

Charlotte Dellmann

# Ärzte am Sterbebett?

Palliativmedizinische Bezüge  
in Leichenpredigten  
der Frühen Neuzeit

Medizin-Philosophie

ARS MORIENDI NOVA – BAND 4

Franz Steiner Verlag



Charlotte Dellmann  
Ärzte am Sterbebett?

ARS MORIENDI NOVA

GESCHICHTE

PHILOSOPHIE

PRAXIS

Herausgegeben von

Andreas Frewer

Christof Müller-Busch

Daniel Schäfer

Band 4

Charlotte Dellmann

# Ärzte am Sterbebett?

Palliativmedizinische Bezüge in  
Leichenpredigten der Frühen Neuzeit



Franz Steiner Verlag

Umschlagabbildung © Plummer, John (1966): The Hours of Catherine of Cleves. Introduction and Commentaries. The Pierpont Morgan Library. George Braziller, New York

Der Arzt mit seinem Uroskop (Harnschau) in zweiter Reihe am Sterbebett (um 1440). Miniatur aus dem Stundenbuch der Katharina von Kleve (1417–1476). Siehe John Plummer (1966): The Hours of Catherine of Cleves. Introduction and Commentaries. The Pierpont Morgan Library. George Braziller, New York, No. 41.

Reihenherausgeber Prof. Dr. med. Andreas Frewer, M.A.  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Glückstraße 10  
91054 Erlangen

Prof. Dr. med. Christof Müller-Busch  
Rüsternallee 45  
14050 Berlin

Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Schäfer  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Universität Köln  
Joseph-Stelzmann-Str. 20, Geb. 42  
50931 Köln

Zugleich Promotion an der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, 2021

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln und der Professur für Ethik in der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek:  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.  
Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.

© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2022  
Satz: DTP + TEXT Eva Burri, Stuttgart  
Druck: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.  
Printed in Germany.

ISBN 978-3-515-13346-3 (Print)  
ISBN 978-3-515-13347-0 (E-Book)

## Danksagung

---

Hiermit möchte ich zunächst Professor Dr. Dr. Daniel Schäfer für die Überlassung des spannenden Themas und die hervorragende Betreuung dieser Arbeit danken. Mein herzlicher Dank gilt außerdem Dr. Eva-Maria Dickhaut für die großzügige Überlassung des digitalisierten Breslauer Katalogs und Beantwortung zahlreicher Fragen. Zudem möchte ich Professor Dr. Frewer und dem Franz Steiner Verlag für die Möglichkeit der Veröffentlichung in der Reihe *Ars moriendi nova* danken.

Mein aufrichtiger Dank gilt meinen Eltern, die mich ermutigt und bei der Arbeit „an meinen Leichen“ unterstützt haben. Vielen Dank auch Dir, Moritz, für Deine Hilfe, konstruktive Kritik und Geduld – danke, dass Du immer für mich da und an meiner Seite bist!



# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	9
<b>1 Einleitung</b> .....	13
<b>2 Material und Methoden, Stand und Fragen der Forschung</b> .....	15
2.1 Material und Methoden.....	15
2.1.1 <i>Quellengattung Leichenpredigt</i> .....	15
2.1.2 <i>Leichenpredigten des Breslauer Katalogs und Auswahl der Stichprobe</i> .....	17
2.1.3 <i>Vorgehen, Methode und Forschungsfragen</i> .....	18
2.2 Forschungsstand.....	20
2.2.1 <i>Forschungsstand zum Thema Leichenpredigten und Medizin</i> .....	20
2.2.2 <i>Forschungsstand zum Thema Geschichte der Palliativmedizin</i> .....	27
2.2.3 <i>Forschungsliteratur zu Leichenpredigten und dem Breslauer Katalog</i> .....	28
2.2.4 <i>Zusammenfassung</i> .....	29
<b>3 Einführung in den medizinhistorischen Kontext</b> .....	30
3.1 Überblick zur Geschichte der Palliativmedizin und ärztlichen Sterbebegleitung der Frühen Neuzeit.....	30
3.2 Praxis der Palliativmedizin in der Frühen Neuzeit.....	33
3.2.1 <i>Krankheit in der Frühen Neuzeit</i> .....	33
3.2.2 <i>Situation der frühneuzeitlichen Ärzte</i> .....	34
3.2.3 <i>Palliativmedizinische Mittel und Therapiebegrenzung</i> .....	35
3.2.4 <i>Lebensverkürzung</i> .....	36
<b>4 Ergebnisse</b> .....	37
4.1 Zeitliche und örtliche Verteilung.....	38
4.2 Geschlechterverteilung und Sterbealter.....	39
4.3 Arztkonsultationen, Einsatz von Medikamenten und anderen Maßnahmen.....	40
4.3.1 <i>Arztkonsultationen</i> .....	41
4.3.2 <i>Medikamente</i> .....	44

4.3.3	<i>Hausmittel und Laienbehandlung</i> .....	47
4.3.4	<i>Sonstige Maßnahmen</i> .....	53
4.3	<b>Qualitative Auswertung der Leichenpredigten</b> .....	56
4.4.1	<i>Darstellung von Krankheit und Sterben in Leichenpredigten</i> .....	57
4.4.2	<i>Therapien und Therapieziele bei schwerer Krankheit und in der Sterbephase</i> .....	61
4.4.3	<i>Herzstärkungen</i> .....	68
4.4.4	<i>Ärztliches Wirken am Sterbebett</i> .....	71
4.4.5	<i>Unterlassene Therapien und Therapiebegrenzung</i> .....	84
4.4.6	<i>Überbringen schlechter Nachrichten: Breaking bad news</i> .....	90
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	94
5.1	Vergleich mit der Forschungsliteratur .....	94
5.1.1	<i>Zusammensetzung der Stichprobe und erreichtes Lebensalter</i> .....	95
5.1.2	<i>Medizinische Maßnahmen und Arztkonsultationen</i> .....	97
5.2	Palliativmedizinische Bezüge in Leichenpredigten .....	100
5.2.1	<i>Palliative Behandlungsintention?</i> .....	100
5.2.2	<i>Symptomkontrolle vs. Krankheitsbekämpfung</i> .....	102
5.2.3	<i>Herzstärkungen als Palliativa?</i> .....	103
5.2.4	<i>Palliative Maßnahmen durch medizinische Laien</i> .....	104
5.2.5	<i>Breaking bad news im medizinischen Kontext der Frühen Neuzeit</i> .....	106
5.2.6	<i>Entwicklungen im Laufe des untersuchten Zeitraums</i> .....	109
5.2.7	<i>Parallelen und Unterschiede zur aktuellen Palliativmedizin</i> .....	110
5.3	Quellenkritik: Potenzial und Einschränkung der Aussagekraft von Leichenpredigten .....	112
5.4	Schlussfolgerungen und Ausblick .....	115
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	118
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	121
	<b>Quellenverzeichnis Breslauer Katalog</b> .....	125
	<b>Auszüge aus den Leichenpredigten</b> .....	191

## Abkürzungsverzeichnis

---

Anm. d. A.	Anmerkung der Autorin
bzw.	beziehungsweise
D./Dr.	Doctor
etc.	et cetera
gen.	genannt
ges.	gesamt
gest.	gestorben
i. e. S.	im engeren Sinne
i. S.	im Sinne
Lp	Leichenpredigt
M.	Magister
n. Chr.	nach Christus
o. Ä.	oder Ähnliches
Pag.	Paginierung
Pers.	Personalia
rel.	relativ
S.	Seite
s.	siehe
SB	Sterbebericht
Sig.	Signatur
titul.	tituliert
UBW	Universitätsbibliothek Wrocław
unb.	unbekannt
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
vmtl.	vermutlich
vs.	versus
WHO	World Health Organization



„Wie gar elend / nichtig und vergänglich das Menschliche Leben sey / werden wir / neben der täglichen Erfahrung / auch aus Gottes Wort oft und viel erinnert / sonderlich aber in LeichPredigten / welche fürnehmlich dahin gerichtet seyn / daß wir lernen der Welt absterben / und uns zu einem Christlichen und seligen Abschied aus diesem Leben / zum ewigen / himlischen / gelobten Vaterlande / bereiten und schicken“<sup>1</sup>

1 UBW Wroclaw Lp Sig. 523537: Paul Klein auf Hans außm Winkel, Leipzig 1615, S. 4.



## Einleitung

---

Palliativmedizin und die ärztliche Betreuung Sterbender werden oft als Phänomene der jüngeren Geschichte betrachtet,<sup>1</sup> begründet durch die Pionierarbeit Cicely Saunders' in den 1960er Jahren und die daraufhin schrittweise erfolgte Implementierung palliativmedizinischer Versorgung in die Behandlung schwer erkrankter Menschen. Dass die Ursprünge der Palliativmedizin jedoch sehr viel weiter zurück liegen, hat beispielsweise Michael Stolberg mit seiner wegweisenden Arbeit *Die Geschichte der Palliativmedizin* eindrucksvoll gezeigt. Hinweise auf palliativmedizinische Behandlungen ließen sich Stolberg zufolge bereits ab der Frühen Neuzeit (etwa 1500–1800) finden, und es zeigte sich, dass die zeitgenössischen Ärzte sich keineswegs vom Krankenbett zurückzogen, wenn keine Hoffnung auf Heilung für ihre Patientinnen und Patienten mehr bestand, sondern Mittel und Wege suchten, deren Leiden zu mindern.<sup>2</sup>

Im Rahmen dieser Arbeit wurden 505 sogenannte Leichenpredigten auf palliativmedizinische Bezüge und Hinweise bezüglich ärztlicher Sterbebegleitung untersucht. Leichenpredigten sind gedruckte Predigten auf Verstorbene und waren in der Zeit von 1550 bis 1800, der Frühen Neuzeit, vor allem im protestantischen Raum verbreitet; sie sollten zur Erbauung und Bestärkung des Glaubens der Gemeinde und der Leserschaft dienen und hatten daneben eine ausgesprochen repräsentative Funktion. Da sie teilweise ausführliche Lebensläufe der verstorbenen Personen enthalten, stellen sie eine wertvolle Quelle für die Sozialforschung, Familienforschung und auch für die Medizingeschichte dar. Unter medizinhistorischen Gesichtspunkten sind Leichenpredigten bisher vor allem auf die darin erwähnten Todesursachen untersucht worden.<sup>3</sup>

Auf Stolbergs Forschungsergebnissen aufbauend versucht diese Arbeit nun zu zeigen, auf welche Weise sich frühneuzeitliche Ärzte um ihre Patientinnen und Patienten bemühten und insbesondere, wie sie diese im Angesicht ihres nahenden Todes behandelt haben. Welche Medikamente kamen zur Anwendung? Finden sich Bestrebungen, die Symptome der Sterbenden zu lindern? Wurden Behandlungen fortgeführt,

1 Vissers/van den Brand/Jacobs/Groot/Veldhoven/Verhagen/Hasselaar/Engels (2013), S. 576.

2 Stolberg (2013).

3 S. Kapitel Forschungsstand.

obwohl keine Aussicht auf Heilung bestand? Oder wurden, andersherum, Therapieversuche beendet, wenn die Möglichkeit eines Erfolges schwand?

Zunächst soll der medizinhistorische Forschungsstand zu Leichenpredigten und zur frühneuzeitlichen Geschichte der Palliativmedizin dargelegt werden. Im Anschluss folgt eine Einführung in den medizinhistorischen Kontext.

