

böhlau

FRÜHNEUZEIT-IMPULSE

Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Frühe Neuzeit

im Verband der Historikerinnen und Historiker Deutschlands e. V.

Band 3

Arndt Brendecke (Hg.)

PRAKTIKEN DER FRÜHEN NEUZEIT

AKTEURE · HANDLUNGEN · ARTEFAKTE



BÖHLAU VERLAG KÖLN WEIMAR WIEN · 2015

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://portal.dnb.de> abrufbar.

Umschlagabbildung:

Ein mobiler Buchdrucker mit seinem Gerät (Habit d'Imprimeur en Lettres).
Kupferstich aus: Nicolas de Larmessin: Habits des métiers et professions. Paris 1695
© bpk – Bildagentur für Kunst, Kultur und Geschichte.

© 2015 by Böhlau Verlag GmbH & Cie, Köln Weimar Wien
Ursulaplatz 1, D-50668 Köln, www.boehlau-verlag.com

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig.

Korrekturat: Martina Heger, München
Satz: Reemers Publishing Services, Krefeld
Reproduktionen: Satz + Layout Werkstatt Kluth, Erfstadt
Druck und Bindung: Strauss, Mörlenbach
Gedruckt auf chlor- und säurefreiem Papier
Printed in the EU

ISBN 978-3-412-50135-8

Inhalt

ARNDT BRENDECKE	
Von Postulaten zu Praktiken. Eine Einführung	13
1 Die Praxis der Theorie.	
Soziologie und Geschichtswissenschaft im Dialog	21
MARIAN FÜSSEL	
1.1 Praxeologische Perspektiven in der Frühneuezeitforschung	21
FRANK HILLEBRANDT	
1.2 Vergangene Praktiken. Wege zu ihrer Identifikation	34
SVEN REICHARDT	
1.3 Zeithistorisches zur praxeologischen Geschichtswissenschaft	46
DAGMAR FREIST	
1.4 Historische Praxeologie als Mikro-Historie	62
2 Ärztliche Praktiken (1550–1750)	78
MICHAEL STOLBERG	
2.1 Zur Einführung	78
VOLKER HESS	
2.2 Schreiben als Praktik	82
SABINE SCHLEGELMILCH	
2.3 Ärztliche Praxistagebücher der Frühen Neuzeit in praxeologischer Perspektive ...	100
MICHAEL STOLBERG	
2.4 Kommunikative Praktiken. Ärztliche Wissensvermittlung am Krankenbett im 16. Jahrhundert	111

3	<i>Saperi</i> . Praktiken der Wissensproduktion und Räume der Wissenszirkulation zwischen Italien und dem Deutschen Reich im 17. Jahrhundert	122
	SABINA BREVAGLIERI, MATTHIAS SCHNETTGER	
3.1	Zur Einführung	122
	SABINA BREVAGLIERI	
3.2	Die Wege eines Chamäleons und dreier Bienen. Naturgeschichtliche Praktiken und Räume der politischen Kommunikation zwischen Rom und dem Darmstädter Hof zu Beginn des Dreißigjährigen Krieges	131
	SEBASTIAN BECKER	
3.3	Wissenstransfer durch Spionage. Ein florentinischer Agent und seine Reise durch Nordeuropa	151
	KLAUS PIETSCHMANN	
3.4	Musikgeschichtsschreibung im italienisch-deutschen Wissenstransfer um 1700. Andrea Bontempis „Historia musica“ (Perugia 1695) und ihre Rezension in den „Acta eruditorum“ (Leipzig 1696)	163
4	Praktiken frühneuzeitlicher Amtsträger und die Praxis der Verwaltung	174
	STEFAN BRAKENSIEK	
4.1	Zur Einführung	174
	HANNA SONKAJÄRVI	
4.2	Kommissäre der Inquisition an Bord. Schiffsinspektionen in Vizcaya ca. 1560–1680	177
	ULRIKE LUDWIG	
4.3	Verwaltung als häusliche Praxis	188
	HILLARD VON THIESSEN	
4.4	Gestaltungsspielräume und Handlungspraktiken frühneuzeitlicher Diplomaten ...	199
	CORINNA VON BREDOW	
4.5	Gestaltungspotentiale in der Verwaltungspraxis der niederösterreichischen Kreisämter 1753–1799	210

BIRGIT EMICH

4.6 Handlungsspielräume, Netzwerke und das implizite Wissen der Beamten.
 Kommentar zur Sektion „Praktiken frühneuzeitlicher Amtsträger und
 die Praxis der Verwaltung“ 222

5 Religiöse Praxis im Exil 227

JUDITH BECKER, BETTINA BRAUN

5.1 Zur Einführung 227

JUDITH BECKER

5.2 Praktiken der Gemeindebildung im reformierten
 Exil des 16. Jahrhunderts 232

TIMOTHY FEHLER

5.3 Armenfürsorge und die Entwicklung der Informations- und
 Unterstützungsnetzwerke in und zwischen reformierten Exilgemeinden 245

BETTINA BRAUN

5.4 Englische katholische Inseln auf dem Kontinent:
 Das religiöse Leben englischer Exilnonnen im 17. und 18. Jahrhundert 256

6 Materielle Praktiken in der Frühen Neuzeit 267

DAGMAR FREIST

6.1 Zur Einführung 267

BENJAMIN SCHMIDT

6.2 Form, Meaning, Furniture: On Exotic Things, Mediated Meanings,
 and Material Practices in Early Modern Europe 275

CONSTANTIN RIESKE

6.3 All the small things: Glauben, Dinge und Glaubenswechsel im Umfeld
 der Englischen Kollegs im 17. Jahrhundert 292

LUCAS HAASIS

6.4 Papier, das nötig und Zeit, die drängt übereilt. Zur Materialität und
 Zeitlichkeit von Briefpraxis im 18. Jahrhundert und ihrer Handhabe 305

