Essay Review

Forschungen zu Arztpraxen (1500–1900)

Martin Dinges

Keywords: historical research; medical practice; surgeries; general physician; 16th to 19th century

Einführung

Eine gesundheitsgeschichtliche Annäherung an die ärztliche Praxis will jenseits topischen Ärtelobs wesentlich mehr erfahren:

- 1) Was geschieht in der «Praxis» und wie verändert sich das?
- 2) Wer wird behandelt?
- 3) Was kostet die ärztliche Dienstleistung?
- 4) Wie ändert sich die Stellung der Allgemeinpraxis im Kontext anderer Praxen?

An die Stelle der Biographien von Medizinern tritt als Erkenntnisinteresse die Analyse längerfristiger Entwicklung von Praxen¹. Ein einzelnes oder wenige beobachtete Jahre können zwar einige Aufschlüsse über eine Praxis ergeben, aber diese unterliegen einer gewissen Zufälligkeit des Ortes – Kleinstadt oder Residenzstadt – und der Position des Arztes – Anfänger oder Etablierter – zu dem gegebenen Zeitpunkt. Diese Vielfalt der Situationen ist jeweils durchaus aussagekräftig, man wird sie aber nicht zu sehr verallgemeinern können.

* Dieser Aufsatz ist eine veränderte Fassung der in Dietrich-Daum/Dinges 2008 erschienenen Einführung.

1 Duffin 1999, 6, fordert «Biographien» von Praxen.

Für die Betonung der langfristigen Entwicklungen spricht nicht zuletzt die Debatte um die Medikalisierung. Hier hat viel zu lange eine arzt- und dann eine machtzentrierte Perspektive überwogen². Demgegenüber werden Fragen nach den Patienten und ihrem Verhalten nach wie vor viel zu wenig bearbeitet³. Auch die ökonomische Seite der Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten ist unterbelichtet. Selbstverständlich wären in einem zweiten Schritt die medizinischen Praktiken ausserhalb der Arztpraxis zu untersuchen⁴. Da es um «Biographien» von Praxen geht, wird in diesem quellenorientierten Literaturüberblick anderes nicht vertieft, wie z.B. Aus- und Fortbildung der Ärzte oder normative Äusserungen zum Arzt-Patient-Verhältnis⁵.

Einzelaspekte der ärztlichen Praxis

Therapiegeschichte wird nach wie vor ganz überwiegend als Geschichte der Erfindungen geschrieben. Die breite Durchsetzung in der Allgemeinpraxis wird weniger beachtet⁶. Demgegenüber orientiert sich Warners Annäherung an das tatsächlich in der Praxis umgesetzte therapeutische Wissen an analytischen Konzepten: Er unterstreicht z.B. den Wandel des ärztlichen Krankheitsverständnisses von einer Kategorisierung, die zunächst auf einen «natürlichen», später auf einen «normalen» Zustand rekurriert⁷. Zur Anwendung ärztlicher Wissensbestände in der Praxis sind auch die Reiseberichte zumeist junger Ärzte über den jeweils neuesten Stand der Praxis zumindest für die Spitze der medizinischen Entwicklung aussagekräftig⁸. Sie belegen ausserdem die bis zum Ende des 19. Jahrhunderts bedeutsame Forschungstätigkeit der Praktiker⁹. Therapiegeschichtlich aufschlussreich sind Prozesse und Gutachten, etwa zum Behandlungserfolg für Bologna im 17. Jahr-

2 Siehe etwa die Pionierstudie von Heischkel-Artelt 1967, 1–16; zum Professionalisierungsprozess Drees 1988 und Huerkamp 1985. Zur Medikalisierungsdebatte s. Dinges 2004, 209–236, 218–224.

3 Zur Bedeutung der Nachfrage frühzeitig Loetz 1993, 314ff.; Faure 1993.

4 Bourdelais/Faure 2005.

5 Empirisch dicht und instruktiv ist Stolberg 1992, 529–533; ansonsten ist die Medizinsoziologie oft heuristisch ertragreich. Die Ärzterspektive bietet gut Digby 1999; 1994.

6 Koelbing 1985.

7 Warner 1986, 85; kritisch zur Chronologie, Duffin 1999, 70. Siehe auch den anregenden Band von Faure 1999.

8 Beispielsweise etwa Mörgeli 1997; Rapou 1847.

9 Digby 1999, 218, mit steigenden Publikationszahlen der Praktiker – auch ohne Dokortitel bis 1900. Das Selbstverständnis des Praktikers als Forscher repräsentiert gut E. Wichelhausen, der z.B. Wasseranalysen publiziert, vgl. Dinges 2003, 35–55.

hundert, Gutachten der Kölner Barbieri aus amtsärztlichen Untersuchungen (1557–1638) sowie Forschungen zu Kunstfehlern¹⁰.

Autobiographien von Ärzten bieten besonders für erinnerungswürdig Gehaltenes¹¹. Dabei bleibt die sozialgeschichtlich wichtigste Frage offen, was in der ärztlichen Praxis gängig war. Erinnerung bevorzugt systematisch das Aussergewöhnliche: die erstmalige Anwendung einer neuen Technik, fast nie den Weg zur Routineanwendung. Wegen der hohen Beliebigkeit sind Autobiographien nur sehr eingeschränkt nutzbar. Tagebücher unterliegen weniger stark der Stilisierungsabsicht¹².

Zumindest sollte man Patientenautobiographien oder -tagebücher als «Gegenüberlieferung» zur ärztlichen Sicht auf die Praxis heranziehen. Die Auswertung solcher gedruckter Selbstzeugnisse durch Lachmund und Stollberg beleuchtet für städtische Verhältnisse im 19. Jahrhundert wichtige Aspekte einer historischen Soziologie der Medikalisierung aus Patientensicht¹³. Auch für frühere Jahrhunderte wurde die Nutzung ärztlicher und anderer Praxen aus Tagebüchern rekonstruiert¹⁴.

Anleitungen für junge Ärzte bieten empfohlene Normen des ärztlichen Verhaltens. Für das ausgehende 18. Jahrhundert wurden diese Texte exemplarisch ausgewertet¹⁵. Ritzmann charakterisiert die ärztliche Unsicherheit im Angesicht der Krankheit und des Kranken als Ausgangsproblem. Techniken des Auftretens und der Gesprächsführung sollten die Patienten beruhigen. Diese Quelle bietet wichtige Einblicke in Probleme der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Eine systematische Auswertung als Quellenkorpus über einen langen Zeitraum wäre wünschenswert¹⁶.

Ärztliche *Fallsammlungen* bieten in der Regel eine kleine Auswahl besonders lehrreicher Fälle, die das medizinische Interesse des Arztes widerspiegeln¹⁷. Bei Publikation wird zusätzlich auf den medizinischen Neuigkeitswert geachtet¹⁸. Nicht feststellbar ist, ob sie repräsentativ für die Tätig-

10 Pomata 1998, z.B. 26–33, 135–139; Jütte 1991. Noack 2004; siehe auch Hogan 2003; De Ville 1990.

11 Jessen/Voigt 1996. Auch für Gesichtspunkte der Praxis aufschlussreich ist z.B. Gantenbein 1992, 77–83.

12 Tagebücher und Autobiographie bieten parallel Johnson 2001, 85ff., mit viel Information zur Geselligkeit; Stowe 2000.

13 Lachmund/Stollberg 1995, insbesondere Kapitel 3.

14 Hoffmann 2005, 129–138.

15 Ritzmann 1999, 197–219. Siehe auch Elkeles 1979, 231ff.

16 Vgl. dazu Schott 1994, 9–20.

17 Das gilt nicht für die besser erforschte klinische Überlieferung, siehe dazu Larsen 1992, 127–148. Ein ediertes Mischprodukt ist Cockayne/Stow 2005; siehe auch Warner/Risse 1992, 183–205. Mitschriften über Fälle aus dem Studium: Stolz 1984; Griesel 1984.

18 Dinges/Holzapfel 2004, 149–167.

keit einer Praxis sind¹⁹. Bei publizierten Fallsammlungen hat man es oft mit mehrfachen, nicht immer nachvollziehbaren Filterprozessen zu tun²⁰.

Im Rahmen von Behandlungen entstehen häufig Briefe, die zumindest nicht nachträglichen Rechtfertigungszwecken dienen²¹. Konsiliarkorrespondenz betrifft Einzelfragen der Behandlung und erlaubt keine Aussage darüber, was in einer Praxis alltäglich war.

Die – sozial seit dem 17. Jahrhundert immer weniger exklusive – Patientenkorrespondenz mit Ärzten bietet Erkenntnisse z.B. zum teilweise unterschiedlichen Krankheitsverständnis von Patienten und Ärzten²². Zwar lässt sich so der Wandel dieser Wissensbestände verfolgen. Weniger genau unterrichten Patientenbriefe allerdings über die Tätigkeit der Ärzte, da deren Antworten nur sehr selten überliefert sind²³. Insgesamt kommen in diesen Quellen aber die Interaktion zwischen Arzt und Patient und gängige medizinische Behandlungen gut in den Blick²⁴.

