

Gunnar Stollberg, Christina Vanja,
Ernst Kraas (Hg.)

Krankenhausgeschichte heute

Was heißt und zu welchem Ende studiert man
Hospital- und Krankenhausgeschichte?

LIT

Vom Rosenkranz zum Skalpell in einer sich auflösenden Ständegesellschaft

Die Entstehungsphase der Krankenhäuser im späten 18. und 19. Jahrhundert in Österreich

Martin SCHEUTZ und Alfred Stefan WEISS

Wer sich historisch der Frage nach dem armen „ÖsterReich“ – so lautet(e) ein aussagekräftiger Slogan karitativer Organisationen – zuwendet, wird trotz zahlreicher Einzeluntersuchungen und Sammelbände wissenschaftlich enttäuscht werden.¹ Weder ist es bisher gelungen, eine überblicksmäßige Armutsgeschichte (Alt-)Österreichs vorzulegen, noch zumindest eine Geschichte der institutionalisierten Armenpflege zu verfassen. Ein Forschungsprojekt an den Universitäten Wien und Salzburg untersucht nunmehr österreichweit die Satzungen, Normen und Statuten der frühneuzeitlichen Hospitäler, um erstmals auf breiter Basis unter anderem ihren Einfluss auf die sich daraus entwickelnden – modern gesprochen – „Seniorenresidenzen“ und frühen Krankenhäuser abzuklären.² Hospitäler und Krankenhäuser sind „Orte des Alltags“³, die vergleichbar mit Zuchthäusern ihre Klientel nicht nur versorgten, sondern auch verwahrten. Die Frauen und Männer, die darin lebten und gepflegt wurden, entstammten überwiegend der Unterschicht oder waren verarmt⁴ – lediglich im Wiener Allgemeinen Krankenhaus gab es bereits eine „Klassenmedizin“ – und der Grad der Freiwilligkeit, in eine derartige Institution einzutreten, hielt sich daher in Grenzen.⁵ Gänzlich vernachlässigt wurde bisher die Frage, woher die Insassen bzw. Patienten stammten, denn nicht einmal in den klassischen Bürgerspitälern war die Klientel tatsächlich mit den Bürgern

¹ Vgl. zuletzt allerdings den anregenden Tagungsband: Ernst Bruckmüller (Hg.): *Armut und Reichtum in der Geschichte Österreichs* (Österreich Archiv). Wien, München 2010.

² „Verschriftlichte Lebensordnungen – Hospitalstatuten und Instruktionen in Österreich (1500–1830)“, bearbeitet von Martin Scheutz und Alfred Stefan Weiß.

³ Vgl. Angela Groppi: *Das Krankenhaus*, in: Heinz-Gerhard Haupt (Hg.): *Orte des Alltags. Miniaturen aus der europäischen Kulturgeschichte*. München 1994, S. 260–266.

⁴ Ebd., S. 260.

⁵ Alfred Stefan Weiß: „Almosen geben ist leichter als von Almosen leben.“ Ausdrucksformen der Armut an der Wende vom Mittelalter zur Frühen Neuzeit, in: Eveline Brugger, Birgit Wiedl (Hg.): *Ein Thema – zwei Perspektiven. Juden und Christen in Mittelalter und Früher Neuzeit*. Innsbruck, Wien, Bozen 2007, S. 90–121, hier S. 108 f.

der Stadt bzw. des Marktes identisch. Von wesentlicher Bedeutung sind weiter die Fragen nach dem Geschlechterverhältnis sowie nach der Lokalisierung der Anstalten (Zentrum versus Peripherie; welche Anstalten überlebten letztendlich als Krankenhäuser?).

