

„Auch Aderlassen thu ich gern“ Barbiere in der frühneuzeitlichen Medizinpraxis

INOUE Shuhei
Universität Bonn/Universität Tōkyō

Einleitung

Die westliche „moderne“ Medizin hat sich heute überall in der Welt durchgesetzt. Auch in Japan wurde bereits im 18. Jahrhundert die europäische Medizinlehre durch niederländische Kaufleute eingeführt.¹ Ein erstes Ergebnis dieser Importe war die Übersetzung *Kaitai-shinsho* von 1774 (解体新書, „Neues Buch der Anatomie“) des Buches *Ontleedkundige Tafeln* aus dem Holländischen, das ursprünglich von dem deutschen Arzt Johan Adam Kulmus unter dem Titel *Anatomische Tabellen* (1732) veröffentlicht worden war.²

Allerdings haben selbst in Europa erst im 19. Jahrhundert gelehrte Ärzte ihre Position als professionelle Mediziner etabliert und den „medizinischen Markt“ monopolisiert. Vor der Professionalisierung der Ärzte waren viele unterschiedliche Personengruppen in der Medizinpraxis tätig. Dazu zählen nicht zuletzt Barbieri, die nicht nur Haare schnitten, sondern auch chirurgische Behandlungen vornahmen. Dieser Beitrag soll am Beispiel der Stadt Köln die Verschiedenartigkeit und die Regulierung in der frühneuzeitlichen Medizinpraxis umreißen und anschließend kurz mit der Situation in Japan vergleichen.

¹ Zur Einführung der europäischen Medizin in Japan: VIANDEN (1985), S.10–37; ŌMURA (1990).

² Die erste Auflage und die überarbeitete Version von *Kaitai Shinsho* (1774, 1826) bzw. eine lateinische Ausgabe von *Anatomische Tabellen* (1744) sind nun von der Bibliothek der Tōkyō Universität für Pharmazie in digitalisierter Form verfügbar (<http://libnews.bus.toyaku.ac.jp/kikobon/anatomy/>).

Medizin in der Vormoderne: zwischen Wissenschaft und Handwerk

Zunächst möchte ich die „vormoderne“ Medizin im Allgemeinen betrachten, bevor ich näher auf die Kölner Barbieri eingehe. Seit dem Hochmittelalter entfernten sich Theorie und Praxis in der Medizin voneinander. Die theoretische Seite verfolgten Ärzte, die an Universitäten die Lehre der antiken Medizin studierten. Selbst wenn sie einen Kranken untersuchten, berührten sie den Körper des Patienten nicht, sondern stellten alleine vom Sehen her eine Diagnose. Ein Grund für diese Neigung zur Theorie ist, dass ein großer Teil von ihnen Geistliche waren und die Heilpraxis dem Klerus spätestens seit Anfang des 13. Jahrhunderts untersagt war.³ Die Medizinpraxis, insbesondere chirurgische Behandlungen, wurde hingegen von Personen, die nicht Medizin studiert hatten, durchgeführt.

Die Trennung von Theorie und Praxis in der Medizin war bis zum Anfang der Frühen Neuzeit selbstverständlich geworden. Nehmen wir ein Beispiel dafür aus dem 16. Jahrhundert. Im Jahr 1568 wurde ein Buch unter dem Titel *Ständebuch* veröffentlicht, das mit Holzschnitten und Versen alle Stände und Berufe von Papst und Kaiser über Kaufleute und Handwerker bis hin zu Bettlern und Narren darstellt. In diesem Buch sind die folgenden Berufe aus heutiger Sicht als Mediziner zu bezeichnen: Arzt, Apotheker, Bader und Barbier. Den erklärenden Versen zufolge untersuchte der Arzt den Urin des Patienten und schrieb ein passendes Rezept gegen die Krankheit.⁴ Der Apotheker mischte dann das im Rezept angegebene Medikament.⁵ Im Gegensatz dazu pflegte der Bader den Körper des Gastes und der Barbier behandelte Verletzungen und Krankheiten mit äußeren Symptomen.⁶

Die zwei Bereiche der Medizin, also Theorie und Praxis, ließen sich trotz dieser beruflichen Untergliederung der Mediziner allerdings nicht vollständig voneinander trennen. Denn eine naturphilosophische Theorie übte ihren Einfluss auf die Medizinpraxis aus: die Humoralpathologie.

