

5 Kulturgeschichtlicher Kontext

Das vorliegende Kapitel will den kulturhistorischen Kontext medizinischer Gutachten beleuchten. Themen sind die Entwicklung der akademischen Medizin, die ärztliche Ausbildung sowie die administrativen Rahmenbedingungen des Medizinalwesens der Zeit.

5.1 Die Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts

Eine ganze Reihe von Veränderungen und Neuerungen prägte die Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts.¹ Man entfernte sich allmählich von der antiken Humorallehre mit ihren stark spekulativen Elementen und entwickelte stattdessen neue Konzepte ärztlichen Denkens und Handelns. Dazu zählt etwa die nach-paracelsische Iatrochemie (vgl. Eis 1965), bei der die Idee, alle Lebensvorgänge seien essenziell chemisch determiniert, leitend war. Man analysierte eine ganze Reihe chemisch-physiologischer Phänomene und führte eine Fülle neuer Medikamente ein. Wichtigste Vertreter dieser Richtung waren unter anderen Franciscus de le Boë Sylvius (1614–1672), Thomas Willis (1621–1675) oder auch der Wittenberger Arzt Daniel Sennert (1572–1637) (vgl. Eckart 2011: 20 f.). Die neuartige Chymie mit den alten humoralpathologischen Konzepten zusammenzuführen, gelang Sennert in besonderer Weise. Durch seine vermittelnde Position kam seinen Arbeiten geradezu kanonische Bedeutung zu.

Mit René Descartes und dessen mechanischem Verständnis der organischen Welt entstand fast zeitgleich die Iatrophysik, die vor allem in Italien und den Niederlanden, aber auch in Deutschland zahlreiche Anhänger fand (vgl. Eckart 2011: 21). Darunter ist ein Konzept zu verstehen, in dem alle Lebensvorgänge durch Gesetze der Physik vorherbestimmt sind, sich damit auch mathematisch berechnen lassen und mechanisch erklärbar werden. Die Organe werden als technische Geräte aufgefasst, zum Beispiel die Lunge als Blasebalg oder die Eingeweide als Sieb. Wichtigster deutscher Vertreter im frühen 18. Jahrhundert war Friedrich Hoffmann² (1660–1742) in Halle. Mit diesem iatrophysikalischen Modell konnte

¹ Vgl. zur Medizin des 17. und 18. Jahrhundert die Überblicksdarstellungen von Pfeifer (2000), Eckart (2011), Artelt (1984), Wittern (1993); den Paradigmenwechsel in der Medizin behandeln Tsouyopoulos & Wiedemann (2008); das Nachwirken antiker Medizinkonzeptionen wird von Schilling (2012) thematisiert; zur medizinischen Aufklärung vgl. Cunningham & French (1990), zum Wissenschaftsverständnis der Aufklärung Grau (1990); zu Medizin und Krankenversorgung in Halle Geyer-Kordesch (2000) und Helm (2006).

² Zu Hoffmanns Vorlieben bei der Arzneimittelvergabe vgl. Lanz (1995; 2008).

allerdings nicht die Frage nach Selbstbewegung, Empfindungs- und Reaktionsfähigkeit des Menschen erklärt werden. Einen Gegenentwurf³ zur Iatrophysik entwickelte Georg Ernst Stahl⁴ (1659–1734), der mit dem sogenannten Animismus die Auffassung vertrat, dass die Seele die alles verursachende, lebensstiftende Kraft sei (vgl. hierzu auch Geyer-Kordesch 2000). In diesem Konzept wird der Körper zum Organismus durch die ihn belebende und seinen Tätigkeiten Ziel und Zweck verleihende Seele, die als immateriell und unteilbar gedacht wird. Aber auch hier konnte die Frage nach dem Wesen des Lebendigen nicht befriedigend beantwortet werden (vgl. Wittern 1993: 247).

