

VIRUS

Frau Prof. Dr. Christina Vanja
zum 65. Geburtstag
gewidmet

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

16

Schwerpunkt: Orte des Alters und der Pflege –
Hospitäler, Heime und Krankenhäuser

Herausgegeben von Elisabeth Lobenwein, Sarah Pichlkastner,
Martin Scheutz, Carlos Watzka und Alfred Stefan Weiß für den
Verein für Sozialgeschichte der Medizin



Leipziger Universitätsverlag 2017

Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Die vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin herausgegebene Zeitschrift versteht sich als Forum für wissenschaftliche Publikationen mit empirischem Gehalt auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit sowie angrenzender Gebiete, vornehmlich solcher mit räumlichem Bezug zur Republik Österreich, ihren Nachbarregionen sowie den Ländern der ehemaligen Habsburgermonarchie. Zudem informiert sie über die Vereinstätigkeit. Der Virus wurde 1999 begründet und erscheint jährlich. Der Virus ist eine **peer-reviewte Zeitschrift** und steht Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus allen Disziplinen offen. Einreichungen für Beiträge im engeren Sinn müssen bis 31. Oktober, solche für alle anderen Rubriken (Projektvorstellungen, Veranstaltungs- und Ausstellungsberichte, Rezensionen) bis 31. Dezember eines Jahres als elektronische Dateien in der Redaktion einlangen, um für die Begutachtung und gegebenenfalls Publikation im darauffolgenden Jahr berücksichtigt werden zu können. Nähere Informationen zur Abfassung von Beiträgen sowie aktuelle Informationen über die Vereinsaktivitäten finden Sie auf der Homepage des Vereins (www.sozialgeschichte-medizin.org). Gerne können Sie Ihre Anfragen per Mail an uns richten: verein@sozialgeschichte.medizin.org

The peer-reviewed journal „Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“ is included in ERIH PLUS.
C. f. <http://erihplus.nsd.no>



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagabbildung: Ehemaliges Spital in Gorna Radgona, Slowenien, Oberradkersburg (Foto: Alfred Stefan Weiß).

Impressum: Leipziger Universitätsverlag GmbH 2017

Die Zeitschrift wird herausgegeben vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin, Georgstraße 37, 1210 Wien, Österreich.

Herausgeberinnen und Herausgeber dieses Schwerpunktheftes: MMMag. Dr. Elisabeth Lobenwein (Institut für Geschichte / Universität Klagenfurt), Mag. Sarah Pichlkastner MA (Institut für Realienkunde des Mittelalters und der frühen Neuzeit / Universität Salzburg), ao. Prof. Mag. Dr. Martin Scheutz MAS (Institut für Österreichische Geschichtsforschung sowie Institut für Geschichte / Universität Wien), Priv. Doz. Mag. Dr. Carlos Watzka (Institut für Soziologie / Universität Graz), Ass. Prof. Mag. Dr. Alfred Stefan Weiß (Fachbereich Geschichte / Universität Salzburg)

Book Reviews: Dr. Alois Unterkircher, E-Mail: alois_unterkircher@gmx.at

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung der Universität Wien, der Paris-Lodron-Universität Salzburg und der Stiftungs- und Förderungsgesellschaft der Paris-Lodron-Universität Salzburg.

ISBN 978-3-96023-139-4
ISSN 1605-7066



Inhaltsverzeichnis

**Elisabeth Lobenwein / Sarah Pichlkastner / Martin Scheutz /
Alfred Stefan Weiß / Carlos Watzka**

Editorial 9

**Beiträge – Schwerpunkt:
Orte des Alters und der Pflege – Hospitäler, Heime und Krankenhäuser**

Fritz Dross

Das Versorgungsversprechen der vier Nürnberger Leprosorien
in Spätmittelalter und in der Frühen Neuzeit 13

Martin Scheutz

Spital und Verwaltungsorganisation
Das Bodenpersonal der Versorgung von Insassinnen und Insassen
in frühmodernen österreichischen Spitälern 23

Sarah Pichlkastner

Vom Physikus über die Hebamme bis zur Kindsdirne
Medizinisch-pflegerisches Personal im Wiener Bürgerspital und
seinen Filialen in der Frühen Neuzeit 43

Carlos Watzka

Krankenpflege als soziale Praxis in den Hospitälern der Barmherzigen Brüder
in Österreich im 17. und 18. Jahrhundert
Eine Übersicht auf Grundlage insbesondere des
„Manuale oder Hand-Büchlein Religions B. Joannis Dei“ von 1681 sowie
der Wiener und Grazer Hospitalinventare 65

Alfred Stefan Weiß

Das Spital vor Ort. Die Institution in Radkersburg als Ort des Alterns? 99

Christina Vanja

Alte Menschen in den hessischen Hohen Hospitälern der Frühen Neuzeit 111

Elke Schlenkrich

Leipziger „geschlossene“ Armen- und Krankenfürsorgeeinrichtungen auf dem
Weg zur spezialisierten medizinisch-pflegerischen Versorgungslandschaft 127

Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah „Dass sie nicht weiter in Verfall gereth.“ Zur Umstrukturierung des Dresdner Lazarettts und späteren Krankenhauses im ausgehenden 18. Jahrhundert	141
Elke Hammer-Luza Medizinische Versorgung und Krankenpflege in Grazer Straf- und Zwangsanstalten von 1750 bis 1850	155
Nathalie Patricia Soursos Die Stiftungsbetten der Wiener Griechen für das Allgemeine Krankenhaus und das Spital der Barmherzigen Brüder	169
Eberhard Gabriel Psychiatrische Einrichtungen im Erzherzogtum unter der Enns (Niederösterreich) im 19. Jahrhundert. Vom Irrenturm in Wien zu den Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke im Licht zeitgenössischer Darstellungen	193
Felicitas Söhner / Thomas Becker / Heiner Fangerau Psychiatrische Versorgung älterer Patientinnen und Patienten nach der „Aktion T4“ am Beispiel Bayerisch-Schwabens	209
Maria Keil Die Entfesselung der Alten. Bettgitter in den Sicherheitsdispositiven der Pflege	231
Ulla Kriebner Putting Age in Its Place: Representations of Institutional Eldercare in Contemporary North American Film and Fiction	251
Daniela Wagner Alten- und Pflegeheime zwischen Ansprüchen medizinischer Pflege und Lebensweltorientierung	273
Sarah Pichlkastner Zusammenfassung und Ausblick: Institutionelle Räume der Pflege und des Alter(n)s im diachronen und interdisziplinären Vergleich	293

Projektvorstellungen

Judith Bauer / Hanno Heil / Hermann Brandenburg

Altern und Pflege in pallottinischen Gemeinschaften:

Erste Befunde eines Beratungsprojekts für die Pallottiner 305

Petr Jelínek

Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott in

der Germanischen Provinz bis 1780 311

Rezensionen

Martin DINGES / Kay JANKRIFT / Sabine SCHLEGELMILCH / Michael STOLBERG, Hg.,

Medical Practice, 1600–1900. Physicians and Their Patients

(= Clio Medica 96, Leiden–Boston 2015) 322

(*Maria Böhmer*)

Nicole SCHWEIG,

Suizid und Männlichkeit. Selbsttötungen von Männern auf See,

in der Wehrmacht und im zivilen Bereich, 1893–ca. 1986

(= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 57, Stuttgart 2016) 327

(*Carlos Watzka*)

Karen NOLTE,

Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert. Medizin, Krankenpflege und

Religion (Göttingen 2016) 329

(*Christina Vanja*)

Florian G. MILDENBERGER,

Der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte im Nationalsozialismus.

Bestandsaufnahme – Kritik – Interpretation (Göttingen 2016) 331

(*Ingrid Böhler*)

Historia Hospitalium.

Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte 29 (2014–2015),

Themenheft: Patientengeschichte in Hospital, Heilstätte und Krankenhaus,

hg. von Gunnar STOLLBERG / Christina VANJA / Florian BRUNS / Fritz DROSS

(Berlin 2016) 336

(*Saskia Gehrman*)

Sophie LEDEBUR, Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien (= Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte 5, Wien–Köln–Weimar) (<i>Karen Nolte</i>)	339
Edgar BIERENDE / Peter MOOS / Ernst STEIDL, Hg., Krankheit als Kunst(form) – Moulagen der Medizin (= Schriften des Museums der Universität Tübingen MUT 12, Tübingen 2016) (<i>Marion Hulverscheidt</i>)	342
Stefan LECHNER / Andrea SOMMERAUER / Friedrich STEPANEK, Beiträge zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol im Nationalsozialismus und zu ihrer Rezeption nach 1945. Krankenhauspersonal – Umgesiedelte SüdtirolerInnen in der Haller Anstalt – Umgang mit der NS-Euthanasie seit 1945 (= Veröffentlichungen der Kommission zur Untersuchung der Vorgänge um den Anstaltsfriedhof des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall in Tirol in den Jahren 1942 bis 1945 3, Innsbruck 2015) (<i>Florian Schwanninger</i>)	345
Vereinsinformationen	348

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser des „Virus“,

im Zuge der Konferenz in Bad Radkersburg (Südsteiermark) wurden vom 19. bis 21. Mai 2016 „Orte des Alters und der Pflege – Hospitäler, Heime und Krankenhäuser“ untersucht und die Ergebnisse werden entsprechend den Forschungsinteressen der Herausgeber/-innen (vier „bekennende“ Frühneuzeithistoriker/-innen ziehen ebensolche Interessenten an) in dem vorliegenden „Virus-Band“ publiziert. In 15 Beiträgen, einer kritischen Zusammenschau der Beiträge und zwei Projektvorstellungen dominieren, abgesehen von den Ausführungen von Fritz Dross zu den Nürnberger Leprosorien, Aufsatzthemen zu den oft schwierigen Anfängen der „Orte des Alters und der Pflege“ in Früher Neuzeit und Sattelzeit, sowohl in organisatorischer, räumlicher als auch pflegetechnischer Hinsicht (zehn Beiträge). Die vier zuletzt gereihten wissenschaftlichen Ausführungen sind dem 20. und 21. Jahrhundert geschuldet und werfen einen Blick auf so unterschiedliche Themen wie die „Aktion T4“, die aktuelle Frage der Bettgitter, Lebensweltorientierung in zeitgenössischen Alten- und Pflegeheimen oder die Annäherung an das Altersheim über die Analyse von nordamerikanischen „care home narratives“ in zeitgenössischer Literatur und Film. Die erwähnten Projektvorstellungen betreffen das Altern und die Pflege in pallotinischen Gemeinschaften und den Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott.

Die Tagungsleitung versuchte ursprünglich, das Themenfeld sehr offen zu gestalten und in Bad Radkersburg auch tagesaktuelle Probleme in die Diskussion einfließen zu lassen (Podiumsdiskussion zur Entwicklung der Krankenhäuser in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und der damit verbundenen Frage, wie lange ein optimales Gesundheitssystem noch für jede Person zugänglich sei). Gelingen ist es vielmehr, mit diesem Band Grundlagenforschung zu betreiben und zu weiteren Fragen und Diskussionen anzuregen. Vielfach konnte mit dem Topos aufgeräumt werden, dass die Pflege vornehmlich alter Menschen in den (Ho-)Spitälern im (Spät-)Mittelalter und in der Frühen Neuzeit kein zentraler Aspekt des Alltags war und dass die Insassinnen und Insassen in der Regel nur getröstet durch religiösen Zuspruch starben. Pflege war ein äußerst komplexer Bereich, der sich auch heute nicht nur in medizinischer Versorgung darstellt, in der Frühgeschichte der Anstalten sich überdies z. B. in der gegenseitigen Hilfe spiegelte.

Mögen die Beiträge zum Nachdenken über die wichtige Materie anregen und der Band insgesamt für weitere, ähnlich gelagerte Forschungsvorhaben eine Grundlage bilden.

Die Herausgeberinnen und Herausgeber

Elisabeth Lobenwein / Sarah Pichlkastner / Martin Scheutz / Carlos Watzka / Alfred Stefan Weiß
August 2017

Beiträge
Schwerpunkt: Orte des Alters und der Pflege –
Hospitäler, Heime und Krankenhäuser

Fritz Dross

Das Versorgungsversprechen der vier Nürnberger Leprosorien in Spätmittelalter und in der Frühen Neuzeit

English Title

The Promise of Care and Shelter: Nuremberg Leprosaria in Late Medieval and Early Modern Times

Summary

Medical history has been fascinated by leper houses for decades. Above all, leprosaria were considered the oldest historical example of isolation for medical reasons, and – since the 1970s – following Michel Foucault and Erving Goffman were analyzed as “total institutions” by providing an ideal type of heterotopia. This interpretation, however, became insufficient, when recent research pointed out the fact that in the 16th century doctors frequently bemoaned the simulation of leprosy. Obviously, there were people suffering from poverty and homelessness who sought a life inside a leper house. The article analyzes the promise of care and shelter made by leprosaria in the Imperial City of Nuremberg in the Early Modern Period. By following some inmates originally sheltered in a hospital for the old-aged moving to other hospitals once they fell ill, the article aims at sketching out a picture of an institutionalized hospital system in early modern Nuremberg. Some of these individuals finally ended up in a leper house. On the other hand, especially female inmates of the Nuremberg leprosaria left the leper houses on their own account once they had found a spouse – and came back, if marriage failed. The Nuremberg leprosaria are therefore interpreted as being one option in a variety of offers to be sheltered and cared for in the early modern Nuremberg society.

Keywords

Hospital, leprosy, leprosarium, Nuremberg, old age, urban health care institutions, Late Medieval Times, Early Modern Times

Einleitung

Als ich in den frühen Abendstunden des 18. Mai 2016 Bad Radkersburg erreichte, um an den kommenden Tagen an einer Konferenz über „Orte des Alters und der Pflege – Hospitäler, Heime und Krankenhäuser“ teilzunehmen, begrüßte mich im örtlichen Hotel Sporer ein alter Bekannter: Gleich gegenüber der Rezeption hing eine Reproduktion aus den Nürnberger Hausbüchern,¹ die den Sporenmacher Endres Sporer mit seinen Werkzeugen abbildet. Auf unerwartete Weise war ich damit schneller im Thema, als ich auch nur meinen Koffer auspacken konnte. Obwohl sich in dem Hotel niemand fand, die oder der über den Kontext der Sporer-Abbildung oder auch nur ihres Anbringens dort irgendeine hilfreiche Erläuterung zu geben in der Lage war, und die Organisatorinnen und Organisatoren der Tagung hartnäckig bestritten, dieselbe dort mir zu Liebe haben anbringen lassen, bietet es sich an, von den Nürnberger Hausbüchern aus auf frühneuzeitliche Orte des Alters und der Pflege in der Reichsstadt Nürnberg zu sprechen zu kommen.

Der Artikel beginnt mit einem Blick auf eine besonders typische Einrichtung der Versorgung verdienender und gealterter Nürnberger Bürger, den beiden Zwölfbrüderhäusern. Diese waren indes kaum in der Lage, erkrankte Bewohner zu pflegen, wie sich an ausgesuchten Fällen anschaulich zeigen lässt. Aus der Perspektive erkrankter Bewohner der beiden Zwölfbrüderhäuser und ihrer Verlegungen in andere Hospitäler kann damit in die differenzierte Spitallandschaft der frühneuzeitlichen Reichsstadt eingeführt werden.² Vor diesem Hintergrund schließlich werden die vier außerhalb der Stadtmauern liegenden Leprosorien in ein institutionalisiertes städtisches Hospitalsystem eingeordnet, innerhalb dessen sie wiederum ihnen eigene Spezialfunktionen übernahmen. Insbesondere soll auf diesem Weg vermieden werden, Leprosorien als völlig außerhalb der spitalischen Versorgungssysteme befindliche Sondereinrichtungen ganz eigener Funktion zu betrachten.

Unter den Versorgungsfunktionen der Leprosorien kommen hier insbesondere das Recht und sogar die Pflicht von deren Bewohnerinnen und Bewohnern zur Sprache, durch Bettel zum Einkommen des Hauses beizutragen. Die Leprosorien wurden seit dem 16. Jahrhundert verstärkt als eine Versorgungsoption betrachtet, was sich nicht zuletzt in (Täuschungs-)Versuchen bemerkbar macht, in den Schauverfahren ein auf „immundus“ (unrein) lautendes Zeugnis zu erlangen, das gleichbedeutend mit dem Recht auf die Versorgung in und durch ein Leprosorium war. Aus Verzeichnissen der Bewohnerinnen zweier Nürnberger Leprosorien lässt sich aber auch erschließen, dass der durch die Bewohnerinnen (in der Regel erfolgreich) aktiv angestrebte Austritt auf attraktivere Versorgungsangebote, üblicherweise durch eine Ehe, zurückzuführen ist.

1 Die Stadtbibliothek Nürnberg und das Germanische Nationalmuseum besorgten gemeinsam eine hervorragende Online-Edition: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de> (letzter Zugriff: 21.12.2016). Folgende Abkürzungen werden im vorliegenden Artikel verwendet: Art. = Artikel; StadtA N = Stadtarchiv Nürnberg; StadtB N = Stadtbibliothek Nürnberg.

2 Vgl. Fritz Dross, *Patterns of Hospitality. Aspects of Institutionalisation in 15th & 16th Centuries Nuremberg Healthcare*, in: *Hygiea Internationalis* 9/1 (2010), 13–34.

Die beiden Nürnberger Zwölfbrüderhäuser

Die eingangs erwähnten „Nürnberger Hausbücher“ waren als Totenbücher des Mendel’schen sowie des Landauer’schen Zwölfbrüderhauses im 15. und 16. Jahrhundert angelegt worden.³ Auf je einem Blatt wird ein verstorbener Bewohner mit den Charakteristika des von ihm ausgeübten Handwerks porträtiert und in knappen Zeilen wenige biografische Grunddaten zur Person ergänzt – wie der erwähnte Sporenmacher Endres Sporer. Die Hausbücher sind damit für die Geschichte des reichsstädtischen Handwerks von großem Quellenwert. Daneben stehen sie für eine bis zum Ende des Alten Reichs geübte Versorgung betagter Bürger – in der Regel Handwerker. Das ältere der beiden war 1388 durch den Patrizier Konrad Mendel etabliert worden und scheint nach flämischen Vorbildern den Begardenhäusern nachgebildet, so wie die Mendel’sche Stiftung ihrerseits zum Vorbild für weitere Zwölfbrüderhäuser in der weiteren süddeutschen Region wurde.⁴ Ein Dutzend Nürnberger Bürger, die sich ihres Alters wegen nicht mehr selbstständig ernähren konnten, wurde in dem Brüderhaus bis an ihr Lebensende versorgt. Die Stiftung eines zweiten Zwölfbrüderhauses erfolgte zu Beginn des 16. Jahrhunderts durch den Montanunternehmer Matthäus Landauer.⁵ Verpflegt wurden weder durch eine Ehe noch ihre persönliche Arbeitskraft anderweitig versorgte Handwerker, die bereits seit mindestens zehn Jahren das Bürgerrecht der Reichsstadt besaßen und nicht zuvor vom Mendel’schen Brüderhaus abgewiesen worden waren.

Die Nürnberger Zwölfbrüderhäuser repräsentieren damit einen Versorgungstyp, der für das spätmittelalterliche und frühneuzeitliche Nürnberg geradezu paradigmatisch als „Ort des Alters und der Pflege“ stehen kann. Eine besondere medizinische Versorgung war nicht vorgesehen. Die versorgten Brüder lebten in der Regel über mehrere Jahre bis zu ihrem Tod in den beiden Häusern; von dem Bäcker Erhardt Erkel heißt es dagegen ausdrücklich, er sei nach zweieinhalb Jahren „zu früe darinn gestorben“,⁶ nachdem er bereits kurz nach seinem Eintritt in das Haus bettlägerig geworden war. Im Ausnahmefall konnten erkrankte Bewohner in eine „Siechen Stube“ innerhalb des Hauses verlegt werden, wie der 1604 als 60-Jähriger aufgenommene Schneider Veit Schober, der vor seinem Tod im November 1613 „lange Zeit in der 12 bruder Siechen Stuben krank gelegen“⁷ sei, wie es in seinem Eintrag im Hausbuch heißt. Dorthin konnte gegebenenfalls auch medizinischer Beistand aus der Stadt gerufen werden. Zuweilen sind große Operationen vermerkt. Über Hans Engelbrot heißt es, ihm sei „ein Arm abgefallen und ist lang an ihme geheilt worden“.⁸ Der Büttner Sebastian Locker kam als

3 Vgl. Michael DIEFENBACHER, Art. „Zwölfbrüderhausstiftungen“, in: Stadtlexikon Nürnberg, online unter: http://online-service2.nuernberg.de/stadtarchiv/dok_start.fau?prj=biblio&dm=Stadtlexikon (letzter Zugriff: 21.12.2016); Michael DIEFENBACHER, *Nürnberger Siechkobel, Spitäler und Zwölfbrüderhäuser* (= Kalender 1989 der Stadtsparkasse Nürnberg, Nürnberg 1989).

4 Vgl. Michael DIEFENBACHER, Art. „Mendel, Patrizierfamilie“ und „Mendelsche Zwölfbrüderhausstiftung“, in: Stadtlexikon Nürnberg, wie Anm. 3.

5 Vgl. Michael DIEFENBACHER, Art. „Landauer, Kaufmannsfamilie“ und „Landauersche Zwölfbrüderhausstiftung“, in: Stadtlexikon Nürnberg, wie Anm. 3.

6 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 107r (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-107-r/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

7 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 83v (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-83-v/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

8 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 105v (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-105-v/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

55-Jähriger 1604 in das Landauer'sche Brüderhaus und verstarb zehn Jahre später, unmittelbar nach einer Blasensteinoperation.⁹

Dies war aber eher die Ausnahme, und insofern stehen gerade die Zwölfbrüderhäuser für die bereits im 16. Jahrhundert hohe Differenzierung der reichsstädtischen Spitallandschaft.¹⁰ Wenn ein Bruder krank wurde, wechselte er üblicherweise in das Heilig-Geist-Spital, zeitgenössisch meist als „neues Spital“ oder schlicht „Spital“ firmierend. Der Schuhmacher Stephan Krotter etwa, der als 64-Jähriger im Jahr 1639 in das Brüderhaus aufgenommen wurde, erkrankte und hat „starckh in das Spietal begerdt“, wo er nach neun Wochen „ganz khindisch worden“¹¹ und verstarb. Der Büchsenmacher Hans Rauch war 1613 als 72-Jähriger im Zwölfbrüderhaus aufgenommen worden und bald in das Heilig-Geist-Spital gewechselt, „nach dem er gar blöde in Kopf wordten, auch schier nit mehr allein gehen können“;¹² der Flaschner Lorenz von Mannheim war „umb seiner beraubten vernufft und wonwytzen ungeschickten weyß willen im Newem Spital genommen worden“;¹³ der Messerschmied Georg Inckhofer verließ das Brüderhaus, „dieweil er weder den stuhl noch brunnen halten kennen, undt wegen ubeln geschmackh“;¹⁴ der Gärtner Andreas Imhof kam vom Brüderhaus in das Spital, „weil er seher Elend, kindisch und gar unsauber word(en)“.¹⁵

Es ergibt sich daraus ein Versorgungsauftrag der beiden Zwölfbrüderhäuser, der unter Umständen noch eine längere Periode der Bettlägerigkeit der Bewohner umfassen konnte, aber an seine Grenze kam, sobald eine intensivere Betreuung notwendig wurde, etwa bei Verwirrtheit und insbesondere bei Inkontinenz. Gleichsam die „Standardadresse“ war dann das große „neue Spital“ (Heilig-Geist-Spital), das seit dem 16. Jahrhundert umfangreiches Fachpersonal beschäftigte, darunter nicht zuletzt einen Arzt und einen Apotheker sowie Chirurgen.¹⁶ Dieses Personal ermöglichte dem Heilig-Geist-Spital, sich nach Begriffen des Spätmittelalters und der Frühen Neuzeit als Einrichtung für die akute Versorgung von Erkrankten in Nürnberg zu etablieren. Der erhebliche Teil der Behandelten war für drei oder vier Wochen im neuen Spital in Behandlung, ein knappes Drittel der Behandelten war sogar nach 20 Tagen wieder entlassen worden; die meisten Todesfälle fanden innerhalb der ersten beiden Tage nach dem Eintritt in das Hospital statt.¹⁷ Die ökonomische Logik einer vorübergehenden Akutversorgung war bereits im Stiftungsbrief angelegt, und noch zu Lebzeiten des Stifters ausgeführt: Die Aufnahme

9 StadtB N, Amb. 279.2°, fol. 71^r (Landauer I), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-279-71-r/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

10 Vgl. DROSS, Patterns of Hospitality, wie Anm. 2.

11 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 118^v (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-118-v/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

12 StadtB N, Amb. 279.2°, fol. 82^r (Landauer I), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-279-82-r/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

13 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 2^v (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-2-v/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

14 StadtB N, Amb. 279.2°, fol. 81^r (Landauer I), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-279-81-r/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

15 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 89^r (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-89-r/data> (letzter Zugriff: 21.12.2016).

16 Vgl. Ulrich KNEFELKAMP, Das Heilig-Geist-Spital in Nürnberg vom 14.–17. Jahrhundert. Geschichte, Struktur, Alltag (= Nürnberger Forschungen 26, Nürnberg 1989), 158–190.

17 Vgl. ebd., 278–289.

von „Gesunden“, die über Jahre und Jahrzehnte das Spitalbett belegten, habe den Tod von Hunderten dadurch unversorgten armen Kranken zur Folge, die dann vermutlich sogar ohne die Sakramente verstürben. Dem Spitalmeister wurde daher zur strengen Auflage gemacht, keine Ewigbetten zum Schaden des Hospitals zu verkaufen.¹⁸

Für einen innerhalb der Nürnberger Versorgungslandschaft spezifischen Zuschnitt des Heilig-Geist-Spitals als Einrichtung der Akutbehandlung spricht auch, dass mutmaßlich nicht heilbare Kranke aus den Brüderhäusern nicht dorthin, sondern in das Lazarett verlegt wurden, wie 1553 der Windenmacher Hans Zentgraff, der im Lazarett nach einer Beinamputation verstarb,¹⁹ 1574 Hans Leupoldt, der „etlicher alter scheden halben Ins lazareth komen, aldo er auch verschieden“,²⁰ oder 1600 der Büttner Veit Rost, „weiln er mit der Seuch der Pest behafft gewest“.²¹

Die Ausdifferenzierung der spitalischen Versorgung in der frühneuzeitlichen Reichsstadt konnte auch den mehrfachen Wechsel solcher Einrichtungen bedeuten. Georg Elsinger war im November 1616 auf obrigkeitliche Verordnung in das Mendel'sche Zwölfbrüderhaus aufgenommen worden. Elsinger war als Hilfskraft auf dem städtischen Bauhof beschäftigt und verfügte nicht über das reichsstädtische Bürgerrecht. Er wird im Hausbuch als „unburger“ und damit nicht für die reguläre Aufnahme in das Brüderhaus qualifiziert bezeichnet. Während die reguläre Aufnahme durch den Pfleger des Hauses veranlasst wurde, konnte der Rat als Obrigkeit die Aufnahme von weiteren Versorgungsfällen verordnen; so auch bei Elsinger, der ausdrücklich „auff eines E(hrwürdigen) Rhats bevelch, wegen seines wolverhaltens“ aufgenommen worden war. Bereits ein Vierteljahr später musste Elsinger allerdings in das Heilig-Geist-Spital wechseln, da „er wegen Ubeln geruchs den andern Brudern sehr beschwerlich“ geworden war. Im Hospital wurde er dann von Ärzten genauer untersucht. Diese haben Elsinger „siech geschaut“,²² also als aussätzig beurteilt, sodass er nach nur drei Wochen im Heilig-Geist-Spital in das Leprosorium St. Peter gebracht wurde, wo er drei Tage später verstarb.

Die Nürnberger Leprosorien

Mit dem Leprosorium steht nun ein weiterer Versorgungstypus zur Debatte, der im Folgenden genauer betrachtet werden soll. Das mittelalterliche Leprosorium gilt in der Krankenhaus- und Medizingeschichte nachgerade klassisch als Stätte der Isolation und Segregation, als paradigmatisch-historisches Vorbild einer sowohl aus- als einschließenden „Totalen Institution“. Als kennzeichnend gilt die mit der Luther'schen Bibelübersetzung verbreitete deutsche Bezeichnung „Ausatz“, in der die soziale Konsequenz – das „Aus-Setzen“ nach alttestamentarischen Gebot („extra castra habitabit“) – als Synonym für „Lepra“ zur Krankheitsbezeichnung ver-

18 Vgl. ebd., 32–36, 192–193.

19 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 4^r (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-4-r/data> (letzter Zugriff: 22.12.2016).

20 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 32^r (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-32-r/data> (letzter Zugriff: 22.12.2016).

21 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 63^v (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-63-v/data> (letzter Zugriff: 22.12.2016).

22 StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 93^v (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-93-v/data> (letzter Zugriff: 22.12.2016).

wendet wird. Das aktive Simulieren von „Lepra / Aussatz“, der (illegale) Handel mit positiv lautenden Lepra-Schaubriefen sowie das seit dem 16. Jahrhundert topisch in Policy- und Landesordnungen auftauchende Verbot, unter dem Anschein des Aussatzes zu betteln, eröffnen jedoch den Blick für das Versorgungsversprechen, für das die Leprosorien ebenfalls stehen.

Rund um die Reichsstadt Nürnberg entstand bis zum 15. Jahrhundert ein Ring von vier Leprosorien an den wichtigsten Handelsverbindungen der Stadt.²³ Der vermutlich älteste reichsstädtische Siechkobel war das 1234 anlässlich seiner Schenkung gemeinsam mit drei Mühlen von König Heinrich VII. an die Deutschordenskommende erstmalig erwähnte Haus St. Johannis an der Straße nach Frankfurt am Main; der Name des Leprosoriums ging seit dem 19. Jahrhundert auf das Stadtviertel der Großstadt Nürnberg über. Im Laufe des 14. Jahrhunderts entstanden St. Leonhard an der Straße nach Augsburg, St. Peter und Paul an der Straße nach Regensburg sowie St. Jobst an der Straße nach Prag. Die einzelnen Häuser waren eher klein, in allen vier Leprosorien zusammen konnten wohl maximal 50 bis 60 Leprose untergebracht werden. Herein durften nur Nürnberger Bürger und die Angehörigen ihrer Haushalte; herein mussten diese, wenn durch Ärzte „Aussatz“ festgestellt wurde. Dies galt auch für die Bewohner der Zwölfbrüderhäuser. Von dem Braumeister Jörg heißt es in den Hausbüchern im Jahr 1437: „der waß sunder sich worde(n) vnd den hett man hin auß geton“.²⁴ Der Nestler Friedrich Müllner und der Messerer Georg Beham wurden nach zwei Jahren, der Glaser Asdrubal Aufdinger nach 13 Jahren in den Brüderhäusern nach einer Schau in das Leprosorium St. Peter gebracht, wo sie alle auch verstarben.²⁵

Die Leprosorien waren, sehr viel deutlicher als andere Hospitäler, bruderschaftlich verfasst. Dies reicht zurück bis in die Stiftungsbriefe. Der Stiftungsbrief des Frauenleprosoriums St. Leonhard aus dem Jahr 1317 betont bereits in seinen Eingangsworten, wie der Stifter Hermann Schürstab mit den siechen Frauen zusammen gesessen habe, um das gemeinsame Leben der Leprosen zu beratschlagen und in eine Ordnung zu gießen: „Davon bin ich mit den frawen zu Rat worden, wie sye sollen alle Jre tagtzeit haben vnnnd wie sye furbas sollen leben an allenn dingen do von ich vnd die frawen gemeiniglich setzen.“²⁶ Darin kommt nicht zuletzt die außergewöhnliche Ökonomie der Leprosorien zum Ausdruck. Im Unterschied zu vergleichbaren Hospitaltypen, die auf Stiftungen beruhten und ökonomisch auf den Stiftungserträgen

23 Vgl. überblicksweise DIEFENBACHER, Nürnberger Siechkobel, wie Anm. 3; Christine SEIDEL, Die Siechköbel vor den Mauern Nürnbergs, unveröffentlichte Magisterarbeit (FAU Erlangen-Nürnberg, Erlangen 1984); Georg GERNETH, Beitrag zur Geschichte der Lepra und Leprosorien in der alten Reichsstadt Nürnberg und in Fürth, unveröffentlichte Dissertation (FAU Erlangen-Nürnberg, Erlangen 1949); zu St. Johannis Ingrid BUSSE, Der Siechkobel St. Johannis vor Nürnberg (1234 bis 1807) (= Nürnberger Werkstücke zur Stadt- und Landesgeschichte 12, Nürnberg 1974); zu St. Jobst Walter STEINMAIER, St. Jobst. Das Aussätzigenhospital am Empfangsweg des Kaisers. Herrscherkult und Siechenhaus. Ein Beitrag zum Stadtausbau unter Karl IV. und zum Spitalwesen der freien Reichsstadt Nürnberg (Nürnberg 2006); Michael DIEFENBACHER, Art. „St. Johannis (Siechkobel)“, „St. Jobst (Siechkobel)“, „St. Leonhardt (Siechkobel)“ und „St. Peter (Siechkobel)“, in: Stadtlexikon Nürnberg, wie Anm. 3.

24 StadtB N, Amb. 317.2°, fol. 60^r (Mendel I), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317-60-r/data> (letzter Zugriff: 22.12.2016).

25 Müllner: StadtB N, Amb. 317b.2°, fol. 79^r (Mendel II), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-317b-79-r/data>; Beham: StadtB N, Amb. 279.2°, fol. 89^v (Landauer I), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-279-89-v/data>; Aufdinger: StadtB N, Amb. 279.2°, fol. 83^v (Landauer I), online unter: <http://www.nuernberger-hausbuecher.de/75-Amb-2-279-83-v/data> (letzter Zugriff: 22.12.2016).

26 StadtA N, A21-150 (Ordnung St. Leonhardt), fol. 114^v.

basierten, trugen die Leprosen aktiv zum Einkommen des Hauses bei. Ihnen war das Betteln ausdrücklich erlaubt, und die regelmäßig auf diesem Wege eingebrachten Almosen galten als gemeinschaftlicher Besitz. Bis zu einer Summe von 60 Hallern sollte dieser gemeinsam mit den Erträgen des Bettelstocks vor dem Haus wöchentlich zu gleichen Teilen unter den siechen Frauen aufgeteilt, größere Summen dem Pfleger zur Kapitalanlage überantwortet werden.²⁷

Hinsichtlich ihres Versorgungsversprechens nahmen die Leprosorien damit bereits durch die Stiftungsordnungen eine Sonderstellung ein. Versorgung in einem Nürnberger Siechkobel bedeutete über den dort zur Verfügung gestellten Wohnort und die tägliche Versorgung mit Lebensmitteln hinaus das Recht, durch Bettel eigenes Einkommen zu erwirtschaften. Die Vergabe von Bettellicenzen stellt ein in der Reichsstadt Nürnberg seit dem 14. Jahrhundert auch außerhalb der spitalischen Versorgung systematisch entwickeltes Instrument der Armenversorgung dar. In der Armutsforschung gilt Nürnberg als die Stadt des Reiches, aus der die älteste Almosenordnung sicher überliefert ist, die das öffentliche Betteln mit Bettelzeichen privilegierte.²⁸ Seit (spätestens) 1370 sollte „nyemanden vor den kirchen, noch in der stat pitten und sol auch nyemanden petteln in den kirchen, noch in der stat, er hab dann der stat zeichen“.²⁹ Obrigkeitliche Armenfürsorge,³⁰ wie sie dann ausweislich der einschlägigen überlieferten Verordnungsstätigkeit im 15. und 16. Jahrhundert ganz erheblich intensiviert wurde, begann also damit, einem ausgewählten Personenkreis das Betteln ausdrücklich zu gestatten und sie damit den Leprosen gleichzustellen.

Das ärztliche Testat über den Aussatz wurde im Laufe des 16. Jahrhunderts zu einem immer häufiger begehrten Bettelprivileg. In Landes-, Policey- und Bettelordnungen wurde in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts regelmäßig beklagt, „dat etzliche betlers in unsern landen gaen im schyn off so uthsettich weren und sich doch befindt nith to sein“,³¹ ebenso wie in medizinischen Erörterungen der Schauerverfahren gewarnt wurde, „daß auch fleissiger vff etliche böse Landtiebe / so auß faulheit sich für aussetzige angeben“.³² In Bern und Luzern sollten vorgeblich Aussätzige 1595 in Bettlerjagden mit erfasst und gesucht werden.³³ Seinen fulminanten Höhepunkt fand dies in dem Mordprozess um die „große Siechenbande“ 1712 in

27 Ebd.: „Jst aber das Jn in der stat von Selgeret oder von anndacht Jcht wirt geben von pfenningen oder gewannt oder von pfenningis wert das sollenn sy tailen geleich vnder sich, was vnnder sechtzig hallern ist, was aber vber sechtzig haller ist, das sollen sy Jrem pfleger antworten.“

28 Vgl. im größeren Zusammenhang Christian JÖRG, *Teure, Hunger, Großes Sterben. Hungersnöte und Versorgungskrisen in den Städten des Reiches während des 15. Jahrhunderts* (= Monographien zur Geschichte des Mittelalters 55, Stuttgart 2008), 318–357.

29 Vgl. Willi RÜGER, *Mittelalterliches Almosenwesen. Die Almosenordnungen der Reichsstadt Nürnberg* (= Nürnberger Beiträge zu den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften 31, Nürnberg 1932), 68.

30 Vgl. zuletzt Beate ALTHAMMER / Christina GERSTENMAYER, Einleitung, in: Beate Althammer / Christina Gerstenmayer, Hg., *Bettler und Vaganten in der Neuzeit (1500–1933). Eine kommentierte Quellenedition* (Essen 2013), 13–26.

31 Vgl. Karl SUDHOFF, *Die Clever Leprosenordnung vom Jahre 1560*, in: *Archiv für Geschichte der Medizin* 4 (1910/11), 386–388.

32 Joachim STRUPPIUS [Joachim STRUPPE], *Nützliche Reformation, zu guter Gesundheit, und christlicher Ordnung* [...] (Frankfurt am Main 1573), fol. 18^r–19^r; vgl. Robert JÜTTE, *Lepra-Simulanten. „De iis qui morbum simulant“*, in: Martin Dinges / Thomas Schlich, Hg., *Neue Wege in der Seuchengeschichte* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 6, Stuttgart 1995), 25–42.

33 Vgl. Christian MÜLLER, *Lepra in der Schweiz* (Zürich 2007), 145–147.

Düsseldorf, der zur Schließung sämtlicher Leprosorien in Jülich-Berg führte.³⁴ Für eine gewichtige Ursache unzuverlässiger Schauergebnisse hielt der Nürnberger Stadtarzt Joachim Kammermeister „die bosheit und betriegligkeit der leut, welche des bettlens und müssigangs gewohnt haben, und nicht der besichtigung halben, sondern gelts und almusens wegen [...] pflegen zu komen, welche sich zuvor mit etlichen kreutern und andern bößen stücken so meisterlich können zurichten und anschmiren“.³⁵

In diesem Zusammenhang gerieten auch die Leprosorien unter Legitimationsdruck,³⁶ auf den die Nürnberger Obrigkeit 1571 mit einer neuen und wegweisenden Hausordnung reagierte, die erstmals für alle vier Häuser galt und die älteren Stiftungsordnungen ersetzte. Die strenge Aufsicht des vom Rat eingesetzten Pflegers trat darin an die Stelle einer bruder- und genossenschaftlichen inneren Ordnung. Damit entfiel auch die Grundlage für den gemeinsamen Genuss der eingebrachten Almosen. Das Betteln und seine Erträge waren gleichsam privatisiert worden. Das Betteln geschah nun einzeln und reihum und wurde zu einer Pflicht, von der allein die Unpässlichkeit einer Krankheit halber befreite. Für diesen Fall wurde vorgesehen, dass die oder der bettelunfähig erkrankte Leprose durch eine andere Person vertreten und der Ertrag anschließend unter den beiden geteilt werden sollte. Dazu scheinen jedoch immer weniger „gesunde“ Leprose bereit gewesen zu sein – die „Privatisierung“ der Bettelerträge entsprach offenbar durchaus dem Verständnis der mit dem Bettelprivileg Versorgten. Die Ordnung von 1571 sah deswegen vor, dass „gesunden“ Leprosen, die sich weigerten, eine solche Krankheitsvertretung zu übernehmen, die Hälfte ihrer Einnahmen bei der nächsten regulären Runde genommen, und diese „dem Armen krancken, dieweil die schuld oder saumsel nit sein gewesen, gegeben werden“.³⁷

In eine ähnliche Richtung verweist der Paragraph „Vom vberschwencklichen sauffen vnd voltrincken der armen“.³⁸ Dass dies im Ton des 16. Jahrhunderts „scheulich vnnnd ergerlich genug“ war, ist weniger erstaunlich. Hier entscheidend ist die Argumentation, dieses Verhalten gefährde den ökonomischen Bestand der Versorgungseinrichtung. Die Almosen seien erheblich zurückgegangen, weil betrunkene Leprose den Ruf der Einrichtung gefährdeten, „mit sonderlicher vermeldung, Es seie sund vnnnd schand, das man diesen Armen etwas vmb Gottes willen geben soll“.³⁹ Hier wurde also das Fehlverhalten einzelner als schädlich für alle gekennzeichnet, „daraus dem Kobel vnnnd Jnen den Armen selber spöttliche nachred entstehen mocht“. Nicht im Ordnungstext ausgeführt, aber im Hintergrund mit zu denken ist freilich die dadurch in Frage stehende Legitimität einer Obrigkeit, entsprechend „unwürdige“ Personen mit der Versorgung im Leprosorium und dem damit verbundenen Bettelprivileg auszustatten. Jeder

34 Vgl. zuletzt und mit Verweisen auf die einschlägige Literatur- und Quellenlage Martin UHRMACHER, *Leprosorien im rheinischen Raum vom 12. bis zum 18. Jahrhundert* (= Beiträge zur Landes- und Kulturgeschichte 8 / Publications du CLUDEM 36, Trier 2011), 188–197.

35 StadtB N, Ms. Cent V 42, fol. 134r.

36 Vgl. Kay Peter JANKRIFT, *Normbruch und Funktionswandel. Aspekte des Pfrundmissbrauchs in mittelalterlich-frühneuzeitlichen Hospitälern und Leprosorien*, in: Sebastian Schmidt / Jens Aspelmeier, Hg., *Norm und Praxis in der Armenfürsorge in Spätmittelalter und früher Neuzeit* (= Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 189, Stuttgart 2006), 137–146.

37 StadtA N, A 26 Rep. 100g, Nr. 29.

38 Ebd.

39 Ebd.

Leprose, der „Jnn betzechter weiß vngeschickt befunden wurde, den soll der Haußmeister von stundan Jnn das Narrenheußlein [...] setzen vnd derJnnen wol außkühlen zulassen“. ⁴⁰

Immer mehr wurde die Versorgung in einem Leprosorium auch von den dort Versorgten als eine Option unter verschiedenen betrachtet. Dies zeigt sich nicht zuletzt an dem Verzeichnis der in der Zeit von 1584 bis 1729 im Siechkobel St. Johannis untergebrachten Frauen. ⁴¹ Regelmäßig verließen die Frauen das Leprosorium, wenn sie eine alternative Versorgung finden konnten – dies war in aller Regel die Ehe. Die 1586 nach St. Johannis gekommene Magdalena hatte 1592 einen ebenfalls leprosen Mann geheiratet. Katharina war 1597 als Findelkind in das Leprosorium gekommen und hat sich später verheiratet, um das Haus zu verlassen. Maria war wohl bereits verheiratet, als sie 1594 nach St. Johannis kam, wo sie vier Jahre später „wider schon geschawet“ – also durch Ärzte als nicht-leproso befunden – wurde, um wieder zu ihrem Mann zurückzukehren.

Gleich mehrfach hat Susanna die Versorgung innerhalb und außerhalb des Leprosoriums St. Johannis im späten 17. Jahrhundert gewechselt. Susanna war Tochter eines Bortenmachers und ledig in das Leprosorium St. Leonhard gekommen. Gegen Ende des Jahres 1685 hatte sie aus dem Leprosorium heraus den Nürnberger Bürger und Wagenführer Zacharias Kirchberger geheiratet, was ihr den Weg zurück in die städtische Gesellschaft ermöglichte. Etwa ein Jahr später starb Kirchberger, ein weiteres halbes Jahr später, im Mai 1687, wurde Susanna bei Albrecht Ackermann vorstellig, dem Schauer des Lazarettts vor der Stadt. Ackermann bescheinigte ihr eine „üble Krätz“, woraufhin ihr der reichsstädtische Magistrat in das Leprosorium St. Johannis verhalf. Noch am Heiligen Abend desselben Jahres wurde sie dort wieder entlassen, wie es heißt, „auf Ihr inständiges bitten [und] beschehener schönschauung“. Noch in der Siechenhauskapelle heiratete sie am 29. Dezember Hans Ollmann, den Sohn eines Ziegelmalers aus dem Aischgrund – mithin kein Nürnberger Bürger. Jedenfalls bot die Ehe keine legale zuverlässige Versorgung, denn schon bald darauf wurde sie mehrfach beim Betteln aufgegriffen, was ihr nun nicht mehr zustand. Susanna kam in das „Zuchthauß“. Nach zwölf Wochen dort hat sie die Gelegenheit ergriffen, sich vom Zuchthausarzt „ErbRäud und böße Krätz“ attestieren zu lassen, was sie mit Ratsbeschluss vom 19. Mai 1688 wieder zum Leben in St. Johannis berechtigte. Erneut aber scheint es ihr dort nicht besonders gefallen zu haben. Im August wurde Susanna Kirchberger „widerumb rein geschaut“ und „auf oberherrlicher Verordnung von dar widerumb außgemustert“. Hier verliert sich ihre Spur.

Dass bei den Schauzeugnissen immer häufiger verschiedene Hautkrankheiten wie Räude und vor allem Krätze genannt werden, widerspricht übrigens nicht dem Befund Lepra: Schon bei Lorenz Fries wird 1518 die „außetzigkeit“ im Kapitel „von befleckung der haut“ gemeinsam mit der Räude („Die raud zu latein Scabies genant ist ein befleckung der haut“ ⁴²) abgehandelt. Im Laufe des 17. Jahrhunderts wurde dies zum üblichen Ort in der medizinischen Literatur ⁴³ – die Lepra war zu einer Subspezies der Krätze geworden. Bei Johann Jacob Woyt taucht

40 Ebd.

41 StadtAN, D 5, Nr. 7, daraus die folgenden Zitate.

42 Lorenz FRIES, Spiegel der Artzny des gleichen vormals nie vo[n] keine[m] doctor in tütsch vßgange[n] (Straßburg 1518).

43 Vgl. Samuel HAFENREFFER, Pandocheion aiolodermon [...] (Tübingen 1630), 104–108 („De Scabie Ejusq. Speciebus“).

die Lepra 1735 unter den „übrigen Unreinigkeiten des Bluts, welche die Haut verunreinigen“, auf, dazu heißt es schlicht: „Die Ursachen und die Cur [...] kommen in allen mit den Ursachen und Cur der Krätze überein, wovon vorhergehendes Capitel zu consuliren.“⁴⁴

Resümee

Sobald davon abgesehen wird, die Nürnberger Leprosorien auf den ausgetretenen Pfaden der älteren Lepra-Geschichtsschreibung als isolierende Zwanganstalten zu betrachten, deren einziger Zweck die Erfüllung der alttestamentarischen Vorschrift wäre, die „Unreinen“ aus der idealiter „reinen“ Stadtgemeinschaft zu entfernen,⁴⁵ ergibt sich ein vielfältigeres Bild, das nicht zuletzt eine durchaus attraktive Versorgungsfunktion umfasst. Neben einer üblicherweise etwas besseren Versorgung waren die Bewohnerinnen und Bewohner der reichsstädtischen Leprosorien bereits durch die genossenschaftliche Verfasstheit der Häuser mit größeren Freiheitsrechten ausgestattet als diejenigen anderer spitalischer Einrichtungen. Der oben angesprochene Stiftungsbrief von St. Leonhardt aus dem Jahr 1317 präsentiert sich als gemeinschaftliches Werk des Stifters mit den durch die Stiftung Versorgten, maßgebliche Entscheidungen wurden demnach durch die Versammlung der Versorgten getroffen, die schließlich sowohl die leitenden Personen im Haus als auch den Pfleger als obrigkeitliche Aufsichtsperson durch gemeinsame Wahl bestellte. Notwendig war und blieb ein in Nürnberg stets von akademischen Ärzten autorisiertes Zeugnis, dass eine Person „aussätzig“ war. Sobald ein solches beurkundetes Zeugnis vorlag, konnten die betreffenden Personen in keiner anderen spitalischen Versorgungseinrichtung verbleiben und wechselten in eines der vier reichsstädtischen Leprosorien. Das ärztliche Attest, an Lepra erkrankt zu sein, öffnete die Tür in eines der vier Leprosorien und wurde seit dem 16. Jahrhundert auch aktiv angefragt, wenn sich dadurch eine Verbesserung der Versorgung erzielen ließ. Am Beispiel der leprosen Bewohnerinnen von St. Johannis lässt sich für das 16. und 17. Jahrhundert aber auch zeigen, dass die Versorgung durchaus ihre Attraktivitätsgrenzen hatte. Insbesondere die Ehe schien vielen Frauen das attraktivere Versorgungsangebot, sodass sie regelmäßig nach Eheschließung das Haus wieder verließen.

Informationen zum Autor

PD Dr. phil. Fritz Dross, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Glückstr. 10, 91054 Erlangen, Deutschland, E-Mail: fritz.dross@fau.de

Forschungsschwerpunkte: Geschichte von Hospital und Krankenhaus, städtische Gesundheitsversorgung in der Frühen Neuzeit

44 Johann Jacob WOYT, Vernüfftige und in der Erfahrung gegründete Abhandlung Aller Im menschlichen Leibe vorfallenden Kranckheiten [...] (Leipzig 1735), 351–352.

45 In der Übersetzung Martin Luthers: „Wer nu aussätzig ist / des Kleider sollen zürissen sein / vnd das Heubt blos / vnd die Lippen verhüllet / vnd sol aller ding vnrein genennet werden. | Vnd so lange das mal an jm ist / sol er vnrein sein / alleine wonen / vnd seine Wohnung sol ausser dem Lager sein“ (Lev 13,45/46).

Martin Scheutz

Spital und Verwaltungsorganisation. Das Bodenpersonal der Versorgung von Insassinnen und Insassen in frühmodernen österreichischen Spitälern

English Title

Hospital and Administrative Organisation. Ground Staff of Inmates' Care in Early Modern Austrian Hospitals

Summary

Though we have some key studies for Austrian hospitals covering aspects such as economic history or some profound "History of Our House", historical research still feels the need for historical approaches to the history of staff within early modern hospitals. Little is known about the history of male and female wardens and attendants in hospitals. The Austrian hospital system in early modern times is characterized by contrasts; some big hospitals such as the imperial hospital in Vienna ("Hofspital") were confronted with many small hospitals for six or twelve inmates. In small hospitals "healthy" inmates served as caretakers for older and sicker inmates – sound inmates also had a large share in running small hospitals in general. Therefore, distinct divisions between inmates and staff in those hospitals are hard to find.

Big hospitals, on the other hand, had a structured and multilayered administrative hierarchy. At the top we normally find a "superintendent", a high-ranking person as delegate of the city council, followed, on the second level, by a hospital master who was in charge of the hospital's internal affairs. On the third level "house officers" are found and finally, the basic level comprised hospital staff such as hospital stewards, cooks and caretakers. Beside the writing control of the hospitals (such as the hospital recorder) and the administering supervision (such as custodian of the grain) the care taking in hospitals was an essential part of managing such houses: male and female nurses, master of infirm people ("Siechenmeister"), custodians for orphans can be found in larger institutions. Based on instructions and house rules, fields of activity of the care taking staff in hospitals form core questions of the following paper. Little is known about the history of wardens in hospitals: the recruitment of those people, pension schemes and income levels have not yet been scientifically examined.

Keywords

Hospital organization, hospital staff, care work and care staff in Early Modern Austrian hospitals, house officers, instructions, house rules

Organisationsformen frühneuzeitlicher österreichischer Spitäler auf der Ebene des Personals

Die Spitäler der Vormoderne umwehten bezüglich des Personals ebenso beunruhigende wie vielfältige Gerüchte über Misswirtschaft, über die Unterschlagung fremden Eigentums und über die verschiedensten Malversationen. Diese Vorwürfe waren auch den vorgesetzten Behörden bewusst und bekannt, weshalb die Spitalbetreiber diese Missstände durch organisatorische Strukturen und durch erhöhte Schriftlichkeit einzuschränken trachteten, indem Kontrollinstanzen auf mehreren hierarchischen Ebenen der Spitalorganisation eingebaut wurden.¹ Ein System gegenseitiger Kontrolle innerhalb des Spitals und die Schaffung von Gleichgewichten innerhalb der Verwaltung (etwa das Prinzip von Gegenzeichnungen und paralleler Buchführung, Parallelstrukturen in der Organisationsebene) sollten Misswirtschaft, Betrug und „Unterschleif“ erschweren. Zudem bestand im Dreiecksverhältnis von Spitalbetreiber – Personal – Insassinnen/Insassen die Möglichkeit für die Insassinnen und Insassen mit Bitt- oder Beschwerdeschriften vor die Spitalleitung zu treten. Die verwaltenden Ämter waren hierarchisch höher angesiedelt als die mit unmittelbarer Handarbeit beschäftigten Funktionsträger wie Spitalmeier/-in oder Krankenwärter/-in etc., die in der Regel über keine schriftlichen Instruktionen verfügten.²

Am Beispiel der österreichischen Hofspitäler werden diese mehrschichtigen Kontrollen im Organigramm deutlich. Nach den Spitalordnungen und den Instruktionen zeigt sich die Organisationsstruktur des Wiener Hofspitals (Kaiserspital) 1551³ auf vier verschiedenen Ebenen: Unter den beiden Superintendenten (1. Ebene) stand der Spitalmeister (2. Ebene); darunter befand sich die Ebene der Offiziere (3. Ebene: Siechenmeister/-in, Zuchtmeisterin, Einkäufer, Zuschroter/Fleischhacker, Kastner, Pfister/Bäcker). Diese dritte Ebene lässt sich mit der mittleren Managementebene, welche die „gute Policy“ im Haus operativ aufrecht zu erhalten

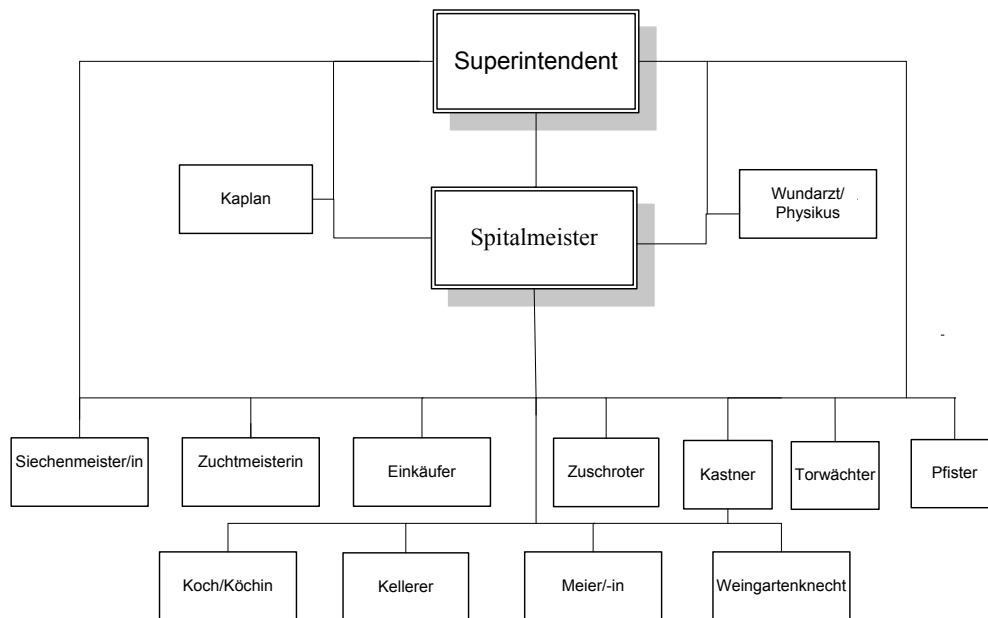
1 Eine beträchtliche Forschungslücke klafft im Bereich einer vergleichenden Untersuchung von Organisationsstrukturen von Spitalern, zu diesem Gebiet gibt es bislang keine Forschungen, der vorliegende Beitrag versucht unter Auswertung von Instruktionen eine Zusammenschau der Organisationsstruktur mehrerer österreichischer Spitäler.

2 Siehe Christina VANJA, *Amtsfrauen in den Hospitälern des Mittelalters und der Frühen Neuzeit*, in: Bea Lundt, Hg., *Vergessene Frauen an der Ruhr. Von Herrscherinnen und Hörigen, Hausfrauen und Hexen 800–1800* (Köln 1992), 195–209, die nach einer Art Sozialstratigrafie versuchte, höhere, mittlere und untere Dienste zu scheiden; vgl. auch Christina VANJA, *Auf Geheiß der Vögtin. Amtsfrauen in hessischen Hospitälern der Frühen Neuzeit*, in: Heide Wunder / Christina Vanja, Hg., *Weiber, Menscher, Frauenzimmer. Frauen in der ländlichen Gesellschaft 1500–1800* (Göttingen 1996), 76–95.

3 Vgl. Martin SCHEUTZ / Alfred Stefan WEISS, *Spital als Lebensform. Österreichische Spitalordnungen und Spitalinstruktionen der Neuzeit* (= Quelleneditionen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 15/1–2, Wien 2015), 385–399 (Hofspital Wien 1551); zur Organisationsstruktur österreichischer Spitäler Martin SCHEUTZ, *Spitalmeister in der Frühen Neuzeit – zur sozialen Verortung eines bürgerlichen Spitzenamtes am Beispiel der landesfürstlichen Stadt Zwettl*, in: *Das Waldviertel* 64/4 (2015), 339–360.

hatten, vergleichen. Die Amtsinhaber der dritten Ebene durften ausschließlich mit Zustimmung der Superintendenten eingestellt werden,⁴ wobei hier sicherlich auch der Spitalmeister ein gewichtiges Wort mitzureden hatte. Diese verantwortungsvollen Ämter – in den Quellen meist als „Offiziere“ angesprochen – waren in führender Funktion mit der unmittelbaren Krankenpflege bzw. mit der Betreuung von Insassinnen und Insassen (Zuchtmeisterin, Siechenmeister/-in), mit der Vorratshaltung und Lebensmittelversorgung des gemeinsamen „Hauses“ (Zuschroter, Kastner, Pfister) und mit der Zugangskontrolle zum Haus (Torwächter) betraut. Lediglich dem Spitalmeister unterstellt war dann die vierte Ebene, die mit der unmittelbaren Wirtschaftsführung des Hauses zu tun hatte (4. Ebene: Koch/Köchin, Kellerer, Meier/-in, Weingartenknecht). Etwas außerhalb der eigentlichen Spitalorganisation befanden sich einerseits die dem kanonischen Recht unterworfenen Spitalgeistlichen,⁵ und andererseits der in kleineren Städten häufig auch als Stadtarzt beschäftigte Spitalarzt,⁶ die unmittelbar dem Superintendenten/Pfleger „unterstellt“ waren, aber sicherlich auch vom Spitalmeister kontrolliert wurden. Dieses komplexe Verwaltungsstruktur vereinfachende Organigramm (Grafik 1) ist hierarchisch angeordnet und berücksichtigt nicht, dass viele dieser Ämter im Spital noch Mitarbeiter/-innen unter sich hatten.

Grafik 1: Organigramm des Wiener Hofspitals 1551 (nach der Spitalordnung von 1551)

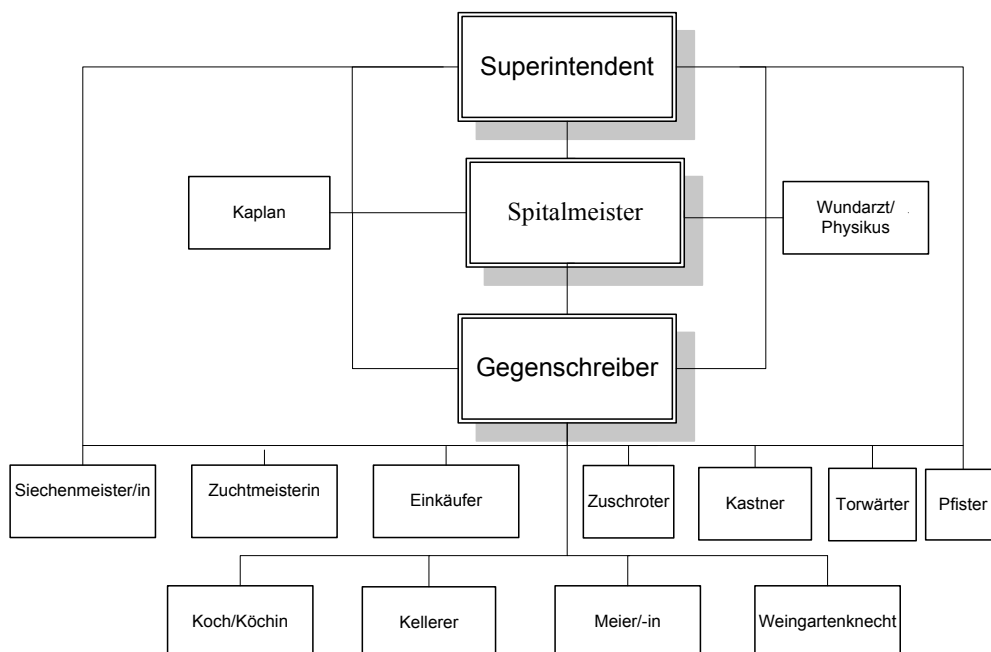


- 4 Am Beispiel für eine Siechenmeisterin SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 391 [35]: „durch ein spitlmaister mit vorwißen der superintendenten“; für die Zuchtmeisterin ebd., 393 [39]: „durch die superintendenten angenommen“; für den Einkäufer ebd., 395 [55]: „solle dem spitlmaister unnd superintendenten gehorsamb und gewärtig sein“; ähnlich Zuschroter ebd., 396 [55], Kastner und Pfister ebd., 396 [56], für den Torwächter ebd., 397 [61]: „durch unnsrem spitlmaister unnd superintendenten on besoldung [...] aufgenumen“.
- 5 Vgl. Sabine BEGON, *De Iure Hospitalium. Das Recht des deutschen Spitals im 17. Jahrhundert unter Berücksichtigung der Abhandlung von Ahasver Fritsch und Wolfgang Adam Lauterbach* (Marburg 2002), 227–230.
- 6 Vgl. ebd., 231–234.

Rund 80 Jahre später, im Jahr 1632,⁷ erhielt das Wiener Hofspital eine neue Spitalordnung, die nun aber, zur Kontrolle des Spitalmeisters und zur besseren Administrierbarkeit des großen Spitals, über eine weitere Verwaltungsebene, nämlich den Gegenschreiber, verfügte (Grafik 2). Der Gegenschreiber hatte parallel zur Buchführung des Spitalmeisters ein „Gegenbuch“ zu führen und war dem Superintendenten unterstellt, arbeitete aber in der Praxis direkt mit dem Spitalmeister zusammen. Die Kontrolldichte und das System gegenseitiger Kontrolle wurden damit erhöht, was sich unmittelbar auch im Sinne der pragmatischen Schriftlichkeit auf die Verschriftlichungspraxis im Spital auswirkte.

Die Verwaltungsstruktur der kleineren, zehn bis ca. 40 Insassinnen und Insassen fassenden Spitälern wies dagegen einfachere hierarchische Strukturen auf, indem man hier mit drei beeideten Ebenen auskam, wie das Bürgerspital in Hall in Tirol mit seinen detaillierten Spitalordnungen und Instruktionen gut zu belegen vermag. Unterhalb des vom Rat bestellten Spitaloberpflegers (einem Ratsmitglied) war der Spitalunterpfleger mit seiner Frau angesiedelt und darunter befand sich hierarchisch – aber offenbar nicht weiter geordnet – das Gesinde des Hauses. Das Haller Spital beschäftigte im 16. Jahrhundert im Schnitt 15 Personen,⁸ sodass der Spitalunterpfleger beträchtliche Kontrollgewalt innehatte. Nach einigen Missständen erließ

Grafik 2: Organigramm des Wiener Hofspitals 1632 (nach der Spitalordnung von 1632)

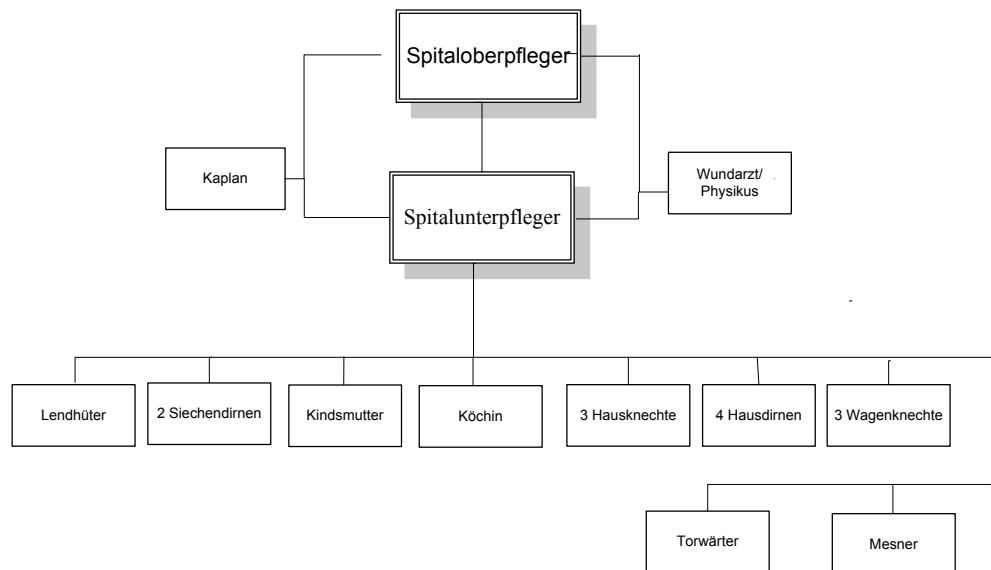


7 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 460–486 (Hofspital Wien 1632).

8 Vgl. HEINZ MOSER, Vom Heilig-Geist-Spital zum Bezirkskrankenhaus Hall in Tirol (Hall in Tirol 1997), 90.

der Stadtrat am 6. Juni 1553⁹ eine Spitalordnung, die sowohl eingehend die wirtschaftliche Hausordnung als auch die Rahmenbedingungen der Spitalbediensteten festlegte (Grafik 3). Das Bürgerspital versorgte in dieser Zeit insgesamt zehn namentlich genannte „obere“ und „untere“ Pfründner/-innen mit fixen Lebensmittelrationen, aber auch die Entlohnung der Spitalbediensteten mit Geld, Essen und Gütern wird deutlich. Der für das dem Spital gehörige Ufer (die Lende) zuständige und mit der Entladung der Schiffe betraute Lendhüter (54 Gulden pro Jahr) und der Spitalunterpfleger (14 Gulden pro Jahr) erhielten den höchsten Lohn. Die drei Hausknechte (ein Oberknecht, zwei Unterknechte), die drei Wagenknechte, die vier Hausmägde, die Köchin, die „Kindsmutter“, der Mesner und der Torwärter, der im Pfannhaus beschäftigte „Schirgerknecht“ und der Totengräber („Totenlässl“) – insgesamt also die 16 „Angestellten“ des Spitals – erhielten ihre Bezüge (Wein, Essen) in dieser Ordnung geregelt bzw. ihr Einkommen schriftlich garantiert.¹⁰ Anhand der Aufstellung aus dem Haller Bürgerspital wird deutlich, wie schwierig die Bezeichnung Personal im gemeinsamen Haus Spital gewesen ist, weil in den Ordnungen immer wieder auch tageweise oder „nebenberuflich“ beschäftigte Personen (wie der Totenlasser, Mesner) aufscheinen und die normativen Instruktionen über die reale Arbeitsverteilung im Haus wenig verraten.

Grafik 3: Organigramm des Bürgerspitals Hall im 16. Jahrhundert (nach der Spitalordnung von 1511/1553)

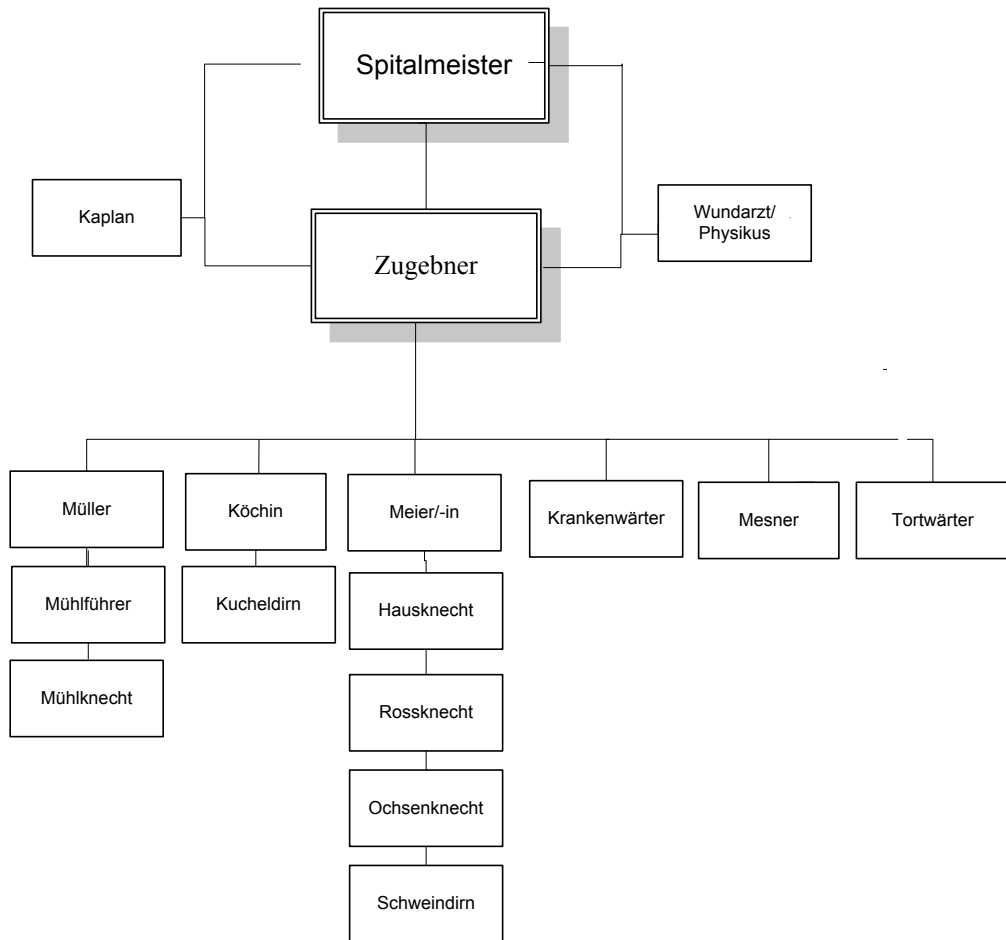


9 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 533–538; siehe auch die Unterpflegerinstruktion von 1511 ebd., 541–544.

10 Vgl. Klaus BRANDSTÄTTER, Ratsfamilien und Tagelöhner. Die Bewohner von Hall in Tirol im ausgehenden Mittelalter (= Tiroler Wirtschaftsstudien 54, Innsbruck 2002), 219.

Auch die über die Spitalmeisterinstruktion greifbare Organisationsstruktur des Bürgerspitals in Klagenfurt 1732 verdeutlicht eine über drei hierarchische Stufen gegliederte Organisationsform (Grafik 4).¹¹ In dieser Instruktion werden auch die niederen Funktionen erwähnt und ein detaillierteres Organigramm ist deshalb selbst für die niederen Funktionsträger/-innen möglich. Am Klagenfurter Beispiel wird deutlich, dass hier die Kärntner Landstände als Stadtherren detaillierte Vorgaben (auch bezüglich der Rechnungslegung des Spitalmeisters) machten, die es erlauben, Verwaltungshierarchien genauer nachzuvollziehen. Im Klagenfurter Bürgerspital

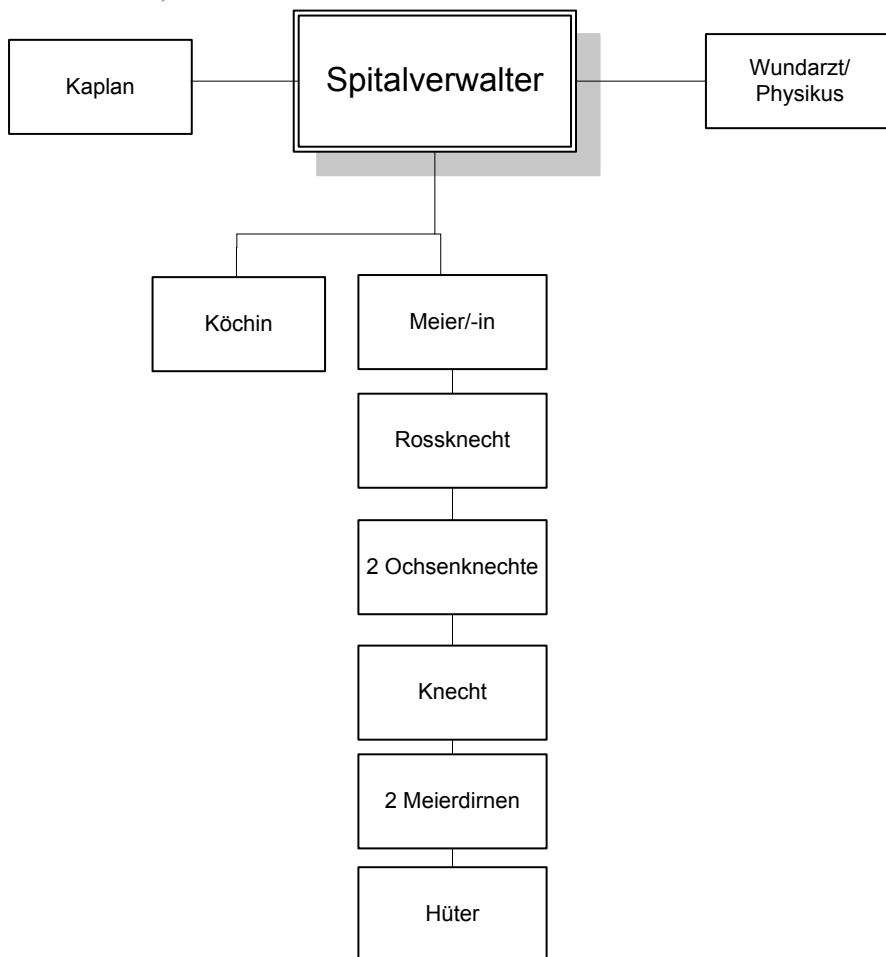
Grafik 4: Organigramm des Bürgerspitals in Klagenfurt 1732 (nach der Instruktion für den Spitalmeister von 1732)



¹¹ Vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 599–622 (Bürgerspital Klagenfurt 1732).

fand man mit drei qualifizierten Verwaltungsebenen das Auslangen. Der Spitalmeister (1. Ebene) erhielt eine Art Gegenschreiber („zugebner“) beigestellt (2. Ebene) und diese beiden Funktionsebenen sollten die für die Hausverwaltung, -versorgung und Krankenpflege zuständigen Männer und Frauen überwachen (3. Ebene: Müller, Meier etc.). Im oberösterreichischen Freistadt benötigte man um die Mitte des 17. Jahrhunderts bei 22 Insassinnen und Insassen dagegen nur zwei Verwaltungsebenen, um die neun Bediensteten (ohne den Spitalmeister gerechnet) zu kontrollieren (Grafik 5). Dem Spitalverwalter (i. e. Spitalmeister) unterstand eine weitere Ebene, die aus der Köchin und dem Meierpaar mit dem, vor allem für die Viehwirtschaft zuständigen Gesinde bestand.¹²

Grafik 5: Organigramm des Bürgerspitals in Freistadt 1653 (nach der Instruktion für den Spitalmeister von 1653)



12 Ebd., 782–797 (Bürgerspital Freistadt 1653). Ähnlich wie das Bürgerspital in Freistadt dürfte auch das Bürgerspital des durchschnittlich mit 40 bis 50 Insassinnen und Insassen belegten Spitals in Wiener Neustadt ausgesehen haben. Im Jahr 1698 waren dort 13 Männer und drei Frauen beschäftigt, Klaus WURMBRAND, Das Wiener Neustädter Bürgerspital im 17. und 18. Jahrhundert, unveröffentlichte Dissertation (Universität Wien 1972), 139.

Der Personalstand frühneuzeitlicher Spitäler im Überblick

Der Personalstand eines Spitals konnte abhängig von der jeweiligen Funktion und der Dotierung bereits im Spätmittelalter recht differenziert ausfallen,¹³ wie das Beispiel des Wiener Bürgerspitals deutlich belegt.¹⁴ In den 1430er Jahren verfügte das Wiener Bürgerspital über 42 Bedienstete: sechs Priester, einen Schulmeister, einen Küster, einen Verwalter, einen Zehentner, einen Schreiber, einen Kellermeister, einen Bäcker, einen Koch für die Herrenpfundner, einen Gesindekoch, einen Armenkoch, einen Meier (mit einem Wagenknecht), einen Fleischhauer, zwei Wagenknechte, zwei Dienstboten des Spitalmeiers, zwei Hirten, 13 Lastenträger, einen Holzarbeiter am Kahlenberg, einen Müller, einen Uberreiter, einen Pferdeknacht und einen Heizer.¹⁵

Von der internationalen Spitalgeschichtsforschung noch wenig beachtet, etablierte König Ferdinand I. nach dem Tod seiner Gattin Anna im 16. Jahrhundert den für die österreichischen Burgerspitaler nur bedingt aussagekräftigen Typ der österreichischen Hofspitaler. Man kann ausgehend von der Größe dieser Einrichtungen zwei verschiedene Hofspitalertypen unterscheiden:¹⁶ Das für frühneuzeitliche Verhältnisse riesige, 1537/1551 gegründete Wiener Hofspital, das sich teilweise auf dem Gelände des heutigen Haus-, Hof- und Staatsarchivareals befand, war ein großes, für 100 Personen (Waisenkinder, Pilger und arme Hofangehorige) eingerichtetes Spital (Hofspital Typ 1). Die zentrale, vom Landesfürst ausgehende Gründung der österreichischen Hofspitaler wurde von großen Spitalordnungen begleitet, die für die kleiner dimensionierten, großen Burgerspitalern vergleichbaren Hofspitaler in Aussee, Graz, Hallstatt, Innsbruck, Laibach oder Wels (Hofspital Typ 2) dementsprechend abgeändert wurden. Die Besonderheit vor allem am Wiener Hofspital war die für das 16. Jahrhundert – italienischen oder spanischen Vorbildern folgend – stark ausdifferenzierte Hausordnung bzw. die inserierten Instruktionen für das Spitalpersonal. Die Spitalordnung für das Wiener Hofspital vom 4. Mai 1551, eigentlich eine Verkettung von Dienstinstruktionen, regelt in knappen Worten die Tätigkeit der wichtigsten Amtsträger („superintendenten des spittals, spitlmayster, caplan“, „leib- und wundtarzt“, „siechmaister und siechmaisterin“, „zuchtmaisterin der zwaintzig maidlein“).¹⁷ Diese 1568 und 1632/52 erweiterte und teilweise abgeänderte Wiener Hof-

13 Bislang gibt es keine vergleichenden Untersuchungen zu dem Personalstand österreichischer Spitäler, weshalb hier nur einzelne Beispiele angeführt werden können.

14 Vgl. Brigitte POHL-RESL, Rechnen mit der Ewigkeit. Das Wiener Bürgerspital im Mittelalter (= Mitteilungen des Instituts für österreichische Geschichtsforschung Ergbd. 33, Wien 1996), 134.

15 Als Vergleich Ulrich KNEFELKAMP, Das Heilig-Geist-Spital in Nürnberg vom 14.–17. Jahrhundert. Geschichte, Struktur, Alltag (= Nürnberger Forschungen 26, Nürnberg 1989), 236–240; für Ravensburg vgl. Beate FALK, Machtfaktor Spital. Herrschaft und Besitz, in: Andreas Schmauder / Beate Falk, Hg., Macht der Barmherzigkeit. Lebenswelt Spital (= Historische Stadt Ravensburg 1, Konstanz 2000), 58–71, hier 59 f. In Kleinstädten übernahmen städtische Ämter (etwa der Messerer) zusätzlich Kontrollfunktionen. Am Beispiel des Landarmenhauses Benninghausen Eva-Maria LERCHE, Alltag und Lebenswelt von heimatlosen Armen. Eine Mikrostudie über die Insassinnen und Insassen des westfälischen Landarmenhauses Benninghausen (1844–1891) (= Beiträge zur Volkskultur in Nordwestdeutschland 113, Münster 2009), 243–252.

16 Als Überblick siehe SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 385–512.

17 Ebd., 385–399; Ernst NOWOTNY, Geschichte des Wiener Hofspitals. Mit Beiträgen zur Geschichte der inkorporierten Herrschaft Wolkersdorf (= Forschungen zur Landeskunde von Niederösterreich 23, Wien 1978), 20–23; für Hall in Tirol MOSER, Hall, wie Anm. 8, 617–619.

spitalordnung gab für verschiedene, höhere Funktionsträger detaillierte Handlungsanleitungen vor, regelte aber den Dienstablauf für das namenlose Unterpersonal (die Dienstboten, Zuwarter/-innen, Wärter/-innen, Viehmägde etc.) nicht.

Kleinere Spitäler hatten eine wesentlich geringere Personalausstattung, meist gab es dort nur einen vom Rat bestellten Spitalmeister und ein für alle Agenden vor Ort zuständiges Spitalmeierehepaar sowie mehrere Dienstboten.¹⁸ Der Kaplan oder allenfalls ein Benefiziat und der Stadtarzt versahen ihren Dienst im Spital als Nebentätigkeit. Aufgrund der aufwändigen Grundherrschaftsbewirtschaftung gestaltete sich das Zahlenverhältnis von Personal zu Insassinnen und Insassen für Letztere recht ungünstig. Das für rund 50 Insassinnen und Insassen ausgelegte Wiener Neustädter Spital verfügte beispielsweise neben dem Spitalmeierpaar über 16 Dienstboten. Daraus ergab sich eine ökonomisch bedenkliche Relation von ca. 50 Insassinnen und Insassen zu 18 Angestellten.¹⁹ Im Zwtzler Bürgerspital trafen zehn bis zwölf Spitalinsassinnen und -insassen auf rund sieben Angestellte.²⁰ Das Mühldorfer Heiliggeistspital um 1790 versorgte bei der häufig anzutreffenden Schwierigkeit einer klaren Unterscheidung zwischen ständigem Personal und Tagelöhnern (zwischen Dienstboten und Insassinnen/Insassen) zwölf Dienstboten mit Arbeit,²¹ allerdings befanden sich 1796 nur mehr acht Personen im Spital.²² In der steirischen Stadt Judenburg zählte man 1644 elf Bedienstete bei 16 Insassinnen und Insassen.²³ Die personalintensive Meier- und Viehwirtschaft fraß dann vielfach die über Ernte, Legate, Renten und Zinsen erwirtschafteten Erträge auf. Im für 24 Personen ausgelegten Schiferschen Erbstitft versahen um die Mitte des 18. Jahrhunderts sechs bis acht Bedienstete die Hauswirtschaft: Neben dem Meierehepaar waren dies drei Knechte (großer, mittlerer und kleiner Knecht) und zwei Mägde (große und kleine Magd).²⁴ Neben der Hauswirtschaft gab es noch Amtsleute in den drei Grundherrschaften des Spitals (Hofamt, Grubhoferamt, Wasermeieramt).

18 Am Beispiel Nordtiroler Spitäler Renate SAKOUSCHEGG, *Spitaleinrichtungen der Städte Nordtirols* (Innsbruck, Rattenberg, Kitzbühel, Hall und Kufstein) vor 1600, unveröffentlichte Dissertation (Universität Innsbruck 1965), 250 f; Sandra KLOIBHOFER, *Das Bürgerspital von Eisenerz*, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 1993), 126–129; für Spittal an der Drau SCHEUTZ / WEISS, *Spital als Lebensform*, wie Anm. 3, 158. Als Vergleich Hans ROTZETTER, *Vom Landarmengut zur heutigen Spitalorganisation*, in: Michèle M. Salmony, Hg., *Gesund und krank* (Liestag 1993), 59–70.

19 Vgl. WURMBRAND, *Das Wiener Neustädter Bürgerspital*, wie Anm. 12, 138–141.

20 Vgl. Wilfried GRAMM, *Das Zwtzler Bürgerspital in der Frühen Neuzeit*, in: Friedel Moll / Martin Scheutz / Herwig Weigl, Hg., *Leben und Regulieren in einer kleinen Stadt. Drei Beiträge zu Kommunikation, Fürsorge und Brandgefahr im frühneuzeitlichen Zwtztl, NÖ.* (= Forschungen zur Landeskunde von Niederösterreich 32, St. Pölten 2007), 207–309, hier 239–250.

21 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, *Spital als Lebensform*, wie Anm. 3, 119; Sabine VEITS-FALK, *Armenfürsorge in Mühldorf*, in: Edwin Hamberger, Hg., *Mühldorf a. Inn. Salzburg in Bayern 935 – 1802 – 2002* (Mühldorf am Inn 2002), 66–77, hier 74; für Rothenburg ob der Tauber Ulrich KNEFELKAMP, *Die Heilig-Geist-Spitäler in den Reichsstädten*, in: Rainer A. Müller / Brigitte Buberl, Hg., *Reichsstädte in Franken. Aufsätze 2: Wirtschaft, Gesellschaft und Kultur* (= Veröffentlichungen zur Bayerischen Geschichte und Kultur 15/2, München 1987), 107–121, hier 107 f.

22 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, *Spital als Lebensform*, wie Anm. 3, 118.

23 Vgl. Doris EBNER-WANKER, *Leben und Sterben. Die Geschichte des St. Barbara-Bürgerspitals in Judenburg von 1405–1839. Ein Beitrag zum Sozial- und Fürsorgewesen* (= Judenburger Museumsschriften 15, Judenburg 2000), 78. Im Brucker Bürgerspital gab es 1544 16 arme Leute und zwölf Dienstleute, 1728 bei 16 Insassen sieben Bedienstete; Karin SCHWEIGHARDT, *Die Entwicklung der Spitäler und anderer sozialer Einrichtungen in Bruck/Mur*, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 1988), 48, 54.

24 Vgl. Romana POLLAK, *Das Schifersche Erbstitft in Eferding und dessen Spitalrechnungen in der Frühen Neuzeit. Versuch einer Auswertung*, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Wien 2011), 78; siehe das Organigramm dort.

Das Personal der österreichischen Spitäler nach ihren Tätigkeitsfeldern auf der Grundlage normativer Texte

Personal und Insassinnen/Insassen waren in den Spitälern der Vormoderne keine eindeutig festlegbaren Gruppen: Insassinnen und Insassen übernahmen gewisse Funktionen im Spital (etwa Torhüter, Stubenmutter und -väter) und wurden damit auch zum Personal. Umgekehrt war etwa das Wartpersonal sozial kaum von den Insassinnen und Insassen geschieden. Viele Siechenknechte²⁵ und -mägde erlangten nach Ende ihrer Tätigkeit den Status von Insassinnen und Insassen. Dieses hohe Maß an Verflechtung von Personal und Insassinnen/Insassen und die dadurch entstandenen Hierarchieprobleme lassen auch eine hohe Konkurrenz von offizieller Hierarchie und inoffizielltem Machtgefüge, von Norm und Praxis im Spital erkennen. Die in den Instruktionen und Hausordnungen vehement geforderte Kontrolle (etwa die Überwachung der Schlüsselgewalt) im Spital war daher nur schwierig zu bewerkstelligen. Mitunter zeichnet sich eine Koalition von Personal und Insassinnen/Insassen gegenüber der geistlichen, weltlichen und medizinischen Leitung der Anstalten als Schreckgespenst der Anstaltsleitungen ab, weshalb Dienstinstruktionen immer wieder die soziale und emotionale Distanz zu den Verpflegten/Verwahrten einmahnen. Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts fiel die Verpflichtung zur Mitarbeit am „gemeinsamen Haus“ allmählich weg – das bis heute wirkmächtige Bild des auf der Bank sitzenden Alten im Versorgungsheim begann sich zu entwickeln.²⁶

Das Personal der Spitäler war hierarchisiert, wenn auch diese Hierarchien in den Instruktionen nicht immer im Detail sichtbar werden, weil meist nur der „Kopf“ einer Organisationseinheit angesprochen wird: beispielsweise der Meier (mit seinem „namenlosen“ Gesinde), der Wundarzt (mit den „namenlosen“ Bindgesellen) usw. In den Instruktionen wird diese Hierarchie im Sinne einer Elitenkonzeption²⁷ an der Bezeichnung „Offizier“²⁸ oder „Offizianten“²⁹ begrifflich deutlich. Als Offizianten – hergeleitet vom mittelhochdeutschen Wort „official“ – werden Amtleute und Bediente bezeichnet, welche „dieses oder jenes Obrigkeitlichen“³⁰ darstellen und in einem „gewissen Amte oder Bedienung“³¹ stehen. Schon in der richtungsweisen-

25 Vgl. Johann WERFRING, *Europäische Pestlazarette und deren Personal. Mit besonderer Berücksichtigung der Wiener Verhältnisse*, unveröffentlichte Dissertation (Universität Wien 1999), 377–393.

26 Am Beispiel von Max Liebermann Thomas R. COLE / Claudia EDWARD, *Das 19. Jahrhundert. Aufbruch in den Wohlfahrtsstaat*, in: Pat Thane, Hg., *Das Alter. Eine Kulturgeschichte* (Darmstadt 2005), 211–261, hier 231. Zur Entwicklung Martin SCHEUTZ, *Der unerbittliche Chronos versus Abgeklärtheit, Armut, Erfahrung, Wissen und drittes Alter? Das hohe Alter in der Neuzeit – Annäherung an ein zukunftsweisendes Thema*, in: Ursula Klingebock / Meta Niederkorn / Martin Scheutz, Hg., *Alter(n) hat Zukunft. Alterskonzepte (= Querschnitte 26, Wien 2009)*, 76–113.

27 Vgl. Martin SCHEUTZ, *Städtische Eliten des Mittelalters und der Frühen Neuzeit als Problem der Stadtgeschichtsforschung*, in: Michael Diefenbacher / Olga Fejtova / Zdzislaw Noga, Hg., *Krakau – Nürnberg – Prag. Die Eliten der Städte im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit. Herkunft, Nationalität, Mobilität, Mentalität (= Documenta Pragensia Monographia 33/1, Prag 2016)*, 9–30.

28 Siehe die Registereinträge bei Jakob WUHRER / Martin SCHEUTZ, *Zu Diensten Ihrer Majestät. Hofordnungen und Instruktionsbucher am frühneuzeitlichen Wiener Hof (= Quelleneditionen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 6, Wien 2011)*, 1231.

29 Bettina BLESSING, *In Amt und Würden. Die Bediensteten der Stadt Regensburg von 1660 bis 1802/10 (= Regensburger Studien und Quellen zur Kulturgeschichte 16, Regensburg 2005)*, 25; Johann Heinrich ZEDLER, *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste [...]*, Bd. 25 (Leipzig–Halle 1740), Sp. 920.

30 ZEDLER, *Universal-Lexicon*, wie Anm. 29, Bd. 39, Sp. 817.

31 Ebd., Bd. 25, Sp. 920.

den Spitalordnung für das Wiener Hofspital von 1551 wird beispielsweise vom „arzt, caplan unnd all ander officier“ gesprochen, danach werden die untergeordneten „dienner unnd dienerin“ als „Nicht-Offiziere“ pauschal erwähnt. Als Offiziere in den Hofspitalern bzw. in den größeren Spitälern wurden die Kapläne, die Wundärzte, der Siechenmeister und die Siechenmeisterin, der Zuchtmeister, der Einkäufer, der Zuschroter/Fleischhacker, die Köchin, der Kellerer, der Pfister/Bäcker, der Kastner, der Meier und die Wagenknechte bezeichnet.³² Häufiger findet sich in Spitalordnungen und Instruktion auch die Wendung „officier[n] und gesindt“³³ oder die Dienstboten werden von den „officier[n]“³⁴ geschieden. Mitunter gelangt in den normativen Texten der österreichischen Spitälern auch der Begriff des „Unterofficiers“³⁵ zur Anwendung. Auf der Ebene der kleineren Spitälern werden meist die wenigen Funktionsträger wie Spitalmeier oder Küchenmeisterin als Funktionsebenen angesprochen. In der Regel mussten der Spitalmeister und der Superintendent eines Spitals bei der Aufnahme der Offiziere zustimmen; diese Funktionsträger wurden auch vereidigt und bei Amtsantritt mit einem Inventar ihres Funktionsbereiches versehen. Bei den einfachen, mitunter leseunkundigen Bediensteten wie dem Gesinde des Meiers oder den Zuarbeitern der Köchin scheint dagegen keine Vereidigung üblich gewesen zu sein.

Als Mittel der Gemeinschaftsbildung kam der Tischgemeinschaft große reale, aber auch symbolische Bedeutung innerhalb der täglichen Rituale von Institutionen zu.³⁶ Die regelmäßige Teilnahme an einer Mahlzeit an einem bestimmten Tisch hierarchisierte das Personal von Institutionen in verschiedenen Tischgemeinschaften bzw. „Kompagnien“ und schloss andere Teile des Personals für die Öffentlichkeit der Institution sichtbar von dieser Gruppe aus. Soziale Hierarchie und Distanz zum einen, zum anderen eine Einigkeit demonstrierende Tischgemeinschaft zeigen das labile Gleichgewicht der Kräfte im Spital. Ähnlich der Hofgesellschaft, wo sich eine Trennung von Herrschaft und Gesinde seit dem Mittelalter festschrieb, wurde auch in Institutionen weniger das Zeremoniell, als die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Tisch und zu einer bestimmten Qualität an Versorgung (Wein, Essen, Fleisch etc.) in den Instruktionen festgeschrieben. Die Tischgemeinschaft drückte auch die Stellung im Arbeitsprozess und die Höhe des Gehalts aus. Der Sitz an einem bestimmten Tisch war eine Art Zensur für wichtige und weniger wichtige Arbeitsbereiche. Die großen Spitälern wie das Wiener Kaiserspital und das Wiener Bürgerspital verfügten über eine hochdifferenzierte Personalstruktur, die sich auch in einer hierarchisierten Tischgemeinschaft niederschlug. Vor allem größere Spitälern verfügten über eigene „Tafelstuben“³⁷ und eine „Meierstube“. In einigen Instruktionen findet sich neben dem Gehalt auch die Zusicherung, dass der Amtsträger „benebens die kosst

32 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 462 [5], 464 [15] (Hofspital Wien 1632); siehe ebd., 937 (Bürgerspital Wien 1649): „Instruction an den spitlmaister der burgerspital und dessen untergebene officier“; ebd., 1043 [15] (Bürgerspital Wien 1709): „mit dennen officiern (als amtschreiber, oberkellner und schaffer“.

33 Ebd., 939 [10] (Bürgerspital Wien 1649).

34 Ebd., 997 [8] (Bürgerspital Wien 1703): „Über der andern dienstbotten unndt officier fleisch [...]“; ebd., 1001 [6] (Bürgerspital Wien 1706): „vor die officier unndt bediente“.

35 Ebd., 469 [41] (Hofspital Wien 1632): „die undern officier“; ebd., 1059–1060 [3] [4] (Zuchthaus Wien 1788): „unterofficier“.

36 Vgl. Andreas GESTRICH, Tischgemeinschaft, in: Friedrich Jaeger, Hg., Enzyklopädie der Neuzeit, Bd. 13 (Stuttgart–Weimar 2011), Sp. 592–595.

37 SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 638 [1] (Herrschaftsspital Spital 1654).

in der amtstuben an der officier tisch⁴³⁸ oder „hat er die cost am andern officiirtisch“.³⁹ Die Offizier-Tafeln befanden sich etwa für das Wiener Bürgerspital in der Amtsstube oder in der Tafelstube. Neben den Insassinnen und Insassen, die idealiter nach Geschlechtern getrennt in der Frauen- und Männerstube der Spitals⁴⁰ verköstigt wurden, lassen sich beispielsweise fünf verschiedene Tischgemeinschaften im Wiener Kaiserspital absondern:⁴¹ (1) Der Spitalmeister des Wiener Kaiserspitals aß nach der Spitalordnung von 1551 gemeinsam mit seiner Frau, den beiden Kaplänen, dem Siechenmeister und dem Schaffer an einem Tisch.⁴² (2) Eine zweite Tafel bildeten der Koch, der Kellerer, der Zuschroter, der Pfister und die Gesellen des Siechenmeisters. (3) Die Siechenmeisterin aß mit ihren Dienern in der Frauenstube („weiber stuben“). (4) Die für die Waisenkinder zuständige Zuchtmeisterin und ihre Diener aßen mit den Waisenkindern gemeinsam. (5) Ebenso speiste der Meier mit seinem „undergeben gesindl“ in der Meierstube des Spitals. Auch die ausgeschenkten Weinsorten wurden genau nach der sozialen Hierarchie der Arbeitsordnung vergeben.⁴³ So erhielten der Spitalmeister und seine Tischgemeinschaft („officier“) Wein aus einem eigenen Fass; ein zweites Fass mit schlechterem Wein⁴⁴ stand den Dienstboten „für die armen“ zur Verfügung und ein drittes Weinfass war für die Spitalinsassinnen und -insassen gewidmet. An der Tafel des Spitalmeisters gab es die besten Speisen, so wurden beispielsweise an des „spittlmaisters tafl allain semel verspeist“.⁴⁵ Mitunter gebührte „dem spittlmayr und seiner tafl“⁴⁶ zusätzlich Bier und zu Feiertagen bestimmte Fleisch- und Fischdeputate. Im Wiener Bürgerspital wurde etwa der Oberweingartenknecht am dritten Tisch der Tafelstube des Spitalmeisters abgespeist.⁴⁷ Der Oberkellerer des Spitals erhielt dagegen 1715 seine Kost am Offiziertisch der Tafelstube.⁴⁸

Die Besoldung in den Spitalern orientierte sich an den Tätigkeitsfeldern, aber auch am Geschlecht – mit Ausnahme der Hebamme für das Wiener Bürgerspital finden sich nur männliche Funktionsträger, die ihr Gehalt auch für die Tätigkeit ihrer Frauen erhielten. Die Instruktionen erlauben Aussagen über die Einkommensstruktur der Funktionsträger, wenn auch hier meist nur die pekuniäre Besoldung und fallweise die Akzidentien und Naturalbezüge genannt werden. Häufig findet sich als Einleitungsfloskel, dass der Funktionsträger seinen Lohn bei Gott zu suchen habe und erst dann folgt das weltliche Äquivalent. Der Amtsträger hatte „zu forderist die belohnung von Gott, von der obrigkeit aber ferrere promotion zu hoffen“.⁴⁹ Meist

38 Für den Spitalpfister des Wiener Bürgerspitals ebd., 1000 [15] (Bürgerspital Wien 1714).

39 Für den Hofbinder ebd., 1009 [10] (Bürgerspital Wien 1690).

40 Siehe etwa für Freistadt: „derwegen er in ermelte stuben lange täfel machen lassen, das die mannßpersohnen nacheinander, die weibs persohnen auch nacheinander, es weren dann ain par ehevolckh darunder, sizn thuen“; ebd., 776 [3] (Bürgerspital Freistadt 1635).

41 Vgl. ebd., 398 [64–68] (Hofspital Wien 1551).

42 Vgl. ebd., 449 [78] (Hofspital Wien 1568); ebd., 484 [107–111] (Hofspital Wien 1632). In der Spitalordnung von 1568 bzw. 1632 kam der Gegenschreiber zu dieser Tafel hinzu.

43 Vgl. ebd., 466 [26] (Hofspital Wien 1632).

44 Am Beispiel des Weinkonsums im Stift Lambach im 18. Jahrhundert Nora SCHWENDINGER, Zu Gast im Stift Lambach – Weinrechnungen aus dem 18. Jahrhundert, unveröffentlichte Masterarbeit (Universität Wien 2015).

45 SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 468 [35] (Hofspital Wien 1632).

46 Ebd., 638 [1] (Herrschaftsspital Spittal 1654).

47 Vgl. ebd., 1038 [10] (Bürgerspital Wien 1706).

48 Vgl. ebd., 1007 [21] (Bürgerspital Wien 1715).

49 Ebd., 985 [22] (Bürgerspital Wien 1717).

wurde textlich die Lohnsequenz der Instruktionen mit der dualen, auf Besoldung und Verpflegung hinzielenden Formel eingeleitet, „damit er auch wisse, waß er für solche sein dienst verrichtung zur besold- und verpflegung habe“.⁵⁰ Neben der schreibenden Kontrolle der Spitäler wie dem Grund-, dem Gegenschreiber und dem Küchenmeister erschienen im Wiener Bürgerspital vor allem die Hausverwalter und die akademisch ausgebildeten Ärzte als Spitzenverdiener (300 bis 750 Gulden) auf. Von diesen hohen Gehältern musste teilweise auch Untersonal bezahlt werden, wie dies am Beispiel des Braumeisters deutlich wird, der etwa den Ober-, Pfannknecht und Oberbinder bezahlen musste. Die für das Wiener Bürgerspital essentielle Bierproduktion schlug sich auf jeden Fall in hohen Gehältern für den Braumeister nieder. Im Mittelfeld des Gehaltsspektrums (100 bis 299 Gulden) rangierten vor allem Tätigkeitsbereiche, die mit der landwirtschaftlichen Verwaltung des Spitals zu tun hatten: der Stadel-, der Geschirrmeier [landwirtschaftliches Gerät], der Schaffer und der Zehentunterhandler. In diesem Gehaltsbereich war auch die unmittelbare Versorgung des Spitals angesiedelt: der für den Wein zuständige Kellerer und der Fleisshauer. Noch gut bezahlt erscheinen auch der Apotheker des Spitals (Provisor) und der für die Versorgung der Kirche zuständige Mesner. Am schlechtesten entlohnt unter den Führungskräften des Spitals (unter 100 Gulden) waren die arbeitenden Kräfte, die mit der Weinproduktion (Weingartenknechte), mit der Forst- und Landwirtschaft (Förster, Krautbauer), mit der Herstellung von versorgungsrelevanten Produkten (Hofbinder) und mit der Krankenpflege der Insassinnen und Insassen (Siechen-, Lazarettvater) beschäftigt waren. Nur mehr wenige Verwaltungsämter (wie Kastner, Schaffer) finden sich in dem Gehaltsbereich. Mitunter wurden in diesem Gehaltssegment auch Funktionsträger angesiedelt, die mit einem „Wartgeld“ (Hebamme) oder mit einem „Akkordlohn“ (etwa Totenbeschreiber) bezahlt wurden. Diese Funktionsträger bekamen anlassbezogen pro Dienstverrichtung eine Entschädigung.

Pflege im Spital

Schon beim Eintritt von kranken Frauen und Männern im Wiener Hofspital verzeichnete die Spitalverwaltung den Besitzstand und die Kleidungsstücke der neuen Insassin/des neuen Insassen.⁵¹ Zwei Mal pro Tag wurde von dem mit einer breiten Agenda ausgestatteten Personal⁵² (Ahnfrau, Stubenmagd) das Bett gemacht. Die Zimmer sollten zur Vermeidung von Ungeziefer täglich ausgekehrt und mit Rauchwerk ausgeräuchert werden. Neben die Wartung mit Speise und Trank trat vermehrt das Waschen der kranken Leiber. Zumindest alle zwei bis drei Wochen tauschte man die Bettwäsche. Das Gewand der Kranken und der Gesunden sollte, um Verwechslungen zu vermeiden, mit Nummern versehen zur Wäsche gehen. Dem Kontrollzwang der frühneuzeitlichen Spitäler folgend sollten die Siechenmeister die Tätigkeit der Kapläne und Ärzte wie Wundärzte überwachen, während sie in der täglichen Praxis von diesen kontrolliert wurden.

50 Ebd.

51 Vgl. ebd., 475 [72] (Hofspital Wien 1632).

52 Als Vergleich Christina VANJA, Aufwärterinnen, Narrenmägde, Siechenmütter. Frauen in der Krankenpflege der Frühen Neuzeit, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 11 (1992), 9–24, hier 14.

Krankenwärter/-in, Siechenmeister/-in und Aufwärter/-in

Nach der Definition von Johann Georg Krünitz verstand man Ende des 18. Jahrhunderts unter dem Wartpersonal vornehmlich weibliches Personal:

„Daß eine Frau, wo nicht in allen, doch den meisten, Fällen zur Wärterinn zu erwählen sey, erhellt zum Theil aus folgenden Gründen. Das Geschäft des Krankenwartens ist aus mancherley kleinern Arbeiten zusammengesetzt, deren sehr viele bloß von Frauens=Personen verrichtet zu werden pflegen. Die Reinigung schmutziger, durch mancherley Ausleerungen verunreinigter Wäsche, gehört vorzüglich dahin.“⁵³

Neuere Forschungen verstehen unter den Aufwärterinnen und Aufwärtlern das für die direkte Versorgung der Insassinnen und Insassen verantwortliche Spitalpersonal, des Weiteren waren diese Personen für die Körperpflege und die Fütterung der Insassinnen und Insassen, aber auch für die haushälterische Reinigung von Unterkünften sowie für das Waschen der Wäsche zuständig.⁵⁴ Die Hausordnung hatten sie zudem auch gegenüber den Insassinnen und Insassen durchzusetzen. In den österreichischen Spitalordnungen und Instruktionen taucht das Wartpersonal unter verschiedenen Begrifflichkeiten auf, hierbei verschiedene Hierarchien und Tätigkeitsbereiche ansprechend: Anfrauen,⁵⁵ Auswarterin,⁵⁶ Krankenwärter/-in⁵⁷ (Ober- und Unterkrankenwärter/-in), Siechenmeister/-in,⁵⁸ Siechvater und -mutter,⁵⁹ Siechenpfleger,⁶⁰ Wärtersleut⁶¹ oder auswartende und handreichende Personen.⁶² Das Wartpersonal scheint sich zum Beginn der Frühen Neuzeit langsam aus der Gruppe der Insassinnen und Insassen als eine festangestellte und abgrenzbare Funktionsgruppe herausgeschält zu haben.⁶³ Die Insassinnen und Insassen von Spitälern waren grundsätzlich nicht nur zur Mitarbeit im Haus verpflichtet, sondern mussten auch bei der Pflege von kranken Insassinnen und Insassen mithelfen.⁶⁴ Erst langsam differenzierte sich ein eigenes Wartpersonal aus, das aber erst im 19. Jahrhundert fachspezifisch ausgebildet wurde. Davor überwog bei der Aufnahme von Wärterinnen und Wärtlern der Versorgungscharakter des Amtes, indem nämlich meist sozial bedürftige Personen

53 Johann Georg KRÜNITZ, *Oekonomische Encyklopädie, oder Allgemeines System der Staats-, Stadt-, Haus- u. Landwirthschaft in alphabetischer Ordnung [...]*, Bd. 47 (Berlin 1789), 608.

54 Vgl. Natascha NOLL, *Pflege im Hospital. Die Aufwärter und Aufwärterinnen von Merxhausen (16.–Anfang 19. Jahrhundert)* (= Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte und Medizingeschichte, Marburger Schriftenreihe 2, Frankfurt am Main u. a. 2015), 9. Die gesamte Studie von Noll ist eine Pionierstudie im Bereich des Wartpersonals; VANJA, *Aufwärterinnen*, wie Anm. 52, 14; für das Wartpersonal in Infektionsspitalern WERFRING, *Pestlazarette*, wie Anm. 25, 418–428.

55 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, *Spital als Lebensform*, wie Anm. 3, 583 [4] (Bürgerspital Salzburg 1803).

56 Vgl. ebd., 636 (Bürgerspital Spittal 1654).

57 Vgl. ebd., 633–634 [17–23] (Bürgerspital Klagenfurt 18. Jh.).

58 Vgl. ebd., 392 [35] (Hofspital Wien 1551).

59 Vgl. ebd., 938 [6] (Bürgerspital Wien 1649).

60 Vgl. ebd., 516 [4] (Leprosenhaus Bregenz 1565).

61 Vgl. ebd., 526 [9] (Versorgungshäuser Tirol 1839).

62 Vgl. ebd., 477 [75] (Hofspital Wien 1632).

63 Exemplarisch für Merxhausen herausgearbeitet bei NOLL, *Pflege im Hospital*, wie Anm. 54, 123–131.

64 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, *Spital als Lebensform*, wie Anm. 3, 756 [3.1] (Herrschaftsspital Eferding 1762): „jedweders gesunder spitälär einem kranken auswarte, soferne die krankenwartterin daran nothwendig, verhindert wird.“

(etwa Witwen, kranke Personen), die sozial nur knapp über den Insassinnen und Insassen rangierten, angestellt wurden. Lediglich große Spitäler wie das Wiener Hofspital verfügten schon im 16. Jahrhundert über einen eigenen, für die Krankenpflege und für die Verabreichung der Medikamente zuständigen Siechenmeister und eine Siechenmeisterin (Siechenmutter),⁶⁵ die insgesamt eine schwere Aufgabe hatte. Größere Bürgerspitäler, wie etwa das im 17. Jahrhundert zwischen ca. 70 und 90 Insassinnen und Insassen pendelnde Salzburger Bürgerspital, unterschieden funktionell zwischen den Hausknechten und dem weiblichen Arbeitsbereich der Stubenmägde.⁶⁶ Das Wartpersonal wachte über die „gesunden“ und „kranken“ Insassinnen und Insassen des Spitals und war unmittelbar dem Spitalmeister bzw. der Spitalleitung unterstellt.⁶⁷ In der Regel waren Männer für die Pflege von Männern und Frauen für die Pflege von Frauen zuständig. Mitunter lassen sich spezielle Stiftungen für die Erhaltung von Pflegepersonal nachweisen.⁶⁸

Im Wiener Bürgerspital wurde das meist mit keiner Instruktion versehene, oft auch nicht lese- und schreibkundige Wartpersonal direkt dem Spitalmeister unterstellt, der es auch in seine Tätigkeit einweisen musste.

„Er, spitlmaister, solle auch bey denen siechvättern, siechmuettern, mann- und weibspersohnen oder warttern, sambt deren zuegeordneten dienern und dienerinnen, darob sein, damit denen armen dürfftigen khrankhen persohnen vleisßig gewarth und ihr leib- und bethgewandt sauber gehalten werde; der gleichen solle der spitlmaister und sein haußfrau auf der armen, wie auch auf der officier und gesindt speiß vleisßiges aufmerkhen haben, daß dieselbe denen krankhen und andern zu gelegener weil und gesezter stundte recht und sauber gekocht werden.“⁶⁹

Die Krankenwärterinnen und -wärter hatten nicht nur fleißig zu sein,⁷⁰ sondern sich auch „gotsforchtig“, fromm und „zichtig“ zu verhalten. Vor allem musste der Spitalmeister sicherstellen, dass diese nicht „Gott lestern, sich beweinten oder unzucht triben und ungebüerlich verhielten“.⁷¹ Wiederholt wurde ein sorgsamer und „liebvoller“ Umgang der Aufwärter/-innen mit den Kranken eingemahnt. Die „den kranken dienenden personen“ sollten „in einigkeit und liebvoller sanftmuth genau ihre pflichten erfüllen und jeder in seinen wirkungskreis den armen leidenden willig und liebreich die erforderliche hilfe leisten“.⁷² Angesichts des mitunter lieblosen Umganges des Wärterpersonals mit den Bettlägerigen⁷³ legten viele Spitalordnungen dem Personal nahe, „den kranken liebevoll hülfe [zu] leisten“.⁷⁴ Mit „kristlicher liebe, geduld,

65 Für Innsbruck SAKOUSCHEGG, Spitaleinrichtung, wie Anm. 18, 48 f.; Anton SENONER, Das Kaiserliche Hofspital zu Innsbruck, unveröffentlichte Dissertation (Universität Innsbruck 1976), 138–140.

66 Vgl. Georg STADLER, Das Alte Salzburger Bürgerspital, Teil 1: Von der Gründung 1327 bis zur Zeit der Aufklärung, in: Jahresschrift Salzburger Museum Carolino Augusteum 25/26 1979/80 (1981), 1–142, hier 59.

67 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 938 [6] (Bürgerspital Wiener Neustadt 1649).

68 Vgl. ebd., 609 [35] (Bürgerspital Klagenfurt 1679); ebd., 615 [53] (Bürgerspital Klagenfurt 1679).

69 Ebd., 938 [6] (Bürgerspital Wien 1649).

70 Vgl. ebd., 543 [16] (Bürgerspital Hall 1511): „Item man sol zwo frume, vleissig siechndiern bestellen, die alweg den siechen warten mit heben, legen und annder getreuer wartung tag und nacht; die sollen auch das petgewant in der siechkamer alweg sauber halten und vleissig versehen.“

71 Ebd., 443 f. [52] (Hofspital Wien 1568).

72 Ebd., 964 [5] (Bürgerspital Wien 1819).

73 Vgl. NOLL, Pflege im Hospital, wie Anm. 54, 135–161.

74 SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 3, 961 [1] (Bürgerspital Wien 1819).

freud und mit aller sorgfalt“ hatte das Pflegepersonal „zu pflegen und überhaupt auf reinlichkeit der kranken und des zimers zu sorgen“. ⁷⁵ Die Tag und Nacht ⁷⁶ erfolgte Wartung der Kranken und deren mehrmalige Fütterung durch das Wartpersonal stand in einem Spannungsverhältnis zu dessen umfangreichen Haushaltspflichten (Waschen der Leib- und der Bettwäsche), weil dieser Vorgabenkatalog kaum zu erfüllen war. Zuständig war das Personal auch für andere Problemlagen: „[W]ellicher siechenmentsch unzucht oder unfueg trib, das wider Gott were, mit unkeüschheit, stellen, schlagen oder stosßen unnd ob ainns dem anndern mit wortthen oder werckhen sein ehr abschnitt oder anndern leüthen, es sei im hauß oder außers haus, daß soll urlaub haben auß dem haus.“ ⁷⁷ Ohne Zustimmung der Spitalleitung durfte das Wartpersonal das Spital über Nacht nicht verlassen, weil es „im schlaffen unnd sonst alweg ein solche bescheidenheit haben [musste], das sy die armen unnd khranckhen yederzeit an der handt haben mügen“. ⁷⁸

Bei der Aufnahme von Kranken im Wiener Hofspital verzeichnete der Siechenmeister Kleidung und Besitz der aufgenommenen Kranken. ⁷⁹ Die direkte Versorgung der Insassinnen und Insassen war eine der Hauptfunktionen von Wärterinnen und Wärtern. Die kranken Insassinnen und Insassen des Spitals sollten jeweils in einem sauberen Bett liegen, an dem sich eine festgebundene Glocke zum Rufen des Wartpersonals befand. Neben dem Bett standen Harngläser und Leibstühle, „die peth alle teg, so offts die notdurfft erfordert unnd aufs wenigist zwaymal gericht, vor wannzen, flöch unnd unzifer, sovil müglich, verhüet, die zimmer täglich vleißig außgekhert, tisch unnd pennckh geseübert, aller böser geschmakh mit guettem rauchwerkh vertriben“. ⁸⁰ Nur wenige Siechenkammern hatten ein eigenes „Sekret“, wo die menschlichen Ausscheidungen geruchlos entsorgt werden konnten. ⁸¹ Möglichst oft sollten Harnglas und Leibstühle ausgewaschen werden, auch hatte das Wartpersonal den Bettlägerigen „morgens unnd nach eßen mit warmenb waßer die henndt“ zu reinigen. Weiters sollten „die khranckhen gehebt unnd gelegt, unnd aller zorn unnd unwillen, sy damit zu betrüeben unnd zobelaidigen gännzlichen verhuet“ ⁸² werden. Wiederholt wurde ein sorgsamer und „liebvoller“ Umgang der Aufwärter/-innen mit den Kranken eingemahnt. „Die den kranken dienenden personen [...] [sollen] in einigkeit und liebvoller sanftmuth genau ihre pflichten erfüllen und jeder in seinen wirkungskreis den armen leidenden willig und liebreich die erforderliche hilfe leisten.“ ⁸³ Angesichts der zahlreichen Klagen über das strenge und brutale Wärterpersonal ⁸⁴ legten viele Spitalordnungen dem Personal nahe, sich intensiv um Kranke zu kümmern. ⁸⁵

75 Ebd., 634 [20] (Bürgerspital Klagenfurt 18. Jh.).

76 Vgl. ebd., 392 [37] (Hofspital Wien 1551).

77 Ebd., 581 [25] (Leprosenhaus Salzburg 1619).

78 Ebd., 392 [37] (Hofspital Wien 1551).

79 Vgl. ebd., 475 [72] (Hofspital Wien 1632).

80 Ebd., 392 [35] (Hofspital Wien 1551).

81 Vgl. ebd., 543 [18] (Bürgerspital Hall/Tirol 1511).

82 Ebd., 392 (Hofspital Wien 1551).

83 Ebd., 964 [5] (Bürgerspital Wien 1819).

84 Vgl. NOLL, *Pflege im Hospital*, wie Anm. 54, 135–161.

85 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, *Spital als Lebensform*, wie Anm. 3, 961 [1] (Bürgerspital Wien 1819).

„Die krancken, wenn sie während ihrer krankheit mit ungeziefer behaftet [sind], werden durch die kranckenwarter und wärerinnen, welche mit den nöthigen schwämmen und kämmen versehen sind, gewaschen und gereiniget, sobald sie aber im stande sind, diese reinigung selbst vornehmen zu können, so liegt diese reinigung ihnen selbst ob und muß solche, so oft sie nothwendig ist, vorgenommen werden.“⁸⁶

In regelmäßigen Abständen sollten auch Waschungen und Bäder erfolgen. Die Krankenschwestern mussten bei den Umbettungen der Kranken körperlich „in heben und legen“⁸⁷ mithelfen. Vor allem die geistig differierten Insassinnen und Insassen stellten das Wartpersonal vor große Probleme, „besonders aber die einfaltige tosten unnd narren von der aufgestölten besolten krankenwartherin gesäubert“.⁸⁸

Das Wartpersonal war nicht nur für die Körperpflege, sondern auch für die „medicamente, speise und trank, umschläge, einreibungen etc.“⁸⁹ zuständig. Die Kranken durften nur nach Anweisung der Hausärzte gepflegt werden, auch die Medikationen hatten nach deren Angaben verabreicht zu werden.⁹⁰ Die dem Patienten/der Patientin zuträglichen Speisen und Getränke, aber auch die Medikationen hatten auf einer schwarzen, über dem Krankenbett angebrachten Schiefertafel vermerkt zu werden.⁹¹ In manchen Spitälern verkosteten die Krankenschwestern/-innen zu festgelegten Zeitpunkten die fertiggestellten Speisen. Diese wurden, „im fälle sie gut befunden werden“⁹² auch ausgeteilt. Über Spitalordnungen wurde der Spitalleitung eindringlich aufgetragen, den „kranckhen spitallern, so die ordinari cöst nicht genießen khünen, etwaß anders von speisßen zugeben unndt die bestelte kranckhenwartherin auf sye fleisßig acht haben zu lasßen unnd dieselbe kranckhligende mit guetten haußmitl zu versehen“.⁹³ In manchen Spitälern übernahmen die Krankenschwestern/-innen die gekochten Speisen von den sogenannten „Auspeisern“ und brachten die „vorgeschriebenen portionen“ in die Krankenzimmer und an die Betten der „rekonalescenten“.⁹⁴ Neben den Speisen hatte das Wartpersonal auch die Rezepte aus der Apotheke zu holen und die rechtzeitige Einnahme der Medikamente zu kontrollieren.⁹⁵

Beim Lesen der Spitalordnungen gewinnt man mitunter den Eindruck, dass nicht die Pflege, sondern das Waschen von Textilien und die Vorratshaltung von Bettwäsche und Kleidung zu den wichtigsten Obliegenheiten des Wartpersonals gehörten. „Ain siechmaister unnd siechmaisterin sollen leinen unnd wullen gewandt, petgewandt, claidung unnd andere notdurfft auf die armen leüth [...] mit einem ordenlichen inventory eingegeben werden.“⁹⁶ Die Bettwäsche, aber auch das Gewand der kranken Insassinnen und Insassen musste alle zwei bis drei Wochen

86 Ebd., 1060 [6] (Zucht- und Arbeitshaus Wien 1788).

87 Ebd., 583 [8] (Bürgerspital Salzburg 1803).

88 Ebd., 600 [9] (Bürgerspital Klagenfurt 1732).

89 Ebd., 961 [1] (Bürgerspital Wien 1819).

90 Vgl. ebd., 633 [19] (Bürgerspital Klagenfurt 18. Jh.).

91 Vgl. ebd., 392 [37] (Hofspital Wien 1551).

92 Ebd., 1060 [4] (Zucht- und Arbeitshaus Wien 1788).

93 Ebd., 693 [8] (Bürgerspital Leoben 1695).

94 Ebd., 1060 [4] (Zucht- und Arbeitshaus Wien 1788).

95 Vgl. ebd., 392 [37] (Hofspital Wien 1551).

96 Ebd., 391 [35] (Hofspital Wien 1551).

gewaschen werden.⁹⁷ In größeren Spitalern (wie etwa dem Wiener Hofspital) dürfte die Wäsche dagegen zentral gereinigt worden sein. „Siechmaister unnd siechmaisterin sollen alles gewandt in die wesch mit zal geben unnd mit der zal wider emphachen, sehen, das nichts verrukht, auch der gesunten unnd der schadhafften gewandt besonders gewaschen werde etc.“⁹⁸ Der Siechenmeister verwaltete die Wäsche der Bettlägerigen unter seiner Obhut und gab frisch gewaschene Hemden und Bettwäsche nach seinen Vorgaben aus. Auch hatte das Wartpersonal dem Spitalmeister zu melden, wenn die Kleidung, Wäsche und Schuhe der Insassinnen und Insassen so schlecht und zerlumpt waren, dass man neue Kleidungsstücke benötigte.

Gerade im Zimmer der Kranken sollte Sauberkeit herrschen,

„täglich frühmorgens und zwar im winter gleich nach dem einheizen, im sommer aber gleich nach aufschliessung der zimmer durch die angestellten krankenwärter und warterinnen mit einem nassen, über den kehrbesen gebundenen fetzen sauber und reinlich ausgekehret, wobey fenster täglich durch eine halbe stunde geöffnet, im sommer aber den ganzen tag bey guter witterung offen gehalten.“⁹⁹

Mehrmals pro Tag sollten die Krankenwärter die Krankenzimmer mit brennendem Wacholder räuchern, um die als krankheitserregend geltenden Miasmen zu bekämpfen. Des Weiteren hatten das Kochgeschirr, die benutzten Schalen, Krüge und „medicintiegel“ gereinigt zu werden, aber auch die mit Unschlitt, also tierischen Fetten, befeuerten Lampen waren zu füllen ebenso wie die Gänge mehrmals täglich zu kehren.

