

## **SOZIALGESCHICHTLICHE ASPEKTE DES GESUNDHEITSWESENS IN DER EISENSTRASSE IN DER FRÜHEN NEUZEIT**

von Sonia Horn

### **KONZEPTE VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT**

Medizin besteht sowohl aus Theorie als auch aus Praxis. Die Erfahrung eines Heilkundigen ist wesentlicher Teil des heilkundlichen Wissens und Könnens. Die Theorie der Medizin dient dazu, Erklärungsmodelle zur Verfügung zu stellen, auf deren Basis Gesundheit und Krankheit erklärt werden. Ausgehend davon werden Krankheiten charakterisiert (womit auch deren „Erforschung“ gemeint ist) und der Körper des Menschen dargestellt (was ebenfalls die „Erforschung“ desselben beinhaltet). Wesentliche Einflüsse bestimmen dieses Verständnis:

- soziale Aspekte,
- regional unterschiedliche Denkweisen,
- der Einfluss und Eindruck der umgebenden Natur,
- technologische Entwicklungen
- menschliche Fähigkeiten und Kenntnisse.

Das zumindest bis zum Ende des 18. Jahrhunderts aktuelle Erklärungsmodell für den menschlichen Körper und seine Funktionen war ein „Gleichgewichtsmodell“. Menschen galten als gesund, wenn der Körper im Gleichgewicht war, wobei physische und psychische, aber auch Einflüsse der Umwelt wirksam wurden. Der Mensch – der Körper, aber auch die Psyche – wurde nicht als „einzelnes Wesen“ betrachtet, das unabhängig von der Umgebung existierte, sondern als Teil einer großen Gesamtheit, die auf dieses Wesen wirkte, auf die dieses umgekehrt auch wieder Einfluss hatte. Diese Wechselwirkung bestand jedoch nicht nur zwischen dem Körper und seiner Umgebung, sondern auch zwischen einzelnen Organen und dem Körper. Philosophisch-theologisch wurde hier vorwiegend die „Seele“ und ihre Verbindung mit dem Göttlichen betrachtet, die Medizin als „andere Philosophie“ widmete sich, viel profaner, dem menschlichen Körper und seinen Beziehungen zur Umwelt. Auch, wenn die „Theologie“ als übergeordnet betrachtet wurde, war das Argument, dass der menschliche Körper immerhin das „Vehikel“ der Seele wäre und somit seine Existenz und Pflege notwendig wären, nicht unbedeutend. Diese Überlegungen finden sich in den philosophischen Grundlagen der „alten“ europäischen Medizin, aber auch in der Heilkunde anderer Kulturen.<sup>1</sup>

Das „Gleichgewichtsmodell“ kannte, bzw. kennt verschiedene Vorstellungen – einmal sind es fünf Elemente (Ayurveda), einmal zwei (Ying und Yang), manchmal drei (Mercur, Sulfur, Sal bei Paracelsus) oder eben vier, wie in der europäischen Antike, im Mittelalter und in der frühen Neuzeit. Naheliegender ist auch, dass hier Einflüsse aus der unmittelbaren Beobachtung der Lebenswelt umgesetzt wurden und möglicherweise sind es in der „alten“ europäischen Medizin vier Elemente, weil es hier üblicherweise vier Jahreszeiten gibt. Es gibt auch die Erklärung, dass die

---

<sup>1</sup> Vgl. Georg HARIG und Peter SCHNECK, Geschichte der Medizin (1990) 67-76.

Definition der vier Elemente auf den Beobachtungen von geronnenem Blut beruht, das mit gar nicht so viel Phantasie tatsächlich eine Vierschichtung erkennen lässt.<sup>2</sup>

Viel naheliegender erscheint jedoch, dass die alltägliche Beobachtung von normalen Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen die Grundlage dieses Modells darstellt, und aufgrund der regelmäßigen Ausscheidung derselben, davon ausgegangen wurde, dass dadurch der Körper im Gleichgewicht der „Säfte“ gehalten wird.

- Blut (von sehr hell- bis sehr dunkelrot, von sehr dick- bis sehr dünnflüssig) – nicht nur bei Verletzungen, sondern physiologisch auch bei der Menstruation zu beobachten (diese wurde natürlich nicht als „Krankheit“ verstanden).<sup>3</sup>
- Schleim (von sehr flüssig bis sehr zäh, klar bis trüb ev. mit unterschiedlicher Farbe) – nicht nur bei Schnupfen zu beobachten, sondern z. B. auch als Schweiß oder Sperma.
- Gelbe Galle – auch diese muss nicht mühsam in der Gallenblase gesucht werden, sondern wird wohl in der physiologischen „gelben Körperflüssigkeit“, die täglich ausgeschieden wird, dem Harn, zu beobachten sein.
- Schwarze Galle – auch diese ist in einer physiologischen „alltäglichen“ Ausscheidung, dem Stuhl, zu beobachten – der ja sehr unterschiedliche Konsistenz haben kann.

Diese „Säfte“ sind auch bei verschiedenen Krankheitsbildern zu beobachten und auch nach (jahre-)langem Nachdenken sind mir keine weiteren „Säfte“ auf- bzw. eingefallen, die am Menschen beobachtet werden könnten bzw. nicht diesen vier „Qualitäten“ zuzuordnen wären.

Gleichzeitig mit diesem „Vier-Säfte-Modell“ könnten auch andere Modelle existiert haben, die aus verschiedenen Gründen nicht weitergegeben bzw. nicht rezipiert wurden. Krankheiten konnten mit dem sog. hippokratisch – galenischen Modell gut erklärt werden, die übliche Therapie ebenfalls. Möglicherweise war dieses von der antiken „hippokratischen“ Ärztegemeinschaft vertretene Modell das praktikabelste und verbreitete sich aus diesem Grund sehr stark. Möglicherweise war es so stark verbreitet, weil das sog. „Corpus Hippocraticum“ tatsächlich das erste schriftlich verfasste Kompendium war; vielleicht blieben gerade diese Bücher erhalten, weil sie wenig genützt in einer Ecke einer Bibliothek unbeachtet geblieben waren. So ist etwa von der berühmten Medizinschule von Alexandria keine direkte Überlieferung bekannt, obwohl diese, einigen Berichten zufolge, großes Ansehen genossen haben muss. Die beiden bekannten Vertreter – Erasistratos und Herophilos – sind nur indirekt bekannt, nämlich als jene unmenschlichen Anatomen, die Vivisektionen durchgeführt haben sollen, was schließlich Augustinus in seinem Werk „Der

---

<sup>2</sup> Hugo SCHULZ, Der Äbtissin Hildegard von Bingen Ursachen und Behandlung der Krankheiten (causae et curae) (1955) 31.

<sup>3</sup> Vgl. dazu Karin MARINGGELE, Frauenkörper. Frauenkrankheiten und ihre Behandlung am Beispiel des „Trotula“-Textes (=phil. Diplomarbeit, Wien 2001) 57-60.

Gottesstaat“ abgelehnt und als besonders verwerflich dargestellt hat.<sup>4</sup> Von diesen beiden sind keine Werke überliefert – Weil sie in den Bibliotheken möglicherweise „aussortiert“ wurden, da sie nicht in die aktuelle Denkweise passten?

Die sog. „Renaissancen“ im Lauf des Mittelalters zeigen die bewusste Hinwendung zu einzelnen Autoren und deren Rezeption – etwa zu Aristoteles. Zwischen seinen Theorien und jenen des Hippokrates gibt es direkte Verbindungen, von Galen zu Hippokrates ebenfalls. Analysiert man die medizinischen Schriften einer Hildegard von Bingen, wird man dort Vorstellungen von Körperfunktionen finden, die mit der hippokratisch-galenischen Theorie wenig zu tun haben.