Allmählich wurden die alten Autoritäten der Universitätsmedizin überwunden und die Medizin stützte sich zunehmend auch auf neue, empirisch-experimentelle Methoden. Die Entwicklung der in ihren Grundzügen heute noch gültigen Theorie des Experiments durch Francis Bacon kann als Gründungsakt der modernen Naturwissenschaft angesehen werden. Von großer Bedeutung war auch die erstmalige Beschreibung des großen Blutkreislaufs durch William Harvey 1628. Sie bildete die Grundlage zahlreicher weiterer Neuerungen, wie der erstmaligen parenteralen Gabe von Arzneimitteln oder der ersten Versuche, Blutübertragungen durchzuführen (vgl. Eckart 2011: 20).

Diese auf Empirie basierenden Erfolge hatten schließlich auch Auswirkungen auf die Argumentationsstrategien der Mediziner. Zwar stützten sich die Autoren in ihrer Argumentation weiterhin auf die Trias *ratio*, *experientia* und *auctoritas*, deren Verhältnis zueinander veränderte sich aber im Laufe der Zeit (Stolberg 2003: 206). Im 17. Jahrhundert ging man wesentlich kritischer mit den Widersprüchen in den Werken antiker Autoren um als noch zuvor. Antike Autoritäten blieben zwar weiterhin wichtig, ihre Geltungskraft schwächte sich aber ab. Das schuf größere Spielräume für alternative Begründungsstrategien. „Die *experientia* wurde in der Medizin des 16. und 17. Jahrhunderts gegenüber den *auctoritates* immer gewichtiger, auch unter dem Einfluß der Entwicklungen in der zeitgenössischen Naturphilosophie“ (Stolberg 2003: 207). Dass sich die Fallsammlungen als eigenständiges medizinisch-kasuistisches Format etablieren konnten, hängt nach Meinung von Stolberg eng mit der Aufwertung der Erfahrung zusammen (vgl. Stolberg 2007). Einen anderen Erklärungsansatz vertritt Pomata (2011). Sie

³ Zur Auseinandersetzung zwischen Hoffmann und Stahl vgl. Ceglia (2007) und Konert (2004).

⁴ In den letzten Jahren sind zahlreiche Arbeiten zu Stahl erschienen, die ganz unterschiedliche Facetten des Universalgelehrten beleuchten, so beispielsweise die Monographie von Geyer-Kordesch (2000) und der Sammelband von Engelhardt & Gierer (2000). Stahl hat sich nicht nur mit Medizin (vgl. von Engelhardt 2000) beschäftigt, sondern auch mit Chemie, vgl. Ströker (2000), Chang (2011) und Springer (2012).

führt den Erfolg der *observationes* in der Medizin vor allem auf die gesellschaftlichen Umstände zurück: Herausgeber seien vorwiegend Gerichts- und Stadtärzte gewesen, die sich – anders als die eher theoretisch geprägten Mediziner an den Universitäten – in erster Linie über das erfolgreiche Praktizieren definierten. Das praktische Erfahrungswissen habe dann durch die Veröffentlichung in den Sammlungen eine Aufwertung erfahren, weil es so gleichberechtigt neben die Werke der Universitätsprofessoren treten konnte (Pomata 2011: 59). Eine so deutliche Betonung eines Gegensatzes zwischen medizinischer Praxis und universitärer Lehre scheint meines Erachtens nicht sinnvoll zu sein, handelte es sich doch bei vielen Stadt- und Gerichtsärzten um akademisch ausgebildete Mediziner, die oft Doppelfunktionen an Gericht und Universität inne hatten.

Bedenkt man die Situation an den Universitäten dieser Zeit, erscheinen die Neuerungen in der Medizin noch erstaunlicher. Durch den 30-jährigen Krieg waren die Studentenzahlen stark geschwunden, was einen geregelten universitären Lehrbetrieb sehr erschwerte. Trotz fehlenden Nachwuchses entwickelten sich die kleinen protestantischen Universitäten der Vereinigten Niederlande und Nord- und Mitteldeutschlands zu Zentren der neuen medizinischen Konzeptionen (vgl. Eckart 2011: 21).

