

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 *Saperi*. 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

2.4 Kommunikative Praktiken.

Ärztliche Wissensvermittlung am Krankenbett im 16. Jahrhundert.

Kommunikative Praktiken¹ innerhalb der *res publica litteraria* und ihre Bedeutung für die Verbreitung neuer wissenschaftlicher und medizinischer Theorien, empirischer Befunde und Praktiken sind in den letzten Jahren eingehend untersucht worden. Das gilt auch und gerade für die Frühe Neuzeit, in deren Erforschung die dicht geknüpften Briefnetzwerke, die Rolle der gelehrten Akademien und die Gründung der ersten wissenschaftlichen Journale große Aufmerksamkeit gefunden haben.²

Weit weniger wissen wir bislang über die Vermittlung von medizinischen und naturwissenschaftlichen Konzepten und Erkenntnissen an die breitere Bevölkerung. Die medizinhistorische Frühneuzeitforschung hat diese bislang vor allem unter dem Stichwort ‚Popularisierung‘ zu fassen versucht. Sie hat sich dabei auf die Analyse gedruckter, volkssprachlicher Gesundheitsratgeber, Pestschriften und ähnlicher Werke konzentriert, die sich an eine breitere Leserschaft richteten.³ Aufgrund der beschränkten Lesefähigkeit und der bescheidenen finanziellen

-
- 1 Im Folgenden verstehe ich ‚Praktiken‘ im Sinne von Theodore R. Schatzki als „a set of doings and sayings“. ‚Praktiken‘ in diesem Sinne setzen sich aus miteinander verknüpften Einzelhandlungen zusammen und sind ihrerseits in der Regel teleologisch auf eine Aufgabe, ein Projekt ausgerichtet. Sie verfestigen und verstetigen sich, verändern sich aber gegebenenfalls auch, im Zeitverlauf in ihrem wiederholten Vollzug (vgl. Theodore R. Schatzki: *The site of the social. A philosophical account of the constitution of social life and change*. University Park (PA) 2002, S. 70–75, Zitat S. 73).
 - 2 Giuseppe Olmi: *Molti amici in vari luoghi. Studio della natura e rapporti epistolari nel XVI secolo*. In: *Nuncius* 6 (1991), S. 3–31; Hans Bots/Francoise Waquet (Hrsg.): *Commercium litterarium. La communication dans la République des lettres [...] 1600–1750*. Nijmegen 1993; Tilman Rau: *Das Nürnberger Commercium litterarium ad rei medicae et scientiae naturalis incrementum institutum (1731–1745). Ein Beitrag zur Frühgeschichte des medizinischen Journalismus*. Erlangen 2006; Constant J. Mews/John N. Crossley (Hrsg.): *Communities of learning. Networks and the shaping of intellectual identity in Europe, 1100–1500*. Turnhout 2011; Nancy G. Siriasi: *Communities of learned experience. Epistolary medicine in the Renaissance*. Baltimore 2013.
 - 3 Wegweisend: Roy Porter (Hrsg.): *The popularization of medicine 1650–1850*. London 1992; siehe auch Ortrun Riha: *Medizin für Nichtmediziner : Die Popularisierung heilkundlichen Wissens im Mittelalter*. In: *Medizin Gesellschaft Geschichte* 13 (1994), S. 9–34; allgemein: Richard Whitley (Hrsg.): *Expository science. Forms and functions of popularisation*. Dordrecht 1985; Holger Böning: *Volksaufklärung. Biobibliographisches Handbuch zur Popularisierung aufklärerischen Denkens im deutschen Sprachraum von den Anfängen bis 1850*. Bd. I: *Die Genese der Volksaufklärung und ihre Entwicklung bis 1780*. Stuttgart–Bad Canstatt 1990.

Möglichkeiten weiter Bevölkerungskreise müssen wir jedoch davon ausgehen, dass nur eine kleine Minderheit diese Schriften tatsächlich kaufen und lesen konnte, und selbst in gebildeten Kreisen war die gedruckte Schrift allem Anschein nach nur ein Medium unter mehreren, über das gelehrtes medizinisches Wissen verbreitet wurde.