Eine wichtige Rolle übernahm das Pflegepersonal auch im Kontrollregime des Hauses. Während der Hausvater (i. e. Spitalmeister) für die „gesunden“ Insassinnen und Insassen zuständig war, walteten die Krankenwärter/-innen über die Kranken. Die „ybertretter“ der Hausordnung „sollen vonn dem siechenmaister der gebür nach gestrafft werde[n]“. ¹⁰⁰ Injurien und gotteslästliches Reden hatte der Siechenmeister der Spitalleitung anzuzeigen, die dann Strafen aussprach. ¹⁰¹ „Die krankenwärterinnen sind verpflichtet, sich täglich morgens um 8 uhr vor der hausverwaltung zu stellen und die zahl und art der kranken, dan gefährlichkeit derselben anzuzeigen.“¹⁰²

Der Spitalleitung lag das Beten und die Frömmigkeit der Insassinnen und Insassen besonders am Herzen, die Siechenmütter und -väter hatten notfalls diese zum Gebet zu zwingen und „irer halbstärighait halber mit ernst“¹⁰³ zu strafen. Im Leprosenhaus Salzburg hatte der Siechenmeister aufgrund der Abgeschlossenheit des Hauses eine starke Stellung, er sollte dort etwa auch Streitigkeiten unter fremden Leprosen schlichten; auch bei der Aufnahme von Kranken hatte er ein gewichtiges Wort mitzureden. ¹⁰⁴ Die Agenden der Krankenpflege spielten mitunter auch für konfessionelle Fragestellungen eine Rolle, wenn nämlich der anrückende Tod

97 Vgl. ebd., 392 [35] (Hofspital Wien 1551).

98 Ebd., 392 [36] (Hofspital Wien 1551).

99 Ebd., 1061 [7] (Zucht- und Arbeitshaus Wien 1788).

100 Ebd., 578 [1] (Leprosenhaus Salzburg 1619).

101 Vgl. ebd., 579 [7] (Leprosenhaus Salzburg 1619).

102 Ebd., 633 [17] (Bürgerspital Klagenfurt 18. Jh.).

103 Ebd., 579 [10] (Leprosenhaus Salzburg 1619).

104 Vgl. ebd., 580 [13] (Leprosenhaus Salzburg 1619).

einer Insassin/eines Insassen bemerkt wurde, hatte das Pflegepersonal „ohne verzug dem für das bürgerspital bestellten seelsorger die anzeige zu machen, daß der kranke mit den heiligen sterbsakramenten, so wie es einem kristen gehört, versehen werde“.¹⁰⁵

Fazit

Spitäler der Vormoderne lassen sich mit idealisierenden Konzepten wie dem ganzen, alteuropäischen Haus Otto Brunners, den „Totalen Institutionen“ Erving Goffmans oder der „kaser-nierten Vergesellschaftung“ von Heinrich Popitz kaum und nur unzureichend fassen. Einer-seits waren diese Häuser aufgrund ihrer vielfältigen Aufgabenbereiche recht komplex struk-turiert und durch vielfältige Beziehungen mit der Umwelt verbunden. Andererseits lassen sich Unterscheidungen von Personal und Insassinnen/Insassen im gemeinsamen Haus mitunter nur mit Mühe treffen, weil die Insassinnen und Insassen in vielen Bereichen der Hausarbeit zwingend mitarbeiten mussten. Unter der Oberleitung des Spitalerhalters fungierte der Spitalmeister mit einem Schreiber und suchte die Ordnung im Haus zu wahren, was besonders bei großen Spi-tälern nur mit viel Mühe möglich war. Mehrere Hierarchien zeichnen sich bei der inneren Verwaltung der Spitäler ab: So konnte etwa für die großen österreichischen Hofspitäler eine vierstufige Hierarchie nachgewiesen werden. Auf der ersten Ebene standen die Superintenden-ten, dann folgte auf der zweiten Ebene der Spitalmeister, wiederum gefolgt von den mit größerer Kompetenz ausgestatteten Offizieren des Hauses auf der dritten Ebene. In der vierten Ebene arbeiteten dann häufig schon nicht mehr vereidigte Dienstnehmer/-innen wie die Köchin oder der Spitalmeister. Kleinere Spitäler waren dagegen deutlich flacher organisiert, weil sich hier nur mehr zwei oder drei Hierarchieebenen abzeichnen. Vor allem die Wirtschaftsverwal-tung der Spitäler war äußerst kosten- und personalintensiv, sodass sich viele Spitalerhalter im 17. und 18. Jahrhundert zu fragen begannen, ob es einer eigenen Spitalwirtschaft noch be-dürfe. In der Einschätzung der Zeitgenossen wurden die erwirtschafteten Erträge der Spitalwirt-schaft vom Vieh- und Wirtschaftspersonal der Spitäler wiederum „aufgefressen“, sodass für die eigentlichen Nutznießer des Spitals – die kranken und alten Insassinnen und Insassen – oft nur wenig überblieb.

In idealtypischen, mehr den großen als den kleinen Spitälern gerecht werdenden Einzelpor-träts wurden in diesem Beitrag die Tätigkeitsfelder der verschiedenen Funktionsträger in früh-neuzeitlichen Spitälern aufgezeichnet, wie sie sich aus Spitalordnungen und Instruktionen ergeben. Acht Arbeitsbereiche lassen sich in den Spitälern unterscheiden: (1) die schreibende Kontrolle der Hauswirtschaft (Gegen-, Spital-, Grund-, Stadelschreiber, Remanenzler, Zehent-handler und Getreidekurrent, Bierschreiber), (2) die Vorratswirtschaft und deren Kontrolle (Kastner, Schaffer, Kellerer, Stadelmeister, Hofbinder, Krautbauer), (3) die landwirtschaftliche Hausversorgung (Meier und Gesinde, Weingartenknecht, Förster), (4) der Sperrdienst im Haus (Torwärter), (5) die Versorgung von Insassinnen/Insassen und Personal (Einkäufer, Zuschro-ter/Fleischhacker, Koch und Köchin, Küchenmeister, Bäcker), (6) die Pflege im Haus (Kran-

¹⁰⁵ Ebd., 634 [22] (Bürgerspital Klagenfurt 18. Jh.).

kenwärter/-in, Siechenmeister/-in, Aufwärter/-in, Zuchtmeisterin für Waisenkinder), (7) Seelsorge (Geistlicher, Mesner), (8) Medizinalpersonal (akademische Ärzte, Chirurg/Wundarzt, Provisor/Apotheker, Bader/Barbiere, Hebamme). Die Herkunft, das Geschlechterverhältnis, der Disziplinierungsgrad, der „Ausbildungsweg“ und die Altersversorgung des Personals in Spitälern sind bislang für österreichische Spitäler kaum untersucht.¹⁰⁶ Sozialprofile der Funktionsträger und deren lebensweltliche Einbettung in das Spital sind gegenwärtig für österreichische Spitäler noch nicht erforscht. Als intermediäre, zwischen Personal und Insassinnen/Insassen stehende Gruppe treten noch die Stubenväter und -mütter hinzu, die gegen geringe Entlohnung Aufsichtsarbeiten für die Spitalleitung übernahmen. Die Lebenswelt in den gemeinsamen Häusern war eng. Ähnlich wie in den frühneuzeitlichen Gefängnissen arbeiteten und wohnten Personal (etwa Spitalmeier) und Insassinnen/Insassen mit dem Kalkül zusammen, dass das Personal die Insassinnen und Insassen jederzeit kontrollieren können bzw. Hilfe leisten musste.

Informationen zum Autor

Ao. Prof. Mag. Dr. Martin Scheutz MAS, Institut für Österreichische Geschichtsforschung/
Institut für Geschichte, Universität Wien, Universitätsring 1, A-1010 Wien, E-Mail: martin.scheutz@univie.ac.at

¹⁰⁶ Als Versuch einer Aufarbeitung für das 19. Jahrhundert Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH, *Alltag in der Krankenpflege. Geschichte und Gegenwart / Everyday Nursing Life. Past and Present* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 32, Stuttgart 2009), 7–14 (mit breiterer Bibliografie).

Sarah Pichlkastner

Vom Physikus über die Hebamme bis zur Kindsdirne. Medizinisch-pflegerisches Personal im Wiener Bürger- spital und seinen Filialen in der Frühen Neuzeit

English Title

Physician, Midwife and Children's Maid. Medical and Nursing Staff in the Vienna Civic Hospital and Its Branches in the Early Modern Period

Summary

The multifunctional Civic Hospital, founded in the middle of the 13th century, was among the main institutions for poor relief and health care in the city of Vienna until the reforms of Joseph II in the 1780s. The article provides an overview of the medical and nursing staff employed by the hospital by mainly analysing the pay lists found in the annual hospital account books. It is shown that a salaried academically trained physician cannot be found before the beginning of the 17th century, whereas a surgeon had already been employed in the second half of the 15th century. Paid nursing staff that can as well be identified at the end of the Middle Ages became increasingly specialised in the course of the Early Modern Period. Particularly nursing staff represents a research gap concerning the history of early modern hospitals.

Keywords

Hospital, hospital staff, medical staff, nursing staff, care, health care, poor relief, Early Modern Period, Vienna

Einleitung

Am 11. Juli 1662 kam Barbara Siberin, eine 46-jährige Witwe aus Schwaben, in die sogenannte Eisenstube des Wiener Bürgerspitals.¹ Das Insassenverzeichnis gibt darüber Auskunft, dass sie „an schmerzen des haupts undt taub, auch einem nabelbruch undt geschwellenem linkhen fues vom rothlauff“ litt. Neun Monate später, am 3. April 1663, wurde sie „Mutter“ (Stubenvorsteherin) in der „Kindbettstube“, wo sie bis zum 18. Jänner 1666 diente und daraufhin das Spital verließ („ist gewandert“).² Sie kehrte jedoch am 21. Jänner 1669 zurück und wirkte bis zu ihrem Tod am 27. März 1675 wieder in der „Kindbettstube“ bei den Schwangeren und Wöchnerinnen.³ Das Schicksal von Barbara Siberin steht stellvertretend für viele andere Frauen und Männer, die im Verlauf der Frühen Neuzeit im Wiener Bürgerspital und in seinen Filialen mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Insassinnen und Insassen beschäftigt waren. Im folgenden Beitrag stehen weniger die Betreuungsvorgänge an sich, als das dafür zuständige Personal und die damit verbundenen Veränderungen im Untersuchungszeitraum im Mittelpunkt. Dabei wird versucht, einen Bogen vom Beginn des 16. Jahrhunderts bis zu den einschneidenden Reformen Josephs II. am Ende des 18. Jahrhunderts zu spannen.

Wie bereits das erwähnte Beispiel zeigt, konnten die Grenzen zwischen Personal und Insassinnen/Insassen nicht nur im Wiener Bürgerspital, sondern allgemein in frühneuzeitlichen Fürsorgeeinrichtungen in mehrerlei Hinsicht fließend sein. Einerseits wurden Personalangehörige zu Insassinnen und Insassen, andererseits traten diese – wie Barbara Siberin – zum Personal über. Des Weiteren konnten besonders im pflegerischen Bereich die damit betrauten Personen aus dem Kreis der Insassinnen und Insassen stammen oder zumindest eine Zwischenstellung zwischen diesen und dem Personal einnehmen. Überdies stand die aktive Mitarbeit von Insassinnen und Insassen – sei es im Bereich der Haus- und Landwirtschaft oder auch der Pflege – in derartigen Einrichtungen in der Regel auf der Tagesordnung.⁴ Wenn im Folgenden von Personal gesprochen wird, soll demnach damit nicht eine Dichotomie zwischen Personal

1 Dieser Beitrag entstand im Rahmen des FWF-Projekts P 25755-G16 „Personal, Insassen und innere Organisation des Wiener Bürgerspitals in der Frühen Neuzeit“ (Leitung Martin Scheutz). Kontaktdaten und Informationen zum Projekt sind im Internet abrufbar unter <http://geschichtsforschung.univie.ac.at/forschung/personal-insassen-und-organisationsform-des-wiener-buergerspitals-in-der-fruehen-neuzeit> (letzter Zugriff: 10.04.2017).

2 Im Folgenden werden für die Funktionen des Personals im Bürgerspital und in seinen Filialen die jeweils zeitgenössisch üblichen Bezeichnungen verwendet, die jedoch – wie etwa „Dirne“ – keineswegs pejorativ zu verstehen sind.

3 Wiener Stadt- und Landesarchiv (= WStLA), Bürgerspital, B 8: Bd. 9, fol. 64^v (Frauen). Da derzeit die buchförmigen Archivalien des Bestandes Bürgerspital neu geordnet und signiert werden, sind die hier genannten Signaturen der Bücher als provisorisch anzusehen.

4 Vgl. Martin SCHEUTZ, Ein langsamer Ausdifferenzierungsprozess von der Hausordnung über die Dienststrukturen 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 der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 3, Leipzig 2011), 121–153.

und Insassinnen/Insassen etwa im Sinne von Erving Goffman evoziert werden.⁵ Vielmehr dient der Begriff „Personal“ als notwendige Analysekategorie und umfasst alle Personen, die sich im Bürgerspital in einer medizinisch-pflegerischen Art und Weise um dort vorhandene, der Betreuung bedürftige Menschen kümmern. Diese Definition schließt explizit auch sich gegenseitig pflegende Insassinnen und Insassen mit ein.

Die Begriffe „Medizin“ und „Pflege“ sollen ebenso kurz beleuchtet werden, da eine unreflektierte Rückprojektion der heutigen Begrifflichkeiten problematisch ist: Unter medizinischem Personal werden im vorliegenden Beitrag alle Personen verstanden, die über eine formelle Ausbildung in diesem Bereich nach damaligem Verständnis verfügten, darunter fallen studierte Ärzte, Wundärzte und auch Hebammen.⁶ Die übrigen Betreuungskräfte werden als Pflegepersonal eingestuft, wobei ihnen medizinische Pflege im weiteren Sinn nicht abgesprochen werden soll. Zwischen diesen beiden Ebenen existierte ein noch aufzuzeigender Übergangsbereich. Der Begriff Pflege wird im Folgenden weit gefasst und beinhaltet etwa auch die Versorgung und Erziehung von Kindern. Gleichzeitig hatten Pflegenden in der Frühen Neuzeit viele Aufgaben, die heute nicht mehr zum Aufgabenbereich von Pflegekräften gehören, darunter fallen vor allem Hausarbeiten (Putzen, Wäschewaschen usw.).⁷ Geistliche, die ebenso als Betreuungspersonal für Insassinnen und Insassen angesehen werden können, werden in der folgenden Darstellung hingegen nicht berücksichtigt.⁸ Das gleiche gilt für Lehrpersonal (Schulmeister/-innen, Präzeptor/-innen), obwohl diese wahrscheinlich in vielen Fällen auch Aufgaben übernommen haben, die unter die vorliegende Definition von Pflege fallen.

An dieser Stelle sei noch kurz angemerkt, dass das medizinisch-pflegerische Personal nur einen Teil des Spitalpersonals insgesamt ausmachte. Da sich das Wiener Bürgerspital, wie andere mittelalterliche und frühneuzeitliche Fürsorgeinstitutionen auch, durch einen multi-

-
- 5 Vgl. Erving GOFFMAN, *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (Chicago 1961); in deutscher Übersetzung Erving GOFFMAN, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (Frankfurt am Main 1973). Kritisch dazu 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 der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 3, Leipzig 2011), 25–53.*
 - 6 Zur Medizin in Wien in der Frühen Neuzeit immer noch grundlegend Leopold SENFELDER, *Öffentliche Gesundheitspflege und Heilkunde*, in: *Altertumsverein zu Wien, Hg., Geschichte der Stadt Wien, Bd. 6/3: Vom Ausgange des Mittelalters bis zum Regierungsantritt der Kaiserin Maria Theresia, 1740* (Wien 1918), 206–290. Vgl. zur Prüfung von Wundärzten und Hebammen durch die Medizinische Fakultät der Universität Sonia HORN, *Examiniert und approbiert. Die Wiener medizinische Fakultät und nicht-akademische Heilkundige in Spätmittelalter und früher Neuzeit, unveröffentlichte Dissertation (Universität Wien 2001).*
 - 7 Vgl. zu den vielfältigen Aufgaben der Pfleger/-innen („Aufwärter/-innen“) im Spital Merxhausen (Hessen) in der Frühen Neuzeit Natascha NOLL, *Pflege im Hospital. Die Aufwärter und Aufwärterinnen von Merxhausen (16.–Anfang 19. Jh.) (= Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte. Marburger Schriftenreihe 2, Frankfurt am Main u. a. 2015), 249–298.*
 - 8 Vgl. zum Spitalgeistlichen Alfred Stefan WEISS, *Der Spitalgeistliche und seine (normierte) „Beziehung“ zu den Insassen in 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 der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 3, Leipzig 2011), 223–243.*

funktionalen Wirtschaftsbetrieb selbst finanzieren und versorgen musste,⁹ waren neben allgemeinem Verwaltungspersonal (Grundsreiber, Rechnungsschreiber usw.) etwa auch ein Braumeister, ein Zehenthändler sowie Weingartenknechte oder Viehdirmen beim Spital angestellt. Gleichzeitig sorgten zahlreiche Personen für das leibliche Wohl des Personals und der Insassinnen und Insassen: beispielsweise ein für die Besorgung der „Viktualien“ (Lebensmittel) zuständiger Schaffer, ein Fleischhacker („Zuschrotter“), ein Bäcker („Pfister“) und verschiedenes Küchenpersonal.¹⁰

Generell stellt das die Insassinnen und Insassen betreuende Personal auf dem Gebiet der Spitalgeschichte der Frühen Neuzeit immer noch eine große Forschungslücke dar. Während die medizinischen und geistlichen Personalangehörigen besser erforscht sind, ist über das Pflegepersonal nahezu so wenig bekannt wie über die Insassinnen und Insassen selbst.¹¹ Kürzlich hat Natascha Noll eine erste Monografie für diesen vernachlässigten und bisher meist im Rahmen von Einzelstudien zu Spitälern nur am Rand erwähnten Bereich vorgelegt.¹² Pflegepersonal wurde bisher vor allem im Kontext der Pflegegeschichte und dort mit einem eindeutigen Schwerpunkt auf dem 19. und 20. Jahrhundert untersucht. Diese Schwerpunktsetzung hängt mit der Etablierung einer formellen Ausbildung im Bereich der Pflege im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert zusammen, weswegen die Tätigkeit des Pflegepersonals in der Zeit davor von der Forschung in vielen Fällen nicht als „Pflege“ wahrgenommen wurde („Berufsgeschichte“).¹³

-
- 9 Vgl. ausführlich dazu Sarah PICHLKASTNER, Bier, Wein, Kapitalien – aber Insassinnen und Insassen? Das Wiener Bürgerspital zwischen wirtschaftlichem „Großunternehmen“ und karitativer Versorgungseinrichtung in der Frühen Neuzeit, in: *Historia Hospitalium* 30 (2016/17), 291–304.
- 10 Vgl. als groben Überblick zum Personal des Wiener Bürgerspitals in der Frühen Neuzeit Michael ALTMANN, Das Wiener Bürgerspital. Zur Erinnerung an die Eröffnung des neuen Bürger-Versorgungshauses in der Alservorstadt (Wien 1860), 55–59.
- 11 Vgl. zu Forschungslücken und -desideraten der Spitalgeschichte Christina VANJA, Offene Fragen und Perspektiven der Hospitalgeschichte, in: Martin Scheutz u. a., Hg., *Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit / Hospitals and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe* (= Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung, Ergbd. 51, Wien–München 2008), 19–40.
- 12 Vgl. NOLL, Pflege, wie Anm. 7.
- 13 Vgl. ebd., 19 f., 29–31; Ilsemarie WALTER, Wärterinnen und Ordensfrauen. Pflege in Wiener Krankenhäusern im 19. Jahrhundert, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 2 (2002), 19–29, hier 19. Als Beispiele für den dominierenden Untersuchungszeitraum Gabriele DORFFNER, „... ein edler und hoher Beruf“. Zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege (Strasshof 2001); Christoph SCHWEIKARDT, Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preussischer Regierungspolitik (München 2008). In einer vor einigen Jahren erschienenen Quellensammlung zur Geschichte der Krankenpflege sind Mittelalter und Frühe Neuzeit zumindest mit einigen Beispielen vertreten: Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH, Hg., *Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren* (Frankfurt am Main 2011).

Das Wiener Bürgerspital in der Frühen Neuzeit

Wie bereits im Mittelalter¹⁴ handelte es sich auch in der Frühen Neuzeit bei dem im 13. Jahrhundert gegründeten Bürgerspital weiterhin um eine multifunktionale Einrichtung: Es wurden dort Kranke und Verletzte, Schwangere und Wöchnerinnen, Kinder, alte und beeinträchtigte Menschen sowie Pilger/-innen versorgt.¹⁵ Anders als im Mittelalter lag das Bürgerspital seit der ersten Osmanischen Belagerung von 1529 nicht mehr vor den Toren der Stadt, sondern innerhalb der Stadtmauern im ehemaligen Klarissenkloster. Zunächst verfügte das Spital – abgesehen von einem nach der Belagerung im Bereich eines früheren Siechenhauses errichteten Pestlazarett,¹⁶ das ich in diesem Beitrag ausklammern möchte – bis um 1680 über keine Filialen. Nach einer Auswertung des ältesten erhaltenen Insassenverzeichnisses, das die Jahre 1660 bis 1664 abdeckt, wurden im Wiener Bürgerspital vor allem Kranke sowie bei den Frauen auch eine große Anzahl an Schwangeren und Wöchnerinnen, jeweils vor allem aus den städtischen Unterschichten, versorgt (Tabelle 1).¹⁷ Ab 1679/80 scheinen zwei Ausweichquartiere auf, in die bei Überfüllung des Bürgerspitals immer wieder Kranke, vor allem jene mit Fieberzuständen, ausgelagert wurden: das „Parzmayerische Haus“ im Tiefen Graben und das „Bäckenhäusel“ in der Währinger Straße. Für diese beiden Einrichtungen begegnet Ende des 17. Jahrhunderts zum ersten Mal die Bezeichnung „Krankenhaus“. Nur das in der Nähe des Pestlazaretts gelegene Bäckenhäusel etablierte sich nach einer Aufstockung ab 1709 als dauerhafte Filiale und trug die Bezeichnung „Krankenhaus in der Währingergasse (vulgo Bäckenhäusel)“. Ein paar Jahre zuvor, 1706, waren dem Bürgerspital zwei auf das Mittelalter zurückgehende Fürsorgeeinrichtungen inkorporiert worden: einerseits das auf Syphiliskranke spezialisierte Spital St. Marx, andererseits das kleine Siechenhaus St. Hiob zum Klagbaum mit nur zwölf Insassinnen und Insassen. Nach der Inkorporierung erfolgten sukzessive Auslagerungen von bestimmten Insassengruppen nach St. Marx: Zunächst wurden Personen mit der „hinfallenden Krankheit“ (Epilepsie) und 1715 auch Schwangere und Wöchnerinnen sowie die „Korrupten“ bzw. „Narren“ (psychisch Kranke und mental Beeinträchtigte mit starken Auffälligkeiten) ausgelagert. Neben dem Bäckenhäusel scheint nun auch für St. Marx die Bezeichnung „Krankenhaus“ auf.

14 Vgl. zum Bürgerspital im Mittelalter Brigitte POHL-RESL, Rechnen mit der Ewigkeit. Das Wiener Bürgerspital im Mittelalter (= Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung, Ergbd. 33, Wien–München 1996).

15 Vgl. zu den folgenden Absätzen ausführlicher Sarah PICHLKASTNER, Insassen, Personal und innere Organisation des Wiener Bürgerspitals in der Frühen Neuzeit. Eine Projektskizze, in: Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 123 (2015), 117–132, hier 118–120, 130–132; Sarah PICHLKASTNER, Personal, Insassen und innere Organisation des Wiener Bürgerspitals in der Frühen Neuzeit – ein FWF-Projekt am Institut für Österreichische Geschichtsforschung (Universität Wien), 2013–2017, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 15, Schwerpunktheft: Medizin und Religion (2016), 173–182, hier 179.

16 Vgl. zum Pestlazarett Johann WERFRING, Europäische Pestlazarette und deren Personal. Mit besonderer Berücksichtigung der Wiener Verhältnisse, unveröffentlichte Dissertation (Universität Wien 1999), bes. 95–138.

17 WStLA, Bürgerspital, B 8: Bd. 9.

Tabelle 1: Das Bürgerspital und die Verlagerung von Insassengruppen in die hinzukommenden Filialen bis 1715

Bürgerspital (bis ca. 1680 abgesehen vom Pestlazarett keine Filialen)	+	Bäckenhäusel und Parzmayerisches Haus (ab ca. 1680, ab 1709 nur noch Bäckenhäusel)	+	St. Marx (Syphilisspital) und Klagbaum (kleines Siechenhaus) (Inkorporierung 1706)
(körperlich) Kranke und Verletzte (inkl. der vertrags- mäßig versorgten Zunftangehörigen)	→	zunächst zeitweise Auslagerung von Kranken und Verletzten bei Über- füllung des Bürgerspitals, ab 1709 dauerhafte Auslagerung	→	nach Inkorporierung sukzessive Auslagerungen bis 1715 nach St. Marx (bestimmte körperlich Kranke, Schwangere und Wöchnerinnen, psychisch Kranke und mental Beeinträchtigte)
Schwangere und Wöchnerinnen		→		
körperlich und mental Beeinträchtigte, psychisch Kranke		→		
alte Menschen				
versorgungsbedürftige Kinder				
Pilgernde				

Durch die Auslagerungen sank die Insassenzahl im Bürgerspital selbst, wo nun hauptsächlich versorgungsbedürftige Kinder, alte oder aus anderen Gründen beeinträchtigte Erwachsene (hauptsächlich Bürger/-innen),¹⁸ Pilger/-innen und in geringer Anzahl kranke oder verletzte Zunftangehörige, deren Zünfte mit dem Spital einen Vertrag geschlossen hatten, untergebracht waren (Tabelle 2). Da aber im Verlauf des 18. Jahrhunderts die Zahl der Kinder – darunter nun, im Gegensatz zur Zeit davor, vor allem Findel- und uneheliche Kinder – stark zunahm, stieg auch die Anzahl der vom Haupthaus des Bürgerspitals betreuten Personen wieder an. Ab 1735 wurden jedoch abgestillte Kinder und ab 1752 auch Säuglinge gegen Kostgeld zu „Pflegefamilien“ in das Wiener Umland gegeben, sodass es ab diesem Zeitpunkt nicht nur im Haus selbst, sondern auch außerhalb Versorgte gab.¹⁹

18 Ab der Gründung des Großarmenhauses in der Alser Straße 1693 wurden nicht bürgerliche versorgungsbedürftige Personen zunehmend dort untergebracht; vgl. zu dieser Einrichtung Felix CZEIKE, Hg., Historisches Lexikon Wien, 5 Bde. (Wien 1992–1997), hier Bd. 2 (1993), 610.

19 Vgl. zum Bürgerspital als Vorläufer des josephinischen Findelhauses Verena PAWLOWSKY, Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebär- und Findelhaus in Wien 1784–1910 (Innsbruck 2001), 37–39.

Tabelle 2: Verteilung der verschiedenen Insassengruppen auf das Bürgerspital und seine Filialen ab Ende 1715

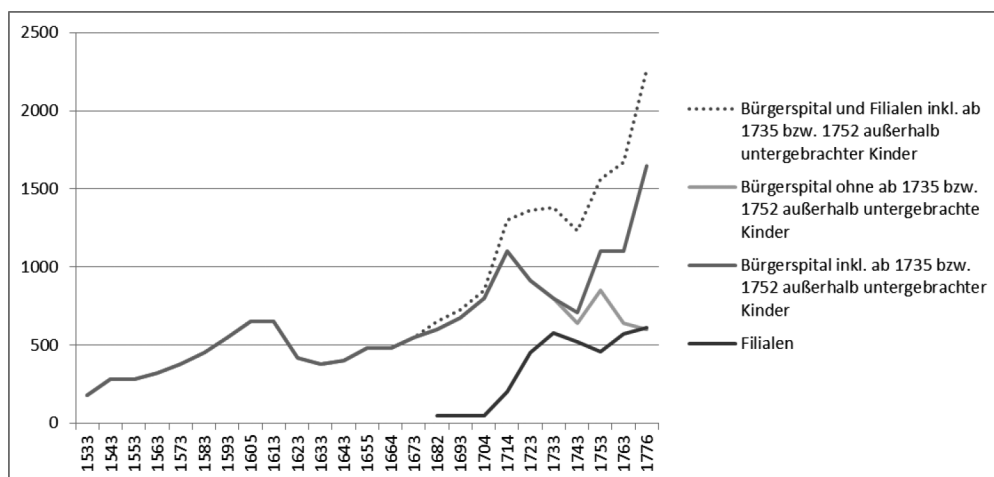
Bürgerspital	Bäckenhäusel (nun auch „Krankenhaus in der Währingergasse“ genannt)	St. Marx (Klagbaum aufgrund seiner geringen Insassenzahl unberücksichtigt)
vertragsmäßig versorgte kranke und verletzte Zunftangehörige	Kranke und Verletzte (soweit nicht im Bürgerspital oder St. Marx)	Personen mit sexuell über- tragbaren bzw. den Körper generell nach zeitgenössischer Vorstellung mittels „zerfres- sender Gifte“ angreifenden Krankheiten („venerische“ / „corrosivische“ Kranke) sowie Epilepsiekranke („Hinfallende“)
alte und aus anderen Gründen versorgungsbedürftige Menschen (meist Bürger/-innen)		Schwangere und Wöchnerinnen („Kindbetterinnen“)
versorgungsbedürftige Kinder		mental Beeinträchtigte und psychisch Kranke mit starken Auffälligkeiten („Narren“, „Korrupte“)
Pilgernde		

Hatte das Bürgerspital in den 1530er Jahren ca. 200 Insassinnen und Insassen versorgt, war diese Zahl mit Einbeziehung der inzwischen dazugekommenen Filialen bis in die 1770er Jahre auf etwa 2.300 angestiegen – die Hälfte davon bildeten nun im Bürgerspital oder außerhalb versorgte Kinder (Grafik 1).²⁰ Nach einem ersten Höhepunkt um 1600 sank die Insassenzahl bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts und erreichte erst um 1700 wieder ähnlich hohe Werte wie 100 Jahre zuvor. In der Folge stiegen die Insassenzahlen zunächst intensiv, danach etwas weniger stark und ab der Mitte des 18. Jahrhunderts aufgrund der vielen Kinder rasant an. Der kurzfristige Einbruch zwischen 1733 und 1743 lässt sich mit den Reformen der 1730er Jahre in Verbindung bringen.²¹

20 Bis in die 1670er Jahre ist anhand der jährlichen Spitalrechnungsbücher eine ungefähre wochenweise Berechnung der Insassenzahlen möglich, da unter den Ausgaben für die Küche die Anzahl der pro Woche verköstigten Personen angegeben ist, wovon das vom Spital verköstigte Personal abgezogen werden muss. Für die Folgezeit ist die Erhebung der Insassenzahlen nicht mehr kontinuierlich möglich, sondern kann nur punktuell über überlieferte „Tagzettel“ (tägliche Aufzeichnungen über die Anzahl an Personen pro Stube und deren Verpflegung) und in anderen Quellen auffindbare Angaben erschlossen werden. Da in Grafik 1 zum besseren Vergleich die Insassenzahlen für jene Jahre angegeben werden sollten, für die das Betreuungspersonal exemplarisch erhoben wurde, handelt es sich teilweise um Schätzungen.

21 Vgl. zu den Reformen PICHLKASTNER, Insassen, wie Anm. 15, 118, 124 f.

Grafik 1: Die Entwicklung der Insassenzahlen des Bürgerspitals und seiner Filialen



Das städtische Bürgerspital, das im Verlauf der Frühen Neuzeit immer mehr unter landesfürstliche Kontrolle geriet, war bis zum Ende des 17. Jahrhunderts die zentrale Einrichtung der geschlossenen Armen- und Krankenversorgung in der kaiserlichen Haupt- und Residenzstadt. Im 18. Jahrhundert, als in Wien neue Einrichtungen hinzugekommen waren, zählte es immer noch zu den wichtigsten.²²

Geleitet wurde das Spital von einem Spitalmeister aus dem Äußeren Rat, dem ab der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts ein bis drei sogenannte Superintendenten aus dem Inneren Rat als Aufsichtsorgane übergeordnet waren.²³ Im Zug der Reformen Josephs II. in den 1780er Jahren wurden die Insassinnen und Insassen auf vielfach neu gegründete Spezialeinrichtungen wie das Allgemeine Krankenhaus (inkl. „Gebärhaus“ und „Tollhaus“) oder das Findelhaus aufgeteilt.²⁴ Dem Bürgerspital verblieb nur noch die Versorgung alter oder beeinträchtigter Bürger bzw. deren Angehöriger, welche über den sogenannten Bürgerspitalfonds finanziert wurden. St. Marx war nun Bürgerversorgungshaus, während das Hauptgebäude des Bürgerspitals in der Stadt zunächst in ein Zinshaus umgebaut und in den 1870er und 1880er Jahren gänzlich abgerissen wurde.²⁵ Heute sind neben dem Hauptgebäude auch alle Filialen aus dem Stadtbild verschwunden.

22 Vgl. zur Armenfürsorge in Wien immer noch Karl WEISS, *Geschichte der öffentlichen Anstalten, Fonde und Stiftungen für die Armenversorgung in Wien* (Wien 1867).

23 Vgl. dazu ausführlicher PICHLKASTNER, *Insassen*, wie Anm. 15, 123–125.

24 Vgl. zu den Reformen Josephs II. in Bezug auf die Armen- und Krankenversorgung Helmut REINALTER, *Die Sozialreformen Josephs II.*, in: Helmut Reinalter, Hg., *Josephinismus als Aufgeklärter Absolutismus* (Wien–Köln–Weimar 2008), 163–189.

25 Vgl. zum Bürgerversorgungshaus um 1820 (mit einem sehr unzuverlässigen geschichtlichen Rückblick) Lorenz NOVAG, *Das Bürgerspital und das Versorgungshaus zu St. Marx in Wien von 1257–1820* (Wien 1820). 1860 übersiedelte das Bürgerversorgungshaus in einen Neubau in der Währinger Straße, der an Stelle des ehemaligen

Forschungsstand, Quellengrundlage und methodisches Vorgehen

Der schriftliche Nachlass des Wiener Bürgerspitals bildet heute einen eigenen, sehr umfangreichen Bestand im Wiener Stadt- und Landesarchiv.²⁶ Trotz der guten Überlieferungslage sowie der Größe und Bedeutung des Wiener Bürgerspitals ist die bisherige Forschungslage für die Frühe Neuzeit sehr überschaubar. Neben einer handschriftlichen Hausgeschichte aus der Mitte des 19. Jahrhunderts,²⁷ die in stark verkürzter Form auch im Druck erschienen ist,²⁸ gibt es bisher nur einige – teilweise schon ältere – Beiträge zu bestimmten Teilbereichen des Spitalbetriebs (Apotheke, Biermonopol, Wälder usw.).²⁹ Derzeit läuft am Institut für Österreichische Geschichtsforschung ein FWF-Projekt, das sich erstmals ausführlich mit der frühneuzeitlichen Geschichte des Wiener Bürgerspitals befasst und dabei den Fokus auf Personal sowie Insassininnen und Insassen legt.³⁰

Die folgenden Ausführungen zum Personal basieren vor allem auf einer Auswertung der in den jährlichen Spitalrechnungsbüchern enthaltenen Besoldungslisten, wobei die Personalentwicklung in Zehn-Jahres-Schritten untersucht wurde. In den Rechnungsbüchern sind in mehreren spezifischen Ausgaberrubriken die verschiedenen Funktionsträger/-innen und deren jährliche Besoldung angeführt.³¹ Erst ab der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts werden diese namentlich genannt; im 17. Jahrhundert ist dann oftmals auch die geografische Herkunft angeführt. Nicht monetäre Entlohnungen wie die Bereitstellung von Unterkunft und Verpflegung sowie andere Naturalgaben (Holz, Kerzen, „Geschenke“ an bestimmten Feiertagen usw.), aber auch die konkreten Aufgabenfelder der einzelnen besoldeten Personen sowie der Umfang des

Pestlazarets entstanden war; vgl. für die Zeit von 1784 bis zur Übersiedelung ALTMANN, Bürgerspital, wie Anm. 10, 65–104. Nachdem 1927 die letzten Insassininnen und Insassen in das neue Versorgungshaus Lainz gebracht worden waren, wurde das Gebäude 1928 demoliert (heute Arne-Carlsson-Park); vgl. CZEIKE, Lexikon, wie Anm. 18, Bd. 1 (1992), 516. Vgl. zum Abriss des Bürgerspitalzinshauses Felix CZEIKE, Die Kärntner Straße (= Wiener Geschichtsbücher 16, Wien–Hamburg 1975), 71 f.

26 WStLA, Bürgerspital.

27 WStLA, Handschriften: A 240/1–4 (1857–1860).

28 Vgl. ALTMANN, Bürgerspital, wie Anm. 10. Warum nicht der Verfasser der Hausgeschichte, der damalige langjährige Amtsdirektor der Bürgerspitals-Wirtschaftskommission Josef Holzinger, sondern dessen Adjunkt die Publikation verfasst hat, ist bisher nicht bekannt.

29 Vgl. als Beispiele Leopold SENFELDER, Die alte Wiener Bürgerspitals-Apotheke. Ein Beitrag zur Geschichte des Wiener Apothekerwesens. Separatdruck aus: Das österreichische Sanitätswesen 6/7 (1901); Leopold SAILER, Das Bierbrau- und Schankmonopol des Wiener Bürgerspitals, in: Mitteilungen des Vereins für Geschichte der Stadt Wien 6 (1926), 1–35; Christoph SONNLECHNER, Bürger und Wald. Überlegungen zur Nutzung von Wiener Bürgerspitalswäldern im Mittelalter, in: Jahrbuch des Vereins für Geschichte der Stadt Wien 66 (2010), 223–255.

30 Siehe auch Anm. 1. Eine 2013 fertiggestellte Diplomarbeit aus dem Bereich Pflegewissenschaft über die Pflege im Wiener Bürgerspital in der Frühen Neuzeit ist wenig ertragreich und sehr fehlerbehaftet: Renate GRUBER, Pflege in der Frühen Neuzeit am Beispiel des Wiener Bürgerspitals, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Wien 2013).

31 WStLA, Bürgerspital, B 11. Infolge der Zehn-Jahres-Schritte lassen sich verschiedene Veränderungen in der folgenden Auswertung nur mit einem „spätestens“ datieren. Im Folgenden wird auf Belege in den Fußnoten verzichtet, sofern sich die Angaben auf die Besoldungsrubrik im Rechnungsbuch beziehen („Jahrlohn des Hausgesindes“, später „Besoldung der Bedienten“ bzw. „Besoldung und Kostgelder der Offizianten und Bedienten“). Für die studierten Ärzte gab es eine eigene Ausgabenrubrik (zunächst „Doktor, Apotheker und Kräuter“, später „Spitalmedikus“ bzw. „Spitalmedizi“). Nur direkte Quellenzitate werden ausgewiesen.

nicht besoldeten Personals gehen aus diesen Rubriken in der Regel nicht hervor, sondern müssen aus anderen Ausgaberbüchlein oder zusätzlichen Quellen erschlossen werden. Aus diesem Grund fand teilweise ergänzendes Quellenmaterial aus der Überlieferung des Bürgerspitals, vor allem Akten (Instruktionen, Personal- und Insassenbeschreibungen usw.), Berücksichtigung.³²

Leitung der Insassenbetreuung

Die Leitung der Insassenbetreuung oblag im Bürgerspital dem sogenannten Siechmeister, der ab dem Ende des 16. Jahrhunderts Siechvater (teilweise auch Stiegenvater) und spätestens ab 1723 Obervater genannt wurde.³³ In St. Marx gab es ab der Inkorporierung 1706 einen sogenannten Hauspfleger als Verwalter des gesamten Wirtschafts- und Fürsorgebetriebs.³⁴ Erst 1715 dürfte analog zum Bürgerspital ein diesem untergeordneter Obervater eingestellt worden sein, der sein Amt allerdings weniger selbstständig ausüben konnte als jener im Bürgerspital.³⁵ Nachdem spätestens 1743 (vermutlich aufgrund des Aufstiegs des Obervaters zum Hauspfleger) die Obervater-Stelle wieder abgeschafft worden war, agierte der Hauspfleger gleichzeitig auch als Obervater. Zusätzlich dazu gab es ab diesem Zeitpunkt einen sogenannten Kurvater, denn viele Patientinnen und Patienten sollten eigentlich nur während der jährlichen zwei Kurzeiten im Frühling und im Herbst in St. Marx Aufnahme finden. Im Gegensatz zum Bürgerspital und zum Spital St. Marx waren die Filialen Bäckenhäusel und Klagbaum nur Fürsorge- und nicht auch Wirtschaftsbetrieb, sodass die Leiter der beiden Häuser auch gleichzeitig die Leitung der Insassenversorgung innehatten. An der Spitze stand jeweils ein sogenannter (Haus-)Vater.³⁶ Die sämtlich dem Spitalmeister und den Superintendenten des Bürgerspitals unterstehenden „Insassenmanager“ wurden in Ausübung ihrer Ämter jeweils von ihren Frauen unterstützt, wobei diese als Obermutter, Hausmutter usw. bezeichnet sind.

Während das Pflegepersonal direkt den jeweiligen Leitern der Insassenversorgung unterstand, war dies bei den „Mediziner/-innen“ nicht unbedingt der Fall. Zumindest die studierten Ärzte waren in der Ausübung ihrer Funktion weitgehend autonom und mussten sich nur vor dem Spitalmeister, den Superintendenten sowie den städtischen oder staatlichen Behörden verantworten. Bezeichnenderweise sind, zumindest im Bestand Bürgerspital, für die akademischen Ärzte – wie auch für die Superintendenten – keine Instruktionen überliefert.

32 WStLA, Bürgerspital, Akten.

33 Vgl. zur edierten Instruktion für den Siechvater vom 1. Februar 1670 Martin SCHEUTZ / Alfred Stefan WEISS, Spital als Lebensform. Österreichische Spitalordnungen und Spitalinstruktionen der Neuzeit, Bd. 2 (= Quelleneditionen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 15, Wien-Köln-Weimar 2015), 972–976, Nr. 158.

34 Vor der Inkorporierung war hingegen der Leiter von St. Marx als Obervater bezeichnet worden; WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. I/30, „Ohnmaßgebiger entwurff, wie unt auf waß die wirthschafft bey St. Marx, so nunmehr dem Burgerspital incorporirt ist, künfftig einzurichten unt waß hierdurch in die ersparung gezogen werden kann“, undatiert [1706]. Vgl. zur edierten Instruktion für den Hauspfleger vom 1. Juli 1706 SCHEUTZ / WEISS, Spital, wie Anm. 33, 946–950, Nr. 147.

35 Vgl. zur edierten Instruktion für den Obervater von St. Marx vom 16. Dezember 1715 ebd., 986–991, Nr. 162.

36 Vgl. zur edierten Instruktion für den Hausvater des Bäckenhäusels vom 1. Juli 1714 ebd., 978–982, Nr. 160; zu jener für den Hausvater von Klagbaum vom 15. Juli 1717 ebd., 982–986, Nr. 161.

Medizinisches Personal

Die medizinische Versorgung der Insassinnen und Insassen stand in den meist multifunktionalen Fürsorgeeinrichtungen des Mittelalters und auch der Frühen Neuzeit oft nicht im Vordergrund, da die seelsorgerische Betreuung sowie auch die Bereitstellung von Unterkunft und einer gesicherten Verpflegung als wichtigste „Dienstleistungen“ galten. Auch in größeren Einrichtungen, die frühzeitig unter anderem der Krankenversorgung dienten, lassen sich in der Regel Wundärzte, also handwerklich ausgebildete Ärzte, frühestens im Spätmittelalter und studierte Ärzte oft erst in der Frühen Neuzeit ausmachen – sei es als direkte Angestellte des Spitals oder als regelmäßige „Besucher“.³⁷ Die geschilderte Entwicklung lässt sich auch für das Wiener Bürgerspital beobachten. Zunächst sei noch angemerkt, dass in den frühneuzeitlichen Quellen zum Wiener Bürgerspital, wenn von einem „Arzt“ gesprochen wird, der Wundarzt gemeint ist, während der studierte Arzt zunächst als „Doktor (medicinae)“, im 17. Jahrhundert als „Medikus“ und im 18. Jahrhundert als „Physikus“ bezeichnet wird. Für den Wundarzt ist im 18. Jahrhundert auch die Bezeichnung „Chirurg“ zu finden.

Die regelmäßige Besoldung eines eigenen (Wund-)Arztes ist für das Bürgerspital erstmals 1470 nachzuweisen. Davor dürfte ein Wundarzt vermutlich nur anlassbezogen in das Spital geholt worden sein.³⁸ Als Folge der zunehmenden medizinischen Versorgung ist zu Beginn des 16. Jahrhunderts aus den Quellen erstmals ablesbar, dass auf die Wiederherstellung der Gesundheit und somit der Arbeitsfähigkeit der Kranken ein besonderes Augenmerk gelegt wurde.³⁹ Nach der neuen Stadtordnung von 1526 sollte der Spitalmeister, wo

„etwan sich ain oder mer person zu gesundt und pesserung schikhen, das dieselben widerumb arbaitten oder dienen mochten, dieselben dem burgermaister anzaigen, damit dieselben person darnach ferrer ir narung zu suechen gewisen und anndere durfftige an derselben stat als burger und burgerin, hanndwerchslewt und dinstvolkh, so in der stat Wienn verdorben oder in krankhait gefallen und nit mer arbaitten mügen, hinein genomen“⁴⁰

werden können. Zudem hatte der Bürgermeister darauf zu achten, „das ain artzt gehalten werde, der zu den krankhen leuten in dem spital sehe“.⁴¹

Bis zur Fixanstellung eines studierten Arztes sollte es noch um einiges länger dauern. Bereits 1436 wollte ein „lerer in der ercznei“ namens Niklas Aichberger, Pfarrer zu Gratwein (bei Graz), beim Bürgerspital eine Stiftung errichten, aus deren Erträgen der tägliche Besuch eines

37 Vgl. Ulrich KNEFELKAMP, Über die Pflege und medizinische Behandlung von Kranken in Spitälern vom 14. bis 16. Jahrhundert, in: Michael Matheus, Hg., Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich (= Geschichtliche Landeskunde 56, Stuttgart 2005), 175–194; Kay Peter JANKRIFF, Herren Kranke, arme Siechen. Medizin im spätmittelalterlichen Hospitalwesen, in: Neithard Bulst / Karl-Heinz Spieß, Hg., Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler (= Vorträge und Forschungen 65, Ostfildern 2007), 149–167.

38 Vgl. POHL-RESL, Bürgerspital, wie Anm. 14, 109, 186 f.

39 Vgl. ebd., 109 f., 185–188.

40 Zit. nach Peter CSENDES, Hg., Die Rechtsquellen der Stadt Wien (= Fontes Rerum Austriacarum III/9, Wien–Köln–Graz 1986), 267–309, hier 287.

41 Vgl. ebd., 283.

ebenfalls akademischen Arztes finanziert werden sollte: Ihn „ziemte“, das „wurd ein salig stift, wenn leicht vil armer läwt kämen zu iren gesundt und peliben pey iren leben“.42 Die Stiftung kam jedoch aus unbekanntem Gründen nicht zustande. 1517 wurden die Mitglieder der Medizinischen Fakultät der Wiener Universität in der Privilegienbestätigung durch Kaiser Maximilian I. dazu verpflichtet, „das die gedachten doctores der erzney unter inen ordnung geben, das alle wochen ainer hinauß in das Spital gee oder so offt der spitalmaister nach ainem schickht on waigerung hinauß zukhomen, die armen leüth zu besuechen“.43 In weiterer Folge dürften die Wechsel nur mehr monatlich und vielleicht auch in einem Dreimonats-Rhythmus durchgeführt worden sein.44 Das Engagement der Mitglieder der Medizinischen Fakultät im Bürgerspital war konfliktbelastet. 1539 wurde in einem „Reformvorschlag“ für das Wiener Bürgerspital, in dem die Insassinnen und Insassen bis dato „vil mer zu dem todt denn zu ainer Pesserung Ires Leibs gefuedert werden“, angeregt, einen eigenen „Doctor der Ertzney“45 anzustellen. Die Stadt und die Medizinische Fakultät warfen sich gegenseitig vor, sich nicht genügend um die Kranken im Bürgerspital zu kümmern. Ende 1554 wurde schließlich erstmals ein studierter Arzt im Spital angestellt. Bereits 1565 kam es aber wiederum zur Einführung einer turnusmäßigen Betreuung durch die Fakultätsmitglieder.46

Nach Klagen aus dem Jahr 1601, dass diese das Spital schon länger nicht mehr besucht hätten, erfolgte ab 1602 schließlich die dauerhafte Besoldung eines eigenen „Spitalmedikus“.47 Für die alltägliche Betreuung der Insassinnen und Insassen war jedoch weiterhin der Wundarzt verantwortlich.48 Dieser wurde seit der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts von ein bis zwei sogenannten Bindknechten (ab den 1730er Jahren Bindgesellen genannt) sowie teilweise auch von einem „Arztjunger“ bzw. „Bindjunger“ (Lehrling) unterstützt. Der Wundarzt und seine

42 WStLA, Hauptarchiv, Urkunden: 2580 (16. Oktober 1436). Vgl. dazu Erich ZIMMERMANN, Spitalsarzt im Wiener Bürgerspital im 15. Jahrhundert. Zur medizinischen Versorgung in Wien, in: Wiener Geschichtsblätter 54 (1999), 235–242; POHL-RESL, Bürgerspital, wie Anm. 14, 187.

43 Hier ist mit ziemlicher Sicherheit das Bürgerspital gemeint. Vgl. zur Privilegienbestätigung vom 9. Oktober 1517 SENFELDER, Gesundheitspflege, wie Anm. 6, 231, 250; HORN, Fakultät, wie Anm. 6, 120, 263–265 (Textwiedergabe, Zitat 265). Bereits im Spätmittelalter dürften Lizenziaten der Medizin dazu verpflichtet gewesen sein, im ersten Jahr nach Erlangung des Grades „die im städtischen Spital befindlichen Kranken zu besuchen“; vgl. Joseph ASCHBACH, Geschichte der Wiener Universität im ersten Jahrhunderte ihres Bestehens. Festschrift zu ihrer fünf-hundertjährigen Gründungsfeier (Wien 1865), 101.

44 Nach den Statuten von 1518 sollte monatlich ein anderer Doktor das Bürgerspital einmal wöchentlich besuchen. Aus den „Streichungen“ ergibt sich laut Sonia Horn „die Variante, dass der Doktor für drei Monate eingeteilt war und die Kranken Montags und Freitags [sic] besuchen sollte“; vgl. HORN, Fakultät, wie Anm. 6, 120.

45 Konzept eines Vortrags an König Ferdinand vom 9. März 1539; vgl. für die Wiedergabe des Textes WEISS, Geschichte, wie Anm. 22, VII–IX (Anhang); für ein Regest Altertumsverein zu Wien, Hg., Quellen zur Geschichte der Stadt Wien, Abt. 1: Regesten aus in- und ausländischen Archiven mit Ausnahme des Archivs der Stadt Wien, Bd. 2 (Wien 1895), 55 f., Nr. 1402. Das Schriftstück ist gegenwärtig nicht mehr auffindbar und dürfte beim Brand des Justizpalastes 1927 zerstört worden sein (Österreichisches Staatsarchiv, Allgemeines Verwaltungsarchiv, Hofkanzlei, Allgemeine Reihe, Akten, Karton 1452 [früher Hofkanzlei IV. O.5]).

46 Vgl. SENFELDER, Gesundheitspflege, wie Anm. 6, 250 f.; Karl SCHRAUF, Hg., Acta Facultatis Medicae Universitatis Vindobonensis, Bd. 3: 1490–1558 (Wien 1904), 266 f.; Leopold SENFELDER, Hg., Acta Facultatis Medicae Universitatis Vindobonensis, Bd. 4: 1558–1604 (Wien 1908), 69. Nach einer stichprobenhaften Überprüfung der Rechnungsbücher des Bürgerspitals dürfte der studierte Arzt nicht vom Spital besoldet worden sein. Hier sind weitere Recherchen notwendig.

47 Vgl. SENFELDER, Gesundheitspflege, wie Anm. 6, 251.

48 Vgl. zur edierten Instruktion für den Wundarzt vom 1. Jänner 1713 SCHEUTZ / WEISS, Spital, wie Anm. 33, 955 f., Nr. 150.

Gehilfen wohnten, anders als der Medikus, vor Ort im Bürgerspital.⁴⁹ Aufgrund der Auslagerungen verschiedener Insassengruppen in die Filialen änderten sich im Verlauf des 18. Jahrhunderts die Verhältnisse im Bürgerspital. Während sich spätestens 1743 keine Bindgesellen mehr nachweisen lassen, gab es um 1763 kurzfristig auch keinen angestellten Physikus. Letzteres hing vermutlich mit der Einrichtung der von Gerard van Swieten angeregten „Medizinisch-chirurgisch-praktischen Lehrschule“ im Bürgerspital 1754 zusammen, die schließlich 1776 in das Unierte Spanische und Dreifaltigkeitsspital verlegt wurde.⁵⁰ Dazu passt, dass erst Mitte 1776 wieder ein eigener Physikus eingestellt wurde, der Einsparungen bezüglich der Apothekenausgaben versprochen hatte. In diesem Jahr verfügte der Wundarzt auch wieder über einen Gehilfen, nun „Assistent“ genannt.

In den beiden Ende des 17. Jahrhunderts hinzukommenden Filialen (Parzmayerisches Haus, Bäckenhäusel) gab es zunächst jeweils einen eigenen Medikus, zumindest 1704 versorgte jener im Parzmayerischen Haus die Kranken im Bäckenhäusel mit. Nach der Aufstockung des Bäckenhäusels wurde das Parzmayerische Haus 1709 geräumt und in der Folge nicht mehr mit Kranken belegt. Fortan wirkte im „Krankenhaus in der Währingergasse“ ein eigener Physikus. 1776 waren im Bäckenhäusel inzwischen sogar zwei „Physici“ angestellt. Für die 1706 inkorporierten Filialen St. Marx und Klagbaum gab es ebenso einen eigenen gemeinsamen Physikus.⁵¹ Als 1708 für die Vorstädte mehrere „Physikate“ zur medizinischen Versorgung der Armen geschaffen wurden, die jeweils von einem Physikus zu betreuen waren, wurden der Physikus des Bäckenhäusels (für das Gebiet von der Währinger Straße bis zur Donau) und auch jener von St. Marx (für das Gebiet vom Wienfluss bis an die Donau bei der Weißgerbervorstadt) in dieses System miteinbezogen.⁵² Wie im Bürgerspital wirkten zudem auch in den Filialen Wundärzte. Für die „Bedienung“ der Kranken im Bäckenhäusel erhielt zunächst der Wundarzt des Lazarets eine zusätzliche Besoldung, spätestens ab 1720 wurde dort ein eigener Wundarzt angestellt.⁵³ Diesem unterstanden ein bis zwei Bindgesellen. Für St. Marx und Klagbaum waren neben einem Wundarzt stets zwei Bindgesellen tätig.⁵⁴

49 WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. XXI/1, „Specification deren herrn, officir und dienstopthen bey dem armen hauß der burger spital in Wienn [...], actum den 7. Febr(uar) 1662“. Der Arzt hatte „sein aigen zimmer negst der apodeckhen“, das er mit dem Bindknecht teilen musste. Laut Senfelder wurde der Wundarzt des Bürgerspitals von der Medizinischen Fakultät ohne Entgelt geprüft, bekam jedoch erst ein Zeugnis, wenn er das Spital verließ und eine eigene Babier- oder Badstube übernahm; vgl. SENFELDER, Gesundheitspflege, wie Anm. 6, 250.

50 Vgl. zu diesen ersten Kliniken (Plural, da medizinische und chirurgische Klinik) in Wien neuerdings Daniela WAGNER, Gerard van Swieten und die Gründung der Kliniken in Wien. Eine verwaltungsgeschichtliche Analyse auf der Basis archivalischer Quellen, unveröffentlichte Masterarbeit (Universität Wien 2015). Vgl. zum medizinischen Unterricht vor den Veränderungen unter van Swieten Sonia HORN, „... damit sy in ain rechte erfahrungheit der practighen khummen.“ – Der praktische Unterricht für akademische Ärzte vor den Reformen durch Van Swieten, in: Helmuth Grössing / Sonia Horn / Thomas Aigner, Hg., Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin. Vorträge des internationalen Symposiums an der Universität Wien 9.–11. November 1994 (Wien 1996), 75–96.

51 In St. Marx ist bereits 1575 ein angestellter akademischer Arzt nachweisbar; vgl. SENFELDER, Gesundheitspflege, wie Anm. 6, 251.

52 WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. XXIII/30, kollationierte Abschrift des Dekrets der Niederösterreichischen Regierung an die Stadt Wien vom 9. Juli 1708; ebd.: Fasz. XXIII/62, Abschrift des Dekrets der Stadt Wien an den Physikus von St. Marx vom 11. August 1708. Vgl. dazu auch SENFELDER, Gesundheitspflege, wie Anm. 6, 253.

53 Vgl. zur Instruktion für den Wundarzt des Bäckenhäusels vom 1. Juli 1720 SCHEUTZ / WEISS, Spital, wie Anm. 33, 958–960, Nr. 152.

54 Vgl. zur Instruktion für den Wundarzt von St. Marx aus dem Jahr 1707 ebd., 956–958, Nr. 151.

Im Bürgerspital und seinen Filialen arbeiteten teilweise durchaus bedeutende Persönlichkeiten als handwerklich ausgebildete oder studierte Ärzte. Nicht immer musste es sich dabei um die vom Bürgerspital besoldeten Mediziner handeln. Zumindest 1614 wirkte etwa der Gründer der Wiener Niederlassung der Barmherzigen Brüder, Fra Gabriele Ferrara, als Chirurg (Wundarzt) im Bürgerspital – vermutlich „ehrenamtlich“.⁵⁵ 1652 war beispielsweise Paul de Sorbait, später Professor an der Medizinischen Fakultät, Leibarzt der Kaiserinwitwe Eleonora Magdalena und eine wichtige Figur während der Pest von 1679, vorübergehend als Medikus im Bürgerspital angestellt.⁵⁶ Ab 1758 arbeitete Anton (Freiherr von) Störck als Physikus im Bäckenhäusel, gleichzeitig war er kaiserlicher Leibarzt und später Rektor der Universität. Als „Protomedicus“ in der Nachfolge van Swietens reformierte er ab 1772 das „Medizinal- und Unterrichtswesen“. Vor seiner Anstellung im Bäckenhäusel war er in der „Medizinisch-chirurgisch-praktischen Lehrschule“ im Bürgerspital als medizinischer Assistent tätig gewesen.⁵⁷ Zuletzt sei noch der (studierte) Wundarzt bzw. Chirurg Ferdinand Joseph (von) Leber genannt, der spätestens ab 1752 Wundarzt im Bürgerspital war und in der „Lehrschule“ chirurgische Eingriffe vornahm. Später wurde er zudem Professor an der Medizinischen Fakultät und Leibchirurg Maria Theresias.⁵⁸

Als einzige Frau innerhalb des medizinischen Personals lässt sich die Hebamme ausmachen, die es bereits im mittelalterlichen Bürgerspital, zumindest in der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts, gegeben hatte.⁵⁹ Diese wurde zunächst vom Bürgerspital pro Geburt bezahlt und erhielt spätestens ab 1633 eine fixe jährliche Besoldung. Die Hebamme stellt zudem auch die einzige Frau im gesamten Personal des Bürgerspitals dar, die eine eigene Instruktion erhielt.⁶⁰ Zumindest in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts wohnte sie gemeinsam mit den Schwangeren und Wöchnerinnen in der „Kindbettstube“.⁶¹ Da die Pest von 1713 im Winter 1712 mit einer Schwangeren im Bürgerspital ihren Anfang genommen hatte, wurden die Schwangeren und Wöchnerinnen samt der Hebamme zunächst im Bäckenhäusel und im Kontumazhof, schließlich ab Oktober 1713 im sogenannten Hammerischen Haus in der Rossau unter Quarantäne gestellt. Im November 1715 übersiedelten diese nicht mehr zurück in das

55 Vgl. Leopold SENFELDER, *Die Barmherzigen Brüder in Wien 1614–1914. Eine aktenmäßige Darstellung der Geschichte des Metropolitankonventes und Spitales der Barmherzigen Brüder in Wien, anlässlich des dreihundertjährigen Bestandes* (Wien 1914), 9.

56 Vgl. SENFELDER, *Gesundheitspflege*, wie Anm. 6, 223; CZEIKE, *Lexikon*, wie Anm. 18, Bd. 5 (1997), 252 f.

57 Vgl. ebd., 357; Karl-Werner SCHWEPPE, *Anton Störck und seine Bedeutung für die Ältere Wiener Schule. Zum 250. Geburtstag eines großen Gelehrten und Klinikers*, in: *Medizinhistorisches Journal* 17/4 (1982), 342–356; Elisabeth HERRMANN, *Beiträge zur Geschichte des Lehrkörpers der medizinischen Fakultät der Universität Wien im 18. Jahrhundert*, unveröffentlichte Dissertation (Universität Wien 1981), 163–165; WAGNER, *Gerard van Swieten*, wie Anm. 50, 57 f. In den Rechnungsbüchern ist er konsequent als Franz Anton (Freiherr von) Spörck(h) bezeichnet.

58 Vgl. CZEIKE, *Lexikon*, wie Anm. 18, Bd. 4 (1995), 1 f.; HERRMANN, *Beiträge*, wie Anm. 57, 76–81; WAGNER, *Gerard van Swieten*, wie Anm. 50, 58–60. Im Rechnungsbuch ist er als Ferdinand Le(e)ber zu finden.

59 Vgl. POHL-RESL, *Bürgerspital*, wie Anm. 14, 108, Anm. 205, 136, Anm. 26. Zu Wiener Hebammen und deren Ausbildung Sonia HORN, *Wiener Hebammen 1643–1753*, in: *Jahrbuch des Vereins für Geschichte der Stadt Wien* 59 (Wien 2003), 35–102.

60 Vgl. zur edierten Instruktion für die Hebamme von St. Marx vom 1. Oktober 1719 SCHEUTZ / WEISS, *Spital*, wie Anm. 33, 965–967, Nr. 155.

61 WStLA, *Bürgerspital, Akten: Fasz. XXI/1*, „Specification deren herrn, officir und dienstpothen bey dem armen hauß der burger spital in Wienn [...], actum den 7. Febr(uar) 1662“.

Bürgerspital, sondern in die Filiale St. Marx, die von diesem Zeitpunkt an als neue Gebäreinrichtung fungierte.⁶² Während die ursprünglich im Bürgerspital angesiedelte Hebamme damit nun in St. Marx tätig war,⁶³ kam spätestens ab 1753 für die weiterhin im Bürgerspital betreuten Säuglinge und deren Ammen eine „geschworene“ Hebamme zwei Mal pro Woche in das Spital.⁶⁴

Neben studierten und handwerklich ausgebildeten Ärzten, deren Gehilfen und den Hebammen gab es noch die anfangs erwähnten Aufgaben in der Übergangszone zum pflegerischen Bereich. Zu nennen wären hier der sogenannte Medizinausspeiser und der Wassersieder, die sich im Bürgerspital erstmals Ende des 16. Jahrhunderts nachweisen lassen. Während der Erstere für die Verabreichung der verschriebenen Arzneien zuständig war, hatte Letzterer Wasser zu medizinischen Zwecken zu siedeln.⁶⁵ Die beiden Aufgaben wurden Mitte des 17. Jahrhunderts schließlich unter der Bezeichnung (Medizin-)Ausspeiser zusammengelegt, wobei zu Ende dieses Jahrhunderts ein Gehilfe hinzukam. Zumindest in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts wohnte der Ausspeiser im Bürgerspital in einer Stube.⁶⁶ Interessanterweise stiegen zwei Ausspeiser Ende des 17. bzw. Anfang des 18. Jahrhunderts zum Siechvater auf. Spätestens ab 1743 war der Wundarzt des Lazarett gleichzeitig Medizinausspeiser im Bürgerspital. Während diese Funktion im Parzmayerischen Haus und im Bäckenhäusel (spätestens ab 1763 mit Gehilfen) ebenfalls zu finden war, ist sie hingegen für St. Marx nicht nachweisbar. Die Tatsache, dass zumindest im Bürgerspital ab der Mitte des 18. Jahrhunderts nachweislich ein Wundarzt als Medizinausspeiser tätig war, sowie der deutliche Anstieg der Besoldung im Verlauf des 18. Jahrhunderts weisen auf eine Professionalisierung dieser Funktion hin.

Pflegerisches Personal

Das pflegerische Personal, das immer gemeinsam mit den jeweils betreuten Insassinnen und Insassen in der jeweiligen Stube lebte, lässt sich daher nach Stuben einteilen und kann auch als „Stubenpersonal“ bezeichnet werden. Aus verschiedenen Gründen hatte das Pflegepersonal eine Zwischenstellung zwischen Personal und Insassinnen/Insassen inne. Zum einen ist es,

62 Vgl. HORN, Hebammen, wie Anm. 59, 94; WERFRING, Pestlazarette, wie Anm. 16, 145 f., 223, 225–227. In den Taufmatriken des Bürgerspitals sind diese Übersiedlungen vermerkt: Pfarrarchiv St. Augustin, Matriken des Wiener Bürgerspitals, 1/4 Taufbuch 1706–1769, pag. 195 (4. Dez. 1712), 202 (13. Nov. 1715). Mit 14. November 1715 beginnt ein neues Taufbuch für St. Marx: Pfarrarchiv Maria Geburt, Matriken des Spitals St. Marx, 1/2 Taufbuch 1715–1735.

63 Vgl. zur edierten Instruktion Anm. 60.

64 Eine ab spätestens 1714 bis 1735 vom Bürgerspital besoldete „geschworene“ Hebamme war hingegen im Vorfeld der Aufnahme von Frauen für deren „Beschau“ zuständig („gemeine Stadt-Beschauerin“). Aufgrund von Missständen wurde diese Aufgabe 1735 der St. Marxer Hebamme zugewiesen, wofür sie zusätzlich zu ihrem Lohn „Beschaugeld“ bekam; WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. VIII/10, Dekret von Bürgermeister-Amtsverwalter und Rat an die Superintendenten sowie den Spitalmeister und den Gegenschreiber vom 8. Jänner 1735.

65 Das vom Wassersieder zu siedende Wasser dürfte vermutlich unterschiedliche Ingredienzen enthalten haben. 1726 war der Medizinausspeiser des Bäckenhäusels unter anderem für das Wassersieden zuständig, wobei das Wasser „in unterschiedlichen von dem herrn medico vorschreibenden decoctis besteht“; WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. XXIII/11, Abschrift der Instruktion für den Medizinausspeiser des Bäckenhäusels vom 1. Mai 1726. Unter einem Dekokt („decoctum“) wird ein durch Abkochen von Heilpflanzen gewonnener Auszug verstanden.

66 WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. XXI/1, „Specification deren herrn, officir und dienstpothen bey dem armen hauß der burger spital in Wienn [...], actum den 7. Febr(uar) 1662“.

anders als das übrige Personal, in den ab 1660 sporadisch erhaltenen Insassenverzeichnissen verzeichnet. Dies war auch der Fall, wenn die betreffenden Personen nicht, wie etwa im geschilderten Fall von Barbara Siberin, vorher Insassinnen oder Insassen gewesen waren. Katharina Weinstegerin – ledig, 22 Jahre alt und aus Hetzendorf (heute Wien 12.) – ist beispielsweise am 25. August 1662 „mit vorwißen herrn spitlmaisters für ein dirn auf die Burgerinstuben kommen“ und am 15. Juli 1663 „gewandert“.⁶⁷ In Verzeichnissen, die Personal sowie Insassinnen und Insassen enthalten, ist das Stubenpersonal meist gemeinsam mit letzteren angeführt.⁶⁸ Auf der anderen Seite jedoch wurde es offiziell vom Bürgerspital besoldet und ist daher in den Besoldungslisten in den Rechnungsbüchern zu finden. Je nach Perspektive kann das Stubenpersonal demnach als Personal mit Insassenstatus oder als Insassinnen und Insassen mit Personalstatus angesehen werden. Für das Stubenpersonal wurden keine eigenen Instruktionen ausgestellt: Nach einer Quelle aus dem Jahr 1662 fiel ihre Aufgabenbeschreibung kurz und knapp aus: „Dise diennen und warten denen armen.“⁶⁹ Sie dürften durch bereits länger dienende Pflegende angelehrt worden sein bzw. sich ihre Kenntnisse durch „learning by doing“ angeeignet haben.⁷⁰

Neben dem in den Rechnungsbüchern zu findenden „ordentlichen“ Personal, das einen fixen jährlichen Sold vom Bürgerspital bezog, lässt sich auch „außerordentliches“ Personal antreffen, das aber anhand der Quellen nur punktuell greifbar ist. Dabei handelt es sich einerseits um Insassinnen und Insassen, die gleichzeitig als Betreuungspersonal in einer Stube fungierten, dafür aber keinen Lohn erhielten. In der „Kinderstube“ kümmerten sich beispielsweise am 6. August 1663 neben der besoldeten Stubenmutter auch eine 16-jährige Bürgerstochter, eine 28- und eine 40-Jährige sowie eine stumme Frau um die Kinder.⁷¹ Es kann vermutet werden, dass zunächst als „außerordentlich“ aufscheinendes Personal zumindest in einigen Fällen mit der Zeit zu „ordentlichem“ Personal aufstieg. In der „Kinderstube“ gab es beispielsweise spätestens 1682 vier besoldete Dirnen. Andererseits finden sich im 17. und in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts Frauen im Bürgerspital, die als Bestrafung für eine Straftat dazu verurteilt worden waren, für eine bestimmte Zeit im Bürgerspital bei der Pflege mitzuarbeiten – teilweise dezidiert „in Eisen“. Katharina Hirschrattin, eine ledige 30-jährige Wienerin, ist beispielsweise „auf erkantnus der reg(ierung) auf 3 jahr lang condemnirt worden“ und kam am 2. Dezember 1662 in die „Neue Weiberstube“. Am 15. Juli 1664 wurde „mit rathsverordnung“ bewilligt, „die eyßen abzuthun“. Am 1. Jänner 1665 ist sie „zu einer vätterdirn aufgenommen“ worden und am 6. August 1666 schließlich „gewandert“. Vom 31. Dezember 1667 bis zum 9. April 1668 befand sie sich wieder im Spital, vermutlich als „Pflegerin“ in einer

67 WStLA, Bürgerspital, B 8: Bd. 9, fol. 99^v (Frauen).

68 Als Beispiel WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. XXIII/95, „Specification der officir und dienstbothen im Burger-spital und wie dieselbe bißhero verpflegt, wieviel jeder besoldung und was deren verrichtung, auch wie die armen auf den stuben alda unterhalten werden“, undatiert [vermutlich 1660er Jahre].

69 WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. XXI/1, „Specification deren herrn, officir und dienstpothen bey dem armen hauß der burger spital in Wienn [...], actum den 7. Febr(uar) 1662“.

70 Vgl. SCHEUTZ, Ausdifferenzierungsprozess, wie Anm. 4, 123.

71 WStLA, Bürgerspital, Akten: XXIII/95, „Specification aller der armen und khünder, welche sich jezo in der burger spital in Wienn befinden [...], und welche nach befundt ihm spital alda zu behalten würdig, dann die, so bey bevorstehender thürckhengefahr [...] zeitlich abzuschaffen wehren, 6. August 1663“. Dieses Verzeichnis ist doppelt vorhanden, allerdings nur in einem Fall datiert.

Stube.⁷² „Sozialarbeit“ im Bürgerspital als Strafe lässt sich für Männer hingegen nicht nachweisen. Nicht zu vergessen ist bei alldem die in Spitälern generell übliche gegenseitige Pflege der Insassinnen und Insassen, die sich anhand der Quellen für das Wiener Bürgerspital jedoch nur schwer fassen lässt.⁷³

Bezüglich der Insassenbetreuung herrschte im Wiener Bürgerspital eine klare Geschlechtertrennung: Männer pflegten Männer, Frauen pflegten Frauen und Kinder.⁷⁴ Während sich in den Stuben für Männer in wenigen Fällen auch Frauen als Personal finden lassen, ist das umgekehrt nicht der Fall. In der „Mannsstube“ bzw. später in der „Väterstube“ diente etwa eine Dirne. In St. Marx lässt sich jedoch in zwei Fällen die gemeinsame Unterbringung von Männern und Frauen nachweisen, die jeweils von einem Ehepaar betreut wurden: einerseits bei den „Korrupten“, also den mental Beeinträchtigten und psychisch Kranken, die größtenteils in „Kottern“ (Käfigen) untergebracht waren, andererseits zumindest zeitweise aus Bewachungsgründen bei den „Arrestanten“, d. h. zur Genesung dort untergebrachten Gefangenen.⁷⁵ Durch die „Kotter“ war bei den „Korrupten“ bereits eine räumliche Trennung vorgegeben. Auch im Fall der Gefangenen ist zu vermuten, dass wenigstens eine rudimentäre Form der Geschlechterseparierung vorgenommen wurde.

Bereits im Bürgerspital vor der Stadt gab es im 15. Jahrhundert nachweislich besoldete Pflegekräfte.⁷⁶ Zu Beginn des 16. Jahrhunderts war die Anzahl der Stuben im neuen Bürgerspital und damit auch das Stubenpersonal noch sehr überschaubar. 1533 gab es etwa den Siechmeister und seinen Knecht, so „ime den armen hillft wartten“, die gemeinsam für die Betreuung der Männer in der „Mannsstube“ zuständig waren, eine Mutter und drei Dirnen in der „Frauenstube“ sowie eine Kindsmutter. Dazu kam noch „Andre, so den armen bey Sanndt Nicla gewart“⁷⁷ – einer kurzfristigen Außenstelle im Bereich des zerstörten Nikolaiklosters vor dem Stubentor. Während in der Folge für die Frauen weitere Stuben hinzukamen, die – wie auch bei den Kindern – jeweils von einer Stubenmutter und teilweise zusätzlich von einer oder mehreren Dirnen (später auch [Dienst-]Mägde oder Dienstbotinnen) betreut wurden, gab es für die Männer lange Zeit nur wenige Stuben, die – so scheint es – von einem ab spätestens 1543 nachweisbaren sogenannten Mannsvater gemeinsam geleitet wurden, der dabei von Manns- und Siechknechten Unterstützung erhielt. Erst in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts setzte sich für die inzwischen etablierten Stubenvorsteher im – nun bezüglich der Insassenstruktur veränderten – Bürgerspital die Bezeichnung „Vater“ in Analogie zur „Mutter“ durch.

72 WStLA, Bürgerspital, B 8: Bd. 9, fol. 101^v (Frauen).

73 Vgl. Alfred Stefan WEISS, Krankenfürsorge in Hospitälern der Frühen Neuzeit – Annäherung an ein Thema, in: *Virus* 6 (2007), 9–23, hier 17. Dieser bringt einen diesbezüglichen Quellenbeleg für das Salzburger Leprosenhaus aus dem Jahr 1619.

74 Vgl. speziell zu weiblichen Pflegenden Christina VANJA, Aufwärterinnen, Narrenmägde und Siechenmütter – Frauen in der Krankenpflege der Frühen Neuzeit, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 11 (1992), 9–24.

75 Die gemeinsame Unterbringung geht unter anderem aus den sogenannten „Tagzetteln“ hervor, in denen täglich die jeweilige Anzahl an Insassinnen und Insassen sowie deren Geschlecht pro Stube verzeichnet wurde; als Beispiel WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. XIV/49 (Tagzettel für St. Marx vom 30. Juni 1745).

76 Vgl. POHL-RESL., Bürgerspital, wie Anm. 14, 108, 136 f. Für das 1533 gegründete Spital in Merxhausen konnte Natascha Noll zeigen, dass zunächst unter den Spitalbediensteten keine Pflegekräfte zu finden waren, sondern die Insassinnen und Insassen sich einerseits gegenseitig zu pflegen hatten, andererseits auch aus ihrem Kreis unbesoldete „Aufwärter/-innen“ bestimmt wurden. Erst Ende des 17. Jahrhunderts hatte sich schließlich besoldetes Pflegepersonal etabliert: NOLL, *Pflege*, wie Anm. 7, 123–131.

77 WStLA, Bürgerspital, B 11: Bd. 10, fol. 86^v–87^r. Vgl. dazu POHL-RESL., Bürgerspital, wie Anm. 14, 186 f.

Interessanterweise ist wiederum bei den Frauen im Bürgerspital im Unterschied zum Pestlazarett keine einzige als solche bezeichnete „Siechdirne“ zu finden. Eventuell lässt sich das damit erklären, dass bei den Frauen der Anteil an Kranken und Verletzten aufgrund der großen Anzahl an Schwangeren und Wöchnerinnen um einiges geringer war als bei den Männern. Die Bezeichnung „Krankenwarter“ taucht in Quellen erstmals in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts auf,⁷⁸ setzte sich als „offizielle“ Bezeichnung für Personen, die mit Kranken zu tun hatten, in den Besoldungslisten jedoch erst an der Wende zum 18. Jahrhundert durch. Mit einigen Jahren Verzögerung findet sich die Bezeichnung auch bei den Frauen („Krankenwarterin“).⁷⁹ Bei den Männern ist die Bezeichnung „Siechknecht“ in einer Stube bis zum Ende des Untersuchungszeitraums zu finden. In den Ausweichquartieren für Kranke waren zunächst Ende des 17. Jahrhunderts noch kurze Zeit Siechknechte und -dirnen parallel zu den Krankenwarter/-innen zu finden, Anfang des 18. Jahrhunderts verschwinden jedoch erstere.⁸⁰ Im Bäckenhäusel war in der Folge pro Stube eine Krankenwarterin oder ein Krankenwarter zuständig. In St. Marx ist die Bezeichnung des Stubenpersonals aufgrund der inhomogenen Insassenstruktur etwas differenzierter: Dort gab es neben Krankenwarter/-innen (teilweise Kurwarter/-innen genannt) das die „Narren“ betreuende Ehepaar (Kottenwarter/-in) und auch Stubenväter und -mütter. Für Klagbaum mit seinen zwölf Insassinnen und Insassen gab es hingegen kein eigenes Pflegepersonal.

Die Besoldung des Stubenpersonals war vergleichsweise niedrig und stieg im Verlauf der Frühen Neuzeit nur wenig – zumindest für die Frauen. Waren die Löhne bis in die zweite Hälfte des 17. Jahrhunderts für beide Geschlechter ungefähr gleich hoch gewesen, stiegen sie in der Folge für die Männer, jedoch nicht für die Frauen an. Nachdem sich laut Rechnungsbuch des Jahres 1682 der Mannsvater „neben den andern siechknechten beschwert“ hatte, „daß sie umb eingefierther ursachen willen füröhin umb die bißherige besoldung nit mehr diennen könnten“, bekamen sie zunächst jeweils drei Gulden jährlich mehr zugesprochen und auch in der Folge weitere Gehaltserhöhungen.⁸¹ Erst ab der Mitte des 18. Jahrhunderts näherte sich die Besoldung wieder an, ein gewisser „gender pay gap“ blieb jedoch weiterhin im Bürgerspital bestehen. In St. Marx und im Bäckenhäusel bekamen Frauen und Männer im Gegensatz dazu gleich hohe Gehälter, wobei jedoch in letzterem das Lohnniveau um einiges besser war (26 im Vergleich zu 16 Gulden jährlich in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts). Verallgemeinernd lässt sich für das 18. Jahrhundert festhalten, dass Personen, die mit Kranken oder Kindern zu tun hatten, einen höheren Lohn bekamen als die übrigen Pflegekräfte. Zusätzlich zum Lohn verfügte das Stubenpersonal, wie ein Großteil des Spitalpersonals, über freie Kost und Logis.

78 In der Instruktion für den Siechvater des Bürgerspitals aus dem Jahr 1670 ist etwa bereits von Krankenwartern die Rede; vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital, wie Anm. 33, 972–976 (1975, Punkt 28).

79 Während sich die Bezeichnung in den Besoldungslisten bei den Männern zum ersten Mal spätestens 1693 findet, ist dies bei den Frauen erst 1714 der Fall.

80 Anhand dieser Entwicklungen lässt sich der Bedeutungsübergang von „siech“ auf „krank“ verfolgen; vgl. WEISS, Krankenfürsorge, wie Anm. 73, 11 f.; Ortrun RIHA, „krank und siech“ Zur Geschichte des Krankheitsbegriffs, in: Arnd Friedrich / Fritz Heinrich / Christina Vanja, Hg., Das Hospital am Beginn der Neuzeit. Soziale Reformen in Hessen im Spiegel der europäischen Kulturgeschichte. Zum 500. Geburtstag Landgraf Philipps des Großmütigen (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Quellen und Studien 11, Petersberg 2004), 191–201.

81 WStLA, Bürgerspital, B 11: Bd. 146, fol. 206^r–207^r.

1735 wurde die Naturalverpflegung für alle nicht kranken, erwachsenen Insassinnen und Insassen sowie auch für einen Teil des Stubenpersonals abgeschafft und durch eine tägliche Geldleistung ersetzt („Geldportion“, für das Personal auch „Kostgeld“ genannt).⁸² Das die Kleinkinder und Säuglinge im Bürgerspital versorgende Personal sowie das Betreuungspersonal in den beiden Krankenhäusern bekam weiterhin die Kost „in natura“, wobei jenes im Bäckenhäusel spätestens 1753 auch auf Kostgeld umgestellt wurde.

In der zahlenmäßigen Entwicklung des Pflegepersonals lassen sich anhand der Zehn-Jahres-Schritte einige Umbruchphasen erkennen (Grafik 2). Merkliche Anstiege beim Personal für Erwachsene lassen sich etwa von 1533 auf 1543 und von 1573 auf 1583 ausmachen, von 1605 auf 1613 sank es hingegen trotz einer sehr hohen Insassenzahl. 1682 wurde aufgrund einer „neuen Einrichtung“ das die Kinder betreuende Personal verdoppelt und in der Folge weiter erhöht – wahrscheinlich eine schon länger fällige Notwendigkeit aufgrund der zunehmenden Kinderzahl. In diesem Jahr wird auch erstmals das Personal der hinzugekommenen Filialen sichtbar. Von 1693 auf 1704 erhöhte sich das Frauen-Personal im Bürgerspital um die Hälfte. Dies hängt vor allem mit den damaligen Umbauarbeiten zusammen, in deren Rahmen einige neue Stuben für Frauen geschaffen wurden, die eigenes Personal benötigten. Der größte Sprung erfolgte aufgrund verschiedener Ursachen von 1704 auf 1714. Zum einen waren Kinder bis zu zwölf Jahren bis 1708 – mit wenigen Ausnahmen⁸³ – gemeinsam in der „Kinderstube“ untergebracht gewesen. Erst ab diesem Zeitpunkt wurde für Kinder ab ca. fünf Jahren jeweils eine eigene Stube für Buben und Mädchen geschaffen, wobei es für Buben bis 1723 sogar zwei Stuben gab.⁸⁴ Zudem tauchen nun in den Lohnlisten erstmals besoldete Ammen in der „Kinderstube“ auf. Wahrscheinlich war man bis dahin weitgehend mit den vorhandenen Wöchnerinnen ausgekommen, die nun aber nicht mehr im Bürgerspital zur Verfügung standen. Die Auslagerung von Schwangeren und Wöchnerinnen aufgrund der Pest von 1713 sorgte jedoch nicht nur für besoldete Ammen im Bürgerspital, sondern auch in ihrem Quarantänequartier für zusätzlich benötigtes Personal.⁸⁵ Überdies schlug sich das Personal in den Filialen, die durch die Inkorporierungen von 1706 vermehrt worden waren, nun erstmals zahlenmäßig deutlich nieder. Das Bäckenhäusel befand sich zudem 1714 noch im auslaufenden „Pestbetrieb“ mit viel Personal, das teilweise im Verlauf des Jahres entlassen wurde.⁸⁶ In weiterer Folge sank das Pflegepersonal im Bürgerspital insgesamt, weil zusätzliche Insassinnen und Insassen in die Filialen ausgelagert wurden, während das dortige Kinderpersonal bis 1752 zunächst noch leicht

82 Die Naturalverpflegung für das übrige Personal war bereits 1718 abgeschafft worden; vgl. PICHLKASTNER, Insassen, wie Anm. 15, 127, 129.

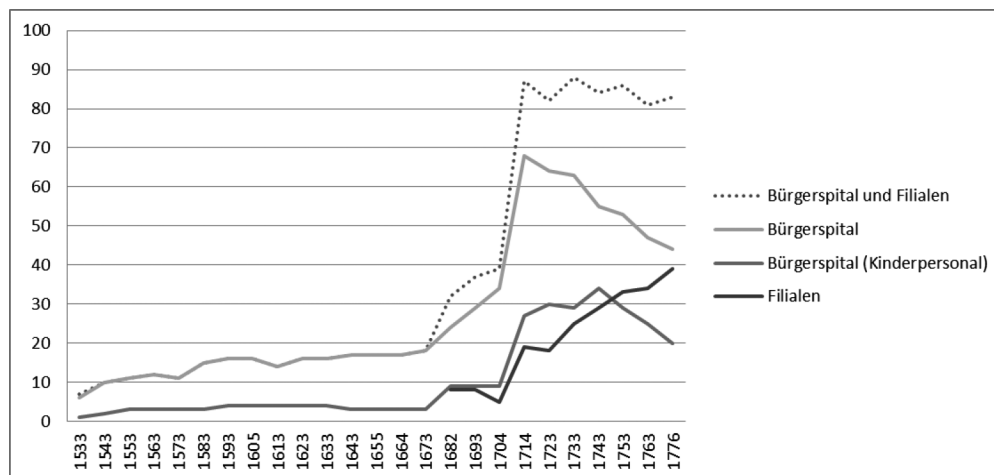
83 Für ältere Kinder ab ca. sieben Jahren gab es drei Möglichkeiten für eine Unterbringung in speziellen Stuben mit beschränkter Anzahl: für Knaben in der vermutlich auf das Mittelalter zurückgehenden „Grünröckelstube“ sowie bei den „Chaosschen Stiftungsknaben“ (ab 1666 aufgrund eines Vertrages mit der Stiftung vom Bürgerspital versorgt) und für Mädchen in der „Nikolaistube“ (ab 1624 im Bürgerspital, davor seit ca. 1570 im ehemaligen Büberinnenhaus zu St. Hieronymus und ab 1589 im Nikolaikloster in der Singerstraße untergebracht).

84 Zur Schaffung der neuen Stuben 1708 WStLA, Bürgerspital, Akten: Fasz. XIV/38, Supplik des Spitalmeisters an den Stadtrat (Präsentatum-Vermerk vom 22. Jänner 1709).

85 Dieses Personal wurde dem Bürgerspital und nicht den Filialen zugerechnet.

86 Das Bäckenhäusel hatte während der Pest von 1713 nicht nur als Quarantäneeinrichtung, sondern zeitweise auch der Unterbringung von Pestkranken gedient; WERFRING, Pestlazarette, wie Anm. 16, 145–149, 494–497. Im Verlauf des Jahres 1714 entlassenes Pflegepersonals wurde mitgerechnet.

Grafik 2: Die Entwicklung der Anzahl des „ordentlichen“ Pflegepersonals

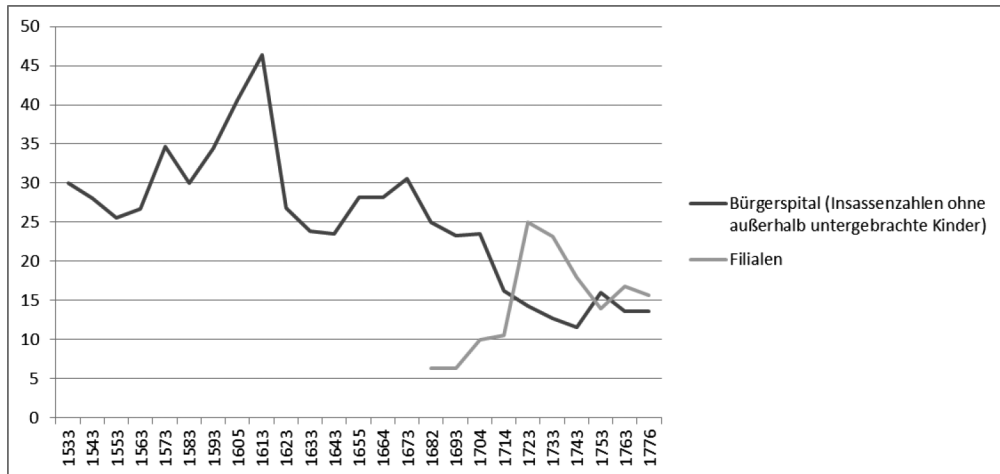


anstieg. In den Filialen nahm das Personal nach 1723 hingegen kontinuierlich zu. Im Bäckenhäusel passte sich die nach der Pest reduzierte Personalzahl zunächst nur mit Verzögerung den steigenden Insassenzahlen an. Wie bereits 1714 lassen sich beim Bürgerspital und den Filialen 1776, also gegen Ende der Untersuchungsperiode, insgesamt über 80 Pflegepersonen ausmachen – die Verteilung auf das Haupthaus und die Filialen hatte sich inzwischen aber entscheidend verändert.

Werden die Insassenzahlen des Bürgerspitals (ohne den ab 1735 bzw. 1752 außerhalb untergebrachten Kindern) und der Filialen in Verhältnis zur Anzahl des „ordentlichen“ Pflegepersonals gesetzt, zeigt sich, dass sich das Betreuungsverhältnis ab der Mitte des 16. Jahrhunderts aufgrund der stark steigenden Insassenzahlen rasant verschlechterte – kurzzeitig unterbrochen durch den Personalanstieg von 1573 auf 1583 (Grafik 3). In der Folge führten rückläufige Insassenzahlen und die trotzdem steigende Personalanzahl zu einer enormen Verbesserung, die sogar unter den bisherigen Bestwert von 1553 fiel. Steigende Insassenzahlen bei ungefähr gleichbleibendem Personalstand brachten ab der Mitte des 17. Jahrhunderts wiederum eine Verschlechterung. Ab 1682 lässt sich eine nahezu kontinuierliche Verbesserung des Betreuungsverhältnisses im Bürgerspital ausmachen, erst ab Mitte des 18. Jahrhunderts zeigt sich aufgrund der Auslagerung der Kinder und dem starken Rückgang des Kinderpersonals eine Verschlechterung. In den anfangs kleinen Filialen herrschte zunächst ein sehr gutes Betreuungsverhältnis, das sich durch die zunehmende Auslagerung von Insassinnen und Insassen dorthin und den darauffolgenden weiteren Insassenanstieg vor allem im Bäckenhäusel gravierend verschlechterte. Im weiteren Verlauf verbesserte sich das Verhältnis aufgrund von Personalzahlen, die verhältnismäßig stärker anwuchsen als die Insassenzahlen – wiederum hauptsächlich im Bäckenhäusel. 1776 war das Betreuungsverhältnis in den Filialen nur geringfügig schlechter als jenes im Bürgerspital.

Diese Ergebnisse in Bezug auf das Bürgerspital und seine Filialen in der Frühen Neuzeit lassen sich mit der Situation von Pflegekräften im Allgemeinen Krankenhaus ab 1784 in

Grafik 3: Die Entwicklung des Betreuungsverhältnisses im Bürgerspital und den Filialen (durchschnittliche Anzahl an von einer Pflegekraft zu betreuenden Insassinnen und Insassen)



Verbindung setzten. Dort pflegten zunächst auch Männer Männer und Frauen Frauen, bis es spätestens um die Mitte des 19. Jahrhunderts zu einer „Verweiblichung“ kam, die einerseits mit den höheren Löhnen für Männer, andererseits mit der im zeitgenössischen Verständnis zur Pflege besonders geeignet zu sein scheinenden „weiblichen Natur“ in Zusammenhang gebracht wird. Wie auch im Bürgerspital war im Allgemeinen Krankenhaus der Lohn der – in der Regel aus den unteren sozialen Schichten stammenden – Wärter/-innen sehr niedrig. Neben einer „Verweiblichung“ kam es in der Krankenpflege in Wien ab der Mitte des 19. Jahrhunderts in mehreren Wellen auch zu einer „Vergeistlichung“, indem die Pflege vermehrt in die Hände von Ordensschwestern überging. Im Allgemeinen Krankenhaus wurde die Pflege 1899 teilweise an geistliche Schwestern übergeben. Um 1900 gab es in Wien erstmals mehr geistliche als weltliche Pflegerinnen. Die Bezeichnung Wärter/-innen für Pflegenden hielt sich bis in die Zeit um 1900.⁸⁷

⁸⁷ Vgl. WALTER, Wärterinnen, wie Anm. 13; ausführlich dazu Ilsemarie WALTER, Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe? Die Wärterinnen und Wärter in Österreichs Krankenhäusern im „langen 19. Jahrhundert“ (Frankfurt am Main 2004).

Resümee

Abschließend bietet sich ein Blick auf das Verhältnis des medizinisch-pflegerischen Personals zum Gesamtpersonal des Wiener Bürgerspitals an. Lässt sich in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts nur rund ein Sechstel des Gesamtpersonals als Betreuungspersonal für die Insassinnen und Insassen ansehen, waren in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts knapp die Hälfte der Spitalangestellten mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Insassinnen und Insassen beschäftigt. Diese Verschiebung hängt einerseits mit dem Rückgang der Eigenwirtschaft und damit einhergehenden Personaleinsparungen in diesem Bereich, andererseits auch mit dem sich im Verlauf der Frühen Neuzeit insgesamt verbessernden Betreuungsverhältnis zusammen.

Die Langzeitperspektive vom Beginn des 16. bis zum Ende des 18. Jahrhunderts offenbart zahlreiche Veränderungen. Dem bereits in der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts nachweisbaren Wundarzt trat erst ab dem Beginn des 17. Jahrhunderts ein im Spital angestellter studierter Medikus zur Seite, wobei die alltägliche Betreuung der Insassinnen und Insassen weiterhin in den Händen des ersteren verblieb. Als einzige Frau unter dem medizinischen Personal erscheint im frühneuzeitlichen Bürgerspital die Hebamme. Das pflegerische Personal ist an der Schnittstelle zwischen Personal und Insassinnen/Insassen anzusiedeln und differenzierte sich parallel zu den Insassengruppen und zu deren zunehmend getrennter Unterbringung im Verlauf der Frühen Neuzeit aus. Neben dem „ordentlichen“ Pflegepersonal lässt sich auch „außerordentliches“ ausmachen, das allerdings anhand der Quellen nur schwer greifbar ist. Geschlechterspezifische Unterschiede gab es in Bezug auf das betreute Geschlecht, die Besoldung und auch die Funktionsbezeichnung.

Informationen zur Autorin

Mag. Sarah Pichlkastner MA, Realienkunde des Mittelalters und der frühen Neuzeit, Universität Salzburg, Körnermarkt 13, 3500 Krems an der Donau, Österreich, E-Mail: sarah.pichlkastner@sbg.ac.at

Carlos Watzka

**Krankenpflege als soziale Praxis in den Hospitälern
der Barmherzigen Brüder in Österreich im
17. und 18. Jahrhundert.
Eine Übersicht auf Grundlage insbesondere des
„Manuale oder Hand-Büchlein
Religions B. Joannis Dei“ von 1681 sowie der
Wiener und Grazer Hospitalinventare**

English Title

Nursing Care as Social Practice within the Hospitals of the Order of St. John of God in Austria during the 17th and 18th Centuries: An Overview Based Primarily upon the “Manuale” or Handbook of the Order from 1681 and the Inventaries of the Hospitals in Vienna and Graz

Summary

This article deals with nursing within the Austrian hospitals of the Order of St. John of God during the 17th and 18th centuries. As far as possible, it casts light on the actual nursing practices, primarily displaying and analysing contemporary internal nursing guidelines and sources like inventories, pictures and administrative patients' records. Thus, the paper attempts to “reconstruct” at least the expected and/or typical shape of some fundamental aspects of nursing care based on such indirect hints, being well aware, however, that this can only serve as a modest substitute for an – impossible – actual observation. Furthermore, scrutinizing guidelines, administrative records and similar material can easily lead to misinterpretations regarding the relation of norms and actual behavior; therefore, we must also bear in mind that variations and deviations are probably under-represented within such sources. This considered, some elementary insights drawn from the mentioned sources, are: The early modern hospitals of the “Barmherzige Brüder” – which already served as medical hospitals for acute diseases – disposed of remarkably well-equipped pharmacies and a well-educated staff. The brethren themselves conducted most of the nursing duties. A “Manuale” for their use from 1681 elaborately describes aims, but also problems in nurse-patient communication, moreover the necessary observation of vital functions in very “weak” patients, and several aspects of hygiene of the body, the beds, the laundry and the wards, as well as the nutrition of the patients – who were i. e. supposed to drink either boiled water or wine according to the individual diet prescribed

by the physician and had two main meals a day, breakfast and dinner. The handling of the excretions was a matter discussed in less detail, but it was not avoided in total. Clothing is mentioned primarily with respect to the change of wear that was scheduled to take place during admission and regarding the correct storage of the ‘secular’ costumes until discharge. Rest and sleep was a matter of interest, too. The brethren were obviously well aware of the potentially conflicting target of securing the prior on the one hand, and effective nursing care, particularly in urgent cases, on the other. Moreover, the themes of movement and occupation possibilities for the patients are displayed. The aspect of sexuality is dealt with in the “Manuale” primarily with reference to specific demands of the staff’s clerical celibacy, only casually referring to the sick themselves. ‘Security’ is only marginally dealt with by the nursing guidelines, but, apart from hygienic prescriptions, does not play a prominent role. Yet, by other sources it becomes sufficiently clear, that there were specific security measures for distinct categories of patients, such as “mad” patients regarded dangerous for themselves or others. On the contrary, the “Manuale” pays ample attention towards the spiritual offers to and demands of the patients, which were closely linked to the strict daily routine of the brethren, largely filled by manifold and extent religious rituals.

Keywords

Nursing history, nursing practices, hospitals, Early Modern Times, Order of St. John of God, history of health and illness in Austria

Einleitung

Der vorliegende Beitrag behandelt das Thema der Krankenpflege in den Hospitälern der Barmherzigen Brüder in Österreich in der Frühen Neuzeit¹ unter dem spezifischen Gesichtspunkt der *sozialen Praxis*, also des pflegerischen Handelns an und den damit verbundenen Interaktionen mit den Patienten. Anhand der vorhandenen und bislang ausgewerteten Quellenbestände soll dargelegt werden, was sich hierzu – mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit – aussagen lässt; es werden dabei auch jene sachlich interessierenden Aspekte angesprochen, welche ungeklärt bleiben müssen, sei es vorläufig – sei es definitiv, da bestimmte Bereiche der Pflege-Praxis weitgehend undokumentiert geblieben sind. Letzteres Problem kennt bekanntlich auch die Pflegeforschung zu jüngeren Perioden,² umso mehr kommt es für die Frühe Neu-

1 Zu Medizin und Gesundheitslehren in der Frühen Neuzeit insgesamt vgl. die rezente Übersicht: Robert JÜTTE, *Krankheit und Gesundheit in der frühen Neuzeit* (Stuttgart 2013).

2 Als Übersichten zur historischen Pflegeforschung insgesamt vgl. Horst-Peter WOLFF / Jutta WOLFF, *Krankenpflege. Einführung in das Studium ihrer Geschichte* (Frankfurt am Main ²2011); Eduard SEIDLER / Karl-Heinz LEVEN, *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege* (Stuttgart ⁷2003); Horst-Peter WOLFF, Hg., *Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege* (Frankfurt am Main 2012); Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH, Hg., *Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren* (Frankfurt am Main ⁴2017); Birgit PANKE-KOCHINKE, *Die Geschichte der Krankenpflege (1679–2000). Ein Quellenbuch* (Frankfurt am Main ³2011); spezifisch zu Österreich: Ilsemarie WALTER / Elisabeth SEIDL / Vlastimil KOZON, *Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege* (Wien 2004).

zeit zum Tragen. Generell wurde die Krankenpflege der Vormoderne, als ‚soziale Praxis‘³ verstanden, bisher eher wenig beforscht.

Mit der frühneuzeitlichen Geschichte der Hospitäler der Barmherzigen Brüder in Österreich – im engeren, heutigen Sinn – hat sich in den letzten Jahrzehnten in wissenschaftlicher Hinsicht vor allem der Verfasser auseinandergesetzt, und zwar vornehmlich aus medizin- und sozialhistorischer sowie organisationssoziologischer Perspektive.⁴

Für die Geschichte des Ordens in anderen Teilen der ehemaligen Habsburgermonarchie sei an dieser Stelle lediglich auf ein umfassendes Forschungsvorhaben hingewiesen, welches der tschechisch-österreichische Historiker Petr Jelínek in Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen aus mehreren Nachfolgestaaten schon seit längerer Zeit vorantreibt,⁵ und von welchem für die Zukunft größere Publikationen zu erwarten sind. Lediglich summarisch sei hier nochmal auf die Gründe hingewiesen, welche dem Verfasser eine historische, kultur- und sozialwissenschaftliche Beschäftigung mit den mitteleuropäischen bzw. speziell erbländischen Hospitälern der „Barmherzigen Brüder“ – respektive des Hospitalordens des Heiligen Johannes von Gott, wie diese religiöse Gemeinschaft offiziell heißt – besonders lohnenswert erscheinen lassen:

Zuvorderst ist festzuhalten, dass diese zu einer sehr geringen Zahl von im 17. und 18. Jahrhundert hierzulande existierenden Hospitalorganisationen zählten, welche vorwiegend oder ausschließlich als ‚Krankenhäuser‘ im modernen Sinn fungierten, also primär auf eine kurz-

-
- 3 Zu den Potentialen ‚sozialer Praxis‘ als forschungsleitendem Konzept in den Gesundheitswissenschaften vgl. Andreas HANSES / Kirchen SANDER, Hg., *Interaktionsordnungen – Gesundheit als soziale Praxis* (Wiesbaden 2012).
 - 4 Vgl. als Überblick: Carlos WATZKA, *Der Hospitalorden des Heiligen Johannes von Gott in der Habsburgermonarchie 1605–1781*, in: Heidemarie Specht / Ralph Andraschek-Holzer, Hg., *Bettelorden in Mitteleuropa – Geschichte, Kunst, Spiritualität* (St. Pölten 2008), 106–132. Vgl. weiters: Carlos WATZKA, *Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa* (= *Menschen und Kulturen* 1, Köln u. a. 2005); 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* (= *Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs* 36, Graz 2007); Carlos WATZKA / Petr JELÍNEK, *Krankenhäuser in Mitteleuropa vor der Aufklärung. Das Beispiel des Ordenshospitals der Barmherzigen Brüder in Feldsberg/Valtice und seiner Patienten 1630–1660*, in: *Medizinhistorisches Journal* 44/3–4 (2009), 235–273; Carlos WATZKA, *Die Barmherzigen Brüder als Träger von Krankenhäusern in der Frühen Neuzeit – das Beispiel des Hospitals in Linz und seiner Patienten*, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 27 (2008), 75–109; Carlos WATZKA, *Die Krankenprotokolle der Barmherzigen Brüder in Graz 1730–1759. Ein Beitrag zur steirischen Sozial- und Medizingeschichte des 18. Jahrhunderts*, in: Meinhard Brunner u. a., Hg., *Rutengänge. Studien zur geschichtlichen Landeskunde. Festgabe für Walter Brunner zum 70. Geburtstag* (Graz 2010), 316–337; Carlos WATZKA, *Die Hospitäler der Barmherzigen Brüder im 16. und 17. Jahrhundert als Einrichtungen der Armenfürsorge*, in: Klaus Bergdolt / Lothar Schmitt / Andreas Tönnemann, Hg., *Armut in der Renaissance* (= *Wolfenbütteler Abhandlungen zur Renaissanceforschung* 30, Wiesbaden 2013), 229–257; Carlos WATZKA, *Zum Süd-Nord-Wissenstransfer im „Gesundheitsmanagement“ der Frühen Neuzeit. Der „Hospitalorden des Heiligen Johannes von Gott“ (Barmherzige Brüder) und die Etablierung eines Netzwerks von Krankenhäusern in der Habsburgermonarchie*, in: Sonia Horn / Gabriele Dorffner / Rosemarie Eichinger, Hg., *Wissensaustausch in der Medizin des 15. bis 18. Jahrhunderts* (Wien 2007), 219–252; Carlos WATZKA, *Mehr als bloß Exorzismus. Zugänge der katholischen Kirche zur Therapeutik psychischer Erkrankungen im Österreich des 17. und 18. Jahrhunderts*, in: Carlos Watzka / Marcel Chahrour, Hg., *Vor Freud. Therapeutik der Seele vom 18. bis zum 20. Jahrhundert* (Wien 2008), 21–44.
 - 5 Vgl. u. a. Petr JELÍNEK, *Das Klosterkrankenhaus des Ordens der Barmherzigen Brüder in Brünn und seine Krankenprotokolle (1748–1780)*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 11 (2012), 167–192; Petr JELÍNEK, *Der Konvent der Barmherzigen Brüder in Feldsberg und seine Krankenprotokolle (1683–1711)*, in: *Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung* 115/3–4 (2007), 369–394; jeweils mit weiterführenden Angaben auch zur neueren tschechisch-sprachigen Forschungsliteratur; weiters WATZKA / JELÍNEK, *Krankenhäuser in Mitteleuropa vor der Aufklärung*, wie Anm. 4.

und mittelfristige Heilbehandlung von kranken Menschen ausgerichtet waren, und nicht auf die dauerhafte Unterbringung, Versorgung und gegebenenfalls Pflege von chronisch kranken oder behinderten bzw. aus anderen Gründen (Waisen, Hochbetagte u. a.) betreuungsbedürftigen Personen.⁶ Dementsprechend stellt sich naturgemäß die gesamte Funktionsweise dieser ‚Hospitäler‘ – die auch in den zeitgenössischen Quellen immer wieder einmal als ‚Krankenhäuser‘ bezeichnet werden – sowie insbesondere auch die Gestaltung der Pflege, hier in bedeutenden Aspekten anders dar, als in den multifunktionalen Hospitälern traditionellen Typs. Zudem, und auch dies unterscheidet die Hospitäler der Barmherzigen Brüder von vielen anderen vormodernen Hospitalinstitutionen, ist, neben normativen Aspekten, auch die konkrete Anstaltstätigkeit für mehrere Einrichtungen schon für das 18., teils sogar für das späte 17. Jahrhundert, *vergleichsweise* gut durch schriftliche Quellen dokumentiert. Dies gilt allerdings weit mehr für basale, administrative und soziale Aspekte, als für den eigentlichen medizinischen und pflegerischen Bereich.

In diesem Zusammenhang ist besonders auf den hohen Quellenwert der teils schon für das 17. Jahrhundert erhaltenen Krankenprotokollbücher der Ordenshospitäler hinzuweisen; diesbezüglich, wie auch hinsichtlich der institutionengeschichtlichen Entwicklung des Ordens muss an dieser Stelle aus Platzgründen auf die schon vorhandene Forschungsliteratur verwiesen werden.⁷ Dazu resümierend sei aber festgehalten, dass innerhalb der Grenzen des heutigen Österreich seit dem frühen 17. Jahrhundert zwei Barmherzigen-Spitäler dauerhaft in Betrieb waren, nämlich in Wien (seit 1614) und in Graz (seit 1615); dazu kamen, als Einrichtungen von langfristigen Bestand, noch ein kleineres Hospital im damals zu Niederösterreich gehörenden, heute aber im tschechisch-österreichischen Grenzgebiet auf mährischer Seite gelegenen Städtchen Feldsberg, das – als erstes in Mitteleuropa – schon 1605 installiert worden war, sowie zwei weitere Krankenhäuser in Linz (1757) und Eisenstadt (1760) und ein Rekonvaleszenten-Haus (1755) ab der Mitte des 18. Jahrhunderts, während drei andere Gründungen (Salzburg 1616, St. Andrä im Lavanttal 1619, Straßburg in Kärnten 1678) sich als kurzlebig erwiesen. Diese Einrichtungen hatten anfänglich meist überschaubare UnterbringungsKapazitäten von ein bis zwei Dutzend Betten, expandierten bis ins späte 18. Jahrhundert aber auf Größen von 120 Betten im Fall des Wiener, 50 im Grazer, und je ca. 40 im Linzer und Feldsberger Hospital.⁸ Dass sie hierbei tatsächlich als Krankenhäuser im modernen Sinn, also zur kurzfristigen Therapie vorrangig akuter Erkrankungen fungierten, konnte auf Basis der schon erwähnten Krankenprotokollbücher eindeutig festgestellt werden: Die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern betragen zwischen zwei und vier Wochen, die Sterblichkeitsraten lagen in der Regel um 10 %, und die meisten Patienten wurden bei ihrer Entlassung aus den betreffenden Anstalten als „gesund“ betrachtet.⁹ Hinsichtlich der Zusammensetzung der Patientenschaft sei

6 Vgl. bes. WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus, wie Anm. 4; WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 4. Zum Hospitalwesen der Frühen Neuzeit insgesamt vgl. bes.: Martin SCHEUTZ u. a., Hg., Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit (= Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung Ergbd. 51, Wien–München 2008); Martin SCHEUTZ / Alfred Stefan WEISS, Spital als Lebensform. Österreichische Spitalordnungen und Spitalinstruktionen der Neuzeit, 2 Bde. (= Quelleneditionen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 15, Wien u. a. 2015).

7 Vgl. hierzu die in Anm. 4 genannten Publikationen.

8 Vgl. bes. WATZKA, Hospitalorden, wie Anm. 4, 113–115.

9 Auswertungen der Protokollbücher von Feldsberg, Graz und Linz. Für Wien sind diese leider nicht erhalten geblieben. Für Feldsberg 1684–1710 nach: JELÍNEK, Feldsberg und seine Krankenprotokolle, wie Anm. 5; die übrigen Berechnungen durch den Verfasser. Vgl. dazu die Zusammenstellung in: WATZKA, Hospitäler der Barmherzigen Brüder im 16. und 17. Jahrhundert, wie Anm. 4.

noch ergänzt, dass dieselbe im stationären Bereich – es gab auch ambulante Betreuungen, über die jedoch so gut wie keine Dokumente mehr existieren – ausschließlich aus männlichen Personen bestand, die sich, wenige Ausnahmen von älteren Kindern und Senioren abgesehen, im erwerbsfähigen Alter zwischen ca. 15 und 60 Jahren befanden und sozial in erster Linie den unteren Mittelschichten, dann auch den – eher städtischen als ländlichen – Unterschichten zuzuordnen sind.¹⁰

Zur Praxis der Krankenpflege in den österreichischen Hospitälern der Barmherzigen Brüder in der Frühen Neuzeit

Im Gegensatz zu den elementaren Aspekten der Anstaltstätigkeiten, wie sie die für administrative Zwecke geführten Krankenprotokollbücher dokumentierten, ist die Quellenlage hinsichtlich der konkreten Praktiken der Krankenbehandlung und Krankenpflege eine weitaus dürftigere; ganz abgesehen von dem Grundproblem, dass schriftliche oder auch anderwärtige, etwa bildliche Niederschläge sozialer Handlungen natürlich nicht diese selbst sind, sondern diese nur selektiv – und meist wohl auch verzerrt – wiederzugeben in der Lage sind.¹¹ Der Großteil der erhaltenen Quellen zu den frühneuzeitlichen Hospitälern der Barmherzigen Brüder bezieht sich, wie üblich, auf Vorgänge rechtlicher und/oder ökonomischer Art, die mit der Behandlungs- und Pflegepraxis allenfalls mittelbar in Zusammenhang stehen. Eine grundlegende Erkenntnis ergibt sich für dieselbe aber bereits aus der Analyse der erwähnten Krankenprotokollbücher: Die Qualität der Patientenbetreuung muss, im Durchschnitt gesehen, eine gute gewesen sein; dies belegen insbesondere die im zeitgenössischen Vergleich nicht allzu hohen Mortalitätsraten sowie der Umstand, dass der Großteil aller Patienten diesen Unterlagen zufolge nach relativ kurzer Zeit als „gesund“ entlassen wurde.

Auch wenn bedacht werden muss, dass eine solche Beurteilung nur mit den zeitgenössischen üblichen Kriterien erfolgen konnte, und daher erheblich von der Diagnosegenauigkeit der modernen Medizin entfernt ist, zeigt doch das Faktum, dass seitens der protokollführenden Ordensleute zwischen unterschiedlichen Behandlungsergebnissen unterschieden wurde,¹² dass es sich hier nicht einfach um eine beliebige Floskel handelte. Man wird also in der Regel zumindest von einer erheblichen, für die Umgebung feststellbaren Zustandsbesserung der als „gesund“ entlassenen Patienten ausgehen können. Bemerkenswert ist weiters, dass gemäß den im Jahr 1617 päpstlich approbierten und seit 1634 auch in deutscher Sprache vorliegenden Ordensregeln der Barmherzigen Brüder für alle stationären Patienten eine basale Behandlungs- und Pflegedokumentation vorgesehen war.

„Der Medicus und Barbierer sollen die Krancken täglichen zweymal folgender Weiß besuchen: wann dieselbe kommen, soll alßbald mit der Glocken ein Zeichen geben werden, auff dieses sollen sich alle Brüder zu den Krancken neben dem Barbierer und Apothecker verfügen, und

10 Vgl. bes. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte*, wie Anm. 4, 282–320.

11 Vgl. etwa: Umberto ECO, *Einführung in die Semiotik* (München 1972).

12 Mährisches Landesarchiv Brünn (= MZA): Fond E 79, Bücher Nr. 20–22; Archiv der Barmherzigen Brüder in Graz (= ABBG): Bücher Nr. 1–4; Archiv der Barmherzigen Brüder in Linz (= ABBL): Bücher Nr. 53–54.

fleissig von dem Medico vernehmen, waß er einen jeden Kranken, so woll an Speiß und Tranck, als auch Artzeneyen, oder was sonst zu dero Gesundheit ersprißlich, verordnen werde, [und] solches fleissig verzeichnen und der [oberste] Kranckenwarter soll gute Obdacht haben, daß ein jeder seinem Ambt nachlebe [...].¹³

Wären sie erhalten, würden diese Dokumente ungemein detaillierte Einblicke geben und die entsprechenden Praxen sehr unmittelbar reflektieren; leider sind für das 17. und 18. Jahrhundert in keinem einzigen Hospital des Ordens in Zentraleuropa auch nur die geringsten Überreste hiervon bekannt geworden. Als ‚Gebrauchsschrifttum‘, dessen Umfang und dementsprechend auch Platzbedarf sicher erheblich war, wurden die entsprechenden Notizbücher, Laufzettel o. Ä. sicherlich schon zeitgenössisch regelmäßig entsorgt. Eine historische Annäherung an die Behandlungs- und Pflegepraxis kann daher nur mit anderen Mitteln erfolgen; als wichtige Formen erhalten gebliebener Quellen seien hier genannt: normative Quellen, wie die eben zitierten Konstitutionen des Ordens, sowie Handbücher zur Anleitung der Ordensleute in ihrem täglichen religiösen und professionellen Tun; zeitgenössische ‚Selbstdarstellungen‘ zur karitativen Tätigkeit; Anstaltsinventare und Personallisten; Stiftungsurkunden und Behandlungsverträge; Korrespondenz der Hospitäler mit Angehörigen bzw. Behörden; Rechnungsbücher; Bildquellen in Form von Stichen, aber auch Gemälden.

Im Folgenden wird auf einer derartigen Quellenbasis zunächst kurz die praktische *medizinisch-therapeutische* Behandlung, dann vor allem aber die Praxis der *Krankenpflege* im engeren Sinn thematisiert. Als Raster für die nachfolgende Darstellung dienen die ‚sex res non naturales‘ der traditionellen alteuropäischen Diätetik,¹⁴ allerdings erweitert um jene Dimensionen, welche in dem – in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft mittlerweile viel beachteten – Modell der „Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens“¹⁵ formuliert wurden.

Dieses bezieht sich auf insgesamt 13 Aspekte des menschlichen Lebensvollzugs: Kommunikation im Pflegeprozess; vitale Funktionen; Körperpflege; Ernährung; Ausscheidungen; Kleidung; Ruhe und Schlaf; Bewegung; Beschäftigung; Geschlechtlichkeit; Sicherheit; soziale Beziehungen; existentielle Erfahrungen. Selbstredend ist die Informationslage zu den einzelnen Dimensionen im vorliegenden Fall der frühneuzeitlichen Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder in Österreich sehr disparat.

Nun zunächst kurz zum Aspekt der medizinisch-therapeutischen Praxis: Diesbezüglich lassen sich für die frühneuzeitlichen Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder für die beiden traditionellen Hauptbereiche, also pharmakologische und chirurgische Behandlungen, das Vorhandensein sowohl von professionell ausgebildetem Personal wie von materieller Ausstattung

13 Hospitalorden des Heiligen Johannes von Gott, Hg., Regel deß H. Vatters und Hoherleuchteten Kirchenlehrers Augustini, weiland Bischoffs zu Hippona. Sambt angehenckten Statuten und Satzungen deß H. Joannis Dei, welche 1617 das erstemahl zu Rom in Wällischer Sprach, hernach 1634 durch den R.P.F. Sinomem Malachrida in die Teutsche übersetzet zu Wienn in Oesterreich [...] (Prag 1634), 82 f.

14 Vgl. Klaus BERGDOLT, Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens (München 1999), 103 f.

15 Dieses sogenannte „ABEDL-Modell“ wurde seit den 1990er Jahren von Monika Krohwinkel entwickelt. Vgl. grundlegend: Monika KROHWINKEL u. a., Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis (Baden-Baden 1992); Monika KROHWINKEL, Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis (Bern 2013).

auf sehr beachtlichem Niveau nachweisen: Auf die Ausstattung jedes Hospitals mit einer Apotheke wenigstens für den Eigengebrauch, in der Regel aber als öffentlich zugängliche Einrichtung wurde bereits hingewiesen. Für dieselben haben sich sowohl in Wien als auch in Graz Inventarlisten erhalten, die bis in die zweite Hälfte des 17. Jahrhunderts zurückreichen. Die Vielfalt der dort namentlich aufgelisteten Arzneien ist beachtlich: Das Grazer Apothekeninventar von 1669, welches alle Materialien einzeln anführt, umfasst mehr als 620 verschiedene Posten,¹⁶ und die Wiener Anstaltsapothekenschein – den allerdings weniger genauen, und erst ab 1688 erhaltenen Inventaren zufolge – keineswegs schlechter ausgestattet gewesen zu sein. So beziffert das dortige „Inventarium über die Apotheekhen“ von 1701 die vorhandenen, nach Verabreichungsformen gegliederten Arzneimittel auf insgesamt 1.452 „Stuckh“,¹⁷ womit die jeweiligen Aufbewahrungsgefäße angesprochen sind.

Auch wenn im letzteren Fall wahrscheinlich manche Medikamente in mehreren Gefäßen verteilt gelagert vorhanden waren, und die Zahl der unterschiedlichen Arzneien sicher geringer anzusetzen ist, ergibt sich so ein Bild von geradezu hervorragend ausgestatteten Offizinen, wenn man bedenkt, dass die amtlichen Arzneimittelverzeichnisse der Frühen Neuzeit im deutschsprachigen Raum, je nach Ausgabe, meist auch nicht mehr als 400 bis 600 Substanzen anführten.¹⁸ Für eine fachgerechte Zubereitung sorgten die einschlägig ausgebildeten, teils auch staatlich approbierten Apotheker, welche im 17. und 18. Jahrhundert manchmal ‚weltliche‘ Professionisten waren, in der Regel aber von den Ordensleuten selbst gestellt wurden.¹⁹

Eine noch größere Zahl von Ordensleuten scheint sich der Chirurgie gewidmet zu haben, was dem Orden mittels Dispensen von den diesbezüglichen Einschränkungen des Kirchenrechts für Kleriker auch kirchlicherseits gestattet war.²⁰ Diesbezüglich ist bemerkenswert, dass der Begründer des Ordens im mitteleuropäischen Raum und erste Generalvikar hierzulande, P. Gabriel Conte di Ferrara (ca. 1543–1627), als Autor eines Lehrbuchs der Chirurgie²¹ hervortrat, welches sogar mit einem päpstlichen Geleitwort ausgestattet war.²² Dieser hatte vor allem aber auch einen geradezu europaweiten Ruf als hervorragender *praktischer* Chirurg, er behandelte etwa 1608 in Krakau König Sigismund III. von Polen, der ihn zu diesem Zweck zu sich gebeten hatte, 1615 in Graz, ebenso auf besondere Anforderung hin, Erzherzog Maximilian Ernst, den Bruder des damaligen Regenten und späteren Kaisers Ferdinand (II.), und – selbst schon im fortgeschrittenen Alter von über 80 Jahren – 1624 in Rom Papst Urban VIII., jedes Mal mit großem Erfolg, was den Barmherzigen Brüdern bedeutende Privilegien und auch materielle Förderungen einbrachte.²³

16 ABBG, K. 19, Inv. 1669.

17 Archiv der Barmherzigen Brüder in Wien (= ABBW): K. Inventare I: Inv. Wien 1701.

18 Vgl. Christoph FRIEDRICH / Wolf-Dieter MÜLLER-JAHNCKE, Geschichte der Pharmazie. Von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart (Eschborn 2005).

19 ABBG, K. 19: Inventare; ABBW, K. Inv. I: Inventare.

20 Vgl. Leopold SENFELDER, Die Barmherzigen Brüder in Wien 1614–1914 (Wien 1914), 62.

21 Gabriele de FERRARA, Nuova selva di cirugia [sic] (Roma 1598). Mehrere weitere Auflagen in italienischer Sprache; eine Übersetzung ins Lateinische durch den Arzt Peter Uffenbach erschien 1625 in Frankfurt.

22 Vgl. Ludwig BRANDL, Der Chirurg Gabriel Graf von Ferrara. Erster Generalkommissar des Ordens der Barmherzigen Brüder für Germanien (Wien 1957), bes. 25–38.

23 Vgl. ebd., 39–87.

Im Gegensatz zu Qualifikationen als approbierte Apotheker bzw. Chirurgen hatten Mitglieder des Hospitalordens des Heiligen Johannes von Gott während der Frühen Neuzeit aber offenbar so gut wie nie einen Doktorgrad der Medizin inne; hierfür dürfte nicht zuletzt der Aspekt der ‚geistlichen Bescheidenheit‘ ausschlaggebend gewesen sein, welcher es für Ordensleute unangebracht erscheinen ließ, eine solche mit erheblichen sozialen Privilegien verbundene ‚Würde‘ in einem ‚profanen‘ Bereich wie der Medizin anzustreben. Dementsprechend lag die Leitung der medizinisch-therapeutischen Agenden in den Ordenshospitälern in aller Regel bei einem weltlichen ‚Physicus‘. Für die größeren Ordenskrankenhäuser sind etliche entsprechende Dienstverträge für das 17. und 18. Jahrhundert dokumentiert; die Anstellung erfolgte damals bloß auf ‚nebenberuflicher‘ Basis, aber wahrscheinlich doch in einem solchen Umfang, dass der in den Konstitutionen vorgesehene Verpflichtung des Arztes zu täglichen Visiten zumindest grosso modo auch nachgekommen werden konnte.²⁴

Bemerkt sei diesbezüglich noch, dass sich die Liste der im Wiener Krankenhaus praktizierenden Ärzte für das späte 17. und das 18. Jahrhundert geradezu als ein ‚who is who‘ der damaligen Wiener Medizin liest; von den 1750er bis in die 1780er Jahren hatte die ärztliche Leitung des Wiener Barmherzigen-Hospitals Dr. Josef von Quarin (1733–1814) inne, der Leibarzt Maria Theresias und Josephs II., zugleich Planer und erster Direktor des 1784 eröffneten Wiener Allgemeinen Krankenhauses.²⁵ Der Eindruck eines – im zeitgenössischen Vergleich – allgemein hohen fachlichen Niveaus der Krankenbehandlung und Krankenpflege insgesamt in den österreichischen Häusern der Barmherzigen Brüder verstärkt sich durch zwei weitere Aspekte. Zum einen etablierte die hiesige Ordensprovinz im Verlauf des 18. Jahrhunderts – neben dem selbstverständlich von Beginn an geübten praktischen, aber kaum dokumentierten Unterricht am Krankenbett – eine regelrechte Schule für Krankenpflege, Chirurgie und Pharmazie zur Ausbildung des ‚Ordensnachwuchses‘, die sich teils in Feldsberg, teils in Prag befand.²⁶ Zum anderen belegen auch die Ausstattungen der ordenseigenen Bibliotheken ein hohes fachliches Interesse an sämtlichen die Krankenbetreuung tangierenden Gegenständen; so zählt der älteste erhaltene Bibliothekskatalog des Wiener Ordenskrankenhauses aus dem Jahr 1784 insgesamt über 3.700 Werke auf, davon mehr als 700 zu Themen der Inneren Medizin, Physiologie, Diätetik, Anatomie, Chirurgie, Pharmazie und/oder der (in der medizinischen Fachliteratur freilich meist nur am Rande behandelten) Krankenpflege.²⁷ In der Ordensbibliothek in Wien sind zudem mehrere Vorlesungsmitschriften, wohl von Mitgliedern des Ordens erstellt, erhalten.

24 Vgl. bes. die Angaben in: Joseph a S. CRUCE, *Triumph-Porten der Liebe Gottes und deß Nächsten* [...] (Wien 1695), 137–146, weiters: SENFELDER, *Die Barmherzigen Brüder in Wien*, wie Anm. 20, 52–63; VINZENZ PRANGNER, *Geschichte des Klosters und des Spitals der Fr. Fr. Barmherzigen Brüder in Graz* [...] (Graz 1908), bes. 266.

