



Robert Jütte

Krankheit und Gesundheit in der Frühen Neuzeit

Kohlhammer
Urban Akademie

Robert Jütte

**KRANKHEIT UND GESUNDHEIT
IN DER FRÜHEN NEUZEIT**

Verlag W. Kohlhammer

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 Verlag W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlaggestaltung: Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN: 978-3-17-022227-4

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	7
EINLEITUNG	10
Der Wandel des Krankheitspanoramas	10
Krankheitserklärungen	14
Änderungen im Krankheits- und Gesundheitsverhalten	16
Medikalisierung	19
DIE ALLGEGENWART VON INFEKTIONSKRANKHEITEN	21
Epidemiologischer Wandel	21
Pest	23
Lepra	35
Syphilis	41
Pocken	51
Fleckfieber	59
Malaria	63
LANGES SIECHTUM: CHRONISCHE KRANKHEITEN	73
Definitionen: damals – heute	73
Gicht	74
Skrofeln	80
Epilepsie	85
Krebs	96
HILFE IM KRANKHEITSFALL	104
Selbstdiagnose und -hilfe	104
Wege zum Therapeuten	117
Standardtherapien der Frühen Neuzeit	127
Warten auf ein Wunder: Alternative Kuren	136
DIE GESELLSCHAFTLICHE REAKTION AUF KRANKHEIT	148
Stigmatisierung	148

Isolierung	163
Soziale Kontrolle des Krankheitsverhaltens	174
KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG	183
Formen der Betroffenheit und des Mitleids	183
Umgang mit Krankheit	188
Familie und häusliche Pflege im Krankheitsfall	196
Das Arzt-Patient-Verhältnis	203
Therapietreue (Compliance)	207
DIE WIEDERKEHR DER SEUCHEN – ODER: WAS MAN AUS DER MEDIZINGESCHICHTE LERNEN KANN	217
Fazit	220
BIBLIOGRAPHIE	222
ABBILDUNGSNACHWEISE	238
REGISTER	239

VORWORT

»Es gibt große Krankheiten, an denen man sterben kann; es gibt ferner welche[,] die [man], obgleich man nicht daran stirbt, doch ohne viel Studium bemerkt und fühlt; endlich gibt es aber auch welche, die man ohne Mikroskop kaum erkennt, dadurch nehmen sie sich aber auch recht abscheulich [sic] aus und dieses Mikroskop ist die Hypochondrie.«

Georg Christoph Lichtenberg (1742–1799), Sudelbuch J 693 (zwischen 10. Mai und 14. Juni 1791)

Das Thema Krankheit und Gesundheit in der Frühen Neuzeit fasziniert mich seit meinen ersten Archivstudien in den späten 1970er Jahren, als ich mich in Köln und Frankfurt am Main im Rahmen meiner Doktorarbeit auf die Suche nach Quellen zur Geschichte der Armenfürsorge im 16. und 17. Jahrhundert begab. Denn die Menschen, die damals auf Almosen angewiesen waren, waren häufig durch Unfälle, eine längere Krankheit oder eine der vielen Seuchen (Lepra, Syphilis) in bittere Not geraten. Seinerzeit interessierte ich mich eher für den sozialfürsorglichen Aspekt des Themas.