Seit der Antike dachte man, die Natur sei ein Komplex von vier Elementen, die sich auf zwei Achsen als Gegensätze charakteri-

³ Spätestens seit dem vierten Laterankonzil 1215. KINZINGER (2000), S. 81f.

⁴ AMMAN (2006), Nr. 11, S. 28f.

⁵ AMMAN (2006), Nr. 12, S. 30f.

⁶ AMMAN (2006), Nr. 53, S. 112f., Nr. 51, S. 108f.

sieren lassen: zum einen trocken und feucht, zum anderen heiß und kalt. Dementsprechend bestehe der menschliche Körper aus vier elementaren Flüssigkeiten (Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle), auf deren Gleichgewicht die Gesundheit des Menschen beruht. Wenn eines dieser vier Elemente im Überfluss vorhanden ist, wird das Gleichgewicht gestört und dadurch entstehen Krankheiten.

Um das gestörte Gleichgewicht der Flüssigkeiten wiederherzustellen und somit die Krankheit des Patienten zu heilen, wurde in der Regel ein Aderlass, d. h., eine therapeutische Blutentnahme, vorgenommen. Dies fiel in den Aufgabenbereich der Barbieri.⁷

Barbieri als Wundärzte

Bei dieser Blutentnahme ließ man einen Barbier die Ader des Patienten aufschneiden. Dieser Vorgang wurde zu einem Sinnbild für die medizinischen Tätigkeiten der Barbieri und in der Folge wurde die Schale, in der sich das Blut sammelte, zum Symbol des Barbiergewerbes, und diente den meisten Barbieren als Aushängeschild.

Darüber hinaus erstreckte sich die Tätigkeit der Barbieri von Behandlungen alltäglicher Verletzungen über Operationen bis zur Behandlung von gefährlichen epidemischen Krankheiten wie der Pest. Diese Tätigkeiten und das damit erworbene Einkommen wurden durch ihre Zunft kontrolliert und garantiert.

Die Zunft war eine vormoderne Organisation der Handwerker zur Kontrolle und Sicherung der Interessen ihrer Mitglieder. Auch in Köln verbanden sich die Barbieri zu einer eigenen Zunft. Im ältesten Statut der Kölner Barbierszunft aus dem Jahr 1397 ist neben den Eintrittsbedingungen für Meister und Lehrlinge das Vorzugsrecht des Meisters vorgeschrieben: d. h., der Meister, der einen Patienten als Erster behandelt, hat das exklusive Recht, ihn weiter zu pflegen und damit auch weiter bezahlt zu werden.⁸ Die Interessen jedes Mitgliedes waren also gesetzlich durch die Zunft geschützt.

Die Zunft versuchte andererseits auch, Behandlungsfehler durch die Mitglieder zu verhindern. Denn ihnen wurden oft böse Absichten vorgeworfen, wenn die Behandlungen dem Patienten große

⁷ Zum Thema Aderlass: KIEL (2000); JÜTTE (1997)

⁸ LOESCH (1907), Bd. 1, Nr. 3, S. 8f.

Schmerzen verursachte oder wenn ein Patient verstarb.⁹ Die Barbierszunft verbot deswegen beispielweise 1493 einem Meister, der seinen Patienten sterben ließ, künftig selbständige medizinische Tätigkeit zu betreiben.¹⁰

Während die Barbierszunft nach Kontrolle über die medizinische Tätigkeit ihrer Mitglieder strebte, versuchte der Stadtrat, die Medizinpraxis in der gesamten Stadt zu überwachen. In der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts wurde zunächst ein Amt geschaffen, um die Tätigkeiten von Ärzten und Barbieren zu verwalten.¹¹ Der Rat beschloss dann, dass jeder Barbier vor diesen Amtsleuten und vier Meistern aus der Zunft, später auch vor einer Kommission studierter Ärzte, seine medizinischen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen habe, um medizinische Geschäfte betreiben zu dürfen.¹²

Jedoch ist dabei zu beachten, dass dieser Beschluss auf einer Mitwirkung der Barbierszunft beruhte. Hier ist eine Wechselwirkung zwischen der Zunft und dem Rat deutlich zu erkennen. Einerseits nutzte die Zunft die politische Macht des Rates aus, um ihre Rechte und Interessen zu wahren. Andererseits nutzte der Stadtrat auch die Zunft zur Kontrolle der Medizin.