25 Vgl. Constantin von WURZBACH, *Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich*, 24 (Wien 1872), 137–139.

26 Vgl. Joannes de Deo SOBEL, *Geschichte und Festschrift der österr.-böhm. Ordens-Provinz der Barmherzigen Brüder* [...] (Wien 1892), 34–41.

27 *Catalogus Librorum, eorumque Authorum secundum ordinem alphabeticum consignatorum prout in Bibliotheca Conventus Viennensis F.F. Misericordiae hic et nunc prostant et Anno 1784 [...] aucti et in hunc ordinem redacti sunt*. Manuskript im alten Bibliothekssaal im Provinzialat des Ordens in Wien.

Quellenbasierte Einblicke in die soziale Praxis der Krankenpflege im engeren Sinn

Was nun die Krankenpflege im engeren Sinn angeht, so lässt sich auf die konkreten Handlungsabläufe naturgemäß (ebenso wie hinsichtlich der angewandten Therapieformen) nur indirekt schließen. Im Folgenden werden hierzu, ergänzt durch Informationen aus Inventaren usw., vorrangig die vielfach detaillierten und aussagekräftigen Darlegungen analysiert, die sich im „Manuale oder Hand-Büchlein Religions B. Joannis Dei“ des Ordenspriesters Benedictus Leo aus dem Jahr 1681 finden.²⁸ Dieses Werk erscheint besonders angesichts des Fehlens von erhaltenem „Alltagsschriftgut“ aus dem Pflegebereich trotz seines Anleitungscharakters als wertvolle Quelle auch für die Behandlungs- und Pflegepraxis. Es darf zwar nicht angenommen werden, dass die darin enthaltenen Vorgaben stets und vollständig in derselben realisiert worden wären. Aber umgekehrt kann doch angenommen werden, dass dieselben unter Beachtung der in der Ordensorganisation bereits umfangreich vorhandenen, praktischen Erfahrungen in der Krankenbetreuung formuliert wurden, und dass gerade innerhalb eines so weitgehend disziplinierten Lebensraumes, wie ihn die Klöster und Hospitäler der Barmherzigen Brüder im 17. und 18. Jahrhundert darstellten, der Normdurchsetzungsgrad ein hoher war.²⁹ Insofern wird man davon ausgehen können, dass die im „Manuale“ geschilderten vorgeschriebenen bzw. empfohlenen Handlungsabläufe das *typische* Muster der stationären Behandlung und Pflege in den damaligen Ordenshospitälern reflektieren. Selbstverständlich wird es in der konkreten Durchführungsform Varianten gegeben haben, und immer wieder auch gravierende Abweichungen aus dem einen oder anderen Grund. Hierüber erlauben aber nur in Einzelfällen erhaltene Dokumente, etwa Berichte über besondere ‚Vorkommnisse‘, gewisse Rückschlüsse, und es muss eine nähere Auseinandersetzung mit diesem Aspekt künftigen Darstellungen vorbehalten bleiben. Die langfristige Relevanz des erwähnten Handbuches für die Krankenpflegepraxis im Orden wird durch den Umstand illustriert, dass dasselbe nach der Erstauflage in Graz 1681 (Abb. 1) bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts zwei weitere Auflagen erlebte.³⁰

An dieser Stelle sei die ‚forschungsgeschichtliche‘ Anmerkung gestattet, dass das „Manuale oder Hand-Büchlein Religions B. Joannis Dei“ auch dem Verfasser des vorliegenden Beitrags zur Zeit der Erstellung seiner monografischen Darstellungen zur Krankenbehandlung durch die Barmherzigen Brüder in der Frühen Neuzeit noch unbekannt war.³¹ Es hat sich nämlich allem Anschein nach innerhalb des Ordens lediglich ein einziges Exemplar erhalten, das

-
- 28 Benedictus LEO, Manuale oder Hand-Büchlein Religions B. Joannis Dei, in drey Theil abgetheilt. Der erste Theil begreift in sich gemelter Religiosen tägliches Exercitium, so wohl in dem Dienst der Armen Krancken, als gewöhnlichen Gebett, Befehlung der Seelen in letzten Zügen, Unterricht von der H. Meß, Beicht und Communion [...]. Der andere Theil handelt von der Christlichen Lehr [...]. Der dritte Theil bestehet in Übung unterschiedlichen Tugenden [...] (Graz 1681). Über die Biografie des geistlichen Autors ist bislang so gut wie nichts bekannt.
- 29 Zur monastischen Disziplin in den Reformorden vgl. Friedhelm JÜRGENSMEIER / Regina SCHWERDTFEGGER, Hg., Orden und Klöster im Zeitalter von Reformation und Katholischer Reform 1500–1700, 3 Bde. (Münster 2005).
- 30 Vgl. Benedictus LEO, Manuale oder Hand-Büchlein Religions B. Joannis Dei, in drey Theil abgetheilt. [...] Zum dritten mahl auffgelegt (Prag 1753). Die zweite Auflage ist bisher nicht greifbar geworden; da die 3. Auflage aber gegenüber der 1. wenig verändert ist, erscheint ein entsprechender Schluss auch für die zweite gerechtfertigt.
- 31 Vgl. WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus, wie Anm. 4; WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 4.

dem Verfasser erst im Laufe späterer Recherchen in der (über keinen öffentlich zugänglichen Katalog verfügenden) Alten Bibliothek im Provinzialat der Österreichischen Ordensprovinz in Wien gleichsam zufällig bekannt wurde. Denn auch in der ordenseigenen Historiografie hatte dieses Werk bisher keine – nicht einmal bibliografische – Beachtung, geschweige denn eine systematische Auswertung erfahren.³²

Die nachfolgenden Auszüge dieser – mit über 600 Druckseiten sehr umfangreichen – Schrift stellen dieselbe also im Kontext der Geschichtswissenschaft erstmalig näher vor; die Ausführungen folgen dabei dem erwähnten Raster der im ‚ABEDL-Modell‘ angeführten Aspekte des Pflegehandelns.

Schon zum – nicht ohne Grund in diesem Modell erstgereihten – Aspekt der *Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Patienten* lassen sich im ersten Teil des „Hand-Büchleins“ von 1681 einige bemerkenswerte Aussagen auffinden:³³

So erklärt Kapitel 2, „Von dem Krancken-Dienst zu Morgens“:

„Stelle dich alß dann jederzeit an die Seiten seines [des Kranken] Beths, halte ihn freundlich, und frage mit einem fröhlichen Angesicht, und mitleidigen Worten, ob er wolle aufstehen, daß man ihm dienen, nach seinem Begehren helffen, und die Ligerstatt besser machen könne [...]. Das Beth mache nach seinem Begehren hoch oder nider, und gibe jederzeit acht auff den Krancken, [...] und so er nichts anders begehret, gebe man ihm alles, was nothwendig ist [...].“³⁴

Und in Kapitel 10, „Was man ins gemein in der Infirmaria thun müsse“, wird festgestellt:

„1. Also erstlich müssen sie [die mit der Krankenpflege betrauten Brüder] ins gemein allzeit sehen, und Obacht haben, wann ein Krancker bey Tag oder Nach etwas zu essen und trincken begehret, wie desselben Zustand beschaffen sey, damit keinem in das Fieber, oder eingenommene Artzney, oder sonsten dem Zustand schädliches trincken und essen gereicht werde. [...]

8. Daß man allezeit, forderist wann ein Krancker kombt, unnd hinweg geht, ihm freundlich und liebreich zuspreche.

9. Wann ein neuer Krancker kombt [...] [solle] der Krancke auff einen zu seinem Beth bereiten Sessel geführet werden, und der Kranckenwarter ihm unterdessen freundlich zusprechen, seines Zustands halber befragen [...].“³⁵

32 Auf Basis des dann bekannten Titels konnte der Verfasser die schon erwähnte dritte Auflage von 1753 eruieren; von derselben existieren offenbar ebenso nur wenige erhaltene Exemplare.

33 Die nachfolgenden Angaben zur Kapitelzählung beziehen sich stets auf den 1. Teil, der den Großteil der auf die praktischen Betreuungsaspekte abzielenden Darlegungen enthält.

34 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 13.

35 Ebd., 48 f.

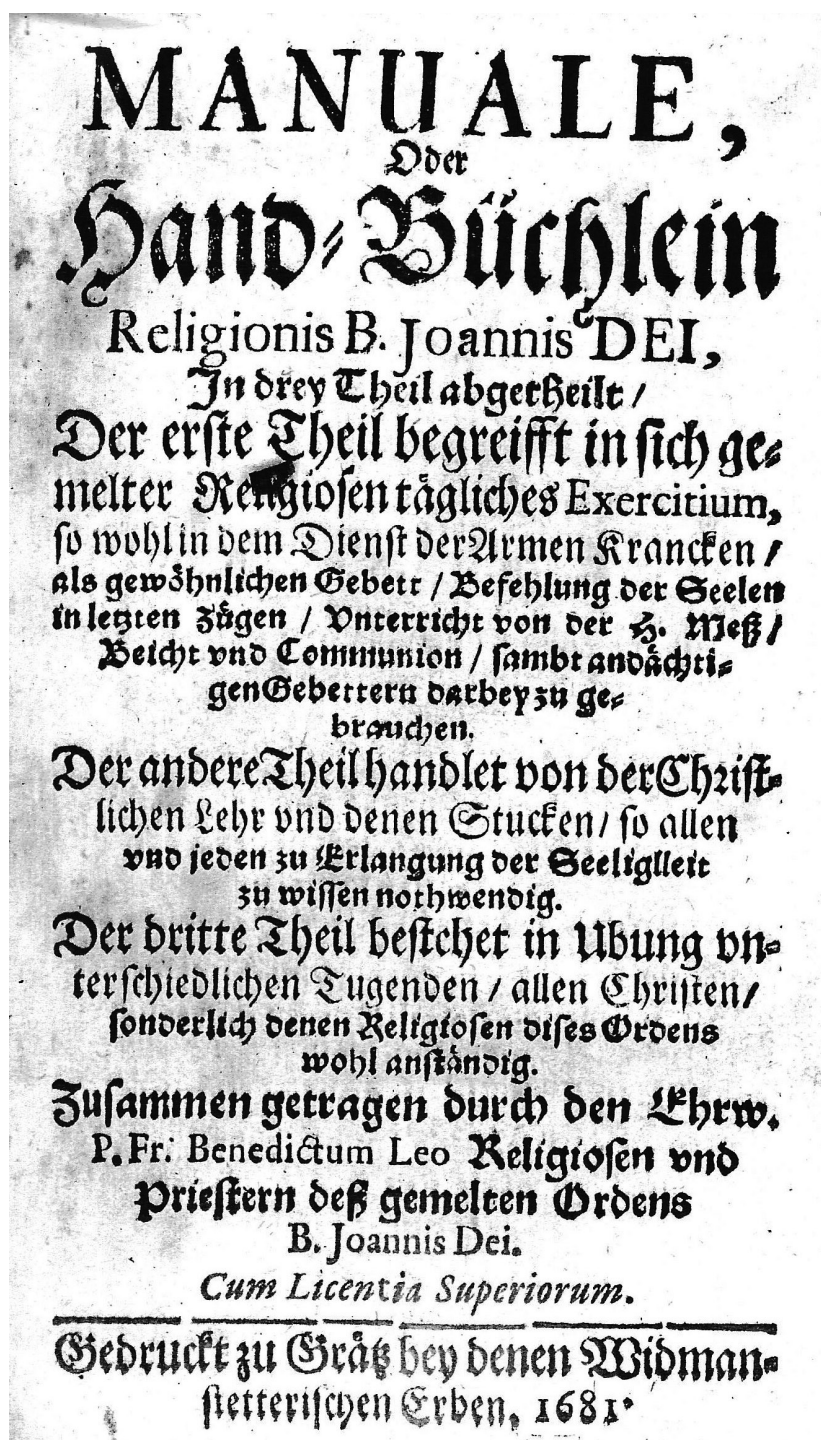


Abb. 1: „Manuale oder Hand-Büchlein Religionis B. Joannis Dei, In drey Theil abgetheilt“ (Alte Bibliothek der Barmherzigen Brüder in Wien)

In Kapitel 11, „Von der nächtlichen Wacht im Krancken-Zimmer“, wird ergänzt:

„Nachtmals solst du herumgehen, sehen und fragen, ob einer noch etwas vor dem Schloff begehre, oder ob alle wohl zugedeckt [...]. Solche Visita und Besuchung mustu in der Nacht offt und vil-mahl thun, doch gar still unnd langsam, damit die Schloffenden an ihrer Ruhe nicht verhindert, und auffgeweckt werden. Wann ein [besonders] Schwacher verhanden, soltu dich vor sein Beth setzen, damit du ihm, so offt er es begehret, in allen unnd jeden verhilfflich seyn mögest.“³⁶

Auch der – bekanntlich nicht immer unproblematische – Aspekt der Kommunikation der verschiedenen Pflegekräfte untereinander sowie mit dem zuständigen medizinischen Personal wird in dem genannten Handbuch thematisiert, etwa wenn es in Kapitel 11 heißt: „[...] verfüge dich zeitlich in das Krancken-Zimmer, ehe und bevor der [tagsüber Dienst versiehende] Kranckenwarter darvon außgehe, damit du von ihm, was bey der Nacht für die Schwachen vonnöthen zu geben, oder thun sey, vernehmest.“³⁷

Diese Passagen weisen demnach, festgemacht an mehreren Phasen des täglichen Betreuungs- und Pflegerhythmus, auf die Wichtigkeit der Sorgfalt nicht nur bei der Beobachtung der körperlichen Zustände der Kranken, sondern auch bei der Beachtung ihrer *verbal geäußerten Wünsche* hin. Die eben zitierten Passagen geben gleichzeitig einen Eindruck auch vom vorhandenen Bewusstsein der Notwendigkeit einer kontinuierlichen (insbesondere auch nächtlichen) Kontrolle der vitalen Funktionen gerade bei ‚Schwachen‘, also schwer oder auch totkranken Patienten, auch wenn von den einzelnen Aspekten derselben lediglich das ‚Fieber‘ ausdrücklich angesprochen wird – was hier, im Sinne der traditionellen hippokratisch-galenisch geprägten Auffassung, noch die Beachtung von Körpertemperatur *und* Pulsfrequenz meint.³⁸

Dass auch das Vorhandensein von Atmung bei schwerkranken Patienten von den Krankenpflegern regelmäßig kontrolliert werden sollte, ist nicht explizit festgehalten – aber zweifellos, weil dies als selbstverständlich galt. Gerade der Beobachtung von einsetzenden Sterbeprozessen kam ja im Rahmen der geistlichen katholischen Krankenpflege ganz besondere Bedeutung zu, galt es doch, die Sterbenden möglichst zu Sündenbekenntnis, Gebet und Andacht zu Gott zu motivieren sowie den Empfang des Sterbesakraments zu ermöglichen, um bei Gott möglichst günstige Voraussetzungen für den Übergang seiner Seele ins Jenseits zu schaffen.³⁹

Der Aspekt der *Körperpflege* der Kranken kommt in dem – im Folgenden als hauptsächliche Quelle herangezogenen – Krankenpflege-„Manuale“ von 1681 dagegen mehrfach, und vergleichsweise präzise zur Sprache. Dies beginnt bereits bei der Aufnahme neuer Patienten in das Hospital, für welche eine Fußwaschung vorgesehen war:

„Einer [der Brüder] unterdessen solle ein sauber und warmes Fuß-Wasser mit wohlriechenden Kräutern zubereiten [...] [dann] ziehe ihm mit Ehr und Respect [!] Strümpff und Schuch auß, und opffere dem Seligmacher unserer Seelen dises Werck der Liebe auf [...] in solcher Betrachtung

36 Ebd., 57 f.

37 Ebd., 57.

38 Vgl. etwa Gundolf KEIL, Fieberlehre, in: Werner Gerabek u. a., Hg., Enzyklopädie Medizingeschichte (Berlin 2005), 398–400.

39 Hierauf wird weiter unten noch zurückgekommen.

wasche dem Krancken die Füß, indessen betten die Umbstehenden das Miserere oder de Profundis sambt der Antiphona und gewöhnlichen Oration unsers heiligen Vatters Joannis Dei, alßdann trücknen sie ihm mit einem vorhero darzu bereiten saubern Handtuch [...].⁴⁰

Wie aus dem Zitat klar hervorgeht, steht die Fußwaschung tief im religiösen Kontext der christlichen Gottes- und Nächstenliebe, und dient gleichzeitig unzweifelhaft eminent hygienischen Zwecken – man bedenke diesbezüglich die notorische Schmutzigkeit der frühneuzeitlichen Verkehrsflächen und den in aller Regel keineswegs privilegierten sozialen Status der Patienten, welcher – nicht mehr gehfähige Schwerkranke ausgenommen – in den allermeisten Fällen sicherlich eine Anreise zu Fuß, oftmals über erhebliche Distanzen, implizierte.⁴¹ Daneben beinhaltete die Fußwaschung als Aufnahme ritual mit der ostentativen Zuwendung des Personals zum Neuankömmling im Hospital, obwohl nicht ausdrücklich formuliert, auch eine psychologische Betreuungskomponente.

Mehrfache, vergleichsweise genaue Anweisungen in derselben Quelle beziehen sich weiters auf die Reinhaltung der Betten, ein im Kontext der Körperpflege bei kranken Menschen naturgemäß sehr wichtiger Punkt. Insbesondere werden in Kapitel 10 folgende Richtlinien ausgegeben:

„2. Solle auch absonderlich beobachtet werden, daß alle Krancken[,] nicht weniger die leeren Better, allzeit fleissig und sauber zugedeckt seyen. [...]

4. Daß alles nasses bey den Bethern und Leib-Stühlen auffgetrücknet und die Bether auch offit, wann nemblich ein Krancker fortgehet, und kommet, auch sonst alle 14 Tag abgewexlet, gesäubert und außgeliffert werden.“⁴²

Nimmt man die diesbezüglich im Text verstreuten Vorschriften zusammen, ergibt sich, dass die Bettwäsche der Kranken bezüglich der Sauberkeit, aber auch der Bequemlichkeit und zureichenden Wärme für die Patienten selbst, mehrmals täglich zu kontrollieren war.⁴³

Besonderes Augenmerk sollte zudem nach der Entlassung oder dem Tod von schwer krank gewesenen Patienten der Säuberung von deren Bettstatt zukommen, bevor diese einem neu aufgenommenen Kranken zugewiesen wurde:

„10. Ist auch fleissige Obacht zu haben, daß die Strohsäck offit und wann es vonnöthen, absonderlich und jederzeit so einer gestorben, oder sonst ein gar Schwacher gesund worden, und hinaußgehet, außgeleeret, gewaschen, frisch angefüllt, und das andere Bethgewandt außgeliffert und erfrischet werde.“⁴⁴

40 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 49 f.

41 Vgl. die Analysen zur geografischen Herkunft der Patienten des Grazer Hospitals in: WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 4, 289–297; WATZKA / JELÍNEK, Krankenhäuser in Mitteleuropa vor der Aufklärung, wie Anm. 4, bes. 261–270.

42 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 48.

43 Vgl. ebd., 12–61.

44 Ebd., 52 f.

Erwähnenswert ist auch, dass das „Manuale“, das durchaus als frühe Vorform eines ‚Pflegehandbuchs‘ betrachtet werden kann, auch auf das Bedürfnis der Kranken nach *selbständiger* Körperpflege Bezug nimmt: „[...] soll der Kranckenwarter ihm [...] Kämpel, Fazenetel [Taschentusch, vgl. ital. fazzoletto], und was er täglich braucht, auß seinen Hosen geben, und in das bey dem Beth geordnete Kästel legen.“⁴⁵

Bemerkenswert erscheint weiters, was das Handbuch in Kapitel 4, „Von dem Krancken AbSpeisen“, bezüglich der vor dem Essen zu beachtenden Hygiene erläutert:

„Umb 9 Uhr so bald das erste Zeichen zu dem Krancken-Dienst, und [Frühstück-]Essen gegeben wird, sollen sie [...] ganz demütig und willig denen Armen auffdecken, wann solches geschehen, soll einer das Handbeck, die Krancken die Händ waschen zu lassen, ein anderer das Handtuch, selbe zu trücknen, ein anderer die Messer und Löffel, einer das Körbel mit Brodt, und einer ein Glut mit wohlschmeckenden Rauch[,] zu diesem End vorhero ins Krancken-Zimmer gebracht, nehmen [...] und also sollen sie mit einander von einem Krancken zu dem andern gehen, einen jeden mit Handwasser, Brodt, Messer und Löffel versehen, unter wehrenden solchem Außtheilen das Miserere und de Profundis nach dem Vatter unser und Ave Maria alternativè betten. Hierauff sollchen sich alle in die Kuchel, Speisen zu holen, verfügen [...]“⁴⁶

An anderer Stelle wird hierzu ergänzt: „12. Müssen offtermals und sonderlich alle Sambstag der Krancken Trinkgeschirr mit der Kandel-Bürsten gesäubert und außgewaschen, auch die Bether abgestaubt, und unter denselben außgekehret werden.“⁴⁷

Zum Aspekt der *Krankenhausthygiene* macht das „Manuale“ von 1681 noch etliche weitere Erläuterungen, von denen hier lediglich die wichtigsten angesprochen werden können. Vorgeesehen waren insbesondere – entsprechend den zeitgenössischen Vorstellungen von der Krankheitsübertragung, den Kontagions-Konzepten, die auch von der Miasmen-Theorie geprägt waren⁴⁸ – mehrmals täglich durchzuführende Räucherungen: „7. Allezeitwann ein übler Geruch verspüret wird, der Krancken-Dienst, oder heilige Meß anfangen soll, muß ein wohl-schmeckender Rauch [im Krankenzimmer] gemacht werden.“⁴⁹

Weiters seien die Vorgaben zum Umgang mit dem Speisegeschirr nach Gebrauch erwähnt:

„Wann nun alle Krancken ihr Essen vollendet [...], müssen die Schüsseln zum Abwaschen in die Kuchel getragen, Messer und Löffel aber in einem zu disem End vom Anfang deß Krancken-dienst bereiten warmen Wasser abgewaschen, und die Taffel wider gesäubert werden.“⁵⁰

Aber auch der Umgang mit dem ‚Nachtgeschirr‘ der Kranken wird konkret angesprochen: „3. Daß die salva venia Außwurff-Schisseln und Sitz-Beck fleissig vorauß bey der Wacht, und vor dem Krancken-Essen, oder wann einem ein heiliges Sacrament zu administrieren, oder aber die heilige Meß in der Infirmaria gelesen wird, außgeläret, und gesäubert werden.“⁵¹

45 Ebd., 52.

46 Ebd., 19 f.

47 Ebd., 53.

48 Vgl. etwa: Wolfgang ECKART, *Geschichte der Medizin* (Heidelberg 2009), 208 f.

49 LEO, *Manuale oder Hand-Büchlein*, wie Anm. 28, 49.

50 Vgl. ebd., 22.

51 Ebd., 48.

Wegen der hier explizit angesprochenen Gefahr der Krankheitsverbreitung durch einen unvorsichtigen Umgang mit den Fäkalbehältnissen der Kranken ist aber eine weitere einschlägige Stelle – enthalten in Kapitel 11, „Von der nächtlichen Wacht im Krancken-Zimmer“ – noch aufschlussreicher:

„Ein, oder wann gar vil Krancken, zwey Stund vor dem Ave-Maria-Leuthen [am Morgen] solstu [...] alle Fühhäng der Bether in der still auffmachen, und dann in gleicher still die Nachtgeschirr so vil möglich, ohne advertenz der Krancken außtragen, auch die Fenster unter solcher Zeit, damit der Wind und frische Lufft durchstreichen möge, auffmachen, und sollen damall alle Nachtgeschirr auff das säuberist außgewaschen, und in dem Krancken-Zimmer keines in das andere gegossen werden, damit aller übler Geruch verhütet, und sowohl unser als der Krancken Gesundheit beobachtet werde, deßgleichen alle Urin-geschirr und Außwurf-Schisseln.“⁵²

Erhebliche Aufmerksamkeit kommt im „Manuale“ von 1681 auch dem Thema der Ernährung der Patienten zu; die einschlägigen Passagen zum Frühstück sowie zu den ‚hygienischen Begleitmaßnahmen‘ bei den Hauptmahlzeiten wurden ja soeben schon referiert; darüber hinaus finden sich aber noch einige weitere Bestimmungen, die Licht auf bislang völlig unklare Aspekte der Betreuungs- und Versorgungspraxis in den Ordenshospitälern des 17. und 18. Jahrhunderts werfen: So sieht Kapitel 3 unter der Überschrift „Was nach der H. Meß [vormittags] biß zum Krancken-Essen zu thun sey“, vor, dass die mit der Krankenpflege beauftragten Brüder „fleiss acht geben, damit das gesottene Wasser für der Krancken ordinari-Trunck nicht ermangle, und zu rechter Zeit gekühlet werde“.⁵³ Diese knappe Bemerkung liefert erstmalig einen Aufschluss darüber, welches Getränk für die Patienten ‚standardmäßig‘ vorgesehen war – und dasselbe ist mit kühlem, aber vorab *gekochtem* Wasser für die frühneuzeitlichen hygienischen Verhältnisse⁵⁴ zweifellos optimal gewählt! Dass sich die Kranken aber, insoweit nicht ärztliche Bedenken dagegen sprachen, mit Wasser allein nicht begnügen mussten, zeigen schon die Ausführungen im „Hand-Büchlein“ zum Ablauf des *Frühstücks*: „Wann alles aufgetragen, solt einer mit dem Wein, der ander mit dem gesottenen Wasser umhergehen, und einen jeden Krancken nach deß Medici Befelch Wein oder Wasser einschenken.“⁵⁵

Zeitgenössisch nicht untypisch, war also sogar schon für die Frühmahlzeit auch der Ausschank von Wein vorgesehen, freilich nur nach ärztlichem Gutbefinden. Eine besondere Obacht auf dasselbe wird in demselben Abschnitt des Textes, also schon das Frühstück betreffend, auch für die Zuteilung der Speisen eingemahnt. Zugleich wird an dieser Stelle auf die Notwendigkeit verwiesen, den bettlägerigen Patienten zur Einnahme einer bequemen Esshaltung zu helfen und ihnen nötigenfalls Speis und Trank direkt einzugeben:

52 Ebd., 58 f.

53 Ebd., 17.

54 Man bedenke, dass gerade in frühneuzeitlichen Städten nicht immer einwandfrei sauberes Trinkwasser aus Wasserleitungen oder Brunnen zur Verfügung stand, und zum anderen als gängige ‚Desinfektionsmethoden‘ für Getränke sonst nur die Versetzung mit mehr oder weniger großen Mengen von Alkohol möglich war. Vgl. etwa: Reinhold REITH, Umweltgeschichte der Frühen Neuzeit (München 2011), bes. 123–134, sowie: Frontinus-Gesellschaft, Hg., Die Wasserversorgung in der Renaissancezeit (Bonn 2000).

55 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 21.

„[...] ist allda wohl zu beobachten, daß kein Fehler oder Irrung in dem Auftragen geschehe, damit ein jeder Krancker nach deß Medici Befelch und Anordnung seine gewisse, und keine andere Speisen bekomme und empfangen, und soll ein jeder [Bruder] denen Krancken, denen er die erste Speiß gebracht, mit Richtung der Küssen helffen, daß sie bequem sitzen, und die Speiß recht geniessen mögen. Im Fall aber ein Schwacher verhanden, der für sich selbst die Speiß nicht wohl geniessen könnte, soll einer oder zwey [der Krankenpfleger] bey ihm verbleiben, die Speiß geben, und alles reichen, biß er völlig die nothwendige Speiß und Tranck genossen.“⁵⁶

Über die Art der vorgesehenen Speisen erfährt man hier leider nichts Genaues, wohl auch, weil diese offenkundig variierten. Es waren aber jedenfalls mehrere Bestandteile vorgesehen; schon eingangs des betreffenden Kapitel 4 wird aber Brot als ‚Standardelement‘ des Frühstücks ausdrücklich angeführt.⁵⁷

Interessanterweise berichtet das „Hand-Büchlein“ von Benediktus Leo, obwohl es den Tagesablauf besonders der Brüder selbst sehr detailliert schildert, nichts von einem *mittäglichen* Essen der Kranken. In diesem Zusammenhang ist eine knappe Darstellung des Tagesablaufs im Krankenzimmer, welche sich auf einer Skizze des großen Saals des Grazer Ordenskrankenhauses von ca. 1770 erhalten hat, belangvoll. Dort heißt es:

„Um 6 Uhr ist die Mess – Um 7 Uhr ist die Suppen – Um 10 Uhr ist Mittag Essen – Um 5 Uhr [Nachmittags] ist Nacht Essen – Um 11 Uhr Mittag Medicin – Um 3 Uhr widerum – Um 6 Uhr nachts widerum – Um 3 Uhr Frühe widerum – Um 7 Uhr Frühe kümbt der Doctor – Seind 50 Better.“⁵⁸

Diese Tageseinteilung ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert und erläuterungsbedürftig; zum einen wird von den Vorgaben des „Manuale“ von 1681 insofern abgewichen, als nun das Frühstück bereits für 7 Uhr früh, statt 9 Uhr, vorgesehen ist. Zum anderen wird hier ein „Mittag Essen“ verzeichnet, das aber schon um 10 Uhr angesetzt ist, während ein Abendessen für 17 Uhr vorgesehen ist. Demgegenüber setzten die Anweisungen des „Manuale“ nur eine weitere Hauptmahlzeit am Tag an, die für „4 Uhr“ nachmittags vorgesehen war, und „mit Liebe, Demuth und allem Fleiß [...] wie zu morgens geschehen ist“⁵⁹ ablaufen sollte. Diese Diskrepanz zeigt, dass die praxisbezogenen Vorgaben des „Manuale“ – die ja keine Rechtsvorschriften waren, sondern Richtlinien – selbstredend im Lauf der Zeit, auch auf informellem Wege, Adaptierungen und Variationen erfuhren. Interessanterweise ist dabei schon hier, für das späte 18. Jahrhundert, sowohl ein Vorrücken, als auch eine Ausdehnung der Gesamtdauer der Tagesaktivitäten für die Patienten, zu beobachten, indem das Frühstück um volle zwei Stunden nach vorne rückt, während sich das Abendessen gegenüber den Bestimmungen des „Hand-Büchleins“ von 16 Uhr auf 17 Uhr um eine Stunde nach rückwärts verlagert. Der Einschub eines –

56 Ebd., 20 f.

57 Ebd., 19. Siehe auch das Zitat weiter oben.

58 Die kolorierte Abbildung selbst ist in zahlreichen ordenseigenen Publikationen wiedergegeben. Vgl. Konvent der Barmherzigen Brüder Wien, Hg., 400 Jahre Nächstenliebe. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien 1614–2014 (Wien 2014), 31. Die Transkription hier nochmals leicht korrigiert nach dem originalen Text.

59 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 31.

allerdings recht früh angesetzt – Mittagessens wird von vielen Patienten wohl begrüßt worden sein; freilich darf man auf Basis der vorliegenden Informationen keinesfalls schließen, die Insassen des Krankenhauses hätten nach den Richtlinien des „Manuale“ zwischen Frühstück und zweiter Hauptmahlzeit gar nichts zu essen bekommen: Es war bloß keine gemeinsame mittägliche Hauptmahlzeit vorgesehen. Vielmehr wird im Abschnitt zur Frühmahlzeit nach den schon zitierten Ausführungen zur allgemeinen Speiseausgabe und zur nötigen Bedienung der ‚schwachen‘ Kranken angeführt: „[...] deßgleichen [soll] der Kranckenwarter mit dem Brodt [umhergehen], im Fall die Gesünderen unnd Stärckeren mehr begeherten, daß es ihnen gereicht werde.“⁶⁰ Man wird annehmen können, dass so eine individuelle ‚Jausenversorgung‘ für Mittag sichergestellt werden sollte.

Wie für das Frühstück schon ausgeführt, finden sich auch für die weiteren täglichen Mahlzeiten weder im „Manuale“ noch in anderen gedruckten Darstellungen, was das 17. und 18. Jahrhundert angeht, Speisepläne; und auch die archivalischen Quellen erwiesen sich diesbezüglich bislang als unergiebig. Hieraus darf aber keinesfalls auf eine Vernachlässigung des Aspekts einer vielfältigen Ernährung geschlossen werden, im Gegenteil: Das Vorhandensein von Speiseplänen in vielen traditionellen Hospitälern der Frühen Neuzeit⁶¹ weist gerade darauf hin, dass zumindest die Hauptnahrungsbestandteile über lange Zeiträume hinweg einigermaßen ‚standardisiert‘ waren (auch wenn die betreffenden Ernährungsnormative deswegen nicht unbedingt 1:1 in die Realität umgesetzt wurden), und die Nahrungsmittelversorgung dementsprechend vielfach recht monoton erfolgte, und das gänzliche Fehlen solcher ‚starrer‘, zeitlich unbefristeter Speiseordnungen für die Hospitäler der Barmherzigen Brüder deutet vielmehr darauf hin, dass die Speisefolgen saisonal, aber auch diätetisch variiert wurden. Diese Annahme wird insbesondere durch die Auswertung der Anstaltsinventare unterstützt, denn zumindest gelegentlich verzeichnen diese neben den als umfangreichsten und wertvollsten Beständen meistens angeführten Wein- und Getreidevorräten eine beträchtliche Vielfalt an sonstigen Lebensmittelvorräten. So nennt das Inventar des Grazer Ordenskrankenhauses von 1748 – hier in deutscher Übersetzung aus dem Lateinischen wiedergegeben:

„Vorratskammer. Vorräte: Äpfel, Zwetschken, Fische, Linsen, Gerstenmehl, Gefäße [„Eingemachtes“], Bohnen, Butter, Käse und übrige Bedürfnisse, für eine ausgedehnte Zeit. Gleichermaßen Öle, Kräuter, Salz und [gewöhnliches] Öl für ein halbes Jahr. Mehllager: Mehl sowohl von Korn als von Weizen, reicht für eine Viertel Zeit [Jahr]. Getreidespeicher: Gesammeltes Getreide ausreichend für ein Jahr. Weinkeller: [...] 180 Weinfässer [...].“⁶²

Zu beachten ist, dass in dieser Aufstellung unter anderem schnell verderbliche Nahrungsmittel, etwa frisches Fleisch, nicht enthalten sind, da sie eben nicht in größeren Mengen eingelagert, sondern regelmäßig frisch eingekauft wurden. Nähere Aufschlüsse zu den in den frühneuzeitlichen Krankenanstalten des Ordens wahrscheinlich verabreichten Speisen können zeitgenös-

60 Ebd., 21.

61 Vgl. Andreas KÜHNE, *Verpflegung und Versorgungsstruktur im Spital. Das Regensburger St. Katharinenhospital in der Frühen Neuzeit*, in: Arthur Dirmeier, Hg., *Organisierte Barmherzigkeit (= Studien zur Geschichte des Spital-, Wohlfahrts- und Gesundheitswesens 1, Regensburg 2010)*, 111–125, sowie die vielen Angaben zur Nahrungsmittelversorgung in der fundamentalen Quellenedition: SCHEUTZ / WEISS, *Spital als Lebensform*, wie Anm. 6.

62 ABBG, K. 19: Inv. 1748. Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte*, wie Anm. 4, 510.

sische Kochbücher liefern, von welchen manche im unmittelbaren sozialen Umfeld der Barmherzigen Brüder entstanden und auch in den Ordensbibliotheken erhalten sind. Hierzu zählt insbesondere das anonym erschienene, aber mit großer Wahrscheinlichkeit von Eleonora Maria Rosalia von Troppau und Eggenberg, geb. Fürstin von Liechtenstein, redigierte und herausgegebene

„gantz neue und nutzbahre Koch-Buch, in welchem zu finden, wie man verschiedene herrliche und wohl-schmäckende Speisen [...] sehr künstlich und wohl zu richten [...] Worbey ein Register, in welchem zu finden, was vor Speisen denen Patienten in unterschiedlichen Kranckheiten dienlich zu kochen seyen[!].“⁶³

Eine nähere wissenschaftliche Auswertung desselben steht noch aus; der enge genetische Zusammenhang mit sowie der Gebrauch desselben in den Krankenanstalten des Ordens ist aber durch den Umstand dokumentiert, dass dasselbe mehreren Ausgaben jenes Arzneibuches beigegeben war, das von der besagten, den Barmherzigen Brüdern eng verbundenen Verfasserin⁶⁴ unter dem Titel „Freywillig aufgesprungener Granat-Appfel deß christlichen Samaritans“⁶⁵ herausgegeben wurde.

An den Aspekt der Ernährung schließt jener der Ausscheidungen an; wie in der europäischen Geschichte der Neuzeit üblich, verlieren hierüber auch die schriftlichen Darstellungen der Barmherzigen Brüder nicht allzu viele Worte; dass denselben aber im Hinblick auf Therapie und Krankenpflege eine sehr hohe Bedeutung zukam, ist schon wegen des enormen Stellenwertes dieses Themas in der traditionellen, humoralpathologisch orientierten Medizin anzunehmen.

Einige konkrete Äußerungen im „Manuale“ von 1681, die sich insbesondere auf den Abtransport der Fäkalien aus dem Krankensaal beziehen, wurden weiter oben schon präsentiert. Hinzuzufügen bleibt, dass auch für diese Dimension des Pflegehandelns die erhaltenen Inventare wertvolle weitere Belege bieten. Dokumentiert sind in denselben „Leibstühh“ – von denen zumindest im Wiener Hospital um 1700 offenbar nahezu so viele vorhanden waren, wie Betten, also für jeden Patienten ein gesonderter – ebenso wie „Speibschallen mit Handthabe“,⁶⁶ aber auch die für die schon erwähnten abführenden Behandlungen wichtigen Instrumente, wie „Klistierspritzen“, „Klistierflaschl“ oder, für den in diesen Zusammenhang gehörigen Aderlaß, „Schermesser“, „Lancetten“, „Instrumenta Anatomica“ sowie natürlich „Pindt Zeug“.⁶⁷ Auch das zumindest im Grazer Hospital im späten 17. Jahrhundert offenbar direkt im Krankensaal

63 N. N., Ein gantz neues und nutzbares Koch-Buch [...] (Wien 1704).

64 Das Manuale von 1681 berichtet in einer Widmung an dieselbe und ihre Schwester Maria Theresia, Gräfin von Leslie, geb. Fürstin von Liechtenstein, dass schon die Mutter der beiden, Johanna Beatrix von Liechtenstein, geb. von Dietrichstein, sich betreffend „Hilff und Protection“ der Barmherzigen Brüder „einen unsterblichen Nahmen gemacht, in deme sie ihres hohen Stands und Fürstl. Würde ungeachtet selbst mit eygnen Händen das [wohl: Grazer] Spital, und der Krancken Ligerstatten auff das beste zugericht, täglich besucht, auch sowohl ihnen, als allen anderen Armen, Krancken und Nothleydenden mit möglichster Hilff, liebeichsten Trost, und aufferbäulichsten Exempel beygesprungen [...]“. LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, o. S.

65 Eleonora Maria Rosalia, Herzogin zu TROPPAU, Fürstin zu EGGENBERG, Freywillig aufgesprungener Granat-Appfel [...] (Wien 1708; mehrere weitere Auflagen).

66 ABBW, K. Inventare I: Inv. Wien 1695, Inv. Wien 1716. Ähnlich in Graz: ABBG, K. 19: Inv. 1636, Inv. 1736.

67 ABBW, K. Inventare I: Inv. Wien 1692, Inv. Wien 1716, Inv. Graz 1674; ABBG, K. 19: Inv. 1745.

installierte „Schwitz Bad“ für die Patienten ist natürlich im medizinisch-diätetischen Zusammenhang der Anregung körperlicher Ausscheidungen zu sehen.⁶⁸

Das Schwitzbad direkt im Krankensaal verwundert insofern etwas, als im Allgemeinen gerade in den Ordenskrankenhäusern auch in allen praktischen Belangen sehr auf die ‚Ehrbarkeit‘ des Betragens geachtet wurde, was sich, neben der Schaffung einer beachtlichen Intimsphäre für die Kranken durch die schon erwähnten Vorhangbetten, auch darin äußerte, dass auf eine zureichende und ‚anständige‘ Bekleidung der Patienten großer Wert gelegt wurde. Wie aus den Ordenskonstitutionen selbst hervorgeht,⁶⁹ und im „Hand-Büchlein“ ebenso erwähnt wird,⁷⁰ wurde der neu aufgenommene Patient im Krankenhaus – wie auch heute noch vielfach üblich – zunächst einmal seiner alten, ‚weltlichen‘ Kleider entledigt, was insbesondere auch hygienischen Zwecken diente. Die mitgebrachte Kleidung wurde, wie auch etwaige „Effekten“, schriftlich registriert und bis zum Abgang aus dem Krankenhaus in einem gesonderten Raum – der Guardaroba oder Gardarobe⁷¹ – verwahrt. Sehr wahrscheinlich wurde die Kleidung, soweit es für nötig erachtet wurde, zuvor Reinigungsprozeduren unterzogen, auch wenn diese schriftlich keinen unmittelbaren Niederschlag gefunden haben. Allerdings ist in einem Erbauungsbuch für ordensinterne Zwecke aus der Mitte des 18. Jahrhunderts mit dem Titel „Gute Gedanken, Worte und Werke“ an einer Stelle – nämlich im Zuge eines Lobgedichts auf den „sogenante[n] Zelosus, oder Krankensäuberer“ – klar von Entlausungsprozeduren die Rede, welche ohne eine Reinigung auch der mitgebrachten Bekleidung wenig nachhaltig gewesen wären.⁷²

Während seines Krankenhausaufenthalts wurde der – ausschließlich männliche – Patient dann mit von der Anstalt bereitgestellter Bekleidung ausgestattet; im „Hand-Büchlein“ von 1681 wird diesbezüglich bloß summarisch auf „Hemmet, Schlawffhauben, und was mehrers vonnöthen“,⁷³ hingewiesen. Zu diesem Punkt bieten auch die Hospital-Inventare nur bedingt näheren Aufschluss; immerhin finden sich in denselben auch „Krancken Röckh“ aus „Tuch“ bzw. „Leynwand“ in größerer Zahl verzeichnet.⁷⁴

Auch zu dem in der traditionellen Diätetik und Medizin gleichfalls als grundlegend betrachteten Thema *Ruhe und Schlaf* finden sich im Handbuch Benedikt Leos mehrere aufschlussreiche Darlegungen, teils wurden diese bereits in anderen Zusammenhängen referiert; so etwa die Vorschrift, das Nachtgeschirr der Kranken am frühen Morgen leise („so vil möglich, ohne advertenz der Krancken“) zu entleeren. Auch die Anleitung für den Nachtdienst betonte die Wichtigkeit der Rücksichtnahme auf die nötige Nachtruhe der Patienten bei allen Verrichtungen, die während derselben im Krankenzimmer unumgänglich erscheinen: die „Besuchungen“ sollten „gar still unnd langsam, damit die Schlawffenden an ihrer Ruhe nicht

68 ABBW, K. Inventare I: Inv. Graz 1674.

69 Hospitalorden des Heiligen Johannes von Gott, Regel, Statuten und Satzungen, wie Anm. 13, 81 f. Vgl. mit ausführlicher Wiedergabe: WATZKA, Hospitalorden, wie Anm. 4, 121.

70 Vgl. LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 51 f.

71 So etwa: ABBW, K. Inventare I: Inv. 1739.

72 N. N., Gute Gedanken, Worte und Werke: das ist: der mit sich selbst redende, im Geist sich unterhaltende, seine Gedanken, Wort und Werke wohleinrichtende Religios des heiligen Ordens des heiligen Vaters Johann von Gott (Wien 1765), XXIII.

73 Vgl. LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 51.

74 ABBW, K. Inventare I: Inv. 1716, Inv. 1733, Inv. 1742.

verhindert, und aufgeweckt werden“, stattfinden; den Beginn des „Silentium“ setzt das „Manuale“ für „Sommer umb 9 [und] im Winter umb 8 Uhr“⁷⁵ an – also zu vernünftigeren Zeiten, als sie seit dem 19. Jahrhundert im hiesigen Krankenhauswesen üblich geworden sind. Dass die Patienten dessen ungeachtet eine ausreichende Schlafdauer genießen können sollten, erhellt sich aus dem Umstand, dass das Frühstück der Patienten, zugleich mit dem Beginn des ‚Tagdienstes‘ der hierfür bestimmten Brüder, um 9 Uhr (und nicht etwa, wie heute üblich, völlig unabhängig von den Lebensgewohnheiten der Patienten, pauschal um 6 Uhr früh!) angesetzt war.⁷⁶

Freilich ist bezüglich der Frage nach der ‚real existierenden‘ Nachtruhe an den diese gewiss einschränkenden Umstand zu erinnern, dass das Gros der Patienten in den frühneuzeitlichen Hospitälern der Barmherzigen Brüder nicht etwa, wie im Verlauf des 20. Jahrhunderts üblich geworden, in Zwei-, Drei- oder Vierbettzimmern untergebracht war, sondern in Krankensälen, welche meist mehrere Dutzend Bettstätten beinhalteten. Diese Unterbringungsform war aber kein Spezifikum der Barmherzigen Brüder, sondern bei mittleren bis großen Hospitalbauten, zumal südeuropäischen Stils, sehr üblich,⁷⁷ und bot selbstredend mit der Möglichkeit einer sehr raschen ‚Supervision‘ über eine Vielzahl von Kranken für die Anstaltsorganisation einen wesentlichen Vorteil gegenüber der Lozierung in einer größeren Zahl von kleineren Zimmern. Problematisch war dagegen die – in zureichendem Maß kaum mögliche – Beheizung zur Winterszeit; ein Aspekt, der in Südspanien, wo die Ordensgemeinschaft ja entstanden war, sicher weniger gravierende Probleme bereitete, als in den mitteleuropäischen Regionen.⁷⁸ Umgekehrt heizten sich die hoch und geräumig angelegten Krankensäle auch bei starker Sommerhitze sicher nicht allzu sehr auf, und boten wegen der Ausstattung mit zahlreichen großen Fenstern eine helle und freundliche Atmosphäre. Zu diesen baulichen Aspekten des Krankenhausbetriebes macht zwar das „Manuale“ ebenso wenig nähere Angaben, wie die wenigen anderen erhaltenen Druckwerke aus der Provenienz des Ordens, die sich eingehender praktischen Aspekten der Organisationstätigkeit zuwenden.⁷⁹

Erfreulicherweise bieten hierzu einige erhaltene Bildquellen einen guten Ersatz und lassen das räumliche Ambiente einigermaßen nachvollziehbar werden. So zeigt ein der ersten deutschsprachigen Ausgabe der Biografie des Ordensgründers beigefügter Kupferstich (Abb. 2) sehr deutlich die architektonische Anlage eines Krankensaales der Barmherzigen Brüder; der Bildunterschrift und dem Urhebervermerk nach zu urteilen, ist hier der vordere Teil des großen Krankensaals des Grazer Hospitals im Zustand der 1630er Jahre abgebildet (im Bildvordergrund fiktive Szene der Fußwaschung Christi durch Johannes von Gott, beobachtet von einem Arzneimittel bereitenden Bruder des Ordens).⁸⁰

75 LEO, *Manuale oder Hand-Büchlein*, wie Anm. 28, 57 f.

76 Vgl. ebd., 19. Siehe auch das Zitat weiter oben im Text.

77 Vgl. JOHN HENDERSON, *The Renaissance Hospital. Healing the Body and Healing the Soul* (New Haven u. a. 2006), 147–185; auch: DIETER JETTER, *Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800* (Köln 1986), 83–104, sowie: DANKWART LEISTIKOW, *Hospitalbauten in Europa aus zehn Jahrhunderten* (Ingelheim am Rhein 1967).

78 Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte*, wie Anm. 4, 223.

79 Erwähnt seien: JOSEPH A S. CRUCE, *Triumph-Porten*, wie Anm. 24, sowie: N. N., *Gute Gedanken*, wie Anm. 72.

80 FRANCISCUS DE GOVEA, *Daß Leben, Tod und Wunderwerckh deß seeligen Joannis Dei, Stifter der Brüder der Barmhertzigkeit [...] zu Grätz in Steyer in die Lateinische, unnd endlichen jetztundt inn die Teutsche Sprach versetzt [...]* (Wien 1636), Einlage zu Folio 4.



Abb. 2: Krankensaal in einem Hospital der Barmherzigen Brüder, ca. 1635

Neben einem Eindruck von den räumlichen Ausmaßen der Krankensäle bietet diese Bildquelle noch wichtige weitere Aufschlüsse; insbesondere ist, wenn auch nicht sehr detailliert, die Gestalt der offenbar in den Häusern des Ordens für die Krankenzimmer durchgängig verwendeten ‚Himmelbetten‘ erkennbar. Erfreulicherweise sind in den letzten Jahren durch rezente Festschriften u. Ä. einige weitere, diesbezüglich sehr anschauliche Bildwerke der Forschung zugänglich geworden. So zeigt ein im Wiener Provinzialat verwahrtes Gemälde aus der Mitte des 18. Jahrhunderts – in einer fiktiven Raumkomposition – mehrere wichtige Details der Möblierung der Krankenzimmer, darunter das Aussehen der Vorhangbetten im zugezogenen Zustand, aber etwa auch die Verwendung von Beistelltischchen am Krankenbett (Abb. 3).⁸¹

Die Gestaltung der Betten als Vorhangbetten erscheint im Hinblick auf die Pflegepraxis in mehrerlei Hinsicht bedeutsam – zum einen war damit die Wahrung der Intimsphäre der Kranken auch in *Mehrbettzimmern* in einer Weise gewährleistet, wie sie (seit der Abschaffung solcher Bettvorhänge im Zuge der ärztlichen ‚Rationalisierung‘ der Krankenanstalten im Verlauf des 19. Jahrhunderts) bis heute nicht wieder erreicht wurde.⁸²

Zum anderen boten die damit geschaffenen ‚Schlafkabinen‘ zumindest etwas bessere Chancen, die Umgebungstemperatur auch winters in einem irgendwie erträglichen Bereich zu halten. Hierüber informiert zwar das sonst so detailreiche „Manuale“ auch nicht; dafür geht aus den erhaltenen Inventaren der Krankenzimmer hervor, dass in diesen nicht nur – in bescheidenem Umfang – Öfen montiert, sondern auch metallene „Wärmepfann“⁸³ vorhanden waren, die bei Bedarf vermutlich ‚reihum‘ eine Zeitlang bei nur wenig geöffneten Vorhängen in die Bettstätten gelegt wurden! Darüber hinaus waren in den Krankenzimmern natürlich reichlich gute „Dekhen“⁸⁴ vorhanden, um die körpereigene Wärme der Patienten möglichst optimal erhalten zu können.

Ein Aspekt der Sorge um zureichende Wärmezufuhr findet sich aber schließlich auch im „Hand-Büchlein“ von 1681 erwähnt, und zwar im Kontext der Neuaufnahme von Kranken – und dies wohl, weil seine Realisierung manchem Ordensmann besondere Überwindung abverlangte: „wärme du ihm[,] wann es die Zeit und der Zustand erfordert, sein Beth“!⁸⁵

Ein weiterer Aspekt sei hinsichtlich der Frage nach der möglichen Qualität der Nachtruhe noch eingebracht: Neben dem großen Krankensaal waren in den Häusern des Ordens stets auch – je nach der Gesamtgröße in unterschiedlicher Zahl – Extrazimmer vorhanden; zum einen für sozial privilegierte Patienten – die sich dann für eine solche bequemere Unterbringung in der Regel auch finanziell erkenntlich zeigten –, zum andern aber auch zur räumlichen Absonderung von Kranken, welche für ihre Mitpatienten aus dem einen oder anderen Grund eine

81 Die Abbildung hier als Reproduktion entnommen aus: Konvent der Barmherzigen Brüder Wien, 400 Jahre Nächstenliebe, wie Anm. 58, 124.

82 Sehr prägnant dargestellt wird die Tendenz des modernen Medizinsystems, von Hilfesuchenden zu verlangen, sich behandeln zu lassen, als wären sie gefühl- und gedankenlose Objekte, in: Erving GOFFMAN, Das ärztliche Berufsmodell und die psychiatrische Hospitalisierung, in: Erving Goffman, Asyle (Frankfurt am Main 1972), 323–333.

83 ABBW, K. Inventare I: Inv. Wien 1692.

84 Das früheste erhaltene Inventar des Grazer Hospitals nennt, bei erst 18 Betten, eine Anzahl von 31 Decken, darunter 18 „englische“: ABBG, K. 19: Inv. 1636.

85 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 51.



Abb. 3: Krankensaal der Barmherzigen Brüder. Gemälde eines unbekanntes Künstlers im Wiener Provinzialat des Ordens, Mitte 18. Jahrhundert

besondere Belastung darstellten:⁸⁶ im Fieber delirierende oder aufgrund psychischer Erkrankungen auch sozial ‚unverträgliche‘ Personen; Patienten, deren Erkrankungen sich im Verlauf der Behandlung als infektiös erwiesen; schließlich Schwerstkranke und Sterbende, deren Geschrei und Stöhnen den übrigen Kranken unerträglich werden konnte.⁸⁷

Als Gegenpol zur Ruhe stellt – und dies nicht erst in den rezenten Pflegemodellen – auch *Bewegung* einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheitslehre dar. Das Problem des ‚Wundliegens‘ pflegebedürftiger, bettlägeriger Menschen wird in den vorliegenden frühneuzeitlichen Quellen aus dem Bereich der Barmherzigen Brüder zwar nicht ausdrücklich thematisiert; die weiter oben schon zitierten Vorschriften hinsichtlich des regelmäßigen ‚Aufbettens‘ sorgten aber, wenn sie auch befolgt wurden – was gerade für solche gut sicht- und damit auch kontrollierbaren Verrichtungen weitgehend angenommen werden kann –, wahrscheinlich für eine gewisse Dekubitusprophylaxe; diesbezüglich ist insbesondere auch zu bedenken, dass Personen mit mehrmonatiger Behandlungsdauer bzw. anhaltend intensiver Pflegebedürftigkeit unter den Patienten der Ordenskrankenhäuser im 17. und 18. Jahrhundert nur eine kleine Minorität darstellten.⁸⁸

Darüber hinaus erscheint es bedeutungsvoll, dass das „Manuale“ von 1681 ausdrücklich das Eingehen auf die Patientenwünsche einerseits, den individuellen körperlichen Zustand andererseits auch bei der Frage des Aufstehens aus dem Bett – und damit auch des Sich-Bewegens – fordert. So heißt es in Kapitel 2, „Von dem Krancken-Dienst zu Morgens“:

„Stelle dich alß dan [...] an die Seiten seines Beths, halte ihn freundlich, und frage mit einem frölichen Angesicht, und mitleidigen Worten, ob er wolle aufstehen, daß man ihm diesen, nach seinem Begehren helfen, und die Ligerstatt besser machen könne. Denen Schwächeren aber soll man mit absonderlichen Fleiß abwarten, die Pantoffel geben, mit dem Rock bedecken, sanfft niedersetzen, und in allen und jeden helfen wie er begehret, und verspüret wird, vonnöthen zu sein.“⁸⁹

Nähere Darlegungen insbesondere zu den ‚Aktivitätsprogrammen‘ für die genesenden Patienten finden sich im „Manuale“ nicht, wohl weil die diesbezüglichen Aufgaben für die Ordensleute selbst als nicht besonders fordernd oder schwierig betrachtet wurden; dass es diese aber gab, geht aus anderen Quellen unzweideutig hervor. So verfügten die allermeisten Hospitäler des Ordens in der Frühen Neuzeit nicht nur über Innenhöfe, sondern auch über mehr oder weniger ausgedehnte Gartenanlagen, die der Eigenproduktion von Arzneipflanzen, aber auch ‚gewöhnlichen‘ Küchenkräutern sowie v. a. Gemüse und Obst dienten, teils aber auch den Patienten für Spaziergänge in angenehmer Umgebung zur Verfügung standen. Wieder einmal sind hier die erhaltenen Bildquellen besonders aussagekräftig, von denen nur eine Ansicht des

86 Anzahl und Ausstattung der Extrazimmer sind in den Hospitalinventaren dokumentiert: ABBW, K. Inventare I; ABBG, K. 19. Vgl. auch: WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte*, wie Anm. 4, bes. 228–230.

87 Dass in ‚Extrazimmern‘ tatsächlich u. a. sterbende Patienten untergebracht wurden, ist in den ordenseigenen Darstellungen nicht ausdrücklich erwähnt; ein deutliches Indiz ist aber einem Inventar zu entnehmen, welches – für das Grazer Krankenhaus in der Mitte des 18. Jahrhunderts – feststellt, dass in einem „Extra Zümer“ unter anderem „all das, was zum Funeralien gehörig“, verwahrt wurde. ABBG, K. 19, Inv. 1745.

88 Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte*, wie Anm. 4, bes. 272; JELINEK, *Der Konvent der Barmherzigen Brüder in Feldsberg*, wie Anm. 5, bes. 377; WATZKA, *Die Barmherzigen Brüder in Linz*, wie Anm. 4, 99.

89 LEO, *Manuale oder Hand-Büchlein*, wie Anm. 28, 13.

Kloster- und Hospitalkomplexes der Barmherzigen Brüder in Wien-Leopoldstadt im Zustand von ca. 1730 hier wiedergegeben sei (Abb. 4).⁹⁰ Umgekehrt waren in den Hospitälern des Ordens selbstverständlich auch Vorkehrungen für den Fall getroffen, dass man es mit gänzlich immobilen Kranken zu tun hatte. So dokumentieren die Anstaltsinventare insbesondere das Vorhandensein von Tragbahren und Sänften, die sowohl für die Abholung von Patienten zuhause, als auch bei nötigen Überstellungen innerhalb der Krankenhäuser zum Einsatz kamen.⁹¹

An das Thema der Bewegung schließt jenes der Beschäftigungsangebote für die Patienten gleichsam nahtlos an. Hiervon berichtet das „Hand-Büchlein“ nur, insoweit geistliche Angelegenheiten tangiert sind; hierauf wird im letzten Absatz dieses Beitrags noch zurückgekommen. Die Möglichkeiten zu ‚weltlichen Belustigungen‘ für die Patienten waren demgegenüber zweifellos bescheidener. Immerhin scheint aber in einem gewissen Umfang Gelegenheit für spielerische Betätigungen bestanden zu haben, da Inventare gelegentlich Brettspiele erwähnen, und der Grazer Konvent im Jahr 1726 im Zuge eines mit der dortigen Drechslerzunft abgeschlossenen Behandlungsvertrages für Gesellen sogar die Lieferung von „ain Spill Kögl sambt Kugl [...] alle Jahr“⁹² vereinbarte.

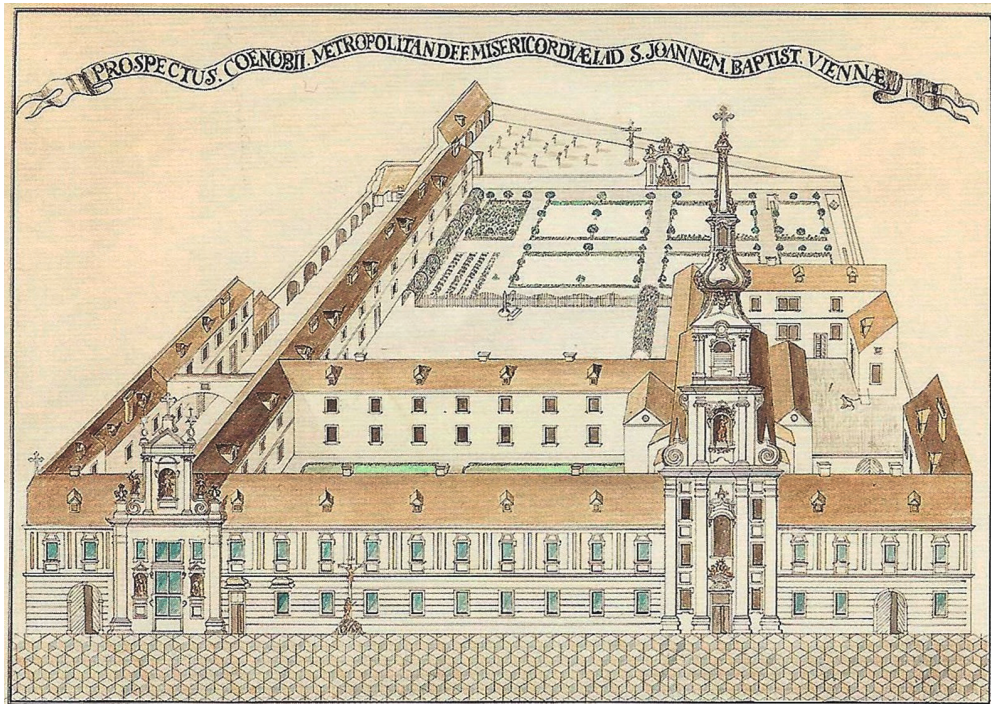


Abb. 4: Konvent, Kirche und Hospital der Barmherzigen Brüder in Wien, Leopoldstadt, um 1730

90 Abbildung entnommen aus: Konvent der Barmherzigen Brüder Wien, 400 Jahre Nächstenliebe, wie Anm. 58, 30. Moderne, aquarellierte Zeichnung nach dem originalen Stich. Beide sind im Besitz des Ordens.

91 ABBW, K. Inventare I; ABBG, K. 19.

92 ABBG, K. 17: Vertrag des Konvents mit der Drechslerzunft; ebd., K. 19: Inventar 1636.

Nun sei auf die Dimension der Geschlechtlichkeit eingegangen, die in modernen Pflegekonzepten ja – zumindest theoretisch – ebenso als eigenständiger Aspekt Beachtung findet. Die strikte Sexualmoral des frühneuzeitlichen Katholizismus machte einen *konkreten* Diskurs zum Thema im Kontext der Krankenbetreuung offenkundig schwierig; nichtsdestoweniger enthalten zum ständigen Gebrauch der Ordensbrüder bestimmte Schriften, wie das „Manuale“, nicht nur eindrückliche, ganz allgemein gehaltene Betrachtungen zur fundamentalen Heilsbedeutung der ‚Keuschheit‘, sondern auch einige praktische Hinweise, wie seitens der Ordensleute mit diesbezüglichen ‚Anfechtungen‘ in und außerhalb des konkreten Pflegekontexts umzugehen sei. So heißt es in Kapitel 4 des dritten Teils des „Manuale“, „Von der Keuschheit“, zunächst allgemein:

„Durch das dritte Gelibdnuß der Keuschheit verbinden sich die Religiosen, nicht nur allein von allen Fleischlichen Wollüsten, welche durch Göttliche, und Natürliche Gesetz unter einer Todtsündt verboten, sondern auch von allen andern, als durch den Ehestandt sonst zulässigen [sexuellen Aktivitäten] gantz und gar zu enthalten. Darzumben kan kein Religios nach gethaner Profession [...] in den Ehestandt treten [...]. Ebenfalls verbindt diß Gelübdnuß der Keuschheit nit allein, sich aller äusserlichen Worten und Werck, sondern auch aller innerlichen Gedancken, Begirden, Verlangen, Wohlgefallen [...] zu entschlagen. [!] [...] wie entgegen das schändliche Laster der Unzucht [...] dem Leib zwar angebohren, aber doch die aller unehrbarst, und schändlichste Leibsthat ist [...] auch ein Ruin deß menschlichen Gesunds, und ein Ursach viler abschuelichen Leibs-Kranckheiten [...]. Darumben befeisse dich, so vil dir deines Leibs, und der Seelen Heyl, und Wohlfahrt lieb und werth ist, nit allein das [...] Laster der Unzucht zu meyden und fliehen, sondern bemühe dich fürnemblich [...] das [du das] köstliche Kleinod der Keuschheit, die dich auß einem Menschen zu einem Engel, unnd der Anschauung GOTTes würdig macht, nit verlierest [...].“⁹³

Anschließend wird im „Hand-Büchlein“, zumindest kurz, auch auf die konkreten Schwierigkeiten eingegangen, die im Hinblick auf das Keuschheitsgebot durch die ‚Profession‘ des Krankendienstes entstehen können – auch, wenn dieser, wie in den Ordenshospitälern damals ja der Fall, ausschließlich an männlichen Patienten geübt wurde.

Diesbezüglich heißt es zu Beginn, die Ordensleute sollten – da „nichts im Willen noch Verstandt [sei], daß nit vorhero durch die Empfindligkeit, unnd äussere Sinn hinein schleiche“ – nach Möglichkeit „keiner Persohn mit der Hand das Angesicht berühren, noch vil weniger andere Orth deß Leibs“; wenn Berührungen im Zuge der Betreuung der Kranken aber eben doch notwendig seien, so „müssen wir uns müglichist befeissen[,] ehrbar und züchtig mit ihnen umbzugehen“. Dies implizierte wohl insbesondere die Aussparung der Geschlechtsteile von jeder Berührung, darüber hinaus aber – was praktisch wohl oftmals ziemliche Schwierigkeiten verursachte –, sogar die möglichste Vermeidung einer Entblößung derselben im Zuge von pflegerischen Handlungen. Diesbezüglich wird – sicher mit einigem Recht – auch vermerkt, es würden die Patienten „sich selbst scheuchen[, sich] von einer geistlichen Persohn unehrbar sehen zu lassen“.⁹⁴

93 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 533–535.

94 Ebd., 535 f.

Was sexuelle ‚Anfechtungen‘ des Pflegepersonals selbst betrifft, ergänzen die Erläuterungen des ‚Hand-Büchleins‘ hier: „Fliehe derowegen die Gelegenheit, dann du kanst an disem Feind mit nichts, als der Flucht den Sig erhalten [...]“. ⁹⁵ In diesem Zusammenhang seien ‚Hoffahrt‘ – hier im Sinne der Selbstüberschätzung eigener ‚Unempfindlichkeit für erotische Verlockungen‘ – und ‚Müßiggang‘ besonders gefährliche Laster, welche, einmal eingerissen, leicht auch zur Unzucht verleiten würden.

Derlei Ausführungen zeigen doch recht deutlich, wie groß man die diesbezüglichen ‚Gefährdungen‘ der geistlichen Brüder im Orden selbst einschätzte. Schließlich empfiehlt das ‚Manuale‘ am Ende des betreffenden Abschnitts noch etwas konkreter Gegenmittel: Neben dem schon betonten ‚kräftigsten Mittel der Flucht‘ – also Vermeidungsverhalten – sind dies ‚Gottesforcht, Verspottung deß Sathans, Mortification, strenge Arbeith‘ ⁹⁶ sowie, last but not least, beständige psychische Verdrängungsarbeit:

„[...] und sobald dir ein unreiner Gedancken oder böses Verlangen der Unlauterkeit einfallet, gedencke behend auff ein erlittenes Unglück, Widerwärtigkeit, Kranckheit, Noth, oder was dergleichen [...] oder aber verfüge dich behend in das Krancken-Zimmer, betrachte allda die Elenen Zustand [...] führe zu Gemüth, wie bald es mit deß Menschen Gesundheit, Leben und Tod geschehen, wie erschrecklich einer sündigen Seel derselbe strenge Tag deß Todts, und Gerichts seyn müsse? Ob nit unsere Sünden dergleichen Straffen so vilerley elenden Zuständen verursache? In disem wirst du sicher ein kräftiges Mittel wider allerhand Anfechtungen finden [...]“. ⁹⁷

Wie aus diesem Zitat ersichtlich, wurde die konkrete Pflegearbeit im ‚Krancken-Zimmer‘ nicht nur als Areal möglicher ‚Versuchungen‘, sondern gleichzeitig auch aufgrund der damit verbundenen Konfrontation mit körperlicher Hinfälligkeit u. Ä. als eine zur Hintanhaltung derselben grundsätzlich sehr gut geeignete Tätigkeit verstanden. Dass die kontinuierliche sexuelle Enthaltensamkeit zumindest einem Teil der Ordensleute dennoch erhebliche Schwierigkeiten bereiten musste, drückt aber ebenso drastisch wie barock-blumig ein dem Ideal der ‚Reine[n] Keuschheit‘ gewidmetes – und u. a. zum Gesang vorgesehenes – Gedicht aus den ‚Guten Gedanken‘ von 1760 aus, das hier wiedergegeben sei:

„1. Streiten muß ich alle Tage, Ich den Feind herum selbst trage, Nemlich mein verdebtes Fleisch: Jedoch, nur durch Gottes Gnade (Die ich mir zur Hilf einlade) Kann ich bleiben rein, und keusch.
2. Will ich siegen, muß ich fliehen, Mich der G’legenheit entziehen, Meiden das verbotte G’schlecht:
Muß mich selbst vernünftig hassen, Mir nicht wohl geschehen lassen, Sonst bin ich ein Sklav, und Knecht.
3. Das schneeweiße Kleid verletzen[,] Wegen eines schlechten Fetzen, Wäre ja wohl ewig Schad; Auch ein Blick ist oft ein Pfeile: Drum, mein Aug! dich nicht verweile, Daß es dich nicht reu zu spath.“

95 Ebd., 536 f.

96 Vgl. als locus classicus: Sigmund FREUD, Die Verdrängung, in: Sigmund Freud, Gesammelte Werke, Bd. 10: Werke aus den Jahren 1913–1917 (Frankfurt am Main 1999), 248–261.

97 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 537 f.

4. Augen, Hände, Mund, und Ohren (Daß der Schatz nicht geh verlohren) Müßen eingeschränket seyn;
Läßt man alle Thüren offen, Kommt Cupido bald geloffen, Schleichet bis ins Herz hinein.
5. JEsu! laß mich lieber sterben, Als zu Grund gehn, und verderben, Durch ein stinkend-kurze Lust;
Jungfrausohn! ach! hilf mir kämpfen, Hilf mir all Begierde dämpfen, Dir mein Schwachheit ist bewust.⁹⁸

In Bezug auf die Bedeutung von Geschlechtlichkeit für das konkrete Pflegehandeln in den Ordensanstalten ist vor allem aber auch zu beachten, dass die Enthaltung von jeglicher sexuellen Betätigung innerhalb von Kloster und Hospital zweifelsohne nicht nur von den Ordensbrüdern, sondern auch von deren weltlichen Bediensteten sowie insbesondere von den Patienten selbst erwartet wurde – auch wenn ein solches Postulat, als selbstverständliches Gebot der ‚Sittlich-‘ und ‚Schicklichkeit‘, sich nirgends schriftlich formuliert findet. Zweifellos in Zusammenhang damit steht der Umstand, dass die weltlichen Mitarbeiter der Häuser der Barmherzigen Brüder in der Frühen Neuzeit nahezu ausschließlich männlichen Geschlechts waren⁹⁹ – nahezu, weil für den Bereich der Reinigung der Wäsche wohl teilweise eine Ausnahme gemacht wurde. Die hierzu beschäftigten Wäscherinnen wohnten aber außerhalb des Kloster- und Hospitalkomplexes (aber möglicherweise manchmal in benachbarten Zinshäusern, über welche die Barmherzigen Brüder zumindest im 18. Jahrhundert an mehreren Standorten verfügten), und sollten mit Ordensleuten nur den minimal notwendigen Kontakt bei der Übergabe und Rücknahme der zu reinigenden Wäschestücke pflegen.

Die Problematik der rigiden kirchlichen Lehren in Bezug auf das Sexualverhalten betraf zweifellos die Ordensleute selbst viel massiver als die meisten Patienten, deren Aufenthalt im Hospital ja in der Regel von kürzerer, überschaubarer Dauer war. In dem Zusammenhang ist auch die Frage nach den Besuchsmöglichkeiten bei Patienten, insbesondere für Frauen, zu sehen. Leider schweigen sich die vorhandenen Quellen hierüber weitestgehend aus. Es scheint aber, wie auch für andere Provinzen des Ordens dokumentiert, keinen *generellen* Ausschluss von Besucherinnen aus dem Hospitalbereich gegeben zu haben, weist doch etwa die Widmung des ‚Manuale‘ von 1681 auf die persönliche karitativ-pflegerische Tätigkeit der Fürstin Johanna Beatrix von Liechtenstein (ca. 1625–1676) in einem – wohl dem Feldsberger, Wiener und/oder Grazer – Hospital des Ordens hin.¹⁰⁰ Im Übrigen sprechen auch die ‚Guten Gedanken‘ von 1760 an einer Stelle von ‚Manns- und etwan Weibspersonen, die dem Krankendienst beywohnen‘.¹⁰¹

Anzunehmen ist, dass die Entscheidung über den Einlass ins Hospital zu Besuchszwecken durch den dafür in erster Instanz zuständigen Pförtner¹⁰² – und zwar für Personen beiderlei Geschlechts – je nach sozialem respektive ständischem Rang einerseits sowie konkreter, insbesondere familiärer, persönlicher Verbundenheit andererseits getroffen wurde, und etwa Ehefrauen, Müttern oder Töchtern eines Patienten sehr wohl der Besuch desselben – wohl primär

98 N. N., Gute Gedanken, wie Anm. 72, LXIV.

99 Vgl. WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 4, bes. 182–194.

100 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, o. S.

101 N. N., Gute Gedanken, wie Anm. 72, XXXI.

102 Vgl. zu diesem Amt: ebd., XII.

innerhalb bestimmter ‚Besuchszeiten‘ – gestattet war. Ausführlichere, förmliche Regulative hierfür scheinen, jedenfalls was das 17. und 18. Jahrhundert angeht, nicht bestanden zu haben, da sich hierzu in den erhaltenen Dokumenten, wie etwa dem „Manuale“ oder auch den Satzungen des Ordens, nicht einmal Hinweise finden. Gerade die Funktion der Anstalten als ‚Akutkrankenhäuser‘ wird diesbezüglich aber eine gewisse Flexibilität nahegelegt haben.

Vom Thema der ‚Klausur‘ sein nun der Übergang zum Aspekt der ‚Sicherheit‘ gemacht, welcher in den gegenwärtigen Modellen des Pflegehandelns gleichfalls als eigenständige Dimension angeführt wird: Hierbei handelt es sich um ein denkbar weites thematisches Feld; zunächst werden hier im Kontext des Pflegehandelns meist wohl Vorkehrungen zur physischen Sicherheit von – selbst vielleicht nur beschränkt einsichts- und handlungsfähigen – Patienten assoziiert. Diese Thematik war in den frühneuzeitlichen Ordenshospitälern der Barmherzigen Brüder durchaus bekannt; nicht zuletzt konnte es ja zu Gefährdungen auch der körperlichen Sicherheit der Pflegepersonen selbst kommen.

Hierauf bezieht sich etwa eine Strophe im „neuen Alphabet deß mühesamen doch höchst verdienstlichen Leben eines barmhertigen Bruder“, welches in der 1695 erschienenen Darstellung des Ordenslebens durch Joseph a S. Cruce enthalten ist: „In G’stanckt bey denen Wunden [/] Must du stehn lange Zeit / Biß daß sie seyn verbunden / Den Unflath tragen weit: [/] Willst wissen deinen Lohn? [/] Von den, der phantasieret / Ein Kopffstück tragst darvon.“¹⁰³

Zweifellos, unter anderem aus Gründen des Schutzes vor Verletzungen sowohl der Patienten selbst wie der Pflegepersonen, bestanden in den größeren frühneuzeitlichen Hospitälern der Barmherzigen Brüder daher sogenannte ‚Narrenzimmer‘, in welchen als selbst- und/oder fremdgefährdend eingestufte Kranke ‚sicherer‘ als in den allgemeinen Krankenzimmern verwahrt werden konnten.¹⁰⁴ Bedauerlicherweise enthalten die hierzu bislang aufgefundenen Quellen – Inventare sowie Krankenprotokollbücher – keine näheren Angaben zu deren Ausstattung, sondern begnügen sich mit allgemeinen Feststellungen der Art, es sei dort „alle Zugehörung“¹⁰⁵ vorhanden. Dass dieselbe auch Beschränkungsmittel, etwa Gurte oder Fesseln, umfasste, ist vorauszusetzen. Der Umgang gerade mit psychisch kranken Patienten in den Ordenskrankenhäusern hierzulande scheint aber, insbesondere im zeitgenössischen Vergleich, ein überraschend humaner und ‚liberaler‘, dabei mitunter auch therapeutisch beachtlich erfolgreicher gewesen zu sein, wie aus erhaltener Korrespondenz zu einzelnen längerfristig im Grazer Hospital untergebracht gewesenen Kranken hervorgeht.¹⁰⁶

Selbstredend gehören in den Bereich der Sorge für die körperliche Sicherheit der Patienten auch die nicht unbeträchtlichen hygienischen Vorkehrungen, über die weiter oben schon berichtet wurde, ebenso der – gleichfalls schon erwähnte – sehr bewusste Ausschluss von Menschen mit hochinfektiösen und -letalen Erkrankungen von der Behandlung in den allgemeinen Krankenhäusern der Ordens. In den frühneuzeitlichen Krankenanstalten der Barmherzigen

103 Joseph a S. CRUCE, Triumph-Porten, wie Anm. 24, 73.

104 Vgl. hierzu ausführlich: WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 4, bes. 365–388.

105 ABBG, K. 19: Inv. 1699.

106 ABBG, K. 39. Da der Verfasser des vorliegenden Beitrags gerade der Behandlung psychisch Kranker in den frühneuzeitlichen Hospitälern der Barmherzigen Brüder bereits eingehende Darstellungen gewidmet hat, sei hier nicht weiter auf diesen Aspekt eingegangen, sondern hierzu nochmals verwiesen auf: WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus, wie Anm. 4; WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 4; WATZKA, Mehr als bloß Exorzismus, wie Anm. 4; weiters: Carlos WATZKA, Interpretationen des Irrsinns, in: Archiv für Kulturgeschichte 85/1 (2003), 201–242.

Brüder wurde darüber hinaus auch versucht, den Patienten mentale, psychische Sicherheit zu geben; selbstredend geschah dies ganz auf der Basis der katholischen religiösen Lehren, ergo stets unter der Perspektive des zu erwerbenden Seelenheils über den Tod hinaus – und damit in einem Kontext, der in aktuellen Pflegemodellen unter dem Stichwort ‚existentielle Erfahrungen‘ angesprochen wird.

Diesem Aspekt des Wohlergehens der ihnen anvertrauten Kranken widmeten die Barmherzigen Brüder des 17. und 18. Jahrhunderts eine aus heutiger Perspektive in Umfang und Intensität kaum mehr nachvollziehbare Aufmerksamkeit. Deren Ausgestaltung wird überhaupt nur verständlich, wenn man bedenkt, dass sich das Leben der Ordensleute selbst – außerhalb der, wie aber gerade auch in den praktischen Tätigkeiten zum Wohl der Kranken – vollständig dem Religiösen, speziell dem Bemühen um die Erlangung des ‚ewigen Lebens‘ durch permanente ‚gute Werke‘ unter gleichzeitiger Vermeidung von Sünden, widmen sollte, und in der Regel sicher auch tatsächlich religiöse Praktiken einen Großteil der nicht unmittelbar mit anderen Arbeiten verbrachten Tages- respektive Lebenszeit einnahmen.

Das „Hand-Büchlein“ von 1681 referiert als diesbezügliche ‚Etappen‘ im Tagesablauf:

Nach dem Aufstehen:

- (1) Individuelles „Morgen-Gebett“ der Brüder¹⁰⁷
- (2) Gemeinsames Chorgebet der Brüder (5 Uhr morgens)¹⁰⁸

Nach einem ersten Dienst bei den Kranken:

- (3) Stundengebet der Brüder zum Hl. Augustinus¹⁰⁹
- (4) Frühmesse für Brüder und Kranke in der Ordenskirche¹¹⁰

Vor dem Frühstück der Kranken:

- (5) Gemeinsames Gebet der Krankenpfleger und der Patienten „für die Wolthäter“¹¹¹
- (6) Gesang des Psalms „Miserere“ im Krankensaal, Segnung der Patienten durch Priester/Superior¹¹²

Nach dem Frühstück der Kranken:

- (7) Gebete der Brüder vor und nach deren Essen¹¹³

Nach dem Nachmittagsdienst an den Kranken:

- (8) Gemeinsames Chorgebet und Gebet der Brüder für die Wohltäter des Ordens¹¹⁴
- (9) Prozession der Brüder in den Krankensaal, Gesang des „Miserere“ und Segnung der Kranken¹¹⁵
- (10) Nachmittägliches Stundengebet der Brüder zum Hl. Augustinus und weitere Gebete nach individueller Gewohnheit (Letzteres nach Möglichkeit auch zu anderen Zeiten des Tages)¹¹⁶

107 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 4–8.

108 Ebd., 8–11. Zur tageszeitlichen Einordnung vgl. ebd., 59.

109 Ebd., 14.

110 Ebd., 14–17.

111 Ebd., 19.

112 Ebd., 20.

113 Ebd., 23.

114 Ebd., 32.

115 Ebd., 32 f.

116 Ebd., 33.

Nach dem Abenddienst an den Kranken:

(11) Segnung der Novizen durch den Superior und gemeinsames Gebet derselben sowie individuelles Gebet der anderen Brüder¹¹⁷

(12) Gewissensforschung der Brüder, Singen von Psalmen und individuelles Abendgebet der Brüder vor dem Einschlafen¹¹⁸

Zu den Messen ist anzumerken, dass sich die Klosterkirche in unmittelbarer Nähe der Krankenräume befand, damit möglichst viele Kranke direkt daran teilnehmen konnten, und die Messe zudem im Krankensaal hörend mitverfolgt werden konnte. Regelmäßig wurde während der Messen zudem den Kranken, und besonders den Schwerkranken, die Kommunion *unter beiderlei Gestalt* angeboten.¹¹⁹

Besondere, individuelle geistliche Betreuung erhielten die Patienten – über die eben erwähnten, allgemeinen religiösen Handlungen im Krankensaal hinaus – bei der Aufnahme. Hierbei wurde der Kranke aufgefordert:

„[...] allererstens [zu] beichten, und zu Erlangung deß vollkommenen Ablaß [zu] communicieren [...], damit[,] wann velleicht dise Kranckheit ihm von GOtt als ein Straff der Sünden wäre zugeschickt worden, sie ihm widerumb durch Verzeihung der Sünden, und Nachlassung der verdienten Straff mittels diser heiligen Sacrament [...] wie auch deß darauff erlangenden Heil. Ablaß [...] nachgesehen und von Gott aufgehebt werde.“¹²⁰

Besondere ‚seelsorgliche‘ Aufmerksamkeit galt darüber hinaus natürlich den Schwerkranken und Sterbenden. Die im Rahmen der ‚Sorg der Sterbenden‘ vorgesehenen Handlungen sollten ebenso Trost und Linderung der Leiden in der aktuellen Lebenslage bringen wie einen in religiöser Hinsicht möglichst guten, das heißt von Sünden befreiten Übergang ins Jenseits sicherstellen sollten.¹²¹ Die diesbezüglichen Anweisungen im ‚Manuale‘ sind im Detail aber so umfassend, dass ihre nähere Erörterung einer anderwärtigen Publikation vorbehalten bleiben muss.

Ergänzt sei an dieser Stelle jedoch, dass in den Ordenshospitälern zweifellos auch für die sich nicht unmittelbar in Todesgefahr befindlichen Kranken reichlich Möglichkeit zur Inanspruchnahme individueller seelsorglicher Betreuung bestanden hat, auch wenn diese, wohl da weniger ‚formalisiert‘, in den einschlägigen Handbüchern nicht so eingehend dokumentiert ist. Zumindest in den größeren Häusern der Barmherzigen Brüder war aber, wie aus den erhaltenen ‚Personallisten‘ hervorgeht, zumindest einer der meist mehreren Ordenspriester vor Ort vorrangig für die geistliche Betreuung der Kranken abgestellt.¹²² Zudem, und dies erscheint im Hinblick auf die Möglichkeiten individueller Auseinandersetzung der Patienten mit existentiellen Fragen besonders hervorhebenswert, stand in den Krankensälen stets auch geistliche

117 Ebd., 35 f.

118 Ebd., 37 f.

119 Vgl. ebd., 53 f.

120 Ebd., 51 f.

121 Vgl. ebd., 61–124.

122 ABBW, K. Inventare I u. II: bes. Inv. Wien 1769, Inv. Wien 1772; ABBG, K. 19: bes. Inv. 1748.

Literatur – natürlich ausschließlich katholischer Prägung – zur Verfügung, insbesondere spezielle „Seelentrostbücher“¹²³ für Kranke.

Von den im „ABEDL-Modell“ angeführten Dimensionen des Pflegehandelns ist schließlich hier noch, als letzte ausständige, jene der sozialen Beziehungen zu thematisieren. Diesbezüglich ist zu differenzieren: Zunächst ist, was die Beziehungen der Kranken zu ihrer gewohnten ‚sozialen Umwelt‘ außerhalb der Krankenanstalt betrifft, festzuhalten, dass diese sicherlich durch die – wenn auch nicht vollständige – ‚Abschließung‘ der Ordenshäuser nach außen tendenziell eingeschränkt wurden. Jedoch waren Krankenbesuche von Personen mit ‚berechtigten Interessen‘, wie Familienmitglieder oder auch Arbeitgeber und Kollegen, zweifellos möglich, wie bereits dargelegt wurde. Genauere Informationen, etwa über Besuchszeiten, Anmeldeformalitäten o. Ä., fehlen für die hier behandelte Zeitspanne. Fest steht lediglich, dass nicht nur das Kloster, sondern auch das Hospital zur Nachtzeit geschlossen war, wobei aber, wie aus dem „Hand-Büchlein“ hervorgeht, für Außenstehende die Möglichkeit bestand, durch eine Glocke bei der Pforte auf sich aufmerksam zu machen.

Dann war es die Aufgabe des ‚Nachtwärters‘ im Krankensaal, nachzusehen, den jeweiligen Vorfall „alsobald dem Priori an[zu]deuten, und die jenigen, so begehrt werden, auff[zu]wecken“. Dahingehend erläutert das „Manuale“ weiter, dass solches Läuten zur Nachtzeit in der Regel „ohne Noth“ nicht geschehe, und nennt als typische Anliegen „Begehren eines Beichtvatters, [von] Medicin aus der Apothecken, oder sonst umb Hülff zu einem Patienten [außer Haus]“. ¹²⁴ Diese Ausführungen erwecken den Eindruck, als seien derartige nächtliche Anfragen etwas nicht allzu Ungewöhnliches gewesen; detailliertere Nachrichten hierzu sind den vorhandenen Quellen leider nicht zu entnehmen.

Was Umfang und Qualität sozialer Beziehungen der Patienten innerhalb der Hospitalorganisation betrifft, erscheinen wiederum zwei Aspekte unterscheidbar: Während für die meisten Patienten, die nicht isoliert, sondern in einem großen Krankensaal untergebracht waren, sicherlich beträchtlicher ‚Freiraum‘ zur Kommunikation untereinander gegeben war, scheint der soziale Austausch mit den pflegenden Brüdern dagegen deutlich eingeschränkt gewesen zu sein. Dies weniger – was heute eines der massivsten Probleme im Pflegebereich darstellt – im Sinne grundsätzlich fehlender zeitlicher Ressourcen der Pflegepersonen als hinsichtlich der von der Ordensorganisation gebilligten Inhalte eines kommunikativen Austauschs zwischen Kranken und Brüdern. Zwar wurden die Ordensleute in Texten wie dem „Manuale“, wie schon ausgeführt, immer wieder aufgefordert, sich den Patienten freundlich und geduldig zuzuwenden sowie insbesondere auf deren konkrete gesundheitliche Bedürfnisse stets achtsam zu sein, jedoch vermerkt das Kapitel „Von dem Essen der Religiosen“:

„[...] allemal, wann sie bey denen Krancken etwas berichten, sollen sie sich wohl in acht nehmen, auch keine andere als geistliche, und [praktisch] nothwendige Discursß und Reden führen, damit die Krancken nicht mit vil unnöthigen Schwätzen beladen, sondern in allen wohl aufferbauet werden.“¹²⁵

123 Ein derartiges Buch wird für den Krankensaal in Graz aufgelistet in: ABBG, K. 19: Inv. 1636. ABBW, K. Inventare I: Inv. Wien 1692, verzeichnet für das „Krankenzimmer“ dagegen: 6 „Predig undt Zuosprech Büchel“; ebd., Inv. Wien 1716, vermerkt detailliert: „[...] 2 Zuosprökh Büchl – 1 altes großes Predig Buch – 1 rechte Unterweisung eines Christen – 1 Von der Ewigkeit oder vier letzten Dingen [...] – 1 Evangelium Buch“.

124 LEO, Manuale oder Hand-Büchlein, wie Anm. 28, 59 f.

125 Ebd., 31.

Und an anderer Stelle, am Ende des Kapitels über die „Verrichtungen in der Infirmaria“, heißt es:

„Letztlichen, im fall anders nichts zu thun, noch zu verrichten, solstu allzeit [...] etwas geistliches lesen, oder betten, und niemahls mit denen Krancken ohne Noth, noch Vortheil eines geistlichen Nutzens und Frucht der Seelen, oder deß Leibes Gesundheit reden, oder in unnötigen Geschwätz die edle Zeit verlieren.“¹²⁶

Diese Anordnung wird, neben der klar ausgedrückten Missbilligung aus religiöser Sicht als ‚Zeitverschwendung‘ per se, noch untermauert durch den Hinweis auf die durch ‚sinnlose‘ Plaudereien mit Patienten womöglich verabsäumte Erfüllung der pflegerischen Pflichten gegenüber anderen Kranken, die sich in schlechterem Gesundheitszustand befinden: „Absonderlich aber soll man jederzeit wohl acht geben, und auffmercken auff die Jenigen, so schwächer seynd, unnd ihr Notturfft nicht [verbal] fordern können, damit man ihnen auff jedes Zeichen behend, und eylfertig beystehe, und ihren Willen, so vil es möglich, erfülle.“¹²⁷

Schluss

Im vorliegenden Beitrag wurde versucht, anhand der bislang zugänglich gewordenen Quellen Aufschlüsse zu einem für die historische Gesundheitsforschung ebenso interessanten wie schwierigen Thema zu gewinnen, nämlich der Pflegepraxis in frühneuzeitlichen Krankenhäusern, und zwar in diesem Fall konkret solchen des Hospitalordens des Heiligen Johannes von Gott im Gebiet des heutigen Österreich während des 17. und 18. Jahrhunderts. Insbesondere das mit insgesamt über 600 Druckseiten sehr umfangreiche, hier erstmalig für die Forschung erschlossene „Manuale oder Hand-Büchlein Religions B. Joannis Dei“ aus dem Jahr 1681 enthält, wie deutlich wurde, eingehende Darlegungen darüber, wie auch die konkrete Pflegepraxis gestaltet werden *sollte*. Auch hierbei (offenbar regelmäßig) auftretende Probleme werden thematisiert, sodass diese Quelle weit mehr an Informationen bietet, als eine bloße Sammlung formeller Vorschriften, wie sie etwa die Regeln und Konstitutionen des Ordens darstellen – insbesondere, wenn sie, wie es hier versucht wurde, im Kontext der sonst zu Gebote stehenden Quellen untersucht wird, die zu den konkreten, die praktische Krankenpflege tangierenden Gegebenheiten in den Ordenshospitälern vorhanden sind. Somit konnte ein plastisches Bild von den bislang teilweise ganz im Dunkeln gelegenen Pflegepraktiken gezeichnet werden, von welchem allerdings unbedingt im Kopf behalten werden sollte, dass es sich dennoch zum größten Teil eben um Schilderungen von – seitens der Ordensorganisation – gewünschten und/oder typischen Situationen und Abläufen handelt; die wahrscheinlich mannigfachen Variationen und wohl auch Devianzen der tatsächlichen Praxen sind allenfalls gelegentlich quellenmäßig dokumentiert und daher zum Großteil einer historischen ‚Rekonstruktion‘ unzugänglich. Die eingehende inhaltliche Analyse der genannten Materialien konnte aufzeigen, dass ein

126 Ebd., 55.

127 Ebd., 55 f.

Großteil der gegenwärtig als grundlegende Dimensionen des Pflegehandelns verstandenen Thematiken auch in den Pflegekonzeptionen und -praktiken der frühneuzeitlichen Ordenskrankenhäuser der Barmherzigen Brüder von Bedeutung war, wenn auch sich deren konkrete Ausgestaltungen, wenig überraschend, von den heutigen Gegebenheiten teils erheblich unterschieden.

Informationen zum Autor

Priv. Doz. Mag. Dr. Carlos Watzka, Dozent für Soziologie an der Universität Graz und der Fachhochschule Joanneum Graz, Institut für Soziologie, Universitätsstraße 15/G4, 8010 Graz, E-Mail: carlos.watzka@uni-graz.at

Forschungsschwerpunkte: Medizin- und Gesundheitssoziologie und -geschichte, Historische Soziologie und Sozialgeschichte, Armutsforschung sowie Soziologie abweichenden Verhaltens und sozialer Kontrolle

Alfred Stefan Weiß

Das Spital vor Ort. Die Institution in Radkersburg als Ort des Alterns?

English Title

The Local Hospital. The Institution in Radkersburg as a Place of Old Age?

Summary

Radkersburg was first mentioned in writing in 1182, while the documentation of its settlement and establishment as a town dates back to 1299. Nearly 120 years later, in 1421, the Hospital of the Holy Spirit was also mentioned for the first time, though this charitable institution may be significantly older. In 1542, its inhabitants were allowed to move into the Augustinian Monastery that had been abandoned during the Reformation, but fires in the years 1595 and 1607 burned the building down to its foundations. Sources from 1595 distinguish between the town hospital and the so-called Grieb hospital in the town's castle keep below St. Peter's Church (today Gornja Radgona, Slovenia). This protestant institution of the "griesser", the inhabitants of the suburbs, was taken over by the city council after they had left and their institution declined. The actual town or public hospital was used by the Capuchins who initiated a new, quiet phase of re-conversion in Radkersburg.

Based on a source from the first half of the 18th century, the following investigates to what extent the hospital in Radkersburg was characteristic of the Duchy of Styria and principally served as an old-age home. Although there is no evidence of source materials of the city's secular foundation charters in the Styrian State Archives in Graz and important questions thereby remain unanswered, the instruction for the hospital master (July 8th 1781), a comprehensive list of those who applied to be submitted to the hospital (104 applicants) as well as further archival sources help to determine the group of people who were primarily taken care of until 1920.

Keywords

Radkersburg, Duchy of Styria, Gornja Radgona (Slovenia), Early Modern Times, hospitals, old age

Einleitung

Im April 1747 bat Johann Schwaiger, ein blinder Witwer – der klassische arme, alte Mann –, um Aufnahme in das Bürgerspital der an der Mur gegen das Königreich Ungarn hin gelegenen, befestigten landesfürstlichen Grenzstadt Radkersburg, die damals knapp 200 Häuser zählte. Dieser Mann war 72 Jahre alt, hatte sieben Kinder großgezogen, die jedoch nicht für ihn sorgen konnten oder wollten. Da kein Platz im örtlichen Spital frei war, konnte sein Bittgesuch zunächst nicht positiv erledigt werden. Der Antragsteller nützte allerdings die relevanten Informationskanäle der Stadt, um die wichtige Tatsache in Erfahrung bringen zu können: „Zuemallen aber inmitler zeith sich eraignet hat, daß ersthin eine daselbstige spitallerin nambens Barbara Huebmayrinn das zeitliche gesegnet, weliches vacant wordenes orth in dem spitall hinwiderumb mit einem armben verlassenen ersetzt werden mueß.“¹ Johann Schwaiger erneuerte sofort seine Supplik aufgrund seiner höchst „antringenden armueth“ und wandte sich an den Dechant von Radkersburg Martin Eberle (Eberlein) und an den Spitalmeister Joseph Gögleis, die ihm behilflich sein sollten, dass er bei dieser „vacant wordenen stöll in das allhiesige spitall vor allen andern aufgenomben werden möchte“.²

Radkersburg wurde im Jahr 1182 erstmals schriftlich erwähnt, die Ansiedlung ist seit 1299 als Stadt urkundlich belegt.³ Knapp 120 Jahre später, 1421, berichten die archivalischen Quellen verlässlich über das Spital zum Hl. Geist, doch dürfte diese Einrichtung deutlich älter sein.⁴ Stellt man nunmehr grundsätzlich die Frage nach der Anzahl der Versorgten und der Pflegeplätze im Herzogtum Steiermark nach 1750, so lassen sich dafür nur Näherungswerte angeben, die letztlich ernüchternd sind. Die Steiermark zählte zu diesem Zeitpunkt etwa 700.000 Einwohner/-innen, denen annähernd 100 Spitäler gegenüberstanden. Eine seitens der maria-theresianischen Regierung in den Jahren 1754/55 durchgeführte Erhebung brachte als Ergebnis, dass in Summe lediglich ca. 1.330 Kinder, Frauen und Männer (das bedeutet ca. 0,2 % der Bevölkerung) in diesen Häusern dauerhaft versorgt werden konnten oder anders formuliert: Bloß jede/r 530. Steirer/-in wohnte und lebte um 1750 in einer derartigen Einrichtung. Zieht man die Werte für die Stadt Radkersburg heran, so werden um 1790 noch 14 Personen (acht Frauen und sechs Männer) im Spital aufgelistet. Es bleibt ferner zu bedenken, dass

1 Diözesanarchiv Graz-Seckau, Pfarrarchiv Radkersburg, Sch. 29, H. 220, Bitte Johann Schwaigers um Aufnahme in das Spital in Radkersburg, 1747 April 24. Folgende Abkürzungen werden im Beitrag verwendet: A. = Archiv; ADGS = Diözesanarchiv Graz-Seckau, Graz; H. = Heft; K. = Karton; PfA = Pfarrarchiv; RuK = Repräsentation und Kammer; Sch. = Schachtel; StLA = Steiermärkisches Landesarchiv, Graz.

2 Ebd.; vgl. 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 u. a., Hg., Armut auf dem Lande. Mitteleuropa vom Spätmittelalter bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts (Wien–Köln–Weimar 2010), 175–201, hier 176; Martin SCHEUTZ / Alfred Stefan WEISS, Spital als Lebensform. Österreichische Spitalordnungen und Spitalinstruktionen der Neuzeit (= Quelleneditionen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 15/1–2, Wien–Köln–Weimar 2015), 208.

3 Vgl. Heinrich PURKARTHOFFER, Radkersburg. Alte Rechtstitel, Kirche und Burg, Markt und Stadt, Siegel und Wappen, in: Heinrich Purkarthofer u. a., Hg., Festschrift 700 Jahre Bad Radkersburg. 1299–1999 (Bad Radkersburg 1999), 13–45, hier 13, 32, 35, 37.

4 Vgl. Ute WEINBERGER, Armenversorgung der Stadt Radkersburg vom Beginn der Neuzeit bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung des Bürgerspitals, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 1993), 26; SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 208.

die deutliche Zunahme der Ressourcen und damit der Versorgungsplätze in der Zeit vom Jahr 1500 (ca. 890) bis ca. 1750 durch das Gesamtbevölkerungswachstum in demselben Zeitraum deutlich übertroffen wurde. Lebten um 1750 beinahe doppelt so viele Menschen im Herzogtum wie zu Beginn des 16. Jahrhunderts, so waren hingegen die Insassenkapazitäten lediglich um die Hälfte angewachsen. Es überrascht nicht wirklich, dass sich Spitäler vornehmlich in Städten und Märkten fanden, in den Dörfern bildeten diese Einrichtungen eher die Ausnahme. Das Angebot differierte ebenso deutlich von Nord nach Süd. Zwischen der ökonomisch deutlich besser situierten Ober- und der Untersteiermark konnte eine markante Differenz im Verhältnis der Anstalten von vier zu eins festgestellt werden, hinsichtlich der Aufnahmechance rangierte die Untersteiermark noch schlechter (Landesdurchschnitt 1 zu 530, Obersteiermark 1 zu 270, Untersteiermark 1 zu 1.620).⁵

Gestützt auf diese Vorbemerkungen lautet nun die Forschungsthese folgendermaßen: Das spätmittelalterlich-frühneuzeitliche Spital in Radkersburg war eingebunden in die steiermärkische Spitallandschaft und die Anstalt diente in erster Linie der Altersversorgung.

Die historische Entwicklung des Spitals vor Ort

Lässt sich die Gründung des Bürgerspitals vermutlich im 14. Jahrhundert kaum nachzeichnen, so wissen wir auch über die Stifter/-innen des Hauses im Grunde nichts.⁶ Wie der zur Auskunft verpflichtete Spitalmeister Joseph Neubauer im September 1754 mehr oder minder hilflos nach Graz zu berichten wusste, war beinahe der gesamte Ort im Jahr 1607 mit Ausnahme von acht Häusern ein Raub der Flammen geworden, auch das Spital und die Gründungsdokumente waren seiner Meinung nach vernichtet worden. Es stellt sich allerdings die Frage, ob nicht schon bei der schrecklichen Brandkatastrophe am 17. Juni 1595, welche 92 Bürgerhäuser inklusive des Bürgerspitals mitsamt seinen Getreidevorräten zerstörte, das Archiv ebenfalls zur Gänze ruiniert worden war. Seit 1718 bzw. 1724/25 hatte man wiederholt im Herzogtum Steiermark den Städten und Märkten Informationen zu den Spitälern und deren Vermögen abverlangt, allerdings bei vielen Anstalten ähnliche Antworten erhalten: Die Dokumente waren

5 Vgl. Carlos WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (= Menschen und Kulturen. Beihefte zum Saeculum. Jahrbuch für Universalgeschichte 1, Köln–Weimar–Wien 2005), 182–184; 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 (= Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 36, Graz 2007), 21–52; Helfried VALENTINITSCH, Armenfürsorge im Herzogtum Steiermark im 18. Jahrhundert, in: Zeitschrift des Historischen Vereines für Steiermark 73 (1982), 93–114, hier 100–101; WEISS, Hund, wie Anm. 2, 177–178; Alfred Stefan WEISS, „Spittall in gröster gefahr“. Das Hospital als zentrale Institution der geschlossenen Armenfürsorge (1500–1850), in: Meinhard Brunner / Elke Hammer-Luza, Red., Von den Ärmsten wissen wir nichts ... Zur Geschichte der Armut in der Steiermark (= Forschungen zur geschichtlichen Landeskunde der Steiermark 74, Wien–Graz–Klagenfurt 2015), 178–205, hier 180–181; N. N., Statistisch-geographische Uebersicht der drey Herzogthümer Steyermark, Kärnthen, Krain und der Grafschaft Tyrol [...] (Frankfurt am Main–Leipzig 1793), 82.

6 Vgl. J[akob] WICHNER, Beiträge zu einer Geschichte des Heilwesens, der Volksmedizin, der Bäder und Heilquellen in Steiermark bis incl. Jahr 1700, in: Mittheilungen des Historischen Vereines für Steiermark 33 (1885), 3–123, hier 68.

entweder verloren gegangen, nicht auffindbar, bei Großbränden zerstört worden oder lagen bereits in Graz auf.⁷ Durch diese Brände wurden nicht nur wichtige Unterlagen vernichtet, sondern auch die Spitalgebäude beschädigt. Die damit einhergehenden erschwerten Wohnbedingungen erklären, warum das Spital kein Eldorado für sozial beeinträchtigte Personen sein konnte, wie dies der steirische Soziologe und Historiker Carlos Watzka so einprägsam formuliert hat.⁸

Die erste dokumentierte Anstalt befand sich in räumlicher Verbindung mit der Heiligen-Geist-Kirche in der Nähe des Grazer Tors (südlicher Abschluss der Langgasse), doch sind diese Gebäude nicht bis in die Gegenwart erhalten geblieben. An deren unmittelbarer Stelle steht gegenwärtig das Haus Langgasse Nr. 6, das noch immer das Zeichen des Hl. Geistes trägt.⁹ Um 1789/90 wurde die Kirche profaniert und das Gebäude durch Kauf dem Armeninstitut überlassen, welches es durchaus erfolgreich für Theateraufführungen nutzte, deren Erlöse den städtischen Armen zugutekamen.¹⁰

Nach der Auflösung des durch die Reformation verödeten Augustinerklosters (Theatergasse) im Jahr 1542 baten die Vertreter der Stadt um die Transferierung des Spitals in die nunmehr ungenutzten Räumlichkeiten. Die Zustimmung Erzherzog Ferdinands I. erfolgte am 14. Februar 1542, jedoch verbunden mit der strikten Auflage, die gesamten Einkünfte des Klosters künftig den Armen zu widmen.¹¹ Bereits im Jahr 1528 waren im Rahmen einer allgemeinen Landesvisitation zahlreiche Anhänger Luthers auch in Radkersburg festgestellt worden, doch der Stiftungseifer für das Spital versiegte erst langsam. 13 Jahre später erklärte sich die Stadt Radkersburg neben Graz und einigen Adeligen protestantisch, um so ihre konfessionellen Forderungen durchzubringen (Abschluss des sogenannten Brucker Libells 1578, niemand sollte wegen seiner Religion verfolgt werden, für die Städte und Märkte behielt sich allerdings Erzherzog Karl I. besondere diesbezügliche Dispositionen vor). Tatsächliche Erfolge im Sinn der (Re-)Katholisierung erzielte erst Martin Brenner (1584–1615), einer der bemerkenswertesten Bischöfe von Seckau, der Radkersburg mehrfach visitieren und im Dezember 1599 die Stadt einnehmen ließ. Richter und Räte sowie andere Würdenträger verloren ihre Ämter, lutherische Bücher wurden massenhaft verbrannt. Wer den Gehorsamseid auf die

7 StLA, RuK, Sach 127 I, K. 400, Bericht des Spitalmeisters von Radkersburg, Joseph Neubauer, 1754 September 26, fol. 167^r–169^v (Fragen 1–3); vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 208; WEINBERGER, Armenversorgung, wie Anm. 4, 26–27; Gerhard DIRNBERGER, Die Geschichte der landesfürstlichen Stadt Radkersburg vom Beginn der Neuzeit bis zum Regierungsantritt Maria Theresias, unveröffentlichte Dissertation (Universität Graz 1973), 241–245; Gerhard PFERSCHY, Der große Brand von Radkersburg anno 1607, in: Blätter für Heimatkunde 35 (1961), 112–116.

8 Vgl. WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 5, 53.

9 Vgl. Georg KODOLITSCH, Radkersburg. Kunstgeschichtlicher Stadtführer (Graz 1974), 39–40; Sepp SZEDONJA, Bauen in Bad Radkersburg im Wandel der Zeit, in: Hermann Kurahs u. a., Red., Bad Radkersburg. Naturraum und Bevölkerung, Geschichte, Stadtanlage, Architektur (Bad Radkersburg 1997), 215–252, hier 236; Heimo KAINDL / Alois RUHRI, Pfarre Bad Radkersburg (Bad Radkersburg 1990), 23.

10 ADGS, PfA Radkersburg, Sch. 24, H. 155–158; ebd., Sch. 25, H. 168; vgl. WEINBERGER, Armenversorgung, wie Anm. 4, 84, 87–88; Archiv der Stadt Radkersburg, Bestand Theaterplakate (Onkel Adam und Nichte Eva, 1831 Dezember 31, freundlicher Hinweis von Frau Mag. Beatrix Vreča, Museum im alten Zeughaus der Stadt Bad Radkersburg).

11 Vgl. DIRNBERGER, Stadt Radkersburg, wie Anm. 7, 154; SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 208; WEISS, Hund, wie Anm. 2, 178.

katholische Kirche und den Landesfürsten verweigerte, musste das Land innerhalb von drei Tagen verlassen, die evangelische Kirche mit Friedhof, Schul- und Mesnerhaus wurde schließlich im Mai 1600 von Soldaten gesprengt.¹²

Durch die erwähnten Brände in den Jahren 1595 und 1607 dürfte die „geordnete [katholische] Anstaltstätigkeit“ eventuell zum Erliegen gekommen sein, denn noch 1617 wird das ehemalige Augustinerkloster als „abgebrunnen“ bezeichnet. Von Bedeutung ist ferner, dass im Jahr 1595 erstmals zwischen dem „gemeinen stattspital“ und der sogenannten Grießerischen Anstalt im Burgfried der Stadt unterhalb der St. Peterskirche (heute Gornja Radgona, Slowenien) unterschieden wurde. Wer für die Gründung dieser kurzlebigen, vermutlich protestantischen Institution letztendlich verantwortlich war, kann heute nicht mehr ohne verbleibende Zweifel geklärt werden: Einerseits wird Jakob Grießer, 1557 bis 1559 landschaftlicher Rechnungsleger für „staatsgebeu und grabenarbeit“, angeführt, andererseits werden die „griesser“,¹³ die Bewohner/-innen der Vorstadt, für diese ebenfalls bürgerliche Stiftungsstiftung genannt. Nach der Ab- und Auswanderung der „griesser“ und dem Verfall ihrer Anstalt erging vom Rat der Stadt der Vorschlag an Erzherzog Ferdinand II., beide Spitäler zu vereinigen.¹⁴ Erwähnenswert ist auf jeden Fall die künftige Lage der karitativen Institution am Rand der Stadt, sie bewegte sich vom Ortszentrum an die Peripherie, ein äußerst seltenes Phänomen.¹⁵

Die freien Räumlichkeiten innerhalb der Stadt wurden nun von den Kapuzinerpatres beansprucht, die im Gegensatz zu Bischof Brenner eine Phase der stilleren katholischen Wiederbekehrung in Gang brachten (1817 Aufhebung des Klosters). Im Dezember 1618 genehmigte Erzherzog Ferdinand II. die Übersiedlung der Armen in das jenseits der Mur gelegene „Grießerische stiftungsstöckl“ und ersparte Radkersburg den kostspieligen Neubau eines Spitals, der ohnedies an den fehlenden finanziellen Mitteln gescheitert wäre. Das Haus mit spätmittelalterlichem Kern, dessen Äußeres und Reste von Fresken aus dem 18. Jahrhundert stammen, blieb bis 1920 in Verwendung. Das Gebäude musste in diesem Jahr geräumt werden und die Anstalt verlor ihre Besitzungen am rechten Murofer. Nach der neuen Grenzziehung übersiedelten die Pfründner in die Platzkaserne am Hauptplatz der Stadt Radkersburg. Neben dem ehemaligen Spital befanden sich der Meierhof und ein Großteil der Güter in oder in der Nähe

12 Vgl. DIRNBERGER, Stadt Radkersburg, wie Anm. 7, 191–203; allgemein zur Situation in der Steiermark Regina PÖRTNER, Die Gegenreformation in der Steiermark (Innerösterreich), in: Rudolf Leeb / Susanne Claudine Pils / Thomas Winkelbauer, Hg., Staatsmacht und Seelenheil. Gegenreformation und Geheimprotestantismus in der Habsburgermonarchie (= Veröffentlichungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 47, Wien–München 2007), 376–385.

13 WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 5, 25; WEINBERGER, Armenversorgung, wie Anm. 4, 27; SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 208.

14 Vgl. DIRNBERGER, Stadt Radkersburg, wie Anm. 7, 154–155, 168–169, 174–175; WEINBERGER, Armenversorgung, wie Anm. 4, 24–25.

15 Vgl. Alfred Stefan WEISS, Karitativer Stadtraum oder jeder Stadt ihr Hospital – Anmerkungen zur frühneuzeitlichen institutionellen Armenversorgung in österreichischen Städten und Märkten, in: Lukas Morscher / Martin Scheutz / Walter Schuster, Hg., Orte der Stadt im Wandel vom Mittelalter zur Gegenwart. Treffpunkte, Verkehr und Fürsorge (= Beiträge zur Geschichte der Städte Mitteleuropas 24, Innsbruck–Wien–Bozen 2013), 447–472, hier 453.



Abb. 1: Das alte Spital in Oberradkersburg (Gornja Radgona, Slowenien; Foto Alfred Stefan Weiß, Oktober 2015)

von Oberradkersburg/Gornja Radgona, sodass slowenische Sprachkenntnisse für den jeweiligen Spitalmeister beinahe unerlässlich waren, da es mit „den dulmätischen [...] eine harte sach“¹⁶ war.

Im 19. Jahrhundert wohnten in der ehemaligen Versorgungsanstalt noch immer „Pflegerlinge“, ein Teil des Hauses war vermietet worden. Vor dem Zweiten Weltkrieg brachte man darin die Schule unter, später wiederum Wohnparteien, im Erdgeschoss über Jahre eine Diskothek, im Obergeschoss bereits ein Museum. Nach der Jahrtausendwende wurde das Objekt dauerhaft geschützt (Museum Špital). Im Jahr 2004 wurde mit dem Austausch des Daches begonnen, in den Jahren 2011 bis 2013 die Renovierung abgeschlossen und ein Museum mit einem öffentlichen Programm eingerichtet (Sammlung aus Gegenständen und Dokumenten aus der Region um Gornja Radgona, archäologische Ausgrabungen vom Schlossberg). An der Westseite des Gebäudes wurde ein Brunnen entdeckt, der nach seiner Sanierung in das Konzept des Hauses eingebunden werden konnte. Gegenwärtig erinnert das Gebäude mit seinem Aussehen an ein Bürgerhaus aus dem Ende des 17. Jahrhunderts.¹⁷

16 SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 209. Vgl. WEINBERGER, Armenversorgung, wie Anm. 4, 27, 33; Friedrich VLASATY, Das Spital in der steirischen Geschichte von seinen Anfängen bis zum Ausgang des 17. Jahrhunderts. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Steiermark, unveröffentlichte Dissertation (Universität Graz 1950), 42; KODOLITSCH, Radkersburg, wie Anm. 9, 25–26; Heinrich LECHNER, Radkersburg. Ein Heimatbuch (Graz 1931), 77–78; Franci JUST, Gemeinde Gornja Radgona (Murska Sobota 2007), 61–62, 88.

17 Vgl. die Schautafeln im Museum Špital, Gornja Radgona, Slowenien.



Abb. 2: Die ehemalige Spitalkapelle im Museum Špital (Gornja Radgona, Slowenien) wird heute für Trauungszeremonien genutzt (Foto Alfred Stefan Weiß, Oktober 2015)

Der Ort des Alterns

Eine Hofverordnung Kaiser Karls VI. vom 8. Februar 1718, welche die „Abschaffung“ der Bettler/-innen anstrebte und zugleich den Zustand der Spitäler erheben sollte, wurde zeitverzögert vom Dekanat Radkersburg erst am 2. Juni dieses Jahres beantwortet. Das Spital „ausser der Statt“ beherbergte zwölf Arme in Anspielung auf die zwölf Jünger Christi und konnte sich zu diesem Zeitpunkt aufgrund wirtschaftlicher Rückschläge (so war die Mühle an der Mur durch „eysstoss“ zerstört worden) sowie nötiger Bauarbeiten am Haus nur mit Mühe erhalten. Die Anzahl der Insassen und Insassinnen konnte zunächst nicht vermehrt werden, man hoffte jedoch auf künftige Überschüsse, um damit arme, kranke Bürger/-innen sowie „pettlhafte wail“¹⁸ aufnehmen zu können. Die Wartezeit auf den begehrten Platz im Spital betrug im 18. Jahrhundert allerdings bis zu fünf Jahre.¹⁹

Lud der typische Opferstock an der Außenseite der Radkersburger Einrichtung die Vorübergehenden und -reisenden auch zur Almosengabe ein, so konnten damit kaum größere Beträge eingeworben werden.²⁰ Negativ wirkten sich ferner der Korruptionsverdacht und die

18 ADGS, PfA Radkersburg, Sch. 29, H. 220, Antwortschreiben des Dekanats Radkersburg, 1718 Juni 2.

19 Vgl. WEINBERGER, Armenversorgung, wie Anm. 4, 74.

20 Vgl. DIRNBERGER, Stadt Radkersburg, wie Anm. 7, 165.

tatsächliche Korruption der Spitalmeister aus, welche überdies die Spendentätigkeit zum Erlahmen bringen konnten.²¹ Zwischen 1718 und 1794 stagnierte daher die Zahl der versorgten Personen im Bürgerspital und veränderte sich nur sehr geringfügig: 1718 12 (w/m), 1754 12 (w/m), 1756 13 (w/m) und 1794 14 Insassen und Insassinnen (8 w/6 m).²²

Beim Versuch der maria-theresianischen Verwaltung im Sommer 1754, u. a. auch das Alter und den Fonds der Radkersburger Anstalt zu benennen, wurde der genaue Personenkreis, der im Spital Aufnahme finden sollte, definiert: „Die eigenschaft der in daß spital komenten armen persohnen ist, daßselbe alt- vnd erarmete burgers kinder sein miessen, welche sich selbst nicht ernöhren können.“²³ Für die Aufnahme der alten Frauen und Männer waren seit den 1720er Jahren nicht mehr Bürgermeister, Richter und Rat zuständig, sondern die in Graz tätige Landes-sicherheitshofkommission. Der Spitalmeister musste in Zusammenarbeit mit dem Ratsgre-mium jedoch zuvor dieser Behörde einen „gewissenhaften“²⁴ Bericht vorlegen, wer überhaupt in Frage kam.

Nach der Aufgabe der Meierei um 1750 erhielten die Hausinsassen und Hausinsassinnen lediglich fünf Kreuzer täglich zu ihrer Verpflegung (als Vergleich: im Bürgerspital Rottenmann magere drei Kreuzer, im Spital Gleisdorf zumindest sechs Kreuzer), durchaus eine problematische Tatsache für ältere Menschen, die kaum mehr für sich selbst sorgen konnten, allerdings durften sie die „Foundation“²⁵ lebenslänglich genießen. Die Geldversorgung in der Höhe von fünf Kreuzern (respektive sieben Kreuzern inklusive des Weingeldes) blieb bis gegen Ende des 18. Jahrhunderts unverändert und führte spätestens in den Kriegsjahren gegen Frankreich aufgrund der Inflation zu einer schlechteren Versorgung. Die Anstaltsbewohner/-innen der Region kochten ihr Essen selbst oder kauften es teilweise völlig überteuert. Am Land ließ der Spitalmeister bisweilen bloß Naturalien austeilen, da die Insassen und Insassinnen mit Geld nur wenig vor Ort einkaufen konnten.²⁶ Die Frauen und Männer hatten um 1780 als Dank für das Erzhaus Österreich und die Regierung der Habsburger sowie auch die Wohltäter/-innen zu beten; alle Sonn- und gebotenen Feiertage mussten sie bei der Messe erscheinen und diese andächtig hören.²⁷

21 Vgl. WEINBERGER, Armenversorgung, wie Anm. 4, 32–33; WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 5, 57.

22 StLA, RuK, Sach 127 I, K. 400, Bericht des Spitalmeisters von Radkersburg, Joseph Neubauer, 1754 September 26, fol. 167^r–169^v (Frage 7); vgl. VALENTINITSCH, Armenfürsorge, wie Anm. 5, 112; N. N., Uebersicht, wie Anm. 5, 82.

23 StLA, RuK, Sach 127 I, K. 400, Bericht des Spitalmeisters von Radkersburg, Joseph Neubauer, 1754 September 26, fol. 167^r–169^v (Frage 8).

24 Ebd., (Frage 9); vgl. Gernot Peter OBERSTEINER, Theresianische Verwaltungsreformen im Herzogtum Steiermark. Die Repräsentation und Kammer (1749–1763) als neue Landesbehörde des aufgeklärten Absolutismus (= Forschungen zur Geschichtlichen Landeskunde der Steiermark 37, Graz 1993), 194–204; DIRNBERGER, Stadt Radkersburg, wie Anm. 7, 155. Wie Carlos Watzka jedoch zu Recht bemerkt, wurde z. B. im Fall von Radkersburg nur eine indirekte Form von Kontrolle ausgeübt. Die landesfürstlichen Beamten ernannten den Stadtrichter und den Dechant der Stadt zu Inspektoren und griffen auf diese Weise in die vorhandenen Strukturen nicht wirklich ein, sondern dokumentierten lediglich ihre Eingriffsmöglichkeiten; vgl. WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 5, 63.

25 StLA, RuK, Sach 127 I, K. 400, Bericht des Spitalmeisters von Radkersburg, Joseph Neubauer, 1754 September 26, fol. 167^r–169^v (Fragen 11–12); vgl. WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 5, 75; SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 211.

26 Vgl. VALENTINITSCH, Armenfürsorge, wie Anm. 5, 109; WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 5, 74–75.

27 StLA, RuK, Sach 127 I, K. 400, Bericht des Spitalmeisters von Radkersburg, Joseph Neubauer, 1754 September 26, fol. 167^r–169^v (Frage 10); vgl. Martin SCHEUTZ / Alfred Stefan WEISS, Die Spitalordnung für die österreichi-

Nicht unbedingt der Regel entsprach es, dass die Armen, Alten und Kranken ein Einzelbett für sich nützen konnten. Ein erhaltenes Inventar des Jahres 1743 belegt, dass den 13 Bewohnern und Bewohnerinnen der Radkersburger Einrichtung tatsächlich 13 Betten zur Verfügung standen. Neben diesem Personenkreis wohnten eventuell noch ein bis drei Angestellte, mit Sicherheit jedoch der bis in die 1750er Jahre belegte und als „Schaffer“ bezeichnete Spitalaufseher, im Haus.²⁸

Der Spitalmeister, gelegentlich als „Schaffer“ titulierte,²⁹ musste bei seinem Amtsantritt einen Eid leisten und eine hohe Kautions stellen, überdies wurden ihm das Inventar und eine detaillierte Dienstinstruktion übergeben.³⁰ Er war für die umfassende Betreuung der überwiegend alten Menschen zuständig und verpflichtet, auf sie „ein wachtsames Aug zu tragen, sonderheitlich aber dahin auch fleißig zu invigiliren, damit selbe die vorgeschriebenen Satzungen auf das genaueste beobachten“.³¹ Für Radkersburg konnte bisher keine eigene Spitalordnung nachgewiesen werden, möglicherweise verlas man zu bestimmten Terminen die am 22. September 1731 in Wien publizierte Generalspitalordnung, die sich besonders an arme, alte, kranke und gebrechliche Leute richtete, und hing die „Regulen / und Satzungen“³² zusätzlich öffentlich in der Anstalt aus. Die Hausregeln spiegeln sich ansatzweise in der Instruktion für den Spitalmeister aus dem Jahr 1781 wider: Dieser hatte für die Realisierung der Stiftungen Sorge zu tragen, die Einhaltung der „Satzungen“ zu überwachen, den Vorbeter und die Insassen und Insassinnen an ihre religiösen Pflichten zu erinnern und die Beichttermine zu den heiligen Zeiten nicht in Vergessenheit geraten zu lassen.³³ Von Bedeutung war ferner, dass sich die Zusammenarbeit zwischen der Hausklientel und dem Spitalmeister-Ehepaar friedlich gestaltete, auch die Insassen und Insassinnen untereinander sollten und durften nicht streiten, ein allzu frommer Wunsch, der wohl kaum die Realität wiedergab. Im Zeitalter der Aufklärung und der Hygiene legten die Verantwortlichen Wert auf „saubrigkeit“³⁴ und Vermeidung von Müßiggang im Spital. Wer von den alten und kranken Menschen noch zu geringer Arbeitsleistung fähig war, musste sich entsprechenden Forderungen des gebieterischen, allmählich leistungsorientierten Staates beugen.³⁵ Obwohl den armen Insassen und Insassinnen nur Geld

schen Hofspitäler im 16. Jahrhundert, in: Martin Scheutz u. a., Hg., Quellen zur europäischen Spitalgeschichte in Mittelalter und Früher Neuzeit / Sources for the History of Hospitals in Medieval and Early Modern History (= Quelleneditionen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 5, Wien–München 2010), 299–349, hier 331; SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 703–707, hier 703 [3]; StLA, A. Radkersburg, K. 55, H. 250.

28 Vgl. WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte, wie Anm. 5, 58, 89.

29 Vgl. zum Tätigkeitsfeld DIRNBERGER, Stadt Radkersburg, wie Anm. 7, 157–159.

30 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 209.

31 Ebd., 703 [2]; vgl. auch Martin SCHEUTZ, Spitalmeister in der Frühen Neuzeit – zur sozialen Verortung eines bürgerlichen Spitzenamtes am Beispiel der landesfürstlichen Stadt Zwettl, in: Das Waldviertel 64/4 (2015), 345–366, hier 352.

32 SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 650–653; StLA, Weltliche Stiftungsakten 83, Teil 2, K. 302, fol. 1073^{r-v}.

33 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 703–707, hier 703 [1–4]; StLA, A. Radkersburg, K. 55, H. 250.