ANNIKA RAAPKE	
6.5	Dort, wo man Rechtsanwälte isst. Karibische Früchte, Sinneserfahrung und die Materialität des Abwesenden 320
7	Praktiken der römischen Bücherzensur im 17. und 18. Jahrhundert 332
ANDREEA BADEA	
7.1	Zur Einführung 332
MARGHERITA PALUMBO	
7.2	„Deve dire il Segretario che li sono stati accusati...“. Die vielfältigen Wege der Anzeige an die Indexkongregation 338
ANDREEA BADEA	
7.3	Über Bücher richten? Die Indexkongregation und ihre Praktiken der Wissenskontrolle und Wissenssicherung am Rande gelehrter Diskurse 348
BERNWARD SCHMIDT	
7.4	Was ist Häresie? Theologische Grundlagen der römischen Zensurpraxis in der Frühen Neuzeit . . . 361
MARCO CAVARZERE	
7.5	The Workings of a Papal Institution. Roman Censorship and Italian Authors in the Seventeenth Century 371
8	Can you hear the light? Sinnes- und Wahrnehmungspraktiken in der Frühen Neuzeit 386
DANIELA HACKE, ULRIKE KRAMPL, JAN-FRIEDRICH MISSFELDER	
8.1	Zur Einführung 386
CLAUDIA JARZEBOWSKI	
8.2	<i>Tangendo</i> . Überlegungen zur frühneuzeitlichen Sinnes- und Emotionengeschichte 391
HERMAN ROODENBURG	
8.3	<i>Pathopoeia</i> von Bouts bis Rembrandt, oder: Wie man die Gefühle der Gläubigen durch ihre Sinne beeinflussen kann 405

DANIELA HACKE

8.4 *Contact Zones*. Überlegungen zum sinneshistorischen Potential
frühneuzeitlicher Reiseberichte 421

ULRIKE KRAMPL

8.5 Akzent. Sprechen und seine Wahrnehmung als sensorielle Praktiken des Sozialen.
Situationen aus Frankreich im 18. Jahrhundert 435

JAN-FRIEDRICH MISSFELDER

8.6 Der Krach von nebenan.
Klangräume und akustische Praktiken in Zürich um 1800 447

PHILIP HAHN

8.7 Sinnespraktiken: ein neues Werkzeug für die Sinnesgeschichte?
Wahrnehmungen eines Arztes, eines Schuhmachers, eines Geistlichen und
eines Architekten aus Ulm 458

9 Archival Practices.
Producing Knowledge in early modern repositories of writing 468

MARKUS FRIEDRICH

9.1 Introduction: New perspectives for the history of archives 468

ELIZABETH WILLIAMSON

9.2 Archival practice and the production of political knowledge
in the office of Sir Francis Walsingham 473

RANDOLPH C. HEAD

9.3 Structure and practice in the emergence of *Registratur*:
the genealogy and implications of Innsbruck registries, 1523–1565 485

MEGAN WILLIAMS

9.4 Unfolding Diplomatic Paper and Paper Practices in Early Modern Chancery
Archives 496

10 Praktiken des Verhandeln 509

CHRISTIAN WINDLER

10.1 Zur Einführung 509

RALF-PETER FUCHS	
10.2 Normaljahrsverhandlung als dissimulatorische Interessenvertretung	514
MATTHIAS KÖHLER	
10.3 Argumentieren und Verhandeln auf dem Kongress von Nimwegen (1676–79) ...	523
TILMAN HAUG	
10.4 Zweierlei Verhandlung? Zur Dynamik „externer“ und „interner“ Kommunikationspraktiken in den Beziehungen der französischen Krone zum Alten Reich nach 1648	536
CHRISTINA BRAUNER	
10.5 Ehrenmänner und Staatsaffären. Rollenvielfalt in der Verhandlungspraxis europäischer Handelskompanien in Westafrika	548
NADIR WEBER	
10.6 Praktiken des Verhandeln – Praktiken des Aushandelns. Zur Differenz und Komplementarität zweier politischer Interaktionsmodi am Beispiel der preußischen Monarchie im 18. Jahrhundert	560
JEAN-CLAUDE WAQUET	
10.7 Kommentar zur Sektion „Praktiken des Verhandeln“	571
11 Praktiken der Heuchelei?	
Funktionen und Folgen der Inkonsistenz sozialer Praxis	578
TIM NEU, MATTHIAS POHLIG	
11.1 Zur Einführung	578
THOMAS WELLER	
11.2 Heuchelei und Häresie. Religiöse Minderheiten und katholische Mehrheitsgesellschaft im frühneuzeitlichen Spanien	585
NIELS GRÜNE	
11.3 Heuchelei als Argument. Bestechungspraktiken und Simoniedebatten im Umfeld von Bischofswahlen der Frühen Neuzeit	596
BIRGIT NÄTHER	
11.4 Systemadäquate Artikulation von Eigeninteressen: Zur Funktion von Heuchelei in der frühneuzeitlichen bayerischen Verwaltung	607