Konkurrenzkampf auf dem „medizinischen Markt“

Diese Wechselwirkung trat vor allem bei Streitigkeiten zwischen der Zunft und anderen Heilkundigen zutage. In der „vormodernen“ Medizinpraxis waren außer Barbieren viele Personengruppen tätig,

⁹ Vgl. den Beschluss des Reichstags 1731, Kap. 8, § 2. WISSEL (1981), Bd. 3, S. 125.

¹⁰ LOESCH (1907), Bd. 2, Nr. 230, S. 45.

¹¹ Dieses Amt wurde 1452 geschaffen, 1477 zuletzt besetzt und 1478 abgeschafft. HUISKES (1990), Einleitung, XXI. Die Namensliste der Amtsträger steht im Registerband des Historischen Archivs der Stadt Köln (HASTK) *Ratsämter*, Bd. 1, Nr. 29, Bl. 373r-v.

¹² KUSKE (1917), Nr. 229, S. 107 (datiert: 15. Feb.); LOESCH (1907), Bd. 2, Nr. 222, S. 40f. (datiert: 2. Apr.). Eine solche Kontrolle der Qualität des Handwerks war üblich bei allen Handwerkerszünften. Charakteristisch bei den Barbieren war, dass die gelehrten Ärzte an der Prüfung teilnahmen und somit die Institutionalisierung im gesamten medizinischen Bereich förderten.

sowohl Auswärtige als auch Ansässige. Ihre Aktivitäten stellten für die Barbierszunft Verletzungen ihrer Rechte und Interessen dar.

So klagte die Barbierszunft 1514 beim Stadtrat, als zwei fremde Mediziner aus Basel nach Köln kamen. Diese zwei Basler versuchten, Kunden zu gewinnen, indem sie ihre Fähigkeit, Pocken zu heilen, bewarben. Die Barbierszunft verlangte von den Baslern eine Abgabe, um die Beeinträchtigung ihrer Interessen auszugleichen. Als die Mediziner diese Forderung ablehnten, kam es schließlich zum Schiedsspruch des Stadtrates: Der Rat befahl den Fremden, entweder der Barbierszunft die Gebühr zu zahlen oder innerhalb von 14 Tagen die Stadt zu verlassen.¹³

Die Barbierszunft hatte nicht nur mit Fremden Streitigkeiten um Medizinpraxis, sondern auch mit Stadtbewohnern, die nicht zur Barbierszunft gehörten und deren Berufe scheinbar nichts mit Medizin zu tun hatten.¹⁴ Zum Beispiel stritt die Barbierszunft 1514 mit einem Hutmacher, der mit der Krankenpflege Geld verdiente. Die Zunft verklagte ihn, weil er durch seine Behandlung einen Patienten lahm gemacht, einen anderen blind, den Hals eines Mannes abgeschnitten, und die Augen eines anderen verdorben habe.¹⁵ Deswegen verhörte der Stadtrat diesen Hutmacher und vermittelte bei dem Streit.

So nutzten die Zunft und der Stadtrat sich gegenseitig: Die Zunft, indem sie sich Gesuche billigen ließ, und der Rat, indem er über die Zunft andere Heilkundige kontrollierte.

