Lukas Morscher/Martin Scheutz/Walter Schuster (Hrsg.)

Orte der Stadt im Wandel vom Mittelalter zur Gegenwart

Treffpunkte, Verkehr und Fürsorge

StudienVerlag
Innsbruck
Wien
Bozen

© 2013 by Studienverlag Ges.m.b.H., Erlerstraße 10, A-6020 Innsbruck
E-Mail: order@studienverlag.at
Internet: www.studienverlag.at

Buchgestaltung nach Entwürfen von Kurt Höretzeder
Layout und Satz: Studienverlag/Georg Toll, www.tollmedia.at
Umschlag: Studienverlag/Kurt Höretzeder, Büro für Grafische Gestaltung, Scheffau/Tirol
Umschlagabbildungen (im Uhrzeigersinn von links oben): a. *Der „Goldene Adler" in Innsbruck* (Foto Lukas Morscher), b. *Die U1 bei der Einfahrt in den „Tunnel" nach der Station „Kaisermühlen"* (Foto Peter Strobl, © Wiener Linien), c. *Das erste Innsbrucker Flughafengelände in der Reichenau* (Stadtarchiv/Stadtmuseum Innsbruck, Sign.: Ph-32143), d. *Die Rudolfstiftung in Wien* (Abb. aus M. Setz, Die Grundzüge des modernen Krankenhausbaues, Wien 1910 (Technische Praxis 2), 16f.), e. *Der Innsbrucker Flughafen in der Reichenau* (Foto-Sammlung „Kreutz", Sign.: KR/NE-3790), f. *Flughafen „Innsbruck West", ca. 1960* (Chraust, Innsbruck), g. *Vogelansicht des Landeskrankenhauses Klagenfurt 1896* (Abb. aus: P. Posch, Landeskrankenhaus Klagenfurt. Geschichte der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten des Landes Kärnten in Klagenfurt und der Klagenfurter Spitäler, Klagenfurt 1987, 30).

Gedruckt auf umweltfreundlichem, chlor- und säurefrei gebleichtem Papier.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7065-5304-9

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder in einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Lukas Morscher – Martin Scheutz – Walter Schuster
Der Ort in der Stadtgeschichte am Beispiel von Vergesellschaftung, Verkehr und Versorgung 11

I. Treffpunkte der Stadt

Werner Freitag
Städtische Märkte in der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Stadt. Topographie, Funktionalität und symbolische Kommunikation 39

Ferdinand Opll
Trennen und Verbinden. Zur praktischen und symbolischen Bedeutung des Stadttores 59

Beat Kümin
Wirtshäuser als frühneuzeitliche Kommunikationszentren 91

Andreas Weigl
Kaffeehäuser im städtischen Raum – Öffentlichkeitsräume im Kaffeehaus. Am Beispiel des „Wiener Kaffeehauses" (1780–1914) 107

Bernadette Biedermann
Das Museum als Ort der Stadt. Vom Musentempel zum Erlebnisort? 141

Anna Schober
Stadt, Kino und Selbstverortung 171

Bernhard Hachleitner
Stadion und Stadt als Orte der Moderne: Wien und das Praterstadion – ein (un)typisches Beispiel? 195

Helmut Alexander
„[…] daß den opferbereiten Südtirolern eine vollwertige Heimat im deutschen Vaterlande geschaffen werden soll". Die Wohnbauten der Stadt Innsbruck für Südtiroler UmsiedlerInnen 223

Jörg Rüter
Stadthallen – Zeugnisse der geläuterten Kulturnation und des kommunalen Neubeginns in der jungen Bundesrepublik Deutschland … und eines heute nicht nur geliebten Erbes 253

II. Verkehr

Martin Schmid
Stadt am Fluss: Wiener Häfen als sozionaturale Schauplätze
von der Frühen Neuzeit bis nach dem Zweiten Weltkrieg 275

Nikolaus Reisinger
Vom Stationsplatz zur Shopping Mall.
Der Bahnhof als Ausdruck eines veränderten Lebensgefühls 313

Hasso Spode
Flughäfen – vom Ort einer goldenen Zukunft
zum Un-Ort des Massentourismus 331

Tanja Chraust
Der Flughafen Innsbruck –
ein europäischer Regionalflughafen im Wandel der Zeit 351

Johann Hödl
Die Entwicklung des U-Bahn-Netzes in Wien 377

III. Fürsorge

Herwig Weigl
Städte und Spitäler, Arme und Almosen.
Beobachtungen aus dem späten Mittelalter.
Ein Vorspann 407

Alfred Stefan Weiss
Karitativer Stadtraum oder jeder Stadt ihr Hospital –
Anmerkungen zur frühneuzeitlichen institutionellen Armenversorgung
in österreichischen Städten und Märkten 447

Martin Scheutz
Die Persistenz schlechter Luft und der Charme der Peripherie.
Krankenhäuser in der österreichischen Stadt der Neuzeit 473

Abbildungsverzeichnis 509

Adressverzeichnis 512

Martin Scheutz

Die Persistenz schlechter Luft und der Charme der Peripherie. Krankenhäuser in der österreichischen Stadt der Neuzeit

ARBEITSKOPIE

Das Krankenhaus der Moderne unterscheidet sich von seinen karitativ-religiös ausgerichteten Großväter- und Väterinstitutionen, den mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Bürger- und Grundherrschaftsspitälern, deutlich, indem es sich – hier an die frühneuzeitlichen Blatter- und Pestspitäler anschließend – ausschließlich der Krankenpflege widmet. Das Krankenhaus der Moderne ist damit kein Ort der Fürsorge, sondern ein Ort der Diagnose, ein Ort therapeutischer Behandlung und ein Ort der medizinisch-operativen Eingriffe, was die Etablierung eines Krankenhaussystems mit Personal, mit einem eigenen Etat und mit einem differenzierten Krankenhausmanagement bedingt. Das Krankenhaus als Stätte der medizinischen Praxis, der Lehre und Forschung ist nach dem „Rückzug des Motivs der Wohltätigkeit" durch seine Einbettung „in ein gesundheitliches und soziales Dienstleistungssystem definiert".[1] Während das mittelalterliche/frühneuzeitliche Spital durch die Kapelle charakterisiert ist, rückte beim Krankenhaus die Kapelle auch baulich in den Hintergrund, weil nun die physische Heilung und nicht das Seelenheil baulich, organisatorisch und bezüglich des Endzweckes prämiert wurde. Das Krünitzsche Universallexikon definiert im beginnenden 19. Jahrhundert das „Krankenhaus" als ein „Haus, worin jemand krank liegt. In engerer und gewöhnlicherer Bedeutung, ein öffentliches Haus, ein besonderes Gebäude, oder auch eine Anstalt, wo Kranke, insonderheit arme Kranke, verpfleget und curieret werden".[2] Gegenüber den älteren Bezeichnungen „Lazarett" und „Hospital" verdient „Krankenhaus" als Begriff den Vorzug, weil „sein Begriff nicht so enge ist" (wie „Lazarett") und weniger vieldeutig (wie „Hospital") als die älteren Begrifflichkeiten. Als Präfigurierung des Krankenhauses im 19. Jahrhundert gelten die in Städten etablierten, meist von Pflegeorden eingerichteten

1 Groppi, Das Krankenhaus, 266; als kurzgefasster Überblick Eckart, Krankenhaus, 118–121; Eckart – Jütte, Medizingeschichte, 41–43.

2 Zu diesem neuen Begriff des 18. Jahrhunderts Krünitz, Encyklopädie, Stichwort: „Krankenhaus"; online: http://www.kruenitz1.uni-trier.de/ [Zugriff: 24. 6. 2012].

großen Krankenhäuser, etwa die 1605 in Feldsberg, 1614 in Wien, 1615 in Graz, 1616 (vorübergehend) in Salzburg, 1620 in Prag, 1622 in Neuburg/Donau oder 1625 in Triest gegründeten Spitäler der Barmherzigen Brüder, die unabhängig von der Nation, dem Stand und der Konfession allen Kranken offen standen und erstmals, deutlicher als die multifunktionalen Bürgerspitäler[3] zuvor, der medizinischen Versorgung gewidmet waren.[4] Bereits um 1750 bestanden über 200 Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder in Europa, meist mit 20 bis 40 Betten und aufgrund der für die Frühe Neuzeit als niedrig anzusetzenden Mortalitätsraten von 10 bis 15 % eindeutig für die akute Krankenbehandlung ausgerichtet. Eigene Krankenprotokollbücher dienten der Dokumentation und Erforschung von Krankheitsfällen, eigene im Krankenhaus angestellte Ärzte und tägliche Visiten behandelten die Erkrankten in den großen Krankensälen – in Wien wurde das Krankenhaus auch als Lehrkrankenhaus geführt[5] –, den exklusiveren Extrazimmern und den „Narrenzimmern". Räumlich differenzierten sich das Arztzimmer von den Untersuchungsräumen, dem Isolierzimmer und dem Geräteraum. Die dem spanischen/italienischen Kulturraum verpflichteten Barmherzigen Brüder wurden zudem speziell als Krankenwärter ausgebildet. Neben diesen an die mittelalterlichen „Hospitaliter" anknüpfenden Barmherzigen Brüdern und ihren öffentlichen Krankenhäusern etablierten sich aus dem Geist des Kameralismus, der Verfleißigung der Gesellschaft, der Dominanz des frühneuzeitlichen Arbeitsbegriffes sowie vor dem Hintergrund der beginnenden Urbanisierung der anwachsenden Großstädte des 18. Jahrhunderts staatliche Akutspitäler wie das 1724 gegründete Berner Inselspital, die 1727 gegründete Charité in Berlin,[6] die Londoner Spitäler (etwa 1730 St. Bartholomew's Hospital, die Royal Infirmary 1738) oder das 1748 gegründete Serafimer-Lazarett in Stockholm.[7]

Der Weg vom Hospital zum räumlich ausdifferenzierten und individualisierten Krankenhaus[8] mit klaren ärztlichen Hierarchien verlief auch im Bereich der Habsburgermonarchie nicht geradlinig. Im österreichischen Bereich entstand beispielsweise vor dem Müllegger Tor mit dem von Johann Bernhard Fischer von Erlach geplanten Salzburger St.-Johanns-Spital (gegründet 1693 von Johann Ernst Graf von Thun) ein Bau, der mit anderen gegenreformatorischen Spitalgründungen (etwa dem Würzburger Julius-Spital) mithalten konnte. Bevorzugt für Arme und Pilger intendiert und in Männer- und Frauentrakt unterteilt war dieses als geistliches

3 Weiss, Hund, 175–201; Scheutz – Weiss, Spitäler im bayerischen und österreichischen Raum, 185–229.

4 Als Überblick zu dieser, von der Forschung lange vernachlässigten Entwicklungsspur der Krankenhäuser Watzka, Vom Hospital. Zum Narrativ Skopec, Historischer Funktionswandel, 318–321.

5 Watzka, Vom Hospital, 140f.

6 Fischer, Die Charité.

7 Murken, Vom Armenhospital.

8 Als schematischen, nicht auf Quellen basierenden Überblick Jütte, Vom Hospital, 31–50. Als Standardwerk zum Entpuppungsprozess des modernen Krankenhauses siehe die Fallstudie von Dross, Krankenhaus.

ARBEITSKOPIE

Haus konzipierte Spital um eine Kapelle angelegt, eine eigene Barbara-Bruderschaft übernahm den „Liebesdienst" für Kranke und Sterbende.[9] Die Gründung der Allgemeinen Krankenhäuser durch Joseph II. brachte auf der Grundlage der „Direktivregeln"[10] von 1781 eine Entflechtung der Altersversorgung und der medizinischen Hilfe für Kranke unter staatlicher Leitung. Die „medicinische Policey", systematisiert von Johann Peter Frank (1795–1804), sah in den Krankheiten den Ursprung des Elends eines Landes und suchte Krankheiten mit staatlichen Mitteln, darunter der Schaffung von Krankenhäusern, zu verhindern.[11] Einerseits öffnete sich, am Beispiel Wien verdeutlicht, die Schiene der bürgerlichen und nichtbürgerlichen Versorgungshäuser,[12] zum anderen die Etablierung von Akutkrankenhäusern, die sich der Pflege von Kranken und nicht mehr den nun in die Siechenhäuser abgeschobenen „Unheilbaren" widmeten.

Das Wiener Allgemeine Krankenhaus wurde unter der Leitung des aus Freiburg stammenden Dr. Joseph Quarin (1733–1814) nach einer kurzen Umbauphase (aus einem Großarmen- und Versorgungshaus) 1784 in ein Krankenhaus umgewandelt, dem sich eine Gebäranstalt, eine Irrenanstalt und ab 1806 auch ein Findelhaus anschlossen. In insgesamt vier Klassen wurden in diesem für 2.000 Personen ausgelegten Haus Kranke aufgenommen,[13] die Innungen zahlten für die Gesellen und erkrankten Handwerker bis 1860 Innungspauschalen.[14] Unter der Direktion des berühmten Mediziners Johann Peter Frank nahm das Krankenhaus einen deutlichen Aufstieg: Unter anderem wurden die wöchentliche Konferenz der Primarärzte eingeführt, die Einhaltung der Speise- und Diätpläne überwacht und Pläne für eine eigene Trinkwasserleitung lanciert.[15] Allgemeine Krankenhäuser oder zumindest Bündelungen von Krankenhausfunktionen entstanden neben dem Umbau des ehemaligen, unter Leopold I. errichteten Wiener Großarmenhauses auf Ebene der Habsburgermonarchie etwa auch in Brünn (1786), Olmütz (1787), Linz (1788), Prag (1790), Padua (1798) und Budapest (1799).[16] Das 1788 bezogene Grazer Allgemeine Krankenhaus, in einem ehemaligen Haus des aufgehobenen

9 Weiss, Das St.-Johanns-Spital, 143–155 (mit weiterer Literatur).

10 Abdruck etwa bei Grois, Das Allgemeine Krankenhaus, 28–30. Eine neuere Geschichte des AKH ist immer noch ein Desiderat (Auswertung der Patientenakten, Bezug zu den anderen Wiener Krankenhäusern usw.). Einen guten Überblick bieten die Hausgeschichte der Wiener Krankenhäuser (AKH, Krankenhaus Wieden, Rudolfstiftung, Franz-Josef-Spital, Elisabeth-Spital, Stephanie-Spital, Wilhelminenspital, Rochus-Spital): N. N., Geschichtliche Angaben, 1–189.

11 Dross, Krankenhaus, 77–84.

12 Als Überblick Scheutz, „Der blaue Herrgott", 269–293.

13 Nachricht an das Publikum über die Einrichtung des Hauptspitals in Wien bei dessen Eröffnung von der Oberdirektion herausgegeben (Wien 1784), Abdruck in Grois, Das Allgemeine Krankenhaus, 57–69 (nebst Speiseordnung).

