analyse frühneuzeitlicher Patientenbriefe soll im kommenden Jahr unter dem Titel „Homo patiens. Krankheitserfahrung in der Frühen Neuzeit“ bei Böhlau erscheinen.

<sup>10</sup> Vgl. Michael Stolberg, *Die wundersame Heilkraft von Abführmitteln*. In: *Würzburger medizinhistorische Nachrichten* (im Druck). Rückblickend beruhte der subjektiv erfahrene Heilerfolg wohl meist weniger auf einem „Placebo-effekt“ als auf dem günstigen natürlichen Verlauf, den vor allem viele Fieberkrankheiten auch ohne jede Behandlung nehmen

zelen Arztes Schaden. Viele Patienten zogen einen zweiten Arzt hinzu oder versuchten es gleich ganz mit einem anderen; manche erzählten wie sie im Laufe der Zeit sämtliche Ärzte der näheren und weiteren Umgebung konsultierten. Aber schnell geriet auch die kollektive ärztliche Autorität in Gefahr, zumal dann, wenn sich die jeweils konsultierten Ärzte (was sehr häufig passierte) auch untereinander widersprachen und zu ganz unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Schlußfolgerungen kamen, ja sich womöglich am Krankenbett, im Beisein des Kranken miteinander stritten. Manche Patienten wandten sich schließlich völlig von den „gallenischen medicis“ ab und suchten bei der paracelsistischen Medizin oder bei den Geheimmitteln berühmter Heiler Zuflucht.

Vor dem eben skizzierten Hintergrund ist es freilich um so beeindruckender, in welchem Maße sich die gelehrten Ärzte letztlich doch als weithin unumstrittene erste medizinische Anlaufstelle der wohlhabenden und als Klientel besonders begehrten Oberschichten etablieren konnten. Gewiß, einzelne Ärzte taten sich schwer, vor allem in den Anfangsjahren ihrer beruflichen Tätigkeit. Als Kollektiv aber setzten sich die Ärzte in der Elitekultur gegen alle anderen Konkurrenten auf dem Gesundheitsmarkt durch, obwohl sie ihren Konkurrenten wie gesagt rückblickend allenfalls in der Erforschung des Körpers nicht aber in der Diagnose und Behandlung von Krankheiten überlegen waren. Zweifellos spielten hier auch kulturelle Gemeinsamkeiten eine wichtige Rolle. Die Ärzte entstammten überwiegend dem gleichen gebildeten Milieu wie ihre vornehmeren Patienten. Darüber hinaus finden wir aber ein breites Spektrum von Formen und Strategien ärztlicher Selbstautorisierung, mit deren Hilfe die Ärzte als Kollektiv und als Individuen die gebildeteren Oberschichten davon zu überzeugen suchten, daß ihre Medizin der aller konkurrierenden Heilergruppen unvergleichlich überlegen war, und das offenbar mit großem Erfolg.

Schon die Veröffentlichung medizinischer Traktate mit allen Attributen eines gelehrten Werks – notfalls auf eigene Kosten – war so gesehen kein bloßer Beitrag zur innerärztlichen Diskussion. Sie diente stets zugleich der ärztlichen Selbstinszenierung gegenüber weniger gelehrten Heilern und auch gegen weniger ehrgeizige (oder vermögende) Ärzte. Die möglichst kostbare Ausstattung des Werks, der prominente Hinweis auf akademische Titel und wichtige Ämter und Würden beispielsweise als Leibarzt eines Fürsten, der Titelkupfer, das würdevolle Autorenporträt, die Widmung an eine hochstehende Persönlichkeit und dergleichen mehr unterstrichen den Status des Autors. Die Zitierung zahlreicher Autoritäten stellte seine Gelehrsamkeit und Belesenheit unter Beweis. Die beliebte Einfügung nicht-medizinischer Textpassagen aus den antiken Poeten oder gar eigener Dichtungen belegte seine umfassende humanistische Bildung. Eine distinguierende Funk-