34 SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 704 [5, 7]; StLA, A. Radkersburg, K. 55, H. 250.

35 Vgl. Christina VANJA, Orte der Verwahrung – Metaphern und soziale Wirklichkeit, in: Gerhard Ammerer u. a., Hg., Orte der Verwahrung. Die innere Organisation von Gefängnissen, Hospitalern und Klöstern seit dem Spätmittelalter (= Geschlossene Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung 1, Leipzig 2010), 31–58, hier 40–41.

gereicht werden konnte, sollte sich das Spitalmeister-Ehepaar darum kümmern, dass die alten Menschen zu bestimmten, vorgegebenen Zeiten ihr Mittag- und Abendmahl einnahmen, kranken Frauen und Männern sollte das Essen sogar an das Bett gebracht werden. Selbstverständlich musste davor und danach das „gewöhnliche gebett“ verrichtet werden. Ein weiterer Hinweis auf den „Ort des Alters“ lässt sich aus der Bestimmung herauslesen, dass kranke und schwache „Spitaler/-innen“ vom Chirurgen betreut und von der ortsansässigen Apotheke mit Medikamenten versorgt werden durften. Der Spitalmeister hatte dafür zu sorgen, dass

„dem kranken die vorgeschriebenen hilfsmittel und medizin gratis abgereicht, und ihme alle ohnedem seinem nebenmenschen schuldige und kristliche liebe erwiesen, was dienlich seyn mag gekochet und gereicht, auch sonst mit aller nothdurft gewartet, folgsam in todesnöthen mit den heiligen sakramenten versehen und an ihm nichts verabsäümet werden [sollte]“.³⁶

Nach dem Tod eines Spitalbewohners/einer Spitalbewohnerin wurde die Landessicherheitshofkommission in Graz informiert und rasch ein Inventar erstellt, um das geringe Vermögen der Verstorbenen zu dokumentieren.³⁷ Wissen wir über das individuelle Sterben im Spital in Radkersburg zu wenig, so ließ ein Fund aus dem städtischen Rathaus durch die Leiterin des Stadtarchivs, Mag. Beatrix Vreča, im Jahr 1996 aufhorchen. Unter anderem wurden auch Nachlassinventare armer Radkersburger Inwohnerinnen, die zur Miete lebten und nicht die vollen Bürgerrechte besaßen, aus dem späten 18. Jahrhundert entdeckt. Das Wissen über ihr Vermögen (zwischen drei und zehn Gulden), das sich mit jenem von Spitalinsassen und Spitalinsassinnen aus dem Herzogtum Steiermark deckt, war dabei von besonderem Interesse.³⁸ Die meisten Frauen und Männer im Radkersburger Bürgerspital besaßen bei ihrem Tod fast nichts, „ausser einigen fetzen von Kleidungsstükhen“,³⁹ die nach dem Begräbnis nach Möglichkeit weitere Verwendung fanden und an andere Insassen und Insassinnen verteilt wurden.

Das Haus versorgte nicht nur die Insassen und Insassinnen, sondern auch arme Personen außerhalb der Anstalt – im Jahr 1626 immerhin 30 bedürftige Frauen und Männer, 1586 waren es vermutlich sogar 50 Stadtbewohner/-innen gewesen. In den Jahren 1710 bis 1839 bemühten sich nach den Angaben in den Stadtratsprotokollen 104 Bittsteller/-innen, in überwiegender Mehrzahl Bürger/-innen der Stadt Radkersburg, um dauerhafte Aufnahme in das Spital, doch konnten nur 26 Frauen und 25 Männer (in Summe 49 %, die jüngste Insassin zählte 55 Jahre) aufgrund fehlender Ressourcen und nicht vorhandener freier Plätze tatsächlich versorgt werden. Im Jahr 1787 sollte durch eine Maßnahme Kaiser Josephs II., welche die Auflösung der Bürgerspitäler befahl und nur mehr eine Pflege der Siechen vorsah, die Anzahl der Pflegeplätze reduziert werden. Wurde das Haus auch endgültig in eine Altenpflegeanstalt umgewandelt, so blieb es auf Dauer gesehen bei der klassischen Zahl von zwölf Insassen und Insassinnen, die

36 SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 704 [8, 9]; StLA, A. Radkersburg, K. 55, H. 250; SCHEUTZ, Spitalmeister, wie Anm. 31, 352.

37 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 210.

38 Vgl. Marie Theres ZANGGER, Inventare Radkersburger Inwohnerinnen aus dem späten 18. Jahrhundert. Verlassabhandlung, Vermögen, Kleidung, Begräbnis, in: Zeitschrift des Historischen Vereines für Steiermark 102 (2011), 107–130, hier 118–121.

39 WEINBERGER, Armenversorgung, wie Anm. 4, 81.

noch 1818 im geräumigen Wohngebäude mit vier Räumen und einer Hauskapelle lebten.⁴⁰ Das Konzept der Altersversorgung hatte sich spätestens im langen 18. Jahrhundert auf Dauer durchgesetzt und erfuhr seine Weiterführung im folgenden Säkulum. Wurden im Haus generell verarmte Angehörige der Stadt aufgenommen,⁴¹ so dominierten doch die alten und kranken Menschen, die in dieser Anstalt bei Essen, Gebet und – gelegentlich – geringfügiger Arbeit ihre letzten Lebensjahre zubringen konnten und durften.

Informationen zum Autor

Ass. Prof. Mag. Dr. Alfred Stefan Weiß, Fachbereich Geschichte der Universität Salzburg, Rudolfskai 42, 5020 Salzburg, E-Mail: alfred.weiss@sbg.ac.at

Forschungsschwerpunkte: Österreichische Geschichte der Frühen Neuzeit, Sozialgeschichte der Medizin, Geschichte der Armut und der Spitäler, Sexualitätsgeschichte

40 Vgl. ebd., 63–75, 79–80; WEISS, Hund, wie Anm. 2, 180; Alfred Stefan WEISS, Österreichische Hospitäler in der Frühen Neuzeit als „kasernierter Raum“? Norm und Praxis, in: Gerhard Ammerer u. a., 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), 217–234, hier 221; SCHEUTZ / WEISS, Spital als Lebensform, wie Anm. 2, 210–211.

41 Vgl. N. N., Bericht der Grätzer Handels- und Gewerbekammer an das hohe k. k. Ministerium für Handel, Gewerbe und öffentliche Bauten über den Zustand der Landeskultur, der Industrie, der Gewerbsverhältnisse und des Verkehres im Jahre 1852 (Graz 1853), 145.

Christina Vanja

Alte Menschen in den hessischen Hohen Hospitälern der Frühen Neuzeit

English Title

Old Inmates in the High Hospitals of Hesse during the Early Modern Era

Summary

High Hospitals were established in three disbanded monasteries and one vicarage between 1533 and 1542, by Landgrave Philipp the Magnanimous of Hesse. His intention was to provide care to infirm and destitute inhabitants of his territory. Already during the 16th century older people were expressly defined as a target group, and numerous supplications dating back to the early modern era have survived, documenting requests by elderly men and women for placement and care in the Landgrave's hospitals. The biographies included in these supplications provide insights into the difficulties these old people were faced with. In general, applicants had formerly been wage labourers, and no longer had families able to care for them after the onset of physical weakness or mental confusion. Not unlike today's retirement age, 'high age' was defined as 'above sixty', even if at that time this was not seen as the termination of work, as these old citizens were still expected to earn their living. If for any physical or mental reason this was impossible, old people were forced to rely on charity. Admittance to a High Hospital was seen as a last resort, as it also meant loss of autonomy. This was, however, often outweighed by relatively good medical and pastoral care, food, and accommodation.

Keywords

Coping with old age, poverty, impairment and disability, wage labourers, supplications, charity, country side, High Hospitals in Hesse, Early Modern Era

Vorbemerkung

Bereits in der Antike teilte man den Lebensverlauf in gleichmäßige Zeitabschnitte ein.¹ In der Barockzeit war das Bild einer Lebenstreppe besonders beliebt.² In Zedlers „Universal-Lexicon“ von 1732 rechnet der Autor des Artikels „Aetas“ mit sieben „Stufen oder Lebens-Periodos“. Das Alter umfasst auf der sechsten Ebene das „gesetzte, oder reiffe Alter, Lat. Senium“ und nachfolgend als siebenten Abschnitt das „verlebte Alter, Lat. Decrepita aetas“.³ Einem Sprichwort zufolge, das in demselben Nachschlagewerk im Artikel „Alter“ zitiert wird, geht es in Zehnjahresschritten fünf Stufen hinauf. Erreicht der Mensch das fünfzigste Lebensjahr, steht die Zeit für eine Dekade still. Mit dem 60. Lebensjahr beginnt das Alter. Mit 70 Jahren wurde der Mensch ein Greis. Der Abstieg setzt sich bis zum 100. Lebensjahr fort. Je älter der Mensch werde, so suggerierten es diese Memento-Mori-Bilder, umso schwächer und kindischer erscheine er: „[...] achtzig Jahr nimmer weiß; neunzig Jahr der Kinder Spott; hundert Jahr genade Gott.“⁴ Am Ende seines Lebens schien der Mensch zu seinen hilflosen Anfängen als Säugling zurückgekehrt zu sein.

Besonders kritisch beschrieb Jonathan Swift (1667–1745) in „Gullivers Reisen“ (1726)⁵ das hohe Alter: Der Wundarzt Lemuel Gulliver erfährt im Königreich Luggnagg, dass einzelne Menschen, welche schon als Babys durch einen Flecken auf der Stirn erkennbar sind, ewig leben. Ganz im Sinne der Aufklärung stellt sich der Reisende diese „Struldbrugs“ (die „Unsterblichen“) als weise Berater bei Hofe vor. Doch die Wirklichkeit sah ganz anders aus: Die zu ewigem Leben Verdamnten, so berichtete man ihm, würden bereits ab dem 30. Jahr allmählich melancholisch und sehr niedergeschlagen, und beide Leiden steigerten sich, bis sie das 80. Jahr erreichten. Dann würden sie rechtlich für tot erklärt und ihr Besitz ginge an die Erben über. Mit 90 Jahren verlören die Alten Haare, Zähne und den Appetit und litten an zahlreichen Krankheiten. Da auch das Gedächtnis nachließe, würden Buchlektüre und Unterhaltung sinnlos. Mit 200 Jahren seien sie zu keinerlei Gespräch mehr imstande. Stets brächte sie der Anblick eines Leichenzuges zum Klagen und Murren, denn andere, aber nicht sie selbst, könnten in den Hafen der Ruhe einkehren. Gulliver musste einsehen, dass die Luggnaggier triftige Gründe für ihre geringe Freude an einem hohen Alter hatten.

Demnach nahmen Literaten der Frühen Neuzeit die Leiden des Alters durchaus sensibel wahr. Was lässt sich jedoch zeitgleichen historischen Quellen aus dem Lebensalltag entnehmen, insbesondere, wenn es sich nicht nur um das Alter im Allgemeinen, sondern um ein Alter in Armut handelte? Die Analyse von Suppliken hessischer Untertanen an ihren Landesherrn geben zu dieser Frage eindrückliche Antworten.

1 Als Überblicksstudien vgl. Georges MINOIS, *History of Old Age. From Antiquity to the Renaissance* (Chicago 1989); Peter BORSCHIED, *Geschichte des Alters, 16.–18. Jahrhundert* (Münster 1987); Pat THANE, Hg., *Das Alter. Eine Kulturgeschichte* (Darmstadt 2005); David G. TROYANSKY, *Aging in World History* (New York 2015), 37–78.

2 Vgl. Beatrix BASTL, *Lebensalter Neuzeit*, in: Peter Dinzelsbacher, Hg., *Europäische Mentalitätsgeschichte* (Stuttgart 2009), 255–264; Dorothee ELM u. a. Hg., *Alterstopoi. Das Wissen von den Lebensaltern in Literatur, Kunst und Theologie* (Berlin 2009); Josef EHMER, *Alterstreppe*, in: Friedrich Jaeger, Hg., *Enzyklopädie der Neuzeit*, Bd. 1 (Stuttgart–Weimar 2005), Sp. 269–272; Josef EHMER, *Altersversorgung*, in: Friedrich Jaeger, Hg., *Enzyklopädie der Neuzeit*, Bd. 1 (Stuttgart–Weimar 2005), Sp. 272–282.

3 Johann Heinrich ZEDLER, *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste*, Bd. 1 (Leipzig 1732), Sp. 699, www.zedler-lexikon.de (letzter Zugriff: 04.01.2017).

4 Ebd., Sp. 1550–1557, hier Sp. 1552.

5 Jonathan SWIFT, *Gulliver's Travels* (London 1999), 227.

Ältere Menschen in den hessischen Hohen Hospitälern

Die hessischen Hohen Hospitäler wurden als multifunktionale Versorgungseinrichtungen für Arme und Kranke auf dem Lande von Landgraf Philipp dem Großmütigen von Hessen (1504–1567), einem frühen Anhänger des Protestantismus, in den Jahren 1533 bis 1542 gestiftet.⁶ Der Landesherr wandelte mit Bezug auf seine karitativ tätige Ahnin, die heiliggesprochene Landgräfin Elisabeth von Thüringen (1207–1231), drei Klöster (Haina, Merxhausen und Gronau am Rhein) sowie die Pfarrei Hofheim bei Darmstadt (heute Riedstadt) in Hohe, das heißt territoriale, Hospitäler um. Jedem Hospital wurde ein fester Einzugsbereich zugewiesen, zwei Hospitäler waren für Männer und zwei für Frauen bestimmt.⁷

Die Versorgung alter Menschen spielte bereits bei der Gründung der Institutionen eine herausragende Rolle. Die erste Hospitalordnung von 1534/35 wies an, dass nur Arme ab dem 60. Lebensjahr aufgenommen werden dürften, es sei denn, sie seien „so gebrechlich [...], daß sie zu nichts mehr tauglich sind“.⁸ Mit dieser Bevorzugung alter Menschen knüpften die Hohen Hospitäler an die Traditionen von Bürgerspitälern des späten Mittelalters an, ohne dass sie allerdings ein Aufnahmegeld (Pfründe) nahmen.⁹ Die Sorge um alte Menschen stellte zugleich ein Bindeglied zur früheren Fürsorge für Mönche und Nonnen in den Klöstern dar: Ältere hessische Konventualen konnten nun auch nach der reformatorischen Umwidmung der Häuser in Hospitälern vor Ort bleiben.¹⁰ Einem Reisebericht für Haina aus den 80er Jahren des 16. Jahrhunderts ist zu entnehmen, dass eine beachtliche Zahl alter Männer zu dieser Zeit in

-
- 6 Vgl. Christina VANJA, Landgraf Philipp der Großmütige, in: Hubert Kolling, Hg., *Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte* (= Who was who in nursing history 4, München 2008), 230–232; Christina VANJA, Anfänge frühmoderner Sozialpolitik. Die Neuordnung der Armen- und Krankenfürsorge in Hessen unter Landgraf Philipp dem Großmütigen, in: Ursula Braasch-Schwersmann / Hans Schneider / Wilhelm Ernst Winterhager, Hg., *Landgraf Philipp der Großmütige 1504–1567. Begleitband zu einer Ausstellung des Landes Hessen* (Marburg–Neustadt an der Aisch 2004), 87–92.
- 7 Vgl. Arnd FRIEDRICH / Fritz HEINRICH / Christina VANJA, Hg., *Das Hospital am Beginn der Neuzeit. Soziale Reform in Hessen im Spiegel europäischer Kulturgeschichte* (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien 11, Petersberg 2004); Gerhard ATUMÜLLER / Kornelia GRUNDMANN / Christina VANJA, Hg., *Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit. Geschichte und Entwicklung der Krankenversorgung im sozioökonomischen Wandel* (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen 68, Marburg 2007); Arnd FRIEDRICH / Irmtraut SAHMLAND / Christina VANJA, Hg., *An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert. Festschrift zum 475. Stiftungsjahr* (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien 14, Petersberg 2008); Irmtraut SAHMLAND, Überlegungen zu Perspektiven der Hospital- und Krankenhausgeschichte, ausgehend von Forschungen über die hessischen Hohen Hospitäler, in: *Historia Hospitalium. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 27 (2011), 53–56; Christina VANJA, *Psychiatriemuseum Haina / Haina Psychiatry Museum* (Petersberg 2009).
- 8 Karl E. DEMANDT, Die Hohen Hospitäler Hessens. Anfänge und Aufbau der Landesfürsorge für die Geistesgestörten und Körperbehinderten Hessens (1528–1591), in: Walter Heinemeyer / Tilman Pünder, Hg., *450 Jahre Psychiatrie in Hessen* (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen in Verbindung mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen 47, Marburg 1983), 35–133, hier 49–53, insb. 49.
- 9 Vgl. Annette BOLDT-STÜLZEBACH, *Das Leben im Hospital. Die Altersversorgung in der Stadt Braunschweig im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit*, in: Gerd Biegel, Hg., *Geschichte des Alters in ihren Zeugnissen von der Antike bis zur Gegenwart* (= Veröffentlichungen des Braunschweigischen Landesmuseums 72, Braunschweig 1993), 47–53.
- 10 Zur Kontinuität: H. C. Erik MIDELFORT, *Protestant Monastery? A Reformation Hospital in Hesse*, in: Peter Newman Brooks, Hg., *Reformation Principle and Practice. Essays in Honour of Arthur Geoffrey Dickens* (London 1980), 71–93.

der sogenannten „Brüderstube“¹¹ lebte. Dies war ein großer Raum für Hospitalinsassen, „so noch gehen vnd wandern, vnd zimlich allerley arbeit thun vnd verrichten können“, also ein Raum für die noch (bedingt) arbeitsfähigen Männer. Für einen anderen Raum werden in demselben Bericht „alte vnuermügende Leut, die Blinden / vnd die so mit der hinfallenden Seuche beladen sindt“ genannt. Sicherlich war auch die Zahl betagter Bettlägeriger in dem weiterhin aufgeführten Krankensaal (für die „so lagerhaftig vnd Kranck sein“) relativ groß. Litten sie an „Aussatz“ oder anderen „ekligen“ Krankheiten wurden Ältere zusammen mit anderen „Siechen“ im „Leprosenhaus“ mit 18 Plätzen separiert. Alte wurden ebenfalls mit jüngeren „armen Rasenden Leut“ in gesicherten Räumen, vor allem im Hainer „Blockhaus“ (mit „achtzehn gewaltig starcke[n] Kisten / vnter welche eine Bach durchstreicht / so allen wust vnd vnflut weg nimt“) oder im Merxhäuser „Tollsitz“ (im Kellerbereich des alten Klosters), untergebracht und gegebenenfalls zusätzlich fixiert.¹²

Eine aus dem Jahr 1586 stammende Insassenliste des Männerhospitals Haina zeigt, dass immerhin ein Drittel der über 250 Männer 60 Jahre alt oder älter war.¹³ Der älteste Mann hatte bereits das 90. Lebensjahr erreicht. Allerdings verweist diese Liste zugleich auf konkurrierende Versorgungsgruppen. Den Gesuchten alter Männer und Frauen aus den Dörfern stand eine wachsende Zahl von Bittschreibern für jüngere Dorfbewohner/-innen mit unterschiedlichen körperlichen und geistigen Behinderungen oder chronischen, zum Teil ansteckenden Leiden, invalide Soldaten, gemütskranke Dienstleute, Akademiker, „rasende“ Städter sowie Waisen- und Findelkinder gegenüber. Schon Ende des 16. Jahrhunderts lebte in den Hohen Hospitälern eine sehr gemischte Gruppe alter, kranker und aus vielerlei Gründen unversorgter Menschen zusammen. Nach und nach wuchs insbesondere der Anteil von Personen mit psychischen Erkrankungen bzw. geistigen Einschränkungen, sodass die Hohen Hospitäler im Volksmund als „Tollenklöster“¹⁴ galten. Eine Aufnahme bei hohem Alter ohne attestierte schwere Krankheit wurde vor dem Hintergrund einer zunehmenden „Medikalisierung“ der Einrichtungen bis zum

11 Johannes LETZENER, *Historische Kurtze / Einfältige und Ordentliche Beschreibung des Closters und Hospitals zu Haina in Hessen gelegen* (Mühlhausen 1588), 13. Kapitel, J III.

12 Ebd.; vgl. auch Christina VANJA, *Care of the Insane in the Hospitals of Hesse from the 16th to the 18th Century*, in: Joost Vijaars, Hg., *Dolhuizen – Madhouses. Chapters from the History of Madhouses in Europe 1400–1800* (Utrecht 1995), 67–77; Christina VANJA, *Vom Hohen Hospital zur psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt Merxhausen*, in: Kultur- und Geschichtsverein Bad Emstal e. V., Hg., *800 Jahre Klostergründung 1213–2013. Jubiläum zur Gründung des Augustinerklosters Merxhausen* (Bad Emstal 2013), 32–45; allgemein: Christina VANJA, *Orte der Verwahrung – Metaphern und soziale Wirklichkeit*, in: Gerhard Ammerer u. a., 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), 31–58.

13 Vgl. DEMANDT, *Die Hohen Hospitäler Hessens*, wie Anm. 8, 114–132.

14 Christina VANJA, *Das Tollenkloster Haina. Ein Hospital in Reisebeschreibungen um 1800*, in: Ingrid Matschneegg / Brigitte Rath / Barbara Schuh, Hg., *Von Menschen und ihren Zeichen. Sozialhistorische Untersuchungen zum Spätmittelalter und zur Neuzeit* (Bielefeld 1990), 123–136.

Ende des 18. Jahrhunderts immer schwieriger.¹⁵ Es überrascht daher nicht, dass eine Auflistung Hainaer Insassen aus dem Jahr 1802 bei rund 330 Insassen nur noch sechs Männer aufweist, welche allein wegen ihres Alters einen Versorgungsplatz erhalten hatten.¹⁶ Allerdings konnten in jungen Jahren Aufgenommene ihr ganzes Leben im Hospital verbringen, um nach Jahrzehnten selbst zur Gruppe der über 60-Jährigen zu gehören. Als ein Schweizer Student im Jahr 1795 das Hospital Haina besuchte, hielt er seine Eindrücke in einem Tagebuch fest. Zu den alten Insassen vermerkte er:

„Als wir einige finstere und unsaubere Clostergänge[,] in denen überall Narren standen[,] durchgegangen waren, kamen wir endlich in ein grosses Zimmer[,] in dem sich mehrere ältere Leute in Betten befanden, welche schlummerten; das Alter schien ihre Verrückung geschwächt zu haben, denn einige von ihnen befanden sich ehemals in schärferer Verwahrung. Hier schon musste ein Mann mit einer Rauchpfanne uns vorgehen, da die Ausdünstungen auch nach dem Räuchern kaum zu ertragen ware[n].“¹⁷

Dass in dem Bettensaal auch alte Männer lagen, die nur körperlich geschwächt waren, wissen wir aus den Hospitalrechnungen.¹⁸ Anderen Unterlagen ist zu entnehmen, dass nicht wenige ältere Hospitalinsassen noch in Werkstätten und auf dem Feld arbeiteten.¹⁹ Aus den Medizinalrechnungen geht die regelmäßige Betreuung jüngerer wie älterer Insassen durch einen Wund-

15 Vgl. Francisca LOETZ, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 2, Stuttgart 1993); zu den ärztlichen Attesten, die seit 1728 bei inneren und psychischen Leiden gefordert wurden: Irmtraut SAHMLAND, „Welches ich hiermit auf begehren Pflichtmäßig attestiren sollen.“ Geisteskrankheiten in Physikatgutachten des 18. Jahrhunderts, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 25 (2007), 9–58; vgl. auch Irmtraut SAHMLAND, Die Medizinalordnung von 1778 und die medizinische Versorgung im Marburger Raum, in: Irmtraut Sahmland / Kornelia Grundmann, Hg., Perspektiven der Medizingeschichte Marburgs. Neue Studien und Kontexte (= Quellen und Forschungen zur hessischen Geschichte 162, Darmstadt–Marburg 2011), 59–85.

16 Vgl. Christina VANJA, Die Sichtweise eines Küchenmeisters. Menschen mit Behinderungen im Spiegel frühneuzeitlicher Quellen zur Alltagsversorgung im hessischen Hospital Haina, in: Cordula Nolte, Hg., Phänomene der „Behinderung“ im Alltag. Bausteine zu einer Disability History der Vormoderne (= Studien und Texte zur Geistes- und Sozialgeschichte des Mittelalters 8, Affalterbach 2013), 213–235; vgl. auch Christina VANJA, Vom Hospital zum Betreten Wohnen. Die institutionelle Versorgung behinderter Menschen seit dem Mittelalter, in: Günther Cloerkes / Jörg Michael Kastl, Hg., Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderungen im Netz der Institutionen (= Materialien zur Soziologie der Behinderten 3, Heidelberg 2007), 79–100.

17 Ingeborg SCHNACK, Hg., Ein Schweizer Student in Marburg 1794/95. Tagebuch des Melchior Kirchhofer aus Schaffhausen (Marburg 1988), 88. Zur Analyse von Reiseberichten des 18. Jahrhunderts: Christina VANJA, Nur „finstere und unsaubere Clostergänge“? Die hessischen Hohen Hospitäler in der Kritik reisender Aufklärer, in: Heiner Fangerau / Karen Nolte, Hg., „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 26, Stuttgart 2006), 23–42.

18 Die räumliche Verteilung von Hospitalitinnen und Hospitaliten ist insbesondere den Rechnungen über die Kleiderausgabe und den Überblickslisten der „Receptionen“ zu entnehmen: Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (künftig LWV-Archiv), Bestand 13 und Hessisches Staatsarchiv (künftig HStA) Marburg, Bestand 229.

19 Für das frühe 19. Jahrhundert ist die Arbeitsfähigkeit der Hainaer Hospitaliten in einem „Grundbuch“ eingetragen, das auch auf Alter, Aussehen und Gebrechen eingeht: LWV-Archiv, Bestand 13. Für Merxhausen geht Natascha Noll auch auf die Arbeiten der Hospitalitinnen ein: Natascha NOLL, Pflege im Hospital. Die Aufwärter und Aufwärterinnen von Merxhausen (16.–Anfang 19. Jh.) (= Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte 2, Frankfurt am Main 2015).

arzt hervor.²⁰ Auch wurden alle Insassen in festen Abständen durch Bader und Baderinnen in hospitaleigenen Badehäusern mit Schwitzbädern versorgt, wobei sie zudem zur Ader gelassen, geschöpft und frisiert wurden.²¹ Die Ernährung war in den Hohen Hospitälern, wie in anderen großen Versorgungseinrichtungen der Frühen Neuzeit, relativ gut. Zwei warme Mahlzeiten wurden den Armen täglich gereicht. Ältere Menschen erhielten auf Gesuch und mit Empfehlung des Wundarztes eine Krankenkost sowie stärkenden Wein.²² Schließlich hatte der Pfarrer auf ältere Insassen mit „geschwächtem Verstand“ beim regelmäßigen Katechismusunterricht Rücksicht zu nehmen. Unterweisung und Danksagung durften, so schon die erste Hospitalordnung, nicht länger als eine halbe Stunde dauern, „damit das Gedächtnis der Alten nicht überfordert wird“.²³ Bei der Repetition christlicher Glaubensgrundsätze half vermutlich gerade den Älteren das gemeinsame Singen nach dem lutherischen Gesangbuch.²⁴ Eine wichtige Bedeutung kam im Hospital, wo Hilfsbedürftige auf Lebenszeit bleiben durften, der Vorbereitung auf den Tod zu. Die verstorbenen Hospitaliten wurden, begleitet durch ihre Mitbrüder oder Mitschwesterinnen, auf dem Hospitalfriedhof begraben. Ihre Habseligkeiten, eventuell auch ein ihnen zustehendes kleines Erbe, fielen an das Hospital. Nur Hospitalinsassen „von Stande“, also Bürger und Adelige, die zum Teil für ihren Hospitalplatz zahlten, konnten persönliche testamentarische Schenkungen zum Beispiel an treue Aufwärter machen.²⁵ Für das Frauenhospital

-
- 20 Vgl. Andreas Martin MENDEL, Zur Alltagsgeschichte der Arzneimittelversorgung im 18. Jahrhundert. Die Arzneimitteltherapie im Hohen Hospital Haina zwischen 1732 und 1800 (= Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie 101, Stuttgart 2013); Irmtraut SAHMLAND, Zwischen Pflege und Heilung. Hospitalmedizin in Haina um 1800, in: Arnd Friedrich / Irmtraut Sahmland / Christina Vanja, Hg., An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert. Festschrift zum 475. Stiftungsjahr (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien 14, Petersberg 2008), 15–47; Gerhard AUMÜLLER / Barbara RUMPF-LEHMANN, Einblicke in das Krankheitsspektrum und die Verschreibungspraxis im Hospital Haina im 18. Jahrhundert. Die Medizinalrechnungen der Hospitalchirurgen, in: Arnd Friedrich / Irmtraut Sahmland / Christina Vanja, Hg., An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert. Festschrift zum 475. Stiftungsjahr (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien 14, Petersberg 2008), 121–138; Christoph FRIEDRICH, Die Arzneimittelanwendungen im Hohen Hospital Merxhausen 1760, in: Arnd Friedrich / Irmtraut Sahmland / Christina Vanja, Hg., An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert. Festschrift zum 475. Stiftungsjahr (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien 14, Petersberg 2008), 139–159.
- 21 Vgl. Hermann GREBE, Über die Chirurgi und Wundärzte am Hospital Merxhausen (1696–1881), in: Walter Heinemeyer / Tilman Pünder, Hg., 450 Jahre Psychiatrie in Hessen (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen in Verbindung mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen 47, Marburg 1983), 281–298; Roy PORTER, Geschöpft und zur Ader gelassen. Eine kleine Kulturgeschichte der Medizin (Frankfurt am Main 2006), 142.
- 22 Vgl. Edith SCHLIEPER, Die Ernährung in den Hohen Hospitälern Hessens 1549–1850 mit einigen kulturgeschichtlichen Beobachtungen, in: Walter Heinemeyer / Tilman Pünder, Hg., 450 Jahre Psychiatrie in Hessen (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen in Verbindung mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen 47, Marburg 1983), 211–265; Christina VANJA, Das Nachwirken der antiken Diätetik in frühneuzeitlichen Hospitälern, in: *Historia Hospitalium*. Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte 24 (2004/05), 11–23.
- 23 DEMANDT, Die Hohen Hospitäler Hessens, wie Anm. 8, 49.
- 24 Vgl. Christina VANJA, Musik im Hospital, in: Kornelia Grundmann / Irmtraut Sahmland, Hg., Concertino. Ein Ensemble aus Kultur- und Medizingeschichte. Festschrift für Gerhard Aumüller zum 65. Geburtstag (= Schriften der Universitätsbibliothek Marburg 131, Marburg 2008), 244–268.
- 25 Vgl. Christina VANJA, Ein hessischer „Trade in Lunacy“? Hospitaliten und Hospitalitinnen von Stande in den Hohen Hospitälern, in: Arnd Friedrich / Irmtraut Sahmland / Christina Vanja, Hg., An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert. Festschrift zum 475. Stiftungsjahr (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien 14, Petersberg 2008), 227–243, hier 232–233.

Merxhausen trug der mit den Insassinnen vertraute Pfarrer kurze Biografien der Verstorbenen mit einem geistlichen Spruch in das Kirchenbuch ein.²⁶ Am Ende des 18. Jahrhunderts änderte sich dieses christliche Leben allerdings jäh. Die landgräfliche Regierung ordnete an, die Leichname armer Hospitalinsassen der Anatomie in Marburg zu übergeben. Die Hainaer Hospitaliten richteten eine gemeinsame Bittschrift an den Landesherrn, die jedoch nur bedingt Erfolg hatte. Einige Pfleglinge versuchten sich in der Folgezeit mit zusätzlicher entlohnter Arbeit „freizukaufen“.²⁷ Dies war jedoch für ältere gebrechliche und insbesondere für geistig behinderte Hospitalinsassen kaum möglich.²⁸

Die Vorgeschichten

Jede Aufnahme in eines der Hohen Hospitäler hatte eine eigene Vorgeschichte. Um rezipiert zu werden, mussten die Hilfsbedürftigen, wie andernorts, eine Supplikation an den Landgrafen richten. Die Bittschriften wurden fast immer von Berufsschreibern mit den erforderlichen Floskeln aufgesetzt. Dennoch lassen diese „Ego-Dokumente“ wichtige Aspekte des (Über-)Lebens der Antragsteller erkennen.²⁹ Dies gilt besonders für ältere Hilfesuchende. Nicht selten schilderten die Betroffenen ihrem Landesherrn detailliert ihre Versuche, trotz Armut, Gebrechlichkeit und zunehmendem Alter in ihrer Gemeinde zu überleben. Die folgenden Angaben basieren auf 112 Aufnahmevorgängen für die Hospitäler Haina und Merxhausen aus dem Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und dem Hessischen Staatsarchiv Marburg,

26 Vgl. Gerhard RITTER, Dokumente zur Psychiatriegeschichte. Aus einem Kirchenbuch der Jahre 1668 bis 1762, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 22/3 (1970), 111–116. Zur Seelsorge der „Gemütskranken“ allgemein vgl. Anselm STEIGER, *Melancholie, Diätetik und Trost. Konzepte der Melancholie-Therapie im 16. und 17. Jahrhundert* (Heidelberg 1995).

27 So arbeitete ein „blödsinniger“ Mann in Haina mehrere Jahre lang beim Hospitalmüller, um zehn Reichstaler an die Hospitalkasse einzuzahlen und entsprechend in Haina begraben zu werden: LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 6. August 1793; vgl. Irmtraut SAHMLAND, *Verordnete Körperspende. Das Hospital Haina als Bezugsquelle für Anatomieleichen (1786–1855)*, in: Arnd Friedrich / Irmtraut Sahmland / Christina Vanja, Hg., *An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert. Festschrift zum 475. Stiftungsjahr* (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien 14, Petersberg 2008), 65–105, hier 96.

28 Vgl. Irmtraut SAHMLAND, *Eine Interessengemeinschaft im Hospital Haina zur Abwehr der anatomischen Sektion. Akteure und ihre Protestbereitschaft gegen strukturelle Zumutungen*, in: *Historia Hospitalium. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 29 (2014/15), 12–45; Irmtraut SAHMLAND / Kornelia GRUNDMANN, Hg., *Tote Objekte – lebendige Geschichten. Exponate aus den Sammlungen der Philipps-Universität Marburg* (Petersberg 2014).

29 Vgl. Christina VANJA, *Arm und krank. Patientenbiographien im Spiegel frühneuzeitlicher Bittschriften*, in: *Bios. Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen* 19/1 (2006), 26–35; vgl. Siegfried GROSSE u. a., „Denn das Schreiben gehört nicht zu meiner täglichen Beschäftigung“. *Der Alltag kleiner Leute in Bittschriften, Briefen und Berichten aus dem 19. Jahrhundert* (Bonn 1989); Alexandra-Kathrin STANISLAW-KEMENAH, *Von der Hand Gottes berührt? Krankheit, Alter und Armut im Spiegel von Bittgesuchen zur Aufnahme in Dresdener Hospitäler*, in: Cordula Nolte, Hg., *Homo debilis. Behinderte – Kranke – Versehrte in der Gesellschaft des Mittelalters* (= Studien und Texte zur Geistes- und Sozialgeschichte des Mittelalters 3, Stuttgart 2009), 225–244; vgl. auch den Beitrag von STANISLAW-KEMENAH in diesem Band.

die genauer analysiert wurden.³⁰ Die Supplikanten hatten sich demnach als Tagelöhner, Knechte und Mägde, Hirten und Hirtinnen, Kleinhändler (Höcker) oder kleine Handwerker mühsam durchgeschlagen oder als Soldaten bzw. als landgräfliche Dienstleute in untergeordneter Stellung gedient. Viele der Unterschichtangehörigen hatten nie geheiratet bzw. heiraten können, um einen eigenen Hausstand zu gründen. Auch wenn sie Kinder großgezogen hatten, waren sie im Alter nicht selten auf sich alleine gestellt, da die Kinder zum Zeitpunkt der Antragstellung eventuell bereits verstorben, als Soldaten in den Krieg gezogen waren oder weit weg vom Heimatort eine Arbeit suchen mussten. Eine Altersvorsorge war angesichts der geringen Einkünfte dieser „working poor“ nicht möglich.³¹ Besonders verwitwete, geschiedene oder von den Partnern bzw. Partnerinnen verlassene Menschen waren unter den Antragstellern zahlreich.³²

Das Alter 60 galt in der Regel auch in den hessischen Bittgesuchen als Grenze, an welcher der letzte Lebensabschnitt begann. Die tatsächliche Hilfsbedürftigkeit setzte jedoch erst ein, wenn die Kräfte altersbedingt, durch Unfall, Behinderung oder Krankheit so sehr nachließen, dass diese Menschen nicht mehr arbeitsfähig waren. Arbeitsunfähigkeit konnte dabei auch eine nur teilweise Einschränkung meinen, die es unmöglich machte, genügend für die eigene „Nahrung“ zu verdienen. So supplizierte eine Gemeinde für einen bereits 84-jährigen Mann: Er könne im Hospital durchaus noch in den Stallungen arbeiten.³³ Verwiesen die Supplizierenden auf ihr „hohes Alter“, so verstanden die Empfänger sehr wohl, dass die Kräfte aus Altersgründen weiter schwanden. Zumeist kombinierten die Antragsteller einschlägige Stichworte wie: „alt und gebrechlich“, „alt und baufällig“, „alt und elend“ oder „alt und erbarmungswürdig“. Auf die Tatsache, dass diese armen Leute weit über das 60. Jahr hinaus einem Erwerb nachgingen, verweisen u. a. Unfallberichte. Insbesondere Männer brachen und quetschten sich Gliedmaßen etwa beim Holzfällen.³⁴ Bei Erkrankungen handelte es sich sowohl um chronische Leiden, mit denen es die Bittsteller/-innen bereits in jüngeren Jahren zu tun hatten, als auch

30 LWV-Archiv, Bestände 13 und 17; HStA Marburg, Bestand 229; von diesen 112 Personen sind 55 Frauen und 57 Männer, 62 Personen sind zwischen 60 und 69, 25 zwischen 70 und 79 Jahre alt, drei Personen sind 80 Jahre und älter. 26 Männer und 22 Frauen nennen körperliche Schwächen und Beeinträchtigungen, fünf Männer und sechs Frauen leiden an Epilepsie, 30 Männer und 43 Frauen leiden zum Teil neben den somatischen Beschwerden an geistiger Schwäche, Verwirrtheit und Melancholie.

31 Vgl. Robert JÜTTE, *Arme, Bettler, Beutelschneider. Eine Sozialgeschichte der Armut in der Frühen Neuzeit* (Weimar 2000); Christina VANJA, *Homo miserabilis. Das Problem des Arbeitskraftverlustes in der armen Bevölkerung der Frühen Neuzeit*, in: Paul Münch, Hg., „Erfahrung“ als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte (= *Historische Zeitschrift Beiheft* 31, München 2001), 193–207; Helmut BRÄUER, *Altersarmut*, in: Friedrich Jaeger, Hg., *Enzyklopädie der Neuzeit*, Bd. 1 (Stuttgart–Weimar 2005), Sp. 263–264.

32 Maria Elisabeth Margarethe Schaum, geborene Jäger, aus Rüdingshain, Amt Schotten, war 68 Jahre alt und litt an einem Schlaganfall, als sie 1788 in Merxhausen aufgenommen wurde – ihr Ehemann hatte sie alleine gelassen; die geschiedene Katharina Elisabeth Schmidt aus einem Dorf bei Fritzlar konnte eine Zeitlang im Amtshaus wohnen, obwohl sie offensichtlich sehr viel trank. Sie wurde 1795 in Merxhausen aufgenommen: LWV-Archiv, Bestand 17, K 847 und K 1718.

33 LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 22. Dezember 1566; Christina VANJA, *Leben und Arbeiten im Hohen Hospital Haina um 1750*, in: Arnd Friedrich / Fritz Heinrich / Christiane Holm, Hg., *Johann Heinrich Wilhelm Tischbein (1751–1829). Das Werk des Goethe-Malers zwischen Kunst, Wissenschaft und Alltagskultur* (Petersberg 2001), 33–45.

34 Johannes Döhner aus Wattenbach zum Beispiel, ein 65-jähriger Mann, hatte zwar einen Unfall überlebt, konnte aber fortan nur noch als Schafhirte arbeiten; der Tagelöhner Johannes Bott stürzte beim Brückenbau und verarmte: LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 26. Mai 1740 und Reskript vom 25. August 1740.

um, so können wir vermuten, wirkliche Alterskrankheiten. Zu den chronischen Krankheiten gehörte die „Epilepsie“.³⁵ Mit dieser „schweren Krankheit“, so die einhellige Meinung der Mitmenschen, konnten Betroffene nur leben, solange sie im Alltag versorgt wurden und bei klarem Verstand blieben. Wurden sie jedoch zu „Waisen“, blieben sie zumeist nicht nur arm zurück, sondern waren auch unbeaufsichtigt und entsprechend bei ihren zu erwartenden Krampfanfällen durch Stürze in die offene Feuerstelle oder in den Dorfteich („Fallsucht“) gefährdet.³⁶ Zudem führte das Leiden in der Regel im Laufe der Jahre zu geistigen Störungen. Ein ähnliches Versorgungsproblem bestand bei „Gemütskranken“.³⁷ Nicht selten führten ältere Antragsteller neben körperlichen Einschränkungen den zunehmenden „Blödsinn“ an, angesichts dessen sie sich nur noch schwer orientieren konnten. Auch „Schwermut“ und „Melancholie“ wurden in Verbindung mit dem Alter benannt, was zugleich religiöse Zweifel und Suizidgefahr andeutete.³⁸ Somatische Leiden, welche die Supplikanten als Altersfolge sahen, wurden mit Begriffen wie „lahm“, „gichtig“, „mit Flüssen behaftet“, „ohne Gesicht“ (Verlust der Sehfähigkeit) oder „gehörlos“ benannt. Diese Einschränkungen führten zu Unselbstständigkeit und schlimmstenfalls zu Bettlägerigkeit.³⁹ Das auf den Dörfern übliche und offensichtlich obrigkeitlich akzeptierte Betteln von Haus zu Haus wurde entsprechend bei schwerer Krankheit und Altersgebrechlichkeit unmöglich.⁴⁰ Gelegentlich lebten alte Menschen nur noch in menschenunwürdigen Behausungen und waren in jeder Hinsicht vernachlässigt.⁴¹

-
- 35 Vgl. Angela SCHATTNER, *Zwischen Familie, Heilern und Fürsorge. Das Bewältigungsverhalten von Epileptikern in deutschsprachigen Gebieten des 16.–18. Jahrhunderts* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 42, Stuttgart 2012); Angela SCHATTNER, *Zwischen „Raserey“ und „Feuers Noth“. Fallstüchtige Patienten in Haina und Merxhausen im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert im Spiegel ihrer Bittgesuche*, in: Arnd Friedrich / Irmtraut Sahmland / Christina Vanja, Hg., *An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert. Festschrift zum 475. Stiftungsjahr* (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien 14, Petersberg 2008), 173–197; Christina VANJA, „Gleichwie ich aber eine arme Wittib bin ...“. Einwohner aus Crumbach und Ochshausen in den „Hohen Hospitälern“ Haina und Merxhausen, in: *Gemeindevorstand der Gemeinde Lohfelden, Hg., Streifzüge durch 900 Jahre Ortsgeschichte Crumbach und Ochshausen 1102–2002* (Lohfelden 2001), 74–79.
- 36 Vgl. Christina VANJA, *Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den hessischen Hohen Hospitälern der Frühen Neuzeit*, in: Udo Sträter / Josef N. Neumann, Hg., *Waisenhäuser in der Frühen Neuzeit* (= Hallesche Forschungen 10, Tübingen 2003), 23–40; Iris RITZMANN, *Sorgenkinder. Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert* (Köln–Weimar–Wien 2008).
- 37 Vgl. H. C. Erik MIDELFORD, *A History of Madness in Sixteenth-Century Germany* (Stanford 1999); Irmtraut SAHMLAND, *Geistige Behinderung und Geisteskrankheit. Coping im Dorf des 18. Jahrhunderts*, in: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde* 17 (2011), 79–109; Irmtraut SAHMLAND, *Leben mit geistiger Behinderung in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 11, Schwerpunktheft: *Behinderung(en)* (2012), 53–74.
- 38 Vgl. Wolfram SCHMITT / Gunter WAHL, Hg., *Suizid. Wiblinger Gespräche zur Geschichte der „Seelenheilkunde“* (= Wissenschaftliche Beiträge zur Geschichte der Seelenheilkunde 3, Reichenbach 1998).
- 39 Vgl. Louise GRAY, *The Experience of Old Age in the Narratives of the Rural Poor in Early Modern Germany*, in: Lynn Botelho / Susanne Ottaway / K. Kittredge, Hg., *Power and Poverty. Old Age in the Pre-Industrial Past* (London 2002), 107–124. Vgl. zum Verständnis der Krankheiten Michael STOLBERG, *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit* (Köln–Weimar–Wien 2003).
- 40 Der 72-jährige Henrich Naumann, ein ehemaliger Soldat aus Bockendorf, war „Epileptiker“. Er fürchtete zu hungern, weil er so krank war, dass er fortan nicht mehr betteln konnte: LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 17. Juli 1791; vgl. Jochen EBERT, *Hausarme und „ausländische“ Bettler in Schwebda. Formen und Funktionen dörflicher Armenunterstützung in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts*, in: Ingrid Rogmann / Peter Wiedersich / Heide Wunder, Hg., *Schwebda – ein Adelsdorf im 17. und 18. Jahrhundert* (= Hessische Forschungen zur geschichtlichen Landes- und Volkskunde 46, Kassel 2006), 201–259.
- 41 Anna Catharina Drescher aus Kirschgarten bei Haina, eine 60-jährige Gänsehüterin, war elend und lahm. Sie lebte ohne Nahrung in einem Schweinestall und stand in Gefahr, zu erfrieren: LWV-Archiv, Bestand 17, K 321.

Alte Menschen waren jedoch nicht nur hilflos. Das soziale Verhalten konnte auch im fortgeschrittenen Alter durch Verlust des Verstandes so problematisch werden, dass die betroffenen Familien bzw. die Gemeinden eine Versorgung ablehnten. Verwirrte alte Menschen bedrohten, dem Text der Anträge und Gutachten zufolge, gelegentlich Mitmenschen, darunter auch kleine Kinder.⁴² Versuche zur Selbstentlebung aus „Tiefsinn“ kamen, wie auch der zeitgenössischen Presse zu entnehmen ist, immer wieder vor. Ein „Selbstmord“ jedoch bedrohte nicht nur das Seelenheil des Gemütskranken, sondern stellte zugleich für die Familie ein Problem dar, da ihr eine soziale und kirchliche Ächtung drohte. Erst ein attestiertes Gemütsleiden enthob die Betroffenen der Schuld. Um eine Selbstverletzung und Angriffe auf andere zu vermeiden, wurden Gemütskranke im Haus zum Teil mit Hilfe der Nachbarn bewacht und gelegentlich sogar durch Einsperrung oder Fesselung fixiert.⁴³ Anders als es die Psychiatriegeschichtsschreibung seit dem 19. Jahrhundert vielfach suggeriert, galten in der Frühen Neuzeit gemütskranke und insbesondere eingesperrte Menschen allerdings als außerordentlich bedauerlich und bemitleidenswert, sodass ihre restriktive Behandlung detailliert gerechtfertigt wurde.⁴⁴

Überleben in der Gemeinde

Welche Möglichkeiten des „coping with old age“ gab es auf den Dörfern?⁴⁵ Die späteren Hospitäliten gehörten, wie erhaltene „Armenzettel“⁴⁶ zeigen, zur größeren Gruppe derjenigen Armen, die Almosen aus speziellen Stiftungen oder aus dem „gemeinen Kasten“ erhielten.⁴⁷ Hat-ten sie kein eigenes Häuschen, konnten sie zur Miete leben. Dabei taten sie sich gelegentlich mit anderen Armen zusammen. Manche Alten lebten bei Anverwandten, bis dort ihr kleines Vermögen aufgebraucht war, denn im weiteren Familienkreis war Fürsorglichkeit keineswegs kostenfrei. Andere Arme wurden bei Mitgliedern der Gemeinde als Kostgänger herumgereicht. Im Jahr 1799 klagte allerdings eine 66-jährige, halbseitig gelähmte Supplikantin, niemand im Dorf sei bereit, „Aufwartung und Unterhalt“ für sie zu übernehmen, obwohl sie ihr Vermögen von 24–25 Kammergulden als Gegenleistung anbot.⁴⁸ Offensichtlich hatten Werke der Barmherzigkeit, wenn es um die langfristige Versorgung Hilfsbedürftiger ging, einen hohen Preis.

42 Vgl. Christina VANJA, Gemütskranke als Naturwesen? Pazifizierungsstrategien im Umgang mit psychisch Kranken in der frühneuzeitlichen Gesellschaft, in: Klaus Garber u. a., Hg., Erfahrung und Deutung von Krieg und Frieden. Religion – Geschlechter – Natur und Kultur (= Der Frieden 1, München 2001), 835–853.

43 Vgl. Christina VANJA, „Und könnte sich groß Leid antun.“ Zum Umgang mit selbstmordgefährdeten psychisch kranken Männern und Frauen am Beispiel der frühneuzeitlichen „Hohen Hospitäl“ Hessens, in: Gabriela Signori, Hg., Trauer, Verzweiflung und Anfechtung. Selbstmord und Selbstmordversuche in mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Gesellschaften (= Forum Psychohistorie 3, Tübingen 1994), 210–232.

44 Vgl. VANJA, „Clostergänge“, wie Anm. 17.

45 Vgl. John WOODWARD / Robert JÜTTE, Hg., Coping with Sickness. Historical Aspects of Health Care in a European Perspective (= History of Medicine, Health and Disease 1, Sheffield 1995).

46 HStA Marburg, Bestand 304 Urkunden zu der Stifts-Kauffunger Frucht-Rechnungen ab 1743; vgl. Christina VANJA, Arme und Kranke aus Kaufungen in den landgräflichen hessischen Hospitälern, in: Gemeinde Kaufungen, Hg., 1000 Jahre Kaufungen. Arbeit, Alltag, Zusammenleben (Kaufungen 2011), 258–269; Fritz MEYER, Oberkaufungen im Wandel der Zeiten (Melsungen 1962), 41.

47 Vgl. Christina VANJA, Armenfürsorge im Hessen des 16. Jahrhunderts, in: Klaus Bergdolt / Lothar Schmitt / Andreas Tönnemann, Hg., Armut in der Renaissance (= Wolfenbütteler Abhandlungen zur Renaissanceforschung 30, Wiesbaden 2013), 137–157.

48 LWV-Archiv, Bestand 17, K 55.

Schließlich waren auch die Möglichkeiten des Gelderwerbs nun begrenzt. Alte Menschen konnten zunehmend nur noch einfache, weniger anspruchsvolle und insbesondere körperlich leichtere Arbeit verrichten. Diese Lohnarbeiten wurden entsprechend gering bezahlt.⁴⁹ Letztlich waren alte Menschen, wie oben angedeutet, auf das Betteln in der näheren Umgebung angewiesen, bis auch die Beine versagten.⁵⁰

Einen Forschungsschwerpunkt zur Geschichte der Hohen Hospitäler bildet die Frage nach der medizinischen Versorgung der Armen.⁵¹ Auch für Landbewohner/-innen, so geht aus den Bittschriften hervor, bestand ein „medical market“.⁵² Die späteren Hospitalinsassen suchten Laienheiler und umherziehende Wundärzte bzw. Theriakhändler ebenso wie professionelle Heiler (Ärzte, Chirurgen, Barbierer) auf.⁵³ Einige supplizierten sogar auf Unterstützung für eine Badereise, zum Beispiel nach Wiesbaden oder zum Gesundbrunnen in Hofgeismar bei Kassel.⁵⁴ Ihre Krankheiten wurden von Ärzten ebenso wie von Laien humoralpathologisch verstanden: Krankheiten und Beschwerden schienen, von sichtbaren Unfallfolgen abgesehen, in einem Ungleichgewicht oder der „Schärfe“ der vier Kardinalsäfte (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) begründet. Dieses Konzept schloss seelische Erschütterungen und schädliche Lebensgewohnheiten als Verstöße gegen die Diätetik, also des gesunden Lebensreglements, ein.⁵⁵ Mehrfach verfielen alte Menschen, so die erhaltenen Krankengeschichten, durch den Tod des Ehepartners oder der Kinder in „Tiefsinn“. Eine Bergmannsfrau, die nach dem Tod ihres Mannes in „betrübtten Umständen“ lebte, stürzte sich in einen Schacht, konnte aber gerettet werden;⁵⁶ eine 60-jährige Bergmannswitwe ging der Tod ihres Mannes und ihrer beiden Kinder, die Opfer der grassierenden Ruhr geworden waren, so zu Herzen, dass sie sich ertränken

49 So arbeitete die „lahme“ und „melancholische“ 60-jährige Witwe Anna Catharina Drescher noch als Gänsehirtin, konnte sich aber keine Wohnung mehr leisten: LWV-Archiv, Bestand 17, Reskript vom 28. Januar 1800; auch der „blinde“ 67-jährige Gänsehirt Johannes Möller musste um Aufnahme bitten: LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 16. September 1755; zum Thema Blindheit vgl. Irntraut SAHMLAND, *A Life in Darkness. Coping with Blindness in Rural Society about 1800 in Hessen*, in: *Historia Hospitalium. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 29 (2014/15), 187–196.

50 Zum Beispiel ein an Händen und Füßen lahmer und stummer Mann, der fürchtete, „auf elende Art das Leben beschließen zu müssen“: LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 21. Juli 1791.

51 Die Studien sind Teil eines an der Universität Kassel mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft 2009–2013 durchgeführten Forschungsprojektes „Krankheit im Dorf“. Vgl. auch Christina VANJA, *Krankheit im Dorf – ländliche Wege des „coping with sickness“*, in: Gerhard Ammerer u. a., Hg., *Armut auf dem Lande. Mitteleuropa vom Spätmittelalter bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts* (Wien–Köln–Weimar 2010), 159–174.

52 Vgl. Roy PORTER, Hg., *Patients and Practitioners. Lay Perceptions of Medicine in Preindustrial Society* (Cambridge 1985); Roy PORTER, *Health for Sale. Quackery in England, 1660–1850* (Manchester–New York 1989).

53 Für den Kasseler Bereich wurden die Angebote fahrender Händler seit 1742 regelmäßig angezeigt: „Casselische Zeitung von Polickey, Comerzien, und andern dem Publico dienlichen Sachen“ (Universitätsbibliothek Kassel, Murhard-Bibliothek, Signatur 38 HZ 10); vgl. auch Robert JÜTTE, *Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute* (München 1996); Barbara ELKELES, *Medicus und Medikaster. Zum Konflikt zwischen akademischer und „empirischer“ Medizin im 17. und frühen 18. Jahrhundert*, in: *Medizinhistorisches Journal* 22 (1987), 197–211.

54 Vgl. Christina VANJA, *Arme Hessen in Kurbädern des 18. Jahrhunderts*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 12, Schwerpunktheft: Bäder und Kuren (2013), 11–25.

55 Vgl. Christina VANJA, *Medizin, Religion und Magie – Krankheit und Heilung in der Frühen Neuzeit*, in: Martin Momburg / Dietmar Schulte, Hg., *Das Verhältnis von Arzt und Patient. Wie menschlich ist die Medizin?* (= Heinz Nixdorf MuseumsForum, Paderborn 2010), 9–35.

56 HStA Marburg, Bestand 229, Reskript vom 30. November 1733.

wollte;⁵⁷ ein alter Mann wiederum rief in seiner durch seine Schwermut hervorgerufenen Verwirrung noch nach der längst verstorbenen Tochter⁵⁸ und eine alte Frau wehklagte ihrerseits Tag und Nacht, weil ihr Sohn beim Feldzug in Amerika weilte und sie seinen Tod befürchtete.⁵⁹ Ein 78-jähriger Apotheker hatte, so die Meinung des Arztes, sich durch jahrelanges Prozessieren um seinen Verstand gebracht.⁶⁰ Ein alter Gastwirt wiederum sprach dem Branntwein zu sehr zu und hatte überdies seinen Verstand durch „zu scharfes“ Denken überstrapaziert.⁶¹ Eher selten spielte ein unchristlicher Lebenswandel, insbesondere das Fernbleiben vom Gottesdienst oder eine Blasphemie, eine Rolle.⁶² Mehrfach betonten Ärzte dagegen, die Hinfälligkeit sei „traurige Folge des Alters“ und das Alter gebe wenig Hoffnung für den Erfolg einer „Kur“.⁶³ Auch diese Einstellung entspricht der seit der Antike tradierten Säftelehre. Alte, durch schwarze Galle (*melaina cholé*) und Schleim (*phlegma*) negativ, nämlich kalt, trocken oder feucht temperierte Menschen besaßen demnach von vornherein eine geradezu krankhafte Konstitution.⁶⁴ Aderlässe und Purgationen, die gewöhnlich, wie man annahm, eine Synkrasie der Säfte förderten, brachten so im Alter kaum noch Hilfe.⁶⁵ Häufiger genannt ist die Verordnung der zeitgenössisch üblichen purgierenden oder stärkenden Arzneien. Im Fall einer 64-jährigen Frau kam es nach Applikation eines Emeticums zum Erbrechen „großer Mengen von Würmern“, wonach, so das Attest, Genesung eintrat.⁶⁶ Auch operative Eingriffe wurden noch vorgenommen. Der Versuch eines alten Eseltreibers, sich die „(Harn-)Steine (heraus-)schneiden“ zu lassen, missglückte allerdings; er wurde nach der Operation bettlägerig.⁶⁷

Neben der irdischen Medizin spielte die Seelsorge eine herausragende Rolle. Es galt religiöse Verzweiflung zu verhindern und den Glauben an Gott, in dessen Händen letztlich die Gesundheit des Menschen lag, zu kräftigen. Eine Ehefrau redete deshalb ihrem „wahnsinnigen“ 60-jährigen Mann immer wieder gut zu und verrichtete Gebete für ihn.⁶⁸ Um eine „melancholische“ Witwe kümmerte sich der Gemeindepfarrer. Nach dessen Zuspruch wandte sie sich wieder dem Gebet zu und nahm schließlich auch den Kirchenbesuch erneut auf. Der Arzt stellte bei dieser, wie er schrieb, ganz vernachlässigten alten Frau allerdings auch eine einseitige „saure“ Ernährung fest. Diese habe „das Geblüt dick und trübe“ gemacht.⁶⁹ Einmal mehr

57 HStA Marburg, Bestand 229, Reskript 1747.

58 LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 13. Juli 1771.

59 LWV-Archiv, Bestand 17, K 2061; vgl. zu den hessischen Soldaten Peter K. TAYLOR, *Indentured to Liberty. Peasant Life and the Hessian Military State, 1688–1815* (London 1994).

60 LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 3. Oktober 1755.

61 LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 15. Mai 1792.

62 Johann Georg Both aus Treysa, ein verrückter Invalide von 64 Jahren, besuchte nie den Gottesdienst: LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 16. November 1768.

63 Johann Specht aus Frohnhausen war 60 Jahre alt und gemütskrank. Der Arzt stellte in seinem Attest fest: „Das Alter lässt wenig Hoffnung für eine Kur“: LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 5. März 1760.

64 Vgl. Daniel SCHÄFER, *Alter und Krankheit in der Frühen Neuzeit. Der ärztliche Blick auf die letzte Lebensphase (= Kultur der Medizin 10, Frankfurt am Main–New York 2004)*; STOLBERG, *Homo Patiens*, wie Anm. 39.

65 Vgl. Robert JÜTTE, *Krankheit und Gesundheit in der Frühen Neuzeit* (Stuttgart 2013), 127–128.

66 HStA Marburg, Bestand 229, Reskript vom 9. September 1752.

67 LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 22. Dezember 1566.

68 LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 22. September 1739.

69 HStA Marburg, Bestand 229, Reskript 1747 (Catharina Kestin aus Nentershausen).

zeigt dieses Beispiel den ganzheitlichen Ansatz der frühneuzeitlichen Medizin, der es um Leib und Seele ging.⁷⁰

Der Weg ins Hospital

Ein Leben im Hospital stellte, folgt man den ausgewählten Lebensbeschreibungen, offensichtlich die einzige Alternative zum elenden Dasein im Heimatort dar. So hoffte 1794 eine an „Epilepsie“ erkrankte, schwerhörige Witwe, die, laut Bittgesuch, keinen Menschen hatte, „der ihr beistünde und einen Trunk Wasser reiche“, durch Aufnahme in das Hospital Merxhausen für „die kurzen Tage ihres Lebens“ auf „zeitliche Nahrung und Leibespflege“.⁷¹ Die Ortsvorsteher unterstützten derartige Anträge, vermutlich aus Mitleid, aber auch, weil die Gemeinde auf diesem Wege um einen zu versorgenden Armen erleichtert wurde.⁷² Dass Familien aus Eigeninteresse einer Überführung in das Hospital nachhelfen, lässt sich allerdings nur selten erkennen. Ein Negativbeispiel bildet die Familie eines älteren Pfarrers aus Wieseck bei Gießen. Ehefrau und Töchter gaben den Hausherrn als „alten Narren“ aus. Der Physikus intervenierte, hatte aber mit seinem Widerspruch keinen Erfolg.⁷³ In diesem wie in allen weiteren im Hospitalarchiv überlieferten Fällen wurden die von den Betroffenen bzw. ihren Angehörigen vorgebrachten Argumente von der landgräflichen Regierung letztlich akzeptiert.⁷⁴ Diesem Wechsel in eines der hessischen Hohen Hospitäler ging ein landgräfliches Reskript voraus, das den Obervorsteher aller vier Einrichtungen aufforderte, alles zur Aufnahme Nötige vorbereiten zu lassen. Damit war jedoch nur in der Frühzeit der Hohen Hospitäler ein zeitnaher Eintritt in das Hospital verbunden. Im 18. Jahrhundert standen die meisten armen Alten „secundum ordinem“ auf einer Warteliste und verstarben nicht selten, bevor sie an der Reihe waren. Nur als gefährlich oder akut gefährdet erscheinende Alte wurden auf Karren oder zu Fuß sofort zu den Hospitälern gebracht und dort „extra ordinem“ empfangen.⁷⁵

70 Vgl. Klaus BERGDOLT, *Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens* (München 1999); John HENDERSON, *Das Spital im Florenz der Renaissance. Heilung für den Leib und für die Seele* (Stuttgart 2014).

71 LWV-Archiv, Bestand 17, K 1823.

72 So klagte ein Gemeindevorstand, der Ort sei zu klein, um arme Leute zu unterstützen: LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 16. September 1763; vgl. Gerhard AMMERER, *Zur Versorgung von alten, arbeitsunfähigen Personen auf dem Land – Überlegungen und Hinweise zu kommunalen Defiziten von Regionalbeamten und Betroffenen*, in: Helmut Bräuer, Hg., *Arme – ohne Chance. Kommunale Armut und Armutsbekämpfung vom Spätmittelalter bis zur Gegenwart* (Leipzig 2004), 159–189; Thomas SOKOLL, *Old Age in Poverty. The Records of Essex Pauper Letters, 1780–1834*, in: Tim Hitchcock u. a., Hg., *Chronicling Poverty. The Voices and Strategies of the English Poor, 1640–1840* (London–New York 1997), 130–135.

73 LWV-Archiv, Bestand 13, Reskript vom 13. Juli 1790.

74 Die nicht akzeptierten Bittgesuche sind jedoch leider nicht erhalten.

75 Vgl. Irmtraut SAHMLAND, *Inmates – Their Life before, in and beyond the Hospital in the Late 18th and Early 19th Centuries*, in: *Historia Hospitalium. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 28 (2012/13), 215–220.

Resümee

Die Auswertung von über hundert Bittgesuchen zur Aufnahme in eines der Hohen Hospitäler hat deutlich gemacht, dass arme Menschen auch im Alter versuchten, in ihren Dörfern zu überleben. Sie nahmen leichtere Arbeiten an, suchten preiswerte Unterkünfte und bemühten sich um Almosen. Sie litten an chronischen Krankheiten und Behinderungen, sei es, dass sie an ihnen schon in jüngeren Jahren „laborierten“, sei es, dass sie diese als Altersgebrechen verstanden. Neben körperlichen Leiden wie Lahmheit, „Flüssen“ und „Krebsschaden“ sowie dem zunehmenden Verlust von Sehfähigkeit und Gehör standen „Gemütskrankheiten“. Auch ältere Menschen suchten nach Abhilfe auf dem „medical market“, doch gaben ihnen die Ärzte aufgrund ihrer nach zeitgenössischer Humorallehre ungünstigen „Säfte“ im Alter zumeist wenig Hoffnung auf Genesung. Viele alte Arme lebten aufgrund ihrer Altersschwäche entsprechend in wirklich elenden Verhältnissen.

In dieser Situation bildete der Eintritt in ein Hospital einen letzten Ausweg. Immerhin fanden gerade altersschwache Menschen hier eine geordnete Lebenssituation mit einem relativ hohen Lebensstandard (ein Bett, Nahrung und Kleidung, medizinische und seelsorgerliche Betreuung) vor. Sieht man von der am Ende des behandelten Zeitraumes drohenden „Zerstückung“ (Karin Stukenbrock) in der Anatomie ab, konnten die meisten Alten relativ ruhig ihren letzten Lebensjahren entgegensehen. Ihnen wurde angesichts des herannahenden Lebensendes geistlicher Trost zuteil, der Chirurg half ihnen bei akuten Leiden und unterstützte die Zuteilung einer ihnen verträglichen bzw. sie stärkenden Nahrung. Im diätetisch geordneten Hospital bestanden gerade für ältere Menschen gute Chancen auf ein, im Vergleich zum notdürftigen Überleben im Dorf, langes Leben. Mit dem Eintritt in eines der Hospitäler verloren sie, dies muss als Kehrseite gesehen werden, allerdings ihre (relative) Selbstständigkeit und mussten sich dem Hospitalreglement unterwerfen. Bei älteren Menschen finden sich allerdings selten Klagen über die verlorene Freiheit, die für viele vor allem mit dem Bangen um ein Nachtquartier und das tägliche Brot verbunden gewesen war. Grundsätzlich bestand die Möglichkeit, das Hospital wieder zu verlassen oder sich beurlauben zu lassen. Diese Möglichkeit wurde vor allem von jüngeren Menschen genutzt. Bezeichnenderweise kehrten diese jedoch im Alter nicht selten wieder nach Haina oder Merxhausen zurück. Mancher alte Mensch, der in seiner Bittschrift bemerkte, er oder sie gehe bereits „auf die Grube zu“ und werde nicht lange im Hospital versorgt werden müssen, verbrachte schließlich dort noch manches Jahr oder sogar Jahrzehnte.

Beim Vergleich zwischen der fiktionalen Darstellung in Swifts „Gulliver“ sowie anderen Bildern und Texten über die Mühsal des Alters und den Quellen der Hospitalarchive neige ich dazu, zumindest für die armen Mitglieder der hessischen Dorfgemeinden der negativen Sicht Realitätsgehalt zuzusprechen. Dank der Hohen Hospitäler bildete aber nicht unbedingt das Grab, sondern eine beheizbare Stube für sie vorerst den „Hafen der Ruhe“ (Jonathan Swift). Nachvollziehbar stellten viele hessische Bittsteller/-innen ihr Leben unter Nutzung biblischer Wendungen und mit dem nötigen Nachdruck krasser Formulierungen als überzeugende Klage dar, um bei der Bewerbung um einen Hospitalplatz erfolgreich zu sein. Doch die Neigung am Heimatort zu bleiben, solange es eben ging, wird aus den Darstellungen ebenfalls deutlich. Einen Sonderfall unter allen alten Armen stellten „Gemütskranke“ sowie verwirrte „Epileptiker“ dar, für die andere einen Antrag stellten – aus Angst vor einem Unfall, einem Angriff auf Mitmenschen oder einem befürchteten Suizid. Die Lebenssituation dieser Menschen war

durch Altersarmut, aber ebenso durch ihre krankheitsbedingte soziale Isolation geprägt. Ihr Schicksal näher zu untersuchen, würde einen wichtigen Beitrag zur Geschichte der psychiatrischen Geriatrie darstellen.⁷⁶ Auch diese soziale Dimension von Behinderung im Alter hatte Swift schon sehr klar gesehen und uns plastisch dargestellt.

Informationen zur Autorin

apl. Univ. Prof. Dr. Christina Vanja, Professorin für Neuere Geschichte an der Universität Kassel, Archivdirektorin beim Landeswohlfahrtsverband Hessen in Kassel, Ständeplatz 6–10, 34177 Kassel, Deutschland, E-Mail: kontakt-archiv@lwv-hessen.de

76 Vgl. Christina VANJA, Offene Fragen und Perspektiven der Hospitalgeschichte, in: Martin Scheutz u. a., Hg., Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit / Hospitals and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe (= Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung Ergbd., 51, Wien–München 2008), 19–40; Martin SCHEUTZ, Der unerbittliche Chronos versus. Abgeklärtheit, Armut, Erfahrung, Wissen und drittes Alter? Das hohe Alter in der Neuzeit – Annäherungen an ein zukunftsweisendes Thema, in: Ursula Klingenböck / Meta Niederkorn-Bruck / Martin Scheutz, Hg.: Alter(n) hat Zukunft. Alterskonzepte (= Querschnitte 26, Innsbruck–Wien–Bozen 2009), 76–113.

Elke Schlenkrich

Leipziger „geschlossene“ Armen- und Krankenfürsorgeeinrichtungen auf dem Weg zur spezialisierten medizinisch-pflegerischen Versorgungslandschaft

English Title

‘Enclosed’ Facilities Caring for the Poor and the Sick in Leipzig on the Road to a Specialised Medical and Nursing Care Landscape

Summary

This article highlights ‘enclosed’ facilities caring for the poor and the sick in Leipzig – the St. Georg and the St. Johannis Hospitals as well as the Plague Lazaretto. It traces long-standing traditions reaching from the Early Modern Period to the 19th century. In this context, it outlines development processes that led to a differentiated medical and nursing care landscape. The Johannis Hospital, for example, became an elderly care facility. The Lazaretto, which was originally built to receive people infected with the plague, sowed the seeds for a modern hospital. At the same time, these micro-historical investigations demonstrate that the processes of differentiation and profile shaping going on within the care landscape of Leipzig involved the exclusion of previous facility occupant groups.

Keywords

Saxony, Leipzig, medical history, history of hospitals, history of patients, Early Modern Period, 19th century, microhistory, historical anthropology

Auf dem Weg in die Moderne

In der historischen Forschung wird die Zeitspanne von 1750 bis 1850 als eine Übergangszeit zwischen Früher Neuzeit und Moderne verstanden, in der sich die Gesellschaft, Lebensumstände und Mentalität in Europa zur „Moderne“ hin entwickelt haben und sich seitdem im Wesentlichen so darstellen, wie wir sie heute kennen.¹ In jener Übergangszeit wurden auch verstärkt Krankheit und Wiederherstellung der Gesundheit als soziales Problem wahrgenommen. Darüber hinaus begannen sich im (sächsischen) Medizinalwesen grundlegende Strukturen herauszubilden, die noch heute bestehen. Bereits 1710 waren im Kurfürstentum Sachsen Amtsphysikate eingerichtet worden, um eine gleichmäßige Versorgung mit Amtsärzten sicherzustellen. Diesen oblag die städtische beziehungsweise amtliche Aufsicht über das Gesundheitswesen. Mit der im Jahr 1768 erfolgten Installation des „Collegium Sanitatis“, das in weiten Landesteilen als oberste Medizinalbehörde agierte, war ein weiterer Meilenstein für den Aufbau einer mehrstufigen Medizinalverwaltung in Sachsen gesetzt.

Am Beispiel der „geschlossenen“ Einrichtungen der Leipziger Armen- und Krankenfürsorge soll diesen Entwicklungen nachgegangen werden. Dabei werden diese „geschlossenen“ Anstalten im Gegensatz zur gleichfalls vorhandenen „offenen“ Fürsorge² und nicht im Sinne des Goffmanschen Modells der „Totalen Institution“ verstanden.³

Schon bei einem ersten mikroskopischen Blick in diese Anstalten lassen sich lange Traditionslinien erkennen. So häuften sich beispielsweise in den 1720er Jahren aus dem Georgenhaus die Klagen über miserables Essen und mangelhafte Hygiene beim Zubereiten der Mahlzeiten, wobei in der archivalischen Überlieferung unter anderem von Mäuse- und Rattenkot sowie Fliegen in den ohnehin übel zubereiteten Suppen oder von Maden im verdorbenen Sauerkraut die Rede ist.⁴ Aus den Augusttagen 1721 ist sogar ein an den Leipziger Bürgermeister Adrian Steger (1660–1741) adressierter anonymer Brief im Namen aller Waisenkinder überliefert, in dem es heißt: „Gestern zu Mittag haben wir Waisen Kindern von den Herrn Hausvater Fleisch bekommen, das hat gestunken wie luder und wie ein aß, so daß es nicht wunder gewesen, wie wären nur von dem gestanke krank geworden.“⁵ Im ausgehenden 19. Jahrhundert führte ungenießbares Essen in den Schüsseln der Bewohner/-innen des Johannishospitals dazu, dass in der Stadtverordnetenversammlung scharfe Kritik an der dortigen Verpflegung geübt wurde. Ein in diesem Zusammenhang in Auftrag gegebenes Sachverständigengutachten kam zu dem Schluss, dass es dem dortigen Küchenpersonal an Verständnis für die Grundsätze

1 Vgl. Reinhart KOSELLECK, Einleitung, in: Otto Brunner / Werner Conze / Reinhart Koselleck, Hg., *Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland*, Bd. 1 (Stuttgart 1972), XV. Folgende Abkürzungen werden verwendet: StadtAL = Stadtarchiv Leipzig; Vol. = Volumen.

2 Vgl. Elisabeth DIETZMANN, *Die Leipziger Einrichtungen der Armenpflege bis zur Übernahme der Armenverwaltung durch die Stadt 1881* (Leipzig 1932).

3 Vgl. Martin SCHEUTZ, „Totale Institution“ – missgeleiteter Bruder oder notwendiger Begleiter der Moderne? Eine Einführung, in: Martin Scheutz, Hg., *Totale Institutionen* (= Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 1, Wien 2008), 3–19, hier 3–9.

4 StadtAL, Stift III. A. 16, „Acta, das Hospital zu St. Georgen und das demselben incorporirte Zucht- und Waysenhaus alhier betr.“, Vol. I, Bl. 150f.

5 Ebd., Bl. 153f. Der vollständig transkribierte Brief ist abgedruckt bei Helmut BRÄUER, *Der Leipziger Rat und die Bettler. Quellen und Analysen zu Bettlern und Bettelwesen in der Messestadt bis ins 18. Jahrhundert* (Leipzig 1997), 171, Stück 39.

menschlicher Ernährung mangle.⁶ Neben vielen weiteren Kritikpunkten wurde insbesondere beanstandet, dass hier keine Zubereitung spezieller Krankenkost erfolge, was mittlerweile sogar in Strafanstalten üblich war.⁷ Hierzu führte der Gutachter aus, es mache einen höchst Mitleid erregenden Eindruck, wenn man beim Besuch Kranker Essen von mehreren Tagen vorfände, dazu in einer Weise, wie man es jungen und kräftigen Menschen nicht zumuten würde.⁸

Weiterhin lassen sich in Leipzigs „geschlossenen“ Fürsorgeeinrichtungen nur sehr schleppende Entwicklungen bei der Professionalisierung der Krankenpflege ausmachen. Beim Blick auf das in jenen Häusern tätige Pflegepersonal fällt auf, dass die Grenzen zwischen Personal und Insassinnen/Insassen verschwammen. Letztere wurden selbst zum Personal, indem sie Waisenkinder beaufsichtigen oder kranke Mitinsassinnen und -insassen pflegen mussten. Zwar gehörten zwei Siechmägde und ein Siechknecht zum Personalstamm des Leipziger Lazarets (Jacobshospital), doch als während des Pestjahres 1680 im Lazarett krankheitsbedingt Siechknecht und -mägde ausfielen, übernahmen alte Lazarettinsassinnen und -insassen, die bisweilen an epileptischen Anfällen litten oder geistig behindert waren, Aufgaben bei der Pflege Pestkranker. Bei der retrospektiven Beurteilung ihrer Arbeitsleistung schätzte Lazarettchirurg Johann Müntzer ein, dass sie den Kranken mehr „Liebesdienste“ als das während der Pest tätige Sonderpersonal geleistet hätten, „weil diese Einfältigen keine Furcht und Scheu vor den Kranken“⁹ hatten. Noch 1791 bestimmten die in jenem Jahr erlassenen Verhaltensregeln für die Kranken im Lazarett, dass diese einander behilflich sein sollten. Insofern Patientinnen und Patienten physisch dazu in der Lage waren, mussten sie den „Elenden und Schwachen durch Beystand und Wartung ihre Schmerzen erleichtern helfen“. Zudem waren die Kranken aufgefördert, die „Sterbenden mit Trost und Gebet zu unterhalten“.¹⁰

Auch den zur „Korrektion“ in das Georgenhaus gebrachten „Bettelweibern“ oblag die Krankenpflege, bis im Jahr 1710 der Rat erwog, für Pflegedienste „ehrliche Bürger-Weiber“ aus dem Kreis der Almosenempfängerinnen heranzuziehen.¹¹ Allerdings berichtete noch im Jahr 1851 der Hausverwalter des Georgenhauses darüber, dass für die Krankenwartung brauchbare Personen aus dem Kreis des Hauspersonals beziehungsweise auch der Hausinsassenkategorien der „Versorgten“ und „Korrektioner/-innen“ ausgewählt würden. Jene Personen leisteten unter Aufsicht den Pflegedienst, wofür sie als Abgeltung besseres Essen oder auch

6 StadtAL, Kap. 37, Nr. 25, „Beifascikel I. ad Cap. 37“, Bl. 4^r.

7 Vgl. weiterführend zum Themenfeld Gemeinschaftsverpflegung Ulrike THOMS, Anstaltskost im Rationalisierungsprozess. Die Ernährung in Krankenhäusern und Gefängnissen im 18. und 19. Jahrhundert (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 23, Stuttgart 2005).

8 StadtAL, Kap. 37, Nr. 25, „Beifascikel I. ad Cap. 37“, Bl. 20^r.

9 StadtAL, Tit. (F) XLIV. C. 4h, „Acta, die wegen der Contagionsgefahr getroffenen Anstalten bey hiesiger Stadt betr.“, 1710–1712, Bl. 40^r.

10 StadtAL, Stift. I. 7a, „Fascikel, verschiedener, das hiesige Lazareth betreffender Sachen“, Vol. I, 1753–1804, Pkt. 6, Bl. 64^r. Außerdem fanden sich Hinweise, dass im Jacobshospital auch besoldete Krankenwärterinnen tätig waren. So weisen die Jahreshauptrechnungen 1700/1701 Ausgaben für das Lazarett in Form der Besoldung einer Krankenwärterin aus. Als man im Jahr 1797 im Rahmen der Untersuchung eines im Lazarett ausgebrochenen Brandes Befragungen vornahm, wurden auch die Aussagen einer Krankenwärterin protokolliert, die für die Nachtwache bei elf Patientinnen zuständig war; StadtAL, Tit. (F) VII. 5, „Die in der Nacht zwischen dem 11ten und 12ten Febr. 1797 in dem Lazareth allhier ausgebrochene Feuersbrunst betr.“, Bl. 8^r.

11 StadtAL, Georgenhaus Nr. 599, „E. E. und Hochw. Raths zu Leipzig besondere Verordnungen wegen des Zucht- und Waisenhauses“, 1691–1749, Bl. 7^r.

einen kleinen Geldbetrag erhielten. Zugleich ließ der Hausverwalter wissen, dass gegenwärtig bei den weiblichen Kranken eine Georgenhausinsassin als Krankenwärterin tätig war, die man wegen Trunkenheit in das Georgenhaus gebracht hatte.¹² Ein ähnliches Bild ließe sich auch bis weit über die Mitte des 19. Jahrhunderts hinaus zur (Kranken-)Pfleger im Johannishospital zeichnen.

Neben diesen exemplarisch umrissenen „langen Traditionslinien“ zeichnet sich im Kontext der medizinischen Versorgung eine relativ frühe Entwicklung von Ausdifferenzierungen und Spezialisierungen sowie Kooperationen zwischen einzelnen Leipziger „geschlossenen“ Armen- und Krankenfürsorgeeinrichtungen ab, die sich bereits in nachfolgenden Streiflichtern auf einige wenige ihrer Insassinnen und Insassen abzeichnen: Nachdem sich im April 1774 der Medikus Börner ein Bild über den Zustand der Patientinnen und Patienten im Johannishospital gemacht machte, kam er unter anderem zu dem Schluss, dass ein dort befindlicher 63-jähriger Mann wegen seiner „scorbutischen Säfte“ besser im Lazarett aufgehoben sei. Weitere fünf Personen, die sich wegen Alter und Schwäche, „Verfall der Nahrung“ oder besonderen Krankheiten im Johannishospital befanden, sollten dort verbleiben.¹³

Im Jahr 1794 kehrte der Waisenjunge Friedrich August Lutsche, der inzwischen eine Tischlerlehre absolvierte, in das Georgenhaus zurück, da er Ausschlag am Kopf und „geschwollene Drüsen“ bekommen hatte und deswegen nicht mehr bei seinem Lehrmeister bleiben konnte. Allerdings trug man im Georgenhaus Bedenken, den Jungen mit diesen Symptomen wieder zu den anderen Waisenkindern zu lassen. Vielmehr schätzte der Georgenhausarzt ein, dass der Patient hier nicht mit der „gehörigen Bequemlichkeit“ behandelt werden könne, weswegen er seine Aufnahme in das Lazarett als erforderlich ansah.¹⁴

Auch wenn es in der zeitgenössischen Literatur hieß, dass die ärmste Dienstmagd lieber ihren letzten Rocke verkaufe, ehe sie zur Niederkunft in das Lazarett ginge,¹⁵ legte sich beispielsweise an einem Oktobertag des Jahres 1721 Barbara Justin, die ein uneheliches Kind erwartete, in ihrer Not und mit ihren Geburtsschmerzen in der Hoffnung auf Hilfe vor das Lazarett.¹⁶

So unterschiedlich diese Akteurinnen und Akteure und deren Lebenswege auf den ersten Blick erscheinen mögen, ist ihnen doch gemeinsam, dass sie in den „geschlossenen“ Häusern der Leipziger Armen- und Krankenfürsorge (medizinische) Hilfe erwarteten und erhielten. Zugleich ist schemenhaft angedeutet, dass es in einzelnen Einrichtungen spezielle Versorgungsleistungen gab.

Nach diesen ersten Eindrücken sind die bislang nur namentlich erwähnten Leipziger „geschlossenen“ Armen- und Krankenfürsorgeeinrichtungen näher in den Blick zu nehmen, was zugleich damit verknüpft werden soll, die sich in diesen Einrichtungen vollziehenden Entwicklungen zu konturieren, die zur Ausprägung spezieller Profile führten.

12 StadtAL, Georgenhaus Nr. 614, „Akte über die Einrichtung und Verwaltung des Georgenhauses sowie Verpflegung und Gesundheitszustand seiner Insassen“, 1812–1858, Bl. 130f.

13 StadtAL, Stift. II. 26b, „Das Hospital zu St. Johannis betr.“, Vol. II, 1771, Bl. 15f.

14 StadtAL, Georgenhaus Nr. 601, „Sammlung ergangener Befehle, gehaltener Registraturen, Berichte, anzeigen und anderer Vorfälle“, 1794–1799, Bl. 11f.

15 Vgl. Mauritius CRUCIGER, Leipzig im Profil. Ein Taschenbuch für Einheimische und Fremde (Solothurn [1799]), 163.

16 StadtAL, Tit. (F) VIII. 332c, „Protokollum angebrachter Rügen, gehaltener Registraturen“, 1721–1722, Bl. 10f.

Kurzportraits „geschlossener“ Armenfürsorge- und Krankeneinrichtungen in Leipzig

Im frühneuzeitlichen Stadtbild Leipzigs präsentierten sich die Hospitäler St. Georg, St. Johannis und das Lazarett (Jacobshospital) als längst bekannte Orte der Fürsorge, die zum Teil seit bereits mehreren hundert Jahren bestanden.¹⁷ Leipzigs ältestes (vor dem Ranstädter Tor an der Pleiße gelegenes) Hospital St. Georg¹⁸ war eine markgräflische Gründung, die Kaiser Otto IV. (1175/76–1218) im Jahr 1212 bestätigte.

Bis in das 13. Jahrhundert lässt sich auch das Alte Johannishospital (vor dem Grimmaischen Tor) zurückverfolgen, doch ein genaues Gründungsdatum ist bislang nicht nachweisbar.¹⁹ Ursprünglich war das Johannishospital ein Leprosenhaus. Als um 1500 ein Rückgang der Lepra einsetzte, erfolgte hinfort im Johannishospital auch die Aufnahme anderweitig Erkrankter. Insbesondere wurden hier Personen untergebracht, die sich mit der in den letzten Jahren des 15. Jahrhunderts in Europa neu aufgetretenen „Franzosenkrankheit“ oder „lues venera“ (Syphilis) infiziert hatten. Anfang des 16. Jahrhunderts errichtete man für die Syphilitiker/-innen auf dem Grund des Johannishospitals ein gesondertes Gebäude, das „Franzosenhaus“. Sogar ein spezieller „Franzosenarzt“ war hier tätig.

Seit der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts begann sich die künftige Entwicklung des Johannishospitals zu einer reinen Altenfürsorgeeinrichtung abzuzeichnen, die bereits im letzten Drittel des 17. Jahrhunderts ihren Abschluss fand. Es erfolgte zunehmend die Aufnahme hinlänglich vermöglicher Leute, die darum suppliziert hatten, hier als Pfründner/-innen ihren Lebensabend verbringen zu dürfen.²⁰ Ein reines Pfründnerheim war das Johannishospital jedoch nicht, da es auch Unvermögende aufnahm.

Zu den wichtigsten Funktionsbereichen des Hospitals St. Georg zählten die Beherbergung und (medizinische) Versorgung von Kranken, Findelkindern und Waisen und ebenso die Unterbringung von Armen, Siechen, Pilgern/Pilgerinnen, Fremden und Obdachlosen. Die Krankenbehandlung umfasste unter anderem die Versorgung von Knochenbrüchen, Schusswunden und

17 Vgl. zu den Hospitälern St. Georg und St. Johannis im Mittelalter Enno BÜNZ, *Hospitäler*, in: Enno Bünz, Hg., *Geschichte der Stadt Leipzig*, Bd. 1 (Leipzig 2015), 380–397. Eine epochenübergreifende und vergleichende Geschichte der Leipziger Hospitäler respektive der „geschlossenen“ Einrichtungen der Armen- und Krankenfürsorge muss noch perspektivisch erarbeitet werden. Vgl. für zahlreiche Verweise auf diese Einrichtungen DIETZMANN, *Die Leipziger Einrichtungen*, wie Anm. 2; BRÄUER, *Der Leipziger Rat*, wie Anm. 5.

18 Vgl. weiterführend C[arly] SEYFARTH, *Das Hospital St. Georg vom Jahre 1212 bis zum Jahre 1631* (Leipzig 1939) sowie Dörte SCHIMKE, *Fürsorge und Strafe. Das Georgenhaus zu Leipzig 1671–1871* (= Quellen und Forschungen zur Geschichte der Stadt Leipzig 12, Leipzig 2016). Das anlässlich des 800-jährigen Bestehens von St. Georg erschienene Lesebuch richtet sich an einen breiten Leserkreis: Rolf HAUPT / Karsten GÜLDNER / Wolfgang HARTIG, Hg., *800 Jahre St. Georg in Leipzig. Vom Hospital des Chorherrenstifts St. Thomas zum medizinisch-sozialen Zentrum (Unternehmensgruppe St. Georg Leipzig). 800 Jahre in Leipzig 1212–2012, 100 Jahre nach Neubau 1913 – Ein Lesebuch* (Leipzig 2011).

19 Vgl. vornehmlich zum Johannishospital Alfred ODIN, *Entwicklung des Georgen- und Johannishospitals zu Leipzig bis zu Beginn des 19. Jahrhunderts*, unveröffentlichte Dissertation (Universität Leipzig 1914). Unbrauchbar ist die neuere, in völliger Unkenntnis der reichen Quellenüberlieferung zum Johannishospital angefertigte Graduiertenschrift: Matthias KERL, *Entwicklung und Schicksal des Johannishospitals zu Leipzig*, unveröffentlichte Dissertation (Universität Leipzig 1997).

20 Vgl. zum Beispiel StadtAL, *Stift. II. 26a, „Fasciculus, das Hospital zu St. Johannis betr.“*, Bll. 108^r–109^r, 129^r–146^r.

Erfrierungen. Auch innere Krankheiten wie Herz- und Nierenerkrankungen wurden behandelt. Bereits seit dem 16. Jahrhundert ist im Hospital St. Georg ein Medikus mit „Festanstellung“ und entsprechender jährlicher Besoldung nachweisbar. Ebenso wie im Johannishospital bestand im Hospital St. Georg die Möglichkeit, sich als Pfründner/-in einzukaufen. Allerdings machten diese im Georgenhospital nur einen kleinen Personenkreis aus.²¹

Obleich die Kriegsereignisse vom 16. bis zum frühen 19. Jahrhundert auch vor dem Johannishospital nicht Halt machten und Zerstörungen der Gebäudesubstanz und Plünderungen mit sich brachten, waren die Kriegsfolgen für das Hospital St. Georg viel gravierender. Um dem Feind keine Deckungsmöglichkeiten zu geben, war das Hospital während des Schmalkaldischen Krieges im Dezember 1546 niedergebrannt worden. Ab 1547 erfolgte auf den Grundmauern der Wiederaufbau. Während des Dreißigjährigen Krieges wurde das Hospital im Jahr 1631 erneut schwer beschädigt, blieb diesmal aber wüst. Den Armen, die sich zum Zeitpunkt der Zerstörungen im Georgenhospital befunden hatten, gewährte man im Johannishospital Aufnahme, die Zieh- und Findelkinder kamen gegen Bezahlung eines Ziehgeldes bei Pflegefamilien unter,²² und die Kranken brachte man in das Lazarett.

Erst Dezentennien später ließ der Leipziger Rat im Jahr 1668 mit kurfürstlichem Konsens auf dem Grund des Johannishospitals eine neue Einrichtung erbauen, die in den Quellen als Altes Georgenhaus oder Zuchthaus bezeichnet wird.²³ Diese Institution war als Armen-, Siechen-, Irren-, Waisen-, Findel- und Gefangenenhaus konzipiert.²⁴ Auf der Grundlage der Polizeiordnung des sächsischen Landesherrn Johann Georg II. (1613–1680) vom Juni 1661 fanden in diesem Haus auch Bettler/-innen Aufnahme.

Beengte Verhältnisse, dichtes Zusammenleben unterschiedlicher Personengruppen – die Einrichtung war für maximal 50 Personen konzipiert – sowie eine Reihe von Fluchtversuchen veranlassten den Rat bereits wenige Jahrzehnte später, über eine neue bauliche Variante nachzudenken. Vor diesem Hintergrund wurde 1700 der Neubau des Georgenhauses am östlichen Ende des Leipziger Brühls ins Werk gesetzt. Im Jahr 1701 erfolgte dessen Einweihung. Im weiteren Verlauf des 18. Jahrhunderts war der neue Standort des Georgenhauses eine Dauerbaustelle, kam es doch zur Ausführung weiterer Neu- und Umbauten. Einen gravierenden Einschnitt in das Alltagsleben des Georgenhauses brachten die Tage der Völkerschlacht mit sich. Im Oktober 1813 war das Georgenhaus binnen weniger Tage zu räumen, da es hinfort als russisches Militärlazarett genutzt wurde. Der Wiederbezug erfolgte erst im Jahr 1815.²⁵

Wesentlich jünger als die Hospitäler St. Georg und St. Johannis war das (Pest-)Lazarett (Jacobshospital).²⁶ Erste konkretere Einblicke in jenes Lazarett, das sich in der Rannischen Vorstadt in Richtung Rosental an der Elster befand, gibt ein Inventar, das im Leipziger Pestjahr

21 Vgl. SEYFARTH, Das Hospital, wie Anm. 18, 85–89.

22 StadtAL, Stift. III. A. 16, „Acta, das Hospital zu St. Georgen und das demselben incorporirte Zucht- und Waisenhaus alhier betr.“, Vol. I, Bll. 1^v–2^r.

23 Ebd., Bl. 2^v.

24 Ebd.

25 StadtAL, Georgenhaus Nr. 615, „Acta, die höhern Orts anbefohlene Räumung des Georgenhauses alhier“, 1813–1815, Bl. 1^r.

26 Vgl. für weiterführende Informationen zum Leipziger Lazarett ELKE SCHLENKRICH, Von Leuten auf dem Sterbestroh. Sozialgeschichte obersächsischer Lazarette in der frühen Neuzeit (= Schriften der Rudolf-Kötzschke-Gesellschaft 8, Beucha 2002).

1565 entstand.²⁷ Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass schon vor 1565 innerhalb des Hospitalkomplexes St. Georg ein Pesthaus vorhanden war.²⁸ Das Lazarett war im Zeitraum von 1565 bis 1631 eng mit dem Hospital St. Georg verbunden und nahm ausschließlich Infizierte auf.²⁹ Bedingt durch die Zerstörung des Hospitals St. Georg im Dreißigjährigen Krieg und der konzeptionellen Neuausrichtung des Georgenhauses waren hinfort im Lazarett – außer dem eigentlichen „Kerngeschäft“ in Zeiten der Pest, der medizinischen, pflegerischen und seelsorgerischen Betreuung Pestinfizierter – vielfache Aufgaben zu erfüllen. Dazu gehörten die Entbindung unehelich Schwangerer, Altenbetreuung und Krankenversorgung, hierbei auch die Kur Syphiliskranker, die seit dem letzten Drittel des 17. Jahrhunderts nicht mehr im Johannis-Hospital erfolgte.³⁰ Vielmehr werden in einem 1710 abgefassten Bericht über den Zustand der Lazarettgebäude auch Stuben erwähnt, die zu den Salivationskuren genutzt wurden.³¹ Darüber hinaus sind in den zahlreich überlieferten Lazarettinventaren des 18. Jahrhunderts Schwitzkästen beziehungsweise eine neu angeschaffte Maschine aus Kupfer zum Schwitzen sowie Spucknapfe für die Kurstuben verzeichnet.³² Die seit dem ausgehenden 17. Jahrhundert sporadisch überlieferten Verzeichnisse zu Lazarettinsassinnen und -insassen, die Informationen zu deren Sozialstatus und mannigfachen Krankheitsbildern liefern, belegen diese Multifunktionalität des Lazaretts, das sich zur Keimzelle des modernen Krankenhauses in Leipzig zu entwickeln begann.

Für die sich vollziehenden Transformationsprozesse im Jacobshospital, das zeitgenössisch seit 1791 als Krankenhaus³³ bezeichnet wurde, vermittelte die Medizin im Zeitalter der Aufklärung mancherlei Impulse: Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, Isolation der Patientinnen und Patienten mit ansteckenden Krankheiten, Einrichtung von Operationssälen. Hier fand auch Unterricht am Krankenbett statt, nachdem im April 1799 mit landesherrlicher Genehmigung ein klinisches Institut eingerichtet worden war, über das der Dekan der medizinischen Fakultät der Leipziger Universität die Aufsicht hatte. Oblag die medizinische Betreuung der Lazarettinsassinnen und -insassen bis zur Einführung des klinischen Unterrichts dem Stadtwundarzt und dem Stadtphysikus, erfolgte mit der Einbeziehung des Jacobshospitals in den Lehrbetrieb der medizinischen Fakultät der Leipziger Alma Mater sowie der vorgenommenen Unterteilung in eine chirurgische und eine innere Abteilung eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung. Mit der 1810 erfolgten Übernahme der ärztlichen Leitung des Jacobshospitals durch den Stadtphysikus Johann Christian August Clarus (1774–1854) wurde dieser Entwicklungsprozess hinsichtlich des Bemühens um eine qualitative Verbesserung der Patientenversorgung sowie ein besseres Ausbildungsniveau der Medizinstudenten im Rahmen seines fast

27 StadtAL, Tit. (F) XLIV. C. 4l, Vol. 2, „Nachrichten über die Pest 1565. Rechnungen über das Lazareth“, 1564–1567, Bl. 33^r–33^v.

28 Vgl. SEYFARTH, Das Hospital, wie Anm. 18, 109. Vgl. dazu auch den Lageplan des Hospitals St. Georg (1547–1631) bei BÜNZ, Hospitäler, wie Anm. 17, 383.

29 Vgl. SEYFARTH, Das Hospital, wie Anm. 18, 112.

30 Vgl. ODIN, Entwicklung, wie Anm. 19, 85.

31 Vgl. StadtAL, Stift. I. 1, „Acta, das hiesige Lazareth betr.“, Bl. 31^r.

32 Beispielsweise StadtAL, Stift. I. 79, „Inventare des Lazaretts“, Vol. 11, 1747, Bl. 12^r.

33 StadtAL, Stift. I. 7a, „Fascikel, verschiedener, das hiesige Lazareth betreffender Sachen“, Vol. I, 1753–1804. Hier wird im Rahmen der Verhaltensvorschriften für die Insassen und Insassen des Leipziger Lazaretts vom 27. April 1791 mehrfach der Begriff Krankenhaus verwendet; u. a. ebd., Bl. 63^r.

vier Jahrzehnte umfassenden Wirkens kontinuierlich weitergeführt.³⁴ Die neuen Entwicklungstendenzen erhalten mit seinem Namen sichtbare Konturen. Dass sich das Jacobshospital als Einrichtung für heilbare Kranke verstand, spiegelt sich explizit in der Dienstordnung aus den Februartagen 1833 wider, in der ausgeführt wurde, dass es sich bei vorgenanntem Hospital um eine „Heilanstalt“ für 250 Kranke handele.³⁵

Differenzierungen und Profilbildungen sowie beginnende Exklusion von Insassinnen und Insassen

Als Handels-, Messe- und Universitätsstadt kam Leipzig in der Frühen Neuzeit ein europäischer Rang zu, neben Dresden war Leipzig die bedeutendste Stadt Sachsens. Zwischen der Mitte des 16. und des 18. Jahrhunderts verdreifachte sich Leipzigs Einwohnerzahl von 10.000 auf mehr als 30.000, womit die Kommune zu den damaligen Großstädten zählte.³⁶ Eine derartige Stadtentwicklung machte es zugleich dringend erforderlich, entsprechende Kapazitäten für die Armen- und Krankenversorgung derjenigen Stadtbewohner/-innen bereitzustellen, für deren spezielle Bedürfnisse die im Rahmen der „offenen“ Fürsorge gewährten Unterstützungsleistungen nicht zureichend waren. Nachdem im Lazarett in seiner ursprünglichen Funktion als Pesthaus das therapeutische Prinzip im Vordergrund gestanden hatte, wurde dieses Prinzip in Folge der Ereignisse des Dreißigjährigen Krieges durchbrochen. Bedingt durch die Einäscherung des Hospitals St. Georg mussten hinfort vom Lazarett wesentliche Aufgabenbereiche des zerstörten Hospitals mit multifunktionaler Profilausrichtung mit übernommen werden. Das führte auch dazu, dass unter anderem viele chronisch Kranke die Platzkapazitäten des Lazaretts banden. Vor diesem Hintergrund legte im November 1732 der Leipziger Mediziner Augustin Friedrich Walther (1688–1746) dem Leipziger Rat eine Denkschrift vor, mit der er an die ursprüngliche Intention des Lazaretts als Einrichtung für Kranke mit Heilungsaussichten anknüpfte: Nach Ansicht des Verfassers ähnelte zum damaligen Zeitpunkt das Lazarett eher einem Invalidenhaus als einer Einrichtung für Kranke, die der Hilfe des Medikus oder des Chirurgen bedurften. Walther regte an, den Lazarettaufenthalt zeitlich zu begrenzen und darauf abzielen, die Leiden der Patientinnen und Patienten zu kurieren. Nach seiner Auffassung konnte es nicht Aufgabe des Lazaretts sein, inkurable Menschen dort für den Rest ihres Lebens zu versorgen. Diese bereits in den 1730er Jahren angeregte Exklusion von unheilbaren Lazarettinsassinnen und -insassen lässt sich seit der Zeit um 1800 sehr gut quellenmäßig fassen. Als im Oktober 1806 im Lazarett eine größere Zahl verwundeter und kranker preußischer, sächsischer und französischer Soldaten aufgenommen wurde, verlegte man transportfähige Lazarettinsassinnen und -insassen kurzerhand in das Armenhaus beim Johannishospital, darunter einen 56-jährigen äußerst „elenden“ und mit Ungeziefer „behafteten“ Mann, einen

34 Vgl. weiterführend zur Binnendifferenzierung im Jacobshospital im Zeitraum von 1799 bis 1914 Gunnar STOLBERG / Ingo TAMM, Die Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäusern bis zum Ersten Weltkrieg (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 17, Stuttgart 2001), 212–320.

35 Vgl. ebd., 226.

36 Vgl. Detlef DÖRING, Hg., Geschichte der Stadt Leipzig, Bd. 2: Von der Reformation bis zum Wiener Kongress (Leipzig 2016), 17.

„brustkranken“ pensionierten Stadtsoldaten im Alter von 74 Jahren, eine „mit dem bösen Wesen beladene“ Frau sowie eine weitere Lazarettinsassin, die „weder gehen noch stehen“ konnte.³⁷

In der Folgezeit lässt sich dieser Exklusionsprozess noch konturenreicher fassen, so anhand einer 21 Insassinnen und Insassen umfassenden Liste, in der die Betroffenen als „entbehrliche Personen, worunter mehrere ganz schlechte Subjecte sich befinden“, charakterisiert werden. Hierbei handelt es sich um durchweg alte und „kontrakte“ Leute, wobei bei zwei Personen vermerkt ist, dass sie noch als Aufwärter/-in brauchbar wären.³⁸ Das kann zugleich als ein weiterer Beleg dafür gelten, dass im 19. Jahrhundert noch immer fließende Grenzen zwischen Personal und Insassinnen/Insassen „geschlossener“ Häuser existierten und die Professionalisierung in der Pflege nur sehr langsam voranschritt.

Aber nicht nur im Jacobshospital wollte man sich im 19. Jahrhundert der unheilbaren Insassinnen und Insassen entledigen. Diese Absicht wurde gleichfalls für das Georgenhaus geäußert. Triebfeder war hier allerdings die Überlegung, dass diese Menschen völlig unfähig dazu wären, einen Beitrag zu ihrem Lebensunterhalt im Georgenhaus zu leisten.³⁹

Ogleich am Beginn des 19. Jahrhunderts nach wie vor in allen drei Leipziger „geschlossenen“ Armen- und Krankenfürsorgeeinrichtungen eine medizinische Versorgung der Insassinnen und Insassen durch Heilkundige erfolgte und die Raumkonzepte Kranken- bzw. Patientenstuben ausweisen, zeigen diese hier grob skizzierten Entwicklungen, dass um 1800 in jedem dieser drei Häuser zugleich spezielle Versorgungsprofile bestanden, wobei das Jacobshospital (Lazarett) vordergründig für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zuständig war, für die es eine Prognose auf Heilung gab. Darüber hinaus kooperierten diese drei Einrichtungen vor dem Hintergrund ihrer besonderen Profile miteinander. Ein signifikantes Beispiel hierfür ist die Geburtshilfe, die schwangeren Georgenhausinsassinnen im Jacobshospital geleistet wurde. Da die innere Organisation des Georgenhauses nicht auf Geburtshilfe ausgerichtet war, wurden von dort schwangere Hausinsassinnen zur Niederkunft in das Jacobshospital überwiesen.⁴⁰ Unter diesen befanden sich auch Frauen, die während der Zeit, in der sie sich im Georgenhaus befunden hatten, geschwängert worden waren, wie beispielsweise Christiane Elisabeth Kuhn, die man 1794 wegen „Liederlichkeit“ und Betteln in das Georgenhaus gebracht hatte und der nunmehr im Sommer 1800 die Geburt ihres dort mit einem Züchtling gezeugten Kindes bevorstand.⁴¹ Warum unter den Leipziger „geschlossenen“ Armen- und Fürsorgeeinrichtungen das Lazarett sozusagen als „erste“ Adresse für die Niederkunft unehelich Schwangerer galt, sei nachfolgend umrissen: Bereits im August 1715 hatte der Leipziger Rat in Erwägung gezogen, einen speziellen Medikus anzunehmen, der Schwangeren und Gebärenden Rat und Hilfe geben sowie den Wehmüttern in schweren Fällen beistehen sollte. Mit Vorwissen des Rates sollten auch Barbiergesellen, die Ambitionen zur Geburtshilfe hatten,

37 StadtAL, Stift. II. 29, „Acta, die Verpflegung mehrerer aus dem Jacobs-Hospital im Jahr 1807 gebrachte Kranke“, Bl. 3^r.

38 StadtAL, Stift. II. 44, „Acta, die künftig im Hospitale zu St. Johannis unterzubringenden unheilbaren Kranken und presthaften Personen, welche zeither im Jacobs-Hospitale und im Georgenhaus verpflegt wurden“, Bl. 3^r.

39 Ebd., Bl. 4^r.

40 StadtAL, Georgenhaus Nr. 677, „An den Rat zu Leipzig erstattet Anzeige über verschiedene Gegenstände“, 1800–1818, Bll. 8^r, 10^r.

41 Ebd., Bl. 5^r.

wöchentlich Unterricht erhalten und bei schweren Geburten über die vorzunehmenden chirurgischen Eingriffe informiert werden.⁴² In den 1760er Jahren stellte der Lazarettchirurg Johann Georg Hebenstreit Überlegungen zur Verbesserung der Geburtshilfe an. Er schlug vor, Schwangere in leerstehenden Lazarettgebäuden zwei oder drei Wochen vor ihrer Niederkunft unterzubringen. Hierfür sollten sie ein Entgelt bezahlen bzw. über Arbeitsleistungen, wobei er an Spinnen und Federnschleifen dachte, ihren Unterhalt erwerben. Hebenstreit sah hierin eine gute Möglichkeit, Studenten der Medizin und Chirurgie sowie Wehmütter praxisnah zu unterrichten.⁴³ Zwar bewertete der Leipziger Stadtaccoucheur Johann Carl Gehler (1732–1796) die Vorschläge des Lazarettchirurgen als Eigenmächtigkeiten, welche die Kompetenzen eines „rohen“ Handwerkschirurgen bei Weitem überschritten. Dennoch stimmte er in einem von ihm vorgelegten Gutachten inhaltlich mit Hebenstreits Vorstellungen überein. Der Stadtaccoucheur gab zu bedenken, dass der theoretische Unterricht für Hebammen und die Unterweisung an einer Maschine, an der die für die Geburtshilfe erforderlichen Handgriffe gezeigt werden, nicht ausreichend seien. Im Lazarett verpflegte Schwangere sollten als Gegenleistung bereit sein, sich in Gegenwart verschiedener Personen untersuchen zu lassen beziehungsweise zu gebären. Hierbei knüpfte Gehler an Erfahrungen an, die er während einer Straßburg-Reise gesammelt hatte. Allerdings sollten die unehelich Geschwängerten nicht gezwungen werden, sich für diese Unterrichtszwecke zur Verfügung zu stellen, weil er durch derartige Zwangsmaßnahmen die Verheimlichung von Schwangerschaften befürchtete. Gehler baute vielmehr auf das Prinzip der Freiwilligkeit und verlieh seiner Gewissheit Ausdruck, dass „die gute Verpflegung eine sichere Lockspeise für viele seyn würde, sich freiwillig anzubieten“.⁴⁴ Vorgeesehen war, im Lazarett eine Stube mit geburtshilfflichen Einrichtungen auszustatten. In einem 1790 erstatteten Bericht zu Neuerungen im Lazarett findet der Erwerb eines Gebärstuhls Erwähnung. Dazu wurde bemerkt, dass diese Investition zur besseren Ausübung geburtshilfflicher Handgriffe und zur Schonung der Betten sehr nötig gewesen wäre.⁴⁵

Interaktionen zwischen „geschlossenen“ Häusern in Leipzig beschränkten sich jedoch nicht nur auf die Geburtshilfe, sondern lassen sich in verschiedensten (Erkrankungs-)Kontexten nachweisen. So fanden sich wiederholt Belege dafür, dass mit Ungeziefer „behaftete“ Insassinnen und Insassen des Johannishospitals für die Zeit, in der eine gründliche Reinigung der von ihnen bewohnten Hospitalstube erfolgte, interimistisch im Georgenhaus untergebracht wurden.⁴⁶ Auch am Beispiel des im Jahr 1797 geborenen Hospitaliten Andreas August Assling, der seit 1865 Insasse des Johannishospitals war, lässt sich das (nicht immer konfliktfreie) Zusammenspiel der einzelnen „geschlossenen“ Fürsorgeeinrichtungen illustrieren.⁴⁷ Nachdem Assling von einer Krankheit geheilt worden war, wegen der man ihn in das Jacobshospital eingewiesen hatte, forderte die dortige Verwaltung dessen Rücknahme in das Johannishospital. Allerdings hatte der Patient weitere inkurable Leiden wie das Unvermögen, Harn und Stuhl zu

42 StadtAL, Tit. (F) XLIV. A. 1a, „Bestellungen zum Stadt Physicat, ingl. wegen der kreisenden Weiber“, 1659–[1715], Bl. 19^r.

43 StadtAL, Stift. I. 3, „Die von dem Lazareth-Chirurgo Johann George Hebenstreiten gethanen Vorschläge zu Verbesserung des hiesigen Lazareths“, 1764, Bll. 1^r–2^r.

44 Ebd., Bl. 10^r.

45 StadtAL, Stift. I. 7a, „Fascikel, verschiedener, das hiesige Lazareth betreffender Sachen“, 1753–1804, Bl. 47^v.

46 StadtAL, Kap. 37, Nr. 27, „Acta, die Krankenpflege im Johannishospitale betr.“, Vol. I, Bll. 41^r, 49^r.

47 Ebd., Bl. 71^r.

halten. Deswegen war Assling aus Sicht der Administration des Jacobshospitals „weniger Gegenstand für ärztliche Behandlung und Pflege des Krankenhauses“, sondern vielmehr ein Fall für ein Versorgungshaus, zu dessen Funktionen unter anderem die Betreuung von Menschen mit schweren chronischen Leiden gehörte. Auch der Arzt des Johannishospitals sprach sich gegen eine Wiederaufnahme Asslings aus, weil jener neben den schon angeführten körperlichen Beschwerden an einer fortschreitenden Lähmung des Unterkörpers leide, sodass er weder gehen, sitzen noch stehen könne und sich in einem völlig „unbehilflichen“ Zustand befände. Da die Kapazitäten im Johannishospital nicht ausreichten, um Assling dort bedarfsgerecht zu pflegen, wurde letztlich dessen Unterbringung in einem Versorgungshaus avisiert.⁴⁸

Im Lazarett und insbesondere im Hospital St. Georg spielte die Versorgung von Menschen mit psychischen Leiden, in den Quellen oftmals als „Melancholiker/-innen“ oder „Wahnwitzige“ bezeichnet, eine nicht unbedeutende Rolle. Im Georgenhaus bildeten die „Melancholiker/-innen“ sogar eine separate Insassenkategorie. Was deren dortige Unterbringung anbelangt, gibt es mehrere Belege für das Bemühen, diese Menschen von den anderen Hausinsassinnen und -insassen wenigstens teilweise zu separieren. Laut Berichten des Leipziger Rates aus dem Jahr 1670 wurden beim Bau des Alten Zuchthauses eine Behausung und „Behältnüße auff der Erde“ zur Versorgung „Wahnwitziger“⁴⁹ errichtet. Allerdings folgte schon recht bald die Einsicht, dass diese Menschen besser in aus Mauerwerk bestehenden Räumlichkeiten verwahrt werden könnten.

Nachdem 1701 das Georgenhaus an das östliche Ende des Brühls verlegt worden war, gab es offenbar hinsichtlich der Unterbringung der psychisch beeinträchtigten Georgenhausbewohner/-innen raumkonzeptionelle Planungslücken, wodurch Kontaktzonen zu den anderen Hausinsassinnen und -insassen entstanden. Jedenfalls sah sich der Hospitalvorsteher veranlasst, beim Rat darum zu bitten, die zum Teil „melancholischen“, „rasenden“ und „wahnwitzigen“ Leute gesondert zu verwahren, damit die „unschuldige Jugend nicht in gefährliches Aergernüß gestürzt“⁵⁰ werde und diese nicht durch gotteslästerliches Fluchen und andere unverantwortliche Reden Seelenschaden erleide.

Im frühen 19. Jahrhundert begannen sich hinsichtlich des Einsatzes von Zwangsinstrumenten gegenüber „Tobsüchtigen“ bedeutende Veränderungen abzuzeichnen. Laut eines königlichen Reskripts vom Oktober 1818 war es hinfort verboten, „tobsüchtige“ Personen in Ketten zu legen. Allerdings war die Praxis im Georgenhaus der obrigkeitlichen Norm um gut ein halbes Jahrzehnt voraus, da bereits seit dem Jahr 1812 „jeder Gebrauch von Ketten, um Menschen zu bezähmen, gänzlich unterblieben“⁵¹ war. Es wurde darauf verwiesen, dass man hier vom „Zwangscamisol und -stuhl“ Gebrauch machte. Die Benutzung des Zwangsriemens hingegen erfolgte nur selten.⁵² Stellte sich bei Bewohnerinnen und Bewohnern des Alten Johan-

48 Ebd.

49 StadtAL, Stift. III. A. 13, „Allerhand das St. Georgenhospital betreffende Sachen“, Bl. 3^r.

50 StadtAL, Georgenhaus Nr. 600, „Memoriale und Supplikationen“, Bl. 8^r. Ursprünglich war geplant, dass im Hof eine Planke errichtet werden sollte, wodurch aber der Raumeindruck des Hofes zerstört worden wäre. Deswegen schlug der Hospitalvorsteher vor, die ohnehin nicht benutzte große Kirchstube und die angrenzenden Stuben und Kammern umzugestalten. Damit sollte ein in sich geschlossenes Areal geschaffen werden, sodass diese Menschen nicht mehr auf den Hof zu kommen brauchten; ebd., Bl. 9^r.

51 StadtAL, Stift. III. 24c, „Acta, verschiedene das Georgenhaus allhier betr. Sachen“, Vol. III, 1817, Bl. 90^r.

52 Ebd.

nishospitals heraus, dass sie an einer „Geistesstörung“ litten, war es eine durchaus gängige Praxis, sie für eine gewisse Zeit zur Beobachtung in das Georgenhaus einzuweisen. Als der Johannishospitalinsasse Friedrich Adolf Ahlemann, der bereits seit längerem Anzeichen einer „Geistesstörung“ entwickelt hatte, im Sommer 1869 auch noch damit begann, wiederholt Essen samt Geschirr durch seine Hospitalstube zu werfen und es der Wärterin nicht gelang, ihn zu beschwichtigen, erfolgte nach vorgenommener ärztlicher Begutachtung dessen Unterbringung im Georgenhaus.⁵³ Ebenso kam die „geistesgestörte“ Johannishospitalitin Johanna Juliane Fließbach zur Kur und Beobachtung in das Georgenhaus.⁵⁴

Resümee

Auch wenn im Rahmen dieser Ausführungen nur kursorische Einblicke in die Versorgungskonzepte Leipziger „geschlossener“ Häuser der Armen- und Krankenfürsorge möglich waren, ist resümierend hervorzuheben, dass sich durch die in diesen Einrichtungen vollziehenden Entwicklungsprozesse ein Versorgungssystem herauszubilden begann, das eine zunehmende Differenzierung und Ausprägung spezifischer Funktionsprofile kennzeichnet. So profilierte sich das Johannishospital als Altenfürsorgeeinrichtung, aus dem ursprünglich für die Aufnahme Pestinfizierter errichteten Lazarett entstand die Keimzelle für ein modernes Krankenhaus. Darüber hinaus zeigt das Leipziger Beispiel, dass es in den hiesigen „geschlossenen“ Armen- und Krankenfürsorgeeinrichtungen eine gute, dem Wissensstand der Zeit gemäße medizinische Betreuung gab. Diesen Schluss lassen Aufzeichnungen von Heilkundigen über vorgenommene Behandlungen sowie das nachweisbare Engagement des in jenen Einrichtungen tätigen medizinischen Personals zu. Überdies weist die dichte Rechnungsüberlieferung – wie die Jahreshauptrechnungen mit detaillierten Ausgaben für das Lazarett oder die Rechnungen des Georgenhospitals – erhebliche Aufwendungen für Medikamente sowie die Vergütung erbrachter medizinischer Leistungen aus. Ebenso sind in diesen Rechnungen die Besoldungen der in den „geschlossenen“ Häusern tätigen Ärzte und Chirurgen verzeichnet. Demzufolge sprechen auch die für Leipzig erhobenen Befunde nicht zuletzt dafür, dass es durchaus gerechtfertigt ist, die Thesen von der medizinischen Unterversorgung in der Frühen Neuzeit sowie von der „Geburt der Klinik“ als einer epochalen Schnittstelle in der Geschichte institutioneller Fürsorge kritisch zu hinterfragen.⁵⁵

53 StadtAL, Kap. 37, Nr. 27, „Akta, die Krankenpflege im Johannishospitale betr.“, Vol. I, Bll. 16^r–17^v.

54 Ebd., Bll. 20^r–22^v.

55 Vgl. dazu auch Christina VANJA, Offene Fragen und Perspektiven der Hospitalgeschichte, in: Martin Scheutz u. a., Hg., Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit (= Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung Ergbd. 51, Wien–München 2008), 19–40, hier 23.

Informationen zur Autorin

Dr. Elke Schlenkrich, apl. Professorin an der Kulturwissenschaftlichen Fakultät der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder), Große Scharnstraße 59, 15230 Frankfurt (Oder), Deutschland, E-Mail: elke.schlenkrich@gmail.com

Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah

**„Dass sie nicht weiter in Verfall gereth.“
Zur Umstrukturierung des Dresdner Lazarets und
späteren Krankenhauses im ausgehenden
18. Jahrhundert**

English Title

“No More Further Decline.” The Dresden Plague Lazaret and Future Hospital and Its Process of Being Restructured during the 18th Century

Summary

Eighteenth-century Dresden must have been an unhealthy place to live, however, there was growing institutional provision for curing the sick and the poor. The three oldest hospitals date back to the Middle Ages and the fifteenth century, first being an institutional place of health care for almost everyone who was in need, then during the sixteenth century was almost exclusively reserved for Dresden citizens, male and female. Albeit under municipal administration, it was the Elector of Saxony, who funded some of these hospitals and this combination caused many troubles and constituted demands on both sides. The lazaret, which was founded for those who suffered from the Black Death, but turned into a melting pot for day labourers, beggars and craftsmen in the sixteenth century, became the center of this emotionally energized town-country relationship. Due to war, hunger crisis and changes of administrative power, the lazaret's finances rapidly declined, the accommodation of the poor was limited and the building fell into a state of disrepair. On its way to a postulated contemporary modern hospital, the lazaret was completely at the mercy of different interests, which made a real transformation of this institution nearly impossible.

Keywords

Hospital, Dresden, Early Modern Age, financing and funding, organization, medicalization, institution, change, town, country

Vorbemerkungen

Im Jahr 1680 beurteilte der kurfürstliche Archivar und Dresdner Geschichtsschreiber Anton Weck die Fürsorgeeinrichtungen seiner Heimatstadt folgendermaßen:

„Allerdings die lieben Alten es in vorigen Zeiten insgemein nicht gerne dazu kommen lassen / dass die Dürfftigen hätten Noth leiden müssen: Also haben auch die christlichen Herren Vorfahren allhiesigen Orts / zur Versorgung des Armuths / allerhand gute Anstalt mit immerwehrenden gestifteten Einkunfften gemacht / dergleichen sich die Nothdürfftigen noch ietzo / und ob Gott will / auch ins künfftige zu erfreuen haben.“¹

1777 schrieb der Stadtchronist Benjamin Weinart in seiner „Topographischen Geschichte der Stadt Dresden“ zur Funktion von Hospitälern und Armenhäusern: „Die wahre und für den Staat nuetzlichste Absicht ist, kranken und von aller Anverwandten Huelfe verlassenen elenden Menschen den Ueberrest mit weniger Beschwerlichkeit der menschlichen Gesellschaft, ertraeglich zu machen.“² Während Weck noch ganz im mittelalterlichen Sinne die auf christlicher Nächstenliebe basierenden Stiftungen der Ahnen als Hilfe für bedürftige Menschen anführt, steht bei Weinart die obrigkeitliche Sozialpolitik, welche die Garantie einer entsprechend zugestandenem Fürsorgepflicht bedeutet, im Zentrum. Innerhalb von knapp 100 Jahren tritt hier ein eklatant anderes Verständnis von gesellschaftlichem Gefüge, von Verantwortlich- und Zuständigkeiten zutage.

In den folgenden Ausführungen sollen die Entwicklungen der Dresdner Fürsorgeeinrichtungen näher beleuchtet werden, wobei die Umstrukturierung des ehemaligen Pestlazarettes zum Krankenhaus im Fokus der Betrachtungen steht. In dem Zusammenhang wird die Finanzierung dieser Einrichtung hinterfragt, was eine Analyse ihrer Leitungsstrukturen einschließt beziehungsweise voraussetzt. Außerdem soll herausgestellt werden, aus welchen Gründen und in welcher Weise sich das Lazarett umstrukturieren ließ – oder lassen musste – und welche Personenkreise ihren jeweiligen Einfluss dabei geltend machten.

Wenn die Fürsorgeeinrichtungen als „Institution“ bezeichnet werden, so verstehe ich darunter eine soziale Organisation, die Zeit überdauernde Merkmale wie beispielsweise eine Leitidee, Führungsinstanzen, ein körperschaftliches Vermögen sowie transpersonale Handlungsziele aufweist.³ Um eine Institution auf Dauer zu stellen, müssen im Prozess einer Institutionalisierung Wandlungen und Anpassungen gleichsam als Voraussetzungen gelten. Bei dem Begriff „Wandel“ unterscheide ich gemäß der Definition von Gerhard Göhler zwischen einem revolutionären Institutionenwandel, der abrupt und sichtbar erfolgt, und einer schleichenden

1 Anton WECK, Der Chur-Fürstlichen Sächsischen weitberuffenen Residentz- und Haupt-Vestung Dresden Beschreib- und Vorstellung (Nürnberg 1679), 285.

2 Benjamin Gottfried WEINART, Topographische Geschichte der Stadt Dresden (Leipzig 1974 [ND der Ausgabe Dresden 1777]), 216.

3 Vgl. Gert MELVILLE, Institutionen als geschichtswissenschaftliches Thema, in: Gert Melville, Hg., Institutionen und Geschichte. Theoretische Aspekte und mittelalterliche Befunde (= Norm und Struktur 1, Köln-Weimar-Wien 1992), 1–24, hier 2.

Form, mithin einer allmählichen und sich eher im Verborgenen vollziehenden Veränderung des Charakters einer bestehenden Institution.⁴

Das Dresdner Fürsorgewesen – punktuelle Einblicke

Wer sich mit der Erforschung des Dresdner Fürsorgewesens befasst, betritt ein weitgehend unbeackertes Feld. Die einzige übergreifende Darstellung zur Armen- und Krankenfürsorge stammt aus dem Ende des 19. Jahrhunderts und auch nur wenige Arbeiten beschränken sich auf Ausschnitte dieses Themenfeldes, so beispielsweise die Darstellung der Anfänge des Dresdner Armenhauses, der institutionelle Wandel Dresdner Hospitäler vom 13. bis zum 16. Jahrhundert oder die Sozialgeschichte obersächsischer Lazarette in der Frühen Neuzeit.⁵ Der Zusammenhang zwischen Medikalisierung⁶ und Ökonomisierung⁷ ist dabei noch in keinsten Weise analysiert worden, bedeutet somit absolutes Neuland und einen winzigen Schritt auf dem zu beschreitenden Forschungsweg. Eine thematisch übergreifende Analyse der Entwicklung des Dresdner Sozialwesens insgesamt stellt ein dringendes Desiderat dar, zumal die Quellenlage dies in hohem Maße zulässt.

Im linkselbischen Dresden existierten seit dem ausgehenden Mittelalter bis ins 19. Jahrhundert hinein mehrere Hospitäler, so das Ende des 13. Jahrhunderts vom Landesherrn gestiftete, aber unter der Verwaltung des Rats stehende Maternihospital (ab dem 16. Jahrhundert für Dresdner Bürgerwitwen), das vom Rat der Stadt Dresden wohl in der Mitte des 14. Jahrhunderts initiierte Leprosorium St. Bartholomäi (seit dem 16. Jahrhundert für verarmte Dresdner Bürgerinnen) und eine um die Mitte des 15. Jahrhunderts von einem Pfarrer gestiftete Pilger- und Elendenherberge. Auf deren Ruinen ließ der albertisch-sächsische Landesherr knapp 100 Jahre später das Jakobsspital am „Neuen See“ vor dem Wilsdruffer Tor errichten, das sich auf die Versorgung ehemaliger männlicher Hofbediensteter und Soldaten konzentrierte.⁸

4 Vgl. Gerhard GÖHLER, Wie verändern sich Institutionen? Revolutionärer und schleichender Institutionenwandel, in: Gerhard Göhler, Hg., *Institutionenwandel* (Opladen 1997), 21–56.