14 Baryli, Die Wiener Innungen, 88–116.

15 Grois, Das Allgemeine Krankenhaus, 81–83.

16 Hofmokl, Heilanstalten, 2; zur gescheiterten Gründung in Klagenfurt Jaksch, Die Erbauung, 83–92.

ARBEITSKOPIE

Stiftes St. Lambrecht untergebracht, war letztlich in einer baulichen Adaptation untergebracht und bestand als Krankenhaus nahezu durch das gesamte 19. Jahrhundert. Mitte des 19. Jahrhunderts wies das Grazer Haus in 16 Sälen und acht kleineren Zimmern 202 Betten auf, zwei gemeinsame Badezimmer standen den Kranken zur Verfügung. Tafeln über den Betten und sogenannte „Kopfzettel", wo Diäten und Arzneiabgaben vermerkt wurden, waren ebenso Charakteristika wie die zwei Mal täglich stattfindenden Visiten.[17] Das Grazer Allgemeine Krankenhaus wurde aufgrund gestiegener Anforderungen mehrmals an- und umgebaut, so dass 1874 93 Krankenzimmer mit insgesamt 750 Betten als Belegraum zur Verfügung standen. Die in den großen Städten entstandenen „Allgemeinen Krankenhäuser" mussten nach einer Formulierung aus 1863 „jedem Kranken ohne Unterschied der Nationalität, des Bekenntnisses und Geschlechtes, sowie jeder Krankheitsform zu jeder Zeit zugänglich sein".[18]

Nach einer aufgrund des ungenügenden, meist über Festschriften anlässlich runder Jubiläen nicht hinausreichenden Forschungsstandes zugegebenermaßen oberflächlichen Sichtung der Krankenhausentwicklung im 19. Jahrhundert lassen sich zwei wesentliche Stränge der Ausdifferenzierung der Krankenversorgung ausmachen: Meist kleiner dimensionierte, private, von Geistlichen, bürgerlichen Stiftungen oder Kommunen getragene Krankenhäuser standen den groß dimensionierten, öffentlichen und von den Ländern finanzierten Krankenhäusern gegenüber. In Linz gab es als Beispiel der langen Tradition konfessioneller Krankenversorgung um die Mitte des 19. Jahrhunderts – vor der durch einen Bürgerverein initiierten und durch die Cholera motivierten Gründung des Allgemeinen Krankenhauses – drei Ordensspitäler: Die Elisabethinen (1745 gegründet), die Barmherzigen Brüder (1757/1789) und die Barmherzigen Schwestern (1841)[19] – eine Verbürgerlichung und Säkularisierung der Krankenversorgung zeichnete sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ab, als das Linzer Allgemeine Krankenhaus 1863/1865 geschaffen wurde. Neben den Allgemeinen Krankenhäusern der größeren Städte lassen sich in den zahlreichen Kleinstädten auf dem Gebiet des heutigen Österreich auf Initiative von humanitären Vereinen,[20] von konfessionellen Gruppierungen oder von philanthropischen Einzelpersonen Gründungen von Krankenhäusern, die mitunter aus den alten Bürgerspitälern herauswuchsen oder aber in keinem Zusammenhang damit standen, nachweisen. Selbst in kleinen Märkten – wie das Beispiel des Lungauer Zentralortes Tamsweg (Salzburg) verdeutlicht – lässt sich dieser

17 Huber-Reismann, Krankheit, 299–301.

18 Anlässlich der Grundsteinlegung des Allgemeinen Krankenhauses in Linz 1863 Stadler, Vom Armee-Spital, 85.

19 Ardelt, Elisabethinen, 95–146.

20 So gründete der Knittelfelder Männer-Krankenverein 1864 einen Krankenunterstützungsverein, der den Bau eines Krankenhause (1872) forcierte, Goldmann – Hausmann, Die Städte der Steiermark 3. Teil, 75.

ARBEITSKOPIE

Entpuppungsprozess des modernen Krankenhauses anschaulich nachvollziehen. Das Tamsweger St.-Barbara-Spital, ursprünglich dem Heiligen Geist geweiht, war 1494 vermutlich neu gestiftet worden und versorgte im 18. Jahrhundert maximal 20 Frauen und Männer, die sich in der Regel in die Anstalt einkauften. Im Jahr 1732 wurde neben den beiden baufälligen Wohnstuben zusätzlich ein neues Krankenzimmer in Stand gesetzt, das über vier Betten verfügte und den Hinfälligen vom ersten Stock den Blick in die Kapelle sowie auf den Altarraum erlaubte. Im April 1793 eröffnete der lokale Verwaltungsbeamte eine Diskussion über die Notwendigkeit eines kleinen Krankenhauses, da die meist schlechten Wohnungen der Erkrankten eine entsprechende Pflege nicht ermöglichten. Man ging von der Adaptierung der Räumlichkeiten des zentral gelegenen Bürgerspitals aus und wollte auch das Nachbarhaus für diesen Zweck erwerben. Neben Schlafkammern für alte und sieche Frauen sowie Männer, Rekonvaleszente und einem „Communzimmer" für Leprose waren auch ein Badezimmer, ein Kräutergarten sowie ein Herd für die Zubereitung der Medikamente vorgesehen. Die neue Tamsweger Anstalt sollte Bürger und Bauern aufnehmen, sogar „Tollsinnige" berücksichtigen, und für den gesamten Lungau hinreichend sein. Trotz eines eigens geschaffenen Fonds konnte im Zusammenwirken mit dem Landschaftsphysikus schließlich nur ein spezielles Zimmer im Bürgerspital verwirklicht werden; weitere Pläne machten ohnedies die Koalitionskriege gegen die Franzosen zunichte. Das Spital, als Kaserne zweckentfremdet, gelangte erst wieder 1818 in den Besitz der Marktgemeinde Tamsweg und wenige Jahre später, 1825, wurde diesem Haus nunmehr tatsächlich ein Krankenhaus für verarmte Marktbewohner/innen angegliedert. Ein sogenanntes Ruralkrankenhaus für die Landgemeinden des Lungaus konnte allerdings erst beginnend mit den späten 1830er Jahren verwirklicht werden.[21] Jede größere Stadt musste zudem – vor der Schaffung von Bezirkskrankenhäusern[22] – Notkrankenhäuser stellen, die im Fall von Epidemien zu belegen waren.

Grundbestand vieler Krankenhäuser waren die alten Bürgerspitäler. Um die erkrankten Frauen und Männer von den Gesunden abzusondern und zu pflegen, ließen die Städte und Märkte in ihren Bürgerspitälern oft „ein absonnderliches zimmer" einrichten. Neben der Versorgung mit preisgünstigen Medikamenten, dem gelegentlichen Besuch des Baders und der Reichung einer besseren Kost hatten die zur Pflege eingeteilten Hausbewohnerinnen und Hausbewohner den „kranken mit

21 Zur Geschichte dieses Krankenhauses Heitzmann, Bürgerspital, 30–38, 207f.

22 Zur Einteilung in Sanitätsbezirke und zur Öffentlichkeitserklärung am Beispiel Niederösterreichischer Krankenhäuser Artner, Krankenhäuser, 9–51.

ARBEITSKOPIE

aller lieb zu dienen und auszuwartten".[23] Das Bürgerspital war vielerorts Nukleus[24] des späteren Krankenhauses: In Leoben erwuchs Ende des 18. Jahrhunderts allmählich aus dem im 14. Jahrhundert gegründeten Bürgerspital das Krankenhaus durch mehrere Stiftungen (Leobener Arzt, Testamente). Im Jahr 1805/06 widmete man den hinteren Teil des Leobener, an der Mur gelegenen Bürgerspitals in ein Krankenhaus (Krankenzimmer Männer/Frauen) um, ein Neubau war aufgrund der schwachen Finanzkraft der Stadt nicht möglich.[25] Erst 1856/57 erhielt das Haus das Öffentlichkeitsrecht, weil das Krankhaus rein aus kommunalen Mitteln nicht mehr zu betreiben war (Auszug aus dem alten Bürgerspital 1867, Stefaniespital 1889).

In Wiener Neustadt entstand ein eigenes Krankenhaus erst mit der Konstituierung des vom Wiener Neustädter Arzt Dr. Josef Fink im Jahr 1842 gegründeten „Kranken-Heil-Vereines", der die Schaffung einer 36 Betten umfassenden Krankenabteilung im Bürgerspital durchsetzte.[26] Jeder Bürger aus Wiener Neustadt musste dafür monatlich zwölf Kreuzer bezahlen, dafür wurden ab 1849 Dienstleute im Erkrankungsfall kostenlos versorgt. Schließlich wurde 1856 die Krankenabteilung des Bürgerspitals zum allgemeinen öffentlichen Krankenhaus erklärt, erst 1869 ging die Verwaltung des Krankenhauses zur Gänze an die Stadt über. Nach langen Verhandlungen entstand am Wiener Neustädter Corvinus-Ring ab 1885 schließlich ein eigenes, 120 Betten umfassendes Krankenhaus, das finanziert von der städtischen Sparkasse 1889 eröffnet wurde.[27]

Auch anderswo finden sich private, vielfach an alte Handwerksversorgungsmodelle anknüpfende, klein dimensionierte Krankenhausgründungen: In Dörfl bei Vöcklabruck gründete der Besitzer der Herrschaft Wartenburg ein Privatkrankenhaus, das 1853 von der Stadt Vöcklabruck übernommen und seit 1858 als öffentliches Krankenhaus geführt wurde.[28] Im Jahr 1826 entstand in Braunau die Anstalt des „Liebesvereines" zur Heilung schwerkranker Dienstboten und Handwerksgesellen. Joseph Brenner Ritter von Felsach gründete 1840 ein Krankenhaus in (Bad) Ischl,[29] der Verein „Bruderliebe" 1862 eine Anstalt in Wels.

ARBEITSKOPIE

23 Scheutz – Weiss, Österreichische Spitalordnungen, Edition Nr. 105 (Instruktion für das Spital und Armenhaus in Lambach, 1691 Juni 24).

24 Als Beispiel Kitzbühel, wo das Bürgerspital zum Hl. Geist bis 1966 (Bau des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt) in Verwendung stand, Huter – Palme – Pizzinini, Die Städte Tirols, 142; siehe auch Rabl, 600 Jahre Bürgerspital, 26–31.

25 Weiss, „Den Kranken zum Heile", 31–46; Huber-Reismann, Leoben, 69–77.

26 Gerhartl, Wiener Neustadt, 391f.; Artner, Krankenhäuser, 150–156.

27 Pinczolits, Krankenhaus der Stadt Wiener Neustadt, o. S.

28 Sturmberger, Vom „Hospital", 242f.; als Fallbeispiel Niederdorfer, Das bürgerliche Krankenhaus, 41–44.

29 Strobl, Das Allgemeine Krankenhaus, 570–573.

Die Entwicklung der Krankenhäuser im Spannungsfeld von städtischer Obrigkeit und staatlicher Medikalisierung

Armen- und Krankenfürsorge galten schon den Städten des Mittelalters und der Frühen Neuzeit als Repräsentationsfläche guter städtischer Regierung,[30] noch im 19. Jahrhundert waren es vielfach dem regierenden Haus nahestehende Personen oder adelige Philanthropen, die für die Stiftung von Krankenhäusern aufkamen: Anlässlich der Geburt des Thronfolgers, im Kontext von Regierungsjubiläen Kaiser Franz Josefs oder als Dedikation an das Herrscherhaus entstanden (Jubiläums-)Spitäler. Im 20. Jahrhundert ersetzten schließlich die städtischen/staatlichen Vertreter bei rituellen Eröffnungen (und deren Manifestation über Gedenktafeln) den fürsorglichen Landesfürsten im Sinne einer „guten Regierung".[31]

Nach einem Begriff von Michel Foucault (1926–1984) fand die als punktuelles Ereignis gedeutete „Geburt der Klinik"[32] und die Erfindung eines neuen ärztlichen diagnostizierenden Blickes im späten 18. Jahrhundert statt, verdeutlicht an der auf Überwachung, Isolierung und Darstellung sozialer Hierarchie ausgerichteten Architektur der Allgemeinen Krankenhäuser. Diese neuen Einrichtungen dienten einer Verräumlichung des Pathologischen, indem diese Institutionen eine Absonderung der Kranken von der Gemeinschaft und eine Zentralisierung der Kranken, aber auch eine binnendifferenzierende Klassifizierung der Krankheit bewirkten. Das Krankenbett als neuer Ort der Diagnose, die systematisch betriebene Untersuchung der Leichen, eine neue ärztliche Fachsprache, die Operationsmedizin und die wissenschaftliche „Enthüllung" des Körperinnenraumes waren Resultanten der Einrichtung von Krankenhäusern: Die Ursache der Krankheiten aus der Vielfalt der Symptome durch den Arzt zu destillieren, einen neuen Blick auf Wahrnehmung von Krankheit zu generieren und eine Ausbildungsstätte zur Prävention gegen Krankheiten zu werden, war deklariertes Ziel der neuen Krankenhäuser.

Neben den diskursgeschichtlichen Untersuchungen Foucaults versuchte man die auch im Sinne von Sozialdisziplinierung[33] geschaffenen Krankenhäuser mit dem Begriff der Medikalisierung zu fassen, der den freilich nicht als umfassend zu verstehenden Versuch des neuzeitlichen Staates beschreibt, allen Schichten der Bevölkerung medizinisches Angebot im Sinne der Erhaltung der Arbeitskraft und der Vermeidung von Armut zukommen zu lassen. Die über Impfungen (etwa dem Schulbeispiel der Pockenimpfung) medikalisierten Körper wurden von neuen Heilspezialisten (im

30 Als Beispiel siehe die Beiträge in folgenden Bänden: Johanek, Fürsorgewesen; Kirchgässner – Sydow (Hg.), Stadt und Gesundheitspflege.

31 Am Beispiel des Bürgermeisters von Waidhofen/Ybbs Dr. Theodor Plenker und der Eröffnung des Krankenhauses (1910) Maier, Waidhofen a. d. Ybbs, 232f.

32 Foucault, Die Geburt der Klinik.

33 Finzsch – Jütte, Institutions of Confinement.

ARBEITSKOPIE

Gegensatz zu den verdrängten nichtakademischen Heilern) behandelt, die allmählich auch neue Behandlungsmethoden wie Operationen und neue Verfahren der Geburtshilfe zur Anwendung brachten.[34] Gesundheit als der Schrittmacher kommunaler Fürsorgebemühungen avancierte neben Hygiene im 19. Jahrhundert, dem Zeitalter des epidemiologischen Überganges in der Stadt, angesichts hoher Sterblichkeit und der Seuchen (etwa Cholera) in den Industriestädten zu einem Leitbegriff des öffentlichen Lebens.[35] Umgekehrt gab es jenseits der staatlich-ärztlichen Anstrengungen ein großes Bedürfnis vor allem der pauperisierten Bevölkerung (Dienstboten, Handwerksgesellen) nach medizinischer Versorgung. Die nun medikalen Krankenhäuser kämpften lange mit dem Geruch der Armenanstalt und eroberten sich erst langsam – gefördert auch von adelig-landesfürstlichen Krankenhausstiftungen – ein bürgerliches Publikum.[36] Nach einem Vorschlag von Francisca Loetz, der den nach Verschwörung klingenden Disziplinierungsansatz des Staates auf den Untertan (Medikalisierung) überwinden sollte, kam der „medizinischen Vergesellschaftung"[37] des 19. Jahrhunderts im Sinne eines Aushandlungsprozesses große Bedeutung zu, was viele Folgeeffekte zeitigte: Einerseits wurde Krankheit verstärkt als politisches Problem gesehen, dem es durch organisatorisch-finanzielle Anstrengungen öffentlicher Fürsorge entgegenzutreten galt. Andererseits entwickelten sich die Ärzte von einem gelehrten Stand zu einer sich in der Praxis beweisenden Profession und zu Experten der Hygiene.

Die Medikalisierung der Gesellschaft im Bereich der Krankenhäuser erfolgte in der Habsburgermonarchie vielfach erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die gängigste Behandlungsform der sich entwickelnden „Volksgesundheit" blieb die private Pflege, die lange noch als soziale Einrichtungen rezipierten Krankenhäuser standen aufgrund hoher Mortalitätszahlen[38] und hoher Anfälligkeit für Infektionen lange Zeit im Geruch „Pforten zum Tod" zu sein.[39] Theodor Billroth, Nestor der Wiener medizinischen Schule, erklärte noch 1860 über den gefährlichen „Hospitalismus": „Ein Spital wird man nur dann wählen, wenn die Verhältnisse es durchaus nicht anders gestatten".[40] Noch weit ins 19. Jahrhundert hinein waren die Krankenhäuser Ort der Wiederherstellung der für die industrielle Arbeit essentiellen Arbeitskraft, umgekehrt aber auch ein Ort der Pflege und des Sterbens.