Im Ergebnisteil wird zunächst die untersuchte Stichprobe in Hinblick auf zeitliche und örtliche Kriterien sowie auf ihre Geschlechterverteilung und das erreichte Alter der Verstorbenen analysiert. Darüber hinaus liegt der Fokus auf der Erwähnung von Arztkonsultationen, Medikamenteneinsatz und Hausmitteln. Daran anschließend erfolgt eine qualitative Auswertung der Leichenpredigten mit dem Schwerpunkt auf der Darstellung des Sterbens in den Sterbeberichten, den dargelegten Therapien und Therapiezielen, Therapiebegrenzung und dem Verhalten der Ärzte am Sterbebett.

Im Diskussionsteil werden die erhobenen Ergebnisse kritisch in Hinblick auf ihren palliativmedizinischen Gehalt diskutiert. Zum Schluss erfolgt der Versuch eines Vergleichs der damaligen „Palliativmedizin in Kinderschuhen“ mit unserer heutigen Zeit.

## Material und Methoden, Stand und Fragen der Forschung

---

### 2.1 Material und Methoden

#### 2.1.1 Quellengattung Leichenpredigt

In der Zeit von etwa 1550 bis 1800 war im protestantischen deutschsprachigen Raum die „Modeerscheinung“<sup>1</sup> verbreitet, Leichenpredigten auf Verstorbene zu halten und diese für eine weite Leserschaft zu drucken. Die Auflage lag durchschnittlich bei etwa 100–300 Exemplaren.<sup>2</sup> Leichenpredigten gehören zur Gattung der Erbauungsliteratur und wurden meist auf wohlhabende Bürgerinnen und Bürger sowie Adelige verfasst. Frauen sind hierbei gegenüber den Männern unterrepräsentiert, ebenso Kinder, besonders in Hinblick auf die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit im betrachteten Zeitraum.<sup>3</sup>

Der Aufbau einer Leichenpredigt war ab dem Anfang des 17. Jahrhunderts recht einheitlich: Der Druck beginnt mit einem häufig aufwändig gestalteten Titelblatt, auf dem sich der Name der oder des Toten sowie des Verfassers der Predigt finden; hierauf folgt eine Vorrede oder Widmung an die Auftraggeber des Druckes. Den nächsten Teil bildet die eigentliche Predigt, an welche sich – ab der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts meist separat – die Personalialia (Lebenslauf, Memoria defuncti, Encomium defuncti) anschließen. Als Abschluss finden sich die Abdankung und die Epicedien (Trauergedichte).<sup>4</sup>

Für die hier vorliegende Untersuchung sind die Personalialia von besonderem Interesse: In unterschiedlicher Ausführlichkeit werden dort die Abstammung und Familie, der Lebenswandel und das Sterben der gefeierten Person beschrieben. Zu Beginn der

1 Lenz (1990), S. 14.

2 Ebd., S. 17.

3 Ebd., S. 17–20.

4 Ebd., S. 12.

Entwicklung der Quellengattung konnte dieser Teil oft noch sehr kurz oder in den Fließtext integriert sein, sodass sich in diesen Leichenpredigten häufig nur wenige Informationen über die Verstorbenen finden lassen. Manchmal wurde der Lebenslauf noch zu Lebzeiten von der gefeierten Person selbst verfasst (eine der hier untersuchten Leichenpredigten wurde gar vollständig vom Verstorbenen selbst angefertigt<sup>5</sup>), oder es wurden ärztliche Krankenberichte angefügt (siehe Kapitel 4.3.1).

Die Forschungsstelle für Personalschriften in Marburg unter Leitung von Rudolf Lenz und nachfolgend Eva-Maria Dickhaut hat maßgeblich dazu beigetragen, die Quellengattung Leichenpredigt für Forschungszwecke zu erschließen. Seit der Gründung des Instituts im Jahre 1976 wurden große Teile des noch vorhandenen Leichenpredigtbestandes katalogisiert und damit für die Forschung zugänglich gemacht. Es fanden zudem in den Jahren 1974,<sup>6</sup> 1977,<sup>7</sup> 1983,<sup>8</sup> 2002<sup>9</sup> und 2012<sup>10</sup> insgesamt fünf Symposien zu dieser Quellengattung statt, deren Ergebnisse in ebenso vielen Sammelbänden veröffentlicht wurden. Darüber hinaus existieren aktuell 60 Bände der Reihe „Marburger Personalschriften-Forschungen“.<sup>11</sup>

Die Quellengattung Leichenpredigt ist in mehrerlei Hinsicht für die medizinhistorische Forschung interessant. Zum einen wird in ihnen häufig, und oftmals ausführlich, die gesamte Krankheitsgeschichte der Verstorbenen erzählt. Dies eröffnet einen Blick auf chronische Erkrankungen und Therapien, die im Verlauf der Krankheit ergriffen oder vermieden wurden.<sup>12</sup>

Da Leichenpredigten zur Ehrung einer Person (oder, seltener, zweier Personen) geschrieben wurden, bieten sie gleichzeitig Einblicke in eine ganz individuelle und persönliche Krankheitsgeschichte. Auf diese Weise erhält der oder die medizinhistorisch Forschende Zugriff zur Laienperspektive auf Krankheit und Tod, welchen beispielsweise zeitgenössische medizinische Abhandlungen und Fachartikel nicht ermöglichen können. Gleichzeitig existieren auch einzelne Leichenpredigten, die medizinische Gutachten wie beispielsweise Sektionsberichte enthalten und damit auch die Ärztesperspektive beleuchten. Das Studium der Leichenpredigten gewährt zudem einen Überblick über die zeitgenössische medizinische Terminologie, die sich deutlich in den Leichenpredigten niederschlägt.<sup>13</sup>

5 UBW Wrocław Lp Sig. 546443: Christianus Guilielmus Huhnus (autobiographisch), Breslau 1718.

6 Lenz (1975).

7 Lenz (1979).

8 Lenz (1984).

9 Lenz (2004).

10 Dickhaut (2014).

11 Forschungsstelle für Personalschriften: <http://www.personalschriften.de/forschungsstelle/aufgaben.html>, zuletzt abgerufen am 26.05.2021.

12 Sturm (2014), S. 112–113.

13 Ebd., S. 113–114.

Aufgrund ihres weitgehend einheitlichen Aufbaus über einen Zeitraum von weit über 100 Jahren hinweg gelten Leichenpredigten zudem als früheste serielle Quellen und ermöglichen dadurch Forschenden, Entwicklungen über einen längeren Zeitraum festzustellen.<sup>14</sup>

### 2.1.2 Leichenpredigten des Breslauer Katalogs und Auswahl der Stichprobe

Der Breslauer Katalog, veröffentlicht als Band 8 der Reihe *Marburger Personalschriften-Forschungen*, entstand im Jahre 1981 als Projekt der Forschungsstelle für Personalschriften unter der Leitung von Rudolf Lenz. Die untersuchten Leichenpredigten sind eine zufällige Stichprobe aus den circa 4.000 vorhandenen Leichenpredigten der ehemaligen Stadtbibliothek Breslau (1946 in die Universitätsbibliothek Wrocław integriert) und von der Marburger Forschungsstelle für Personalschriften ausgewertet und digitalisiert wurden,<sup>15</sup> sodass sie der Autorin in digitaler Form zur Verfügung standen. Die Stichprobengröße, die in dem zum Projekt gehörigen Band *Katalog ausgewählter Leichenpredigten der ehemaligen Stadtbibliothek Breslau* enthalten ist, beträgt 504 Leichenpredigten mit insgesamt 514<sup>16</sup> darin geehrten Verstorbenen.<sup>17</sup> Digital lag noch eine weitere Leichenpredigt auf Daniel Zeibig (Sig.: 421583) vor, die nach Rücksprache mit Dr. Dickhaut ebenfalls zum Katalog gehört, obwohl sie im schriftlichen Katalog nicht erwähnt wird. So ergibt sich für diese Untersuchung eine Stichprobe von 505 Leichenpredigten und 515 darin gewürdigten Personen. Diese Stichprobe bildete die Grundlage für diese Arbeit.

Die vorliegende Stichprobe wurde aus mehreren Gründen für diese Untersuchung ausgewählt. Zum einen ist es bei schätzungsweise weit über 200.000 erhaltenen Leichenpredigten<sup>18</sup> unumgänglich, eine Einschränkung des Untersuchungsmaterials vorzunehmen, nach Möglichkeit in Form einer zufälligen Stichprobe. Diese Stichprobe lag in diesem Fall aufgrund der Arbeit der Marburger Forschungsstelle für Personalschriften bereits vor. Ein offenkundiger Vorteil liegt in ihrer guten Zugänglichkeit, da die Originalquellen digitalisiert vorliegen. Zudem enthält die Stichprobe eine für

14 Ebd., S. 113.

15 Witzel (2014), S. 303.

16 Die Leichenpredigten mit den Signaturen 508426 (Susanna und Melchior Horst(ius)), 523543 (Johan Christophorus und Anna Schlaher), 523762 (Burckard und Hartmann von Erlach), 523764 (Margaretha von Polsnitz und Liebenthal und ihr ungetauftes Geschwisterkind), 524271 (Jost und Margaretha Schade), 524584 (Anna Maria von Nostitz und Sebastianus von Seidlitz und Fürstenaun), 544008 (Carl Christoph und Caspar Heinrich Freiherr Beess von Cölln und Kätzendorf), 544907 (Maria und Barbara Falkenhayn und Gloschkau), 567514 (Christoph Siegmund und Ernst Friedrich von Pogrell und Kutzschborwitz) und 2 O 621-40\_41 (Friedrich Ernst und Susanna Elisabeth Scholtze) enthalten jeweils Ehrungen für zwei Verstorbene.

17 Lenz (1986), S. VII–X.

18 Lenz (1990), S. 21.

das Forschungsvorhaben angemessen große Menge an Sterbeberichten unter der Hypothese, dass sich palliativmedizinische Bezüge nur in einem sehr kleinen Teil der Predigten finden lassen. Darüber hinaus besitzt die Stichprobe eine bezogen auf das Kollektiv der Leichenpredigten relativ große Repräsentativität bezüglich Alters- und Geschlechterstruktur (s. Kapitel 4.1, 4.2). Trotz des Schwerpunkts auf die Breslauer Region und Schlesien enthält das Leichenpredigten-Sample auch Predigten aus großen Teilen des übrigen deutschsprachigen Gebietes.

Die vorliegenden Originalquellen wurden für diese Arbeit von der Autorin transkribiert. Ausführliche Auszüge finden sich im Anhang.

### 2.1.3 Vorgehen, Methode und Forschungsfragen

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die genannten 505 Leichenpredigten mit insgesamt 515 darin vorgestellten Verstorbenen einer qualitativen Textanalyse zugeführt und außerdem nach quantitativen Parametern, wie der Erwähnung von Arztkonsultationen und Arzneimitteln, untersucht. Bei der Auswertung lag ein besonderes Augenmerk auf den Personalien (Lebensläufen) und hierbei insbesondere auf den Sterbeberichten, die in unterschiedlicher Ausführlichkeit in nahezu allen Leichenpredigten, vor allem ab dem 17. Jahrhundert, vorkamen. Diesen Personalien ließen sich im überwiegenden Teil der Leichenpredigten Informationen über die Behandlung und das Sterben der Personen entnehmen. Angesichts dieses reichen Quellenmaterials besteht nun ein grundsätzliches Forschungsinteresse, es in Beziehung zur zeitgenössischen Palliativmedizin zu stellen und mögliche Bezüge zur aktuellen Palliativmedizin zu überprüfen.