Die Fülle der in beiden Archiven, insbesondere im Historischen Archiv der Stadt Köln, vorhandenen medizinhistorisch relevanten Akten, die ich damals wegen der Konzentration auf meine Dissertation nur beiläufig wahrnehmen konnte, ließ bei mir den Entschluss reifen, mich stärker – auch methodisch – in die Medizingeschichte einzuarbeiten, hatte ich mich bis dahin doch vor allem als Sozialhistoriker verstanden. So lernte ich in London das heute leider nicht mehr existierende Institut für Medizingeschichte des *Wellcome Trust* kennen, wo Persönlichkeiten wie Roy Porter (1946–2002) forschten, die für meinen späteren Weg als Medizinhistoriker bestimmend wurden. Eine Forschungsstipendium der Robert Bosch Stiftung, der ich damals noch nicht beruflich verbunden war, ermöglichte mir 1988 einen einjährigen Archivaufenthalt in Köln, um dort für meine Habilitationsschrift mit dem Titel »Patient und Heiler in der vorindustriellen Gesellschaft. Krankheits- und Gesundheitsverhalten im frühneuzeitlichen Köln« das außerordentlich vielfältige und reichhaltige Quellenmaterial zusammenzutragen. Inzwischen dürfte ein Großteil der Bestände, die ich

Ende der 1980er Jahre noch einsehen konnte, aufgrund des Einsturzes des Kölner Stadtarchivs am 3. März 2009 zumindest für die serielle Forschung unwiederbringlich verloren sein, obwohl angeblich 95 % der Archivbestände »gerettet« werden konnten (es fragt sich allerdings, in welchem Zustand sich die Akten befinden und wann sie wieder für die Forschung zugänglich sein werden). So ist es auch und gerade für den Frühneuzeithistoriker ein schwacher Trost, wenn er aus der Zeitung erfährt, dass der Neubau das »modernste und sicherste Kommunalarchiv Europas« sein wird.

Der Schock, der mich 2009 wie so viele Kolleginnen und Kollegen traf, die ihre aktuellen und geplanten Forschungen mit Quellen aus dem Kölner Stadtarchiv damals im wörtlichen Sinne »begraben« mussten, wirkt immer noch nach. Als mich vor gut drei Jahren das Angebot des Kohlhammer Verlags erreichte, ein wissenschaftliches Sachbuch zur Geschichte von Krankheit und Gesundheit in der Frühen Neuzeit zu schreiben, habe ich nach einigem Zögern dennoch gerne zugesagt. Dabei haben zwei Gründe eine Rolle gespielt. Zum einen ist die stark gekürzte Buchfassung meiner Bielefelder Habilitationsschrift bereits seit vielen Jahren vergriffen und auch antiquarisch kaum noch zu bekommen. Zum anderen lag deren Fokus auf dem Krankheits- und Gesundheitsverhalten der Menschen einer bestimmten frühneuzeitlichen Stadt, nämlich Köln. Inzwischen gibt es eine Fülle von medizinhistorischen Studien, die unseren Blick auf den Patienten und sein frühneuzeitliches soziales Umfeld erweitert haben. Hier bieten sich inzwischen Möglichkeiten zu Vergleichen an, wie sie Ende der 1980er Jahre aufgrund einer unzureichenden Materialgrundlage noch kaum denkbar waren.

Als ich 1990 mein jetziges Amt antrat, bekam das Institut für einige Jahre einen neuen Schwerpunkt in der Sozialgeschichte der Medizin: Die Geschichte der Seuchen. Von diesen Forschungen profitiert das erste Kapitel, in dem einige der bedeutenden Infektionskrankheiten der Frühen Neuzeit vorgestellt werden. Das Thema Seuchen interessiert mich weiterhin, zumal die Bedrohung auch für Europa und die Bundesrepublik nicht vorbei zu sein scheint (Stichwort: Vogelgrippe). Doch noch mehr lag für mich die Herausforderung bei diesem Buchprojekt darin, auch die chronische Erkrankungen, die demographisch vor dem 20. Jahrhundert noch keine so große Rolle spielten, in die Darstellung mit einzubeziehen. Über die Auswahl im Kapitel 2 mag man trefflich streiten, aber mir ging es um eine Mischung von heute weiterhin sehr bedeutsamen Leiden sowie inzwischen mehr oder weniger in Vergessenheit geratenen chronischen Erkrankungen.