Quantitativ ausgewertet enthalten solche Korrespondenzen auch geschlechtergeschichtlich interessante Befunde für das Konsultationsverhalten, wie sich an der Briefpraxis von Samuel Hahnemann zeigt, die leider nur für wenige Jahre von 1831 bis 1835 überliefert ist²⁵.

Persönlich und brieflich stellten sich damals dem homöopathischen Arzt etwa gleich viele Männer und Frauen vor. Die Frauen schrieben allerdings fast doppelt so viele Briefe wie die Männer. Ob dies als Besonderheit einer homöopathischen Briefpraxis zu deuten ist, muss dahingestellt bleiben, da keine Vergleichsfälle vorliegen²⁶. Jedenfalls könnten sich hier Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme von Ärzten zeigen²⁷.

Die medizinischen *Topographien* und späteren Physikatsberichte enthalten Informationen zum Kontext ärztlicher Praxis wie zum Krankheits-

19 Zu Problemen der Intertextualität mit anderen Fallsammlungen siehe Duden 1987, 85f.

20 Beispiel sind etwa die Ausgaben der Platterschen Fallsammlungen: Buess 1963; vgl. die ebenfalls nur auszugsweise Publikation bestimmter Fälle eines Wundarztes: Remmen 1965; siehe auch die z.T. exzellenten Ausgaben von Mc Donell 1989; Ward/Yell 1993; Lane 1996. Bei Auswertungen heisst das sozialhistorisch etwas enttäuschende Kapitel meist: «Ausgewählte Krankengeschichten», siehe z.B. Martin-Kies 1977, 38ff.

21 Siehe dazu Dinges/Barras 2007b.

22 Stolberg 2003a. Eine Quelledition der Briefe an Tissot erscheint voraussichtlich bald: Pilloud/Louis-Courvoisier/Barras 2009 (im Druck).

23 Seltene Beispiele für ärztliche Antworten in Dinges/Jütte 2005, 84–88.

24 Zu Praxiserfahrungen von Männern Schweig 2008; auf der Basis unveröffentlichter populärer Autobiographik Hoffmann 2008.

25 Ob Männer mehr für Frauen schreiben als umgekehrt – soll hier offenbleiben, siehe dazu Brockmeyer 2007. Siehe auch Dinges 2002b, 99–125.

26 Dazu demnächst Pilloud/Louis-Courvoisier/Barras 2009 (im Druck) und die dazugehörige Datenbank.

27 Dinges 2007a.

spektrum²⁸. Stolberg konnte aus Berichten von Medizinern zu ihrer Praxis aus dem 19. Jahrhundert zeigen, dass sich die regelmässige Sprechstunde allenfalls in den Städten, auf dem Land in Bayern keineswegs bereits in den 1870er Jahren durchsetze²⁹.

Eine über zwei Jahre (1860/61) durchgeführte Umfrage zu sechs, später acht Praxen in Niederbayern erbrachte Aufschlüsse zur Praxisgrösse: 550–850 behandelte Patienten waren pro Jahr auf dem Land üblich, in der Stadt etwas mehr. Demnach wurden wöchentlich zwischen 11 und 16 neue Patienten in die Behandlung aufgenommen. Dies variierte nach Ortsansässigkeit und Alter des Arztes. Über vierzigjährige Ärzte galten als besonders Vertrauen einflössend, wenn sie schon etwa fünf bis zehn Jahre am Ort und als einziger Arzt tätig waren. Sie hatten dann ein Einzugsgebiet von etwa 10 000 Personen. Patientenzahl und Praxisgrösse korrelieren also hoch mit dem Ort und der Dauer der Niederlassung. An diesem Beispiel wird der Nutzen eines Vergleichs mehrerer Praxen erkennbar.

Noch in den 1820er Jahren hatten im Landkreis Köln etwa 80% der jährlich 891 Gestorbenen nie einen Arzt in Anspruch genommen, in einem Stadt- und Landkreis wie Bonn waren es im Jahre 1820 drei Fünftel der 1126 Gestorbenen³⁰. Säuglinge, Kleinkinder und alte Menschen waren stark unterrepräsentiert. Für die Rolle der ärztlichen Praxis in der medizinischen Versorgung wäre es wichtig, den Zeitpunkt genauer zu bestimmen, zu dem diese Gruppen stärker in die Praxis kommen.

Aussagen zum Krankheitsspektrum sind zumeist problematisch.

Tab. 1. Krankheitsspektrum von 7760 niederbayrischen Patienten 1861/62¹.

2213	(28,5%)	Gastrose, Durchfallerkrankungen und typhoide Krankheitsbilder
612	(7,9%)	Katarrh-Bronchitis-Pneumonie
223	(3%)	chronische Rheumatismen
196	(2,3%)	(überwiegend bei Frauen diagnostizierte) Blutarmut
172	(2,2%)	Formenkreis der Lungenschwindsucht
47	(0,6%)	Altersschwäche
25	(0,3%)	«Krebs»
611	(7,9%)	chirurgische Leiden
328	(4,2%)	Hauterkrankungen

1 Nach Stolberg 1993, 21f.

28 Brügelmann 1982, 31.

29 Stolberg 1993, 3–27.

30 Esser 1963, 49.

In der Tabelle sind nur etwa die Hälfte der Diagnosen mitgeteilt, ausserdem musste der Autor sie indirekt aus der Medizinalstatistik berechnen: Die Angaben bleiben also notwendig unvollständig. Die Zuordnung zu Krankheitsgruppen ist nicht immer evident. Vergleichbarkeit mit anderen Forschungsergebnissen ist nur schwer herstellbar³¹. Eine Differenzierung der Diagnosen nach dem Geschlecht unterbleibt weitgehend.

Ansonsten fallen für diesen Zeitraum die geringe Beteiligung der Ärzte bei der Geburtshilfe sowie unterschiedliche Spezialisierungen der Praxen hinsichtlich der Chirurgie, Ophthalmologie oder Geburtshilfe auf. Allerdings liefern Aussagen über nur wenige Jahre ein etwas statisches Bild dieser Praxen, die sich später ganz anders entwickelt haben können³². Offenbar wurde damals die «Lustseuche» nicht selten dem Arzt verheimlicht; die Patienten gingen damit lieber zum Laienheiler³³.

Die Grenzen dieser Quellen liegen darin, dass sie nichts zur Konsultationshäufigkeit einzelner Patienten und nichts zur Behandlungsdauer erbringen. Dennoch könnte eine systematische Auswertung solcher zeitgenössischer veröffentlichter, vorwiegend quantitativer Berichte unser Wissen über die Arztpraxen und ihr Umfeld noch wesentlich verbessern.

Rechnungsbücher dienten der Buchhaltung einer Praxis und sind vorwiegend für Fragen des Honorars relevant. Ärztliche (Taschen-)kalender dokumentieren manchmal zusätzlich Krankenbesuche³⁴. Als Beispiel sei hier das «Tagebuch» des Oberengadiner Wundarztes Joachim E. Frizzun (1657–1714) genannt, der in Schlarigna bei Sankt Moritz wie ein Arzt das gesamte Krankheitsspektrum behandelte. Auf 336 Seiten für die 20 Jahre von 1693 bis 1713 notiert er Behandlungen mit Patientennamen und Rechnungen. Buch geführt wird nach den Familienoberhäuptern von 92 «Geschlechtern», denen alle Familienangehörigen zugeordnet werden³⁵. Leider liefert die Veröffentlichung nur eine Liste der Krankheiten und Medikamente, fast nichts zu den Patienten. Demgegenüber bietet die Publikation des Frankfurter Praxisjournals (1795–1796) von S. Th. Soemmerring³⁶ zwar ein wertvolles Register der Familien, aus denen die einzelnen Patienten stammen, Soemmerrings medizinische Notizen sind aber sehr knapp.

Der Königsweg zur Erforschung der ärztlichen Praxis führt über die *Krankenjournalen*, also (vorrangig) zu Behandlungszwecken angelegten zeit-

31 Systematik nach Krankheitsgruppen bei Brügelmann 1982, 290.

32 Zwei Zeitpunkte des Krankheitsspektrums bei Wehren 1985, 85–166, 112–113.

33 Stolberg 1993, 25; vgl. bei van Baal 2004, 259.

34 Kirste 1937, allerdings in Privatbesitz. Siehe auch Heim 1989.

35 Martin-Kies 1977, 114–118.

36 Dumont 1993, 123–153, 134ff.

gleichen Aufschrieben³⁷. Zumeist enthalten diese auch als Praxisjournale bezeichneten Quellen den Namen, seltener auch den Vornamen, noch seltener den Wohnort und/oder den Beruf des Behandelten, eine Diagnose oder Symptombeschreibungen sowie ärztliche Massnahmen, gelegentlich auch Informationen zum Honorar.