Das 18. Jahrhundert führte zu einer rasanten Beschleunigung des medizinischen Fortschritts. Die aufgeklärten Naturwissenschaftler strebten nach der Autonomie des Denkens und der Unabhängigkeit der menschlichen Vernunft. Man wollte sich von den Zwängen der Kirche, der dogmatischen Wissenschaftslehre und der machiavellistischen Autokratie in der Staatsführung befreien (vgl. hierzu auch King 1978). Allein die Vernunft sollte als letzte Instanz über die Methoden der Erkenntnisbildung und den Wahrheitsgehalt des Erkannten entscheiden. So sind Empirismus und Rationalismus die wissenschaftlichen Leitmethoden der Aufklärung.

In der Heilkunde war es der in Leiden lehrende Professor Hermann Boerhaave⁵ (1668–1738), der, im Rückgriff auf Hippokrates, die Medizin zur Erfahrungswissenschaft erklärte und damit aller spekulativen Philosophie und Metaphysik eine klare Absage erteilte. Seine Lehrmethoden wurden zum Vorbild an anderen Universitäten, so zum Beispiel in Edinburgh (vgl. Cunningham 1990) oder Wien (vgl. Skopec 1990: 138).

In Leiden hatte auch ein weiterer Wegbereiter der Medizin studiert: Albrecht von Haller (1708–1777). In zahlreichen Experimenten erzielte Haller bedeutende Ergebnisse unter anderem zur Respirationsmechanik, zur Knochenbildung, zur

⁵ Zu Person und Werk Boerhaaves vgl. Knoeff (2002) und Lindeboom (2007) mit einer ausführlichen Bibliographie.

Embryonalentwicklung, zum Verdauungsschemismus, zur Herzautomatie oder zur Luftleere des Pleuraspaltes. Sein Hauptaugenmerk aber galt der Erforschung der Lebensvorgänge, die er durch muskelphysiologische Experimente zur Irritabilität und Sensibilität ergründen wollte. Die Präsentation dieser Ergebnisse 1752 in Göttingen markiert aus medizinhistorischer Sicht einen dramatischen Umschwung in der Betrachtung des Lebens durch die akademische Medizin. Haller hatte die Irritabilität der Muskelfaser und die Sensibilität des Nervs entdeckt (Wittern 1993: 246). Seine Arbeiten regten eine Reihe von Folgeuntersuchungen an; der schottische Arzt John Brown (1735–1788) entwickelte Hallers Entdeckungen weiter zu einem allgemeinen Lebens- und Krankheitskonzept. Der sogenannte Brownianismus erfreute sich an der Wende zum 19. Jahrhundert großer Beliebtheit. Aus der Bereitschaft und Fähigkeit des Körpers, auf Reize zu reagieren, schloss Brown, dass Krankheiten das Ergebnis eines Ungleichgewichts der Erregbarkeit sein müssten.

Obwohl die Aufklärung die Medizin inhaltlich wie methodisch von Grund auf verändert hatte, waren die Auswirkungen auf die medizinische Praxis sehr begrenzt. Trotz aller Neuerungen und Erkenntnisse in der Anatomie, Physiologie und Pathologie hielt man an den alten therapeutischen Konzepten fest. „Als Patienten von Ärzten und Chirurgen waren die Kranken während jener zwei Jahrhunderte unverändert den traditionellen galenischen bzw. humoralpathologischen „Evakuations“-Therapien des Purgierens, Aderlassens, Schwitzens und Erbrechens ausgesetzt“ (Döhner 1986: 12).⁶

5.2 Studium und Ausbildung in der Medizin

Im 17. und 18. Jahrhundert war die akademische Ausbildung anders organisiert als heute. Man absolvierte ein Studium generale, das heißt nacheinander verschiedene Disziplinen: Dem Grundstudium an einer philosophischen Fakultät folgte eine weiterführende Ausbildung, erst an einer juristischen, dann an einer medizinischen Fakultät, und häufig schloss sich auch noch ein theologisches Studium an. Es war daher für Wissenschaftler der Zeit nicht unüblich, in mehreren Fachbereichen zu forschen, zu lehren und zu publizieren (vgl. Grau 1990: 18).