So etwa hatte sie von der Verdauung die Vorstellung, dass die Nahrung im Magen und Darm wohl „gekocht“ wird, wie es diesem Modell entsprechen würde. Ihrer Meinung nach entstand allerdings aus diesem gekochten Speisebrei nicht Blut. Die Bestandteile der Nahrung wurden ihrem Denkmodell entsprechend mit dem Blut dorthin transportiert, wo sie benötigt wurden. Ebenso verhält es sich mit den flüssigen Nahrungsbestandteilen, denn diese werden nicht zu „Blutwasser“, wie es der hippokratisch-galenischen Vorstellung entsprach. Ihrer Meinung nach wurde die zugeführte Flüssigkeit mit dem Blutwasser ebenfalls dorthin transportiert, wo sie benötigt wird. Wo aber entsteht nach Hildegards Theorie das Blut? Sie meint, im Knochenmark, das „entzündet“ wird, wenn Blut benötigt wird.<sup>5</sup> Betrachtet man diese Autorin in ihrem Umfeld, kann davon ausgegangen werden, dass ihr umfassende Literatur zur Verfügung stand und sie dadurch möglicherweise mit Theorien in Berührung kam, die dem galenisch-hippokratischen Modell nicht ganz entsprachen. In Verbindung mit ihren eigenen und anderen Erfahrungen konnte sie diese Theorien zu ihrer Sicht der Dinge entwickeln.

Ähnliches kann auch in den Arbeiten gefunden werden, die Trotula zugeschrieben werden. Hier ist beispielsweise keine negative Konnotation der Charakterisierung von Frauen als „feucht und kalt“ spürbar. Ebenso wenig dient die Metapher, dass Frauen der Boden sind, in dem der Samen des Mannes zum Kind gedeiht, dazu, Frauen als dem Mann prinzipiell unterlegen zu werten. Werden diese Beschreibungen in den Kontext der sozialen Strukturen, einer vom Agrarischen abhängigen Gesellschaft und der Region, in der diese Theorien entstanden sind, gestellt – man stelle sich die Bedeutung eines Brunnens mit kaltem Wasser auf Kos, in arabischen Ländern oder in Süditalien vor –, wird man zu der Erkenntnis gelangen, dass wohl einige Zeit nach dem (vermutlichen) Entstehen dieser Schriften die bekannten geringschätzigen „Wertungen“ vorgenommen wurden.<sup>6</sup>

Möglicherweise erfolgte auch bei medizinischer Literatur im 12. Jahrhundert eine bewusste „Auswahl“ durch kirchliche Autoritäten, die der hippokratisch – galenischen Theorie zum definitiven Durchbruch verhelfen. Wird das plötzliche Ansteigen von Medizinern am päpstlichen Hof<sup>7</sup> berücksichtigt, liegen „Bücherverbrennungen“<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Paul DIEPGEN, Der Kirchenlehrer Augustin und die Anatomie im Mittelalter. In: *Cenaturus* 1 (1951) 206-211.

<sup>5</sup> *Causae et Curae*, Kapitel 2; vgl. Hugo SCHULZ, Der Äbtissin Hildegard von Bingen Ursachen und Behandlung der Krankheiten (*causae et curae*) (Ulm 1955) 27.

<sup>6</sup> Vgl. dazu Karin MARINGGELE, *Frauenkörper*

<sup>7</sup> A. Bagliani PARAVICINI, *Der Leib des Papstes* (1997) 10-13.

<sup>8</sup> Ich benütze Umberto Eco's Verbrennen einer Bibliothek mit vielen „geheimnisvollen“ Büchern aus „*Der Name der Rose*“ hier als Metapher.

durchaus nahe – wobei diese ja nicht „physisch“ erfolgen mussten. Es genügte immerhin, wenn einzelne Bücher nicht mehr kopiert wurden. Da dies vornehmlich in Klöstern geschah, kann ein Einfluss von kirchlicher Seite nicht gerade ausgeschlossen werden. Möglicherweise war das Abschreiben von Büchern, die medizinische Theorien und Therapien beinhalteten, die nicht der Norm entsprachen, einfach nicht der Mühe und der Kosten wert. Wozu sollte ein Buch abgeschrieben werden, das niemanden interessierte? Vielleicht fielen diese „unbeachteten“ Bücher schließlich späteren echten Bücherverbrennungen zum Opfer – als Ersatz für ein wertvolles, aber zu diesem Zeitpunkt unliebsames Buch, das sich die Besitzer behalten wollten – „... *habent fata sua libelli* ...“ – heißt es. Jedenfalls können diese Faktoren auch zum Überleben oder zum Untergang von medizinischen Theorien beigetragen haben.

Die hippokratisch-galenische Theorie blieb bis zum Ende des 18. Jahrhunderts DIE Grundlage der Heilkunde, verbunden mit dem jeweiligen Erfahrungswissen einzelner oder mehrerer Heilkundiger.

Auch wenn eine bestimmte Krankheit oder Krankheitssymptome einem Organ zugeschrieben wurden, bzw. zugeschrieben werden konnten, war in diesem Denkmodell immer auch eine Störung des Gleichgewichtes enthalten. Das Gleichgewicht der Säfte konnte diesem Denkmodell entsprechend vom Körper alleine wieder erreicht werden, indem sich das, was dieses Gleichgewicht gestört hatte, zu einer Substanz verdichtete, die irgendwie aus dem Körper heraus kam. Eine Störung des Gleichgewichtes durch zuviel Trinken (z. B. von Alkohol) wird durch vermehrte Ausscheidung wieder ins Gleichgewicht gebracht – gelegentlich begleitet von Übelkeit und Kopfschmerzen.<sup>9</sup> Ähnliches geschieht auch bei zu viel oder nicht adäquatem Essen – dann folgt eine vermehrte Ausscheidung von „schwarzer Galle“ – mit diesen verstärkten Ausscheidungen erfolgt auch die Ausscheidung der schädigenden Substanz, die sich etwa durch zu hohen Alkoholkonsum im Körper befindet. Allerdings meinte man nicht den „Alkohol“, sondern die „Substanz, die an diesen Symptomen schuld ist“ – die „*materia peccans*“.<sup>10</sup>

Wenn das Fließen der „Säfte“ ins Stocken kam, das Gleichgewicht also nicht erreicht werden konnte, bedeutete dies Krankheit. Wenn also etwa das Herz nicht richtig oder nicht genügend schlagen konnte<sup>11</sup>, kam das Blut ins Stocken und mit diesem alle anderen Säfte auch. Dies bedeutet wiederum eine Schädigung anderer Organe usw. – der extreme Zustand, das völlige Sistieren jeglichen Fließens, also das Unvermögen, Irritationen auszugleichen, trat mit dem Tod ein. Als „Sitz der Krankheit“ wurde nicht die Veränderung eines Organes betrachtet, sondern eine Störung des Gleichgewichtes der Säfte – eine „funktionelle“ Störung also. Dass jedoch anatomische Sektionen oder auch Obduktionen stattfanden, spricht nicht gegen dieses Denkmodell. Die Veränderungen an inneren Organen, die in Obduktionen beobachtet werden konnten, wurden nicht als Ursache der Erkrankung, sondern als Auswirkung des gestörten Gleichgewichtes betrachtet.

<sup>9</sup> Dieses Problem wird bei Hippokrates jedoch nicht nach dem Katzentier benannt.

<sup>10</sup> Vgl. Wolfgang ECKART, Geschichte der Medizin (Heidelberg 1990) 60. Ich denke, dass eine zu „religiöse“ Interpretation hier nicht dem Verständnis entspricht – Vgl. Marie-Christine POUCHELLE, The body and surgery in the middle ages (Cornwall 1990).

<sup>11</sup> Dass das Herz das Blut im Körper bewegt war in dieser Denkweise enthalten.