34 Eckart – Jütte, Medikalisierung, 243–249.
35 Als kurzgefasste Problemskizze Labisch – Vögele, Stadt und Gesundheit, 396–424.
36 Zur Krankenhaus als „Nebenprodukt der Industrialisierung" Göckenjan, Kurieren, 214–237, bes. 215.
37 Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 253–316.
38 Bolognese-Leuchtenmüller, Bevölkerungsentwicklung, 261: 1880 wurden insgesamt 210.453 Personen (153.932 in öffentlichen/56.521 in privaten Krankenhäusern) „entlassen", davon starben 12,74 %, also 26.815 Patienten (20.251 öffentlich/6.564 privat). Im Jahr 1910 wurden 634.873 Patienten (514.544 öffentlich/ 120.329 privat) „entlassen", davon starben 7,35 %, also 46.655 Patienten (38.540 öffentlich/8.048 privat).
39 Vögele, Sozialgeschichte, 343.
40 Artner, Krankenhäuser, 159.

ARBEITSKOPIE

Vor dem Hintergrund der Aufhebung der Grundherrschaften und der Konstitution der Gemeinden nach 1848 kamen den neu geschaffenen Gemeinden neue Aufgaben auch im sozialen Bereich zu. Krankenhäuser entstanden neben den städtischen Banken – und vielfach mitfinanziert von den städtischen Sparkassen – allerorts, wenn auch die Kommunen bald an die Grenzen der Finanzierbarkeit stießen, so dass die Länder einspringen mussten. Die Krankenhauslandschaft des 19. Jahrhunderts gliederte sich nach einem Erlass von 1856 in öffentliche und private Krankenhäuser,[41] wobei sich öffentliche, vom Land (Landesfonds) finanzierte Krankenhäuser als Heilstätten, die gleichermaßen für einheimische wie fremde Kranke zuständig waren, erklären mussten. Der Ersatz der Ausgaben auf der Grundlage der Verpflegungskostensätze bedeutete für die öffentlichen Krankenhäuser große finanzielle Abhängigkeit vom jeweiligen Landesfonds, ermöglichte aber auch die Aufnahme von Zahlungsunfähigen.

Das zwischen den Sanitätsbezirken und dem Land ausgehandelte Öffentlichkeitsrecht wurde den meist in Städten gelegenen Krankenhäusern, wie das Beispiel des heutigen Niederösterreich zeigt, zögerlich erteilt: In den 1850er Jahren erhielten Hainburg (1856 öffentlich), Horn (1851), Klosterneuburg (1856), Korneuburg (1856), Krems (1856), St. Pölten (1856) und Wiener Neustadt (1856) das Öffentlichkeitsrecht.[42] In den 1860er Jahren folgten Waidhofen/Thaya (1863) und Waidhofen/Ybbs (1864), in den 1870er Jahren Hollabrunn (1877), Stockerau (1873), Zwettl (1873), in den 1880er Jahren Baden (1885), Melk (1881) und Mödling (1882), in den 1890er Jahren Allentsteig (1894), Eggenburg (1896), Neunkirchen (1896) und nach 1900 schließlich Amstetten, Bruck/Leitha, Lilienfeld (als erstes echtes, von allen Gemeinden des Bezirkes unterhaltenes Bezirkskrankenhaus), Mistelbach und Scheibbs.

Nach dem Reichssanitätsgesetz vom 30. April 1870 kam dem Staat (bzw. in weitere Folge den Ländern) die „Oberaufsicht über das gesammte Sanitätswesen und die oberste Leitung der Medicinalangelegenheiten" zu.[43] Schon die Gewerbeordnung von 1859 sah bei gefährlichen Betrieben die Schaffung von Betriebskassen zur Versorgung Kranker vor, Dienstgeber von Dienstboten mussten durch einige Woche für ihre kranken Bediensteten aufkommen. Im Jahr 1887 wurden die Unfallversicherung und 1888 (mit Gültigkeit 1889) die soziale Krankenversicherung gesetzlich eingeführt, womit die Verpflegskosten für Mitglieder übernommen werden mussten. Öffentliche Spitäler hoben neben allen erforderlichen Voraussetzungen zur Heilung und Pflege von Kranken fixe Verpflegstaxen ein, die im Fall der Uneinbringlichkeit (auch vom Arbeitgeber, Angehörigen, aus den Mitteln der eigenen Pension) vom

41 Melichar, Krankenanstalten, 245–250; Artner, Krankenhäuser, 52.
42 Artner, Krankenhäuser, 10. Die Daten der Ernennung zum öffentlichen Krankenhaus nach Artner.
43 Gesetz vom 30. April 1870 (Reichssanitätsgesetz), Abdruck in Praschinger, Wiener Krankenanstalten, 2, 48–53. Immer noch ein wichtiger Überblick bei Daimer, Handbuch.

ARBEITSKOPIE

jeweiligen Landesfonds bezahlt werden mussten.[44] Für die nicht immer friktionsfrei verlaufende Finanzierung der öffentlichen, auch in ihrer Rechnungslegung kontrollierten Krankenhäuser waren die Länder zuständig, weshalb beispielsweise in Wien nicht die Stadt, sondern die niederösterreichische Statthalterei verantwortlich zeichnete. Der Wiener Krankenanstaltsfonds, ursprünglich gespeist aus den Vermögen der aufgelassenen Klöster, übernahm die Betriebsauslagen, die nicht durch die insgesamt geringen Einnahmen von den Kranken der Wiener Krankenhäuser (auch durch Abkommen mit ausländischen Staaten geregelt) gedeckt wurden. Während die öffentlichen Spitäler große Bettenkapazitäten aufwiesen, stellten die in Wien deutlich überrepräsentierten privaten Spitäler kleine Strukturen für die Krankenversorgung zur Verfügung. Im Jahr 1911 standen 5.515 öffentliche 2.200 privaten Betten (also ein Verhältnis von 71 % zu 29 %) gegenüber.

Stationäre Krankenpflege war in den Bürgerspitälern meist eine weibliche Tätigkeit, doch werden neben den Aufwärterinnen (Siechendirnen) regelmäßig auch schon Aufwärter (Siechenknechte) erwähnt. Eine spezielle berufliche Vorbildung für dieses Berufsfeld kennt erst das 19. Jahrhundert.[45] Lange Zeit mussten in den Bürgerspitälern die Insassen bei der Pflege der Kranken mithelfen. Die Krankenhäuser des 19. Jahrhunderts verfügten meist schon über systemisierte Pflegekräfte. In der Entwicklung des Pflegepersonals lässt sich eine allmähliche Vergeistlichung des Personals zeigen. Während um 1830 im Bereich des heutigen Österreich noch fünf Mal so viele weltliche Pfleger die Kranken pflegten als geistliche, behielten die geistlichen, mit dem Arbeitsbegriff der „Nächstenliebe" operierenden Pfleger (vor allem die Barmherzigen Schwestern sowie neue Pflegeorden) um 1900 die Oberhand – das noch nicht durch Schulung geprägte Berufsbild hatte sich zudem verweiblicht.[46] Die schlecht bezahlten Wärterinnen mussten meist im Krankensaal „wohnen" und dort auch ihre Freizeit verbringen, um die Personalkosten niedrig zu halten. Der Wundarzt wurde zunehmend durch den Sekundararzt ersetzt; einheitliche Hausordnungen legten Tätigkeiten für den Verwalter und die Patienten fest.[47] Das Verhältnis von Ärzten und Patienten bestand 1911 im Regelfall in einer Relation von einem Arzt zu drei bis höchstens vier Pflegerinnen/Pflegern.[48]

ARBEITSKOPIE

44 Artner, Krankenhäuser, 52–61. Zur gegenwärtigen Situation (aus der Sicht des Rechnungswesens) Laimböck, Die soziale Krankenversicherung.

45 Siehe Vanja, Aufwärterinnen, 9–24. Am Beispiel der Bürgerspitäler Scheutz, Ausdifferenzierungsprozess, 121–153. Siehe für das 19. Jahrhundert Walter, Pflege.

46 Walter, Pflege, 72–85.

47 Artner, Krankenhäuser, 68–70.

48 Hofmokl, Heilanstalten, 292–309 (Stand 1911): NÖ 600 Ärzte, 1.994 Pfleger; Oberösterreich 83 Ärzte, 352 Pfleger; Salzburg 43 Ärzte, 127 Pfleger; Steiermark 189 Ärzte, 687 Pfleger; Kärnten 38 Ärzte, 154 Pfleger; Tirol 109 Ärzte, 482 Pfleger; Vorarlberg 7 Ärzte 27 Pfleger.

Tabelle 1: Öffentliche und Private Spitäler für Wien (Stand 1911).

Öffentliche Spitäler	B.	Ä/Pf	Private Spitäler	B.	Ä/Pf.
Allgemeines Krankenhaus	2.000	125/380	Barmherzige Brüder	350	10/48
Krankenhaus Wieden	570	44/101	Elisabethinen	90	3/18
Kaiser Franz-Joseph Spital	726	49/164	Klosterspital Schwester von Franz von Assisi	80	6/16
Kaiserin Elisabeth-Spital	530	35/101	Spital der Barmherzigen Schwestern von Gumpendorf	100	4/22
Kronprinzessin Stephanie-Spital	108	5/26	Maria Theresien-Frauen-Hospital	35	4/12
Wilhelminen-Spital	437	25/142	Krankeninstitut für Handlungskommis	20	2/4
St. Rochus-Spital	94	6/16	Allgemeine Poliklinik	138	27/25
Erzherzog Sophie-Spital-Stiftung	190	10/47	Spital israelitische Kultusgemeinde	170	19/37
Rudolf-Stiftung	860	48/130			
			Evangelisches Diakonissenhaus	40	5/8
			Krankenhaus der Wiener Kaufmannschaft	130	8/32
			Rudolfinerhaus	100	5/40
			Kinderspitäler	4/97	35/99
			Sanatorien	450	41/141
Summe	**5.515**	**347/1.107**	**Summe**	**2.200**	**169/502**

Siglen: B = Betten; Ä/Pf = Ärzte/Pflegepersonal; Quelle: Hofmokl, Heilanstalten, 292.

ARBEITSKOPIE

Auf Ebene der Habsburgermonarchie gab es 1911 insgesamt 58.332 Betten in 696 Krankenhäusern, davon 42.422 Betten (72,73 %) in 270 öffentlichen und 15.910 (27,27 %) in 426, meist klein dimensionierten privaten Krankenhäusern (55 Werk- und Fabrikkrankenhäuser, 51 Krankenhäuser geistlicher Orden, 24 Anstalten für jüdische Patientinnen und Patienten sowie 70 Privatsanatorien), wobei auf dem Gebiet des heutigen Österreich lediglich das Bundesland Salzburg in jedem politischen Bezirk ein Krankenhaus aufwies.[49] Mehr als zwei Drittel der Krankenhausbetten standen in öffentlichen Krankenhäusern. In den 1910er Jahren wies die

49 Zur Sanitätsstatistik (etwa auch die Bedeutung des Sanitätsrates) Bolognese-Leuchtenmüller, Bevölkerungsentwicklung, 150–153.

Habsburgermonarchie ein Krankenhaus pro 40.000 Einwohner auf; Salzburg (8.000 Einwohner/Krankenhaus) und Oberösterreich (15.000) erscheinen überdurchschnittlich aufgrund vieler kleiner Krankenhäuser versorgt. Öffentliche Spitäler waren im Durchschnitt größer als private Spitäler, der Versorgungsgrad an Krankenhäusern war deutlich gestiegen. Während in Niederösterreich etwa 1830 noch auf 500 Einwohner ein Krankenhausbett entfiel, war das Verhältnis 1870 bereits auf 1:350 und 1910 auf 1:330 gestiegen. Ähnlich verliefen die Kurven in den erbländischen Teilen der Habsburgermonarchie (Steiermark 1870 1:800, 1910 1:260).[50] Als Vergleich sei angemerkt, dass man für die multifunktionalen frühneuzeitlichen Spitäler beispielsweise für die Steiermark um 1750 ein Verhältnis von einem Spitalplatz pro 530 Einwohner errechnet hat.[51]

Tabelle 2: Bettenzahl pro öffentliches/privates Krankenhaus im Jahr 1911 auf dem Gebiet des heutigen Österreich.

	Öffentliche Krankenhäuser					**Private Krankenhäuser**				
	Bis 50	**51–150**	**151–300**	**Über 300**	**Summe**	**Bis 50**	**51–150**	**151–300**	**Über 300**	**Summe**
Niederösterreich	11	10	5	7	33	21	18	2	1	42
Oberösterreich	5	5	3	1	14	29	7	-	-	36
Steiermark	-	8	7	2	17	36	6	2	-	44
Salzburg	1	1	-	1	3	23	-	-	-	23
Tirol/Vorarlberg	4	12	3	2	21	13	11	-	-	24
Kärnten	-	1	1	1	3	13	2	-	-	15
Summe	21	37	19	14	**91**	135	44	4	1	**184**

Quelle: Hofmokl, Heilanstalten, 23.

Die Patientenstruktur der Krankenhäuser des 20. Jahrhunderts erfuhr im Vergleich zum 19. Jahrhundert eine deutliche Veränderung, wie sich etwa am Beispiel der Wiener Rudolfstiftung gut zeigen lässt. Während die Rudolfstiftung 1884 860 und nach dem Neubau der Rudolfstiftung 1984 fast unverändert 870 Betten aufwies,[52]

50 Hofmokl. Heilanstalten, 24: Betten pro Einwohner (Stand 1911): Salzburg 1:240, Oberösterreich 1:290, Niederösterreich 1:330, Steiermark 1:260, Kärnten 1:300, Tirol 1:240, Vorarlberg 1:560; als Vergleich Galizien 1:1.100.

51 Watzka, Arme, 35.

52 Als Vergleich die Abteilungsstruktur der Krankenanstalt Rudolfstiftung im Jahr 1884: 3 Medizinische Abteilungen (446 Betten), 2 Chirurgische Abteilungen (174), 1 Gynäkologische Abteilung (28), 1 Augenabteilung (58), 1 Hautabteilung (154); im Jahr 1984: 3 Medizinische Abteilungen (281 Betten), 2 Chirurgische Abteilungen (136), 1 Neurochirurgische Abteilung (58), 1 Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung (105), 1 Hautabteilung (73), 1 Augenabteilung (73), 1 Neurologische Abteilung (34), 1 Urologische Abteilung

ARBEITSKOPIE

zeigen sich deutliche Änderungen bei der durchschnittlichen Verweildauer: 32 Tage (1884) gegen 9,3 Tage (1984), beim durchschnittlichen Alter der Aufgenommenen 34,74 Jahre (1884) gegen 54,53 (1984), beim durchschnittlichen Alter der Gestorbenen 37,43 Jahre (1884) gegen 76,75 Jahre (1984) und generell bei der Zahl der Operationen, wo 222 Operationen des Jahres 1884 rund 22.556 Eingriffen des Jahres 1984 gegenüberstanden. Standen 1884 noch Geschlechtskrankheiten an erster Stelle, gefolgt von der „Wiener Krankheit"[53] Tuberkulose, Skabies (Krätze) und Bronchitis sowie Rheuma. In den 1980er Jahren rangierten dagegen Magen-, Darm-, Herz- und Gefäßerkrankungen an erster Stelle. Während 1884 nur 2.000 Personen ambulant betreut wurden, waren es 1984 schon 207.000, was sich auch in einem deutlichen Anwachsen des Personals (1884: 143 Personen, 1984: 1.348) niederschlägt. Untersucht man die Krankenstatistiken der Habsburgermonarchie, dann mussten 1910 folgende Krankheiten im Durchschnitt behandelt werden: 10 % aller Krankheitsfälle betrafen Verdauungsorgane, 10 % Atmungsorgane, 8 % Verletzungen, 8 % Augenerkrankungen, 6 % syphilitische Erkrankungen, 5,5 % Tuberkulose, 2 % Krebserkrankungen.[54]

Die Frequenzdaten der Krankenhäuser im 19. Jahrhundert verdeutlichen, dass die Entwicklung vom mittellosen Patienten zu den „wirtschaftlich höher stehenden Bevölkerungsschichten"[55] in den 1880er bis 1900er Jahren vollzogen wurde. Im Jahr 1870 gab es in Niederösterreich (damals Wien und Niederösterreich) 55.912 Krankenaufnahmen, im Jahr 1910 dagegen schon 152.426; in der Steiermark 1870 noch 15.179, dagegen 1910 schon 54.201. Damit trat eine Verdreifachung der Patientenzahlen innerhalb von 40 Jahren auf. Ähnlich verlief die Entwicklung im Linzer Allgemeinen Krankenhaus: Im Jahr 1876 kamen 1.166 (1883: 1.781) Aufnahmen auf insgesamt 32.132 Verpflegstage (1883: 40.528).[56] Die ersten Operationen lassen sich in Linz für 1890 265 (1901: 1.201) nachweisen bei sinkender Tendenz an Verpflegstagen (in den 1870er Jahren noch über 30 Tage, dagegen 1912 rund 25 Tage). In der Habsburgermonarchie traten 1910 auf je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner durchschnittlich 242 Kranke auf.