Gemäß der WHO-Definition wird Palliativmedizin oder *palliative care* heute als ein ganzheitliches Konzept verstanden, in dem die Lebensqualität von unheilbar und fortschreitend erkrankten Patientinnen und Patienten sowie die ihrer Familien durch ein multidisziplinäres Team verbessert und Leiden gemindert werden sollen. Dies geschieht zum einen durch eine medikamentöse (weitgehende) Schmerz- und Symptomkontrolle unter Einbezug psychologischer und spiritueller Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten sowie der Angehörigen.<sup>19</sup> Diese moderne Definition lässt sich nur bedingt auf die Frühe Neuzeit übertragen. Eine spirituelle Begleitung war in dieser Epoche und insbesondere in der untersuchten, christlich geprägten Quellengattung nahezu immer vorhanden und lag im Aufgabenbereich der Kirche. Die meisten Menschen starben im eigenen Haus und im Kreise ihrer Familie, was in starkem Kontrast zu der im späten 19. Jahrhundert beginnenden Auslagerung des Sterbens in Krankenhäuser und später auch Hospize steht.<sup>20</sup> Auf der anderen Seite waren die Mittel zur

19 World Health Organization: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>, zuletzt abgerufen am 26.05.2021.

20 Schäfer (2015), S. 165–168.

Leidenslinderung sehr begrenzt und beschränkten sich auf die in Kapitel 3.2.3 dargelegten Maßnahmen zur Bekämpfung von Schmerzen, Wassersucht etc. Deswegen soll der Fokus dieser Arbeit auf der Rolle des Arztes im Sterbeprozess seiner Patientinnen und Patienten liegen. Es finden sich in den Leichenpredigten zahlreiche Beispiele für allgemeine und spezielle Maßnahmen, die frühneuzeitliche Mediziner ergriffen haben, um den Erkrankungen entgegenzuwirken, aber auch um Leiden zu lindern. Diese Maßnahmen werden analysiert und ausgewertet. Dabei wird zwischen Hausmitteln und explizit so bezeichneten „Medicamenten“ oder „Arzneymitteln“ unterschieden (s. Kapitel 4.3).

Im Lichte dieses Forschungsinteresses lauten die Forschungsfragen der Untersuchung also folgendermaßen:

- 1) Finden sich in den untersuchten Leichenpredigten Beispiele für ärztliches Wirken am Sterbebett der Patientinnen und Patienten?
- 2) Falls ja, *welche* Therapien und Medikamente sind in diesen Fällen zum Einsatz gekommen? Wurden diese mit der Intention einer Symptom-/Leidenslinderung eingesetzt? Hierbei soll auch, soweit möglich, nach den verschiedenen Beschwerden unterschieden werden.
- 3) Wurden einzelne Maßnahmen, und wenn ja, mit welcher Begründung *unterlassen*? Wie begründeten die Ärzte dies vor ihren Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen?
- 4) Finden sich Beispiele für Therapiebegrenzung, ärztlich assistierten Suizid oder Tötung auf Verlangen?<sup>21</sup>
- 5) Welche Parallelen und Unterschiede zur aktuellen Palliativmedizin lassen sich herausarbeiten?

Diese Fragen werden unter der Maßgabe untersucht, dass die normativ geprägten Leichenpredigten womöglich nur in seltenen Fällen Informationen über palliativmedizinische Behandlungen enthalten. Entsprechend wurde für diese Arbeit eine verhältnismäßig große Stichprobe gewählt, um einerseits eine in Hinblick auf quantitative Parameter wie Arztkonsultationen, Medikamenteneinsätze etc. möglichst große Repräsentativität zu gewähren, und andererseits mehr Beispiele von womöglich palliativmedizinischen Behandlungen untersuchen zu können.

21 Diese Frage wird im Wissen, dass die normativ geprägten Leichenpredigten höchstwahrscheinlich nur Andeutungen auf diese Bereiche beinhalten können, gestellt.

## 2.2 Forschungsstand

Im Zuge der durchgeführten Literaturrecherche fanden sich verschiedene Veröffentlichungen zum Thema Medizin und Leichenpredigten sowie zur Geschichte der Palliativmedizin, allerdings keine Arbeit, die beide Themen verbindet.

Die vorhandenen Arbeiten sollen im Folgenden vorgestellt werden. Hierbei lag das Augenmerk auf den Themen Tod und Sterben in Leichenpredigten sowie den eingesetzten Maßnahmen.

### 2.2.1 Forschungsstand zum Thema Leichenpredigten und Medizin

Es wurden bisher sieben medizinische Dissertationen verfasst, die sich mit Leichenpredigten auseinandersetzen. Fünf dieser Promotionsarbeiten befassen sich mit der quantitativen Auswertung der mutmaßlichen Todesursachen in der jeweilig untersuchten Stichprobe, eine weitere wertet Krankheiten von Kirchenmusikern in Leichenpredigten aus. Döhner hingegen analysierte anhand von Leichenpredigten *Krankheitsbegriff, Gesundheitsverhalten und Einstellung zum Tod im 16. bis 18. Jahrhundert*. Zunächst werden an dieser Stelle die Arbeiten zum Thema Todesursachen, geordnet nach ihrem Erscheinen, vorgestellt, im Anschluss dann die Arbeiten von Döhner und Reuber.

Sturm betonte in einem Beitrag zu *Tote Objekte. Lebendige Geschichten* 2014 das Potenzial der Quellengattung Leichenpredigt für die medizinhistorische Forschung.<sup>22</sup> Darüber hinaus existiert eine Masterarbeit von Specht zum Thema Steinleiden in Leichenpredigten (*Die Marterpein des Gruß und Stein – Steinleidende in Leichenpredigten*) aus dem Jahr 2000.<sup>23</sup> Keil verfasste zudem im ersten Sammelband der Marburger Leichenpredigten-Symposien einen Beitrag zum Thema Fachterminologie in Leichenpredigten;<sup>24</sup> ein anderer Beitrag in selbigem Werk beschäftigt sich mit dem pharmaziehistorischen Potenzial der Quellengattung.<sup>25</sup>

#### **M. Thiel: *Todesursachen in brandenburgischen Leichenpredigten des 17. und 18. Jahrhunderts* (1963)**

Bereits 1963 promovierte Thiel als erste Medizinerin über Todesursachen in Leichenpredigten. Sie zog hierbei 130 Leichenpredigten der damaligen Berliner Stadtbibliothek am Marx-Engels-Platz heran, welche auf nicht-adlige Verstorbene aus der Mark Brandenburg verfasst wurden. Die Arbeit gliedert sich thematisch in Kapitel über die verschiedenen Todesursachen, die bei den untersuchten Sterbeberichten festzustellen

22 Sturm (2014), S. 108–116.

23 Specht (2000).

24 Keil (1975).

25 Müller-Jahncke (1984).

waren. Eine quantitativ-statistische Auswertung der Todesursachen und des erreichten Durchschnittsalters fand nicht statt. An einem „hitzigen Fieber“ sind nach Thiels Analyse 13 Personen gestorben. Zählt man die 25 an der Lungenschwindsucht Verstorbenen hinzu, ergibt dies einen Anteil von ca. 29 % der Gefeierten, deren Todesursache eine Infektionskrankheit war. 17 weitere Personen (13 %) starben an einem „Schlagfluss“ und vier Frauen im Kindbett (Puerperalfieber). Darüber hinaus nennt Thiel in einigen Leichenpredigten die Wassersucht ( $n = 7$ ), das Malum hypochondriacum ( $n = 4$ ), Bauchkoliken ( $n = 5$ ), Steinleiden ( $n = 3$ ) und Kachexie/Leibesbeschwerung ( $n = 19$ ) als Todesursache.<sup>26</sup> Obwohl eine tabellarische Auswertung des Todesalters der verschiedenen Berufsgruppen erfolgt, wird kein durchschnittlich erreichtes Alter genannt und lässt sich aus den gegebenen Daten auch nicht errechnen. Medikamente und Ärzte finden in 34 von 130 Leichenpredigten Erwähnung.<sup>27</sup>

**S. C. Seidel: *Todesursachen in Ulmer Leichenpredigten des 17. Jahrhunderts* (2006)**

Seidel untersucht in ihrer Dissertationsschrift die Todesursachen der in den Leichenpredigten gefeierten Personen, die im Stadtarchiv Ulm archiviert sind und in der Stadt gedruckt wurden. Die Stichprobe enthält insgesamt 138 Leichenpredigten auf 141 Verstorbene.<sup>28</sup> Die Untersuchung der Predigten ergab hierbei ein durchschnittliches Sterbealter von  $55 \pm 18$  Jahren der Männer und  $50 \pm 21$  Jahren der Frauen; lässt man die Todesursache Kindbett außer Acht, war das mittlere Todesalter beider Geschlechter gleich.<sup>29</sup> Bei der Auswertung der Todesursachen selbst fand sich ein Anteil an Infektionskrankheiten von knapp 30 %; etwa 18 % nimmt die Todesursache Apoplex ein, gefolgt von der Herzinsuffizienz (16,3 %) und Kindbett (7,1 %). An einer äußeren Ursache sind gemäß der Auswertung sechs der 141 Personen gestorben (5,7 %). Insgesamt erschloss sich bei 94 % der Leichenpredigten eine Todesursache.<sup>30</sup> In den von Seidel untersuchten Leichenpredigten wird in 20 von 141 Fällen (14,2 %) die Einnahme von Medikamenten beschrieben und in elf Fällen ein Arzt konsultiert (7,8 %); diese prozentual geringe Therapiedichte führt die Autorin darauf zurück, dass die ärztlich-medikamentöse Behandlung ein Privileg der Wohlhabenden gewesen sei und diese obendrein oftmals der Genesung der Behandelten auch nicht förderlich gewesen sei.<sup>31</sup>

26 Thiel (1963), S. 15–49.

27 Ebd., S. 50.

28 Seidel (2006), S. 6.

29 Ebd., S. 181–182.

30 Ebd., S. 184.

31 Seidel (2006), S. 194.

**E.-M. Moll: *Todesursachen in Ulmer Leichenpredigten des 16. und des 18. Jahrhunderts* (2008)**

Moll führt in ihrer Dissertation die Arbeit von Seidel fort und untersucht die verbliebenen Leichenpredigten des Ulmer Stadtarchives aus dem 16. und 18. Jahrhundert. Die Stichprobe umfasst insgesamt 88 Leichenpredigten, davon 17 Leichenpredigten aus dem 16. Jahrhundert und 71 aus dem 18. Jahrhundert bis einschließlich 1810.<sup>32</sup>

In den Predigten des 16. Jahrhundert lag das mittlere Sterbealter bei 62 und 44 Jahren für Männer respektive Frauen; allerdings enthielt die Stichprobe nur drei Leichenpredigten auf weibliche Personen. Im 18. Jahrhundert erreichten Männer im Mittel ein Alter von 52 Jahren, während die in den Leichenpredigten gefeierten Frauen durchschnittlich 42 Jahre alt wurden. Die Todesursache „Kindbett“ außer Acht lassend, erhöhte sich das Sterbealter der Frauen auf durchschnittlich 52 Jahre.<sup>33</sup>

Auch bei Moll überwiegen bei den Todesursachen klar die Infektionskrankheiten mit einem Anteil von 35,2 % (n = 31 von 88). Am zweithäufigsten starben die in den Leichenpredigten geehrten Personen an einem Apoplex (15,9 %, n = 14), gefolgt von der Altersschwäche (10,2 %, n = 9) und dem Kindbett der Frauen (5,7 %, n = 5). In 16 von 88 Fällen war keine Todesursachenbestimmung möglich; dies gilt überwiegend für die Leichenpredigten des 16. Jahrhunderts (n = 12).<sup>34</sup>

Eine Arztkonsultation wurde in den von Moll untersuchten Leichenpredigten nur in sechs Fällen (6,8 %) beschrieben. Dies erklärt Moll damit, dass Ärzte in der Behandlung der „breiten Bevölkerung“ nur eine „marginale Bedeutung“ gehabt hätten und außerdem eine soziale Distanz zu den akademisch ausgebildeten Medizinerinnen bestanden hätte, wodurch bevorzugt die volksnäheren Wundärzte hinzugerufen worden wären.<sup>35</sup> Dies ist zumindest zweifelhaft, da die in den Leichenpredigten abgebildete Bevölkerungsschicht durchaus nicht die „breite Bevölkerung“ darstellte und die Ärzte ihren Patienten gesellschaftlich keineswegs immer übergeordnet waren.