Die Sichtweise, dass Veränderungen an Organen die eigentlichen Krankheiten sind, entwickelte sich ab dem 17. Jahrhundert und setzte sich als sog. „Solidarpathologie“ im 19. Jahrhundert durch

Der Weg zu einem Denkmodell, das einen „Sitz“ einer Krankheit inkludierte, war also einer, der ein gewisses Umdenken erforderte.<sup>12</sup> Meiner Meinung nach war dies vor allem durch die Entwicklung von „Technologien“ möglich - ohne gutes Mikroskop wird man wohl kaum „Mikroorganismen“ als Krankheitserreger beweisen können – gedacht wurde dies jedoch schon vorher.<sup>13</sup> Ähnlich verhält es sich auch mit den Möglichkeiten, „großen Operationen“ durchzuführen. Diese wurden erst durch entsprechend gut wirkende Narkosemittel und Medikamente zur Muskelerschlaffung möglich, durch Desinfektionsmittel, Sterilisierungsinstrumente, Röntgen- und Ultraschallgeräte, Computertomographien, aber auch neu entwickelte Verbandstoffe, Nahtmaterial, Pflegeutensilien, Gelenksprothesen, antibiotische Abschirmung uvm. Ermöglicht. Die Geschicklichkeit oder „Findigkeit“ von ChirurgInnen ist daher heute von wesentlich geringerer Relevanz, als etwa für den Erfolg der Behandlung durch einen frühneuzeitlichen Starstecher.

Die Denkweise, dass eine Krankheit einen „Sitz“ hat und somit einem Organ „zugeordnet wird“, bildet die prinzipielle Grundlage der heutigen Medizin. Dass heute auch Krankheiten über „Körperflüssigkeiten“, also aus dem Blut oder dem Harn, nachgewiesen werden können, oder deren „Sitz“ dort angesiedelt wird, geht ebenfalls auf „technologische“ Entwicklungen der chemischen Diagnostik zurück und erreichte erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts wesentliche Bedeutung. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die „Entdeckung“ von Substanzen in Blut und anderen Körperflüssigkeiten, sowie in verschiedenen Geweben vor allem von Frauen gemacht wurden.<sup>14</sup> Dieser „neue“ Zweig der medizinischen Diagnostik, der allerdings sehr viel Geduld erfordert, aber keineswegs durch besonders heroische Taten auffällt, wie etwa die „große Chirurgie“, war für akademische Ärztinnen eine Möglichkeit, über eine Nische in der wissenschaftlichen Medizin Fuß fassen zu können.

Die Problematik der heutigen Europäischen Medizin ist jedoch gerade in der Tatsache begründet, dass die Vorstellung vorherrscht, dass ein nachweisbarer pathologischer Befund vorliegen muss, damit Beschwerden überhaupt als „Krankheit“ (an)erkannt und als behandlungswürdig betrachtet werden. Vielfach werden wohl bereits „psychische“ (psychosomatische) Ursachen von Krankheiten akzeptiert und behandelt. Dass es jedoch umgekehrt sein kann, wird kaum in Betracht gezogen; dass also eine dauernde bzw. wiederkehrende Störung des Wohlbefindens, für die es keinen „pathologischen“ Befund gibt, wie „Kopfschmerzen“ oder „Wetterfühligkeit“ irgendwann auch dazu führt, dass Menschen depressiv werden. In diesen Fällen ist

---

<sup>12</sup> Vgl. Andrew CUNNINGHAM, *The anatomical Renaissance. The Resurrection of the Anatomical Projects of the Ancients* (1997).

<sup>13</sup> Etwa von Girolamo Fracastoro, der das Konzept von unsichtbaren spezifischen „Krankheitssamen“, die für die ansteckenden Krankheiten verantwortlich sein sollten, entwarf. Vgl. ECKART/GRADMANN, *Ärzte Lexikon* 119.

<sup>14</sup> Vgl. Sonia HORN und Gabriele DOFFNER, „... männliches Geschlecht ist für die Zulassung zur Habilitation nicht vorgesehen“. Die ersten an der medizinischen Fakultät der Universität Wien habilitierten Frauen. In: Birgit BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER und Sonia HORN (Hgg.), *Töchter des Hippokrates. 100 Jahre akademische Ärztinnen in Österreich* (2000) 117-138.

dann endlich eine Diagnose gefunden, die mit Psychopharmaka behandelt werden kann – dass es dabei nicht unwichtig ist, welches „Frauen-“ oder „Männerbild“ beim jeweiligen Heilkundigen vorherrscht, muss hier wohl nicht eigens erklärt werden.

Auch die Tatsache, dass soziale Faktoren „krank“ machen können, und die Lösung derartiger Probleme eine „causale Therapie“ verschiedener „Krankheiten“ wäre, hat in der „organbezogenen“ Medizin keinen Platz. Das traditionelle europäische heilkundliche Konzept enthielt diese Aspekte allerdings schon – der Mensch in seiner Beziehung zur Umwelt war das Zentrum dieses Denkmodells. Soziale Faktoren – Sorgen, Einsamkeit, Mangelernährung, Existenzangst uvm. – als Krankheitsursache hatten in diesem Konzept Platz. Dass jedes Individuum anders reagiert und daher eine auf den jeweiligen Organismus abgestimmte Therapie benötigt, ergab sich aus dieser Sichtweise. So meinte etwa der französische Chirurg Henry de Mondeville (ca. 12760 – 1325) in seinem Werk „Chirurgia Magna“ von 1306:

*„Jedes Individuum hat besondere Eigenschaften, die unabhängig von den Eigenschaften der gesamten Spezies bei keinem anderen Individuum gefunden werden können ... Jeder, der meint, eine Therapie passt zu jedem Menschen, ist ein Dummkopf. Medizin behandelt nicht die Menschheit im Allgemeinen, sondern jeden einzelnen Menschen im Besonderen.“<sup>15</sup>*

Diese Auffassung steht dem heutigen heilkundlichen Konzept und den Behandlungsmethoden diametral entgegen und ist häufig ein Grund für die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin und für die „Krise“ der Medizin.<sup>16</sup> Andererseits darf nicht vergessen werden, dass gerade diese Medizin, die versucht hat, aus vielen verschiedenen „Zuständen“ Krankheitsbilder zu konstruieren, es auch geschafft hat, Therapien für diese Krankheitsbilder zu entwickeln, die rasch und vielfach effektiv angewandt werden. Auch das „solidarpathologische“ Denken war notwendig, um Krankheiten zu erforschen und zu definieren. Das heutige Missbehagen ist wohl darauf zurück zu führen, dass die Medizin bereits so weit in „Sitze von Krankheiten“ zerteilt ist, dass es kaum mehr möglich ist, den Gedanken zu haben, dass einzelne Organe nicht unabhängig voneinander funktionieren.

Die Tendenz geht heute dahin, auch gestörte Funktionen als Krankheitsursache zu betrachten. Einige neue Ergebnisse der Forschung zur Physiologie des Menschen zeigen interessante „neue“ Aspekte. Untersuchungen von verschiedenen Körperrhythmen des Menschen (Chronobiologie) – z. B. Schlafrhythmus oder Rhythmen, mit denen Hormone ausgeschüttet werden - ergaben, dass diese synchron zueinander ablaufen, wenn der betreffende Mensch gesund ist, sich wohl fühlt und ausgeruht ist. Bei Einwirkungen von außen verändert sich das Verhältnis dieser körpereigenen Rhythmen zueinander, da z. B. Hormone ausgeschüttet werden, damit diese Reaktionen ablaufen können – etwa dass bei einem Kältereiz Eigenwärme erzeugt wird usw. Dadurch verändert sich das Synchronisationsmuster, allerdings wird es wieder erreicht, wenn auf den Reiz reagiert wurde bzw. wenn dieser nicht mehr wirksam ist. Werden jedoch diese Synchronisationsmuster durch starke Reize dauernd „gestört“, wie etwa bei lange dauerndem Stress, kommt es zu einer dauernden Desynchronisation der Körperrhythmen und mit der Zeit treten

---

<sup>15</sup> Julius PAGEL (ed.), Die Chirurgie des Heinrich von Mondeville (1893); (Übersetzung der Zitate aus dem Lateinischen: Sonia Horn.