Der entscheidende Ort einer Kommunikation von gelehrtem, akademischem medizinischem Wissen, so die Ausgangsthese dieses Beitrags, war in der Frühen Neuzeit vielmehr die alltägliche heilkundliche Praxis, die persönliche Begegnung zwischen den Ärzten und ihren Patienten. Das galt umso mehr, als Krankheit damals weit mehr als heute ein öffentliches Geschehen war. Wenn der Arzt, wie weithin üblich, Kranke in ihrer Krankenstube besuchte, umstanden zeitgenössischen Berichten zufolge oft zahlreiche Angehörige, Nachbarn und Freunde das Krankenbett. Selbst Kranke, die ihrerseits den Arzt in dessen Haus aufsuchten, kamen offenbar selten allein und sie mussten, wenn wir zeitgenössischen bildlichen Darstellungen glauben dürfen, zudem damit rechnen, dass andere Kranke und deren Begleiter bei der Konsultation zugegen waren. Ob im Haus des Kranken oder im Ordinationszimmer des Arztes: regelmäßig sah und hörte so eine mehr oder weniger große Anzahl von Umstehenden zu, wenn der Arzt den Kranken ausfragte und untersuchte. Diese Umstehenden lauschten seinen Erklärungen über die mutmaßliche Natur der Krankheit und ihre Ursachen und vernahmen seinen therapeutischen Rat. Sie waren gewissermaßen sein Publikum,⁴ und sie konnten das Gesehene und Gehörte anschließend weitererzählen und das aus ihrer Zeugenschaft gewonnene Wissen an andere weitergeben.

Leider ist die Kommunikation und Interaktion zwischen den Ärzten einerseits und den Kranken und ihren Familien und Freunden andererseits aus den überlieferten Quellen in der Regel nur in groben Umrissen rekonstruierbar. Schilderungen von Arztbesuchen in frühneuzeitlichen Autobiographien sind meist sehr kurz gehalten.⁵ Ähnliches gilt für die Berichte über vorausgegangene ärztliche Konsultationen, wie wir sie in frühneuzeitlichen Briefen finden, in denen Patienten, im Rahmen der damals in den Oberschichten recht verbreiteten Praxis einer epistolarischen Konsultation, schriftlich über ihre Krankengeschichte berichteten.⁶ Bildliche Darstellungen – der ‚Besuch des Arztes‘ war ein recht

4 Jens Lachmund/Gunnar Stollberg: The doctor, his audience, and the meaning of illness. The drama of medical practice in the late 18th and early 19th centuries. In: dies. (Hrsg.): *The social construction of illness. Illness and medical knowledge in past and present*. Stuttgart 1992, S. 53–66.

5 Michael Stolberg: *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*. Weimar 2003; Gudrun Piller: *Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts*. Köln u. a. 2007.

6 Stolberg, *Homo patiens*; Robert Weston: *Medical consulting by letter in France, 1665–1789*. Farnham 2013.

beliebtes Sujet insbesondere der niederländischen Genremalerei – geben für das 17. Jahrhundert wichtige Aufschlüsse über das (idealtypische) Setting und die Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Interaktion durch andere Laien – in diesem Fall die Künstler selbst –, aber sie verraten nur begrenzt etwas über die Inhalte der Kommunikation.⁷

Im Folgenden werde ich auf eine Quelle zurückgreifen, die ungewöhnlich tiefe Einblicke in diese Kommunikationspraktiken eröffnet. Es handelt sich um eine Reihe von handschriftlichen Notizbüchern, in denen der weitgehend unbekannte böhmische Arzt Georg Handsch Mitte des 16. Jahrhunderts auf rund 4.000 Seiten niederschrieb, was ihm selbst und den Ärzten in seinem Umfeld in der alltäglichen Praxis widerfuhr und was ihm Kollegen, Bekannte und Patienten erzählten.⁸ Vor allem in einem dieser Notizbücher⁹ – und das ist für unsere Fragestellung von besonderem Wert – finden sich auch Hunderte von Einträgen, in denen Handsch, der sonst fast nur lateinisch schrieb, auf Deutsch wiedergab, was er und andere Ärzte zu den Patienten und den Umstehenden gesagt, wie sie die Krankheit und ihre Ursachen erklärt und, darauf aufbauend, ihre Behandlung gerechtfertigt hatten, und was sie zukünftig in ähnlichen Fällen sagen konnten.