5 Vgl. Otto RICHTER, *Verfassungs- und Verwaltungsgeschichte Dresdens*, Bd. 3 (Dresden 1891); Helmut BRÄUER, Die ersten Bewohner des Armenhauses in Dresden. Bemerkungen zu ihrer sozialen und mentalen Beschaffenheit, in: Hartmut Zwahr / Uwe Schirmer / Henning Steinführer, Hg., *Leipzig, Mitteldeutschland und Europa. Festgabe für Manfred Straube und Manfred Unger zum 70. Geburtstag* (Beucha 2000), 395–402; Elke SCHLENKRICH, Von Leuten auf dem Sterbestroh. Sozialgeschichte obersächsischer Lazarette in der frühen Neuzeit (= *Schriften der Rudolf-Kötzschke-Gesellschaft* 8, Beucha 2002); Alexandra-Kathrin STANISLAW-KEMENAH, *Spitäler in Dresden. Vom Wandel einer Institution (13. bis 16. Jahrhundert)* (= *Schriften zur sächsischen Geschichte und Volkskunde* 24, Leipzig 2008).

6 Sozialgeschichtlich verstanden als ein disziplinierender Prozess zunehmender medizinischer Kontrolle und ärztlicher Professionalisierung, vgl. Peter C. MEYER, *Gesellschaftliche Hintergründe der Medikalisierung*, in: *Bioethica Forum* 5/2 (2012), 52–58, hier 52.

7 Im Sinne einer detaillierten Kostenkontrolle von Fürsorgemaßnahmen, welche zu institutionellen Veränderungen in der Armen- und Krankenfürsorge führten. Vgl. dazu Rolf G. HEINZE / Katrin SCHNEIDERS, *Wohlfahrtskorporatismus unter Druck. Zur Ökonomisierung der Sozialpolitik und des sozialen Dienstleistungssektors*, in: Gary S. Schaal / Matthias Lemke / Claudia Ritzi, Hg., *Die Ökonomisierung der Politik in Deutschland. Eine vergleichende Politikfeldanalyse* (= *Kritische Studien zur Demokratie*, Wiesbaden 2014), 45–68, hier 50 f.

8 Vgl. STANISLAW-KEMENAH, *Spitäler*, wie Anm. 5, 71–293.

Wenn man berücksichtigt, dass Dresden vom 13. bis zum letzten Drittel des 15. Jahrhunderts eine kleine, noch relativ unbedeutende Stadt war, deren politische und wirtschaftliche Leitung vor allem in der Hand eines eingeschränkten Kreises ratsfähiger Familien lag, erhält die Verbindung der Hospitäler mit dem Rat ein besonderes Gewicht.⁹ Im Zuge der Ausbildung Dresdens zur ständigen Residenz ab 1485 mit einhergehendem Wachstum von Hof(-gesellschaft), Verwaltung und Bevölkerungszahl stieg naturgemäß auch die Zahl der Armen und Kranken. Das Dresdner Fürsorgewesen passte seine zweckdienlichen Leistungen für das Gesamtsystem der städtischen Gesellschaft an deren allgemeine wirtschafts- und sozialpolitischen Verhältnisse sowie Bedürfnisse an. Zum einen wandelten die bestehenden Hospitäler ihren ursprünglichen Stiftungszweck der Hilfe allgemein Bedürftiger zu einem solchen spezifischeren Zuschnitts (und vor allem für Einheimische) um, zum anderen erweiterten im 16. Jahrhundert neue Institutionen wie das sogenannte Brückenhofhospital für Syphiliskranke, ein nicht näher bekanntes Hospital in der heutigen Dresdner Neustadt sowie das 1568 erbaute Lazarett für Pestkranke das Dresdner Fürsorgewesen.¹⁰ Alle drei letztgenannten Einrichtungen wurden auf Initiative des städtischen Magistrats hin gegründet und standen unter seiner Verwaltung. Durch den „Nutzfaktor“ Hospital verbanden sich für den Rat Prestigegewinn, allgemeine Einflussnahme und Kontrolle mit der notwendigen (städtischen) Regelung des Bedürftigenproblems.

Das Pestlazarett

In den Hospitälern Dresdens war die Krankenversorgung auf die Pflege und weniger auf eine medizinische Betreuung konzentriert. Angestellte Spitalärzte gab es nicht. Offensichtlich aus gesundheitspolitischen Gründen entschloss sich der Rat im Jahr 1568, ein Pestlazarett „für arme infizierte Leute“ separat zu errichten.¹¹ Der Gedanke, eine „Pestabteilung“ dem Bartholomäihospital als ehemaligem Leprosorium anzugliedern, kam wohl wegen der Ansteckungsgefahr den Quellen zufolge gar nicht erst auf, im Gegenteil – die ersten Insassen des Pestlazaretts wurden aus dem Bartholomäihospital direkt in den neuen Lazarettbau überwiesen. Dies unterstreicht, dass vordem bei gesunden Pfründnerinnen untergebrachte infizierte Personen nun separiert werden sollten. Der städtische Magistrat trug damit den zeitgenössischen gesundheitspolitischen Anforderungen und Seuchenbekämpfungsmaßnahmen Rechnung.

Mit der Finanzierung des Lazarettes hatte sich der Dresdner Magistrat jedoch übernommen, da es an Geldern für die Versorgung der Insassen und zum Unterhalt der Gebäudesubstanz fehlte. Die daraufhin erfolgte großzügige Stiftung Kurfürst Augusts, der 10.000 Gulden aus den Kaufgeldern eines Salzwerkes zur Verfügung stellte und die hierauf ausbezahlten Zinsen dem Lazarett widmete, wurde 1588 von seinem Nachfolger und ein weiteres Mal 1595 durch

⁹ Vgl. ebd., 54 f. und 323 f. mit weiterführender Literatur sowie Matthias MEINHARDT, *Dresden im Wandel. Raum und Bevölkerung der Stadt im Residenzbildungsprozess des 15. und 16. Jahrhunderts* (= Hallische Beiträge zur Geschichte des Mittelalters und der Frühen Neuzeit 3, Berlin 2006).

¹⁰ Vgl. RICHTER, *Verfassungs- und Verwaltungsgeschichte*, wie Anm. 5, 232–238; Alexandra-Kathrin STANISLAW-KEMENAH, *Kirche, geistliches Leben und Schulwesen im Spätmittelalter*, in: Karlheinz Blaschke, Hg., *Geschichte der Stadt Dresden*, Bd. 1: *Von den Anfängen bis zum Ende des Dreißigjährigen Krieges* (Stuttgart 2005), 198–245 und 662–673, hier 207–214; STANISLAW-KEMENAH, *Spitäler*, wie Anm. 5, 68 f.

¹¹ Dazu grundlegend SCHLENKRICH, *Leuten*, wie Anm. 5, 29 f.

den damaligen Kuradministrator im Kapitalstamm erhöht. Falls dieses Geld in Notfällen nicht ausreichen sollte, so hätte zunächst der Rat die Dresdner Bürgerschaft zu Spenden zu ermahnen; würde dieses nicht fruchten, so erklärte sich der Landesherr außerdem bereit, noch Gelder aus der kurfürstlichen Rentkammer nachzuschießen. Das Dresdner Pestlazarett verfügte demzufolge über eine finanzielle Ausstattung, die sich in kursächsischen Gemeinden nicht noch einmal finden lässt.¹² Wenn auch nicht der Landesherr den entscheidenden Impuls zum Bau des Lazarets gab, so sprechen doch die der Einrichtung zugewiesenen pekuniären Mittel dafür, dass der Hof ähnlich wie bei der expliziten landesherrlichen und ebenfalls reichlich dotierten Gründung des Jakobspitals 1536 der Stellung Dresdens als Residenz Rechnung trug. Das Lazarett muss sich in seinen baulichen Ausmaßen, die in einer mehrflügeligen Anlage nebst Friedhof und Ummauerung bestanden, ähnlich bedeutsam ausgenommen haben wie das Jakobspital, welches als ein ebenfalls ummauerter, lang gestreckter Bau mit zwei Stockwerken und jeweils 50 Zellen pro Etage, dazu einem Garten und Kirchhof mit Wirtschaftsgebäuden, konstruiert worden war.¹³ In dieser optischen Präsenz trafen somit städtische und landesherrliche Fürsorgepolitik zusammen und wurden der Öffentlichkeit deutlich vor Augen geführt.

Analog den anderen Hospitälern stellte das Lazarett seine Wandlungsfähigkeit unter Beweis, indem es eine andere Klientel als ursprünglich vorgesehen versorgte. In pestfreien Zeiten wurden solche Bedürftige, die für eine Aufnahme in den sonstigen Fürsorgeeinrichtungen nicht in Frage kamen, im Lazarett untergebracht. Gemäß Lazarettrechnungen geschah dies bereits gegen Ende des 16. Jahrhunderts; auch ein „Bollwerk“, „da man vnsinnige leuthe einzusetzen pfeget“,¹⁴ lässt sich für 1591 nachweisen. Dieses breite Spektrum an versorgten Kranken und armen Personen wird noch anhand kurfürstlicher Aufnahmebefehle aufgrund von Supplikationen des frühen 18. Jahrhunderts deutlich und schreibt sich in einem tabellarischen Verzeichnis der Jahre 1744 bis 1788 über 500 Lazarettinsassen fort.¹⁵

Eine derartige rein finanzielle Ausstattung fast ohne Eigenwirtschaft, wie sie dem Jakobspital und dem Lazarett zugewiesen wurden, barg allerdings die ständige Gefahr der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen in sich. Dies sollte bei beiden Institutionen im Laufe der Zeit deutlich zutage treten. Schenkt man den Berichten ihrer Verwalter und deren Rechnungsführung Glauben, so führten schwankende Geldwerte vor allem nach Kriegen, Hunger- oder Seuchenkatastrophen, ausbleibende Zinsen und eine sinkende Spendenbereitschaft beide Institutionen oft an den Rand des Ruins.

12 Vgl. ebd., 29.

13 Vgl. STANISLAW-KEMENAH, *Spitäler*, wie Anm. 5, 221–230.

14 SCHLENKRICH, *Leuten*, wie Anm. 5, 30.

15 Vgl. ebd., 93 mit Verweis auf Stadtarchiv Dresden (=StA), Ratsarchiv, F. XXI. 11 Tabellarisches Verzeichniß derer im Lazareth befindlichen Personen, 1746–1788. Demzufolge rekrutierte sich ein Großteil der Versorgten aus – nur zum Teil erkrankten – Almosenempfängern und Bettlern, verarmten Handwerkern, Händlern, Tagelöhnern und ehemaligen Angehörigen des Militärs.

Im Spannungsfeld von Stadt und Land – finanzielle Aspekte

Aus dem Jahr 1754 hat sich ein Briefwechsel zwischen Vertretern des Oberkonsistoriums, dem Superintendenten der Stadt Dresden und dem städtischen Magistrat erhalten. Auf Anordnung des Kurfürsten von Sachsen und Königs von Polen sollten an solchen Orten, an denen sie noch nicht eingerichtet waren, Zucht- und Armenhäuser zur „Abschaffung des Bettels“ entstehen. Darüber hinaus wurde für derartige Fälle bestimmt,

„dass sich vielleicht hin- und wieder im Lande Hospitäler, Lazarethe, oder andere milde Stiftungen, so mit stärkeren, jährlichen Revenüen, als sie bisher zu ihrer Bestimmung zu verwenden pflegen, versehen, finden, mithin von letzteren zu einem so gemein nützigem Behuff, als die Versorgung dürfftiger Personen ist, einigen jährlichen Beytrag zu fordern, der Billigkeit nicht entgegen seyn dürffte.“¹⁶

Um die Aufnahme einer höheren Anzahl von armen und bresthaften Personen entweder in Hospitäler beziehungsweise Lazarette oder „Armenhaus-Anstalten“ Kursachsens zu erreichen, bat das Oberkonsistorium um Informationen der jeweiligen Fürsorgeeinrichtungen unter Angabe von deren Einkünften, Verwendungszweck und jährlichen Einkommen. Für Dresden antwortete der Rat, dass die dortigen „piae causae“ zu viele Bedürftige mit zu geringem Vermögen unterhalten müsste; die dem Lazarett seinerzeit durch Kurfürst August zugedachten 12.000 Taler dienten zunächst dem Unterhalt sowohl der Gebäude, als auch der Entlohnung der Bediensteten, für die Versorgung der Insassen bliebe kaum etwas übrig.¹⁷

War dieser Aussage zufolge die finanzielle Situation des Dresdner Lazaretts vor dem Ausbruch des Siebenjährigen Kriegs bereits schwierig, so kam unter dessen Auswirkungen, anschließenden Lebensmittelteuerungen und Hungersjahren,¹⁸ noch eine weitere Komponente hinzu: In der Verwaltungsstruktur Kursachsens wurden wesentliche Veränderungen vollzogen.¹⁹ Zu den neu gegründeten Behörden im Jahr 1768 gehörte unter anderem das Sanitätskollegium als oberer Medizinalbehörde des Kurfürstentums. Zur gleichen Zeit nahm für Dresden eine Polizeikommission ihre Tätigkeit auf. Ihr oblag auch die Verantwortung für die Armenpflege, sie führte später die Oberaufsicht über den 1788 aus kurfürstlichen Zuschüssen und freiwilligen Beiträgen des Hofes gegründeten Hauptalmosenfonds sowie über die städtischen Almosenkassen. Dies schloss mehrere in der Verwaltung des Rates stehende Wohltätigkeitseinrichtungen wie das Armenhaus und das Lazarett ein. Letzteres besaß ein recht kompliziertes Abrechnungssystem, wobei hinsichtlich der Einnahmen und Ausgaben zwischen Lazarett- und Almosenkasse unterschieden werden muss. In der Lazarettkasse wurden die Zinsen aus der kurfürstlichen Stiftung und die dem Lazarett zugedachten Legate als Einkommen verbucht;

16 StA, Ratsarchiv, B XII 39 Acta die itzige Beschaffenheit der Dreßdnischen piarum causarum außenstehenden Schulden betr. 1722–1754, Schreiben vom 19. Juni 1754, ohne fol.

17 Ebd., Schreiben vom 14. September 1754, ohne fol.

18 Zu den Hintergründen vgl. Elke SCHLENKRICH, Bevölkerung und soziale Zustände, in: Reiner Groß / Uwe John, Hg., Geschichte der Stadt Dresden, Bd. 2: Vom Ende des Dreißigjährigen Krieges bis zur Reichgründung (Dresden 2005), 502–511 und 778–780, hier 502–507.

19 Vgl. dazu RICHTER, Verfassungs- und Verwaltungsgeschichte Dresdens, wie Anm. 5, 174 f.

unter die Ausgaben fielen unter anderem die Versorgung solcher Personen, die auf kurfürstlichen Befehl aufgenommen waren, Gebäudereparaturen, Personalgelder, Gerätschaften sowie die medizinische Ausrüstung der Medicis. Die Almosenkasse, welche sich ihrerseits hauptsächlich aus testamentarischen Vermächtnissen, Spenden der Bevölkerung und den Einnahmen der Kollektenbüchsen speiste, bestritt hingegen die Kosten für diejenigen Insassen des Lazarets, welche mit Genehmigung des Rats versorgt wurden. Dieser Faktor machte neben der Verteilung von Almosen an Stadtarme den Hauptausgabeposten der Almosenkasse aus. Die übrigen „*piae causae*“, wie die Hospitäler, erhielten keine Anteile aus diesem Fonds.

Für Lazarett- wie Almosenkasse mussten seitens des Lazarettverwalters separate Abrechnungen erstellt werden. Dieser recht umständliche Modus führte immer wieder zu Schwierigkeiten. Das 1782 als zentrale Finanzbehörde Kursachsens in Dresden eingesetzte Geheime Finanzkollegium war ursprünglich für die Justifikation der Lazarettrechnungen zuständig, da diese eben die landesherrlichen Stiftungen enthielten. Im Zuge der Umstrukturierung des Armen- und Kassenwesens 1788 wurde ebenso die Lazarett-Rechnungsführung vereinfacht; nun sollte das Geheime Finanzkollegium auch diejenigen Abrechnungen, welche aus der Almosenkasse zu bestreiten waren und der Ratsaufsicht unterlagen, kontrollieren. Dies rief eine empfindliche Reaktion des Dresdner Magistrats auf den Plan, fühlte er sich doch in seiner Kompetenz durch landesherrliche Behörden beschnitten. Eine völlige Umstrukturierung des Almosenamts, die auch seine Zuordnung innerhalb der Verwaltung betraf, erfolgte hingegen erst im Jahr 1818, wobei unter anderem die Hospitäler und das Lazarett (beziehungsweise dann bereits Stadtkrankenhaus) zwar unter die Aufsicht der neu gegründeten Armenkommission gerieten, weiterhin jedoch im Verwaltungsbereich des Stadtrates verblieben.

Allein aus diesem Beispiel des Abrechnungssystems für das Lazarett wird deutlich, worin die Schwierigkeiten bestanden, mit denen die Institution zu kämpfen hatte; die wechselnden Zuständigkeiten zwischen städtischem Magistrat und Landesherr nebst den jeweiligen zwischengeschalteten Behörden, was in der Konsequenz nicht nur regelmäßige Probleme einer korrekten Rechnungslegung, sondern auch entsprechend langwierige Verwaltungswege bezüglich Anfragen oder sonstiger Klärungen mit sich brachte. Der Rat als Initiator des Lazarets betrachtete diese Institution – analog sonstiger von ihm gegründeter und/oder verwalteter Fürsorgeeinrichtungen – als sein Eigentum, was die Administration der Einrichtung und die Bestimmung der Aufzunehmenden für ihn selbstverständlich miteinschloss. Nicht nur dieser letztgenannte Faktor, sondern auch die Selbstsicherheit des Rates in Bezug auf das ihm „gehörende“ und seinem Befehl unterstehende Lazarett führte gelegentlich zu verbalen Auseinandersetzungen mit dem Landesherrn, der dies unter dem Aspekt der Stiftungen seiner Vorfahren nicht als selbstverständlich hinnahm. Selbst als er 1788 dem Rat die Direktion über das Lazarett ausdrücklich bestätigte, betonte Friedrich August III. (1750–1827) regelmäßig in späteren Briefen an den Magistrat den „kurfürstlichen Anteil“ am Lazarett. Von letzterem sei keineswegs anzunehmen, „daß dasselbe eine, dem hiesigen Stadtrathe eigenthümlich zugehörige und bloß für Personen, die dessen Gerichtsbarkeit unterworfen sind, bestimmte Anstalt sey [...]“.²⁰ Mit Ausnahme der medizinischen Hilfe für die Stadtarmen war demzufolge im ausgehenden 18. Jahrhundert das öffentliche Gesundheitswesen auf den Territorialstaat übergegangen und

20 StA, Ratsarchiv, B XII. 60 Acta continuata die Erbauung und bessere Einrichtung des Stadt-Lazareths betr., Anno 1793, Vol. II, Schreiben Kurfürst Friedrich Augusts III. vom 10. Mai 1797, fol. 134^r–139^v, Zitat fol. 134^r.

das Lazarett fungierte in Konsequenz dessen als Versorgungseinrichtung von zweierlei klassifizierten Personengruppen, die nach unterschiedlichen obrigkeitlichen Zuständigkeiten eingeteilt und dann aus den jeweiligen Geldtöpfen versorgt wurden. Während sich staatliche Macht und Herrschaft auch über das Dresdner Gesundheitswesen nach außen wie nach innen auszubreiten begann, wurde der Einfluss der städtischen Ebene merklich zurückgedrängt, was auf die finanzielle Situation des Lazarettes allerdings keine grundsätzlichen Auswirkungen hatte. Nun soll die letzte Vertretung dieser über das Lazarett befindenden „Parteien“ zu Worte kommen – die Ärzteschaft.

Im Spannungsfeld von Stadt und Land – medizinische Aspekte

Einige am 30. April 1773 angefertigte Aufstellungen des Stadtphysikus Gottlob Sigismund Schneider, der, wie auch andernorts allgemein üblich, als Armenarzt fungierte und regelmäßigen Dienst nicht nur im Lazarett, sondern auch in den Gefängnissen sowie den Waisen-, Zucht- und Findelhäusern und dem Armenhaus zu verrichten hatte, befassen sich mit dem Zustand der Insassen im Lazarett.²¹ Sie weisen die Kranken als vorwiegend mit der Krätze, Staupe sowie heißem und kaltem Fieber beladen, aber auch als melancholische und wahnsinnige Personen aus. Über die Beschaffenheit des Lazaretts berichtete Stadtphysikus Schneider an den Rat folgendermaßen:

„Ich habe nie anders geglaubt, als daß in der Residenz Dresden ein reinliches, [...] eingerichtetes Lazareth würde zu finden seyn, wo wenigstens das nöthigste zur Reinlichkeit, zur Wartung und zur Reconvalescenz armer, von aller anderer menschlichen Hülffe entblösten kranken Menschen nicht mangeln würde. Allein, wie sehr [...] bin ich erschrocken, als ich das erstemahl in das hiesige Lazareth kam und sah, daß es nichts weniger, als das war, was ich mir fürgestellt. Ein erbärmliches und unreines Lager!“²²

Statt der Höchstbelegungszahl von vier Personen würden aus Mangel an Heizungsmaterial zehn bis zwölf Personen in einer Stube untergebracht; die Gebäude drohten jederzeit einzustürzen; die Wartung und Versorgung sei unzureichend, außerdem fände man Ungeziefer aller Orten, sodass man in manche Stube kaum einen Fuß setzen könnte. Schneider zog das Armenhaus als Vorbild einer reinlichen Fürsorgeeinrichtung heran; dort würden die Insassen ausreichend mit warmem und gesundem Essen gepflegt, das Haus wäre sauber und die Wartung gut. So lange das Lazarett diese Anforderungen nicht erfüllte, verdiente es nicht den Namen eines Hospitals, sondern es bliebe „ein Ort des größten Jammers und der Quaal!“²³

21 StA, Ratsarchiv, B XII. 48 Das Lazareth und dessen Einrichtung, wie auch vom Allmosen Amte demselben gesuchte Vorschüsse betr. 1764, fol. 79^r–92^r.

22 Ebd., fol. 85^{r-v}.

23 Ebd., fol. 86^v.

Zur Verbesserung der Situation im Lazarett forderte Schneider einen Gebäudeneubau, eine anständige innere Ausstattung sowohl der Einrichtung insgesamt als auch der einzelnen Stuben. Des Weiteren wäre die Umstellung der wöchentlichen finanziellen Versorgung der Insassen, die nur einen Groschenbetrag ausbezahlt erhielten, auf durch das jeweilige Krankbild abgestimmte Nahrungsmittel unumgänglich, da sonst sämtliche Heilkunst der Ärzte vergebens sei. Entsprechende Vorschriften zur Reinhaltung sowohl der Gebäude als auch der Personen (Entlausungsstation neben der Badestube) sowie die Erhöhung der Zahl der Krankwärterinnen sah er ebenfalls als notwendig an.

Schneiders Bericht enthüllt zweierlei: zum einen bringt er sein Entsetzen darüber zum Ausdruck, dass gerade in einer Residenz eine solche Fürsorgeeinrichtung zur Wiederherstellung der Gesundheit der Untertanen nicht den dafür nötigen medizinischen Mindestanforderungen entsprach. Zum anderen werden in diesem Zusammenhang Schneiders zeitgenössische Vorstellungen von Medikalisierung deutlich: Reinlichkeit an Menschen und Umgebung sowie beginnende „Individualisierung“ in Bezug auf räumliche Absonderung und ausreichende Verpflegung, welche nun weniger auf das geistliche und leibliche Wohl bezogen, sondern eher als medizinisch-therapeutische Pflege zu interpretieren ist, wie sein ausdrücklicher Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Krankheitsbild und entsprechender Nahrungszuteilung verdeutlicht. Schneiders Darlegungen eines ordentlichen Lazarets spiegelt den allgemeinen Trend der Zeit: die Körper- und Wohnungshygiene war seit ungefähr der Mitte des 18. Jahrhunderts auch in Dresden keine Privatangelegenheit mehr. Im öffentlich-städtischen Raum wurden seit dem letzten Drittel dieses Jahrhunderts Bemühungen erkennbar, die auf eine kontinuierliche Sauberhaltung des Stadtgebietes konzentriert waren.²⁴

Die Klagen des Stadtphysikus über die aus medizinischer Sicht unhaltbaren Zustände im Lazarett bildeten einen weiteren Aspekt in der Diskussion über diese Fürsorgeeinrichtung. In Folge der verheerenden Auswirkungen des Siebenjährigen Krieges hatte das Lazarett durch ausbleibende Ausschüttungen der Zinserträge auf angelegte Kapitalien sowie durch Reduktion der Zinssätze von fünf auf drei Prozent schwer zu leiden. Besonders die über Jahre aufgelaufenen rückständigen Zinszahlungen trieben die Lazarettkasse an den Rand des Ruins. Waren bereits in den Zwanzigerjahren des 18. Jahrhunderts beständig Vorschüsse aus der vom Rat verwalteten Almosenkasse zu leisten gewesen, so sah sich der Almosenamtsverwalter nun außerstande, dies weiter fortzuführen, da auch die wöchentlichen Almosenauszahlungen an Bedürftige in der offenen Armenpflege kaum noch möglich waren. Die Kriegswirren hatten zu einer derartig starken Vermehrung von Armut und Bettel geführt, dass auf eine finanzielle Unterstützung aus dem Almosenamtsamt nicht zu hoffen war.²⁵

24 Vgl. SCHLENKRICH, *Bevölkerung, wie Anm. 18, 509 f.* Zu Hospital und Krankenhaus aus der Fülle der Literatur vgl. stellvertretend Robert JÜTTE, *Vom Hospital zum Krankenhaus* (Stuttgart 2013); Martin SCHEUTZ u. a. Hg., *Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit* (= *Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung Ergbd. 51*, Wien–München 2008); Norbert FINZSCH / Robert JÜTTE, *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500–1950* (Cambridge–New York 1996); Alfons LABISCH / Reinhard SPREE, Hg., „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.*“ Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert (Frankfurt am Main–New York 1996); Axel Hinrich MURKEN, *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart* (Köln 31995); Dieter JETTER, *Grundzüge der Krankengeschichte (1800–1900)* (Darmstadt 1977).

25 StA, Ratsarchiv, B XIII 105 d) *Collectanea, das hiesige Armen- und Bettelwesen betr. 1723–1785*, Schreiben des Almosenamtsverwalters Friedrich August Ermel an den Rat zu Dresden vom 21. August 1771, ohne fol.

Da der Rat bereits mehrfach an den Landesherrn appelliert hatte, das Lazarett mit Geldern aus der kurfürstlichen Rentkammer zu unterstützen,²⁶ forderte der Kurfürst vom städtischen Magistrat einen Zustandsbericht über die Einrichtung an.²⁷ In seinem Antwortschreiben führte der Rat 1772 folgendes aus: Das Lazarett sei für kranke, gebrechliche, bresthafte Leute gestiftet, die entweder kein Unterkommen fänden oder sonst keine Versorgung aufweisen könnten und somit dem „Publico“ zur Last fielen. Des Weiteren würden im Lazarett fremde, in Dresden erkrankte Personen untergebracht. Zu ihrer Versorgung sei entsprechendes Personal angestellt: ein Lazarettpfarrer für das geistliche Wohl, ein Medicus und Chirurgus, ein Lazarettsschreiber, der für die Aufnahme und Unterbringung der Leidenden zuständig sei und ihnen darüber hinaus das Almosen reiche, eine Vorträgerin, zwei Wärterinnen sowie ein Totengräber. Sämtliche Angestellten stünden in geringer Besoldung. Die bauliche Anlage des Lazarettes bestand den Angaben des städtischen Magistrates zufolge aus vier Gebäudeteilen zu je einem Stockwerk mit insgesamt 20 Stuben, in denen pro Stube fünf bis sechs Personen untergebracht werden konnten. Aufgrund der Bauqualität und des Holzmangels waren jedoch nicht alle Stuben bewohnbar. Die durchschnittliche Belegungszahl des Lazaretts lag in den Jahren 1764 bis 1771 bei 139 Versorgten. Die Einkünfte des Lazaretts machten überwiegend circa 505 Taler jährlich an Kapitalzinsen sowie Gelder des Almosenstockes aus. Davon wurden die Löhne der Bediensteten bezahlt, die auf landesherrliche Anweisung eingenommenen Personen verpflegt und Reparaturen an den Gebäuden ausgeführt. Für andere Lazarettinsassen übernahm das Almosenamte die Verpflegungs- und Behandlungskosten.²⁸

Auf dieses Schreiben Bezug nehmend, schlug der Landesherr nun einige Maßnahmen zur Kostenminimierung nicht nur hinsichtlich der Gebäudereparaturen, sondern auch auf therapeutischer Ebene vor. So sollte der geistliche Beistand von einem Pfarrer in der Vorstadt mit übernommen, hinsichtlich der medizinischen Versorgung ein „Medicus, wie es auch an andern Orten, wo gute Pollicy-Anstalten sind, eingerichtet“,²⁹ unter der Leitung des Stadt-Physicus eingesetzt werden. Eine zusätzliche Finanzierung aus der landesherrlichen Kasse wurde dagegen nicht thematisiert. In seiner Replik vom 1. Mai 1773³⁰ widersprach der städtische Magistrat; seiner Meinung nach könnte die Einrichtung keiner Einschränkung unterworfen werden, „wenn nicht das Lazareth nach der Fundation nur allein zu einem für die Infectionszeiten bestimmten Hause eingerichtet werden solle“.³¹ Es hätte schon seit längerer Zeit die Notwendigkeit bestanden, aufgrund der steigenden Einwohnerzahl und der damit verbundenen Erhöhung von Armut und Krankheit in Dresden ein allgemeines Krankenhaus zu besitzen, und das Lazarett wäre dazu „mit höchster Genehmigung auch außer Infectionszeiten zu so einem gebraucht worden“.³² Würde man das Lazarett nur zu Pestzeiten einsetzen, so müsste man ein neues allgemeines Krankenhaus bauen; ein solches Vorhaben wäre aber viel teurer als die

26 StA, Ratsarchiv, B XII 48 Das Lazareth und dessen Einrichtung, wie auch vom Allmosen Amte demselben gesuchte Vorschüsse betr. 1764, beispielsweise die Briefe vom 25. Juli 1768, fol. 6^r–7^r und vom 30. Oktober 1771, fol. 9^r–10^r.

27 Ebd., kurfürstliches Schreiben an den Rat Dresdens vom 30. Dezember 1771, fol. 16^{r-v}.

28 Ebd., Antwortschreiben und Bericht des Rats vom 11. Januar 1772, fol. 17–20^r.

29 Ebd., kurfürstliches Schreiben vom 15. März 1773, ohne fol.

30 Ebd., Schreiben des Rats vom 1. Mai 1773, fol. 37–40^r.

31 Ebd., fol. 37^r.

32 Ebd., fol. 38^r.

momentane Nutzung des Lazarets. Dem bisherigen Anspruch des Lazarets, als Krankenhaus zu dienen, müsste dann auch auf der Versorgungsebene Rechnung getragen werden, was die Beibehaltung von Fachpersonal (und Besoldung) in ihrer vorhandenen Stärke bedeuten würde.

Vor dem Hintergrund der von ihm verfolgten Strategie der Mitteleinwerbung zur Verbesserung des Lazarets verwies der Rat hier eindeutig auf einen von höchster Stelle sanktionierten schleichenden Funktionswandel³³ der Fürsorgeeinrichtung, die neben ihren ursprünglichen Aufgaben den herrschenden Bedürfnissen der Gesellschaft und den sich wandelnden sozialpolitischen Umständen bereits Rechnung trug und weiter zu tragen hätte. Um den aktuellen Anforderungen zu genügen, befürwortete der Rat eindeutig die uneingeschränkte Weiterführung des Lazarets. Er unterstrich in dem Zusammenhang die Notwendigkeit der Sicherung einer medizinischen und pflegerischen Grundversorgung der Kranken im Lazarett, wobei gerade auch die wissenschaftliche Erfahrung der Ärzte eine wesentliche Rolle spielte. Unterschwellig wirkt hier ebenso der Hinweis auf Gefahren der unsachgemäßen Krankenwartung und unzureichenden Verpflegung. Ein Verbleib des Lazarets bei seinem früheren Stiftungszweck galt als nicht mehr zeitgemäß. Um Armut und Krankheit in den Griff zu bekommen, mussten die therapeutischen Mittel ausgeschöpft werden, was eine entsprechende Finanzierung voraussetzte. Wenn dies, so der städtische Magistrat, künftig nicht mehr innerhalb der in seiner Funktion bereits angepassten Form des Lazarets geschehen könnte, so wäre er aber auch zu einem radikalen Bruch mit dem bisherigen Versorgungswesen bereit, was er überdies sprachlich mit der Formulierung „allgemeines Krankenhaus“ verdeutlichte. Ob diese Anmerkungen des Rats den Landesherrn überzeugten, dem Lazarett finanziell unter die Arme zu greifen, ist nicht überliefert; der Bau eines neuen Krankenhauses unterblieb jedoch, wobei sicherlich die zu erwartenden Kosten das ausschlaggebende Argument darstellten.

Nachdem sich die durch den Siebenjährigen Krieg und die Nachkriegsjahre bedingte desolante Finanzlage zu bessern begann und die Auszahlung rückständiger Zinsen erfolgt war, wurden von 1788 bis 1793 umfangreiche Reparatur- und Umbauarbeiten am Lazarett vorgenommen. Ein erster neuer Gebäudeflügel entstand, ein zweiter war in Planung. In der Diskussion um diese „Umänderung des Stadt Lazareths in ein allgemeines Krankenhaus“, wie der Titel eines ärztlichen Berichts an die Polizeiarmenkommission vom 28. Oktober 1793 verrät,³⁴ treten erneut die verschiedenen Strategien und Ansichten der beteiligten „Parteien“ zutage. Die fünf kurfürstlichen Leibärzte hatten in ihrer Funktion als Mitglieder des 1768 eingerichteten Sanitätskollegiums an den Landesherrn einen Bericht über den Zustand des umgebauten Lazarets abzuliefern.³⁵ Dieser fiel aus medizinischer Sicht vernichtend aus; ihrer Meinung nach sei die Errichtung des neuen Flügels nicht auf der Basis des Grundrisses der bestehenden Lazarettgebäude erfolgt, was bedeutete, dass wesentliche Bereiche der medizinischen Versorgung wie beispielsweise Operationsräume oder die Hausapotheke fehlten. Diese erforderten somit den Bau eines zweiten Flügels, da die ursprünglichen Gebäude für eine derartige Erweiterung nicht mehr taugten. Auch würde es an Bequemlichkeit für die Kranken mangeln, was ihrer Gesundung nicht förderlich wäre, und der Flügel läge zu nah am Friedhof, wodurch die Luft

33 Vgl. GÖHLER, Institutionen, wie Anm. 4, 21.

34 StA, Ratsarchiv, B XII 60 Acta continuata die Erbauung und beßere Einrichtung des Stadt-Lazareths betr. Anno 1793, Vol. II, fol. 71^v.

35 Ebd., Gutachten vom 25. Oktober 1792, fol. 11^v–19^r.

verdorben würde. Aufgrund dieser vielfältigen Mängel wäre generell fraglich, ob Kranke dort überhaupt untergebracht werden könnten. In Konsequenz dessen unterbreitete das Sanitätskollegium einen anderen Vorschlag: Es plädierte für die „Erbauung eines vollkommenen Krankenhauses“, das zum einen aufgrund seiner Einrichtung die Ausbreitung von Seuchen verhindern, zum andern „mit leichter Mühe und vielleicht sehr wenig mehrern Kosten zu einer Schule und zur Bildung für angehende Ärzte eingerichtet werden könnte“.³⁶ Eine derartige Einrichtung würde das seit 1748 bestehende Collegium medico-chirurgicum³⁷ sinnvoll ergänzen, welches bereits ein Hospital für chirurgisch Kranke zur praktischen Ausbildung von Ärzten und Wundärzten besäße. Da dieses aber zu klein und nur zur Aufnahme an äußerlichen Gebrechen leidender Personen bestimmt wäre, könnte es mit einem neuen Krankenhaus unter Oberaufsicht des Collegiums vereinigt werden. So „ließe sich daraus eines der vortrefflichsten clinischen Institute herstellen, woran es ohnedem in hiesigen Landen bis jetzo gänzlich ermanget“,³⁸ viele Ärzte würden daraufhin in Kursachsen bleiben und hier ihre Ausbildung erhalten können. Der Residenz müsste eine derartige Anlage doch eine entsprechende Ausgabe wert sein, zumal diese geringer wäre als die Baukosten eines zweiten Flügels für das Lazarett nebst Inneneinrichtung.

Ähnlich dem Dresdner Rat plädierte das Sanitätskollegium somit für den Bau eines Krankenhauses, jedoch geschah dies mit anderen Prioritäten. War der städtische Magistrat ehemals bemüht, den status quo des Lazaretts zumindest zu erhalten, um Armut und Krankheit in die Schranken zu weisen, so versuchten die Ärzte des Sanitätskollegiums in ihrem Bericht 25 Jahre später, ihre medizinischen Interessen durchzusetzen. Dabei bildete gerade die Forderung geeigneter Rahmenbedingungen für klinische Forschung und praxisorientierte Medizinerbildung einen starken Argumentationsstrang. Im Gegensatz zu den Reaktionen des Rats auf sozialpolitische Anforderungen handelten die Mediziner als eigenständige Akteure im Sinne der Entwicklung eines zeitgenössisch modernen städtischen Krankenhauses, wobei sie das Argument des staatlichen Interesses an einer solchen Vorzeigeeinrichtung für Bildung und medizinischen Fortschritt ins Feld führten. Darüber hinaus sollten die Hinweise auf die unsachgemäße Unterbringung und Wartung der Kranken im neu erbauten, aber technisch unzureichenden neuen Lazarettflügel als Begründung für die Errichtung einer wohl organisierten und eingerichteten neuen Institution gelten, um die Diskrepanz zwischen dem „alten“ Charakter der Armenkrankenpflege und der „neuen“ medizinisch-therapeutischen Heilbehandlung zur Wiederherstellung der Gesundheit deutlich hervortreten zu lassen. Auf diese Weise sollte ein „neuer“ Krankhaustyp institutionalisiert, mithin ein revolutionärer Institutionswandel³⁹ vollzogen werden, der nicht nur optisch in Gestalt eines Neubaus, sondern auch inhaltlich durch eine neuartige Konzeptionierung und veränderte Verwaltungsstruktur sinnfällig vor Augen trat.

36 Ebd., fol. 17^r.

37 Vgl. dazu Albrecht SCHOLZ / Caris-Petra HEIDEL / Marina LIENERT, Hg., *Vom Stadtkrankenhaus zum Universitätsklinikum. 100 Jahre Krankenhausgeschichte in Dresden* (Köln–Weimar–Wien 2001), 1–26; N. N., *Collegium medico-chirurgicum in Dresden 1748–1813* (= *Schriften der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, N. F. 2, Dresden 1998*); Volker KLIMPEL, *Das Dresdner Collegium medico-chirurgicum (1748–1813)* (Frankfurt am Main 1995).

38 StA, Ratsarchiv, B XII 60 Acta continuata die Erbauung und beßere Einrichtung des Stadt-Lazareths betr. Anno 1793, Vol. II, fol. 17^r.

39 Vgl. GÖHLER, *Institutionen*, wie Anm. 4, 21.

Die Vision eines solchen „vortrefflichen klinischen Instituts“ erfüllte sich allerdings nicht, sondern es entwickelte sich ein lebhafter Schriftwechsel um die Gestaltung des zweiten Flügels des Lazarets zur Gesamtaufnahme von 100 bis 120 Personen. Der Übergang von der Mitversorgung Kranker im Lazarett zur Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus vollzog sich demzufolge nicht als krasser Bruch, sondern erfolgte weiterhin als Reaktion, als schleichender Wandel der seit dem 16. Jahrhundert bestehenden Institution Lazarett, was auch in der gleichzeitigen Verwendung der Begriffe „Hospital“, „Lazarett“ und „Krankenhaus“ deutlich wird. Die Strategie der landesherrlichen Behörde blieb bei der Kostenminimierung der Versorgung, mithin den ökonomischen Gesichtspunkten einer Kosten-Nutzen-Abwägung, die soweit reichte, im Notfall die Zahl der Patientinnen und Patienten den finanziellen Mitteln anzupassen. Die kurfürstlichen Leibärzte operierten indes weiterhin mit dem Argument eines den Vorstellungen der Zeit entsprechenden „modernen, allgemeinen und öffentlichen Krankenhauses“, dessen auf medizinische Erwägungen zurückzuführendes äußeres und inneres Ordnungssystem das ehemals sozialpolitische Raumkonzept in einen therapeutischen Ort mit entsprechender Individualisierung der Patienten wandeln sollte. In den unmittelbaren Zusammenhang gehört ebenso die Auffassung, „Wahnsinnige“, „Melancholische“, unheilbar Kranke sowie allgemein Arme möglichst nicht in das Stadtkrankenhaus aufzunehmen; die pflegerische Grundversorgung solcher Personengruppen, die noch 25 Jahre zuvor als selbstverständliche medizinische Fürsorge galt, wurde nun als eigener Bereich von Versorgungseinrichtungen definiert und der Armenpflege zugeordnet, wie aus einer kurfürstlichen Anordnung des Jahres 1797 hervorgeht, „inmaßen [...] bey Errichtung der allgemeinen Armen- und Waisenhäuser für diese Absicht erbauet“.⁴⁰ Auch wurde in Erwägung gezogen, einen leer stehenden Gebäudeteil des Jakobspitals als ein kleines Krankenhaus „mit wenigern Kosten als sonst irgendwo“⁴¹ einzurichten.

Resümee

Zusammenfassend lässt sich Folgendes festhalten: Der institutionelle Wandlungsprozess der Dresdner Hospitäler von Fürsorgeeinrichtungen Kranker und Bedürftiger zu Altenheimen für nahezu ausschließlich Einheimische – noch dazu in Geschlechtertrennung – kann Ende des 16. Jahrhunderts als abgeschlossen gelten. Die Institutionen blieben bis zu ihrer räumlichen Vereinigung in einem gemeinsamen, von Gottfried Semper entworfenen Hospitalgebäude 1838 eigenständige Häuser unter der Verwaltung des Rats, der auch nach der Zusammenlegung weiterhin die Leitung der Einrichtung behielt. Die Leitidee der Stiftungen, mithin die Versorgung Bedürftiger, blieb somit zwar bestehen, brachte aber ihre Veränderung durch Anpassung an allgemeine wirtschafts- und sozialpolitische Verhältnisse zum Ausdruck.

40 StA, Ratsarchiv, B XII 60 Acta continuata die Erbauung und beßere Einrichtung des Stadt-Lazareths betr. Anno 1793, Vol. II, Schreiben Friedrich Augusts III. vom 10. Mai 1797, fol. 136^r.

41 Sächsisches Staatsarchiv–Hauptstaatsarchiv Dresden (= SächsHStA), 10079 Landesregierung, Loc. 30995 Acta, der Churfürstlich Sächsischen Policey Commißion Die gnädigst anbefohlene beßere Einrichtung der hiesigen Lazareth Anstalten betr. Anno 1794–97, Vol. IV, Protokoll über die vom Rat abzulegenden Lazarett-Rechnungen sowie die Unterbringung und Verpflegung einiger Kranken im Hospital St. Jakob betreffend, fol. 85^r–86^r, Zitat fol. 85^v.

Die Entwicklung von Jakobsspital und Lazarett gestaltete sich hingegen anders, weist aber zwischen beiden Institutionen durchaus Parallelen auf. Beide wurden mit umfassender materieller Unterstützung des Landesherrn gegründet, beide waren geräumige Anlagen, wurden partiell aus pragmatischen und finanziellen Gründen zeitweilig als Zucht- und Strafanstalt genutzt, ohne dass ihre ursprüngliche Funktion dabei verloren ging und ihre Substanz sich veränderte, wie noch aus einer Jakobsspital-Ordnung des Jahres 1799 hervorgeht.

Der Weg des Lazaretts zu einem nach den zeitgenössischen Vorstellungen modernen Krankenhaus wurde durch eine Dreierkonstellation, bestehend aus Sanitätskollegium, Landesherr nebst Behörden und städtischem Magistrat bestimmt. Die Fürsorgeeinrichtung war dabei weniger Subjekt als Objekt, da jede Seite ihre eigenen Vorstellungen über Finanzierung und Behandlung mit den jeweiligen Gewichtungen zum Ausdruck brachte. Aufgrund der langwierigen Auseinandersetzungen geriet das Lazarett oftmals in arge Bedrängnis, weil seine pekuniäre Basis aufgrund der schwankenden Einnahmen der Almosenkasse nicht stabil war. Zu einem Umlageverfahren der Kosten der Armenpflege auf die Bürgerschaft Dresdens, was die städtischen Finanzen entlastet und die Fürsorgeeinrichtung auf eine stärker gesicherte Grundlage gestellt hätte, kam es allerdings nicht. Wenn das Lazarett auch seit 1797 mit landesherrlicher Genehmigung offiziell in Krankenhaus umbenannt wurde, terminologisch somit die Veränderungen, welche sich im Dresdner Lazarett vollziehen sollten, erfasst wurden, so blieben die tatsächlichen medizinisch-therapeutischen Veränderungen aus finanziellen Gründen doch hinter diesem intendierten Wandel zurück.

Informationen zur Autorin

Dr. Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah, Landeshauptstadt Dresden, Gleichstellungsbeauftragte, Dr.-Külz-Ring 19, 01067 Dresden, Deutschland, E-Mail: astanislaw-kemenah@dresden.de

Forschungsschwerpunkte: Sozial-, Alltags-, Kirchen- und Stadtgeschichte des Mittelalters und der Frühen Neuzeit, Dresdner Stadt- und Sächsische Landesgeschichte des Mittelalters und der Frühen Neuzeit, Französische Literatur des Mittelalters

Elke Hammer-Luza

Medizinische Versorgung und Krankenpflege in Grazer Straf- und Zwangsanstalten von 1750 bis 1850

English Title

Medical Treatment and Care of the Sick in the Penal Institutions of Graz from 1750 to 1850

Summary

Medical care in correctional facilities and penitentiaries has always been of particular importance, for various reasons: Maintaining the health of the inmates was not only an act of kindness, but also necessary to prevent epidemics and disease. After all, this was a precondition for the utilization of their labour. However, there were several complaints about shortcomings in medical care, particularly during the 18th century. Especially the sickroom equipment was in dire need of improvement and there were no notable positive developments in this area until the middle of the 19th century, due to the extremely limited space in all of the institutions in Graz. However, the care provided by medical staff was significantly better. Although it occurred that doctors and surgeons were apathetic and negligent, the inmates regularly received relatively good treatment. The Styrian rural population as well as the urban lower class of the (Early) Modern Period had few if any possibilities to be inspected by professionals, and therefore often turned to so-called quack doctors. Medical advice was expensive, just like the cost of medication. Although it was generally claimed that only low-cost remedies were used for convicts and other inmates in the 18th century, the expenditures for individuals sometimes exceeded what they were able to earn in an entire year. These aspects illustrate that inmates were not „second-class patients“, but even enjoyed advantages they would not have had as members of the lower rural or urban lower class outside of the institution. On the other hand the inmates had an increased risk of becoming ill because of the poor living conditions in the penal institutions.

Keywords

Styria, Modern Period, microhistory, penitentiary, workhouse, jail, disease, care of the sick

Einleitung

Die folgende Darstellung und Analyse der medizinischen Versorgung und Krankenpflege basiert auf den Quellen zu den in Graz im 18. und 19. Jahrhundert bestehenden Straf- und Zwanganstalten.¹ Zu diesen Anstalten zählte zum einen das Zucht- und Arbeitshaus am Gries, das 1734 gegründet wurde und bis 1784 hier Bestand hatte. Bereits im 18. Jahrhundert bildeten sich in Graz parallel dazu separate Arbeits- und Spinnhäuser heraus, die sich anfangs im „Großen Lazarett“ (1756/1757 bzw. 1761 bis 1764), später im Grazer Vorort Geidorf (1764 bis 1767) und schließlich im ehemaligen landesfürstlichen Jagdschloss in der Karlau (1769 bis 1784) befanden. Ende des 18. Jahrhunderts übersiedelte das Arbeitshaus in den Komplex des ehemaligen Waisenhauses in der Färbergasse (1784 bis 1807), um schließlich in einem Trakt des Siechenhauses (1807 bis 1855) untergebracht zu werden. Von 1784 bis 1809 waren das Zuchthaus der Steiermark, genauso aber auch die Kerker für Schwerverbrecherinnen und -verbrecher aus anderen Landesteilen in der ehemaligen Festung auf dem Grazer Schlossberg situiert. Nach deren Räumung und Zerstörung im Zuge der Napoleonischen Kriege wurde in der Karlau eine Provinzialstrafanstalt eingerichtet (1809 bis 1855). Über den gesamten Zeitraum hinweg bestanden natürlich auch Gefängnisse der magistratlichen Gerichtsbarkeit, und zwar speziell im Arresthof des Grazer Rathauses (1807 bis 1850) und im Inquisitions- und Arresthaus „Kriminal“ (1831 bis 1850).²

Aufgrund der besonderen Lebensbedingungen in einem geschlossenen Haus waren die Insassinnen und Insassen hohen Risiken für Leib und Leben ausgesetzt. Gedrängte Unterkunft, mangelnde Bewegung in frischer Luft, karge Ernährung und Unreinlichkeiten im Haus forderten ihren Tribut, dazu kamen oft Vorschädigungen der eingelieferten Personen. Zunächst wird daher ein kurzer Überblick über Ausmaß und Art der vorherrschenden Krankheiten in den Straf- und Zwanganstalten geboten, um den Bedarf an Hilfsmaßnahmen besser zu beurteilen. In weiterer Folge steht das medizinische Personal dieser Häuser im Mittelpunkt der Betrachtung, wobei der Bogen vom studierten Arzt über den Chirurgen bis hin zur Hebamme reicht. Der nächste Punkt widmet sich den in Krankheitsfällen angewendeten Behandlungsmethoden

1 Die Quellen dazu befinden sich vornehmlich im Steiermärkischen Landesarchiv (= StLA). Es sind dies hauptsächlich Verwaltungsakten der Mittelbehörden, also der Repräsentation und Kammer sowie des Guberniums, bzw. der ihnen unterstehenden Kommissionen. Parallel dazu kommt den Akten der zuständigen Justizbehörden, zunächst der innerösterreichischen Regierung, später des Appellationsgerichtes, große Aussagekraft zu.

2 Zu diesen Häusern vgl. Helfried VALENTINITSCH, Anfänge des modernen Strafvollzugs in Österreich und die Gründung des Grazer Zucht- und Arbeitshauses, in: Berthold Sutter, Red., Reformen des Rechts. Festschrift zur 200-Jahr-Feier der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Graz (Graz 1979), 147–169; Helfried VALENTINITSCH, Das Grazer Zucht- und Arbeitshaus 1734–1783. Zur Geschichte des Strafvollzugs in der Steiermark, in: Kurt Ebert, Hg., Festschrift Hermann Baltl. Zum 60. Geburtstag dargebracht von Fachkollegen und Freunden (= Forschungen zur Rechts- und Kulturgeschichte 11, Innsbruck 1978), 495–514; Elke HAMMER-LUZA, „Unruhige, ausschweifende aller Ordnung und Zucht unempfindliche Menschen.“ Das Grazer Zucht- und Arbeitshaus im ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert, in: Gerhard Ammerer / Alfred Stefan Weiss, Hg., Strafe, Disziplin und Besserung. Österreichische Zucht- und Arbeitshäuser von 1750 bis 1850 (Frankfurt am Main u. a. 2006), 131–166; Elke HAMMER-LUZA, „Finster, feucht und luftlos“. Die Arreste im Grazer Rathaus zu Beginn des 19. Jahrhunderts, in: Zeitschrift des Historischen Vereines für Steiermark (= ZHVSt) 98 (2007), 261–282; Elke HAMMER-LUZA, Das Grazer „Kriminal“. Die Geschichte des städtischen Inquisitions- und Arresthauses im Dritten Sack, in: ZHVSt 99 (2008), 293–345; Elke HAMMER-LUZA, Leben und Sterben auf dem Grazer Schlossberg. Die Schwerverbrecher in den Arresten der ehemaligen Festung 1783–1809, in: ZHVSt 101 (2010), 115–158.

sowie den anfallenden Kosten, die freilich nur punktuell bestimmt werden können. Zuletzt wird die räumliche Situation beleuchtet und die Existenz und Einrichtung von Krankenzimmern und Spitälern in den Straf- und Zwangsanstalten erörtert.

Im Fokus der Untersuchung stehen jedenfalls drei Fragestellungen. Zum ersten geht es um die Herausarbeitung der Gemeinsamkeiten oder aber Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionen, wobei insbesondere den zugrundeliegenden Parametern nachzuspüren ist. Zum zweiten wird ein diachroner Vergleich gezogen und der Frage nachgegangen, ob von der Mitte des 18. bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts eine zeitliche Entwicklung, sei es zum Besseren oder zum Schlechteren, feststellbar ist. Anspruch und Realität müssen dabei nicht immer übereinstimmen. Zum dritten wird schließlich versucht, eine Relation zwischen der Situation der Züchtlinge und Sträflinge und jener der restlichen Bevölkerung der Steiermark herzustellen, um davon ausgehend die Wertigkeit abzuschätzen, die devianten, straffällig gewordenen Personen in der neuzeitlichen Gesellschaft zugeschrieben wurde.

Ausmaß und Arten der Krankheiten

In Graz häufen sich schon Mitte des 18. Jahrhunderts Nachrichten über den schlechten Gesundheitszustand der Insassinnen und Insassen des Grazer Zucht- und Arbeitshauses, konkrete Zahlen über das tatsächliche Ausmaß der Misere liegen allerdings erst aus späterer Zeit vor. Für die Jahre 1771 bis 1774 sind in den Quellen alle Kranken des Zuchthauses mit ihren Krankenstandstagen angeführt, wobei im Durchschnitt rund die Hälfte aller Züchtlinge zumindest einmal im Monat krank gemeldet war.³ In manchen Monaten – etwa im März oder im Mai 1774 – machten die Kranken im Haus sogar zwei Drittel der Belegschaft aus.⁴ Ein Krankenstand beschränkte sich in den meisten Fällen zwar auf einzelne Tage oder eine Woche, es gab daneben aber auch chronisch Kranke. Der damalige Anstaltsarzt meinte jedenfalls, dass das „Zuchthaus derengleichen mehr eine Ähnlichkeit mit einem Krankenspital als einem Züchtigungshaus habe“.⁵

Aufgrund der schlechten Lebensbedingungen in den Gefängnissen des Grazer Schlossberges blieb die Zahl der Kranken am Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts konstant hoch. Anfang April 1792 wurde über ein Drittel der Schwerverbrecher als krank, marod oder schwach eingestuft.⁶ Erst in der Provinzialstrafanstalt Karlau sank die Zahl der Krankenstände in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wieder ab. 1820 gab es in einzelnen Wochen zwar durchaus noch 20 % Kranke unter den Insassinnen und Insassen,⁷ im zehnjährigen Durchschnitt von 1825 bis 1834 betrug dieser Wert aber nur mehr 11 %, ⁸ in den folgenden zehn Jahren waren im Tagesdurchschnitt 6–7 % der Sträflinge krank gemeldet.⁹

3 StLA, Weltliche Stiftungsakten (= WStA), Fasz. 47, Nr. 1094, Nr. 1223.

4 Die Aussage von Helfried Valentinitich, dass im März 1775 sogar 85 % der Männer und Frauen im Zuchthaus krank gewesen wären, stimmt so nicht, da er als Basis die Krankenstandsliste von Jänner bis März 1775, also für drei Monate, heranzieht. Vgl. VALENTINITICH, Zucht- und Arbeitshaus, wie Anm. 2, 511.

5 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1185.

6 StLA, Miszellen, Chronologische Reihe, K. 235: Kriminaltabelle über sämtliche auf dem Grazer Schloßberg befindliche Zuchthausarrestanten männ- und weiblichen Geschlechts, Rapport vom 1. bis 7. April 1792.

7 StLA, Gubernium (= Gub), Fasz. 47, 2211/1816: Rapport vom 18. bis 24. Juni 1820.

8 StLA, Gub, Fasz. 47, 480/1835.

9 StLA, Gub, Fasz. 47, 21479/1843.

Es gab Leiden, die von den Menschen bereits in die Anstalten mitgebracht worden waren, genauso entwickelten sich jedoch im Inneren der Häuser typische „Gefängniskrankheiten“.¹⁰ Als 1764/65 Dr. Johannes Nepomuk Penz im Grazer Zuchthaus und im Arbeitshaus ordinierte, führte er Buch über die dabei vorgefundenen Krankheiten. Viele seiner Patienten litten an Krätze, „Anorexia“ (Auszehrung), katarrhalischem Fieber, verschiedenen Entzündungen, Durchfall, aber auch Kopfschmerzen, Obstruktion (Verstopfung), Rheumatismus und Arthritis; bei einem Kind im Arbeitshaus wurde Marasmus (schweres Mangelsyndrom) als Folge genereller Unterernährung diagnostiziert. Typische Frauenleiden waren außerdem Menostase (Ausbleiben der Menstruation) und Krankheiten der Gebärmutter.¹¹ 1826 erstellte der Protomedikus für die Steiermark und Kärnten, (Franz) Joseph Edler von Schöllner, eine Liste über die seiner langjährigen Erfahrung nach im Arresthof des Grazer Rathauses häufigsten Krankheiten. An erster Stelle nannte er Brustbeschwerden, verbunden mit Husten, Brennen und Stechen in der Lunge, an zweiter Stelle Augenentzündungen und andere Augenerkrankungen, an dritter Stelle Fiebererkrankungen, gefolgt von Kachexien (krankhafte Abmagerungen), Wassersucht, Skorbut und Diarrhoen.¹²

Seitens der verantwortlichen Behörden herrschte Sorge, dass sich aus einzelnen in den geschlossenen Häusern auftretenden Krankheitsfällen eine Seuche entwickeln würde, die auch die Grazer Zivilbevölkerung gefährden könnte.¹³ Tatsächlich grassierten im 18. Jahrhundert immer wieder „ansteckende hitzige Krankheiten“¹⁴ im Zucht- und Arbeitshaus, in erster Linie Ruhr und Typhus. Besonders heftig wüteten solche Typhusepidemien 1788 und 1793 in den Kerkern des Grazer Schlossberges.¹⁵ Auch im 19. Jahrhundert waren derlei Gefahren nicht gebannt. Als im Sommer 1831 in Wien die Cholera auftrat, fürchtete man vor allem in den engen, überbelegten Arresten des Grazer Rathauses ernste Konsequenzen, blieb aber letztlich verschont.¹⁶ Gesamt gesehen lag die Sterblichkeit in den geschlossenen Häusern stets um einiges höher als bei einem Leben in Freiheit, und viele Insassinnen und Insassen erlebten den Zeitpunkt ihrer Entlassung nicht. Trotzdem waren die Menschen im Gefängnis ihrer Krankheit und ihrem Siechtum nicht hilflos ausgeliefert, sondern man sorgte für sie.

10 Vgl. John Mason GOOD, Über Krankheiten der Gefängnisse und Armenhäuser. Eine von der Londoner medicinischen Gesellschaft gekrönte Preisschrift. Aus dem Englischen übersetzt und mit Anmerkungen begleitet (Wien 1798), 37–57; Carl Ernst RINCOLINI, Ueber Gefängniskrankheiten (Brünn 1827), 14 f.

11 StLA, WStA, Fasz. 47, N 1761–1764, Nr. 355; N 1765/1766, Nr. 22, Nr. 44.

12 StLA, Gub, Fasz. 47, 2529/1820. Vgl. GOOD, Krankheiten, wie Anm. 10, 57, 88–106 f.; RINCOLINI, Gefängniskrankheiten, wie Anm. 10, 15; HAMMER-LUZA, Rathaus, wie Anm. 2, 271. Zu den Anfang des 19. Jahrhunderts in Graz unter der Zivilbevölkerung hauptsächlich auftretenden Krankheiten vgl. St[ephan] BENDITSCH, Topographische Kunde von der Hauptstadt Grätz, oder: Aufzählung der merkwürdigsten Gegenstände, welche auf das Leben, die Geistes=Cultur, und die Gesundheit der Einwohner dieser Stadt den nächsten Bezug haben (Graz 1808), 225–235.

13 StLA, Gub, Fasz. 47, 2529/1820.

14 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 376, Nr. 861/18. Vgl. StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1018, Nr. 1022, Nr. 1185.

15 Vgl. HAMMER-LUZA, Schlossberg, wie Anm. 2, 148. Typhus galt als „Gefängnisfieber“ schlechthin. Vgl. Thomas NÜTZ, Strafanstalt als Besserungsmaschine. Reformdiskurs und Gefängniswissenschaft 1775–1848 (= Ancien Régime. Aufklärung und Revolution 33, München 2001), 118.

16 StLA, Gub, Fasz. 47, 2529/1820. Vgl. HAMMER-LUZA, „Kriminal“, wie Anm. 2, 312; Harald RANNEGGER, Die Cholera in der Steiermark 1831–1836, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 1989).

Das medizinische Personal

Zum Stammpersonal in geschlossenen Häusern zählten von Anbeginn der studierte Arzt sowie der Wundarzt bzw. Chirurg, zunehmend herangezogen wurde auch die Hebamme. In der Steiermark gab es in der Frühen Neuzeit einen deutlichen Mangel an universitär ausgebildeten Ärzten und Medizinerinnen, wodurch vielfach Wundärzte und Chirurgen an ihre Stelle treten mussten. Trotzdem stand bereits Mitte des 18. Jahrhunderts ein studierter Mediziner als „Ordinarius“ dem Zucht- und Arbeitshaus vor, in der Regel versah er daneben aber noch andere Anstalten und führte eine private Praxis. Zu keiner Zeit wohnten die Mediziner in einem geschlossenen Haus, sondern sie verfügten über angemietete oder eigene Wohnungen bzw. Häuser in der Stadt.

Die Vergütungen für die Tätigkeiten im Zucht- und Arbeitshaus hielten sich im 18. Jahrhundert mit 50 bis 80 Gulden pro Jahr noch in Grenzen,¹⁷ erst mit der Übertragung des Zuchthauses auf den Schlossberg, verbunden mit der Betreuung der Schwerverbrecherinnen und -verbrecher, erhöhte sich das Entgelt zunächst auf 100 Gulden, ab 1807/1808 sogar auf 200 Gulden.¹⁸ Diese Bezahlung behielt man im Strafhaus in der Karlau bei.¹⁹ Wie die Bestellung eines Hausarztes eingeleitet wurde und welche Gründe für eine Personalentscheidung ausschlaggebend waren, darüber gibt es im 18. Jahrhundert nur punktuelle Nachrichten. Die Behörden griffen gerne auf Personen zurück, die sie bereits kannten und die nach Möglichkeit im öffentlichen Bereich, etwa für die Steirische Landschaft, tätig gewesen waren. Auch allerhöchste Fürsprache spielte eine Rolle, genauso wie familiäre Verbindungen von Vorteil waren.²⁰ Deutlichere Konturen bekommen die Anstellungserfordernisse in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. 1828 wurde der Posten des Heilarztes für die Strafanstalt Karlau ausgeschrieben, um den sich fünf Personen bewarben; bei der Nachbesetzung der Stelle 1846 gab es sechs Kandidaten. Speziell erwünscht waren Kenntnisse der höheren Augenheilkunde sowie der „windischen“ Sprache, also einer dialektalen Form des Slowenischen, um sich mit den betreffenden Strafgefangenen besser verständigen zu können; gern gesehen wurde eine längere, vorangegangene Praxis, vorzugsweise als Armenarzt.²¹

Die Frage stellt sich, welches Renommee die Stelle eines Ordinarius eines geschlossenen Hauses mit sich brachte. Für das 18. Jahrhundert ist eine relativ hohe Fluktuation der Mediziner feststellbar, was den Verdacht nahelegt, dass die Zufriedenheit mit der Stelle nicht sehr hoch gewesen war. In den zehn Jahren ab der Einrichtung des Grazer Arbeitshauses in der Karlau 1769 wechselten einander hier zumindest sechs Hausärzte ab. Tatsächlich wissen wir

17 StLA, WStA, Fasz. 7, Nr. 2, Nr. 60, Nr. 167; WStA, Fasz. 47, N 1767–1769, Nr. 404.

18 Österreichisches Staatsarchiv (= OeStA), FHKa (= Finanz- und Hofkammerarchiv), Österreichisches Kameralarchiv, Akten, Fasz. 28, K. 1773: Zucht- und Arbeitshäuser, 1805–1808: 391/1806; StLA, Gub, Rep. II, 1790, 1807–1809; Gub, Fasz. 286, 529/1793; Gub, Fasz. 47, 544/1813.

19 Vgl. StLA, Graz, Magistrat, K. 5, H. 5: Personalstand Magistrat, 1817–1818, Nr. 161; Gub, Fasz. 47, 17829/1828; Anton RAUTENKRANZ, Darstellung des Zustandes des k. k. Provinzial-Straf- und Arbeitshauses in Innsbruck, mit den Resultaten in Bezug auf den Sträflingsstand und die Kosten der Anstalt vom Jahre 1818 bis zum Jahre 1836 (Innsbruck 1836), 8.

20 Vgl. StLA, WStA, Fasz. 7, Nr. 2; WStA, Fasz. 7, Nr. 60.

21 Vgl. StLA, Gub, Fasz. 47, 2736/1828. Zur weiteren Entwicklung vgl. Richard HUSSA, Die Geschichte des Schlosses, der Strafanstalt und des Anstaltsspitals Karlau (Graz 1956), 9 f.

von einigen Medizinerinnen, für die eine Tätigkeit im Zucht- und Arbeitshaus nur der Beginn ihrer Karriere darstellte.²² Erst in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts änderte sich die Situation, die Dienstzeiten endeten nunmehr in der Regel durch Pensionierung oder Ableben. Der Zucht- und Strafhäuserarzt Dr. Joachim Plappart brachte es von 1783 bis zu seinem Ruhestand 1828 auf 45 Dienstjahre, sein Nachfolger Dr. Johann Stiger bis zu seinem Tod 1846 immerhin auf 17 Dienstjahre. Auch die ärztlichen Praxen im Arbeitshaus und im Grazer Inquisitions- und Arresthaus waren jahrelang in den Händen der jeweils gleichen Mediziner.²³ Der Schluss liegt nahe, dass sich nicht nur die Gehälter verbessert hatten, sondern dass insgesamt das Ansehen dieser Stellen gestiegen war – oder die Konkurrenz größer und die Posten rarer geworden waren.²⁴

Zur ersten Pflicht eines Ordinarius zählte die Feststellung, Behandlung und nach Möglichkeit Heilung von physischen, aber auch psychischen Krankheiten der Insassinnen und Insassen einer geschlossenen Anstalt. Schon Mitte des 18. Jahrhunderts wurde vertraglich vereinbart, dass der Medikus des Zucht- und Arbeitshauses die Anstalt zumindest zweimal pro Woche, bei Bedarf und Verlangen der Hausverwaltung auch öfter, zu besuchen hatte.²⁵ In der „Instruktion für den Herrn Hausarzt im Karlsruher Strafhause“²⁶ 1816 wurde diese Verpflichtung erneut gleichlautend festgeschrieben. Von zentraler Bedeutung war die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Insassinnen und Insassen, hegte man seitens der Verwaltung doch stets den Verdacht, dass gemeldete Gebrechen und Behinderungen nur vorgeschützt wären, um der vorgeschriebenen Arbeitsleistung zu entgehen und Vergünstigungen zu erreichen.²⁷ Einen weiteren Aufgabebereich der Mediziner, der im Laufe der Jahrzehnte kontinuierlich zunahm, bildete die Begutachtung der vorgefundenen Räumlichkeiten. Die Ärzte hatten darüber zu befinden, ob für den Betrieb als geschlossene Anstalten vorgesehene Bauten allen gesundheitlichen und hygienischen Vorgaben entsprachen oder aber ob Mängel feststellbar waren und inwieweit diese behoben werden könnten.²⁸ Auch die Kontrolle und Bewertung der ausgekochten und verteilten Mahlzeiten bildete ein Thema.

Trotz vorhandener Instruktionen waren Pflichtversäumnisse der Mediziner keine Seltenheit, wobei sich die Beschwerden in den Grazer Häusern auf das 18. Jahrhundert konzentrierten. Am häufigsten war der Vorwurf, die vorgeschriebene Dichte an Besuchen nicht einzuhalten und die Schutzbefohlenen über Tage, ja sogar über Wochen allein zu lassen und selbst Aufforderungen der jeweiligen Hausverwaltungen zu ignorieren. Konsequenzen für die Ärzte hatten diese Unterlassungen kaum.²⁹ Auch den Tadel der mangelnden ärztlichen Sorgfalt musste

22 StLA, Landschaftliches Archiv (= Laa. A.), Antiquum, Gr. IX, K. 7, H. 33: Personalien, Anstellungsdekrete, Besoldung, Disziplinäres, 1772–1776.

23 Vgl. Schematismen des Herzogtums Steiermark, 1823–1843; Handbuch des Herzogtums Steiermark, 1844–1848.

24 Vgl. StLA, Laa. A., Antiquum, Gr. IX, K. 9, H. 42: Matrikelbuch und Rangliste der steirischen Ärzte, 1783–1821.

25 StLA, Repräsentation und Kammer (= RuK), Sachreihe (= Sach), Fasz. 115, 1759-X-71; WStA, Fasz. 47, Nr. 965, Nr. 1133.

26 StLA, Gub, Fasz. 47, 804/1813.

27 Vgl. StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1403; Gub, Fasz. 286, 6750/1795; Gub, Fasz. 47, 1033/1822; Appellationsgericht (= AG), 7082/1825.

28 Vgl. Hannes STEKL, Österreichs Zucht- und Arbeitshäuser 1671–1920. Institutionen zwischen Fürsorge und Strafvollzug (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 12, Wien 1978), 162.

29 StLA, WStA, Fasz. 7, Nr. 60. Auch auf dem Schlossberg gab es Saumseligkeiten. Vgl. HAMMER-LUZA, Schlossberg, wie Anm. 2, 152.

sich so mancher Ordinarius gefallen lassen. Visiten wurden oft sehr oberflächlich betrieben und Kranke nicht genauer in Augenschein genommen.³⁰ Auf diese Weise konnte es geschehen, dass lebensbedrohliche Gefährdungen zu spät erkannt und Personen mit ansteckenden Krankheiten nicht rechtzeitig isoliert wurden.³¹ Dass im Sinne des Sparsamkeitsgedankens bei der Behandlung der Züchtlinge Abstriche gemacht wurden, wird aus den Worten des Zuchthausarztes Dr. Johannes Nepomuk Penz 1768 deutlich. Er bestätigte, dass er den Arrestanten keine kostspieligen Arzneien verschreiben wollte, da er diese Richtlinie schon bei seiner Betreuung von Kriegsgefangenen kennengelernt hatte und solches „bei Bösewichtern, die die Strafe ihrer Übeltaten tragen“,³² wohl noch in viel höherem Maße zu tragen kommen müsste. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts hatte sich die medizinische Versorgung der Züchtlinge deutlich gebessert. Es gab viel weniger Klagen und etwaige Übelstände wurden durch regelmäßige Strafhausvisitationen eher an den Tag gebracht.³³

Insgesamt gestaltete sich das Verhältnis der Anstaltsärzte zu den Insassinnen und Insassen eines geschlossenen Hauses recht ambivalent. Die Mediziner galten als machtvolle Autoritätspersonen, von denen man sich im Krankheitsfall Hilfe und Linderung versprach, für deren Behandlung man dankbar zu sein hatte und von deren Beurteilung manche Begünstigung abhängig war. Im 19. Jahrhundert verstanden es die Sträflinge aber auch als ihr gutes Recht, eine entsprechende medizinische Betreuung zu erhalten.³⁴ Die Ärzte standen wiederum vor dem Dilemma, weder ihren Hippokratischen Eid zu verletzen noch von Simulanten übertölpelt zu werden.

Dem Arzt beigeordnet war der Wundarzt oder Chirurg, der zu den Insassen ein viel größeres Nahverhältnis hatte, da sich die soziale Kluft nicht so groß zeigte und er meist auch häufiger die Anstalt besuchte. Zu seiner Krankenbehandlung gehörten insbesondere äußere Kuren und kleinere Eingriffe, außerdem oblag ihm in der Regel die Überprüfung des Gesundheitszustandes jener Personen, die neu in das Zucht- bzw. Arbeitshaus aufgenommen wurden.³⁵ Er traf auch die Entscheidung darüber, ob und in welcher Weise ein straffällig gewordener Insasse zur Züchtigung geeignet wäre; fallweise war er sogar selbst bei der Verabreichung der Schläge anwesend. Dezidiert nicht zu den Pflichten eines Wundarztes zählte die eigentliche Krankenpflege. Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts versuchten die „Hausbedienten“ des Zucht- und Arbeitshauses in der Murvorstadt mehr schlecht als recht, die kranken Insassinnen und Insassen zu warten, bis man für diese Aufgabe eine Pfründnerin aus dem Armenhaus gegen zusätzliche Vergütung einstellte.³⁶ In späteren Jahren bürgerte es sich ein, dass dieser Dienst von den Züchtlingen und Sträflingen selbst ausgeübt wurde.³⁷ Im Arbeitshaus in der Färbergasse findet sich von der Wende des 18. zum 19. Jahrhundert an eine eigene Krankenwärterin im Personalstand aufgeführt.³⁸

30 Vgl. StLA, RuK Sach, Fasz. 180, 1762-VIII-36.

31 Vgl. z. B. StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 361, Nr. 1185.

32 StLA, WStA, Fasz. 47, N 1767–1769, Nr. 257, Nr. 309.

33 Vgl. StLA, AG, 3295/1823.

34 StLA, Gub, Fasz. 47, 23561/1848. Vgl. StLA, AG, 6712/1823.

35 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 369; N 1767–1769, Nr. 166; Gub, Fasz. 47, 7465/1810; Graz, Bauakten Alte Registratur, K. 8, H. 38: 318/1817, Magistratliche Arreste.

36 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 232, Nr. 547.

37 StLA, Gub, Fasz. 283, 26800/1808.

38 Vgl. HAMMER-LUZA, Zucht- und Arbeitshaus, wie Anm. 2, 142 f.

Die spezifischen Dienstleistungen von Hebammen waren in den Grazer Verwahranstalten nicht selbstverständlich und wurden über lange Zeit zum Großteil von den männlichen Ärzten und Wundärzten wahrgenommen; erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts nahm deren Bedeutung zu. Bei der gynäkologischen bzw. geburtshilflichen Betreuung der Insassinnen muss außerdem zwischen den Anstaltstypen differenziert werden. In den städtischen Arresten war es selbstverständlich, dass die weiblichen Gefangenen von einer Hebamme visitiert wurden, dies geschah ja schon im Zuge der kriminalgerichtlichen Untersuchung. Für diese Aufgabe gab es eine eigens angestellte magistratliche Hebamme sowie eine Polizei-Hebamme.³⁹ Auch im Arbeitshaus bildete die Schwangerschaft einer Frau kein Hindernis für die Aufnahme in die Anstalt, sodass die dort tätige Hebamme häufig gerufen wurde. 1778 wurden hier rund 60 Kinder zur Welt gebracht, 1780 waren es schon 120.⁴⁰

Anders sah es hingegen in den eigentlichen Zucht- und Strafanstalten aus, in die schon im 18. Jahrhundert den Bestimmungen nach keine schwangeren Frauen Eingang finden sollten. Im Provinzialstrafhaus in der Karlau sah man anfangs daher ebenfalls keine Notwendigkeit zur Anstellung einer Hebamme. Erst 1823 wurde auf Weisung der Mittelbehörde „zur Beobachtung des nötigen Anstandes“⁴¹ eine geprüfte Hebamme angestellt. Sie hatte die Aufgabe, die körperliche Visitation aller neu ankommenden weiblichen Individuen vorzunehmen. Außerdem war ihre Fachmeinung einzuholen, wenn eine Frau körperlich gezeichnet werden sollte.⁴² Damit befand man sich in der Grazer Karlau hinsichtlich der Versorgung mit Sanitätspersonal auf einem Stand, der auch in anderen Strafanstalten bereits gehalten wurde.

Behandlungsmethoden und Heilkosten

Über die eigentliche medizinische Behandlung in den Grazer Straf- und Zwangsanstalten gibt es nicht viele Quellen, nur einige Rechnungen und Aktennotizen erlauben Rückschlüsse auf angewandte Methoden. Feststehende Praxis im 18. Jahrhundert war jedenfalls der Aderlass.⁴³ Durch die Abnahme des Blutes erhoffte man, gestautes und „verdorbenes“ Blut zu entfernen und das Ungleichgewicht der Säfte zu beseitigen. 1774 bat Barbara Flucher im Zuchthaus darum, zur Ader gelassen zu werden, da es ihr „bei dem Herzen gedrückt“.⁴⁴ Nach Vornahme des Aderlasses wurde die Öffnung vom Wundarzt fest verbunden, damit es zu keinem weiteren Blutverlust kam. Die Arrestantin brauchte einige Tage nicht zu arbeiten, um die Wunde nicht aufzureißen. Im Inventar des magistratlichen Inquisitions- und Arresthauses sind noch Mitte

39 Vgl. Johann Bapt. HOFRICHTER, Rückblicke in die Vergangenheit von Graz (Graz 1885), 419 f.; Heidemarie KRENN-SIMON, „Beystand in Kindtsnöthen“ – Grazer Hebammen in der frühen Neuzeit und die Anfänge des staatlich reglementierten Hebammenwesens, in: Historisches Jahrbuch der Stadt Graz 23/24 (1993), 11–50, hier 44; HAMMER-LUZA, „Kriminal“, wie Anm. 2, 335.

40 StLA, WStA, Fasz. 7, Nr. 190; RuK Sach, Fasz. 211, 1783-I-71.

41 StLA, AG, 3295/1823.

42 StLA, AG, 5039/1823.

43 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 146; N 1767–1769, Nr. 117; Gub alt, Fasz. 1, 1766 (Teil 2), o. Nr.; AG, 5295/1785. Vgl. Victor FOSSEL, Volksmedizin und medicinischer Aberglaube in Steiermark. Ein Beitrag zur Landeskunde (Graz 1885), 143 f.

44 StLA, WStA, Fasz. 47, N 1767–1769, Nr. 280.

des 19. Jahrhunderts zwei „Aderlassflaschen“⁴⁵ aufgeführt. Im Strafhaus in der Karlau verwendete man zu jener Zeit bereits Blutegel,⁴⁶ die vor allem bei Entzündungen Linderung verschaffen sollten. Regelmäßig zum Einsatz kamen außerdem Klistiere, die mittels Spritzen verabreicht wurden, sowie „Mutterspritzen“ zur vaginalen Anwendung.⁴⁷ Ausschlag und Hautkrankheiten wurden im 18. Jahrhundert oft mit Quecksilber kuriert, in der Strafanstalt Karlau verabreichte man in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu diesem Zweck warme Bäder.⁴⁸ Auch von Wein und Schnupftabak erwartete man sich therapeutische Wirkung, ersterer sollte vor allem zur Stärkung dienen.⁴⁹

Aber auch viele andere innere und äußere Heilmittel wurden gebraucht. Der im Zuchthaus einsitzende und an Skorbut leidende Andrä Paumgartner erhielt 1755 aus der Armenhausapotheker unter anderem Kampfergeist, „Froschlach-Pflaster“,⁵⁰ Wundbalsam, Bärenzucker (eingedickten Lakritzensaft), „Laxiertränkl“ zum Abführen, vermischten Rosenhonig, blauen Vitriol (Kupfersulfat), herzkärkende Mixturen und „Geist zum Laben“.⁵¹ Alle Mühe war jedoch vergebens, und der Mann verschied nach einem halben Jahr. Einen Eindruck vom Aufwand, der mit der Heilung von Patientinnen und Patienten verbunden sein konnte, bekommen wir auch aus dem Jahr 1773, als sich die mit einem Geschwür behaftete Maria Anna Greinzin im Zuchthaus befand. Innerhalb eines Jahres erhielt die Frau über 40 Mal Pflaster verschrieben, dazu Salben, Umschläge, Pulver, Pillen, Tropfen und Mixturen, außerdem Räucherwerk, Tees, Öle und verschiedene Arten an „Geist“.⁵²

Obwohl es sich nach Aussage des Zuchthausarztes 1773 bei den verwendeten Medikamenten um „keine Pretiosen, sondern Mittel, so um den leichtesten Preis zu haben sind“,⁵³ handelte, schlugen sich die Arzneikosten für die kranken Insassinnen und Insassen hoch zu Buche. Allein die oben genannten Heilmittel für Andrä Paumgartner kosteten fast vier Gulden, jene für Maria Anna Greinzin fast 14 Gulden. Damit überstiegen die jeweiligen Aufwendungen den Jahreslohn eines Tagwerkers oder einer Tagwerkerin bei weitem.⁵⁴ In Summe belasteten diese

45 StLA, Graz, Stadt, K. 13, H. 111: Inquisitionshaus, 1829–1855, Inventar vom 1. Juli 1850.

46 StLA, Gub, Fasz. 47, 10929/1849.

47 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1397, Nr. 1456; Graz, Stadt, K. 13, H. 111: Inquisitionshaus, 1829–1855, Inventar vom 1. Juli 1850.

48 StLA, WStA, Fasz. 47, N 1767–1769, Nr. 236; Gub, Fasz. 47, 1261/1833.

49 StLA, Gub, Fasz. 47, 804/1813.

50 Ein Pflaster, das aus Froschlaich bereitet wird. Vgl. Joachim Heinrich CAMPE, Wörterbuch der Deutschen Sprache, 2. Theil (F bis K) (Braunschweig 1808), 180.

51 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 607. Zu einzelnen Heilmitteln vgl. FOSSEL, Volksmedizin, wie Anm. 43, 96–108; Elfriede GRABNER, Krankheit und Heilen. Eine Kulturgeschichte der Volksmedizin in den Ostalpen (= Mitteilungen des Instituts für Gegenwartsvolkskunde 16, Wien 1997), 160–213; Elke HAMMER-LUZA, Kurpfuscher und Bauernärzte vor den Schranken des Gerichts. Aspekte der steirischen Volksmedizin im 18. und 19. Jahrhundert, in: Josef Riegler, Hg., Bauern, Bürger, hohe Herren (= Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 34, Graz 2005), 51–72, hier 61–65; Bernd E. MADER, Eine Untersuchung gegen Johann Schultzer vulgo Müllerhansl aus Kleinpreding wegen Kurpfuscherei, in: ZHVSt 96 (2005), 339–356, hier 343–352.

52 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1185.

53 Ebd.

54 Zum Vergleich: Mitte des 18. Jahrhunderts erhielt in der Weststeiermark ein vollwertiger Knecht durchschnittlich 5 Gulden 20 Kreuzer an Jahreslohn, eine Magd 3 Gulden 40 Kreuzer. Vgl. Elke HAMMER-LUZA, Von Mägden und Knechten. Ländliches Dienstbotenwesen in der Steiermark des 18. und 19. Jahrhunderts, in: ZHVSt 102 (2011), 131–174, hier 162.

Ausgaben das jährliche Budget eines geschlossenen Hauses schwer. Die Beträge konnten von Monat zu Monat stark variieren und hingen davon ab, wie gehäuft Krankheiten auftraten und wie intensiv Patientinnen und Patienten betreut werden mussten. 1773 war grundsätzlich ein Jahr, in dem keine Seuchenfälle auftraten, trotzdem belief sich die Apothekenrechnung des Zuchthauses auf 432 Gulden; fünf Jahre später hatte man gar 1.063 Gulden zu bezahlen.⁵⁵ Im Arbeitshaus lagen die Kosten zwar immer deutlich darunter, doch hielten sich gerade hier viele Frauen auf, die mit Syphilis und anderen Geschlechtskrankheiten angesteckt waren und daher besonderer Medikamente bedurften.⁵⁶ Im 19. Jahrhundert hatte sich daran wenig geändert. 1836 wurden in der Provinzialstrafanstalt Karlau bei einer Belegung von 141 Personen für Medikamente 610 Gulden veranschlagt. Dieser Betrag – der rund ein Zehntel der Aufwendungen für die Beköstigung der Sträflinge ausmachte – entsprach etwa jenem, den man auch für die Kleidung verwenden wollte.⁵⁷

Kranke und rekonvaleszente Personen kamen auch in den Genuss einer besonders reichhaltigen Ernährung. Schon Mitte des 18. Jahrhunderts erhielten sie im Grazer Zucht- und Arbeitshaus eine ausgiebigere Portion ausgefolgt, 1768 ist im Zuchthaus sogar von einer eigenen „Krankenspeise“⁵⁸ die Rede, die allerdings nur bedingt umgesetzt wurde. Auch in den folgenden Jahren gingen die Bemühungen des Zuchthausarztes um die konsequente Durchsetzung einer Krankenkost weitgehend ins Leere, verursachten diese höherwertigen Speisen doch mehr Kosten und mehr Mühe in der Zubereitung. Eigene detaillierte Speisepläne für Kranke entwickelte man erst im Strafhaus in der Karlau: 1813 führte man hier eine vierstufige Krankenkost ein, wobei man zwischen ganzen, halben, Viertel- und Diätportionen unterschied.⁵⁹ Dieser Speiseplan wurde im Laufe der nächsten Jahre weiter verfeinert und differenziert, wobei durchaus das Wohl der Patientinnen und Patienten und nicht der Preis im Vordergrund stand. So bestimmte man etwa 1827, dass den Kranken nicht zwei Tage hintereinander die gleiche Grünspeise verabreicht werden dürfte, Sauerkraut, saure Rüben und Erdäpfel waren aus Gründen der Bekömmlichkeit überhaupt verpönt.⁶⁰

55 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1185, Nr. 1451.

56 StLA, WStA, Fasz. 7, Nr. 32; Gub alt, Fasz. 1, 1767, Nr. 5.

57 StLA, Gub, Fasz. 47, 4786/1834.

58 StLA, WStA, Fasz. 47, N 1767–1769, Nr. 308. Krankenkost war überhaupt wenig reglementiert. Vgl. Ulrike THOMS, Anstaltskost im Rationalisierungsprozeß. Die Ernährung in Krankenhäusern und Gefängnissen im 18. und 19. Jahrhundert (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 23, Stuttgart 2005), 287 f.

59 StLA, Gub, Fasz. 47, 804/1813.

60 StLA, Gub, Fasz. 47, 8617/1825. Vgl. StLA, Gub, Fasz. 47, 8847/1826; Graz, Bauakten Alte Registratur, K. 9, H. 40: 318/1817, Magistratliche Arreste. Zu anderen Strafhäusern vgl. StLA, AG, 6020/1822; Joseph HOPFAUER, Abhandlung über Strafhäuser überhaupt mit besonderer Rücksicht auf die dießfalls in den deutschen Provinzen des österreichischen Kaiserstaats bestehenden Anstalten (Linz 1814), 200; Carl Ernst RINCOLINI, Das Provinzial-Straf- und Arbeitshaus in Brünn. Ein Beytrag zu Hopfauers Abhandlung über Strafhäuser, mit besonderer Rücksicht auf die im österr. Kaiserstaat bestehenden Anstalten (Brünn 1816), 22 f.; RAUTENKRANZ, Innsbruck, wie Anm. 19, 21 f.

Tabelle 1: Krankenkost in der Provinzialstrafanstalt Karlau (1813)⁶¹

Diät	Morgens, Mittags, Abends Rindsuppe oder Gerstenschleim, dazu allenfalls Semmelschnitten
Viertelportion	Morgens Brenn- oder Fleischsuppe Mittags Suppe mit Gerste, Reis oder Mehlspeise, dann eine Portion Obst oder Grünspeise Abends gerollte oder geriebene Gerste, Semmel
Halbe Portion	Morgens Brenn- oder Fleischsuppe Mittags Suppe, Kalbfleisch oder eingeschnittene Lunge, „Greisel-“ ⁶² oder Milchspeise, Grün- oder Obstspeise Abends Suppe, Semmel, ev. Wein
Ganze Portion	Morgens Einbrennsuppe mit Brot Mittags Suppe, Rindfleisch, Grünspeise Abends Suppe, Wein oder Bier, „Pollusgebäck“ ⁶³

Krankenzimmer und Spital

Die Existenz von eigenen Zimmern oder gar Stationen für erkrankte Personen war in den Grazer geschlossenen Häusern bis in das 19. Jahrhundert hinein nicht selbstverständlich, sondern in erster Linie von den vorhandenen Gegebenheiten abhängig. Man richtete sich außerdem nach den Notwendigkeiten: Bei einer Anhäufung von Krankheitsfällen funktionierte man kurzerhand Räumlichkeiten zu Krankenstationen um, die man später, bei zwischenzeitig fehlendem Bedarf, wieder anderweitig nutzte.

1754 stellte man im Grazer Zucht- und Arbeitshaus ein eigenes Zimmer zur Unterbringung und Verwahrung der Kranken her.⁶⁴ Seine innere Einrichtung unterschied sich kaum von jener der übrigen Schlafräume. 1769 befanden sich hier fünf Bettstellen mit Strohsäcken, Kopfpölstern, „Kotzen“ und Leintüchern. Außerdem gab es einen Tisch, zwei Stellagen, zwei Sitzstühle und zwei Betschemeln, dazu sechs „Speib Trühel“⁶⁵ und einen Leibstuhl. Die Anzahl der Krankenbetten reichte in Anbetracht der hohen Insassenzahlen aber meist nicht aus, so mussten die oben genannten fünf Krankenbetten für rund hundert Insassinnen und Insassen genügen.⁶⁶

61 StLA, Gub, Fasz. 47, 804/1813.

62 Zu „Greiselwerk“ zählte man in erster Linie Hülsenfrüchte, aber auch Hirse oder Buchweizen.

63 Unter „Pollusbrot“ versteht man ein aus braunem Pollmehl (= schwarzes Weizen- und Roggenmehl mit Kleie vermischt) hergestelltes Brot. Vgl. Theodor UNGER / Ferdinand KHULL, Steirischer Wortschatz als Ergänzung zu Schmellers Bayerischem Wörterbuch (Graz 1903), 102.

64 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 528, Nr. 547. Vgl. VALENTINITSCH, Zucht- und Arbeitshaus, wie Anm. 2, 510; Helfried VALENTINITSCH, Szenen aus dem Leben im Grazer Zucht- und Arbeitshaus im 18. Jahrhundert, in: Curiosa et miscellanea Styriaca. Freundesgabe Günther Jontes zum 40. Geburtstag (Leoben 1979), 20–29, hier 25.

65 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1091; N 1767–1769, Nr. 251.

66 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1139.

Neben der zu geringen Dimensionierung der Krankbereiche fehlten zugleich Möglichkeiten einer Separation. 1769 klagte der Zuchthausverwalter, er müsste kranke Frauen nach wie vor bei ihren gesunden Geschlechtsgenossinnen belassen, weil der Krankenraum durch Männer belegt sei.⁶⁷ Auch Personen mit ansteckenden Krankheiten konnten nicht ausreichend abge-sondert werden. 1774 entdeckte ein Untersuchungskommissar bei einem Lokalaugenschein im Krankenzimmer „einen gar übel aussehenden, am ganzen Leib mit einem sehr garstigen Aus-satz behafteten Arrestanten“,⁶⁸ von dem höchste Infektionsgefahr auszugehen schien. Gleich-zeitig kritisierte man, dass gerade jener Gebäudeteil, in dem sich das Krankenzimmer der Männer befand, denkbar ungesund sei, „denn das Wasser rinnt den ganzen Winter hindurch an den Mauern herunter“.⁶⁹

Mit dem Ausbau des Grazer Schlossberges als Gefängnisort ab 1784 sowohl für Züchtlinge als auch für schwere Arrestantinnen und Arrestanten verband sich in Anbetracht von bis zu 300 Sträflingen die Notwendigkeit, ein regelrechtes „Spital“ einzurichten, das auch als solches bezeichnet wurde. 1793 umfasste es vier Zimmer für Männer mit insgesamt 46 Betten sowie zwei kleine Zimmer für Frauen mit 13 Betten.⁷⁰ Die Räume waren im Vergleich zu den dü-steren Schlaf- und Arbeitszimmern relativ hell und konnten durch einen Ofen beheizt werden, es fehlte allerdings an ausreichender Durchlüftung.⁷¹

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts stellte man zwar den Anspruch, kranken Delin-quentinnen und Delinquenten die bestmögliche Pflege und Betreuung zukommen zu lassen,⁷² die Erfüllung gelang aber nur ansatzweise. Besonders schlecht gestalteten sich die Verhältnisse in den Verwahreinrichtungen des Magistrates Graz. Aufgrund der Überfüllung im Arresthof des Rathauses war es jahrelang nicht möglich, eigene Zimmer für Personen mit schweren, ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten einzurichten. Tatsächlich war der Bedarf rund dreimal höher als das vorhandene Raumangebot, und nicht einmal Sterbenden konnte in ihrer letzten Stunde Ruhe vergönnt werden.⁷³ Der Neubau des städtischen Arresthauses brachte vor-derhand nur wenig Entlastung, da man es bei der ersten, provisorischen Ausführung schlicht-weg unterlassen hatte, Krankenzimmer herzustellen. Erst der Endausbau des „Kriminal“ führte zur Einrichtung von insgesamt vier Räumen, wobei zwei zur Separation von infektiösen Per-sonen gedacht waren.⁷⁴ Diese Einteilung wurde jedoch im Laufe der Jahre durch die eklatante

67 StLA, WStA, Fasz. 47, N 1767–1769, Nr. 398.

68 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1185.

69 StLA, Gub alt, 1775-I-103, 1775-I-108 (bei 1774-I-25); WStA, Fasz. 47, Nr. 1185.

70 StLA, Gub, Fasz. 286, 529/1793: Baudirektionsplan über die zwei aufeinander folgenden Behältnisse des Zucht-hauses auf hiesigem Schlossberg wie selbe dormalen verwendet werden, Hillebrandt, 1793. Vgl. Richard SALLIN-GER, Graz im Jahre 1809. Festschrift aus Anlaß der Enthüllung des Hackher-Denkmales auf dem Schloßberge zu Graz (Graz 1909), 411; HAMMER-LUZA, Zucht- und Arbeitshaus, wie Anm. 2, 149.

71 StLA, Gub, Fasz. 286, 14194/1794. Vgl. HAMMER-LUZA, Schlossberg, wie Anm. 2, 152.

72 Vgl. STEKL, Zucht- und Arbeitshäuser, wie Anm. 28, 138; Wolfgang KRÖNER, Freiheitsstrafe und Strafvollzug in den Herzogtümern Schleswig, Holstein und Lauenburg von 1700 bis 1864 (= Rechtshistorische Reihe 63, Frank-furt am Main u. a. 1988), 119 f.; Falk BRETSCHEIDER, Der Raum der Einsperrung – Raumkonstitution zwischen institutioneller Stabilisierungsleistung und eigensinnigen Nutzungsweisen. Das Beispiel Sachsen, in: Gerhard AMMERER u. a., Hg., Orte der Verwahrung. Die innere Organisation von Gefängnissen, Hospitälern und Klöstern seit dem Spätmittelalter (= Geschlossene Häuser 1, Leipzig 2010), 103–130, hier 112.

73 StLA, Gub, Fasz. 47, 2529/1820. Vgl. HAMMER-LUZA, Rathaus, wie Anm. 2, 272.

74 StLA, Gub, Fasz. 47, 2529/1820; BDionPI-M-010alt-PI-188-07: Plan über den Fortbau des magistratlichen Inqui-sitionshauses, 2. Stock, 1833. Vgl. HAMMER-LUZA, „Kriminal“, wie Anm. 2, 311–319.

Platznot unterlaufen, sodass 1845 für insgesamt 104 Männer und Frauen nur mehr ein einziges Krankenzimmer zur Verfügung stand.⁷⁵ Damit war der Standard Mitte des 19. Jahrhunderts nicht viel höher als hundert Jahre zuvor. Ähnliche Flexibilität musste man in der Provinzialstrafanstalt Karlau beweisen. Auch hier reichten die vorhandenen Krankenzimmer im Notfall nicht aus, während sie zu anderen Zeiten auch erhalten mussten, um Gesunde unterzubringen, die in den Schlafräumen keinen Platz mehr fanden.⁷⁶ Erst mit dem Erweiterungsbau von 1846 sah man die Anlage von insgesamt drei Krankenzimmern mit 17 Betten, in südlicher Lage und ergänzt um eine kleine Spitalsküche, verwirklicht.⁷⁷

Bei all diesen Missständen innerhalb der geschlossenen Häuser verwundert es nicht, dass schon früh der Gedanke auftauchte, die Krankenpflege nach außen zu verlagern. Statt ohnehin unzureichende Räumlichkeiten auf unbestimmte Zeit hinaus verfügbar zu halten, schien es effektiver, im Bedarfsfall bestehende Versorgungseinrichtungen zu nützen. Den Anfang machte man schon im alten Zucht- und Arbeitshaus am Gries, als das benachbarte Armenhaus für die Pflege von erkrankten Züchtlingen herangezogen wurde.⁷⁸ In den 1750er Jahren stieß diese Praxis jedoch an ihre Grenzen und es zeigten sich jene Schwierigkeiten, die auch in der Folge bei externer Krankenpflege auftreten sollten: Zum einen waren vergleichsweise offene Anstalten wie das Armenhaus nicht in der Lage, Gefangene sicher zu verwahren, sodass es ständig zu Entweichungen kam. Zum anderen wehrten sich die Insassinnen und Insassen von Versorgungsanstalten gegen die Gegenwart von Übeltätern, ja ehrlosen Kriminellen, mit denen sie sich plötzlich konfrontiert fanden.⁷⁹

Besonders virulent wurde dieser Konflikt Anfang des 19. Jahrhunderts im Zusammenhang mit den Arrestanten des Grazer Stadt- und Landgerichtes. Da man sich seitens des Magistrates außerstande sah, bestimmte Krankheitsfälle im Rathaus selbst zu versorgen, gab man diese Personen zu ihrer Heilung an das Allgemeine Krankenhaus ab. Als nach vielen Querelen 1820 eine hier eingelieferte syphiliskranke Diebin ihre Mitpatienten bestahl und anschließend die Flucht aus der Versorgungsanstalt ergriff, untersagte das Gubernium endgültig jede weitere Aufnahme von Kriminalverbrechern und schweren Polizeiübertretern in das Krankenhaus, sodass man sich um andere Lösungen bemühen musste. Sogar die Anmietung eines Privatquartiers wurde überlegt, bis man nach zwei Jahren erfolglosen Bemühens schließlich die Erlaubnis bekam, magistratliche Arrestanten im Krankheitsfall an die Provinzialstrafanstalt Karlau abgeben zu dürfen.⁸⁰

75 StLA, Gub, Fasz. 47, 7294/1845.

76 StLA, Gub, Fasz. 47, 2211/1816, 5451/1837; AG, 256/1841.

77 StLA, Gub, Fasz. 47, 4378/1840.

78 StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 232, Nr. 376, Nr. 965.

79 Letzteres galt eingeschränkt genauso für das Arbeitshaus, das in den 1770er Jahren zeitweise dazu verhalten wurde, erkrankte Personen aus dem Zuchthaus zu übernehmen. Vgl. StLA, WStA, Fasz. 47, Nr. 1139.

80 StLA, Gub, Fasz. 47, 2529/1820. Vgl. HAMMER-LUZA, Rathaus, wie Anm. 2, 272–274.

Zusammenfassung

Die Notwendigkeit einer medizinischen Betreuung einer Zucht- oder Strafanstalt stand immer außer Frage, freilich aus unterschiedlichen Gründen: Die Erhaltung der Gesundheit der Insassinnen und Insassen war nicht nur Gebot der Menschenfreundlichkeit, sondern auch sanitäts-polizeiliche Notwendigkeit zur Verhinderung von Seuchen und Epidemien. Nicht zuletzt war sie Voraussetzung für jede Nutzbarmachung ihrer Arbeitskraft. Das verhinderte allerdings nicht, dass allorts Missstände in der medizinischen Versorgung beklagt wurden, was vor allem für das 18. Jahrhundert gilt.

Am schlechtesten war es um die Einrichtung von Krankenräumen bestellt, hier lässt sich aufgrund der eklatant herrschenden Platznot in allen Grazer Anstalten bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts auch keine positive Entwicklung feststellen. Wesentlich besser zeigte sich hingegen die Betreuung durch das medizinische Personal. Trotz aller Saumseligkeit und Pflichtvergessenheit gewisser Ärzte und Wundärzte genossen die Züchtlinge und Sträflinge eine vergleichsweise gute Behandlung. Die steirische Landbevölkerung, aber auch städtische Unterschichten der (Frühen) Neuzeit hatten kaum die Möglichkeit, jemals von einem Ordinarius beschaut zu werden, sondern mussten sich häufig mit sogenannten Kurpfuschern behelfen. Ärztlicher Rat war teuer, genauso wie die Kosten für Medikamente ein sehr hohes Maß erreichten. Obwohl man gerade im 18. Jahrhundert betonte, nur preisgünstige Heilmittel für die Züchtlinge und Sträflinge zu verwenden, überstiegen die Ausgaben für einzelne Personen bisweilen das, was sie in einem ganzen Jahr verdienen konnten. Unter diesen Gesichtspunkten waren Züchtlinge und Sträflinge keine „Patienten zweiter Klasse“, sondern genossen vielmehr Vorteile, die sie als Angehörige der ländlichen und städtischen Unterschichten außerhalb der Anstalt nicht gehabt hätten. Viele ihrer Krankheiten waren aber nicht zuletzt den schlechten Lebensbedingungen in den geschlossenen Häusern geschuldet.

Informationen zur Autorin

Priv. Doz. Mag. Dr. Elke Hammer-Luza, MAS; Archivarin am Steiermärkischen Landesarchiv, Karmeliterplatz 3, 8010 Graz, Österreich, E-Mail: elke.hammer-luza@stmk.gv.at

Forschungsschwerpunkte: Alltagsgeschichte, Frauengeschichte, Kriminalitätsgeschichte

Nathalie Patricia Soursos

Die Stiftungsbetten der Wiener Griechen für das Allgemeine Krankenhaus und das Spital der Barmherzigen Brüder

English Title

The Endowment of Beds by the Greek-Orthodox Community in Vienna: Examples from the Vienna General Hospital and the Hospital of the Brothers of Saint John of God

Summary

Endowments established a long-term relationship between the benefactors, the institution entrusted with the administration of the endowment and society at large. The endowments of the Greek-Orthodox merchants Kyriako Christo Aformo (1800), Demeter Michael Laso (1841) and Constantin Freiherr von Bellio (1840/1843) as well as the archbishop of the Holy Trinity Kosmas Liveropulos (1878/1880) were established for the foundation of six beds in the Vienna General Hospital (Allgemeines Krankenhaus) and the Hospital of the Brothers Hospitallers of Saint John of God (Spital der Barmherzigen Brüder) in Vienna. The Greek-Orthodox Community of the Holy Trinity functioned as a mediator between the patients, the hospitals and the foundations while the financial investment of the endowments' capital was organized by the hospitals. The article gives an overview of the foundation of beds in hospitals in Austria, their organisation, their requirements and terms. The foundations of hospital beds show the strong relation between the settlement of Greek-Orthodox merchants from the Ottoman Empire in Vienna and their relationship to both their society of origin and the host society.

Keywords

Vienna, 19th century, endowment, foundation of beds in hospitals, Vienna General Hospital, Hospital of the Brothers of Saint John of God, migration within Habsburg Monarchy, Greek-Orthodox Community

Gestiftete Betten in Wiener Krankenhäusern

Bereits kurz nach der Etablierung zweier griechisch-orthodoxer Gemeinden in Wien – der Gemeinde des Hl. Georg für osmanische Untertanen (1726) und derjenigen der Hl. Dreifaltigkeit für habsburgische Untertanen (1787) – wurden erste Stiftungen für griechisch-orthodoxe Arme, Kirchen, Schulen, Witwen und Waisen sowie für andere Institutionen außerhalb und innerhalb des Habsburgerreiches errichtet.¹ Sechs darunter widmeten sich Bettenstiftungen im Wiener Allgemeinen Krankenhaus (AKH) und im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt. Die Finanzierung von Krankenbetten armer Bedürftiger über sogenannte „Bettenstiftungen“ oder „Stiftungen von Freibetten“ war eine Form direkter Sozialhilfe im Habsburgerreich.² Gleichzeitig bildete sie für die Krankenhäuser der Wiener Metropole im 19. Jahrhundert eine notwendige Einnahmequelle. Bettenstiftungen ermöglichten den Stifterinnen und Stiftern aber auch, durch die Nennung ihres Namens auf „ewige Zeiten“ als Wohltäter/-innen in Erinnerung zu bleiben. Eine Untersuchung dieser besonderen Form von Stiftungen kann die Zusammenhänge zwischen der Krankenhausökonomie und der Lebenswirklichkeit einzelner Bevölkerungsgruppen, hier am Beispiel der Wiener Griechen exemplifiziert, verdeutlichen.

Ziel des Beitrages ist es, die vielseitigen Entwicklungen um die Gründung und Verwaltung von Bettenstiftungen darzulegen. Dazu wird zunächst das Phänomen der Bettenstiftungen innerhalb der Stiftungsforschung und der Krankengeschichte verortet. Der zweite Teil des Beitrages untersucht Stiftungen der Griechisch-Orthodoxen in Wien im Allgemeinen und die Bettenstiftungen im Besonderen. Dazu werden die Biografien der Stifter und deren Motivation für die Gründung von Bettenstiftungen beleuchtet. Einerseits wird der Ausdruck des Stifterwillens in den Testamenten und Stiftbriefen, andererseits die Umsetzung dieses Willens durch die griechisch-orthodoxen Gemeinden und die Krankenhäuser analysiert. Im dritten Teil wird der Frage nachgegangen, ob es zentrale Charakteristika der von Griechisch-Orthodoxen gegründeten Stiftungen gibt. Zudem wird gefragt, ob und worin sich Bettenstiftungen einer konfessionellen Minderheit von solchen des Wiener Bürgertums unterscheiden.

-
- 1 Dieser Artikel entstand im Rahmen des FWF-Projekts „Soziales Engagement in den Wiener griechischen Gemeinden (18.–20. Jh.)“ (AP2714021). Folgende Abkürzungen werden verwendet: AHD = Archiv Hl. Dreifaltigkeit, Wien; AHG = Archiv Hl. Georg, Wien; AKH = Allgemeines Krankenhaus, Wien; CM = Conventionsmünze; fl. = Gulden; HHStA = Haus-, Hof- und Staatsarchiv, Wien; K. = Karton; Kr. = Kronen; kr. = Kreuzer, NÖLA = Niederösterreichisches Landesarchiv, St. Pölten; OeStA = Österreichisches Staatsarchiv, Wien; ö. W. = österreichischer Währung; StiftbSlg = Stiftbriefsammlung; StK = Staatskanzlei; WStLA = Wiener Stadt- und Landesarchiv, Wien.
 - 2 Den Begriff des „Stiftungsbettes“ oder der „Bettenstiftung“ findet man selten in der Forschungsliteratur. Ich konnte bisher keine historische Abhandlung über „Stiftungsbetten“ ausfindig machen. In dem von Martin Scheutz und Alfred Stefan Weiß herausgegebenen Werk über Spitalordnungen findet man den Begriff der „Bettenstiftungen“ nicht; vgl. Martin SCHEUTZ / Alfred Stefan WEISS, Spital als Lebensform. Österreichische Spitalordnungen und Spitalinstruktionen der Neuzeit (= Quelleneditionen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 15/1–2, Wien–Köln–Weimar 2015). Ich orientiere mich daher an den in den Quellen verwendeten Begriffen.

Bettenstiftung im Spannungsfeld von Stiftungs- und Krankenhausgeschichte

Auch wenn die finanzielle Bedeutung von Stiftungen für die Wohltätigkeit in Wien erheblich war, wurden sie bisher wenig erforscht. Einzelne Erwähnungen von Stiftungen für Krankenhäuser gibt es zwar im Rahmen der Krankenhausgeschichte, doch werden meist nur Stiftungen und Spenden bei der Gründung der Krankenhäuser näher benannt.³ Über die finanzielle und administrative Verwaltung der Stiftungen, Spenden und Fonds wissen wir wenig.⁴ Das mag auch damit zusammenhängen, dass außer den Auflistungen von Johann Nepomuk von Savageri (1832), dem Handbuch der Wiener Stiftungen von Carl Ferdinand Mautner Ritter von Markhof (1895) und dem Kataster der in Wien und Niederösterreich verwalteten Stiftungen (1893) keine publizierten Verzeichnisse oder Stiftbrief-Sammlungen der österreichischen Stiftungen existieren.⁵ Es ist daher notwendig, auf noch nicht publizierte Stiftbriefe und andere letztwillige Erklärungen zurückzugreifen.⁶ Im Fall der hier untersuchten griechisch-orthodoxen Stifter sind sowohl die Testamente als auch die Stiftbriefe erhalten. Die biografischen Informationen werden, soweit vorhanden, mit Informationen aus den Verlassenschaftsakten der Stifter ergänzt. In den erhaltenen Akten des Wiener Allgemeinen Krankenhauses im Wiener Stadt- und Landesarchiv und den Akten im Archiv der Barmherzigen Brüder in Wien sind, mit Ausnahme von Auflistungen von Stifternamen und den Stiftbriefen, keine Verwaltungsakten zu Stiftungen erhalten. Krankenakten oder Informationen zu den armen Kranken, welche in den Stiftungsbetten lagen, konnten nicht gefunden werden. Einzig die Korrespondenz zwischen dem Allgemeinen Krankenhaus und der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit ist im Archiv der Gemeinde erhalten.

Bei Bettenstiftungen handelte es sich nicht nur um eine finanzielle Zuwendung an eine arme Person, sondern auch um ein zentrales Element des Krankenhauses, das Bett. Bei diesen Stiftungen stiftete eine Person oder eine Institution die ganzjährige Finanzierung eines oder

-
- 3 So wurde der Stiftbrief von Nathaniel Freiherr von Rothschild für das Neurologische Krankenhaus der Stadt Wien Rosenhügel von 1900 publiziert; vgl. Ruth KOBLIZEK / Gernot SCHNABERT, 50 Jahre Schlaganfallzentrum Rosenhügel. 90 Jahre Nathaniel Freiherr von Rothschild'sche Stiftung für Nervenranke in Wien (Wien 2002), 78–81.
 - 4 Im Rahmen eines Vortrages im November 2016 an der Universität Wien präsentierte Sarah Pichlkastner die Stiftungen für das Wiener Bürgerspital: Sarah PICHLKASTNER, Foundations for the Viennese Civic Hospital and their Impact in the Early Modern Period (Vortrag im Rahmen des Workshops „Imperial Subject and Social Commitment. An Endowment History from 1750 to 1918“, Institut für Byzantinistik und Neogräzistik der Universität Wien, 16.–18. November 2016).
 - 5 Vgl. Johann Nepomuk Edler von SAVAGERI, Chronologisch-geschichtliche Sammlung aller bestehenden Stiftungen, Institute, öffentlichen Erziehungs- und Unterrichts-Anstalten der k. k. österreichischen Monarchie mit Ausnahme von Italien (Brünn 1832); STATISTISCHE ZENTRAKKOMMISSION, Hg., Kataster der in Niederösterreich verwalteten weltlichen Stiftungen nach dem Stande des Jahres 1893 (Wien 1898); Carl Ferdinand MAUTNER RITTER VON MARKHOF, Hg., Die Wiener Stiftungen. Ein Handbuch, bearb. von Eugen Guglia (Wien 1895).
 - 6 Stiftbriefe von Wiener und niederösterreichischen Stiftungen sind im NÖLA zu finden. Stiftungen nach 1920 wurden von der Magistratsabteilung 62 verwaltet und sind im WStLA unter den Hauptarchivakten (Bestand 3.1.2.) zu finden. Stiftbriefe von 1548 bis zum 21. Jahrhundert sind im WStLA unter dem Bestand 1.2.4.7.1 archiviert. Einzelne Stiftbriefe sind außerdem in den Verlassenschaftsakten der Stifter/-innen zu finden (WStLA, Serie 1.2.3.2.A2 Verlassenschaftsabhandlungen Zivilgericht, 1783–1850). Zu den Stiftungen der Wiener Griechen und den Quellen siehe die Liste der Stiftungen, die auf der Homepage des Projekts veröffentlicht ist: <https://wienergriechen.univie.ac.at> (letzter Zugriff: 20.09.2017).

mehrerer Krankenbetten. Zusätzliche Rechte, die den Verwaltern der Stiftungen gewährt wurden, waren die Benennung eines Bettes oder das Recht, die Patientinnen und Patienten auszuwählen (Präsentationsrecht).⁷ Die eingeforderte Gegenleistung für die karitativen Gaben war zumeist die Totenmemoria für die Stifter/-innen.⁸ Dabei ist zu bedenken, dass dieses Verhältnis nicht in der

„Gleichung ‚Almosen gegen Gebet‘ aufgeht. Vielmehr setzt die Konvertierbarkeit der beiden Werke einen komplexeren Prozess in Gang, in dem der Almosengeber sein Seelenheil durch die Fürbitten der Beschenkten fördert, die Beschenkten aber ihrerseits ein gutes Werk tun, indem sie für die ‚memoria‘ des Stifters sorgen, dadurch also ihrem eigenen Seelenheil aushelfen.“⁹

Die Gebetsleistung nahm auch Einzug in die Spitalordnungen, wie z. B. in die Ordnung der Spitäler und der Versorgungshäuser im Kreis Judenburg (1828)¹⁰ oder in die Instruktion für den „Spitelmeister“ des Bürgerspitals in Radkersburg (1781),¹¹ der zuständig war für die Einhaltung der Gebete.¹² Die Instruktion von Radkersburg zeigt, dass die täglichen Gebetsleistungen für die lebenden und verstorbenen Stifter/-innen nach genauen Anweisungen vollzogen wurden. Aus ökonomischer Sicht bestand zudem die Gefahr, dass weniger gestiftet würde, sollte die Gebetsleistung nicht eingelöst werden, was für die Krankenhäuser eine teils existenzgefährdende Belastung bedeutet hätte.¹³ Im Laufe des 19. Jahrhunderts nahm die Forderung nach Gebetsleistungen ab – eine Entwicklung, die von den „frommen Stiftungen“, die von kirchlichen Institutionen verwaltet wurden, hin zu philanthropischen Unterstützungen der unteren Gesellschaftsschichten führte.¹⁴ Hatte man früher das Seelenheil durch Wohltaten erwerben wollen, betätigte man sich nun als Wohltäter/-innen an der Sozialfürsorge seiner Stadt.¹⁵ Wichtig zu betonen ist, dass die griechisch-orthodoxen Stifter ihre Seelenmessen nicht

7 Wie genau die Benennung des Bettes am Stiftungsbett fixiert wurde, wird nicht beschrieben. Im Karolinen-Kinderspital wurden Bilder des Stifters in den Räumen angebracht; <https://de.wikipedia.org/wiki/Karolinen-Kinderspital#Bettenstiftung> (letzter Zugriff: 20.09.2017).

8 Vgl. zu den Seelenmessen im Stiftungswesen seit dem Mittelalter Ulrike VEDDER, *Das Testament als literarisches Dispositiv. Kulturelle Praktiken des Erbens in der Literatur des 19. Jahrhunderts* (= Trajekte, Paderborn 2011), 57–61.

9 Thomas FRANK, *Die Sorge um das Seelenheil in italienischen, deutschen und französischen Hospitälern*, in: Gisela Drossbach, Hg., *Hospitäler in Mittelalter und früher Neuzeit. Frankreich, Deutschland und Italien. Eine vergleichende Geschichte* (= Pariser historische Studien 75, München 2007), 215–224, hier 216.

10 Vgl. SCHEUTZ / WEISS, *Spital als Lebensform*, wie Anm. 2, 688–691.

11 Vgl. ebd., 703–707.

12 Vgl. ebd., 703.

13 Carlos Watzka erwähnt Klagen gegenüber säumigen Spitalsinsassen; vgl. 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* (= Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 36, Graz 2007), 110–111.

14 Vgl. zum Rückgang der barocken Frömmigkeit im Testierverhalten Michael PAMMER, *Altruismus, Familie, Religion. Testamente um 1800*, in: *Beiträge zur Rechtsgeschichte Österreichs 2011/1* (2011), 148–161; Rudolf SCHLÖGL, *Glaube und Religion in der Säkularisierung. Die katholische Stadt – Köln, Aachen, München – 1700–1840* (= Ancien Régime, Aufklärung und Revolution 28, München 1995), 159.

15 Vgl. zum Erbverhalten der Triestiner Kaufmannschaft Regina NASSIRI, *Religiosität und Erbverhalten der kosmopolitischen Triestiner Kaufmannschaft gegen Ende des 19. Jahrhunderts*, in: *Österreich in Geschichte und Literatur* 43 (1999), 84–95.

über die Krankenhäuser organisierten, sondern über die beiden griechisch-orthodoxen Kirchen. Dazu wurden eigene Seelenmessstiftungen begründet, die unabhängig von den Bettenstiftungen verwaltet wurden.

Die Veränderungen der Seelenheilstiftungen fielen zeitlich mit den Reformen von Maria Theresia und Joseph II., durch welche sowohl die Stiftungen als auch die Spitäler einer verstärkten staatlichen Kontrolle unterworfen wurden, zusammen.¹⁶ Die finanzielle Verwaltung der öffentlichen Krankenhäuser wurde durch den Krankenanstaltenfonds geregelt, dessen Einnahmen sich aus Krankenverpflegungsgebühren, einem Teil der gesetzlichen Verlassenschaftsabgabe sowie aus den Zinserträgen des eigenen Vermögens und der Stiftungskapitalien zusammensetzten.¹⁷ Dass die Einnahmen aus dem Krankenanstaltenfonds bei Weitem nicht ausreichten, verdeutlicht die hohe Zahl der Stiftungen für Krankenpflege und Krankenunterstützung. Ende des 19. Jahrhunderts gab es in Wien und Niederösterreich 403 Stiftungen für Krankenhäuser, wobei der Anteil der Stiftungen für öffentliche Spitäler deutlich geringer war als jener für private Krankenanstalten.¹⁸

Das 1784 eröffnete Allgemeine Krankenhaus hatte Ende des 19. Jahrhunderts eine Kapazität von 2.000 Betten, davon waren 26 Stiftungsbetten.¹⁹ Die Bettenstiftungen wurden zwischen 1744 und 1911 errichtet. Die Stiftungskapitalien bewegen sich im drei- bis vierstelligen Bereich, mit Ausnahme der größeren Stiftungen von Albrecht Herzog von Sachsen-Teschen

16 Die „Wiener-Stiftungs-Hofkommission mit umfassendem Wirkungsbereich zur Oberaufsicht über alle niederösterreichischen Stiftungen“ wurde durch das Hofdekret vom 14. Februar 1750 über Stiftungen- und Spitälerbesorgung geschaffen. Vgl. Gabriele SCHNEIDER, Zu den Anfängen der staatlichen Stiftungsaufsicht in Österreich, in: Thomas Olechowski / Werner Ogris, Hg., Grundlagen der österreichischen Rechtskultur. Festschrift für Werner Ogris zum 75. Geburtstag (Wien–Köln–Weimar 2010), 459–476, hier 466; Maren SELINGER / Karl UCAKAR, Wien. Politische Geschichte 1740–1934. Entwicklung und Bestimmungskräfte großstädtischer Politik (= Geschichte der Stadt Wien 1, Wien 1985), 516–517; Martin SCHEUTZ / Alfred Stefan WEISS, Spitalordnungen als essentielle Grundlage der Organisation der Spitäler in der Frühen Neuzeit – eine Leerstelle der komparatistischen Spitalforschung, in: *Historia Hospitalium* 28 (2012/2013), 151–189, hier 184–185.

17 Vgl. zum Wiener Krankenanstaltenfonds von 1784 bis 1924 Andrea PRASCHINGER, Wiener Krankenanstalten ab 1900. Kontinuität und Wandel bei der stationären medizinischen Versorgung, unveröffentlichte Dissertation (Universität Wien 2006), 133–139; SELINGER / UCAKAR, Wien, wie Anm. 16, 516–518; Barbara HÖLL, Krankenhäuser im 19. Jahrhundert, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Wien 2002), 67.

18 Der „Kataster der in Wien und Niederösterreich verwalteten weltlichen Stiftungen nach dem Stande des Jahres 1893“ unterscheidet folgende Verwaltungsorgane für die 403 Stiftungen: k. k. n.ö. Statthaltereie, Landesausschuss, Gemeinde (Magistrat), Kooperationen (Elisabethinen, Spital der Barmherzigen Brüder, Haus der Barmherzigkeit, Kollegium der Piaristen, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern), Vereine, Humanitätsanstalten, Kirchliche Organe sowie Sonstige Organe (darunter: Die „Gesellschaft adeliger Frauen zur Beförderung des Guten und Nützlichen in Wien“, der „Verein für Krankenpflege und Unterstützungsangehöriger Israeliten“, der „Verein zur Errichtung und Förderung von Seehospitzen und Asylen“, das Österreichische Rote Kreuz); vgl. STATISTISCHE ZENTRAKKOMMISSION, Kataster, wie Anm. 5.

19 Auffallend ist die Kontinuität der Stiftungen, in jedem Vierteljahrhundert wurden sieben bis acht Stiftungen errichtet. Erst mit Beginn des 20. Jahrhunderts nahm die Zahl der Stiftungen ab. Vgl. MAUTNER RITTER VON MARKHOF, Die Wiener Stiftungen, wie Anm. 5, 427–480. Das Jahrbuch der k. k. Krankenanstalten (11 Bände von 1892 bis 1911) führt für das AKH 26 Bettenstiftungen an; Jahrbuch der Wiener k.-k. Wiener Krankenanstalten 19/20 (Wien–Leipzig 1910/11), 33–34; vgl. STATISTISCHE ZENTRAKKOMMISSION, Kataster, wie Anm. 5, 148–154.

(1808), Anna Maria von Pavich (1871) und der Wilhelminischen Stiftung (1896).²⁰ 1911 belief sich das Stiftungsvermögen insgesamt auf über 2.290.000 Kronen, das waren 4 % des Gesamtvermögens des Allgemeinen Krankenhauses.²¹

Der Vergleich mit öffentlichen Krankenhäusern im deutschen Raum zeigt, dass dort der Anteil der Stiftungsgelder an den Einnahmen der Krankenhäuser im Laufe des 19. Jahrhunderts abnahm. So ergaben die Untersuchungen von Andrea Wagner und Reinhard Spree, dass sich die Erträge aus den sieben Bettenstiftungen für das Allgemeine Krankenhaus in München im Jahr 1830/31 auf 9 % der Einnahmen beliefen. 1894 machte der Anteil dieser Stiftungen hingegen nur mehr 0,4 % aus. Die Zinseinkünfte aus den Stiftungen generell hatten dagegen 1830/31 einen Anteil von ca. 30 % der Einnahmen, wobei auch dieser bis 1894 auf einen Wert von 14 % sank.²² Eine ähnliche Abnahme der Stiftungsgelder wurde auch für die Allgemeinen Krankenhäuser in Augsburg und Bielefeld festgestellt.²³ Als Grund führt Willi Langefeld die Finanzierung der Anstalten aus Steuereinnahmen sowie die Kommunalisierung des Krankenhauses an, weswegen sich „die Ansicht durchsetzte, es bedürfte nun nicht mehr der privaten Wohltätigkeit“.²⁴

Private Krankenhäuser, wie jenes der Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt, finanzierten sich über Spenden, durch Erträge aus Liegenschaften und durch Zuwendungen seitens des Staates. Die Gründung des Spitals sowie die Annahme und eigenständige Verwaltung von Stiftungsgeldern wurde den Barmherzigen Brüdern 1624 – zehn Jahre nach der Berufung des Ordens nach Wien – durch einen Stiftbrief von Kaiser Ferdinand II. gewährt.²⁵ Stiftungen wa-

20 Die Stiftungskapitalien bei der Errichtung und 1911 nach den Angaben im Jahrbuch der k. k. Krankenanstalten: Albrecht Herzog von Sachsen Teschen (1808) 26.500 fl./70.657,44 Kr., Anna Maria von Pavich (1871) 40.000 fl./103.650,12 Kr., Wilhelminische Stiftung (1896) 199.350 fl./451.200 Kr.

21 Vgl. Jahrbuch der Wiener k.-k. Wiener Krankenanstalten, wie Anm. 19, 33–34.

22 Vgl. Andrea WAGNER / Reinhard SPREE, Die finanzielle Entwicklung des Allgemeinen Krankenhauses zu München 1830–1894, in: Sundhoffs Archiv 84 (2000), 130–165, hier 148, Anm. 123; Andrea WAGNER, Die finanzielle Entwicklung des Allgemeinen Krankenhauses zu München 1830–1894, in: Alfons Labisch, Hg., Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten (Frankfurt/Main–New York 2001), 95–140, hier 118.