**A. Spickereit: *Todesursachen in Leichenpredigten vom 16. bis 18. Jahrhundert in ausgewählten oberdeutschen Reichsstädten sowie in den Memminger Verzeichnissen der Verstorbenen von 1740–1809* (2013)**

In ihrer Dissertationsschrift untersucht Spickereit ebenfalls die Todesursachen in einer 90 Leichenpredigten umfassenden Stichprobe, die sich aus den Leichenpredigten der Stadtarchive Memmingen und Isny sowie der Kirchenarchive von Isny und St. Mang in Kempten und dem Archiv Waldburg-Zeil zusammensetzt. Die Stichprobe enthält Schriften von 1580 bis 1796.<sup>36</sup> Darüber hinaus vergleicht Spickereit diese Ergebnisse

32 Ebd., S. 12.

33 Moll (2008), S. 136.

34 Ebd., S. 139.

35 Ebd., S. 151–152.

36 Spickereit (2013), S. 9–17.

mit den „Memminger Verzeichnisse[n] der Getauften, Copulierten und Verstorbenen“, dem Kirchenbuch der Stadt Memmingen. Aus den 74 Leichenpredigten, die eine Altersangabe enthielten, ergab sich ein durchschnittliches Sterbealter von 63,1 Jahren für Männer und 55,1 Jahren für Frauen. Unter Nichtberücksichtigung der Todesursache Kindbett ergibt sich auch hier eine Steigerung des durchschnittlich erreichten Alters der Frauen auf 63,6 Jahre.<sup>37</sup> Die häufigsten Todesursachen sind auch in dieser Untersuchung die Infektionskrankheiten (27,8 %). Darauf folgen zerebrovaskuläre Erkrankungen (25,6 %) und Krebserkrankungen (14,4 %).<sup>38</sup> Darüber hinaus starben sechs in den Leichenpredigten gefeierte Frauen im Kindbett, was einen Anteil von 27,2 % an den Todesfällen der Frauen ausmacht.<sup>39</sup>

Im Gegensatz zu den beiden Vorgängerarbeiten fanden sich in dieser Untersuchung mehr Arztkonsultationen und es wurden auch mehr Medikamente eingesetzt. Insgesamt 21 von 90 Leichenpredigten (23,3 %) wurde ein Arzt hinzugerufen und in 13 hiervon zusätzlich ein Medikament appliziert (14,4 %). Insgesamt wird die Anwendung von Medikamenten in 32 Leichenpredigten genannt, was einen Anteil von über einem Drittel ergibt. Die Abweichung zu Moll und Seidel erklärt Spickereit mit dem höheren Anteil an Verstorbenen in ihrem Sample, die einer höheren Gesellschaftsschicht entstammten und daher einen leichteren Zugang zu akademischen Ärzten gehabt hätten.<sup>40</sup>

Spickereit stellt fest, dass sich die Ergebnisse ihrer Arbeit mit den Resultaten Molls und Seidels nur eingeschränkt vergleichen ließen, da sich die Basis, auf der die Todesursachen bestimmt wurden, und die Fallzahlen sowie die standesbezogene Zusammensetzung der jeweiligen Stichproben stark unterschieden.<sup>41</sup>

### **L. M. Teichmann: *Leichenpredigten als Quelle der Medizingeschichte im thüringischen Rudolstadt des 17. Jahrhunderts* (2020)**

Teichmann wertet in ihrer Arbeit 87 Leichenpredigten aus, welche zu Ehren Rudolstädter Verstorbener im Zeitraum von 1600 bis 1719 angefertigt wurden.<sup>42</sup> Ähnlich den Vorgängerarbeiten liegt der Fokus hierbei auf den Todesursachen und dem erreichten Sterbealter der geehrten Personen. Ungewöhnlicherweise sind 51,7 % (n = 45) der 87 Leichenpredigten weiblichen Verstorbenen gewidmet.<sup>43</sup>

Von 87 Leichenpredigten erhielten 85 auswertbare Informationen zum Krankheitsverlauf der Verstorbenen, eine (vermutliche) Todesursache konnte bei insgesamt 81 Leichenpredigten eruiert werden. Mit rund 41,2 % stellte auch in den ausgewerteten

37 Ebd., S. 190–191.

38 Ebd., S. 197.

39 Ebd., S. 197.

40 Ebd., S. 204.

41 Spickereit (2013), S. 197–198.

42 Teichmann (2020), S. 10.

43 Ebd., S. 208.

Rudolstädter Leichenpredigten eine Infektionserkrankung die häufigste mutmaßliche Todesursache dar, gefolgt von neurologischen Krankheiten (Schlaganfall o. Ä.) mit circa 17,6 %. Ebenfalls spielten postpartale Komplikationen eine wichtige Rolle, insgesamt starben acht Frauen (9,4 % der auswertbaren Leichenpredigten, 22,2 % der weiblichen Verstorbenen) im Kindbett.<sup>44</sup>

Teichmann stellt außerdem einen Vergleich zwischen Todesursachen der jeweiligen Geschlechter an und stellt fest, dass tödliche Infektionserkrankungen Männer und Frauen etwa im gleichen Maße betroffen hätten (38 % respektive 39 %). Neurologische Erkrankungen wären im Sample häufiger bei männlichen Verstorbenen vertreten (27 % der Männer, 14 % der Frauen). Bei den 14 jugendlichen Verstorbenen der untersuchten Kohorte fanden sich ebenfalls hauptsächlich infektiologische mutmaßliche Todesursachen.<sup>45</sup>

Das durchschnittlich erreichte Sterbealter betrug in der gesamten untersuchten Stichprobe 43,6 Jahre (bei  $n = 84$ , in vier Fällen konnte kein Sterbealter eruiert werden); Frauen erreichten wiederum ein niedrigeres Alter als Männer mit gemittelt 46,2 Jahren, während Männer im Schnitt mit 55,9 Jahren verstarben.<sup>46</sup>

Auffällig ist die Häufung von Konsultationen auch namentlich erwähnter Ärzte in den von Teichmann behandelten Leichenpredigten; insgesamt werden 19 verschiedene Ärzte dezidiert genannt, in zehn Leichenpredigten finden Medici ohne explizite Nennung ihres Namens Erwähnung. In nur 28 der 87 Leichenpredigten finden sich *keine* Hinweise auf eine ärztliche Behandlung, die Konsultation eines professionellen Heilers erfolgte also in etwa 68 % der Fälle.<sup>47</sup> In 83,9 % der Leichenpredigten werden medizinische Maßnahmen beschrieben, welche meist verschiedene „Arzneyen“, in selteneren Fällen aber auch konkrete Behandlungen wie Aderlässe oder Bezoartica umfassen.<sup>48</sup> Teichmann diskutiert zudem die Konsequenz einer ärztlichen Behandlung: In dem von ihr untersuchten Sample schienen Menschen, die eine Therapie erhalten hatten, insgesamt ein höheres Alter erreicht zu haben.<sup>49</sup>

Zusammenfassend betrachtet zeigt sich in den vier neueren Arbeiten eine deutliche Dominanz der Todesursache Infektionskrankheit und eine ähnliche Lebensdauer der untersuchten Bevölkerungsgruppe. Infektionskrankheiten scheinen auch bei Thiel die meisten Todesfälle bedingt zu haben.

44 Ebd., S. 162–163.

45 Ebd., S. 164–166.

46 Ebd., S. 168.

47 Teichmann (2020), S. 180–182.

48 Ebd., S. 183–184.

49 Ebd., S. 203–204.

### **O. Döhner: Krankheitsbegriff, Gesundheitsverhalten und Einstellung zum Tod im 16. bis 18. Jahrhundert (1986)**

Döhner untersucht in seiner Dissertationsschrift qualitativ und nach soziologischen Kriterien eine große Anzahl (circa 750) von Leichenpredigten, die im Vorfeld von F. Roth (*Restlose Auswertungen von Leichenpredigten und Personalschriften für genealogische Zwecke*, zehn Bände, Boppard am Rhein 1959–1980) ausgewertet worden waren. Dies ist also die einzige Arbeit, die, ähnlich dem hier vorliegenden Projekt, eine große Stichprobe untersucht.

Döhner weist zunächst darauf hin, dass die Quellengattung Leichenpredigt und die darin getroffenen Aussagen über die Verstorbenen unter Vorbehalt zu interpretieren seien, da die Hinterbliebenen die Auftraggeber der Predigt waren und daher ein Interesse daran bestanden habe, bestimmte Teile des Lebenslaufes zu beschönigen oder auszulassen, auch im Hinblick auf das erhoffte selige jenseitige Leben des Verstorbenen.<sup>50</sup> Darüber hinaus macht der Autor Einschränkungen bezüglich der gesellschaftlichen Repräsentativität der Stichprobe, da Leichenpredigten hauptsächlich auf Protestanten und Protestantinnen in Mitteldeutschland und den oberdeutschen Reichsstädten, die adligen oder akademisch-wohlhabenden Gesellschaftsschichten entstammten, gehalten wurden. Hieraus ergebe sich also eine regionale, standesspezifische, konfessionelle und zeitliche Begrenztheit.<sup>51</sup>

Der Autor stellt fest, dass sich im Krankheitsfall häufig eine scheinbar kausale Verknüpfung zwischen einem Ereignis und einer Erkrankung finden ließe und auch Ärzte diesem „naive[n] Kausalitätsbedürfnis“ folgen würden.<sup>52</sup> Krankheitsauslöser konnten physische oder psychische Überlastung der erkrankten Person oder eine ungesunde Ernährungsweise sein. Eine starke oder schwache „Leibeskonstitution“ der oder des Verstorbenen wurde ebenfalls zur ätiologischen Begründung des Todes hinzugezogen.<sup>53</sup> Wurde dann ein Arzt ans Krankenbett gerufen und eine Therapie eingeleitet, so hätte man die gegebenenfalls eingetretenen Veränderungen (diese konnten beispielsweise austretende Körpersäfte, ein geöffneter Abszess oder die Abnahme von Schmerzen sein) bereitwillig den verabreichten Medikamenten oder Therapiemaßnahmen zugeschrieben. Tatsächlich erfolgte Remissionen führt Döhner mangels tatsächlich wirksamer Arzneimittel auf den Placebo-Effekt zurück.<sup>54</sup>