In der Mühe, die sich Handsch mit der Anfertigung dieser Notizen machte, kam eine Erkenntnis zum Ausdruck, der sich wohl die meisten Ärzte damals früher oder später stellen mussten: Der frühneuzeitliche Gesundheitsmarkt war heiß umkämpft. Neben den wenigen akademisch gebildeten ‚Doktoren‘ warben zahlreiche Heilkundige um Patienten, von handwerklich gebildeten Badern und Barbieren bis hin zu Laienbehandlern und fahrenden Arzneihändlern aller Couleur. Selbst in den gebildeten Oberschichten waren die Kranken und ihre Angehörigen offenbar nicht bereit, den gelehrten Ärzten allein kraft ihres akademischen Ranges vorbehaltlos jene Überlegenheit zuzuschreiben, die diese selbst für sich in Anspruch nahmen.¹⁰ In dieser Situation konnten sich die Ärzte nicht auf esoterische lateinische Fachbegriffe zurückziehen. Sie mussten den Kranken und den Umstehenden beweisen, dass sie die wahre Natur der Krankheit erkannt und eine entsprechend wirksame Behandlung gefunden hatten. Dazu mussten sie sich solcher Begriffe und Bilder bedienen, die der Sprache und dem Verständnishorizont der medizinischen Laien angemessen waren. Da

7 Besonders verbreitet im Rahmen von Darstellungen der Liebeskrankheit; vgl. Einar Pettersen: *Amans amanti medicus. Das Genremotiv „Der ärztliche Besuch“ in seinem kulturgeschichtlichen Kontext*. Berlin 2000.

8 Österreichische Nationalbibliothek, Wien [= ÖNB], Cod. 11183, Cod. 11200, Cod. 11205, Cod. 11206, Cod. 11207, Cod. 11238, Cod. 11247.

9 ÖNB, Cod. 11206.

10 Patrick Wallis: Competition and cooperation in the early modern medical economy. In: Mark. S. R. Jenner/Patrick Wallis (Hrsg.): *Medicine and the market in England and its colonies, c. 1450–c. 1850*. London 2007, S. 47–68.

aber jede Erklärung eines konkreten Krankheitsgeschehens zwangsläufig auf übergreifende Konzepte vom menschlichen Körper und seinen Krankheiten zurückgreifen musste, wurde das diagnostische und therapeutische Urteil des Arztes zu einem zentralen Medium, über das gelehrtes medizinisches Wissen, in vereinfachter, laienverständlicher Form, in der Bevölkerung verbreitet wurde. Das gilt umso mehr, als die jüngere medizinhistorische Forschung mittlerweile gezeigt hat, dass durchaus nicht nur die reichen Oberschichten beim Arzt Hilfe suchten, sondern auch Handwerker, Kaufleute und Bauern.¹¹

2.4.1 Das ärztliche Urteil

Welches Wissen, welche Konzepte vermittelten die gelehrten Ärzte in der persönlichen Interaktion am Krankenbett und im Ordinationszimmer? Im Blick auf die verbreitete Darstellung der herrschenden Humoralpathologie in einschlägigen medizinhistorischen Werken scheint die Antwort auf diese Frage ziemlich klar. Man würde erwarten, dass die Ärzte die meisten Krankheiten auf ein gestörtes Gleichgewicht der vier Körpersäfte (Blut, Schleim sowie gelbe und schwarze Galle) oder der vier primären Qualitäten (warm, kalt, feucht und trocken) zurückführten. Doch Handschs Notizen warten mit einer Überraschung auf. Seinen Aufzeichnungen zufolge spielten solche Vorstellungen in der ärztlichen Kommunikation mit den Patienten und ihren Angehörigen kaum eine Rolle. Seine Kollegen und er selbst erklärten die allermeisten Krankheiten vielmehr mit einer Ansammlung von unreiner, fauliger oder in anderer Weise verderblicher Materie im Körper. Zuweilen meinten sie, der ganze Körper sei betroffen. „Er faulet inwendig“¹² sagte der Arzt dann beispielsweise, oder – vermutlich außer Hörweite des Patienten, vor der Krankenstube – „er ist innen faulig, ein lebender Kadaver“.¹³ Weitaus häufiger lokalisierten die Ärzte diese ‚Krankheitsmaterie‘ an einem konkreten Ort im Körper, in einem bestimmten Organ. Handsch notierte eine ganze Reihe von geeigneten Formulierungen dieser Art, wie: „Lung und Leber faulet ym“¹⁴, „Die Leber verjaucht“¹⁵, „Die Milcz ist im verunreiniget“

11 Das ist auch das Ergebnis der Arbeit eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten deutsch-österreichisch-schweizerischen Forschungsverbands, in dessen Mittelpunkt die Analyse von ärztlichen Praxistagebüchern und vergleichbaren Quellen aus der Zeit zwischen 1600 und 1900 stand; vgl. Martin Dinges/Kay P. Jankrift/Sabine Schlegelmilch/Michael Stolberg (Hrsg.): *Medical practice 1600–1900. Physicians and their patients*. Leiden 2015 [im Druck].