<sup>16</sup> Ivan ILLICH, Nemesis der Medizin (München 41995)

Störungen der Befindlichkeit wie Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen etc. auf. In dieser Phase treten jedoch noch keine „pathologischen“ Befunde auf. Diese Überlegungen sind dem „alten“ Verständnis von „Gesundheit“ als „im Gleichgewicht“ sehr nahe.

Eine besondere Note bekommen diese Untersuchungen zur Chronobiologie, wenn Ergebnisse der Untersuchungen zur „Resynchronisierung“ von Körperrhythmen herangezogen werden. Nach einer längeren Phase der „Desynchronisierung“ – also einer lang dauernden Stressphase – wurden die Personen der „Ruhe“ ausgesetzt. Bis die Körperrhythmen wieder völlig synchron verliefen, dauerte es drei Wochen – die althergebrachte Dauer einer „Kur“. Während dieser Phase der „Resynchronisierung“ traten kurze Phasen auf, in denen sich die Körperrhythmen sehr ungünstig überlagerten. An diesen Tagen fühlten sich die beobachteten Personen meistens sehr schlecht, oft traten auch Krankheitserscheinungen auf. Dies geschah am 3., 7., 10. 14., ev. am 21. Tag nach Beginn der Ruhephase – diese „kritischen Tage“ entsprechen genau den Beobachtungen der „alten“ europäischen Medizin.<sup>17</sup> Ich möchte mich selbstverständlich nicht dazu hinreißen lassen, den Versuch zu unternehmen, Beobachtungen der alten europäischen Medizin mit neuen Erkenntnissen zu „rechtfertigen“. Ich denke aber, dass diese „modernen“ Erkenntnisse bei der Auseinandersetzung mit Inhalten, Konzepten und Therapieformen einfach sehr bereichernd sind. Bevor einige häufige Therapieformen der „alten“ europäischen Medizin erläutert werden, möchte ich an einen beispielhaften Krankheitsfall einige Überlegungen anknüpfen.

„Kopfschmerz“ ist ein verbreitetes Problem – im heutigen Konzept der Heilkunde wird dieses als „Symptom“ für irgendeine pathologische Veränderung des Körpers betrachtet – etwa für Knochenveränderungen an der Halswirbelsäule. Findet man jedoch keinen relevanten Befund, ist dieser Fall für die Schulmedizin nicht behandelbar, mit etwas „Glück“ (?) wird eine „psychosomatische“ Störung für den Kopfschmerz verantwortlich gemacht und es folgt eine Behandlung mit Psychopharmaka oder Psychotherapie. Mit etwas mehr Glück wird vielleicht festgestellt, dass Verspannungen im Bereich der Halswirbelsäule die Ursache für die Kopfschmerzen sind und eine physikalische Therapie wird empfohlen. Aus den obigen Ausführungen zur Chronobiologie kann jedoch herausgelesen werden, dass Kopfschmerzen einfach auch Merkmale einer „Desynchronisation“ der Körperrhythmen, also einer Überlastungsreaktion des Körpers sein können. – Für die heutige Schulmedizin haben derartige Beschwerden jedoch keinen „Krankheitswert“, da ihnen auch kein allgemein akzeptierter pathologischer Befund, basierend etwa auf einem Röntgenbild, zugrunde liegt. Behandelt wird erst dann, wenn pathologische Veränderungen nachweisbar sind, vorher jedoch nicht.

Für ein medizinisches Denken, das ohne Röntgenbild auskommen musste, hatte „Kopfschmerz“ bereits „Krankheitswert“ und musste daher behandelt werden – d.h. hier wurde wesentlich früher mit einer Therapie begonnen, nicht erst dann, wenn bereits irreversible Schäden nachweisbar sind.

Am Beispiel des Kopfschmerzes, der mit Verspannungen im Nackenbereich einhergeht, lässt sich ein Krankheitsverlauf gut „nachvollziehen“:

---

<sup>17</sup> Vgl. etwa Wolfgang MARKTL, Chronobiologie und Rhythmologie in der Kurmedizin. In: Handbuch für den Kurarzt, ed. Gerhard WEINTÖGL und Oskar HILLEBRAND (Wien <sup>2</sup>1995) 47-49.

Körperliche und geistige Belastungen führen zur allgemeinen „Anspannung“, die sich auch in einer Desynchronisation der Körperrhythmen nachweisen lässt. Nacken- und Schultermuskeln spannen sich an, die Augen werden belastet, das Denken fordert das Gehirn zu Höchstleistungen (verstärkte Durchblutung, Ausschüttung von verschiedenen Hormonen usw.). Das lange Sitzen verstärkt die Spannung der Muskeln, besonders im Kopfbereich. Erfolgt keine ausreichende „Entspannung“, findet das in der weiterhin bestehenden „Desynchronisation“ ihren Niederschlag, die Muskeln im Nackenbereich werden härter und härter, bis auch die Gefäße, die in den Kopf führen, verengt werden und dadurch eine mangelhafte Durchblutung des Gehirns erfolgt, das ja gleichzeitig Höchstleistungen vollbringen soll und eine gute Durchblutung sehr nötig hätte. Der Kopf beginnt zu schmerzen – hier trennen sich nun die „Behandlungswege“.

1. Wird der Kopfschmerz, wie in der „alten Medizin“ als „krankheitswertig“ betrachtet, setzt hier eine Behandlung dahingehend ein, dass entweder Ausgleichsgymnastik empfohlen wird<sup>18</sup> oder versucht wird, durch verschiedene Therapien (Wärme, Massagen, Lokalreize - s.u.) eine Normalisierung der Durchblutung des Kopfes zu erreichen.

2. Wird der Kopfschmerz nicht als „krankheitswertig“ verstanden, wie dies in der heutigen Schulmedizin meist der Fall ist, wird entweder keine Behandlung durchgeführt oder Kopfschmerzmittel verordnet. Bestehen die Beschwerden durch diese Lebensweise weiterhin, werden entweder immer mehr und immer stärkere Kopfschmerzmittel eingenommen oder es wird die „Diagnosestraße“ beschritten. Es folgen Laboruntersuchungen, Röntgenbilder, internistische Abklärung, eventuell auch EEG etc. – allerdings wird sich kein pathologischer Befund ergeben, daher erfolgt auch keine Behandlung. Werden weiterhin Schmerzmittel eingenommen, ist irgendwann auch die Nierenfunktion eingeschränkt – nun gibt es endlich eine behandelnswerte Krankheit. Oder aber – die Verspannungen bleiben aufrecht, die Fehlhaltung der Wirbelsäule wird fixiert, die Knochen, Bänder und Zwischenwirbelscheiben werden falsch belastet und es entstehen irreversible Schäden am Bewegungsapparat. Auch hier liegt schlussendlich ein pathologischer Befund vor, der aber vielfach nicht behandelt werden kann.

Im Vergleich dazu nun eine ähnliche Krankheitsgeschichte – der Kopfschmerz ist durch einen Hirntumor verursacht. Bei Variante 1 ist die Behandlung wohl lindernd, durch die nicht vorhandene Diagnose- und Behandlungsmöglichkeit wird die Erkrankung zum Tod führen. Bei Variante 2 wird die Diagnose einen pathologischen Befund ergeben, eine Operation ist aufgrund der technischen Möglichkeiten durchführbar und im günstigsten Fall ist eine völlige Genesung möglich.