23 Nach den Berechnungen von Willi Langefeld machten die Einnahmen von Stiftungskapitalien im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Augsburg in den Jahren 1856 bis 1859 30 % der Erträge aus. 1884 hatte sich der Anteil der Stiftungserträge auf 3 % reduziert. Ebenso erging es dem Allgemeinen Krankenhaus in Bielefeld, wo die Einnahmen aus Stiftungen ab den 1870er Jahren zurückgingen und ab 1901 völlig versiegten; vgl. Willi LANGEFELD / Reinhard SPREE, Die Finanzwirtschaft des Allgemeinen Krankenhauses Bielefeld 1843–1913, in: Alfons Labisch, Hg., Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten (Frankfurt am Main–New York 2001), 245–271, hier 256; Willi LANGEFELD, Wie kann ein Krankenhaus Gewinn machen? Finanzierung und Betriebsergebnis des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Augsburg 1811–1914, in: Alfons Labisch, Hg., Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten (Frankfurt/Main–New York 2001), 141–177, hier 167.

24 LANGEFELD / SPREE, Finanzwirtschaft, wie Anm. 23, 256.

25 Der Kaufbrief für das Haus und den Garten ist von 1614, der Stiftbrief von Kaiser Ferdinand II. von 1624. Fast alle Dokumente zur Gründung des Spitals wurden durch einen Brand 1655 vernichtet. KONVENT DER BARMHERZIGEN BRÜDER, Hg., 400 Jahre Nächstenliebe. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder 1614–2014, Wien 2014, online unter: <https://www.barmherzige-brueder.at/pages/wien400/festschrift> (letzter Zugriff: 20.09.2017). Kaufbrief vom 2. Juni 1614, abgedruckt bei: SAVAGERI, Chronologisch-geschichtliche Sammlung, wie Anm. 5, 677–678; vgl. Gertraud ROTHLAUF, Krankenhäuser und Heilanstalten in der Leopoldstadt (anlässlich der Sonderausstellung „400 Jahre Barmherzige Brüder in Wien“) (Wien 2014), 3–4.

ren nicht nur für das Spital in der Leopoldstadt, sondern auch für das 1758 von Maria Theresia Herzogin von Savoyen, geborene Prinzessin von Liechtenstein-Nikolsburg, gestiftete „Reconvalescentenhaus“ auf der Landstraße gedacht.²⁶ Zu Beginn des 18. Jahrhunderts entstanden die ersten Krankenbettstiftungen, die sich schnell vermehrten: Von anfangs 13 Stiftungen stieg die Zahl bis 1742 auf 23 gestiftete Betten. Es „verging fast kein Jahr, in welchem diese Stiftungen nicht einen Zuwachs erhalten hätten. Am Schlusse des Jahres 1770 zählte die Anstalt bereits 80 gestiftete Betten“.²⁷ 1832 hatte das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder 138 Betten, wovon 108 gestiftet waren. Oft stifteten dieselben Stifter/-innen für mehrere Krankenhäuser, so waren unter ihnen sechs, die auch Betten im Allgemeinen Krankenhaus stifteten. Meist wurden jedoch von einer Stifterin oder einem Stifter nur ein oder zwei Krankenbetten gestiftet. Die Kosten für ein Bett waren dem aktuellen Geldwert angepasst, so mussten die 14 im Jahr 1757 von Maria Theresia Herzogin von Savoyen gestifteten Betten aufgrund einer Zinsminderung auf zwölf Betten verringert werden.²⁸ Der soziale Stand der Stifter/-innen – von der Köchin Barbara Aschenbrenner (1750), dem Churdiener zu St. Stephan Mathias Michael Dilger (1768), dem Hof- und Kammermusikus Sylvius Garghetti (1734) bis zur Hofdame Ernestine Landgräfin von Fürstenberg, geborene Fürstin von Oettingen-Wallerstein, (1772) – ist breit gestreut.²⁹ Ebenso vielfältig sind die Gründe für die Errichtung der Stiftungsbetten. Sie finden sich in der Formulierung der besonderen Bestimmungen in den Stiftbriefen und letztwilligen Verfügungen und können mitunter aus den Biografien der Stifter/-innen erschlossen werden.

Stiftungen für eine religiöse Minderheit waren in Wien nicht unüblich, wie insbesondere anhand der jüdischen Stiftungen gezeigt werden konnte.³⁰ Bettenstiftungen waren außerdem wichtig für Fremde, denn meist waren diese von der Armenunterstützung aufgrund des gelten-

26 Vgl. zu den Stiftungen des Reconvaleszentenhauses der Barmherzigen Brüder: N. N., Das Reconvalescentenhaus der Barmherzigen Brüder, Wiener Bilder (8. November 1896), 7–8.

27 SAVAGERI, Chronologisch-geschichtliche Sammlung, wie Anm. 5, 690.

28 Es handelte sich wohl um Maria Theresia Anna Felicitas Herzogin von Savoyen (1694–1772), geborene Fürstin von Liechtenstein-Nikolsburg und Gattin von Herzog Emanuell Thomas von Savoyen-Carignan. Die Stiftungsurkunde wurde am 2. Februar 1756 errichtet und am 16. Februar 1757 ausgefertigt. „[E]in Stifskapital von 28000 fl. gewidmet, damit von den jährlich abfallenden 5perc. Interessen 14 Betten für Reconvalescenten errichtet und unterhalten werden, welche einen Rosenkranz täglich für die Frau Stifterin zu beten haben. Die durchlauchtige Frau Stifterinn hat vermöge Urkund ddo. Wien den 22. August 1771 genehmiget, daß, da die Interessen von 5 auf 4 Proc. herabgesetzt wurden, mithin von dem Kapitale 28000 fl. ein Bett zu 100 fl. berechnet, nicht unterhalten werden kann, so lange, bis dieselben wieder auf 5 Proc. erhöht werden, die bisherigen 14 Betten auf 12 herabgesetzt werden sollen.“ Siehe SAVAGERI, Chronologisch-geschichtliche Sammlung, wie Anm. 5, 704–705. Testament von Maria Theresia Herzogin von Savoyen und Prinzessin in Piemont [...], geborene Fürstin von Liechtenstein-Nikolsburg (16. August 1769): ebd., 486–499. Erwähnt wird die Stiftung außerdem auf Seite 689, jedoch mit dem falschen Datum (2. Februar 1656).

29 Vgl. MAUTNER RITTER VON MARKHOF, wie Anm. 5, 443–461 (Stiftungen des Spitals der Barmherzigen Brüder).

30 Vgl. Elisabeth MALLEIER, Jüdische Spitäler, Krankenunterstützungsvereine und Krankenpflegeschulen in der Habsburgermonarchie, in: Caris-Petra Heidel, Hg., Jüdische Medizin – Jüdisches in der Medizin – Medizin der Juden? (= Medizin und Judentum 10, Frankfurt am Main 2011), 311–312; Elisabeth MALLEIER, Jüdische Spitäler in Österreich-Ungarn um 1900, in: Aschkenas. Zeitschrift für Geschichte und Kultur der Juden 18–19/1 (2008/2009), 207–241.

den Heimatrechtes ausgeschlossen.³¹ Die Diasporagemeinden gründeten daher eigene Stiftungen und Fonds, mithilfe welcher sie die ärmeren Personen ihrer Glaubensgemeinschaft oder ihrer Herkunftsregion unterstützten.³² Doch es gab im Spital der Barmherzigen Brüder auch Bettenstiftungen von Einzelpersonen für eine bestimmte religiöse oder nationale Gruppe. So wollte der Gärtner Dominik Forte (1727) sein Stiftungsbett der Verpflegung von kranken Gärtnern, besonders Personen aus Friaul, zur Verfügung gestellt haben.³³ Sylvius Garghetti (1724) bestimmte sein Stiftungsbett für „einen Italiener vor allem Römer“,³⁴ und Peter Le Comte (1764)³⁵ bevorzugte Kranke aus den Niederlanden. Bei den im Allgemeinen Krankenhaus gestifteten Betten war einzig das von Heinrich Losy von Losenau (1868) beschränkt auf Handwerker und Tagelöhner deutscher Herkunft, mit Ausnahme bayerischer Untertanen.³⁶ Bei den genannten Stiftungen wurden zwar die Empfänger/-innen der Bettenstiftung nach der Herkunft ausgewählt, doch das Präsentationsrecht lag – im Unterschied zu den griechisch-orthodoxen Bettenstiftungen – nicht bei einer Minderheitengruppe. Das Präsentationsrecht hatten entweder Privatpersonen (bei Garghetti die Nachkommen der Universalerbin, Anna Maria Spalofsky), der Konvent selbst (Le Comte) oder wie bei Losy von Losenau der Wiener Gemeinde-Ausschuss gemeinsam mit dem Krankenhaus. Anhand der vorliegenden Quellen soll nun im zweiten Teil des Beitrages eine biografische Herangehensweise an Bettenstiftungen am Beispiel von vier griechisch-orthodoxen Stiftern vorgenommen werden.

-
- 31 Nach dem Reichssanitätsgesetz waren die Patientinnen und Patienten für die Dauer der Verpflegung verpflichtet, die Kosten selbst zu übernehmen; zahlungsfähige Verwandte durften für die Zahlung der Verpflegungskosten herangezogen werden; Mittellosigkeit musste nachgewiesen werden; Ausländer/-innen mussten sich für die Einbringung der Kosten an die Administrativbehörde oder Gesandtschaft wenden; vgl. Ernst MISCHLER / Josef ULBRICH, Hg., Österreichisches Staatswörterbuch. Handbuch des gesamten österreichischen öffentlichen Rechtes, Bd. 3 (Wien 1907), 247.
- 32 Eine große Zahl an Wohlfahrtsanstalten in Wien stifteten Wiener Juden, u. a. wurde das „Spital der israelitischen Kultusgemeinde“ von der Familie Rothschild gestiftet; vgl. zu jüdischen Stiftungen E. E., Jüdische Wohlfahrtsanstalten in Wien, in: Ost und West. Illustrierte Monatsschrift für modernes Judentum 8 (1913), 631–644; KOBILZEK / SCHNABERT, 50 Jahre, wie Anm. 3; Shoshana DUIZEND-JENSEN, Jüdische Gemeinden, Vereine, Stiftungen und Fonds. „Arisierung“ und Restitution (= Vereine, Stiftungen und Fonds im Nationalsozialismus 2, Veröffentlichungen der Österreichischen Historikerkommission 21/2, Wien–Oldenburg 2004); MALLEIER, Jüdische Spitäler, Krankenunterstützungsvereine, wie Anm. 30; MALLEIER, Jüdische Spitäler in Österreich-Ungarn, wie Anm. 30.
- 33 „Forte’sche Stiftung. Gestiftet von Dominik Forte, Luft- und Blumengärtner in Wien mit Testament vom 19. Februar 1721; Stiftbrief vom 31. Juli 1727. Ein Capital von 800 fl., von dessen Interessen kranke Gärtner, namentlich aber Friauler, verpflegt werden sollen. Präsentant: Der Convent.“ MAUTNER RITTER VON MARKHOF, wie Anm. 5, 448. SAVAGERI, Chronologisch-geschichtliche Sammlung, wie Anm. 5, 693.
- 34 „Garhetti’sche Stiftung. Gestiftet von Sylvius Garhetti, kais. Hof- und Kammermusiker, mit Testament vom 20. Mai 1728 (publ. 27. Mai 1729); Stiftbrief vom 20. März 1734. Ein Capital von 1 200 fl. zur Erhaltung eines Bettes für einen armen Kranken, vorzugsweise Italiener, vor Allem aber Römer, sowie zur Versehung desselben mit Medicamenten und anderer Wartung. Präsentant: Die Nachkommen der Universalerbin des Stifters, Anna Maria Spalofsky.“ MAUTNER RITTER VON MARKHOF, wie Anm. 5, 448–449. SAVAGERI, Chronologisch-geschichtliche Sammlung, wie Anm. 5, 695–696.
- 35 „Le Comte’sche Stiftung. Gestiftet von Peter Le Comte, k.k. Rath und nö. Mauthämter-Administrator, mit Testament vom 23. December 1761; Stiftbrief vom 16. December 1764. Ein Capital von 1 500 fl., aus dessen Interessen eine kranke Person aus den Niederlanden, oder bei deren Abgange eine andere kranke Person daselbst verpflegt und versorgt werden soll. Präsentant: Der Convent.“ MAUTNER RITTER VON MARKHOF, wie Anm. 5, 453–454. SAVAGERI, Chronologisch-geschichtliche Sammlung, wie Anm. 5, 709.
- 36 Vgl. zu Heinrich Losy von Losenau Constantin VON WURZBACH, Hg., Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich enthaltend die Lebensskizzen der denkwürdigen Personen, welche 1750 bis 1850 im Kaiserstaate und seinen Kronländern gelebt haben, Bd. 16 (Wien 1867), 60.

Die Wiener Griechen

Die griechisch-orthodoxen Händler³⁷ aus dem Osmanischen Reich hatten infolge der Friedensschlüsse von Karlowitz (1699) sowie Passarowitz (1718) und durch die damit verbundene Handelsfreiheit in der Habsburgermonarchie Wien als Handelsstützpunkt entdeckt. Die erste griechisch-orthodoxe Gemeinde – zunächst als Bruderschaft geführt – wurde 1726 gegründet. Bei der Bruderschaft zum Hl. Georg handelte es sich nicht um eine orthodoxe Pfarre, sondern um einen kommerziellen Zusammenschluss der in Wien anwesenden balkanorthodoxen Kaufleute. Nach der Erteilung des Toleranzpatents Josephs II. (1781) wurde 1787 die zweite Gemeinde, die der Hl. Dreifaltigkeit für k. k. Untertanen, gegründet.³⁸ Beide Gemeinden verwalteten die finanziellen wie auch die kirchlichen Belange getrennt. Die Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit verwaltete außerdem die 1801 gegründete Griechische Schule. Über die Zahl der Griechisch-Orthodoxen in Wien bis 1918 gibt es keine konkreten Angaben. In der Hochphase von 1811 bis 1816 waren über 200 Handelsfirmen Griechisch-Orthodoxer in den Handelsschematismen verzeichnet, eine Zahl, die aufgrund der nachnapoleonischen Wirtschaftskrise rapide abnahm. 1819 hatten zwei Drittel der 1816 gelisteten osmanischen Unternehmen Wien verlassen. 1860 wurden keine griechisch-orthodoxen Handelsfirmen mehr verzeichnet, auch weil inzwischen andere Wirtschaftszweige entdeckt worden waren.³⁹ Nach dem Ersten Weltkrieg verzeichnete die Gemeinde zum Hl. Georg 33, die Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit 34 Mitglieder.⁴⁰

37 Der Begriff „Wiener Griechen“ impliziert griechisch-orthodoxe Kaufleute und deren Nachfahrrinnen und Nachfahren aus dem Osmanischen Reich. Eine ethnische Zuordnung ist problematisch, da sich als „Griechen“ Personen mit griechischer, aromunischer, slawischer oder albanischer Muttersprache bezeichneten. Die in diesem Aufsatz erwähnten „Wiener Griechen“ waren griechisch-orthodoxen Glaubens und wurden in den Matriken der Kirchen zur Hl. Dreifaltigkeit und zum Hl. Georg angeführt. Vgl. zum Terminus „Griechen“ in österreichischen Quellen und in der Sekundärliteratur Anna RANSMAYR, „Untertanen des Sultans oder des Kaisers“. Struktur und Organisationsformen der beiden Wiener griechischen Gemeinden von den Anfängen im 18. Jahrhundert bis 1918, unveröffentlichte Dissertation (Universität Wien 2016), 4–6. Siehe außerdem zu den „Wiener Griechen“ Traian STOIANOVICH, *The Conquering Balkan Orthodox Merchant*, in: *Journal of Economic History* 20 (1960), 234–313; Olga KATSIARDI-HERING, *Das Habsburgerreich. Anlaufpunkt für Griechen und andere Balkanvölker im 17.–19. Jahrhundert*, in: *Österreichische Osthefte* 38 (1996), 171–188, hier 172; Vaso SEIRINIDOU, *Ellines sti Vieni (180s–mesa 19ou aiona)* (Griechen in Wien. 18. bis Mitte des 19. Jahrhunderts) (Athen 2011), 99.

38 Das Archiv der Hl. Dreifaltigkeit am Fleischmarkt wurde 2007, das des Hl. Georg am Hafnersteig zwei Jahre später geöffnet und von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universität Wien katalogisiert. Die Stiftbriefe und Bücher aus den Archiven der beiden griechischen Gemeinden, ergänzt durch Stiftbriefe aus dem NÖLA sowie durch Testamente und Verlassenschaften aus dem WStLA, wurden im Rahmen des seit November 2014 laufenden FWF-Projekts über das soziale Engagement der Wiener Griechen (AP2714021) unter der Leitung von Maria A. Stassinopoulou und unter der Mitarbeit von Stefano Saracino und der Autorin digitalisiert; vgl. Maria A. STASSINOPOULOU, *Archeiakos piges gia tin istoria tis koinotitas tis Agias Traiadas tis Viennis. Nees prooptikes* (Archivquellen zur Geschichte der Gemeinde zur Heiligen Dreifaltigkeit in Wien. Neue Perspektiven), in: *Eoa kai esperia* 7 (2007), 401–408; Zuzana RÁČZOVÁ, *Das Archiv der griechisch-orientalischen Kirchengemeinde zum hl. Georg in Wien (18.–20. Jahrhundert)*, unveröffentlichte Magisterarbeit (Universität Wien 2012); RANSMAYR, *Untertanen*, wie Anm. 37, 10–11.

39 Vgl. zu der Demografie der Griechen in Wien Anna RANSMAYR, *Greek Presence in Habsburg Vienna. Heyday and Decline*, in: Olga Katsiardi-Hering / Maria A. Stassinopoulou, Hg., *Across the Danube. Southeastern Europeans and Their Travelling Identities (17th–19th c.)* (= *Studies in Global Social History* 27, *Studies in Global Migration History* 9, Leiden–Boston 2016), 135–170, hier 142–143.

40 Vgl. RANSMAYR, *Untertanen*, wie Anm. 37, 379–380.

Einige dieser griechisch-orthodoxen Kaufleute brachten es in Wien zu Ansehen und Reichtum. Dieser Wohlstand ermöglichte Stiftungen und Spenden auch für weniger Privilegierte. Geldspenden, die direkt den Gemeinden zugutekamen, waren zentral für die Finanzierung der Griechischen Schule, der Kirchengebäude sowie des Personals. Die Stifter und Stifterinnen – denn es waren auch Töchter, Ehefrauen und Witwen philanthropisch aktiv – handelten einerseits in der postbyzantinischen orthodoxen, jüdischen und islamischen Tradition des Osmanischen Reiches, andererseits folgten sie dem Beispiel der Wiener Philanthropen.⁴¹ Bisher hat sich die Forschung insbesondere auf Stiftungen, welche die Heimatgemeinden der Wohltäter/-innen im Osmanischen Reich oder ab Mitte des 19. Jahrhunderts den griechischen Staat begünstigten, konzentriert.⁴² Die These, je höher das Einkommen und der soziale Status der Stifter/-innen in Wien gewesen sei, desto eher hätten sie außerhalb der griechisch-orthodoxen Gemeinden und an die Wohltätigkeitsanstalten in Wien gespendet, simplifiziert die Pluralität des sozialen Status und der Herkunft der Stifter/-innen innerhalb der griechisch-orthodoxen Gemeinden.⁴³ So fällt bei einer vergleichenden Analyse der Stiftungen auf, dass es durchaus üblich war, mehrere Organisationen im In- und Ausland – oft auch beides – finanziell zu unterstützen. In den meisten Fällen fungierten die beiden Gemeinden zum Hl. Georg und zur Hl. Dreifaltigkeit als Verwalter der Stiftungsgelder.⁴⁴ Organisiert wurden die Gelder in drei Fonds – „Armenfond“, „Schulfond“ und „Kirchenfond“ –, während einzelne größere Stiftungen oder solche für Zwecke außerhalb des Habsburgerreiches getrennt verwaltet wurden.

41 Erst in den letzten Jahren rückten Stiftungen und Schenkungen für die „neue Heimat“ in den Fokus der Forschung, wobei Stiftungen auch als leitende Strategie der sozialen Integration in die Gastgesellschaft für Mitglieder von Diasporagemeinden interpretiert werden; vgl. Stefano SARACINO, Witwen als Stifterinnen in den Wiener griechischen Gemeinden während des 19. Jahrhunderts, in: *Archiv für Kulturgeschichte* 98/2 (2016), 315–358. Vgl. zur aktuellen Stiftungsforschung in Griechenland Dimitris ARVANITAKIS, *To fainomeno tou evergetismou sti neoteri Ellada* (Das Phänomen des Stiftens im modernen Griechenland) (Athen 2006); zu Stiftungen im Osmanischen Reich u. a. John ALEXANDER / Sophia LAIOU, *Health and Philanthropy among the Ottoman Orthodox Population, Eighteenth to Early Nineteenth Century*, in: *Turkish Historical Review* 5 (2014), 1–15; Miri SHEFER-MOSSENSOHN, *The Many Masters of Ottoman Hospitals. Between the Imperial Palace, the Harem, Bureaucracy and the Muslim Law Courts*, in: *Turkish Historical Review* 5 (2014), 94–114, hier 95. Allgemein vergleichend und nach Religionen aufgeteilt ist die vierbändige, noch nicht abgeschlossene Enzyklopädie von Michael Borgolte, die jedoch das 18. und 19. Jahrhundert nicht mehr behandelt; vgl. Michael BORGOLTE, Hg., *Enzyklopädie des Stiftungswesens in mittelalterlichen Gesellschaften* (Bd. 1: Berlin 2014; Bd. 2: Berlin 2016; Bd. 3: Berlin 2017).

42 Vgl. für die griechisch-orthodoxe Gemeinde in Triest und Pest Ikaros MANTOUVALOS, *Ellines diathetes kai praktikes klirodosias stin Tergesti. Mia proti proseggisi se schesi me tin periptosi tis Biennis kai tis Pestis (19os aionas)* (Griechische Stifter und Formen der Stiftungen in Triest. Eine erste Annäherung in Verbindung mit dem Beispiel Wiens und Triests [19. Jahrhundert]), in: *Mnimon* 30 (2009), 113–119; Ikaros MANTOUVALOS, *Apo to Monastiri stin Pesti. Epichierisi kai astiki tavtotia tis oikogenias Manou (teli 18ou–19os ai.)* (Von Monastir nach Pest. Unternehmen und städtische Identität der Familie Manou [Ende 18. bis 19. Jahrhundert]), unveröffentlichte Dissertation (Universität Athen 2013); zu gestifteten Schulen von Griechen aus Venedig G. S. PLOUMIDIS, *Scholeia stin Ellada syntiroumena apo klirodotimata Ellinon tis Venetias (1603–1797)* (Schulen in Griechenland erhalten durch Stiftungen von Griechen aus Venedig [1603–1797]), in: *Thesaurismata* 9 (1972), 236–249.

43 Vgl. SEIRINIDOU, *Ellines* (Griechen), wie Anm. 37. Dies zeigen etwa auch die Stiftungen der Familie Curti, die fast durchwegs nur für Wiener Institutionen gestiftet hat. Eine Ausnahme bildet jedoch Marie Curti, geb. Germani, die 1906 für arme Glaubensgenossen in Megarovo (Magarevo, in der heutigen ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien) 2.000 fl. ö. W. stiftete; vgl. RANSMAYR, *Untertanen*, wie Anm. 37, 352, 360–367.

44 Eine Liste der Stiftungen ist auf der Homepage des Projekts veröffentlicht: <https://wienergriechen.univie.ac.at> (letzter Zugriff: 20.09.2017).

Stiften und Spenden für Krankenhäuser

Ein nicht unwesentlicher Anteil der Spenden der Griechisch-Orthodoxen ging an Krankenhäuser. So spendeten in den Jahren zwischen 1769 und 1921 41 der insgesamt 138 Stifter/-innen aus den Wiener griechischen Gemeinden für Spitäler. Die Wiener Krankenhäuser wurden 31 Mal bedacht, außerhalb Wiens wurde für das Spital in Pottendorf (Niederösterreich) und für die Tuberkulosestätte in Enzenbach (Steiermark) gespendet.⁴⁵ Nur sieben Spenden gingen an Spitäler außerhalb der Habsburgermonarchie. Deren Empfängerorte befanden sich entlang der Route der griechisch-orthodoxen Händler vom osmanischen Epirus über Makedonien bis nach Wien.⁴⁶ In Wien war der größte Anteil von Spenden für die Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt gedacht. Dies lässt sich einerseits durch die geografische Nähe zu der von den Wiener Griechen bewohnten Gegend um den Fleischmarkt und andererseits durch die dortigen Aufnahmen von Kranken ungeachtet ihrer religiösen Konfessionen, ihrer nationalen Zugehörigkeit und ihrer ständischen Position erklären.⁴⁷ Chronologisch verteilen sich die Spenden über das 18. und 19. Jahrhundert, von der ersten 1769 bis zu der letzten Spende 1921. Die anfängliche Vermutung, dass Spenden mit Epidemien in Wien oder dem (Um-)Bau von Spitälern zusammenhängen, konnte nicht bestätigt werden.⁴⁸

Eine klare Unterscheidung zwischen Stiftungen, Fonds und Spenden ist nicht immer einwandfrei möglich. Im Allgemeinen handelt es sich bei Spenden um einmalige Zahlungen im Rahmen einer letztwilligen Willensbekundung. Stiftungen dagegen wurden mit einem Stiftbrief behördlich genehmigt, sie waren unveräußerlich und hatten eine ewige Zinsausschüttung für den im Stiftbrief genannten Zweck zum Ziel.⁴⁹ Diese Trennung zeigt sich auch in der Verwaltung der Krankenhäuser und der griechisch-orthodoxen Gemeinden. Die Bettenstiftungen

45 Unter den Wiener Spitälern gingen Gelder an das St. Marxer Bürgerspital, das AKH, das Wiedner Spital sowie an private Krankenanstalten wie das Spital der Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt, das Krankenhaus St. Elisabeth in der Landstraße (Elisabethinen), das Haus der Barmherzigkeit in Währing, die Confraternität („Kranken-Hilfs-Confraternität für Handlungs-Commis in Wien“), die Barmherzigen Schwestern in Gumpendorf und das Kinderspital Leopoldstadt.

46 Die Gelder gingen nach Serres, Ioannina, Nürnberg und Fürth, Philippoupolis (heute Plovdiv in Bulgarien) und nach Pest an das dortige Bürgerspital und an das „Griechisch-Wallachische Nationalspital“, womit das Spital der nicht unierten Griechen und Walachen („Hospitalis domus“/„Spital und Armeninstitut“) gemeint war, welches von ca. 1794 bis ca. 1931 bestand; vgl. Ödön FÜVES, A pesti görög-román szegényépolda (Die Armenanstalt für Griechisch-Rumänische in Pest), in: Orvostörténeti Közlemények 50 (1969), 133–135. Dem Spital von Serres stifteten Theodor und Nicolaus Dumba 5.000 fl. (1883) und 30.000 Francs (frsc.) (1901); vgl. Evangelos G. STRATIS, Istoría tou Nosokomeiou tis poleos Serron (Geschichte des Krankenhauses der Stadt Serres), in: Makedonikon Imerologion 2 (1908), 142–157, hier 154–157.

47 Vgl. SAVAGERI, Chronologisch-geschichtliche Sammlung, wie Anm. 5, 691.

48 Eine solche Hypothese müsste außerdem anhand von Spendenaufrufen in der Presse untersucht werden.

49 Nach § 646 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) wird der Begriff der Stiftung wie folgt definiert: „Von den Substitutionen und Fideicommissen unterscheiden sich die Stiftungen, wodurch die Einkünfte von Capitalien, Grundstücken oder Rechten zu gemeinnützigen Anstalten, als: für geistliche Pfrunden, Schulen, Kranken- oder Armenhäuser, oder zum Unterhalte gewisser Personen auf alle folgende Zeiten bestimmt werde.“ Ferdinand Schmid unterscheidet Stiftungen von Fonds: „Als Stiftungen sind diejenigen Fonde auszuweisen, welche ein unveräußerliches Gut bilden, dessen Erträgnisse für die immerwährende Erfüllung eines wohlthätigen, gemeinnützigen oder ideelen Zwecks gewidmet sind. Deponierte Fonde, welche einem eben solchen Zwecke dienen, aber nach Bedarf oder Belieben vermehrt oder verbraucht werden können, fallen nicht unter den Stiftungsbegriff nach § 646 a. b. G.-B.“; vgl. Ferdinand SCHMID, Statistik der in Nieder-Oesterreich verwalteten Stiftungen nach dem Stande vom December 1893, in: Statistische Monatsschrift (Wien 1897), 205–301, hier 208.

der Wiener Griechen bilden eine geschlossene Gruppe von Stiftungen, die auch getrennt von den anderen Stiftungen – auch wenn es sich um dieselben Stifter/-innen handelte – verwaltet wurden, wie die Analyse der Rechenschaftsberichte der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit zeigt. Eine weitere Sonderstellung ergab sich dadurch, dass die Gemeinde zwar Verwalter der Bettenstiftungen, nicht jedoch Stiftungsorgan war. Denn diese Aufgabe oblag dem Allgemeinen Krankenhaus und den Barmherzigen Brüdern. Die Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit hatte eine Vermittlerrolle zwischen Stiftungsorgan und Stiftungsempfänger/-innen, vergleichbar mit der Stiftung von Constantin C. Panadi für das Blindeninstitut.⁵⁰ Ein Grund, weshalb die Verwaltung der Stiftungsgelder den Spitälern überlassen wurde, könnte in der Eigenart der Bettenstiftungen per se liegen, denn die Verwaltung war an das Bett gebunden. Wichtig ist zudem, dass die Bettenstiftungen nicht wie die Fonds der Gemeinde zusammengelegt wurden. Die Namen der Stifter/-innen blieben in der schriftlichen Korrespondenz zwischen Gemeinde, Krankenhaus und Empfänger/-innen stets präsent.

Bettenstiftungen der Wiener Griechen

Im Rahmen dieses Beitrages werden die Bettenstiftungen des griechischen Händlers Kiriako Christo Aformo, der Großhändler Demeter Michael Laso und Konstantin Freiherr von Bellio und des Archimandriten der Hl. Dreifaltigkeit Kosmas Liveropulos näher untersucht.

Die älteste unter den Bettenstiftungen der Wiener Griechen und eine der ersten Stiftungen der griechisch-orthodoxen Gemeinden in Wien ist die Stiftung von Kiriako Christo Aformo, eines aus Argyrokastro (heute Gjirokastra, Albanien) stammenden Handelsmanns und k. k. Untertanen. Er war verheiratet mit Kyrazzo Euthimia Christo, hatte jedoch keine direkten Erben.⁵¹ Christo starb 68-jährig am 28. März 1799 an Tuberkulose.⁵² In seinem Testament setzte er seine Frau als Universalerbin ein und spendete den Rest seines Vermögens für soziale Zwecke.⁵³ Neben Spenden für den Normalschulfond (100 fl.) und für das Krankenhaus der

50 Vgl. zur Panadi-Stiftung Maria A. STASSINOPOULOU, *Endowments as Instruments of Integration and Memory in an Urban Environment. The Panadi Building in Vienna*, in: Olga Katsiardi-Hering / Maria A. Stassinopoulou, Hg., *Across the Danube. Southeastern Europeans and Their Travelling Identities (17th–19th c.)* (= *Studies in Global Social History 27, Studies in Global Migration History 9*, Leiden–Boston 2016), 171–190.

51 Weitere Namensschreibungen sind Chiriaki/Kyriaki Christo, Κυριάκος Χρήστου. In der Verlassenschaft werden die Brüder Georg und Manueli Christo und die beiden Schwestern Zacharo Christo, verh. Anastas, und Benetto Christo, verh. Sotto, angeführt; WStLA, Zivilgericht, F2 Verlassenschaften, 1799/1763. Die Tochter Anna bleibt sowohl in der Verlassenschaft als auch im Testament unerwähnt; AHD, G 40, F5; AHD, G4, F2; WStLA, Zivilgericht, A10 Testamente, 1799/305 (Testament auf Deutsch vom 27. März 1799, publiziert am 15. April 1799; die italienische Fassung wurde am 1. April 1799 publiziert). In den Matriken der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit ist die Hochzeit von Anna, geb. Kyriako Christo, mit Sisi Leporitzou am 30. Oktober 1795 vermerkt; AHD, Matriken Trauungsbuch, Hl. Dreifaltigkeit (1793–1830), 101. Ebenso führt die Verlassenschaft von Kyrazzo Christo die 1803 verstorbene Tochter an; WStLA, Zivilgericht, F2 Verlassenschaften, 746/1816.

52 AHD, Matriken Sterbebuch, Hl. Dreifaltigkeit (1790–1857), 173.

53 Kyrazzo Christo erbt 37.213 fl. Als sie am 5. April 1816 starb, wohnte sie zusammen mit vier ihrer fünf Enkel im Haus ihres Schwiegersohnes Sisi Leporitzou (Nr. 472 Leopoldstadt) und besaß gerade mal die am Leib getragenen Kleider (insgesamt 94 fl.); vgl. SEIRINIDOU, *Ellines (Griechen)*, 218. Vgl. für die Archivzitate (Testament von Kiriako Christo Aformo und Verlassenschaft seiner Frau) Anm. 51.

Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt (200 fl.) verfügte Kiriako Christo im dritten Paragraphen seines Testaments über die Errichtung einer Bettenstiftung für Griechisch-Orthodoxe („nicht unierte Griechen“⁵⁴) im Allgemeinen Krankenhaus im Stiftungswert von 600 fl.: „3tens legiere und schenke ich dem Universalspital in der Alsergaße 600 fl., sage Sechshundert Gulden, mit der Bedingniß, daß selbes ein unentgeltliches Bett, für einen armen Kranken der nicht unirten griechischen Nation stiften sollte.“⁵⁵ Einen Grund für die Errichtung der Bettenstiftung und die im vierten Paragraphen des Testaments legierten 200 fl. für die Barmherzigen Brüder nennt Kiriako Christo nicht. Ob der im Testament als Zeuge genannte Stadtphysikus und Hofarzt Nikolaus von Paraskowitz einen Einfluss auf diese Entscheidung hatte, wissen wir nicht.⁵⁶ Da Kiriako Christo am Tag nach der Verfassung seines Testaments starb und er daher wohl bereits im Sterbebett lag, ist die Anwesenheit eines Arztes nicht verwunderlich. Insgesamt machte das Stiftungskapital 2 % des Vermögens von Kiriako Christo Aformo in bar und Wertpapieren von über 21.600 fl. aus.

Vermögender als Kiriako Christo Aformo war der Großhändler Demeter Michael Laso, der seit 1776 in Wien lebte und 1791 k. k. Untertan wurde. Laso wurde 1811 k. k. privilegierter Großhändler und war Mitglied der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit.⁵⁷ Er starb am 30. Jänner 1838 85-jährig in Wien an einem Schlaganfall.⁵⁸ Laut Pflichtteilsausweis hatte Demeter Michael Laso ein Gesamtvermögen von über 96.000 fl., wobei allein sein Haus Nr. 740 (Innere Stadt) einen Schätzungswert von 71.500 fl. CH aufwies. Zudem gehörte Laso die Hälfte des Hauses Nr. 516 in der Leopoldstadt, dessen Schätzwert bei 13.400 fl. CH lag.⁵⁹

54 Der Begriff „griechisch nicht unierte Kirche“ war bis 1864 die offizielle Bezeichnung für die orthodoxe Kirche in der Habsburgermonarchie, die in diesem Jahr in „griechisch-orientalische“ umbenannt wurde; vgl. RANSMAYR, Untertanen, wie Anm. 37, 4.

55 Stiftbrief vom 17. November 1894: WStLA, Allgemeine StiftbSlg, Christo Kyriak. Im Kataster wird ein Stiftbrief mit dem Datum 14. November 1800 angeführt; vgl. STATISTISCHE ZENTRAKKOMMISSION, Kataster, wie Anm. 5, 148. Dieser jüngere Stiftbrief konnte bisher nicht ausfindig gemacht werden.

56 Hierbei handelt es sich um den k. k. Hofarzt und ersten Stadtphysikus Nikolaus von Paraskowitz aus Ioannina, der am 19. Juli 1799 verstarb; vgl. Wiener Zeitung (27. Juli 1799), 2520. Nachweisbar befanden sich unter den Wiener Griechen mehrere Ärzte und Medizinstudenten, darunter u. a. Illiades Manasses, Konstantin Economos, Nikolaus von Paraskowitz, Konstantin Buccura, Demetrius Alexandrides, Steffan Oeconomus, Johann Sotiricus, Anastas Georgiades, Constantin Philitti. Eine systematische Untersuchung der Matriken und Adressbücher steht noch aus.

57 Die Großhandlung wurde 1818 aus den Merkantilprotokollen gelöscht; WStLA, Merkantilgericht, A3, Fasz. 3, Firmenakten 1. Reihe, L 83.

58 Vgl. Wiener Zeitung (28. März 1838), 354; Verlassenschaft: WStLA, Zivilgericht, F2 Verlassenschaften, 1838/51; laut Matriken der Hl. Dreifaltigkeit starb Laso am 1. Februar 1838. AHD, Matriken, Hl. Dreifaltigkeit Sterbebuch (1790–1857), 193.

59 Der Pflichtteilsausweis in Lasos Verlassenschaft gibt überdies Auskunft über die Abgaben. So wurden bei dem Vermögensstand von 75.000 fl. 124 fl. für das Allgemeine Krankenhaus und 159,32 fl. für den Wohltätigkeitsfonds abgeführt; WStLA, Zivilgericht, F2 Verlassenschaften, 1838/51.

Neben der Universalerbin, seiner Frau Marie, geb. Gyioko, hinterließ er testamentarisch den drei Kindern seiner verstorbenen Tochter Elisabeth (Elise) einen Anteil am Erbe.⁶⁰ In seinem Testament von 1925 stiftete der Großhändler 1.700 fl. CM für ein Bett im Wiener Allgemeinen Krankenhaus, in welchem ein armer Kranker bzw. eine arme Kranke griechisch-orthodoxer Religionszugehörigkeit gepflegt werden sollte:

„§ 18 Legiere ich dem Universal-Spitale in der Alserstrasse 1.700 fl. C. M. unter der Bedingung, daß in selben für immer ein unentgeldliches Bett für einen armen Kranken ohne Unterschied des Geschlechts der nicht unierten griechischen Religion bestehen soll. Die Anweisung dazu haben immer die Vorsteher der griechischen Kirche zur heil. Dreyfaltigkeit auf dem alten Fleischmarkte zu erteilen“.⁶¹

Als zweite Stiftung wurde außerdem mit einem Betrag von 1.600 fl. CM ein „Taschengeld“ für die im Stiftungsbett liegenden Patientinnen und Patienten von 8 kr. CM täglich und für weitere 5 fl. CM beim Austritt aus dem Spital begründet. Der Rest des Geldes sollte am Ende des Jahres unter den Armen der Hl. Dreifaltigkeit verteilt werden:

„§ 19 Legiere ich den Armen der griechischen Kirche zur heil. Dreifaltigkeit 1.600 Gulden in Conven. Münze unter der Bedingung, daß demjenigen armen Kranken meiner Religion, der in dem obbesagten Stiftungsbette liegt, von den Vorstehern der griech. Kirche zur heil. Dreifaltigkeit für jeden Tag 8 x Conv. Mze. in die Hand gegeben bei seinem Austritte aus dem Spitale ihm überdies 5 fl. C. Mze. verabreicht werden sollen. Der am Ende eines jeden Jahres verbleibende Rest soll von den obbesagten Vorstehern nach ihrem Gutdünken unter die Armen meiner Glaubengenossen vertheilt werden“.⁶²

60 WStLA, Zivilgericht, A10 Testamente, 1838/96 (Testament vom 19. März 1825, publiziert am 31. Januar 1838; Kodizille vom 6. Oktober 1828, 17. März 1834, 4. November 1835, 31. Mai 1838 und vom 21. November 1838). Demeter und Maria hatten laut Matriken der Hl. Dreifaltigkeit sieben Kinder (Michalis, Ekaterini, Konstantinos, Georgios, Anna, Elisabeth und Alexander), geboren zwischen 1797 und 1816, die alle vor den Eltern verstarben. AHD, Matriken, Hl. Dreifaltigkeit Taufbuch (1790–1832). Elisabeth von Gyra, die jüngste Tochter, hatte drei Kinder mit Namen A. Edler von Gyra (Anastas *1826, Maria *1828 und Irene *1830), die einen Anteil an Demeter Lasos Erbe erhielten. Marie Laso starb am 23. Oktober 1838. Die Großhändlerswitwe hatte wenige Tage nach dem Tod ihres Mannes (6. Februar 1838) ein eigenes Testament verfasst. Darin erklärte sie ihren Bruder Georg Alexander Gyioko zum Alleinerben. Gyioko war ehemals Prokurist in Demeter Lasos Firma gewesen (1811–1813). Außerdem bestimmte Marie Laso ein Stiftungskapital von 1.000 fl. CM für die Kirche zur Hl. Dreifaltigkeit, damit jährlich an ihrem Sterbetag eine Messe gelesen werde. WStLA, Zivilgericht, A10 Testamente, 1838/565; NÖLA, Landesfürstliche Verwaltung, Selekte, Geistl. StiftbSlg., K. 94, Hl. Dreifaltigkeit (Testament Marie Laso vom 4. Februar 1838, publiziert am 26. Oktober 1838).

61 WStLA, Zivilgericht, A10 Testamente, 1838/96 (Testament Demeter Laso vom 19. März 1825, publiziert am 31. Januar 1838). Stiftbrief für das Bett im AKH vom 13. Februar 1841: NÖLA, Landesfürstliche Verwaltung, Selekte, Geistl. StiftbSlg., K. 94, Hl. Dreifaltigkeit; AHD, G40, F5; WStLA, Zivilgericht, F2 Verlassenschaften, 1838/51.

62 Ebd.

Die genaue Bestimmung für ein tägliches „Taschengeld“ zeigt, dass Laso den Krankenhausalltag kannte und wusste, welche Kosten Verpflegte aufzuwenden hatten. Dass ihm die Krankenversorgung wichtig war, zeigt auch ein kleineres Legat von 100 fl. CM für die Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt.⁶³ Trotz mehrerer Kodizille in den folgenden Jahren änderte Laso diese Stiftungen nicht mehr. Der Stiftbrief zu der Bettenstiftung wurde drei Jahre nach dem Tod des Stifters verfasst. Stiftungsorgane waren das Allgemeine Krankenhaus (k. k. Universalspital) und die Vorsteher der Hl. Dreifaltigkeit. Als Geldanlage für die Bettenstiftung wählte der k. k. Großhändler sein Haus in der Inneren Stadt Nr. 740, welches er seit ca. 1805 besaß.⁶⁴ Das Anlegen von Stiftungsgeldern in Immobilien galt als sicher. Dennoch wurden nur fünf Häuser von der Hl. Dreifaltigkeit als Stiftungshäuser verwaltet, was mit dem erst nach dem Toleranzpatent von 1781 erlangten Recht auf Immobilienbesitz für Griechisch-Orthodoxe zusammenhing.⁶⁵ Außerdem war diese Form der Geldanlage für die Gemeinden nicht unproblematisch, da der Erhalt und die Renovierung der Häuser über die Jahre teuer war, weswegen sie – entgegen dem ursprünglichen Stifterwillen – auch verkauft wurden. So auch das Haus von Demeter Laso. Wie aus einem Schreiben an die Gemeinde vom März 1883 hervorgeht, wurde das Haus seit der Stiftungsgründung in einzelne Anteile „zerrissen [...], wodurch die Einbringung der Zinsen und der Capitalien [...] schwieriger geworden ist“. Man ging zudem davon aus, dass sich der Ausdruck „auf ewige Zeiten“ auf die Widmung der Stiftung und nicht auf die Einverleibung des Hauses beziehe. Die Löschung des Pfandrechtes wurde durch die niederösterreichische Finanzprokuratur veranlasst, die Anteile des Hauses Nr. 740 wurden 1889 an Irene Raics, die bereits 7/20 des Hauses besaß, verkauft und Notenrenten angekauft.⁶⁶

Nur wenige Monate nach Demeter Michael Laso stiftete Konstantin Freiherr von Bellio Stiftungsbetten für das Allgemeine Krankenhaus und die Barmherzigen Brüder in Wien. Der 1772 in Vlasti (Βλάστη) im osmanischen Makedonien Geborene zog um 1792 nach Wien, wo

63 Weitere Gelder gingen an: öffentliche Anstalten (ein gesetzlicher Anteil), die Bürgerlade (50 fl. in Zwanzigern; 1 Gulden Silberzwanziger hatte 1838 einen Wert von 20 Kreuzern bzw. 1/3 eines Gulden), die Hl. Dreifaltigkeit (300 fl. CM), die Griechische Schule in Wien (100 fl. in Zwanzigern), die Kapelle des Hl. Georg (100 fl. CM), „hiesige arme Familien“ (600 fl. in Zwanzigern), Arme, verteilt an seinem Sterbetag (100 fl. jährlich). Im Kodizill vom 21. November 1832 kürzte er die Beträge für die Armen von 600 fl. auf 200 fl. und strich die Gelder, die an seinem Sterbetag verteilt werden sollten. Die Hl. Dreifaltigkeit bekam zusätzlich 200 fl. Zudem bedachte Demeter Laso seine Dienstleute, seinen Hausmeister und seine Köchin Sophie Hermann mit kleineren Legaten; WStLA, Zivilgericht, A10 Testamente, 1838/96.

64 WStLA, Konskriptionsamt, A 101 Konskriptionsbogen Stadt, Haus Nr. 740. Die Köllnerhofgasse 740 wurde später zur Sonnenfelsgasse 5. Das Haus ist 1875 als vierstöckiges Gebäude mit 17 Wohnungen angeführt. Es war 1794 erbaut worden; vgl. Josef SCHLESSINGER, Hg., Der Cataster. Handbuch für Ämter, Architekten, Baumeister, Capitalisten, Hausbesitzer etc., etc. über sämtliche Häuser der k. k. Reichshaupt- und Residenzstadt Wien (Wien 1875), 20.

65 Vgl. RANSMAYR, Untertanen, wie Anm. 37, 286; STASSINOPOULOU, Endowments as Instruments, wie Anm. 50, 173–174.

66 Auf dem Haus waren die Bettenstiftung, die „Taschengeld“-Stiftung für den im Krankenbett Liegenden und die Stiftung für die Hl. Dreifaltigkeit angelegt. Mit Genehmigung der k. k. Niederösterreichischen Statthalterei vom 8. März 1889 wurde das Haus verkauft und stattdessen das Stiftungskapital zu 6 % in Notenrenten angelegt; Schreiben vom 8. März 1883: AHD, G4, F2.

er eine Übersetzung von Joachim Heinrich Campes „Robinson der Jüngere“ („Tou neou Rompinson symbanta“) herausbrachte.⁶⁷ In den folgenden Jahren vermehrte er durch Handel und die Investition in Wertpapiere seinen Besitz.⁶⁸ 1817 wurde der k. k. privilegierte Großhändler Bellio in den österreichischen Freiherrenstand erhoben.⁶⁹ 1836, kurz nach der Unabhängigkeit Griechenlands, reiste er nach Athen, wo er sich als Wohltäter für die neue Hauptstadt hervortat. Bis heute findet man ihn in Zusammenhang mit seinem politischen Interesse für die Region Makedonien sowie als Stifter einer Bibliothek, deren Werke heute in der griechischen Nationalbibliothek zu finden sind.⁷⁰ Bellio starb ledig und kinderlos am 23. Dezember 1838 in Wien.⁷¹ In seinem Testament von 1835 (Kodizille 1836 und 1837)⁷² spendete er dem (noch

67 Konstantinos Dimitrios MPELLIOS, *Tou neou rompinson symvanta. Syntethenta men eis Germanikon idioma, metafrasthenta de eis tin aplin imon dialekton*, Bd. 1, Wien 1792. Weitere Namensschreibungen sind Constantin Bellios (Μπέλλιος Κωνσταντίνος).

68 Vgl. Franz PUTZ, *Österreichische Wirtschaftsaristokratie von 1815–1859*, unveröffentlichte Dissertation (Universität Wien 1975), 98–99. Firmenakt: WStLA, Merkantil- und Wechselgericht, A3 Firmenakten, 1. Reihe, B 225; WStLA, Merkantil- und Wechselgericht, A6 Griechen, Streitsachen u. Verordnungen.

69 OeStA, HHStA, StK, Adelsakten 4–13.

70 Sein Interesse für Makedonien drückt sich in seiner Stiftung für junge Studenten aus seiner Heimat aus. Heute ist das Stipendium des Konstantin Bellio für Studentinnen und Studenten aus der nordgriechischen Region Makedonien, insbesondere aus Vlasti bei Kozani und Nea Pella, für zwei Jahre vorgesehen; vgl. Kostas LAPPAS, *Panepistimio kai foitites stin Ellada kata ton 19o aiona* (Universität und Studenten in Griechenland im 19. Jahrhundert) (Athen 2004), 239–240; Bildungsministerium Griechenlands, online unter: http://www.minedu.gov.gr/publications/docs2014/130905_odigos_upotrofiwn-2.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2017).

71 Nach den Matriken der Hl. Dreifaltigkeit starb Bellio an Katarrh, die Wiener Zeitung dagegen gibt einen Schlaganfall als Todesursache an. AHD, Matriken, Hl. Dreifaltigkeit Sterbebuch (1790–1857), 194. Beerdigt wurde er am 23. Dezember 1838; Wiener Zeitung, 27. März 1839, 353 und 5. April 1839, 394. Erst 1856 wurde dem Ansuchen seiner Neffen und Adoptivöhne Demeter und Alexander, den Freiherrenstand erben zu können, stattgegeben. Eine Vermutung ist, dass Konstantin Bellio seine beiden Neffen nach dem Tod des Bruders Stefan (gest. 1833) adoptiert hat. Übertragen wurde der Titel laut Schreiben vom 15. November 1856 an Demeter Bellio; OeStA, HHStA, StK, Adelsakten 4–13. Der dritte Sohn von Stefan, Konstantin, hatte seit 1817 den Titel eines Barons. Mihai Dim STURDZA, Hg., *Familie Boierești din Moldova și țara românească. enciclopedie istorică și biografică*, Bd. 1 (București 2004), online unter: http://www.ghika.net/Familles/Bellio/Bellio_02.pdf (letzter Zugriff: 20.09.2017).

72 AHD, G40, F4; WStLA, Bezirksgerichte Wiens, Innere Stadt II, A9 Testamente, 1899/172–175 (Testament auf Griechisch vom 9. Dezember 1835; in deutscher Übersetzung von Georg Gilany vom 18. Jänner 1839; publiziert am 12. Februar 1839; Kodizille vom 15. September 1836 und vom 31. Dezember 1837). Teile des Testaments wurden veröffentlicht: Ioannis VARVAROUSIS, *O Varonos Konstantinos Bellios apo tin Vlasti kai oi epigonoï tou* (Baron Konstantinos Bellios aus Vlasti und seine Nachkommen) (Thessaloniki 2007), 71–83; Tefchos klirodotimatou ypagonomeno ypo tin diacheirisi tou Ypourgeiou ton ekklisiastikon kai tis Dimosias Ekpaidefseos (Sammlung der unter der Verwaltung des Ministeriums für Religion und Bildung stehenden Stiftungen) (Athen 1902), 12–18; Michail Ath. KALINDERIS, *O Varonos Konstantinos D. Velios 1772–1838. I zoi kai i yper tou ethnous prosfora tou* (Der Baron Konstantin D. Bellios 1772–1838. Sein Leben und seine Tätigkeiten für die Nation) (Thessaloniki 1973), 56; SEIRINIDOU, Ellines (Griechen), wie Anm. 37, 359.

nicht gebauten) Allgemeinen Krankenhaus von Athen („I Elpis“) sein gesamtes dortiges Vermögen.⁷³ Die dort zu errichtenden Betten – so viele, wie aus den Zinserträgen finanziert werden können – sollten „Betten der Kranken des Baron Konstantin Bellio des Makedonen“ genannt werden und bevorzugt Kranke aus Makedonien aufnehmen. Weitere Betten mit der Widmung „Betten für Arme Kranke des Const. Bellio“ spendete er für das Spital in Bukarest, Wohnort seiner Eltern und seines Bruders. Außerdem errichtete Bellio eine Seelenmessstiftung in der Höhe von 5.000 fl. CM zum Andenken an seine Brüder, Eltern und Großeltern, verwaltet von den beiden griechisch-orthodoxen Kirchen in Wien. Bellio war nicht nur das öffentliche Ansehen in Wien, sondern auch in anderen Städten der griechisch-orthodoxen Diaspora und im neu gegründeten griechischen Staat wichtig. Als Stifter ist Bellio zwischen der ersten Generation der griechischen Stifter, die geprägt von der Diaspora und Aufklärung stiftete, und der zweiten Generation, die, von einem romantischen Griechenlandbild geleitet, beim Aufbau des griechischen Staates behilflich sein wollte, zu verorten.⁷⁴

Für das Allgemeine Krankenhaus in der Alservorstadt stiftete Konstantin von Bellio 4.000 fl. CM zur Errichtung so vieler Betten wie möglich.

„4000 f. vermache ich, und sie sollen gegeben werden, dem allgemeinen Krankenhause in der Alservorstadt, damit daselbst so viele Betten errichtet werden, wozu die jährlichen Interessen dieser viertausend Gulden hinreichen; auf diesen Betten sollen meine sehr dürftigen Glaubensgenossen aufgenommen und gepflegt werden. Für die Errichtung dieser Betten müssen auch die Epitropen der beiden griechischen Kirchen Sorge tragen. Das Krankenhaus soll solche Arme gegen Anweisung der gedachten Epitropen der beiden griech. Kirchen an- und aufnehmen, in Ermanglung solcher griechischen Kranken soll man auch deutsche, jedoch sehr arme Kranke aufnehmen, damit diese Betten nie leer bleiben. Diese Betten sollen die Benennung haben: „Betten des Bellio für arme Kranke“.“⁷⁵

Sollte sich kein armer Griechisch-Orthodoxer finden, so Bellio, könne man auch sehr arme Deutsche in den Stiftungsbetten versorgen. Von Interesse ist hier die Bezeichnung der „Glaubensgenossen“ im Gegensatz zu „Deutschen“, die zeigt, dass Bellio über keine klare Differenzierung zwischen Glaubenszugehörigkeit, Sprache und Nation verfügte. Das Stiftungskapital wurde in einer Staatsschuldverschreibung angelegt.

73 Der Wert des Vermögens in Athen lag zwischen 50.000 und 60.000 Drachmen. Unter den Stifterinnen und Stiftern für das Krankenhaus war außerdem König Ludwig I. von Bayern (65.000 Drachmen); vgl. Michail Ath. KALINDERIS, *O vios tis koinotitos Vlastis epi Tourkokratias. Eis to plasion tou dytikomakedonikou perivallontos* (Das Leben der Gemeinde Vlasti während der Türkenherrschaft. Im Rahmen des Westmakedonischen Umfeldes) (= *Dimosievmata tis Etaireias Makedonikon Spoudon* 58, Thessaloniki 1982), 43, 132; Nikolaos MELIOS / Evangelia BAFOUNI, „I Elpis“. *Geniko Nosokomeio Athinon 1842–2002* („Die Elpis“. Allgemeines Athener Krankenhaus 1842–2002) (Piräus 2002), 25; Kostas MPISIS, *Ai Athinai apo tou 19ou eis ton 20on aiona* (Athen vom 19. bis zum 20. Jahrhundert) (Athen 1996), 74; zu Briefverkehr und Presseartikel betreffend der Spitalstiftung in Griechenland D. und N. ARGYRIADIS, *Praktika tou evgenestatou Varonou kyriou Konstantinou Belliou Makedonos* (Protokolle des Barons Konstantin von Bellio des Makedonen) (Wien 1838), 4–19.

74 Vgl. ARVANITAKIS, *To fainomeno* (Das Phänomen), wie Anm. 41, 13–29.

75 Unterstreichung im Original. Stiftbrief Constantin Bellio für das Allgemeine Krankenhaus vom 14. Juni 1843: AHD, G40, F4; NÖLA, Allgemeine StiftbSlg, Bellio.

Halb so viel Kapital wie für das Bett im Allgemeinen Krankenhaus, nämlich 2.000 fl. CM, stiftete Konstantin von Bellio für ein Bett bei den Barmherzigen Brüdern. Der Stiftbrief dazu wurde am 7. Mai 1840 – drei Jahre nach dem Testament – ausgestellt. Darin wird bestimmt, dass „ein Krankenbett und falls es in Zukunft möglich seyn sollte mehrere, unter der Aufschrift: ‚Bette des Constantin Bellio für Kranke‘ bezeichnete Krankenbetten für bedürftige Arme“ gestiftet wird. Die Kranken seien „in solchen [Betten] bis zu ihrer gänzlichen Wiederherstellung mit den erforderlichen Arzneien Speise, Trank, Bett[fornituren] etz. kurz mit aller nöthigen leiblichen und geistlichen Unterstützung bey Tag und Nacht rastlos und eifrig zu versehen und zu verpflegen“.⁷⁶ Ausgenommen waren unheilbar und psychisch Kranke sowie Pockenranke. Mit dieser Ausnahmeregelung hielt sich Bellio an die Statuten der Barmherzigen Brüder, die nach dem fünften Paragraphen die Aufnahme von Frauen, Kindern unter sechs Jahren, Geisteskranken, akut Infektionskranken, unheilbar Kranken und Aussätzigen nicht gestatten.⁷⁷ Es ist die einzige der erwähnten Stiftungen, bei welcher der Stifter die Wahl des Krankenhauses rechtfertigt. Bellio wählte dasjenige der Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt, weil es „wegen seiner Menschenliebe geachtet wird“.⁷⁸ Warum es Konstantin von Bellio ein so großes Anliegen war, Krankenhäuser zu unterstützen, ist unklar. Eine Verbindung zu einem Mediziner innerhalb der Familie gab es zwar, denn Bellios Großneffe, Georges de Bellio (1828–1894), war in Paris als Arzt tätig, doch ist zu bedenken, dass dieser zum Zeitpunkt des Todes seines Onkels noch minderjährig war.⁷⁹ Einen weiteren Arzt, „Doctor Medicine Herr v. Reiter“, nennt Bellio als Vormund seiner Universalerben. Interessant ist auch die Regelung in seinem Testament, dass sein Körper vor der Beerdigung untersucht werden sollte.⁸⁰ Ob es sich dabei um die im 19. Jahrhundert verbreitete Angst, scheinot begraben zu werden, oder um die Befürchtung, eines nicht natürlichen Todes zu sterben, handelte, konnte nicht nachvollzogen werden. Bellio ist jedoch nicht der einzige unter den Wiener Griechen, der eine solche Vorkehrung wünschte.⁸¹

Der vierte Stifter von Krankenbetten unter den Wiener Griechen war Kosmas B. Liveropulos aus Adrianopel (Edirne/Odrin, Bulgarien). Liveropulos war von 1853 bis 1857 Archimandrit und Pfarrer der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit und Träger des von Kaiser Franz

76 Stiftbrief Constantin Bellio für das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder vom 7. Mai 1840: AHD, G40, F4; NÖLA, Allgemeine StiftbSlg, Bellio; Archiv des Konvents der Barmherzigen Brüder, Wien, „Original Stiftbriefe von Krankenbett, Spital und Reconv. Bethelungs-Stiftungen“; ebd., „Protocollum über die gestifteten Krankenbetten“.

77 Statut für das Spital der Barmherzigen Brüder in Wien (Wien 1923), § 5.

78 Stiftbrief Constantin Bellio für das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder vom 7. Mai 1840, siehe Anm. 76.

79 Konstantin Bellio erklärte seine „geliebten Neffen“, bei denen es sich eigentlich um seine Großneffen handelte, zu Universalerben. Konstantin Bellios Bruder Stefan hatte drei Söhne: Demeter, Konstantin und Alexander. Demeter hatte keine Kinder. Konstantins Sohn Johann wurde zunächst zum Universalerbe bestimmt, verstarb jedoch 1836; daraufhin wurden die Söhne Alexanders – Stefan, Barbu, Konstantin, Georges – zu Universalerben bestimmt. Testament in deutscher Übersetzung von Georg Gilany vom 18. Jänner 1839: AHD, G40, F4; WStLA, Bezirksgerichte Wiens, Innere Stadt II, A9 Testamente, 1899/172–175.

80 Testament Constantin Bellio vom 18. Jänner 1839, siehe Anm. 79.

81 Wir finden ähnliche Klauseln mit dem Wunsch einer Totenschau oder eines Herzstiches bei Johann Tirka (Testament vom 12. Mai 1886, WStLA, BG Innere Stadt II, A9 Testamente, 1908/30), Peter G. Zechany (Testament vom 14. Dezember 1895, WStLA, BG Innere Stadt II, A9 Testamente, 1900/20-22) und Elise von Nitta (Testament vom 7. Dezember 1895, WStLA, BG Innere Stadt II, A9 Testamente, 1898/76).

Joseph verliehenen goldenen Verdienstkreuzes mit der Krone.⁸² Als Liveropulos am 30. Mai 1876 76-jährig an „Schleimschlag“ (Verstopfung der Bronchien) in der Köllnerhofgasse 4 starb, hinterließ er keine Nachkommen.⁸³ Die Verlassenschaft von Liveropulos enthält keine Auskünfte über seine finanzielle Situation. In dem ein Monat vor seinem Tod verfassten Testament bedachte Liveropulos zwei Waisenhäuser in Athen, die Athener Universität und mehrere Kirchen in Wien und Triest, Klöster und Einsiedeleien auf dem Berg Athos, die Priesterschule in Konstantinopel sowie die katholischen Kirchen in Wien und Rappoltenkirchen.⁸⁴ Außerdem errichtete Liveropulos fünf Stiftungen: eine Grabesstiftung für die Erhaltung, Ausschmückung und Ausbesserung des Grabes in St. Marx,⁸⁵ zwei Seelenmessstiftungen in der Hl. Dreifaltigkeit und im Hl. Georg für ihn und seinen Bruder Damianos⁸⁶ sowie eine Stiftung für zwei Krankenbetten, jeweils ein Bett im Allgemeinen Krankenhaus und bei den Barmherzigen Brüdern in Wien:

„§ 14 Ich verordne noch, daß zwei Betten angekauft werden, eines in dem allgemeinen Civil-Krankenhause, und eines bei den ‚Barmherzigen‘ in der Leopoldstadt, zur Pflege armer Kranker. Diese Betten sollen ‚Betten des Archimandriten Kosma‘ (Eitelkeit) benannt und der Kirche zur heiligen Dreifaltigkeit gewidmet werden.“⁸⁷

-
- 82 Ein Porträt des Archimandriten vom Maler August Prinzhofer befindet sich im Bildarchiv der Österreichischen Nationalbibliothek (Bildnr. 7321416). Liveropulos war Träger des goldenen Verdienstkreuzes, welches er als ehemaliger Pfarrer der griechisch nicht unierten Kultusgemeinde (Hl. Dreifaltigkeit) in Wien „in Anerkennung seines vieljährigen verdienstlichen Wirkens“ verliehen bekam; Klagenfurter Zeitung (19. April 1865), 1; Fremden-Blatt (15. April 1865), 2; Neue Freie Presse (14. April 1865), 11; Wiener Zeitung (14. April 1856), 3.
- 83 AHD, Matriken Sterbebuch, Hl. Dreifaltigkeit (1870–1919), 22; Die Presse (19. Dezember 1876), 3. Der Verlassenschaftsakt enthält jedoch keine Sperrrelation; WStLA, BG Innere Stadt, A4 Verlassenschaften, Cosmas Liveropulos.
- 84 Den Rest seines Vermögens wollte Liveropulos an eine Verpflegungsanstalt für Arme spenden. Wertvolles wie das Brustkreuz, welches er von der Familie Sina bekommen hatte, sowie weitere Gegenstände gingen an die Hl. Dreifaltigkeit, seine Kleider an die Priester des Hl. Georg und der Hl. Dreifaltigkeit. Neben den wohltätigen und kirchlichen Stiftungen ging ein großer Teil seines Erbes an seine in Adrianopel lebende Schwester, an Freunde sowie an sein Personal. In Rappoltenkirchen lebte die Familie Sina, eine der reichsten griechisch-orthodoxen Familien im Habsburgerreich; WStLA, BG Innere Stadt II, A9 Testamente, 1893/354 (Testament Liveropulos auf Griechisch vom 12. März 1876, publiziert am 20. Juni 1876; die Testamentsübersetzung wurde am 10. Juli 1876 von Emanuel Wlasto); vgl. Maria A. STASSINOPOULOU, Diplomatischer Alltag im 19. Jahrhundert. Markos Dragoumis und Ioannis Gennadios in Wien, in: Klaus Belke, u. a., Hg., Byzantina Mediterranea. Festschrift für Johannes Koder zum 65. Geburtstag (Wien 2007), 617–631, hier 617; Siglinde CSUK, Schloss Rappoltenkirchen in Niederösterreich. Theophil Hansen und sein Mäzen Simon Georg von Sina, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Wien 2002).
- 85 Stiftbrief vom 22. November 1878: AHD, G40, F2. Laut Gräberbuch St. Marx wurde Kosmas Liveropulos in der Gruft der Pfarrer begraben. Gräberbuch der griechisch-orthodoxen Abteilung des St. Marxer Friedhofs, 18 in: WStLA Bestand 1.2.4.3. Friedhofsbücher und Sterbeverzeichnisse. Abschrift in: Margit Maria HAVLIK, Der Sankt Marxer Friedhof. Die griechisch-orthodoxe Abteilung, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Wien 2006).
- 86 Sein Bruder Damian(os) Liveropulos, ebenfalls ein Geistlicher, lehrte von 1852 bis 1856 an der Universität Athen Dogmatik. Er starb am 16. November 1856, 53-jährig, in Wien. AHD, Matriken Sterbebuch, Hl. Dreifaltigkeit (1790–1857), 227. Der Grabstein von Damianos Liveropulos auf dem St. Marxer Friedhof ist noch erhalten.
- 87 Unterstreichung im Original. Testamentsübersetzung von Emanuel Wlasto vom 10. Juli 1876: WStLA, Bezirksgericht Innere Stadt II, A9, Testamente, 1893/354; Stiftbrief vom 17. Juni 1880: AHD, G40, F2.

Die Bezeichnung der Betten wurde aus dem griechischen Original des Testaments von Emanuel Wlasto übersetzt. Im Griechischen wählte Liveropulos den Begriff „ματαιότης“, dessen Übersetzung mit „Vergeblichkeit“ und „Eitelkeit“ auf das Vanitas-Motiv verweist. Der Archimandrit war sich der Vergänglichkeit seines Körpers und Namens, aber wohl auch der Eitelkeit, die hinter einer sichtbaren Benennung eines Krankenbettes steckt, wohl bewusst und betonte diese durch den Zusatz in Klammer. Die erste Bettenstiftung für ein Krankenbett bei den Barmherzigen Brüdern wurde im Stiftbrief von 5. Juli 1878 auf 4.000 fl. ö. W. festgelegt.⁸⁸ Unterschrieben wurde der Stiftbrief von Mitgliedern des Konvents der Barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt, Eugenius Konrath (Prior), Rudolf Pradel und Bonifacius Priborsky. Angelegt wurden die Gelder zunächst in einer Papierrente, dann in Rentenobligationen. Der zweiten Bettenstiftung für ein Krankenbett im Allgemeinen Krankenhaus ging ein Stiftbrief vom 17. Juni 1880 voraus, unterschrieben von der Oberverwaltung der drei k. k. Wiener Krankenanstalten.⁸⁹ Für die Finanzierung eines Stiftungsbettes der 3. Klasse im Allgemeinen Krankenhaus waren 7.400 fl. nötig. Angelegt wurden die Gelder in Papierrenten bei der k. k. Staatsschuldenkasse. Die Verlassenschaft von Liveropulos enthält keine Auskünfte über seine finanzielle Situation.⁹⁰

Vergleicht man die sechs Bettenstiftungen, so ergeben sich Gemeinsamkeiten in der Biografie der Stifter. Zwar waren Christo Aformo und Laso verheiratet, während Bellio und Liveropulos ledig blieben, doch hatten alle vier Stifter keine direkten Nachkommen zum Zeitpunkt ihres Todes. Gestorben sind die vier Stifter in hohem Alter. Ein weiteres Charakteristikum der Bettenstiftungen, die Benennung der Betten, wurde nur von Bellio und Liveropulos gefordert. Insbesondere bei den Stiftungen von Konstantin Bellio fällt die zentrale Bedeutung des memorialen Aspekts auf, sowohl bei der Benennung der Stiftungsbetten in Athen, Bukarest und Wien als auch bei der Studien- und Seelenmessstiftung, bei der die Eltern, die Brüder und die Großeltern namentlich erwähnt werden sollten.⁹¹

Die Höhe der Stiftungen lag im drei- bis vierstelligen Bereich. Im Vergleich zu anderen Bettenstiftungen des Allgemeinen Krankenhauses und der Barmherzigen Brüder befanden sich die Stiftungen der Griechisch-Orthodoxen im Mittelfeld. Mit Ausnahme von Lasos Stiftung wurden alle Bettenstiftungen in Wertpapieren angelegt. Die Hausanteile von Laso wurden 50 Jahre nach dessen Tod verkauft, das Stiftungskapital wurde in Notenrenten angelegt.

88 Der genaue Betrag, der gestiftet werden sollte, wurde im Testament nicht erwähnt. Dies führte wohl zu Problemen bei der Verfassung des Stiftbriefes, wie die im NÖLA erhaltene Korrespondenz zwischen Eugenius Konrath, dem Prior der Barmherzigen Brüder, und der Niederösterreichischen Statthalterei zeigt. Am 15. März 1878 schrieb Eugenius Konrad an die Statthalterei, dass das Kapital nach Erkundigungen des Verlassenschaftskurators Dr. Joseph Joly auf 4.000 fl. ö. W. festgesetzt wurde; NÖLA, Selekte, Geistl. StiftbSlg, K. 94, Hl. Dreifaltigkeit, Liveropulos. Stiftbrief vom 5. Juli 1878: AHD, G40, F2; NÖLA, Landesfürstl. Verwaltung, Selekte, Geistl. StiftbSlg, K. 94, Dreifaltigkeitskirche Wien, Liveropulos; Archiv des Konvents der Barmherzigen Brüder, Wien, „Original Stiftbriefe von Krankenbett, Spital und Reconv. Beteiligungs-Stiftungen“; ebd., „Protocollum über die gestifteten Krankenbetten“.

89 Im Kataster der in Niederösterreich verwalteten weltlichen Stiftungen wird die Direktion des Allgemeinen Krankenhauses als Verwalter der Stiftung angeführt; vgl. STATISTISCHE ZENTRAALKOMMISSION, Kataster, wie Anm. 5, 174–175.

90 WStLA, BG Innere Stadt, A4 Verlassenschaften, Cosmas Liveropulos (1876).

91 Stiftbrief für Seelenmesse in der Kirche zur Hl. Dreifaltigkeit (2.500 fl.) vom 14. August 1840: AHD, G29, F2; ebd., G40, F5; NÖLA, Allgemeine StiftbSlg, Bellio. Stiftbrief für Seelenmesse in der Kirche zum Hl. Georg (250 fl.) vom 22. August 1840: AHG, G33, F27; NÖLA, Allgemeine StiftbSlg, Bellio.

Als zentrales Merkmal kann die Bedingung, die Betten nur für Kranke griechisch-orthodoxer Religion oder griechischer Nation zur Verfügung zu stellen, genannt werden. Nur in Ausnahmefällen durfte das Bett von Bellio an „sehr arme Deutsche“ vergeben werden. Eine mögliche voreilige Schlussfolgerung, es habe unter den Griechen keine „Integration“ stattgefunden, scheint zu einseitig. Denn außer Kiriako Christo stifteten alle Stifter für multiple Zwecke, sowohl in den Herkunftsregionen als auch im Habsburgerreich. Außerdem oblag die finanzielle Verwaltung der Stiftungen den Krankenhäusern, während die Auswahl der Bedürftigen den Vorstehern der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit überlassen wurde. Die Entscheidung, ein Krankenbett zu stiften, scheint einem privaten Wunsch des Stifters zu entsprechen. Bei Demeter Laso waren alle sieben Kinder verstorben, Kosmas Liveropoulos hatte als Archimandrit wohl Kontakt zu armen und kranken Glaubensgenossen gehabt. Insbesondere bei Laso und Bellio finden sich zudem Informationen über den Alltag in den Spitälern. So sorgte Laso nicht nur für ein Stiftungsbett, sondern auch für ein tägliches Taschengeld. Bellio implizierte mit dem Stiftungsbett auch die Verpflegung, Arzneien und Bettwäsche. Wie diese Unterschiede vonseiten des Krankenhauses abgerechnet wurden, konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Aufgrund des Präsentationsrechts waren die Vorsteher der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit sowohl Ansprechpartner für die Krankenhäuser als auch für arme Kranke.⁹² Insbesondere ab den 1880er Jahren intensivierte sich der Kontakt, als trotz zahlreicher Spenden und Stiftungen für wohltätige Zwecke und Spitäler die finanziellen Grenzen erreicht waren.⁹³ Ungeachtet dieser finanziellen Probleme war der Bedarf vonseiten der Armen groß, wie die im Archiv erhaltenen Bittschriften an die Gemeindevorsteher zeigen.⁹⁴ Am 28. Februar 1918 schrieb die Direktion des k. k. Allgemeinen Krankenhauses an die Gemeinde der Hl. Dreifaltigkeit,

„dass das Erträgnis der Cosmas Liveropulos-Stiftung für das Rechnungsjahr 1917/18 per K 966,13 infolge der außerordentlich langen Verpflegung des Buchhalters Demeter T. Triantaphyllides, welcher seit 31. August 1917 [in] Anstaltspflege steht, bis inkl. 28. Februar 1918 um K 397,85 überschritten wurde“.⁹⁵

Man bat daher die Gemeinde, die Deckung der Kosten zu übernehmen oder eine andere Unterbringung für den Patienten zu finden. Dieser hatte sein Augenlicht verloren und sollte, wie sein behandelnder Arzt Dr. Dimmer der Gemeinde mitteilte, operiert werden. Man beschloss zunächst, die Kosten für die Verpflegung aus dem Armenfonds zu decken. Schließlich wurde im

92 Das Präsentationsrecht der Kiriako-Christo-Aformo-Stiftung scheint ausschließlich bei der Hl. Dreifaltigkeit gelegen zu haben, da sich die Vorsteher des Hl. Georg mit Kranken aus ihrer Bruderschaft an diese wandten; vgl. dazu u. a. Schreiben in den Kopialbüchern des Hl. Georg von 1830 und 1823. Schreiben 31. Oktober/12. November 1823, AHG, G 26, Kopialbuch AHG (1809) 1815–1868, 70. Schreiben 27. Oktober 1830, ebd., 98.

93 Auffallend ist, dass meist im August die Stiftungsgelder aller drei Stiftungen für das AKH aufgebraucht waren; vgl. die Schreiben des AKH an die Vorsteher der Hl. Dreifaltigkeit vom 1. Dezember 1880, 14. August 1885, 2. Mai 1887, 31. Juli 1890 und vom 14. August 1891; AHD, G9, F17.

94 AHD, G2, F8; ebd., G12, F4; ebd., G4, F17. Eine Liste aus den Jahren 1795–1820 der Gemeinde des Hl. Georg: AHG, G111; ebd., G112.

95 AHD, G11, F8.

Jänner 1919 ein Stiftungsbett der Panadi-Stiftung in der Versorgungs- und Verpflegungsanstalt für erwachsene Blinde frei, wohin man Triantaphyllides jedoch auf eigenen Wunsch nicht verlegte.⁹⁶ Der Buchhalter übernahm die Krankenhauskosten in der Folge selbst.⁹⁷

Dass trotz zahlreicher Spenden und Stiftungen für wohltätige Zwecke und Spitäler die finanziellen Grenzen erreicht wurden, war in Wien in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und Anfang des 20. Jahrhunderts keine Seltenheit. Es zeigte sich, dass „die Mittel privater Wohltätigkeit allein nicht mehr genügten, um das Spitalswesen in ausreichendem Maße aufrechtzuerhalten“.⁹⁸ Die Bettenstiftungen der Wiener Griechen können noch bis ins 20. Jahrhundert nachgewiesen werden, doch ist die kontinuierliche Verteilung der Gelder an die Empfänger/-innen aufgrund der Quellenlage kaum nachvollziehbar.⁹⁹ Nach 1914 finden wir die Bettenstiftungen nicht mehr in den Rechenschaftsberichten der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit erwähnt. Der Band „Rekonvaleszentenbeteiligungen“ (1921–1933) des Allgemeinen Krankenhauses führt die Stiftungen von Kiriako Christo Aformo, Konstantin Bellio und Demeter Laso zwar an, doch bleiben die Spalten zum verfügbaren Betrag und zum Namen des Kranken leer.¹⁰⁰ Eine Vermutung ist, dass die Bettenstiftungen der Geldentwertung während des Ersten Weltkriegs zum Opfer gefallen waren.¹⁰¹ Sie teilten damit das Schicksal vieler österreichischer Stiftungen.¹⁰²

Offen bleibt die Frage, wer in diesen Stiftungsbetten lag. Hierzu könnten die Verlassenschaftsakten der Wiener Griechen, die ab 1850 nicht komplett sind und bisher noch nicht vollständig erhoben wurden, sowie wenige erhaltene Bettelbriefe und die darauf vorhandenen

96 Korrespondenz: AHD, G 11, F8.

97 Triantaphyllides starb am 5. September 1923 an einem Wirbelsäulenbruch im AKH; AHD, Matriken Sterbebuch, Hl. Dreifaltigkeit (1919–1929), fol. 24.

98 Vgl. HÖLL, Krankenhäuser, wie Anm. 17, 66.

99 Eine Quelle dafür sind Rechenschaftsberichte, welche von der Gemeinde zur Hl. Dreifaltigkeit von 1863 bis 1925 in gedruckter Form vorliegen. Die Jahresberichte der folgenden Jahre sind erhalten: 1863, 1868–1872, 1875–1876, 1878, 1880–1895, 1897–1903, 1905–1926. Die Bettenstiftungen werden darin zwar ab 1882 gesondert erwähnt, doch teilt nur der Bericht von 1909 die genaue Kranken- und Bettenzahl mit (fünf Personen in sieben Stiftungsbetten). Die Berichte sagen jedoch nichts aus über die Dauer der Belegung der Betten oder über die Patientinnen und Patienten. Ebenso werden die Preise für die Stiftungsbetten nicht angeführt. Außerdem ist unklar, ob die Betten für das Allgemeine Krankenhaus oder für die Barmherzigen Brüder gedacht waren. Eine weitere Quelle ist der „Kataster der in Niederösterreich verwalteten weltlichen Stiftungen“ mit dem Stand von 1893. Es finden sich dort alle sechs Stiftungen wieder. Die drei Bettenstiftungen für das Allgemeine Krankenhaus blieben in ihrem Wert weitgehend gleich und hatten jährliche Zinserträge von ca. 4 % des Aktivvermögens; vgl. STATISTISCHE ZENTRAALKOMMISSION, Kataster, wie Anm. 5, 148.

100 WStLA, Bestand 1.3.2.209.1 Allgemeines Krankenhaus, Serie Stiftungen: Rekonvaleszentenbeteiligungen (1921–1933), 94 (Aformo Kyriako Christo), 98 (Bellio Konstantin), 102 (Laso Demeter), 106 (Liveropulos Cosmas). Der Bestand im WStLA ist lückenhaft. Es waren keine Akten zu Stiftungen oder deren Verwaltung auffindbar.

101 Vgl. Fritz WEBER, Zusammenbruch, Inflation und Hyperinflation. Zur politischen Ökonomie der Geldentwertung in Österreich 1918 bis 1922, in: Helmut Konrad, Hg., ... der Rest ist Österreich. Das Werden der Ersten Republik, Bd. 2 (Wien 2008), 7–32, hier 28.

102 1925 wurde das Bundesgesetz verabschiedet, welches es ermöglichte, Stiftungen, deren Stammvermögen 1.000 Schilling nicht überstieg und die im Wesentlichen einen gleichartigen Zweck verfolgten, zusammenzulegen; Bundesgesetz vom 21. Juni 1925 über die Vereinfachung der Verwaltungsgesetze und sonstige Maßnahmen zur Entlastung der Verwaltungsbehörden (Verwaltungsentlastungsgesetz), in: Bundesgesetzblatt 1925, Stück 63, Nr. 277. Vgl. zum Ende der Stiftungen der Wiener Griechen Nathalie Patricia SOURSOS, Financial Management of Donations, Foundations and Endowments in the Greek-Orthodox Communities in Vienna (1800–1918), in: Endowment Studies 3 (2017), (in Vorbereitung).

Vermerke der Vorsteher Aufschluss geben. Das Leben der Armen und Kranken unter den Griechisch-Orthodoxen im Wien des 18. und 19. Jahrhunderts ist jedoch ein Desiderat für die Diaspora-Forschung.

Die Untersuchung einer kleinen Gruppe von Stiftungen verdeutlicht die nicht unwesentliche finanzielle und soziale Bedeutung der Stiftungen für die Gemeinden der Griechisch-Orthodoxen in Wien, aber auch für das Wiener Allgemeine Krankenhaus sowie für das private Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Die Beweggründe und Umsetzung der einzelnen Stiftungen erweisen sich beim Vergleich der Testamente und Stiftbriefe als ebenso heterogen wie die Biografien der Stifter. Stiftungen sollten als „totale soziale Institution“ nach Michael Borgolte, auch über ihre finanziellen Aspekte hinaus, stärker in der Krankenhausgeschichte beachtet werden.¹⁰³ Sie könnten ein Bindeglied zwischen der Krankenhausgeschichte, der Bürgertumsforschung und der Erforschung der Armenfürsorge sein.

Informationen zur Autorin

MMag. Dr. Nathalie Patricia Soursos, wissenschaftliche Mitarbeiterin im FWF-Projekt „Soziales Engagement in den Wiener griechischen Gemeinden (18.–20. Jh.)“ am Institut für Byzantinistik und Neogräzistik der Universität Wien, Postgasse 7/1/3, 1010 Wien, Österreich, E-Mail: nathalie.patricia.soursos@univie.ac.at

¹⁰³ Vgl. Michael BORGOLTE, *Stiftungen und Stiftungswirklichkeiten. Vom Mittelalter bis zur Gegenwart*, Berlin 2000, 8. Michael Borgolte bezieht sich bei diesem Begriff auf Marcel Mauss' totales soziales Phänomen der Gabe, welches dieser in seinem „Essai sur le don“ (zuerst 1923/24, dt. unter dem Titel „Die Gabe“ erschienen) darlegte.

Eberhard Gabriel

Psychiatrische Einrichtungen im Erzherzogtum unter der Enns (Niederösterreich) im 19. Jahrhundert. Vom Irrenturm in Wien zu den Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke im Licht zeitgenössischer Darstellungen

English Title

Psychiatric Institutions in Lower Austria during the 19th Century. From the Irrenturm (Fools' Tower) in Vienna to the Heil- und Pflegeanstalten (Institutions for Healing and Nursing the Mentally Ill)

Summary

The history of public psychiatric inpatient institutions in Lower Austria during the 19th century is the history reaching from the “Tower of Fools” (Irrenturm) in Vienna, opened in 1784 (a prison-like institution for dangerous “crazy” people (“Tolle”), via the second generation asylum (Irrenanstalt) of 1853 (a mansion-like building in a large park then at the border of the city, while still using the old tower for the care for dependent chronic patients (“Pflegeanstalt” as compared to the “Heilanstalt” in the new building), to the planning of two new big hospitals. One was located in Vienna, capital of Lower Austria as well as of the whole monarchy (Am Steinhof), the other was established in the west of the region, in Mauer-Öhling. Both were designed on the basis of secessionist aesthetics, with many pavilions for differentiated use according to the state of the patients. The hospitals were brought into operation in 1907 respectively 1902. During the intervals between these dates, it was necessary to create several external branches in order to fight against the overcrowding of the existing institutions.

The number of independent institutions increased from one in 1784, to two in 1853 and eventually to five at the end of the century. The number of beds increased from 250 in 1784, to 820 in 1853 and 2,444 at the end of the century – an increase much more pronounced than the increase of general population. The Irrenturm was originally founded as part of the then new General Hospital (Allgemeines Krankenhaus) but became an independent institution as early as 1820 – a marker of a new long-lasting distance of psychiatric inpatient institutions from those for other medical purposes. No-restraint was underlined as a principle from the 1840s onwards but never fully realized. Two main impediments made it impossible: first the continuation of overcrowding within the facilities due to its extensive use (by authorities and families) and second the deficient professionalism of the staff, who functioned more as guards

than as nurses. Overcrowding is an etiological factor in symptom provocation and frequent symptom provocation in overcrowded wards expects too much of unprofessional staff. Thus, excessive demands led to an increase of control and restriction. It was difficult to realize the principle of individualized treatment under such circumstances. It was actually only applied to acute patients and revoked for chronic patients (which might have contributed to the ideology of a loss of personal individuality in chronic mental disease, which later led to the wording of “Ballastexistenzen”, describing psychologically “dead” people, considered to be just a burden [“Ballast”] to society).

Keywords

Psychiatry in 19th century, Lower Austria, psychiatric inpatient institutions, psychiatry and general medicine, overcrowding of psychiatric facilities and its psychological effects, psychopathological hospitalism, psychiatric nursing staff, individualized psychiatric treatment, no restraint in psychiatry

Einleitung

Das zentrale Kronland der österreichischen Monarchie, das Erzherzogtum unter der Enns (Niederösterreich), umfasste während des ganzen 19. Jahrhunderts etwa die Region, die auch heute das Bundesland Niederösterreich ausmacht, jedoch einschließlich Wien als seiner Hauptstadt und gleichzeitig Haupt- und Residenzstadt des gesamten Reiches.¹ Schon um 1800 lebte in dieser einzigen Großstadt des Kronlandes eine Bevölkerung von über 200.000 Menschen, die sich während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts fast verdreifachte und in den letzten Jahrzehnten des Jahrhunderts – vor allem durch inzwischen die Stadt erweiternde ehemalige Vorstädte und ländliche Randgemeinden sowie Zuzug aus anderen Kronländern – noch einmal massiv auf über 1.600.000 vermehrte. Dadurch kehrte sich das Bevölkerungsverhältnis gegenüber dem nicht großstädtischen Land um. Während um 1800 dort etwas über 1.000.000 Einwohner/-innen gezählt wurden und sich diese Zahl bis zur Volkszählung von 1869 – mit Schwankungen nur in der Größenordnung von wenigen Zehntausenden – kaum veränderte, vermehrte sich die Landbevölkerung Niederösterreichs in den letzten drei Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts dann auf etwas über 1.300.000.² Diese Bevölkerungsentwicklungen stellen einen der Gründe des Ausbaus der psychiatrischen Einrichtungen im gleichen Zeitraum dar, können aber die ungleich größere Vermehrung der Zahl jener Einwohner/-innen, die in psychiatrische Einrichtungen aufgenommen wurden und diese bevölkerten, nicht ausreichend

1 Erst mit der Teilung dieses alten Kronlandes in die beiden Bundesländer Niederösterreich und Wien (als Stadtstaat) nach dem Ersten Weltkrieg (1922) ergab sich die Notwendigkeit, auch die psychiatrischen Anstalten einer dieser Gebietskörperschaften zuzuordnen und damit eindeutige großregionale Zuständigkeiten herzustellen.

2 Diese Angaben folgen dem Austria-Forum, AEIOU, Das Lexikon aus Österreich. Auf die Artikel folgender Lemmata wurde zugegriffen: Niederösterreich, online unter: <https://austria-forum.org/af/AEIOU/Nieder%C3%B6sterreich>; Bevölkerungsentwicklung, online unter: <https://austria-forum.org/af/AEIOU/Bev%C3%B6lkerungsentwicklung> (letzter Zugriff: 25.05.2017).

erklären. Auch ohne in diesem Beitrag diesbezüglich ins Detail gehen zu können, wird man gleichsam naiv annehmen dürfen, dass auch die mit der vor allem technologischen und ökonomischen Entwicklung verbundenen verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen in der langen Zeitspanne von 100 Jahren darauf Einfluss genommen haben.³

Das 19. Jahrhundert ist auch das Jahrhundert der Entwicklung der Psychiatrie⁴ als einer medizinischen Disziplin mit einer schließlich nachhaltigen Verankerung im medizinischen Fächerkanon.⁵ Die Geschichte psychiatrischer Institutionen ist bis zu den drei letzten Jahrzehnten des Jahrhunderts und den Errichtungen psychiatrischer Universitätskliniken⁶ daher nicht zuletzt auch die Geschichte psychiatrischer Anstalten.⁷ In Darstellungen der Geschichte der Psychiatrie werden diese Institutionen aber meist nur am Rande thematisiert. Edward Shorter hat seiner Geschichte der Psychiatrie zwar den Untertitel „From the Era of the Asylum to the Age of Prozac“ gegeben, liefert aber bei seinem umfassenderen Thema keine differenzierte Geschichte der Anstalten.⁸ Eine deutsche Psychiatriegeschichte⁹ berührt das Thema im Abschnitt Krankenversorgung verhältnismäßig ausführlich, wenn auch im Einzelnen, so im Abschnitt über Österreich, sehr ungenau. Erna Lesky hat in ihrer detailreichen Geschichte der Wiener Medizinischen Schule im 19. Jahrhundert ihren Fokus auf die Entwicklung der Fächer und ihre Protagonisten gelegt, aber auch die institutionelle Entwicklung, vor allem in ihrem Anfang, berührt.¹⁰ Aber eine übersichtliche Zusammenfassung der institutionellen Entwicklung fehlt.

-
- 3 Für ein anderes österreichisches Bundesland – die Steiermark – ist Carlos Watzka vor einigen Jahren auf solche Einflüsse eingegangen. Vgl. Carlos WATZKA, Die Landesirrenanstalt Feldhof bei Graz und ihre Patienten vor 1914. Übersicht und neue historische Forschungsergebnisse, in: Eberhard Gabriel / Martina Gamper, Hg., Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009), 143–160, hier 145–146; Edward SHORTER, A History of Psychiatry (New York u. a. 1997), 48–64, diskutiert die miteinander konkurrierenden Interpretationen ausführlich und differenziert.
- 4 Vgl. Andreas MARNEROS / Frank PILLMANN, Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie (Stuttgart–New York 2005). Den Beziehungen zwischen Psychiatrie und gesellschaftlichen Entwicklungen ist unter einem besonderen Aspekt der Medizinhistoriker Roelcke nachgegangen: Volker ROELCKE, Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im Bürgerlichen Zeitalter (1790–1914) (Frankfurt am Main–New York 1999); vgl. im Hinblick auf eine spezielle Störung auch: Joachim RADKAU, Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler (München–Wien 1998).
- 5 Ausdruck davon ist die Errichtung der psychiatrischen Lehrstühle und Unterrichtskliniken an den drei österreichischen medizinischen Fakultäten in Wien und Graz 1870 sowie Innsbruck 1891, in Wien und Graz zunächst in unterschiedlicher organisatorischer Verbindung mit den bestehenden Irrenanstalten. Freilich wurde das Fach erst deutlich später verbindliches Lehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium.
- 6 Wenn diese auch ab den 1890er Jahren Kliniken für Psychiatrie und Neurologie (oder Neuropathologie in Innsbruck) waren und bis zur Trennung der beiden Fächer ab 1971 (Wien) geblieben sind, so wurden sie doch selbst in universitären Besetzungsakten häufig abgekürzt als psychiatrische Kliniken angesprochen. Vgl. Eberhard GABRIEL, Zum Wiederaufbau des akademischen Lehrkörpers in der Psychiatrie in Wien nach 1945, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 14, Schwerpunktheft: Gesellschaft und Psychiatrie in Österreich 1945 bis ca. 1970 (2016), 35–78, hier 46, Fußnote 53.
- 7 Vgl. Eberhard GABRIEL, Einleitung, in: Eberhard Gabriel / Martina Gamper, Hg., Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009), 5–18, hier 10–17.
- 8 Vgl. SHORTER, Psychiatry, wie Anm. 3, vor allem Chapter 2: The Asylum Era, 33–68. Der erste Satz gibt hier die Linie vor: „The rise of the asylum is the story of good intentions gone bad.“
- 9 Vgl. Heinz SCHOTT / Rainer TÖLLE, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (München 2006), hier 263–264.
- 10 Vgl. Erna LESKY, Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert (= Studien zur Geschichte der Universität Wien 6, Graz–Köln 1965), hier 175–177.

Vor diesen gesamtgesellschaftlichen und fachspezifischen Hintergründen soll in diesem Beitrag die Geschichte der psychiatrischen Institutionen in Niederösterreich dargestellt werden. Sie unterscheidet sich von den entsprechenden Geschichten in den anderen österreichischen Ländern, jetzt Bundesländern, einerseits durch die schließlich erreichte Anzahl der Anstalten und andererseits durch die Entstehung dieser Anstalten in drei „Generationen“, deren beide erste jeweils für mehr als ein halbes Jahrhundert in Funktion waren, die dritte, um 1900 etablierte, meist doppelt so lange.¹¹ Ich stütze mich dabei vor allem auf die Darstellung der „Leistungen und Statistik der k.k. Irrenheilanstalt zu Wien“ von ihrem leitenden Arzt (Primarius) Michael Viszánik (1792–1872) aus 1845¹² bezüglich des Irrenturmes, die „Ärztliche[n] Berichte über die Kaiserlich-Königliche Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Wien“ aus 1858 bezüglich der 1853 eröffneten Anstalt auf dem Brünn(d)lfeld, verfasst von ihrem Direktor Joseph Gottfried Ried(e)l (1803–1870)¹³ und die Darstellung des „Öffentlichen Irrenwesens in Oesterreich“ am Ende des 19. Jahrhunderts von dem Direktor der Wiener Anstalt, eben jener auf dem Brünlfeld, Adalbert Tilkowsky (1840–1907), ergänzt durch die sehr ausführliche und kritische Beschreibung der „Versorgungsanstalten Oesterreichs“ von dem „administrativen Inspector der niederösterreichischen Wohlfahrtsanstalten“ Fedor Gerenyi (Lebensdaten unbekannt).¹⁴

Die erste Generation: der Irrenturm (1784)

1784 wurde der zunächst als Annex des neuen Allgemeinen Krankenhauses organisierte Irrenturm, den der Volksmund bald „Narrenturm“ nannte, in Betrieb genommen. In seine Errichtung als eine staatliche Anstalt und selbst in seine erste Belegung mit Kranken aus dem Spital zu St. Marx war Kaiser Joseph II. stark involviert.¹⁵ Es wird immer wieder als Innovation angemerkt, dass diese Anstalt als erster als speziell „Irren“ (in der Diktion der Zeit) gewidmeter

11 Vgl. die verschiedenen Beiträge in: Eberhard GABRIEL / Martina GAMPER, Hg., *Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900* (Wien 2009).

12 Michael VISZÁNIK, *Leistungen und Statistik der k.k. Irrenheilanstalt zu Wien seit ihrer Gründung im Jahre 1784 bis zum Jahre 1844* (Wien 1845); vgl. Gustav SCHÄFER, *Die Entwicklung der Psychiatrie und der psychiatrischen Versorgung in Wien in der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts im Spiegel der Vita des Michael von Viszánik*, in: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde* 21 (2015), 543–556.

13 Joseph Gottfried RIED(E)I, *Ärztliche Berichte über die kaiserlich-königliche Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Wien in den Jahren 1853, 1854, 1855 und 1856*. Zu Folge hoher Anordnung des k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht (Wien 1858).

14 Adalbert TILKOWSKY, *Das öffentliche Irrenwesen in Oesterreich*, in: Anton Loew, Hg., *Oesterreichs Wohlfahrts-einrichtungen 1848–1898. Die Entwicklung und der Stand derselben. Festschrift zu Ehren des 50jährigen Regierungsjubiläums von Kaiser Franz Joseph* herausgegeben von der Commission der Oesterreichischen Wohlfahrtsausstellung (Wien 1898), 357–377; Fedor GERENYI, *Die Versorgungsanstalten Oesterreichs*, in: Anton Loew, Hg., *Oesterreichs Wohlfahrts-einrichtungen 1848–1898. Die Entwicklung und der Stand derselben. Festschrift zu Ehren des 50jährigen Regierungsjubiläums von Kaiser Franz Joseph* herausgegeben von der Commission der Oesterreichischen Wohlfahrtsausstellung (Wien 1898), 381–424.

15 Vgl. Alfred STOHL, *Der Narrenturm oder die dunkle Seite der Wissenschaft* (Wien–Köln–Weimar 2000). Auf die dortige zahlenmystische Interpretation von Merkmalen des Baues in Bezug zu biografischen Daten von Joseph II. gehe ich nicht ein.

Teil eines allgemeinen Krankenhauses errichtet wurde. Weniger beachtet, wenn auch immer wieder angemerkt,¹⁶ bleibt die Überbetonung von Sicherheitsaspekten in Architektur und Betrieb, die dem Zweck der Einrichtung auch damals schon nicht entsprochen hat – nicht einmal im Hinblick auf eine humane Umsetzung der Sicherheitsbedürfnisse.¹⁷

Ab 1800 wurde versucht, den Unzukömmlichkeiten in mehreren Schritten und im Hinblick auf mehrere Kriterien entgegenzuwirken. Hauptprobleme waren dabei das gefängnisgleiche Ambiente des „Narrenturmes“ und die Überfüllung.¹⁸ Dieses wurde 1795 von Johann Peter Frank (1745–1821) als Direktor des Allgemeinen Krankenhauses durch die Anlage eines für männliche und weibliche Patienten getrennten Gartens gemildert, jene durch die schrittweise Erweiterung der Unterbringungskapazität außerhalb des Turmes. Dessen Aufnahmekapazität von 200 bis 250 Kranken in den hoch gesicherten 139 Zellen (von Viszánik „Kammern“ genannt) wurde zunächst um 1800 durch einzelne Räume im sogenannten „Dreiguldenstock“ erweitert, was aber nur eine Kapazitätssteigerung von 14 Plätzen für Kranke der 1. und 2. Verpflegsklasse bedeutete.¹⁹

Eine bedeutendere Kapazitätsvermehrung brachte die Zuordnung des (ehemaligen Pest-) „Lazareths“ mit einer Kapazität von bis zu 150 Kranken, überwiegend in großen Sälen für „ruhige, reinliche und heilbare Geisteskranke“.²⁰ Dort gab es einen eigenen Garten – mit der Möglichkeit von Gartenarbeit für die Kranken – und einen eigenen Brunnen, während der

16 Zum Beispiel in SCHOTT / TÖLLE, *Geschichte der Psychiatrie*, wie Anm. 9, 264, oder auch: LESKY, *Wiener Medizinische Schule*, wie Anm. 10, 175–176.

17 Das hängt auch damit zusammen, dass noch bis weit in das 20. Jahrhundert das Verhalten von psychisch Kranken überwiegend als Ausdruck der Krankheit interpretiert und mit mehr minder drastischen Mitteln „bekämpft“ wurde, während systemische Einflüsse von Seiten der Situation unbeachtet geblieben sind und allenfalls aus Gründen der Humanität, nicht aber auf Grund pathogenetischer Überlegungen zu verbessern versucht wurden. Wie lange, zeigt ein Memorandum des damaligen Direktors der Wiener Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof – einer Einrichtung der dritten „Generation“ –, Josef Berze (1866–1957), an den ressortzuständigen Stadtrat Julius Tandler (1869–1936) aus 1926 (!), erstmals veröffentlicht in: Eberhard GABRIEL, *100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto-Wagner-Spital (Wien 2007)*, 249–288, kommentiert 56–59. – Ich gehe nicht auf die Interpretation der Psychiatrie als in den medizinischen Bereich vom Staat ausgelagerte und/oder von der Psychiatrie arrogierte Gewaltanwendung gegen „Irre“ oder Menschen mit deviantem Verhalten ein, welche Theorie auch auf den „Narrenturm“ angewendet wurde. Vgl. Jasmine KÖHLE, *Der Narrenturm in Wien oder Das Paradigma des Wahnsinns*, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Wien 1991).

18 Es bleibt ein merkwürdiges Phänomen der Inanspruchnahme solcher Dienste, dass sich nach der Behebung von Überfüllung durch Erweiterungen meist und unabhängig von quantitativen Veränderungen in der Umwelt (zum Beispiel Bevölkerungszuwächsen) sehr bald neuerlich Überfüllung einstellt, es sei denn, es wird dieser Tendenz aktiv etwa durch komplementäre Dienste zur Befriedigung an sich anerkannter Bedürfnisse / eines an sich anerkannten Bedarfes oder aber durch die Begrenzung von Leistungen entgegengewirkt, wie es etwa in den Reformen der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts versucht wurde. Vgl. GABRIEL, *100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe*, wie Anm. 17, hier vor allem Kapitel III: „Die ersten 25 Jahre 1907 bis 1932“, 43–59.

19 Den Kranken standen hier einerseits Wohnbedingungen „wie gewöhnliche Wohnzimmer“ und andererseits „dienstbar“ eine zumindest gleiche Zahl von Wartpersonen zur Verfügung: VISZÁNIK, *Leistungen*, wie Anm. 12, 8. Es waren nun für drei weibliche Patienten Zimmer vorgesehen, die immer ausgelastet waren, sowie elf in der Regel nicht ausgelastete Plätze für männliche Patienten. Viszánik kommentiert den Geschlechtsunterschied des Bedarfes nicht.

20 Ebd., 4.

gesamte Wasserbedarf im Turm aus dem Allgemeinen Krankenhaus in Bottichen gebracht werden musste.²¹ 1841 verminderte sich die Kapazität des Lazarets aber wieder um 60 Plätze, weil eines der beiden Gebäude wegen Baufähigkeit geschlossen werden musste.²²

1817 wurde die Irrenanstalt, die bis dahin von einem Primararzt des Allgemeinen Krankenhauses mitgeleitet worden war, ein eigenes Primariat: gewiss ein wichtiger Schritt zur Professionalisierung der Arbeit in ihr. Im gleichen Jahr wurde in der „Versorgungsanstalt zu Ybbs“ im Westen des Landes Niederösterreich, einer ehemaligen Kaserne, „eine Abtheilung für Irrsinnige als Filiale der Wiener Irren-Anstalt“ für unheilbare, aber ruhige und reine „Sieche“²³ errichtet, mit einer Kapazität von bis zu 350 Kranken, jedoch ohne ärztliche Leitung. Erst 1842 wurde durch die Berufung von Carl Spurzheim (1809–1872) daraus ein eigenes Primariat,²⁴ noch später, 1862 eine selbständige Irrenanstalt. 1828 wurde der Irrenanstalt im Allgemeinen Krankenhaus – also außerhalb ihrer Organisation – ein „Beobachtungszimmer“ „zur Aufnahme und Beobachtung recenter oder zweifelhafter Fälle von Irresein“²⁵ vorgeschaltet.

Fasst man diese vom Irrenturm von 1784 ausgehende Entwicklung bis gegen die Mitte des 19. Jahrhunderts zusammen, so erfolgte (1) eine beträchtliche Kapazitätsvermehrung auf mehr als die doppelte Kapazität, (2) fand diese in benachbarten (Dreiguldenstock, Lazareth, Beobachtungszimmer) wie in entfernten (Ybbs) Filialen statt. (3) Diese wurden differenziert genutzt: in der Reihenfolge ihrer Etablierung zuerst entsprechend der Zahlungsfähigkeit der Kranken bzw. ihrer Familien, dann nach Zustandsmerkmalen (ruhig, rein) und schließlich nach dem Verlaufsstadium („Sieche“).²⁶ (4) Der Etablierung der Psychiatrie als eigene medizinische Disziplin, und ihrer Einrichtungen als besonderer Anstaltstypus „Irrenanstalt“ – in ihrem Selbstverständnis zumindest vorübergehend „Irrenheilanstalt“²⁷ – hat ihre Verselbständigung zuerst 1817 als eigenes Primariat im Allgemeinen Krankenhaus und dann 1820 als

21 In einem gewissen Gegensatz zu dieser schlechten Versorgung des Turmes mit Wasser steht die Bemühung von Viszánik, in ihm die Hydrotherapie mit verschiedenen Formen der Anwendung von kaltem Wasser zu forcieren. Siehe ebd., 93–143 (Fallbeispiele).

22 Ebd., 13.

23 Ebd., 6.

24 Ebd., 15–17.

25 Ebd., 6. Diese Einrichtung hatte ein langes Leben bis nach dem Zweiten Weltkrieg. Auf alten Krankengeschichten der Psychiatrischen Universitätsklinik findet sich oft der Vermerk „BZ“ (für Beobachtungszimmer) zur Kennzeichnung des Weges, der zur Aufnahme geführt hat. Was die institutionelle Entwicklung betrifft, so ging dieses „Beobachtungszimmer“ 1875 in die damals errichtete 2. Psychiatrische Universitätsklinik ein, die ihrerseits 1910 in der einen Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik im Gebäude der früheren Anstalt auf dem Brünnefeld aufging.

26 Gelegentlich wird dieser Ausdruck in der historischen Literatur – etwa im Begriff „Siechenhaus“ – speziell für Infektionskranke verwendet. Vgl. Felix CZEIKE, *Historisches Lexikon Wien*, Bd. 3 (Wien 1994), 364, Eintrag zu „Johannes in der Siechenals“. Im 19. Jahrhundert bezeichnete er aber im Zusammenhang mit Geisteskranken – und Kranken überhaupt – durch chronische Krankheit in ihren Alltagsfertigkeiten beeinträchtigte und daher der Pflege bedürftige Menschen ohne akute Krankheitserscheinungen, die einen Anstaltsaufenthalt notwendig machten. Es ist eine merkwürdige Pointe der Geschichte, dass der Standort dieses erwähnten hochmittelalterlichen Siechenhauses an der Grenze des Wiener Burgfriedens im 19. Jahrhundert, sozusagen den Bedeutungswandel des Wortes „siech“ nachvollziehend, zum Standort des Wiener Bürgerversorgungshauses wurde. Schon vorher war das aus dem „Siechenhaus“ entstandene (Pest-)„Lazareth“ von Kaiser Joseph II. dem Allgemeinen Krankenhaus eingegliedert und von dort 1803 dem Irrenturm zugeordnet worden.

27 VISZÁNIK, *Leistungen*, wie Anm. 12, im Jahr 1845 im Titel seiner Schrift.

eigene „Staatsanstalt“²⁸ entsprochen. Das muss man wohl als einen ambivalenten Entwicklungsschritt sehen, hat er doch die Psychiatrie institutionell aus der Medizin herausgeführt und damit das bis heute bestehende Problem der „Einbürgerung“ des psychisch Kranken und der Psychiatrie in die Medizin²⁹ mitbegründet.

Die zweite Generation um die Mitte des 19. Jahrhunderts

Die Situation im Irrenturm wurde in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts durchaus kritisch gesehen, konnte aber nicht entscheidend behoben werden.³⁰ Erst um 1840 begann sich die Situation durch die Berufung von Michael Vizánik als Primarius im Irrenturm und seinen Annexen (1839) und von Carl Spurzheim als Primarius an die Irrenabtheilung in Ybbs (1842) zu verändern. Vizánik hat in seiner schon wiederholt erwähnten Schrift 1845 einerseits die Heranziehung von Kranken – „die gratis Verpflegten, wohl auch zahlende [...] vereinigt mit den Wärtersleuten“³¹ – zu haushaltlichen Verrichtungen beschrieben, gleichzeitig aber die mangelhaften Bedingungen der für wichtig erachteten Beschäftigung der Kranken benannt: „[...] besonders drückend aber ist der Mangel an passenden Localitäten für zweckmässige und mannigfaltige Beschäftigung der armen Kranken zu jeder Jahreszeit und bei jedem Wetter“ sowie zur „zweckmässigen Uebung und Leitung der mannigfaltigen Thätigkeiten und Kräfte des Körpers und der Seele“.³² Eine schlimmere Atmosphäre beschreibt Spurzheim in Ybbs:

„Der Zustand der Ybbser Irrenanstalt zeigt das oft gezeichnete und verabscheute Bild der früheren Irrenanstalt. Auch hier war derselbe trostlose Anblick, wohin ein sachverständiges Auge sich nur wenden mochte, dieselbe physische und psychische Verlassenheit der Geisteskranken, und statt tätiger, wohlwollender Einwirkung nichts als die empörende Handlungsweise eines rohen, von ihren materiellen Interessen geleiteten, demoralisierten Wärterpersonales.“³³

Beide waren in ihren Bemühungen schrittweise erfolgreich: Vizánik ließ nach seiner Berufung 1839 die Ketten aus dem Irrenturm entfernen und bemühte sich auch publizistisch, gestützt u. a. auf statistische Daten, einerseits um die Darstellung der Erfolge der in seinem Selbstverständnis als „Irrenheilanstalt“ – und nicht nur Irren(bewahr)anstalt – benannten Einrichtung, scheute sich aber andererseits auch nicht, die weiter bestehenden, eklatanten Mängel

28 Ebd., 6.

29 Das war noch ein Hauptmotiv der Psychiatriereformen der letzten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts. Vgl. Eberhard GABRIEL, Zur Einbürgerung der Psychiatrie in die Medizin, in: Theodor Meizel, Hg., Zur Einbürgerung der psychisch Kranken (Linz 2005), 51–61. Auch: Eberhard GABRIEL, Das psychiatrische Krankenhaus – Erbe oder Notwendigkeit, in: Ulrich Meise / Friederike Hafner / Hartmann Hinterhuber, Hg., Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich (Wien–New York 1991), 253–259.

30 Vgl. LESKY, Wiener Medizinische Schule, wie Anm. 10, 176–177.

31 VISZÁNIK, Leistungen, wie Anm. 12, 44.

32 Ebd., 14 und 21–22.

33 Zitiert nach Walter WEITZENBÖCK / Gudrun HAMMER, Therapiezentrum Ybbs – Schauplatz von 720 Jahren Geschichte (im Erscheinen), hier 21. Ich danke Frau Mag.^a Hammer für die Zurverfügungstellung dieses Entwurfes der noch in Arbeit befindlichen Ybbser Anstaltsgeschichte.

aufzuzeigen. Auf einer Studienreise sammelte er Informationen für einen Neubau einer modernen Irrenanstalt,³⁴ der damals überhaupt breit von Ärzten diskutiert wurde.³⁵ Mit deren Bau wurde dann endlich 1848 tatsächlich auf einem großen, dem Allgemeinen Krankenhaus und dem Irrenturm stadtauswärts benachbarten, aber noch innerhalb der „Linie“ (der äußeren Grenze der Vorstädte, dem jetzigen „Gürtel“) liegenden Grundstück begonnen. Noch während des Baues und zwei Jahre vor der Eröffnung wurde 1851 Joseph Gottfried Riedel aus Prag zum neuen Direktor berufen. Vizsánik spielte danach bis zu seinem Tod 1872 nur mehr eine Nebenrolle.³⁶

Der Neubau der Anstalt unterschied sich wesentlich von dem alten Turm: ein schlossähnliches Gebäude auf der Höhe eines leicht ansteigenden Parkgeländes mit breiten Gängen zu großen, lichten Räumen und einer im ersten Stock gelegenen, im Stil der Präraffaeliten ausgestatteten Kapelle.³⁷ Das Gebäude sollte als Heilanstaltskomponente dienen und weiterhin mit dem Irrenturm, der weiter als Pflegeanstaltskomponente genutzt wurde, unter einer Leitung und Verwaltung verbunden sein. Damit wurden sehr unterschiedliche räumliche Bedingungen der Unterbringung von akut Kranken in der Heilanstalt und chronisch Kranken in der Pflegeanstalt zu Ungunsten der letzteren noch bis zur endgültigen Aufgabe des Turmes im Zuge der Übernahme der Anstalt durch das Land Niederösterreich in den 1860er Jahren akzeptiert³⁸ – eine chronisch Kranke diskriminierende Differenzierung, die sich im Prinzip bis zu den Reformen der psychiatrischen Versorgung ab den 1970er Jahren erhalten hat. Erst 1869 wurde der Irrenturm als Ort der Pflege von Kranken aufgegeben,³⁹ das Lazarett schon 1857.⁴⁰

34 Michael VISZÁNIK, Die Irrenheil- und Pflegeanstalten Deutschlands, Frankreichs, sammt der Cretinenanstalt auf dem Abendberge in der Schweiz (Wien 1845).

35 Vgl. Natascha KONOPITZKY, Der Turm für die Irren und das Schloss am Brünnefeld. Eine Diskursanalyse. Irreninstitutionen vor und nach der Etablierung der psychiatrischen Herrschaft im Wien des 18. und 19. Jahrhunderts, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Wien 2002).

36 Und litt wohl auch darunter, dass er von Jüngeren und Moderneren überholt worden war. Ein anschauliches Zeugnis davon ist seine „Anzeige“ an die Universität, die sich in seinem Personalakt erhalten hat (Archiv der Universität Wien, Med.Fak. 933), in der der alte Mann mit greisenhaft veränderter Schrift klagte, „dass er sich bisher mit dem indifferenten Titel eines Docenten begnügte“ (seit 1844, im Vorlesungsverzeichnis ab dem Studienjahr 1847/48 unter den außerordentlichen Vorlesungen genannt, über „theoretische und praktische Seelenheilkunde“). Gleichwohl war er vielfach geehrt, sowohl durch Ämter (1859 zuletzt Wahl für drei Jahre zum Dekan des Doktorerkollegiums der medizinischen Fakultät), als auch durch äußere Ehrungen (1847 geadelt, 1869 noch zu seinen Lebzeiten Aufstellung seiner Büste in der Irrenanstalt).

37 Der mit der Eröffnung 1853 berufene Anstaltsgeistliche Bruno Schön OFM hat sich als Brückenbauer zwischen Psychiatrie und Publikum verstanden, verschiedentlich darüber publiziert und dabei auch literarische Veduten über das Leben der Kranken in der Anstalt geliefert. Vgl. Eberhard GABRIEL, Psychiatrie und Seelsorge in Wien, 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts, in: Paul van Heyster, u. a. Hg., Die verborgene Kraft des Glaubens (Brixen 2011), 107–124. – Ab 1910 diente die Kapelle als Hörsaal der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik.

38 Die kaiserliche Verordnung über die Führung von staatlichen Irrenanstalten aus 1824 wurde durch das 1864 erlassene und mit 1865 in Kraft getretene Gesetz über die Übertragung der Zuständigkeit vom Staat auf die Länder (R.G.Bl. Nr. 22 aus 1864) außer Kraft gesetzt.

39 Das Gebäude besteht nach wie vor und dient seit Jahrzehnten musealen Zwecken, gegenwärtig im Rahmen des Naturhistorischen Museums. Das Gebäude auf dem Brünnefeld hingegen wurde 1974 im Zuge des Neubaus des Allgemeinen Krankenhauses gesprengt. Es war ab 1910 für die Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik und ab 1971 für die damals getrennten Kliniken für Psychiatrie beziehungsweise Neurologie genützt worden.

40 Josef BERZE, Bauliche Beschreibung und Geschichte der alten Anstalt, in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Festnummer aus Anlaß der Eröffnung der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflege-Anstalten „am Steinhof“ in Wien (1907), 9–14, hier 11.

Riedel hat 1858 die eingangs erwähnten „Ärztlichen Berichte“ über die ersten Jahre der Funktion der neuen Anstalt vorgelegt. Sie verfügte in ihrem Neubau über eine Kapazität von 480 Betten und im Turm und Lazarett als ihrer Pflegeanstaltskomponente über 340 Betten, zusammen also 820. Zählt man dazu noch die langsam steigende Kapazität in Ybbs von etwa 300 Betten, so verfügte das Land Niederösterreich Anfang der 1850er Jahre mit über 1.000 Betten bereits um eine gegenüber der Situation unter Joseph II. um das Vierfache erhöhte Kapazität bei einem Bevölkerungszuwachs im selben Zeitraum um etwa das Eineinhalbfache.⁴¹ Aus den von Viszánik und Riedel⁴² publizierten Daten lassen sich die verschiedenen Einflussfaktoren auf die diesen Kapazitätswüchsen entsprechende Zunahme der Anzahl psychiatrisch hospitalisierter Einwohner/-innen nicht klar erkennen. Diesbezüglich ist aber zu beachten: (1) Riedel bezeichnet die nicht nach Wien zuständigen unter den aufgenommenen Kranken als „Fremde“;⁴³ die neue Anstalt verstand sich also offenbar in erster Linie für Wien und nicht so sehr für ganz Niederösterreich zuständig.⁴⁴ (2) Nach den nach Niederösterreich zuständigen Kranken waren vor allem aus den benachbarten Kronländern Böhmen und Mähren – als wichtigen Herkunftsländern des damaligen Zuzugs in die Metropole – stammende Kranke wie schon im Vormärz⁴⁵ die größte Gruppe.⁴⁶ (3) Diesem Selbstverständnis hat die große Zahl von Transferierungen in andere Anstalten nach der Ortszuständigkeit der Kranken entsprochen.⁴⁷ (4) Die Zahl der jährlichen Aufnahmen in die Wiener Anstalt hatte vor der Eröffnung der neuen Anstalt geschwankt und lag bei durchschnittlich 128 nach Wien Zuständigen und 197 aus anderen Kronländern Stammenden. Schon im „Solarjahr 1852“⁴⁸ war sie auf 213 beziehungsweise 306 angestiegen und lag in den ersten Jahren nach der Eröffnung, 1853–1856, ziemlich gleichförmig bei durchschnittlich 210 beziehungsweise 373. (5) Es hängt offenbar nicht nur (aber auch⁴⁹) mit den Verlaufstypen der Störungen, sondern eben mit der Stellung der Wiener Anstalt im Gesamtsystem der Anstalten in der Monarchie und den Transferierungen in diesem System zusammen, dass entgegen der stereotypen Erwartung überwiegend langer Aufenthalte die

41 Das Verhältnis der Zahl verfügbarer Betten zur Bevölkerung errechnet sich für die Zeit um 1800 mit 0,024 %, unter Nutzung der Ergebnisse der Volkszählung von 1869 für jenes Jahr mit 0,065 %.

42 Siehe die Literaturangaben in den Anm. 12 und 13.

43 RIEDEL, *Ärztliche Berichte*, wie Anm. 13, 318.

44 Dem entspricht auch, dass seit den 1830er Jahren in Ybbs direkte Aufnahmen aus den umliegenden Bezirken möglich waren. Dort befanden sich im Übrigen ganz überwiegend Kranke aus Niederösterreich einschließlich Wiens. Siehe WEITZENBÖCK / HAMMER, *Therapiezentrum Ybbs*, wie Anm. 33, 29.

45 Vgl. VISZÁNIK, *Leistungen*, wie Anm. 12, 84 und Tabelle I.

46 RIEDEL, *Ärztliche Berichte*, wie Anm. 13, 318.

47 Vgl. ebd., 305.

48 Ebd., 318.

49 Dafür spricht vor allem der hohe Anteil an „Trübsinn“ Leidenden, erheblich mehr Frauen als Männer: 20,6 % unter den im Berichtszeitraum Aufgenommenen (ebd., 322.). Diese Diagnose ist vermutlich weitgehend mit der späteren Melancholie und jetzigen Depression als einer Hauptform einer affektiven Psychose gleichzusetzen, also einer episodisch verlaufenden Erkrankung mit einer durchschnittlichen Episodendauer von Monaten; dieses Störungsbild wurde in der Geschichte der psychiatrischen Klassifikation viel gleichförmiger behandelt als andere Störungsbilder, auch als ihr Gegenpol: die Manie, welches Wort bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts heute als verschiedene angesehene Störungen bedeuten konnte. Siehe: Jules ANGST, *Manie*, in: Christian Müller, Hg., *Lexikon der Psychiatrie* (Berlin u. a. 1986), 436–438. Solche in moderner Nomenklatur als manisch bezeichnete Verstimmungszustände machen sicher einen erheblichen Anteil der mit 32,6 % noch zahlreicher ausgewiesenen Manien aus.

tatsächliche Verweildauer bei 8 % der jährlichen Aufnahmen nur bis zu 14 Tagen, bei weiteren 36 % bis zu drei Monaten, bei 34 % zwischen drei Monaten und einem Jahr, bei 10 % bis zu zwei Jahren und 12 % über zwei Jahre betragen hat.⁵⁰ (6) Soziologisch gehörten die Kranken grundsätzlich allen Schichten an, quantitativ aber vor allem der Unter- und unteren Mittelschicht (zugeordnet nach den Berufen): „Gewerb- und Handwerkerstand“, Dienstleute und Tagelöhner, „Landleute, Gärtner und dergleichen“ (worunter offenbar nur ein Teil dem Bauernstand angehörte) sind, soweit Daten publiziert sind,⁵¹ die bei Weitem häufigsten Berufsstände, dann folgen Angehörige des Beamten- und des Handelsstandes. Ärzte und Apotheker, Angehörige des geistlichen Standes, Militärpersonen, Künstler und Privatiers kommen in jedem Jahr nur vereinzelt vor.

In den auf die Eröffnung der Anstalt auf dem Brünnefeld folgenden zwei Jahrzehnten erfolgten vor allem vier sehr unterschiedliche, wichtige Entwicklungsschritte: zum Ersten die schon erwähnte Übergabe der bis dahin als Staatsanstalten geführten Einrichtungen in die Verantwortung der Länder⁵² in den 1860er Jahren; zum Zweiten die Verselbständigung der Ybbs- und Filiale zu einer eigenen (nun schon) „Landes-Irrenanstalt“ 1862; zum Dritten, 1870, die Aufgabe des Irrenturms und der Ersatz seiner Kapazität (250 Betten) durch eine weitere Anstalt in Klosterneuburg – in einer früheren Fabrik, die zuletzt als Landes-Siechen- und Versorgungsanstalt genutzt worden war; und zum Vierten die Errichtung einer ersten Psychiatrischen Universitätsklinik in der Form einer Abteilung der Irrenanstalt und eines Lehrstuhles für Psychiatrie 1870, die bis zur Übersiedlung der Irrenanstaltsfunktionen in die neuen Anstalten Am Steinhof 1907 Bestand hatte.⁵³ In den gleichen inhaltlichen Zusammenhang, nämlich die Etablierung einer akademischen psychiatrischen Szene, gehört auch die 1868 erfolgte Gründung des Vereines für Psychiatrie und forensische Psychologie (ab 1893: „für Psychiatrie und Neurologie“) auf Initiative von Joseph Gottfried Riedel, damals Direktor der Irrenanstalt und dann erster Präsident des Vereines, Max Leidesdorf (1818–1889), damals a. o. Professor für Psychiatrie ohne Lehrstuhl, und Theodor Meynert, damals „Privatdocent und Prosektor“ der Irrenanstalt.⁵⁴ Auch Ludwig Schlager (1828–1885, ab 1873 dann Direktor der Wiener

50 RIEDEL, *Ärztliche Berichte*, wie Anm. 13, 320 (Tabelle Verpflegsdauer).

51 VISZÁNIK, *Leistungen*, wie Anm. 12, 82 und Tabelle G; RIEDEL, *Ärztliche Berichte*, wie Anm. 13, 317.

52 Siehe Anm. 38.

53 1875 wurde im Verband des Allgemeinen Krankenhauses für den ersten Lehrstuhlinhaber Theodor Meynert (1833–1892) eine 2. Psychiatrische Universitätsklinik errichtet. Vgl. LESKY, *Wiener Medizinische Schule*, wie Anm. 10, 380. Ich gehe im Folgenden auf diese komplizierte Geschichte nicht mehr ein. Es ist dies die Klinik, in der Sigmund Freud (1856–1939) Mitte der 1880er Jahre gearbeitet hat, auf die sich Arthur Schnitzler (1862–1931) in seiner Autobiographie bezieht – Arthur SCHNITZLER, *Jugend in Wien* (Frankfurt 1981), hier 260–261 –, und die noch Anfang des 20. Jahrhunderts, damals unter der Leitung von Julius Wagner-Jauregg (1857–1940), die Kritik von Emil Kraepelin (1856–1926) wegen ihres schlechten Zustandes auf sich zog: Emil KRAEPELIN, *Lebenserinnerungen*“ (Berlin–Heidelberg 1983), 177.

54 Vgl. Heinrich OBERSTEINER, *Grundzüge einer Geschichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien in den ersten fünfzig Jahren seines Bestandes (1868–1918)*, in: *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 39 (1918), 1–46.

