

# Medizinalgesetzgebung in Kursachsen

## Teil I

### A. Einleitung

Der folgende Beitrag setzt sich zum Ziel, dem Leser einen allgemeinen Überblick über die Medizinalgesetzgebung in Kursachsen, von der ersten landesrechtlichen Regelung im Jahr 1474 bis zur Erhebung Sachsens in den Stand eines Königreiches im Jahre 1806, zu verschaffen. Dabei sollen normative Quellen wie Mandate, Verordnungen, Dekrete, Generalen und Rescripte die Grundlage der Betrachtung bilden. Außerdem wird die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens im Kurfürstentum Gegenstand der Diskussion sein. Die Abhandlung begrenzt sich dabei auf Regelungen, welche im weitesten Sinne zur Humanmedizin zählen. Zu beachten ist, dass die jeweiligen Normen die gültige Rechtslage der kurfürstlichen Gebiete im entsprechenden Zeitraum darstellen. Aufgrund einer Vielzahl territorialer Veränderungen im Laufe der 450jährigen Geschichte variiert somit die räumliche Bedeutung der Terminologie Kursachsen mehrfach.

Die Betrachtung bewegt sich dabei auf der Ebene des Kurfürstentums; möglicherweise daneben existierende Regelungen örtlicher Natur sind jedoch weder ausgeschlossen, noch unwahrscheinlich. So existierten bereits ab dem 14. Jahrhundert vereinzelte Stadtphysikate, wobei ähnliche Strukturen auf Landesebene erst nahezu 400 Jahre später in Erscheinung traten.

Die sich vorab aufdrängende Frage, wann sich der Kurfürst einer bestimmten Form der Rechtssetzung bediente, lässt sich nicht eindeutig beantworten, da die Grenze bisweilen unscharf verläuft. So bemerkte Becker, dass es im weltlichen Bereich oft der Zufall war, welcher über die Bezeichnung einer Norm entschied. Diese allgemeine Feststellung findet auch in Kursachsen ihre Bestätigung; so wurden zum Beispiel durch Generale und Mandat generell-abstrakte Regelungen, wie die Einrichtung von Behörden, getroffen, aber auch kurzfristige Probleme wie der Umgang mit einer regional auftretenden Seuche gelöst. Anderes lässt sich indessen für das Rescript feststellen, mit welchem, vorbehaltlich weniger Ausnahmen, nur auf konkrete Rechtsfragen und akute Vorfälle reagiert wurde.

## B. Medizinalberufe und Berufsbezeichnungen im kursächsischen Gesundheitswesen

### I. Allgemeine Vorbemerkungen

Prägend für die Ausübung medizinischer Tätigkeit in Kursachsen ist das zu dieser Zeit allgemein dominierende Prinzip der Separation in akademische Medizin und chirurgische Behandlung. Zurückzuführen ist dieses unter anderem auf einen Entschluss der vierten Lateransynode aus dem Jahr 1215, durch welchen der chirurgische Eingriff verurteilt und seine Durchführung den damals vorrangig klerikalen Medizinern verboten wurde. Diese Entwicklung führte dazu, dass die lange als unrein geltenden chirurgischen Eingriffe überwiegend von geringer bis überhaupt nicht medizinisch ausgebildeten Badern, Barbieren und Wundärzten vorgenommen wurden. Eine Behandlung durch akademische Mediziner war zudem für die normale Bevölkerung nahezu unerschwinglich; so entsprach der Arztlohn für einen Hausbesuch im Durchschnitt fünf Wochenlöhnen einer Köchin oder Magd. Auch wenn in Sachsen und andere Ländern diese absolute Trennung später nicht weiter aufrechterhalten wurde, so findet sich dieser Brauch noch bei der Einrichtung des näher zu erläuternden Collegium sanitatis wieder, bei der den gelehrten Doktoren Wundärzte zur Seite gestellt wurden, um diese bei der Durchführung von Operationen zu „unterstützen“. Mit fortschreitenden medizinischen Erkenntnissen war die Behandlung schwerwiegender Fälle durch „Laienmediziner“ zunehmend unvermeidbar. Verstärkt wurde daher auch von ihnen ein Mindestmaß an Ausbildung gefordert. Zusätzlich mussten bestimmte von ihnen erwartete Verhaltensweisen durch Eidesleistung bekräftigt werden. Vorläufer war hier der Eid derer Wund-Aertzte und Barbierer in Leipzig, dessen Aufnahme in den Codex Augusteus, trotz seines regional begrenzten Namens, für eine gewisse landesweite Anerkennung spricht. In der Folgezeit schuf man spezielle Schwurformeln für die einzelnen Berufsgruppen, deren Texte im Vergleich zum „Leipziger Eid“ mit der Pflicht zur Ableistung desselben versehen wurden. Die grundsätzliche Zulässigkeit der Durchführung äußerer Behandlungen ohne medizinisches Studium blieb jedoch über die gesamte kursächsische Geschichte erhalten.

