

Durch das Artefakt zur *infra structura*

Das Arzneimittelrezept als Zugang zur Gestaltung
gesellschaftlicher Infrastruktur

Herausgegeben von

Christoph Friedrich

Markus Grief

Elisabeth Huwer

Kai Reimers

Stefan Schellhammer

Barbara Simon

Kerstin Stowasser

Patrick Troglauer



Durch das Artefakt zur *infra structura* –

**Das Arzneimittelrezept als Zugang zur
Gestaltung gesellschaftlicher Infrastruktur**

Herausgegeben von
Christoph Friedrich
Markus Grief
Elisabeth Huwer
Kai Reimers
Stefan Schellhammer
Barbara Simon
Kerstin Stowasser
Patrick Troglauer

ISBN 978-3-7741-1730-3 (eBook: ISBN 978-3-7741-1731-0)

© 2023 Govi (Imprint) in der Avoxa – Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH,
Apothekerhaus, Eschborn, Carl-Mannich-Straße 26, 65760 Eschborn

avoxa.de, govi.de

Alle Rechte vorbehalten.

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Titelbild: © Avoxa/J. Staudt unter Verwendung von Abb. IV.4 und © E-Rezept Ausdruck: gematik GmbH,
Stand Oktober 2023

Satz: Datagroup-Int SRL, Timisoara, Romania

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Danksagung

Das vorliegende Buch ist das Ergebnis eines vierjährigen Forschungsprojektes. Wir möchten uns ausdrücklich bei allen Personen und Institutionen bedanken, die dieses nicht alltägliche Forschungsprojekt möglich gemacht haben.

Dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gebührt besonderer Dank. Die Förderlinie „Die Sprache der Objekte – Materielle Kultur im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen“ stellte eine ideale Heimat für das Forschungsvorhaben (Förderkennzeichen 01U01834C) dar. Ohne die finanzielle Unterstützung des BMBF und die tatkräftige Unterstützung durch Herrn Dr. Christopher Wertz vom Projektträger Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) wäre die erste Idee zu diesem Projekt wohl nur eine Idee geblieben.

Dank der großzügigen und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit anderen Museen und Sammlungen war es dem Deutschen Apotheken-Museum Heidelberg möglich, eine große Anzahl von Arzneimittelrezepten zu digitalisieren und damit in das Projekt einzubringen. Wir möchten dazu insbesondere den folgenden Partnern unseren Dank aussprechen: Sammlung Winkler in der Stadtapotheke Innsbruck, Museum Arzneyküche in Bönningheim, Sammlung Apotheke Peer im Pharmaziemuseum Brixen – Museo della Farmacia Bressanone, Sammlung Binkert im Apotheken-Museum Weissenburg i. B. und Central-Apotheke Leimen.

Das Ingenieurbüro Urban übernahm als zuverlässiger und sorgfältiger Partner die Digitalisierung der Artefakte. So konnten Schäden an den wertvollen Archivalien minimiert und der große Umfang der Digitalisierung zeitnah bewältigt werden.

Das Service Center for Digital Humanities der Universität Münster sowie das Team „Media Collections“ der Universitäts- und Landesbibliothek Münster leisteten über die gesamte Projektlaufzeit unverzichtbare und unermüdliche Unterstützung beim Aufbau der Datenbank. Mithilfe dieser Infrastruktur konnten die großen Mengen an Bilddateien in einer sicheren und zuverlässigen Umgebung geordnet, gesichtet und analysiert werden.

Zahllose Arbeitsstunden unserer studentischen Hilfskräfte Luca Harre, Yvonne Rodler, Paul Schunk, Daria Stumkat, Alexander Trubov, Noëlle Walter, Evelyn Progscha und Greda Emir flossen in die Erschließung der Datensammlung. Standortübergreifend arbeiteten sich unsere Hilfskräfte in einen für sie meist fremden Forschungsgegenstand ein und unterstützten die Forschungsarbeit maßgeblich.

In den ersten drei Jahren des Projektes arbeitete Frau Dr. Meral Avci als Gesamtkoordinatorin mit viel Engagement und Geduld daran, die unterschiedlichen Disziplinen auf das gemeinsame Ziel auszurichten. Auf dieser Basis meisterten wir die Herausforderungen, die ein multidisziplinäres Forschungsprojekt mit sich bringt.

Im Mai 2023

Die Autorinnen und Autoren

Autoren

Prof. Dr. Christoph Friedrich

Institut für Geschichte der Pharmazie und Medizin
Philipps-Universität Marburg

Markus Grief

Lehr- und Forschungsgebiet Wirtschaftsinformatik
Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen

Dr. Elisabeth Huwer

Deutsches Apotheken-Museum Heidelberg

Prof. Dr. Kai Reimers

Lehr- und Forschungsgebiet Wirtschaftsinformatik
Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen

Dr. Stefan Schellhammer

Institut für Wirtschaftsinformatik
Universität Münster

Dr. Barbara Simon

Deutsches Apotheken-Museum Heidelberg

Dr. Kerstin Stowasser

Institut für Geschichte der Pharmazie und Medizin
Philipps-Universität Marburg

Patrick Troglauer

Institut für Wirtschaftsinformatik
Universität Münster

Inhalt

I. Einleitung	1
<i>Stefan Schellhammer</i>	
II. Von den Anfängen des Arzneimittelrezeptes	7
<i>Christoph Friedrich und Kerstin Stowasser</i>	
III. Das Arzneimittelrezept – Digitalisierung eines Sammlungs- objektes	25
<i>Elisabeth Huwer, Barbara Simon, Stefan Schellhammer und Patrick Troglauer</i>	
IV. Die Sprache des Arzneimittelrezeptes	69
<i>Kerstin Stowasser</i>	
V. Geschichten des Rezeptes	111
<i>Kerstin Stowasser</i>	
VI. Der Bedeutungswandel des Rezeptes zu Beginn des 20. Jahrhunderts	125
<i>Kai Reimers und Stefan Schellhammer</i>	
VII. Die technikgetriebene Formalisierung des Rezeptes in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts	177
<i>Markus Grief</i>	
VIII. Ein Datenschatz als Grundlage für eine digitale Vermittlung im Museum	199
<i>Elisabeth Huwer, Barbara Simon, Stefan Schellhammer, Patrick Troglauer</i>	
IX. Mit dem Blick zurück nach vorn	219
<i>Stefan Schellhammer und Kai Reimers</i>	
Anhang: Standorte des Quellenmaterials	225

I. Einleitung

Stefan Schellhammer

Das Arzneimittelrezept ist die formelle, schriftliche Aufforderung eines Arztes an einen Apotheker zur Abgabe an oder Herstellung von Arzneimitteln für einen bestimmten Patienten. Jedes Jahr werden Millionen von Exemplaren dieses Artefaktes ausgestellt. Sie sind unverzichtbarer und damit alltäglicher Gegenstand der Arzneimitteltherapie von Patienten.¹

Mit Blick auf die heutigen Debatten zur Digitalisierung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und der Einführung des E-Rezeptes im Speziellen verwundert es zunächst, wie kontrovers und leidenschaftlich über die Digitalisierung eines solch „simplem“ Mediums der Informationsübertragung gestritten werden kann. Das elektronische Rezept (E-Rezept) als digitale Entsprechung scheint doch nicht viel mehr zu bezeichnen als den Übergang eines physischen Artefaktes in eine digitale Repräsentationsform. Letztere gilt es nun zu gestalten. Das zähe Ringen zahlreicher Akteure unseres heutigen Gesundheitssystems um das E-Rezept offenbart, dass es beim Alltagsgegenstand „Rezept“ um mehr geht als um ein einfaches Blatt Papier.