Das „Krankheitsverhalten“ in Leichenpredigten teilt Döhner in sieben Stadien von Beginn der Krankheitswahrnehmung und -anerkennung über die Zuhilfenahme von Laien bis zur Konsultation eines Arztes und der Auswahl entsprechender Maßnahmen ein. Laienbehandlung spiele eine wichtige Rolle, ebenso die Selbstbehandlung mit

50 Döhner (1986), S. 10.

51 Ebd., S. 11.

52 Ebd., S. 35.

53 Ebd., S. 38.

54 Ebd., S. 39.

den im eigenen Haushalt vorhandenen Mitteln (Hausapotheke). Evakuationstherapien wie das Purgieren ordnet der Autor ebenfalls in den Bereich der Selbstbehandlung ein.<sup>55</sup>

Professionelle medizinische Heiler wie akademisch gebildete Ärzte und die handwerklich ausgebildeten Chirurgen und Barbieri wurden in den von Döhner untersuchten Leichenpredigten oftmals gleichzeitig und zu mehreren zu ihren Patientinnen und Patienten gerufen. Offenbar sei es sogar ein Zeichen von Wohlstand und Gottgefälligkeit gewesen, möglichst zahlreiche und kostspielige Behandlungsoptionen auszuschöpfen. Die Therapien selbst waren symptomatisch ausgerichtet, sie galten also als erfolgreich, wenn ein Symptom verschwand oder nachließ. War die Therapie allerdings nicht erfolgreich, sei dies in den meisten Fällen keineswegs den Ärzten zur Last gelegt worden; im Gegenteil sei in vielen Fällen ihr Fleiß und die Wirkkraft der von ihnen gewählten Mittel betont worden.<sup>56</sup>

Den Tod insbesondere junger Menschen hätten die Verfasser der Leichenpredigten als eine Erlösung von dem „weltlichen“ Leiden interpretiert, während man den Tod im hohen Alter als „natürlich“ und die mit dem Alter einhergehenden Gebrechen nicht als Krankheiten betrachtet hätte. Visionen und Omina kündigten in der Darstellung der Leichenpredigten häufig den Tod an, sodass die verstorbene Person vom Tod selten überrascht, sondern auf diesen vorbereitet gewesen sei und ihn sogar ersehnt habe. Der Wunsch nach Erlösung sei in vielen Predigten zu finden. Eine Sterbebegleitung durch Geistliche und gelegentlich auch durch Ärzte, wenn auch nicht mehr in ihrer professionellen Funktion, finde sich regelhaft bei nahezu allen Sterbeberichten.<sup>57</sup> Döhner zufolge sei das Sterben seiner Patientinnen und Patienten nur dann in den Aufgabenbereich des Arztes gefallen, wenn es darum ging, einen vorzeitigen, „unnatürlichen“ Tod zu verhindern – ansonsten sei er einfach als trauernder Mitmensch anwesend gewesen. Zusammenfassend konstatiert der Autor: „Angesichts der Natürlichkeit und damit Unausweichlichkeit des Todes haben Medizin und Arzt keine Funktion mehr.“<sup>58</sup>

### **M. Reuber: *Krankheiten und Krankheitserfahrungen bei Kirchenmusikern im Spiegel von Leichenpredigten des 17. und 18. Jahrhunderts* (2005)**

Einen anderen Ansatz bietet die Arbeit von Reuber, welcher Musikerkrankheiten in Leichenpredigten auf 40 verschiedene Musiker (davon 23 mit ausführlichen Lebensläufen) untersucht hat. Sein Ziel war dabei, berufsspezifische Erkrankungen herauszuarbeiten und die Art, wie diese Krankheiten in den Predigten geschildert und be-

55 Ebd., S. 49–57.

56 Ebd., S. 57–64.

57 Ebd., S. 74–83.

58 Ebd., S. 89.

handelt wurden, darzustellen. Auch das ärztliche Handeln wurde untersucht.<sup>59</sup> Dabei fanden sich weniger berufsspezifische Erkrankungen als Beobachtungen zum Arzt-Patienten-Verhältnis und zum Krankheits- und Sterbeverhalten. Reuber kommt zu dem Schluss, dass der subjektiven Wahrnehmung der Krankheit und der Beschreibung der Symptome in Leichenpredigten viel Raum gelassen werde und die Ärzte ihre Patientinnen und Patienten nach der traditionellen Vier-Säfte-Lehre behandelt hätten. Den Krankheiten hätten sie aber letztendlich hilflos gegenübergestanden.<sup>60</sup>

### 2.2.2 Forschungsstand zum Thema Geschichte der Palliativmedizin

Das umfassendste Werk zur Geschichte der Palliativmedizin stammt von Stolberg<sup>61</sup> und bietet einen detaillierten Überblick zur Entwicklung dieser nur scheinbar jungen medizinischen Fachrichtung seit der Frühen Neuzeit, also etwa seit 1500 n. Chr. Für die wesentlichen Inhalte von Stolbergs *Geschichte der Palliativmedizin* sei hier auf das Kapitel 3 verwiesen.

Eine von Stolberg betreute medizinhistorische Dissertation zum Thema Palliativpflege stammt von Feldle (2013); sie enthält eine Übersetzung der in lateinischer Sprache verfassten Promotionsschrift des Arztes Ignatius Zach, *De cura, quam moribundis debent, qui aegrotis sunt a ministerio*.

#### **P. Feldle: Palliativpflege im 18. Jahrhundert: Ignatius Zachs „De cura, quam moribundis debent, qui aegrotis sunt a ministerio“ (1792) (2013)**

Feldle übersetzte im Rahmen seiner Promotionsschrift die historische Dissertation Ignatius Zachs, *De cura*, aus dem Lateinischen und analysierte diese auf ihre Aussagen bezüglich der Pflege und Behandlung Sterbenskranker. Zach betonte in seiner Schrift die Wichtigkeit der ärztlichen und pflegerischen Betreuung Sterbender und setzte diese sogar als selbstverständlich voraus.<sup>62</sup> Objekte einer palliativen Pflege seien für Zach alle Patientinnen und Patienten, die an altersbedingten oder eher langsam verlaufenden Krankheiten stürben. Das Ziel dieser Behandlung sei ein „sanfter Tod“ mit „möglichst wenig Anstrengung und Schmerzen“.<sup>63</sup> Die wichtigsten Arzneimittel hierfür seien Wein und Opium.<sup>64</sup>

Konkret betonte Zach unter Anderem, dass es unverantwortlich sei, schwer Erkrankten aus gutem Willen „herzstärkende Mittel“ (*cardiacae*) und Wein – also Mittel,

59 Reuber (2005), S. 2–3.

60 Ebd., S. 118.

61 Stolberg (2013).

62 Feldle (2013), S. 85.

63 Ebd., S. 79–80.

64 Ebd., S. 89.

die ihrer Stärkung förderlich sein könnten – vorzuenthalten. Ohne diese würde die sterbende Person unnötige Angst erleiden und damit das Leiden zusätzlich vergrößert („krankheitsmodulierende Wirkung der Affekte“<sup>65</sup>). Von pflegerischer Seite sollten im Gegenteil „angenehme Herzmittel“ gegeben werden und die Kissen des Krankenbettes so angeordnet werden, dass die Atemnot möglichst gelindert werde.

Scharf kritisierte Zach außerdem die damals vorkommende Methode des Kissenentzugs (s. Kapitel 3.2.4).<sup>66</sup> Eine Beschleunigung des Todes, beispielsweise durch übermäßigen Einsatz von Opium, sei für den frühneuzeitlichen Arzt ebenfalls „inhuman“, da diese der Patientin oder dem Patienten „massivste neue Schmerzen und Qualen“ zufügen würde.<sup>67</sup> Eine Tötung der sterbenden Person durch den Arzt, um sie zu „erlösen“, sei in jedem Fall verwerflich und unter keinen Umständen legitim.<sup>68</sup> Dagegen sei es wichtig, dass den Patientinnen und Patienten nie die Hoffnung genommen werde und der Arzt auch in verzweifelten Situationen Zuversicht und Hoffnung ausstrahle. Das Verschweigen von Informationen geschehe zum Wohle der Patientin oder des Patienten, weil andernfalls ihr oder sein Widerstand gegen die Krankheit schwinden und damit das Ende besiegelt sei.<sup>69</sup>

### 2.2.3 Forschungsliteratur zu Leichenpredigten und dem Breslauer Katalog

Zu Leichenpredigten im Allgemeinen liegen diverse Werke aus unterschiedlichsten Fachrichtungen wie der Soziologie, Theologie und Kunstgeschichte vor. Der Breslauer Katalog im Speziellen wurde ebenfalls von Forschenden verschiedenster Gebiete untersucht. In *De mortuis nil nisi bene?* liefert Lenz einen Überblick über Leichenpredigten im Allgemeinen mit Schwerpunkten auf den zum Untersuchungszeitpunkt bereits eingehend bearbeiteten Breslauer Katalog.<sup>70</sup> Dabei liefert er unter anderem Daten zum durchschnittlich erreichten Lebensalter der schlesischen Bevölkerung anhand der Leichenpredigten (zum Vergleich mit dem hiesigen Sample s. Diskussion) und widmet ein Kapitel der im Breslauer Katalog enthaltenen Leichenpredigt von Daniel Zeibig (Sig. 421583), einem dreijährigen Kind, das von seinem Vater getötet wurde.<sup>71</sup>

Pack erläutert in seinem Beitrag zum fünften Personalschriften-Symposium die Überführung von 334 Leichenschriften des Breslauer Katalogs in die Online-Datenbank AEDit Frühe Neuzeit („Archiv-, Editions- und Distributionsplattform für die

65 Ebd., S. 86.

66 Ebd., S. 23.

67 Ebd., S. 22.

68 Ebd., S. 83–85.

69 Ebd., S. 77.

70 Lenz (1990).

71 Ebd., S. 64–66.

Werke der Frühen Neuzeit“<sup>72</sup>) im Rahmen eines DFG-Projekts.<sup>72</sup> Witzel beschreibt diese Teilgruppe des Breslauer Katalogs in Trauerschriften im Korpus von AEDit Frühe Neuzeit noch genauer und nimmt auch eine örtliche und zeitliche Einordnung vor.<sup>73</sup>

#### 2.2.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend betrachtet wurden Leichenpredigten bereits zuvor aus medizinhistorischer Sicht untersucht; hierbei lag der Fokus auf statistischen Aspekten wie dem erreichten Alter und den mutmaßlichen Erkrankungen und Todesursachen der in den Leichenpredigten Geehrten. Döhner beschrieb zudem das Krankheitsverhalten der frühneuzeitlichen Menschen. Weiterhin existieren Untersuchungen zum Thema Pharmaziegeschichte, Fachterminologie in Leichenpredigten sowie speziellen Erkrankungen wie der Pest oder Steinleiden.

Darüber hinaus beginnt sich die Forschung zunehmend für die Geschichte der Palliativmedizin auch vor dem 19. und 20. Jahrhundert zu interessieren; federführend muss hier Stolbergs Geschichte der Palliativmedizin hervorgehoben werden. Ein interessanter Aspekt ist darüber hinaus der Beginn der Palliativpflege, den Feldle mit seiner Übersetzung von Ignatius Zachs *De cura* beleuchtet, worin ganz konkrete lindernde Maßnahmen geschildert werden.

