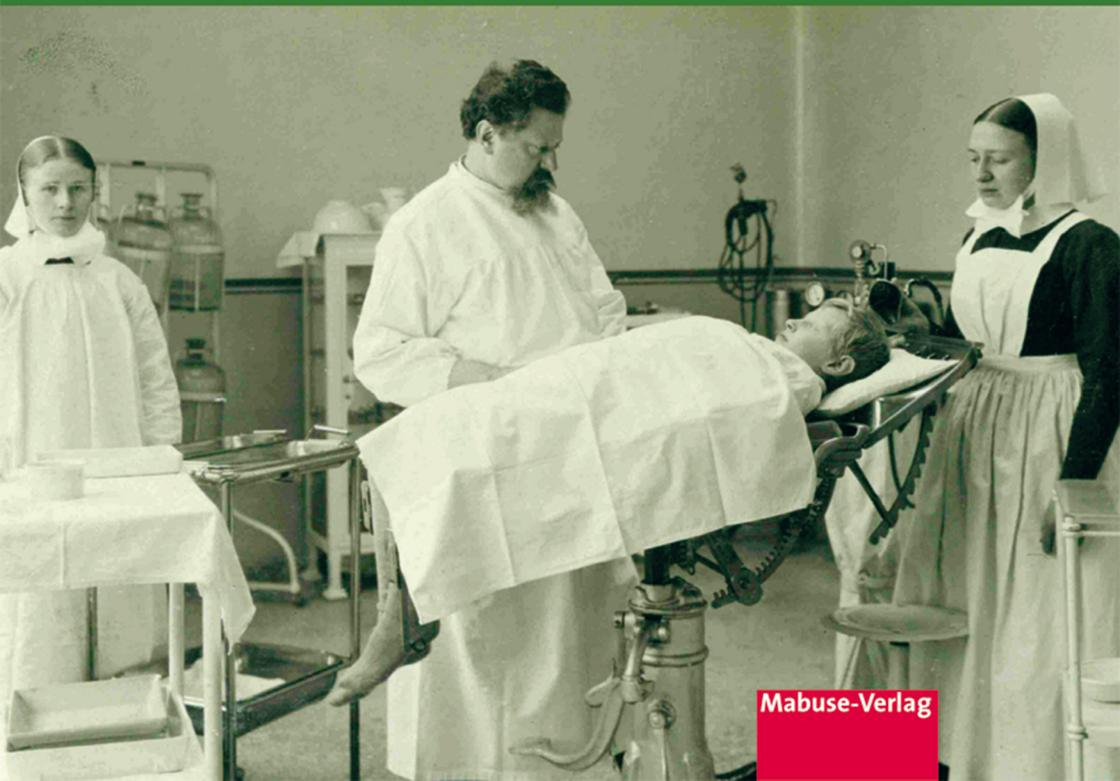


Annett Büttner, Pierre Pfütsch (Hrsg.)

Geschichte chirurgischer Assistenzberufe

von der Frühen Neuzeit bis in
die Gegenwart



Mabuse-Verlag

Geschichte chirurgischer Assistenzberufe
von der Frühen Neuzeit bis in die Gegenwart

Dr. Annett Büttner, Historikerin und Archivarin, Lehrbeauftragte der Fliehdner-Fachhochschule Düsseldorf.

Dr. Pierre Pfütsch, Historiker, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung Stuttgart.

Annett Büttner, Pierre Pfütsch (Hrsg.)

Geschichte chirurgischer Assistenzberufe von der Frühen Neuzeit bis in die Gegenwart

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren AutorInnen und zum Verlag finden Sie unter: www.mabuse-verlag.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Vermerk „Newsletter“ an: online@mabuse-verlag.de.



© 2020 Mabuse-Verlag GmbH
Kasseler Str. 1 a
60486 Frankfurt am Main
Tel.: 069 – 70 79 96-13
Fax: 069 – 70 41 52
verlag@mabuse-verlag.de
www.mabuse-verlag.de
www.facebook.com/mabuseverlag

Satz und Gestaltung: Björn Bordon/MetaLexis, Niedernhausen
Umschlaggestaltung: Marion Ullrich, Frankfurt am Main
Umschlagabbildung: OP-Szene im Diakonissenkrankenhaus Amsterdam 1911
(Quelle: Archiv der Flieger-Kulturstiftung Kaiserswerth)

eISBN: 978-3-86321-523-1
ISBN: 978-3-86321-527-9

Alle Rechte vorbehalten

In memoriam
Dr. Sylvelyn Hähner-Rombach
(1959–2019)

Inhalt

Annett Büttner & Pierre Pfütsch

Zur Einführung 9

Marcel Korge

**Die Assistenten und Assistentinnen der
frühneuzeitlichen Handwerkschirurgen** 15

Horst-Peter Wolff (†) & Jutta Wolff

Chirurgiegehilfen und Wundärzte 57

Annett Büttner & Pierre Pfütsch

**Die Entwicklung der chirurgischen Assistenz
im 19. Jahrhundert** 65

Karen Nolte

**Narkoseschwestern – „Schwesternnarkose“ in
Deutschland** 95

Bettina Schmitz

**Von der „chirurgischen Schwester“ zur
„Operationsschwester“** 119

Natalie Wulf

**Vom OP-Fachpfleger zum
Operationstechnischen Assistenten** 147

Johanna Türk

Die Akademisierung der chirurgischen Assistenz . . . 163

Quellen 181

Zunftordnung der Leipziger Barbieri von 1640. 181

Gedrucktes Ratspatent der Stadt Leipzig zum Schutz der
Barbier-Innung vom 22.04.1765 196

Diakonissenmutterhaus Kaiserswerth, Unterrichtsmitschriften um 1840	198
<i>Friedrich Wilhelm Ravoth</i> : Handbuch für Heilgehülfen hauptsächlich für die des königl. Preußischen Staates (1853)	200
<i>Carl Emil Gedike</i> : Handbuch der Krankenwartung (1854)	208
<i>Paul Rupprecht</i> : Die Krankenpflege im Frieden und im Kriege zum Gebrauch für jedermann (1902)	211
<i>Hendrik Arnoud Laan</i> : Die Krankenpflege in der Chirurgie (1909)	230
<i>Franziska Berthold</i> : Der chirurgische Operationssaal (1935)	238
Empfehlungen der <i>Deutschen Krankenhausgesellschaft</i> für die Weiter- bildung zur Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenpfleger (1971) . . .	246
<i>Deutsche Krankenhausgesellschaft</i> -Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegekräfte im Operationsdienst (1979)	255
<i>Deutsche Krankenhausgesellschaft</i> -Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen Assistentinnen/Assistenten (1996) . . .	271
Autorenverzeichnis	284

Zur Einführung

Die Krankenpflege unterliegt seit einigen Jahrzehnten einem andauernden Professionalisierungsprozess.¹ Dieser geht, ganz ähnlich wie in der Medizin im 19. Jahrhundert, mit Prozessen von Spezialisierung und Differenzierung einher.² Man denke nur an die Herausbildung verschiedener medizinischer Disziplinen wie der Orthopädie oder der Gynäkologie. Ein heute sichtbarer Ausdruck dieser Entwicklung im Bereich der Pflege ist die Schaffung neuer Berufsgruppen in der chirurgischen Assistenz und ihre Organisation, wie beispielsweise der 2014 gegründete Deutsche Berufsverband Operationstechnischer Assistenten (DBOTA). Operationstechnische Assistenten³ sind zwar in der Pflege breit ausgebildet, aber auf die Arbeit im Operationssaal spezialisiert.