In der Tat ist das Rezept eines der wenigen Artefakte, die auf eine jahrhundertealte Geschichte zurückblicken und gleichzeitig in Form des elektronischen Rezepts in die (digitale) Zukunft weisen. In der Diskussion um die Digitalisierung des Rezepts manifestiert sich also die Begegnung von Vergangenheit und Zukunft auf eine besonders aufschlussreiche Weise. Dies sei anhand von drei Entwicklungslinien kurz skizziert:

1. Im Rezept spiegeln sich Entwicklungen gesetzgeberischer Aktivitäten zur Gestaltung des Gesundheitswesens von zunächst städtischer, später überregionaler und schließlich nationaler Ebene wider. Es ist Ausdruck und Ergebnis einer bestimmten, von Gesetzgebern intendierten Arbeitsteilung zwischen Arzt und Apotheker. Kodifiziert wurde diese erstmals in spätmittelalterlichen und frühneuzeitlichen Medizinalordnungen. Damit entstand das Rezept als Kontroll- und Kommunikationsinstrument. Die Erscheinungsform des Arzneimittelrezeptes ist also Ergebnis juristischer Festlegungen, die seinen Charakter als Urkunde bestimmen. Die rechtliche Regelung, dass Herstellung und Ausgabe bestimmter Medikamente nur auf Grundlage eines Arzneimittelrezeptes erfolgen dürfen, ist Ergebnis und Errungenschaft eines Prozesses, an dessen Anfang lokale Bemühungen standen. Das heute debattierte elektronische Rezept mag sich äußerlich und sprachlich deutlich von seinen frühen Formen entfernt haben, allerdings bestimmt es weiterhin die Abgabe von Arzneimitteln und damit maßgeblich die Interaktionen von Arzt, Apotheker und Patient. Die Intensität des Diskurses macht deutlich, wie stark das Rezept unsere Vorstellung darüber prägt, wie die Arzneimittelversorgung organisiert werden sollte.

¹ Um die Lesbarkeit zu erhöhen wird, soweit nicht anders kenntlich gemacht, in diesem Buch das generische Maskulinum verwendet. Personenbezeichnungen beziehen sich somit gleichermaßen auf alle Geschlechter.

2. Im Rezept ist die Entwicklung ärztlicher und pharmazeutischer Kunst hin zu wissenschaftlicher Entwicklung und industrieller Fertigung von Heilmitteln eingeschrieben. Auf der inhaltlichen Ebene verweist das Arzneimittelrezept auf die akzeptierte medizinische Praxis seiner Zeit. Deren jeweiliger Stand wurde zunächst in Rezeptsammlungen einzelner Gelehrter und dann in Form von wissenschaftlich und amtlich anerkannten Pharmakopöen erfasst. Die Kunst des Rezeptierens, also des Verfassens von Verschreibungen sowie des Anfertigens von Rezepturen, war Gegenstand der Literatur, die sich explizit mit der Organisation und dem Inhalt der Rezepte auseinandersetzte. Das Aufkommen von Fertigarzneimitteln und Packungsgrößen verweist auf die Entstehung der pharmazeutischen Industrie und damit auf neue Formen der Verschreibung. Der heutige Medikationsplan als flankierendes Element des Rezepts verdeutlicht den Wandel von der Einzelverschreibung hin zu einer Betrachtung der Arzneimitteltherapie als Ganzes und damit des Zusammenspiels verschiedener Arzneimittel sowie der verschiedenen involvierten Heilberufler.
3. Das Arzneimittelrezept dokumentiert, wie sich Gesundheitsfürsorge von eng begrenzten, finanziell leistungsfähigen Personengruppen auf immer größere Bevölkerungsteile ausweitete. Während die Bezahlung der abgegebenen Arzneimittel durch Dritte zunächst nur indirekt auf den Rezepten deutlich wurde, erlangte das Arzneimittelrezept als „Abrechnungsobjekt“ und Nachweis für erbrachte Leistungen mit dem Aufkommen der Krankenkassen eine neue ökonomische Bedeutung, die bis heute von allergrößter Wichtigkeit ist. Die heutigen Ausdrucksmöglichkeiten auf Arzneimittelrezepten werden von den Vorgaben amtlicher Rezeptformulare bestimmt, die ihren Ursprung in der Mitte des 20. Jahrhunderts haben. Die darin verwendeten Standards und Codes verweisen auf die automatisierte Kommunikation verschiedener Akteure wie Apothekenrechenzentren, Krankenkassen und anderer öffentlicher Institutionen. Erst mit der Verwendung dieser Standards auf den Arzneimittelrezepten wird die heute selbstverständliche Aufbereitung, Aggregation und Analyse der Rezeptdaten ermöglicht, deren Ergebnisse die politische Auseinandersetzung bestimmen.

Diese hier nur skizzierten historischen Entwicklungslinien verdeutlichen die wechselvolle Biographie des Arzneimittelrezeptes und die darin eingeschriebenen gesellschaftlichen Innovationen sowie die Kontingenzen dieser Gestaltungsentscheidungen. Aufgrund seines steten Wandels im Verlauf der Zeit ist das Arzneimittelrezept in seiner jeweiligen Form in einzigartiger Weise dazu geeignet, Zeugnis über diese gesundheitspolitischen, ökonomischen, informationstechnischen und medizinischen Kontingenzen und Innovationen der jeweiligen Zeit zu geben. Dies bietet Perspektive und Denkanstöße für die zukünftige Entwicklung der Informationsinfrastruktur des Gesundheitswesens.

Das vorliegende Buch setzt das Arzneimittelrezept als seinen zentralen Gegenstand und nähert sich diesem jenseits etablierter disziplinärer Grenzen. Gleichzeitig dokumentiert es die Ergebnisse eines gemeinsamen, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojektes, dessen Ziel es war, die Entwicklung gesellschaftlicher Infrastrukturen aus der Sicht eines Alltagsgegenstands, des Arzneimittelrezeptes, zu erschließen. Im Folgenden wird eine kurzer Überblick über die Kapitel dieses Buches gegeben. Das Buch unterliegt einer thematischen Ordnung und die Kapitel bauen aufeinander auf. Gleichwohl sind die Texte so verfasst, dass der Leser dieser Reihenfolge nicht folgen muss. Kleine-

re Wiederholungen sind aus diesem Grund beabsichtigt und spiegeln zudem die unterschiedlichen disziplinären Sichten der Autoren auf den Gegenstand wider.

Kapitel II: Zunächst beleuchten die Pharmaziehistoriker Christoph Friedrich und Kerstin Stowasser in Ihrem Kapitel die Anfänge des Arzneimittelrezeptes. Ausgehend von der historischen Trennung der Berufe Arzt und Apotheker zeichnen sie nach, wie sich das Rezept aus dem Bedarf nach Dokumentation und schriftlicher Kommunikation zusammen mit der Ausdifferenzierung der Berufe entwickelte. Die von den Autoren identifizierten frühen „Vorschriften“ gaben dem Rezept eine neue Qualität. Weiterhin spiegelt sich der Bedeutungszuwachs des Rezeptes für den Erfolg und die Sicherheit der Arzneimitteltherapie sowie als Kommunikations- und Kontrollinstrument in der entstehenden vielfältigen Literatur zur Kunst des Rezeptierens für beiden Berufsgruppen.