Leichenpredigten selbst sind auf den Aspekt einer frühneuzeitlichen palliativmedizinischen Entwicklung bisher nicht untersucht worden. In den bisherigen Arbeiten lag der Fokus auch nicht auf den genauen Maßnahmen, welche die Behandler im Krankheitsfall ihrer Patientinnen und Patienten ergriffen. Diese Forschungslücke soll in der vorliegenden Arbeit anhand des Breslauer Katalogs geschlossen werden.

72 Pack (2014).

73 Witzel (2014), S. 304–306.

## Einführung in den medizinhistorischen Kontext

---

### 3.1 Überblick zur Geschichte der Palliativmedizin und ärztlichen Sterbebegleitung der Frühen Neuzeit

In den antiken medizinischen Schriften, allen voran in denen des berühmten Arztes Hippokrates, findet sich zu großen Teilen die Auffassung, dass sich Ärzte von todkranken und sterbenden Patienten eher fernzuhalten hätten, da sie ohnehin nichts bewirken könnten.<sup>1</sup> Obwohl diese Werke bis in die Frühe Neuzeit hinein großen Einfluss hatten, zweifelten schon einige frühneuzeitliche Ärzte die gängige Interpretation der altgriechischen und -römischen Werke an und schlussfolgerten im Gegenteil, dass auch die antiken Ärzte bereits gefordert hatten, unheilbar Kranke zu behandeln, und sei es nur zum Zwecke einer Lebensverlängerung statt -rettung. Mit dem Einzug des Christentums fand sich darüber hinaus ein geeignetes Motiv zur Pflege Schwerstkranker, nämlich das der christlichen Nächstenliebe.<sup>2</sup>

Die erste bekannte Erwähnung des Begriffs „palliativ“ (von lat. *pallium* = Mantel, *palliare* = bemänteln) beziehungsweise einer *cura palliativa* findet sich in der *Chirurgia* Guys de Chauliac (etwa 1363). Der Chirurg schildert hierin, wann es angebracht sei, eine „cura larga, praeservativa, et palliativa“ anzuwenden: Dies gelte in Fällen, wenn

- 1) es sich um eine Erkrankung handle, die per se nicht heilbar sei,
- 2) die Patientin oder der Patient eine Therapie, die zu einer Heilung führen könnte, ablehne oder
- 3) der Versuch einer kurativen Therapie potenziell einen größeren Schaden als Nutzen anrichte.<sup>3</sup>

Die *Chirurgia*, in lateinischer Sprache verfasst, wurde in zahlreiche weitere Sprachen übersetzt. Dadurch verbreitete sich der Begriff „palliativ“ auch in nicht-lateinischen

1 Stolberg (2013), S. 22.

2 Ebd., S. 22–23.

3 Chauliac (1559), foll. a2(v)–a3(v), zitiert nach Stolberg (2013), S. 29.

Schriften, so beispielsweise in einer englischen Übersetzung der *Chirurgia* von 1425.<sup>4</sup> Es ist davon auszugehen, dass der Begriff „palliativ“ spätestens mit dem späten 16. Jahrhundert in die medizinische Fachsprache Einzug gehalten hat, vermutlich angetrieben durch die populären Veröffentlichungen des niederländischen Arztes Pieter de Forest (1522–1597), welcher explizit von palliativen Behandlungen schrieb, so zum Beispiel von der rein symptomatischen Therapie einer Brustkrebspatientin, von der diese gegenüber einer radikalen Operation sehr profitiert habe. In nachfolgenden Veröffentlichungen ist dann immer häufiger von palliativen Behandlungen die Rede.<sup>5</sup> In der ersten medizinischen Dissertation zum Thema, Elias Küchlers *De cura palliativa* aus dem Jahr 1692,<sup>6</sup> wird die Palliativbehandlung explizit im Kontrast zu einer radikalen Therapie genannt. Es gebe Krankheiten, die chronisch und so schwerwiegend verliefen, insbesondere wenn sie bei älteren Menschen aufträten, dass sie einer „radikalen“, kurativ intendierten Behandlung nicht zugänglich seien. Es sei in diesem Falle sinn- und verdienstvoll, einen palliativen Ansatz zu wählen. Küchler unterscheidet folgende drei Arten von palliativen Behandlungen:

- 1) eine „Bemäntelung“ (Palliation i. e. S.) von äußerlich sichtbaren körperlichen Defekten, zum Beispiel mithilfe von Kosmetik oder Prothesen;
- 2) eine Linderung (Mitigation) vor allem von Schmerzen mit Mitteln wie Opium, aber auch Schierling und Bilsenkraut;
- 3) eine an der Krankheitsursache ansetzende Behandlung, die nicht das Ziel habe, die Krankheit zu besiegen, aber das Fortschreiten der Krankheit verlangsamen und eine Beschwerdelinderung erreichen könne.<sup>7</sup>

Auch in zeitgenössischen Lexika findet sich bereits der Begriff der „Palliativkur“,<sup>8</sup> so beispielsweise in Zedlers *Großes vollständiges Universalexikon aller Wissenschaften und Künste* (1733): „Cura palliativa wird eine solche Cur genennet, da man zwar die Krankheit nicht heben, indessen aber nur die Schmerzen und Zufälle zum Trotz des Patienten, lindern und mindern kann.“<sup>9</sup>

Auch in einigen praktisch orientierten Berichten zeitgenössischer Mediziner finden sich Belege für Versuche, das Leiden Todkranker zu lindern, beispielsweise bei Franciscus Sylvius, der einem unheilbar erkrankten Patienten „kräftigende Mittel“ und einer anderen Patientin mit starker Luftnot auch Opiate verabreicht habe. Sylvius unterrichtete auch seine Studenten bereits in palliativen Behandlungen.<sup>10</sup>

4 Stolberg (2013), S. 29.

5 Stolberg (2013), S. 31–33.

6 Küchler (1692).

7 Stolberg (2013), S. 34–35.

8 Kraska/Müller-Busch (2017), S. 19.

9 Zedler (1733), S. 1858, zitiert nach Kraska/Müller-Busch (2017).

10 Stolberg (2013), S. 37–38.

In der Frühen Neuzeit wurde also, wie sich bei Küchler andeutet, unter dem Begriff *Cura palliativa* nicht nur – wie größtenteils auch heute<sup>11</sup> – die Behandlung unheilbar und schwerst Erkrankter mit dem Ziel einer Symptomlinderung verstanden, sondern auch die Verschleierung entstellender äußerer Krankheitszeichen. Die ärztliche Sterbebegleitung, für die der Name *Euthanasia medicinalis* oder *Euthanasia medica* geprägt wurde, galt nur als eine Unterform der *Cura palliativa*.<sup>12</sup> Der Begriff Euthanasia (griechisch: guter, schöner Tod) bezog sich bis in die Frühe Neuzeit hauptsächlich auf den spirituell-religiösen Aspekt des „guten Sterbens“ und stand damit in der Tradition der *Ars moriendi*, der Sterbekunst. Das christliche „gute Sterben“ machte einen großen Teil des gottgefälligen Lebens aus, und insbesondere im Protestantismus kam ihm eine große Bedeutung zu.<sup>13</sup> (Im Gegensatz zur spätmittelalterlichen *Ars moriendi* hatten die Leichenpredigten vorrangig nicht das Seelenheil der Verstorbenen, sondern die Hinterbliebenen im Blick; sie sollten getröstet und in ihrem christlichen Glauben bestärkt werden.<sup>14</sup>)

Der englische Philosoph (und medizinische Laie) Francis Bacon verstand unter *Euthanasia medicinalis* zunächst einmal die Linderung von Beschwerden, vor allem Schmerzen, um einen „sanften Übergang“ ins Jenseits (den „guten Tod“, den die Euthanasia impliziert) zu ermöglichen. Mit dem ausgehenden 17. Jahrhundert begann dann die zunehmende Diskussion der *Euthanasia medicinalis* als dezidiert ärztliche Aufgabe; lebensverkürzende Maßnahmen wurden jedoch weiterhin einhellig abgelehnt.<sup>15</sup> Im beginnenden 18. Jahrhundert fanden sich zunehmend Forderungen, die an den heutigen Begriff der Therapiebegrenzung erinnern, wie das Unterlassen sinnloser und quälender medizinischer Maßnahmen in aussichtslosen Situationen.<sup>16</sup>

11 In den letzten Jahren hat sich immer mehr gezeigt, dass eine frühzeitige Integration palliativmedizinischer Angebote auch bei Patientinnen und Patienten mit infauster Prognose sinnvoll ist, die noch Therapien erhalten und deren Lebensende nicht unmittelbar bevorsteht. Dennoch wird Palliativmedizin auch heute noch von vielen Menschen, und nicht nur medizinischen Laien, oft als Therapie am Lebensende verstanden. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie: [https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/palliativmedizinische\\_versorgung/Stellungnahme\\_DGP\\_DGHO.pdf](https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/palliativmedizinische_versorgung/Stellungnahme_DGP_DGHO.pdf), zuletzt abgerufen am 26.05.2021.

12 Stolberg (2013), S. 43.

13 Ebd., S. 94.

14 Kunze (2020), S. 324.

15 Stolberg (2013), S. 44–45.

16 Ebd., S. 48–49.

### 3.2 Praxis der Palliativmedizin in der Frühen Neuzeit

#### 3.2.1 Krankheit in der Frühen Neuzeit

Obwohl die frühneuzeitlichen Krankheitstheorien und Medikamente aus heutiger Sicht überholt und, was letztere angeht, eher schädlich als hilfreich erscheinen mögen, waren die Ärzte ebenso wie ihre Patientinnen und Patienten in der Regel von der Heilkraft der Arzneimittel überzeugt und schritten teilweise zu drastischen Maßnahmen, um die Krankheiten zu behandeln. Die frühneuzeitliche Medizin selbst war keineswegs homogen, es existierten verschiedenste Lehrmeinungen nebeneinander:<sup>17</sup> Neben der bereits Jahrhunderte bestehenden hippokratisch-galenischen sowie der paracelsischen Medizin waren seit dem 17. und 18. Jahrhundert beispielsweise auch iatrochemische und mechanistische Krankheitstheorien verbreitet.<sup>18</sup> Gemein war jedoch den meisten dieser Auffassungen, dass die Ursache von Krankheiten in verdorbenen Säften oder von außen zugeführten krankhaften Substanzen lagen. Entsprechend hatten die meisten Therapien das Ziel, die eine oder andere Körperflüssigkeit zu „entleeren“. Hierfür standen verschiedene Optionen zur Verfügung (s. Kapitel 3.2.3).<sup>19</sup> „Verstopften“ die Gänge im Körper durch krankhafte Flüssigkeiten, konnte es zum Beispiel zu „Schlagflüssen“ kommen.<sup>20</sup> Ebenso wie die Schlagflüsse werden auch Steckflüsse in den Leichenpredigten häufig erwähnt.