Mit der zunehmenden Professionalisierung und Akademisierung der Krankenpflege geht aber nicht nur eine Spezialisierung einher, sondern es wächst auch das Bewusstsein der Berufsangehörigen für die historische Entwicklung des eigenen Berufsstandes. Eigenes professionelles Handeln wird zunehmend ethisch und historisch reflektiert. Die sich seit einigen Jahren zunehmend etablierende Disziplin der Pflegegeschichte lieferte hierfür wichtige Beiträge. Grundlegend ist beispielsweise die Arbeit von Christoph Schweikardt über die Entwicklung der Krankenpflege zu einer staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert.⁴ Daran schließt Susanne Kreutzers Studie über die Reform der Krankenpflege nach 1945 an.⁵ Neben der allgemeinen Entwicklung der Krankenpflege wurden auch bereits der Alltag in der Krankenpflege⁶ oder die

1 Zur Professionalisierung im Gesundheitswesen siehe Pundt (2006), S. 7–20.

2 Vgl. Huerkamp (1985), S. 167–193.

3 Den Autorinnen und Autoren des Bandes war es freigestellt, wie sie mit der sprachlichen Differenzierung von Männern und Frauen umgehen. An vielen Stellen wird aufgrund der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet, Frauen sind dabei aber ausdrücklich eingeschlossen.

4 Vgl. Schweikardt (2008).

5 Vgl. Kreutzer (2005).

6 Vgl. Hähner-Rombach (2009).

Machtbeziehungen innerhalb der Pflege⁷ untersucht. Insbesondere die konfessionelle Krankenpflege stand oft im Fokus historischer Analysen.⁸ Da die Spezialisierung, wie angedeutet, ein relativ junges Phänomen innerhalb der Pflege ist, fehlen bislang aber noch historische Studien zu bestimmten Tätigkeitsfeldern. Eine Ausnahme bilden dabei unter anderem die Psychiatriepflege, die Altenpflege und die Rettungssanitäter.⁹ Die vorliegende Publikation ist daher ein weiterer Schritt zur Behebung dieses Forschungsdesiderates.

Das Buch richtet sich sowohl an Studierende, Lehrende und Praktiker im Bereich der Pflege, insbesondere der chirurgischen Assistenz, als auch an Pflege- und Medizinhistorikerinnen und -historiker. Es wurde bewusst darauf verzichtet, größere theoretische Rahmungen vorzunehmen und geschichtswissenschaftliche Fachdiskurse zu bedienen. Vielmehr soll es darum gehen, einen ersten Überblick zu schaffen und weitere Forschungen anzuregen. Nichtsdestotrotz unterliegen alle Beiträge geschichtswissenschaftlichen Standards.

Im ersten Teil wird von ausgewiesenen Expertinnen und Experten aus Theorie und Praxis die historische Entwicklung der chirurgischen Assistenzberufe von der Frühen Neuzeit bis in die Gegenwart nachgezeichnet. Die Betrachtungen beschränken sich im Wesentlichen auf den deutschsprachigen Raum. Im zweiten Teil sind historische Quellen abgedruckt, auf die sich die Autorinnen und Autoren beziehen und die die Leserschaft zur weiteren eigenen Auseinandersetzung mit bestimmten Themen anregen sollen. Gleichzeitig bieten sie für Studierende der Pflegeberufe einen ersten Einstieg zur Arbeit mit Primärquellen.

Die Geschichte der chirurgischen Assistenz bewegt sich an der Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege. Der Begriff Chirurgie leitet sich vom griechischen Wort *cheirurgia* = Handwerk her und gelangte über das lateinische *chirurgia* in den heutigen Sprachgebrauch.¹⁰ In antiken Gesellschaften stellte die Chirurgie die nachgeordnete, letztmögliche Behandlungsstufe eines Patienten dar, wenn ganzheitliche diätische oder pharmakologische Methoden erfolglos waren. Gemäß der hippokratischen Viersäftelehre (Humoralpathologie), nach

7 Vgl. Braunschweig (2006).

8 Vgl. Büttner (2013); Kreutzer/Nolte (2016).

9 Vgl. Hähner-Rombach/Nolte (2017) sowie Hähner-Rombach/Pfütsch (2018).

10 Vgl. Schlich (2005), Sp. 194 f.

der Krankheiten aus dem Ungleichgewicht der vier Körpersäfte resultierten, beschränkten sich chirurgische Maßnahmen im Wesentlichen auf Aderlass, Schröpfen und das Öffnen von Abszessen. Darüber hinaus waren auch schon Techniken der Knochen-Chirurgie und Unfallversorgung bekannt. Von Ausnahmen, wie dem im römischen Heer als Sanitäter fungierenden Capsarius abgesehen, gab es keine speziellen Berufsgruppen in der Krankenpflege und chirurgischen Assistenz. Daher setzt die Publikation auch erst mit den mittelalterlichen Handwerkschirurgen ein, die als Vorgänger der heutigen professionellen chirurgischen Assistenzberufe gelten können. Sie waren im Mittelalter und der Frühen Neuzeit die Heilergruppe schlechthin, die sich um chirurgische Eingriffe bemühte, wie Marcel Korge in seinem Beitrag hervorhebt. Auch wenn es durchaus Personen gab, die den Handwerkschirurgen bei seiner Tätigkeit unterstützten, so war dieses Assistieren längst noch nicht institutionalisiert. Darüber hinaus gab es auf dem Heilermarkt mit Badern, Barbieren, Wundärzten und Feldscheren noch weitere Anbieter. Im Laufe des 19. Jahrhunderts setzte im Bereich der Chirurgie allmählich ein Verdrängungsprozess ein, der maßgeblich durch die gelehrten, an Universitäten ausgebildeten Ärzte vorangetrieben wurde. Wundärzte, Barbieri und Handwerkschirurgen verloren nach und nach ihre Aufgabenbereiche an die Ärzteschaft. Da es aber weiterhin Bedarf gerade bei kleineren chirurgischen Eingriffen gab, entstand der Beruf der Heilgehilfen, wie im Beitrag von Horst-Peter Wolff und Jutta Wolff nachvollzogen werden kann. Diese blieben aber immer eine relativ kleine Gruppe. Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Hilfe bei Operationen nach und nach von Krankenpflegerinnen übernommen. Dies wurde durch mehrere Faktoren begünstigt, wie Annett Büttner und Pierre Pfütsch in ihrem Beitrag argumentieren: Zunächst verbesserte sich die Ausbildung in der Krankenpflege im 19. Jahrhundert maßgeblich. Vorreiter waren hier die Diakonissenmutterhäuser. Daneben machte die Medizin wichtige Fortschritte, was dazu führte, dass immer mehr Operationen durchgeführt werden konnten. Auch die Medizintechnik entwickelte sich rasant weiter, sodass die Handhabung immer neuer Geräte und Instrumente beherrscht werden musste. Dementsprechend brauchte man mehr und zudem gut ausgebildetes Personal. Dies veranlasste weitsichtige Teile der Ärzteschaft, sich zunehmend für die Verbesserung der Ausbildung in der Krankenpflege und chirurgischen Assistenz einzusetzen. Die meisten Chirurgen begrüßten zwar, dass Pflegende ihnen assistierten, doch legten sie größten Wert auf unbe-