Zumeist sind einzelne Praxisjournale, oft aus einer früher vollständigeren Reihe, überliefert, wie das Krankenjournal von Johann Heinrich Chr. Grotjahn (1794–1872) für die Jahre 1833–1841³⁸. Es enthält auf 941 Seiten für neun Jahre fast 42 000 «ärztliche Leistungen» und wurde mit dem Ziel ausgewertet, die Tätigkeit, die Arbeitsbelastung und den Wirkungskreis eines Allgemeinmediziners zu analysieren³⁹. Die jährlich 4662 Behandlungen dieses Arztes in einem kleinen Ort im Harz kontrastieren die Autoren mit 13 700 Behandlungen eines etwas früher in Nürnberg praktizierenden Arztes Johann Osterhausen (1765–1839)⁴⁰. Das entspricht täglich zwölf Patienten im Harz statt 38 in der Reichsstadt. Interessant ist das Aufgabenprofil des Landarztes.

Tab. 2. Aufgabenprofil ärztlicher Leistungen Grotjahn 1833–1841 (in Prozent, N = 42 000).

Rezeptverordnungen	65,0	erteilte Verordnungen	0,4
Hausbesuche	28,2	Beantwortung brieflicher Anfragen	0,4
angelegte Verbände	4,3	vorgenommene Entbindungen	0,3
vorgenommene OP	1,3	ausgeteilte Atteste	0,1

Schon damals standen die Rezeptverordnungen mit 65% stark im Vordergrund der ärztlichen Akte, häufig übrigens bereits ohne persönliche Vorstellung des Patienten⁴¹. Das Maximum der Inanspruchnahme liegt im zweiten, das Minimum im dritten Quartal, wie auch heutzutage noch⁴².

37 Zum ärztlichen Schriftgut siehe Léonard 1978, Bd. 2, 848–851. Die doppelte Journalführung für Behandlung und Abrechnung z.B. auch 1861 bei Wolff/Wolff 1979, 568–571, 569; ebenfalls in den 1880er Jahren bei einem niederländischen Landarzt: Perneel 2000, 112f. Siehe jetzt Gillis 2006, 490–512; Böhm/Köhler/Thome 1978, bes. 68ff.; siehe zu Spezialaspekten Jütte 1998, 39–47; Shephard 2000, 245–255; Hoffmann-Richter/Finzen 1998, 280–297; siehe auch Churchill 2005a, 1–39.

38 Es handelt sich um den Grossvater Alfred Grotjahns. Engel 1978; Tutzke/Engel 1978, 460–465, 461.

39 Vgl. Huerkamp 1985, 200.

40 Tutzke/Engel 1978, 463; Quellenbasis sind Kalendereinträge für 13 Jahre.

41 Vgl. Huerkamp 1985, 203; heute werden bei fast 90% der Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern Rezepte ausgestellt, Schach/Schwartz 1989, 52; auf gut 80% kommt Köster 1994, 383–398, 386.

42 Zum Beispiel bei Thümmeler 2004, 44–46.

Auch zum Ort der Behandlung erbringt diese Untersuchung neue Informationen. Dabei sind die 8028 «gelegentlichen» Besuche im Rahmen einer vorher geplanten Tour von den 3727 bestellten oder Expressbesuchen zu unterscheiden. Insgesamt waren von den 19 325 «Behandlungsfällen» 11 815 (61,1 %) Hausbesuche. Das entspricht jährlich 1313 Besuchen.

Einen sehr viel höheren Anteil der Visiten an allen Konsultationen weist die Magdeburger Stadtrandpraxis von Gustav Heinrich Goedel für die Jahre 1861/62 aus: Hier fanden nur 2,8 % der Konsultationen beim Arzt statt⁴³. Demgegenüber betrug der Anteil der Visiten für die zwei Jahre 1866 und 1867 der Schweizer Landarztpraxis des Freiburger Arztes Franz Peter Siffert (1837–1881) ein knappes Viertel⁴⁴. Dieses sinkt am späteren Praxisort Wallenbuch 1878 auf ein knappes Fünftel, während die Anzahl der Konsultationen im Jahr von 982 auf 1246 gestiegen ist: Ein sinkender Anteil von Tätigkeiten ausserhalb der ärztlichen Praxis ermöglicht eine grössere Aufnahmekapazität der Praxis⁴⁵. Die weitere Entwicklung zur Sprechstundenpraxis zeigt die Berliner Innenstadtpraxis von Alfred Grotjahn (1869–1931). Von 7500 Konsultationen waren zwischen 1896 und 1906 nur 1420 Hausbesuche (= 18,9 %) und 60 Abend- oder Nachtvisiten⁴⁶. In der Grossstadt war der Wandel von der Besuchs- zur Sprechstundenpraxis weitgehend vollzogen. Das Schweizer Beispiel zeigt aber, dass dieser Wandel selbst auf dem Land schon früher stattfinden konnte.

Angaben zum Einzugsbereich von Praxen sind sehr problematisch, da eine ausschliessliche Betrachtung der Ärzte einen unzutreffenden Eindruck vermittelt, denn die Bevölkerung nahm Angebote der verschiedensten Heilergruppen in Anspruch⁴⁷.

Demgegenüber sind die Angaben zu Grotjahns Honorar informativ: Grotjahn benutzte zwar in 54 Positionen (= 61 %) die Begriffe der preussischen Medizinaltaxe, er nutzte aber die Kostensätze nur zu 36 % wie in der Taxe vorgegeben⁴⁸. Grotjahn verdiente gegenüber dem anhand der Taxe zu erwartenden Betrag von durchschnittlich 1365 Talern nur 1135 Taler, also 230 Taler (16,8 %) weniger. Nachlässe, also «Geschenke» an Notleidende,

43 Wolff/Wolff 1979, 570 (14 Monate 2729 Konsultationen).

44 Boschung 1999, 40–60, 53f.

45 Siehe auch Loudon 1985, 1–35, 20; für die Kassenarztpraxis siehe Huerkamp 1985, 207.

46 Weindling 1987, 391–410, 397, 403.

47 Loetz 1998, 26–31. Vgl. Jütte, 1989, auf dem reichsstädtischen medizinischen Markt Kölns im Jahre 1576: viermal mehr Wundärzte als Ärzte, fast zweimal mehr Apotheker als Ärzte und dreimal so viele Hebammen, also etwa zehn Medizinalpersonen pro Arzt; Alfons Bieger 2004, 118, errechnet mindestens 13 Medizinalpersonen pro Arzt im 18. Jahrhundert, sieben Nicht-ärzte pro Arzt im Jahre 1805. Ähnliche Werte für Bayern auch bei Stolberg 1993, 6; siehe auch die Tabelle bei Digby 1994, 188.

48 Engel 1978, 67ff.

Nichtzahler, die er als «Betrüger» charakterisiert, sowie die Abgeltung von Honoraren in sogenannten Ehrengaben oder Naturalien mindern die Einnahmen in Geld. Im Januar kommen 42% der Jahreseinnahmen ein⁴⁹. Diese Zahlung der Arzthonorare zum Jahreswechsel war weit verbreitet⁵⁰. Die Einnahmen waren so gut, dass Grotjahn damit einen Fünfpersonenhaushalt leicht unterhalten und sich 1847 ein Rittergut kaufen konnte⁵¹. Das war wenig repräsentativ für die Mitte des 19. Jahrhunderts, denn die Arzteinkommen streuten zwischen unteren und oberen Mittelschichten breit⁵². In dieser arztzentrierten Teilauswertung des Journals von Grotjahn fehlt eine Analyse der Patientenschaft, obwohl sie möglich wäre⁵³.

Umfassend, also auch hinsichtlich der Patienten, ist mittlerweile das Berner Krankenjournal von Albrecht Haller (1708–1777) für die Jahre 1731 bis 1736 untersucht⁵⁴. Thümmers Teilanalyse eines thüringischen Krankenjournalen bietet nach Geschlechtern differenzierte Beschwerdebilder für die Mitte des 18. Jahrhunderts. Das generiert Fragestellungen zur ärztlichen Diagnostik: Könnte die viel häufigere Diagnose von Magenbeschwerden bei Männern mit Vorstellungen von einem grösseren Säfteüberschuss der Männer zusammenhängen?⁵⁵ Sollte die zehnfach häufigere Diagnose von Atemwegserkrankungen bei Männern mit deren häufiger aushäusiger Arbeit oder bereits mit dem Tabakkonsum zusammenhängen?

Auch lassen sich aus der Auswertung einzelner Krankenjournalen Rückschlüsse auf die eher geringfügige Bedeutung des von Laqueur behaupteten Einkörpermodells in der Praxis während der Frühen Neuzeit ziehen⁵⁶. Mediziner haben nämlich sehr wohl bei Männern und Frauen vorkommende Krankheiten geschlechtsspezifisch recht unterschiedlich behandelt⁵⁷.

49 Engel 1978, 83.

50 Selbst bei Grotjahn ist sie bei Mittelschichtpatienten und bei längeren Behandlungen um 1900 noch häufig, siehe Weindling 1987, 403.

51 Für den Haushalt berechnen Tutzke/Engel 1978, 464, als Bedarf 3,5 Taler × 51 Wochen = 178,5 Taler.

52 Eine deutlich steigende Tendenz zeigt für Württemberg und das letzte Drittel des 19. Jahrhunderts Drees 1988, 229–233; Huerkamp 1985, 212, ist zurückhaltender; für Frankreich zur Entwicklung im 19. Jahrhundert siehe Léonard 1978, Bd. 2, 578–586; Bd. 3, 1523–1530; für England mit steigendem Ärztewohlstand schon im 18. Jahrhundert siehe Loudon 1985, 21. Siehe auch Digby 1994, Kapitel 5 und 6.