12 ÖNB, Cod. 11206, fol. 20^r.

13 Ebd., fol. 170^r; ähnlich ebd. fol. 114^r.

14 Ebd., fol. 14^v.

15 Ebd., fol. 126^v.

oder „Ein fauler Schleim ligt i[h]m im Magen“,¹⁶ oder die Gebärmutter sei „voll bösen Geblüts“.¹⁷

Derlei lokale Ansammlungen von verderblicher Materie und der faulige Verfall des Körpersubstanz schrieben die Ärzte den Kranken und ihren Angehörigen gegenüber wiederum im Wesentlichen zwei Ursachen zu. Das war zum einen eine fehlerhafte, und zwar in der Regel unzureichende „Verdauung“ oder „Verkochung“ der Nahrung. Hinter solchen Ausdrücken verbirgt sich die alte, schon bei Galen formulierte – und vielen Laien offenbar vertraute – Vorstellung, dass Magen und Leber die fremde, unreine Materie, die der Körper täglich mit der Nahrung aufnahm, ganz buchstäblich, wie ein Herd, zu nahrhaftem Blut „verköchen“ und assimilierten, also der Körpersubstanz in den einzelnen Organen ähnlich machen müssten. Wurde die Nahrung nur unzureichend verdaut oder verkocht, bliebe sie roh und unrein. Man erklärte in diesem Sinne, der Magen der Kranken sei „schwach“, „kalt“, „verschleimt“, „verderbt“, „zerrüttet“ oder die Leber zu „schwach“, „zu kalt“, „geschwollen“ oder auch „zu heiß“.¹⁸ Oder etwas ausführlicher: „Der Magen und die Leber ist dermassen geschwecht und verterbt, das alles was er isset, in einen Schleim und böse Feuchtigkeit verkert wird.“¹⁹

Die Folgen lagen aus zeitgenössischer Sicht auf der Hand: Zum einen taugte das entstandene Blut wenig zur Nahrung. Er habe „kein gutes Blut im Leib“, erklärte Handsch beispielsweise einem „rusticus“, und werde deshalb immer schwächer.²⁰ Vor allem aber häufe sich statt gesundem Blut schleimige, faulige oder in anderer Weise verderbliche Materie im Körper an. Diese könne das Geblüt insgesamt „infizieren“, wie man das damals nannte, oder sie lagere sich in Gestalt von „Flüssen“ an irgendeiner Stelle im Körper ab. „Ir habt einen blöden, übel dauenden Magen“, erklärte Handsch beispielsweise einer Patientin mit Rückenschmerzen und Atemnot „der do auß der Speiß und Tranck am meysten Fließ und Schleim macht.“²¹ Solche Flüsse konnten in vielfältiger Weise in Erscheinung treten. In der Lunge etwa verursachten sie Husten, Atemnot und Schwindsucht, in den Gelenken schmerzhaftes Schwellen, auf der Haut Blasen, Eiterbeulen und schlimmstenfalls Krebsgeschwüre.

Das zweite grundlegende Konzept, dessen sich die Ärzte am Krankenbett und im Ordinationszimmer immer wieder bedienten, um die Krankheitsgenese zu erklären, war das der „Verstopfungen“. Das Wort „verstopft“, notierte sich Handsch, könne man auf vielerlei Weise gebrauchen: „in Leber, Milz, Ader zwischen Ma-

16 Ebd., fol. 23^v.

17 Ebd., fol. 17^v.

18 Ebd., fol. 17^v.

19 Ebd., fol. 172^v.

20 Ebd., fol. 16^v–17^f.

21 Ebd., fol. 33^f.

gen und Leber, im Geäder, im Geblüt.²² Selbst das gesunde Geblüt drohe zu verderben, wenn es vor einer „verstopften“ Leber oder Milz ins Stocken gerate.²³ Und vor allem behinderten solche Verstopfungen die natürliche Ausscheidung all des Unrats, der sich fast unvermeidlich ständig im Körper ansammle. Wie aus einem stinkenden Misthaufen, so empfahl ein medizinischer Autor in den 1520er Jahren den Patienten das Geschehen zu veranschaulichen,²⁴ stiegen aus der Ansammlung von Krankheitsmaterie auch schädliche Dämpfe nach oben, zum Herzen oder ins Hirn. „Die [Gebär]Mutter ist ir verunreinigt und verschleimpt“, schloss Handsch aus dem herbeigebrachten Harn einer Frau, „davon steigen die bösen Dempffe und Aufblähung zum Herzen, Magen, ins Heupt.“²⁵