dingten Gehorsam und fürchteten gleichzeitig ihre „kurpfuschende“ Konkurrenz.¹¹ Aus den überwiegend in der Praxis angelernten Pflegerinnen und Pflegern entwickelte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Operationsschwester, deren Aufgaben und Ausbildung Bettina Schmitz in ihrem Beitrag behandelt. Erst in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts entstand jedoch eine standardisierte Ausbildung in diesem Spezialgebiet. Von zentraler Bedeutung für die operationstechnische Praxis war auch die Frage nach der Betäubung. Bis ins 19. Jahrhundert hinein fanden Operationen weitgehend ohne Narkose statt, und die assistierenden Personen mussten den Patienten festhalten und beruhigend auf ihn einwirken. Mit der Einführung der Narkose in den 1840er Jahren änderte sich diese Praxis und ihre Durchführung und Überwachung kamen als neue Tätigkeiten hinzu. Die Narkose blieb bis in die 1950er Jahre in der Hand der Pflegenden. Mit der Etablierung der medizinischen Fachrichtung Anästhesie wurde das Narkotisieren von einer pflegerischen zu einer medizinischen Tätigkeit umgedeutet, wie Karen Nolte in ihrem Aufsatz darlegt und geschlechterspezifisch deutet. Natalie Wulff zeichnet die Entwicklung vom OP-Fachpfleger zum Operationstechnischen Assistenten nach und zeigt in ihrem Beitrag die Rolle der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in der Weiterentwicklung der chirurgischen Assistenz auf. So initiierte die DKG nicht nur in den 1970er Jahren mit den Empfehlungen für die Weiterbildung zu Fachkrankenpflegern für den Operationsdienst das Berufsfeld des OP-Pflegers, sondern auch 20 Jahre später den Beruf des Operationstechnischen Assistenten, der derzeit kurz vor seiner staatlichen Anerkennung steht. Nicht nur in die Gegenwart, sondern sogar in die Zukunft weisen die Ausführungen von Johanna Türk, die die gegenwärtig Fahrt aufnehmende Akademisierung der chirurgischen Assistenz näher beleuchtet. Anhand der Diskussionen um die Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen kann sie aufzeigen, dass eine Akademisierung von nichtärztlichem Personal oft in die Hoheitsbereiche der Ärzteschaft hineinreicht und daher kontrovers diskutiert wird. Lässt sich hier eine hierarchische Annäherung von Medizin und Pflege erkennen?

Die Stiftungsallianz aus der Stiftung Münch, der Bertelsmann Stiftung und der Robert Bosch Stiftung hat in ihrem aktuellen Positionspapier für die weitere

¹¹ Vgl. Schweikardt (2008), S. 130.

Professionalisierung der Pflege durch verstärkte Akademisierung plädiert.¹² Sie sieht darin eine Möglichkeit, dem Fachkräftemangel zu begegnen und langfristig die „Qualität der professionellen Pflege sicherzustellen.“¹³ Dabei unterstützt sie ausdrücklich die Übernahme bisher ärztlich dominierter Aufgaben durch verschiedene Gruppen der Heilberufe, damit der Spitzenmedizin in Deutschland künftig auch eine Spitzenpflege gegenübersteht, denn „Pflege kann mehr, wenn man ihr die Möglichkeit dazu gibt.“¹⁴ Den langwierigen historischen Weg, den auch die chirurgische Assistenz in Deutschland bis hierhin zurückgelegt hat, möchte die vorliegende Publikation erhellen.

Bibliografie

- Braunschweig, Sabine: Pflege – Räume, Macht und Alltag. Zürich 2006.
- Büttner, Annett: Die konfessionelle Kriegsrankenpflege im 19. Jahrhundert. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte; Beiheft 47) Stuttgart 2013.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn: Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart. Everyday Nursing Life: Past and Present. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte; Beiheft 32) Stuttgart 2009.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn; Nolte, Karen: Patients and Social Practice of Psychiatric Nursing in the 19th and 20th Century. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 66) Stuttgart 2017.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn; Pfütsch, Pierre (Hg.): Entwicklungen in der Krankenpflege und in anderen Gesundheitsberufen nach 1945. Ein Lehr- und Studienbuch, Frankfurt a. M. 2018.
- Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; 68) Göttingen 1985.
- Kreutzer, Susanne: Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt a. M./New York 2005.

12 Stiftungallianz (2020).

13 Stiftungallianz (2020), S. 78.

14 Stiftungallianz (2020), S. 83.

- Kreutzer, Susanne; Nolte, Karen (Hg.): *Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century.* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte; Beiheft 62) Stuttgart 2016.
- Pundt, Johanne: *Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema.* In: Dies. (Hg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven.* Bern 2006, S. 7–22.
- Schlich, Thomas: *Chirurgie.* In: Karl-Heinz Leven (Hg.): *Antike Medizin.* Ein Lexikon. München 2005, Sp. 194–198.
- Schweikardt, Christoph: *Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik.* München 2008.
- Stiftungsallianz: *Pflege kann mehr! Positionspapier der Stiftungsallianz für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen.* In: *Pflege & Gesellschaft* 1(2020), S. 78–85.

Die Assistenten und Assistentinnen der frühneuzeitlichen Handwerkschirurgen

Die Entstehung der vormodernen Handwerkschirurgie

Die Geschichte der chirurgischen Assistenzberufe von ihren Anfängen bis zur Gegenwart zu beschreiben, ist ein ambitioniertes Unterfangen. Der folgende Beitrag wendet sich hierfür der Epoche der Frühen Neuzeit, also grob gesagt der Zeit zwischen 1500 und 1800, zu und stößt dabei unmittelbar auf ein Problem: Frühneuzeitliche chirurgische Assistenzberufe sucht man vergebens. Nicht, dass chirurgisch tätige Heilkundige, allen voran die sogenannten Wundärzte¹, damals keine ihnen assistierenden Helfer*innen gehabt hätten. Doch diese „Assistentinnen“ und „Assistenten“ übten keine „auf Ausbildung bzw. spezielle Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen begründete, auf Dauer angelegte“ Tätigkeiten im Sinne eines modernen, eigenständigen Berufes aus.² Es handelte sich vielmehr um sich zu Wundärzten qualifizierende Personen, unterstützend wirkende Familienangehörige oder Handlanger*innen ohne entsprechende Ausbildung. Somit ist, was die „Vorgeschichte“ der chirurgischen Assistenzberufe anbetrifft, der Blick über einen allzu engen Zugang hinaus zu weiten.