Was ich mit diesen Beispielen illustrieren wollte, ist der Unterschied in den heilkundlichen Konzepten und Behandlungsmöglichkeiten. Ich halte es durchaus für sinnvoll, sich damit auseinander zu setzen, was gedacht und tatsächlich durchgeführt wurde. Immerhin basiert die „alte“ europäische Heilkunde auf sehr langem Erfahrungswissen und auf Beobachtungen. Diese Inhalte können in manchen Bereichen durchaus eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Schulmedizin darstellen, nämlich dann, wenn diese an ihre Grenzen gelangt – bzw., bevor sie

---

<sup>18</sup> Diese hat in der hippokratischen Medizin einen sehr hohen Stellenwert!



überhaupt Therapiemöglichkeiten hat. Wesentlich ist aber auch, dass klar ist, dass es sich bei all diesen Theorien um Denk - „Modelle“ handelt, die vor dem Hintergrund der jeweiligen Epoche verstanden werden müssen, da sie von diesen Rahmenbedingungen beeinflusst werden.

## **DIE HÄUFIGSTEN THERAPIEFORMEN VOR 1850:**

Es ist schlüssig, dass auf Basis eines heilkundlichen Konzeptes, das Gesundheit als „Zustand des Gleichgewichtes“ verstand, Therapieformen angewandt wurden, die darauf abzielten, das Gleichgewicht wieder herzustellen. Es wurde dabei zwischen „inneren“ und „äußeren“ Anwendungen unterschieden.

### **1. „Cura externa“ - äussere Behandlungen**

Unter der „cura externa“ wurden Behandlungen verstanden, die an der Körperoberfläche erfolgten. Dazu gehörten sämtliche chirurgischen Eingriffe, Behandlungen der Augen und der Zähne, aber auch die heute nur mehr wenig verstandenen Behandlungen mit Bädern, Pflastern, Aderlässen und das Schröpfen.

Ich möchte versuchen, diese hier zu erklären. Dabei habe ich zum Teil Wissen aus der heutigen Balneologie und -therapie, der physikalischen Therapie und der Kurortmedizin herangezogen und zwar dann, wenn klar ist, dass es sich um Phänomene handelt, die damals wie heute wirksam waren und vielleicht mit heutigen Worten besser zu erklären bzw. zu verstehen sind.

#### **1.1 Bäder**

In der traditionellen europäischen Heilkunde (aber auch in der heutigen Balneologie) wurde zwischen Teil- und Vollbädern unterschieden. Vollbäder dienten primär zur Reinigung, hatten/haben jedoch auch therapeutische Wirkung.<sup>19</sup> Beim Vollbad mit Wasser werden alleine durch die hydrostatische Wirkung des Wassers zahlreiche Körperfunktionen beeinflusst – das Herz wird entlastet, die Durchblutung in den peripheren Gefäßen verstärkt, die Nierenfunktion angeregt, die Atmung erleichtert und auch die Ausschüttung einiger Hormone verändert; Muskel werden gelockert und die Impulsübertragung an den Nervenendigungen erleichtert. Hinzu kommt, dass ein Körper, der sich ganz im Wasser befindet, nicht so schwer ist wie außerhalb und alleine schon dadurch Gelenke und Muskel entlastet und leichter bewegt werden können.

Insgesamt kommt es zu einer Anregung des Kreislaufes bei gleichzeitiger allgemeiner „Druck“entlastung im Inneren des Körpers. Allerdings besteht die Wirkung eines Vollbades nicht aus der Summe aller einzelnen Wirkungen, sondern

---

<sup>19</sup> Wolfgang MARKTL, Allgemeine Balneologie. In: In: Handbuch für den Kurarzt, ed. Gerhard WEINTÖGL und Oskar HILLEBRAND (Wien <sup>2</sup>1995) 41-46.

die einzelnen Teilbereiche wirken „synergetisch“, d.h. die Gesamtwirkung ist stärker, als die Wirkung der Summe der einzelnen Faktoren.<sup>20</sup>

Ein wichtiger Faktor ist auch die Temperatur des Wassers – kaltes Wasser wirkt anders als warmes Wasser. Jede Veränderung des äußeren Milieus löst Reaktionen im Inneren des Organismus aus, die dort ebenfalls zu „Milieuveränderungen“ führen – naheliegender ist es, einfach daran zu denken, was passiert, wenn einem Menschen z. B. heiß ist: Die Gefäße der Körperoberfläche werden erweitert, Muskel und Haut werden stärker durchblutet, die Schweißdrüsen werden angeregt. Im Fall von verspannten Muskeln etwa werden diese wärmer, daher stärker durchblutet und gelockert. Die Einwirkung von kaltem Wasser führt jedoch zur Verengung der peripheren Gefäße, wodurch das Blut in tiefere Gefäße „umgeleitet“ wird – dies ist z.B. bei Durchblutungsstörungen im Bein ein erwünschter Effekt. Bei einem Kältereiz wird durch die Verengung peripherer Gefäße auch der Blutdruck gesteigert, was etwa bei der Sauna<sup>21</sup>, als erwünschtes Gefäßtraining betrachtet wird.<sup>22</sup> Als besonders günstig erweisen sich hierfür die heute so bezeichneten „Dampfbäder“, die beispielsweise im „arabischen“ Raum als „Hamam“ verbreitet sind und waren, im alpinen Raum als Brechel- oder Heubäder. In diesen Fällen wird die durch Pflanzenabfälle erzeugte Wärme zusätzlich genützt.

In Kombination mit einem Teil- bzw. Vollbad bietet ein Dampfbad aufgrund der Druckentlastung durch das Sitzen im Wasser, kombiniert mit der Wirkung des Dampfes, ideale Bedingungen. Dieser wirkt durch das Einatmen der warmen und feuchten Luft zusätzlich auf die Atmungsorgane. Die Atemwege werden dadurch befeuchtet, gewärmt, stärker durchblutet – also ein durchaus nicht unangenehmer Effekt, wenn z. B. Schnee um das Haus liegt ...

Soweit die „harte medizinische“ Beschreibung und Deutung der vielen bekannten „Badstubenszenen“.<sup>23</sup> Bezieht man die psychischen Faktoren ein, die Förderung der Kommunikation, den „Stressabbau“ (z. B. durch Spiele und Gespräche) und die dadurch erzielte Entspannung, ist der therapeutische, vor allem aber der prophylaktische Effekt nicht von der Hand zu weisen. Dies entspricht genau dem „alten“ heilkundlichen Konzept, dass auf Anspannungen Entspannungen folgen müssen, damit Gleichgewicht erreicht werden kann. In diesem Konzept waren auch psychische Aspekte vertreten – gelegentlich sollte auch für Freude gesorgt werden.<sup>24</sup> Spielen und Baden war sogar asketischen (?) Geistlichen zur Entspannung

---

<sup>20</sup> Helmut G. PATZEL, Wolfgang SCHNIZER, Handbuch der Medizinischen Bäder. Indikationen – Anwendungen – Wirkungen (1992) 6-15.

<sup>21</sup> Aber auch bei den im alpinen Raum gebräuchlichen Brechel- und Heubädern, sowie bei Dampfbädern.

<sup>22</sup> PATZEL/SCHNITZER, Medizinische Bäder 17-25.

<sup>23</sup> Vgl. die zahlreichen Abbildungen in Martin WIDMANN, Fritz HÖRMANN (Hgg.), Ärzte, Bader, Chirurgen. Medizinisches Handwerk im Spiegel der Astronomie (= Schriftenreihe des Museumsvereins Werfen 15, 2001).