ARBEITSKOPIE

(68), 1 HNO-Abteilung (34), 1 Anästhesiologie-Institut (8). Alle Angaben zum Folgenden aus Stacher, Wiener Spitäler, 21–25.

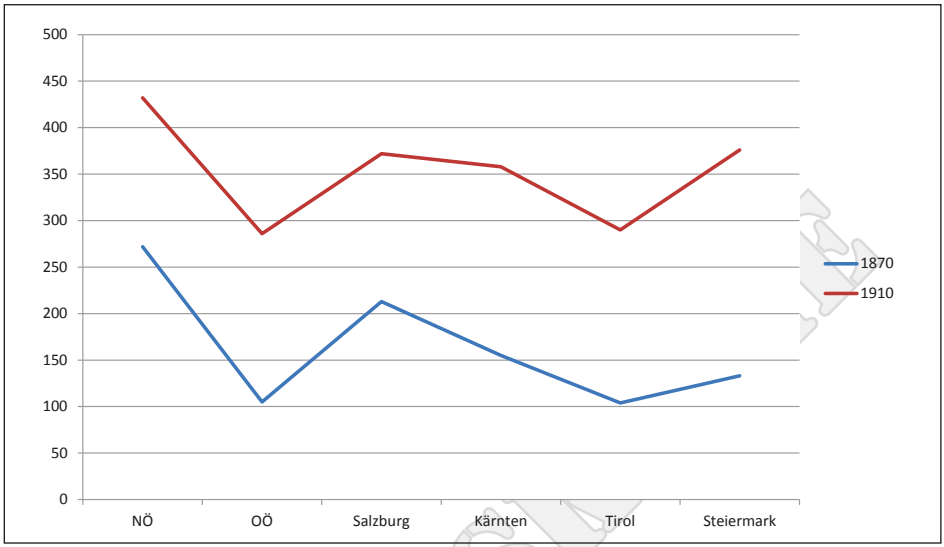
53 Dietrich-Daum, Die „Wiener Krankheit".

54 Hofmokl, Heilanstalten, 26.

55 Ebd. 25.

56 Stadler, Vom Armee-Spital, 92f.

Tabelle 3: Durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer pro 10.000 Einwohner (1870 und 1910) auf dem Gebiet des heutigen Österreich.[57]



Quelle: Hofmokl, Heilanstalten, 25.

Die beruflich-soziale Zusammensetzung der zur Hälfte unter 40 Jahre alten Patienten in den österreichischen Krankenhäusern des 19. Jahrhunderts belegt deutlich unterschiedliche berufliche Nutzungskonzeptionen von Männern und Frauen. Während die durchschnittliche Patientin eine Dienstbotin war, repräsentiert sich der durchschnittliche männliche Patient als Angehöriger der industriellen Produktion, etwa als Arbeiter ohne bestimmte Angabe (etwa Fabriksarbeiter, Hilfsarbeiter, Tagelöhner) oder als Handarbeiter in Gewerbebetrieben (Baugewerbe, Textilgewerbe, Beköstigung). Urbanisierungsphänome (Mobilität, Industrialisierung), mangelnde Familieneinbindung am Arbeitsort, aber auch hohe berufliche Erkrankungsgefahr bestimmten die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten wesentlich mit, ein Großteil der in Wiener Krankenhäusern behandelten Personen (rund 73 %) war ledig (1894 36.067 Ledige zu 13.230 Verheirateten).[58] Im Jahr 1890 stammten nur rund 45 % der überwiegend katholischen Wiener Patienten auch bezüglich ihres Geburtsortes aus Wien.[59] Auch für Wien, dessen frühe statistische Abteilung des Magistrats differenzierte Aussagen erlaubt, lässt sich eine langsame

57 Hofmokl, Heilanstalten, 25: Krankenhausaufenthalt pro 10.000 Einwohner: Niederösterreich 272 (1870) 432 (1910); Oberösterreich 105 (1870), 286 (1910); Salzburg 213 (1870), 372 (1910); Kärnten 155 (1870), 358 (1910); Tirol 104 (1870), 290 (1910); Vorarlberg 104 (1870), 146 (1910); Steiermark 133 (1870), 376 (1910).

58 Jb der Wiener k. k. Krankenanstalten 3 (1894) 346f.

59 Höll, Krankenhäuser, 78.

Angleichung von städtischer Population und Krankenhauspopulation konstatieren.[60] Die lange von der Unterschicht geprägte Krankenhauspopulation glich sich allmählich der Struktur der Stadtbevölkerung an, wenn auch der Klinikaufenthalt noch im 19. Jahrhundert keine Normalität darstellt. Die Kranken nahmen also aktiven Anteil am Medikalisierungsprozess, das ständisch differenzierte (Zahlabteilung) Krankenhaus bediente eine gesellschaftliche Nachfrage. Die Anzahl der behandelten Frauen und der Anteil der Alten und Kinder an den behandelten Personen nahmen ständig zu.

Tabelle 4: Berufszusammensetzung der in Wiener Krankenanstalten aufgenommenen Männer/ Frauen 1894, 1900 und 1910.

	1894			**1900**			**1910**		
Berufsgruppe	Männer	Frauen	Summe	M.	F.	S.	M.	F.	S.
Landwirtschaft (I)	885	347	1.232	1.001	495	1.496	1.594	927	2.521
Arbeiter (Fabriks-, Hilfsarbeiter, Tagelöhner (II)	6.824	3.271	10.095	5.730	3.844	9.574	6.513	6.083	12.596
Handarbeiter (Bekleidung, Beköstigung, Holzindustrie, Metall-, Textil-, Baugewerbe, Sonstiges) (III)	14.354	5.832	20.186	14.618	6.375	20.993	15.978	9.735	25.713
Handel und Transport (IV)	3.522	1.136	4.658	4.715	2.093	6.808	7.293	4.348	11.641
Liberale Berufe (Beamte, Privatbeamte, Studenten) (V)	2.100	1.104	3.204	2.363	1.395	3.758	3.350	2.608	5.958
Dienstboten (VI)	469	8.211	8.680	788	9.136	9.924	577	9.284	9.861
Prostituierte (VII)	0	1.562	1.562	0	1.533	1.533	0	332	332
Private (VIII)	2.453	3.916	6.369	2.139	4.280	6.419	3.224	5.848	9.072
Summe	30.607	25.379	**55.986**	31.354	29.151	**60.505**	38.529	39.165	**77.694**

Quelle: Jb der Wiener k. k. Krankenanstalten 3 (1894), 346f.; ebd. 9 (1900), 150f.; 19/20 (1910/11), 144f.

60 Erhoben an einem Fallbeispiel Leidinger, Krankenhaus. Vergleichend untersucht bei Stollberg – Tamm, Die Binnendifferenzierung.

ARBEITSKOPIE

Trockene Bauplätze an der Peripherie der Städte

Sowohl die bauliche Ausgestaltung im Spannungsfeld von dezentralem Pavillon- versus Korridorsystem als auch die Wahl der Standorte unterlag lange den Prämissen der auf der Vorstellung von „verpesteter Luft" gründenden Miasmenkonzeption. Noch die für Wien geltenden „Sanitäre[n] Grundsätze für den Neubau oder Adaptirungsbauten von Krankenhäusern"[61] statuierten 1881, dass sich die Größe des Bauplatzes nach der Anzahl der unterzubringenden Kranken zu richten habe, wobei zwischen Nicht-Infektuösen (pro Kranken 30–50 m²), Sonderkrankenhäusern (etwa für Lupuskranke, Lungenkranke, Kinder und Säuglinge etc.) und Infektiösen (pro Kranken nicht unter 50 m²) unterschieden wurde. Die Anlage der Krankenhäuser sollte dezentral an der Peripherie sein, „ringsum frei und am äusseren Umfange der Ortschaft, entfernt von geräuschvollen Plätzen und Strassen, vom Betriebe lärmender Gewerbe, von Erzeugungsstätten übelriechender oder gesundheitsschädlicher Dämpfe, von Friedhöfen, Sümpfen und stagnirenden Wässern".[62] Jenseits von eng bebauten Stadtteilen, dezentral und doch für die Stadtbevölkerung gut erreichbar, suchte man die Krankenhäuser anzusiedeln. Nach den niederösterreichischen Vorschriften sollte für jedes Bett 38 m³ Luftraum angesetzt werden, eine Bodenfläche von 7,5 m²/Bett bzw. 2 m² Tagraum/Patienten bediente die Raum-/Luft-Konzepte der Krankenhäuser im 19. Jahrhundert.[63] Max Setz, oberster Bauherr der Wiener k. k. Krankenanstalten, kleidete die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts herrschende Miasmenlehre und den zeittypischen Hygienediskurs in Worte: „Eine möglichst reichlich bemessene Grundfläche in einer Lage, wo reine, gute Luft gesichert ist, bleibt für ein Krankenhaus stets von höchstem unveränderlichen Werte".[64]

Die Welt der Kranken und der Gesunden begann sich durch die dezentrale Lage der neuen Krankenhäuser stadträumlich – anders etwa als in der Frühen Neuzeit – verstärkt zu trennen. Aus der Sicht der epochenübergreifenden Spitalforschung ist die räumliche Marginalisierung der Krankenhäuser im 19. Jahrhundert fast ein Déjà-vu, weil die Spitäler/Krankenhäuser damit nach einem innerstädtischen Intermezzo in der Frühen Neuzeit wieder an den mittelalterlichen Rand der Stadt gerückt wurden. Die neugeschaffenen Krankenhausbauten sollten neben Gartenflächen und einer guten Wasserversorgung bzw. Entwässerung auf trockenen und „durchlässigen" Bauplätzen errichtet werden, unter Vermeidung von angeschüttetem Untergrund, „nicht auf ehemaligen Friedhöfen oder Aasplätzen",[65] und vor

61 Jb der Wiener k. k. Krankenanstalten 1 (1892), 979–984.
62 Jb der Wiener k. k. Krankenanstalten 1 (1892), 979–984, hier 980.
63 Hofmokl, Heilanstalten, 19.
64 Setz, Die Grundzüge, 10; ähnlich Prausnitz, Anforderungen, 379.
65 Jb der Wiener k. k. Krankenanstalten 1 (1892), 979–984, hier 980.

ABBRUCHKODEX

Überschwemmungen gesichert. Die Ausrichtung des zu bauenden Krankenhauses sollte gegen die „herrschenden" Winde liegen, damit „durch diese der Anstalt keine gefährlichen Dünste und Miasmen, überhaupt keine unreine Luft zugeführt werden können".[66] Der konfliktreiche Diskurs um die zu erzielende Qualität von Krankenhausneubauten erscheint von Ärzten und Technikern (Architekten, Bautechnikern) geprägt, als dessen Ziel die Etablierung von Hygiene und die Senkung der anfänglich hohen Mortalitätsquoten in den Krankenhäusern als Minimalkonsens von Technikern und Ärzten resultierte.[67] Die Projektierungen sollten nach den idealtypischen Vorstellungen der Krankenhausspezialisten gemeinsam von Ärzten und Ingenieuren vorgenommen werden. Der Architekt müsse neben ästhetischen Werten, so Max Setz, „von dem Wesen und dem Werte der Hygiene durchdrungen sein",[68] der Betrieb müsse gemäß ärztlichen Vorgaben „praktisch" sein. Die Miasmen („übler Dunst") aus dem Boden, von Körpergeruch oder von organischem Material stammend wurden vor der Entdeckung der Mikroorganismen durch Jahrhunderte für Krankheiten und Epidemien verantwortlich gemacht. Neben den Miasmen als über die schlechte Luft (etwa „Malaria") übertragene Krankheit stand die Kontagion als eine von Mensch zu Mensch übertragene Ätiologie von Krankheit. Neben der Vermeidung von schlechten Dünsten galt auch Armut, Schmutz und in der Frühen Neuzeit das religiöse Konzept der Sünde als krankheitsauslösend. Die Verbesserung von Trinkwasser, die Kanalisierung von Abwässern, die Bodenmelioration galt neben der Lüftung als wichtiges Kampfmittel gegen Krankheiten. Erst der Sieg der Bakteriologie ab der Mitte des 19. Jahrhunderts, als Louis Pasteur 1854 Mikroorganismen als Verursacher der Alkoholgärung isolieren oder 1876 Robert Koch den Milzbranderreger ausmachen konnte sowie die Entdeckung der Erreger von Tuberkulose 1882 und von Cholera 1883 leiteten den Siegeszug der auf bakteriologischer Grundlage operierenden Epidemiologie ein.[69]

Vom Pavillon zum zentralisierten Hochhaus – die bauliche Ausgestaltung der Krankenhäuser

Zwei widerstrebende, zwischen Zentralisierung und Dezentralisierung pendelnde Baukonzepte bestimmten den Krankenhausbau des 19. und 20. Jahrhunderts. Das Korridorsystem bedingte eine Aneinanderreihung der Krankenzimmer hintereinander, die durch gemeinsame Gänge (Korridore) erschlossen wurden. Beim

66 Setz, Die Grundzüge, 11.
67 Witzler, Großstadt und Hygiene, 131–161.
68 Setz, Die Grundzüge, 8.
69 Als Überblick Gudermann, Miasmen, 474–481.