Um zu verstehen, wie Chirurgie im vormodernen Mitteleuropa praktiziert wurde und wieso sie in bestimmten Bahnen verlief, ist es nötig, die historische Entwicklung weit zurückzuverfolgen. Mit dem Untergang des weströmischen Reiches und den nachfolgenden Wirren der Völkerwanderungszeit im 5. und

1 Mit dem Begriff „Wundarznei“ wurde „in der Frühen Neuzeit die manuelle oder operative Behandlung von Krankheiten, im engeren Sinne die Wundbehandlung“ bezeichnet. Seit dem Spätmittelalter wurde der Begriff synonym zu „Chirurgie“ verwandt, ebenso die zugehörigen Bezeichnungen für den Akteur („Chirurgus“ oder eben Wundarzt). Daher wird auch im Folgenden synonym zur Chirurgie von der Wundarznei gesprochen. Eckart (2005), Sp. 258. Die Existenz von selbstständigen Wundärztinnen in der Vormoderne ist durch Quellenhinweise zwar belegt, doch stellten sie eine Minderheit dar, zu der kaum Informationen existieren. Besl (1999), S. 142; Evenden (1998).

2 Duden (2016), S. 321.

6. Jahrhundert ging ein Großteil des umfangreichen antiken Wissens, nicht allein auf medizinischem Gebiet, in diesem Raum verloren. In der Zeit des frühen Mittelalters wurden die antiken Wissensreste durch die Klöster bewahrt und in ihnen vom Griechischen (später vom Arabischen) ins Lateinische übersetzt sowie wieder und wieder abgeschrieben. Für die Geschichte der Medizin war überdies die Einrichtung von Behandlungsräumen (Infirmarien³) in den Klosteranlagen und die Zuweisung der krankenflegerischen und medizinischen Tätigkeiten an einzelne Mönche entsprechend der Benediktiner-Klosterregel entscheidend. Diese Schritte bildeten die organisatorischen Grundlagen der zur damaligen Zeit dominanten Klostermedizin. Dem für das Infirmarium verantwortlichen Mönch (Infirmarius) standen weitere Gehilfen, vermutlich Laienbrüder, die sowohl innerhalb wie außerhalb der Klostermauern Kranke und Verletzte kurierten, zur Seite. Frühzeitig etablierten sich zwischen Klerikern und Laienbrüdern, insbesondere in größeren Klosterkomplexen, arbeitsteilige Strukturen. Ob es dabei bereits zur ausdrücklichen Trennung von chirurgischen und nicht-chirurgischen Tätigkeiten zwischen den verschiedenen Personengruppen kam, wie verschiedentlich vermutet wurde,⁴ muss hier offenbleiben. Im Laufe der Zeit übten jedenfalls zunehmend Laienbrüder (Scherer) „blutige“, d. h. chirurgische Verrichtungen aus. Die gegenüber der Geistlichkeit im 12. und 13. Jahrhundert von kirchlicher Seite verhängten Verbote, „schneidende“ Eingriffe wie den Aderlass vorzunehmen, sich in der Wundarzneikunst weiterzubilden oder bei entsprechenden Behandlungen überhaupt anwesend zu sein,⁵ dürften damit längst angelaufene Entwicklungen normativ untermauert und weiter beschleunigt, nicht jedoch initiiert haben.⁶ Letztlich vollzog sich

3 Der Begriff leitet sich von dem lateinischen Adjektiv „infirmus“ für kraftlos oder schwach ab.

4 Sprague (2008), S. XXXVIII; Wolff/Wolff (2011), S. 69.

5 An dieser Stelle seien nur die wichtigsten Kirchenversammlungen genannt: 1130 Konzil von Clermont (chirurgisches Praxisverbot für Mönche und Kanoniker), 1131 Konzil von Reims und 1139 Zweites Laterankonzil (Verbot der Ausübung der Wundarznei durch höhere Geistliche), 1163 Konzil von Tours (medizinisches Ausbildungsverbot für Mönche), 1215 Viertes Laterankonzil (Verbot wundärztlicher Tätigkeit und Ausbildung für Weltgeistliche), 1298 Diözesansynode von Würzburg (Verbot der Präsenz von Klerikern bei chirurgischen Eingriffen). Daneben wurden diese Verbote auf zahlreichen weiteren Konzilien wiederholt.

6 In diesem Sinne unter anderem: Brunn (1928), S. 180 f.

seit dem Hochmittelalter die bis ins 19. Jahrhundert fortwährende Trennung von (praktizierender) Chirurgie und Medizin, obwohl es immer wieder zu personellen oder sachlichen Überschneidungen zwischen beiden Sphären kam. Mit der Gründung von Universitäten wurde zumindest im deutschsprachigen Raum jene Dichotomie institutionell verfestigt, nach der idealtypisch „innere“ Leiden von den an Hochschulen gebildeten Ärzten, den „Medici“ oder „Buchärzten“, „äußere“ Leiden aber von den handwerksmäßig ausgebildeten Wundärzten behandelt werden sollten. Dagegen verlief die Entwicklung beispielsweise in Italien in anderen Bahnen, indem an den dortigen Hochschulen auch Chirurgen studieren konnten. Die in Italien akademisch gebildeten Chirurgen erfuhren eine vollständige Gleichberechtigung in Praxis und Lehre und waren in vielen europäischen Ländern hoch angesehen.

Etwa seit der Mitte des 12. Jahrhunderts entstanden mit den von Bruder- und Schwesternschaften sowie ritterlichen und nichtritterlichen Ordensgemeinschaften getragenen Hospitälern weitere Einrichtungen, die sich unter anderem der Krankenpflege und -behandlung zuwandten.⁷ Dennoch konnte das Bedürfnis nach hinreichender medizinischer Versorgung, welches aufgrund eines allgemeinen Bevölkerungsanstiegs und der Gründung zahlreicher Städte weiter wuchs, allein von den bisherigen Hospitaltypen nicht gedeckt werden. Auch waren die Absolventenzahlen der ersten europäischen Universitäten im Bereich Medizin sehr gering, noch dazu, weil diese Vertreter einer kleinen, teuer zu bezahlenden Elite vornehmlich Anstellungen an den Höfen der weltlichen und geistlichen Fürsten als Leibärzte suchten. Die wenigen an höheren Schulen ausgebildeten Wundärzte, die im Mittelalter in den deutschen Landen unterwegs waren, stammten aus Italien oder Frankreich und konnten die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen aber nicht befriedigen, weshalb es auf dem Gesundheitsmarkt zu einem verstärkten Auftreten weltlichen Heilpersonals kam. Letztlich wurde daher die Mehrheit der Bevölkerung spätestens seit dem späten Mittelalter von nicht-geistlichen Heilkundigen versorgt, die keine akademische Bildung vorweisen konnten.