Im Weiteren soll nun eine Auseinandersetzung mit den Besonderheiten und Unterschieden der einzelnen Berufe im

Lichte der kursächsischen Rechtsordnung erfolgen. Dabei muss der Hinweis vorangestellt werden, dass das Recht keine Medizinalberufe konstituierte, sondern bestehende, historisch gewachsene Betätigungsfelder in das staatliche Regelungswerk einband und einer landesweit homogenen Ausgestaltung unterwarf.

### II. Medicus/Physikus

Unter einem Medicus oder Physikus wurde der akademisch gebildete Mediziner verstanden. Ihm oblag traditionell die Vornahme innerlicher Curen, zu welcher er ab 1750 grundsätzlich allein berechtigt war. Schon 1711 wurde der Medicus von der Exerzierung zur Landmiliz befreit, wobei aus der gemeinsamen Nennung mit Badern und Barbieren ersichtlich wird, dass dieses weniger seinem gesellschaftlichen Status, als der Notwendigkeit einer grundlegenden medizinischen Versorgung in Kriegszeiten geschuldet war. Zusätzlich zur eigenen Behandlung nahm er auch Konsultationsaufgaben wahr, sofern sich bei einer Behandlung durch einen Wundarzt gefährliche und bedenkliche Vorfälle ereigneten. Aus der besonderen Fachkenntnis und der Notwendigkeit seiner Gegenwart resultierte zudem eine besondere Gefahragungspflicht, welche sich unter anderem in dem Gebot äußert, beim Ausbruch von Seuchen den Ort nicht zu verlassen und weiter der ärztlichen Tätigkeit nachzugehen. Außerdem wurden Medici ab 1750 verstärkt im Visitationswesen eingesetzt.

Mit dem Ende des 18. Jahrhunderts fand die Bezeichnung „Arzt“ in Abgrenzung zum „Wundarzt“ zunehmende Verbreitung, wobei die herkömmlichen Begriffe nicht völlig verdrängt wurden.

### III. Bader, Barbieri und Wundärzte

Bei dem Begriff Bader handelt es sich um eine Berufsbezeichnung für Personen, welche Badehäuser betrieben. Baden diente neben der das Wohlbefinden fördernden Reinigung auch als notwendige hygienische Maßnahme. Zudem wurde auch die Befreiung von Haaren feilgeboten, so dass man hier ebenfalls mit Barbieren oder Scheerern in Kontakt kam. Neben ihrer ursprünglichen Aufgabe übernahmen beide Berufsgruppen auch medizinische Arbeiten, wie das Aderlassen und Schröpfen. Diese Tätigkeiten wurden jedoch nicht wie heute als Wissenschaft oder gar „Heilkunst“ verstanden; vielmehr wurden Bader, Barbieri und später auch

Wundärzte als Handwerker angesehen. Mit dem Rückgang des Badewesens im 16. Jahrhundert, was seine Gründe unter anderem in der zunehmenden Sittenlosigkeit in den Badeanstalten und einer vermehrten Ansteckungsgefahr mit Syphilis fand, wandelte sich das Bild des Medizinalwesens. Aus den nur am Rande medizinisch Praktizierenden wurden so genannte Wundärzte bzw. Chirurgen, wobei gerade in Kursachsen die Verwendung der Bezeichnung fließend bleibt. Aus Angst vor Scharlatanen wurde die Tätigkeit als Wundarzt ab 1570 an einen Erlaubnisvorbehalt gebunden. So war fortan niemand, der nicht seine Geschicklichkeit und Kundschaft vor den Medicos unter Beweis gestellt hatte, zur Durchführung von Behandlungen berechtigt. Anderenfalls bestand die Pflicht, den Hilfesuchenden, außer in Notfällen, an erfahrene Mediziner zu verweisen. Mit zunehmend schwindendem Vertrauen des Staates in die Handwerkskünste der Barbieri wurden ihnen schrittweise die Befugnisse zur Ausübung bestimmter Ämter entzogen, so durfte schon seit 1680 kein Lazarett mehr ohne echten Medicus betrieben werden und ab 1750 wurde zudem auch die Tätigkeit als Amtsphysiker an ein absolviertes Medizinstudium gebunden. In der Begründung, man wolle dem gemeinen Mann Furcht, Argwohn und Mißtrauen in Bezug auf eine ärztliche Behandlung nehmen, lässt sich bereits ein frühzeitiges Verständnis für das zwischen Arzt und Patient notwendige besondere Vertrauensverhältnis feststellen.