ARBEITSKOPIE

Pavillonsystem, das die Korridore auf ein Minimum zu reduzieren trachtet, befinden sich dagegen die Krankenräume in „einzelnen, durch Abstände getrennten Gebäuden beziehungsweise Gebäudeteilen, deren ganze Tiefe sie einnehmen".[70]

Als Vorbild für das in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dominierende Pavillonsystem galt das Pariser Hôpital Lariboisière, das nach vielen, heftig diskutierten Vorstudien (etwa radiale Lösungen im Sinne Benthams) für das 1772 abgebrannte, für hohe Mortalitätsraten berüchtigte und schließlich infolge der Französischen Revolution nicht mehr gebaute Hôtel-Dieu erst 1847/53 errichtet wurde. Das um einen länglichen Hof angelegte Hôpital Lariboisière sah einzelne Krankenpavillons vor, die durch offene Korridore untereinander sowie mit den Wirtschafts- und Administrationsgebäuden verbunden waren. Schon bei den Plänen für den Neubau des Hôtel-Dieu spielte die „reine" Luft eine entscheidende Rolle, die schließlich in parallel angeordneten Gebäuden mit möglichst viel Zwischenraum resultierte. Die hohen Mortalitätsraten von 20 bis 25 %, der zunehmende Urbanisierungsgrad und die in den Städten spürbare Industrielle Revolution erhöhte die Notwendigkeit von Reformen im Krankenhausbau, deren Lösung man in gut belüfteten und belichteten Krankenzimmern sah. Als Vorbilder der zeitgleich mit antiseptischen Operationsmethoden auftretenden Pavillons in den 1860er Jahren galten neben Anklängen an Palast- und Schlossarchitektur auch die im Krimkrieg (1853/56) und dem amerikanischen Sezessionskrieg (1861/65) erfolgreich eingesetzten Barackenspitäler, deren gute Durchlüftung als Voraussetzung für die Genesung der Patienten erachtet wurde. Florence Nightingales (1820–1910) „Notes on Hospital" propagierten als Gegenmittel zum Wundfieber Barackenspitäler, was u. a. zum versuchsweisen Bau einer „chirurgischen Baracke" im Hof der Berliner Charité 1866 führte. Die Vermeidung von Infektionskrankheiten, die Erhöhung der Heilchancen, die Einbettung in Gartenanlagen und die Möglichkeit, ansteckende Krankheiten zu separieren und die nach der Vorstellung der Zeit über die Luftinfektion verbreiteten Epidemien besser bekämpfen zu können, erschienen den Zeitgenossen neben der leichteren Überwachung der Kranken als Vorteil. Umgekehrt galten die erhöhten Baukosten, der hohe Grundbedarf dieser dezentralen Einheiten, die schwierigere Kommunikation, die hohen Betriebskosten (etwa Transport der Verpflegung, Wäsche), die hohen Personalkosten und die angesichts der klimatischen Verhältnisse fehlenden Gänge schon bald als gravierende Probleme. Die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erzielten Fortschritte in der Bakteriologie, der Infektionsbekämpfung (Antisepsis) und der Keimfreiheit von Wunden (Asepsis) etwa durch Ignaz Semmelweis (1818–1865) stellten aber gegen Ende des Jahrhunderts das auf Separierung und Lüftung/Licht gründende Pavillonkrankenhaus langsam in Frage,

70 Setz, Die Grundzüge, 14. Als Überblick (auf Grundlage der medizinischen Literatur des 19. Jahrhunderts) Höll, Krankenhäuser, 21–64. Zur baulichen Krankenhausentwicklung in der ersten Hälfte des 19. Jhs. siehe Jetter, Westdeutschland, 183–201.

ARBEITSKOPIE

zudem versuchte man die Kostenentwicklung durch Mischformen aus Pavillon- und Korridorsystemen zu unterlaufen. Letztlich überwanden erst die neuen technischen Herausforderungen infolge der Spezialisierung und Technisierung der Medizin das Pavillonsystem. Im 20. Jahrhundert wuchsen – mit dem Vorbild des New Yorker „Columbia Presbyterian Medical Center" von 1928 – langsam kompakte, zentralisierte, effiziente Baukörper, beschleunigt durch neue Entwicklungen in der Architektur (etwa Fahrstuhl, Stahlkonstruktionen), in die Höhe.

Die Städte des 19. Jahrhunderts entsandten, um Expertenwissen aufzubauen, vor größeren Bauvorhaben in der Regel Kommissionen in andere Städte, um Vorbilder in persönlichen Augenschein zu nehmen, so wurden Wiener Spitäler nach deutschen Vorbildern bzw. das Grazer Landeskrankenhaus auch nach Vorbildern in Berlin, Hamburg und Leipzig ausgerichtet,[71] um auf internationalem Stand dem Problem der Gesundheit begegnen zu können. Gut lässt sich der Kampf zwischen Korridor- und Pavillonsystem am Beispiel der Wiener Krankenhausbauten des 19. Jahrhunderts beobachten.[72] Der Bau von öffentlichen Krankenhäusern war Ländersache, weshalb für Wien nicht der Wiener Gemeinderat, sondern die Niederösterreichische Statthalterei zuständig war, die öffentlichen Wiener Krankenhäuser wurden vom k. k. Krankenhausfonds unterhalten. Im Zuge der Stadterweiterungen von 1850 und 1890 entstand erhöhter Bedarf an Krankenhauskapazität. Neben das 1784 gegründete Allgemeine Krankenhaus in der Alserstraße trat 1841 das Krankenhaus Wieden[73] und die 1865 eröffnete Rudolfstiftung. Das 1837 gegründete St. Anna-Kinderspital war das dritte europäische Kinderspital (nach 1735 Paris „Hopital des enfants Jésu" und 1824 St. Petersburg).[74] Erst um 1890 kam es aufgrund der bevorstehenden Eingemeindungen zu einem Schub an Neubauten: 1888 das Kaiser-Franz-Joseph-Spital (heute Wien X), 1890 das Kaiserin-Elisabeth-Spital (heute Wien XV), 1891 das Wilhelminen-Spital (heute Wien XVI), 1892 das privat geführte Rudolfiner-Haus (Wien XIX), 1913 das Kaiser-Jubiläums-Spital (Wien XIII, heute Krankenhaus Hietzing/Lainz) und 1904 zur Altersversorgung das von der Stadt Wien errichtete „Versorgungshaus" Lainz (Wien XIII).[75] Neben den Stadterweiterungen waren die Infektionen und die

71 Faulborn, Aspekte, 469. Zu dem für Österreich noch kaum erforschten Kommissionswesen („The Quest for International Know-How") siehe am Beispiel von Helsinki Bell – Hietala, Helsinki, 101–133.

72 Setz, Krankenhaus, 183–198 („Sanitäre Grundsätze den Neubau […] von Krankenhäusern" aus 1881): Genaue Vorschriften über die räumliche Ausstattung der Krankenhäuser (186f.): Kellerräume mit einer Eisgrube, Magazine mit Heizmaterial, Wäsche, Kleider, Küche samt Speisekammer, Waschküche, Badezimmer mit Heizvorrichtung, Aufnahmezimmer der Kranken, ärztliches Inspektionszimmer, Wohnung für den Portier, Wohnräume für Dienstpersonal, Krankenzimmer mit Heizung und Ventilation (für medizinisch, für chirurgische Kranke und für Infektionskranke) nach Geschlechtern getrennt, Aborte und Pissoirs, Teeküchen, Kabinen für Wärterinnen, Gänge, Stiegen, Bodenräume, Leichenhaus. Als kurzer Überblick Stacher, Wiener Spitäler, 10–19.

73 Berkemeier, Gründungsgeschichte, 15.

74 Ebd. 89–92.

75 Siehe den Überblick bei Hofmokl, Wiener Heilanstalten.

ARBEITSEXEMPLAR

Kriege „gute“ Baumeister von Krankenhäusern: Das Rochus-Spital (Wien XIII) entstand nach den italienischen Kriegen 1859, das orthopädisch ausgerichtete Spital Speising (Wien XIII; mit Prothesenherstellung) und das Hanuschkrankenhaus (Erzherzog-Rainer-Spital, Wien XIV) im Kontext des Ersten Weltkrieges.[76]

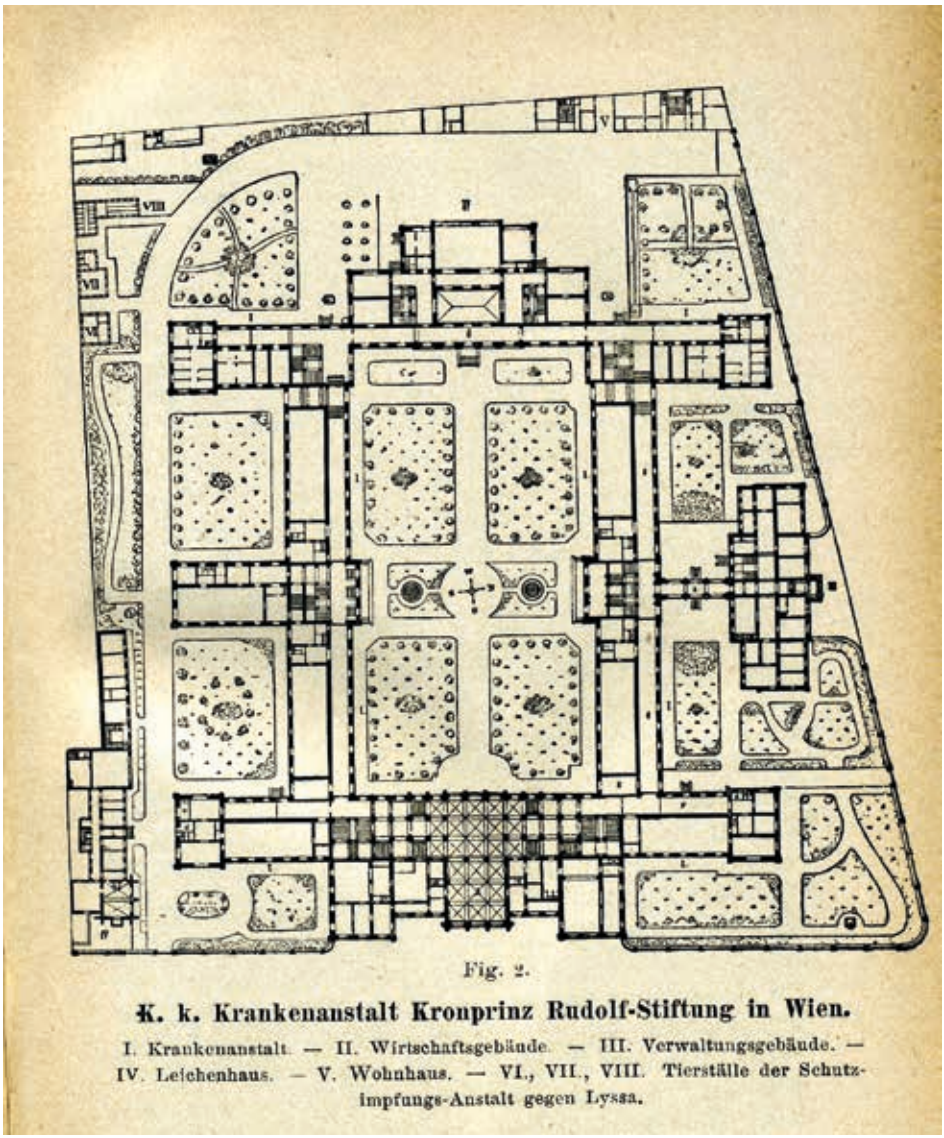


Abb. 1: Die Rudolfstiftung in Wien: Mischform zwischen Pavillon- und Korridorsystem (mit starker Betonung der verbindenden Bauelemente); Setz, Die Grundzüge, 16 (folgende unpaginierte Seite).

76 Berkemeier, Gründungsgeschichte, 37–40, 82–86.

Abb. 2: Franz Josefs Spital in Wien; Abb. aus: Jb der Wiener k. k. Kranken-Anstalten 1 (1892) Tafel XXXVI.

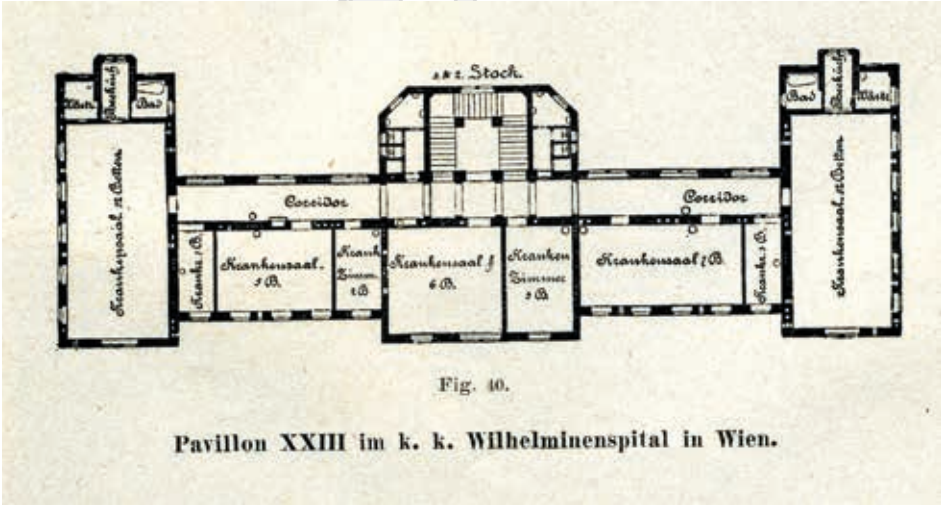


Abb. 3: Pavillon XXIII. im Wilhelminenspital; Setz, Die Grundzüge, 51.

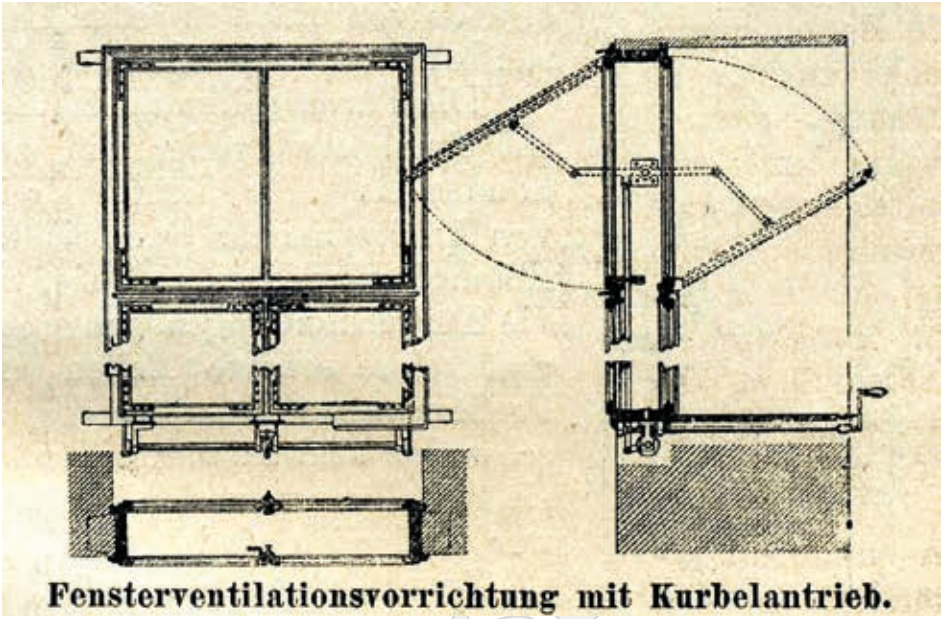


Abb. 4: Den Fenstern kam im Krankenhaus des 19. Jahrhunderts große Bedeutung zu. Die Fenster sollten gegenüberliegen und kleinteilig sein, um besser lüften zu können: Beispiel Fensterventilationsvorrichtung mit Kurbelantrieb; Abb. aus Setz, Die Grundzüge, 33.

Aus Anlass der Geburt des Thronfolgers Rudolf 1858 stiftete Kaiser Franz Josef den ehemaligen Kaisergarten in der Landstraßer Vorstadt für den Bau eines Spitals, der erstmals in Österreich die Konkurrenz von Korridor- und Pavillonsystem thematisierte. Gemäß der Bauausschreibung für den Bauwettbewerb sollten „Zutritt und Zirkulation der Luft um alle Gebäudetheile“[77] bei diesem Neubau gewährleistet sein, was einerseits auf die Miasmenkonzept und andererseits auf die zeitgenössisch diskutierten Baracken-/Pavillonkrankenhäuser verweist.[78] Die von Ärzten und Architekten eingereichten Wettbewerbsentwürfe – als Sieger aus dem Wettbewerb ging Joseph Horky (1825–1892) hervor – erörtern dieses Spannungsfeld. Horkys schließlich 1864/65 eröffnetes Siegerprojekt vereinigte Korridor- und Pavillonsystem. Um einen im Korridorsystem verbauten Hof schließen sich bei der für 860 Kranke ausgelegten Rudolfstiftung einzelne Gebäudeflügel (also im Sinne von angebauten Pavillons) an, so dass die Krankensäle der angebauten Flügel von beiden Seiten Licht erhalten, allerdings nicht – anders als bei freistehenden Pavillons – quergelüftet werden können. Horky baute, um die Krankenzimmer nicht den

77 Höll, Krankenhäuser, 87; als Übersicht zur langwierigen Finanzierungsgeschichte Berkemeier, Gründungsgeschichte, 22–28.