Kapitel III: Historische Rezepte sind als Alltagsobjekte konservatorisch nur in geringem Umfang in Erscheinung getreten. Gleichwohl verfügen das Deutsche Apotheken-Museum in Heidelberg sowie andere Museen über größere Sammlungen historischer Arzneimittelrezepte. Die Förderung des Projektes erlaubte es, diese Sammlungen zu sichten, zu digitalisieren und in Form einer Datenbank zusammenzuführen. Im dritten Kapitel nähern sich zunächst Elisabeth Huwer und Barbara Simon dem Rezept als Sammlungsobjekt und dokumentieren, welche Arbeiten unternommen und Überlegungen angestellt wurden, um die größte digitale Sammlung historischer Arzneimittelrezepte im deutschsprachigen Raum entstehen zu lassen. Im zweiten Teil beleuchten dann Stefan Schellhammer und Patrick Troglauer, welche besonderen Herausforderungen in der informationstechnischen Aufbereitung einer solchen Sammlung historischer Arzneimittelrezepte liegen, aber auch, welche Möglichkeiten aus der Digitalisierung erwachsen.

Kapitel IV: Über Jahrhunderte entwickelten sich die heute etablierten und schließlich kodifizierten Ausdrucksformen der Rezepterstellung. Symbole, Abkürzungen und Maßeinheiten mussten von den intendierten Kommunikationsteilnehmern, den Apothekern, verstanden werden und sollten gleichzeitig das Verständnis für nicht intendierte Kommunikationsteilnehmer, die Patienten, erschweren. Diese Sprache des Arzneimittelrezeptes ist Gegenstand des vierten Kapitels. Kerstin Stowasser zeigt anhand zahlreicher Beispiele aus unserer digitalen Rezeptsammlung, welche Funktionen das Rezept erfüllte und wie sich die stark formalisierten Ausdrucksweisen historisch verändert haben.

Kapitel V: Die im Projekt zusammengetragenen Rezepte sind keine Vordrucke oder leblose Beispielrezepte. Es handelt sich um historische Anweisungen eines bestimmten Arztes an einen bestimmten Apotheker zur Abgabe eines Arzneimittels für einen bestimmten Patienten. Das Rezept diente der Linderung und Vorbeugung von Leiden, wurde eingelöst und abgerechnet. Die Menschen dieser Zeit haben Spuren auf dem Artefakt hinterlassen. In diesem Kapitel zeigt Kerstin Stowasser anhand eindrucksvoller Beispiele, wie aus den Spuren auf einzelnen Rezepten die Geschichten historischer Personen rekonstruiert werden können. Diese dektektivische Forschungsarbeit erweckt Geschichte zum Leben.

Kapitel VI: Der Umfang der empirischen Sammlung erlaubt es, vom einzelnen Rezept abstrahierend größere Veränderungen in den Blick zu nehmen. In diesem Kapitel widmen sich die Wirtschaftsinformatiker Kai Reimers und Stefan Schellhammer der Sammlung Bönningheim, die mehrere tausend Einzelrezepte aus den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts aus der Stadtapotheke Bönningheim umfasst. Anhand dieses Bestandes rekonstruieren die Autoren

die Praktiken in dieser Apotheke sowie deren Wandel über einen Zeitraum von knapp 30 Jahren. In diesen Zeitraum fallen für das Verhältnis von Arzt und Apotheker kritische Entwicklungen, wie das zunehmende Eingreifen der Krankenkassen in den Prozess der Medikamentenversorgung sowie die weitgehende Substitution der patientenindividuellen Herstellung von Arzneimitteln in der Apotheke durch die industriell hergestellten Fertigarzneimittel. Damit schaffen es die Autoren, die Veränderungen in den Rezepten mit größeren Entwicklungslinien in Beziehung zu setzen. In dem Kapitel wird deutlich, welche neuen Möglichkeiten der Analyse ein digitalisierter Bestand von Rezepten dieser Größenordnung bietet.

Kapitel VII: In der Zusammenschau der Rezepte der digitalisierten Sammlung tritt eine Veränderung der äußeren Erscheinungsform deutlich zu Tage. Vordrucke, die Auszeichnung bestimmter Bereiche und vereinheitlichte Formulare sind Beispiele dieser Wandlung der Form im 20. Jahrhundert. In diesem Kapitel geht der Wirtschaftsinformatiker Markus Grief zunächst der Entstehung des heutigen Rezeptformulars „Muster 16“ nach. Dabei treten neue Akteure wie IT-Unternehmen und Apothekenrechenzentren sowie neue Aufgaben in der massenhaften Verarbeitung von Rezeptdaten in den Vordergrund. Dieses „rosa“ Rezeptformular prägt immer noch das heutige Alltagsverständnis des Arzneimittelrezeptes. Neben neuen Akteuren halten Nummern und Codes als Verweis auf dahinterliegende Datenbanken Einzug in den Prozess der Erstellung und Bearbeitung des Rezeptes.

Kapitel VIII: Im Rückblick auf die vorangegangenen Kapitel dieses Buches wird deutlich, dass anhand des Rezepts zentrale Aspekte der Geschichte und der Entwicklung des Gesundheitswesens nachvollzogen werden können. Das Rezept war und ist Ausdruck ärztlicher und pharmazeutischer Kunst. In ihm spiegeln sich die Veränderungen im Verhältnis der Berufsgruppen zueinander wider. Es bietet Zugang zu den (Krankheits-)Geschichten der Menschen seiner Zeit und in ihm manifestieren sich neue Anforderungen durch die Möglichkeiten der technischen Datenverarbeitung. Es ist Aufgabe von Museen und Ausstellungen den Zugang zu dieser wechselvollen Geschichte zu ermöglichen und zu erleichtern. Gleichwohl ist das Rezept als Massenphänomen und hochspezialisierte Kommunikationsform nicht aus sich heraus für eine breitere Öffentlichkeit zugänglich. In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche modernen Vermittlungsformen und Ausstellungskonzepte geeignet sind, das Rezept als grundlegende Informationsinfrastruktur im Gesundheitswesen für eine breite Öffentlichkeit anschaulich und (be-)greifbar zu machen. Es werden konkrete Möglichkeiten aufgezeigt, wie einige der Forschungsergebnisse aus den vorherigen Kapiteln vermittelt werden können.

Kapitel IX: Im Schlusskapitel dieses Buches wird ein Blick zurück nach vorn geworfen. Das E-Rezept wird im öffentlichen Diskurs als wesentlicher Teil der Digitalisierung des Gesundheitssektors verstanden. Das Arzneimittelrezept als Bindeglied über die Jahrhunderte, wie es in den Kapiteln dieses Buches dokumentiert ist, wird in der bekannten Form nicht fortbestehen. Als wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung stellt es somit auch eine Herausforderung für zukünftige historische Forschung dar. Das Kapitel verweist auf neue Möglichkeiten, wie auch in Zukunft die Vergangenheit anhand der Spuren ihrer Akteure nachvollzogen werden kann. Es fordert dazu auf, den Umgang mit diesen Daten sowie die Frage ihrer Archivierung zu thematisieren, um zukünftigen Generationen den Zugang zu den sich aktuell entwickelnden neuen Praktiken der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln und des Medikationsmanagements zu erschließen.

Um die historische Entwicklung des Arzneimittelrezeptes zu illustrieren und Einblick in die umfangreiche Sammlung zu bieten, werden in den folgenden Kapiteln historische Arzneimittelrezepte abgebildet. Diese können sensible und schützenswerte Informationen enthalten. Daher ist bei allen Abbildungen von Rezepten, die nach 1871 ausgestellt wurden, eine Anonymisierung vorgenommen worden. Ein grauer Balken anonymisiert bei den betroffenen Rezepten Angaben zu Patienten und Arzt.