2.4.2 Kommunikation durch Handeln

Die explizite, verbale Erklärung des Krankheitsgeschehens und die Erläuterung der empfohlenen Behandlung war nur ein Weg, über den stets zugleich auch allgemeine medizinische Vorstellungen kommuniziert und bekräftigt wurden. Auch diagnostische und therapeutische Praktiken, wie die Harn- und Blutschau oder die Gabe von bestimmten Arzneien, waren, in einem weiteren Sinne, ‚kommunikative‘ Praktiken. Ihre Aussagekraft wurde häufig durch verbale Erläuterungen bestärkt und konkretisiert, doch schon für sich genommen, durch ihren bloßen Vollzug vermittelten sie implizite Theorien vom menschlichen Körper und seinen Krankheiten.

Das mit Abstand wichtigste diagnostische Verfahren der Frühen Neuzeit, die Harnschau, zeigt das sehr anschaulich.²⁶ Wenn jemand krank wurde und medizinische Hilfe suchte, das wissen wir aus zahlreichen Selbstzeugnissen und ärztlichen Fallberichten, ließ man in der Regel als Erstes den Harn beschauen. Heute wird die Harnschau oft mit Scharlatanerie assoziiert, damals aber galt sie den meisten Ärzten als unverzichtbar. Mit gutem Grund fungierte das Harnglas über Jahrhunderte als ärztliches Standessymbol. Wie kein anderes Verfahren stand die Harnschau für die Fähigkeit der Medizin, die krankhaften Vorgänge im Körperinneren zu entschlüsseln.

22 Ebd., fol. 23^v.

23 Beispielsweise ebd., fol. 23^v.

24 Bayerische Staatsbibliothek, München, Clm 25087: *Modus iudicandae urinae, cum pictis vasis continentibus urinam diversi coloris*. Abschnitt: *Formula loquendi vulgariter in iudicio urinali*; bei dem angegebenen Verfasser, dem Kremser *Plebanus* Micha Braun, handelt es sich offenkundig um den Kremser Arzt und Geistlichen Michael Braun.

25 ÖNB, Cod. 11206, fol. 35^v.

26 Vgl. zum Folgenden meine ausführliche Darstellung in Michael Stolberg: *Die Harnschau. Eine Kultur- und Alltagsgeschichte*. Köln/Weimar 2009.

Diese Fähigkeit wurde Tag für Tag eindrücklich in Szene gesetzt. Der Harnschauer musste sich, zeitgenössischen Beschreibungen zufolge, gehörig Zeit nehmen. Er hielt das Glas schräg gegen das einfallende Licht, betrachtete es aus verschiedenen Winkeln, setzte die Flüssigkeit im Glas mit der Hand in sanfte Bewegungen oder schlug das Glas auf einer weichen Unterlage auf. Manche Harnschauer hielten das Glas auch vor einen Spiegel, andere ließen den Harn zwischendurch eine Stunde ruhen und besahen ihn anschließend nochmals, beispielsweise auf zwischenzeitliche Trübung oder Sedimentbildung.

Schon die Tatsache an sich, dass man den Harn sammeln musste, weil der Arzt ihn sehen wollte, und dass dieser ihn dann minutiös untersuchte, inszenierte nicht nur eindrucksvoll die Fähigkeit des Arztes, aus dieser unscheinbaren, unappetitlichen Flüssigkeit die Natur der Krankheit zu erkennen. Der sorgfältige Blick auf den Harn, vor einem mehr oder weniger großen Laienpublikum, vermittelte zugleich ein Geflecht von Vorstellungen über den Menschen und seine Krankheiten.

Die Grundelemente der Harnschau waren auch Laien zugänglich. Zwei Merkmale vor allem galt es zu beachten: die Farbe und sichtbare Beimengungen. Ein heller, blasser Harn verwies auf eine unzureichende Verkochung des Harns – und legte die Vermutung nahe, dass der Körper auch die einkommende Nahrung und im Körper entstehende Krankheitsstoffe nur unzureichend „verkochen“ und weder erfolgreich assimilieren noch ausscheiden konnte. „Ist sie [die *urina*] digest“, mochte in diesem Sinne ein Patient seinen Arzt fragen.²⁷ Bei unzureichender Verkochung drohte sich rohe, feuchte, schleimige Flüssigkeit anzusammeln, im Magen selbst, dem ersten Ort der Verdauung, aber auch im übrigen Körper. Seltener deutete eine ungewöhnlich dunkle Farbe auf eine übermäßige Erhitzung des Harns und damit der Säfte hin, etwa bei Fieber. Beimengungen, wie Schleim, Wolken, kleine Sandkörnchen, Schuppen oder Haare, konnten gar unmittelbare Aufschlüsse über die Natur des Krankheitsstoffs geben, denn es lag nahe, in ihnen eben jene Krankheitsmaterie zu sehen, derer sich der Körper über den Harn zu entledigen suchte. Wenn der Arzt dem Patienten und seinen Angehörigen solche Wolken oder Sandkörnchen vor Augen führte, dann verlieh er den hypostasierten Krankheitsstoffen – und damit der herrschenden Krankheitslehre – eine scheinbar objektive, faktische Existenz.