Es wurden einige Faktoren angenommen, die Krankheiten auslösen oder verstärken konnten. Dazu gehörten heftige Gefühle und Affekte: Häufig wird (auch in den Leichenpredigten) geschildert, dass eine erkrankte Person beispielsweise stark erschreckt und in Folge dessen erkrankte.<sup>21</sup> Hieraus erklärt sich die verbreitete Auffassung der frühneuzeitlichen Ärzte, sie dürften ihren Patientinnen und Patienten das volle Ausmaß ihrer Erkrankung nicht mitteilen, da dies die Situation noch verschlimmern und dadurch möglicherweise den Todeseintritt beschleunigen würde. Kranke mussten um jeden Preis vor Verzweiflung bewahrt werden.<sup>22</sup>

Krankheit im Allgemeinen und auch das Sterben fand viel mehr als heutzutage in der Öffentlichkeit statt.<sup>23</sup> Zahlreiche Leichenpredigten zeugen von den vielfältigen Besuchen während des Krankenlagers; es war selbstverständlich, dass Geistliche, Ärzte, Priester, Familienmitglieder und Nachbarn dem oder der Kranken ihre Aufwartung machten.<sup>24</sup>

17 Jütte (2013), S. 14.

18 Stolberg (2003b), S. 103.

19 Stolberg (2013), 25-26.

20 Stolberg (2003b), S. 125–126.

21 Ebd., S. 62.

22 Stolberg (2013), S. 86–87.

23 Ebd., S. 100–101.

24 So zum Beispiel in UBW Lp Sig. 510581, in der, als sich der Tod von Jonas Sachs ankündigt, „etliche Benachbarte erfordert“ werden, um für den Sterbenden zu beten (S. 34).

### 3.2.2 Situation der frühneuzeitlichen Ärzte

Wie oben beschrieben, gab es in den medizinischen Fachschriften der Frühen Neuzeit bereits weitreichende Zustimmung zu symptomatischer Therapie und ärztlicher Sterbebegleitung. Damit ist jedoch nicht gesichert, dass zeitgenössische Ärzte auch entsprechend gehandelt haben. Zudem scheint unter den frühneuzeitlichen Ärzten durchaus Konsens gewesen zu sein, dass ihren Patientinnen und Patienten eine Therapie an ihrem Lebensende zustand und dass es ein vordringliches Ziel sein musste, ihnen Leid zu ersparen. Dies wurde ihnen allerdings durch verschiedene Faktoren erschwert.

In der Frühen Neuzeit fand medizinische Behandlung hauptsächlich im Rahmen von Hausbesuchen statt; diese Praxis bildet einen Kontrast zur heutigen institutionalisierten Medizin. Die Pflege oblag in erster Linie der Familie. Ärzte wurden in der Frühen Neuzeit direkt von ihren Patientinnen und Patienten sowie von deren Familien entlohnt, und ihr Verdienst und auch ihr Ruf hingen damit direkt von ihren Behandlungserfolgen ab. Wenn Stolberg also von einem „professionspolitischen Dilemma“<sup>25</sup> der Ärzte spricht, sah dieses etwa wie folgt aus: Die frühneuzeitlichen Medici beabsichtigten primär, ihre Klienten zu heilen, strebten also eine kurative Therapie an, wofür ihnen verschiedene mehr oder weniger drastische Mittel zur Verfügung standen. Zum anderen mussten sie allerdings feststellen, dass die erstrebte Heilung nicht immer zu erreichen war und sahen sich dann mit einer Erwartungshaltung der Totkranken und ihrer Angehörigen konfrontiert, der sie nicht entsprechen konnten. Sie konnten davon ausgehen, dass sie, falls ihr Behandlungskonzept den Klienten nicht zusagte, schlicht gegen einen anderen der verschiedenen Heiler, Balbierer oder Chirurgen ausgetauscht würden.<sup>26</sup> Wer sich also nicht nach den Wünschen und Befindlichkeiten seiner Patientinnen und Patienten richtete, gefährdete kurz- und langfristig seine berufliche Zukunft.

Darüber hinaus war eine sichere Diagnose und damit auch eine Prognose zu früheren Zeiten in der Frühen Neuzeit noch schwieriger zu stellen als heute. Eine Vielzahl an medizinischen Publikationen drehte sich um die Kunst und Herausforderungen der korrekten Prognose.<sup>27</sup> Man stelle sich eine Situation vor, in der ein Arzt eine Patientin oder einen Patienten als unheilbar erkrankt diagnostizierte und entsprechend eine symptomlindernde, palliative Therapie begann. Stellte sich heraus, dass der Arzt eine Therapie unterlassen hatte oder im Nachhinein als falsch erachtete Mittel verabreichte, konnte dies eine tiefgreifende Rufschädigung bedeuten.<sup>28</sup> Ein neues oder alternatives Behandlungskonzept auszuprobieren, stellte also für die Ärzte ein existenzielles Risiko dar. Andererseits sicherten sie sich ein möglicherweise lukratives Patientenkontingent,

25 Stolberg (2013), S. 57.

26 Ebd., S. 59–60.

27 Ebd., S. 65–67.

28 Ebd., S. 41.

wenn sie die Todkranken nicht abwiesen und, im Gegenteil, Anteilnahme und Einsatz zeigten.<sup>29</sup> In jedem Fall gehörte zur erfolgreichen Therapie eines Kranken einiges an zwischenmenschlichem Feingefühl auf Seiten der Ärzte:

„Für ihren beruflichen Erfolg war die Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf die Patientinnen einzustellen, insofern vermutlich ebenso wichtig wie die Rede von glücklichen Krankheitsverläufen unter der Behandlung. Die Ärzte, so jedenfalls Levis mit leisem Sarkasmus, mußten ‚ein empfindsames Herz haben oder vorgaukeln‘. Geduld war auch nötig.“<sup>30</sup>

### 3.2.3 Palliativmedizinische Mittel und Therapiebegrenzung

Wie bereits gezeigt, beschränkten sich palliativmedizinische Maßnahmen in der Frühen Neuzeit nicht nur auf den Einsatz von Medikamenten am Lebensende, sondern konnten auch an der Krankheit selbst ansetzen oder einer reinen Verhüllung der Symptome und entstellenden Krankheitsstigmata dienen. Zur Krankheitsbekämpfung und -abmilderung wurden hauptsächlich evakuierende Mittel eingesetzt; bei manchen Krebsarten kamen auch palliative Operationen zum Einsatz.<sup>31</sup>

Eines der bedeutendsten Ziele der Palliativmedizin früher und heute war und ist die Bekämpfung von Schmerzen. Führend war schon in der Frühen Neuzeit die Verwendung von Opium (präparaten), das häufig in Form von flüssigem Laudanum verabreicht wurde. Darüber hinaus wurden auch Wasserschierling, Mandragorawurzeln, Solanum und Bilsenkraut verwendet.<sup>32</sup> Ähnliche Medikamente zeigten auch bei Atemnot Erfolg.<sup>33</sup> Es gab auch Mittel, die keiner konkreten Beschwerde abhelfen, sondern vielmehr im Allgemeinen kräftigen und beleben sollten.<sup>34</sup>

Ein häufiges Krankheitsbild war die Bauchwassersucht (Aszites). Bei einer „Überwässerung“ des Körpers wurden folgerichtig entwässernde Medikamente (Diuretika) eingesetzt. Halfen diese nicht, gab es die Möglichkeit, über einen Einstich Bauchwasser abzulassen. Die Parazentese gestaltete sich jedoch nach der Erfahrung der zeitgenössischen Ärzte mitunter komplikationsreich. Den frühneuzeitlichen Ärzten war die Problematik bewusst und sie wurde mit unterschiedlichen Ergebnissen durchgeführt: Manche Patientinnen und Patienten profitierten längerfristig von der Entlastung, während andere rasch nach der Punktion verstarben. Entsprechend galt es, die Indikation für eine Parazentese vorsichtig zu stellen.<sup>35</sup>

29 Ebd., S. 65.

30 Ebd., S. 95.

31 Ebd., S. 54.

32 Ebd., S. 52–53.

33 Ebd., S. 53.

34 Ebd., S. 112–113.

35 Ebd., S. 55–56.

Neben symptomlindernden und kräftigenden Mitteln wurde auch diskutiert, was für Maßnahmen Ärzte und Angehörige zu *unterlassen* hätten, um die Todkranken keinen unnötigen Qualen auszusetzen. Eine lebensverlängernde Therapie wurde von einigen zeitgenössischen Ärzten kritisch betrachtet, wenn sie nur die Leiden der Kranken unnötig in die Länge zog. Unter solch quälende Maßnahmen fiel für Baptista Codronchi zum Beispiel die offenbar verbreitete Gewohnheit, appetitlose Kranke noch zum Essen und Trinken zu drängen.<sup>36</sup>

### 3.2.4 Lebensverkürzung

Wie bereits gesagt, waren sich die frühneuzeitlichen Ärzte einig, dass eine Verkürzung des Lebens, und sei es aus dem Wunsch heraus, Leiden zu lindern, in jedem Fall verwerflich und verboten sei. Doch schien es Praktiken in der Bevölkerung zu geben, die Anlass zur Kritik gaben – dazu gehörten die Eigenart, Kranke kaum oder nicht bekleidet auf den Boden zu legen, und der Kissenentzug. Indem man den Erkrankten das Kissen unter dem Kopf wegzog, so glaubte manche, beschleunigte man deren Sterben und erlöste sie so von ihrem Leid.<sup>37</sup> Ignatius Zach kritisierte den Kissenentzug in seiner Dissertation *De cura*<sup>38</sup> scharf als eine Maßnahme, die „der Vernachlässigung noch die Missetat“ hinzufüge:

„Kaum ist ihnen zu Ohren gekommen, dass es um den Kranken geschehen ist, da glauben sie dem Sterbenden am besten dadurch ihren Glauben zu beweisen, das sie ihm nicht einmal mit einem Schluck Wein oder einer anderen herzstärkenden Medizin stärken. Sie sehen lieber gleichmütig und unbekümmert die Leiden des Sterbenden mit an und haben nur den Wunsch, dass er möglichst rasch eines natürlichen Todes stirbt. Fehlgeleitet von diesem verderblichen Glauben, fügen diese Gottlosen der Vernachlässigung noch die Missetat hinzu und ziehen das Kissen unter dem Genick des Sterbenden weg, damit er schneller erstickte. [...] Sie sollen ihr Pflichtbewusstsein gegenüber dem Sterbenden besser dadurch unter Beweis stellen, dass sie sie mit angenehmen Herzmitteln laben und ihm selbige, wenn er schon nicht mehr selbständig schlucken kann, tropfenweise in den Mund geben.“<sup>39</sup>

In Zachs Augen handelten die wohlmeinenden Pflegenden gleich in doppelter Hinsicht verwerflich, indem sie zum einen durch den Kissenentzug zum Ersticken der sterbenden Person beitrugen und ihr zudem lindernde Mittel wie Herzstärkungen und Labungen vorenthielten.

36 Codronchi (1591), S. 25–26, zit. nach Stolberg (2013), S. 49.

37 Stolberg (2013), S. 69–70.

38 Zach (1792).

39 Ignatius Zach: *De cura, quam moribundis debent, qui aegrotis sunt a ministerio*, Frankfurt an der Oder 1792, in Übersetzung von Feldle (2013), S. 23.

## 4

# Ergebnisse

---

Insgesamt werden in dieser Arbeit 505 Leichenpredigten, die auf 515 Verstorbene gehalten wurden, qualitativ und quantitativ untersucht. Zunächst soll hier ein Überblick über die zeitliche und räumliche Verteilung der untersuchten Quellen gegeben werden, zudem eine Aufschlüsselung nach Geschlecht und Sterbealter.