tion hatte auch der Gebrauch des Lateinischen, womöglich gar mit diversen griechischen Zitaten angereichert. Allerdings sahen sich viele ärztliche Autoren hier zu Kompromissen genötigt. Sie wollten ihre Autorität ja möglichst in weiteren Kreisen der Öffentlichkeit geltend machen und mußten deshalb einen größeren Leserkreis anzielen. Manche von ihnen publizierten infolgedessen sowohl lateinische als auch volkssprachliche Werke, und das mit großem Erfolg. Zahlreiche in der historischen Forschung gerne als „populär“ bezeichnete medizinische Anleitungen stammen aus ärztlicher Feder. Sie verzichteten damit auf den Exklusivanspruch des Lateinischen und riskierten den Vorwurf von Kollegen, sie förderten die verbreitete Neigung zu Selbstdiagnose und Selbstbehandlung. Aber unter den Laien konnten sie sich damit einen Namen machen.

Sogar in ihren Konsilien und Briefen an gebildete Patienten bedienten sich die zeitgenössischen Ärzte solcher Textelemente, um ihrer Darstellung vermehrtes Gewicht zu verleihen, wohl wissend, daß die wenigstens Kranken etwa dem Verweis auf einschlägige Textstellen bei Galen oder Aetius tatsächlich nachgehen konnten. Komplizierte Erklärungen der mutmaßlichen pathophysiologischen Abläufe unterstrichen zudem in solchen Briefen – und vermutlich in ähnlicher Weise im ärztlichen Gespräch – den ärztlichen Anspruch, den Körper und seine Krankheiten viel differenzierter erfassen, beschreiben und behandeln zu könne als die ungebildeten Konkurrenz. Selbst die eingehende „ganzheitliche“ Berücksichtigung individueller Eigenarten des Patienten hatte zugleich eine klare strategische Funktion. Nur der Arzt so betonte man immer wieder, sei in der Lage das spezifische Temperament des Kranken, seine Lebensumstände und Diät, sein Krankengeschichte und so weiter in der nötigen Differenziertheit zu erfassen und darauf sein diagnostisches und therapeutisches Urteil zu gründen – ganz im Gegenteil zu den „empirici“ mit ihren angeblichen Spezifika (derer sich in der Praxis freilich auch viele Ärzte bedienten). In einer parallelen Bewegung deautorisierten zahlreiche ärztliche Texte konkurrierende Heiler pauschal als Scharlatane, Stümper, Pfuscher, Juden, Betrüger oder gar Verbrecher und mahnten die Obrigkeiten sie sollten deren unverantwortlichen Wüten ein Ende machen, – wenn auch in diesem Fall nur mit beschränktem Erfolg.

Neben solchen schriftlichen Äußerungen war auch der ganze Habitus des Arztes wichtig, die wirksame Selbstdarstellung im sozialen und beruflichen Alltag. Der akademische Titel, die vornehme Kleidung, der Ärztestab unterstrichen den hohen gesellschaftli-

chen Status des Betreffenden.<sup>11</sup> Ein gutes Pferd oder gar eine Kutsche als Transportmittel und ein üppiges Hauswesen belegten seinen wirtschaftlichen Wohlstand und damit seine gutgehende Praxis. Die wiederum verwies auf die überlegenen diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten des betreffenden Arztes, denn den nötigen guten Ruf mußte er sich ja durch glückliche Krankheitsbehandlungen erworben haben. Allerdings mußten die Ärzte zugleich den Eindruck vermeiden, daß sie ihrer Arbeit primär aus Gewinnsucht nachgingen, galt doch die Habgier Kritikern als das größte ärztliche Laster.