53 Zwei Fünftel der dokumentierten Jahre wertete Kassel (2005) aus.

54 Steinke 2008. Boschung 1996, 5–14, 9. Ein weiteres ausgewertetes Beispiel ist Balster 1990. Siehe auch Beier 1987, bes. Kapitel 4.

55 Thümmel 2004, 87f.

56 Laqueur 1992; Kritik dazu bei Stolberg 2003b, 274–299.

57 Churchill 2005b, 5 (mit Nachweis weiterer englischsprachiger Krankenjournalen); Churchill 2005c, 391–444. Vgl. auch Assion/Telle 1972, 353–421. In der Zürcher Zentralbibliothek findet sich z.B. ein Krankenjournal des Arztes Zimmermann von 1752 sowie ein Ordinationsbuch von Schüppach (1777); zu weiteren Aufbewahrungsorten seiner Ordinationsbücher siehe Wehren 1985, 149–151. Zu eigenhändigen Kopien: Olivier 1949, 659–681.

Vollständigere, jedenfalls mehrere Jahrzehnte betreffende *Praxisüberlieferungen* sind bisher seltener nachgewiesen⁵⁸. Ausgewertet werden derzeit vier Praxen, zunächst die von 1799 bis 1818 überlieferten 27 Bände mit 2279 Fällen des Christopher Detlev Hahn (1744–1822), der seit 1766 in Aarhus praktizierte – mit eng medizinischen Erkenntnisinteressen⁵⁹; die homöopathische Praxis des Laienpraktikers Clemens Maria von Bönninghausen (1785–1864) in Münster i. W. mit 120 Journalen für die Jahre 1829 bis 1864 und etwa 60 000 Konsultationen⁶⁰. Zur ärztlichen Praxis von Caesar Adolf Blösch in Biel (1804–1863), die von 1832 bis 1863 in 54 Registerbänden etwa 110 000 Konsultationen dokumentiert, ist ein Schweizer Nationalfonds-Projekt bewilligt⁶¹. Die längste Periode von 52 Jahren decken die 244 Hefte des praktischen Arztes Franz von Ottenthal (1818–1899) in Sand (Südtirol) ab, die 87 000 Behandlungseinträge, also etwa 8000 Patienten zwischen 1847 und 1899 betreffen⁶².

Umfassend ausgewertet wurden bisher nur Praxen ausserhalb des deutschen Sprachraumes. Bereits 1993 erschien die Analyse von Duffin zum kanadischen Allgemeinarzt, Chirurgen und Geburtshelfer James M. Langstaff (1825–1889), der es zwischen 1849 und 1889 auf 111 060 Konsultationen und etliche Tausend Patienten brachte⁶³. Der belgische homöopathische Arzt Gustave A. Van den Berghe (*1837) praktizierte von 1869 bis 1902 in Gent und behandelte etwa 22 000 Patienten⁶⁴. Ausschliesslich qualitativ wurde die südholändische Landarztpraxis von J. F. Ph. Hers (1854–1915) für die in 27 Heften überlieferten Jahre von 1881 bis 1915 analysiert⁶⁵.

Transkribiert und in Auswahl ausgewertet sind etliche der von 1801 bis 1843 geführten 55 Journale von Samuel Hahnemann (1755–1843), die bereits jetzt ein recht umfassendes Bild einer Praxis in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts ergeben⁶⁶.

58 Für das 19. und 20. Jahrhundert sind die Krankenjournal- und Patientenaktenbestände einiger homöopathischer Ärzte im Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, zumeist vollständig überliefert. Vgl. die Beständeübersicht unter <http://www.igm-bosch.de/f3.htm> zu den Beständen D, DF, NDR, NFR, NHES, NRI, P sowie den im Netz befindlichen Bestand NSCHMP.

59 Wulff/Jungersen 2005, 321–345.

60 Wurde als Dissertation von Frau Baschin in Stuttgart im Jahr 2006 begonnen. Der Bestand P des IGM Stuttgart enthält ausserdem 33 Journale des Arztes Friedrich Paul Bönninghausen (1828–1910) für die Jahre 1864–1888.

61 Unter der Leitung von Steinke und Studer; vgl. Boucherin 2008.

62 Dazu die Beiträge von Oberhofer (2008) und Unterkircher (2008).

63 Duffin 1999.

64 Van Baal 2004.

65 Perneel 2000. Im direkten Vergleich mit der Studie von Duffin zeigt sich der Verlust an Erkenntnismöglichkeiten, den der Verzicht auf eine quantitative Auswertung bedeutet, auch bei dieser exzellenten qualitativen Studie leider sehr deutlich.

66 Veröffentlicht und ggf. kommentiert sind folgende Journale von Samuel Hahnemann: Michalowski 1991; 1992; 1993; 1996; 1997; 2003; von Hörsten 2004; Bussmann 2002; Schuricht

Bereits diese Teilauswertung der Praxis zeigt erhebliche Schwankungen zwischen Praxisorten und -jahren.

Tab. 3. Patientenaufkommen in Samuel Hahnemanns Praxis: Neurekrutierung und Konsultationen.

	neue Patienten pro Tag	Konsultationen pro Tag
Hahnemann, Eilenburg (1801–1803) ¹	1,5	4,6
Hahnemann, Torgau (1806–1807) ²	1	4
Hahnemann, Leipzig (1811–1821) ³	2	6,8
Hahnemann, Leipzig (1821) ⁴	0,4	7
Hahnemann, Köthen (1821) ⁵	1,5	9
Hahnemann, Köthen (1830)	1,5	8
Hahnemann, Köthen (1831/32) ⁶	1,2	5,6
Hahnemann, Paris (1835–1843)	16	–

1 Vogl 1991.

2 Bussmann 2002, 4 (507 Patienten durch 503 Tage).

3 Schreiber 2002, 137–140, referiert auch die Angaben zu den anderen Orten.

4 275 neue Patienten durch 8,5 Monate = 255 Tage; Februar: 8, Juni: 26, Oktober: 35; Leipzig. 46:4 = 11, 5:30 = 0,4 Konsultationen. Februar: 4,9; Juni: 5; Oktober: 10 (Hahnemann zieht Anfang Juni nach Köthen um).

5 Ebenfalls eigene Berechnungen nach Mortsch 2006.

6 Eigene Berechnungen nach Ehninger, 20–23 (587 Patienten geteilt durch 456 + 28 Tage ohne Aufzeichnungen, also 484 Tage).

Die Rekrutierung neuer Patienten ist ein guter Indikator für die wechselnde Attraktivität von Hahnemanns Praxis. Längerfristig zeigt sich an der Gesamtzahl der Konsultationen pro Tag eine steigende Aktivität dieser Praxis von den kleinstädtischen Anfängen bis zur grossen Betriebsamkeit in Paris. Diese ging einher mit einer «Gentrifizierung»: Neben einer steigenden Zahl von Handwerkern fällt in der Leipziger Zeit die Zunahme der zahlungskräftigeren Kundschaft in den späteren Jahren auf: Mehr Vertreter aus Hofhaltung, Verwaltung, Adel, Handel und Gewerbe kamen im zeitlich spätesten Sample in Hahnemanns Praxis⁶⁷.

Solche langfristigen Durchschnitte dürfen nicht über die erheblichen Variationen des Zuspruchs zur Praxis auch am gleichen Ort hinwegtäuschen, was die jährweise Analyse zeigt. Positive Faktoren für das Konsultations-

2004; Fischbach-Sabel 1998; weitere Transkriptionen und Kommentare sind als Dissertation abgeschlossen und werden für den Druck vorbereitet: Ehninger, Praxistagebuch: Kommentar zu D 36. Bereits elektronisch veröffentlicht ist Mortsch 2006. Vgl. auch Schreiber 2002; Hickmann 1996.

67 Schreiber 2002, 159.

verhalten der Leipziger Patienten waren zunächst die Neuigkeit des Angebotes, dann die prestigeträchtige Behandlung des Oberbefehlshabers der vereinigten Truppen bei der Völkerschlacht, später wirkten sich Auseinandersetzungen mit den örtlichen Apothekern negativ aus.

Die Landarztpraxis des kanadischen Arztes James M. Langstaff (1849–1889)

Auswertungsperspektiven sollen nun anhand einer vorbildlich ausgewerteten Praxis vorgestellt werden. Der kanadische Arzt Langstaff (*1825) führte 30 km von Toronto entfernt seit 1849 eine Landpraxis.

Sehen wir uns zunächst die Patientenrekrutierung an⁶⁸: Mit 3,9 täglichen Visiten liegt die Anzahl der Konsultationen in den 1850er Jahren nur bei etwa 40% des in den 1860er Jahren erreichten und in den 1870ern stabilisierten hohen Standes. Erst nach dem 55. Geburtstag geht Langstaffs Praxistätigkeit – vielleicht geplant – auf etwa 80% des Höchststandes zurück.