In der jüngeren Forschung wird mit Nachdruck betont, dass Hospitäler und damit auch die Frühformen der Krankenhäuser nicht zwingend als „Totale Institutionen“ im Sinne Erving Goffmans interpretiert werden können, da vor allem die Personal-Insassen-Grenzen und die Bürokratisierung der anstaltsinternen Abläufe nicht deutlich ausgeprägt waren sowie die Überwachung und Disziplinierung der Bewohner/innen bzw. „Patienten/innen“ weitgehend fehlten, um eine „Identifizierbarkeit“ mit diesem Konzept zu gewährleisten.⁶ Durch den auch oft notwendigen Fokus seitens der Anstaltsleitung auf die Hausordnungen und durch ein „Überwachungsmanagement“ wurde jedoch zumindest der Versuch unternommen, Kontrolle in allen, auch den kleinsten und damit unbedeutendsten Einrichtungen auszuüben.⁷ Da Fremdbestimmung allerdings zu den zentralen Strukturmerkmalen des Arm- und Krankseins zählt(e), fügen sich die Frühformen der Krankenhäuser hingegen durchaus in das theoretische Konstrukt der „kasernierten Räume“ ein. Der klösterliche Geruch der Hospitäler zog überdies durch die viel jüngeren Krankenanstalten, die in ihrer Entstehungsphase ebenfalls als Orte der Frömmigkeit und als Wartekammern des Todes angesehen werden können. Auch die Krankenhäuser des 19. Jahrhunderts übten Macht über Insassen aus, wogegen sich die Insassen subtil oder offensiv zur Wehr setzten und z. B. trotz des nahenden Todes eine Beichte verweigerten. Die Eigenmacht der Patienten/innen kann

⁶ Carlos Watzka: Zur Interdependenz von Personal und Insassen in „Totalen Institutionen“: Probleme und Potentiale von Erving Goffmans „Asyle“, in: Falk Bretschneider, Martin Scheutz, Alfred Stefan Weiß (Hg.): Personal und Insassen von „Totalen Institutionen“ – zwischen Konfrontation und Verflechtung (Geschlossene Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 3). Leipzig 2011, S. 25–53; ders.: Totale Institutionen und/oder „Disziplinar-Anstalten“ in der Frühen Neuzeit? Das Problem der sozialen Kontrolle in Hospitälern und deren Funktionen der „Verwahrung“ und „Versorgung“ am Beispiel des Herzogtums Steiermark, in: Gerhard Ammerer, Arthur Brunhart, Martin Scheutz, Alfred Stefan Weiß (Hg.): Orte der Verwahrung. Die innere Organisation von Gefängnissen, Hospitälern und Klöstern seit dem Spätmittelalter (Geschlossene Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 1). Leipzig 2010, S. 235–254.

⁷ 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, Alfred Stefan Weiß (Hg.): Armut auf dem Lande. Mitteleuropa vom Spätmittelalter bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts. Helmut Bräuer gewidmet. Wien, Köln, Weimar 2010, S. 175–201, hier S. 177.

nicht vermutet, sondern überdies archivalisch nachgewiesen werden, sofern nicht nur die Normen in den Blickpunkt des Interesses gestellt werden.⁸

Der „Überstieg“ von den geistlich-karitativ geprägten Herrschafts- und „Bürger“-Spitälern des 18. Jahrhunderts zu modernen, der Akutmedizin gewidmeten Krankenhäusern – pointiert auf Ebene der Patienten gesprochen: vom bedenden Armen zum leidenden Kranken – ist für die Habsburgermonarchie noch kaum hinlänglich erforscht. Ab der Mitte des 18. Jahrhunderts zeichnen sich eine langsame Ausdifferenzierung der Krankenversorgung und eine institutionelle Trennung des Krankenhauses von der Armen- und Altersversorgung ab. In den größeren Städten entstanden sogenannte „Allgemeine Krankenhäuser“, die nach einer Formulierung aus 1863 „jedem Kranken ohne Unterschied der Nationalität, des Bekenntnisses und Geschlechtes, sowie jeder Krankheitsform zu jeder Zeit zugänglich sein“⁹ mussten. Aber selbst in kleinen Märkten – wie das Beispiel des Lungauer Zentralortes Tamsweg (Salzburg) verdeutlicht – lässt sich dieser Entpuppungsprozess des modernen Krankenhauses anschaulich nachvollziehen. Das Tamsweger St.-Barbara-Spital, ursprünglich dem Heiligen Geist gewidmet, 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/Männer sowie 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 „Toll sinnige“ berücksichtigen und für den gesamten Lungau hinreichend sein. Trotz eines eigens geschaffenen Fonds konnte im Zusammen-

⁸ Alfred Stefan Weiß: Österreichische Hospitäler in der Frühen Neuzeit als „kasernierter Raum“? Norm und Praxis, in: *Orte der Verwahrung* (wie Anm. 6), S. 217–234, hier S. 218–220, mit ausführlichen Literaturangaben.