TIM NEU	
11.5 „nicht in Meinung das [...] etwas neues eingeführt werde“.	
Heuchelei und Verfassungswandel im frühen 17. Jahrhundert	619
12 Praktiken des Entscheidens	630
BARBARA STOLLBERG-RILINGER	
12.1 Zur Einführung	630
BIRGIT EMICH	
12.2 <i>Roma locuta – causa finita?</i>	
Zur Entscheidungskultur des frühneuzeitlichen Papsttums	635
ANDRÉ KRISCHER	
12.3 Das Gericht als Entscheidungsgenerator.	
Ein englischer Hochverratsprozess von 1722	646
GABRIELE HAUG-MORITZ	
12.4 Entscheidung zu physischer Gewaltanwendung.	
Der Beginn der französischen Religionskriege (1562) als Beispiel	658
MATTHIAS POHLIG	
12.5 Informationsgewinnung und Entscheidung.	
Entscheidungspraktiken und Entscheidungskultur der englischen	
Regierung um 1700	667
PHILIP HOFFMANN-REHNITZ	
12.6 Kommentar zur Sektion „Praktiken des Entscheidens“	678
13 Die Ökonomie sozialer Beziehungen	684
DANIEL SCHLÄPPI	
13.1 Die Ökonomie sozialer Beziehungen. Forschungsperspektiven hinsichtlich	
von Praktiken menschlichen Wirtschaftens im Umgang mit Ressourcen	684
14 Fachgeschichte der Frühen Neuzeit	696
JUSTUS NIPPERDEY	
14.1 Die Institutionalisierung des Faches Geschichte der Frühen Neuzeit	696

2.3 Ärztliche Praxistagebücher der Frühen Neuzeit in praxeologischer Perspektive

Die Aufschriebe frühneuzeitlicher Ärzte erfahren zunehmend Interesse.¹ Ihre Praxistagebücher,² in denen sie für den eigenen Gebrauch und somit auch nach subjektiven Kriterien ihre Fälle dokumentierten, spiegeln das tatsächlich geschehene, den normativen Texten der Fachliteratur nicht zu entnehmende Handeln der Ärzte wider. „Das Handeln hat seine eigenen, sich aus dem Handlungsfluss ergebenden Gründe“³ – in dieser Feststellung ist bereits enthalten, worin die Defizite besagter Literatur hinsichtlich ihres Quellenwerts bestehen: Ihre idealtypische Darstellung blendet nicht nur alle Handlungsvarianten aus, die aus dem Kontakt mit einem individuellen Patienten und damit der dieser sozialen Interaktion inhärenten Logik hervorgehen können. Auch ein Handlungsfluss, wie ihn eine ärztliche Konsultation mit ihrer Abfolge von diagnostischen und therapeutischen Praktiken darstellt, kann eben erst aus einer Reihung einzelner Handlungen entstehen, deren Anwendung und Abfolge aber situativ bedingt sind.

Man kann versuchen, sich der Arztpraxis zu nähern, indem man sie dem Diktat der theoretischen Konzepte enthebt, das heißt sie nicht, wie es oft unbewusst geschieht, primär als Ort der Realisierung von kognitiven Inhalten versteht.⁴ Indem man also zum Beispiel nicht ausschließlich darauf abhebt, dass ein frühneuzeitlicher Arzt Blut in einer Schale betrachtet, weil er aus dessen Konsistenz humoralpathologisch begründete Aussagen ableiten will, sondern: dass die Blutschau seine Praxis von anderen unterscheidet; die Frequenz ihrer Anwendung sie zu einem strukturellen Baustein dieser seiner Praxis macht; für ihre Durchführung ein bestimmtes Instrumentarium vonnöten ist. Aus der banalen Feststellung, dass Praxis die Summe von Praktiken darstellt, leitet sich so für die Erforschung der Arztpraxis die Forderung ab, neben anderen As-

1 Siehe die Publikation des DFG-Projektverbunds „Ärztliche Praxis (17.–19. Jahrhundert)“, die auf der Auswertung von Praxistagebüchern acht verschiedener Ärzte basiert: Martin Dinges/Kay-Peter Jankrift/Sabine Schlegelmilch/Michael Stolberg (Hrsg.): *Medical practice (1600–1900). Physicians and their patients*. Leiden [im Druck].

2 Zu dieser Bezeichnung und einer Typologie der Praxistagebücher siehe Volker Hess/Sabine Schlegelmilch: *Cornucopia officinae medicae: Medical Practice Records and Their Origins*. In: ebd.

3 Siehe Sven Reichardt: Praxeologische Geschichtswissenschaft. Eine Diskussionsanregung. In: *Sozial.Geschichte* 22/3 (2007), S. 43–65, hier S. 50.

4 Zur Kritik an diesem Zugang: Christina Schachtner: *Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher*. Frankfurt a. M. 1999, S. 61.

pekten auch die sie konstituierenden Handlungen in den Blick zu nehmen. Im Folgenden möchte ich versuchen, einige grundlegende Punkte einer solchen praxeologischen Perspektive im Quellenbezug zu konkretisieren. Zugrunde liegt dieser kurzen Darstellung die Analyse der Praxistagebücher der Ärzte Johannes Magirus (1615–1697) und Johann Heinrich Bossen (1620–1673).⁵