Bevor man sich als angehender Arzt mit medizinischen Inhalten beschäftigte, standen erst einmal andere Themen wie Grammatik, Rhetorik oder Staatslehre im

⁶ Zu den Therapien im Allgemeinen vgl. Habrich (1991); zum Zusammenhang von Theorie und Praxis der Therapie Helm (2008); zum Nachwirken antiker Medizinkonzeptionen in den Therapien des 18. Jahrhunderts Schilling (2012).

Vordergrund. Die Ausbildung war insgesamt und in allen Fakultäten vorwiegend theoretischer Natur – die wenigsten jungen Ärzte konnten am Ende ihres Studiums irgendeine Form von praktischer Erfahrung vorweisen⁷. Während ihres Medizinstudiums führten sie weder selbst Leichensektionen durch, noch gehörte der Unterricht am Krankenbett zur Standardausbildung.

Änderungen der medizinischen Ausbildung⁸ ergaben sich erst mit der zunehmenden Ausrichtung auf das Nützliche im Sinne der Aufklärung (vgl. Harig 1990a: 47). Mit der Entdeckung der Bevölkerungszahl als wesentlichem Faktor eines Staatswesens rückte auch die Gesundheit der Bevölkerung in den Fokus der Obrigkeit. Das Ende des 17. Jahrhunderts war dabei noch stark geprägt von den Zerstörungen und Dezimierungen des Dreißigjährigen Krieges. Ein vorrangiges politisches Ziel war es, die Bevölkerungsverluste des Krieges auszugleichen, aber auch langfristig die augenfällige Sterblichkeit zu reduzieren und die medizinische Versorgung zu stabilisieren, um zu einer positiveren demographischen Bilanz zu gelangen. Konsequenterweise führte das zu der Auffassung, dass die akademisch-medizinische Ausbildung darin bestehen müsse, die Studierenden auf die Erfordernisse ihres späteren Berufslebens vorzubereiten – im Falle der Medizin also auf den Dienst am Krankenbett. Wie eben geschildert, entsprachen die Strukturen an den Universitäten nicht diesen neuen Vorgaben. In der Medizin hatten die Dozenten beispielsweise mehrere Fächer abzudecken, so lehrten Professoren der Anatomie häufig auch Chirurgie (vgl. Stukenbrock 2001: 137). Trotz aller Bemühungen blieb der akademisch-chirurgische Unterricht aber weiterhin auf die Vermittlung theoretischen Wissens beschränkt.

Um dennoch ausreichend medizinisches Personal für die Versorgung der Bevölkerung und – aus obrigkeitlicher Sicht ebenso wichtig – des Militärwesens zur Verfügung zu haben, wurden in vielen deutschen Staaten Institutionen gegründet, die der Unterrichtung und Ausbildung von nichtakademischen Heilkundigen dienten. In Preußen, diesbezüglich Vorreiter, wurde etwa 1723 das *Collegium medico-chirurgicum* eingerichtet, in dem, wie schon zuvor im *Theatrum anatomicum*⁹, vor allem Feldscherer bzw. Militärchirurgen ausgebildet wurden (vgl. Harig 1990a: 39).

⁷ So berichtet Artelt (1948: 61), dass an der Universität Frankfurt/Oder in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts insgesamt nur fünf Sektionen durchgeführt wurden. Vgl. zur Anatomie als universitäres Lehrfach Koch (2003); allgemein zur Anatomie im 18. Jahrhundert Brugger & Kühn (1979), Ammerer (2003), Stukenbrock (2001), Helm & Stukenbrock (2003).