Nachdem bereits im Jahre 1731 den Chirurgen durch Mandat befohlen wurde, dringend die Gewohnheit abzustellen, von einem Anderen angefangenen medizinische Dienste nicht fortzusetzen, erging in der Mitte des 18. Jahrhunderts die Anweisung, innerliche Curen ohne Studium gänzlich zu unterlassen. Folglich wurde die traditionelle Trennung der Vornahme von Heilbehandlungen in innerliche und äußere Curen normativ festgeschrieben.

Diese Maßnahmen verdeutlichen die Bestrebungen, weniger qualifizierte Mediziner sowohl normativ als auch faktisch durch geringere Berufschancen aus ihrem Tätigkeitsfeld zu verdrängen. Für die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung des Landes waren sie aber, vor allem in ländlichen Regionen, auch im ausklingenden 18. Jahrhundert weiterhin unverzichtbar. Dabei erhielten die weniger

qualifizierten unter ihnen spätestens ab 1796 einen, mit der heutigen Berufserlaubnis nach § 10 BÄO vergleichbaren, Erlaubniß-Schein, welcher zu konkret bestimmten Maßnahmen berechtigte. Echte Wundärzte bekamen hingegen, nach bestandener Prüfung, mit der Legitimations-Urkunde einen Status verliehen, welcher der heutigen Approbation nach § 3 ff. BÄO ähnelte. Letztere waren zudem ab 1802 vom Innungszwang befreit. Wenige Chirurgen durften ab 1758, parallel zum Medicus, auch innerliche Curen vornehmen, wozu sie jedoch das Examina pro praxi medica abzulegen hatten.

#### IV. Apotheker

Die früheste, im weitesten Sinne das Apothekenwesen in Kursachsen betreffende Regelung aus dem Jahr 1474 ist ein Erlass über die Aufsicht und den Umgang mit Medikamenten und den Handel mit Wein, welcher zu jener Zeit häufig als Arznei genutzt wurde. Ab 1550 wurde der Verkauf von gefälschten und unwirksamen Medikamenten explizit untersagt und den Städten die Aufsicht darüber zugewiesen. Umgesetzt wurde dieses mittels Visitationen, welche ab 1580 so durchzuführen waren, dass der Apotheker keine Störung in seinem Tagesgeschäft erfuhr. Die Aufsichtspflicht bestand nicht, sofern es sich bei dem Apotheker selbst um einen Doktor der Medizin handelte, woraus ersichtlich wird, dass Ende des 16. Jahrhunderts auch Ärzte berechtigt eine Apotheke betreiben konnten. Eine spezielle Ausbildungsordnung ist für Apotheker zu diesem Zeitpunkt nicht ersichtlich. Noch im selben Jahr erging mit der Kirchenordnung das Gebot an die Schulmeister, zukünftig das Verteilen von Medikamenten, wie bishero von etzlichen geschehen, zu unterlassen. Seit 1623 hatte gemeinsam mit der Visitation eine Festlegung der Tax für die Apothekerwaren zu erfolgen, an welche der Apotheker und seine Gesellen fortan bei Strafandrohung gebunden waren. Im Fall des Konkurses waren die Forderungen eines Apothekers aus Arzneiverkauf vorrangig. Dieses sollte ersichtlich dem Erhalt der Handlungsfähigkeit dienen, denn nur ein solventer Apotheker ist in der Lage tunliche Materialien zu erwerben und damit eine Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Erst im Jahre 1750 grenzte sich der Apotheker in Kursachsen seiner Kompetenz nach völlig vom Arzt ab. Zum einen durfte er keine innerlichen Curen mehr vornehmen, zum anderen erhielt

er aber das Privileg als einziger Medikamente dispensieren zu dürfen. Konventionen hiergegen konnten mit zweckgebundener Geld- oder Freiheitsstrafe sanktioniert werden.

Diese Entwicklung fand ausdrückliche Bestätigung durch das Verbot der Medikamentenvergabe der sogenannten Wurzel-Leute und die Eindämmung des Handels mit Arzneien auf Jahrmärkten. So sollten fahrende Arzneihändler nicht hausieren, sondern nur nach Attest des Sanitäts-Collegiums und einer Begutachtung der konkreten Waren durch den Stadt-Physiker zum Verkauf berechtigt sein. Die Abgabe an den Kranken durfte damit außer in Notfällen und bei besonders weiter Entfernung zur nächsten Apotheke nur durch den Apotheker selbst erfolgen. Eine zusätzliche Ausnahme von diesem Vorbehalt bildete die, spätestens ab 1800 grundsätzlich erlaubte, unentgeltliche Verteilung an die Armen.