Irrenanstalt) hat sich schon 1868/69 sehr positiv über die beispielhaft großzügige Errichtung der Wiener Anstalt geäußert, gleichzeitig aber deutlich zu erkennen gegeben, wie kontrovers und von Partikularinteressen die Frage des Ersatzes der Kapazität des Irrenturmes diskutiert wurde.⁵⁵

Die dritte Generation um 1900

Damit nähern wir uns der Schwelle zur dritten Generation niederösterreichischer öffentlicher Einrichtungen zur Aufnahme von Geisteskranken, für die das Wort Irrenanstalt nicht mehr verwendet wurde. Ihre Grundform wurde mit dem Wort „Heil- und Pflgeanstalt(en) für Geistesranke“ gefasst. Im Hinblick auf die Unzukömmlichkeiten der Versorgung „Geistes-sieher“, für die an sich die Gemeinden beziehungsweise die Armenbezirke zuständig waren, hat der niederösterreichische Landtag 1897 beschlossen, die Obsorge für unheilbare Geistes-krankte freiwillig, jedoch unter Aufrechterhaltung der prinzipiellen Gemeindezuständigkeiten, durch das Land zu übernehmen. Dementsprechend wurde beschlossen, dass in Hinkunft jede niederösterreichische öffentliche Anstalt aus drei Komponenten zu bestehen habe: einer Heil-anstalt, einer Pflgeanstalt und einer landwirtschaftlichen Kolonie. Diesem Konzept folgte zuerst die im Zusammenhang mit dem 50-jährigen Regierungsjubiläum von Kaiser Franz Joseph errichtete Anstalt in Mauer-Öhling, die 1902 eröffnet wurde.⁵⁶

Davor mussten wegen des stetig zunehmenden Bedarfes in den 1880er und frühen 1890er Jahren die Kapazitäten der bestehenden Anstalten erweitert und zwei neue Standorte in Kierling-Gugging (jetzt Stadtteil von Klosterneuburg, 1885 zunächst als Filiale der Wiener Anstalt, ab 1890 selbständige Irrenanstalt) und Langenlois (1891 für mit Trachom behaftete Geistes-krankte, 1902 aufgelassen) eingerichtet werden.⁵⁷ Dadurch war der Bettenstand in den nieder-österreichischen Anstalten am Ende des Jahrhunderts auf 2.444 gestiegen (Wien: Erweiterung 1888 auf 700; Ybbs: Erweiterung 1883 auf 450; Klosterneuburg: Erweiterungen 1876, 1893 und zuletzt 1895 auf 510; Kierling-Gugging: Erweiterung 1896 auf 600; Langenlois: unver-ändert 184). Das hat bezogen auf die Bevölkerung einer Bettenkapazität von 0,087 % entspro-chen.⁵⁸ Tilkowsky hat in seinem diesbezüglichen Beitrag auch zu den Gründen dieses steigen- den Bedarfes Stellung bezogen und neben dem Bevölkerungszuwachs auf die „erhöhte und verständnisreichere Fürsorge für die Geisteskranken“ hingewiesen, „welche in früheren Zeiten der wohlthätigen Anstaltspflege zum grossen Theile entbehren mussten“.⁵⁹ Diese optimistische

55 Ludwig SCHLAGER, Der heutige Stand der öffentlichen Irren-Fürsorge in Österreich, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1 (1868/69), 159–172. Darin hat er auch ausführlich und kritisch auf das Betreuungskonzept der landwirtschaftlichen Irrenkolonien Bezug genommen, das 30 Jahre später im Umkreis mancher niederöster-reichischer Anstalten Bedeutung gewinnen sollte.

56 Fedor GERENYI, Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich, in: Psychiatrisch-Neurologische Wochen-schrift. Festnummer aus Anlaß der Eröffnung der niederösterreichischen Landes-Heil-und Pflge-Anstalten „am Steinhof“ in Wien (1907), 4–9, hier 7.

57 Vgl. GABRIEL, Einleitung, wie Anm. 7, 10.

58 TILKOWSKY, Öffentliches Irrenwesen, wie Anm. 14, 366 und 374. In dieser Zahl sind die etwa 300 Betten in den fünf Privatirrenanstalten, alle im Raum Wien, nicht berücksichtigt. Deren Geschichte ist bislang nur kursorisch beschrieben in GABRIEL, Einleitung, wie Anm. 7, 12–14.

59 TILKOWSKY, Öffentliches Irrenwesen, wie Anm. 14, 376.

Interpretation deckt sich mit seiner – vermutlich auch dem Anlass seiner Schrift, dem Regierungsjubiläum des Kaisers, geschuldeten – Sicht der Entwicklung der (nieder)österreichischen Irrenanstalten:

„Es ist gewiss eine merkwürdige Fügung des Schicksales, dass die zwei wichtigsten Phasen der österreichischen Irrenanstalten, die der Gründung und der Reform, sich an die Namen der zwei mächtigsten Monarchen Oesterreichs knüpfen. [...] Das Jahr 1848, für die politischen Verhältnisse höchst bedeutungsvoll, bildet auch gewissermassen den Wendepunkt in der Geschichte der österreichischen Irrenanstalten, und die 50jährige Regierungszeit unseres Monarchen ist zugleich ihre goldene Aera. In dieser Zeit wurde die Psychiatrie das, was sie heute ist, eine wirkliche, auf den Principien der Wissenschaft und Humanität aufgebaute Irrenheilkunde. Das Wesen der Reform aber bestand neben einer erheblichen Vermehrung und zeitgemässen Umgestaltung der Irrenanstalten in der Einführung jener Organisationen, welche den Begriff der modernen Irrenbehandlung ausmachen.“⁶⁰

Die Umsetzung der eigentlich innovativen Maßnahmen lag zur Jahrhundertwende zwar in der Luft, die Realisierung stand aber noch aus. Die Errichtung der beiden neuen Heil- und Pflegeanstalten – 1902 in Mauer-Öhling im Westen des Landes (mit der Unterstellung der nahen Ybbs- Anstalt als deren Pflegeanstalt), eröffnet als „Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt“,⁶¹ und 1907 der „Landes-Heil- und Pflege-Anstalten Am Steinhof“ (wie der ursprüngliche Titel lautete) – waren der Höhepunkt nicht nur dieser institutionellen Entwicklung, sondern auch einer über die Erweiterung der Kapazitäten und die Verbesserung der Unterbringung hinausgehenden Reform.⁶² Auch architektonisch veränderte sich das Bild: Beide Anstalten wurden ästhetisch und technisch auf der Höhe der Zeit im Pavillonstil unter weitgehend ornamentaler Anordnung der Gebäude und Wege errichtet. Die interne „Platzierung“ der Kranken sollte dem Stadium der Erkrankung beziehungsweise des Behandlungsprozesses folgen; entsprechend wurden Pavillons für streng zu überwachende von solchen für nur teilweise zu überwachende Kranke („Zwischenpavillons“) sowie jenen in der „Colonie“ für beschäftigungsfähige Kranke unterschieden; den dort Untergebrachten sollte dann die Perspektive auf

60 Ebd., 365.

61 N. N., Die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflege-Anstalt in Mauer-Öhling. Festschrift herausgegeben vom n.-ö. Landesausschusse (o. O. 1902). Dort wurden auch zum ersten Mal in Niederösterreich die sogenannte Familienpflege realisiert, also die Unterbringung von chronisch kranken Pflegelingen in Pflegefamilien unter der regelmäßigen Aufsicht der Anstalt und einer „landwirtschaftlichen Kolonie“, eines Maierhofes, auf dem die Pflegelinge lebten und arbeiteten. Vgl. Leslie TOPP / Sabine WIEBER, Architecture, Psychiatry and the Rural Idyll. The Agricultural Colonia at Kierling-Gugging, in: Eberhard Gabriel / Martina Gamper, Hg., Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009), 109–120.

62 Diese betraf auch das Personal, besonders durch eine neue Besoldungsordnung der Ärzte, die die Voraussetzung für eine größere Stabilität des ärztlichen Personals war: BERZE, Beschreibung, wie Anm. 40, 14. Bezüglich des Pflegepersonals vgl. Sophie LEDEBUR, Die historischen Lebens- und Arbeitswelten der Pflegenden der Wiener psychiatrischen Anstalten Am Steinhof im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, in: Eberhard Gabriel, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto-Wagner-Spital (Wien 2007), 207–220.

Familienpflege offenstehen.⁶³ Mit ursprünglich 1.000 Betten in Mauer-Öhling und 2.200 Am Steinhof⁶⁴ erfolgte neuerlich eine bedeutende Vermehrung der Bettenkapazität, die in den folgenden Jahren bis zum Ersten Weltkrieg an beiden Standorten noch fortgesetzt werden musste.⁶⁵ Ihre weitere Geschichte betrifft nicht mehr das 19. Jahrhundert und ist im Übrigen gut dokumentiert, vor allem für die „Anstalt Am Steinhof“ (wie dann der Titel lautete), sodass hier der Hinweis darauf genügt.⁶⁶

Am Ende des 19. Jahrhunderts war es also gegenüber der Situation im späten 18. Jahrhundert zu einer Verzehnfachung der verfügbaren – und immer noch nicht nachhaltig ausreichenden – Kapazitäten und zu einer Verfünffachung der Standorte mit einem Schwerpunkt in und um Wien im östlichen Landesteil und einem in Mauer-Öhling und Ybbs im westlichen Landesteil gekommen. Überall war der Schritt von der einem Gefängnis gleichenden räumlichen Umwelt im Irrenturm zu den die Sicherheitsmaßnahmen stark differenzierenden Bedingungen in den neueren Anstalten gemacht worden, wenn auch an keinem Standort das sogenannte „no restraint-System“, also der vollkommene Verzicht auf die Bewegungsfreiheit einschränkende Maßnahmen, vollständig umgesetzt werden konnte.⁶⁷

Diese Entwicklung folgte in Ansätzen schon früh den Differenzierungen, die am Ende des Jahrhunderts als Wille des Trägers formuliert wurden: nämlich die Differenzierung nach Heil- und Pflegeanstaltskomponenten und landwirtschaftlich orientierten Teilen (in entwickelter Form: „Kolonien“). Die Kranken sollten im Verlauf ihrer Behandlung eine systematische Reihe von Strukturen durchwandern, in der zunehmender Beschäftigungsfähigkeit (mit dem Ziel der Arbeitsfähigkeit) die zunehmende Bewegungsfreiheit und alltagsnahe Ausstattung der Räume entsprechen sollte. Das Ziel war Individualisierung der Behandlung. Dieses Prinzip wurde allerdings nicht nur der Not halber in überlasteten und womöglich schlecht ausgestatteten Einrichtungen, sondern schon in der Formulierung von Behandlungsprinzipien durch den Gründungsdirektor des Steinhof gleichsam programmatisch für die chronisch Kranken in den

63 N. N., Die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflege-Anstalt in Mauer-Öhling, wie Anm. 60, 33–39. Das gilt auch für die Anstalten am Steinhof, mit der Einschränkung, dass hier wegen der anderen Lebensbedingungen in der Großstadt keine Familienpflege eingerichtet werden konnte.

64 Einschließlich des nur hier als eigene „Anstalt“ errichteten und in der Anlage abgesonderten Sanatoriums für Privatpatienten.

65 Vgl. GABRIEL, Einleitung, wie Anm. 7, 11–12.

66 Für Mauer-Öhling: Peter H. KUNERTH, Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling, in: Eberhard Gabriel / Martina Gamper, Hg., Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009), 99–108. Für Am Steinhof neben den schon zitierten Schriften vor allem die kultur- und architekturgeschichtlichen Arbeiten von Gemma BLACKSHAW / Leslie TOPP, Hg., Madness and Modernity. Mental Illness and the Visual Arts in Vienna 1900 (Farnham 2009, deutschsprachige Ausgabe unter gleichem Titel: Wien 2009); Caroline JÄGER-KLEIN / Sabine PLAKOLM-FORSTHUBER, Hg., Die Stadt außerhalb. Zur Architektur der ehemaligen Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke und Nervenranke Am Steinhof in Wien (Basel 2015). Im Hinblick auf die Praxis Eberhard GABRIEL, Die Praxis der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof 1907–1918, in: Eberhard Gabriel / Martina Gamper, Hg., Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009), 61–72.

67 Die dafür vermutlich wesentlich verantwortlichen ungünstigen Bedingungen in immer bald wieder überfüllten Räumen, in denen die psychisch Kranken – an sich schon für sich und andere schwierige Menschen – zusammengepfercht werden mussten, wurden zwar sozusagen als Komfort- und Humanitätsmängel, nicht aber in ihrer fatalen systemischen Wirkung auf Erleben und Verhalten der Kranken erkannt. Das war erst unter Berze Jahrzehnte später anders – und blieb auch da wohl wegen der Zeitumstände unverändert.

Pflegeanstaltsteilen relativiert und auf die akut Kranken beschränkt.⁶⁸ Es war unbestritten, dass die Ärzte in diesen Institutionen das Sagen hatten, wenn auch gewisse Spannungen zwischen diesen und den Verwaltungsbeamten bestanden haben dürften.⁶⁹ Baulich war man nach dem Turm am Ende des 18. Jahrhunderts und dem Schloss in der Mitte des 19. Jahrhunderts an dessen Ende bei ausgedehnten Gemeinwesen mit im Areal ornamental angeordneten Häusern (Pavillons) samt Wegen und einer umfangreicheren Infrastruktur gelandet. In diesen Formen bestanden fast alle diese Institutionen bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts, in der sie sich nur verzögert und langsam von dem in der Zeit des Nationalsozialismus erfolgten Einbruch erholt, schließlich aber weitgehend verändert haben.⁷⁰

Zusammenfassung

Die skizzierte Entwicklung über den in diesem Zusammenhang langen Zeitraum von 100 Jahren bedeutet: institutionelle Differenzierung; auch im Vergleich mit der Bevölkerungszunahme im gleichen Zeitraum enorme Kapazitätswachse (die sich danach noch fortgesetzt haben); Abkehr von der reinen gefängnisähnlichen Gefahrenabwehr, freilich ohne wirklich „no restraint“ zu erreichen; Professionalisierung der ärztlichen und auch der pflegerischen Mitarbeiter/-innen; bedeutende Zunahme an Komfort und Ästhetik (dem die immer wieder eintretende Überfüllung entgegenwirkte); Status als selbständige Anstalten des Gesundheits- und Sozialwesens außerhalb von allgemeinen Krankenanstalten (im Gegensatz zu den Universitätskliniken als Teile der Universitätskrankenhäuser), daher mit einer Zuständigkeit sowohl für akut als auch chronisch Kranke (sogenannte „Pflegefälle“). Die Anstalten erwiesen sich in der Folge sowohl als Immobilien als auch hinsichtlich ihrer organisatorischen Struktur und der Erfüllung von Funktionen als „zukunftsfähig“ bis weit über den Zweiten Weltkrieg hinaus, freilich unter den Bedingungen, welche die nationalsozialistischen Medizinverbrechen in der Psychiatrie in den frühen 1940er Jahren hinterlassen hatten, und ihrer nach 1945 sogar im Vergleich mit den allgemeinen Krankenhäusern zunehmende Vernachlässigung, was ihre Ressourcen betrifft.⁷¹

68 Vgl. Heinrich SCHLOSS, Die Organisation des ärztlichen Dienstes in den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“, in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Festnummer aus Anlaß der Eröffnung der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflege-Anstalten „am Steinhof“ in Wien (1907), 27–32; vgl. GABRIEL, Die Praxis der Heil- und Pflegeanstalten, wie Anm. 66, 66. Sehr drastisch heißt es auf der gleichen Linie im Schlussabsatz der Beschreibung der neuen Anstalt in Mauer-Öhling: „Zum Zwecke der Ausscheidung aller nicht in das Gebiet einer rationellen Irrenpflege gehörigen, weil letztere hindern- de[n] Elemente, ist der Heilanstalt Mauer-Öhling die Pflegeanstalt Ybbs angegliedert, welche unter der Leitung der ersteren steht und unheilbare Alkoholiker, geistesgestörte Verbrecher und alle jene Kranken aufzunehmen bestimmt ist, bei denen sich während des Aufenthaltes in Mauer-Öhling jede Aussicht auf Heilung oder Erlangung einer Beschäftigungsfähigkeit als ausgeschlossen erwiesen hat.“ N. N., Die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflege-Anstalt in Mauer-Öhling, wie Anm. 62, 47.

69 Vgl. Eberhard GABRIEL, Psychiatrie in Wien um 1900 im Spiegel des III. Internationalen Kongresses für Irrenpflege, Wien, Oktober 1908, in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 15 (2009), 65–80, hier 74.

70 Vgl. Eberhard GABRIEL, Die Bedeutung der NS-Euthanasie in der Gegenwart der österreichischen Psychiatrie, in: Neuropsychiatrie 15 (2001), 92–97.

71 Vgl. GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe, wie Anm. 17; Gustav SCHÄFER, Finanzströme spiegeln die Gesellschaft wider – finanzielle und personelle Ressourcen der Psychiatrie in Wien zwischen 1946 und 1970, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 14, Schwerpunktthema: Gesellschaft und Psychiatrie in Österreich 1945 bis ca. 1970 (2016), 335–342.

Information zum Autor

Univ. Prof. Dr. Eberhard Gabriel, Universitätsprofessor (Psychiatrie), Dr. med., ehemaliger
Ärztlicher Direktor des Otto Wagner-Spitals in Wien, Probusgasse 5, 1190 Wien, Österreich,
E-Mail: eberhard.gabriel@gmx.at

Forschungsschwerpunkte: Psychiatrie in Österreich, vor allem Wien, um 1900 und 1938 /
1945 / 1970

Felicitas Söhner / Thomas Becker / Heiner Fangerau¹

Psychiatrische Versorgung älterer Patientinnen und Patienten nach der „Aktion T4“ am Beispiel Bayerisch-Schwabens

English Title

Psychiatric Care of Elderly Patients after the “Action T4” – the Example of Bavarian Swabia

Summary

In Bavarian psychiatric hospitals approximately 15,000 people with mental handicaps and mental illnesses were killed after the end of the so-called “Action T4”. Targeted death of mentally ill patients in numerous psychiatric institutions continued. Death from starvation was one of the strategies of so-called “decentralized” or “regionalized euthanasia”. The aim of the present study was to analyse psychiatric care of elderly patients in the time of “regionalized euthanasia” using the examples of the Bavarian-Swabian psychiatric hospitals in Günzburg and Kaufbeuren.

Based on files of elderly patients from the archives of the district hospitals in Günzburg and Kaufbeuren as well as annual reports of both institutions spanning the years 1933 to 1952 we analysed whether criteria of “regionalized euthanasia” were fulfilled among elderly patients.

Sources indicate that the focus was on patients’ needs for care and efficiency after the end of T4. There was a practice of “decentralized euthanasia” in some psychiatric institutions. With the Bavarian decree of starvation diet (Hungerkosterlass) food for all patients who were unable or unwilling to work was greatly reduced. There was an “opaque” transition zone from undersupply to active decentralized killing of patients.

Keywords

National Socialism, “Action T4”, Kaufbeuren, Günzburg, Euthanasia, file analysis

¹ Wir danken Prof. Dr. Michael von Cranach außerordentlich für seine Unterstützung und Hinweise zum Manuskript.

Einleitung

Zwischen 1939 und 1945 wurden über 220.000 psychisch kranke, geistig und körperlich behinderte Menschen Opfer der NS-„Euthanasie“.² Die Mordaktionen fanden in verschiedenen Phasen und Organisationsgraden statt: Neben der Ermordung von Heranwachsenden in den sogenannten „Kinderfachabteilungen“ von 1939 bis 1945 standen die systematische Ermordung erwachsener Patientinnen und Patienten in einer der sechs Tötungsanstalten in der „Aktion T4“ 1940/41 sowie die dezentrale Tötung von Bewohnerinnen und Bewohnern der Heil- und Pflegeanstalten.³ Nach bisherigen Erkenntnissen wurden in Bayern mindestens 7.600 Menschen Opfer der sogenannten „Aktion T4“;⁴ die Zahl aller „Euthanasie“-Opfer dürfte diese Zahl deutlich übersteigen.⁵ Die Heil- und Pflegeanstalt (HuPfA) Günzburg in Bayerisch-Schwaben nahm in jenen Jahren die Funktion einer sogenannten „Zwischenanstalt“ ein, in die Patientinnen und Patienten aus anderen psychiatrischen Institutionen verlegt wurden, um deren Verbleib und ihr späteres Schicksal in den Gasmordanstalten zu verschleiern.⁶ Aus der Einrichtung in Günzburg wurden zwischen Juli 1940 und Juli 1941 in fünf Transporten insgesamt 394 psychisch kranke Menschen in die Tötungsanstalten Grafeneck, Hartheim bei Linz und Sonnenstein verbracht.

Nach dem Ende der „Aktion T4“ hörte auch in Bayern an zahlreichen psychiatrischen Einrichtungen das gezielt herbeigeführte Sterben psychisch Kranker nicht auf. Die Insassinnen und Insassen der Heil- und Pflegeanstalten wurden durch Vernachlässigung, Mangelkost und Medikamentenüberdosierungen ums Leben gebracht. Im November 1942 ordnete das Bayerische Innenministerium im sogenannten „Bayerischen Hungerkost-Erlass“ an, nicht arbeitenden Bewohnerinnen und Bewohnern psychiatrischer Einrichtungen eine möglichst fleisch- und fettlose Ernährung zu geben. Die Verabreichung der Hungerkost bewegt sich in der Grauzone zwischen einer Inkaufnahme des Sterbens und gezielt-willentlichem Einsatz von Mangelernährung zum Zweck des Tötens.⁷ Häufig führte die Hungerkost nämlich zu Tod durch Unterernährung oder durch mit Unterernährung assoziierte Krankheiten, wie zum Beispiel die Tuberkulose.⁸ Das Sterbenlassen durch Verhungern gehörte zu einer der Strategien der soge-

2 Vgl. Heinz FAULSTICH, Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer, in: Andreas Frewer / Clemens Eickhoff, Hg., „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfedebatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik (Frankfurt a. M. 2000), 218–233; Heinz FAULSTICH, Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie (Freiburg im Breisgau 1998), 241.

3 Das Hungersterben begann in Sachsen bereits 1938; dort starben auch schon während der „Aktion T4“ Patientinnen und Patienten dezentral, z. B. in den Zwischenanstalten. Vgl. Hans Walter SCHMUHL, Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus (Berlin 2015), 288.

4 Vgl. Michael VON CRANACH / Hans-Ludwig SIEMEN, Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945 (München 2012), 459.

5 Vgl. Sibylle VON TIEDEMANN, Dezentrale „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Egling-Haar. Eine Untersuchung der Münchner Todesfälle 1939–1945, in: Gerrit Hohendorf u. a., Hg., Die „Euthanasie“-Opfer zwischen Stigmatisierung und Anerkennung. Forschungs- und Ausstellungsprojekte zu den Verbrechen an psychisch Kranken und die Frage der Namensnennung der Münchner „Euthanasie“-Opfer (= Berichte des Arbeitskreises / Arbeitskreis zur Erforschung der Nationalsozialistischen Euthanasie und Zwangssterilisation 10, Münster 2014), 34–51.

6 Vgl. Felicitas SÖHNER u. a., Nach der „Aktion T4“. Regionalisierte Euthanasie in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg, in: Der Nervenarzt 87/8 (2016), 1. [DOI: 10.1007/s00115-016-0190-1].

7 Vgl. FAULSTICH, Hungersterben, wie Anm. 2.

8 Vgl. CRANACH / SIEMEN, Psychiatrie, wie Anm. 4, 459; FAULSTICH, Die Zahl, wie Anm. 2, 218–233.

nannten „dezentralen“ bzw. „regionalisierten Euthanasie“ nach dem Ende der „Aktion T4“. Eine Schwierigkeit der Analyse von Vorgängen der „dezentralen“ oder „regionalisierten Euthanasie“ besteht darin, dass die Ermordung der Opfer nicht direkt in den Akten dokumentiert wurde, sondern sich nur aus dem geschilderten Verlauf des Sterbens rekonstruieren lässt. Für Bayern liegen genauere Untersuchungen zur „regionalisierten Euthanasie“ für die Häuser Eglfing-Haar,⁹ Günzburg,¹⁰ Kaufbeuren und Irsee,¹¹ Klingenmünster¹² und Regensburg¹³ vor. Dieser Beitrag möchte diese Studien um eine Untersuchung der in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg untergebrachten Patientinnen und Patienten ergänzen, dabei aber ein besonderes Augenmerk auf ältere Personen richten (hierunter fassen wir für den vorliegenden Kontext pauschal Personen über 60 Jahre).¹⁴

Auch „alte“ Menschen wurden Opfer der „regionalisierten Euthanasie“. Wir möchten in diesem Beitrag zum einen danach fragen, welche älteren Menschen aus welchen Gründen überhaupt in einer psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt untergebracht waren. Zum anderen möchten wir prüfen, ob in Bezug auf diese älteren Patientinnen und Patienten Auffälligkeiten in der Altersverteilung, hinsichtlich der Neuaufnahmen, der Sterberaten und -ursachen zu verzeichnen sind. Auf eine kurze Schilderung der Verhältnisse in Bayerisch-Schwaben nach der „Aktion T4“ – mit besonderem Blick auf ältere Patientinnen und Patienten – erfolgt zu diesem Zweck eine Analyse der noch vorhandenen Patientendaten. Als Quellen dienten Akten älterer Patientinnen und Patienten aus den Archiven der Bezirkskrankenhäuser in Günzburg und Kaufbeuren sowie Jahresberichte der beiden Einrichtungen aus den Jahren 1933 bis 1952.

Situation nach der „Aktion T4“ in Bayerisch-Schwaben

Mit dem Abbruch der „Aktion T4“ endeten die nationalsozialistischen „Euthanasie“-Maßnahmen nicht; auch bedeutete der Stopp nicht das Ende der organisatorischen Strukturen von „T4“.¹⁵ Vielmehr verlagerten sich die Tötungen psychisch kranker Menschen dezentral in die

-
- 9 Vgl. CRANACH / SIEMEN, *Psychiatrie*, wie Anm. 4; Bernhard RICHARZ, *Heilen, pflegen, töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus* (Göttingen 1987); Volker ROELCKE / Sascha TOPP / Etienne LEPICARD, *Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics* (= *Formen der Erinnerung* 59, Göttingen 2015); Gerhard SCHMIDT, *Selektion in der Heilanstalt* (Stuttgart 1965); TIEDEMANN, *Dezentrale „Euthanasie“*, wie Anm. 5.
- 10 Vgl. SÖHNER u. a., *Nach der „Aktion T4“*, wie Anm. 6.
- 11 Vgl. CRANACH / SIEMEN, *Psychiatrie*, wie Anm. 4; Hans-Walter SCHMUHL, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie* (Göttingen 1987).
- 12 Vgl. Gabriele CAPRANO-DIEHL, *Euthanasie-Verdacht in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster 1944 bis 1946* (Marburg 2012).
- 13 Vgl. Clemens CORDING, *Die Regensburger Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll im „Dritten Reich“*. Eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus (Würzburg 2000).
- 14 Felicitas SÖHNER / Michael von CRANACH / Heiner FANGERAU / Thomas BECKER, *Nach der „Aktion T4“*. „Regionalisierte Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg, in: *Der Nervenarzt* 16. August (2016), 1–8. [DOI 10.1007/s00115-016-0190-1].
- 15 Vgl. Brigitte KEPLINGER, *Regionalisierter Krankenmord. Voraussetzungen und Strukturen der nationalsozialistischen Patiententötungen außerhalb der zentral gesteuerten Programme*, in: Bertrand Perz u. a., Hg., *Schlussbericht der Kommission zur Untersuchung der Vorgänge um den Anstaltsfriedhof des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall in Tirol in den Jahren 1942 bis 1945* (Innsbruck 2014), 49–83, hier 57.

einzelnen Heil- und Pflegeanstalten. Kepplinger bemerkt in diesem Kontext die enthemmende, dammbruchartige Wirkung, die die „Aktion T4“ für die Beteiligten entfaltet habe. So seien nicht zufällig jene Regionen zu Schwerpunkten der „dezentralen Euthanasie“ geworden, die zuvor intensiv mit der organisierten „Euthanasie“ verstrickt waren.¹⁶

Durchführung und Ausmaß der „dezentralen Euthanasie“ waren eng verknüpft mit dem Verlauf des Krieges. Der intensiverte Luftkrieg 1942/43 löste in den betroffenen Regionen eine Krise in der medizinischen Versorgung aus. Durch den Mangel an Krankenhausbetten leiteten die Gesundheitsverwaltungen die Verdrängung chronisch Kranker ein. In der Versorgungshierarchie standen zuerst verwundete Soldaten, gefolgt von somatisch Kranken mit Heilungschancen; auf der untersten Ebene befanden sich alterskranke und terminal erkrankte Patientinnen und Patienten sowie die Bewohnerinnen und Bewohner der Heil- und Pflegeanstalten.¹⁷ Ab Mitte 1942 wurden Heil- und Pflegeanstalten sowie Altersheime zunehmend geräumt, um Platz für Luftkriegsverletzte zu schaffen. Verlegte Patientinnen und Patienten wurden in die sogenannten „Zwischenanstalten“ und „Sammelanstalten“ verlegt. Daneben hatte das abrupte Ende des „T4“-Programms und damit der organisierten Verlegungen dazu geführt, dass viele Menschen in den sogenannten „Zwischenanstalten“ verblieben. Die Sterberate dieser Patientengruppe lag höher als die der aus der Region aufgenommenen Patientinnen und Patienten.¹⁸

Der zunehmende Mangel an Ressourcen diente der Legitimation einer generellen Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker und insbesondere nicht arbeitsfähiger Menschen. Gleichzeitig hatte sich die Sterblichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner durch die verschlechterte Versorgungslage mit Lebensmitteln und Medikamenten, durch die Reduzierung von Heizmaterial, durch verschlechterte Pflege infolge Personalreduktion und durch die Überbelegung von Stationen allgemein erhöht.¹⁹

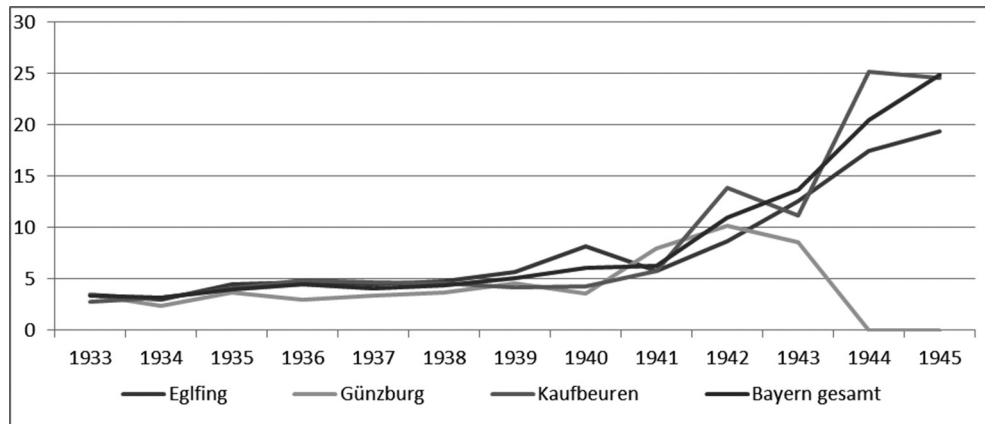
16 Vgl. ebd., hier 56 f.

17 Vgl. NEUGEBAUER, NS-Euthanasieaktionen. Ein Überblick, in: Bertrand Perz u. a., Hg., Schlussbericht der Kommission zur Untersuchung der Vorgänge um den Anstaltsfriedhof des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall in Tirol in den Jahren 1942 bis 1945 (Innsbruck 2014), 35–49, hier 46.

18 Vgl. CRANACH / SIEMEN, Psychiatrie, wie Anm. 4, 470.

19 Vgl. NEUGEBAUER, NS-Euthanasieaktionen, wie Anm. 17, 43.

Grafik 1: Sterberate in Heil- und Pflegeanstalten in Bayern 1933–1945. Vergleich Günzburg (Schwaben), Kaufbeuren (Schwaben), Eglfing-Haar (Oberbayern). Vgl. Felicitas SÖHNER u. a., Nach der „Aktion T4“, wie Anm. 6



Bayern galt als eine der Schwerpunktregionen der „dezentralen Euthanasie“. Dort war wegen der Transporte aus den luftkriegsgefährdeten Gebieten und der Umnutzung des durch die „Aktion T4“ geleerten Anstaltsraumes die Situation zunehmend kritisch. In der Zeit zwischen September 1941 und Juli 1942 galt es in Bayern, 729 Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen zusätzlich unterzubringen. Die nach Günzburg verlegten Sammeltransporte kamen aus Eglfing-Haar (Oberbayern), Eickelborn (Westfalen), Hausen (Rheinland), Klingenstein (Pfalz), Lauingen (Schwaben), Maria Bildhausen (Unterfranken), Michelfeld (Oberpfalz), Rotenburg (Niedersachsen) und Schweinspoint (Schwaben).²⁰

Die Sterberate in den bayerischen Anstalten insgesamt stieg von 6,3 % im Jahr 1941, auf 10,9 % 1942, dann 1943 auf 13,6 %, 1944 auf 20,4 % und 1945 auf 24,8 % (Grafik 1).²¹ Die beschriebene signifikante Zunahme geht unter anderem auch auf den obengenannten „Hungerkosterlass“ (1942) zurück, eine Anordnung des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren zur Reduzierung des Patientenbestandes.

Im Anschluss an ein Treffen der bayerischen Anstaltsdirektoren zur Besprechung der Ernährungslage in den stationären Einrichtungen verfügte das Ministerium am 30. November 1942, dass

„mit sofortiger Wirkung sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht diejenigen Insassen der Heil- und Pflegeanstalten, die nutzbringende Arbeit leisten oder in therapeutischer Behandlung stehen, ferner die noch bildungsfähigen Kinder, die Kriegsbeschädigten und die an Alterspsychosen Leidenden zu Lasten der übrigen Insassen besser verpflegt werden“.²²

20 Vgl. Felicitas SÖHNER, 100 Jahre psychiatrische Versorgung am Bezirkskrankenhaus in Günzburg, in: Thomas Düll u. a., Hg., Seele und Gehirn im Fokus – 100 Jahre Bezirkskrankenhaus Günzburg, Psychiatrie (Köln 2015) 44–97, hier 67.

21 Vgl. CRANACH / SIEMEN, Psychiatrie, wie Anm. 4, 470.

22 Vgl. RICHARZ, Heilen, wie Anm. 9, 174; FAULSTICH, Hungersterben, wie Anm. 2.

Diese Formulierung legt die Vermutung nahe, dass bei der Auswahl der „Lebensunwerten“ das Alter allein nicht als Selektionskriterium gelten konnte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Kriterien wie Pflegebedürftigkeit, „Asozialität“ und Arbeitsunfähigkeit größere Bedeutung hatten.²³

Eine ähnliche Haltung zu Kriterien der Ressourcenallokation nahm der Kaufbeurer Direktor Valentin Faltlhauser im Hinblick auf mögliche Ausnahmen ein. Bei einer Betriebsversammlung im Juni 1943 äußerte er:

„[...] alte Leute, die ein Leben lang gearbeitet haben und im Alter, statt wie ihre Berufskameraden sich der wohlverdienten Ruhe hingeben zu können, als Kranke in einer Heilanstalt ihr Leben fristen müssen. Für diese gilt meine strenge Anweisung, daß sie in der Normalkost zu verpflegen sind. Es bleiben für die E-Kost nur diejenigen Kranken, die für die Volksgemeinschaft nichts mehr leisten können und bisher auch noch nicht viel geleistet hatten und geistig nicht wußten, was sie aßen.“²⁴

Die beiden Äußerungen stehen in Kontrast zu nationalsozialistischen, bevölkerungspolitischen Maßnahmen, wie Ausmerze „Minderwertiger und Schwacher“, die der Gruppe nicht mehr arbeitsfähiger oder sogar pflegebedürftiger alter Menschen das Recht zum Leben absprach,²⁵ decken sich aber mit den Diskussionen der Hauptverantwortlichen zum Gesetz über die „Euthanasie“ bei unheilbar Kranken. Hier wurden zwar auch „senile Demente“ als potentielle Opfer angeführt, doch die Einbeziehung in die Aktion wurde an diverse Bedingungen geknüpft:²⁶ Die Betroffenen mussten „erheblich unsauber“ sein und durften „nicht in jüngeren Jahren besondere Leistungen für Volk und Reich erbracht haben“, daneben musste der Bedarf „einer dauernden Verwahrung in einer Heil- und Pflegeanstalt“²⁷ gegeben sein. Auch die T4-interne Begutachtungsrichtlinie vom 30. Januar 1941, erlassen von den beiden „Euthanasie-Beauftragten“ Karl Brandt und Philipp Bouhler, bestimmte aufgrund politischer Bedenken:

23 Vgl. Kenan IRMAK, *Der Sieche. Alte Menschen und die stationäre Altenhilfe in Deutschland 1924–1961* (= Veröffentlichungen des Instituts für Soziale Bewegungen, Schriftenreihe A, Darstellungen 20, Essen 2002), 386.

24 Zit. nach: CRANACH / SIEMEN, *Psychiatrie*, wie Anm. 4, 289.

25 Vgl. Brigitte MICHEL, *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Eine Diskursanalyse anhand zeitgenössischer Familienzeitschriften vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis in die Gegenwart*, unveröffentlichte Dissertation (Charité – Universitätsmedizin Berlin 2006), 72. „Eine Haltung, die exemplarisch zum Kampf gegen die Wohlfahrtssentimentalität gerade im Falle des Alters aufrief und in der die Trennung zwischen denjenigen alten Menschen, die noch in den Produktionsprozess eingegliedert werden konnten und denjenigen alten Menschen, die pflegebedürftig und auf Hilfe angewiesen waren, weiter zementiert wurde. Eingeleitet wurde diese Phase durch die im Juni 1939 durchgeführte erste große nationale ‚Tagung betreffend Altersfürsorge und Altersheime‘, an der zahlreiche Spitzenvertreter aus den sozial- und gesundheitspolitischen Bereichen teilnahmen. Das Ergebnis dieser Tagung war die Feststellung, dass die eigentliche Versorgung der alten Menschen innerhalb der Familie geschehen sollte, dass es aber für diejenigen Fälle, in denen diese Art der familiären Versorgung nicht möglich sein würde, zwei verschiedene Arten von Heimen geben sollte, die für alte und gesunde und die für alte und kranke Menschen.“ Ebd., 81.

26 Vgl. Karl Heinz ROTH, Hg., *Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über die Sterbehilfe“* (Berlin 1984), 130.

27 Gesetzesentwurf zum „Gesetz über Sterbehilfe für Lebensunfähige“. Vgl. SCHMUHL, *Rassenhygiene*, wie Anm. 11, 294; Achim THOM, Hg., *Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland* (Berlin 1985), 25.

„Bei Senilen größte Zurückhaltung. Nur bei dringenden Umständen, z. B. Kriminalität, Asozialität Einbeziehung.“ Die verschärfte Richtlinie vom 10. März 1941 regelte Folgendes: „Unter Senilen sind dabei nicht zu verstehen altgewordene Patienten mit Psychosen, die an sich unter die Aktion fallen, wie Schizophrenie, Epilepsie usw. In Sonderfällen soll bei Senilen Vorlage bei Herrn Jennerwein²⁸ erfolgen.“²⁹ Entsprechende Anweisungen gaben die zuständigen Behörden an die Anstaltsleiter weiter.³⁰ Irmak ist zuzustimmen, dass die Zitate erwarten ließen, dass bei der „Selektion“ die schmale Grenze zwischen Krankheiten im Alter und Krankheiten des Alters berücksichtigt werden sollte.³¹

Die hier erkennbaren politischen Bedenken fügten sich insofern in die Kriegspropaganda ein, als deutlich wurde, dass das Einordnen von alten pflegebedürftigen Menschen als „lebensunwert“ sich gegen das eigene Volk richten würde. Damit wäre jeder automatisch Gefahr gelaufen, im Alter zur „Ballastexistenz“ erklärt und ermordet zu werden.³² Kranke und gebrechliche Alte passten zwar nicht in das Raster der „aufbauenden Vorsorge“ des Nationalsozialismus,³³ doch verbliebene Elemente des „Normenstaates“ gewährten ihnen in einem gewissen Umfang Schutz, der im Laufe des Krieges zunehmend schwand.³⁴

Altersstrukturen in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg

Zur Altersverteilung im Patientenbestand der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg finden sich im untersuchten Quellenmaterial Angaben zu den Jahren 1940 bis 1943. In diesem Zeitraum lag der Anteil der Patientinnen und Patienten über 60 Jahren zwischen 17 % und 24 % des Patientenbestands. In absoluten Zahlen schwankte die Zahl zwischen 116 von 670 Personen Gesamtbestand im Jahr 1941 und 80 von 338 im Jahr 1943. Zu den späteren Phasen gibt es hierzu in den Jahresberichten keine Angaben (Grafik 2).

28 Deckname für Viktor Brack.

29 Vgl. Bundes-Archiv Koblenz All. Proz. 7, Nr. FC1807nP (12), Blatt 127398; Anika BURKHARDT, Das NS-Euthanasie-Unrecht vor den Schranken der Justiz. Eine strafrechtliche Analyse (= Beiträge zur Rechtsgeschichte des 20. Jahrhunderts 85, Tübingen 2015), 86 f.

30 Vgl. Asmus FINZEN, Auf dem Dienstweg. Die Verstrickung einer Anstalt in die Tötung psychisch Kranker (= Treffbuch 2, Rehburg-Loccum 1983), 84 f.

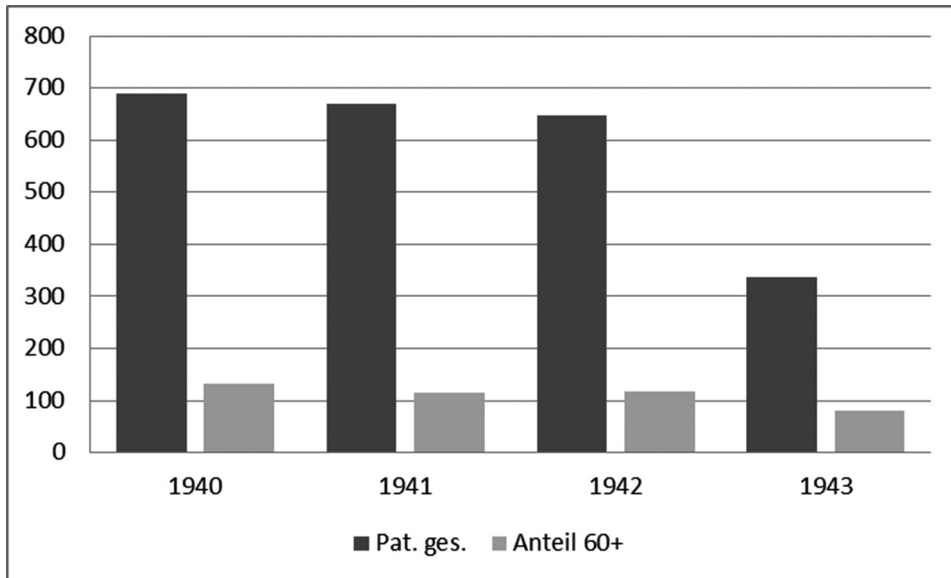
31 Vgl. IRMAK, Der Sieche, wie Anm. 23, 355 f.

32 Vgl. Lil-Christine SCHLEGEL-VOSS, Alter in der ‚Volksgemeinschaft‘. Zur Lebenslage der älteren Generation im Nationalsozialismus (Berlin 2005), 276.

33 Vgl. Christa SCHNABL, Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge (= Studien zur theologischen Ethik 109, Freiburg-Wien 2005), 49.

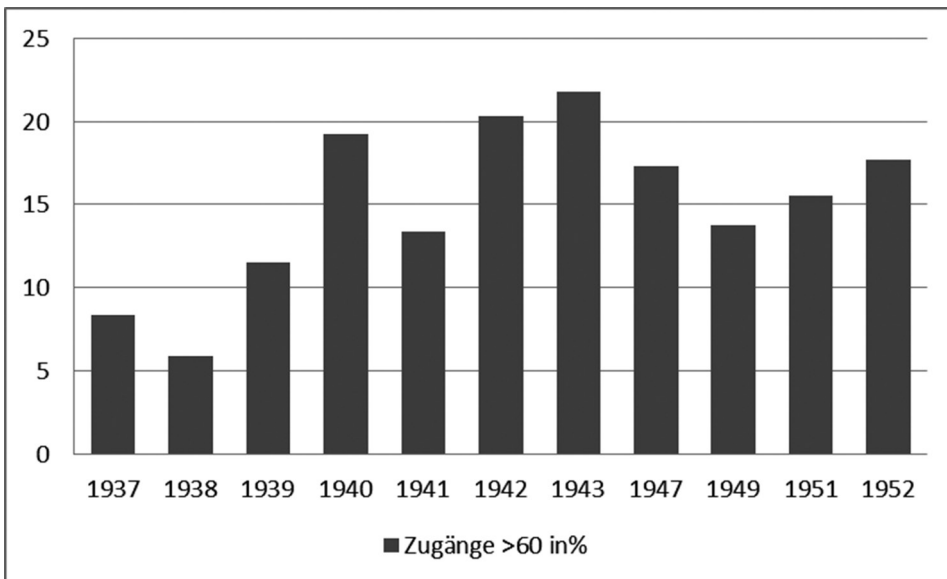
34 Vgl. Wolfgang MERKEL, Systemtransformation. Eine Einführung in die Theorie und Empirie der Transformationsforschung (Opladen 2013), 203; SCHLEGEL-VOSS, Alter, wie Anm. 32, 276 f.

Grafik 2: Anzahl der über 60-Jährigen im Patientenbestand der HuPflA Günzburg

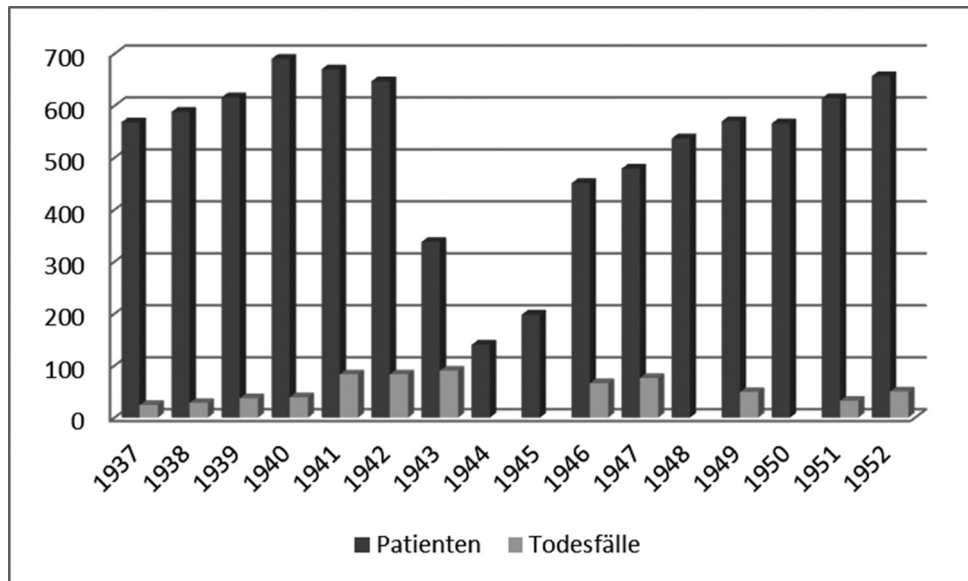


Etwas mehr Datenmaterial findet sich zur Altersverteilung unter den Neuaufnahmen. Der Anteil der über 60-Jährigen unter den Zugängen lag im Zeitraum 1937 bis 1939 zwischen 6 und 11 %, in den Jahren 1940 bis 1943 schwankte er zwischen 13 und 22 %. In der Zeit von 1947 bis 1952 lag der Anteil der älteren Personen zwischen 14 und 18 % (Grafik 3). Hinweise zur Diagnoseverteilung in dieser Altersgruppe findet sich in den vorliegenden Quellen nicht.

Grafik 3: Anteil der über 60-Jährigen unter den Zugängen in die HuPflA Günzburg



Grafik 4: Sterblichkeitsrate in der HuPflA Günzburg



Altersheime, Heil- und Pflegeanstalten wurden während des Krieges gelegentlich als Ausweichkrankenhäuser und Lazarette genutzt. Die vorhandenen Kapazitäten der stationären Altenhilfe waren kaum ausreichend.³⁵ In den ersten Nachkriegsjahren stellte zudem die große Zahl entwurzelter älterer Menschen die Wohlfahrtseinrichtungen vor zusätzliche Probleme. Unter den Neuankömmlingen aus den ehemaligen Ostgebieten befand sich ein größerer Anteil älterer Menschen, die einer stationären Pflege bedurften.³⁶ Es ist also durchaus denkbar, dass eine psychiatrische Einrichtungen wie die Heil- und Pflegeanstalt Günzburg als eine Art „Ersatz“ bzw. „Ergänzung“ zur stationären Altenhilfe genutzt wurden. Dies könnte den anhaltenden erhöhten Anteil Älterer unter den Neuzugängen im Krieg und auch nach Kriegsende erklären. Nach dem Ende der „Aktion T4“ starben in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg zwischen 1941 und 1943 insgesamt 275 Patienten.³⁷

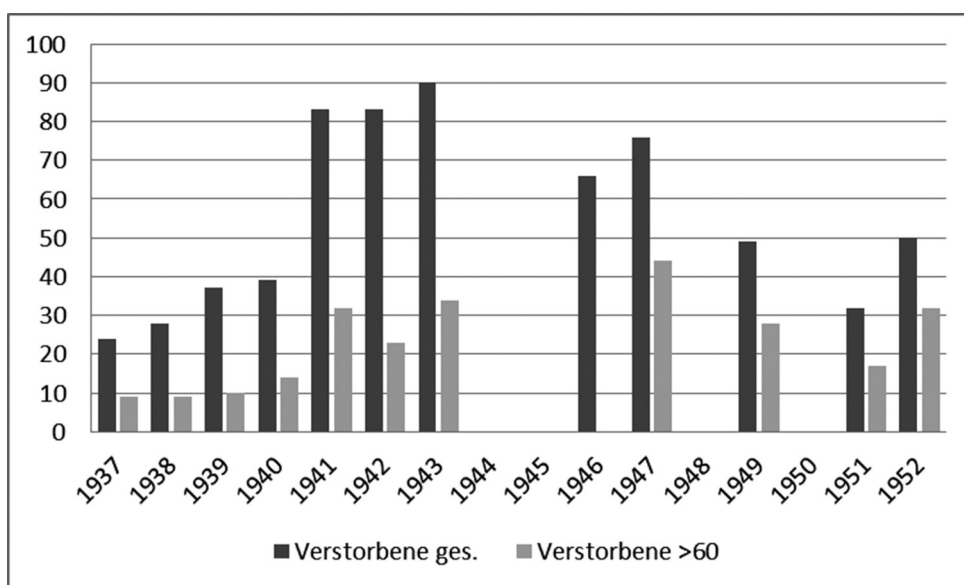
35 Vgl. SCHLEGEL-VOSS, *Alter*, wie Anm. 32, 275.

36 Vgl. Michael HIRSCHFELD, *Katholisches Milieu und Vertriebene. Eine Fallstudie am Beispiel des Oldenburger Landes. 1945–1965* (= *Forschungen und Quellen zur Kirchen- und Kulturgeschichte Ostdeutschlands* 33, Köln 2002), 165 f.

37 Archiv Günzburg, Jahresberichte 1944–47. Vgl. CRANACH / SIEMEN, *Psychiatrie*, wie Anm. 4, 259.

Die Sterblichkeitsrate lag in Günzburg in den Jahren 1933 bis 1940 bei 3,22 %, in den Jahren 1941 bis 1943 bei 9,19 % (Grafik 4). Für die Jahre 1944 und 1945 fehlen die Angaben, was damit zusammenhängt, dass in diesen Jahren beinahe alle Günzburger Patientinnen und Patienten in der Schwesteranstalt Kaufbeuren untergebracht waren und die Krankengebäude in Günzburg als Evakuierungsort für die Allgemeinkrankenhäuser der Stadt Augsburg dienten (Grafik 4). Bei den 140 in Günzburg verbliebenen Patientinnen und Patienten handelte es sich nach dem Jahresbericht von 1944 um „arbeitsfähige und arbeitswillige Kranke, die im Laufe des Jahres sich sehr gut bewährten und anerkannte Dienste leisteten sowohl für die anstaltseigenen Betriebe, wie für das Ausweichkrankenhaus Augsburg, für die Gärtnerei und Gutshof“.³⁸ Von den zwischen November 1943 und März 1944 verlegten 642 nicht leistungsfähigen Patientinnen und Patienten überlebte weniger als die Hälfte ihren Aufenthalt in Kaufbeuren und Irsee.

Grafik 5: Anzahl der über 60-Jährigen unter den Verstorbenen in der HuPflA Günzburg



Auch nach Kriegsende blieb die Sterblichkeit in den bayerischen Anstalten weiter hoch.³⁹ Als mögliche ursächliche Faktoren müssen neben den Folgen langjähriger Unterversorgung (während des Krieges) und der durch Fremdnutzung und Zerstörung bedingten behelfsmäßigen und beengten Unterbringung der in den Anstalten verbliebenen Patientinnen und Patienten auch die allgemeine Notlage der Bevölkerung bedacht werden, die eine rasche Verbesserung der

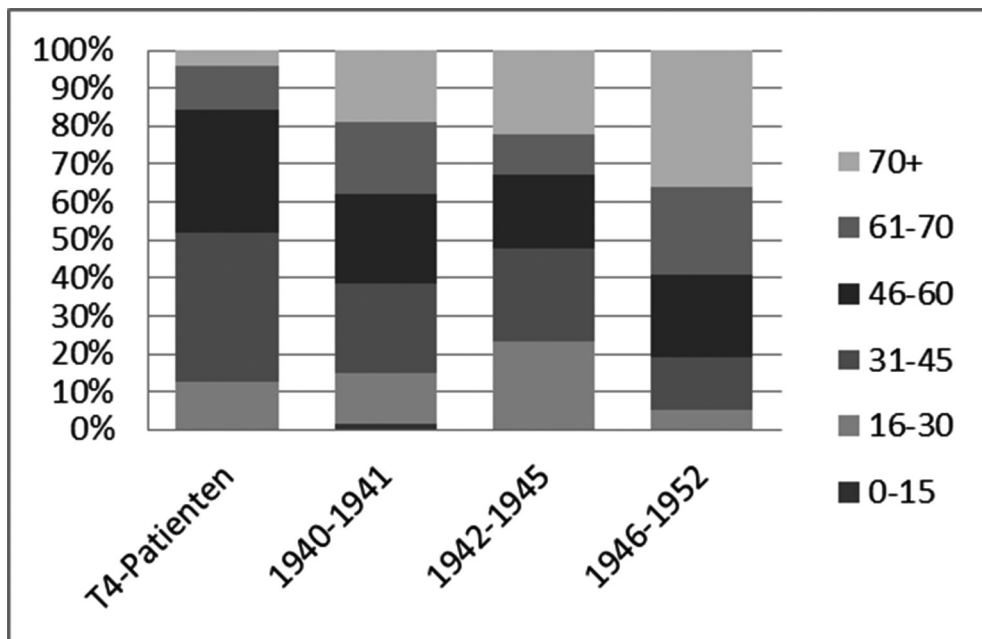
³⁸ Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1944.

³⁹ Vgl. FAULSTICH, Hungersterben, wie Anm. 2.

Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Anstalten erschwerte (Grafik 5).⁴⁰ Erst mit der Währungsreform 1948 begann sich die Versorgungslage allmählich zu normalisieren.⁴¹

Bernd Walter hat Daten zu „Euthanasie“-Transporten erhoben und konnte hier einen unterdurchschnittlichen Anteil alter Patientinnen und Patienten bzw. von Personen mit Alterskrankheiten nachweisen.⁴² Einen ähnlichen Befund berichtet Peter von Rönn in seiner Untersuchung zu T4-Transporten aus Langenhorn bei Hamburg.⁴³ Auch in der Betrachtung der Altersverteilung unter allen verstorbenen Patientinnen und Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg in verschiedenen Zeiträumen zeigt sich ein relativ geringer Anteil älterer Patientinnen und Patienten unter den Opfern der „Aktion T4“ (15 %). 58 der 394 deportierten Patientinnen und Patienten waren über 60 Jahre alt.

Grafik 6: Altersverteilung der verstorbenen Patientinnen und Patienten der HuPFA Günzburg (Daten „Aktion T4“: Andreas GÖRGL, Die „Aktion T4“ und die Rolle der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg, unveröffentlichte Dissertation [Universität Ulm 2008])



40 Vgl. NEUGEBAUER, NS-Euthanasieaktionen, wie Anm. 17, 45.

41 Vgl. Anke HOFFSTADT u. a., Leben in der Anstalt. Der Alltag von Patienten und Schülern in Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland nach 1945 – Ein Werkstattbericht, in: Axel Karenberg / Dominik Groß / Mathias Schmidt, Hg., Forschungen zur Medizingeschichte. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“ (Köln–Aachen 2013), 285–321, hier 289.

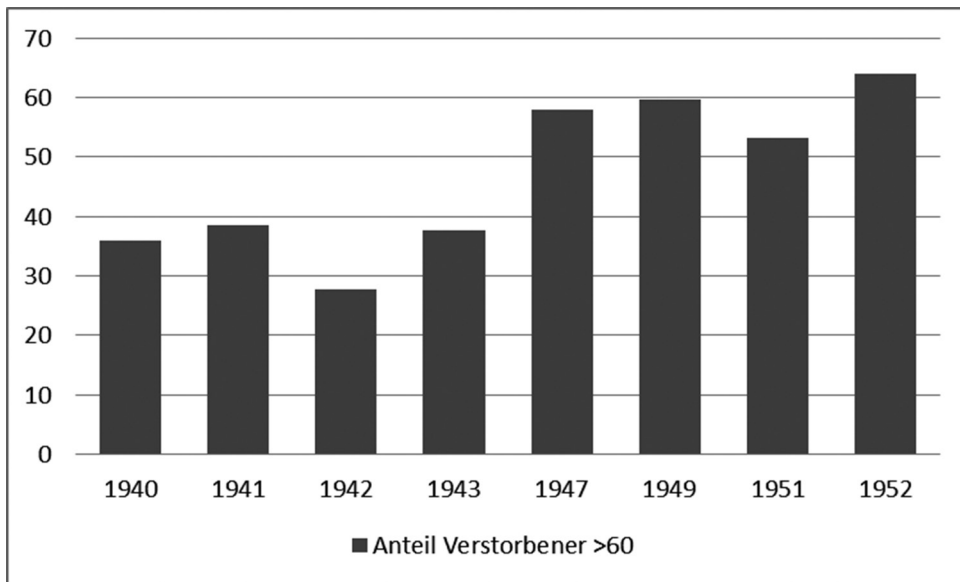
42 Vgl. Bernd WALTER, Anstaltsleben als Schicksal. Die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege an Psychiatriepatienten, in: Norbert Frei, Hg., Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit (München 1991), 217–233, hier 224.

43 Vgl. Peter von RÖNN, Verlegungen im Rahmen der Aktion T4, in: Klaus Böhme, Hg., Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus (= Forum Zeitgeschichte 2, Hamburg 1993), 137–232, hier 154.

In den Jahren der „dezentralen Euthanasie“ 1942 bis 1945 ging der Anteil der älteren Verstorbenen weiter zurück. In den Jahren der Nachkriegszeit lag der Anteil von Patientinnen und Patienten im Alter über 60 Jahre deutlich höher (Grafik 6).

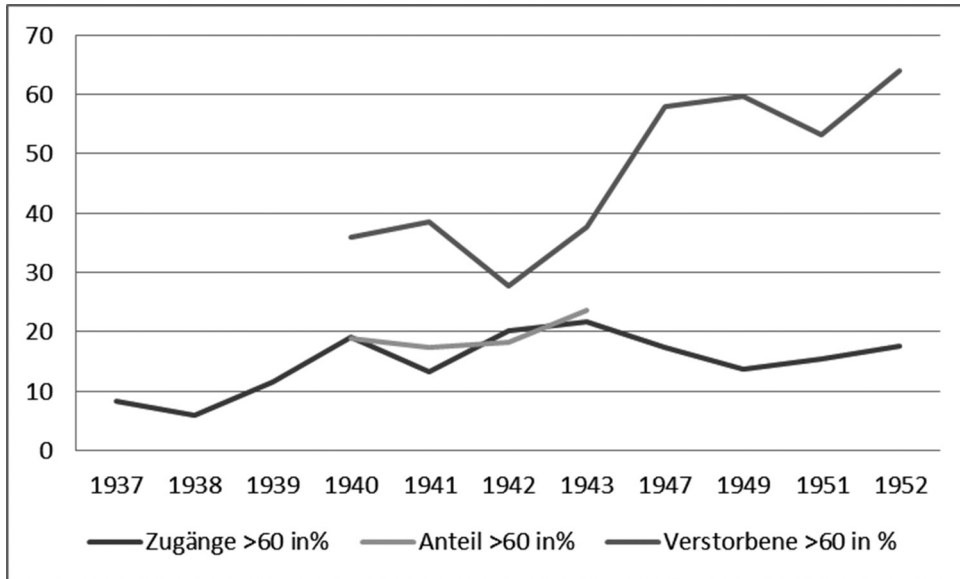
Deutlich höher fällt der Anteil der im selben Zeitraum (1940/41) sowie in den Jahren der „dezentralen Euthanasie“ in der Anstalt Günzburg verstorbenen älteren Patientinnen und Patienten aus (38 % sowie 30 %). Gleichzeitig blieb der Anteil der über 60-jährigen Verstorbenen in den Jahren 1942 bis 1945 relativ stabil und sank im Jahr 1942 sogar auf 28 % (Grafik 7).

Grafik 7: Anteil der Verstorbenen über 60 in der HuPflA Günzburg in %



Besonders hoch liegt der Anteil der verstorbenen älteren Patientinnen und Patienten (über 60 Jahre) in den Jahren 1946 bis 1952. In den unmittelbaren Nachkriegsjahren lag ihr Anteil bei mehr als der Hälfte der Todesfälle (59 % Grafiken 6 und 8).

Grafik 8: Anteil von Patientinnen und Patienten im Alter über 60 im Vergleich zur Gesamtheit in %



In den Jahren 1940/41 war in Günzburg im Vergleich zu Vorjahren eine Zunahme von tödlichen Lungenerkrankungen als Todesursache zu erkennen. Im Jahresbericht wurden diese erklärt als „Grippefolgen, die gegenüber früheren Jahren vermehrt auftraten“.⁴⁴ Eine häufige Benennung von „status epilepticus“ als Todesursache wurde mit dem überdurchschnittlich hohen Anteil epilepsiekranker Patientinnen und Patienten in Günzburg begründet, der wiederum mit Forschungen zu einem Epilepsiepräparat im dortigen IG Farben-Labor im Zusammenhang gestanden haben dürfte.⁴⁵ Daneben hätten sich Fälle tödlich verlaufender Lungentuberkulose (Tbc) gegenüber den Vorjahren verdoppelt. Die Mehrzahl der Tbc-Erkrankten stammte aus der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die im Rahmen von Krankentransporten aus geräumten Anstalten verlegt worden waren. Im Vergleich zur Gesamtsterblichkeit betrug die Sterblichkeit an Tuberkulose im Jahr 1942 34,9 %, im folgenden Jahr 43,4 %.⁴⁶

Diese Häufung spiegelt sich auch in den angegebenen Todesursachen in den Jahresberichten wider. Auffällig ist, dass Diagnosen, die sich auf Erkrankungen der Lunge sowie des Herzens beziehen, in den Jahren der NS-Zeit und der unmittelbaren Nachkriegszeit signifikant häufiger festgehalten wurden als in den Nachkriegsjahren. Umgekehrt nahmen Diagnosen, die

44 Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1941.

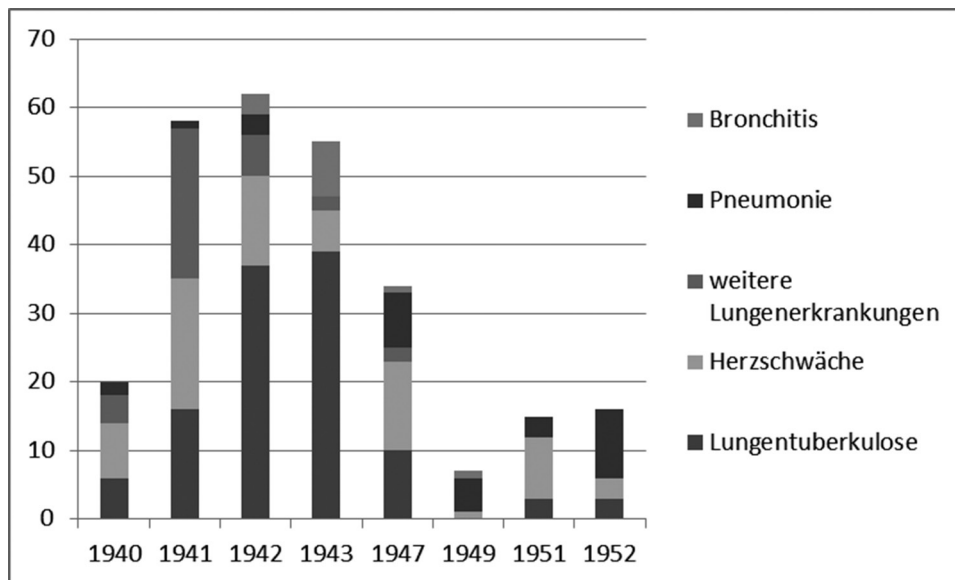
45 Vgl. Felicitas SÖHNER / Joachim WINCKELMANN / Thomas BECKER, Das Laboratorium der I.G. Farben an der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg – Epilepsieforschung im Nationalsozialistischen Deutschland, in: *Medizinhistorisches Journal* 50/3 (2015), 223–248.

46 Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1943.

mit Gefäßkrankheiten und Altersschwäche im Zusammenhang stehen, in den Nachkriegsjahren deutlich zu. In der Gesamtschau der häufigsten vorkommenden Todesursachen im Untersuchungszeitraum wird eine prominente Stellung der Diagnose „Lungentuberkulose“ in den Kriegsjahren und unmittelbaren Nachkriegsjahren erkennbar (Grafiken 9–10). Diese Ergebnisse entsprechen auch einer Entwicklung des Krankheitsspektrums, die 1958 beobachtet wurde:

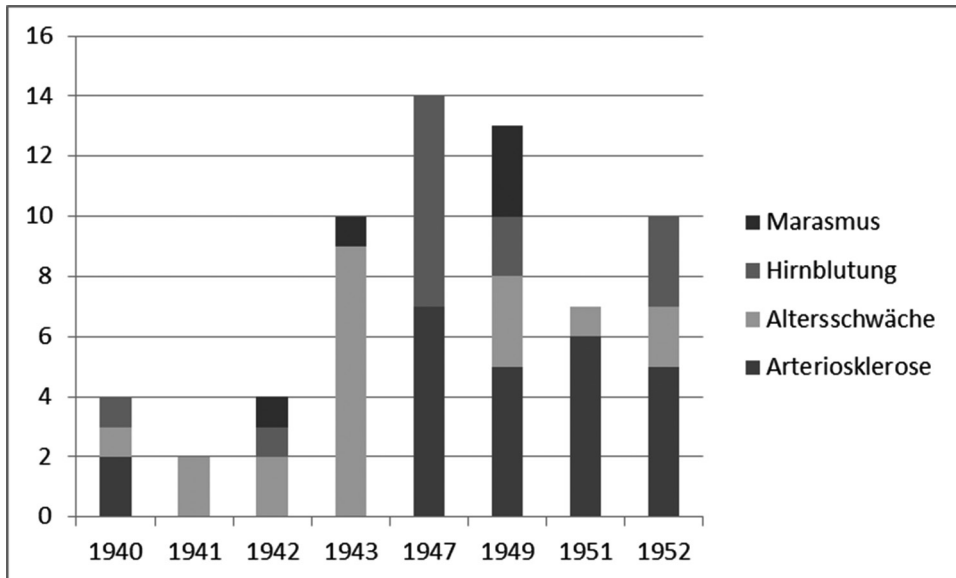
„Anhand von Krankenhausstatistiken kann nachgewiesen werden, dass sich das zur frühzeitigen Invalidisierung führende Krankheitsspektrum in den Jahren von 1952–1956 grundlegend geändert hatte. War die häufigste Krankheitsursache 1953 noch die Tuberkulose gewesen, so stand 1956 die Arteriosklerose an der ersten Stelle.“⁴⁷

Grafik 9: Angegebene Todesursachen Herz / Lunge betreffend in der HuPFA Günzburg



47 Helmut JUSATZ, Welche Folgerungen lassen sich aus den Veränderungen der häufigsten Krankheitsursachen nach der Rentenstatistik der Jahre 1952–1956 vom Standpunkt der Gesundheitsfürsorge ziehen? in: Gesundheitsfürsorge – Zeitschrift für die gesundheitlichen Aufgaben im Rahmen der Familienfürsorge 8 (1958), 93.

Graphik 10: Angegebene Todesursachen Alterung / Gefäße betreffend in der HuPFA Günzburg



In der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg wurden Patientinnen und Patienten Opfer der Mangelernährung. Für das Jahr 1941 finden sich im Jahresbericht der Günzburger Anstalt Bemerkungen zum Gewichtsverlust der Patientinnen und Patienten, der (-2 kg: ♂ und -3 kg: ♀) dem der Durchschnittsbevölkerung angeglichen sei.⁴⁸ Der Jahresbericht zum Jahr 1942 bemerkte hierzu: „Das Durchschnittsgewicht der arbeitenden Kranken, über welche die Anstalt seit Jahren eine Kurve führt, hat eine Entwicklung genommen, die sich der Kurve bei der Durchschnittsbevölkerung angleicht.“⁴⁹ Auf die Entwicklung des Durchschnittsgewichts der nicht-arbeitenden Kranken gingen die Jahresberichte nicht ein.

Den Günzburger und Kaufbeurer Krankenakten ist zu entnehmen, dass Bewohnerinnen und Bewohner, die dazu in der Lage und willens waren, insbesondere zu land- und hauswirtschaftlichen Arbeiten herangezogen wurden. Vor dem Hintergrund der angespannten Versorgungssituation bestand auch die ökonomische Notwendigkeit, die Arbeitskraft der Patientinnen und Patienten einzusetzen.⁵⁰ Die durch Patientenarbeit erbrachten Leistungen sollten von staatlichen Zuwendungen unabhängiger machen.⁵¹ Der flächendeckende Einsatz psychisch Kranker in den anstaltseigenen Werkstätten und Gütern wirft die Frage nach dem therapeutischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten auf. Es ist anzunehmen, dass der therapeutische Aspekt der Patientenarbeit gerade in den Kriegsjahren eher nachrangig war. 1943 versandte

48 Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1941.

49 Archiv Günzburg, Jahresbericht GZ ad 1942.

50 Vgl. Stephanie NEUNER, Politik und Psychiatrie. Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920–1939 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 197, Göttingen 2011), 295.

51 Vgl. Monika ANKELE / Eva BRINKSCHULTE, Hg., Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit (= Medizingeschichte, Stuttgart 2015), 10.

der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten Herbert Linden ein Rundschreiben, das auch die Einrichtungen Kaufbeuren und Günzburg erreichte, und das zur Erfassung der arbeitsfähigen Patientinnen und Patienten aufforderte, mit dem Ziel, „die Beschäftigung der Anstaltspfleglinge über den Rahmen der sogenannten Arbeitstherapie hinaus zu erweitern“.⁵² Es wurde dazu aufgefordert, „diese Arbeitskräfte noch mehr auszuschöpfen, indem man sie [...] unter Berücksichtigung ihrer beschränkten Einsatzfähigkeit [...] arbeiten läßt“.⁵³ Valentin Faltlhauser entgegnete diesem Schreiben für die Anstalt Kaufbeuren, dass diese Anordnungen des Reichsbeauftragten „an der hiesigen Anstalt bereits seit Jahren durchgeführt“ würden und dort „schon immer das Bestreben [bestand], arbeitsverwendungsfähige Kranke“⁵⁴ zu Arbeitseinsatz heranzuziehen.

In den Patientenakten der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg sind im Untersuchungszeitraum neben Bemerkungen zum Verhalten zahlreiche Kommentare zum Arbeitsverhalten zu finden. Zur Arbeitsleistung älterer Patientinnen und Patienten gab es zum einen negative Bemerkungen wie:⁵⁵ „will nicht arbeiten!“⁵⁶ „steht tagsüber viel an Fenstern herum“⁵⁷ „sitzt nur stumm und teilnahmslos herum“, „meist den ganzen Tag im Bett“, „zu keiner Arbeit zu bewegen“⁵⁸ zum anderen wurde älteren Patientinnen und Patienten auch aktives Engagement attestiert wie: „äußerst fleißige und fast unersetzliche Kraft“⁵⁹ „hilft fleißig bei den Hausarbeiten mit“⁶⁰ „macht sich [...] auf der Station nützlich, betrachtet es nicht für unter seiner Würde den Boden zu putzen“⁶¹ „ist [...] freundlich, willens und fleißig“.⁶² Auffallend ist, dass Patientinnen und Patienten mit positiv bewerteter Arbeitsleistung in geringerem Maße Opfer der „dezentralen Euthanasie“ wurden.⁶³

Manche Patientenakten erwecken den Eindruck, dass die Darstellung der Nützlichkeit auch älterer Patientinnen und Patienten diese vor „Euthanasie“-Maßnahmen schützte, wie im Fall von Ernst N. Dem 1873 geborenen Maschineningenieur wurde 1942 eine überdurchschnittliche Brauchbarkeit attestiert, er sei ein „nach wie vor äußerst tüchtiger und absolut zuverlässiger Arbeiter in der Maurerei, verwaltet das Zeichenbüro, erstellt sämtliche fällige Baupläne, bucht Inventar u. s. w.“⁶⁴ Der Patient verblieb bei Auflösung der Günzburger Einrichtung so lange als möglich am Ort, kurz vor seiner Verlegung nach Kaufbeuren wurde in seiner Akte seine Nützlichkeit vermerkt: „Trotz leichter Kreislaufschwäche immer bei seiner

52 Archiv Kaufbeuren, Schreiben RBA Berlin vom 18.03.1943.

53 Ebd.

54 Ebd., Schreiben Dr. Faltlhauser vom 17.05.1943.

55 Vgl. Felicitas SÖHNER, Darstellung und Wahrnehmung des Patienten in medizinischen Aufzeichnungsverfahren – zu psychiatrischen Krankenakten sogenannter „Ostarbeiter“, in: Anna Warakomska, Hg., Pamięć o przetości w prywatnych narracjach i historiografii (Warschau 2017), 51–79, im Druck.

56 National Archives and Records Administration (= NARA), Vol. 12, Akte der Pat. Jekaterina J., 01.06.1944.

57 Ebd., 28.06.1944.

58 Vgl. SÖHNER, Darstellung, wie Anm. 55.

59 NARA, Vol. 12, Akte der Pat. Jekaterina J., 18.03.1944.

60 Archiv Kaufbeuren, Akte des Pat. Heinrich K., 28.02.1942–26.05.1942.

61 Ebd., 14.08.42.

62 Ebd., Akte der Pat. Nina M., 06.11.1943.

63 Vgl. Gerrit HOHENDORF u. a., Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Aktion „T4“ – Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin, in: Der Nervenarzt 73/11 (2002), 1065–1174; SÖHNER u. a., Nach der „Aktion T4“, wie Anm. 6.

64 Archiv Günzburg, Akte des Pat. Ernst N., 28.09.1942.

Tätigkeit als Zeichner. Leistet ausgezeichnete Arbeiten bei Fertigung der Pläne. Hat freien Ausgang.“⁶⁵ Nach Verlegung in die Kaufbeurer Heil- und Pflegeanstalt wurden die positiven Einträge fortgeführt: „Wird zu technischen Zeichnungen eingesetzt, arbeitet wie in Günzburg allein für sich, hat freien Ausgang und ist zufrieden.“⁶⁶ Kurz nach der beginnenden Entnazifizierung der Kaufbeurer Anstalt durch die amerikanischen Alliierten⁶⁷ (am 2. Juli 1945) wurde N. als einer der ersten Patienten wieder nach Günzburg zurückverlegt (am 26. Juli 1945). Er überlebte die ersten Nachkriegsjahre. In den Jahren des Wiederaufbaus engagiert sich N. weiter in der Bauplanung (1948) und stand nicht zuletzt daher im Wohlwollen des Günzburger Direktors: „Geht wieder ganz seiner Büroarbeit nach, [...], hatte seinen 75. Geburtstag, wozu er wegen seiner Verdienste von der Anstalt einen Kuchen bekommen hatte. Bedankte sich dafür in einem konventionell einwandfreien Brief an die Direktion.“⁶⁸

Auch im Fall der Frieda S. wirkte sich die Arbeitsfähigkeit als vor „Euthanasie“-Maßnahmen bewahrend aus. Die 1883 geborene Dienstmagd war bereits in Vorkriegsjahren auf dem Günzburger Gutshof tätig. In den Einträgen aus den Jahren während der „Aktion T4“ und der „dezentralen Euthanasie“ findet man in ihrer Krankenakte regelmäßig Bemerkungen zu ihrer Nützlichkeit – sowohl in Günzburg („Arbeitet selbständig im Gutshof und in der Gärtnerei, ist dabei sehr fleißig“,⁶⁹ „eine alte, fleißige Patientin“⁷⁰) wie auch in Kaufbeuren („in der Gemüseküche arbeitet sie fleißig und willig“,⁷¹ „geht täglich aufs Kreisgut u. hilft soviel ihre Kräfte geben“).⁷² Nach Ende des Krieges wurde Frieda S. wieder in die Heil- und Pflegeanstalt Günzburg verlegt (am 1. August 1945). Bis ins hohe Alter wurde auch in den Akteneinträgen der Nachkriegszeit ihre Aktivität regelmäßig bemerkt: „versorgt die Katzen mit Resten von Küchenabfällen, hilft [...] fleißig auf der Abteilung mit“,⁷³ „trotz ihres hohen Alters sucht die Pat. immer nach einer Beschäftigung. Sie ist am liebsten im Freien und jätet Unkraut“.⁷⁴

Die Akte des Patienten Adolf R. deutet ebenfalls darauf hin, dass die Attestierung der Arbeitsfähigkeit und -willigkeit ihn vor der „Euthanasie“ bewahrt haben könnte. Der 1885 geborene R. war „Ausgeher“ und war in seinem Beruf auch in der Heil- und Pflegeanstalt eingesetzt. In den Einträgen der Jahre der NS-„Euthanasie“ finden sich in seiner Akte regelmäßig Bemerkungen zu seiner Nützlichkeit: „macht Besorgungen“,⁷⁵ „äußerst brauchbar und selbständig als Ausgeher, besorgt zuverlässig alle Aufträge“,⁷⁶ „ist sonst tüchtig und überaus brauchbar“.⁷⁷ Die in seinen Unterlagen vorhandene Gewichtstabelle zeigt, dass seine Verpflegung soweit ausreichte, dass er zwar im Untersuchungszeitraum an Gewicht verlor, doch seine Gewichtsschwankungen sich während der NS-Zeit auch nach dem „Hungerkosterlass“ auf

65 Ebd., 01.03.1944.

66 Ebd., 03.04.1944 sowie 21.08.1944.

67 Vgl. Corinna MALEK, Entnazifizierung in Kaufbeuren (Thalhofen 2016), 56 f.

68 Archiv Günzburg, Akte des Pat. Ernst N., 15.12.1948.

69 Ebd., Akte der Pat. Frieda S., 20.10.1939.

70 Ebd., 10.12.1943.

71 Ebd., 07.03.1944.

72 Ebd., 22.10.1944.

73 Ebd., 15.10.1955.

74 Ebd., 08.07.1954.

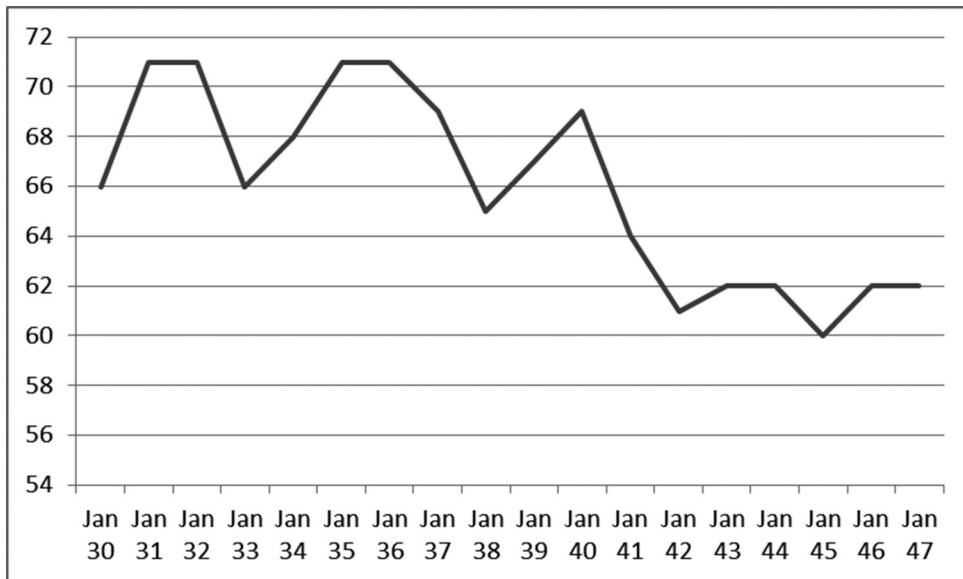
75 Ebd., Akte des Pat. Adolf R., 11.05.1940.

76 Ebd., 01.08.1941.

77 Ebd., 01.07.1943.

niedrigem Niveau in Grenzen hielten (zwischen 60 und 71 kg) (Grafik 11). Adolf R. verblieb auch während der Auslagerung der meisten Patientinnen und Patienten (1944/45) in Günzburg. Auch in der Nachkriegszeit übte er die „gewohnten Gängemacherdienste“⁷⁸ aus. Der Patient erledigte „für zahlreiche Familien Einkäufe in der Stadt“⁷⁹ und war für eine gewisse Zeit direkt „bei Herrn Medizinaldirektor beschäftigt“.⁸⁰ Erst in seinen letzten Lebensjahren, als ihm das Gehen zunehmend schwer fiel, machte er keine Botengänge mehr und arbeitete bis ins hohe Alter gelegentlich in der Schuhmacherei.⁸¹ Seinen 90. und letzten Geburtstag „genöß der Patient sichtlich, rauchte behaglich eine Zigarre“.⁸² Er feierte „gemeinsam mit den Patienten in Haus 22, seiner Schwester und Nichte, dem Pflegepersonal und dem unterzeichnenden Abteilungsarzt und kurzer Anwesenheit von Herrn Professor Dr. Lungershausen“⁸³ und erhielt als klinikältester Patient ein Geschenk von Bezirkstagspräsident Georg Simmacher.

Grafik 11: Gewichtsentwicklung des Patienten Adolf R. (1930–1947)



78 Ebd., 01.01.1946.

79 Ebd., 05.03.1958.

80 Ebd., 01.07.1962 und 17.09.1963.

81 Ebd., 28.06.1973.

82 Ebd., 12.01.1976.

83 Ebd.

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung richtet ihren Blick auf die Heil- und Pflegeanstalt als wichtigen Bezugspunkt sozialpolitischen Handelns. Die Hintergründe und Umstände der dezentralen Patiententötungen durch Mangelernährung machen deutlich, was die „Aktion T4“ mittels eines ausgeklügelten Systems scheinbar wissenschaftlicher Erhebungen und Gutachten, zum Teil in Kooperation mit renommierten Medizinern, zu verschleiern versucht hat. Nicht die Gesundheit der Patientinnen und Patienten stand im Mittelpunkt, vielmehr ging es um Kosten und Nutzen, um Hilfsbedürftigkeit und Leistungsfähigkeit. Diese Prinzipien wurden in der Durchführung der „dezentralen Euthanasie“ in einigen Heil- und Pflegeanstalten mit teilweise größter Härte verwirklicht.⁸⁴

Psychisch Kranke befanden sich in der Hierarchie der stationären Versorgung auf der untersten Ebene. Die Verteilung medizinischer und pflegerischer Ressourcen wie auch Lebensmittel erfolgte nicht nach dem konkreten Bedarf, sondern nach ideologischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Die gezielte Mangelversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen wurde mit der allgemeinen Mangelversorgung vor dem Hintergrund des Zweiten Weltkrieges begründet. Der Übergang von der Unterversorgung zur aktiven dezentralen Tötung von Patientinnen und Patienten war fließend.

Vorliegende Untersuchungen zur sozialen Zusammensetzung der Transporte der „Aktion T4“ an anderen Orten ergaben, dass der Anteil alter Menschen insgesamt deutlich unterdurchschnittlich war.⁸⁵ Wunder stellte zum Beispiel fest, dass Hochbetagte, sofern sie rüstig waren, mit höherer Wahrscheinlichkeit überleben konnten als schwerpflegebedürftige Patientinnen und Patienten jüngeren Alters. Er ordnete die Arbeitsleistung als „das trennschärfste und wichtigste Selektionskriterium“⁸⁶ ein. Mit dem bayerischen Hungerkosterlass wurde die Verpflegung all derjenigen Patientinnen und Patienten stark reduziert, die nicht arbeitsfähig und -willig waren. Die Umsetzung der Mangelernährung war in Bayern am konsequentesten in den Heil- und Pflegeanstalten Eglfing-Haar und Kaufbeuren.⁸⁷ Doch wurde die Mangelernährung nicht bei allen Patientinnen und Patienten gleich strikt durchgeführt. Beispielsweise wurde in Kaufbeuren angeordnet, alte Patientinnen und Patienten, die ein arbeitsreiches Leben hinter sich hatten, mit Normalkost zu verpflegen. Ob und wie dies umgesetzt wurde, konnte im Zusammenhang dieser Untersuchung nicht geprüft werden. Sowohl in den Günzburger wie auch den Kaufbeurer Krankenakten älterer Patientinnen und Patienten findet man neben Beschreibungen des Krankheitsverlaufes auch Bemerkungen zur Leistungsbereitschaft und Nützlichkeit der Betroffenen. Die Vermutung liegt nahe, dass positiv wertende Einträge insbesondere bei dieser Patientengruppe mit dazu beitragen, dass die entsprechenden Personen die Jahre der NS-„Euthanasie“ überlebten. Wenn die entsprechende Anweisung von Valentin Falthhauser

84 Vgl. KEPPLINGER, Regionalisierter Krankenmord, wie Anm. 15, 77.

85 Vgl. Renate OTTO, Verlegungen in Tötungsanstalten nach dem offiziellen Euthanasie-Stopp, in: Klaus Böhme, Hg., Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus (= Forum Zeitgeschichte 2, Hamburg 1993), 335–376, hier 365.

86 Michael WUNDER, Die Spätzeit der Euthanasie, in: Klaus Böhme, Hg., Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus (= Forum Zeitgeschichte 2, Hamburg 1993), 397–424, hier 141.

87 Vgl. CRANACH / SIEMEN, Psychiatrie, wie Anm. 4, 470.

kein bloßes Lippenbekenntnis war, so könnte dieser Teil der Patientinnen und Patienten im Vergleich zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern eine bessere Verpflegung erhalten haben. Zumindest spricht die im Vergleich zu den jüngeren Patientinnen und Patienten geringere Mortalitätsrate unter den über 60-Jährigen stark dafür. Die Verschiebung in der Altersstruktur der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach 1945 (Grafik 7) deutet darauf hin, dass diese nicht aufgrund ihres Alters allein zu einer Schwerpunktgruppe der „Euthanasie“-Maßnahmen zählten.

Ob aufgrund der Richtlinie vom 10. März 1941 die alten Patientinnen und Patienten in Kaufbeuren tatsächlich von der Mangelernährung verschont blieben, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht eruiert werden, die Klärung dieser Frage steht noch aus. Derzeitige Arbeiten der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Fürsorge im Nationalsozialismus“ des NS-Dokumentationszentrums in München (Michael von Cranach, Sibylle Tiedemann u. a.) deuten darauf hin, dass in Eglfing-Haar im Rahmen der „dezentralen Euthanasie“ sehr viele demente Alterspatientinnen und -patienten durch Medikamentengabe oder Vernachlässigung starben; ähnliche Tendenzen seien auch für andere bayerische Einrichtungen anzunehmen.⁸⁸

Diese Indizien und zum Teil divergierende Einzelergebnisse legen die Vermutung nahe, dass in den psychiatrischen Einrichtungen das Alter allein kein Selektionskriterium für die „dezentrale Euthanasie“ war. Die Massentötung sogenannter „Ballastexistenzen“ darf nicht „als Zufallsprodukt oder die Betriebspanne unserer Geschichte“⁸⁹ verstanden werden. In einer Gesellschaft, in der Produktivität und Leistung zentrale Werte darstellten und die Gesundheit des Volkes über der des Individuums stand, wurden die nicht leistungsfähigen Kranken und Alten an den Rand der Gesellschaft gedrängt.

88 Eine abschließende Auswertung liegt zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Beitrags noch nicht vor.

89 Hans LAUTER, Geschichtliche Wandlungen medizinischen Denkens und ihre Bedeutung für die Gerontopsychiatrie, in: Hans Heimann / Luc Ciompi, Psychiatrie am Scheideweg. Was bleibt? Was kommt? (Berlin 1991), 1–15, hier 10.

Informationen zur Autorin und zu den Autoren

Dr. phil. Felicitas Söhner, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-Mail: felicitas.soehner@hhu.de

Prof. Dr. med. Thomas Becker, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg, Deutschland, E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

Univ.-Prof. Dr. med. Heiner Fangerau, Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-Mail: heiner.fangerau@hhu.de

Maria Keil

Die Entfesselung der Alten. Bettgitter in den Sicherheitsdispositiven der Pflege

English Title

Untying the Elderly. About the Role of Bedrails for Security in Care Settings

Summary

The use of bedrails in hospitals and nursing homes has been a subject of controversy for decades. However, analysis of the literature about bedrails reveals that the issue of use and misuse of mechanical restraints via bedrails is very complex and cannot be explained by individual factors. It involves several actors in addition to patients: nurses, hospital administration, relatives, doctors, insurance companies, manufacturers, lawyers, and so on. After years of criticism and many injured patients, bedrails are still in common use in hospitals and nursing homes. Consequently, I argue that bedrails are more than just poorly designed, mundane objects; they are integral components of the “apparatus of security” (Foucault): Besides preventing people from falling out of bed – which they may or may not do – they secure specific circulations, such as movements of people and things, in hospital and nursing home settings.

Keywords

Hospital beds, falls out of bed, bedrails, care, apparatus of security, restraints, patient safety, material culture, Western societies, 20th century

Einleitung

Über den Einsatz mechanischer und pharmakologischer Fixierungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen gibt es keinen Konsens. So werden auch Zweck und Nutzen von „Bettgittern“¹ in Pflege, Krankenhausverwaltung, Gerontologie und in angrenzenden bzw. involvierten Disziplinen lebhaft diskutiert und kritisiert. Die Kritik an mechanischen Fixierungen geht bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zurück. In „Treatment of the Insane without Mechanical Restraints“ (1856) setzte sich John Conolly mit alternativen Vorschlägen und Beispielen für das Ende der „grausamen“ Fixierungen ein.² Das Dilemma von Schutz und Sicherheit versus Freiheitsentzug blieb trotz vielfältiger Kritiken jedoch bestehen, und die Frage „Bettgitter: hoch oder runter?“³ konnte, aufgrund sich widersprechender Forschungsergebnisse zum Thema, nicht abschließend beantwortet werden. Frances Healey⁴ und David Oliver nennen in ihrem Beitrag auf der Webseite der „Nursing Times“ (2009) als Grund die Tendenz, Meinung vor Evidenz zu stellen. Bettgitter generell negativ zu bewerten sei schlichtweg falsch; alternative Lösungen zur Sturzprävention seien aufgrund mangelnder Studienergebnisse nicht zu empfehlen.⁵

Besonders für die deutsch- und englischsprachige Bettgitter-Literatur sind bereits etliche systematische Rückschauen veröffentlicht worden.⁶ Ziel dieser analytischen Re-Lektüren war es meistens, festzustellen, unter welchen Umständen Bettgitter eingesetzt werden, ob Bettgitter im Laufe der Zeit öfter oder seltener verwendet wurden, und welche Einrichtungen, Stationen und Patientengruppen besonders betroffen waren. Zudem geht es darum, Maßnahmen zu identifizieren, die den Einsatz der Bettgitter zu vermeiden helfen und dafür Richtlinien zu erarbeiten. Trotz solcher Bemühungen besteht die Fixierungspraxis mittels Bettgitter weiterhin. Dass diese gegenwärtig weniger verbreitet ist, kann als Ergebnis der veränderten Diskurse gewertet werden. Mittlerweile sind mehrere Faktoren identifiziert worden, von denen

-
- 1 Laut Wörterbuch „Psychembel“ ist das Wort Bettgitter nicht korrekt, es müsste „Seitenhalterung“ heißen. *Psychembel Wörterbuch Pflege* (Berlin–New York 2003), 590. Auch im Englischen gibt es die Bezeichnung „safety sides“. Dennoch wird üblicherweise eher der Begriff „bedrails“ verwendet. Frances HEALEY / David OLIVER, *Bedrails, Falls and Injury. Evidence or Opinion? A Review of Their Use and Effects*, online: <http://www.nursing-times.net/roles/nurse-managers/bedrails-falls-and-injury-evidence-or-opinion-a-review-of-their-use-and-effects-/5003512.fullarticle> (letzter Zugriff: 15.04.2016). Ich verwende das Wort Bettgitter, da dies meiner Meinung nach das Wesen dieser Vorrichtung konkreter ausdrückt.
 - 2 Vgl. John CONOLLY, *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints* (London 1856).
 - 3 Vgl. James E. LUDLAM, *Bedrails: Up or down?*, in: *The American Journal of Nursing* 57/11 (1957), 1439–1440. Pharmakologische Fixierungen wurden und werden zwar ebenfalls diskutiert, werden im vorliegenden Beitrag aber nicht weiter behandelt. Berücksichtigt wurde nur deutsch- und englischsprachige Literatur.
 - 4 Healey arbeitet für den britischen Gesundheitsdienst NHS und ist dort u. a. Gutachterin für die „National Patient Safety Agency“.
 - 5 Vgl. HEALEY / OLIVER, *Bedrails, Falls and Injury*, wie Anm. 1.
 - 6 Vgl. Barbara L. BRUSH / Elisabeth CAPEZUTI, *Historical Analysis of Siderail Use in American Hospitals*, in: *Journal of Nursing Scholarship* 33/4 (2001), 381–385; Julie FAIRMAN / Mary Beth HAPP, *For Their Own Good? A Historical Examination of Restraint Use*, in: *HEC Forum* 10/3–4 (1998), 290–299; HEALEY / OLIVER, *Bedrails, Falls and Injury*, wie Anm. 1; Cecilia KRÜGER / Gabriele MEYER / Jan HAMERS, *Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43/5 (2010), 291–296; Frances M. HEALEY / Alexandra CRONBERG / David OLIVER, *Bedrail Use in English and Welsh Hospitals*, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 10/57 (2009), 1887–1891.

der Einsatz der Bettgitter abhängt, dazu zählen beispielsweise die Art der jeweiligen Institution oder die nationalen Gesetze und Kulturen. Deutlich wird in der langanhaltenden Debatte auch, dass Bettgitter in einem größeren Kontext begriffen werden, indem z. B. danach gefragt wird, was diese für die Grundrechte oder für die gesamte Bevölkerung bedeuten. Diesbezüglich ist derzeit in Deutschland von juristischer Seite eine verstärkte Beteiligung an den Diskussionen zu bemerken.⁷ Dabei wird klargestellt, dass Fixierungen wie Bettgitter keineswegs als notwendiges Übel zu akzeptieren seien: „Die *Freiheit der Person* aus Art. 2 I, Art. 104 GG stellt ein so hohes Rechtsgut dar, dass sie nur aus besonders wichtigem Grund angetastet werden darf.“⁸ [Hervorhebung im Original]

Das Bettgitter scheint auf den ersten Blick ein ganz banales Ding zu sein: technisch nicht besonders spektakulär, in der Funktion und Handhabung ebenso wenig. Wie ist es möglich, dass ein „einfacher“ Gegenstand aus der alltäglichen Pflegepraxis Generationen von Expertinnen und Experten beschäftigt? Und wie kommt es, dass Bettgitter angewendet werden, obwohl sie massiv gegen geltendes Recht verstoßen, ja sogar für lebensgefährdende Verletzungen verantwortlich gemacht worden sind?⁹

Der vorliegende Beitrag versteht sich als Kommentar auf Basis einer systematischen Lektüre der Bettgitter-Artikel-Schlacht und will keine Handlungsanweisungen für die Pflegepraxis formulieren. Ich werde die Thematik als Diskurs verschiedener Gruppen betrachten, in den Krankenhausverwaltungen, Pflegekräfte, Angehörige, Versicherer, Anwältinnen/Anwälte und Wissenschaftler/-innen involviert sind. Außerdem sollen anhand von Herstellerinformationen einige historische Beispiele von Bettgittern vorgestellt werden. Schließlich möchte ich die Herangehensweise vorstellen, Bettgitter als Sicherheitstechniken innerhalb der Pflege und ihrer Sicherheitsdispositive zu lesen. Bettgitter können als Teile jener Dispositive gelten, die Foucault zufolge aus zahlreichen „Kleinigkeiten“ bestehen, strategisch auf die Bevölkerung zielen und die liberale Gesellschafts- und Wirtschaftsform stabilisieren.¹⁰ Das Benutzen der Bettgitter wird nicht nur von menschlichen Akteuren – schon gar nicht von Einzelnen – bestimmt. Das Handeln unterliegt auch nicht nur den subjektiven Überzeugungen, sondern Bettgitter sind im wahrsten Sinne des Wortes unüberwindbar geworden. Sie sind Bestandteil eines Netzes oder heterogenen Ensembles, dem auch Diskurse, Regelungen und menschliche Akteure angehören. Sie bilden das Gefüge, das als Dispositiv gelten kann.¹¹ Die These lautet daher, dass es sich um strategisch eingesetzte Materialität im Sinne eines Sicherheitsdispositivs handelt.

-
- 7 Z. B. von Birgit HOFFMANN / Thomas KLIE, Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht. Voraussetzungen, Verfahren, Praxis (Heidelberg u. a. 2012).
- 8 Axel BAUER, Rechtliche Aspekte bei der Pflege und Betreuung bettlägeriger Menschen, in: Gabriele Scholz-Weinrich, Hg., Lebensraum Bett. Bettlägerige alte Menschen im Pflegealltag (Hannover 2015), 112.
- 9 Das Konzept der „nichtintendierten Technikfolgen“ – vgl. Nina DEGELE, Einführung in die Techniksoziologie (München 2002), 39–56 – greift meiner Meinung nach an dieser Stelle zu kurz, da Produkte und Technologien nicht alleine den Ideen von Ingenieurinnen/Ingenieuren und Designerinnen/Designern entspringen, sondern schon in ihrer Entwicklung und im Entwurf als Teile von (Wissens-)Kulturen, Diskursen und Dispositiven angesehen werden müssen.
- 10 Vgl. Michel FOUCAULT, Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I. Vorlesungen am Collège de France 1977/1978 (Frankfurt am Main 2006), 74–79.
- 11 Das Dispositiv besteht aus heterogenen Elementen und hat vorwiegend eine strategische Funktion. Vgl. Michel FOUCAULT, Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit (Berlin 1978), 120.

Die Sicherheitsdispositive

Unter anderem anhand von Stadtplanungen im 18. Jahrhundert und am Beispiel der Stadtgestaltung von Nantes entwickelte der Philosoph Michel Foucault in einer Reihe von Vorlesungen eine Idee davon, was seiner Meinung nach in der „Geschichte der Technologien“¹² als Sicherheitsdispositiv gelten kann. Sicherheitsdispositive sind ihm zufolge Einrichtungen, die juristische und disziplinarische Elemente vereinigen und Sicherheitsräume herstellen. Sie beinhalten eine spezifische Form der Normalisierung, die sich von der in den Disziplinargesellschaften vorherrschenden disziplinarischen Normation unterscheidet.¹³

Sicherheitsdispositive befassen sich mit dem Problem des Aleatorischen: In Stadtplanungen geht es darum, städtische Räume zu entwerfen und dabei noch ungewisse Geschehnisse mit einzubeziehen. Verschiedene unvorhersehbare Ereignisse wie unerkannte Ansteckungsherde, gefährliche Dämpfe und Diebstähle bedrohen potentiell die Freiheit auf den Straßen, auf denen eine unbekannte Anzahl von Fuhrwerken und Passanten unterwegs ist. Diese dafür angewandte „Technik“ oder „Mechanik“ ist, Foucault zufolge, dem Problem der Sicherheit verschrieben, das eigentlich ein „Problem der Serie“ sei. Die Serie bestehe aus zirkulierenden Elementen, deren Anzahl und Auftreten nur in Wahrscheinlichkeiten berechnet werden kann. Diese Elemente müssen strategisch organisiert werden, um die Freiheit des Handels in der Stadt zu sichern. Sicherheitsdispositive sichern die Abläufe im Dienste der logistischen und ökonomischen Interessen einer Stadt.¹⁴ „Die Disziplin richtet sich auf die Körper der Individuen, und die Sicherheit richtet sich auf die Gesamtheit einer Bevölkerung.“¹⁵ Es ist die gesamte Bevölkerung anvisiert, selbst wenn die strategischen Maßnahmen zunächst nur an einzelnen Gruppen ausgeübt werden. Mit Dispositiven organisierte Gesellschaften lösen zwar die Disziplinargesellschaften ab, dennoch verzichten sie nicht auf Disziplinierungen und Regeln, im Gegenteil: Es gibt sogar mehr davon.¹⁶

Ähnlich wie die Stadt muss auch das Krankenhaus organisiert sein und funktionieren, ohne vorab genau zu wissen, welche Ereignisse – Arten von Krankheiten etc. – auftreten werden. Wie viele Betten werden wann und wo gebraucht? Wie viele Patientinnen/Patienten und Besuchende werden kommen? In der Klinik wird seit etwa 1800 versucht, all das systematisch zu kontrollieren und zu organisieren – ähnlich wie Foucault es für die Stadt beschreibt.

Wie in der Stadt und im Gefängnis kommt auch im Krankenhaus die Disziplin ins Spiel: Sie gestaltet den Raum architektonisch und verteilt die Elemente.¹⁷ Im Falle der Betten heißt dies: „jedem Individuum seinen Platz und auf jeden Platz ein Individuum“¹⁸ – ergo Einzelbetten.

12 Vgl. FOUCAULT, Sicherheit, wie Anm. 10, 23.

13 Vgl. ebd., Foucault benennt vier „allgemeine Züge jener Sicherheitsdispositive“, ebd., 26 f. Zu den Unterscheidungen von Norm, Normation und Normalisierung bezogen auf die Disziplinarmechanismen im Unterschied zu den Dispositiven siehe ebd., 88–98.

14 Vgl. ebd., 36–44.

15 Ebd., 27.

16 Die Sicherheitstechnologie wird „installiert, indem sie sich im Innern ihrer eigenen Taktik juristische Elemente, disziplinarische Elemente zu eigen macht und in Gang setzt, manchmal sogar indem sie sie vervielfältigt“. Ebd., 23.

17 Vgl. ebd., 35, 39.

18 Michel FOUCAULT, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses (Frankfurt am Main 1991), 183.

Den Ort, an dem die Zirkulation der Ereignisse und Elemente zustande kommen kann, nennt Foucault das „Milieu der Sicherheitsdispositive“.¹⁹ Im Krankenhaus, das als ein solches Milieu betrachtet werden kann, sind alle Wege optimiert, Ansteckungen sollen vermieden werden; es ist alles auf den Fall X vorbereitet.²⁰ Welche Rolle spielen dabei nun konkret die Bettgitter, deren Verwendung in Pflegeeinrichtungen ebenso üblich ist wie in Krankenhäusern?

Die Bettgitter-Diskurse

Bettgitter, so wurde des Öfteren festgehalten, sind das am häufigsten angewandte Mittel in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, um das Aus-dem-Bett-Fallen und damit Verletzungen zu vermeiden.²¹ Sie stehen aber aus verschiedenen Gründen auch in der Kritik: Besonders ältere Erwachsene, und damit die größte Gruppe der Krankenhauspatientinnen und -patienten, geraten durch sie in eine „Abwärtsspirale“: Die Einschränkung ihrer Mobilität aus Sicherheitsgründen führt dazu, dass Patientinnen und Patienten die Fähigkeit verlieren, sicher zu gehen. Aufgrund dessen entwickeln sie Ängste zu stürzen und vermeiden daraufhin Bewegungen; sie bleiben sitzen oder liegen. Der Fokus auf die Sturzvermeidung scheint den Einsatz physischer Restriktionen wie Bettgitter zu rechtfertigen.²² Die Möglichkeit, dass Unfälle passieren, ist im Sinne Foucaults ein aleatorisches Element, dem mithilfe von Bettgittern begegnet werden kann.

Juridische Elemente sind in die Problematik der Bettgitter involviert und entscheiden über die Gestaltung der Sicherheitsräume mit: Vor allem in den USA beeinflussten gerichtliche Entscheidungen, dass der Einsatz der Bettgitter befördert wurde. Auch in Deutschland gab es Bestrebungen von Krankenkassen, Bettgitter durchzusetzen, die durch gerichtliche Urteile gestützt wurden:

„Es gab bereits in der Vergangenheit eine Häufung von Verfahren, in denen Kranken-/Pflegekassen versucht haben, Krankenhäuser und Pflegeheime mit der Begründung in Regress zu nehmen, dass sie das erforderliche Anbringen eines Bettgitters unterlassen haben und es so zu einem Sturz gekommen ist, der zu Verletzungen und erheblichem Pflegemehraufwand geführt habe.“²³

Fixierung durch Bettgitter, Bettische, Bauchgurte oder zu hohe Betten bedeutet nicht nur Schutz, sondern auch Freiheitsentzug. Als Fixierungen oder freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) gelten:

19 FOUCAULT, Sicherheit, wie Anm. 10, 40.

20 Das Krankenhaus wird aufgrund des Ineinandergreifens von (medizinischen, technischen u. a.) Teams, der physischen Umgebung und der vorhandenen Technologien auch als „sicherer Raum“ angesehen, siehe: Alice STREET / Simon COLEMAN, Introduction. Real and Imagined Spaces, in: Space and Culture 15/1 (2012), 4–17, hier 11.

21 U. a. HEALEY / CRONBERG / OLIVER, Bedrail Use, wie Anm. 6, 1887.

22 Vgl. Marie BOLTZ u. a., Activity Restriction vs. Self-direction. Hospitalised Older Adults' Response to Fear of Falling, in: International Journal of Older People Nursing 9/1 (2014), 44–53.

23 Maximilian GASSNER / Jens M. STRÖMER, Krankenhausbetten. Stürzen, Fallen und kein Ende – Bodennahe Lagerung als einfacher Ausweg?, in: Medizinrecht 33/4 (2015), 252–257, hier 253.

„Mittel, Materialien oder Applikationen, die am Körper oder in der Nähe des Körpers einer Person angebracht sind und von der entsprechenden Person nicht selbständig entfernt oder kontrolliert werden können und diese Person absichtlich davon abhalten, freie Körperbewegungen in eine Position ihrer Wahl vorzunehmen. Bettgitter sind explizit einbezogen, wenn sie beidseitig angebracht sind bzw. [...] den Ausstieg aus dem Bett unmöglich machen.“²⁴

Dieser Aspekt wird vermehrt von Juristinnen und Juristen erörtert. In der kürzlich erschienenen Publikation „Lebensraum Bett“ beleuchtet beispielsweise der Richter Axel Bauer die rechtliche Seite der Bettlägerigkeit im Pflegealltag. Er meint, die Schutzbedürftigkeit bettlägeriger Menschen sei offensichtlich, weil diese nur erschwert oder gar nicht in der Lage seien, ihre Würde und ihre Interessen entgegen den FEM zu vertreten und zu verteidigen.²⁵

Das Bewusstsein für die Tragweite der FEM tritt in der Literatur seit der Jahrtausendwende verstärkt hervor. Unter anderen befassen sich die amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen Julie Fairman und Mary Beth Happ mit den Hintergründen der Fixierungen durch Bettgitter. Diese seien in der jahrhundertealten Verwahrungspraxis der Irren- und Armenhäuser verwurzelt. Die philanthropischen Reformier/-innen hätten die Meinung vertreten, Fixierungen seien notwendige Maßnahmen für die in ihren Augen im angemessenen Verhalten ungeübten Bewohner/-innen und Patientinnen/Patienten. Interessant ist hierbei ihre durch die Literatur gestützte Erkenntnis, dass vor allem alte Frauen von Fixierungsmaßnahmen betroffen sind.²⁶

Die Pflegewissenschaftlerinnen Barbara Brush und Elizabeth Capezuti unternahmen ebenfalls eine sozialhistorische Untersuchung, die sich mit dem Einsatz der Bettgitter in den USA befasst. Sie stellen fest, dass diese im Verlauf des 20. Jahrhunderts fest in die Pflegepraktiken integriert worden sind. Zunächst seien Bettgitter bei Erwachsenen nur temporär eingesetzt worden und noch nicht fest an Betten installiert. Erst im Laufe der Zeit habe sich die zentrale Funktion des Bettes von Komfort zu Sicherheit gewandelt. Die Autorinnen heben besonders die Rolle der Pflegekraft hervor, die zur Aufsicht über die Ordnung am und im Bett verpflichtet sei. Auch die Höhe der Betten sei für diese Aufgaben angepasst, wobei hingenommen würde, dass es dadurch für Patientinnen und Patienten erschwert wird, aus dem Bett aufzustehen.²⁷

Die Debatten um Fixierungen lassen ein grundlegendes Dilemma in der Pflege besonders hervortreten: Wie kann gute Pflege in einer alternden Gesellschaft in Zeiten des technologischen Fortschritts und des gesteigerten Sicherheitsbedürfnisses gelingen? Viele zeitgemäße Behandlungsformen, so heißt es, würden mit einem Verlust an Autonomie, Handlungsfähigkeit und Würde einhergehen, obwohl sie als Techniken zur Pflege, Sorge und Sicherheit konzipiert seien.²⁸

24 KRÜGER / MEYER / HAMERS, Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen, wie Anm. 6, 291.

25 Vgl. BAUER, Rechtliche Aspekte, wie Anm. 8, 105.

26 Vgl. FAIRMAN / HAPP, For Their own Good?, wie Anm. 6. Es gibt allerdings auch Studien, die keinen altersbedingten Effekt beim Einsatz von Bettgittern für Menschen über 65 Jahre feststellen, siehe u. a. HEALEY / CRONBERG / OLIVER, Bedrail Use, wie Anm. 6, 1890.

27 Vgl. BRUSH / CAPEZUTI, Historical Analysis, wie Anm. 6.

28 Vgl. FAIRMAN / HAPP, For Their Own Good?, wie Anm. 6, 295 f.

Das Aus-dem-Bett-Fallen mit mechanischen Einrichtungen verhindern?

Anhand von Abbildungen aus Herstellerkatalogen und Werbeanzeigen werden im Folgenden Strategien dargestellt, die das Aus-dem-Bett-Fallen verhindern sollen. Die in Abbildung 1 vorgestellten Bettenmodelle stammen aus dem Katalog der *Ebefa* (Erste Berliner Eisenmöbel-Fabrik) von 1925.²⁹ Es handelt sich um „Bettstellen“ für Jugendliche, die halbhohes Seitengitter haben, die herunterklappbar sind.

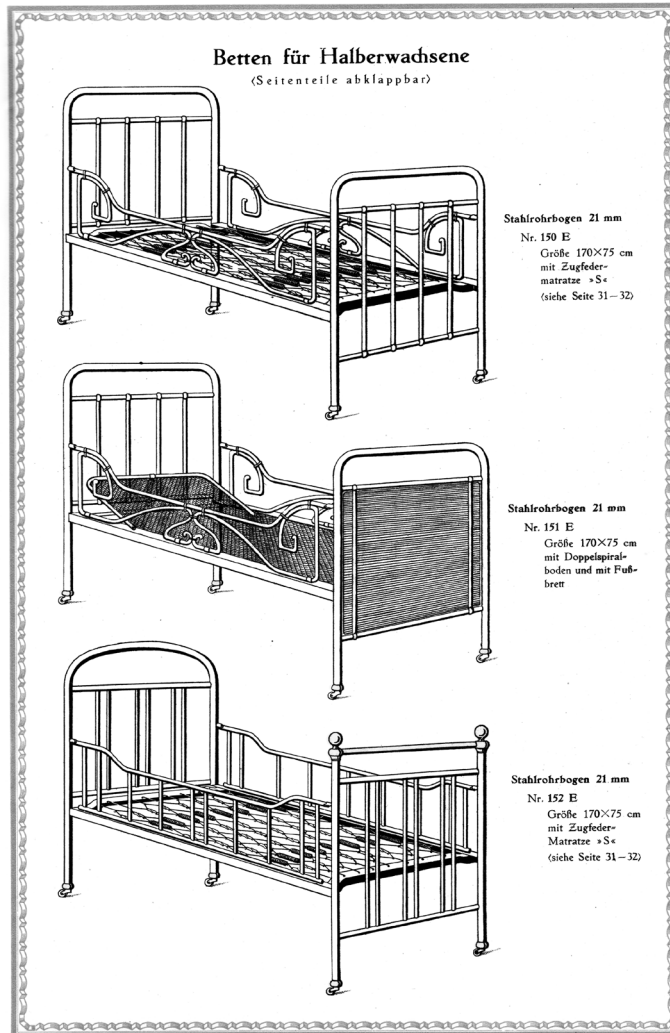


Abb. 1: „Betten für Halberwachsene“ *Ebefa-Eisenmöbel* Produktkatalog (Berlin 1925)

²⁹ Die hier vorgestellten Abbildungen stammen z. T. aus Katalogen, die mir freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden von Werner Beckers, einem ehemaligen Mitarbeiter bei *L. & C. Arnold* in Kempen (Rhein).

Zu vermuten ist, dass die Gitter primär das Herausfallen der Kinder und Jugendlichen während des Schlafens verhindern sollen. In Anlehnung an Marcel Mauss, der das Schlafen an sich zu den Körpertechniken zählte, kann hier argumentiert werden, dass das Schlafen in einem Bettgestell erst erlernt werden muss.³⁰ An die jeweiligen Dimensionen eines Bettes müssen sich Menschen erst gewöhnen. Zu einem Verbleib im Bett und in bestimmten Positionen müssen sie sich disziplinieren bzw. werden sie durch Bettgitter diszipliniert.

Um 1900 wurden bestimmte Patienten-Gruppen in Holzkästen auf vier Beinen verwahrt: Die Berliner Firma *Primissima* bot eine „Große Krampfkastenbettstelle“ unter der Rubrik „Spezial-Bettstellen für Irrenhäuser“ (Abb. 2) an. Es handelt sich um das Modell „Buch, Herzberge“. Obwohl dieses Kastenbett brutal anmutet, ist es als sicherer Raum für die Integration krampfender Personen in den Klinikalltag gestaltet. Die Idee dahinter ist der Schutz der Patientinnen und Patienten und der Umgebung vor unkontrollierten Bewegungen.

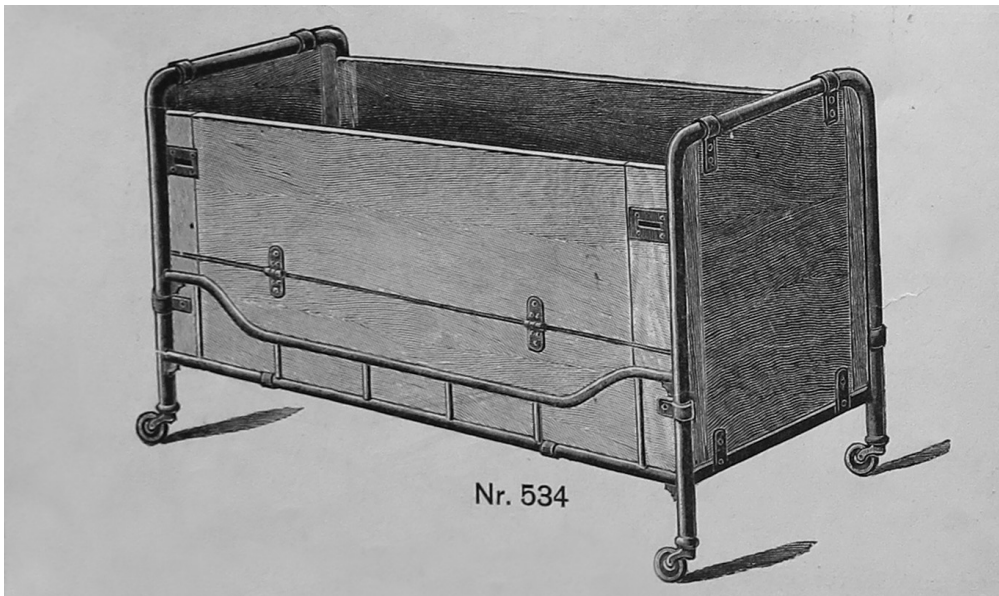


Abb. 2: „Modell: Buch, Herzberge – Große Krampfkastenbettstelle“ *Primissima* Produktkatalog 126 (Berlin o. J.)

30 Vgl. „Techniken der Kindheit“ in: Marcel MAUSS, *Soziologie und Anthropologie*, Bd. 2: Gabentausch, Soziologie und Psychologie, Todesvorstellung, Körpertechniken, Begriff der Person (Frankfurt am Main 1989), 211.

Ein besser einsehbares Bett in Form eines leichten Stahlrohrgestells, mit etwas erhöhten Seitenteilen und Möglichkeiten zur Fixierung, findet sich in Katalogen des Kemptener Eisenmöbelwerks *L. & C. Arnold* (Abb. 3). Die höheren Seitenteile erscheinen sinnvoll, um das Herausrutschen der Matratzen und des Bettzeugs zu verhindern. Allerdings dienen diese, als „Bettstelle für Irrenanstalten usw.“ ausgewiesenen Bettgestells, ebenfalls dazu, dort Fixierungen durch Bänder, Gurte und Jacken anzubringen.

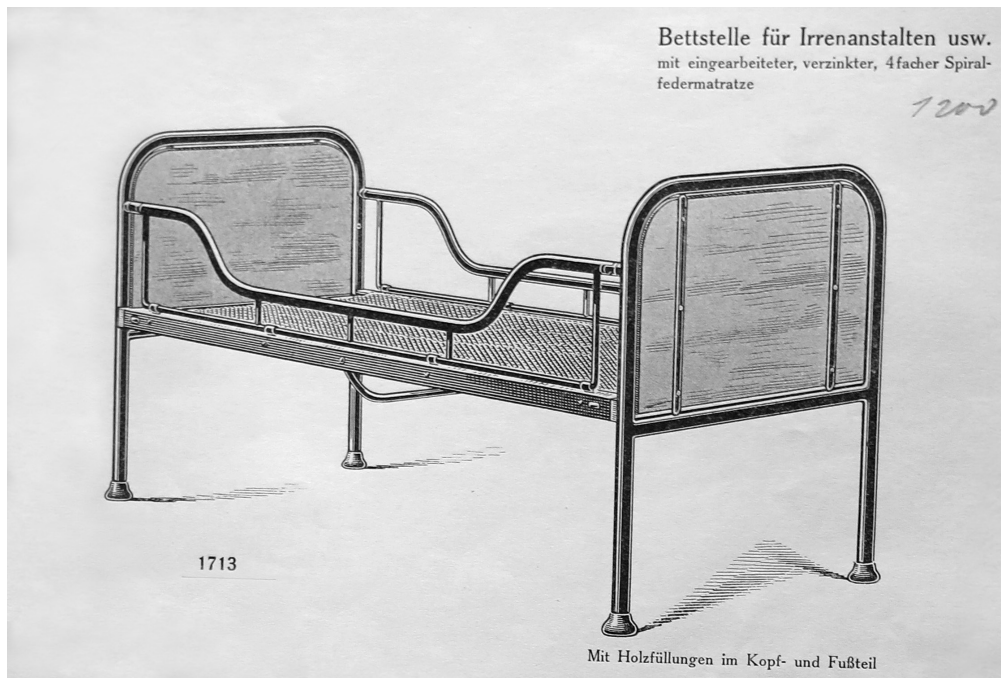


Abb. 3: „Bettstelle für Irrenanstalten usw.“ *L. & C. Arnold* Produktkatalog (1911)

Bettgitter als zusätzliches Equipment, die bei Bedarf an ein Standardbett montiert werden (Abb. 4–8), sind in Katalogen mindestens seit den 1930ern bis in die 1970er Jahre zu finden.

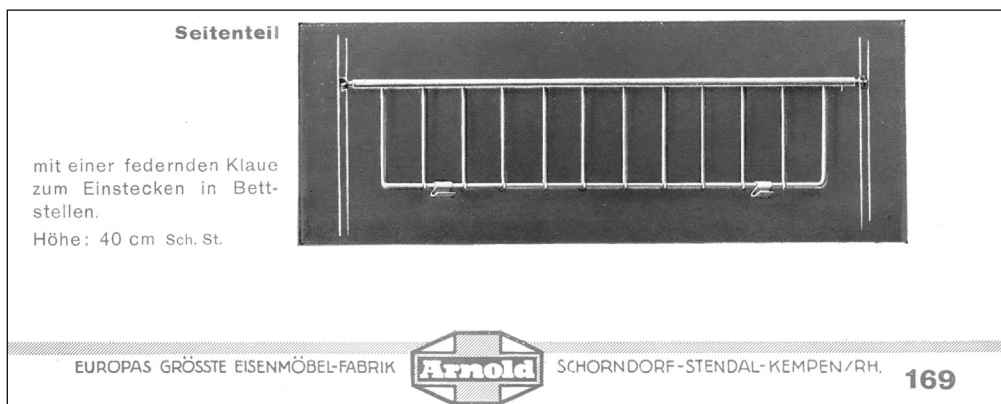


Abb. 4: „Seitenteil“ *L. & C. Arnold* Produktkatalog 31 (1931)

Diese Art von Bettgittern ist seitdem so häufig eingesetzt worden, dass Constance Haigh und J. M. Hayman 1936 ihre Untersuchung – eine der ersten Studien zu Stürzen im Krankenhaus (Cleveland, USA) –, auf Basis von 116 Vorfällen, die in Verbindung mit dem Bett standen, durchführen konnten. Darin tritt ein deutlicher Widerstand der Patientinnen und Patienten gegen Bettgitter zutage: In 31 % der Stürze hatten nicht zusätzlich fixierte Patientinnen und Patienten versucht, über die Bettgitter zu klettern. In weiteren 7 % hatten sie sich vorher von Fixierungen befreit und waren dann über die Bettgitter geklettert. Obwohl die Bettgitter offensichtlich weder allein noch in Verbindung mit weiteren Fixierungen wirksamen Schutz vor Stürzen boten, kamen Autor und Autorin (Arzt und Krankenschwester) zu dem Schluss, dass Bettgitter eine wirksame Maßnahme seien, um „die Widerspenstigen gefügig zu machen“.³¹

Während nachfolgender Entwicklungen, in denen sich das Krankenhaus als sicherer Ort etablierte, wobei Versicherungsunternehmen wichtige Kooperationspartner waren, wurde die Sicherheitsfunktion der Bettgitter weiter manifestiert: In den 1940er Jahren kam es in den USA zu mehreren gerichtlichen Auseinandersetzungen, bei denen Patientinnen und Patienten das Krankenhaus bzw. die Pflegenden verklagten, nachdem sie sich bei Stürzen im Krankenhaus schwer verletzt hatten. Die Gerichte gingen davon aus, dass die Stürze und damit die Verletzungen hätten verhindert werden können, wenn Bettgitter eingesetzt worden wären. Diese Urteile wurden in den folgenden Jahrzehnten wiederholt bestätigt. Krankenhausverwaltungen waren daher mehr darauf bedacht, sich ausreichend und schnell mit diesen Sicherheitstechniken auszurüsten.³² In einer Anzeige von *Hard* (Abb. 5) aus der Zeitschrift „Hospitals“ (1952) eilt ein Vertreter mit einem Bettgitter und einem Aktenkoffer ins Krankenhaus, um in dieser Frage auszuhelfen: „He’s thinking of helping you solve a safety problem.“³³

Auch Thomas Weil und Henry Parrish³⁴ machten in ihrer Studie von 1958 die Pflegenden und geeignetes Equipment für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten verantwortlich und plädierten für den Einsatz von Bettgittern:

„to prevent falls from bed, the nurse should make certain that the patient’s bedside table is close enough so that he [sic] doesn’t have to lean out of bed to reach for objects. Also, it is her [sic] responsibility to see that bedrails are securely fastened to prevent the patient from falling out of bed.“³⁵

31 BRUSH / CAPEZUTI, Historical Analysis, wie Anm. 6, 382, beziehen sich auf die Studie von Constance HAIGH / J. M. HAYMAN, Why They Fell out of Bed, in: Modern Hospital 47/6 (1936), 45. Zitat ebd., „rendering the obstinate docile“ [Übers. Keil].