Einen bedeutsamen Anteil an dieser in groben Zügen skizzierten Entwicklung hatte nicht zuletzt die Verbreitung einer bis dato in Europa kaum bekannten Institution. Die seit den Kreuzzügen intensivierten interkulturellen

7 Wolff/Wolff (2011), S. 65–67.

Begegnungen führten auf dem Gebiet des Badewesens zu einem Wissens- und Kulturtransfer in Richtung Europa, der in der Etablierung zahlreicher städtischer und dörflicher Badestuben seinen Niederschlag fand. Nicht jede Familie konnte es sich leisten, eine eigene private Badestube einzurichten und zu unterhalten, sodass entsprechend dem Bedürfnis nach Reinigung, Heilbehandlung und Regeneration gewerbliche Badestuben eröffnet wurden, die zugleich als wichtige gesellschaftliche Treffpunkte der Zerstreuung und Kommunikation dienten. Diesen öffentlichen Badestuben stand ein Bader als Eigentümer oder Pächter vor, der neben dem eigentlichen Badezeremoniell diverse medizinische Dienstleistungen offerierte. Die sich etwa seit 1100 wandelnde Mode, wonach einem bartlosen Kinn der Vorzug zu geben sei, erfasste zuerst Kleriker und Adlige, später auch die Stadtbürger. Analog zu der zeitgleich in den Klöstern erfolgenden arbeitsteiligen Entwicklung führten diese kulturellen Veränderungen und die Spannbreite an anfallenden Aufgaben in den öffentlichen Badestuben zur Aufteilung der Tätigkeiten unter dem sich spezialisierenden Personal, sodass es seit dem Hochmittelalter zur Herausbildung eines neuen Berufsstandes, dem des Scherers oder Barbiers, kam. Mit dem Auszug der Scherer aus den Badestuben und ihrer Verselbstständigung (Gründung von Barbierstuben) ging dieser Professionalisierungsprozess in seine nächste Phase.

Es soll nicht unterschlagen werden, dass neben den Badern, den Barbieren und ihren Helfer*innen weitere Akteure auf dem vormodernen Gesundheitsmarkt zu finden waren. Erbrachte die Hilfeleistung der örtlichen Heiler*innen keine Linderung oder waren kompliziertere Eingriffe nötig, die von ihnen nicht vorgenommen wurden, musste auf einen der wandernden Operateure (Bruch- und Steinschneider, Starstecher, Zahnbrecher usw.), welche von Zeit zu Zeit verschiedene Orte besuchten, gewartet werden. Falls die Zeit drängte, nahm man den Weg in eine der besser mit Spezialist*innen ausgestatteten größeren Städte auf sich. Neben den erwähnten Heilkundigen wurden auch Apotheker, Hebammen, Henker, Kräuterfrauen und Wurzelmänner, ja mitunter sogar die durch ihr veterinärmedizinisches Wissen prädestinierten Schmiede und Hirten in bestimmten gesundheitlichen Fragen und Notfällen konsultiert. Zentrale Bedeutung für die medizinische Versorgung der Mehrheit der Stadt- und Landbevölkerung vom späten Mittelalter bis zum 18. Jahrhundert besaß aber ohne Frage das Personal der Bade- und Barbierstuben, weshalb sich die folgenden Ausführungen auf dieses beschränken.

An dieser Stelle ist noch eine begriffliche Anmerkung vonnöten. In der historischen Überlieferung der Frühen Neuzeit tauchen immer wieder Kompetenzstreitigkeiten zwischen Badern und Barbieren auf, was unter anderem daran lag, dass sich deren Arbeitsgebiete stark überlagerten und die Trennung beider Handwerksberufe an einigen Orten pro forma zwar sehr streng, de facto aber nicht oder kaum existent war. Besonders seit dem 16. Jahrhundert ging der Besuch der öffentlichen Badestuben aufgrund verschiedener Faktoren (Prostitutionsverdacht, Infektionsgefahr, Ende des Seelbadbetriebes⁸ in protestantischen Gebieten, verstärktes Aufkommen privater Badestuben, Verteuerung der Holzpreise und damit Anstieg der Badepreise) zurück. Infolgedessen glied das Badergewerbe seine Dienstleistungsangebote noch stärker als zuvor an jene der Barbieri an, da der alleinige Betrieb einer Badestube oft nicht mehr das wirtschaftliche Überleben des Baders und seiner Familie sichern konnte. Quantitativ spielten die Bader gegenüber den Barbierchirurgen gerade auf dem Gesundheitsmarkt in vielen Städten des 17. oder 18. Jahrhunderts kaum noch eine Rolle. Da nicht allerorten eine klare Abgrenzung der chirurgischen Tätigkeiten des Barbiergewerbes vom Baderhandwerk erfolgte und im Laufe der Frühen Neuzeit die meisten Badestuben eingingen, wird daher im Folgenden, wenn nicht anders angegeben, vereinfachend von der Gruppe der Handwerkschirurgen, Wundärzte oder Medizinalhandwerker gesprochen.

Die Assistent*innen der Bader und Barbieri

Die Handwerkschirurgen der Frühen Neuzeit bedurften zur Erfüllung ihrer vielfältigen Verrichtungen in Betrieb (Badestube, Barbierstube, wundärztlicher Praxis) und Haushalt der Hilfe eines durchaus heterogenen Kreises an Helfer*innen. In gut laufenden Werkstätten beschäftigten die Meister ein oder mehrere Gesellen und Lehrlinge.⁹ Diese sich im Qualifikationsprozess befindlichen

8 Seelbäder waren gestiftete Frei- oder Armenbäder. Zum Phänomen des Seelbades siehe: Gengler (1873); Kirschbaum (1932).

9 Die in einigen Quellen bis ins 17. Jahrhundert auftauchenden weiteren Differenzierungen, die neben den Gesellen und Lehrlingen noch Wochenlöhner, Halbgesellen (Mittler) und Lohnjungen ausweisen, werden hier vernachlässigt. Diese Arbeitskräfte unterschieden sich zum Teil im

Personen konnten aber auch bei wandernden Handwerkschirurgen Anstellung finden oder sie boten ihre Dienste als teils mobile, teils sesshafte Selbstständige an, wobei viele Handwerkszünfte dies zu unterbinden suchten. So konnten wandernde Handwerksgesellen ihre Walz unterbrechen und im Militärsanitätswesen oder in diversen Hospitälern arbeiten. Neben Lehrlingen und Gesellen ist die Bedeutung der die Handwerkschirurgen unterstützenden Familienangehörigen (insbesondere ihrer Ehefrauen und Kinder) sowie von Knechten und Mägden nicht zu unterschätzen. Zur Herausbildung von „Assistenzberufen“ mit spezifischem Anforderungsprofil, eigenen Ausbildungsstrukturen und Prüfungsmodalitäten kam es jedoch vor dem 19. Jahrhundert nicht. Entweder wurde die „Assistenzzeit“ als Durchgangsstadium auf dem Weg zum Meisterrecht oder als meist unentgeltliche Tätigkeit im Familienverbund, wozu im weiteren Sinne auch das in Haus und Gewerbebetrieb beschäftigte Gesinde zählte, betrachtet. Selbst wenn sich das Assistenten-Dasein verfestigte und beispielsweise der Schritt zur ökonomischen Selbstständigkeit manchen Wundarztgesellen nicht glückte (man spricht dabei von „ewigen Gesellen“), konstituierte sich aus diesen Existenzen kein eigenständiger Berufsstand.