Jedoch gab es bisweilen auch Auseinandersetzungen zwischen der Zunft und dem Stadtrat, wenn dessen Politik die Interessen der Barbieri zu verletzen schien. Ein Beispiel dafür stammt vom Anfang des 17. Jahrhunderts: Der Stadtrat setzte einen fremden Chirurgen in ein Amt ein, und zwar als einen Pestmeister, der während einer Pestepidemie die gesamten medizinischen Tätigkeiten in der Stadt verwalten sollte. Die Barbieri stellten sich dagegen und sperrten den Pestmeister ein, weil die Heilung der Pest einen wichtigen Teil ihrer Tätig-

¹³ HASTK, Zunft A 356, Bl. 2v.

¹⁴ Die größten Konkurrenten waren Bader, die in Badehäusern die Gesundheit ihrer Gäste pflegten. Durch einen Ratsbeschluss im Jahr 1425, dass Bader den Kunden nicht mehr die Haare scheren und sie nicht mehr rasieren durften, wurden zunächst die Gewerbe des Baders und des Barbiers öffentlich getrennt. Der Forschung zufolge hörten die Konflikte zwischen beiden Gruppen allerdings nie auf. SEIBERT (1940), S. 317.

¹⁵ HASTK, Zunft A 356, Bl. 5v-6r.

keiten darstellte.¹⁶ Dieses Ereignis führte schließlich zu einem Prozess, der für die Barbieri erfolgreich verlief.¹⁷

Man kann also sagen, dass die Medizinpraxis in der Frühen Neuzeit vor dem Hintergrund der Verschiedenartigkeit der Heilkundigen in einem politischen Spannungsverhältnis stand, wobei die Barbierszunft eine große Rolle spielte.

Die Situation in Japan

Zum Schluss möchte ich kurz die Situation in Japan skizzieren, um einen Vergleich zu ermöglichen. Auch in Japan waren unterschiedliche Akteure in der „vormodernen“ Medizin tätig. Der Unterschied lag jedoch nicht zwischen Theorie und Praxis, sondern in der Heilmethode, also zwischen *Ranpō* 蘭方, der europäisch (insbesondere holländisch) orientierten Medizin und *Kanpō* 漢方, der chinesisch orientierten.

Was die Qualifikation betrifft, gab es bis zum Ende der Edo-Zeit (1867) kein offizielles Prüfungssystem für Mediziner. Man konnte einfach nach der Lehrzeit bei einem beliebigen Arzt die Medizinpraxis als Beruf betreiben.¹⁸ Patienten vertrauten einem Arzt daher nur dann, wenn dieser einen guten Ruf hatte.

Prüfungen für Ärzte fanden erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts an vereinzelt Orten statt, wie z. B. in der Provinz Kumamoto seit 1777.¹⁹ Bei solchen Prüfungen ging es aber nicht um die Feststellung der Qualifikation, sondern um die Bestimmung des Ranges der Ärzte im Dienste eines bestimmten Feudalherren.

Offiziell wurde eine staatliche Qualifikationsprüfung für Ärzte erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts eingeführt, als die Meiji-Regierung die Institutionalisierung der Medizin in Angriff nahm. Für Bestanden oder Nichtbestanden waren dabei einzig die Kenntnisse in westlicher Medizin entscheidend. Die Ärzte, die in chinesisch orien-

¹⁶ CREUTZ (1933), S. 108.

¹⁷ Hier nach der kurzen Beschreibung in: RÖSSNER-RICHARZ (1998), Nr. 565, S. 199.

¹⁸ HIRUTA (1985), S. 14–16.

¹⁹ HASHIMOTO (2005), S. 17.

tierter Medizin tätig waren, konnten keine Erlaubnis für die Medizinpraxis erhalten. Ihre Tradition starb deshalb im Laufe der Zeit aus.

Resümee

Zum Abschluss möchte ich folgendes Resümee ziehen: In Europa, zumindest in deutschen Städten, nahm eine Institutionalisierung der Medizin auf Grund der politischen Wechselwirkungen zwischen Regierung und Zunft allmählich Form an. Nach der Auflösung der Zünfte am Ende des Alten Reichs (1806) traten dann Ärzte an die Stelle der Zunft und etablierten sich. Die „moderne“ Medizin in Japan folgte diesem europäischen Modell des 19. Jahrhunderts und wurde rasch von der Regierung standardisiert.