<sup>24</sup> Otto G. SCHINDLER, Opium gegen die Pest, Comedia dell'Arte gegen die Melancholie. Der „berühmte Tabarino“ – Quacksalber am Wiener Allerheiligenmarkt und Komödiant am Kaiserhof. In: Sonia HORN (Hg.), Susanne Claudine PILS, Stadtgeschichte und Medizingeschichte. Tagungsband der Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin 1996 (1998) 86-95.

empfohlen.<sup>25</sup> Die bekannten Badstubenszenen sollten daher nicht vordergründig als Darstellungen lasterhaften Lebens betrachtet werden, sondern als durch das heilkundliche Konzept untermauerte, prophylaktische Maßnahmen, die auch psychische/mentale Komponenten einschlossen.

Chemische Substanzen, die im Wasser gelöst sind, greifen in ihrer Wirksamkeit an der Haut, die immerhin das größte Organ des Menschen ist, an. Diese chemischen Substanzen können von Natur aus im Wasser vorkommen, wie bei Heilquellen, oder künstlich zugesetzt sein. Der Mechanismus, dass chemische Substanzen über die Haut bzw. über Schleimhäute aufgenommen werden, wird auch heute in vielen Bereichen der Arzneimitteltherapie angewandt.<sup>26</sup> In der alten europäischen Heilkunde kommt diesem Mechanismus besondere Bedeutung zu – er ist eine der wesentlichsten Grundlagen der „cura externa“. In den Bädern konnten verschiedenste Arzneien, nicht nur „Kräuter“, gelöst werden. Diese Inhaltsstoffe wirkten entweder „systemisch“, also auf den ganzen Körper, oder „lokal“. Letzteres wurde etwa bei Hautausschlägen oder zur Förderung der Wundheilung angewandt.<sup>27</sup> Die verschiedenen Badezusätze bestanden jedoch nicht immer aus einer Komponente („simplicia“), sondern waren oft auch aus mehreren Substanzen zusammengesetzt („composita“). Die große Kunst der Behandlung mit „composita“ bestand darin, die einzelnen Komponenten sowohl von der Wirkung her, als auch von der Dosierung aufeinander abzustimmen. Da den einzelnen Substanzen charakteristische Eigenschaften zugeschrieben wurden, also etwa Paprika als „heiß und trocken“ charakterisiert war, waren für die Zusammenstellung von Arzneien umfangreiche Kenntnisse nötig. Zudem mussten diese Arzneimittel auch auf den jeweiligen „Zustand“ der PatientInnen abgestimmt sein, der wiederum als heiß, kalt, trocken und feucht mit vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten und Abstufungen charakterisiert wurde. Es sollte also nicht nur „irgendein“ Kraut in „irgendeiner“ Dosierung dem Bad zugesetzt werden, sondern die richtige Kombination in der passenden Dosierung, abgestimmt auf den aktuellen „Zustand“ des Menschen. Zusätzlich gab es die Möglichkeit, gewisse Einzelkomponenten durch andere Arzneien zu ersetzen, was auf Anordnung von akademischen Ärzten erfolgen und keinesfalls, die von Apothekern eigenständig durchgeführt werden sollte.

Bei der Behandlung mit Bädern ist weiters zwischen Voll- und Teilbädern zu trennen. Auch Güsse oder Bewegung im Wasser wurden angewandt. Diese Anwendungen konnten mit anderen Behandlungen kombiniert werden.

---

<sup>25</sup> Rudolf MAURER, „... *alius has munditias sordet putat*“ – Kirche und Badebetrieb am Beispiel Baden bei Wien. In: Sonia HORN, Thomas AIGNER (Hgg.), Aspekte zur Geschichte von Kirche und Gesundheit in Niederösterreich. Vorträge der gleichnamigen Tagung des Diözesanarchives St. Pölten/Historischer Arbeitskreis am 27. September 1997 im Sommerrefektorium des Bistumsgebäudes St. Pölten (= Beiträge zur Kirchengeschichte Niederösterreichs Bd. 1, 1997) 32-47.

<sup>26</sup> PATZEL/SCHNITZER, Medizinische Bäder 17-25.

<sup>27</sup> Ich selbst habe die Behandlung von großflächigen und stark mit Problemkeimen infizierten Wunden mit Kaliumpermanganatbädern auf der ehem. 2. Universitätsklinik für Unfallchirurgie in Wien kennengelernt. Diese wurden dann eingesetzt, wenn alle Antibiotika erfolglos blieben. Das tägliche Baden dieser Wunden führte in allen mir bekannten Fällen zu einer guten und raschen Wundheilung. Meine Frage, warum denn diese Behandlungsmethode nicht vor den Versuchen mit Antibiotika stattfanden, konnte mir weder von Professoren, noch anderen Heilkundigen beantwortet werden.

## 1.2 Schröpfen

Diese heute ebenfalls vielfach unverstandene Therapieform hat eine ähnliche Grundlage wie die Akupunktur. In beiden Fällen wird versucht, über einen Lokalreiz, der an bestimmten Punkten der Körperoberfläche gesetzt wird, eine „systemische“ Wirkung zu erzielen – also eine Beeinflussung des gesamten Organismus zu erreichen.<sup>28</sup> Aus heutiger Sicht könnte man versuchen, den Wirkungsmechanismus dieser Lokalreize, die dann auf den ganzen Körper wirken, mit den sog. „Head’schen Zonen“ zu erklären. Diese im frühen 20. Jahrhundert von Henry Head (gest. 1940) entdeckten Zonen an der Körperoberfläche zeigen die enge Beziehung innerer Organe zur Körperoberfläche.<sup>29</sup> Dies ist keine „neuartige“ Entdeckung, da z. B. die Differentialdiagnose des Magen- bzw. Dünndarmgeschwürs darauf beruht(e), dass ersteres vorne am Körper schmerzt, letzteres im Rücken. Durch die heutigen diagnostischen Möglichkeiten haben diese Formen der Diagnosefindung jedoch eine sehr untergeordnete Bedeutung. Head hat diesem nicht gerade neuen Wissen eine nach heutigen Begriffen wissenschaftliche Grundlage gegeben, indem er nachweisen konnte, dass jeder Region im Körperinneren ein Bereich an der Körperoberfläche zugeordnet ist und dass dies durch die embryonale Entwicklung des Nervensystems erklärt werden kann. Diese Erkenntnisse macht sich die heutige Medizin in der sog. „Neuraltherapie“ zunutze. Hier wird versucht, durch Setzen einer „Quaddel“ – Einspritzen von etwas Flüssigkeit unter die Haut, so dass eine kleine Erhebung entsteht – den Nerv, der das betreffende Körpersegment versorgt, zu reizen und so das zugehörige innere Organ zu beeinflussen. Gelegentlich zielt diese Behandlung auch darauf ab, den Nerv zu blockieren und so die Schmerzleitung zu unterbinden. Auf diese Weise können z.B. durch die Blockade der oberflächlichen Nervenfasern Verspannungen der Nackenmuskeln aufgehoben werden. In diesen Fällen wird ein leichtes Lokalanästhetikum verwendet. Andere Überlegungen gehen dahin, dass auch Flüssigkeiten, die keine „wirksamen“ Substanzen enthalten, etwa eine physiologische Kochsalzlösung, angewandt werden können, die dann durch den leichten Druck auf die Umgebung wirken. – Dieser leichte Druck könnte jedoch auch durch das Aufsetzen eines Schröpfglases erreicht werden.

Beim Schröpfen werden zunächst die Schröpfköpfe erwärmt, wodurch im Inneren des Glases warme, „dünnere“ Luft entsteht. Nach dem Aufsetzen der Gläser auf die Körperoberfläche kühlt die Luft im Inneren ab und erzeugt so einen leichten Unterdruck, der die Haut etwas ins Innere des Schröpfglases zieht. Dadurch wird die Hautstelle stark durchblutet und je nach Größe der Hautfläche und nach der Stärke des Unterdruckes entsteht eine Rötung oder ein leichter Bluterguss. Ist eine besonders starke Wirkung gewünscht, kann die Haut eingeritzt werden und etwas Blut entzogen werden – dies wird als „blutiges Schröpfen“ bezeichnet. Je nach Größe des Schröpfkopfes werden maximal 3 ml<sup>30</sup> Blut entzogen.