⁹ Anlässlich der Grundsteinlegung des Allgemeinen Krankenhauses in Linz 1863, Gerhard A. Stadler: Vom Armee-Spital zum modernen Krankenhaus. Ein Abriß der Baugeschichte des Allgemeinen Öffentlichen Krankenhauses in Linz, in: *Historisches Jahrbuch der Stadt Linz* 1989 (1990), S. 85–102, hier S. 85.

wirken mit dem Landschaftsphysikus nur ein spezielles Zimmer im Bürgerspital verwirklicht werden; weitere Pläne machten ohnedies die Koalitionskriege gegen die Franzosen zunichte. Das Spital, das als Kaserne zweckentfremdet wurde, gelangte erst wieder 1818 in das Besitztum 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.¹⁰

Nach einer aufgrund ungenügenden Forschungsstandes 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 Spitäler standen den groß dimensionierten, öffentlichen, von den Ländern finanzierten Spitälern gegenüber. In der Residenzstadt Wien entfielen beispielsweise noch 1911 von den 7.715 Wiener Gesamtspitälsbetten rund 71,5 % (5.515 Betten) auf neun öffentliche, vom „Land“ unterhaltene Spitäler, dagegen immerhin 28,5 % (2.200 Betten) auf private Spitäler. Im Zuge der thesesianisch-josephinischen Reformen waren in den Städten neue (Allgemeine) Krankenhäuser entstanden, welche die Krankenversorgung zentralisieren und mittels eines Fonds das Kapital der alten Versorgungseinrichtungen (wie Bürgerspital, Siechenhaus, Bruderhaus usw.) zusammenfassen sollten. Die alten Versorgungseinrichtungen wurden vielfach gezwungen, ihren Grundbesitz zu veräußern und ihre Realien zu kapitalisieren. Der Staatsbankrott von 1811 führte vor diesem Hintergrund zu einer Entwertung dieses Stiftungskapitals und zur Verunmöglichung von Krankenversorgung aus den Anstalten selbst. Im 19. Jahrhundert standen sich daher in den großen Städten vielerorts städtische Versorgungseinrichtungen mit Krankenhäusern, die vom Land unterhalten wurden, gegenüber. Aber auch in den kleineren Städten lassen sich auf Initiative von humanitären Vereinen, 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. Jede größere Stadt musste zudem – vor der Schaffung von Bezirkskrankenhäu-

¹⁰ 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, S. 24–43, bes. S. 30–38 und S. 207 f. mit den wesentlichen Literatur- und Quellenangaben; Pfarrarchiv Tamsweg, Bestand St.-Barbara-Spital, Archidiakonalkommissariat Tamsweg an das Pfliegericht Tamsweg, 1803 März 22.

Vom Rosenkranz zum Skalpell

sern¹¹ – Notkrankenhäuser stellen, die im Fall von Epidemien zu belegen waren. Wachstumskern vieler Krankenhäuser waren aber die alten multifunktionalen Bürgerspitäler: In der Wiener Neustadt entstand ein eigenes Krankenhaus erst mit der Konstituierung des vom Wiener Neustädter Arzt Dr. Josef Fink 1842 gegründeten „Kranken-Heil-Vereines“, der die Schaffung einer 36 Betten umfassenden Krankenabteilung im Bürgerspital durchsetzte.¹² Jeder Bürger aus der 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 schließlich ein eigenes Krankenhaus, das finanziert von der städtischen Sparkasse 1889 eröffnet wurde. Auch anderswo finden sich private, vielfach an alte Handwerksversorgungsmodelle anknüpfende, klein dimensionierte Krankenhausgründungen: In Dörfel bei Vöcklabruck gründete der Besitzer der Herrschaft Wartenburg ein Privatkrankenhaus, das 1853 von der Stadt Vöcklabruck übernommen wurde und seit 1858 als öffentliches Krankenhaus geführt wurde.¹³ 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, der Verein Bruderliebe 1862 eine Anstalt in Wels. In Linz gab es als Beispiel der langen Tradition konfessioneller Krankenversorgung beispielsweise um die Mitte des 19. Jahrhunderts – vor der durch einen Bürgerverein initiierten und durch die Cholera motivierten Gründung des Allgemeinen Krankenhauses 1863/1865 – drei Ordensspitäler: Die Elisabethinen (1745 gegründet), die Barmherzigen Brüder (1757/1789) und die Barmherzigen Schwestern (1841); eine Verbürgerlichung und Säkularisierung der Krankenver-