Mit dem Mandat, wegen Errichtung eines Sanitäts-Collegii [...] wurde im Jahr 1768 die Aufsicht über die Apotheken an das Collegium sanitatis und die beiden medizinischen Fakultäten Kursachsens übertragen. Diese waren zudem für eine fachliche Überprüfung der angehenden Apotheker zuständig und hatten das Privileg, bei bestandenem Testimonium die Genehmigung zur Eröffnung eines Apotheker-Officins zu erteilen. Außerdem war durch die zuständige Behörde alljährlich eine Liste aufzustellen, welche die Namen der Medikamente enthielt, zu deren Verkauf die Apotheker berechtigt waren. Abweichungen hiervon wurden ebenfalls mit Geldstrafe sanktioniert. Die Pflicht, die wichtigsten Medikamente zu jeder Zeit vorrätig zu halten, wurde 1805 durch eine „autorenfreundliche“ Regelung ergänzt, die jedem Apotheker vorschrieb, ein konkret benanntes Fachbuch zu erwerben und sich nach den dortigen Empfehlungen mit Arzneien zu versorgen.

Sofern ein Apotheker nach 1750 weiterhin innerliche Curen vornehmen wollte, musste er ein entsprechendes Examen an einer der beiden medizinischen Fakultäten ablegen. Wie Ärzte und Chirurgen war auch er von der Exerzierung zu Land-Miliz befreit.

#### V. Feldscher und andere medizinisch tätige Soldaten

Neben der Dreiteilung der zivilen Medizin existierte mit dem so genannten Feldscher eine weitere Berufsgruppe,

welche jedoch überwiegend im militärischen Bereich tätig war. Bei ihm handelte es sich um eine Art Truppenarzt, dessen ursprüngliche Aufgabe sich noch in der Bezeichnung erkennen lässt. Sein Wissen basierte überwiegend auf der praktischen Erfahrung aus der Behandlung von Soldaten. Für die Ausübung seiner Tätigkeit war de lege zwar keine besondere Voraussetzung gefordert, seit 1748 existierte aber das Collegium medico-chirurgicum, dessen primäre Aufgabe zunächst die Weiterbildung jener Militärärzte war. Vier Jahre später wurde durch Rescript festgelegt, dass ihnen, nach der Entlassung aus dem Heeresdienst, im zivilen Bereich zwar die Behandlung äußerer Wunden erlaubt sei, die Vornahme innerer Curen sowie die Verteilung innerlich wirkender Medikamente aber nicht gestattet ist. In dieser Regelung lässt sich eine stringente Übernahme der Dreiteilung erkennen, welche den Feldscher auf der Ebene der Chirurgen einordnete. Das Recht zur Ausübung medizinischer Dienste konnte demnach weiterhin bis zu einem gewissen Grad auf praktische Erfahrungen gestützt werden, ab einer bestimmten Intensität, z.B. bei innerlichen Curen, war ein Studium der Medizin dagegen zwingend erforderlich. Ab 1765 wurde diese Direktion verschärft und die Anweisung erteilt, nur jenen die völlige Praxis Chirurgiae zu gestatten, die neben ihrer praktischen Tätigkeit als Feldscher auch einen Besuch des Dresdner Collegium medico-chirurgicum vorweisen konnten. Allen anderen war fortan das Aderlassen und Schröpfen als besonders gefährliche äußere Behandlung untersagt. Ob jemand „echter“ Feldscher gewesen ist oder als sonstiger ehemals medizinisch tätiger Soldat nur barbieren durfte, musste in seine Entlassungspapiere eingetragen werden. Gegenüber Feldschern im Dienst hatten die Bader und Barbieri ein Vorrecht zur Ausübung des Schröpfens und Aderlassens bei zivilen Personen.