Nach einem etwas geringeren Anteil von Hausbesuchen im ersten Jahrzehnt bleibt dieser seit den 1860er Jahren konstant bei 77% aller Konsultationen. Hausbesuche waren also keine spezifische (Werbe-)Leistung des Praxisstarters, sondern der guteingeführte Arzt wurde genauso zu Hausbesuchen gerufen – kein Wandel von der Hausbesuchspraxis zur Sprechstundenpraxis. Mehrfach nahm er jüngere Ärzte zur Famulatur an. Gelegentlich liess er sich von Familienangehörigen der Kranken, zumeist Frauen, helfen.

Im Leistungsspektrum fällt die hohe Zahl von Visiten mit Verschreibungen von Medikamenten auf, die sich von knapp 60% in den 1850er Jahren kontinuierlich auf 72% steigert⁶⁹. Rezeptverordnungen notierte er sich immer seltener. Langstaff war von seinen eigenen Pharmakotherapien immer überzeugter und kanzelte Patienten, die die Therapie nicht befolgten, immer deutlicher ab⁷⁰.

Bei den ärztlichen Anordnungen tauchen Aufforderungen an Patienten, die Einnahme von Medikamenten zu beenden, zwar erst in den 1860er Jahren unter den zehn häufigsten auf⁷¹. Ihre Häufigkeit nimmt aber in jedem Jahrzehnt zu. Gleichzeitig sinkt die Bedeutung der Gabe von Opium. Traditionsreiche Medikamente verschwinden, neu entdeckte tauchen auf. Zur

68 Duffin 1999, 36, Tabelle 2.2.

69 Duffin 1999, 75, Tabelle 4.1.

70 Duffin 1999, 88.

71 Duffin 1999, 75, Tabelle 4.2; zum Vergleich siehe Shephard 2000, 252.

Ader liess Langstaff in den vier Jahrzehnten seiner Praxis durchgehend, was Warners Eindruck einer sinkenden Bedeutung des Aderlasses widerspricht⁷². Wie seine Kollegen war Langstaff gleichzeitig als Allgemeinmediziner (vier Fünftel seiner Tätigkeit), Chirurg und Geburtshelfer tätig⁷³. Der Anteil chirurgischer Massnahmen verringerte sich bereits in den 1870er Jahren von gut 10 auf knapp 6%, vielleicht wegen konkurrierender Spezialisten⁷⁴. Langstaffs Einsatz im Bereich der Geburtshilfe verdoppelte sich von 7 auf fast 15% im zweiten Jahrzehnt seiner Praxis und blieb dauerhaft auf diesem Niveau – eine gewisse Spezialisierung der Praxis. Die bereits seit 1850 in seinem Besitz befindliche Geburtszange benutzte Langstaff erst während der 1860er Jahre – nun auch bei seiner eigenen Frau und den Gattinnen der Honoratioren. Eine derartig teure Behandlung wurde wohl von den Betroffenen selbst nachgefragt⁷⁵. Zangengeburtens verursachten weniger Todesfälle im Kindbett als solche ohne dieses Gerät. Demnach ist eine Abwertung dieses Instrumentes als Mittel männlicher Markteroberung auf Kosten der Hebammen und Gebärenden nicht haltbar.

Für die Diagnose hielt Langstaff noch die Familiengeschichte, Dispositionen des Kranken und Temperamente für beachtlich, suchte aber vorrangig nach physiologischen Erklärungen⁷⁶. Besonders beachtete er Puls und Körpertemperatur – schon vor der Einführung des Thermometers, das er in den 1870er Jahren sehr selten, erst ab 1884 häufiger einsetzte⁷⁷. Die Atmung interessierte ihn noch halb so oft, Palpation noch seltener. Er setzte das Stethoskop ein, machte Urinalysen u.a. durch Erhitzen, analysierte das Sputum und nutzte ab 1860 gelegentlich das Mikroskop. Untersuchungen für Versicherungen machte er ab 1868. Diese beförderten den naturwissenschaftlichen Messaufwand in der Arztpraxis.

Neuerungen in Diagnose, Therapie und Chirurgie kamen nach Publikation in den kanadischen Zeitschriften, die Langstaff hielt, in seine ärztliche Praxis⁷⁸. Diese Innovationen waren am schnellsten, wenn der Arzt unter dem Druck des Schmerzes eines Patienten handeln musste, also in der Chirurgie. Bei den Therapeutika war der Nutzen klar erkennbar, so dass es auch hier noch zügig ging. Am aufwendigsten waren wegen der hohen Anschaffungspreise und der umständlichen Umsetzung in die alltägliche Praxis Neuerungen im Bereich der Diagnostik: Hier dauerte es am längsten.

72 Duffin 1999, 77.

73 Duffin 1999, 97, 146.

74 Duffin 1999, 160.

75 Duffin 1999, 180, 193ff., 204; so auch Digby 1994, 260ff., in Abgrenzung von früheren feministischen Positionen.

76 Duffin 1999, 59ff.

77 Zum Einsatz neuen Geräts siehe auch Perneel 2000, 220–234.

78 Duffin 1999, 85, Tabelle 4.5; vgl. dazu Perneel 2000, 56–9.

Zur Zusammensetzung der Patientenschaft fällt ein erheblicher Strukturwandel bei der Geschlechterverteilung auf⁷⁹. Die ursprünglich mit fast zwei Fünfteln stark vertretene männliche Patientenschaft erreicht in den 1880er Jahren nur noch ein gutes Viertel. Der Anteil der Kinder steigt von zwei auf drei Fünftel in den mittleren Jahrzehnten, um dann wieder auf seinen Ausgangspunkt zurückzufallen. Jenseits dieses internen Blicks auf die Praxis entspricht der Anteil der Männer in der Praxis während der 1850er Jahre wie in den 1880er Jahren ihrem Anteil an der Bevölkerung recht genau. Ähnliches gilt für die unverheirateten Frauen. Demgegenüber sind die verheirateten Frauen bereits in den 1850er Jahren mit etwa zehn, in den 1880er Jahren mit 20% stärker in der Praxis als in der Bevölkerung vertreten. Die höhere Inanspruchnahme spiegelt also eine zunehmende Bereitschaft dieser Gruppe von Frauen wider, ärztliche Hilfe für die geburtsverbundenen Probleme in Anspruch zu nehmen. Offenbar entstand in den mittleren Vierteln des 19. Jahrhunderts dieser spezifische Bedarf als Teil der Medikalisierung der Geburt⁸⁰. Demgegenüber sind Kinder und die ganz alten Patienten die auffallenden relativen «Verlierer»⁸¹.

Die Kosten eine Visite im Umkreis von einer Meile entsprachen bei Langstaff 1855 dem Tagesverdienst eines Landarbeiters, die Folgevisite kostete die Hälfte⁸². Eine grössere Entfernung war bis zu 15 Meilen mit einem weiteren halben Tagelohn abzugelten. Eine Visite im Haus des Arztes kostete drei Viertel eines solchen Lohnes. Brüche oder einfache Geburten kosteten fünf Tagelöhne, schwierige Fälle 1875 bis zu sieben. Schon die günstigeren Tarife für die Behandlung im Haus des Arztes mögen Ärmere dazu veranlasst haben, die Sprechstunde zu bevorzugen. Der grössere Einsatz des Schröpfkopfes gegenüber dem Aderlass aus der Vene in den späteren Jahrzehnten der Praxis könnte neben therapeutischen auch finanzielle Motive gehabt haben, denn er brachte das doppelte Honorar.

Jedenfalls konnte Langstaff von der Praxis ganz gut leben. Anfangs (1851) nur 500 Dollar, betrug sein Einkommen aus medizinischer Tätigkeit 1861 bereits 2000, zehn Jahre später 2500 und schliesslich 3000 Dollar in den 1880er Jahren. Bei 300 Arbeitstagen konnte ein Landarbeiter gleichzeitig etwa 450 Dollar verdienen.

79 Duffin 1999, 94, Tabelle 5.1 und 5.2.

80 Das scheint nicht nur in Kanada der Fall gewesen zu sein; siehe Dinges 2007a.

81 Zu Kindern Thümmeler 2004, 76. Der Kinderanteil an Langstaffs Praxis ist höher als in europäischen Praxen des 19. Jahrhunderts, wo er zwischen einem und 18%, meist zwischen 7 und 14% lag, vgl. Dinges 2007a; siehe auch Stolberg 1993, 19; zu früheren Inanspruchnahmedaten siehe Churchill 2005a, 45–50.

82 Duffin 1999, 47.

Bis zu drei Viertel der geschuldeten Arzthonorare blieben zumindest zunächst unbezahlt stehen⁸³. Danach galt 1869/70, dass nur zwei Fünftel der Rechnungen ganz bezahlt wurden. Je kleiner der Betrag, desto seltener wurde er tatsächlich beglichen. Es zeigt sich aber auch die besondere Verhandlungsposition der Grosszahler: Diese zahlen genausowenig vollständig wie alle anderen, können aber leichter Rabatte heraushandeln.

Zur Frage der Stellung dieser Praxis im Kontext anderer Praxen ist die Analyse eine Praxisüberlieferung auch in diesem Fall jenseits von Hinweisen auf Vorbehandlungen, Überweisungen und Konsilien – von begrenztem Nutzen⁸⁴. Für die Konkurrenzanalyse von Praxen müssten Unterlagen der Medizinalverwaltung ergänzend herangezogen werden.