¹¹ Zur Einteilung in Sanitätsbezirke und zur Öffentlichkeitserklärung Hildegard Artner: Allgemeine öffentliche Krankenhäuser im heutigen Niederösterreich in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts, Diss. Wien 1973, S. 9–51.

¹² Gertrud Gerhartl: Wiener Neustadt: Geschichte, Kunst, Kultur, Wirtschaft, Wien 1978, S. 391 f.; Artner: Allgemeine öffentliche Krankenhäuser (wie Anm. 11), S. 150–156.

¹³ Hans Sturmberger: Vom „Hospital“ zum „Krankenhaus“. Zur Geschichte des Krankenhauswesens in Oberösterreich bis zum 1. Weltkrieg, in: Mitteilungen des Oberösterreichischen Landesarchivs 11 (1974), S. 229–247, hier S. 242 f.; als Fallbeispiel Romana Niederdorfer: Das bürgerliche Krankenhaus im Lerchentale [1763–1807]. Eine Stiftung des Ennsener Dechanten Graf Engl von Wachern, in: Mitteilungen des Museumvereines Lauriacum Enns N. F. 25 (1987), S. 41–44.

sorgung zeichnete sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts langsam ab.¹⁴

Stationäre Krankenpflege lässt sich nicht nur im deutschen, sondern überdies im österreichischen Untersuchungsgebiet bereits früh konstatieren. Es war dies überwiegend eine weibliche Tätigkeit, doch werden neben den Aufwärterinnen (Siechendirnen) regelmäßig Aufwärter (Siechenknechte) erwähnt. Eine spezielle berufliche Vorbildung für dieses Berufsfeld kennt erst das 19. Jahrhundert.¹⁵ Um die erkrankten Frauen und Männer von den Gesunden abzusondern und zu pflegen, ließen die Städte und Märkte in ihren Häusern oft „ein absonderliches zimmer“ einrichten. Neben der Versorgung mit preisgünstigen Medikamenten, dem gelegentlichen Besuch des Baders und der Reichtung einer besseren Kost hatten die zur Pflege eingeteilten Hausbewohner ganz im frühneuzeitlichen Sinne den „kranken mit aller lieb zu dienen und auszuwartten“¹⁶. 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 Pfleger (vor allem die Barmherzigen Schwestern, neue Pflegeorden) um 1900 die Oberhand – das Berufsbild hatte sich zudem verweiblicht.¹⁷ Der Wundarzt wurde zunehmend durch den Sekundararzt ersetzt; einheitliche Hausordnungen legten Tätigkeiten für den Verwalter und die Patienten fest.¹⁸

¹⁴ Rudolf Ardel: Geschichte des Konvents und Krankenhauses der Elisabethinen zu Linz, in: Historisches Jahrbuch der Stadt Linz 1978 (1979), S. 95–146.

¹⁵ Vgl. Christina Vanja: Aufwärterinnen, Narrenmägde und Siechenmütter – Frauen in der Krankenpflege der Frühen Neuzeit, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 1 (1992), S. 9–24; 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 (Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung, Ergänzungsband 51). Wien, München 2008, S. 185–229, hier S. 218 f. Siehe für das 19. Jahrhundert Ilse Marie Walter: Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe? Die Wärterinnen und Wärter in Österreichs Krankenhäusern im „langen“ 19. Jahrhundert. Frankfurt am Main 2004.

¹⁶ Stiftsarchiv Lambach, Schuber 224, Fach E/IV/1b, Instruktion für das Spital und das Armenhaus, 1691 Juni 24, unfoliiert, Punkt 9 (Spital), Punkt 3 (Armenhaus).