Die Kapitel 3 bis 5 basieren auf meinen frühen Arbeiten zur Patientengeschichte. Daher wird der Leser häufig auf den Ortsnamen Köln stoßen. Das ist keine Bequemlichkeit, sondern auch sachlich begründet; denn die Kölner Quellen sind zum Teil einzigartig, wie ich im Laufe meiner über 20-jährigen hauptberuflichen Forschung auf dem Gebiet der Medizingeschichte immer wieder feststellen konnte. So habe ich auch bislang nicht publiziertes Quellenmaterial für diese Darstellung verwendet und mich darüber hinaus bemüht, neuere Studien zu dieser Thematik aus anderen Regionen vergleichend einzubringen.

Trotz einiger Quellen aus nicht-deutschsprachigen Ländern, die zu Vergleichszwecken herangezogen wurden, liegt der Fokus dieser Darstellung eindeutig auf dem deutschsprachigen Raum. Eine europäische Gesamtschau des Themas hätte den Rahmen gesprengt.

Ich kann nicht alle nennen, die mir im Laufe der letzten drei Jahrzehnte bei der Materialsammlung geholfen haben. Sie sind zumeist in früheren Publikationen bereits bedankt worden. Das gilt auch in Hinblick auf die Robert Bosch Stiftung, die mir seit über 20 Jahren medizinhistorische Forschung in einem hervorragenden Umfeld ermöglicht. Für das gegenwärtige Buchprojekt schulde ich vor allem meiner wissenschaftlichen Mitarbeiterin, Dr. Bettina Blessing, Dank für die kritische Durchsicht des Manuskripts und für ihre Anregungen. Mein Sohn Daniel, der als Frühneuzeithistoriker inzwischen seinen eigenen Weg geht, war wie immer in den vergangenen Jahren mein kritischster Leser. Ihm verdanke ich so manchen wertvollen Rat und Anstoß zur Selbstkritik. Schließlich gilt mein Dank Herrn Dr. Daniel Kuhn vom Kohlhammer Verlag, der die Idee zu diesem Buchprojekt hatte und auch beim Lektorieren eine wertvolle Hilfe war.

Stuttgart, im Frühjahr 2013

Robert Jütte

EINLEITUNG

Der Wandel des Krankheitspanoramas

In seinen Erinnerungen an die Kindheit hielt der Kölner Jurist und Ratsherr Hermann Weinsberg (1518–1597) fest, dass er 1532 »Fieber« (*feber*) bekam und sich dieses mit »Kälte« (*kalde*) ein auf den anderen Tag abwechselte, so dass er nachts kaum schlafen konnte und auch nicht in der Lage war, die Schule zu besuchen. Nicht nur dieses autobiographische Zeugnis, auch ein Blick in die seit dem 16. Jahrhundert überlieferten Sterbebücher zeigt, dass eine im Wesentlichen auf Symptombeschreibungen basierende medizinische Terminologie heute durch eine neue, nach pathologischen Ursachen differenzierende Fachsprache ersetzt worden ist. Statt der vagen, allgemeinen Kategorie »Fieber«, die in der Frühen Neuzeit häufig als Todesursache eingetragen wurde, finden wir nunmehr die spezifische Krankheitsursache, beispielsweise Lungenentzündung, die zudem nach einem international gültigen Schlüssel (ICD-10) kodiert wird. Auch die moderne Bedeutung des Begriffs »Hypochondrie« führt bis Mitte des 18. Jahrhunderts bei der Quelleninterpretation in die Irre. Denn unter dieser Bezeichnung verstand man seit der Antike eine reale körperliche Krankheit ohne Krankheitsfurcht als Leitsymptom. Die Umdeutung zu einer psychischen Störung, bei der die Betroffenen unter ausgeprägten Ängsten leiden, eine ernsthafte Erkrankung zu haben, ohne dass sich dafür ein objektiver Befund finden lässt, ist also erst jüngerer Datums, das heißt nicht älter als 250 Jahre, wie unter anderem das diesem Buch vorausgeschickte Motto belegt.