2.3.1 Diskursive Ansprüche und empirische Wirklichkeit

Die Praxeologie weist darauf hin, dass Handlungswissen – also ein Wissen nicht darum, *was* man *warum* tut, sondern *wie* man es tut – einer eigenen Logik des praktischen Wissens folgt, die der normativer Vorgaben nicht entsprechen muss, vielmehr oft sogar im Widerspruch zu ihr steht.⁶ Die Existenz dieser Differenz von Norm und Praxis stellt nun keine neue Erkenntnis dar,⁷ sie ist jedoch vor allem für den Bereich der frühneuzeitlichen Medizingeschichte noch nicht hinreichend untersucht. Dies liegt in erster Linie daran, dass Darstellungen zur Medizintheorie zwar auch für die Frühe Neuzeit ausreichend vorhanden sind, vertiefte Studien zum Handeln einzelner Ärzte aber noch weitgehend fehlen. Folgt man jedoch der praxeologisch orientierten Forschung zu Selbstbildungsprozessen, entsteht jedes Subjekt (oder, abseits der akteurorientierten Subjekt-Objekt-Definition: jedes Individuum) erst durch sein Handeln.⁸ Die Parameter dieses Handelns sind einerseits diskursive Ansprüche, das heißt von außen an das Subjekt herangetragene Erwartungshaltungen (im Falle des Arztes können dies zum Beispiel Vorgaben medizinischer Fachliteratur sein oder auch Patientenwünsche), andererseits die empirische Wirklichkeit, das heißt die im subjektiven Handeln umgesetzten, da situativ als nötig empfundenen Problemlösungen (beispielsweise eine nicht theorie-, sondern erfahrungsgelenkte Behandlung eines bestimmten Patienten).

Ein einfaches Beispiel für diese Bipolarität zeigt die diagnostische Praxis, wie sie in den Praxistagebüchern von Johannes Magirus und Johann Heinrich Bossen sichtbar wird, genauer noch: die Frageroutine beider Ärzte bei der Anamnese. In

5 Eine detaillierte Auswertung der Ergebnisse, die hier nur sehr verknappt wiedergegeben werden können, folgt in der für 2016 geplanten Monographie: *Die ärztliche Praxis des 17. Jahrhunderts: Johannes Magirus (1615–1697)*. Die zugrundeliegenden Handschriften, das in Berlin und Zerbst von 1647–1656 geführte *Diarium* des Johannes Magirus und die von 1650–1673 in Helmstedt geführten *Ephemerides* des Johann Heinrich Bossen, werden dort ausführlich vorgestellt. Alle in diesem Artikel zitierten Fälle ohne expliziten Quellenbeleg werden dort behandelt.

6 Andreas Reckwitz: Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. In: *Zeitschrift für Soziologie* 32/4 (2003), S. 283–301, hier 290–293.

7 Siehe Schachtner, *Ärztliche Praxis*, S. 61.

8 Siehe Thomas Alkemeyer/Gunilla Budde/Dagmar Freist (Hrsg.): *Selbstbildungen. Soziale und kulturelle Praktiken der Subjektivierung*. Bielefeld 2013, hier S. 14f.; Reichardt, *Praxeologische Geschichtswissenschaft*, S. 58.

Magirus' Bibliothek befand sich, wie wir aus einem partiell erhaltenen Katalog wissen, Claudins Werk „De ingressu ad infirmos“.⁹ Es enthält eine Anleitung, nach welchem Schema der Arzt bei einem Erstkontakt den Patienten diagnostisch sinnvoll befragen soll. Dieses basiert im Wesentlichen auf der hippokratischen Pentade, einem Katalog von fünf Fragen, der der antiken Autorität zugeschrieben wurde. Er bildet den theoretischen Hintergrund, vor dem die tatsächliche Frageroutine der Ärzte ausgewertet wurde:¹⁰

Claudin, De ingressu ad infirmos	Magirus	Bossen
1. Welche körperlichen Unregelmäßigkeiten sind festzustellen? (<i>Qualis praeter naturam affectus?</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Was könnte die Ursache sein? (<i>Ex qua causa patiat aeger?</i>)	–	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Wie lange ist der Patient schon krank? (<i>A quot diebus patiat aeger?</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	–
4. Gibt es Ausscheidungen? (<i>An alvus secedat?</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Welchen Lebenswandel pflegt der Betroffene (<i>Quo victu vivatur aeger?</i>) → <i>sex res non naturales</i>	–	–

Genau diese Frageabfolge – nicht mehr und nicht weniger (*nec plura nec pauciora*)¹¹ – sollte also einen umfassenden Informationsgewinn gewährleisten. Wie leicht zu erkennen ist, setzten die beiden Ärzte die Fragen jedoch nicht wie vorgegeben um. Beide entschieden sich, die fünfte Frage in der täglichen Praxis nicht zu beachten. Auf der inhaltlichen Ebene betrachtet, könnte ein möglicher Grund hierfür sein, dass die zweite Frage (nach den Ursachen der Krankheit) darauf zielte, ob dem Patienten rein subjektiv Besonderheiten oder Unregelmäßigkeiten in bestimmten Bereichen seiner Lebensführung (Schlaf, Ernährung etc.) aufgefallen waren, was jedoch thematisch im Wesentlichen mit der fünften Frage zusammenfällt. Der eigentliche Grund ist somit, dass diese Frage innerhalb der Diagnose nicht ‚praktisch‘ gedacht war: Die Erkundigung nach den Routinen der Lebensführung sind implizit bereits in der Thematisierung von Unregelmäßigkeiten enthalten. Sie ergibt nur dann einen Sinn, wenn ein Arzt zur Prophylaxe konsultiert wurde, also um für einen Patienten ein *regimen*, das heißt ein diätetisches Programm zur Gesunderhaltung, zusammenzustellen.

9 Julius C. Claudin: *De ingressu ad infirmos*. Basel 1617.

10 Die Ärzte notierten natürlich die Fragen, die sie selbst stellten, nicht; ihre Aufschriebe enthalten jedoch die Aussagen der Patienten, die sich in spezifische thematische Gruppen sortieren lassen, aufgrund deren Frequenz Routine postuliert werden darf.