II. Von den Anfängen des Arzneimittelrezeptes

Christoph Friedrich und Kerstin Stowasser

1. Trennung der Berufe Arzt und Apotheker

In der älteren pharmaziehistorischen Literatur wird häufig ein sogenanntes *Edikt von Salerno* des Hohenstauffer-Kaisers Friedrich II. (1194–1250) als Beginn der Trennung der Berufe Arzt und Apotheker im deutschen Kulturraum genannt.¹ Dies war auch Anlass für die Veröffentlichung einer Briefmarke und entsprechender Feierlichkeiten zum angeblich 750. Geburtstag des Apothekerberufes in Deutschland im Jahre 1991.²

Wie Studien des Marburger Pharmaziehistorikers Rudolf Schmitz (1918–1992) indes zeigten, waren die von Friedrich II. erlassenen gesetzlichen Bestimmungen, die *Constitutiones von Melfi* von 1231/41, allerdings nur im Königreich Beider Sizilien, also in Süditalien, gültig und betrafen noch nicht den deutschen Kulturraum. Friedrich II. war zwar Kaiser des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation, zugleich aber auch König von Sizilien. Er hatte auch keine Medizinalordnung, sondern einige Medizinalparagrafen, die fälschlich als Medizinalordnung bezeichnet wurden, im Rahmen eines Grundgesetzes, den so genannten *Constitutiones von Melfi*, für sein Königreich erlassen.³

Gesetzliche Bestimmungen zur Trennung zwischen ärztlicher und apothekerlicher Tätigkeit gab es aber auch in anderen Gebieten und Städten Südeuropas, vor allem dort, wo der Einfluss der arabischen Kultur besonders evident war, denn im arabischen Kulturkreis sind erste Apotheken seit dem 9. Jahrhundert nachweisbar.⁴ Dazu zählt ein Apothekereid von Montpellier um 1200, die Medizinaltitel aus Arles um 1245, Medizinalstatuten aus Venedig 1258 oder die Medizinalordnung aus Marseille, die zwischen 1231 und 1240 entstand. In allen diesen gesetzlichen Bestimmungen gibt es relativ einheitliche Festlegungen. Die in den meisten Ordnungen und Eiden enthaltenen Punkte sind:

- Zur Eröffnung einer Apotheke war eine behördliche Genehmigung erforderlich.
- Die Anzahl der Apotheken war beschränkt.
- Überwachung erfolgte durch die Ärzte. Dazu zählte auch das klare Verbot an den Arzneimittelhersteller, d. h. den Apotheker, Arzneimittel ohne ärztlichen Rat, also ohne dessen

1 Wolfgang-Hagen Hein / Kurt Sappert: Die Medizinalordnung Friedrich II. Eine pharmaziehistorische Studie. Eutin 1952 (Veröffentlichungen der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie; 12), S. 11–13.

2 Zur Apotheker-Briefmarke siehe Werner Dressendörfer: 750 Jahre Apothekerberuf – Eine Briefmarke und ihre Entwürfe. In: Beiträge zur Geschichte der Pharmazie (Beilage der Deutschen Apotheker Zeitung) 43 (1991), S. 17–19.

3 Rudolf Schmitz: Geschichte der Pharmazie. Bd. 1. Eschborn 1998, S. 449f.

4 Peter Dilg: Arabische Pharmazie im lateinischen Mittelalter. In: Odilo Engels u. a. (Hrsg.): Die Begegnung des Westens mit dem Osten. Sigmaringen 1993, S. 299–317; Christoph Friedrich: Die gesellschaftliche Stellung des Apothekers im Wandel der Zeit. In: Deutsche Apotheker-Zeitung 134 (1994), S. 4086–4097, hier S. 4086f.

Verordnung, abzugeben.⁵ Das galt besonders für stark wirkende Arzneimittel. In der Basler Apothekerordnung von 1423/24 gab es ein Abgabeverbot für Arzneimittel, die Drogen wie Opium oder Hyoscyamus (Bilsenkraut) enthielten, die gemäß der Humoralpathologie extrem kalte oder warme Qualitäten und damit eine starke Wirkung besaßen.⁶

- Wer Arzneimittel erwerben wollte, musste mündlich oder schriftlich seine Kenntnisse nachweisen, sodass erkennbar wurde, dass er selbst Arzt war oder durch diesen instruiert worden war.⁷ Hierzu konnte bereits ein Rezept dienen. Man kann dies als den Beginn einer Rezeptpflicht ansehen, die den Verordnerkreis auf vereidigte Stadtärzte, promovierte Ärzte, Leibärzte und Mitglieder einer medizinischen Fakultät beschränkte.⁸ Der Rezeptpflicht unterstanden insbesondere starke Abführmittel sowie Abortiva (Abtreibungsmittel). Das Rezept war somit eine Abgabelegitimation. Seit der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts wurde der Abgabespielraum weiter eingeschränkt.⁹
- Die Herstellung der Arzneimittel sollte nach einem Arzneibuch erfolgen, hier wurde häufig das *Antidotarium Nicolai* (um 1200) genannt.¹⁰
- Die Berechnung der Preise erfolgte nach einer Taxe, d. h. nach einem amtlich erlassenen Preisverzeichnis und Berechnungsgrundlage für die in der Apotheke angefertigten und verkauften Arzneien.
- Es gab zudem ein Verbot einer geschäftlichen Gemeinschaft zwischen Arzt und Apotheker, eine fachliche Gemeinschaft war hingegen erlaubt, ja sogar erwünscht.
- Schließlich finden wir in einigen Ordnungen auch ein Verbot des Verkaufes von Giften und Abortiva.

Wie Rudolf Schmitz feststellte, waren die ersten in Deutschland nachweisbaren Apotheken zunächst Krämerläden, in denen ein breites Warensortiment, Töpfereierzeugnisse, Schuhe, Stoffe, Wachs und auch Drogen sowohl als Gewürze als auch als Arzneimittel angeboten wurden. Der Apotheker war mithin ein Kleinhändler. Solche Apotheken gab es bereits im 12. und 13. Jahrhundert vereinzelt. Seit dem 14. Jahrhundert erfolgte dann eine Spezialisierung des Apothekers auf die Arzneimittelherstellung und Abgabe. Damit kam es zu einer Wandlung der Apotheke zu einer Medizinalinstitution und des Apothekerberufs zu einem Heilberuf.¹¹ Dies veränderte gravierend die beiden Berufe Arzt und Apotheker. Ersterer beschränk-

5 Statuten von Arles (um 1245) in: Hein / Sappert [wie Anm. 1], S. 81f. und Ulrich Seidel: Rezept und Apotheke. Zur Geschichte der Arzneiverordnung vom 13. bis 16. Jahrhundert. Nat. wiss. Diss. Marburg 1977, S. 117.

6 Seidel [wie Anm. 5], S. 119.

7 Schmitz [wie Anm. 3], S. 478–483; Hein / Sappert [wie Anm. 1], S. 56–61 und S. 101.

8 Entwurf der Wiener Apothekerordnung von 1465; Seidel [wie Anm. 5], S. 122.

9 Seidel [wie Anm. 5], S. 123f.

10 Schmitz [wie Anm. 3], S. 372 und S. 383–385, Dietlinde Goltz: Mittelalterliche Pharmazie und Medizin dargestellt an Geschichte und Inhalt des *Antidotarium Nicolai*. Mit einem Nachdruck der Druckfassung von 1471. Stuttgart 1976 (Veröffentlichungen der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie; 44), S. 79–86.