Schließlich bedienten sich die Ärzte in der alltäglichen Praxis am Krankenbett einer Reihe von wirksamen, autoritätsstärkenden Strategien der Selbstdarstellung, wie sie vereinzelt im Genre der „de cautelis medicorum“ und des „Machiavellus medicus“ offen zur Sprache kamen.<sup>12</sup> Das ausführliche, womöglich minutenlange Fühlen des Pulses oder die eingehende Betrachtung des Harns als Ausdruck der differenzierten diagnostischen Fähigkeiten des Arztes zählten dazu ebenso wie heimliche Erkundigungen bei Personal oder Nachbarschaft, die dem Arzt manche autoritätsschädigende Blamage ersparen konnten.

Der Erfolg solcher Strategien einer ärztlichen Selbstinszenierung zeigt sich nicht zuletzt in der Reaktion der nicht-ärztlichen Konkurrenz. Hier herrschte nämlich, soweit aus den Quellen erkennbar, eine Strategie vor, die allenfalls implizit auf Deautorisierung der ärztlichen Medizin zielte: die Nachahmung. Selbst einfache dörfliche Heiler ließen sich „Doctor“ nennen. Reisende Operateure traten in vornehmer Kleidung auf und rühmten ihre wissenschaftliche Ausbildung. Einzelne nicht-akademische Heiler machten durch geschicktes Auftreten sogar beispiellose Karrieren. An ihnen läßt sich die Bedeutung solcher Strategien der Selbstautorisierung besonders eindrucksvoll verfolgen. Der Alchimist Leonhart Thurneisser etwa, der im Rahmen des Teilprojekts genauer untersucht wird, brachte es ohne Medizinstudium und mit dürftigen Lateinkenntnissen im ausgehenden 16. Jahrhundert auf diese Weise immerhin zum kurfürstlich-brandenburgischen Leibarzt und wurde von vornehmsten Familien konsultiert. Dazu bediente er sich sehr gezielt eines ganzen Arsenal ärztlicher Selbstinszenierungsstrategien. Er publizierte eine Reihe von Büchern mit allen Insignien von kostbaren gelehrten Traktaten, darunter in einem Fall den 59. Band eines Werks, dessen erste 58 Bände noch gar nicht erschienen waren. Über Mittelspersonen vor

---

<sup>11</sup>Sogar die – schwer zu steuernde – Körperform konnte eine Rolle spielen; s. Christopher Lawrence, *Medical minds, surgical bodies*. In: ders. und Steven Shapin (Hrg.): *Science incarnate. Historical embodiments of natural knowledge*. Chicago und London 1998, S. 156-201.

<sup>12</sup>Vgl. Wolfgang U. Eckart, Anmerkungen zur „*Medicus Politicus*“- und „*Machiavellus Medicus*“-Literatur des 17. und 18. Jahrhunderts. In: Udo Benzenhöfer und Wilhelm Kühlmann (Hrg.): *Heilkunde und Krankheitserfahrung in der frühen Neuzeit*. Tübingen: Max Niemeyer 1992, S. 114-130; Barbara Elkeles, *Arzt und Patient in der medizinischen Standesliteratur der Frühen Neuzeit*. Ebd., S. 131-143.

Ort suchte er Unterstützung bei hochgestellten Persönlichkeiten und sandte seine Bücher aus. Parallel dazu machte er sich als Verfasser volkssprachlicher medizinisch-astrologischer Kalender in einer breiteren Öffentlichkeit einen Namen. Vor Ort in Berlin ließ er sich als „hochgelahrter Herr Doctor“ ehren und führt eine großes Haus. Mit exorbitanten Honorarforderungen riskierte er zwar den Verdacht der Raffgier, zumal er auch als Geldverleiher aktiv war. Aber es gelang es ihm offenbar, zahlreiche vornehme Patienten wenigstens vorübergehend davon zu überzeugen, daß nur die (angeblich) kostbaren Bestandteile seiner Medikamente auch einen entsprechenden Heilerfolg versprachen.<sup>13</sup>