Für alle in der Wundarztzunft unterstützend wirkenden Personengruppen gilt, dass sie über die heute bekannten Quellen nur schwer greifbar sind, d. h. unser Wissen über sie sehr begrenzt ist. Geben vor allem erhaltene Urkunden und Akten der Bader- und Barbierzünfte oder der kommunalen und kirchlichen Einrichtungen noch vergleichsweise gut Auskunft über bestimmte Momente der Ausbildung und der Verhaltensvorschriften oder zu demografischen Aspekten von Lehrlingen und Gesellen der Handwerkschirurgen, so ist man bezüglich des übrigen Gesindes und der Familienangehörigen auf Zufallsfunde und Einzelbelege (Rechnungen, Prozessakten, gerichtliche Gutachten, Ratsprotokolle, Testamente, Vormundschaftsakten, Kirchenbücher, Egodokumente usw.) angewiesen.¹⁰

Hinblick auf ihren Ausbildungsstand, ihre Aufgaben und ihre Bezahlung, so z. B. bei den Leipziger Barbieren zuletzt in der Handwerksordnung von 1640. Stadtarchiv Leipzig (im Folgenden: StadtAL), Zunftbuch II, Bl. 108–113.

¹⁰ Neben einschlägiger Fachliteratur und einigen Beständen aus anderen mitteldeutschen Archiveinrichtungen wurden für den vorliegenden Beitrag vor allem Quellen aus dem Leipziger Stadtarchiv verwendet. Viele der an Einzelbeispielen belegten Aussagen treffen aber auf die vormoderne Handwerkschirurgie im Allgemeinen zu.

Zunächst sollen die Lehrlinge und Gesellen betrachtet werden. Mit der im Mittelalter einsetzenden Konstituierung von Berufsverbänden, den Handwerkszünften¹¹, wurden die Ausbildungsstrukturen zum Bader, Barbier und letztlich zum Handwerkschirurgen in den verschiedenen Territorien des Römischen Reiches in den wichtigsten Grundzügen einander angeglichen, während politische oder seit dem 16. Jahrhundert bestehende konfessionelle Grenzen eine untergeordnete Rolle spielten. Der klassische Ausbildungsgang im vormodernen Zunfthandwerk begann mit einer mehrjährigen Lehre, die in den Medizinalhandwerken meist zwischen zwei und vier Jahren dauerte.¹² In Leipzig sahen beispielsweise die Barbieri für ihre Lehrjungen eine Lehrzeit von mindestens zwei Jahren und seit der Zunftordnung von 1748 allgemein von mindestens drei Jahren vor.¹³ Nur fromme und ehelich geborene Jungen wurden aufgenommen, wie bereits die älteste überlieferte Leipziger Handwerksordnung der Barbieri von 1493 vorgab.¹⁴ Einige Zunftordnungen schrieben zudem ein Mindestalter für die Lehrlinge vor. So sollten seit dem 17. Jahrhundert Leipziger Barbierlehrlinge nicht jünger als 15 Jahre und „guten Verstandes“ sein.¹⁵ Erfüllte der Lehrling alle Voraussetzungen, schloss dessen Familie mit dem Lehrmeister einen Lehrvertrag ab und zahlte ihm ein Lehrgeld sowie der Zunft eine Aufnahmegebühr. Der Lehrling lebte im Haus des Lehrmeisters, der für die Verköstigung

11 Im Gegensatz zu den Handwerkszünften, die vorrangig als Interessenvertretungen der Meister dienten, kam es aufgrund der relativ geringen Zahl an Wundarztgesellen meist nicht zur Gründung eigener, multifunktionaler Gesellenorganisationen (Gesellschaften), wie dies in anderen Handwerken vielfach geschah.

12 Häufig war eine Mindestlehrzeit von drei Jahren vorgesehen, so bei den Barbieren in Danzig 1522 und 1584, in Hildesheim ab 1639, in Lübeck bis 1798, in Nürnberg 1560, in Rostock 1470 und in Salzburg 1624. Je nach Lehrgeldhöhe konnte die Lehrzeit aber ausgedehnt werden. In Einzelfällen betrug sie sogar sechs oder sieben Jahre. Bähre (2006), S. 29; Besl (1999), S. 102, 123; Böhmer/Kabus (1981), S. 81; Borner (1934), S. 11; Brunn (1921), S. 57; Buczkowski (1988), S. 17 f.; Fröhlich (1971), S. 161.

13 StadtAL, Zunftbuch I, Bl. 145 (Zunftordnung der Leipziger Barbieri von 1556) und Zunftbuch IV, Bl. 31b (Zunftordnung der Leipziger Barbieri von 1748).

14 StadtAL, Handwerksinnungen Chirurgen A 8.

15 StadtAL, Zunftbuch II, Bl. 113. In anderen Städten des 17. Jahrhunderts waren als Mindestalter für Barbierlehrlinge zwischen 10 und 14 Jahren vorgesehen, so in Hildesheim 1623 10 Jahre, in Augsburg 12 Jahre und in Nordhausen 14 Jahre. Bähre (2006), S. 29; Jäger (2005), S. 36; Reith (1988), S. 101.

des Jungen aufzukommen hatte. Für ein Bett mussten viele Lehrlinge dagegen selbst sorgen.