⁸ Zur chirurgischen Ausbildung vgl. den von Harig (1990b) herausgegebenen Sammelband.

⁹ Vgl. zu den anatomischen Theatern Schramm (2011); zu den Funktionen des Berliner anatomischen Theaters im 18. Jahrhundert als Bühne, Sammlung und Museum Schnalke (2011).

Um eine ausreichende praktische Erfahrung der angehenden Wundärzte zu gewährleisten, wurden in Preußen schon früh entsprechende Gesetze erlassen. So hatte der preußische König per Dekret verfügt, dass die Leichname verstorbener Armenhausbewohner grundsätzlich an das anatomische Theater zu liefern seien (vgl. Harig 1990a: 41) genauso wie die Körper von bei der Geburt verstorbenen Müttern unehelicher Kinder. Die medizinhistorische Forschung hat gezeigt, wie wichtig die Gesetzeslage für die Qualität der medizinischen Ausbildung war. Unterschiede in der Formulierung, Auslegung und Umsetzung der Verordnungen erklären, weshalb die Zahl der durchgeführten Lehrsektionen an den verschiedenen Ausbildungsstätten erheblichen Schwankungen unterliegt. Während beispielsweise in Helmstedt zwischen 1750 und 1800 nur 69 Leichen seziiert werden konnten, waren es im gleichen Zeitraum in Göttingen 857 (vgl. Stukenbrock 2007: 435–439). Da nicht nur Studenten der medizinischen Fakultät an solchen Lehrsektionen teilnahmen, sondern auch Juristen, Theologen und Philosophen, kam den Veranstaltungen eine besondere Bedeutung zu. Bot eine Universität keine entsprechenden Möglichkeiten, blieben die Studenten aus oder wechselten zu anderen Ausbildungsstätten. Die Professoren argumentierten entsprechend, indem sie den Nutzen der öffentlichen Sektionen für die ganze Universität betonten (vgl. Stukenbrock 2007: 439).

In Preußen boten sich den Medizinstudenten und jungen Chirurgen besonders gute Lernverhältnisse. Der Erfolg der Ausbildungsstätten in Berlin wurde noch zusätzlich beflügelt durch die außerordentlich weitreichenden Kompetenzen, die dem 1685 gegründeten preußischen *Collegium Medicum* eingeräumt wurden. So hatte diese Behörde das Recht zur Erteilung der ärztlichen Approbation, zur Inspektion der Apotheken, Erhebung von Gebühren für den Erhalt des *Collegiums* und außerdem die Befugnis zur Bestrafung der Heilkundigen bei Verstoß gegen die Medizinalordnung. Von den Strafgeldern sollte je die Hälfte dem Staat und dem *Collegium* zufallen, es war damit langfristig finanziell unabhängiger als andere Behörden. 1701 erhielt das *Collegium Medicum* sogar die Gerichtsbarkeit in einschlägigen Angelegenheiten (vgl. Münch 1995: 27–35).

In der Folge konnte das Lehrangebot der zugehörigen Ausbildungsstätten erheblich erweitert werden: Anatomiekurse für Ärzte wurden nun dort abgehalten. Wenige Jahre zuvor waren die Lehrpläne um die Anleitung zur Herstellung von Medikamenten erweitert worden, auch hier mit praktischen Anwendungsmöglichkeiten in der Hofapotheke. Ergänzt wurde diese pharmazeutische Bildung durch die Nutzung des Botanischen Gartens. Wie die neu erworbenen Kenntnisse umzusetzen waren, konnten die jungen Feldscherer im Garnison- und Bürgerlazarett, der Charité, unter Anleitung erlernen (vgl. Harig 1990a: 43 f.). Feste Bestandteile des Stundenplans eines angehenden Wundarztes waren in Berlin Anatomie und Chirurgie, Botanikvorlesungen, Veranstaltungen über die

Materia medica, Vorlesungen zu Therapie und Physiologie, außerdem Chemie, Pharmazie und Mathematik. Neben der Teilnahme an öffentlichen Vorlesungen war der Besuch privater (d. h. auch zusätzlich zu bezahlender) Lesungen üblich (vgl. Harig 1990a: 47f).