Einige Besonderheiten einer städtischen Praxis im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts: die homöopathische Praxis von Gustave A. Van den Berghe in Gent (1869–1902)

Eine für etwa den gleichen Zeitraum untersuchte Stadtpraxis bietet auch zur Frage nach den Konkurrenten zusätzliche Aufschlüsse. Der belgische homöopathische Arzt Gustave A. Van den Berghe, Gent (*1837) praktizierte von 1869 bis 1902 in Gent und behandelte in dieser Zeit über 21 000 Patienten⁸⁵. Als homöopathische Praxis bot er ein erkennbar abgrenzbares medizinisches Angebot, was allerdings für viele Patienten offenbar damals keinen grossen Unterschied machte: Sie nutzten die homöopathische Praxis als gleichwertige Alternative. So war bei Verlegung der Praxis innerhalb der Stadt die räumliche Nähe für die Patientenrekrutierung viel wichtiger als jeder andere Parameter⁸⁶.

Allerdings könnte die etwas geringere Zahl Erwachsener unter den neuen Patienten im letzten Jahrzehnt der Praxis darauf hindeuten, dass Ende des 19. Jahrhunderts die Besonderheit der Homöopathie stärker wahrgenommen wurde. Die steigende «Feminisierung» der Patientenschaft ist ein Parallelphänomen zu den für Langstaff beobachteten Tendenzen.

83 Duffin 1999, 49f., Tabelle 2.6. Zum Zusammenhang zwischen Schuldenhöhe und Einkommen der Patienten siehe Roland/Rubashewsky 1988, 29–49, 45. Vergleichsdaten bei Thümmeler 2004, 66. Über die Hälfte der 820 Behandlungskontakte wird sofort bezahlt, ein knappes Fünftel gar nicht, ein knappes Fünftel später, bei 8% unklar.

84 Siehe zum Vergleich die zunehmende Neigung des südholändischen Landarztes, Patienten ab 1890 an Orthopäden oder Dermatologen als städtische Spezialisten zu überweisen: Perneel 2000, 118f.

85 Van Baal 2004, 51.

86 Van Baal 2004, 245.

Ausserdem nahmen innerhalb der gesamten Patientenschaft später die Unterschichten die Praxis stärker in Anspruch. Das könnte darauf hindeuten, dass es in den Ober- und Mittelschichten nun weniger «chic» war, zum Homöopathen zu gehen als früher⁸⁷. Jedenfalls kann bei van den Berghe von einer «Gentrifizierung» der Praxis nicht die Rede sein.

Demgegenüber blieb die Anzahl der Kinder unter den neuen Patienten gleich hoch. Es lässt sich nicht beantworten, ob innerhalb von Familien jeder für sich selbst oder tendenziell eher Frauen für Männer oder umgekehrt die Männer für die Frauen Präferenzen in der Wahl des Heilers beförderten⁸⁸.

Jedenfalls legen diese Beobachtungen den Schluss nahe, dass in einer städtischen Praxis der Strukturwandel der Patientenschaft kurzfristiger sein konnte als auf dem Land. Ein Viertel der Patienten litt bereits ein bis zwei Jahre an seinem Leiden, das ihn zu van den Berghe führt – etliche hatten vorher eine andere Praxis aufgesucht. Das differenzierte medizinische Angebot wird von den Patienten also nach ihrem Bedarf genutzt.

Genderspezifische Krankheitsdeutungen spiegeln insbesondere bei den Themen Sexualität, Geschlechtskrankheiten und Körpervorstellungen stark die damaligen Zuschreibungen an Männer und Frauen wider. Letztere stilisieren sich als passiv und als Personen mit einer nur eingeschränkten Kontrolle ihres Körpers. Die Männer positionieren sich auf dem Gegenpol innerhalb dieses Musters. Gesundheitsschädliches Verhalten bei Geschlechtskrankheiten schreiben sie sich ohne Umschweife direkt zu, während Frauen auf ihre Partner verweisen, was durchaus der tatsächlichen Ätiologie entsprechen kann⁸⁹. Die als gesundheitsschädlich eingestufte Masturbation berichten Männer ohne Bewertung als erwünschte Handlung, die Frauen charakterisieren sie als von ihrem Körper und damit gewissermassen fremdverursachtes Tun. Diese Andeutungen mögen genügen, um weitere, stärker am Patienten interessierte Auswertungsmöglichkeiten der Krankenjournale anzudeuten.

Ausblick 20. Jahrhundert

Die ärztliche Praxis erlebt in mehrfacher Hinsicht im 20. Jahrhundert einen massiven Wandel, der hier nur noch mit einigen Strichen sehr grob angedeutet werden kann⁹⁰. Die seit den 1880er Jahren entwickelten naturwissen-

87 Van Baal 2004, 248f.

88 Van Baal 2004, 252.

89 Van Baal 2004, 209ff.

90 Siehe dazu Digby 1999 sowie Larsen 1996, bes. Kapitel 14, 18, 27, 29, 31.

schaftlichen Kenntnisse werden später auch therapeutisch wichtig. Erhebliche Fortschritte sind ebenso im pharmazeutischen und chirurgischen Bereich zu beobachten. Wie immer entwickeln sich die diagnostischen Kompetenzen besonders schnell. Die apparative Ausstattung wird aufwendiger. Die Ausdifferenzierung der medizinischen Spezialfächer beschleunigt sich⁹¹. Ebenfalls seit der Jahrhundertwende wirken sich die Krankenkassen als enorme Marktausweitung aus. Das führt nicht zuletzt zu einer zunehmenden Rolle der Krankenhäuser in der medizinischen Versorgung. Insgesamt hat man es mit einer erheblich veränderten Welt zu tun, die trotz aller zunehmenden Technisierung oder auch Kommodifizierung der Medizin eine Konstante aufweist, den Wunsch der Patienten, gut behandelt zu werden⁹².

Archivalien

- IGM Stuttgart, Bestände D, Deutsche Krankenjournalen von Samuel Hahnemann
- DF, Französische Krankenjournalen von Samuel und Melanie Hahnemann
- NDR, Nachlass Wolfgang Drinneberg
- NFR, Nachlass Otto Freihofer
- NHES, Nachlass Walter Hess
- NRI, Nachlass Hans Ritter
- NSCHMP, Nachlass Pierre Schmidt
- P, Clemens und Friedrich von Boenninghausen
- Varia

Literatur

- Assion, Peter/Joachim Telle, «Der Nürnberger Stadtarzt Johann Peter Magenbuch: Zu Leben und Werk eines Mediziners der Reformationszeit», *Sudhoffs Archiv* 56 (1972) 353–421
- Baal, Anna Hilde van, *In Search of a Cure. The Patients of the Ghent Homoeopathic Physician Gustave A. van den Berghe (1837–1902)* (Diss. Phil. Universität Amsterdam 2004)
- Balster, Wolfgang, *Medizinische Wissenschaft und ärztliche Praxis im Leben des Bochumer Arztes Karl Arnold Kortum (1745–1824): Medizinhistorische Analyse eines Patiententagebuches* (Diss. Med. Bochum 1990)
- Beier, Lucinda MacCray, *Sufferers and Healers: the Experience of Illness in Seventeenth-century England* (London 1987)
- Bieger, Alfons, *Schröpfende Heiler – schwitzende Kranke: Das Thurgauer Medizinalwesen im 18. und 19. Jahrhundert* (Frauenfeld 2004)
- Böhm, Kurt/Claus O. Köhler/Rainer Thome, *Historie der Krankengeschichte: Professor Dr. med. Gustav Wagner zum 60. Geburtstag* (Stuttgart 1978)
- Boschung, Urs, «Albrecht Haller's Patient Records (Berne 1731–1736)», *Gesnerus* 53 (1996) 5–14
- «Franz Peter Siffert (1837–1881), Landarzt in Kleingurmels und Wallenbuch», in: Deutschfreiburgische Arbeitsgemeinschaft (DFAG) (Hrsg.): *Deutschfreiburg im Aufbruch: Festschrift zum 40. Jahrestag* (Freiburg im Üechtland 1999) 40–60
- Boucherin, Nadine, «Die Krankengeschichten von C. A. Bloesch (1804–1863)», in: Elisabeth Dietrich-Daum/Martin Dinges, *Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert* (Innsbruck/Wien 2008) 147–165
- Bourdelaïs, Patrice/Olivier Faure (éds), *Les nouvelles pratiques de santé. XVIII^e–XX^e siècles* (Paris 2005)