11 Claudin, *De ingressu*, S. 4.

Dann aber liegt ein anderer Handlungsrahmen vor als bei der Diagnose eines akut Erkrankten, worauf die ersten vier Fragen zielen. Man sieht, wie gerade in Lehrwerken des 16. und 17. Jahrhunderts oft noch künstliche Ordnungen aufgestellt bzw. aus Respekt vor akzeptierten Autoritäten beibehalten wurden, obwohl sie nicht wirklich ‚praktisch‘ waren.

Dadurch, dass Magirus und Bossen erkennbar nicht nur von der diskursiven Norm, sondern auch voneinander abweichen, wird die Individualität ihres ärztlichen Handelns sichtbar. Die sich auch hier bewahrheitende Prämisse, dass Praktiken ihre eigene, diskursunabhängige Logik besitzen,¹² nimmt die ärztliche Praxis primär als Ort der sozialen Interaktion in den Blick, deren Teilnehmer nur das akzeptieren, was ‚Sinn‘ ergibt – oder es sogar einfordern. Dies dürfte unter anderem auch ein anderes auffälliges Ergebnis der Auswertung erklären, nämlich dass Magirus nach seinem Umzug von Berlin nach Zerbst, wo er 1650 Stadtarzt wurde, eine bestimmte Praktik der Diagnose – die Urinschau – bei gleichbleibender Patientenzahl doppelt so oft anwendete wie zuvor (35 statt 17 Mal/Jahr).¹³ Diese Untersuchung besaß neben ihrem diagnostischen Nutzen auch symbolischen Charakter, denn mit nichts anderem wurde der mittelalterliche und dann auch frühneuzeitliche Arzt stärker identifiziert als mit dem Ritual der Urinschau, ja das Schauglas avancierte sogar in der Malerei zum distinktiven Merkmal des Arztes.¹⁴ Während Magirus in Berlin nicht selbstständig praktizieren konnte, sondern in Abhängigkeit von älteren, bereits etablierten Ärzten stand, baute er sich in Zerbst eine selbstständige Praxis auf. Dabei war er darauf angewiesen, von den Patienten als kompetenter Arzt wahrgenommen zu werden, und dies erforderte eine „skillful performance“.¹⁵ Wie sehr in einem solchen Kontext die Tätigkeit des Urinschauens als konstitutiv für die Bildung des Subjekts ‚Arzt‘ empfunden wurde, zeigen auch Bossens Aufschriebe in seinen ersten Praxisjahren, in denen er die topischen Narrative zu diesem Thema, wie sie sich in ständiger Wiederholung auch in zeitgenössischen Drucken finden, in seine privaten Aufzeichnungen integrierte. Als er den Urin eines Kranken gebracht bekam, aus dem er eine Voraussage zu dessen Überlebenschancen treffen sollte, resümierte er: „So sind die Menschen wahnhaft (*vane*) davon überzeugt, dass man aus Urin, der oft zwei oder drei Meilen in einem Tontopf daher geschleppt wurde, nicht nur Tod oder Genesung vorhersagen, sondern auch, ob es Urin von Mann oder Frau sei,

12 Siehe Reichardt, *Praxeologische Geschichtswissenschaft*, S. 55.

13 Zu einer Statistik auch der anderen diagnostischen Praktiken siehe Sabine Schlegelmilch: „What a Magnificent Work a Good Physician is“ – The Medical Practice of Johannes Magirus (1615–1697). In: Dinges u. a., *Medical practice* (siehe Anm. 1).

14 Siehe Michael Stolberg: *Die Harnschau. Eine Kultur- und Alltagsgeschichte*. Köln 2009, S. 125–131 und S. 203–212.

15 Als Beurteilungsmaßstab der „skillful performance“ wird ihre soziale Verständlichkeit angesehen: siehe Reckwitz, *Grundelemente*, 290.

sowie Schwere und Gründe der Erkrankung erkennen könne [...].¹⁶ Dieser Eintrag benennt aus normativer Sicht die Differenz zwischen Nötigem (Bossen wollte die gewünschte Aussage nicht allein auf Grundlage der Urinschau treffen) und Erwartetem, aus praxeologischer Sicht aber die „Eigensinnigkeit“¹⁷ von beidem. Mit dem eindeutig wertenden Eintrag bestärkte Bossen sich in seiner akademischen Kompetenz, er erinnerte sich selbst aber auch daran, dass man gut daran tat, das Uringlas zu schwenken, was die Überbringerin der Probe bei deren Deutung als Standardinszenierung wohl erwartet hätte.¹⁸

2.3.2 Die Objektgebundenheit ärztlichen Handelns

Die Praxeologie kritisiert die „Marginalisierung von Artefakten“¹⁹ und versteht als wichtige Prämisse jedweder Analyse die Beachtung nicht nur des Subjekts, sondern auch des Objekts: „Die Praxistheorie will eine scheinbare Trivialität rehabilitieren, die aber angesichts der Dominanz anderer Sozial- und Kulturtheorien wieder zur überraschenden und heuristisch fruchtbaren Einsicht werden kann: dass Praktiken nichts anderes als Körperbewegungen darstellen, und dass Praktiken in aller Regel einen Umgang von Menschen mit ‚Dingen‘, ‚Objekten‘ bedeuten [...].“²⁰ Wie für die Urinschau bereits erwähnt, illustrieren frühneuzeitliche Bildmedien (Gemälde, Drucke, Stiche etc.) uns augenfällig die Gebundenheit auch der akademischen Berufe an bestimmte Objekte, indem sie ihnen signifikante Attribute zuweisen (dies natürlich genrespezifisch differenziert): Theologen werden hier mit der heiligen Schrift und Kreuzifix, Juristen mit Papier und Stift, Ärzte mit dem bereits erwähnten Uringlas abgebildet. Interessanterweise wird das jeweilige Objekt oft in einer stilisierten Momentaufnahme seiner Benutzung erfasst,²¹ was unterstreicht, wie sehr die Akzeptanz einer Person in einem bestimmten Beruf von ihrem kompetenten Umgang mit (und nicht dem bloßen Besitz von) bestimmten Objekten geprägt war. Vielfältige Beispiele bieten die Ständebücher beispielsweise von Hans Sachs (1568) oder Christoph Weigel (1698), deren Abbildungen überwiegend Handwerker über

16 Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen [= SUB Göttingen], 2^e Ms. Meibom 152, S. 79 [Übersetzung: S. Schl.].