Das zweite zentrale Diagnoseverfahren in der frühneuzeitlichen Medizin war das Fühlen des Pulses. In Padua gab es hierfür sogar lange Zeit einen eigenen Lehrstuhl.²⁸ Erforderte schon die Harnschau die Fähigkeit, mit den eigenen Sin-

27 ÖNB, Cod. 11206, fol. 20^v; Handsch schreibt diese Worte seinem „princeps“ zu, also vermutlich Erzherzog Ferdinand.

28 Guter Überblick in Faith Wallis: Signs and senses. Diagnosis and prognosis in early medieval pulse and urine texts. In: *Social history of medicine* 13 (2000), S. 265–278; zu Padua siehe Bartolo Bertolaso: La cattedra „De pulsibus et urinis“ (1601–1748) nello studio padovano. In: *Castalia* 16 (1960), S. 109–117.

nen zwanzig unterschiedliche Farben und noch mehr mögliche Beimengungen zu differenzieren, so lässt sich die Pulsdiagnose praxeologisch noch stärker als ein Know-how begreifen, als ein Handeln, in dem spezifische Formen eines inkorporierten praktischen Wissens zum Ausdruck kamen.²⁹ Während man die Harnfarben üblicherweise durch den Vergleich mit vertrauten Substanzen aus der Alltagswelt, wie Rotwein oder Safran, veranschaulichte, ließen sich die unterschiedlichen Pulsqualitäten mit sprachlichen Mitteln nur unzureichend beschreiben. Ihre Unterscheidung bedurfte langjähriger Übung am Krankenbett. Ähnlich wie in der Harnschau konnte der Arzt zwar durch das Fühlen des Pulses seine Fähigkeit unterstreichen, die geheimnisvollen Vorgänge im Körperinneren zu entschlüsseln. Die kommunikative Wirkmacht des Pulsfühlers war allerdings allem Anschein nach deutlich geringer als die der Harnschau. Der Puls gab nach damaliger Vorstellung in erster Linie Aufschluss über die Bewegung der Lebensgeister in den Gefäßen und mittelbar über die Stärke der Lebenswärme im Herzen als deren Triebkraft. Anhand des Pulses konnte der Arzt feststellen, dass die Bewegungen der Lebensgeister geschwächt oder durch ein Fieber verändert waren. Über die eigentliche Ursache der Krankheit oder gar über die Natur des mutmaßlichen Krankheitsstoffes aber konnte er nur mutmaßen. Der Pulsdiagnose fehlte es damit an der eindrucksvollen, buchstäblich augenfälligen Qualität der Harnschau. Vielleicht war das auch ein wesentlicher Grund, warum die gelehrten Ärzte, anders also noch im Mittelalter, auf dem zunehmend umkämpften Gesundheitsmarkt der Frühen Neuzeit, trotz vielfältiger Warnungen vor möglichen Fehldiagnosen weit stärker auf die Harnschau als auf die Pulsdiagnose setzten und die nicht-ärztlichen Heilkundigen nach heutigem Kenntnisstand fast gänzlich auf die Pulsdiagnose verzichteten.

Auch der manuellen Untersuchung des Körpers, dem Palpieren wohnte eine implizite Krankheitstheorie inne. Lange Zeit herrschte in der Geschichtsschreibung die Auffassung vor, die frühneuzeitlichen Ärzte hätten eine körperliche Untersuchung allenfalls in seltenen Ausnahmen vorgenommen. Neuere Forschungen zeigen aber, dass die körperliche Untersuchung, vor allem des Bauchraums, bereits in der Mitte des 16. Jahrhundert als Routinemaßnahme an führenden Universitäten der Zeit gelehrt und in der alltäglichen Praxis angewandt wurde.³⁰ Eine Störung eines Gleichgewichts der Säfte oder Qualitäten war damit nicht zu erkennen. Die manuelle Untersuchung des Körpers spiegelte vielmehr die Überzeugung, dass Krankheiten häufig ein lokales Geschehen waren, dass sie

29 Andreas Reckwitz: Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. In: *Zeitschrift für Soziologie* 32 (2003), S. 282–301, hier S. 292.