91 Eulner 1970.

92 Dörner 2004.

- Brockmeyer, Bettina, *(Selbst)Konstitutionen und Körperwahrnehmungen im Umfeld der Homöopathie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts* (Diss. phil. Göttingen 2007)
- Brügelmann, Jan, *Der Blick des Arztes auf die Krankheit im Alltag 1779–1850: medizinische Topographien als Quelle für die Sozialgeschichte des Gesundheitswesens* (Diss. Phil. Freie Universität Berlin 1982)
- Buess, Heinrich (Hrsg.), *Platter, Felix, Observationes 1* (Bern/Stuttgart 1963)
- Busmann, Johanna, *Krankenjournal D 6 (1806–1807), Transkription und Kommentar*, 2 Bde. (Heidelberg 2002)
- Churchill, Wendy D., *Female Complaint: the Medical Diagnosis and Treatment of British Women, 1570–1740* (PhD McMaster University, Hamilton, 2005a)
- “The medical practice of the sexed body: women, men and disease in Britain, circa 1600–1740”, *Social History of Medicine* 18 (2005b) 3–22
 - “Bodily differences? Gender, race, and class in Hans Sloane’s Jamaican medical practice”, *Journal of the History of Medicine* 60 (2005c) 391–444
- Cockayne, Edward E./Noel J. Stow (eds), *Stutter’s Casebook: a Junior Hospital Doctor, 1839–1841* (Suffolk 2005)
- De Ville, Kenneth Allen, *Medical Malpractice in Nineteenth-Century America. Origins and Legacy* (New York 1990)
- Dietrich-Daum, Elisabeth/Martin Dinges (Hrsg.), *Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert* (Innsbruck/Wien 2008)
- Digby, Anne, *Making a Medical Living: Doctors and Patients in the English Market for Medicine, 1720–1911* (Cambridge 1994)
- *Evolution of the British General Practice. 1850–1948* (Oxford 1999)
 - “‘A Human Face to Medicine’, encounters between patients and general practitioners in Britain, 1850–1950”, *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 21 (2002) 91–108
- Dinges, Martin, «Neue Kulturgeschichte», in: Jochen Eibach/Günther Lottes (Hrsg.), *Kompass der Geschichtswissenschaft – ein diskursives Handbuch* (Göttingen 2002a) 179–192
- «Männlichkeitskonstruktion im medizinischen Diskurs um 1830. Der Körper eines Patienten von Samuel Hahnemann», in: Jürgen Martschukat (Hrsg.), *Geschichte schreiben mit Foucault* (Frankfurt a. M. 2002b) 99–125
 - «L’image de Moscou entre la description standardisée des Lumières et la recherche de la singularité russe: La topographie médicale (1803) de Engelbrecht Wichelhausen», *Cahiers du monde russe* 44 (2003) 35–55
 - “Social history of medicine in Germany and France in the late twentieth century: from the history of medicine toward a history of health”, in: Frank Huisman/John Harley Warner (eds), *Locating Medical History: the Stories and their Meanings* (Baltimore 2004) 209–236, 218–224
 - /Klaus Holzappel, «Von Fall zu Fall; Falldokumentation und Fallredaktion. Clemens von Bönninghausen und Annette von Droste-Hülshoff», *Zeitschrift für Klassische Homöopathie* 47 (2004) 149–167
 - /Robert Jütte, *Samuel Hahnemann und sein Umfeld. Quellen aus der Sammlung der Deutschen Homöopathischen-Union*, bearbeitet von H. Talkenberger (Stuttgart 2005)
 - «Immer schon 60% Frauen in Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000)», in: Martin Dinges (Hrsg.): *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel 1850–2000* (Stuttgart 2007a)
 - /Vincent Barras (Hrsg.), *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.–20. Jahrhundert* (Stuttgart 2007b)
- Dörner, Klaus, *Das Gesundheitsdilemma: woran unsere Medizin krankt; zwölf Thesen zu ihrer Heilung* (Berlin 2004)
- Drees, Annette, *Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Sozialgeschichte der württembergischen Ärzte im 19. Jahrhundert* (Köln 1988)
- Duden, Barbara, *Geschichte unter der Haut: ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730* (Stuttgart 1987)
- Duffin, Jacalyn, *Langstaff: A Nineteenth Century Medical Life* (Toronto 1999)
- Dumont, Franz, «Nicht nur Hölderlin: Das ärztliche Besuchsbuch Soemmerrings als Quelle für sein soziales Umfeld in Frankfurt am Main», *Medizinhistorisches Journal* 28 (1993) 123–153

- Ehninger, Gabriele Maria, *Das homöopathische Praxistagebuch von Samuel Hahnemann (1755–1843) aus den Jahren 1832/33: Transkription und Kommentar zum Krankenjournal D 36* (Diss. med. Humboldt Universität Berlin 2003)
- Elkeles, Barbara, *Aussagen zu ärztlichen Leitwerten, Pflichten und Verhaltensweisen in berufsvorbereitender Literatur der frühen Neuzeit* (Diss. med. Hannover 1979)
- Engel, Regina, *Das Patientengut eines praktischen Arztes um die Mitte des 19. Jahrhunderts, gezeigt am Beispiel des Patientenjournals von Dr. Heinrich Grotjahn in Schladen am Harz* (Diss. med. Humboldt Universität Berlin 1978)
- Esser, Ottilie, *Der praktische Arzt im Rheinland um 1750–1850* (Bonn 1963)
- Eulner, Hans-Heinz, *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes* (Stuttgart 1970)
- Faure, Olivier, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle* (Paris 1993)
- (éd.), *Les thérapeutiques: savoirs et usages* (Collection Fondation Merieux), o.O., o.J. (Druckort: Oullins 1999)
- Fischbach-Sabel, Ute, *Krankenjournal D34 (1830): Transkription und Kommentar*, 2 Bde. (Heidelberg 1998)
- Gantenbein, Urs Leo, *Der Chemiater Angelus Sala (1576–1637): ein Arzt in Selbstzeugnissen und Krankengeschichten* (Dietikon 1992)
- Gillis, Jonathan, “The history of the patient history since 1850”, *Bulletin of the History of Medicine* 80 (2006) 490–512
- Griesel, Sabina Verena, *Medizinische und chirurgische Observationen: 1785–1787, klinische Aufzeichnungen eines Schülers der Zürcher Medizinerschule des ausgehenden 18. Jahrhunderts transkribiert und im kultur- und medizingeschichtlichen Zusammenhang kommentiert* (Diss. med. Basel 1984)
- Heim, Ernst Ludwig, *Tagebücher und Erinnerungen* (hg. von Wolfram Körner) (Leipzig 1989)
- Heischkel-Artelt, Edith, «Die Welt des praktischen Arztes», in: Walter Artelt/Walter Rüegg (Hrsg.), *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts* (Stuttgart 1967) 1–16
- Hickmann, Reinhard, *Das psorische Leiden der Antonie Volkmann: Edition und Kommentar aus Hahnemanns Krankenjournalen von 1819–1831* (Heidelberg 1996)
- Hoffmann, Susanne, *Gesundheit und Krankheit bei Ulrich Bräker (1735–1798), Zürcher Medizingeschichtliche Abhandlungen* (Dietikon 2005)
- *Gesundheit, Geschlecht und Lebensgeschichte. Die Entwicklung gesundheitsrelevanter Lebensstile im deutschsprachigen Raum während des 20. Jahrhunderts (ca. 1890–2000)* (Diss. phil. Mannheim 2008)
- Hoffmann-Richter, Ulrike/Asmus Finzen, «Die Krankengeschichte als Quelle: Zur Nutzung der Krankengeschichte als Quelle für Wissenschaft und psychiatrischen Alltag», *BIOS* 11 (1998) 280–297
- Hogan, Neal C., *Unhealed Wounds: Medical Malpractice in the Twentieth Century* (New York 2003)
- Hörsten, Iris von, *Krankenjournal D 2-D 4 (1801–180: Kommentar zur Transkription* (Stuttgart 2004)
- Huerkamp, Claudia, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preussens* (Göttingen 1985)
- Jessen, Jens/Voigt, Reiner, *Selbstzeugnisse, Erinnerungen, Tagebücher und Briefe deutschsprachiger Ärzte* (München 1996)
- Johnson, Alastair (ed.), *The Diary of Thomas Giordani Wright Newcastle Doctor 1826–1829* (Woodbridge 2001)
- Jütte, Robert, *Patient und Heiler in der Vorindustriellen Gesellschaft: Krankheits- und Gesundheitsverhalten im frühneuzeitlichen Köln* (Habil. Bielefeld 1989)
- *Ärzte, Heiler und Patienten: Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit* (München/Zürich 1991)
- “Case taking in homoeopathy in the 19th and 20th centuries”, *British Homoeopathic Journal* 87 (1998) 39–47
- Kassel, Lauren, *Medicine and Magic in Elizabethan London. Simon Forman: Astrologer, Alchemist, and Physician* (Oxford 2005)
- Kirste, Hans, «Der Tagesablauf eines Nürnberger praktischen Arztes um die Wende des 18. und 19. Jahrhunderts», *Münchener Medizinische Wochenschrift* 84 (1937) 1910–1912
- Koelbing, Huldrych M., *Die ärztliche Therapie: Grundzüge ihrer Geschichte* (Darmstadt 1985)