11 Rudolf Schmitz: Über den hochmittelalterlichen „apoteca-apotecarius“-Begriff im deutschen Sprachgebiet. In: Pharmazeutische Zeitung 104 (1959), S. 817f.; Schmitz [wie Anm. 3], S. 451–459; Rudolf Schmitz: Über das Apothekenwesen der Stadt und des Kreises Wetzlar (1233–1900). Wetzlar 1957 (Mitteilungen des Wetzlarer Geschichts-Vereins; 17); Rudolf Schmitz: Der Apotheker im Wandel der Jahrhunderte. In: Pharmazeutische Zeitung 102 (1957), S. 1323–1327, hier S. 1323f.; Rudolf Schmitz: Das Apothekenwesen von Stadt- und Kurtrier – Von den Anfängen bis zum Ende des Kurstaates (1794). Frankfurt / M. 1960 (Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie; 1); Rudolf Schmitz: Über deutsche und mittelalterliche Quellen zur Geschichte von Pharmazie und Medizin. In: Deutsche Apotheker-Zeitung 100 (1960), S. 980–983; Rudolf Schmitz: Über deutsche Apotheken des 13. Jahrhunderts. Ein Beitrag zur Etymologie des apoteca-apotecarius-Begriffs. In: Sudhoffs Archiv 45 (1961), S. 289–302.

te sich auf die Diagnose von Krankheiten und die Durchführung von Heilbehandlungen, zu denen auch die Verordnung von Arzneimitteln gehörte. Letzterer übernahm die Herstellung und Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneimittel. Wie gestaltete sich nun aber die Zusammenarbeit dieser beiden Heilberufe?



Abb. II.1: Das Verhältnis Arzt-Apotheker-Patient in einem Holzschnitt von 1482. Der Arzt mit dem Harnschauglas ist wesentlich größer als der Apotheker in seiner Offizin und der Patient dargestellt. Quelle: Bildersammlung Christoph Friedrich, Marburg.

Wie frühe Bildquellen zeigen, kam in den Apotheken des Mittelalters und der Frühen Neuzeit der Arzt häufig persönlich in die Offizin, wo er dem Apotheker die Verordnungen seiner Arzneimittel meist mündlich mitteilte und dabei zugleich die Herstellung überwachte.¹² Aber bereits seit dem 14. Jahrhundert gab es auch schriftliche Anweisungen. Im 15. Jahrhundert wurde es üblich, in die in Apotheken vorhandenen Rezepteintragebücher oder -register Rezepte, d. h. Vorschriften mit Rezepturen der vom Arzt verordneten Arzneimittel, einzutragen.¹³ Einige Apothekerordnungen, beispielsweise die von Ansbach 1460 und Würzburg 1502, er-

¹² Hans W. Singer: *Arzneibereitung und Heilkunde in der Kunst*. Dresden 1923, S. 56f. und Abb. 12 und 13; Wolfgang-Hagen Hein / Dirk Arnold Wittop Koning: *Pharmazie und Graphik*. Frankfurt a. M. 1991, S. 12f. und S. 20f.

¹³ Seidel [wie Anm. 5], S. 173.

wähnen auch Verordnungszettel als Vorläufer von Rezepten.¹⁴ Rezepteintragbücher hatten den Vorteil, dass der Arzt bei einer Folgeverordnung auf die dort schon vorhandene Eintragung verweisen konnte. 1592 wurde in der Nürnberger Medizinalordnung ein Rezeptkopierbuch in den Apotheken gefordert.¹⁵ Solche Kopierbücher erlaubten zugleich die Überprüfung des Rezeptierens durch den Apotheker und ermöglichten außerdem, Fehler des Arztes oder des Rezeptars bei der Herstellung festzustellen und künftig zu vermeiden.¹⁶ In einigen Städten mussten die Rezepte verwahrt, also aufgehoben werden.

Apothekenmanuale, die aber keine individuellen Verordnungen für einen namentlich genannten Patienten enthielten, sind im Deutschen Apotheken-Museum Heidelberg vorhanden und sie wurden im Rahmen unseres Projektes teilweise ausgewertet. Ralph-Eric Koch hat in seiner in München entstandenen Dissertation ein pharmazeutisches Manual aus dem 17. / 18. Jahrhundert transkribiert, ausgewertet und kommentiert. Da solche Manuale oder Rezeptsammlungen aber keinen direkten Hinweis auf Patienten enthalten, für die die Verordnungen bestimmt waren, fehlt ihnen damit ein wichtiges Merkmal eines Rezeptes. Es handelt sich vielmehr zum Großteil um Rezepturen für die Defektur, also Arzneimittel, die im Voraus in einer Apotheke nach ärztlicher Anweisung und bei häufiger Verordnung in der Apotheke vorrätig gehalten wurden und für den Handverkauf bestimmt waren.¹⁷

Mit der Verordnung auf einem Rezept, das konnte ein einfaches Blatt Papier sein, erhielt das Verhältnis Arzt-Apotheker eine neue Qualität. Beide Berufe waren bei der Arzneimittelverordnung und -herstellung räumlich getrennt und die Überbringung des Rezeptes, das nun meist den Namen des Patienten enthielt, erfolgte durch diesen selbst oder durch eine von ihm beauftragte Person.¹⁸

Die Trennung zwischen ärztlicher und apothekerlicher Tätigkeit führte jedoch nicht zur Gleichberechtigung beider Berufe. Bis in das 20. Jahrhundert blieb der Apotheker dem Arzt unterstellt und wurde von diesem kontrolliert. Dies zeigt sich auch darin, dass die gesetzlich geforderten Apothekenvisitationen fast ausschließlich von Ärzten durchgeführt wurden, die im Rahmen ihres Studiums die *Materia Medica*, d. h. den Arzneischatz, kennenlernten und somit in der Lage waren, die Qualität der Arzneistoffe und Präparate zu prüfen.¹⁹ Mit der Weiterentwicklung der Herstellungsmethoden, beispielsweise durch Einbeziehung chemischer Verfahren und der Entwicklung neuer Arzneiformen, waren viele Ärzte jedoch nicht mehr in der Lage, die Qualität der Arzneimittel zu beurteilen. Aber erst seit dem 18. / 19. Jahrhundert finden wir auch Apotheker als Mitglieder von Visitationskommissionen.²⁰

14 Seidel [wie Anm. 5], S. 84; s. auch Peter Dilg: Das Rezept als Medium und Barriere in der Apotheker-Patienten-Kommunikation. In: Christoph Friedrich / Wolf-Dieter Müller-Jahncke (Hrsg.): Apotheke und Publikum. Die Vorträge der Pharmazeutischen Biennale in Karlsruhe vom 26. bis 28. April 2002. Stuttgart 2003 (Veröffentlichungen zur Pharmaziegeschichte; 3), S. 119–134.

15 Seidel [wie Anm. 5], S. 76–85.

16 Petra Sigrid Liedtke: J. B. Trommsdorffs Beitrag zur Arzneimittelsicherheit unter besonderer Berücksichtigung seiner „Chemischen Rezeptirkunst“. Nat. wiss. Diss. Marburg 2011, S. 128f. Zu Rezeptkopierbüchern siehe auch Kap. VI.

17 Klaus Fischer: Hartmann Schedel in Nördlingen. Das pharmazeutisch-soziale Profil eines spätmittelalterlichen Stadtarztes. Würzburg 1996 (Würzburger medizinhistorische Forschungen; 58); Ralph-Eric Koch: Ein pharmazeutisches Handbuch aus dem 17. / 18. Jahrhundert. Umschrift und Kommentierung einer spätmittelalterlichen Rezeptsammlung. Humanbiolog. Diss. München 1985, S. 1–11.

18 Seidel [wie Anm. 5], S. 82–85.

19 Rolf Dieter Horstmann: Zur Geschichte der Apothekenvisitationen von den Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Rheinprovinz. Stuttgart 2017 (Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie; 111), S. 13–126.