An die Lehrzeit schloss sich eine mehrjährige Gesellenzeit mit anfangs noch freiwilliger Wanderschaft an. Handwerksgesellen waren häufig sehr mobil, sodass in den meisten Fällen ihr weiterer Weg zur Meisterschaft bzw. zur eigenen wundärztlichen Praxis nicht an einem Ort absolviert wurde. Die Gesellen wanderten, um Berufs- und Lebenserfahrungen zu sammeln, sich andere Anstellungen zu suchen, Land und Leute kennenzulernen und aus vielen weiteren Motiven. Im Laufe der Frühen Neuzeit führten immer mehr Zunfthandwerke eine Wanderpflicht ein. Gesellen, welche Meister werden wollten, mussten nun mehrere Jahre in der Fremde verbringen und dies durch entsprechende Legitimationsdokumente (Kundschaften, später Wanderbücher) belegen. Die Einführung der Kundschaften, welche die Meister auch zur Disziplinierung der Gesellen im Sinne von Verhaltenszeugnissen nutzen wollten, fand dabei nicht ohne Widerstand statt.¹⁶ Letztlich wurden für die Barbiergesellen im 17. Jahrhundert folgende Wanderzeiten vorgeschrieben: in Stockholm drei Jahre, in Hildesheim und Leipzig vier bis fünf Jahre, in Zürich fünf Jahre, in Nordhausen, Reval, Salzburg, Solothurn und im Herzogtum Württemberg sechs Jahre. In Preußen wurden seit einem Medizinaledikt aus dem Jahr 1725 sogar sieben Jahre verlangt.¹⁷ Die Wanderrouen der Gesellen orientierten sich an den Orten, in denen es das jeweilige zünftige Handwerk gab. Auf ihren Wanderungen erhielten Wundarztgesellen immer wieder die Möglichkeit, ihren persönlichen Erfahrungsschatz zu vergrößern. Einige Gesellen nahmen durchaus Engagements als Feldschere in in- und ausländischen Diensten an. Vor allem im 18. Jahrhundert nutzten zudem manche Gesellen die Chancen, sich beruflich weiterzubilden, indem sie chirurgische und anatomische Vorlesungen und Kurse an den Universitäten sowie privat organisierte Veranstaltungen bei einzelnen Gelehrten besuchten oder als wundärztliche Gehilfen in Hospitälern arbeiteten.¹⁸

16 StadtAL, Titelakten LXIV (F) Nr. 261.

17 StadtAL, Zunftbuch II, Bl. 114b, 389 und Zunftbuch III, Bl. 128; Bähre (2006), S. 31; Buczkowski (1988), S. 33, 45; Besl (1999), S. 123; Brändli (1990), S. 230; Bütterlin (1991), S. 157; Flüeler (1951), S. 51; Jäger (2005), S. 37.

18 Siehe besonders: Brändli (1990), S. 230–262. Immer wieder kam es beim Besuch öffentlicher anatomischer und chirurgischer Demonstrationen zu Streitigkeiten zwischen Studierenden und Handwerksgesellen oder auch zwischen einzelnen Gesellengruppen. So wollten in



Abbildung 1: Tätigkeit eines Wundarztes und seines Gehilfen sowie der mithelfenden Ehefrau. Aus: Christoff Weigel: Ständebuch. Regensburg 1698. Aus: Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden, Deutsche Fotothek, DDZ, gemeinfrei.

der Mitte des 18. Jahrhunderts die Barbiergesellen in Leipzig entsprechende Veranstaltungen nicht gemeinsam mit den Gesellen des Baderhandwerks besuchen, sodass der Stadtrat eingreifen musste. StadtAL, II. Sektion B (F) Nr. 1075.

Am Ende der Gesellenzeit sollte im besten Fall die Mutung, d. h. die Bewerbung um das Meisterrecht vor der Zunftgemeinschaft, stehen. Die Bewerbung ging mit dem Anfertigen verschiedener Meisterstücke und meist auch einer Meisterprüfung, der Zahlung einer Meistergebühr und weiterer streng geregelter Bedingungen einher. Das Meisterrecht wurde von der Zunft vor Ort für einen bestimmten Raum (z. B. eine Stadt) verliehen und berechtigte zur selbstständigen Führung eines Handwerksbetriebes. Übrigens sind Hinweise auf offiziell ausgebildete Lehnmädchen und Gesellinnen für den deutschsprachigen Raum im frühneuzeitlichen Handwerk allgemein sehr selten. Speziell für das Wundarzneigewerbe sind keine entsprechenden Belege in den Quellen verbürgt.¹⁹

In seiner Bade- oder Barbierstube konnte ein Meister zahlreiche, auch verantwortungsvolle Aufgaben an einen Gehilfen delegieren, zumal für den Fall, dass es sich um einen erfahrenen Gesellen handelte. War der Meister beispielsweise zu einem Patienten unterwegs oder war er selbst zwischenzeitlich arbeitsunfähig, konnte der Geselle die Arbeitsstätte nach den Instruktionen seines Arbeitgebers hüten und ihn vertreten. Verstarb ein Handwerkschirurg und übernahm dessen Witwe nach dem im Handwerk geltenden Fortführungsrecht die Verantwortung über den weiteren Betrieb der Bade- oder Barbierstube, übertrug sie vermutlich die Ausführung eines Großteils der anfallenden Arbeiten an einen Gesellen. Diesem Gesellen kamen somit im Prinzip beinahe die gleichen Aufgaben zu wie einem Handwerksmeister.²⁰

Welche Dienstleistungen wurden in einer frühneuzeitlichen öffentlichen Badestube angeboten? Man kann die von den Badern durchgeführten körperpflegenden und gesundheitsprophylaktischen Maßnahmen nicht immer vollends von ihren wundärztlichen Tätigkeiten trennen. Natürlich ging man in eine Badestube, um zu baden.²¹ Dies geschah an festen Badetagen. Hatte der Bader an einem solchen Tag das Bad vorbereitet und die Badestube geheizt, verkündete er mit dem Baderuf, dass die Kundschaft ins Bad kommen könne. Wäh-

¹⁹ Zu den wenigen, bislang bekannten Frauenzünften in Deutschland siehe: Wachendorf (1934), S. 33–48; Wensky (1980); Wiesner-Hanks (1996), S. 93. Für England siehe: Evenden (1998), S. 195 f.

²⁰ Besl (1999), S. 121.

²¹ Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf: Fischer (1933), I, S. 309; Gantenbein (1996), S. 24.

rend im Mittelalter häufig gemischtgeschlechtlich gebadet wurde, setzte sich seit dem 16. Jahrhundert zunehmend das getrenntgeschlechtliche Baden in verschiedenen Räumen oder an verschiedenen Badetagen durch. Größere Badestuben besaßen eine Ausziehstube, in welcher die Kundschaft sich ihrer Kleidung entledigte. Mitunter wurde ihr durch Personal beim Entkleiden geholfen. Im Bad selbst trugen der Bader, seine Helfer und die männliche Kundschaft Badehose, Frauen dagegen eine Badeschürze oder ein Badehemd. Selten wurde nackt gebadet. Verbreitet waren Badestuben mit Badewannen, Bottichen und Fußbecken sowie Schwitzbänken. Exemplarisch soll ein Badevorgang knapp beschrieben werden. Hierbei übergossen Bader, Badeknechte oder -mägde die Kunden mit Lauge oder Wasser und massierten sie. Danach legte sich der Badegast auf eine Schwitzbank, wo durch das Begießen heißer Steine Dampf erzeugt wurde. Durch den Einsatz eines Badewedels (Badequast) förderte der Bader oder der Kunde selbst die Durchblutung verschiedener Körperpartien. Nach dem Schwitzen wurde der Leib nochmals mit Wasser oder Lauge übergossen. Falls gewünscht, wurden der Kopf gewaschen, Haupthaar und Bart geschnitten, eingewachsene Nägel behandelt oder andere, auch wundärztliche Dienstleistungen in Anspruch genommen. Nach dem Badezeremoniell konnten sich die Badegäste im Umkleideraum ausruhen und nach einem erneuten, diesmal kalten Abguss, nach Abtrocknen und Ankleiden die Badestube verlassen.