- Köster, Ingrid, «Die Häufigkeit der ärztlichen Inanspruchnahme», in: Liselotte Ferber (Hrsg.), *Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung* (Leipzig 1994) 383–398
- Lachmund, Jens, *Der abgehorchte Körper: zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung* (Opladen 1997)
- /Gunnar Stollberg, *Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien* (Opladen 1995)
- Lane, Joan (ed.), *John Hall and His Patients: the Medical Practice of Shakespeare's Son-in-Law* (Stratford-upon-Avon 1996)
- Laqueur, Thomas W., *Auf den Leib geschrieben: die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud* (Frankfurt 1992)
- Larsen, Oivind, «Case histories in nineteenth-century hospitals – what do they tell the historian: some methodological considerations with special reference to McKeown's criticism of medicine», *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 10 (1992) 127–148
- (Hrsg.), *The Shaping of a Profession. Physicians in Norway, Past and Present* (Oslo 1996)
- Léonard, Jacques, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle* (Lille 1978)
- Loetz, Francisca, *Vom Kranken zum Patienten, «Medikalisierung» und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850* (Stuttgart 1993)
- «Andere Grenzen: Faktoren ärztlicher Inanspruchnahme in Deutschland, 1780–1830», in: Thomas Schnalke/Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Die Grenzen des Anderen. Medizingeschichte aus Postmoderner Perspektive* (Köln u.a. 1998) 25–48
- Loudon, Irvine, «The nature of provincial medical practice in eighteenth-century England», *Medical History* 29 (1985) 1–35
- Martin-Kies, Verena, *Der Alltag eines Engadiner Arztes um 1700* (Chur 1977)
- Mc Donnell, Katherine Mandusic (eds), *The Journals of William A. Lindsay: an Ordinary Nineteenth-Century Physician's Surgical Cases* (Indianapolis 1989)
- Michalowski, Arno (Bearb.), *Samuel Hahnemann: Krankenjournal D 2 (1801–1802)* (Heidelberg 1993)
- *Krankenjournal D 3 (1802), Nach der Edition von Heinz Henne* (Heidelberg 1996)
- *Krankenjournal D 4 (1802–1803), Nach der Edition von Heinz Henne* (Heidelberg 1997)
- *Krankenjournal D 5 (1803–1806), Nach der Edition von Helene Varady* (Heidelberg 1991)
- *Krankenjournal DF 2* (Stuttgart 2003)
- *Krankenjournal DF 5* (Heidelberg 1992)
- Mörgeli, Christoph, *Europas Medizin im Biedermeier: anhand der Reiseberichte des Zürcher Arztes Conrad Meyer-Hofmeister 1827–1831* (Basel 1997)
- Mortsch, Markus, *Edition und Kommentar des Krankenjournals D22 (1821) von Samuel Hahnemann* (2006): <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netathtml/HSS/Diss/MortschMarkus/>
- Noack, Thorsten, *Eingriffe in das Recht des Patienten: juristische Entscheidungen, Politik und ärztliche Positionen 1890–1960* (Frankfurt 2004)
- Oberhofer, Andreas, «Eine Landarztpraxis im 19. Jahrhundert am Beispiel der Ordination des Dr. Franz von Ottenthal (1818–1899)», in: Elisabeth Dietrich-Daum/Martin Dinges, *Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert* (Innsbruck/Wien 2008) 167–191
- Olivier, Jean, «Les registres de consultation du Docteur Tronchin», *Revue médicale de la Suisse romande* 69 (1949) 659–681
- Perneel, Philip G., *Het Beroepsjournaal van Dr. J. F. Ph. Hers, Arts te Oud-Beijerland (1881–1915): Een reconstructie van een plattelandpraktijk omtrent 1900* (Rotterdam 2000)
- Pilloud, Séverine/Micheline Louis-Courvoisier/Vincent Barras, *Le courrier du corps – L'expérience de la maladie et de la santé à l'époque des Lumières au travers des consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728–1797)* (Lausanne 2009, im Druck)
- Pomata, Gianna, *Contracting a Cure: Patients, Healers, and the Law in Early Modern Bologna* (Baltimore/London 1998)
- Rapou, Auguste, *Histoire de la doctrine médicale homoeopathique, son état actuel dans les principales contrées de l'Europe: application pratique des principes et des moyens de cette doctrine au traitement des maladies* (Paris 1847)
- Remmen, Hans, «Die Beziehungen des Fabricius Hildanus zu Köln an Hand eines Observations et Curationes», in: Heinrich Stangmeier/Wolfgang Wenning (Hrsg.), *Fabrystudien*, Bd. III (Hilden 1965)

- Ritzmann, Iris, «Der Verhaltenskodex des «Savoir faire» als Deckmantel ärztlicher Hilflosigkeit? Ein Beitrag zur Arzt-Patient-Beziehung im 18. Jahrhundert», *Gesnerus* 56 (1999) 197–219
- Roland, Charles G./Bohodar Rubashewsky, “The Economic Status of the Practice of Dr. Harmaunus Smith in Wentworth County, Ontario”, *Canadian Bulletin of Medical History* 5 (1988) 29–49
- Schach, Elisabeth/Friedrich Wilhelm Schwartz, u.a., *Die EvaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland* (Köln 1989)
- Schott, Heinz, «Das Arzt-Patienten-Verhältnis zwischen Aufklärung und Romantik», *Medizin, Gesellschaft und Geschichte (= MedGG)* 12 (1994) 9–20
- Schreiber, Kathrin, *Samuel Hahnemann in Leipzig. Die Entwicklung der Homöopathie zwischen 1811 und 1821: Förderer, Gegner und Patienten* (Stuttgart 2002)
- Schuricht, Ulrich, *Krankenjournal D 16 (1817–1818), Transkription und Kommentar* (Stuttgart 2004)
- Schweig, Nicole, *Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen, 1800–1950* (Diss. phil. Stuttgart 2008)
- Shephard, David, “The Casebook, the Daybook, and the Diary as Sources in Medical Historiography”, *Canadian Bulletin of Medical History* 17 (2000) 245–255
- Steinke, Hubert, «Der junge Arzt und seine Patienten: Albrecht von Hallers Praxis in Bern 1731–1736», in: Elisabeth Dietrich-Daum/Martin Dinges, *Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert* (Innsbruck/Wien 2008) 79–86
- Stolberg, Michael, «Ärzte und ländliche Patienten – soziologisch-historische Aspekte einer schwierigen Beziehung», *Die medizinische Welt* 43 (1992) 529–533
- «Patientenschaft und Krankheitsspektrum in ländlichen Arztpraxen des 19. Jahrhunderts», *Medizinhistorisches Journal* 28 (1993) 3–27
 - *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit* (Köln u.a. 2003a)
 - “A Woman Down to her Bones. The Anatomy of Sexual Differences in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries”, *Isis* 94 (2003b) 274–299
- Stolz, Sylvia, *Ärztliche Theorie und Praxis im Spiegel von 61 Falldarstellungen eines Zürcher Medizinschülers 1785–87* (Diss. med. Basel 1984)
- Stowe, Steven M., *A Southern Practice: the Diary and Autobiography of Charles A. Hentz M.D.* (Charlottesville/London 2000)
- Thümmeler, Andrea, *Rekonstruktion des Alltages eines thüringischen Arztes im 18. Jahrhundert anhand seines Praxistagebuches 1750–1763* (Diss. med. Freie Universität Berlin 2004)
- Tutzke, Dietrich/Regina Engel, «Tätigkeit und Einkommen eines Allgemeinpraktikers vor der Mitte des 19. Jahrhunderts – Ergebnisse einer historisch-statistischen Analyse», *Zeitschrift für die gesamte Hygiene* 24 (1978) 460–465
- Unterkircher, Alois, «Ein Südtiroler Landarzt, seine Praxis und ein typhöser Seuchenzug, oder: Warum Männer, die 1860 ihre Wäsche nicht selbst wuschen, mitunter länger lebten als Frauen», in: Elisabeth Dietrich-Daum/Martin Dinges, *Arztpraxen im Vergleich: 18.–20. Jahrhundert* (Innsbruck/Wien 2008) 193–217
- Vogl, Michael, «Nahe und entfernte Landpraxis». Untersuchungen zu Samuel Hahnemanns Eilenburger Patientenschaft 1801–1803, *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 9 (1991) 165–180
- Ward, Jean E./Joan Yell (eds), *The Medical Casebook of William Brownrigg, M.D., F.R.S. (1712–1800) of the Town of Whitehaven in Cumberland* (London 1993)
- Warner, John H., *The Therapeutic Perspective: Medical Practice, Knowledge and Identity in America 1820–1885* (Cambridge, Mass. 1986)
- /Gunther Risse, “Reconstructing clinical activities: patient records in medical history”, *Social History of Medicine* 5 (1992) 183–205
- Wehren, Eugen, «Das medizinische Werk des Wunderarztes Michael Schüppach (1707–1781) an Hand seiner Rezept- und Ordinationsbücher», *Berner Zeitschrift für Geschichte und Heimatkunde* 2 (1985) 85–166
- Weindling, Paul, “Medical practice in imperial Germany: the casebook of Alfred Grotjahn”, *Bulletin of the History of Medicine* 61 (1987) 391–410
- Wolff, J./H. P. Wolff, «Das Profil einer ärztlichen Allgemeinpraxis im Jahre 1862», *Deutsches Gesundheitswesen* 34 (1979) 568–571
- Wulff, Henrik R./Kirsten Jungersen, “A Danish provincial physician and his patients”, *Medizinhistorisches Journal* 40 (2005) 321–345