Was die alltägliche Behandlungspraxis und die Selbstinszenierung im Umgang mit den Patienten und ihren Angehörigen angeht, gingen manche nicht-ärztliche Heiler sogar noch weiter als die meisten Ärzte. So war Thurneisser Vorreiter einer individuellen Autorisierungsstrategie, die erst im ausgehenden 17. und im 18. Jahrhundert unter den Ärzten zentrale Bedeutung erlangen sollte, nämlich der Profilierung durch spezielle diagnostische und/oder therapeutische Angebote. Er entwickelte ein neues, elaboriertes Verfahren zu Krankheitsdiagnose durch Harndestillation, bei der die Niederschläge des Kondensats an unterschiedlichen Orten des Kolbens den Ort und die Art der betreffenden Krankheit anzeigen sollten. Viele Patienten wandten sich darauf spezifisch mit dem Wunsch nach einer solchen „Harnprobe“ an ihn. Aber auch mit den eindrucksvollen magischen, sympathetischen Ritualen mancher „traditioneller“ Heiler konnten die Ärzte kaum mithalten. Und im Falle der Harnschau sahen sich die Ärzte sogar zunehmend gezwungen von dieser altherwürdigen ärztlichen Diagnosetechnik überhaupt abzurücken, um ihre individuelle und kollektive Autorität nicht weiter zu beschädigen. Sie riskierten nicht nur – das war ein vielfach erwähnte Sorge –, daß man sie bewußt zu überlisten suchte, etwa in dem man ihnen Kuhharn statt Menschenharn brachte. Selbst ohne solche List, war die Gefahr einer blamablen Fehldiagnose groß, denn die Kranken erwarteten eine Aussage ausschließlich aufgrund der Uroskopie und ohne weitere Angaben über die Person und ihre Beschwerden. Die Ärzte waren sich der Unsicherheit dieses Verfahrens bewußt. Die nicht-ärztlichen Harnschauer diagnostizierten dagegen nicht nur Krankheiten aus dem Harn, etwa eine entzündete Leber oder eine aufsteigende Mutter. Sie konnten sogar Schwangerschaften erkennen und zukünftige Erkrankungen voraussagen.

Formen der personalen Selbstinszenierung und diskursive Strategien der Autorisie-

---

<sup>13</sup> Vgl. J. C. W. Moehsen, *Leben Leonhard Thurneissers zum Thurn. Ein Beitrag zur Geschichte der Alchemie wie auch der Wissenschaften und Künste in der Mark Brandenburg gegen Ende des 16. Jahrhunderts.* Berlin/Leipzig: Decker 1783 (Nachdruck München: Fritsch 1976).

rung und Deautorisierung von Theorien und Praktiken, so lässt sich zusammenfassend feststellen, ergänzten sich in der frühneuzeitlichen Medizin nahtlos, ja sie gingen teilweise ineinander über. Das gilt für die Auseinandersetzung unter den Ärzten ebenso wie für die Behauptung und Verteidigung individueller und kollektiver ärztlicher Autorität gegenüber den konkurrierenden Heilern und den Patienten. Einen methodische vielversprechenden Zugang zur Bedeutung solcher Strategien bietet dabei die Untersuchung von ärztlichen Autoritäten und ärztlichen Theorien und Praktiken, denen wir rückblickend keine „objektive“ Überlegenheit zuschreiben können. Zu untersuchen bleibt zudem, inwieweit sich solche personalen und diskursiven Autorisierungsstrategien auch auf die langfristige geschichtliche Entwicklung ärztlicher Theorie und Praxis insgesamt auswirkten, wie sich dies beispielhaft für die Harnschau andeutet. Was sich selbst für die „harte“ moderne Laborforschung zeigen lässt,<sup>14</sup> gilt erst recht für die frühneuzeitliche Medizin: „Verpackung“ und Inhalt wissenschaftlicher Theorien und Praktiken lassen sich nicht voneinander trennen.

---

<sup>14</sup> Bruno Latour, *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Mass. 1987.