Zeitlich verzögert, im Prinzip aber ähnlich, verlief die Entwicklung in den katholischen Gebieten. Während man in Preußen und den anderen protestantischen Fürstentümern schon bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts die wundärztliche Ausbildung umgestellt hatte, gelang dies in den Habsburger Landen erst gegen Ende des Untersuchungszeitraumes. Zwar hatte es an der Wiener medizinischen Fakultät bereits im 16. Jahrhundert deutschsprachige Vorlesungen zur Chirurgie gegeben, sie konnten sich aber nicht dauerhaft etablieren. Erst mit der 1745 erfolgten Berufung des Boerhaave-Schülers Gerard van Swieten (1700–1772), der eine ganze Reihe von Reformen einleitete, begannen sich die Verhältnisse in Wien und den Habsburgischen Gebieten zu ändern. Gut ausgebildete Mediziner verdrängten Quacksalber und Bader (vgl. Skopec 1990: 138).

Dank zahlreicher Arbeiten in Rechts- und Medizingeschichte¹⁰ wissen wir über die Ausbildung der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer relativ viel. Bis in das 18. Jahrhundert hinein war Geburtshilfe in erster Linie Aufgabe der Hebammen, deren Ausbildung in einer mehrjährigen Lehrzeit bei einer älteren Kollegin und einer abschließenden Prüfung vor einem Stadtphysikus bestand. Lehrbücher wie der von Eucharius Rößlin herausgegebene *Der Swangeren frawen und hebammen rofengarten* von 1513 gaben entsprechende Ratschläge sowohl an Hebammen als auch an Schwangere. Hebammen wurden von Patientinnen auch zu anderen medizinischen Fragen konsultiert, was für die akademischen Ärzte Stein des Anstoßes war. Sie versuchten die sogenannten Wehemütter auf die Geburtshilfe zu beschränken und aus allen anderen Fragen medizinischer Natur herauszuhalten. Hinsichtlich der Frauenheilkunde fehlte es vielen Medizinern aber schlicht an der nötigen Praxis, da zu dieser Zeit Hausgeburten üblich waren, zu denen studierte Ärzte selten Zugang hatten.

Erst im Zuge des durch die Aufklärung initiierten Medikalierungsprozesses erweiterten die studierten Ärzte ihr berufliches Spektrum um die Frauenheilkunde, die, ähnlich wie die Chirurgie, verwissenschaftlicht und in den universitären Fächerkanon der Medizin aufgenommen wurde. Das führte auch zu

10 Zur Geschichte der medizinischen Geburtshilfe im 18./19. Jahrhundert vgl. beispielsweise Metz-Becker (1997; 1999; 2013); zu den Gebärhäusern Hilber (2012); zur Akademisierung der Frauenheilkunde in Kurmainz Hilpert (2000); zur Situation lediger Mütter in Wien Pawlowsky (2001), zu Recht und Rechtswirklichkeit von Hebammen und heilkundigen Frauen Flüge (1998) und Schlumbohm & Wiesemann (2004).