17 Siehe Reckwitz, *Grundelemente*, S. 296.

18 Reckwitz bezeichnet das nicht auf andere gerichtete, sondern autoreflexive Tagebuchschreiben, zu dem im weitesten Sinne auch solche Praxistagebücher zählen, in Anlehnung an Foucault als eine „Praktik des Selbst“: ebd., S. 292f.

19 Siehe ebd., S. 291.

20 Siehe ebd., S. 290.

21 Auch wenn die Blicke der Dargestellten ihren Fluchtpunkt außerhalb der Bilder finden, halten sie oft den Stift wie im Schreiben auf das Papier; die Ärzte blicken fast immer in das erhobene, gegen das Licht gehaltene Uringlas.

ihre objektgebundene Tätigkeit identifizieren. Hier finden wir aber auch wieder den urinschauenden Doktor (siehe Abb. 1).



Abb. 1 „Der Doctor“. Holzschnitt von Jost Amman aus Hans Sachs: *Eygentliche Beschreibung Aller Stände auff Erden*. Frankfurt a. M. 1568, Bl. D3^r: „Ich bin ein Doctor der Artzney/ An dem Harn kan ich sehen frey / Was krankheit ein Menschn thut beladn [...]“

Tatsächlich lässt sich die ärztliche Praxis der Frühen Neuzeit zu einem großen Teil als ein Umgang mit Körpern fassen: mit menschlichen und dinglichen. Wie sein Praxistagebuch zeigt, betrachtete, betastete und befühlte Johann Heinrich Bossen die Körper seiner Patienten; er beschaute den Inhalt des Harnglases, er schrieb seine Beobachtungen und seine Rezepte mit Feder und Tinte auf Papier. Dies alles tat Johannes Magirus ebenfalls, er benutzte jedoch zusätzlich auch Schalen, wahrscheinlich mit Unzenmarkierung, um das Blut der Patienten sich darin absetzen zu lassen und so den Gehalt an Serum festzustellen;²²

22 Das in den Schalen aufgefangene Blut sollte ca. eine Stunde lang ruhen. Während dieser Zeit setzte sich sein flüssiger Anteil (*serum*) von dem geronnenen Bodensatz (*cruor*) ab. Das Serum wurde jedoch nicht einfach nur als Flüssigkeitsanteil verstanden, sondern gab Hinweise auf die „chymische“ Zusammensetzung des Blutes.

außerdem hantierte er mit Zeicheninstrumenten wie zum Beispiel dem Zirkel und mit astronomischem Gerät, da er iatromathematisch diagnostizierte und therapierte, das heißt unter Einbeziehung der von ihm bestimmten Sternkonstellationen, deren Auswirkungen er in gezeichneten Horoskopen festhielt. Exzerpte aus Fachliteratur lassen erkennen, dass er in den knapp sechs Jahren der erfassten Behandlungszeit ca. 35 Fachbücher wiederholt in die Hand nahm und eingehend konsultierte. Wie sehr Magirus selbst den ihn umgebenden Objekten einen definierenden Charakter zuschrieb, zeigt das Titelblatt, das er für seine jährlich publizierten Kalender wählte (Abb. 2).

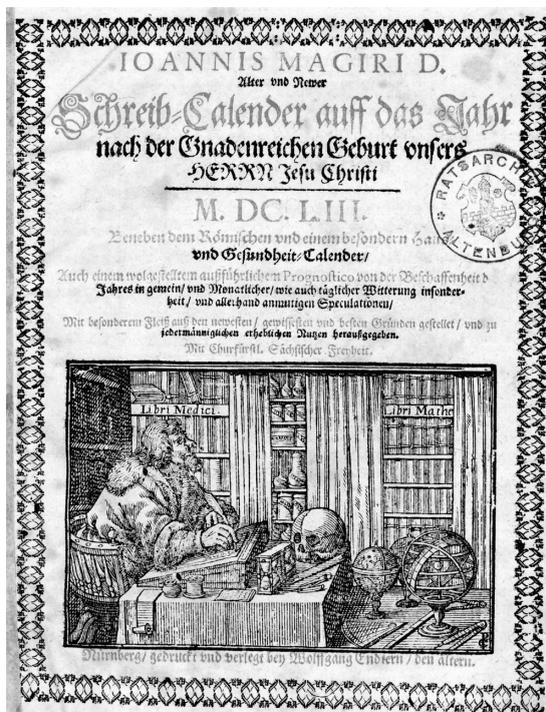


Abb. 2 Titelholzschnitt. Johannes Magirus D.: *Alter und Newer Schreibkalender auf das Jahr [...] 1653*. Nürnberg 1652.