Doch sieht man von diesen terminologischen Verschiebungen einmal ab, die durch den in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vollzogenen medizinthoretischen Paradigmenwechsel zu erklären sind, so fällt weiterhin ins Auge, dass sich das Krankheitspanorama in den letzten 300 Jahren grundlegend gewandelt hat. Bis zu Beginn dieses Jahrhunderts waren es eindeutig Infektionskrankheiten (z. B. Lungenentzündung) oder die sogenannten Volksseuchen (Pocken, Tuberkulose, Diphtherie), an denen die meisten Menschen starben.

Das bestätigt unter anderem ein Blick in die Chronik der Kölner Familie Rapp/Mappius vom Anfang des 18. Jahrhunderts.¹ Darin sind Krankheiten notiert, hinter deren oft für uns seltsamen Namen sich häufig Infektionskrankheiten verborgen haben dürften. Als Todesursachen werden im Einzelnen erwähnt: Die Schwägerin Anna Odilia Christina Brosius starb am 9. Oktober 1727 im Alter von 22 Jahren an einem »Fleckfieber« (fol. 26), desgleichen am 29. April 1729 die Schwiegermutter Clara Sophia Curtius, 59 Jahre alt (fol. 27f). Der »Zehrer« erlagen am 14. November 1729 die Tochter Klara Carolina (»und hatt viell gelitten«) und am 14. Februar 1733 der Schwager Peter Friedrich Brosius, 34 Jahre alt (fol. 28). Georg Mapp starb am 20. Dezember 1745 im Alter von 51 Jahren nach 4-tägiger »Brust- und hitziger Krankheit« (fol. 45). Eine tödliche »Brustkrankheit« hatte auch der Schwiegervater Johann Tilman Brosius, der am 28. April 1729 72jährig verstarb (fol. 27). Ein »Schlaganfall« ereilte am 9. Oktober 1760 Johanna Marie Catharina Mappiu (geb. 1690): Um 2 Uhr nachmittags wurde sie vom linken Arm her auf beide Beine und auch an der Zunge, so dass sie die Sprache verlor, vom Schlag getroffen (fol. 37^v). Dieses eher impressionistische Bild wird durch die Untersuchung der Sterberegister einzelner zeitgenössischer rheinischer Pfarreien weitgehend bestätigt. Danach starb in Arloff bei Bad Münstereifel in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts ein Drittel der dort begrabenen Erwachsenen allein an Erkrankungen der Atemwege. Eine weitere, häufig genannte Todesursache war übrigens die »Wassersucht« (*ex hydropsi*) in Verbindung mit »Auszehrung« (*tabes*), besonders bei älteren Menschen.²

Mittlerweile dominieren in den Industrieländern eindeutig die chronischen Krankheiten. Neben den Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind in den letzten Jahrzehnten die Krebserkrankungen und die Krankheiten des Nervensystems auf dem Vormarsch. 2010 starben in der Bundesrepublik knapp 860 000 Menschen.³ Den größten Anteil (41 %) haben daran Erkrankungen des Kreislaufsystems. An zweiter Stelle stehen die Krebserkrankungen oder bösartigen Neubildungen mit etwas mehr als 25 Prozent aller Sterbefälle. Es folgen die Krankheiten der Atmungsorgane (7 %) und der Verdauungsorgane (5 %). Auf diese vier Krankheitsgruppen entfallen also fast 80 Prozent aller Sterbefälle. Die nicht-natürlichen Sterbefälle (Unfalltod, Selbstmord) haben einen Anteil von knapp 4 Prozent an den Todesursachen.

Schwieriger wird es noch, wenn wir nicht die langfristige Entwicklung der Sterberate und die sich darin widerspiegelnde soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod betrachten, sondern auch etwas über Veränderungen der Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) in Erfahrung bringen wollen.