---

<sup>28</sup> Vgl. Hedwig PIOTROWSKI, Die Kunst des Schröpfens (Stuttgart 1997).

<sup>29</sup> ECKART/GRADMANN, Ärzte Lexikon 149-150.

<sup>30</sup> Dies ist weniger als ein sog. „Kleines Röhrchen“ bei heutigen Blutabnahmen. Diese können 5 ml aufnehmen. Ein „normales Röhrchen“ enthält 10 ml; vgl. PIOTROWSKI, Schröpfen 73-74.

Bemerkenswerterweise können diese „Head´schen Zonen“ bzw. die Grenzbereiche dieser Körperregionen mit den „Meridianen“ der Akupunktur korreliert werden und interessanterweise sind auch hier einige „typische“ Schröpfstellen zu finden.<sup>31</sup> Mit dem Schröpfen kann aber auch ein Massageeffekt hervorgerufen werden. Diese Therapie kann am Bild von Jost AMANN gut beobachtet werden. Die Frau – mit Badekleid – hat im Bereich der Schultermuskulatur aufgesetzte Schröpfköpfe. Kombiniert mit einem warmen Fußbad, würde dies eine verbesserte Durchblutung der gesamten langen Rückenmuskulatur und der Schultermuskulatur bewirken. Demnach kann vermutet werden, dass diese Patientin an Verspannungen der Schulter- und Rückenmuskulatur leidet. Wird dies in den Kontext der traditionellen Rolle der Frau in der frühneuzeitlichen Gesellschaft und ihrer damit in Verbindung stehenden Aufgaben gestellt, finden sich die wahrscheinlichen „Auslöser“ der Beschwerden im Bild – vorne unten im Wasserbottich und links neben der Frau (vgl. die Abb.) Versucht man diese Beobachtungen jedoch „ganzheitlich“ zu gestalten, muss berücksichtigt werden, dass Verspannungen des Rückens und der Schultermuskulatur auch seelische Gründe haben können, wofür die Figur rechts neben der Frau ein „Auslöser“ sein könnte.



Badestube.  
Holzschnitt von: Jost Amman, aus:  
Paracelsus, Wund- und Artzney  
Buch (Frankfurt 1565) S. 82.

### 1.3. Aderlass

Beim Aderlass wird/wurde maximal ein drittel Liter Blut (ein Seidel) entzogen. Dadurch kommt es zu einer Verminderung des Blutvolumens – also von festen und flüssigen Bestandteilen des Blutes. Die physiologische Reaktion auf diesen Blutverlust ist zunächst ein Auffüllen des Blutvolumens mit „Blutflüssigkeit“, d.h. zunächst werden flüssige Bestandteile ersetzt, die verschiedene Eiweißstoffe enthalten. Diese werden unter der Bezeichnung „Akutphasenproteine“ zusammengefasst, da sie in „akuten Phasen“ freigesetzt werden. Ihre vorrangige Aufgabe ist die unspezifische immunologische Abwehr; diese behindern z.B. alle

<sup>31</sup> Dies ist jedoch noch nicht wissenschaftlich erforscht, sondern beruht auf meinen Beobachtungen.

eingedrungenen Keime (die spezifische Abwehr ist gegen bestimmte Keime gerichtet und ist das Ergebnis von durchgemachten Infektionskrankheiten oder Impfungen). Gleichzeitig aktivieren diese Substanzen im Blut auch das Gewebe allgemein, worauf verschiedene Reaktionen erfolgen, die allesamt der Verbesserung der Abwehr dienen. Als nächstes werden innerhalb von kürzester Zeit weiße Blutkörperchen freigesetzt, die ebenfalls das Blutvolumen steigern. Diese sind vor allem Teil der „unspezifischen Abwehr“. Allerdings ist es diesen Zellen möglich, eingedrungene Krankheitskeime zu „fressen“. – Einfach erklärt, sind die „unspezifischen“ Eiweißstoffe jener Teil der „Körperpolizei“, die die „Eindringlinge“ festhalten und nach den „Polizisten“ rufen; diese kommen (weiße Blutkörperchen), nehmen zunächst einmal „die Daten“ des „Eindringlings“ auf, indem ein ungefähres Bild von ihm gemacht wird und beginnen ihn langsam aufzufressen. Wenn dieser „Eindringling“ als „körpereigen“ erkannt wird, wird die Aktion beendet; ist er jedoch ein „alter Bekannter“ (z.B. aufgrund durchgemachter Krankheiten oder nach Impfungen), wird er von denjenigen, die ihn bereits kennen, aufgefressen. Ist er noch unbekannt, kommen besondere weiße Blutzellen zum Einsatz, die sich ein genaueres Bild von dem Keim machen, um ihn anschließend zu verzehren. Das Bild wird archiviert und meistens ein ganzes Menschenleben lang nicht skartiert. Besonders „gefinkelte“ Keime können sich jedoch irgendwo im Körper verstecken, wo sie einige Zeit lang unbehelligt ihr Unwesen treiben können – dies ergibt das Bild einer „verschleppten Infektion“, einer „schlecht heilenden Wunde“ oder eines „langwierigen Krankheitsprozesses“. Wird in einer derartigen Situation aus irgendeinem Grund der Abwehrmechanismus in Gang gesetzt, kann es sein, dass die unspezifische Abwehr solche „versteckten Missetäter“ entdeckt und komplett „auffressen“ kann, wodurch der ins Stocken geratene Heilungsprozess wieder aktiviert wird; im besten Fall kommt es zur kompletten Heilung.<sup>32</sup>

Eine derartige „Umstimmung“ ist auch durch einen geringfügigen Blutverlust möglich. Durch solche regelmäßigen „Reize“ könnten im Prinzip laufend „versteckte Missetäter“ aufgespürt werden, eventuell auch Körperzellen, die sich so verändert haben, dass sie nicht mehr „normal“ sind. Möglicherweise war dies tatsächlich zu beobachten und könnte eine Erklärung dafür sein, dass in der traditionellen europäischen Medizin regelmäßige Aderlässe als gesundheitserhaltend betrachtet wurden.<sup>33</sup>

Aderlässe haben auch den Effekt, dass das Blut für einige Zeit „dünnflüssiger“ wird – Blutzellen wurden entzogen, so dass es eine Weile dauert, bis sie wieder ersetzt werden. Heute wird dies therapeutisch eingesetzt, wenn im Blut zu viele rote Blutkörperchen enthalten sind und es dadurch zu Durchblutungsstörungen kommt. In

---

<sup>32</sup> Dieser Effekt wurde beispielsweise bei der von Wagner - Jauregg (1857 – 1940) entwickelten Therapie der Syphilis mit Malariaerregern genützt. Ein Beispiel für „den Teufel mit dem Belzebug austreiben“, das ihm immerhin einen Nobelpreis einbrachte und die Benennung einiger Krankenhäuser nach ihm bewirkte. Allerdings geht auf ihn auch die erfolgreiche Behandlung bestimmter Formen der Schilddrüsenvergrößerung mit Jod zurück. Durch die Beigabe von Jod zu Speisesalz kann/konnte in alpinen Regionen dem zuvor weit verbreiteten „Jodmangelkropf“ vorgebeugt werden. (Vgl. Sonia HORN, Wagner von Jauregg, Julius. In: Wolfgang ECKART, Christoph GRADTMANN (Hg.) *Ärztelexikon. Von der Antike bis zur Gegenwart* (2001)