Die Praxistagebücher belegen auch die Abhängigkeit des Praktizierens von diesen Objekten:²³ So musste Magirus zum Beispiel eine Diagnose abrechnen, da er bei einem Aderlass nicht die nötigen Schalen für eine Untersuchung des

23 Vgl. Reckwitz, *Grundelemente*, S. 291: „Verhaltensroutinen [...] setzen [...] regelmäßig auch ganz bestimmte Artefakte [voraus], die vorhanden sein müssen, damit eine Praktik entstehen konnte und damit sie vollzogen und reproduziert werden kann.“

Blutes bei sich hatte; er vermerkte in dieser Situation, dass die entsprechende Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt mit den Messschalen nachgeholt werden müsse. Aus solchen Bemerkungen und den notierten Ergebnissen der Untersuchungen in den Praxisaufzeichnungen müssen die tatsächlichen Praktiken erschlossen werden. Denn ihre Durchführung wird nicht beschrieben: Das dahinter stehende Handlungswissen (zum Beispiel wie man den Puls fühlt) war für den Arzt so selbstverständlich, dass es nicht mehr expliziert werden musste, die mnemotechnische Funktion speziell der Praxistagebücher unterband die Aufzeichnung dessen, was nicht vergessen werden konnte, da es verinnerlicht („inkorporiert“) war.²⁴ Jedes notierte Untersuchungsergebnis muss somit hinsichtlich der Anwendung einer bestimmten Praktik dechiffriert werden; aus der Frequenz der entsprechenden Notate ergeben sich Behandlungskonstanten und damit die strukturierende Routine der jeweiligen Praxis.

2.3.3 Routine und Innovation

Die Praxeologie definiert „Gewohnheit und Reflexion“, Repetitivität und kulturelle Innovativität als die „zwei Seiten der ‚Logik der Praxis‘“.²⁵ Strukturgebend ist hier primär die Routine, die, genau genommen, bereits mit der ersten Wiederholung einer Handlungsentscheidung beginnt: Man tut etwas wieder, weil es sich beim ersten Mal als subjektiv beste Lösung für eine spezifische Problemstellung erst dargestellt und dann bewährt hat. Im Übergang von der bewussten zur unreflektierten Wiederholung festigt sich dann die Routine. Trotzdem ist sie nur scheinbar iterativ, da die Problemstellung nie wirklich identisch ist. All dies trifft auch auf die ärztliche Praxis zu, die zwar von Handlungskonstanten in Diagnostik und Therapie geprägt, aber durch die Interaktion mit individuellen Patienten bestimmt ist. Die Frage, wie Innovation in der Arztpraxis entsteht, lässt viele möglichen Szenarien zu: die Beeinflussung durch bestimmte Fachdiskurse, für die in der Frühen Neuzeit auch die theologische Ebene mitgedacht werden muss – Johann Heinrich Bossen notierte sich etwa, dass in einem spezifischen Behandlungskontext (ein kranker Priester) spezifische Routinehandlungen zu unterlassen sind (für vier bis fünf Stunden nach dem Gottesdienst darf kein Aderlass vorgenommen werden, da Bewusstlosigkeit und Erbrechen möglich wären).²⁶ Daneben sind auch zum Beispiel Reaktionen in einzelnen (Notfall)

24 Die „Inkorporiertheit“ von Wissen enthebt dieses der Explizierungsfähigkeit oder -bedürftigkeit: ebd., S. 290.

25 Siehe Reichardt, *Praxeologische Geschichtswissenschaft*, S. 48; Reckwitz, *Grundelemente*, S. 294.

26 SUB Göttingen, 2° Ms. Meibom 152, S. 79. Das Verbot rührte vielleicht daher, dass die (auch durch die Hostie) aufgenommene spirituelle Verbindung gewaltsam unterbrochen worden wäre.

situationen möglich, die aus Reflex, nicht Reflexion entstehen, aber sich als erfolgreich erweisen, und ebenso das emotional verknüpfte Lernen aus dem Scheitern, das heißt beispielsweise nach dem Tod eines Patienten eine neue Bewusstheit für bestimmte Symptome zu entwickeln und ihre Feststellung nicht nur aus kognitivem Verständnis, sondern auch aus einer gewissen Furcht des Wiedererlebens in die zukünftige Diagnose einzubeziehen. Objektbezogen wäre gerade für die Frühe Neuzeit die Modifikation oder Erfindung eines Hilfsmittels aus dem Erlebnis der Unzureichendheit der bisherigen Möglichkeiten zu nennen.²⁷ In diesem letzten Bereich ist auch das Experimentieren anzusiedeln, das zum Beispiel Johannes Magirus dazu brachte, eine bestimmte Rezeptur für einen aus einfachen Zutaten hergestellten, jedoch wirksamen Abführsaft zu entwickeln, den er nach erfolgreicher Selbstverabreichung bei seinen Patienten einsetzte.

Magirus' Praxis ist auch noch im Hinblick auf seine mathematische Auffassung der Medizin interessant, da diese sein Verständnis von Krankheit und damit auch seinen Umgang mit derselben zu beeinflussen scheint. Vieles deutet darauf hin, dass er – und dies ist als eine These zu betrachten – unbewusst spezifisches Wissen, besser noch: ‚praktisches‘ Wissen von einer Praktik auf die andere übertrug,²⁸ also ein einer bestimmten Handlung prämissenhaft zugrundeliegendes Denkmuster in einer anderen ebenso zur Anwendung brachte. Der bereits vorgestellte Vergleich der Frageroutinen beider Ärzte (siehe oben) ergab auch, dass Magirus nicht nur einige Fragen des Kanons nicht stellte, sondern auch eine zusätzliche in seine Praxis integrierte, die ungefähr gelautet haben dürfte: „Wart Ihr schon einmal krank?“ Diese Frage gibt es bei Heinrich Bossen nicht. Seinen Eintragungen nach betrachtete er jede Erkrankung nicht als potentiell neuerliche, sondern neue Erkrankung; sein Praxistagebuch besitzt im Gegensatz zu Magirus keinen Index, um die Krankheitsfälle zusammenzuführen, keine internen Verweise. Gewöhnlich würde man eine Begründung für Magirus' spezielles Interesse in kognitiven Mustern zu finden suchen und postulieren, er sei zum Beispiel auf der Grundlage seiner Erfahrungen zu der Erkenntnis gelangt, dass verschiedene Erkrankungen bei ein und demselben Patienten in Zusammenhang stehen könnten, oder es sei eine dahingehende Empfehlung in der normativen Fachliteratur ausfindig zu machen. Hier wäre dann natürlich zuerst an Hippokrates zu denken, dessen Konzept der Prognostik nicht nur Zukunft, sondern auch Vergangenheit des Erkrankten in den Blick nahm, und