30 Michael Stolberg: Examining the body, c. 1500–1750 In: Sarah Toulalan/Kate Fisher (Hrsg.): *The Routledge history of sex and the body, 1500 to the present*. Oxford 2013, S. 91–105.

insbesondere auf eine örtliche Ansammlung von Säften oder auf eine Verstopfung und Verhärtung von Organen zurückgingen, die sich von außen ertasten ließ.

Was ich bislang für die diagnostische Praxis beschrieben habe, gilt analog für die medizinische Behandlung. Die ärztlichen Verordnungen waren, zumindest dem ärztlichen Anspruch nach, in hohem Maß an die einzelne Krankheit und den einzelnen Patienten mit seiner persönlichen Geschichte und seinen spezifischen Lebensumständen angepasst. Auch die Therapie brachte jedoch implizit stets zugleich ein übergreifendes, zeitspezifisches Wissen über den Körper und seine Krankheiten zum Ausdruck. Bei vornehmen Patienten verschrieben die Ärzte regelmäßig ein sogenanntes ‚Regimen‘, das heißt genaue Anweisungen zur Ernährung und zur sonstigen Lebensweise, in denen sich wiederum die ärztliche Diätetik spiegelte, die Lehre von der überragenden ätiologischen, prophylaktischen und therapeutischen Bedeutung von Nahrung und Lebenswandel. Vor allem aber kamen bei nahezu jeder Krankheit entleerende Verfahren zur Anwendung: Aderlässe, Schröpfen sowie kräftige Abführmittel, welche schon bei einmaliger Gabe zuweilen 20 oder 30 Stühle bewirkten, sowie Brechmittel mit ähnlich drastischer Wirkung. Bei chronischen Krankheiten konnte der Arzt das Anlegen einer Fontanelle empfehlen, eines künstlich, etwa mit dem Brenneisen, hervorgerufenen und gezielt offengehaltenen Geschwürs, aus dem wochen- und monatelang unreine, stinkende Materie ablief. Mit der Verordnung solcher Verfahren und Mittel kommunizierten die Ärzte so immer wieder aufs Neue die überragende Bedeutung von unreinen, fauligen Krankheitsstoffen, die es aus dem Körper zu eliminieren galt.³¹

Neben der verbalen Anweisung des Arztes und den entsprechenden therapeutischen Verrichtungen kam hier zudem, gewissermaßen als weiterer Akteur, der Körper der Patienten selbst ins Spiel. Denn diese Verfahren schienen ihre Wirksamkeit immer wieder eindringlich vor Augen zu führen: Das Blut in der vor ihnen stehenden Aderlassschüssel, so erklärten Ärzte und Chirurgen den Patienten und ihren Angehörigen beispielsweise, sei sichtbar „verstockt“, „verdorben“, „übel“ oder „schleimig“. Und dass das stinkende Erbrochene und die künstlich hervorgerufenen Durchfälle voller Schleim und offensichtlich höchst unrein waren, konnte jedermann sehen und riechen. So führte Handsch beispielsweise einem jungen Kaufmann anschaulich vor Augen, dass sein Mittel den Patienten in der Tat von „zähem Schleim“ befreit hatte, indem er mit einem Ästchen Schleim von dessen Stuhl abhob. „Das gefiel ihm“, „hoc ei placuit“, fügte er zufrieden hinzu. Angesichts der von Ärzten wie Laien akzeptierten zentralen Bedeutung verderblicher Krankheitsstoffe zeigte die entleerende Wirkung also bereits die erfolgreiche Bekämpfung der Krankheit an. Und tatsächlich wurden viele Patienten unter einer solchen Behandlung wieder gesund. Rückblickend mögen wir

31 Stolberg, Homo patiens.

das vor allem auf den günstigen natürlichen Verlauf der meisten Krankheiten und Placebowirkungen zurückführen. Aber aus der Sicht der Ärzte und ihres Publikums bestätigte sich so immer wieder aufs Neue, dass die herrschenden Krankheitsvorstellungen richtig und die entleerenden Therapien wirksam waren.