MORBIDITÄT, MORTALITÄT, LETALITÄT

Unter Morbidität (von lat. *morbidus* = krank) versteht man die Krankheitshäufigkeit, und zwar bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe. Als Mortalität bezeichnet man die Anzahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum bezogen auf 1000 Individuen einer Gesamt- oder Teilpopulation. Mit Letalität ist die Sterberate unter den Erkrankten gemeint.

Für den Zeitraum vor Einführung der Krankenversicherung in den 1880er Jahren gibt es nur vereinzelt Quellen, die Rückschlüsse auf die Erkrankungshäufigkeit und durchschnittliche Erkrankungsdauer zulassen. Danach entfielen beispielsweise im 17. Jahrhundert auf die Angestellten einer Amsterdamer Druckerei jährlich umgerechnet 650 Krankheitstage pro 100 Arbeiter.⁴ Die durchschnittliche Zeit der Arbeitsunfähigkeit lag bei 20 Tagen. Im Vergleich dazu sehen die entsprechenden Zahlen bei den Pflichtversicherten aller Fabrikkrankenkassen des Deutschen Reiches zwischen 1886 und 1905 im Jahresmittel wie folgt aus: 705,8 Krankheitstage pro 100 männliche Versicherte und eine durchschnittliche Erkrankungsdauer von 16 Tagen pro Fall (bei den Männern).⁵ Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit liegt heute bei 11,3 Tagen je Fall und hat sich damit gegenüber früher verringert (im Zeitraum 1886–1905 im Durchschnitt 16 Tage für Männer, 17,6 Tage für Frauen⁶). Anfang der 1990er Jahre entfielen von den 25,2 Millionen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfällen 14,8 Millionen auf männliche Pflichtmitglieder.⁷ Um die Jahrhundertwende war das Geschlechterverhältnis ähnlich, lediglich die in der Textilindustrie beschäftigten versicherungspflichtigen Frauen wiesen eine höhere Erkrankungsrate als die Männer auf.

Krankheit ist nicht nur ein mehr oder weniger häufig auftretendes Alltagsphänomen, das sich statistisch in Morbiditäts- und Mortalitätsziffern ausdrücken lässt. Sie greift in unser alltägliches Leben ein. Der Kranke muss die Krankheit beziehungsweise ihre Symptome zunächst registrieren, dann verstehen lernen und sich schließlich mit ihnen auseinandersetzen.

Medikales Laienwissen setzte sich damals kaum anders als heute zunächst aus Selbsterfahrung mit Krankheit und Tod, dann aber auch aus vermittelter Fremderfahrung (Krankengeschichten aus zweiter Hand) und popularisiertem Buchwissen zusammen. Angesichts der selbst im städtischen Bereich noch relativ geringen Lesefähigkeit eines erheblichen Teils der Bevölkerung in der Frühen Neuzeit spielten vermutlich insbesondere die beiden zuerst genannten Informationskanäle eine sehr viel größere Rolle als in unserer, von den Massenmedien geprägten Gesellschaft, in der kaum eine Familienzeitschrift oder ein Wochenblatt ohne einen ausführlichen, offensichtlich äußerst populären Gesundheitsteil erscheint,⁸ von den Veränderungen durch das Internet ganz zu schweigen.

ÄTIOLOGIE

Der Begriff stammt aus dem Griechischen (*aitía* ‚Ursache‘ und *lógos* ‚Lehre‘) und bezeichnet ganz allgemein die Lehre von den Ursachen der Entstehung von Krankheiten. Im klinischen Sinn kann damit auch die Gesamtheit der Faktoren gemeint sein, die zu einer bestimmten Krankheit geführt haben, man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer Ätiopathogenese.