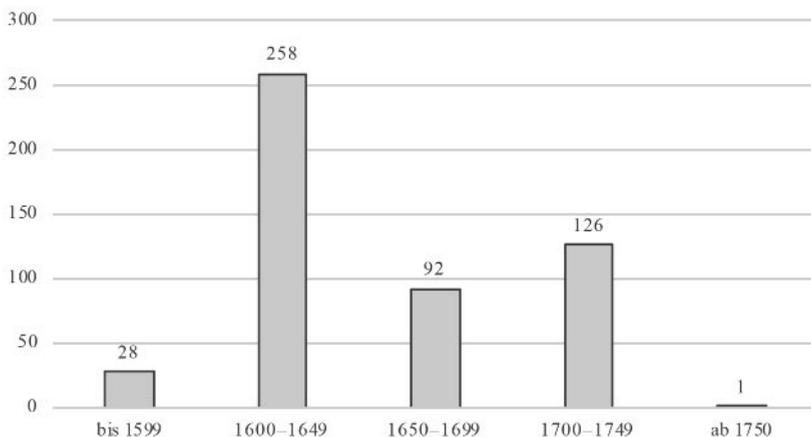
Im Anschluss erfolgt die quantitative Analyse der Leichenpredigten anhand von themenzentrierten Kriterien wie Arztkonsultationen und Einsatz von Medikamenten sowie Hausmitteln und sonstigen Maßnahmen. In der qualitativen Analyse werden insbesondere das Verhalten von Ärzten am Krankenbett ihrer Patientinnen und Patienten und die von ihnen veranlassten Therapien untersucht.

Detaillierte Angaben zu und Auszüge aus den Leichenpredigten finden sich im Anhang. Bei den Auszügen werden, zur besseren Lesbarkeit, Umlaute mit superskribiertem E in der heute üblichen Schreibweise wiedergegeben (z. B.  $\text{ü} \rightarrow \text{ü}$ ) und doppelte Bindestriche durch einfache ersetzt ( $= \rightarrow -$ ), ansonsten wurde die frühneuzeitliche Schreibweise beibehalten. Die Leichenpredigten stammen aus der ehemaligen Stadtbibliothek Breslau, heute Universitätsbibliothek Wrocław (hier als UBW abgekürzt). Teilweise sind die Leichenpredigten in ihrer Gesamtheit oder die Sterbeberichte an sich mit einer eigenen Paginierung versehen, die nicht mit der Seitenzahl der gesamten Predigt übereinstimmt;<sup>1</sup> in diesen Fällen werden beide Seitenzahlen genannt. Ein nur vermutetes Druckjahr wird in Klammern angegeben. Besteht eine Leichenpredigt aus mehreren Teilen mit unterschiedlichen Signaturen, wird die Signatur verwendet, die den Sterbebericht enthält. Die Signaturen der gesamten Predigt sind dem Anhang zu entnehmen.

<sup>1</sup> Zum Beispiel wurde häufig das Titelblatt und die zweite Seite nicht in der Leichenpredigt-Paginierung erfasst, sodass sich eine Differenz der Gesamtseitenzahl zu der in den Leichenpredigten angegebenen Seitenzahl ergibt.

#### 4.1 Zeitliche und örtliche Verteilung

Von den insgesamt 505 Leichenpredigten des Breslauer Kataloges wurden 28 im 16. Jahrhundert gedruckt, der früheste Druck stammt aus dem Jahr 1562. Die mit Abstand meisten Drucke (258) wurden in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts angefertigt. Die Drucke der zweiten Hälfte des Jahrhunderts belaufen sich auf insgesamt 92 Exemplare. Der Breslauer Katalog enthält weiterhin 126 Drucke von 1700 bis 1749 und eine Leichenpredigt aus der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts; das angenommene Druckjahr ist in dem Fall 1753. Der untersuchte Zeitraum umspannt also knapp 200 Jahre mit einem deutlichen Schwerpunkt auf den Jahren 1600 bis 1649 (vgl. Abbildung 1).

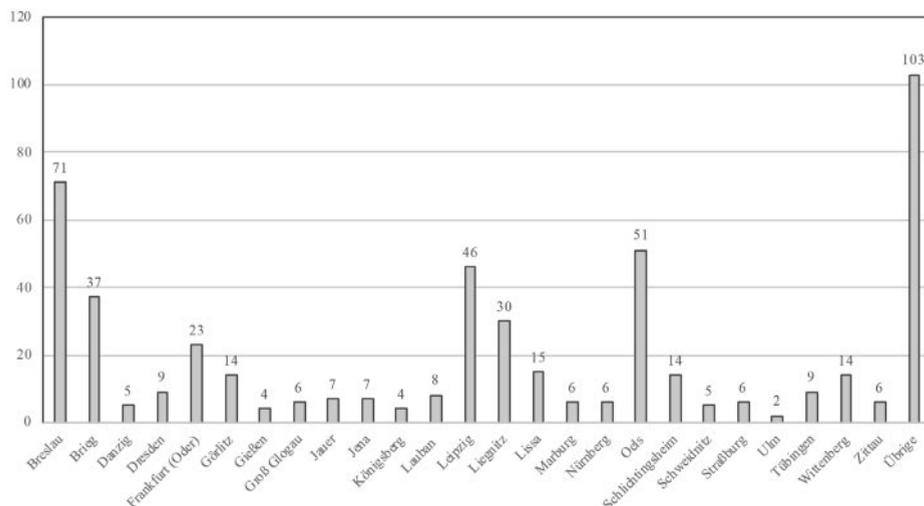


**Abb. 1** Gedruckte Leichenpredigten des Breslauer Katalogs, n = 505

Für die Druckorte liegen Angaben aus dem Band 8 der Personalschriften-Forschungen vor.<sup>2</sup> In zwei Fällen existieren zu einer Leichenpredigt mehrere Druckorte (es werden in diesen Fällen zwei respektive drei genannt); diese wurden separat gezählt, sodass sich hier n = 508 ergibt.

Bezüglich der Druckorte zeigte sich eine deutliche Tendenz hin zu schlesischen, großpolnischen oder ostdeutschen Städten wie Breslau, Lissa, Oels oder Leipzig. Es liegt nahe, dass die ehemalige Breslauer Stadtbibliothek eher Exemplare aus der eigenen Region sammelte, es finden sich jedoch auch Predigten aus weiter entfernten Orten wie Straßburg, Basel oder Heidelberg. Insgesamt zeigt sich eine große Streuung an Druckorten, wie in Abbildung 2 zu sehen ist. Die meisten Drucke stammten (in dieser Reihenfolge) aus Breslau, Oels, Leipzig und Brieg, gefolgt von Liegnitz, Frankfurt an der Oder, Lissa, Görlitz und Schlichtingsheim.

<sup>2</sup> Lenz (1986).



**Abb. 2** Ortsverteilung der Drucke der Leichenpredigten des Breslauer Katalogs (alphabetisch), n = 508

#### 4.2 Geschlechterverteilung und Sterbealter

Eine deutliche Mehrheit der hier untersuchten Leichenpredigten beschreibt das Leben und Sterben von Männern: Von 515 in den Leichenpredigten geehrten Personen waren 199 Frauen und 316 Männer. Der Anteil der Frauen beträgt damit rund 38,6%. Bei insgesamt 465 der 515 Verstorbenen wurde ein Alter angegeben oder ergab sich aus den Daten in den Predigten. Bei weiteren 23 Personen konnte ein ungefähres Alter ermittelt werden, sodass insgesamt in nur 27 Fällen kein Hinweis auf das erreichte Alter vorhanden war. Für die folgende Analyse wurden die 465 Verstorbenen herangezogen, deren Alter eindeutig zu bestimmen war.

Die erwähnten Männer erreichten insgesamt ein höheres Alter als die Frauen: Während die in den Leichenpredigten geehrten Frauen im Schnitt bereits mit 39,4 Jahren verstarben, lebten die Männer durchschnittlich 46,8 Jahre. Insgesamt enthält der Breslauer Katalog lediglich 40 Leichenpredigten, die besonders junge Verstorbene von höchstens 16 Jahren ehren. Der Anteil von Leichenpredigten auf Kinder beträgt damit etwa 7,8%. Die Stichprobe beinhaltet darüber hinaus 13 Leichenpredigten auf Verstorbene, die eines nicht-natürlichen Todes starben.<sup>3</sup>

3 Dies sind die Leichenpredigten der Universitätsbibliothek Wrocław mit den Signaturen 392439, 421583, 509926, 522392, 523588, 523652, 523762, 546875, 547251, 547254, 548678, 561884, 568965.

Die zeitliche Entwicklung des erreichten Alters ist in Abbildung 3 abgebildet. Hierin zeigt sich eine Zunahme des durchschnittlich erreichten Lebensalters für beide Geschlechter über den untersuchten Zeitraum mit Ausnahme der Jahre 1600–1649, in denen die Männer deutlich kürzer lebten. Der Durchschnittswert von > 1750 ist statistisch nicht zu werten, da dieser Bereich nur eine Leichenpredigt enthält.

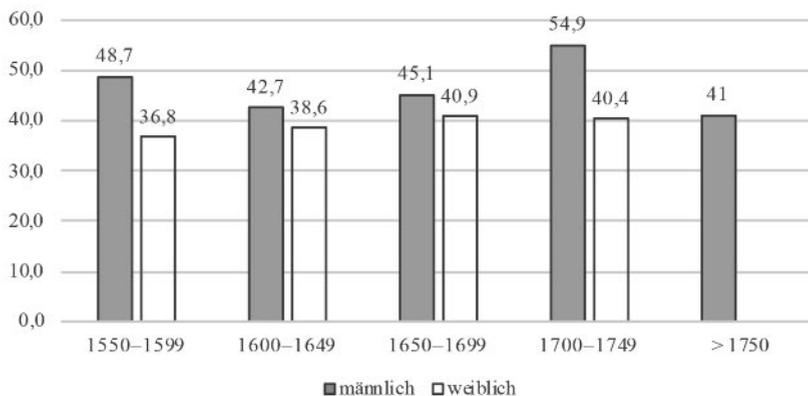


Abb. 3 Durchschnittlich erreichtes Alter

#### 4.3 Arztkonsultationen, Einsatz von Medikamenten und anderen Maßnahmen

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit sind die Sterbeberichte, die in den Lebensläufen der Verstorbenen enthalten sind. In einem großen Teil der Leichenpredigten finden sich oftmals klar abgegrenzte und als solche titulierte Sterbeberichte, die an Ausführlichkeit im Laufe der Zeit zunehmen: Die 28 Leichenpredigten aus dem 16. Jahrhundert sind im Verhältnis zu denen aus dem 18. Jahrhundert noch relativ knapp gehalten und liefern verhältnismäßig wenige Aussagen zu den geehrten Personen im Allgemeinen und ihrem Sterben im Speziellen. Einige der Leichenpredigten aus dem 18. Jahrhundert beinhalten hingegen Sterbeberichte, die sich über viele Seiten erstrecken. Interessanterweise enthalten drei Predigten ärztliche Quellen; dies sind einmal der Obduktionsbericht des ermordeten Bürgermeisters Marx Christoph Besserer von Thalfingen, zum zweiten eine Art Arztbrief, der die Krankheit und das Sterben von Ludewig Wentzel von Hund und Altengrottkau schildert, und zuletzt eine kurze Bemerkung zur Erkrankung Thomas Cheswrights (s. Kapitel 4.3.1).

In vielen Sterbeberichten werden Arztkonsultationen und medizinische Maßnahmen beschrieben, die Detailliertheit variiert hierbei stark. In Tabelle 1 wird zunächst der Einsatz von Medikamenten, Hausmitteln und sonstigen Maßnahmen und das Hinzurufen von Ärzten quantifiziert. Aufgelöst nach den in Kapitel 4.1 angewandten