

Der ärztliche Stand

Von Prof. Dr. med. et phil. Edith Heischkel

Im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert wurde, genau wie in der vorhergehenden Epoche, eine Verbesserung der ärztlichen und der chirurgischen Ausbildung erstrebt. Hand in Hand damit gingen Versuche, die Kluft zwischen Arzt und Chirurgen zu überbrücken. Das gelang erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch die Vereinheitlichung des Standes.

Wie groß in den letzten Jahrzehnten des 18. Jahrhunderts noch die Spannungen zwischen Arzt und Chirurg waren, beleuchten schlaglichtartig zwei Ereignisse: Als der mit dem Aderlaß beauftragte Stadtchirurg die Vene des gräflichen Patienten nicht fand, gab ihm der Charitéarzt Friedrich Hermann Ludwig Muzell (1715–1784) eine Ohrfeige. Und als ein vielbeschäftigter Berliner Chirurg sich Kutsche und Pferd anschaffte, wurde er durch die entrüsteten Ärzte gezwungen, wieder zu Fuß zu gehen.

Auf der einen Seite stand der auf der Universität ausgebildete und promovierte Arzt, der seine im Studium erworbenen, vorwiegend theoretischen Kenntnisse durch Gehilfen-tätigkeit in der Praxis eines älteren Arztes vervollkommnet hatte. In Preußen war durch die Medizinalordnungen von 1685 und 1725 in dem Collegium, späteren Obercollegium medicum, eine zentrale Behörde geschaffen

worden, bei der die Ärzte eine anatomische Kursusprüfung, seit 1798 auch anstelle der bis dahin üblichen schriftlichen Ausarbeitung eines praktischen Falles eine Prüfung am klinischen Institut der Charité ablegen mußten, ehe sie die Approbation und Zulassung zur Praxis in preußischen Landen erhielten. Der akademisch gebildete Arzt behandelte nur innere Krankheiten. Ihm stand der Chirurg gegenüber, der nur Wunden kurierte, Operationen machte und alle äußeren Krankheiten behandelte. Er war durch seine Herkunft aus der Barbierstube als Handlanger des Meisters vorwiegend praktisch gebildet; theoretisches Wissen, Sprachkenntnisse und Allgemeinbildung waren gering. Um dem ab-zuhelfen, hatte der aufgeklärte Absolutismus besonders für die künftigen Armeefeldschere Ausbildungsstätten geschaffen, die vielfach besser und moderner ausgestattet waren als die auf alte Tradition zurückblickenden, aber schlecht dotierten Universitäten. In Berlin war 1724 das Collegium medico-chirurgicum im Anschluß an das 1713 geschaffene Theatrum anatomicum gegründet worden, in Dresden 1748 eine ähnliche medizinisch-chirurgische Hochschule, in Wien 1781 das Josephinum. Als im Jahre 1727 das Charité-Krankenhaus für den praktischen Unterricht herangezogen wurde, waren in Berlin die Ausbildungs-



Operationszenen.
Kupferstich von
Johann Rudolf
Schellenberg
(1740-1806).

möglichkeiten so viel besser als an vielen Universitäten geworden, daß auch mancher Arzt sie gern wahrnahm.

Neben den Ärzten und Chirurgen gab es noch das Heer der sonstigen Vertreter des heilenden Standes: Bader, Bruch- und Steinschneider, Starstecher, Zahnreißer und andere, deren Gewerbe und Befugnisse durch die Medizinalordnungen der einzelnen Länder notdürftig geordnet und abgegrenzt waren, ohne daß freilich ihrem Unwesen immer hätte erfolgreich gesteuert werden können. In Baden unterschied die Medizinalordnung des Jahres 1806 Amtsärzte, Ärzte, Oberhebeärzte, Hebeärzte, Amtswundärzte und Chirurgen 1., 2., 3. Klasse, von denen die letztgenannten nur leichte Verletzungen und Geschwüre behandeln, Zähne extrahieren, schröpfen und klistieren durften. In Preußen gab es 1825 promovierte Ärzte, Wundärzte 1. und 2. Klasse, in Württemberg außer den Ärzten bis zum Jahre 1830 vier Arten, von da ab drei Abteilungen von Wundärzten. Bayern verfügte seit 1808 über Ärzte, Landärzte, Chirurgen. Die Geburtshilfe fiel teils in den Arbeitsbereich der Chirurgen, teils gab es besondere Geburtshelfer, daneben noch die Hebammen. Mit der Gründung von geburts-hilflichen Abteilungen und Kliniken – zuerst nach Straßburger Vorbild 1751 in Göttingen – wurde ihre Ausbildung verbessert.

Der Amtsarzt, Physicus, war ein – in Preußen seit 1825 nach einer zusätzlichen Prüfung – staatlich angestellter Arzt, der Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege hatte, wie Visitation der Apotheken, Überwachung des Heilpersonals, Armenbehandlung, in manchen Ländern auch Hebammenunterricht, Abfassung hygienischer Ortsbeschreibungen und Prüfung der Gesund-

brunnen und Bäder. Große Schwierigkeiten ergaben sich bei der Abgrenzung der Kompetenzen der einzelnen Kategorien von Heilkundigen am Krankenbett und in der Versorgung vorwiegend ländlicher Bezirke mit Ärzten. Sie führten in dem Herzogtum Nassau im Zuge einer allgemeinen Zentralisierung der Verwaltung zur Einführung eines neuen, wohlgedachten Lösungsversuches in der im Jahre 1818 geschaffenen Medizinalordnung. Diese blieb bis 1867, bis zur Angliederung Nassaus an Preußen, in Kraft. Das ganze Land wurde in 28 Medizinalbezirke eingeteilt, alle Ärzte zu einem Einheitsstand zusammengefaßt und staatlich angestellt. Jeder Bezirk erhielt einen Medizinalrat, einen Medizinalassistenten, einen Apotheker. Für jede Gemeinde bzw. für 200 Familien war eine Hebamme vorgesehen. Junge Ärzte konnten unmittelbar nach dem Examen – eine Promotion wurde außer in den Jahren 1839 bis 1849 nicht mehr verlangt – als Medizinalassistenten eine Zeitlang zur eigenen Ausbildung und zur Unterstützung des Medizinalrates praktizieren. Die Gehälter der einzelnen Medizinalpersonen waren genau festgelegt, zwei Drittel zahlte die Staats- oder Gemeindekasse, den Rest sollten die Ärzte durch ihre Praxis verdienen. Die in den Badeorten angestellten Badeärzte bekamen nur ein Viertel, alles andere mußten sie selbst erwerben. Die Armen wurden in jedem Falle umsonst behandelt, für besser situierte und wohlhabende Kranke wurden zweifach gestaffelte feste Taxen für jede einzelne ärztliche Leistung eingeführt. Als Staatsbeamte waren die Medizinalräte und -assistenten pensionsberechtigt, nach 50, später nach 60 Dienstjahren mit vollem Gehalt. Auch Witwen- und Waisenspensionen wurden gezahlt.

Bei stenokardischen Beschwerden	TABLET TEN
Angina pectoris	TROPFEN
CORAMIN-ADENOSIN®	AMPULLEN