20 Horstmann [wie Anm. 19], S. 138–140 und S. 202–207.

Ein besonderes Verhältnis zwischen Arzt und Apotheker bestand – aber sicherlich als Ausnahme – zwischen dem jungen Mediziner und Verfasser des ersten amtlichen Arzneibuches in Deutschland (für die Stadt Nürnberg) Valerius Cordus (1515–1544) und Apothekern. Cordus hatte seine pharmazeutischen Kenntnisse bei seinem Onkel, dem Frankenberger Apotheker Johannes Ralla (1509–1560), und durch enge Kontakte zu dem Leiter der Wittenberger Apotheke und Schwiegersohn von Lucas Cranach d. Ä. (1472–1553), Caspar Pfreundt (1517–1574), beträchtlich erweitern können.²¹



Abb. II.2: Bildnis des Wittenberger Arztes und Verfassers des ersten amtlichen Arzneibuches in Deutschland Valerius Cordus (1515–1544). Quelle: Bildersammlung Christoph Friedrich, Marburg.

Im Allgemeinen war das Verhältnis Arzt-Apotheker aber von einer ausgeprägten Hierarchie geprägt, Schelenz spricht von einer „Suprematie des Arztes“, obwohl der Apotheker auch als „dextra manus“, rechte Hand, des Arztes bezeichnet wurde.²²

Eine besondere Rolle im Verhältnis Arzt-Apotheker spielte in vielen Apothekenordnungen der Frühen Neuzeit das Substitutionsverbot, das dem Apotheker den Austausch der in der Apotheke nicht vorhandenen Drogen (Arzneistoffe) durch solche, die sich im Lager befanden und eine ähnliche Wirkung zeigten, untersagte bzw. nur mit Einverständnis des Arztes gestattete. Dies wird beispielsweise in der Heilbronner Apothekerordnung von 1561 gefordert. Ähnliche Bestimmungen hinsichtlich einer Weisungsgebundenheit gab es auch in Ordnungen aus Ravensburg von 1554, Wien 1564 oder Augsburg.²³ In Augsburg schrieb die Pharmakopöe von 1564 eine strikte Einhaltung der Rezeptangaben und „keine Änderung, auch nicht die geringste, ohne des Wissens des Arztes“

vor.²⁴ Zwar forderte auch die Regensburger Apothekerordnung von 1566 die „peinliche“ und genaue Befolgung der ärztlichen Verordnung. Sie erlaubte allerdings eine größere Eigenverantwortlichkeit des Apothekers bei der Materialbeschaffung.²⁵

21 Christoph Friedrich: 500 Jahre Lucas-Cranach-Apotheke in Wittenberg. In: Deutsche Apotheker-Zeitung 160 (2020), S. 4870f.; Wolf-Dieter Müller-Jahncke: Der Humanist Valerius Cordus (1515–1544). Ein Reformator der Pharmazie? In: Christoph Friedrich / Wolf-Dieter Müller-Jahncke (Hrsg.): Pharmazie – Vom Handwerk zur Wissenschaft. Die Vorträge der Pharmaziehistorischen Biennale in Lindau vom 6. bis 8. April 2018. Stuttgart 2019, S. 11–36.

22 Hermann Schelenz: Geschichte der Pharmazie. Berlin 1904, S. 449; Christoph Friedrich: Ein subjektiver Blick auf das Verhältnis von Arzt und Apotheker. In: Pharmazeutische Zeitung 147 (2002), S. 3046–3050.

23 Paul Hermann Berges: „Quid pro Quo“. Zur Geschichte der Arzneimittelsubstitution. Nat. wiss. Diss. Marburg 1975, S. 131; Gerhard Gensthaler: Das Medizinalwesen der Freien Reichsstadt Augsburg bis zum 16. Jahrhundert mit Berücksichtigung der ersten Pharmakopöe von 1563 und ihrer weiteren Ausgaben. Augsburg 1973, S. 86–88.

24 Gensthaler [wie Anm. 23], S. 88.

25 Berges [wie Anm. 23], S. 132; sowie Christa Habrich: Apothekengeschichte Regensburgs in reichsstädtischer Zeit. München 1970, S. 111.

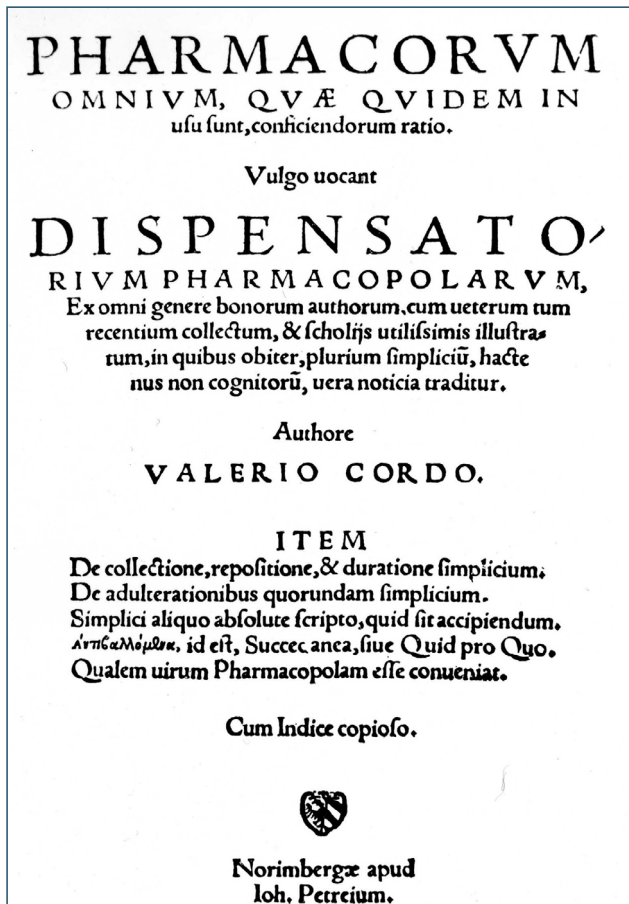


Abb. II.3: Titelblatt des ersten amtlichen Arzneibuches in Deutschland für die Stadt Nürnberg. Quelle: Bildersammlung Christoph Friedrich, Marburg.

In Brandenburg unterlag die Herstellung der Composita, also der zusammengesetzten Arzneimittel gemäß der *Medicinal-Ordnung* von 1693 einer ärztlichen Begutachtung. Erst die *Revidierte Preußische Apothekerordnung* von 1800 legte fest, dass dort, wo sich kein Arzt in der Entfernung von zwei Meilen etabliert hatte, der Apotheker leichtere innere Kuren auf Grund einer erfolgten Prüfung durch das *Provinz-Collegium medicum* durchführen durfte.²⁶

Lange Zeit war das Verhältnis des Arztes zum Apotheker das eines Gelehrten zu einem nach seiner Anweisung arbeitenden Handwerker und zudem noch von ökonomischer Abhängigkeit geprägt, da der Apotheker ja an den Verschreibungen des Arztes verdiente.²⁷ Ende des 18. Jahrhunderts fanden aber insbesondere solche Apotheker, die sich auf wissenschaftlichen Gebieten, wie der Chemie, der Botanik, der Zoologie oder Mineralogie hervortaten, größere Anerkennung bei der Ärzteschaft. Aber selbst sehr angesehene Apothekerbesitzer wie Ernst Wilhelm Martius (1756–1849), der zugleich als Hochschullehrer an der Erlanger Universität lehrte, wurden angegriffen, als er äußerte, beurteilen zu können, ob ein „Recept schäd-