Literatur

- AMMAN (2006): Jost Amman, Das Ständebuch, hg. v. Ursula Schulze, Köln.
- CREUTZ (1933): Rudolf Creutz, „Pest und Pestabwehr im alten Köln“, *Jahrbuch des Kölnischen Geschichtsvereins* 15, S.79-119.
- HASHIMOTO (2005): 橋本昭彦「江戸時代の評価における統制論と開発論の相克：武士階級の試験制度を中心に」『国立教育政策研究所紀要』 [Hashimoto Akihiko, „Edo-Jidai no Hyōka ni okeru Tōsei-ron to Kaihatsu-ron no Sōkoku“ (To Control or To Develop? The Dilemma in Operating Evaluation in Education of Yedo Japan)], *Kokuritsu Kyōiku-seisaku-kenkyūjo Kiyō (Journal of National Institute for Educational Policy Research)* 134, S. 11–30
- HIRUTA (1985): 昼田源四郎『疫病と狐憑き：近世庶民の医療事情』みすず書房 [Hiruta Genshirō, „Hayariyamai to Kitsune-tsuki: Kinsei Shomin no Iryō-jijō“ (Epidemie und Fuchs-Besessenheit: Die Situation der medizinischen Versorgung des gemeinen Volks im frühneuzeitlichen Japan), Tōkyō]
- HUISKES (1990): Manfred Huiskes, Beschlüsse des Rates der Stadt Köln, Bd. 1, Düsseldorf

- JÜTTE (1997): Robert Jütte, „Norm und Praxis in der ‚medikalen Kultur‘ des Mittelalters und der Frühen Neuzeit, am Beispiel des Aderlasses,“ in: Norm und Praxis im Alltag des Mittelalters und der frühen Neuzeit, Wien, S. 95–106
- KIEL (2000): G. KIEL, „Art.: Aderlaß,“ in: Lexikon des Mittelalters, CD-ROM-Ausgabe (Bd. 1, Sp. 150f.)
- KINZINGER (2000): Martin Kinzinger, „Status medicorum: Mediziner in der städtischen Gesellschaft des 14. bis 16. Jahrhunderts,“ in: Peter Johanek (hg.), Städtisches Gesundheits- und Fürsorgewesen vor 1800, Köln u. a., S. 63–91
- KUSKE (1917): Bruno Kuske (hg.), Quellen zur Geschichte des Kölner Handels und Verkehrs im Mittelalter, Bd. 2, 1450–1500, Bonn
- LOESCH (1907): Heinrich von Loesch (bearb.), Die Kölner Zunfturkunden nebst anderen Kölner Gewerbeurkunden bis zum Jahr 1500, Bonn, 2 Bde.
- ŌMURA (1990): 大村敏郎「わが国の近代外科のルーツをさかのぼる」森岡恭彦・編著『近代外科の父・パレ：日本の外科のルーツを探る』日本放送出版協会 [Ōmura Toshirō, „Wagakuni no Kindai-Geka no Rūtsu wo sakanoboru“ (Auf der Suche nach den Wurzeln der modernen Chirurgie in unserem Land), in: MORIOKA Yasuhiko (hg.), Kindai-Geka no Chichi Pare (Ambroise Paré: Auf der Suche nach den Wurzeln der japanischen Chirurgie), Tōkyō], S. 25–56
- RÖBNER-RICHARZ (1998): Maria Barbara Rößner-Richarz (bearb.), Quellen zur Geschichte der Medizin in der Reichsstadt Köln, Köln u. a.
- SEIBERT (1940): Hildegard Seibert, „Beitrag zur Geschichte der Sozialhygiene der Hansestadt Köln“ *Jahrbuch des Kölnischen Geschichtsvereins* 22, S. 305–324
- VIANDEN (1985): Hermann Heinrich Vianden, Die Einführung der deutschen Medizin im Japan der Meiji-Zeit, Düsseldorf
- WISSEL (1981): Rudolf Wissel, Des alten Handwerks Recht und Gewohnheit, 2. Aufl.