27 Ein Beispiel hierfür ist die Erfindung eines Blutmessgeschirrs, das der Suhler Stadtarzt Johann Friedrich Glaser entwickelte, um die in therapeutischer Hinsicht wichtige Menge des abgelassenen Blutes genauer bestimmen zu können: siehe Ruth Schilling: *Social Mobility and Medical Practice: Johann Friedrich Glaser (1707–1789)*. In: *Dinges u. a., Medical practice* (s. Anm. 1).

28 Siehe Reckwitz, *Grundelemente*, S. 292.

dessen Schriften Grundlagen des frühzeitlichen Medizinstudiums darstellten.²⁹ Aber auch Johann Heinrich Bossen hatte studiert, und der einzige Autor, den er überhaupt zitierte, war ausgerechnet Hippokrates. Bossen aber stellt die Frage nicht, und die zitierte hippokratische Pentade kennt sie nicht.

Eine mögliche Erklärung kann wieder der Blick auf Magirus' tatsächliche Praxis bieten. Eine der diagnostischen Praktiken, von denen bereits die Rede war, ist die iatromathematische Analyse. Sie ermöglichte es nach damaligem Verständnis dem darin versierten Arzt, ein Horoskop auf einem bestimmten Datum zu errichten. Dieses Horoskop hatte gewöhnlich die Gestalt eines mit dem Zirkel gezogenen Kreises, der in zwölf Segmente für die zwölf Tierkreiszeichen unterteilt war, oder eines in zwölf Dreiecke unterteilten Quadrats. Jedes Segment stand dabei für einen bestimmten Lebensbereich, auf den die Planeten Einfluss nehmen konnten (auch: Gesundheit und Tod), wenn sie in bestimmte Konstellationen zueinander traten. In Magirus' Sicht, der dem cartesianischen, mathematisch-mechanischen Weltbild folgte und dessen Verständnis die Medizin als angewandte Mathematik galt, erbrachte dieses Analyseinstrument, das auf eigenen Messungen, Zeichnungen und Berechnungen beruhte, besonders präzise, da objektive Ergebnisse hervor – es war das mathematischste. Die Horoskope erlaubten ihm, je nachdem, auf welchem Datum sie errichtet wurden (entweder auf dem Geburtsdatum oder dem Tag der Erkrankung) Aussagen über die generelle gesundheitliche Disposition eines Patienten oder den Grund seiner Erkrankung (in der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft) zu benennen: Lebenslauf und Planetenlauf waren in ewiger Fortbewegung miteinander verknüpft, die einzigen zuverlässigen Körper im Kosmos des ‚berechnenden‘ Arztes waren die der Planeten. Magirus' Publikationen – Jahreskalender, Einführungen in Mathematik, Fortifikation und Astronomie – zeigen, wie sehr sein Denken in allen Bereichen von diesem Erklärungsmuster durchdrungen war. Es ist also nicht auszuschließen, dass er ein solchermaßen inkorporiertes Wissen auch in seiner ärztlichen Praxis in verschiedenen Bereichen umsetzte: Nicht nur als Movens der Horoskoperstellung, die stets einen über die Gegenwart hinausgehenden Zeitrahmen aufspannte, sondern auch bei der anamnestischen Frage nach der Vergangenheit des Patienten. Bei akuten Erkrankungen war ihm der genaue Tag der Erkrankung wichtig; die vor seinem Eintreten in den Fall verstrichenen Tage, für die er sich von seinen Patienten den täglichen Verlauf der Krankheit schildern ließ, verzeichnete er in seinen Aufschrieben oft nicht mit ihren Namen, sondern den ihnen zugeordneten astronomischen Zeichen. Dies ist erwähnenswert, da Magirus die Frage nach früherer Erkrankung und

29 Siehe Renate Wittern: Prognose – Überlebensstrategie des antiken Autors? In: Andreas Frewer/Claus Rödel (Hrsg.): *Prognose und Ethik. Theorie und klinische Praxis eines Schlüsselbegriffs der Ethik in der Medizin*. Jena/Erlangen 1994, S. 13–25, hier S. 18.

bisherigem Krankheitsverlauf nicht nur Patienten stellte, für die er auch ein Horoskop erstellte. Denn diese machten aufgrund der Kosten für den größeren Zeitaufwand nur etwa zehn Prozent seiner Patienten aus. Unbewusst schien er die entsprechenden Berechnungen und ihre Implikationen immer mitzudenken, auch wenn er sie nicht durchführte. Dies muss Spekulation bleiben. Es zeigt jedoch, wie das Nachdenken über Praktiken, ihre Entstehung und ihre Bedeutung in einem spezifischen Praxiskontext zusätzliche Deutungshorizonte eröffnen kann.