## VI. Scharfrichter

Das Prinzip der Behandlung durch geringer qualifizierte Praktiker setzt sich auch im Rescript vom Dezember des Jahres 1750 fort. Nach diesem ist es allen Scharfrichtern, welche ihre Kunde bewiesen haben, erlaubt, Behandlungen von äußerlichen Schäden, Arm- und Beinbrüchen, Buckeln und Beulen durchzuführen. Begründung findet diese eigenartig anmutende Ver-

bindung des Henkers mit dem Gesundheitsdienst in dem wertvollen Wissen, über welches diese Personengruppe verfügte. Ihre anatomischen Kenntnisse hatten diese neben ihrem Umgang mit menschlichen Körpern beim Abdecken von Tierkadavern erworben. Verstärkt wurde dieses Phänomen dadurch, dass es sich bei dem unehrlichen Beruf des Scharfrichters vielerorts, wegen des Ausschlusses der Scharfrichterkinder vom Zugang zu ehrlichen Berufen, um eine Art „Erbamt“ handelte, weshalb die erworbenen Kenntnisse über eine Vielzahl von Generationen weitergegeben und angehäuft wurden. In Kursachsen hatte sich zuvor besonders der Scharfrichter von Eilenburg bewährt, so dass diese Form der Behandlung nun landesweit für offiziell zulässig erklärt wurde.

## VII. Hebammen

Der folgende Abschnitt setzt sich mit Regelungen und dem rechtlichen Status der Hebammen auseinander, welche auch als Wehmütter bezeichnet wurden. Zunächst ist festzustellen, dass zu dieser Berufsgruppe verhältnismäßig wenige Normen existieren, was nicht zuletzt auf eine meist privat durchgeführte Geburtshilfe und das damit zusammenhängende mangelnde Regelungsbedürfnis hindeutet. Zudem war das Hebammenwesen bis ins 18. Jahrhundert überwiegend regional organisiert. So erging noch 1764 die Verordnung des Rathes zu Dresden, die Hebammenanstalt in den Neustädter Casernen zu Dresden betreffend.

Die erste bedeutende kursächsische Direktive in Bezug auf Hebammen findet sich im Jahre 1768. Sie trifft die Anordnung, dass alle als Hebammen tätigen Personen umgehend vom zuständigen Stadt-Physiker zu visitieren seien und sie bei entsprechender Befähigung ein Examen mit der Erlaubnis zur Fortsetzung ihrer Tätigkeit erhalten sollen.

Eine spezielle Ausbildung war ab der Mitte des 18. Jahrhunderts in Dresden und ab 1805 auch in Leipzig möglich, jedoch nicht landesrechtlich vorgeschrieben.

## C. Sektionswesen und Leichenschau

Die Sektion von Leichen diente, neben der Ausbildung, vor allem einer gesicherten Feststellung von Todesursachen. Mehrfach durch den Landesherrn angemahnt, war jedoch zumindest bis 1750 eine Vielzahl der zuständigen Amtspysiker, aufgrund von schlechter

Ausbildung und Ungeschicklichkeit, nicht in der Lage, Todesarten richtig zu beurteilen, was zur Verschleppung vieler Kriminalprozesse geführt hatte.

Neben dem Amtspysiker musste der Amtmann, bzw. dessen Stellvertreter oder ein Richter im Sinne des Art. 149 der Criminal Constitution bei der Leichenschau zugegen sein. Hierbei handelt es sich um einen Verweis auf die Constitutio Criminalis Carolina aus dem Jahre 1532, welche an besagter Stelle Regelungen über die besichtigung eynes entleibten vor der begrebnuß trifft. Außerdem konnte, parallel zum heutigen § 87 I 2 StPO, im Fall der sicheren Todesursache von einer Sektion abgesehen werden, wobei als Regelbeispiel der offensichtliche Tod durch Gewalttätigkeiten genannt wird. Letzterer würde heute gerade nicht mehr unter die Ausschlussnorm der StPO fallen.

Ab 1790 diente die Leichenschau zudem normativ einem völlig anderen Zweck, so erging das Verbot Leichen innerhalb einer Dreitagesfrist zu beerdigen, solange kein Medicus den Tod tatsächlich festgestellt hatte. Niemand sollte der Gefahr ausgesetzt sein, lebendig begraben zu werden, wobei die Vielzahl der Regelungen auf eine erschreckende Häufigkeit dieses Problems hindeutet. Im Bewusstsein um die Schwierigkeiten bei der Umsetzung griff der Gesetzgeber zu einer List; anstatt die vorzeitige Beerdigung zu sanktionieren, wurde eine Belohnung von zehn Talern für denjenigen ausgelobt, welcher es schaffte, einen 48 Stunden für tot gehaltenen wieder zu erwecken.

Sonderfristen galten hingegen im Fall von ansteckenden Krankheiten.

Spätestens ab 1806 bestand die heute auch in § 89 StPO fixierte Pflicht eine Sektion auf alle drei Körperhöhlen zu erstrecken, was die Entdeckung alternativer-kausaler Einwirkungen fördern sollte.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Erik Hahn (Universität Leipzig)  
Narsdorfer Straße 16  
04277 Leipzig

Beitrag wird fortgesetzt im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2007.