Veränderungen in der Ausbildung der Wehemütter (vgl. Keyhan-Falsafi, Klinke & Schütz 1999: 23 f.). Schon seit dem Anfang des 18. Jahrhunderts hatten Ärzte begonnen, die Fähigkeiten der Geburtshelferinnen öffentlich anzuzweifeln. Man beschuldigte sie der Ungeschicklichkeit, der Nachlässigkeit und des Hangs zum Aberglauben. Diese Kritik schlägt sich auch in den Gutachten nieder, die immer wieder aktuelle Fälle nutzten, um Hebammen Fehlverhalten nachzuweisen.¹¹

Erst mit der Einrichtung öffentlicher Geburtshäuser, sogenannter Accouchiranstalten, konnten die Mediziner, was ihre praktische Erfahrung bei der Geburtshilfe anging, mit den Hebammen gleichziehen. Diese Anstalten, in denen sowohl Hebammen als auch männliche Geburtshelfer ausgebildet wurden, nahmen arme, unverheiratete Schwangere auf, denen man die Möglichkeit bot, kostenlos zu entbinden (vgl. Keyhan-Falsafi, Klinke & Schütz 1999: 26 f.). Den Hebammenschülerinnen waren dabei aber nur die unkomplizierten Geburten vorbehalten, wie sie überhaupt aus allen komplexeren Untersuchungen herausgehalten werden sollten. Dieser Wandel im Aufgabenspektrum einer Hebamme schlug sich schließlich auch in Lehrbüchern und im Anforderungsprofil nieder: Handbücher für Hebammen beschränkten sich auf die nötigsten Informationen und behandelten beispielsweise keine neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Gynäkologie. Ehrerbietung und Dankbarkeit gegenüber dem Arzt galten als unverzichtbare Tugenden einer Wehemutter (vgl. Keyhan-Falsafi, Klinke & Schütz 1999: 26).

5.3 Die Medizinalverwaltung und das öffentliche Gesundheitswesen

Die Medizinalverwaltung und das öffentliche Gesundheitswesen gehören zu den relativ spät etablierten Bereichen öffentlicher Verwaltung¹². Wie alle übrigen Zweige der Administration resultierten sie aus dem, was seit dem Beginn der Neuzeit mit dem Begriff der *Policey* umschrieben wurde (vgl. Münch 1995: 15). Im Heiligen Römischen Reich Deutscher Nation setzten sowohl der Kaiser als auch die legislativen Reichsorgane auf diese bereits im 16. Jahrhundert weitgehend

¹¹ Zum Konflikt zwischen Ärzten und Hebammen um 1800 vgl. Keyhan-Falsafi, Klinke & Schütz (1999); die Hebammenausbildung in Lübeck bearbeitet Loytved (2002).

¹² Zur Entstehung und Entwicklung der Medizinalverwaltung und des öffentlichen Gesundheitswesens vgl. allgemein Fischer (1933), Dinges (2000), Sohn & Wahrig (2003), Möller (2005), Mühlsteff (2007); zu Preußen siehe Münch (1995); zu Bayern von Hofmeister (1975) und Probst (1984); zur Kurmainzer Medicinalpolicey Grumbach (2006); zur medizinischen Volksaufklärung Böhnig (1990).

ausgereifte neue Form zur Vermittlung allgemeiner Normen und Wertmaßstäbe. Renaissance und Reformation hatten nicht nur einen Wandel des Weltbildes bewirkt, sondern veränderten auch den Blick der Obrigkeit auf die gesellschaftlichen Verhältnisse. Das Zusammenleben der Menschen erforderte aus obrigkeitlicher Sicht Maßnahmen zur Regulierung. Die Einbeziehung der Bevölkerung in administrative Pläne ließ obrigkeitliches Handeln zum Erhalt von öffentlicher Sicherheit und innerer Ordnung als Akt allgemeiner Wohlfahrt erscheinen. Soziale Maßnahmen und öffentliche Fürsorge waren damit von Anfang an einbezogen und begünstigten später die Etablierung von Gesundheitsbehörden. Insgesamt nahm die Verwaltung so eine zentrale Rolle bei der frühmodernen Staatsbildung ein (vgl. Münch 1995: 15 f.).