26 Alfred Adlung / Georg Urdang: *Geschichte der deutschen Pharmazie*. Berlin 1935, S. 185–187.

27 Friedrich [wie Anm. 22], S. 3047.

lich sey oder nicht“. In einem Gutachten wurden seine Äußerungen als „unstatthafteste Anmaßungen“ bezeichnet, „da die Apotheker von rechtswegen nichts von der Wirkung und Anwendung der Arzneyen und von Heilkunst verstehen, nichts davon gelernt haben noch darüber geprüft sind“.²⁸

Ulrich Seidel berichtet von Überschreitungen der Kompetenz der Apotheker seit dem 16. Jahrhundert und häufigen Streitigkeiten, so in Frankfurt a. M. oder Würzburg, die teilweise bereits zu Positiv- und Negativlisten führten, also Verzeichnissen von Arzneimitteln, die vom Apotheker mit oder ohne ärztliche Anweisung abgegeben werden durften.²⁹

Gelegentlich wird auch von Apothekern berichtet, die Heilkunde ausübten und so mit den Ärzten in Konflikt gerieten. Der Berliner Apotheker Siegfried Wilhelm Paalzow verfasste darüber im 18. Jahrhundert eine Schrift mit dem Titel *Apotheker-Charlatanerie und Charlatanismus*.³⁰ Paul-Hermann Berges sieht darin eine „Deglorifizierung“ des Apothekerstandes, die „dem überkommenen Rivalitätsgedanken entsprang, der beide Berufe seit ihrer Trennung und eigenständigen Ausformung begleitete“. Dabei wollten die Ärzte durch „eine fachliche und moralische Disqualifizierung des Apothekers“ ihren eigenen Stand aufwerten.³¹ Die Ärzte betrachteten die Apotheker als ihre Erfüllungsgehilfen, was aber der wirtschaftlich erstarkende Apothekerstand nicht akzeptieren wollte. Vielmehr versuchten Apotheker permanent ihre Kompetenzen zu erweitern, wobei sie auch unerlaubterweise dem Arzt ins Handwerk pfuschten. Viele Kranke gingen, um das Arzthonorar zu sparen, nur in die Apotheke.³² Nach Alfred Adlung und Georg Urdang sahen sich die Apotheker als selbstständige, den Ärzten bei- aber nicht untergeordnete „Sachwalter der Arzneiversorgung der Bevölkerung“. Sie wollten die „arzneilichen Wünsche“ der Bevölkerung, auch die „nicht ärztlich bedingten“ des Publikums befriedigen. Vorwürfe der „Kurfuscherei“ empfanden sie daher als beleidigend.³³

Letztendlich mussten sie aber die gesetzlich verordnete Arbeitsteilung akzeptieren, die eine ausschließliche Konzentration auf Diagnose und Therapie, einschließlich der Arzneimittelverordnung, beim Arzt und Arzneimittelherstellung und -abgabe beim Apotheker vorsah.³⁴ Zugleich hatte sich der Apotheker dem Arzt unterzuordnen und war verpflichtet, dessen Anweisung zu befolgen. Bezüglich des Verhältnisses zwischen „Vertretern der Humanmedizin“ und Apothekern stellten Adlung und Urdang 1935 fest, dass Spannungen zwar nach wie vor vorhanden waren, aber keineswegs das bestimmende Merkmal darstellten.³⁵ Während Beschwerden häufig aktenkundig wurden, blieb die quellenmäßig weniger belegte gemeinsame und verständnisvolle Zusammenarbeit die Norm. Die Aufgaben des Apothekers betrafen die Herstellung der Arzneimittel, insbesondere auch komplizierterer Arzneiformen, wie seit Ende des 19. Jahrhunderts Kapseln, Tabletten oder sogar Ampullen, und schlossen auch Kenntnisse über Inkompatibilitäten zwischen verschiedenen Arzneistoffen ein. Hier nahm der Apothe-

28 Christoph Friedrich / A[nette] Garbe: Ernst Wilhelm Martius: Leben und Werk. In: Pharmazeutische Zeitung 140 (1995), S. 1225–1230, hier S. 1227f.; sowie Staatsarchiv Nürnberg Rep. 270II Tit. V, Nr. 746/6, fol. 5–9.

29 Seidel [wie Anm. 5], S. 130–135.

30 Siegfried Wilhelm Paalzow: *Apotheker-Charlatanerie und Charlatanismen*. Berlin 1789, S. 1f.

31 Berges [wie Anm. 23], S. 160f.

32 Berges [wie Anm. 23], S. 177; Adlung / Urdang [wie Anm. 26], S. 189.

33 Adlung / Urdang [wie Anm. 26], S. 189.

34 Seidel [wie Anm. 5], S. 150.

35 Adlung / Urdang [wie Anm. 26], S. 189–192.

ker dank seines Fachwissens bei einer fehlerhaften Verschreibung Kontakt zum verordnenden Arzt auf, der die Verordnungshoheit beibehielt. Ein gleichberechtigtes Verhältnis sollte bis in das 20. Jahrhundert für die meisten Offizin-Apotheker dennoch ein Wunschtraum bleiben, obwohl der Gesetzgeber den Apotheker ausdrücklich verpflichtete, die Verschreibungen der Ärzte zu kontrollieren. Da der Apotheker als Kaufmann, der er ja zugleich war, aber an einem guten Verhältnis zum Arzt interessiert war, übte er diese Kontrollfunktion nur sehr zurückhaltend und diskret aus.

Allerdings entwickelte sich in der DDR ein neues Verhältnis zwischen Arzt und Apotheker. Hier war der Apotheker überwiegend in einem staatlichen Apothekenwesen tätig und daher frei von ökonomischer Abhängigkeit. So konnte er auf Augenhöhe mit dem Arzt zusammenarbeiten.³⁶

Das gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland diskutierte Dispensierrecht für Ärzte im Notdienst, das man zugleich als Antwort auf die Impferlaubnis für Apotheker ansehen kann, bedeutet hier allerdings einen Rückfall in frühere Zeiten und zugleich einen Eingriff in die strenge Trennung zwischen ärztlicher und pharmazeutischer Tätigkeit.³⁷

2. Die Kunst des Rezeptierens

Im Verlaufe ihrer Geschichte durchliefen Rezepte als Verordnungen des Arztes einen beträchtlichen Wandlungsprozess, den darzustellen u. a. Aufgabe des Projektes war. Als Schriftstück, das ein Arzt ausstellte, musste das Rezept gewissen Anforderungen genügen, die der Mediziner in seiner Ausbildung kennenlernte. Hierzu gab es zum einen entsprechende Literatur wie Arzneiverordnungslehren oder Bücher zur sogenannten ‚Rezeptirkunst‘, in der das Verschreiben von Arzneimitteln behandelt wurde.³⁸

Im 18. Jahrhundert entstand eine große Anzahl von Werken, wie 1760 die *Abhandlung vom Rezeptschreiben oder Anweisung zur ordentlichen Beschreibung derer Arzneimittel [...]* von Samuel Schaarschmidt. Der Autor definiert in seiner Schrift das Rezept, erläutert Maßeinheiten sowie „chymische“ Zeichen, also die damals üblichen Abkürzungen, und gibt Hinweise zum Rezeptieren verschiedener zeitgenössischer Arzneiformen. Bemerkenswert ist, dass Schaarschmidt bereits eine Dosisanpassung nach Alter und Geschlecht vornimmt.³⁹

1780 erschien von Ernst Anton Nicolai (1722–1802), der ab 1758 als Medizinprofessor an der Universität Jena wirkte, ein Werk mit dem Titel *Recepte und Kurarten nebst theoretisch-practischen Anmerkungen*. Neben der Rezeptdefinition und -funktion werden Gewichte und Maßeinheiten, Dosierungsfragen, aber auch Arzneiformen näher erläutert. Die Anordnung erfolgt in einem Frage-Antwort bzw. These-Kommentar-Schema.⁴⁰

36 Ulrich Vater / Christoph Friedrich (Hrsg.): Die Entwicklung des Apothekenwesens in der DDR. Jena und Quedlinburg 2010, S. 183–193.
37 cm/ [Armin] Eda[lat]: „Das müssen wir prüfen“. In: Deutsche Apotheker-Zeitung 165 (2022), S. 816.