¹⁷ Walter: Pflege als Beruf (wie Anm. 15), S. 72–85.

¹⁸ Artner: Allgemeine öffentliche Krankenhäuser (wie Anm. 11), S. 68–70; 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, Martin Scheutz, Alfred Stefan Weiß (Hg.): Personal und Insassen von „Totalen Institutionen“ – zwischen Konfrontation und Verflechtung (Geschlossene Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 3). Leipzig 2011, S. 121–153.

Funktionale (etwa Frauenkliniken), aber auch konfessionelle (etwa evangelische Spitäler) Prozesse der Ausdifferenzierung der Krankenanstalten sind noch wenig vergleichend überregional untersucht. Die Gründung etwa von Kinderkliniken vollzog sich meist im Rahmen bestehender Krankenhäuser. Die erste Kinderabteilung in Linz entstand im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern 1846 (bis 1886 bestehend). ab 1886 eröffnete das nach der Protektorin Erzherzogin Isabella benannte Isabellen-Kinderspital (1901 mit Öffentlichkeitsrecht) seine Pforten.¹⁹ Als Vorbild der Kinderspitäler diente nach einem Zentrum-Peripheriemodell das Mauthnerische Kinderspital 1837, das spätere St. Anna-Kinderspital.²⁰

Lange Zeit lässt sich Spitalgeschichte im 19. Jahrhundert als eine durch Verlegenheits- und Übergangslösungen definierte Adaptationsgeschichte von Gebäuden, die ihrer Funktion aufgrund von gesellschaftlichen Wandlungen (Säkularisation von Klöstern) oder aufgrund von stadttopographischer Umcodierung von Funktionen (z. B. Garnisonen)²¹ verlustig gegangen waren, beschreiben. Der allgemein schon von Axel Hinrich Murken²² konstatierte Siegeszug des am Stadtrand gelegenen Pavillon- und Barackenkrankenhauses (im Gegensatz zur Korridorbauweise) fand auch bei der baulichen Umsetzung des Krankenhausreformdiskurses in vielen Krankenhausbauten der Habsburgermonarchie ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Anwendung. Der unkomplizierten Einbettung von Krankenhäusern in Grünflächen, der unproblematischen Separierung der Geschlechter und der Krankheitstypen, der leichteren Kontrolle der einzelnen Krankenseinheiten, der Durchlüftung und vereinfachten Hygiene (Kampf gegen Wundbrand) standen die erhöhten Bau- (hoher Grundbedarf) und Betriebskosten der Spitäler des Pavillonsystems gegenüber. Während man das 1863 begonnene, allerdings nur in einem Westflügel fertiggestellte Linzer Allgemeine Krankenhaus (Vorbild Zürcher Kantonspital) baulich noch als Korridorsystem mit vorragendem Mittelbau und zwei Seitenflügel anlegte, wurde der Erweiterungsbau 1903/04 im Pavillonstil

¹⁹ Sturmberger: Vom „Hospital“ (wie Anm. 13), S. 246.

²⁰ Waltraud Berkemeier: Gründungsgeschichte der zur Regierungszeit Kaiser Franz Joseph I. in Wien eingerichteten Krankenhausanstalten. Diss. Wien 1979, S. 87–123.

²¹ Christian Koller: 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, S. 231–240, hier S. 232.

²² Axel Hinrich Murken: Das deutsche Baracken- und Pavillon-Krankenhaus von 1865 bis 1906 (Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf seine Entwicklung in Deutschland). Göttingen 1976.