Im Zuge der Reichs- und Kirchenreformation konnten sich neue obrigkeitliche Herrschaftsformen herausbilden. Die Obrigkeiten beanspruchten für sich, Sachwalter Gottes auf Erden zu sein und dem „Hausvater“ gleich für das Wohlbefinden und das Wohlverhalten der Untertanen zu sorgen. Dieser Auftrag legitimierte das Recht und die Pflicht der Obrigkeiten, Gesetze zu erlassen und deren Einhaltung durchzusetzen. Dazu musste zum einen laufend festgestellt werden, wie eine „gute Ordnung“ überhaupt auszusehen habe, zum anderen mussten Kontrollorgane geschaffen werden, die Verstöße gegen die Ordnungsvorschriften ahndeten. Die Hochschulen stellten dafür das notwendige Personal zur Verfügung.

Ab dem Beginn des 16. Jahrhunderts war die Zahl der studierten Ärzte stetig angestiegen. Viele dieser Mediziner erlangten ein öffentliches Amt und konnten so das Medizinalrecht in ihrem Sinne beeinflussen und modifizieren. So wurden studierte Ärzte zu Rate gezogen und um Gutachten gebeten, wenn es um die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ging. Um Reformen zu initiieren, unterbreiteten die Ärzte auch unaufgefordert Vorschläge an die Obrigkeit, und das nicht ohne Erfolg: Viele der erlassenen Medizinalordnungen gehen auf solche Eingaben und Entwürfe zurück. In ihnen spiegelt sich das Bedürfnis der studierten Ärzte wider, sich vom handwerklichen medizinischen Personal abzugrenzen und die eigenen Chancen im Wettbewerb zu verbessern. Es war nämlich keineswegs selbstverständlich, dass Patienten den akademischen Ärzten mehr zutrauten als dem übrigen Heilpersonal (vgl. Flügge 2003: 25). Je nach Krankheitsbild und Ruf konsultierten die Ratsuchenden auch andere Heilkundige. Die studierten Ärzte wiederum gingen davon aus, dass sie die anderen Heilkundigen an Wissen und Können übertreffen würden. Daraus leiteten sie den Anspruch ab, Hebammen, Bader und Wundärzte wenn schon nicht zu ersetzen, so doch wenigstens zu kontrollieren. Diese Haltung manifestiert sich seit dem 17. Jahrhundert in den obrigkeitlichen Medizinalordnungen, die Aufgabenbereiche, Rechte und Pflichten klar definierten. Die Kluft zwischen akademischen

und nicht akademischen Heilkundigen konnte erst sehr viel später überwunden werden (vgl. Flügge 2003: 24 f.).

Deutlich gemacht werden muss aber auch, dass das Projekt einer medizinischen Policey keine Erfindung der Neuzeit ist, sondern ältere Wurzeln hat: in den Institutionen der Stadtärzte, in der städtischen Medizinalpolitik und der obrigkeitlichen Seuchenbekämpfung sowie in den – nicht nur – preußischen Peuplierungsprojekten nach dem Dreißigjährigen Krieg. Mit der Entdeckung der Bevölkerungszahl als wesentlicher Machtbasis eines Staatswesens wurde bereits damals die Demographie zu einer grundlegenden Kategorie der Staatswissenschaft, die sich dann in Kameralwissenschaft und Bevölkerungswissenschaft ausdifferenzierte. Wissenschaftler wie Leibniz riefen zur Einrichtung von Medizinal-Behörden auf, da sie den Staat in der Pflicht sahen, für die Gesundheit der Bürger zu sorgen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die umfassendsten Darstellungen der medizinischen Policey bis zum Ende der 1770er Jahre bei den staatswissenschaftlichen Theoretikern nachzulesen sind. Erst danach traten auch die Mediziner als systematisierende, policeywissenschaftlich rasonierende Autoren in Erscheinung:

Die Kameralisten waren also die Wegbereiter dieses Politikfeldes, das die Ärzte dann allerdings dankbar aufgriffen, um ihre eigene Expertise in den politischen Prozeß einzubringen. (Dinges 2000: 269)