<sup>33</sup> Es gibt Studien der „American Heart Association“, die nachweisen konnten, dass regelmäßiges Blutspenden, Herzerkrankungen vorbeugen soll und sich Blutspender allgemein eines besseren Wohlbefindens bis ins hohe Alter erfreuen.

der alten europäischen Heilkunde wurde der Aderlass auch bei Schlaganfällen oder plötzlichen Herzbeschwerden (Herzinfarkt) verwendet. Die Akuttherapie heute enthält ebenfalls die Komponente, dass das Blut leichter fließbar gemacht wird, um eine gute Durchblutung der gefährdeten Gewebeareale zu gewährleisten. Dies wird mit gerinnungshemmenden Substanzen gemacht. Dass Aderlässe also nicht unsinnig waren, liegt demnach nahe, wenn die Auswirkungen der Therapie mit heutigen Denkmodellen zusammengeführt werden. Allerdings haben sich in der heutigen Schulmedizin andere Möglichkeiten entwickelt – ohne diese „technologischen“ Entwicklungen wäre eine „Blutverdünnung“ mit synthetischen Medikamenten nicht möglich und vielleicht wäre der Aderlass die Therapie der Wahl

## 2. „Cura Interna“ – „innerlich“ angewandte Behandlungsformen

Unter „cura interna“ wurden Therapieformen verstanden, die durch Einnahme bestimmter Substanzen Wirkungen erzielten. Im Sinn der Wiederherstellung des Gleichgewichtes bzw. des Initialisierens von Prozessen wurden Stoffe angewandt, die die Ausscheidung der „materia peccans“ begünstigen sollten. Zum Teil konnte dies über den Aderlass erfolgen, andere Möglichkeiten bestanden in der Anregung der Ausscheidung von Harn, Stuhl oder Schweiß. Hierzu wurden die bereits erwähnten „simplicia“ oder „composita“ verwendet.

Zumindest bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts wurde die Behandlung mit Arzneien für den „Leib“ als „Leibarznei“ bezeichnet und war den „Leibärzten“ vorbehalten. Behandlungen (= „Arzneien“) von Wunden wurden als „Wundarznei“ bezeichnet, die Ausführenden waren die „Wundärzte“. In den – lateinischen – Aufzeichnungen der Wiener medizinischen Fakultät wurden diese Begriffe genau getrennt. Die Vertrauensärzte (Leib- und Wundärzte) von hochgestellten Personen wurden als „persönliche“ Ärzte bezeichnet, z.B. „suae caesareae majestatis personae chirurgus/medicus“. Bei den „Leibärzten“ verhält es sich, also nicht so wie mit der „Leib“-speise (=„Lieblingsspeise“). Auch in deutschen Texten fällt diese Trennung auf, wenn man sie mit diesem Hintergedanken genau liest.

Hebammen war die Behandlung der „*kindbetterinnen und kindern mit gewöhnlichen Arzneien*“ erlaubt.<sup>34</sup> Diese „gewöhnlichen“ Arzneien wurden gelegentlich als „einfache“ Medikamente<sup>35</sup> verstanden, was jedoch eine „beeinflusste“ bzw. „beeinflussende“ Interpretation ist. Wohl eher sind darunter die gewohnten, also die in der Geburtshilfe und in der Behandlung von Kindern üblicherweise eingesetzten Medikamente gemeint.<sup>36</sup>

Allerdings gab es viele Krankheitsfälle, in denen die „Zugehörigkeit“ nicht ganz klar war oder solche, in denen „*cura externa*“ und „*cura interna*“ verbunden werden mussten. In letzteren Fällen war die Zuständigkeit eindeutig. Von Badern oder

<sup>34</sup> Vgl. die Privilegienbestätigung Maximilians I. von 1501. In: Sonia HORN, Approbiert und examiniert. Die Wiener medizinische Fakultät und nicht-akademische Heilkundige in Mittelalter und Früher Neuzeit. (= phil. Diss. Univ. Wien, 2001) 269 - 272

<sup>35</sup> Leopold SENFELDER, Das niederösterreichische Sanitätswesen und die Pest im 16. und 17. Jahrhundert. In: Blätter für Landeskunde von Niederösterreich, Neue Folge 33 (1899) 35-71.

<sup>36</sup> Vgl. dazu: Sonia HORN, Wiener hebammen 1643 – 1753. In: Studien zur Wiener Geschichte. Jahrbuch des Vereins für Geschichte der Stadt Wien, Bd. 59 (2003) 35 - 102.

Wundärzten durften z. B. Purganzen verabreicht werden, allerdings nur auf Anordnung eines akademischen Arztes. Unklare „Zuordnungen“ ergaben sich etwa in Fällen von Schlangenbissen. Die Wunde wurde von außen versorgt, das Gift musste aber mit „Leibarznei“ unschädlich gemacht werden, wozu Brechmittel, Abführmittel oder aber auch echte Gegengifte (Antidote) verwendet wurden. Ein anderes Beispiel wären etwa Abszesse – Eiteransammlungen z. B. um eine verstopfte oder verletzte Schweißdüse. Derartige Prozesse gehen „den Weg des geringsten Widerstandes“ und enden gut, wenn die Eiteransammlung nach außen durchbricht und sich entleert. Da aber das Gewebe z. B. der Achselhöhle sehr weich, die Haut darüber aber eher fest ist, führt der Weg des geringsten Widerstandes eher „hinein“ in den Körper. Wenn dann Eiter und Keime in die Blutbahn gelangen, weil auf diesem Weg auch ein größeres Blutgefäß durchwandert wurde, kommt es zur Sepsis (=Blutvergiftung), die meist tödlich ausgeht. Wird dem „Prozess“ geholfen, nach außen zu gelangen, indem ihm durch die Öffnung des Abszesses eine Bahn vorbereitet wird, kann diese Gefahr abgewandt werden. Im Fall beispielsweise eines Achselhöhlenabszesses stellt sich die Frage, ob es – im Verständnis der „alten Medizin“ – eine Ausscheidung der *materia peccans* ist, die demnach mit „ausleitenden Substanzen“ von innen her behandelt werden müsste, oder eine von außen zugefügte Verletzung, die nach innen wandert und daher von außen behandelt werden müsste, indem der Herd incidiert (aufgeschlitzt) werden sollte.<sup>37</sup>

Um diese Ausführungen zu den bekanntesten Therapieformen der „alten Medizin“ abzuschließen, möchte ich nochmals betonen, dass es mir weder darum geht, diese Therapieformen im nachhinein zu rechtfertigen, noch deren „Abgekommensein“ zu bedauern. Diese Behandlungsformen wurden früher angewandt und werden es heute in der Schulmedizin großteils nicht mehr, auch wenn diese Kenntnisse vielfach noch immer auch praktisch von einer ÄrztlInnengeneration auf die andere weitergegeben werden. Ich bin aber der Meinung, dass die „alte Medizin“ leichter verständlich wird, wenn zu verstehen versucht wird, was bei diesen Behandlungen im menschlichen Körper vorgeht. So wird klarer, dass den verschiedenen medizinischen Berufsgruppen durchaus eine große Bandbreite von Therapieformen zur Verfügung stand – eben andere als heute.

---

<sup>37</sup> Vgl. dazu Harry KÜHNEL, mittelalterliche Heilkunde in Wien , 74/75. 1463 starb Albrecht VI. an einer Beule in der linken Achselhöhle. Er hatte den Wiener Mediziner Michael Puff aus Schrick mit der Behandlung der Erkrankung betraut. Dieser versuchte sie „konservativ“ zu behandeln und öffnete sie nicht. Michael Puff, ein Parteigänger von Albrechts Gegenspieler Friedrich III., wurde daraufhin von Dr. med et chir.. Johannes Kirchheim, der auf Albrechts Seite gestanden war, des Mordes beschuldigt. Kirchheim hätte wohl anders entschieden....