(drei zweigeschossige Pavillons) konzipiert.²³ Die Dezentralisierung machte entweder besser überwachtes oder höher qualifiziertes Personal notwendig, Nachteile der erschwerten Kommunikation, des Transports und der Verpflegungsumstände sprachen vielfach gegen eine reine Umsetzung des Pavillonensystems, wie der Architekt und Leiter der Statthaltereibauabteilung für die Wiener k. k. Krankenanstalten Max Setz²⁴ anführte, der – typisch für die Zeit nach 1900 – für eine Kombination von Korridor- und Pavillonbauweise eintrat. Während die Wiener Rudolfstiftung des Jahres 1865 (Stiftung anlässlich der Geburt des Thronfolgers 1858) noch als Spital um einen zentralen Hof angelegt, aber schon mit pavillonähnlichen Seitentrakten, anzusprechen ist, wurden die nachfolgenden Spitalbauten in der Stadt Wien, wie das als Epidemiespital angelegte Kaiser-Franz-Josef Spital (1887–1892), das Wilhelminenspital (1890/91) und das zur Krankenpflegetausbildung bestimmte, private und für die sozial besser gestellte Schichten konzipierte Rudolfinerhaus (1885), nach dem Pavillonprinzip errichtet.²⁵ Nach der Jahrhundertwende wandte man sich teilweise wieder der geschlossenen Bauweise zu, wie das am Beispiel des 1913 eröffneten, von der Gemeinde Wien errichteten Wiener „Kaiser-Jubiläums-Spitals“, dem Krankenhaus Lainz, deutlich wird. Man suchte in diesem gemischt aus Pavillon- und Korridorsystem errichteten Baukomplex die Einzelgebäude zu verdichten und schuf daher fünf größere Gebäudekomplexe und drei kleinere Einzelgebäude.

Betrachtet man die Patientenentwicklung in den Krankenhäusern des 19. Jahrhunderts, so lässt sich ein deutliches Anwachsen der Gesamtzahl der Verpflegungstage bei einem gleichzeitigen langsamen Absinken der Verpflegungsdauer pro Patient erkennen. Die Normbettenzahl und der tatsächliche Ist-Bestand an Betten – in Linz nannte man diese Betten-Notökonomie „Strohsackwirtschaft“²⁶ – klafften lange Zeit auseinander, was unmittelbar auf die Verpflegungsqualität

²³ Stadler: Vom Armeespital (wie Anm. 9), S. 88–96; am Beispiel von Graz (1904–1912) Gudrun Faulborn: Aspekte der Hygiene beim Bau des Landeskrankenhauses in Graz 1888–1912, in: Historisches Jahrbuch der Stadt Graz 27/28 (1998), S. 467–489.

²⁴ Max Setz: Die Grundzüge des modernen Krankenhausbaues, Wien 1911.

²⁵ Siehe die Zusammenstellung für Wien bei Barbara Höll: Krankenhäuser im 19. Jahrhundert. Diplomarbeit, Wien 2002, S. 65–134; für die „Neue Klinik“ des Wiener AKH Wolfgang Czerny: Die Anlage „Neue Kliniken“ des Allgemeinen Krankenhauses in Wien 9. Aspekte zur historischen und architektonischen Bedeutung, in: Österreichische Zeitschrift für Kunst und Denkmalpflege 41 (1987), S. 128–136; am Beispiel von 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. Dissertation, Graz 2009.

²⁶ Stadler, Vom Armeespital (wie Anm. 9), S. 91, weitere Angaben zu den verwendeten Zahlen S. 92–94 und S. 99.

der Patienten Rückwirkungen gehabt haben muss. Im Linzer Allgemeinen Krankenhaus gab es 1894 162 Normbetten, aber tatsächlich verwendete 190 Ist-Betten bei 2.490 Aufnahmen und 65.915 Verpflegstagen (durchschnittliche Verweildauer der Patienten rund 26,5 Tage). Die Zahl der Operationen – räumlich ausdifferenziert gab es bereits in den neu erbauten Spitälern mittig gelegene, eigene Operationsräume – stieg langsam an, ebenso die technische Ausstattung (erster Röntgenapparat im AKH Linz 1898). Kostenstreitigkeiten zwischen dem Land und den Herkunftsgemeinden der Patienten waren häufig, die für das Krankenhauswesen zuständigen Landfonds übernahmen in den öffentlichen Krankenhäusern die Verpflegskosten, suchten sich die Patientenkosten aber bei den Heimatgemeinden oder Dienstgebern rückerstatten zu lassen. Das allgemeine, seit 1857 öffentliche Krankenhaus in Waidhofen/Ybbs versuchte bei erkrankten, im Krankenhaus aufgenommenen Dienstboten die Kosten für die ersten vier Wochen Versorgung beim Dienstgeber einzutreiben.²⁷ Die basale Sozialgeschichte der Patienten in den Krankenhäusern (Alter, Geschlecht, Familienstand, Berufsstand, Mortalitätsrate usw.) ist bislang kaum vergleichend untersucht worden. Die Auswirkung des Pauperismus wie der Industrialisierung, Nutzungskonzepte der Patienten (private Spitäler für reichere Schichten, öffentliche Spitäler für ärmere Schichten?) oder die Verwissenschaftlichung des Klinikbetriebes (Patienten als „Objekt“ der Wissenschaft) wären in den Blick zu nehmen. Auch die andernorts registrierte verstärkte Nutzung der Krankenhäuser durch alle Schichten der Bevölkerung, also eine langsame Verschiebung des Patientenfokus vom verarmten, nicht in der Stadt geborenen Patienten hin zum ernsthaft Kranken, wäre an weiteren Regionen zu prüfen. Am Beispiel von Bremen konstatierte Barbara Leidinger eine „Annäherung“ der städtischen Population und der in Pflege stehenden Krankenhauspopulation²⁸ – das heißt, die vom Krankenhaus bespielte Patientenstruktur spiegelte mit Fortdauer des 19. Jahrhunderts immer stärker die Schichtung der jeweiligen Stadt/Region wider.