78 Murken, Vom Armenhospital, 122–140.

Wiener Nord- und Westwinden auszusetzen, Fenster nur gegen Osten und Süden; die Korridore sind nordseitig angelegt, um die Krankenzimmer gegen Norden vor Wind zu schützen. Tagräume und Aufenthaltsräume für Pflegerinnen entfielen aufgrund von Sparmaßnahmen bzw. aufgrund des engen Raumangebotes. Während die Rudolfstiftung schon Einflüsse des Pavillonsystems erkennen lässt, wurden die nachfolgenden Krankenhäuser konsequent dezentral angelegt: das zwischen 1887 und 1892 errichtete Kaiser Franz-Josef-Spital[79] und das 1890/91 gebaute (und später erweiterte) Wilhelminenspital.

Anders als in der Rudolfstiftung kam das Pavillonprinzip beim Kaiser Franz-Josef-Spital, das auch für Infektionskranke errichtet wurde, zur konsequenten Anwendung. Insgesamt 26, in unterschiedlicher Größe gehaltene Einzelobjekte, die eine gute Belüftung und Belichtung erlauben sollten, gruppierte man auf dem fünfeckigen, am Wienerberg (für „unbehinderten Luftwechsel"[80]) gelegenen Grundstück. Durch die Stiftung der Prinzessin Wilhelmine Elisabeth von Montleart-Sachsen-Curland wurde in Ottakring (damals über 60.000 Einwohner) ein Krankenhaus mit Epidemie-Pavillon gebaut.[81] Das 1890 errichtete Krankenhaus weist pavillonartige Flügelanbauten mit Krankensälen auf, wodurch die Gebäudequerlüftung und die Anordnung von jeweils einander gegenüberliegenden Fenstern unmöglich war. Die erhöhte, von Luftströmen erfrischte Lage und die Nähe zum Wienerwald erwies sich aus der Sicht von Zeitgenossen als Fortschritt. Die vom Architekten Franz Berger geschaffene Abteilung für Infektionskranke im Wilhelminenspital brachte man dagegen in 19 Pavillons unter. In einem ab 1885 errichteten Privatspital, dem unter der Patronanz des Erzherzog Rudolf stehenden Rudolfinerhaus (kombiniert mit einer Ausbildungsstätte für Pflegerinnen), zielte man – anders als in den öffentlichen Spitälern – auf eine gehobene Patientenschicht ab, was sich etwa auch in kleinen Patientenzimmern (anders als die großen mit 15–18 Betten bestückten Krankensäle der öffentlichen Spitäler) ausdrückte.[82] Die sich lange hinziehende Baugeschichte des Rudolfinerhauses verdeutlicht auch die allmähliche Abkehr vom Pavillonprinzip. Der 1907 errichtete Wilczek-Pavillon weist dann schon Mittelgänge, mehrere Stockwerke und das Nicht-Vorhanden-Sein einer Deckenbelüftung auf, was dem medizinischen Fortschritt, dem Einfluss des deutschnationalen Chirurgen Theodor Billroth (1829–1894) und seiner Erforschung des Wundfiebers zu verdanken ist. Das 1889 bezogene, mehrmals erweiterte (1894, 1901, 1910), schließlich aus vierzehn Gebäuden bestehende Innsbrucker Krankenhaus wurde noch in Pavillonbauweise gebaut.[83]

ARBEITSKOPIE

79 Berkemeier, Gründungsgeschichte, 41–51.
80 Höll, Krankenhäuser, 100.
81 Berkemeier, Gründungsgeschichte, 57–65.
82 Als baugeschichtlicher Überblick dazu Peddinghaus, „Das Rudolfinerhaus".
83 Hofmokl, Heilanstalten,138–140.

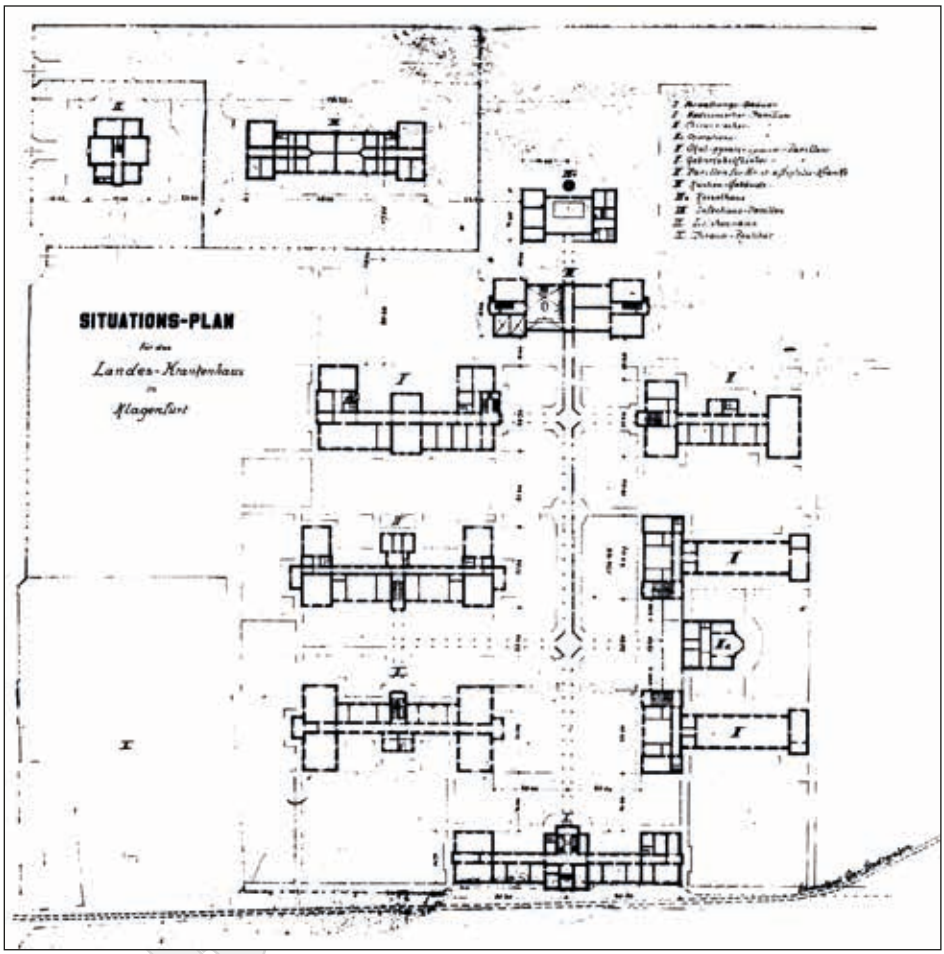


Abb. 5: Grundriss des Landeskrankenhauses in Klagenfurt (um 1890), Abb. aus Posch, Landeskrankenhaus Klagenfurt, 30.

Auch das 1896 bezogene Klagenfurter Landeskrankenhaus (500 Betten) wurde in Pavillonbauweise, verbunden mit gedeckten Gängen, unter denen der Transport der Betten stattfand, errichtet.[84]

Der ab 1904 erfolgte Neubau des Allgemeinen Krankenhauses, auf einem Grundstück zwischen Lazarettgasse und Währinger Gürtel, sah 20 pavillonartige Baukörper vor. Allerdings konnte aufgrund des Ausbruchs des Ersten Weltkrieges nur ein Drittel der Gesamtanlage (darunter zwei Frauenkliniken, eine medizinische Klinik, eine Kinderklinik, ein Infektions- und Isolierpavillon) verwirklicht werden, der ab

84 Posch, Landeskrankenhaus Klagenfurt, 28–45.

Abb. 6: Vogelansicht auf das Landeskrankenhaus in Klagenfurt 1896, Abb. aus: Posch, Landeskrankenhaus Klagenfurt, 38.

ARBEITSE

1955 konzipierte und zwischen 1964 bis 1994 errichtete Neubau wurde dann schon, vor gewandeltem Krankheitsverständnis, als Zentralbau mit mächtigen Bettentürmen ausgeführt.

Die allmählich erkannten bakteriologischen Grundlagen von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder etwa Cholera, die Entwicklungen im Bereich der Hygiene (Sterilisation, Desinfektion) ließen vor allem die Hygiene als Grundlage des Krankenhauses erscheinen und nicht mehr bauliche Maßnahmen. Während das 1865 errichtete, vom Sängerverein wesentlich angestoßene Linzer Allgemeine Krankenhaus noch in Korridorbauweise errichtete wurde, legte man 1904/05 im Sinne der Miasmenlehre drei zweigeschoßige Krankenpavillons an den Altbau an.[85] Deutlich macht den epidemiologischen Wandel im Krankenhausbau die lange Planungsgeschichte des Landeskrankenhauses in Graz, das 1888 noch als Pavillonkrankenhaus geplant wurde, dann aber tatsächlich großteils im Sinne einer „Konsensarchitektur" mit Anklängen an den Jugendstil (etwa die Grazer „Erlöserkirche" zitiert die Wiener Steinhofkirche[86]) in drei- bis viergeschossiger Blockbauweise 1912 fertiggestellt wurde.[87] Die Krankenhausbauten ab den 1920er Jahren waren in weiterer Folge geprägt von der Ablöse des Pavillonkrankenhauses etwa

85 Stadler, Vom Armee-Spital, 88–96; wenig ergiebig Zazgornik – Dienstl, Linz, 8–10.
86 Bouvier, Die Pfarrkirche, 127–140.
87 Faulborn, Aspekte.

durch das Terrassenkrankenhaus, das in aufgelockerter Bauweise und nicht höher als vier- bis fünfstöckig ausgeführt wurde und auf Lichtführung großen Wert legte (Beispiele etwa das staatliche Krankenstift in Zwickau 1912/26).[88] In Wien beendete der Erste Weltkrieg die rasante Bauentwicklung im Bereich der Krankenhäuser, die Zwischenkriegszeit brachte als Innovation die Errichtung von Arbeitsunfallkrankenhäuser, die allerdings anfangs Unterschlupf im Gebäude der Unfallversicherung fanden (Webergasse, Wien XX.).

Ab den 1930er Jahren begannen sich, ausgehend von Amerika, auch in Europa Krankenhaus-Hochhäuser durchzusetzen (etwa 1933/35 Hopital Beaujon in Clichy/Paris oder das Stockholmer Södersjukhuset 1930/47).[89] Ab den 1950er/1960er Jahren begannen sich bei Krankenhäusern mit über 200 Betten neue Grundtypen aus horizontalen und vertikalen Elementen (neben vielen Mischformen) zu entwickeln, die die gewandelten Verkehrs- (Behandlungsräume, Pflegebereich) und Betriebswege, die Versorgungs- und Entsorgungsstrukturen widerspiegeln: Einem Horizontaltyp (Pflegebereich und Funktionsbereich auf einer Ebene) stand idealtypisch ein Vertikaltyp gegenüber (Funktionseinrichtungen als Breitfuß unter dem Pflegebereich).[90] Am Beispiel der drei großen Nachkriegs-Krankenanstalten-Neubauten lässt sich der bauliche Wandel am Beispiel Wien (mit einer langen Pause der Sanierung von Kriegsschäden im Spitalbereich) gut verfolgen: Sowohl die 1977 fertiggestellte neue, 17 Geschoße umfassende Rudolfstiftung als auch das 1964 begonnene und 1994 finalisierte Neue Allgemeine Krankenhaus in Wien entspricht diesem Breitfußsystem: Einem der Versorgung, der Betriebswirtschaft und den medizinischen Belangen (etwa auch Ambulanzen) gewidmeter Breitfuß stehen die vertikal angeordneten, verschiedenen medizinischen Pflege-Abteilungen (Bettenhochhaus) in den einzelnen Stockwerken gegenüber. Das in den späten 1970er Jahren geplante Sozial-Medizinische Zentrum Ost (Fertigstellung 1996) wurde dagegen im Pavillon-Verbundsystem errichtet, bei dem langgestreckte, zentralisierte Untersuchungs- und Behandlungsbereiche mit Bettenpavillons kombiniert wurden.

Wer die Geschichte des Krankenhauses rein aus dem Blickwinkel einer Geschichte der Neugründung bzw. des Neubaues von Krankenanstalten betrachten will, geht aber an der Realität eines langsamen, über Brüche erfolgten Entpuppungsprozesses der Krankenhäuser aus dem Geist der Bürgerspitäler vorbei. Der Übergang vom frühneuzeitlichen Bürgerspital zum Krankenhaus war von sparsamen Adaptationen und provisorischen baulichen Lösungen gekennzeichnet. Ab der Mitte des 18. Jahrhunderts zeichnen sich eine langsame, nicht kontinuierlich verlaufende Ausdifferenzierung der Krankenversorgung und eine institutionelle Trennung

88 Murken, Vom Armenhospital, 217–224.
89 Ebd. 225–233.
90 Ebd. 235–253.

ARBEITSKOPIE

des Krankenhauses von der Armen- und Altersversorgung ab. Exemplarisch lässt sich der Übergang vom Spital zum Krankenhaus am Beispiel des Krankenhauses in Feldkirch zeigen. Die Stadt kaufte 1874 einen ehemaligen Gasthof (mit Brauerei) und adaptierte bis 1875 das wenig geeignete Gebäude notdürftig als Krankenhaus und Pfründneranstalt (bis 1926 gemeinsam).[91] Die Barmherzigen Schwestern versahen in dem Gebäude, das unmittelbar nördlich neben der lärmenden Vorarlberger Bahn (rund zehn Meter entfernt) und südlich unmittelbar an der Bundesstraße lag, Pflegedienste. Die ehemalige Kavalleriekaserne (1832/36) in Dornbirn wurde 1853 zuerst in ein Armenhaus und dann allmählich in ein Krankenhaus (1889) umgewandelt (1859: 15 Betten, 1910: 70).[92] In den kleineren Städten wurden meist aus Kostengründen keine Pavillons gebaut, sondern es entstanden kombinierte, in Korridorbauweise geplante, häufig schon an die städtische Wasserleitung angeschlossene Krankenhäuser, die auch Infektionsabteilungen räumlich miteinschlossen und meist versuchten, die Krankenräume möglichst gut zu durchlüften. Die Krankenräume in den kleineren Krankenhäusern (unter 50 bzw. bis 150 Betten) waren meist sonnenseitig ausgerichtet, während das Stiegenhaus, der Erschließungsgang und die Nebenräume entgegengesetzt angeordnet waren. Meist mittelgroße Krankenhäuser (bis 150 Betten) wiesen in größerer Anzahl Nebenräume (Bad, Klosettanlagen, Wärmeküchen, eigene Waschräume, mitunter Dienstzimmer für Pflegepersonal) auf. Während die kleinen Krankenhäuser meist keine Zahlabteilung oder „Zahlzimmer" aufwiesen, verfügten größere Anstalten über gesonderte Zimmer für Patienten mit höherer Verpflegsklasse, ebenso wurden in größeren Häusern die Küchen aus dem Haupthaus verlegt. Das 1907 von der städtischen Sparkasse in Enns nach langen Diskussionen (rund 50 Jahre) errichtete Kaiser Franz-Josef-Krankenhaus[93] oder das 1910 eröffnete Ischler Kaiserin Elisabeth Krankenhaus weisen für die Infektionsabteilung einen gesonderten Eingang auf.[94] In dem 1911 von Wohltätern und der örtlichen Sparkasse errichteten Scheibbser Krankenhaus[95] wurde räumlich der Krankenhaustrakt vom Isoliergebäude und dem Leichenhaus getrennt. Auch im 1905 eröffneten Krankenhaus Waidhofen an der Thaya trennte man Hauptgebäude, Isolierpavillon und Leichenhaus.[96]

ARBEITSKOPIE

91 Kleiner, Feldkirch, 464–469.
92 Kofler, Von der Kavalleriekaserne, 231–240; Weitensfelder – Böhler – Matt, Dornbirn, 65; Tschofen, Zur Geschichte, 509–510.
93 Katzinger – Ebner – Ruprechtsberger, Enns, 316–318.
94 Hofmokl, Heilanstalten, 34, 61f.
95 Ebd. 45f.
96 Ebd. 47.