Von einigen Medizinhistorikern wird die These vertreten, dass jedes Zeitalter nicht nur seine spezifischen Krankheitsvorstellungen hat, sondern dass die jeweilige Ätiologie durch die Allgegenwart einer bestimmten Krankheit, die das Denken und Fühlen beherrscht, entscheidend geprägt wird.⁹ Die Rolle des Wahrnehmungsfilters, die heute der Krebs (obwohl objektiv betrachtet Herz-Kreislauf-Erkrankungen an der Spitze der Mortalitätsstatistik stehen) auf breiter Front übernommen hat, fiel in der Frühen Neuzeit zweifellos der Pest zu. Jedes verdächtige allgemeine Symptom (z. B. anhaltendes Fieber, Hautveränderungen) nährte zunächst einmal den Verdacht, dass es sich vielleicht doch um erste Anzeichen einer Pesterkrankung handeln könnte. Die Cholera-Epidemien des 19. Jahrhunderts haben dagegen trotz der Panik und des Schreckens, die sie in allen Schichten der Bevölkerung hervorriefen, die Mentalität der Menschen nicht so entscheidend geprägt, als dass dadurch die alltägliche Krankheitswahrnehmung geschärft oder dauerhaft beeinflusst worden wäre. Dafür traten sie zu sporadisch und häufig auch regional oder lokal begrenzt auf.

Krankheitserklärungen

Bis heute ist die entscheidende Frage, die der Kranke sich stellt, die nach der Prognose. Nicht weniger wichtig ist aber die Ursachenforschung, die der Kranke mit oder ohne Mithilfe des Arztes betreibt. Für die Frühe Neuzeit ist typisch, dass zwei Krankheitserklärungssysteme, die sich weder überschneiden noch unterschiedlichen therapeutischen Bereichen zuordnen lassen, nebeneinander existierten. Auf übernatürliche Erklärungen griff man in der Regel nur zurück, wenn die natürlichen Erklärungen versagten und wenn die Krankheit lebensbedrohende Ausmaße angenommen hatte. Es ist also längst nicht so, wie es eine an der Modernisierungstheorie orientierte Medizingeschichtsschreibung gemeinhin darstellt, dass nämlich ein Mangel an Ärzten vor allem auf dem Land in erhöhtem Maße althergebrachte, »subkulturelle« medizinische Erklärungsmuster und Verhaltensweisen hervorrief. Auch wenn die Arztdichte in der Frühen Neuzeit zweifellos geringer war als heute, so hielten die Zeitgenossen eines Luthers oder Paracelsus an einem ätiologischen Verursacherprinzip fest, das hinsichtlich der vermuteten Krankheitsursache nach sozialem und funktionalem Kontext deutlich zu unterscheiden wusste¹⁰, was wiederum für die Wahl des entsprechenden Heilers von Bedeutung war.

Wie zahlreiche medizinhistorische Arbeiten der letzten beiden Jahrzehnte gezeigt haben, war der leidende Mensch in der Frühen Neuzeit keineswegs stumm.¹¹ Zwar beherrschte der Kranke nicht die medizinische Fachsprache seiner Zeit, konnte sich aber in seiner Alltagssprache in einer Differenziertheit dem Arzt oder Heiler gegenüber verständlich machen. Das erstaunt heutzutage vielleicht einen Medizinsoziologen, der aufgrund neuerer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation einen eher »restringierten Code« (wie man den Sprachgebrauch bildungsferner Schichten bezeichnet) bei einem Durchschnittspatienten vermutet. Es scheint somit, dass in einer inzwischen weitgehend medikalisierten Gesellschaft die Kranken nahezu die Fähigkeit verloren haben, ihr Leiden in Worte zu fassen, wobei aber fraglich ist, ob das als weiterer Beweis für die »Entmündigung« des Patienten infolge des ärztlichen Professionalisierungsprozesses gewertet werden kann.

MEDIKALISIERUNG

Der Terminus ‚Medikalisierung‘ geht auf die französische Medizingeschichtsschreibung zurück, die von der *Annales*-Schule beeinflusst wurde. Erstmals