Abbildung 2: Bademagd und Badeknecht. Aus: Nürnbergische Kleider-Arten, Nürnberg 1669. Germanisches Nationalmuseum.

Waren Bader oder Barbieri auch chirurgisch tätig, nannten sie sich selbst Wundärzte und seit dem 17. Jahrhundert zunehmend „Chirurgi“. Zu den wundärztlichen Dienstleistungen, die in einer Bade- oder Barbierstube angeboten werden konnten, gehörten unter anderem das Schröpfen, der Aderlass, das Blutegelsetzen, das Setzen von Fontanellen und das Einziehen eines Haar-seiles²², zudem die Behandlung von Arm- und Beinbrüchen, Schädelverletzung-

22 Der Einsatz eines Haar-seiles erfolgte zur Erzeugung künstlicher Geschwüre, um die Bildung von Eiter unter der Haut zu provozieren, mit dem dann – so die damalige humoralpathologische Vorstellung – gemeinsam schlechte Stoffe aus dem Körper abgeführt werden konnten.

gen, Quetschungen und Verrenkungen, das Zungenlösen, das Abnehmen des Zäpfchens, das Zahnziehen, das Putzen, Brennen, Plombieren oder Einsetzen künstlicher Zähne, die Amputation von Gliedmaßen sowie die Versorgung von offenen Wunden, Geschwüren oder Geschwülsten. Es wurden Klistiere gesetzt, Pflaster zubereitet und aufgelegt, Arzneien, d. h. im weiteren Sinne einfache Salben, heilende Tees, kühlende Getränke und Abführmittel, welche zur Kur der (äußeren) Leiden benötigt wurden, verabreicht und verkauft. Erfahrene Handwerkschirurgen führten Augen-, Stein- und Bruchoperationen durch, die sonst vor allem durch wandernde Operateure angeboten wurden. Im Notfall nahmen sie vaginale Untersuchungen und Eingriffe vor, schnitten bei dramatischen Geburten das Kind aus dem Leib der toten Mutter oder entfernten eine angewachsene Nachgeburt. Überblickt man das potenzielle Spektrum wundärztlicher Tätigkeiten, konnte dieses zahlreiche medizinische Teilgebiete umfassen: Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Zahnmedizin, Urologie, Geburtshilfe, Gynäkologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Chirurgie, Proktologie und Venerologie. Hinzu kamen wichtige Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gerichtsmedizin, da Wundärzte Berichts- und Kontrollpflichten gegenüber der Obrigkeit zu erfüllen hatten, zu Inspektionen und Sektionen herangezogen wurden und gerichtsmedizinische Gutachten verfassten.²³ Allerdings boten die meisten Bader und Barbieri nur einen Bruchteil der genannten Leistungen tatsächlich an. Viele beließen es bei den am häufigsten vorkommenden Maßnahmen der sogenannten „kleinen“ oder „niederen“ Chirurgie.²⁴ Sie ließen dabei vor allem zur Ader, schröpften, setzten Blutegel, behandelten Wunden, Knochenbrüche, Verrenkungen und Hautleiden und zogen Zähne.

Eine der wichtigsten Einnahmequellen der Bader neben dem eigentlichen Badevorgang bildete das Schröpfen. Basierend auf den in der Vormoderne dominanten humoralpathologischen Vorstellungen, nach denen ein individuelles Ungleichgewicht der vier Körpersäfte (Blut, Schleim, schwarze Galle, gelbe Galle) Ausdruck eines psychischen oder somatischen Leidens war, stellte die klassische Therapie auf die Regulierung des Säftehaushalts mittels Schwitzens, Schröpfens, Aderlassens, Vomierens (Erbrechens) und Purgierens (Abführens)

23 Sander (1989), S. 59 f.

24 Die Bezeichnung der Wundarzneikunst als „kleine“ oder „niedere“ Chirurgie wurde von ärztlicher Seite oft pejorativ genutzt.

ab. Beim Schröpfen kamen Schröpfeisen oder -schnapper (Lanzetten zum Ritzen der Haut) sowie erhitzte Schröpfköpfe (kugelförmige Gefäße aus Horn, Metall oder Glas), die das Blut mittels Unterdruck aus der Haut ziehen sollten (blutiges Schröpfen, Nass-Schröpfen), zum Einsatz. Beim unblutigen oder trockenen Schröpfen blieb die Haut unversehrt, die erhitzten Schröpfköpfe sorgten für eine verstärkte Durchblutung der jeweiligen Körperstellen.

Neben der erlaubten Behandlung dieser „äußeren“ Leiden übernahmen die Wundärzte, die daher hier auch Medizinalhandwerker genannt werden, aufgrund eines allgemeinen Ärztemangels oft die umfangliche medizinische Versorgung inklusive der Behandlung „innerer“ Leiden und der Verabreichung von Medikamenten. Weil diese Praxis mit einigen Ausnahmen jedoch den offiziellen Vorgaben widersprach, gab es bis auf die Überlieferung in entsprechenden Streitfällen (Gerichtsprotokolle) oder seltenen Einzelfunden (Patiententagebücher) kaum Aufzeichnungen.²⁵

Insbesondere in den Badestuben wurden die anfallenden Aufgaben und Arbeitsvorgänge je nach Größe des Betriebes spätestens seit dem 15. Jahrhundert arbeitsteilig organisiert.²⁶ Handelte es sich beispielsweise um besonders stark frequentierte Badestuben, konnten neben dem Bader und seinen Familienangehörigen, auf die später noch genauer einzugehen ist, verschiedene männliche und weibliche Hilfskräfte beschäftigt werden: Die Handwerksgesellen nahmen mitunter als spezialisierte Scherer (für die Haar- und Bartpflege) oder Lasser (für den Aderlass und das Schröpfen) die zugehörigen Aufgaben wahr. Auch die übrigen chirurgischen Dienstleistungen konnten neben dem Bader besonders befähigte Gesellen übernehmen. Schöpfer hatten für Warm- und Kaltwasser zu sorgen und die heißen Steine im Schwitzbad zur Dampferzeugung zu besprengen. Baddienerinnen waren im „Frauenbad“ (Frauenbadestube) zu finden, wo sie analog den als Baddienern oder Lassern beschäftigten Gesellen arbeiteten und assistierten sowie zusätzlich noch viele einfachere Aufgaben übernahmen. Reiberinnen bedienten die Badegäste, indem sie deren Haut striegelten und massierten. Strahlerinnen strahlten, d. h. frisierten, den Badegästen nach dem „Zwangen“ (Kopfwaschen) die Haare. Gewandhüterinnen

25 Für Notfälle gestand der Gesetzgeber zu, dass auch Wundärzte „innere“ Leiden therapieren. Brändli (1990), S. 94, 201; Baumann (1966), S. 70 f.; Sander (1989), S. 51, 68, 107.

26 Zu den folgenden Ausführungen siehe: Besl (1999), S. 135–138.