Der Patient im städtischen Krankenhaus – ein Begegnungsraum von Unterschicht und Bürgern

Die häufig durch wohltätige Spender angeregten Krankenhäuser des 19. Jahrhunderts entstanden einerseits in Reaktion auf die Epidemien (wie etwa Cholera, Flecktyphus) und dienten der Isolierung der Kranken in Epidemiespitälern. Als zweiter Anstoß zur Krankenhausgründung können die Industrialisierung und die schlechten hygienischen Verhältnisse in den Wohnhäusern bzw. den Arbeitsstätten der Industriearbeiter gelten. Die sozialräumlich an den Rand der Städte gerückten Krankenhäuser erfüllten meist die durch die noch lange im 19. Jahrhundert geltende Miasmenkonzeption gemachte Auflage nach erhöhter Lage, guter Durchlüftung und Helligkeit, was beispielsweise Hanglagen bzw. erhöhte Bauplätze favorisierte.

Erst allmählich drückten nicht mehr die Armut, sondern die im Krankenhaus behandelten Krankheiten der Patientenstruktur ihren Stempel auf: Die erwartbaren Heilerfolge, die Schmerzmittel und die therapeutischen Maßnahmen machten die Pflege im Krankenhaus attraktiv. Den Geruch der Armut wurden viele der kleinen Krankenhäuser aber lange nicht los, was in einer noch ständisch geprägten Gesellschaft des 19. Jahrhunderts bei den bürgerlichen Mittelschichten Misstrauen erzeugte. Die Eltern der Sozialdemokratin Adelheid Popp (1869–1939) lehnten das Krankenhaus ab. Der von einem Krebsleiden erfasste Vater Popps verließ das Krankenhaus bald nach seiner stationären Aufnahme auf eigenen Wunsch, während die beiden Kinder im Krankenhaus nie gekannte Annehmlichkeiten (etwa ein eigenes Bett) erhielten. „Ich bekam einigemale am Tag gute Nahrung, selbst gebratenes Fleisch und Kompott, das ich vorher nicht gekannt hatte, erhielt ich öfter“.[97] Vor allem die Alltagspraxis in den kleinen städtischen Krankenhäusern muss man sich bescheiden vorstellen: So gründete der Allentsteiger Pfarrer Josef Edinger 1883 die St. Ulrichs-Stiftung als Armenhaus, das 1894 nach geringfügigen Änderungen (Mantelöfen für die Frischluftzufuhr) in ein allgemeines öffentliches Krankenhaus „umgewandelt“ wurde.[98] Vielfach waren es notdürftig adaptierte Gebäude, etwa das Haller Damenstift (Krankenhaus 1845–1914), die als feucht und dunkel angesehen wurden und wenig tauglich für Krankenhäuser schienen.[99] Die mitunter schwer zu erreichenden Krankenhäuser mussten sich ihren Platz mühsam erobern, so öffnete man das neugebaute Kremser Krankenhaus 1872 durch zwei Tage zur allgemeinen Besichtigung, um den „Widerwillen“ der Bevölkerung durch Öffentlichkeitsarbeit zu bekämpfen.[100] Viele der kleinen, schlecht dotierten Krankenhäuser versorgten

97 Adelheid Popp zit. nach Elkeles, Der Patient, 359.
98 Artner, Krankenhäuser, 77.
99 Moser, Vom Heilig-Geist-Spital, 278.
100 Dworschak, Krankenhaus der Stadt Krems, 23.

ARBEITSKOPIE

zudem nicht nur Akut-Kranke, sondern entgegen der Intention der medikalen Krankenhäuser zur Finanzierung der Einrichtungen auch Gelähmte und Altersschwache.[101] Krankenhäuser des 19. Jahrhunderts lassen sich – wenn auch systematische mentalitätsgeschichtliche Untersuchungen auf Ebene der Patientenakten bzw. von Selbstzeugnissen noch weitgehend fehlen – wenn schon nicht als „kasernierter",[102] so doch als kontrollierter Raum beschreiben, wie ein Blick auf Hausordnungen von Krankenhäusern belegt. Diese normativen Texte statuierten, etwa am Beispiel des Allgemeinen Krankenhauses in Krems für 1892,[103] dass Patienten an die „strenge Einhaltung der Hausordnung" gebunden seien. Pflichten, Verhalten gegenüber Ärzten und Wärtern sowie Disziplin wurden vom Patienten – analog zum frühneuzeitlichen Spital, wenn auch ohne Gebetsverpflichtung – eingefordert. Der berüchtigte Unteroffiziers- und Kasernenhofton der Krankenwärter wirkte abschreckend.[104] Der mit geringer Entscheidungsautonomie ausgestattete und häufig als Demonstrationsobjekt der Lehre verwendete Kranke durfte sich ohne Erlaubnis des Arztes nicht auf den Gang oder in den für Krankenhäuser unerlässlichen Garten begeben; die Ärzte erklärten das Krankheitsbild gegenüber den Kranken häufig nicht. Nach der Bettruhe (im Winter 19.30, im Sommer 20.30) durfte kein Kranker mehr auf dem Gang des Kremser Krankenhauses verweilen, sondern musste im Bett liegen.[105] Die Krankenhäuser des 19. Jahrhunderts scheinen noch von Improvisation geprägt, so berichtet ein Kremser Arzt, dass er im kleinen und feuchten Kremser Krankenhaus über zwei auf Strohsäcken am Gang liegende Blatternkranke steigen musste, um in ein Krankenzimmer gelangen zu können.[106] Die Normbettenzahl und der tatsächliche Ist-Bestand an Betten – in Linz nannte man diese Betten-Notökonomie „Strohsackwirtschaft"[107] – klafften lange Zeit auseinander, was unmittelbar auf die Verpflegungsqualität der Patienten Rückwirkungen gehabt haben muss. Im Linzer Allgemeinen Krankenhaus gab es 1894 162 Normbetten, aber tatsächlich verwendete 190 Ist-Betten. Die bauliche Ausstattung mancher Krankenhäuser ließ mitunter zu wünschen über, so nistete sich im neu erbauten Klagenfurter Krankenhaus bald nach der Eröffnung 1896 aufgrund feuchter Bretter der Hausschwamm ein und zerstörte die Blindböden.[108] Im Wiener Neustädter Krankenhaus füllten sich die Keller aufgrund des hohen Grundwasserspiegels immer wieder mit Wasser.[109]

ARBEITSKOPIE

101 Am Beispiel von Hainburg Artner, Krankenhäuser, 84.
102 Weiss, Österreichische Hospitäler, 217–234.
103 Abdruck der Kremser Hausordnung von 1892 in Artner, Krankenhäuser, 185f. Die folgenden Beispiele entstammen diesem Text.
104 Elkeles, Der Patient, 364.
105 Abdruck der Kremser Hausordnung von 1892 in Artner, Krankenhäuser, 185f.
106 Artner, Krankenhäuser, 111.
107 Stadler, Vom Armee-Spital, 91, weitere Angaben zu den verwendeten Zahlen 92–94, 99.
108 Posch, Landeskrankenhaus Klagenfurt, 41f.
109 Artner, Krankenhäuser, 153.

Zusammenfassung

Der „Überstieg" von den geistlich-karitativ geprägten Grundherrschafts- und „Bürger"-Spitälern des 18. Jahrhunderts zu modernen, der Akutmedizin gewidmeten Krankenhäusern – pointiert gesprochen vom betenden Alten in der Wartekammer des Todes zum genesenden Patienten – ist für die Habsburgermonarchie noch kaum hinlänglich erforscht.[110] Die Entwicklung von Krankenhäusern in der Habsburgermonarchie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, der Pionierzeit des allgemeinen Krankenhauswesens der Moderne, scheint nach gegenwärtigem Forschungsstand einerseits als Ergebnis von staatlich-landesfürstlichen Top-down-Prozessen etabliert worden zu sein (josephinische Gründungen der Allgemeinen Krankenhäuser, Gründungen des Kaiserhauses). Andererseits lassen sich viele Krankenhausgründungen als bottum-up-Prozesse beschreiben, bei denen geistliche/weltliche Gruppierungen, bürgerlich/handwerkliche Vereine oder auch bürgerliche/adelige Benefaktoren oder Kommunen Anstalten begründeten, die nach der Gründung von der Stiftergruppe finanziell getragen wurden oder – mitunter nach langem Kampf – das Öffentlichkeitsrecht erlangten, wodurch die Pflegekosten der Insassen von Land/Stadt getragen wurden. Der vielfach über die Stadtsparkassen mitfinanzierte Neubau von Krankenhäusern (Konkurrenz von Korridor- versus Pavillonsystem) stand erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts auf der Agenda vieler Kommunen, davor behalf man sich mit oft ungenügenden, den medizinischen Vorgaben wenig entsprechenden Adaptationen. In den Krankenhäusern lassen sich Professionalisierungsentwicklungen beim Pflegepersonal und bei den Ärzten zeigen, die noch kaum erforscht sind. Auf Ebene der Patienten – etwa Selbstzeugnisse, Supplikationen – stehen Forschungen, abseits von dürren Frequenzzahlen, weitgehend aus. Stadträumlich erlebten die Krankenhäuser des 19. Jahrhunderts eine ähnliche Entwicklung wie die ebenfalls dem Hygienediskurs verpflichteten Friedhöfe: Während die Spitäler des Mittelalters noch vor der Stadt lagen, siedelten sie sich in der Frühen Neuzeit innerhalb der Mauern an. Erst das 19. Jahrhundert situierte die Krankheiten aufgrund der Miasmenkonzeption an der Peripherie. Der stadträumlichen Peripherie entsprach auch der sozialgeschichtliche Befund einer im Wesentlichen ärmlichen Patientenpopulation. Das Krankenhaus war in der zweiten Jahrhunderthälfte von Dienstboten und Fabriksarbeitern bevölkert, die etwa in den Wiener Krankenhäusern eine nie gekannte Versorgung erhielten. Das Pavillonsystem isolierte nicht nur die Kranken, sondern schuf parallel dazu auch eine selektive, von Armut geprägte Krankenhauspopulation; umgekehrt offerierte das Krankenhaus den armen Dienstboten und kranken

110 Siehe dazu Dross, Stadt und Hospital/Krankenhaus, 33–41; Scheutz – Weiss, Vom Rosenkranz zum Skalpell, 23–32.

ARBEITSKOPIE

Industriearbeitern mitunter ungeahnten „Luxus“: „Ich hatte wieder gute Nahrung und Annehmlichkeiten, die ich sonst nicht gekannt hatte“,[111] so berichtet Adelheid Popp über ihren Krankenhausaufenthalt, bevor sie als „Unheilbare“ in ein Armenhaus transferiert wurde. Diese selektive Gruppe einer anfänglich überwiegend aus mobilen Arbeitskräften bestehenden Krankenhauspopulation glich sich gegen Ende des Jahrhunderts allmählich an die tatsächliche Struktur der Stadtbevölkerung an. Die Frauenquote wuchs ebenso wie der Anteil der Alten und Kinder zunahm. Die nach der Jahrhundertwende allmählich wieder zentrierten Krankenhausbauten nahmen dann schon eine sozial gewandelte „Krankenhauspopulation“ auf, weil das Krankenhaus am Beginn des 20. Jahrhunderts als Ort der Heilung den Geruch des Armenhauses zu verlieren begann.

Literatur

Ardelt, Elisabethinen: Rudolf Ardelt, Geschichte des Konvents und Krankenhauses der Elisabethinen zu Linz, in: HJbL 1978 (1979), 95–146.

Artner, Krankenhäuser: Hildegard Artner, Allgemeine öffentliche Krankenhäuser im heutigen Niederösterreich in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts, Diss. Wien 1973.

Baryli, Die Wiener Innungen: Andreas Baryli, Die Wiener Innungen und das Allgemeine Krankenhaus. Eine Frühform der sozialen Krankenversicherung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in: JbGStW 37 (1981), 88–116.

Bell – Hietala, Helsinki: Marjatta Bell – Marjatta Hietala, Helsinki. The innovative City. Historical Perspectives, Helsinik 2002.

Berkemeier, Gründungsgeschichte: Waltraud Berkemeier, Gründungsgeschichte der zur Regierungszeit Kaiser Franz Joseph I. in Wien eingerichteten Krankenanstalten, Diss. Wien 1979.

Bolognese-Leuchtenmüller, Bevölkerungsentwicklung: Birgit Bolognese-Leuchtenmüller, Bevölkerungsentwicklung und Berufsstruktur, Gesundheits- und Fürsorgewesen in Österreich 1750–1918, Wien 1978 (Materialien zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 1).

Bouvier, Die Pfarrkirche: Friedrich Bouvier, Die Pfarrkirche „Zum Heiligsten Erlöser“ im Grazer Landeskrankenhaus und ihr Wiener Vorbild, in: HJbG 13 (1982), 127–140.

Daimer, Handbuch: Josef Daimer, Handbuch der österreichischen Sanitäts-Gesetze und Verordnungen, Leipzig 1898.

Dietrich-Daum, Die „Wiener Krankheit“: Elisabeth Dietrich-Daum, Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich, Wien 2007 (Sozial- und Wirtschaftsgeschichtliche Studien 32).

Dross, Krankenhaus: Fritz Dross, Krankenhaus und lokale Politik 1770–1850. Das Beispiel Düsseldorf, Essen 2004 (Düsseldorfer Schriften zur neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens 67).

Dross, Stadt und Hospital/Krankenhaus: Fritz Dross, Stadt und Hospital/Krankenhaus, in: Gunnar Stollberg – Christina Vanja – Ernst Kraas (Hg.), Krankenhausgeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte?, Berlin 2011 (Historia Hospitalium 27), 33–41.

111 Popp, Jugendgeschichte, 24.

ARBEITSKOPIE

Dworschak, Krankenhaus der Stadt Krems: Fritz Dworschak, Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Stadt Krems an der Donau 1856–1956. FS anläßlich der Hundertjahrfeier, Krems 1956.

Eckart, Krankenhaus: Wolfgang Uwe Eckart, Krankenhaus, in: EdN 7 (2008), 118–121.

Eckart – Jütte, Medikalisierung: Wolfgang Uwe Eckart – Robert Jütte, Medikalisierung, in: EdN 7 (2008), 243–249.

Eckart – Jütte, Medizingeschichte: Wolfgang Uwe Eckart – Robert Jütte, Medizingeschichte. Eine Einführung, Köln 2007 (UTB 2903).

Elkeles, Der Patient: Barbara Elkeles, Der Patient und das Krankenhaus, in: Alfons Labisch – Reinhard Spree (Hg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt/Main 1996, 357–373.

Faulborn, Aspekte: Gudrun Faulborn, Aspekte der Hygiene beim Bau des Landeskrankenhauses in Graz 1888–1912, in: HJbG 27/28 (1998), 467–489.

Finzsch – Jütte, Institutions of Confinement: Norbert Finzsch – Robert Jütte, Institutions of Confinement: Hospitals, Asylums and Prisons in Western Europe and North America 1500–1950, Cambridge 1990.

Fischer, Die Charité: Ernst Peter Fischer, Die Charité. Ein Krankenhaus in Berlin 1710 bis heute, Berlin 2009.

Foucault, Die Geburt der Klinik: Michel Foucault, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blickes, Frankfurt/Main [8]2008.

Gerhartl, Wiener Neustadt: Gertrud Gerhartl, Wiener Neustadt: Geschichte, Kunst, Kultur, Wirtschaft, Wien 1978.

Göckenjan, Kurieren: Gerd Göckenjan, Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt/Main 1985 (stw 1309).

Goldmann – Hausmann, Die Städte der Steiermark 3. Teil: Friederike Goldmann – Robert F. Hausmann, Die Städte der Steiermark 3. Teil, Wien 1990 (Österreichisches Städtebuch 6/3).