2.4.3 Schluss

Die alltägliche ärztliche Praxis, so hoffe ich deutlich gemacht zu haben, war ein höchst wirksames Medium für die Vermittlung und Bestätigung von gelehrtem medizinischem Wissen. Hier wurden nicht wortkarg Medikamente verschrieben und unverständliche lateinische Krankheitsdiagnosen verkündet: Die Ärzte – und gleiches gilt vermutlich für andere Heilkundige – erklärten die Krankheit und die nötige Behandlung, oft im Beisein anderer oder diesen gegenüber. Sie versuchten ihr ‚Publikum‘ zu überzeugen. Dass ihnen das wichtig war, zeigt sich beispielhafte in Handschs ergänzenden Notizen zu manchen seiner Äußerungen. „Placuit“ heißt es da zuweilen, oder wenigstens „non displicuit“.³² Das hieß offenbar: der Arzt durfte hoffen, dass man ihn weiter zu Rate ziehen würde.

Allem Anschein nach hatte dieser Wunsch, ja diese Notwendigkeit zu gefallen, letztlich auch weitreichende Folgen für das Wissen als solches, das die Ärzte vermittelten, für die Konzepte und Vorstellungen, die sie am Krankenbett und im Ordinationszimmer verbreiteten. Vergleichen wir nämlich die bei Handsch überlieferten ärztlichen Erläuterungen am Krankenbett mit den Theorien und Erklärungsmodellen in zeitgenössischen Lehrbüchern, so stoßen wir auf markante Unterschiede. Die skizzierten Auffassungen von der zentralen Rolle der Verkochung, der Verstopfungen und der gestörten Ausscheidungen finden sich zwar auch in den gelehrten Werken. Auffällig ist aber, was die Ärzte gegenüber den Patienten und ihren Angehörigen kaum zur Sprache brachten. Die Diätetik etwa, das heißt die Lehre von der gesunden Lebensgestaltung, spielte nur in den schriftlichen Konsilien für vornehme Patienten eine wichtige Rolle. In seinen Aufzeichnungen zur Kommunikation am Krankenbett erwähnt Handsch sie dagegen nur gelegentlich, am Rande, vor allem, wenn die Ärzte einen diätetischen Verstoß als Ursache der Krankheit ausgemacht hatten. Auch Krankheitsbegriffe wie Pleuresie, Apoplexie oder Hypochondrie, nach denen zeitgenössische Lehrbücher häufig sogar gegliederten waren, spielten Handschs Aufzeichnungen zufolge – mit Ausnahme des Fiebers und der schier allgegenwärtigen „Franzosenkrankheit“ – im Umgang mit den Patienten kaum eine Rolle. Die Ärzte, so scheint es, beschränkten sich weitgehend auf eine kleine Auswahl von Bildern und Erklärungen des Krankheitsgeschehens im Körper, die den Kranken und ihren Angehörigen vertraut waren.

³² Beispielsweise ÖNB, Cod. 11206, fol. 39^v und fol. 40^r.

Mehr noch: die Wissenskommunikation ging nicht nur in eine Richtung. In einem bemerkenswerten Ausmaße waren die studierten Ärzte ihrerseits bereit, das Wissen und die Erfahrungen von Laien ernst zunehmen. Handsch notierte nicht nur, was die Ärzte den Patienten und den Umstehenden sagten, sondern auch umgekehrt, was er von medizinischen Laien hörte, ja „lernte“, „didici“, wie er manchmal formulierte. Das betraf konkrete Erfahrungen mit der Herstellung und Anwendung von Medikamenten, auf die sich vor allem viele Frauen verstanden. Es betraf die den männlichen Ärzten nur schwer zugänglichen ‚Geheimnisse‘ des weiblichen Körpers – Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – hier waren besonders Frauen aus der eigenen Familie, dem eigenen Verwandtenkreis, eine privilegierte Quelle. Und es betraf Krankheiten, wie die kindliche „Nabelverstüzung“, die in der gelehrten Medizin keinen rechten Platz hatten, für die die Patienten oder deren Angehörige aber ärztliche Hilfe suchten. Hier treten uns kommunikative Praktiken eines veritablen Wissensaustauschs entgegen, einer Zirkulation von Wissensvorräten und empirischen Beobachtungen und Erfahrungen zwischen gelehrter Medizin und Laien, die nur langsam, im Laufe der Jahrhunderte, mit der wachsenden Professionalisierung der Ärzte immer mehr an Bedeutung verloren.³³

33 Ausführlich hierzu Michael Stolberg: Learning from the common folks. Academic physicians and medical lay culture in the sixteenth century. In: *Social history of medicine* 27 (2014), S. 649–667.