38 Zur älteren Rezeptliteratur s. Jakob Büchi: Die Entwicklung der Rezept- und Arzneibuchliteratur. Zürich 1982.

39 Samuel Schaarschmidt: *Abhandlung vom Rezeptschreiben oder Anweisung zur ordentlichen Beschreibung derer Arzneimittel [...]*. Herausgegeben von D. Ernst Gottlieb Kurella. Berlin 1760.

40 Ernst Anton Nicolai: *Recepte und Kurarten nebst theoretisch-practischen Anmerkungen*. Jena 1780.

1788 erschien in Heidelberg, als Übersetzung aus dem Lateinischen, die Schrift *Anleitung Rezepte zu schreiben* von Johann Friedrich Christian Pichler. Darin werden Rezeptaufbau, Maßeinheiten, Rezeptabkürzungen und Regeln ebenso erläutert wie die zeitgenössischen Arzneiformen. Ein zweiter Teil bietet in Tabellen gebräuchliche Arzneimittel, Preise sowie Angaben zur Dosierung und Applikation.⁴¹

Zwischen 1792 und 1798 erschien in Kopenhagen in fünf Teilen ein Werk mit dem Titel *Das Rezeptschreiben* von dem vor Ort lehrenden Medizinprofessor Johann Clemens Tode (1736–1806).⁴² Wie in den bereits genannten Werken des 18. Jahrhunderts bietet auch Tode eine Rezeptdefinition und erläutert Aufbau, Einteilung, praktische Regeln, Ingredienzien, Funktion, Regeln der Arzneimittelwahl, Zeichen, Gewichte und Maßeinheiten sowie die einschlägigen Arzneiformen. Zudem vermittelt er allgemeine Regeln zum Rezeptschreiben.⁴³

Der Erfurter Apotheker und Professor Johann Bartholomäus Trommsdorff (1770–1837) verfasste 1797 ein Werk mit dem Titel *Chemische Receptirkunst oder Taschenbuch für praktische Aerzte welche bei dem Verordnen der Arzneyen Fehler in chemischer und pharmaceutischer Hinsicht vermeiden wollen*.⁴⁴ In einer Buchbesprechung bemerkte der berühmte Mediziner Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836):

„Wenn man weiß, wie groß das Bedürfniß eines solchen Buchs zum Nachschlagen bey anfangenden und auch bey älteren Aerzten ist, so ist nicht zu zweifeln, daß dieses Werk recht bald ein Vademekum jedes pract[ischen] Arztes werden wird.“⁴⁵

41 Joh. Friedr. Christ. Pichler: *Anleitung Rezepte zu schreiben*. Aus dem Lateinischen übersetzt, und von dem Verfasser selbst be-
richtigt. Heidelberg 1788.

42 Julius Pagel: Tode, Johann Clemens. In: *Allgemeine Deutsche Biographie*. Bd. 38. Leipzig 1894, S. 402f.

43 Johann Clemens Tode: *Das Rezeptschreiben*. 5 Teile. Kopenhagen / Leipzig 1792–1798.

44 Johann Bartholomäus Trommsdorff: *Chemische Receptirkunst oder Taschenbuch für praktische Aerzte welche bey dem Verord-
nen der Arzneyen Fehler in chemischer und pharmaceutischer Hinsicht vermeiden wollen*. Erfurt 1797.

45 Christoph Wilhelm Hufeland: Buchbesprechung. In: *Hufelands Journal der Heilkunde* 4 (1797), S. 369; zitiert nach Wolfgang Götz: *Biblio-
graphie der Schriften von Johann Bartholomäus Trommsdorff*. Stuttgart 1985 (Veröffentlichungen der Internationalen Gesellschaft für
Geschichte der Pharmazie; 54), S. 29.

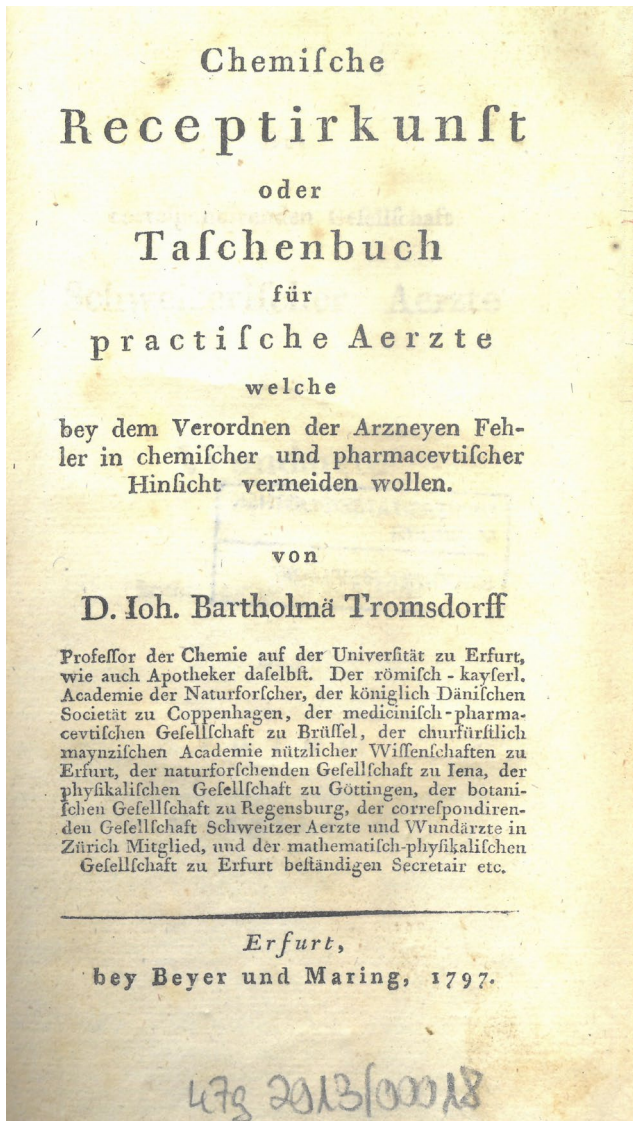


Abb. II.4: Titelblatt der Chemischen Rezeptirkunst von Johann Bartholomäus Tromsdorff. Quelle: Tromsdorff [wie Anm. 44].

Bereits 1799, nur zwei Jahre später, erschien eine zweite vermehrte und verbesserte Auflage, da die erste, „welche das medicinische Publikum mit allgemeinem Beyfall aufgenommen hat“, im Laufe eines Jahres vergriffen war.⁴⁶ Bis 1826 folgten weitere drei Auflagen und eine weitere fünfte wurde lange nach Tromsdorffs Tod, 1844 bei Georg Heubel in Hamburg, gedruckt.⁴⁷ Im Jahr 1854 kam die 6. Aufl. der *Chemischen Rezeptirkunst* – nun von Friedrich

⁴⁶ Reichsanzeiger 1798, Bd. 2, Sp. 3076, zitiert nach Götz [wie Anm. 45], S. 29.

⁴⁷ Wolfgang Götz: J. B. Tromsdorffs „Chemische Rezeptirkunst“. Bisher unbekannte Übersetzungen und Ausgaben. In: Beiträge zur Geschichte der Pharmazie 31 (1982), S. 107–110 Liedtke. [wie Anm. 16], S. 114–118.