Grois, Das Allgemeine Krankenhaus: Bernhard Grois, Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und seine Geschichte, Wien 1965.

Groppi, Das Krankenhaus: Angela Groppi, Das Krankenhaus, in: Heinz-Gerhard Haupt (Hg.), Orte des Alltags. Miniaturen aus der europäischen Kulturgeschichte, München 1994, 262–266.

Gudermann, Miasmen: Rita Gudermann, Miasmen, in: EdN 7 (2008), 474–481.

Heitzmann, Bürgerspital: Klaus Heitzmann, Bürgerspital, Siechenhaus und Ruralkrankenhaus: Formen der medizinischen Versorgung in Tamsweg vor 1908, in: Christian Blinzer – Anton Heitzmann – Klaus Heitzmann (Hg.), Geschichte des Krankenhauses Tamsweg. Von der ländlichen Heilanstalt zur modernen Gesundheitsversorgung, Tamsweg 2008, 24–43.

Höll, Krankenhäuser: Barbara Höll, Krankenhäuser im 19. Jahrhundert, Dipl. Wien 2002.

Hofmokl, Heilanstalten: Eugen Hofmokl, Heilanstalten in Österreich. Darstellung der baulichen, spitalshygienischen und ärztlich-administrativen Einrichtungen in den Krankenhäusern, Entbindungsanstalten und Irren-Anstalten ausserhalb Wiens, Wien 1913.

Hofmokl, Wiener Heilanstalten: Eugen Hofmokl, Wiener Heilanstalten. Darstellungen deren baulichen Anlage und Einrichtung, Wien 1910.

Huber-Reismann, Krankheit: Elfriede Maria Huber-Reismann, Krankheit, Gesundheitswesen und Armenfürsorge, in: Walter Brunner (Hg.), Geschichte der Stadt Graz, Bd. 2: Wirtschaft – Gesellschaft – Alltag, Graz 2003, 239–356.

Huber-Reismann, Leoben: Elfriede Maria Huber-Reismann, Die medizinische Versorgung der Stadt Leoben vom 13. bis zum 20. Jahrhundert. Eine sozialhistorische Quellenstudie als Beitrag zur Medizingeschichte sowie zur steirischen Stadtgeschichtsforschung, Diss. Graz 2009.

ARBEITSKOPIE

Huter – Palme – Pizzinini, Die Städte Tirols: Franz Huter – Rudolf Palme – Meinrad Pizzinini, Die Städte Tirols, Wien 1980 (Österreichisches Städtebuch 5/1).

Jaksch, Die Erbauung: August von Jaksch, Die Erbauung des Landeskrankenhauses in Klagenfurt und das Ende des Landeszeughauses, in: Carinthia I 100 (1911), 83–92.

Jetter, Westdeutschland: Dieter Jetter, Westdeutschland von den Anfängen bis 1850, Bd. 1, Stuttgart 1966 (Sudhoffs Archiv Beiheft 5).

Johanek, Fürsorgewesen: Peter Johanek (Hg.), Städtisches Gesundheits- und Fürsorgewesen vor 1800, Wien/Köln/Weimar 2000 (Städteforschung A/50).

Jütte, Vom Hospital: Robert Jütte, Vom Hospital zum Krankenhaus: 16.–19. Jahrhundert, in: Alfons Labisch – Reinhard Spree (Hg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt/Main 1996, 31–50.

Katzinger – Ebner – Ruprechtsberger, Enns: Walter Katzinger – Johannes Ebner – Erwin M. Ruprechtsberger, Geschichte von Enns, Enns 1996.

Kirchgässner – Sydow (Hg.), Stadt und Gesundheitspflege: Bernhard Kirchgässner – Jürgen Sydow (Hg.), Stadt und Gesundheitspflege, Sigmaringen 1982 (Stadt in der Geschichte 9).

Kleiner, Feldkirch: Leo Kleiner, Das Krankenhaus der Stadt Feldkirch in der Walgaustraße (1876–1972), in: Montfort 24 (1972), 463–480.

Kofler, Von der Kavalleriekaserne: Christian Kofler, Von der Kavalleriekaserne zum Stadtspital. Die Geschichte des Dornbirner Krankenhauses von 1835 bis 1977, in: Elisabeth Dietrich-Daum – Werner Matt – Hanno Platzgummer (Hg.), Geschichte und Medizin. Forschungsberichte – Fachgespräche. Dokumentation zur internationalen Tagung „Geschichte und Medizin" (5. Dornbirner Geschichtstage, 9.–12. Juni 1999), Dornbirn 2001, 231–240.

Krünitz, Encyklopädie: Johann Georg Krünitz, Oekonomische Encyklopädie oder allgemeines System der Staats-, Stadt-, Haus- u. Landwirthschaft in alphabetischer Ordnung [online: http://www.kruenitz1.uni-trier.de/, Zugriff: 24. 6. 2012].

Labisch – Vögele, Stadt und Gesundheit: Alfons Labisch – Jörg Vögele, Stadt und Gesundheit. Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland, in: Archiv für Sozialgeschichte 37 (1997), 396–424.

Laimböck, Die soziale Krankenversicherung: Max Laimböck, Die soziale Krankenversicherung zwischen Staat, Monopol und Wettbewerb. Vor- und Nachteile des Wettbewerbes im Gesundheitswesen, Hall/Tirol 2000.

Leidinger, Krankenhaus: Barbara Leidinger, Krankenhaus und Kranke. Die Allgemeinen Krankenanstalten an der St. Jürgen-Straße in Bremen, 1851–1897, Stuttgart 2000 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beih. 13).

Loetz, Vom Kranken zum Patienten: Francisca Loetz, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung" und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Baden 1750–1850, Stuttgart 1993 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beih. 2).

Maier, Waidhofen a. d. Ybbs: Peter Maier, Waidhofen a. d. Ybbs. Spuren der Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart, Waidhofen/Ybbs 2006.

Melichar, Krankenanstalten: N. Melichar, Krankenanstalten, in: Ernst Mischler – Josef Ulbrich (Hg.), Österreichisches Staatswörterbuch. Handbuch des gesamten österreichischen öffentliches Rechtes, Bd. 3, Wien 1907, 245–250.

Moser, Vom Heilig-Geist-Spital: Heinz Moser, Vom Heilig-Geist-Spital zum Bezirkskrankenhaus Hall in Tirol, Hall in Tirol 1997.

Murken, Vom Armenhospital: Axel Hinrich Murken, Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, München [3]1995.

UNBEARBEITETE LEIPZIG

N. N., Geschichtliche Angaben: N. N., Geschichtliche Angaben über die Entstehung und Entwicklung der Wiener k. k. Krankenanstalten (Baubeschreibung und Pläne), in: Jb der Wiener k. k. Krankenanstalten 1 (1892), 1–189.

Niederdorfer, Das bürgerliche Krankenhaus: Romana Niederdorfer, Das bürgerliche Krankenhaus im Lerchental [1763–1807]. Eine Stiftung des Ennser Dechanten Graf Engl von Wacheren; in: Mitteilungen des Museumvereines Lauriacum Enns NF. 25 (1987), 41–44.

Peddinghaus, „Das Rudolfinerhaus“: Christiane Peddinghaus, „Das Rudolfinerhaus“. Die architektonische Entwicklung der Krankenhäuser von der Baracke zum Pavillon, Diss. Wien 2009.

Pinczolits, Krankenhaus der Stadt Wiener Neustadt: Franz Pinczolits, 100 Jahre Krankenhaus der Stadt Wiener Neustadt. Vom Bürgerspital zum Schwerpunktkrankenhaus, in: Ders. (Hg.), 100 Jahre Krankenhaus der Stadt Wiener Neustadt, Wiener Neustadt 1989.

Popp, Jugendgeschichte: Adelheid Popp, Jugendgeschichte einer Arbeiterin, von ihr selbst erzählt, München 1909.

Posch, Landeskrankenhaus Klagenfurt: Paul Posch, Landeskrankenhaus Klagenfurt. Geschichte der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten des Landes Kärnten in Klagenfurt und der Klagenfurter Spitäler, Klagenfurt 1987.

Praschinger, Wiener Krankenanstalten: Andrea Praschinger, Wiener Krankenanstalten ab 1900. Kontinuität und Wandel bei der stationären, medizinischen Versorgung. 2 Bde., Diss. Wien 2006.

Prausnitz, Anforderungen: Wilhelm Prausnitz, Anforderungen an Krankenhausbauten in ärztlicher bzw. hygienischer Beziehung, Wien 1911.

Rabl, 600 Jahre Bürgerspital: Erich Rabl, 600 Jahre Bürgerspital in Horn. Historische Streiflichter zur jüngeren Entwicklung, in: Stiftung Bürgerspital zu Horn (Hg.), 600 Jahre Stiftung „Bürgerspital zu Horn“, Horn 1995, 25–60.

Scheutz, „Der blaue Herrgott“: Martin Scheutz, „Der blaue Herrgott“. Das nicht-bürgerliche Versorgungshaus „Alserbach“ als Zentralanstalt der Wiener Versorgungshäuser im 19. Jahrhundert, in: Gerhard Ammerer – Arthur Brunhart – Ders. – Alfred Stefan Weiss (Hg.), Orte der Verwahrung. Die innere Organisation von Gefängnissen, Hospitälern und Klöstern seit dem Spätmittelalter, Leipzig 2009 (Geschlossene Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 1), 269–293.

Scheutz, Ausdifferenzierungsprozess: Martin Scheutz, Ein langsamer Ausdifferenzierungsprozess von der Hausordnung über die Dienstinstruktion zur Anstaltsordnung – Insassen als Personal in österreichischen Spitälern der Frühen Neuzeit, in: Falk Bretschneider – Ders. – Alfred Stefan Weiss (Hg.), Personal und Insassen von „Totalen Institutionen“ – zwischen Konfrontation und Verflechtung, Leipzig 2011 (Geschlossene Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 3), 121–153.

Scheutz – Weiss, Spitäler im bayerischen und österreichischen Raum: Martin Scheutz – Alfred Stefan Weiss, Spitäler im bayerischen und österreichischen Raum in der Frühen Neuzeit (bis 1800), in: Martin Scheutz – Andrea Sommerlechner – Herwig Weigl – Alfred Stefan Weiss (Hg.), Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit, Wien/München 2008 (MIÖG Ergbd. 51), 185–229.

Scheutz – Weiss, Vom Rosenkranz zum Skalpell: Martin Scheutz – Alfred Stefan Weiss, Vom Rosenkranz zum Skalpell in einer sich auflösenden Ständegesellschaft, in: Gunnar Stollberg – Christina Vanja – Ernst Kraas (Hg.), Krankenhausgeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte?, Berlin 2011 (Historia Hospitalium 27), 23–32.

Scheutz – Weiss, Österreichische Spitalordnungen: Martin Scheutz – Alfred Stefan Weiss, Österreichische Spitalordnungen und Instruktionen der Neuzeit, Wien/München 2014 (QIÖG).

UNBEARBEITETE KOPIE

Setz, Die Grundzüge: Max Setz, Die Grundzüge des modernen Krankenhausbaues, Wien 1910 (Technische Praxis 2).

Setz, Krankenhaus: Max Setz, Kleine und mittlere Krankenhäuser. Eine Sammlung. Darstellung und kritische Besprechung von 25 Krankenanstalten Österreichs, mit Ausschluß von Wien bis zu einem Maximalbelage von 150 Krankenbetten, Wien 1911 (Technische Praxis 9).

Skopec, Historischer Funktionswandel: Manfred Skopec, Historischer Funktionswandel des Krankenhauses, in: Gottfried Stangler u. a. (Hg.), Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie, Wien 1991, 318–321.

Stacher, Wiener Spitäler: Alois Stacher, Wiener Spitäler im Wandel der Zeit, Wien 1986.

Stadler, Vom Armee-Spital: Gerhard A. Stadler, Vom Armee-Spital zum modernen Krankenhaus. Ein Abriß der Baugeschichte des Allgemeinen Öffentlichen Krankenhauses in Linz, in: HJbL 1989 (1990), 85–102.

Stollberg – Tamm, Die Binnendifferenzierung: Gunnar Stollberg – Ingo Tamm, Die Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäusern bis zum Ersten Weltkrieg, Stuttgart 2001 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beih. 17).

Strobl, Das Allgemeine Krankenhaus: Josef Strobl, Das Allgemeine Krankenhaus und seine Geschichte, in: Franz Stüger (Hg.), Bad Ischl. Ein Heimatbuch, Ischl 1966, 570–573.

Sturmberger, Vom „Hospital“: Hans Sturmberger, Vom „Hospital“ zum „Krankenhaus“. Zur Geschichte des Krankenhauswesens in Oberösterreich bis zum 1. Weltkrieg, in: MOÖLA 11 (1974), 229–247.

Tschofen, Zur Geschichte: Herbert Tschofen, Zur Geschichte der Krankenhäuser und der Krankenhausfinanzierung in Vorarlberg, in: Montfort 26 (1974), 503–520.

Vanja, Aufwärterinnen: Christina Vanja, Aufwärterinnen, Narrenmägde und Siechenmütter – Frauen in der Krankenpflege der Frühen Neuzeit, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 1 (1992), 9–24.

Vögele, Sozialgeschichte: Jörg Vögele, Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, Berlin 2001 (Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 69).

Walter, Pflege: Ilsemarie Walter, Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe? Die Wärterinnen und Wärter in Österreichs Krankenhäusern im „langen“ 19. Jahrhundert, Frankfurt/Main 2004 (Mabuse Verlag 77).

Watzka, Arme: Carlos Watzka, Arme, Kranke, Verrückte. Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken, Graz 2007 (Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 36).

Watzka, Vom Hospital: Carlos Watzka, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa, Köln/Weimar/Wien 2005 (Menschen und Kulturen 1).

Weiss, Hund: Alfred Stefan Weiss, „… schlechter als ein Hund verpflogen …“. Organisation, Alltag und Leben. Kleinstädtische und ländliche Hospitäler der Frühen Neuzeit in den Herzogtümern Kärnten und Steiermark, in: Gerhard Ammerer – Elke Schlenkrich – Sabine Veits-Falk – Ders. (Hg.), Armut auf dem Lande. Mitteleuropa vom Spätmittelalter bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts. Helmut Bräuer gewidmet, Wien/Köln/Weimar 2010, 175–201.

Weiss, Das St.-Johanns-Spital: Alfred Stefan Weiss, Das St.-Johanns-Spital. Salzburg erstes öffentliches Krankenhaus an der Schwelle zur Moderne, in: Gerhard Ammerer – Thomas Weidenholzer (Hg.), Rathaus. Kirche. Wirt. Öffentliche Räume in der Stadt Salzburg, Salzburg 2009 (Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg 26), 143–155.

Weiss, Österreichische Hospitäler: Alfred Stefan Weiss, Österreichische Hospitäler in der Frühen Neuzeit als „kasernierter Raum“? Norm und Praxis, in: Gerhard Ammerer – Arthur Brunhart – Martin Scheutz – Ders. (Hg.), Orte der Verwahrung. Die innere Organisation von Gefängnissen, Hospitälern und Klöstern seit dem Spätmittelalter, Leipzig 2009 (Geschlossene

ARBEITSKOPIE

Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 1), 217–234.

Weiss, „Den Kranken zum Heile“: Norbert Weiss, „Den Kranken zum Heile“. Geschichte des Landeskrankenhauses Leoben, Leoben 2003.

Weitensfelder – Böhler – Matt, Dornbirn: Hubert Weitensfelder – Ingrid Böhler – Werner Matt, Geschichte der Stadt Dornbirn von der Frühindustrialisierung bis zur Jahrtausendwende, Dornbirn 2002.

Witzler, Großstadt und Hygiene: Beate Witzler, Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung, Stuttgart 1995 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte 5).

Zazgornik – Dienstl, Linz: Jan Zazgornik – Elisabeth Dienstl, Das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Linz, Linz 1992.

ARBEITSKOPIE