Die Entwicklung von Krankenhäusern in der Habsburgermonarchie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, der Pionierzeit des allgemeinen Krankenhauswesens, scheint nach gegenwärtigem Forschungsstand einerseits als Ergebnis von Top-down-Prozessen etabliert worden zu sein (josefinische Gründungen der Allgemeinen Krankenhäuser, Gründungen des Kaiserhauses). Andererseits las-

²⁷ Friedrich Richter: Vom Siechenhaus zum Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Waidhofen an der Ybbs (1277 bis 1935) (Waidhofner Heimatblätter, Sondernummer April 1988). Waidhofen 1988, S. 52.

²⁸ Barbara Leidinger: Krankenhaus und Kranke. Die allgemeine Krankenanstalt an der St. Jürgenstraße in Bremen (Medizin, Gesellschaft und Geschichte 13). Stuttgart 2000, S. 266–274.

sen sich viele Krankenhausgründungen als Bottom-up-Prozesse beschreiben, bei denen geistliche/weltliche Gruppierungen, Vereine oder auch bürgerliche/adelige Benefaktoren oder Kommunen Anstalten gründeten, 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. In den Krankenhäusern lassen sich Professionalisierungsentwicklungen beim Pflegepersonal und bei den Ärzten zeigen, die noch kaum erforscht sind. Auf Ebene der Patienten – etwa Selbstzeugnisse – stehen Forschungen, abseits von dürren Frequenzzahlen, weitgehend aus. Viele der kleinen, meist kommunalen Krankenhäuser des 21. Jahrhunderts wurden zwar von den Ländern übernommen, sind aber heute bei nicht entsprechender Wirtschaftlichkeit von Schließungen bedroht, was in vielen Regionen Österreichs zu Bürgerprotesten Anlass bot und – entgegen wirtschaftlicher Vernunft – zur Beibehaltung vieler kleiner Landesspitäler führte. Die Regionalisierung der Krankenversorgung und die Konfessionalisierung der Patienten sind auch im 21. Jahrhundert noch in Restbeständen ebenso wie die nach verschiedenen Rängen gestufte Klassengesellschaft der Patienten erkennbar, Letzteres ein (Teil-)Ergebnis der voranschreitenden Verbürgerlichung der Gesellschaft seit dem 19. Jahrhundert.

Die Erforschung der österreichischen Hospital- und Krankenhausgeschichte muss unseres Erachtens als integrierender Teil einer modernen Gesellschaftsgeschichte betrieben werden und sollte in der Zeit vom Spätmittelalter bis zum frühen 19. Jahrhundert vornehmlich der Untersuchung der Lebensumstände der (erkrankten) Armen dienen. Neben den bereits anfänglich formulierten Desiderata ist selbstverständlich auch der gesellschaftliche Veränderungsprozess der Medikalisierung von entscheidendem Interesse, der sich selbst in den kleinsten Hospitälern verstärkt seit der Regierungszeit Maria Theresias (1740–1780) und ihres Sohnes Joseph II. (1780–1790) nachweisen lässt.