32 Vgl. BRUSH / CAPEZUTI, Historical Analysis, wie Anm. 6, 383 f.; GASSNER / STRÖMER, Krankenhausbetten, wie Anm. 23, 252 f.

33 Anzeige von *Hard Manufacturing Co.* „Here Mr. Administrator...“, in: Hospitals 26 (1952), 18.

34 Zur Zeit der Studie arbeitete Thomas P. Weil in der Verwaltung des Mount Sinai-Krankenhauses und Henry Parrish war Stipendiat an der Universität von Pittsburgh. Der Artikel war Teil eines M.P.H. Abschlusses im Fach Public Health der Yale University.

35 Thomas P. WEIL / Henry M. PARRISH, How Did It Happen? An Analysis of the Causes of 2036 Patient Accidents at New York’s Mount Sinai Hospital, in: Hospitals 32 (1958), 43–48, hier 48.



HERE, MR. ADMINISTRATOR . . .
comes news . . . hot off the assembly line!

Tucked under his arm is a brand new piece of hospital equipment that you will want to see. In this case, it is HARD'S revolutionary, new Dual Purpose Safety Side—designed to furnish rigid support to ambulatory patients getting in and out of bed . . . as well as security to patients who are semi-conscious or under sedation.

This man is your hospital supply dealer's salesman! He has a vast amount of information about new products . . . information that he gathers from many sources, many manufacturers.

This trip he's carrying a HARD product. He's thinking of helping you solve a safety problem. However, he could just as well be carrying a new forceps . . . or an improved sutures . . . or a more efficient detergent.

That's why HARD sells exclusively through hospital supply dealers. HARD believes that a salesman must know the entire hospital equipment field before he can do a helpful job of selling.

See this Safety Side and other Safety-Engineered equipment at Booth 505, AHA Convention, Sept. 15-18.



122 Tonawanda St.

Buffalo 7, N. Y.

Abb. 5: Anzeige *Hard Manufacturing Co.*, in: *Hospitals* 26 (1952), 18

In ihren Untersuchungen von 2.036 Unfällen in den Jahren 1954–56 am New Yorker „Mount Sinai Hospital“ stellten Weil und Parrish fest, dass der größte Teil der Unfälle im Krankenhaus am bzw. im Umkreis des Bettes stattfanden (65 %). Daraus schlossen sie, dass Krankenhausbetten und damit verbundenes Equipment – Bettgitter und Bettische – neu gestaltet werden müssten, um Unfälle zu vermeiden.³⁶ Aus den Ergebnissen der oben zitierten Studie von Haigh und Hayman – die Unfälle thematisiert, die geschehen, obwohl Bettgitter hochgestellt sind – leiteten Weil und Parrish ab, dass die eingesetzten Bettgitter aufgrund des schlechten Designs ineffektiv waren bzw. zusätzliche Fixierung dieser Patientinnen und Patienten nötig gewesen wäre.³⁷

Der amerikanische Hersteller für Krankenhausbetten *Hill-Rom* integrierte die Ergebnisse von Weil und Parrish in ein Equipment-Handbuch für Pflegekräfte sowie in einschlägige Werbeanzeigen. Darin warb *Hill-Rom* u. a. mit dem Aufruf: „Reduce bedfalls! By equipping all beds with Hill-Rom Safety Sides.“³⁸

Etwa seit den 1960er Jahren gibt es (zunächst in den USA) Bettgitter, die am Bett verbleiben und bei Bedarf hinauf oder herunter gestellt werden. Bettgitter, die sich über die volle Bettlänge erstrecken, gelten als die sichersten und werden daher mehrheitlich eingesetzt. Einige Firmen, wie *Hard* oder *Hill-Rom*, propagierten auch geteilte Bettgitter, die als Ausstiegshilfe für Patientinnen und Patienten gedacht waren.³⁹ Ausziehbare Teleskop-Bettgitter sollten den verschiedenen Ansprüchen gerecht wurden, indem sie auf zwei Längen einstellbar waren: entweder auf die volle Länge oder mit einem Ausgang für Patientinnen und Patienten. „Quickly raised or lowered by nurse and lock securely in either of two height positions.“⁴⁰

36 Vgl. ebd., 45.

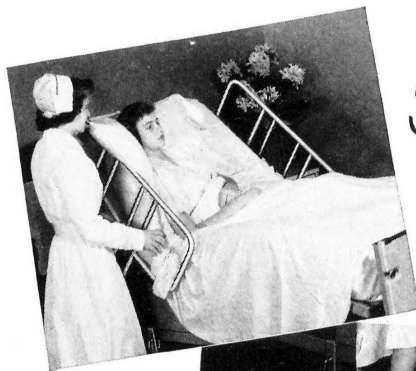
37 Vgl. ebd.

38 Anzeige von *Hill-Rom* „Reduce bedfalls!“, in: *The Modern Hospital* 94/1 (1960), 140.

39 Das „Hilow Bed“ wurde von *Hill-Rom* u. a. in: *Hospitals* 31/16 (1957), 99 beworben. Vgl. BRUSH / CAPEZUTI, *Historical Analysis*, wie Anm. 6, 383.

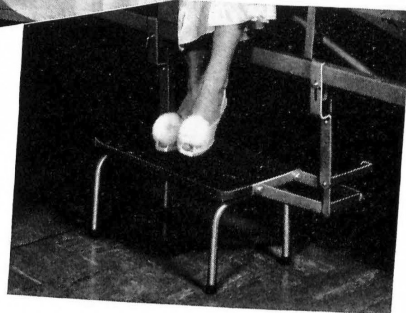
40 Anzeige von *Simmons Company* „What Kind of Side Rails Do You Want?“, in: *The Modern Hospital* 94/6 (1960). Teleskop-Bettgitter wurden u. a. auch von *Evered & Co.* und *Joh. Stieglmeyer* angeboten.

two new Hill-Rom firsts



*Safety
Side*

*Safety
Step*



to help reduce bed falls

Both of these new Hill-Rom safety items can be used on any hospital bed—wood or metal. The Safety Side is attached to the head-end of the bed, and does not interfere with use of overbed table, nor with making up the bed. Above illustration shows its use for a cardiac case, enabling the patient to rest or sleep in an almost-sitting position.

The Safety Step is easily attached to either side of the bed, and may be easily raised out of the way with a touch of the toe when doctor or nurse is working at the bedside. With this new step the entire weight is carried on the floor—there is no strain on the side rail of the bed. Write for illustrated literature and complete information.



The new Hill-Rom Safety Side weighs only 7 lbs., can be easily attached and adjusted by even a small nurse.

HILL-ROM COMPANY, INC., BATESVILLE, IND.

Furniture for the Modern Hospital

Abb. 6: Anzeige Hill-Rom Company, Inc., in: Hospitals 26 (1952), 139

Die Integration der Bettgitter in pflegerische Routinen

Ein Grund, wieso Bettgitter in die Pflege integriert wurden, lag im „Schwesternmangel“ der 1950er Jahre, der noch in den 1960ern und 1970ern anhielt und Manager/-innen und Ingenieurinnen und Ingenieure als Begründung diente, pflegerische Arbeitsabläufe stark zu rationalisieren.⁴¹ Bei der Fülle der Aufgaben, der hohen Anzahl der zu Betreuenden und den neuen Krankenhäusern, die nun nicht mehr aus großen und auf einen Blick zu überschauenden Sälen, sondern aus Ein-, Zwei- oder Drei-Bett-Zimmern bestanden, waren Bettgitter ein Ersatz für die „wohltätige“ Aufsicht⁴² oder einfach nur die einzige praktikable Lösung für Pflegende.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass Hersteller das Argument der Zeitersparnis – „a real time-saver for your busy staff!“⁴³ – für den Kauf von Bettgittern anführten. In einer Anzeige der *Royal Hospital Furniture* (Abb. 7) aus dem Journal „The Modern Hospital“ von 1960 heißt es: „for free access and easy housekeeping“. Mit einem „fingertip“ seien die Bettgitter verstellbar.⁴⁴

In den „Mitteilungen“ der deutschen Firma *Joh. Stieglmeyer* erzählen fiktive Kurzgeschichten mit „Schwester Maria“ von den Vorteilen der Produkte im Sinne der Arbeits- und damit Zeitersparnis. So heißt es 1957 betreffend der Seitengitter:

„Schwester Maria ist eine alte, erfahrene Pflegeschwester, aber als dieser Tage Lernschwester Anni zu ihr kam und berichtete, der Patient Mayer von Zimmer 217 sei so unruhig, daß er fast aus dem Bett gefallen sei, da wußte sie im Augenblick keinen Rat. [...] Schwester Maria würde von diesen Seitengittern begeistert sein, und selbst die Verwaltung hätte nichts gegen einen Kauf dieser Hilfsgeräte einzuwenden, denn sie sind im Hinblick auf die Arbeitersparnis und Rentabilität äußerst preiswert.“⁴⁵

Krankenhausmöbelhersteller hielten an Bettgittern fest bzw. erklärten sie sogar zum Standard-Zubehör. Falls nötig, helfen sie, den Bewegungsraum bestimmter Patientinnen und Patienten auf das Bett zu beschränken. *Joh. Stieglmeyer* eröffnete 1977 die Bewerbung „Zwei neue Stieglmeyer-Seitengitter“ mit dem Satz: „Seitengitter am Krankenbett sind ein wichtiges Zubehör, wenn es darum geht, unruhige Patienten an einem Verlassen des Bettes zu hindern.“⁴⁶

41 Vgl. BRUSH / CAPEZUTI, Historical Analysis, wie Anm. 6, 383.

42 Vgl. Howard S. RUBENSTEIN u. a., Standards of Medical Care Based on Consensus Rather than Evidence. The Case of Routine Bedrail Use for the Elderly, in: Law, Medicine & Health Care. A Publication of the American Society of Law & Medicine 11/6 (1983), 271–276, hier 273.

43 Anzeige von *Royal Metal Manufacturing Company* „for protection ... plus freedom!“, in: The Modern Hospital 94/5 (1960), 181.

44 Anzeige von *Royal Hospital Furniture* „Combine Protection with Freedom!“, in: The Modern Hospital 95/5 (1960), 213.

45 Schwester Maria und ein unruhiger Kranker. Neue praktische Seitengitter, in: Stieglmeyer Mitteilungen 8 (1957).

46 Zwei neue Stieglmeyer-Seitengitter, in: Stieglmeyer Mitteilungen 34 (1977), 40.

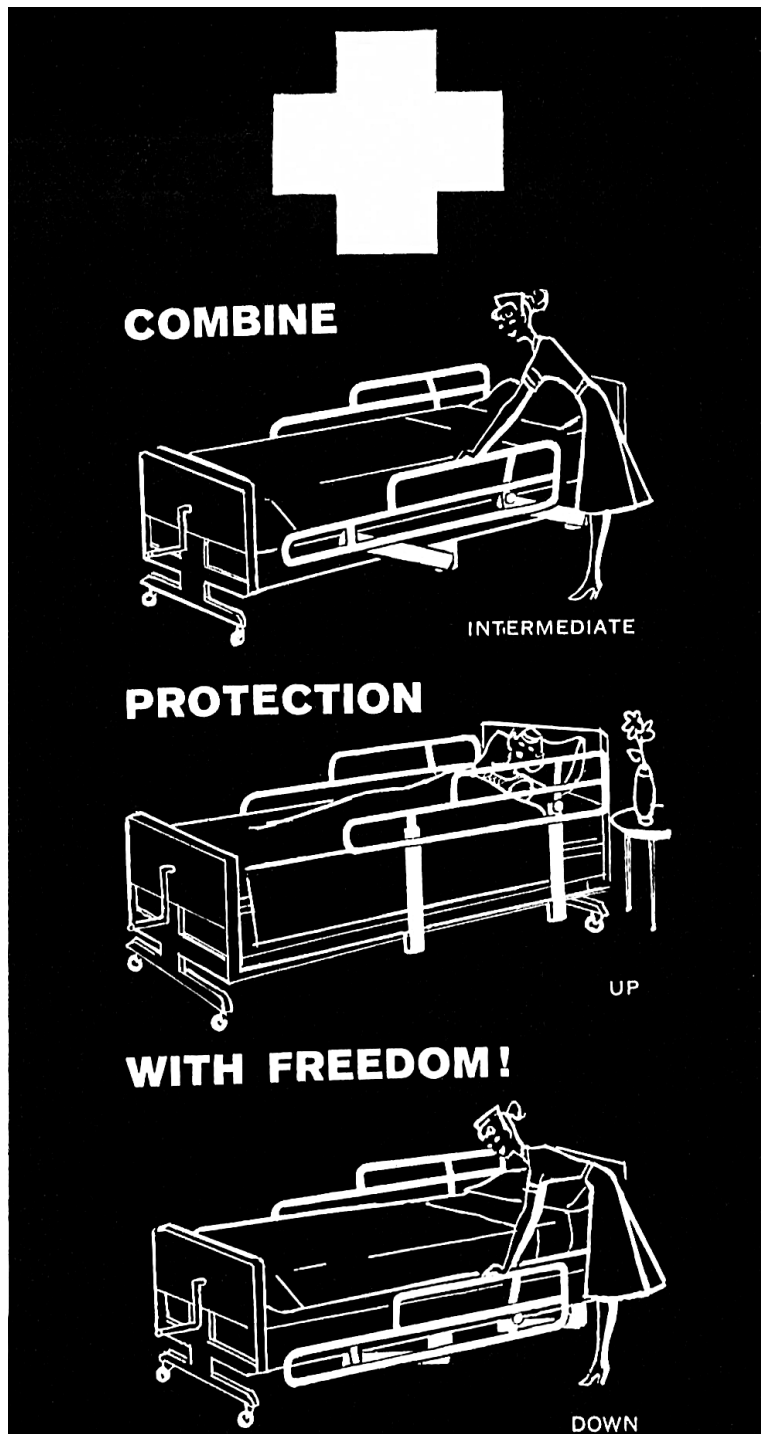


Abb. 7: Ausschnitt aus der Anzeige der *Royal Hospital Furniture*, in: *The Modern Hospital* 95/5 (1960), 213

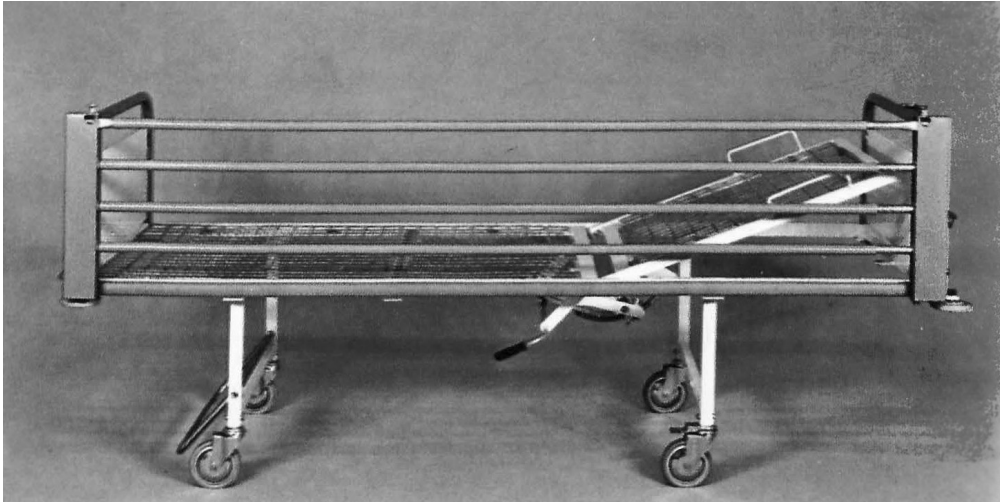


Abb. 8: Seitengitter Modell 6630, in: Stieglmeyer Mitteilungen 34 (1977), 40

„Untie the Elderly“

Überwiegend galten und gelten ältere Menschen als besonders sturzgefährdet und häufiger orientierungslos, daher erscheint für diese Bevölkerungsgruppe der Einsatz von Bettgittern besonders gerechtfertigt. Das zeigt sich u. a. an den Werbestrategien der Hersteller. So bewarb *Aygee (Hospital Equipment) Ltd.* aus London seine Bettgitter, die mit speziellen Schellen an üblichen Krankenhausbetten anzubringen waren, mit der Losung: „Ideal for geriatric patients.“⁴⁷

Eine altersbedingte Disposition für Stürze (aus dem Bett) lässt sich sicherlich nicht in Abrede stellen: Die Wahrscheinlichkeit zu stürzen, ist laut dem Report der britischen „Patient Safety Agency“ aus dem Jahr 2007 weniger von der Umgebung und der Ausstattung der jeweiligen Einrichtung abhängig als von der Konstitution der Patientinnen und Patienten. Die größte Gruppe der Sturzgefährdeten bilden demzufolge die über 65-Jährigen. Von diesen wiederum seien besonders an Demenz Erkrankte und Personen mit eingeschränkter Mobilität bzw. eingeschränkter Kognition betroffen.⁴⁸

Dennoch stehen die Mittel zum Schutz gefährdeter Personen auch hinsichtlich ihrer Sicherheit in der Kritik: Bettgitter sind nicht nur Instrumente zum Schutz vor Unfällen, sondern sie sind sogar verantwortlich für Verletzungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus: Allein für den Zeitraum von 1985 bis 1999 wurden in den USA 371 Fälle von Verletzungen – häufig Strangulation – in Betten mit Bettgittern gemeldet, 228 davon sogar mit tödlichem

47 Produktinformation über *Aygee (Hospital Equipment) Ltd.* „The Aygee detachable drop bedside“, in: *Hospital Purchasing Guide* 6 (1968), 2.

48 Vgl. Frances HEALEY / Sarah SCOBIE, *Slips, Trips and Falls in Hospital. The Third Report from the Patient Safety Observatory*, hg. v. NHS National Patient Safety Agency (London 2007), 22–24.

Ausgang; 87 Patientinnen und Patienten erlitten nur leichte Verletzungen und 56 wurden nicht verletzt, weil Personal intervenierte.⁴⁹ Aufgrund dessen hat es inzwischen Anpassungen in den Normen bei Bettgittern gegeben und Erhängen, Einklemmen etc. ist nunmehr kaum noch möglich.

Nicht nur wegen der Verletzungsgefahr stellten der Mediziner Howard Rubenstein und seine Kollegen von der Universität Harvard 1983 den Bettgittern ein verheerendes Zeugnis aus: „Lawyers, no less than physicians and others concerned with patient safety, seem to find it difficult to believe that something meant to protect may have no safety value at all and may even be hazardous.“⁵⁰ Sie fanden heraus, dass Bettgitter oftmals allein aus Versicherungsgründen eingesetzt wurden – und nicht aus pflegerischen Erwägungen. Rubenstein u. a. schlossen sich der Meinung anderer Forscher/-innen an, die schon 1965 zu dem Thema eindeutig Stellung bezogen hatten: „Siderails are frightening and imply dangerous illness. To others, siderails are irritation and humiliating because they emphasize the confining aspects of hospitalization.“⁵¹

Solche Kritik an der Sicherheits- und Verwehrpraxis, vor allem durch Fixierungen, erhielt in den 1980er Jahren vermehrte öffentliche Aufmerksamkeit: Heterogene Gruppen unterstützten entsprechend auch den „Nursing Home Reform Act“ (1987).⁵² 1989 lud ein Komitee des US-Senats zu einem Symposium mit dem Titel: „Untie the Elderly: Quality Care Without Restraints.“ Aufgrund des großen öffentlichen Interesses kündigte die Regierung an, jene Einrichtungen und Umgebungen fördern zu wollen, die ohne Fixierungen auskämen bzw. Fixierungen reduzierten.⁵³

Auch Initiativen in Deutschland wie die „bodennahe Pflege“ und der „Werdenfelser Weg“⁵⁴ bemühen sich, Bettgitter abzuschaffen oder zumindest deren Anwendung möglichst zu vermeiden und Alternativen zu erproben. Die aktuelle Bewegung der sogenannten „bodennahen Pflege“ oder „bodennahen Lagerung“ propagiert eine bemerkenswerte, weil radikale Aktion: Man bettet gefährdete Bewohner/-innen und Patientinnen/Patienten mit eingeschränkter Mobilität u. a. möglichst nah am Boden auf einem Matratzenlager o. Ä.⁵⁵

49 „371 incidents of patients, who were caught, trapped, entangled, or strangled in beds“, Gail POWELL-COPE u. a., *Modification of Bed Systems and Use of Accessories to Reduce the Risk of Hospital-Bed Entrapment*, in: *Rehabilitation Nursing* 30/1 (2005), 9–17, hier 9. Auch Pflegenden verletzten sich mitunter an abnehmbaren Bettgittern. Andrea KEXEL, *Sicherheitsaspekte von Krankenhausbetten* (Bremen 1996), 19.

50 RUBENSTEIN u. a., *Standards of Medical Care*, wie Anm. 42, 272.

51 Ebd.

52 FAIRMAN / HAPP, *For Their Own Good?*, wie Anm. 6, 290.

53 Vgl. UNITED STATES, Congress. Senate. Special Committee on Aging, *Untie the Elderly. Quality Care without Restraints. Symposium before the Special Committee on Aging, United States Senate, One Hundred First Congress, first session* (Washington, DC 1990), III, online: <http://hdl.handle.net/2027/uc1.b4258085> (letzter Zugriff: 25.04.2016).

54 Sebastian KIRSCH, *Kurzbeschreibung: Was ist der Werdenfelser Weg?*, online unter: http://www.martha-maria.de/fileadmin/MP_SZ_WUE/PDF-Dateien/Werdenfelser_Weg.pdf; *Werdenfelser Weg – Das Original*, online unter: <http://werdenfelser-weg-original.de/literatur/downloads/> (letzter Zugriff: 09.05.2016).

55 Zu den Alternativen gehören außerdem Aktivierung und Mobilisierung. Die bodennahe Pflege wird derzeit erprobt. „Bisher ist die sog. ‚bodennahe Pflege‘ offenbar nicht über das Experimentierstadium hinausgekommen. Sollte die bodennahe Pflege zunehmend in den Krankenhaus- bzw. Pflegealltag integriert werden, könnte sie perspektivisch auch in den haftungsrechtlich maßgeblichen medizinisch-pflegerischen Standard aufgenommen werden.“ GASSNER / STRÖMER, *Krankenhausbetten*, wie Anm. 23, 254.

Diese Ausführungen zeigen auch, dass das, was als sicher, angemessen oder normal gilt, historisch variabel ist. Die materielle Realität der Bettgitter jedoch hat – in sich wenig verändernden Formen – die Wandlungen der Diskurse und Praktiken überstanden und ist noch immer in Gebrauch. „Das Aufstellen von Bettgittern gehört sowohl im Krankenhaus als auch in der Pflege alter Menschen in Heimen zur pflegerischen Routine. Das Motiv, die Legitimation, lautet allenthalben: Sicherheit.“⁵⁶

Die Bettgitter als Bestandteile der Sicherheitsdispositive

Zugleich lässt sich beobachten, dass Bettgitter über einen langen Zeitraum ein brisantes Thema geblieben sind und dabei verschiedene Gruppen und Akteure an diesen Auseinandersetzungen teilhaben. Obwohl die Argumente für oder gegen Bettgitter stets die Sicherheit der Patientinnen und Patienten adressieren, ist erkennbar, dass auch die (rechtliche) Sicherheit der Pflegekräfte und der Verwaltungen eine Rolle spielt.

Von Herstellern und Krankenhausträgern wird zudem der ökonomische Aspekt betont: Im Falle der Bettgitter heißt dieser Zeitersparnis. Bettgitter entlasten die Pflegekraft in ihrer Aufsichtspflicht, helfen, die Patientinnen und Patienten in der richtigen Position zu halten und gewährleisten einen einfachen und schnellen Zugriff. Inzwischen sind die Bettgitter etabliert und noch leichter anwendbar, sie sind in der Regel an den Betten vorinstalliert und die Praxis ihrer Verwendung ist eingeübt. „Staff has been told that the devices are safe, and it’s a one-size-fits-all approach. Beyond that, these physical barriers also serve as mental barriers for nurses, because they keep them from providing more care and from thinking of more solutions.“⁵⁷

Bei der Gestaltung von Krankenhaus- und Pflegebetten und deren Bettgittern geht es darum, dass möglichst wenige Pflegekräfte benötigt, deren Rücken geschont und dennoch reibungslose Abläufe generiert werden. Der Bereich der Pflege ist von ökonomischen Interessen nicht ausgenommen, sondern auch für diese in einer bestimmten Weise optimiert. Diente der Komfort der vormodernen Krankenbetten noch als Zeichen der Wohltätigkeit ihrer Stifter/-innen, so ist die Sicherheit der Betten heute ein Garant für die Planbarkeit und Kalkulierbarkeit in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Jedoch bleiben diese ökonomisierten Prozesse nicht ohne Kritik. Auch auf juristischer Seite verändert sich der Diskurs, und Bettgitter sowie Bettgitter-bedingende Umfelder werden kritisiert:

„In Institutionen wie Pflegeheimen sind die Grundrechte bettlägeriger Personen in hohem Maße schon deshalb gefährdet, weil die Organisation des Pflegebetriebes, die Personalausstattung und die durchstrukturierten Arbeitsabläufe aus strukturellen Gründen die individuellen Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen nur bedingt berücksichtigen können. Solche Institutionen neigen strukturell, also unabhängig von den individuellen Absichten der einzelnen Leitungs- und Pflegekräfte dazu, ihre eigenen Organisations- und Wirtschaftlichkeitsinteressen vorrangig gegenüber den Bedürfnissen und Interessen der zu Pflegenden durchzusetzen.“⁵⁸

56 Thomas KLIE, Hinter Gittern. Die Aufstellung eines Bettgitters erfüllt streng genommen den Tatbestand der Freiheitsberaubung, in: *Altenpflege. Vorsprung durch Wissen* 23/7 (1998), 37–39, hier 37.

57 N. N. / Elizabeth CAPEZUTI, Improving Bed Safety, in: *NYU Nursing Newsletter* (2007), 7.

58 BAUER, Rechtliche Aspekte, wie Anm. 8, 105 f.

Foucault konstatierte zwar, dass das Dispositiv die Disziplinarmechanismen ablöst, aber dennoch auf disziplinierende Maßnahmen zurückgreift. Dies gilt auch für das Krankenhaus: Dessen Ordnung reguliert sich im Allgemeinen selbst durch normalisiertes Verhalten, die Regel, das Bett nicht zu verlassen, wird dennoch unter Umständen erst mithilfe der Bettgitter durchgesetzt – gemeint ist hierbei der Einsatz der Bettgitter als freiheitsentziehende Maßnahme. Damit wird zugleich eine Hierarchie manifestiert. Sie basiert auf der Grundannahme, dass die Verwirrten, die Alten und die Schwachen vor ihrem eigenen unvorhersehbaren Verhalten geschützt werden müssen, das folgenschwer für sie selbst sein kann. Oder wie Foucault es ausdrückt: „persönliches Unglück, alles, was jemandem in seinem Leben zustoßen kann, ob es sich nun um Krankheit oder um das handelt, was auf jeden Fall eintritt, nämlich das Alter, darf weder eine Gefahr für die Individuen noch für die Gesellschaft darstellen.“⁵⁹

Die Bettgitter erfüllen die Funktion der Sicherheit in doppeltem Sinn: Sie dienen einerseits dazu, dass Menschen im Alter keiner Gefahr ausgesetzt sind, denn Bettgitter verhindern angeblich das Herausfallen aus dem Bett, welches in der sogenannten „vierten Lebensphase“ den Hauptaufenthaltsort⁶⁰ darstellt. Und andererseits reduzieren Bettgitter die Gefahr für die Gesellschaft, weil die Alten keine Störungen verursachen, sondern im Bett liegend in die organisatorischen Abläufe und ökonomischen Interessen eingegliedert werden. Das Alter und seine Erscheinungen – die wackeligen Beine und die schlechter sehenden Augen – gehören hier zu dem, was Foucault als „Natur der Wirklichkeit“ bezeichnet. Diese wiederum wird ganz wesentlich in die Strategien der Sicherheitsdispositive eingebaut.⁶¹

Zweifel und Kritik an der Sicherheitsfunktion des Bettgitters für die Patientinnen und Patienten haben zu Anpassungen im Design und zahlreichen Regelungen geführt, sie stellten aber nicht die strategische Position innerhalb der Sicherheitsdispositive infrage. Im Gegenteil, der Ruf nach mehr Sicherheit und mehr Regeln erscheint noch nachvollziehbarer. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung gehen Fairman und Happ in dem erwähnten Artikel sogar davon aus, dass eine Gefahr für die mentale und physische Gesundheit drohe, die nicht nur Pflegeheimbewohner/-innen und Patientinnen/Patienten in Krankenhausbehandlung betreffe, sondern uns alle, die wir altern: Diese Gefahr liege in der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen wie Bettgitter, die mit den komplexen technologischen Behandlungen, die Menschen im fortgeschrittenen Alter zwangsläufig zuteilwerden, einhergehen. Die Autorinnen beenden ihren Artikel mit dem Satz: „By freeing our patients we are freeing ourselves.“⁶² Jedoch wäre es nur eine scheinbare Befreiung, wenn lediglich die Bettgitter abgebaut würden.⁶³ Denn inzwischen übernehmen andere disziplinierende Sicherheitseinrichtungen wie Kameras und

59 Michel FOUCAULT, *Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvenementalität II* (Frankfurt am Main 2006), 100.

60 Vgl. Nadine LEXA, *Der letzte Lebensort*, in: *Pflegezeitschrift: Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege* 69/2 (2016), 76–79, hier 76.

61 Vgl. FOUCAULT, *Sicherheit*, wie Anm. 10, 62, 76 f.

62 FAIRMAN / HAPP, *For Their Own Good?*, wie Anm. 6, 296.

63 Bettgitter stehen einer neuerdings angestrebten „Patienten-Mobilisierung“ entgegen. Da sich die Mobilisierung als kostengünstiger zu erweisen scheint als Bettlägerigkeit, ist zu erwarten, dass Bettgitter letztlich deswegen doch noch abgeschafft werden. Vgl. Nils A. LAHMANN u. a., *Mobility Is the Key! Trends and Associations of Common Care Problems in German Long-term Care Facilities from 2008 to 2012*, in: *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015), 167–174.

Sensoren in viel konsequenterer Weise die strukturell-strategischen Aufgaben in den Sicherheitsdispositiven der Pflege. Es geht daher darum, diese zu erkennen und andere Wege zu finden, wie Gestaltungsaufgaben für Pflegedinge im Interesse der Patientinnen und Patienten formuliert werden können.

Information zur Autorin

Maria Keil, M.A., promovierte 2017 mit einer kulturwissenschaftlichen Arbeit zur Geschichte des Krankenbettes am Exzellenz-Cluster „Bild Wissen Gestaltung. Ein interdisziplinäres Labor“ an der Humboldt-Universität zu Berlin, E-Mail: mariakeil@posteo.de

Ulla Kriebenberg

Putting Age in Its Place. Representations of Institutional Eldercare in Contemporary North American Film and Fiction

Deutscher Titel

Dem Alter Raum geben. Altersheim-Darstellungen im nordamerikanischen Film und Roman

Zusammenfassung

Dieser Aufsatz widmet sich einem derzeit im angloamerikanischen und kanadischen Raum immer populärer werdenden Genre, dem Pflegeheimroman („care home novel“), und beschäftigt sich mit der Frage, welche Rolle die fiktionale Repräsentation von Orten des Alterns und der Pflege für ein sozial und kulturell konstruiertes Altersbild spielen kann. Nach einer überblicksartigen Darstellung der verschiedenen Sub-Genres und ihrer Beispiele wird darauf eingegangen, wie das Heim als Ort des Alterns in solchen Romanen dargestellt wird, wer darin Sichtbarkeit erlangt und wer unsichtbar bleibt. Da Pflege immer auch räumlich determiniert ist, erlaubt eine Analyse der Darstellungsweise des Heimes Aussagen darüber, wie im Pflegeheimroman Fragen der menschlichen Existenz verhandelt werden.

Keywords

Care home narratives, spaces and places of care, fourth age, Aging Studies, Cultural Gerontology, contemporary North American literature, cultural representation, ageism

Introduction

“Her new home, sweet home. But mustn’t start on a sour note, or a dubious one. [...] This will be fine. Fine enough. It only takes getting used to, and a little while to get settled. It’ll remain a shock for a while, being incarcerated in this genteel, open-doored prison.”¹ When Sylvia Lodge, one of the protagonists in Joan Barfoot’s 2009 novel “Exit Lines” decides to move into the Idyll Inn, a retirement lodge in a small city somewhere in Canada, she is aware of the fact that this transition may be the last time she moves house in her life—unless she has to relocate from the retirement lodge to a nursing home, “the next step downwards en route to incapacity’s

basement”², as she cynically puts it, using the common spatial metaphor of aging as decline. “Currently, nursing homes signal failure—of old people to remain independent and of family members to provide adequate care”, Sally Chivers argues and continues, “nursing homes invite fear partly because they house a conglomeration of what people often dread about old age. If old age were not necessarily to conjure up negative opinion, nursing homes may, in turn, not seem or be as threatening”³.

The fears Chivers addresses are reflected and processed in literature and film, and fictional representations of institutionalized eldercare are currently booming. When care homes are represented in novels or films, such depictions usually place an emphasis on the fact that such a home is more than simply a building or residence. Rather, it is “a micro-complex of architectural, administrative, financial, clinical, familial, symbolic, and emotional interactions and power relations”⁴. In literature and film, the care home often serves as a symbol, a spatial metaphor for the experience, fears, and uncertainties associated with old age. Used as a setting or spatial frame, the care home illustrates the marginalized social position of old age (“over the hill” being one such position). The threat of ending up as inmates of the “‘halfway houses’ between society as we know it and the cemetery”⁵ has been mirrored in literary texts since the late 1960s and has become increasingly common up until today. The genre of the care-home novel is currently flourishing, reflecting the wide variety of care-giving models that range from prison-like, infantilizing, and even abusive institutions to hotel-like retirement facilities with luxurious amenities and responsible caregivers. However, texts depicting the home as a place of confinement still dominate the market. The “horrible home”, with its parallels to the Gothic novel and the sublime, has become a predominant topos in literary texts, while fiction and film that reflect the increasing variety of today’s eldercare options, including its positive sides, have only slowly begun to appear. Today, nursing homes still represent a focal point for society’s fear of aging. They are commonly described as terminal places from which there is no exit but death. In recent years, however, the question of how and where to live in old age has become more relevant than ever due to changing demographics:

“In 2011, the first of the baby boom generation reached what used to be known as retirement age. And for the next 18 years, boomers will be turning 65 at a rate of about 8,000 a day. As this unique cohort grows older, it will likely transform the institutions of aging—just as it has done to other aspects of American life. Will boomers redefine this life stage, or will it redefine them?”⁶

1 Joan BARFOOT, *Exit Lines* (Toronto 2009), 16.

2 *Ibid.*, 20.

3 Sally CHIVERS, *From Old Woman to Older Women. Contemporary Culture and Women’s Narratives* (Columbus 2003), 58.

4 Stephen KATZ, *Cultural Aging* (Peterborough 2005), 240.

5 Richard M. GARVIN / Robert E. BURGER, *Where They Go to Die. The Tragedy of America’s Aged* (New York 1968), 11.

6 American Association of Retired Persons, quoted in Bryan DOOLEY, *Profitable investing in an ageing world*, in: *The Royal Gazette* (18th March 2014), <http://www.royalgazette.com/article/20140318/BUSINESS/140319777> (04.05.2017).

As the website of the American Association of Retired Persons (AARP) informs us, new forms of eldercare are emerging, and the image of a hospital- or prison-like institution that focused primarily on the management of the old body in terms of a medical model is gradually being replaced by images of modern and comfortable homes that put personalized care and individual needs first. New housing schemes for the elderly are being conceptualized where “leisure and consumption play an important symbolic role in affirming personal identities”.⁷ As Andrew Blaikie comments, the “land of old age” is being redeveloped in such a way that congregated housing units emulate the appearance of grand-deco hotels and explicitly offer a “hotel life-style”, while traditional homes for the elderly serve a population of frail elders who are largely excluded from the new construction of the life course and become “marginalized relics”.⁸ Which type of care-giving is suitable, affordable, and accessible for an individual depends, however, on a plethora of parameters that are to a large extent related to aspects of the traditional matrix of “race, class, gender, age, and able-bodiedness”.⁹

Since the emergence of the public old age home in the early decades of the twentieth century, theories of aging as well as concepts of care-giving have changed, yet the “nursing home specter” still lingers on in the collective memory of North American societies. It has been perpetuated, but also challenged, in many novels, plays, short stories, and films that currently mushroom on the literary market: the number of texts dealing with the complexity of housing the oldest old has increased rapidly on both sides of the Atlantic. The last decades have seen a boom in fiction and films set in care homes, indicating that a new sub-genre is emerging: that of the care home narrative, a category which encompasses a large variety of texts including comedy, drama, crime stories, slap stick “geezer lit mystery”/“geezer noir” stories, and novels that Barbara Frey Waxman calls “Reifungsromane”,¹⁰ novels of ripening, in which the authors portray their heroes and heroines “as forging new identities or reintegrating fragmented old ones and as acquiring the self-confidence, self-respect, and courage to live the remainder of their lives fully and joyously”.¹¹

In her 2010 book “Figurenmodelle des Alters in der deutschsprachigen Gegenwartsliteratur”,¹² Miriam Seidler asks whether the care home novel, a type of novel which is primarily associated with places of physical and mental decline, could spark any interest in readers.¹³ Six years later, we have a clear affirmative answer: Authors employing the care home as a setting and/or theme have touched a nerve because fiction and films that deal with institutions of long-term care have become increasingly popular, reflecting the growing public interest in topics

7 Andrew BLAIKIE, *Ageing and Popular Culture* (Cambridge 1999), 175.

8 *Ibid.*, 176.

9 For an excellent analysis of how the material environments of retirement and assisted living communities “frame” their residents in ways that have deep implications for elder identities, identity management, and cultural citizenship (10) especially with regard to class, see Meredith GREEN KUHN, *The Eye of Beauty. Creating a Place for Elite and Aging Elders*, unpublished PhD Dissertation (University of Arizona 2008), http://arizona.openrepository.com/arizona/bitstream/10150/193736/1/azu_etd_2700_sip1_m.pdf (11.01.2017).

10 Barbara Frey WAXMAN, *From the Hearth to the Open Road. A Feminist Study of Aging in Contemporary Literature* (New York 1990), 2.

11 Barbara Frey WAXMAN, “Bildungsroman” to “Reifungsroman”. Aging in Doris Lessing’s Fiction, in: *Soundings. An Interdisciplinary Journal* 68/3 (1985), 318–334, here 320.

12 Miriam SEIDLER, *Figurenmodelle des Alters in der deutschsprachigen Gegenwartsliteratur* (Tübingen 2010).

13 *Ibid.*, 316.

related to aging and old age. In Germany, Miriam Seidler was the first to explicitly theorize the “care home novel” (“Pfleheimroman”) as a distinct and newly emerging genre. Although her classification in “closed” and “open” care home novels—novels which are entirely set in care homes and those that only partly play within such institutions—only minimally contributes to a better understanding of how such narratives construct old age, in her chapter, Seidler offers a concise overview of the genre in German literature, and addresses questions that are equally useful for an analysis in the context of North American literature. We may ask: Why is this newly emerging genre gaining popularity so quickly? What are the discourses that inform such texts?

In the North American context, Sally Chivers in “From Old Woman to Older Women” first analyzed texts set in care homes in her book chapter “‘Here, Every Minute Is Ninety Seconds’. Fictional Perspectives on Nursing Home Care”,¹⁴ implicitly pointing out the emergence of the genre by analytically juxtaposing several North American novels, all of which are set in long-term care institutions. In her recently completed PhD thesis entitled “Long-Term Caring. Canadian Literary Narratives of Personal Agency and Identity in Late Life”, Patricia Life argues that such a genre has recently been emerging in anglophone Canadian literature.¹⁵ Analyzing several Canadian twenty-first century texts, Life acknowledges that nursing-home narratives have become “a recognizable genre, under the general umbrella of age narratives”:¹⁶

“[It is a genre] that begins with realism flavoured by the gothic, evolves into mystery edged by black humour, and finally transforms into fantasy with an undercurrent of grim awareness. I compare the image of the dreaded nursing home of mid-twentieth-century texts to its metamorphosed images in late twentieth- and early twenty-first-century texts, and I argue that authors are now beginning to combine narratives of fear of the nursing home, aging, and death with narratives of positive-aging and late-life agency. This mixture has culminated in the birth of new fantasy stories featuring successful escape from nursing homes and aging, although awareness of reality’s grim truths also still lurks within them.”¹⁷

In my analysis of the genre’s development, a post-doctoral book project (“Habilitation”),¹⁸ I have come to similar conclusions, but disagree with Patricia Life with regard to the chronological changes she details. Although she is certainly correct in stating that earlier (i.e., mid-twentieth century) novels tended to present the care home as a dreadful place, an observation that is true for both Canadian and US American literature with Margaret Laurence’s “Stone Angel” (1964)¹⁹ and May Sarton’s “As We Are Now”²⁰ as respective examples, I am not entirely convinced that this is no longer the case in recent publications (see, e.g., John

14 CHIVERS, *Woman*, as in footnote 3, 59.

15 Patricia LIFE, *Long-Term Caring. Canadian Literary Narratives of Personal Agency and Identity in Late Life*, unpublished PhD thesis (University of Ottawa 2014), 4.

16 *Ibid.*

17 *Ibid.*

18 Ulla KRIEBNER, *Putting Age in its Place. Age, Space, and Identity in North American Anglophone Care Home Narratives*, unpublished habilitation monograph (University of Graz 2015), accepted for publication (Heidelberg 2017).

19 Margaret LAURENCE, *The Stone Angel* (Chicago 1993).

20 May SARTON, *As We Are Now* (New York 1973).

Mighton's play "Half Life"²¹). Life argues that the changes in representation from hospital- or prison-like homes towards hotel-like facilities are paralleled by a development from a decline narrative to narratives of late-life agency:

"While in the past nursing-care institutions epitomised decline, I will argue that now they are often presented as sites where late-life individuals exert agency over their surroundings, further enrich and expand their personal identities, and avoid application of the decline narrative to their own lives. I will also show that early twenty-first-century texts have begun to add a surprising new narrative where residents have acquired so much agency that they are able to walk away from the nursing home and even from old age itself."²²

It is certainly true that care-giving institutions have traditionally been linked to a cultural imaginary of old age as a state of decline, but Life's claim rests upon the assumption that novels which present the care home as a prison-like institution do not allow for or transport narratives of late-life agency. As my analysis shows, however, this assumption cannot be confirmed. Whereas on the surface, narratives set in homes that are presented as "total institutions",²³ to use Erving Goffman's term, may at first seem to symbolize decline, they often subvert and challenge ageist stereotypes and decline narratives fervently. They do so by offering striking individual narratives of self-determination and agency, representing escape stories or novels set in luxurious retirement lodges. Read as "Reifungsromane"²⁴ or "Vollendungsromane",²⁵ they narrate resistance, and sometimes even progress, despite adverse conditions.

When almost 100-Year-Old People Climb Out of Windows and Disappear: The Care Home Novel as Road Narrative

When characters walk away from the care home—the escape narrative being a recently emerged sub-genre, as Life rightly observes—this can definitely be interpreted as a sign of self-determination and agency. While newspaper reports sometimes cover incidents of residents who suffer from dementia and walk away unintentionally and accidentally, the escapes narrated in such literary texts are always well planned. Examples of such escape narratives are Clive Edgerton's "Lunch at the Piccadilly",²⁶ Sarah Gruen's "Water for Elephants",²⁷ Janet Hepburn's "Flee, Fly, Flown"²⁸ and Oscar Casares's "Amigoland".²⁹ Interestingly, however, it

21 John MIGHTON, *Half Life* (Toronto 2005).

22 LIFE, *Long Term Caring*, as in footnote 15, 4.

23 Erving GOFFMAN, *Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (Garden City, NY 1961), xiii.

24 WAXMAN, *Hearth*, as in footnote 10, 2.

25 Constance ROOKE, *Old Age in Contemporary Fiction. A New Paradigm of Hope*, in: Thomas R. Cole / David Van Tassel / Robert Kastenbaum, eds., *Handbook of the Humanities and Aging* (New York 1992), 241–57, here 245.

26 Clive EDGERTON, *Lunch at the Piccadilly* (New York 2004).

27 Sara GRUEN, *Water for Elephants* (Toronto 2007).

28 Janet HEPBURN, *Flee, Fly, Flown* (Toronto 2013).

29 Oscar CASARES, *Amigoland* (Boston 2009).

is quite irrelevant for the escapees whether their institution is portrayed as a prison-, hospital-, or hotel-like facility. What really matters and usually triggers protagonists' ideas to run away is that they do not feel "at home" in their respective institutions. Why this is the case depends on a variety of aspects. Genre conventions (prison narrative, escape story, quest) definitely play a large role in the protagonists' degree of self-determination. However, the underlying assumption in all these works is that there is a place where we feel "at home".

Long-term care escape narratives can be read as constitutive of an activity narrative, which helps defeat the nursing home specter by promoting a new narrative of resistance. Their protagonists are "declining to decline"³⁰ and take control of their own destiny. They position themselves as "third agers", rather than "fourth agers", and show readers that even nursing home residents still have hope. Such affirmative narratives explain the popularity of stories such as "The Hundred-Year-Old Man Who Climbed Out of the Window and Disappeared"³¹ by Swedish author Jonas Jonasson.

The characters who escape confinement are struggling to acquire a new kind of subjectivity.³² Their spiritual and physical journeys change them forever and challenge the notion of old age as being static and immobile. Thinking about the protagonists' physical and spiritual mobility is one way of theorizing the connections between age, gender, and spatiality. "Lack of movement is characteristic of decrepit age", Kathleen Woodward argues: "If movement bespeaks life, immobility—lack of movement—is akin to death, and inertia verges dangerously on the inert."³³ It can be argued that escape narratives, therefore, counteract the myth of immobility in old age and celebrate the protagonists' resistance to the inertia forced upon them by institutional life.

Horror, Hospital, Hotel, or Home?

The care home novel borrows elements and themes from several other genres. The previously mentioned escape narratives, for instance, are often modeled after road movies. Comedy and romance offer other templates, for instance in Joyce Magnin's "Blame It on the Mistletoe: A Novel of Bright's Pond".³⁴ Another popular genre is detective fiction, in which elderly residents often slip into the role of the investigator. A prime example is the "geezer-lit mystery" series invented by Mike Befeler, the author of six books featuring "Paul Jacobson, a crotchety octogenarian amateur sleuth",³⁵ three of which involve long term care institutions, "Retirement Homes Are Murder"³⁶, "Care Homes Are Murder",³⁷ and "Nursing Homes Are Murder".³⁸

30 Margaret Morganroth GULLETTE, *Declining to Decline* (Charlottesville 1997).

31 Jonas JONASSON, *The Hundred-Year-Old Man Who Climbed Out Of The Window And Disappeared* (London 2012).

32 Cf. Tanu P. UTENG / Tim CRESSWELL, Introduction, in: Tanu P. Uteng / Tim Cresswell, eds., *Gendered Mobilities* (Aldershot 2008), 1–12, here 2.

33 Kathleen WOODWARD, Instant Repulsion. Decrepitude, The Mirror Stage, and The Literary Imagination, in: Kenyon Review 5/4 (1983), 43–66, here 53.

34 Joyce MAGNIN, *Blame It On the Mistletoe. A Novel of Bright's Pond* (Nashville 2011).

35 Mike BEFELER, *Retirement Homes Are Murder* (Waterville 2007), back cover.

36 *Ibid.*

37 Mike BEFELER, *Care Homes Are Murder* (Waterville 2013).

38 Mike BEFELER, *Nursing Homes Are Murder* (Waterville 2014).

Resident-detectives also play a central role in M. Scott Peck's "A Bed By the Window. A Novel of Mystery and Redemption",³⁹ James Moore's "They Should Live So Long"⁴⁰ and Al Stevens's "Nursing Home Ninjas",⁴¹ suspense stories in which a band of vigorous seniors take it upon themselves to find out who is behind the sudden and unusually high death rate in patients and employees.

Horror narratives are almost as popular as "care-home whodunits". The fourth age as an expression of the uncanny is presented in stories where the oldest old are featured as the "living dead", existing as zombies in a timeless limbo state. This horror setting corresponds to the realm Hazan terms the "twilight zone of human existence"⁴² when he talks about the final stages of life in old age. In such horror novels, the "fourth age" is represented as a time of suffering, and is the true horror that haunts newly arrived inmates, who have not yet been initiated into the terrors of the nursing home. The mysteries driving the plot in such novels are usually resolved with recourse to slapstick and comic relief, as in Joe R. Lansdale's short story and movie "Bubba Ho-Tep"⁴³ in which Elvis Presley meets John F. Kennedy in a nursing home where they have to defeat a "redneck mummy". Other novels containing horror elements are "The Tides"⁴⁴ by Melanie Tem, winner of the Bram Stoker Award, or "The Nursing Home"⁴⁵ by James J. Murphy III., books whose covers feature creepy images of haunted castles, the grim reaper, and the undead. Here, the "nursing home specter" looms large as an expression of the threatening forces associated with old age that need to be kept at bay. Eudora Welty's short story "A Visit of Charity"⁴⁶ (1941) is an early example that "borrows repeatedly from the arsenal of the gothic",⁴⁷ as Rüdiger Kunow argues, representing the aged "as alien, as totally Other".⁴⁸

The Care Home as Prison

One of the predominating themes in the care home novel is that of the home as a prison. In general, it can be said that care home narratives tackle questions of life-course identity and old age, and that a movement to or within the space of the care home is often used to signify transition, change, or crisis. As in the boarding school novel, a character's loneliness and his or her difficulty to cope with a new phase of life away from "home" is placed in the foreground. The nursing home, like the boarding school, is often depicted as a microcosm of society—a disciplinary institution that is often run by overbearing and despotic administrators who rule what

39 M. Scott PECK, *A Bed by the Window. A Novel of Mystery and Redemption* (London 1994).

40 James MOORE, *They Should Live So Long* (Lincoln, NE 2001).

41 Al STEVENS, *Nursing Home Ninjas* (Waterville 2013).

42 Haim HAZAN, *Beyond Dialogue. Entering the Fourth Space in Old Age*, in: Ricca Edmondson / Hans-Joachim von Kondratowitz, eds., *Valuing Older People. A Humanist Approach to Ageing* (Bristol 2009), 91–104, here 96.

43 Joe R. LANDSDALE, *Bubba Ho-Tep* (San Francisco 2003).

44 Melanie TEM, *The Tides* (New York 1999).

45 James J. MURPHY III., *The Nursing Home* (Shrub Oak, NY 2009).

46 Eudora WELTY, *A Visit of Charity*, in: Martin Kohn / Carol C. Donley / Delese Wear, eds., *Literature and Aging. An Anthology* (Kent, OH 1992), 331–335.

47 Rüdiger KUNOW, *The Coming of Age. The Descriptive Organization of Later Life*, in: Alfred Hornung / Rüdiger Kunow, eds., *Representation and Decoration in a Postmodern Age* (= *American Studies* 94, Heidelberg 2009), 295–309, here 300.

48 *Ibid.*, 301.

is often depicted as a panoptical institution in Michel Foucault's sense by using discipline and punishment. In addition to being subject to the institution's regulations, the inmate is also subject to the dynamics of a small social group whose rules have yet to be understood by the newcomer.

The space of the care home, which is at the nexus of public and private, rarely offers space for privacy, and it is difficult for characters who feel lonely and powerless to create any counter-worlds or spaces of agency in which they can create a sense of self-determination or where they can feel "at home". Some care home narratives address this dilemma. One of the central topics in all care home narratives is the question of what it means to be "at home". The institution of the care home, often depicted as a trivialized simulacrum version of home, reveals the difficulties inherent in defining what "being at home" means. By narrating the care home as a professionally constructed home, this existential dimension is foregrounded, especially since moving to a care-giving institution is often depicted as a character's last move during their lives. Against this backdrop, elderly protagonists have to challenge and fight against, sometimes subvert, institutional constraints in order to maintain or renegotiate their sense of self, and regain their independence and agency. In some novels, this struggle may go hand in hand with the need to transgress borders and defy rules and regulations in order to resist becoming a "patient". Tim Sandlin's "Jimi Hendrix Turns Eighty",⁴⁹ or Paul Quarrington's "King Leary"⁵⁰ are excellent examples of such narratives. As opposed to boarding school novels where the transitional age of adolescence is highlighted, an age that leads to maturity and adulthood, care home narratives often deal with protagonists' struggle against the transition from adulthood into the culturally constructed state of senescence, and highlight the difficulty of remaining "adult" in the sense of maintaining self-determination and independence. Residents are often victimized and infantilized in such narratives, and the grade of senescence is very often expressed through space: Moving to the next floor in a care home often signifies moving further away from adult life, and eventually into oblivion. The space of the home can be experienced as limiting and confining, but also serves as a space of protection and redefinition of a protagonist's self, such as in Todd Johnson's "The Sweet By and By",⁵¹ Lola Lemire Tostevin's "The Other Sister",⁵² Joan Barfoot's "Exit Lines",⁵³ or Shani Mootoo's "Cereus Blooms at Night".⁵⁴

49 Tim SANDLIN, *Jimi Hendrix Turns Eighty* (Detroit 2007).

50 Paul QUARRINGTON, *King Leary* (Toronto 1987).

51 Todd JOHNSON, *The Sweet By and By* (New York 2009).

52 Lola Lemire TOSTEVIN, *The Other Sister* (Toronto 2008).

53 BARFOOT, *Exit*, as in footnote 1.

54 Shani MOOTOO, *Cereus Blooms at Night* (New York 1996).

“Don’t Let Them Steal Your mind”: May Sarton’s “As We Are Now”

As a prominent example, I will in the following briefly sketch how American novelist May Sarton in “As We Are Now” describes life in a nursing home. “I am in a concentration camp for the old, a place where people dump their parents or relatives exactly as though as it were an ash can”,⁵⁵ May Sarton has her protagonist Caro Spencer complain in her diary, also using the over-exaggerated and inappropriate image of the concentration camp⁵⁶ to express her extreme frustration about the poor standards of the home and her treatment, but also, and more importantly, with her suffering in the foreign and forgotten place. Sarton calls “As We Are Now” “her ‘J’accuse’”⁵⁷ in which she articulates her indictment of society’s inhumane treatment of dependent elders. Sarton also offers an explanation for difficulties encountered when writing about old age, and employs a spatial metaphor to emphasize the binary opposition of young and old when she writes, “[t]he trouble is that old age is not interesting until one gets there, a foreign country with an unknown language to the young, and even to the middle-aged”.⁵⁸ The strangeness of the other country, which is of no importance until one enters it, is additionally reinforced by the fact that the old are not intelligible to the young. Sarton describes the problem of the binary construction of young and old in her novel, set in the Twin Elms nursing home, a space that houses those who are perceived as “other”. The journal Caro Spencer keeps is, as Barbara Frey-Waxman puts it, “a vehicle that transports us to the foreign country of dependent senescence and translates its language into terms that adult readers, regardless of age, can comprehend”.⁵⁹ In “As We Are Now”, Sarton expresses the inability to communicate the experience of old age to those who have not yet reached the “fourth age”, an “era of final dependence, decrepitude, and death”.⁶⁰ The experience of old age, she implies, cannot be passed on via a common language. Sarton uses a spatial metaphor, the “foreign country”, to describe this wordless realm. Caro Spencer feels entrapped both in her own aging body and the dreadful, prison-like nursing home: “I am walled in”,⁶¹ she describes her situation, “[t]he walls close in on every side. I do not remember things very clearly.”⁶²

Caro Spencer’s diary (that she eventually hides in a fridge before setting fire to the institution and thus committing suicide) is equated with an open letter that rebels against the inhumane conditions under which old people are forced to live in nursing homes. Her journal is a “life-testimony” that she wants to use to reach out to the world, bringing the perpetrators

55 SARTON, *As We Are Now*, as in footnote 20, 9.

56 In “Understanding May Sarton”, Mark K. Fulk explains that Sarton frequently uses the Holocaust as a subtext in her writing (Mark K. FULK, *Understanding May Sarton* [Columbia 2011], 49, 98, 101). This comparison seems particularly out of place because Sarton refers to concentration camps in other contexts throughout the novel, making it clear that she is well aware of the abject horror of such places. While such comparisons are not uncommon (Joseph P. SHAPIRO, *No Pity. People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement* [New York 1993], 237) and extend back to 1930, they are clearly questionable.

57 The term ‘J’accuse’ is attributed to French writer Émile Zola who wrote an open letter in 1898 in the newspaper “L’Aurore” in the context of the Dreyfus affair.

58 SARTON, *As We Are Now*, as in footnote 20, 23.

59 WAXMAN, *Hearth*, as in footnote 10, 140.

60 Peter LASLETT, *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age* (Cambridge, Mass 1991), 4.

61 SARTON, *As We Are Now*, as in footnote 20, 111.

62 *Ibid.*, 115.

to trial, as Shoshana Felman theorizes the act of witnessing with regard to the act of writing and reading. “A ‘life-testimony’ is not simply a testimony to a private life, but a point of conflation between text and life, a textual testimony which can *penetrate us like an actual life*. [...] something crucial takes place which is of the order of a *trial*” (italics in the original).⁶³ Caro Spencer appoints herself as a witness, and speaks for others to others.⁶⁴

Caro Spencer rebels against the institutional pressures that threaten, as Goffman expresses it, her moral career. In fact, many passages in the novel can be read as descriptions from the inside of a total institution, as if to illustrate Goffman’s case studies further: “There is a connection between any place where human beings are helpless, through illness or old age, and a prison. It is not only the heroic helplessness of the inmates, but also what complete control does to the nurses, guards, or whatever”,⁶⁵ and “[i]f keepers are corrupted by having absolute power, what about those they keep? We learn to ingratiate ourselves”,⁶⁶ Caro Spencer writes in her diary. “So if I am punished, I deserve it.”⁶⁷ She has already internalized her guilt—she is guilty of being old.

From the first week of her institutionalization on, Caro tries to defend her sense of self against the humiliating mortification she experiences in the home. Once, after speaking up against the nurses’ inhumane treatment of a fellow resident, she is locked in a dark room, which is a devastating experience for her: “They shatter me. I am not worthy, a leper—an old woman without control over herself.”⁶⁸ She is well aware of the processes that endanger her identity (“Don’t let them steal your mind”⁶⁹) and tries to resist being “mortified”⁷⁰ by writing down her thoughts and experiences as best she can in her little book: “I am forcing myself to get everything clear in my mind by writing it down so I know where I am. There is no reality now except what I can sustain inside me. My memory is failing. I have to hang on to every scrap of information I have to keep my sanity, and it is for that purpose that I am keeping a journal. Then if I forget things later, I can always go back and read them here.”⁷¹ Caro knows she cannot fully trust herself: “The borderline between reality and fantasy is so thin in this confined, dreadfully lonely place.”⁷² It also becomes clear to the reader that Caro is not always a reliable narrator, and that she oscillates between reality and imagination, rationality, and senility.⁷³ Whether her narration is an accurate description of the nurses’ sadistic dictatorship or if this is how Caro conceives and interprets what could merely be sloppiness and carelessness on the nurses’ part is not important. What is more important is that the novel reveals the

63 Shoshana FELMAN, *Education and Crisis, Or the Vicissitudes of Teaching*, in: Shoshana Felman / Dori Laub, eds., *Testimony. Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History* (New York 1991), 1–56, here 1.

64 Cf. *ibid.*, 3.

65 SARTON, *As We Are Now*, as in footnote 20, 49.

66 *Ibid.*, 74.

67 *Ibid.*, 75.

68 *Ibid.*, 42.

69 *Ibid.*, 29.

70 GOFFMAN, *Asylums*, as in footnote 23, 14.

71 SARTON, *As We Are Now*, as in footnote 20, 10.

72 *Ibid.*, 26.

73 Cf. Roberta MAIERHOFER, *Salty Old Women* (Essen 2003), 331.

significance of her maintaining integrity in that she maintains her identity in life and death and counteracts the fragmentation of self.⁷⁴ Caro's journal serves as her map (a repeated image) that allows her to navigate the borderland between rationality and imagination: "So, in this way, this path inward and back into the past is like a map, the map of my world. If I can draw it accurately, I shall know where I am."⁷⁵ I agree with Kathleen Woodward, who reads this passage of knowing "where I am" as a "rejection of paternalism and the adoption of a conscious political position".⁷⁶ By locating herself on this map, Caro Spencer strives to make the horrible conditions of her existence at Twin Elms, but also the way old people are treated in general, accessible to the public. Caro equates her experience of oppression to that of the African Americans' resistance: "I have my own ideas of what those beyond the pale do—the blacks, for instance. They finally come to see that violence is the only answer to oppression. They make bombs",⁷⁷ Caro states. Her diary "leads to an act of *guerilla warfare* inside the closed world of Twin Elms and, Spencer hopes, may have an influence outside it",⁷⁸ Woodward notes. Not death itself is horrible, but a life without dignity preceding death, and this is why Sarton argues for a dignified way of aging in spite of physical and mental restrictions.⁷⁹

Representations of Care-Givers in Film and Fiction

Whereas the previously mentioned texts center around protagonists who are themselves residents/patients in care homes, the last decades have also witnessed the production of texts written from the perspective of adult children or other care-givers, who struggle with decisions of putting loved ones into nursing homes. Some of them are fictional, such as Michael Ignatieff's "Scar Tissue",⁸⁰ and some are autofictional or autobiographical, such as Dudley Clendinen's "A Place Called Canterbury".⁸¹ Autobiographical / creative non-fiction accounts also include those of nurses' aides and nurses, for instance "Harvest Moon"⁸² by Sallie Tisdale or "Endnotes"⁸³ by Ruth Ray. In addition, a vast number of advice columns, manuals, how-to-guides and self-help books and specialist reports, as well as a large number of care home ethnographies, are available.

74 „Deutlich wird im Roman, dass es vielmehr darum geht, die Integrität der Identität im Alter und im Tod zu bewahren und der Fragmentarisierung des Selbst entgegenzuwirken“ (ibid.).

75 SARTON, *As We Are Now*, as in footnote 20, 10.

76 KATHLEEN WOODWARD, *May Sarton and Fictions of Old Age*, in: Janet M. Todd, ed., *Gender and Literary Voice* (New York 1980), 108–124, here 122.

77 SARTON, *As We Are Now*, as in footnote 20, 107.

78 WOODWARD, *May*, as in footnote 76, 122.

79 Cf. MAIERHOFER, *Women*, as in footnote 73, 328.

80 Michael IGNATIEFF, *Scar Tissue* (New York 1993).

81 Dudley CLENDINEN, *A Place Called Canterbury. Tales of the New Old Age in America* (New York 2008).

82 Sally TISDALE, *Harvest Moon* (New York 1987).

83 Ruth RAY, *Endnotes* (New York 2008).

Only slightly more than 5% of the 65+ population in North America live in long-term care facilities,⁸⁴ and about 70% of these people are women.⁸⁵ The novels, short stories, plays, poems, and films I have analyzed in my research mirror this demographic data not only with regard to gender, but also in terms of race and class,⁸⁶ because they almost exclusively depict relatively privileged white residents as recipients of care. Changing demographics⁸⁷ show, however, as an increasing proportion of the population ages, an ever increasing number of persons will be in need of professional care. This will also affect demographics within care-giving institutions, and culturally competent care-giving may become even more important in the coming years than it has been in the past.⁸⁸

Kathleen Woodward addresses the invisibility of caregivers in her essay “A Public Secret. Assisted Living, Caregivers, Globalization”, arguing that they are “shamefully unacknowledged by our society”.⁸⁹ She renders this “scandalous public secret” visible by exploring the

84 In Canada (2011), 224,280 residents were living in nursing homes, chronic care, long-term care hospitals and residences for senior citizens. This corresponds to 4.5% of the 65+ population. 2.6% of the 65+ population (127,925) lived in retirement communities. Among the age group 65 to 69, about 1% lived in special care facilities in 2011; among seniors aged 85 and over, the proportion was 29.6% (Statistics Canada, Living Arrangements of Seniors. Families, Households and Marital Status, Structural Type of Dwelling and Collectives, 2011 Census of Population, 5, 7, http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-eng.pdf [13.01.2017]). The report “A Profile of Older Americans: 2013” states that “a relatively small number (1.5 million) and percentage (3.5%) of the 65+ population in 2012 lived in institutional settings such as nursing homes (Administration of Aging [Administration for Community Living, U.S. Department of Health and Human Services], A Profile of Older Americans: 2013, 5, https://aoa.acl.gov/Aging_Statistics/Profile/2013/index.aspx [23.03.2017]). According to the report “Long-Term Care Services in the United States: 2013 Overview”, in the United States on any given day in the year 2012 there were “1,383,700 residents in nursing homes, and 713,300 residents living in residential care communities” (National Center of Health Statistics [Center of Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Services], Long-Term Care Services in the United States: 2013 Overview [= Vital and Health Statistics 3/37 (2013)], 26, https://www.cdc.gov/nchs/data/nsltcp/long_term_care_services_2013.pdf [23.03.2017]). Assuming a US population of roughly 314,000,000, this would mean that in 2012, 0.44% of the total population lived in nursing homes and 0.23% lived in residential care communities.

85 *Ibid.*, 40.

86 “Non-Hispanic white persons accounted for at least three-quarters of users in all long-term care services sectors, except adult day services centers” (*ibid.*, 34). More than 80% of American nursing home residents are White, whereas only ten percent are Black, three percent are Hispanic, and two percent are Asian (Zhanlian FENG et al., The Care Span. Growth of Racial and Ethnic Minorities in US Nursing Homes Driven by Demographics and Possible Disparities in Options, in: *Health Affairs* 30/7 [2011], 1358–1365, here 1364, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785292/pdf/nihms-506106.pdf> [13.01.2017]). Likewise, Canadian nursing homes are populated by a majority of White, female customers (Chandra MEHROTRA / Lisa S. WAGNER / Stephen FRIED, *Aging and Diversity. An Active Learning Experience* [New York 2009], 227).

87 The report “Long-Term Care Services in the United States: 2013 Overview” says that “recent projections estimate that over two-thirds of individuals who reach age 65 will need long-term care services during their lifetime. Largely due to aging baby boomers, the population is expected to become much older, with the number of Americans over age 65 projected to more than double, from 40.2 million in 2010 to 88.5 million in 2050 [...]. The oldest old [those aged 85 and over] are projected to almost triple, from 6.3 million in 2015 to 17.9 million in 2050, accounting for 4.5% of the total population (U.S. Census Bureau, 2012)” (National Center of Health Statistics, *Long-Term Care*, as in footnote 84, 3).

88 Rüdiger KUNOW, *Aging Between Two Cultures. Migrants and Old Age*, public lecture, C.IAS Brown Bag Lunch Series, University of Graz, Austria, 07.11.2012.

89 Kathleen WOODWARD, *A Public Secret. Assisted Living, Caregivers, Globalization*, in: *International Journal of Ageing and Later Life* 7/2 (2012), 17–51, here 21.

representation of caregivers and old people together, suggesting that “one of the most effective modes of advocating for changes in public policy is engaging in people’s understanding through stories and images”.⁹⁰ Woodward advocates a new way of representing care-giving—a way that focuses on both the care-giver and old person: “Isolated and separate, caregivers and elders are vulnerable. Together, caregivers and elders are strong. [...] We need scholars without borders in age studies, scholars who understand that it is important not just to think globally and act locally but also to think locally and act globally—and who will call attention to the public secret of the caregivers of frail elders.”⁹¹

Many care home narratives reflect an increasingly commonly expressed wish for social participation, and in most novels, a resident / patient / inmate is the narration’s prime focalizer. The secret Woodward alludes to is in fact publicized in several fictional accounts. Although the abusive “tyrant nurse” modeled after Nurse Ratchet in Ken Kesey’s “One Flew Over the Cuckoo’s Nest”⁹² can be described as a stock character in many care home novels and films, the representation of nurses is, as I will briefly show in the following, much more nuanced than one might assume. However, the authoritarian nurses are still prevailing, for instance in above-mentioned May Sarton’s “As We Are Now”.⁹³

There are, however, also counter narratives that depict responsible care-givers. Trinidadian-Canadian author Shani Mootoo’s “Cereus Blooms at Night”⁹⁴ is an example of nursing home narratives that challenge the assumption that such institutions are merely sites of decline. Through the narrative of Tyler, a homosexual male Afro-Caribbean nurse at Paradise Alms House on the Caribbean island of Lantanacamara, readers learn the life story of his patient, an old woman named Mala Ramchandin. The almshouse, literally a “home over the hill”, and its adjacent garden constitute the setting of the story’s frame narrative and function as a productive literary “third space”⁹⁵ in which both Mala’s and Nurse Tyler’s life course narratives can be re-written, enabling the marginalized characters to come to terms with their traumatic pasts. The interpersonal and intergenerational encounters that are portrayed in the novel show the importance of nurturing relationships and mutual listening and understanding in order for the characters to develop, as well as for readers to be able to reimagine care homes differently. As Sally Chivers puts it, the depiction “encompasses a reimagination of the possibilities of what most people think of as a last resort in frail old age”.⁹⁶ Mootoo’s novel is one of the few books that place the caregiver in a prominent position. Even though it is not a documentary or an auto/biographical text, a genre which, as Kathleen Woodward argues, might be better suited than fiction to press for changes in social policy because it “draw[s] us closer to what is real”,⁹⁷ the novel calls attention to the “public secret” of the caregivers, lifting them and the elderly out of “the one-dimensional frame of victimhood. Isolated and separate, caregivers and elders are

90 *Ibid.*, 17.

91 *Ibid.*, 46.

92 Ken KESSEY, *One Flew Over the Cuckoo’s Nest* (New York 1962).

93 SARTON, *As We Are Now*, as in footnote 20.

94 MOOTOO, *Cereus*, as in footnote 54.

95 Homi K. BHABHA, *The Location of Culture* (London–New York 1994), 37.

96 CHIVERS, *Woman*, as in footnote 3, 77.

97 WOODWARD, *Secret*, as in footnote 89, 46.

vulnerable. Together, caregivers and elders are strong”,⁹⁸ Woodward maintains. Both Mala, the old woman, and Tyler, the homosexual male nurse, find a home in the liminal space of the Paradise Alms House.

Another example that centers around the figure of the caregiver is Edna Alford’s short story cycle “A Sleep Full of Dreams”.⁹⁹ The stories are linked through a single narrator’s perspective, mostly Nurse Arla’s, which is refracted in an indirect, sometimes omniscient third-person narrative. “A Sleep Full of Dreams” traces Arla’s personal development and her difficulties finding a voice of her own, while coming to terms with her ambivalent feelings towards her exhausting job as a nurse at Pine Mountain Lodge and the stigma that caring for the dying involves. She feels that “just by working with these old women, she carried some kind of curse, some contagion, some odour”.¹⁰⁰ Like her charges, Arla is part of institutional regimes, rules, and discourses. The narrative successfully portrays her struggle to find an answer to her boyfriend’s question “[i]f you’re so upset about it, Arla, why don’t you leave?”¹⁰¹ Pine Mountain Lodge is represented as a threatening place to the elderly women’s individual identities, but also challenges Arla’s sense of self. She is conscious of the processes and power games at work in the institution, and through her encounters and relationships with the individual old women, she begins to critically reflect on her own life. Through her growing engagement with the women, she finds it increasingly difficult to deal with the central aspects of a nursing home: old age, dependency, and death. Arla’s identification with her patients leads her to the painful discovery that she, too, is aging and might one day end up in a similar situation. She questions her own norms and values, both in her capacity as a nurse as in her private life, especially her relationship with her boyfriend, David. As readers, we follow Arla’s inner conflicts and personal development until one day, at the end of the book, she decides to quit her job.

As my analysis has shown, the voice of the care-giver is not as frequently neglected in care home narratives as one would assume. I, therefore, argue that such representations and their analyses, together with an awareness of the problematic situation Woodward addresses, have the potential to change the way we care for frail elders, including raising consciousness for the unjust conditions experienced by the caregivers described above.

98 *Ibid.*, 46.

99 Edna ALFORD, *A Sleep Full of Dreams* (Lantzville 1998).

100 *Ibid.*, 19.

101 *Ibid.*, 21.

Representations of the Care Home in Film Adaptations

During the past two decades, and especially the last few years, movies have also begun to play an important role, adding to the genre of the care home narrative. Most of them have been based on novels, plays, or short stories, such as Kari Skogland's "The Stone Angel"¹⁰², which is based on Margaret Laurence's 1964 novel of the same title,¹⁰³ Sarah Polley's film "Away From Her",¹⁰⁴ which is adapted from Alice Munro's famous short story "The Bear Came Over The Mountain",¹⁰⁵ or Nicholas Sparks's novel "The Notebook",¹⁰⁶ which was made into a movie by the same name by Nick Cassavetes. "Away From Her"¹⁰⁷ and "The Notebook" are dementia narratives that deal with the meaning of true love in old age while "The Stone Angel", a family saga, portrays the struggle of a woman at the end of her life to reconcile herself to her past. It tells the life story of 90-year old Hagar Shipley who runs away when her son wants to assign her to a nursing home. Other movies that center on efforts to keep characters out of long-term care include "Iris",¹⁰⁸ "Cloudburst",¹⁰⁹ "Up",¹¹⁰ "Robot and Frank",¹¹¹ and "The Savages".¹¹²

Two recent and very popular British movies that address the question of where to spend the last years of one's life are John Madden's "The Best Exotic Marigold Hotel",¹¹³ based on Debora Moggach's novel "These Foolish Things",¹¹⁴ and "Quartet",¹¹⁵ based on a play with the same title by Ronald Harwood. A variety of short films (e.g. McKenzie, "Rhonda's Party"¹¹⁶) also deal with the topic of long-term residential care. Furthermore, a number of "cinema verité" documentaries have come out that portray life in the care home, including the award-winning

102 Kari SKOGLAND, dir., *The Stone Angel* (DVD 2007).

103 LAURENCE, *Stone*, as in footnote 19.

104 Sarah POLLEY, dir., *Away From Her* (DVD 2007).

105 Alice MUNRO, *The Bear Came Over the Mountain*, in: Id., *Hateship, Friendship, Courtship, Loveship, Marriage. Stories* (Toronto 1999), 275–323.

106 Nicholas SPARKS, *The Notebook* (New York 1996).

107 Nick CASSAVETES, dir., *The Notebook* (DVD 2004).

108 Richard EYRE's movie "Iris" (2001) is based on John Bayley's memoirs of his wife (John BAYLEY, *Iris. A Memoir of Iris Murdoch* [London 1998]; ID., *Elegy for Iris. A Memoir* [London 1999]).

109 "Cloudburst" premiered as a stage play in 2010 and was adapted by its author, Thom Fitzgerald, for the screen in 2011.

110 "Shady Oaks Retirement Village" is the care home featured in the animation films "Up" (2009 by Pete Docter) and "George & A.J." (2009), the bonus film narrating what happens to the two retirement home workers after witnessing Carl Fredrickson's house flying off in "Up".

111 "Robot and Frank" (2012) by Jake Schreiner tells the story of an ex-jewel thief whose increasing dementia causes his children to buy him a care robot that becomes his friend—and partner in crime. In the end, Frank moves to a nursing home in which all care-givers are robots.

112 "The Savages" (2008) is a film by Tamara Jenkins in which the central characters are a brother and sister who have to take care of their elderly father after his girlfriend passes away in Sun City, Arizona. They decide to relocate him to a care home in Buffalo, where he dies.

113 "The Best Exotic Marigold Hotel" (2012) by John Madden tells the story of a group of British pensioners who decide to 'outsource' their retirement to the less expensive and seemingly very exotic India. Instead of a luxurious palace, they arrive at a dilapidated hotel. However, they are all transformed by the shared experience, discovering that they are not too old to live and love.

114 Debora MOGGACH, *These Foolish Things* (London 2004).

115 Ronald HARWOOD, *Quartet* (London 1999).

116 Ashley MCKENZIE, dir., *Rhonda's Party* (2010), <http://rhondasparty.ca> (25.02.2016).

movie “Room 335”¹¹⁷ by Andrew Jenks, who decides as a young college student to move to a Florida senior residence for one summer; Brad Lichtenstein and Lisa Gildehouse’s “Almost Home”,¹¹⁸ which chronicles the daily lives of staff and residents at Saint John’s On The Lake, a retirement community in Milwaukee, Wisconsin, documenting the “Culture Change” movement that strives to improve quality of life for residents and staff; Jared Scheib’s award-winning film “The Mayor”,¹¹⁹ which tells the stories of several octogenarian long-term care facility residents in Texas; and Gen Silent,¹²⁰ a documentary that focuses on LGBT elders in care homes. The film “Penelope: The Documentary”¹²¹ deserves special mention because it is the capstone of the groundbreaking “Penelope Project”, with an aim to “dramatically raise the bar on activities in long term care”.¹²² The film shows how residents, some with severe dementia or who are wheel-chair bound, collaborate with playwright Anne Basting and the Sojourn Theater to create “Finding Penelope”, a play reinterpreting Homer’s *Odyssey* to tell it from Penelope’s point of view.

Who Gains Visibility in Cultural Representations of Care Homes, and Who Does Not?

The settings of care-home films and novels range from retirement lodges and assisted living facilities to nursing homes (a true categorization is difficult due to the lack of standardized terminology), and, thus, also include places where around-the-clock care is standard. While “illness narratives”, including dementia narratives, have gained popularity as a genre in the second half of the twentieth century,¹²³ and include pathographies that end with the death of the narrator, the sick and dying oldest old are, interestingly, rarely represented in nursing home narratives. Although a few exceptions exist, such as in Canadian writer Edna Alford’s short story cycle “A Sleep Full of Dreams”,¹²⁴ protagonists who are frail, sick, in pain, or bedridden rarely are given a voice or position from which the action is narrated. Unlike in illness narratives, such characters are often only referred to as “the other” living in the “black hole” of an inaccessible closed ward, such as on the “second floor” in Alice Munro’s short story “The Bear Came Over the Mountain”,¹²⁵ or the “Advanced Living” wing in Margaret Atwood’s tale “Torching the Dusties”¹²⁶ where, the narrator assumes, “things are different. She hasn’t wished to imagine exactly how different”.¹²⁷ While statistics show that a large number of care-home

117 Andrew JENKS, dir., *Room 335* (DVD 2006).

118 Brad LICHTENSTEIN / Lisa GILDEHOUSE, dir., *Almost Home* (DVD 2006).

119 Jared SCHEIB, dir., *The Mayor* (DVD 2011).

120 Stu MADDUX, dir., *Gen Silent* (DVD 2010).

121 371 PRODUCTIONS, *Penelope* (2013), <http://371productions.com/work/penelope/> (25.10.2016).

122 Ibid.

123 Cf. Heike HARTUNG, *Ageing, Gender, and Illness in Anglophone Literature. Narrating Age in the Bildungsroman* (= Routledge Interdisciplinary Perspectives on Literature, Basingstoke 2015), 10.

124 ALFORD, *Sleep*, as in footnote 99.

125 MUNRO, *Bear*, as in footnote 105, 309.

126 Margaret ATWOOD, *Torching the Dusties*, in: Margaret Atwood, *Stone Mattress. Nine Tales* (London et al. 2014), 225–268.

127 Ibid., 232.

residents need full time care due to various forms of dementia, frailty, and illness, the majority of literary and filmic representations of care homes—with exceptions—include depictions of elderly people who are more or less healthy, and one is sometimes left to wonder why such protagonists are portrayed as living in long-term care facilities at all. Some of them, especially those in care home detective stories, are still “third agers”, pensioners without severe physical or mental ailments. While several dementia narratives have actually been written from an agent position, which aims to represent what is going on in the brain as memory slowly disintegrates (e.g., Lisa Genova’s “Still Alice”¹²⁸), the “representational dilemma”¹²⁹ of depicting the frail and sick oldest old living in nursing homes has so far barely been tackled, and the oldest old are usually not developed into full-fledged characters. Heike Hartung approaches the difficulties related to representing frail old age from a narratological perspective in her monograph “Narrating Age. Ageing, Gender and Genre in Anglophone Literatures” and points to the “problem of narrating the unnarratable”¹³⁰ in dementia and illness narratives.

The absence of the oldest old in care home narratives may be read as pointing to the taboo of death in care home narratives, the “D-word”, as Margaret Atwood’s protagonist calls it in the short story “Alphinland”: “[T]he D-word: it was there, it loomed over them like a huge advertising blimp, but to mention it would have been like breaking a spell.”¹³¹ Julia Twigg’s argument may also offer an explanation: She asserts that the proximity to death makes old age a cultural taboo. There is “little to say about the stage that precedes it [death]: old age. Death empties old age of meaning. [...] It is hard to invest the body in old age with a stronger sense of subjectivity, when old age itself is avoided as a topic, seen as having no meaning, or at least no meaning other than decay, decline and final absence”.¹³²

Oldest age, decay, decline, and ultimately death also seem to be avoided in most care home narratives, even though the space of the care home itself triggers such associations. They become what Rüdiger Kunow terms an “impossible object”,¹³³ “an object which does exist, but only as something that cannot (yet) be named, a gap or crevice inside the registers of representation”.¹³⁴ Kunow, with reference to the term’s origins in the words of Ernesto Laclau and Teresa de Lauretis, writes: “To call age an impossible object means that it is something which established discourses or hegemonic representational practices promise to describe, yet cannot do so.”¹³⁵

128 Lisa GENOVA, *Still Alice* (New York 2009).

129 HARTUNG, *Ageing*, as in footnote 122, 15.

130 *Ibid.*

131 Margaret ATWOOD, *Alphinland*, in: Margaret Atwood, *Stone Mattress. Nine Tales* (London et al. 2014), as in footnote 125, 1–34, here 15.

132 Julia TWIGG, *The Body in Health and Social Care* (Basingstoke–New York 2006), 50.

133 KUNOW, *Coming*, as in footnote 47, 306.

134 *Ibid.*

135 *Ibid.*

What Is It that We Can Gain from Literary Representations of the Space that Houses the Oldest Old?

Hannah Zeilig has formulated two questions in this respect. She asks, “is it feasible to extrapolate from literature in order to gain insight into other fields of inquiry? If so, what can be gained from literature, what is the type of information which it can yield?”¹³⁶ Zeilig’s questions have in part been answered by Barbara Frey-Waxman who argues that literature “can take us out of ourselves and our usual settings, making us more conscious of our unexamined beliefs and assumptions and giving us new food for thought”.¹³⁷ Because of their fictionality, stories can powerfully characterize the inner world of old individuals and “affirm the contradictions, complexity, and uncertainty that lie at the heart of the experience of aging”.¹³⁸ While striving to understand fictional characters, we acknowledge them as being different from, but also similar to, ourselves at the same time; we recognize ourselves in them through a personal and a political act of understanding, as literary philosopher Martha Nussbaum asserts:

“It is for this reason that literature is so urgently important for the citizen, as an expansion of sympathies that real life cannot cultivate sufficiently. It is the political promise of literature that it can transport us, while remaining ourselves, into the life of another, revealing similarities but also profound differences between the life and thought of that other and myself and making them comprehensible, or at least more nearly comprehensible.”¹³⁹

Nursing home narratives draw, in one way or another, readers into the world of the care home, permitting them to identify with their protagonists in their struggles against institutionalization, or in their attempts to redefine themselves in a way that makes sense for them in a new environment. While it is clearly not the task nor the focus of sociological, gerontological, or medical texts to facilitate identification on the reader’s part, understanding the “visceral prose”¹⁴⁰ and aesthetics of literary texts can enable readers to identify with a literary character, and experience aging by proxy. This argument resonates with Nussbaum’s claim that we as readers gain a better understanding of the world by “learning both to see the world, for a time, through their eyes and then reflecting as spectators on the meaning of what we have seen”.¹⁴¹ As literary gerontologists, however, we can take the matter one step further, as Waxman argues. Literary texts, she maintains, “can affect whole societies and do important work for

136 Hannah ZEILIG, *The Uses of Literature in the Study of Old People*, in: Anne Jamieson / Sarah Harper / Christina R. Victor, eds., *Critical Approaches to Ageing and Later Life* (Philadelphia 1997), 39–48, here 40.

137 Barbara Frey WAXMAN, *Literary Texts and Literary Critics Team Up Against Ageism*, in: Thomas R. Cole / Ruth E. Ray / Robert Kastenbaum, eds., *A Guide to Humanistic Studies in Ageing. What Does It Mean to Grow Old?* (Baltimore 2010), 83–104, here 83.

138 Robert YAHNKE, *Representations of Aging in Contemporary Literary Works*, in: *Generations* 17/2 (1993), 83–86, here 86.

139 Martha C. NUSSBAUM, *Cultivating Humanity. A Classical Defense of Reform in Liberal Education* (Cambridge, Mass. 1997), 111.

140 WAXMAN, *Hearth*, as in footnote 10, 18.

141 Martha C. NUSSBAUM, *Poetic Justice. The Literary Imagination and Public Life* (Boston 1991), 93.

social betterment, even when they are presenting sexist or ageist notions in their characters and plots, precisely because resisting literary critics will interrogate and undermine these sexist or ageist notions in the texts and raise general readers' awareness of how these damaging notions operate both in texts and in society".¹⁴² In recent decades, not only the different types of care facilities have been increasing in North America, which are also mirrored in fictional works, but also the representation of elderly characters in film and fiction has significantly changed from "flat" to "fully round", as Anne Wyatt-Brown points out.¹⁴³ Cultural representations have the capacity, as Wyatt-Brown argues, "to create a picture of aging, one that most readers can easily understand and appreciate. Without literary gerontology, however, the representation might be one-sided, the view of the author and few others. Only by combining research with novels and memoirs can we begin to comprehend the varieties of aging experience in our time".¹⁴⁴

Now, at the onset of the twenty-first century, the nursing home seems to have been firmly established as a setting, and its residents have been developed into central characters. These developments add weight to the argument that narratives that represent elderly protagonists living in long-term care institutions need to be addressed from the perspective of literary studies and age/aging studies. One of the few scholars who actually do that is Sally Chivers who refers to novels depicting institutional care by arguing that

"[t]hese depictions of institutional care, more than commenting on the possibilities of such facilities to provide improved care, demonstrate the complicated process of forming attitudes toward the frail old and help to counter the impetus to think of age as either positive or negative. They provide examples of how narrative fiction can offer a perspective on the individuality of elderly residents that differs from clinical interaction."¹⁴⁵

As Chivers shows, it is important to re-imagine old age in order to reimagine structures of institutional care. In order to develop convincing arguments for such a paradigm change, however, it is also important to analyze why the nursing home specter still looms so large in our minds. Where does the deep-rooted cultural fear of care homes for the elderly come from, and why is it so deeply engrained in our minds?

142 WAXMAN, *Texts*, as in footnote 136, 88.

143 Anne M. WYATT-BROWN, *Resilience and Creativity in Aging. The Realms of Silver*, in: Thomas R. Cole / Ruth E. Ray / Robert Kastenbaum, eds., *A Guide to Humanistic Studies in Ageing. What Does It Mean to Grow Old?* (Baltimore 2010), 55–82, here 57.

144 *Ibid.*

145 CHIVERS, *Woman*, as in footnote 3, xlvi.

Conclusion

Defining old age as an uncanny and dangerous place also positions the care home as an uncanny site. Therefore, a re-imagination of care homes as sites of meaningful identity development in old age is crucial to be able to counteract ageism. Literary representations of care homes can encourage readers to engage in such redefinitions because many texts portray individuals who have the most important experiences at the latest stages of their lives, experiences which enable them to re-narrate their lives, and arrive at new and meaningful conclusions to their narratives despite, or perhaps even because of, their physical frailty. A re-conceptualization of eldercare through film and fiction also has the potential to challenge the “nursing home specter”. “The figure of the ‘nursing home’, typically as a symbol of cultural failure and a fate worse than death, haunts representations of older adults across the popular culture spectrum, in television, magazines, cinema and newspaper coverage”,¹⁴⁶ Sally Chivers argues. Care home novels and films add to these kinds of cultural representations of old age, and in most cases fuel rather than calm the fears of ending up in such an institution.

In contrast to ethnographic research on residential care facilities in which old people can easily be objectified and unintentionally rendered passive,¹⁴⁷ I would argue that especially through the mediums of art, literature, and film as well as the criticism thereof, this passivity can be counteracted, and a voice can be given to all—care-givers, family members, and old people. The care home as a setting serves to highlight this search for identity, also in old age. Authors consciously employ the space of the care home (instead of, for instance, a hotel or a cruise-ship), precisely *because of* the connotations and cultural assumptions linked to it. While many texts (seemingly) reaffirm these assumptions, others challenge them openly. All of them produce an alternative spatiality of old age and offer the possibility to overcome its negative interpretations. The problem of the “double marginalization” of old women crystallizes in such narratives.

As American Studies scholars in the field of literary gerontology, we can contribute to changing traditional ways of reading such texts by resisting conventional interpretations of life in the care home as decline narratives. We need to contest readings that link agency solely to a person’s own “home”, and see “aging in place” as necessarily preferable to institutional long-term care. Only by interpreting the care home in such narratives literally and metaphorically as a space in which self-determination and agency are possible can we achieve an understanding of experiences of old age as meaningful at all times in all places. Having agency in old age should not be undermined by interpretations that are guided by preconceived and stereotypical

146 Sally CHIVERS, “Blind people don’t run”. Escaping the “Nursing Home Specter” in *Children of Nature and Cloud-burst*, in: *Journal of Aging Studies* 34 (2015), 134–141, here 134.

147 Robin KEARNS / Gavin J. ANDREWS, *Placing Ageing. Positionings in the Study of Older People*, in: Gavin Andrews / David J. Phillips, eds., *Ageing and Place. Perspectives, Policy, Practice* (London 2005), 13–23, here 20.

notions of age and aging as decline. Interpretations of care home novels as disempowering, because they victimize frail, elderly people, are often ageist readings. What remains is the challenge of understanding representations of the “fourth age”, and the spaces associated with it, not as “black holes” only relevant to those experiencing it, but for us all, and to redefine them as meaningful to understand our existence throughout the life course. As the spatiality of age relations is socially and culturally constructed, the way we narrate and interpret old age is always determined by our own position as readers. We have to interpret texts with the narrative power they have, but also make conscious the ambivalences we as readers have regarding age and aging.

Information on the author

Assoz. Prof. Mag. Dr. phil Ulla Kribernegg, Chair of the European Network in Aging Studies (ENAS), Center for Inter-American Studies, Karl-Franzens-Universität Graz, Merangasse 18, 8010 Graz, Österreich, E-Mail: ulla.kribernegg@uni-graz.at, Homepage: www.ullakribernegg.net

Daniela Wagner

Alten- und Pflegeheime zwischen Ansprüchen medizinischer Pflege und Lebensweltorientierung

English Title

Old People's and Nursing Homes between the Demands of Medical Care and Life-world Orientation

Summary

Life, visit and work in old people's and nursing homes is developed between individual needs and institutional requirements. (Socio)Demographic factors have led to a growing need for professional care and care for aging people. Processes of institutionalization and professionalization were and are the results. Led by the interest in mutual assistance and cooperation in Austrian old people's and nursing homes I conducted qualitative interviews with the residents, their relatives and the nursing staff as well as the management of the homes in Styria and Vienna. Based on grounded theory a conditional structure emerged, which found its starting point in the historically grown framework conditions. The gap between the demands of medical care and life-world orientation is expressed in the current design of the areas of care, social contact, recreation, food and drink as well as spatial and material design. This contribution shows a historically grown "effect spiral" as a result.

Keywords

Grounded Theory approach, narrative interviews, old people's and nursing homes, medical care, life-world orientation, Austria, historical impacts, current claims

Einleitung

Alten- und Pflegeheime: zwischen individuellen Bedürfnissen und institutionellen Erfordernissen gestaltet sich das Für- und Miteinander der Bewohner/-innen, deren Angehöriger und der Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements. Faktoren wie höhere Lebenserwartungen, längere Pflegebedürftigkeit aufgrund medizinischer Möglichkeiten, Ver-

änderungen in den Familien durch Berufstätigkeit der Frauen, Pluralisierung der Lebensstile, Mobilität, steigende Anzahl an Singlehaushalten etc. führ(t)en zu einem steigenden Bedarf professioneller Betreuung und Pflege alternder Menschen. Zusätzlich verstärkt durch immer wiederkehrende „Skandale“, der wenig förderlichen politischen Diskussionen bzw. Interventionen und der darauf beruhenden medialen Berichterstattung wird die gesellschaftliche Relevanz sowie die Bedeutung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema unterstrichen.

Als Soziologin und Bildungswissenschaftlerin steht die aktuelle, stationäre Betreuung und Pflege alternder Menschen im Zentrum meines Forschungsinteresses. Wie gestaltet sich das Für- und Miteinander in österreichischen Alten- und Pflegeheimen? Um dieser Frage nachzugehen führte ich qualitative Interviews mit Bewohnerinnen/Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Betreuung, der Pflege und des Managements in österreichischen Alten- und Pflegeheimen. Geleitet von der „Grounded Theory“ entstand ein Bedingungsgefüge, welches seinen – implizit wie explizit in den Interviews ausgedrückten – Ausgangspunkt in den historisch gewachsenen Rahmenbedingungen fand. Dabei spielen die demografischen, die institutionellen und die professionellen Entwicklungen eine entscheidende Rolle für die derzeitigen Strukturen und Gestaltungsprozesse in Alten- und Pflegeheimen.¹

Ein historischer Abriss zur Betreuung und Pflege alternder Menschen

Wesentlich für die Entstehung und Entwicklung von Alten- und Pflegeheimen in Österreich sind demografische sowie soziale Veränderungen, die eine Institutionalisierung bedingen und deren Spezifika mitprägen. Die institutionelle Verankerung der Betreuung und Pflege alternder Menschen wiederum lässt sich in einem engen Zusammenhang mit der Professionalisierung des Pflegeberufs sehen. In diesem Teil werden wesentliche historische Entwicklungen bis ins 21. Jahrhundert näher beleuchtet.

Demografische Entwicklungen

In Österreich leben knapp 8,4 Millionen Menschen. Aufgrund der – im epidemiologischen Übergang seit etwa Mitte des 19. Jahrhunderts beobachtbaren – rückläufigen Geburtenzahlen, dem Nachrücken geburtenstarker Jahrgänge (Baby-Boom) und der Zuwanderung wird eine fortwährende Zunahme an alternden und hochaltrigen Menschen in Österreich beobachtet. Eine weiterhin steigende Lebenserwartung aufgrund der Fortschritte von Medizin und Technik, einem wachsenden Hygienebewusstsein, der Anhebung des Lebensstandards sowie einer differenzierten Mikrobiologie wird für die Zukunft prognostiziert. Es kommt zu einer Veränderung der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung.

Immer mehr Menschen erreichen das 100. Lebensjahr und dabei weisen 80 % dieser „Langlebigen“ eine gute bis befriedigende Lebensqualität auf. Bereits „Hochbetagte“ zwischen

¹ Vgl. Anselm STRAUSS / Juliet CORBIN, *Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung* (Weinheim 1996).

90 und 100 Jahren sind in ihrer Anzahl rapide ansteigend, ebenfalls bei gesundheitlich zufriedenstellender Verfassung. Eine zunehmende Lebenserwartung kann durchaus einen „Gewinn“ behinderungsfreier, gesunder, mobiler und aktiver Jahre bedeuten, woraus sich beispielsweise der Terminus der „Neuen Alten“ entwickelt hat. Sich immer jünger fühlende, leistungsfähige Menschen (Verjüngung) genießen ihre nachberufliche Lebensphase (Entberuflichung), frei von externen Verpflichtungen durch Familie und Beruf sowie materiell versorgt durch wohlfahrtsstaatliche Entwicklungen (Pensionen). Weiters zeigt sich der mit dem Alter steigende Anteil an Frauen (Feminisierung). Auch alleinstehende ältere Personen nehmen zu (Singularisierung). Leitend für diese Befunde sind die Darstellungen der Statistik Austria,² der Beitrag von Kramer³ sowie die Untersuchungen von Reinprecht,⁴ Wick,⁵ Kruse,⁶ Herschkowitz und Chapman Herschkowitz,⁷ Amann,⁸ Prahl und Schroeter⁹ oder Tews.¹⁰

Die Personen der Altersgruppe sind jedoch keineswegs eine homogene Masse solcher „Neuen Alten“. Das Altern ist ein Prozess, der jeden Menschen individuell prägt, charakterisiert durch ein enormes Ausmaß an Heterogenität. So müssen sich immer mehr Menschen im hohen Lebensalter (80 oder 85 Jahre) mit den Risiken des Alter(n)s auseinandersetzen, denn das Leben dieser Personen ist durch gesundheitliche Einschränkungen bis hin zur Multimorbidität gekennzeichnet. Da – ausgehend von persönlichen Präferenzen, beruflichen Verpflichtungen, der Entfernung des Lebensmittelpunkts oder einem Ausbleiben der eigenen Kinder – eine familiäre Pflege häufig nicht möglich ist, benötigen (bzw. bevorzugen) diese Personen professionelle Unterstützung, geleistet durch mobile Dienste, 24-Stunden-Pflege oder stationäre Einrichtungen, wobei letztere in dieser Auseinandersetzung im Zentrum stehen. Etwa 8.000 Personen zwischen 60 und 74 Jahren befinden sich heute schon in Heil-/Pflegeanstalten bzw. Pensionisten-/Altersheimen, was 0,7 % dieser Altersgruppe entspricht. Bereits 7 % der Menschen ab 75 Jahren, also mehr als 46.000 Personen leben in stationären Einrichtungen. Insgesamt verteilen sich etwa 59.000 Personen, das entspricht 0,7 % der Bevölkerung, auf

2 Vgl. STATISTIK AUSTRIA, online unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/index.html (letzter Zugriff: 14.12.2011).

3 Vgl. Diether KRAMER, Der epidemiologische Übergang in der Steiermark, in: Universität Graz, Hg., Erstaussgabe. Veröffentlichungen junger WissenschaftlerInnen der Karl-Franzens-Universität Graz, Bd. 4 (Graz 2012), 91–92.

4 Vgl. Christoph REINPRECHT, Gesundheit, Alter und Migration. Empirisch gestützte Reflexionen über die Erfahrung des prekären Alters im Migrationskontext, in: Wilfried Schnepf / Ilsemarie Walter, Hg., Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft (Wien 2009), 135–160.

5 Vgl. Georg WICK, Perspektiven der Altersforschung – Vom programmierten Zelltod zur Pensionsreform (= Wiener Vorlesungen im Rathaus 135, Wien 2008).

6 Vgl. Andreas KRUSE, Alter und Altern – konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde der Gerontologie, in: Andreas Kruse, Hg., Weiterbildung in der zweiten Lebenshälfte. Multidisziplinäre Antworten auf Herausforderungen des demografischen Wandels (= Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung, Bielefeld 2008).

7 Vgl. Norbert HERSCHKOWITZ / Elinore CHAPMAN HERSCHKOWITZ, Lebensklug und kreativ. Was unser Gehirn leistet, wenn wir älter werden (Freiburg 2006).

8 Vgl. Anton AMANN, Die vielen Gesichter des Alters. Tatsachen – Fragen – Kritiken (= Edition S, Wien 1989); Anton AMANN, Die großen Alterslügen. Generationenkrieg – Pflegechaos – Fortschrittsbremse? (Wien 2004).

9 Vgl. Hans-Werner PRAHL / Klaus R. SCHROETER, Soziologie des Alterns. Eine Einführung (= Uni-Taschenbücher 1924, Paderborn 1996).

10 Vgl. Hans Peter TEWS, Soziologie des Alterns (= Uni-Taschenbücher 359, Heidelberg 1979).

etwa 70.000 Plätze für Betreuung und Pflege, die österreichweit angeboten werden. Alten- und Pflegeheime sind also in Österreich zur Betreuung und Pflege alternder Menschen verankert und leisten für die Gesellschaft einen wichtigen Beitrag.¹¹

Institutionalisierung der Betreuung und Pflege alternder Menschen

Bis in die Neuzeit hinein waren Einrichtungen der Kirchen unter dem christlichen Leitgedanken der Nächstenliebe „Du sollst deinen Nächsten wie dich selbst lieben“¹² wesentlich für die Betreuung alter(nder), kranker, gebrechlicher und sterbender Menschen. Diese wurden schließlich durch städtische Einrichtungen und Pflegekräfte weltlicher Einstellung ergänzt, eine Trennung der Institutionen entlang der Bedürftigkeit in Armen- und Krankenhäuser führte zu einer weiteren Ausdifferenzierung im 18. Jahrhundert.¹³ Noch heute gilt es zwischen privaten, öffentlichen oder konfessionellen Trägereinrichtungen mit unterschiedlichen Weltanschauungen zu differenzieren, was von mir in der Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt wurde.

Zudem änderte sich der gesellschaftliche Zusammenhalt: Bis zur Industrialisierung im endenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert war das Leben von beruflichen Tätigkeiten in Landwirtschaft und Handwerk geprägt, wobei ältere Personen aufgrund ihrer Erfahrung besonders wertvoll für die Existenzsicherung erlebt wurden. Zudem boten Lebens- und Arbeitsgemeinschaften vor allem in ländlichen Gebieten einen engen Zusammenhalt, wodurch die Versorgung von arbeitsunfähigen Mitgliedern der Wohngemeinschaft gesichert war. Im städtischen Raum boten Schutzregelungen der Zünfte von Handwerksbetrieben ihren Meisterhandwerkern eine finanzielle Absicherung des sozialen Status auch im Alter bei nachlassender Leistungsfähigkeit. Gesellen, untergeordnete städtische Bedienstete, Dienstboten oder besitzloses Gesinde waren im Falle der Arbeitsunfähigkeit auf die öffentliche Wohlfahrt und Armenfürsorge angewiesen. Frauen waren bemüht durch (Wieder-)Heirat ihr Auskommen zu sichern.¹⁴

Der industrielle Wandel führte zu einer Veränderung dieser familiären Einbindung. Eine soziale und materielle Unabhängigkeit der Angehörigen unterschiedlicher Generationen entstand. Gleichzeitig wich traditionelles Wissen den technischen Neuerungen, wodurch die

11 Vgl. Daniela WAGNER, Bildungsperspektiven einer kultursensiblen Altenpflege. Diversität und Interkulturalität in österreichischen Alten- und Pflegeheimen, in: Gabriele Khan-Svik u. a., Hg., *Bildungsforschung (in) der Migrationsgesellschaft. Entwicklung und Perspektiven in Österreich* (Innsbruck 2012), 66–76, online unter: https://www.uibk.ac.at/iez/aktuelles/publikationen/onlinepublikationen/tagungsband_bildungsforschung_in_der_migrationsgesellschaft_2011_graz.pdf (letzter Zugriff: 22.06.2017); STATISTIK AUSTRIA, *Bevölkerung (2011)*, online: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (letzter Zugriff: 05.12.2011); REINPRECHT, *Gesundheit, wie Anm. 4*, 157; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz [BMSK], *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandaufnahme* (Wien 2008), online unter: http://www.sfs-research.at/projekte/P55-Hochbetagtenbericht/hochaltrigen_bericht_ende1.pdf (letzter Zugriff: 18.06.2011).

12 Lukasevangelium, 10:27.

13 Vgl. Rosa M. WECHTITSCH, *Gesunde Arbeitswelt Pflege. Gesundheitsförderung für Pflegepersonen im Krankenhaus*, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 2006), 11; Barbara POKORNY, *Altenpflege – die Dienstleistung der Zukunft. Arbeitszufriedenheit als Determinante für Qualität und Attraktivität im Altenpflegebereich anhand des Seniorenwohnheims Schwertberg* (= Schriften der Johannes-Kepler-Universität Linz, Reihe B, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften 86, Linz 2004), 9–11.

14 Vgl. Wolfgang VOGES, *Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie* (Augsburg 2008), 36–48.

Erfahrung der alternden Menschen an Wert verlor.¹⁵ Mit der Institutionalisierung der Altenhilfe und -pflege geht eine Ausgliederung dieser Aspekte aus dem Familienkreis einher. So führte die zunehmende Urbanisierung zu einem enormen Bedarf an „Einrichtungen zur Versorgung von Siechen (sozial oder gesundheitlich Beeinträchtigte)“.¹⁶ Die Übernahme von Unterstützungsmaßnahmen rückte als gesellschaftliche Aufgabe ab dem 19. Jahrhundert zwar ins Zentrum, jedoch herrschten in den öffentlichen Armenhäusern schwierige Zustände. Mangelhafte hygienische Bedingungen läuteten eine Zeit von „Verwahranstalten“ oder „geschlossener Altenhilfe“ ein.¹⁷

Eine Verbesserung der Betreuung und Pflege war nicht nur dringend nötig, sondern ausgehend vom industriellen wie medizinischen Fortschritt auch möglich. Durch die Zuschreibung von „natürlich weiblichen Eigenschaften“ der aufopfernden, selbstlosen Nächstenliebe wurden Männer aus der Krankenpflege verdrängt. Im 19. Jahrhundert entstanden erste Alten- und Pflegeheime, die vorrangig von Diakonissinnen betreut wurden.¹⁸

In der Zeit des Nationalsozialismus galt es jedoch den öffentlichen Fürsorgeaufwand wieder zu reduzieren. Die Altenhilfe erlag einem Einbruch, bis nach dem Zweiten Weltkrieg neue „moderne“ Entwicklungen angestrebt werden konnten.¹⁹ Werte und Weltanschauungen wandelten sich von familiären oder wohlütigen Bemühungen zu institutionellen Einrichtungen, in denen die Funktionen und Aufgaben der Pflege übernommen wurden.²⁰ Die „moderne“ Entwicklung im 20. Jahrhundert – hin zu Wohnstätten mit individuellen Akzenten – unterteilen PRAHL und SCHROETER²¹ in drei Phasen. Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg bis zu den 1960er Jahren war von einer „Bedeutungszunahme der Pflege“ alternder Menschen in der Gesellschaft geprägt. In den Einrichtungen dominierte die grundlegende Versorgung der „Heiminsassinnen und -insassen“. Eine Überbelegung in vorerst großen Schlafsälen bei gleichzeitig schlechter Ausstattung – beispielsweise mussten die Hygieneeinrichtungen von mehreren Personen geteilt werden – ließ den Menschen wenig Raum, sich zu entfalten. Gemeinschaftsräume waren nicht vorhanden. Mit der Entwicklung zu Zwei- und Vierbettzimmern und einer „Fokussierung auf Krankenanstalten“ kann die zweite Phase, die etwa bis in die 1970er Jahre dauerte, umrissen werden. Im geriatrischen Bereich wurden durch die Kenntnisse der Krankenhäuser theoretisch-rationale Pflegeleitbilder erstellt, welche sich in der Praxis an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohnern orientierten sollten. Die Typisierung der stationären Einrichtungen in

- Altenwohnheime, die altersgerechten Wohnraum zur möglichst selbständigen Lebensführung bieten,
- Altenheime, die Versorgungs- und Betreuungsleistungen umfassen, und
- Altenpflegeheime, die sich auf eine umfassende Versorgung, Betreuung und Pflege der alternden Menschen spezialisierten,

15 Vgl. WOLFGANG VOGES, *Soziologie des höheren Lebensalters. Eine Einführung in die Alterssoziologie und Altenhilfe* (= HWA – Akademiereihe, Augsburg ²1990), 5–7.

16 Ebd., 39.

17 Vgl. ebd., 36–48.

18 Vgl. WECHTITSCH, *Arbeitswelt*, wie Anm. 13, 12.

19 Vgl. POKORNY, *Altenpflege*, wie Anm. 13, 11.

20 Vgl. VOGES, *Soziologie*, wie Anm. 15, 36–48.

21 Vgl. PRAHL / SCHROETER, *Soziologie*, wie Anm. 9, 155 f.

entwickelte sich aus dieser Anlehnung an die Infrastruktur in Krankenhäusern.²² Auch wenn es bis heute daran angelehnte Konzepte gibt, so wird diese grundlegende Differenzierung in den meisten Häusern nicht so strikt umgesetzt. Daher beziehe ich mich auf alle genannten Arten und darin gründenden Ausformungen der stationären Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen.

In der dritten Entwicklungsphase seit Mitte der 1980er Jahre bleiben diese Strukturierungsgedanken grundsätzlich erhalten. Jedoch rücken die Bewohner/-innen ins Zentrum der Aufmerksamkeit, Forderungen nach einer patientenorientierten Bereichspflege, die auf den direkten Bezug zu Bewohnerinnen und Bewohnern aufgebaut ist, werden laut. „Ganzheitlichkeit, Bewohnerorientierung und aktivierende Pflege“ werden in den zu sozialen Lebensräumen²³ gewordenen Einrichtungen als Leitlinien proklamiert. Erweitert werden diese Ansprüche durch das Konzept der Lebenswelt, welches durch die Ausrichtung an den Prinzipien der Autonomie, Partizipation und Vertrautheit die Lebensqualität der Bewohner/-innen zum Ziel hat. Diese modernen Ansätze werden nur bedingt umgesetzt, da ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Bewohner/-innen häufig als Widerspruch zu den vom Personal gewährleisteten, notwendigen Betreuungs- und Pflegeleistungen wahrgenommen wird.²⁴

Die Betriebe unterliegen wirtschaftlichen Vorgaben, dem lokalen Versorgungsbedarf, gesellschaftlichen Wertvorstellungen, wissenschaftlichen Grundlagen sowie Weltanschauungen der Einrichtungsträger. Diese machen rationale Planungen und somit ein betriebliches Management, ausgerichtet an spezifischen Intentionen wie die Optimierung des Ressourcen- und Personaleinsatzes bei gleichzeitig konkurrenzfähigen Qualitätsstandards, unabdingbar.²⁵ Es wird ein Balanceakt gefordert, zwischen Ökonomisierung und dem ideellen Ziel der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen die soziale, physische und psychische Bedürfnisbefriedigung der Bewohner/-innen zu forcieren und die Zufriedenheit aller Beteiligten zu erreichen.²⁶ Insgesamt können Häuser, die den alternden Menschen betruerische, pflegerische, medizinische und soziale Leistungen bieten, als zentrale Institutionen in unserer Gesellschaft wahrgenommen werden. Trotz politischer Bemühungen um alternative Versorgungsvarianten ist weiterhin, bezugnehmend auf demografische und gesellschaftliche Entwicklungen, von einem enormen Bedarf stationärer Betreuung sowie Pflege auszugehen.²⁷

22 Vgl. ebd.

23 Ein- oder Zweibettzimmer sind die Regel, wobei diese den Bewohnerinnen und Bewohnern mehr Raum zugestehen. Aufenthaltsräume und verkleinerte Stationsgrößen verweisen auf die weitere Entwicklung.

24 Vgl. Karla KÄMMER, Lebenswelten älterer Menschen kennen und gestalten, in: Karla Kämmer, Hg., Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken (Hannover 2015), 40–65; Birgit DECHMANN / Christiane RYFFEL, Soziologie im Alltag. Eine Einführung (= Edition Sozial, Weinheim 2006); Wolfgang VOGES, Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie des Tätigkeitsfeldes (Wiesbaden 2002); Angelika PRATTER, Lebensqualität im Altenheim, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 2001); PRAHL / SCHROETER, Soziologie, wie Anm. 9, 156–167.

25 Vgl. POKORNY, Altenpflege, wie Anm. 13, 15; VOGES, Pflege, wie Anm. 24, 193 f.

26 Vgl. POKORNY, Altenpflege, wie Anm. 13, 15; PRAHL / SCHROETER, Soziologie, wie Anm. 9, 164–166.

27 Vgl. VOGES, Soziologie, wie Anm. 15, 36–48, 192 f.; POKORNY, Altenpflege, wie Anm. 13, 11.

Professionalisierung – Akademisierung

Mit der Institutionalisierung entwickelten sich auch die Anforderungen an die Betreuungs- und Pflegekräfte weiter. Nachdem lange Zeit von den Prinzipien der Nächstenliebe und Erlösung getragene Ordensfrauen die Betreuung und Pflege übernommen hatten, wurden im 19. Jahrhundert mit der Entstehung der ersten Alten- und Pflegeheime erstmals Rufe um eine Spezialisierung der Pflegeberufe laut. So wurde die erste Schule für Krankenpflege 1882 in Wien unter Prof. Theodor Billroth eröffnet. Charakteristisch war (ist) die Präsenz der Ärzte in diesen Schulen als Leitende und Lehrende.²⁸ Bis ins 20. Jahrhundert gewannen die Medizin und damit die Ärzte eine Vormachtstellung. Die Pflegepersonen unterlagen den Anordnungen des Arztes und übernahmen lediglich helfende Tätigkeiten. Es erfolgte die Degradierung zu einem Heilhilfsberuf:

„Innerste Neigung zu diesem Berufe, Herzensgüte, Verstand, stilles Wesen, müssen sich verbinden mit jenem Talent, dessen Eigentümlichkeit in einer meist unbewussten Beobachtungsgabe für die Vorgänge im und am Menschen besteht. [...] Wahrheitsliebe, Ordnungssinn, zuverlässige Treue im Beruf, Folgsamkeit gegenüber den ärztlichen Anordnungen, Fügsamkeit auch in die einzelnen zuweilen recht unbehaglichen Verhältnisse sind unerläßliche Eigenschaften einer Pflegerin.“²⁹

Diese Unterwürfigkeit wurde von der Berufsgruppe der Ärzte durch eine restriktive Ausbildung forciert, um eine Konkurrenzsituation zu vermeiden. Die starke Fremdbestimmung wirkte frustrierend, weshalb bei den Pflegekräften der Wunsch nach Eigenständigkeit und Professionalisierung entstand.³⁰ Diese Überlegungen wurden in der Zeit des Nationalsozialismus wieder in den Hintergrund verbannt, bis nach und nach eine zunehmende Spezialisierung des Berufs Einzug erhielt. Durch den Erwerb praktischer und theoretischer Kenntnisse innerhalb der Berufsausbildung war eine Semi-Professionalisierung erreicht.

Bis heute werden Grundfähigkeiten christlicher Nächstenliebe erwartet. Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sind festgeschrieben, intern festgelegte Normen, implizit vorhandene Erwartungen und explizit gemachte Zuschreibungen inklusive drohender Sanktionen prägen das Verhalten der in unterschiedlichen Positionen arbeitenden Mitarbeiter/-innen. Die arbeitsteiligen Spezialisierungen orientieren sich – so wurde auch in den Interviews bestätigt – vorrangig an der traditionellen Funktionspflege. Ausgerichtet werden diese Positionen strukturell wie inhaltlich an den Hierarchien und Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege, wobei der Fokus auf die Versorgung in Krankenhäusern und damit medizinische Dispositionen gerichtet ist. Ausgehend von den gesetzlichen Vorgaben (Personalschlüssel) sind die Positionen

28 Die Ausrichtung an der Pflege in Krankenhäusern manifestiert sich bis heute in der gleichen Ausbildung für diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, unabhängig vom späteren Tätigkeitsbereich (Krankenhaus, Langzeitpflegeeinrichtung). Vgl. Max HALLER / Bernadette MÜLLER, Hg., *Pflege und Altern(ativen)? Ergebnisse des Forschungspraktikums Pflege und Gesellschaft* (= Berichte aus den Forschungspraktika des Instituts für Soziologie an der Karl Franzens-Universität Graz 14, Graz 2008), 267 f.

29 POKORNY, *Altenpflege*, wie Anm. 13, 14.

30 Vgl. WECHTITSCH *Arbeitswelt*, wie Anm. 13, 11–13.

hierarchisch vorgegeben: Heimleitung, Pflegedienstleitung, diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Pflegehilfe. Darüber hinaus gibt es noch weitere interne wie externe unterstützende Kräfte (ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen, Zivildienstler, Praktikantinnen/Praktikanten, medizinisches Personal wie Ärztinnen/Ärzte, zusätzliche Angebote: Hospizteam, Verwaltung), die schließlich das gesamte Sozialgefüge ausmachen, dem ein direkter Führungsstil zugrunde liegt.³¹ Die von mir befragten Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements haben unterschiedliche Ausbildungswege für sich gewählt. Heim- und Pflegehelfer/-innen haben die Ausbildung in non-formalen Bildungsangeboten in Österreich absolviert. Diplomierte Pflegekräfte haben ihre Ausbildung vorrangig in ihren Herkunftsländern gemacht und schließlich in Österreich nostrifiziert. Gerade Stations- und Pflegedienstleitungen nutzen Professionalisierungsangebote, beispielsweise wird die Akademie für Gesundheitsberufe genannt oder ein Studium an der Fachhochschule abgeschlossen. Zusatzausbildung bis zum akademischen Niveau werden genannt und dienen vorwiegend dem Ziel, sich beruflich zu verändern (hierarchischer Aufstieg, Wechsel des Aufgabenbereichs).

Voges³² bezieht sich auf ein Professionsverständnis, welches sich auf die Existenz einer Wissenschaftsdisziplin, fachspezifischer Aus- und Weiterbildungsangebote, ethische und rechtliche Normierungen beruflichen Handelns, berufsverbandliche Organisationen, kollektiven Nutzen, relativer Autonomie, gesetzlich monopolisierten Zuständigkeitsbereichen und einem Fähigkeitsprofil gründet. Dass diese Dimensionen erreicht und damit die Entwicklung des Berufs zur Profession fortgeschritten ist, wird auch durch die Veränderungen im aktuellen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,³³ welches 2016 erlassen wurde, unterstrichen.³⁴ Durch die Verlagerung der Ausbildung zu Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen an die Hochschulen erhalten forschungsgeleitete Lehre und evidenzbasierte Praxis Einzug. Inwiefern eine Akademisierung der Ausbildung dazu beiträgt, modernen Ansprüchen in Alten- und Pflegeheimen gerecht zu werden, bleibt an dieser Stelle offen.

Insgesamt kann zwischenzeitlich festgehalten werden, dass lange die – vorwiegend leibliche – Versorgung der Kranken, Armen und Alten vom Prinzip der christlichen Nächstenliebe getragen war. Durch zunehmende Übernahme des Pflegeberufes durch weltliches – meist aus niedrigen sozialen Schichten stammendes – Personal rückte die Medizin in den Mittelpunkt. Sichtbar wurde diese Entwicklung in der verbesserten Anerkennung, der Ausbildung mit Fokus auf Medizin und Krankenhäuser, den Hierarchien, dem Vokabular und der allgemeinen

31 Vgl. VOGES, Pflege, wie Anm. 24, 32–47, 138, 158–161. Steiermärkisches Pflegeheimgesetz [StPHG], Gesetz vom 1. Juli 2003 über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen (2003), § 8 Abs. 1 f, online unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Lgbl/LGBL_ST_20031013_77/LGBL_ST_20031013_77.pdf (letzter Zugriff: 22.06.2017).

32 Vgl. VOGES, Pflege, wie Anm. 24.

33 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - Novelle [GuKG-Novelle], 75. Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifeprüfungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden, in: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (Wien, 1. August 2016), https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdf (letzter Zugriff: 30.09.2016). Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe [GuKG] (1997), Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, in: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (Wien 1997), https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf (letzter Zugriff: 22.06.2017).

34 Da meine Befragungen vor dieser Novelle stattfanden, werden die zuvor gebräuchlichen Bezeichnungen verwendet und Standards als Referenzrahmen herangezogen.

Bestimmungen (Hygieneverordnung). Basierend auf diesen historisch gewachsenen Strukturen in Alten- und Pflegeheimen wird ein Wandlungsprozess von idealtypischen Hospitälern mit Fokus auf medizinischer Pflege hin zu modernen Seniorenresidenzen, ausgerichtet am Ideal der Lebensweltorientierung, proklamiert. Es offenbart sich jedoch ein Balanceakt zwischen Theorie und Praxis, zwischen medizinischer Pflege und Lebensweltorientierung. Inwieweit sich ein historischer Bezug bis heute in den Einrichtungen wiederfindet und welche Wirkungen sich daraus entfalten wird analysiert. Ebenso steht im Fokus der Analyse, inwieweit eine Ausrichtung an den Bedürfnissen der Bewohner/-innen und damit eine Lebensweltorientierung, die einem modernen Betreuungs- und Pflegeverständnis in der stationären Langzeitpflege entsprechen würde, mit welchen Konsequenzen für das Altern in diesen Einrichtungen umgesetzt wird.

Das Forschungsdesign

Die Basis für die historischen Bezüge und aktuellen Anforderungen entspringen einer umfassenden Analyse der von mir im Rahmen meines Dissertationsprojektes 2011 geführten Interviews.³⁵ Aufgrund der zum Zeitpunkt meiner Dissertation³⁶ wenig bearbeiteten Thematik in Österreich und dem Bestreben neuartige Erkenntnisse hervorzubringen, war es für mich selbstverständlich, neben der Recherche vorhandener Literatur und Statistiken auch ein empirisches Vorgehen zu inkludieren. „Empirisch vorzugehen heißt, Erfahrungen über Realität zu sammeln, zu systematisieren und diese Systematik auf den Gegenstandsbereich [...] anzuwenden.“³⁷ Dabei werden detaillierte individuelle Relevanzsetzungen – also Gedanken, Erfahrungen, Situationsdeutungen, Einstellungen, Meinungen und Begründungen einzelner Menschen – zu

35 Vgl. Bewohner/-in [= Bew.] 1, Haus 2, geführt am 22.03.2011 [40 Minuten]; Bew. 2, Haus 2, geführt am 22.03.2011 [31 Minuten]; Bew. 1, Haus 3, geführt am 30.03.2011 [1 Stunde 12 Minuten]; Bew. 2, Haus 3, geführt am 14.07.2011 [1 Stunde]; Bew. 1, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [52 Minuten]; Bew. 2, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [19 Minuten]; Bew. 3, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [20 Minuten]; Bew. 4, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [28 Minuten]; Bew. 5, Haus 4, geführt am 11.07.2011 [25 Minuten]; Bew. 6, Haus 4, geführt am 11.07.2011 [32 Minuten]; Bew., Haus 6, geführt am 10.11.2011 [1 Stunde 6 Minuten]; Angehörige [= Ang.], Haus 3, geführt am 07.04.2011 [57 Minuten]; Ang. 1, Haus 4, geführt am 11.07.2011 [32 Minuten]; Ang. 2, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [30 Minuten]; Pflegedienstleitung [= PDL], Haus 1, geführt am 28.02.2011 [1 Stunde 21 Minuten]; PDL, Haus 4, geführt am 15.03.2011 [52 Minuten]; Stationsleitung [= SL] 1, Haus 1, geführt am 03.03.2011 [54 Minuten]; SL 1, Haus 4, geführt am 11.07.2011 [1 Stunde 10 Minuten]; SL 2, Haus 1 (2011), geführt am 03.03.2011 [38 Minuten]; SL 2, Haus 4 (2011), geführt am 11.07.2011 [1 Stunde 7 Minuten]; SL, Haus 2 (2011), geführt am 22.03.2011 [48 Minuten]; SL, Haus 3 (2011), geführt am 07.04.2011 [1 Stunde]; Wohnbereichsleiter [WBL], Haus 5 (2011), geführt am 28.04.2011 [30 Minuten]; Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin [DGKP], Haus 4 (2011), geführt am 12.07.2011 [27 Minuten]; DGKP, Haus 5 (2011), geführt am 04.05.2011 [41 Minuten]; Pflegehilfe [PH], Haus 2 (2011), geführt am 22.03.2011 [1 Stunde 24 Minuten]; Heimhilfe [HH], Haus 2 (2011), geführt am 22.03.2011 [1 Stunde]; Mitarbeiterin [MA], Haus 3 (2011), tätig als Koordinatorin der ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen und Rezeptionistin, geführt am 07.04.2011 [46 Minuten]; Sozialarbeiterin [SA], Haus 3 (2011), geführt am 15.03.2011 [30 Minuten].

36 Vgl. Daniela WAGNER, (Migrationsbedingte) Diversität in österreichischen Alten- und Pflegeheimen, unveröffentlichte Dissertation (Universität Graz 2015).

37 Hans-Bernd BROSIUS / Friederike KOSCHEL / Alexander HAAS, Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung (Wiesbaden 2008), 18.

dem interessierenden Thema mittels bestimmter Verfahren erhoben und analysiert. Die Basis für das methodische Design bildet die „Grounded Theory“ von Anselm Strauss und Juliet Corbin als leitendes Paradigma, die als Ziel das Entwickeln von Theorien hervorheben:

„Eine ‚Grounded‘ Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander.“³⁸

Zentral sind die Kriterien der Übereinstimmung mit dem Gegenstandsbereich, die Verständlichkeit, die Allgemeingültigkeit, um durch Abstraktion die Theorie auf andere Kontexte übertragen zu können, und die Kontrolle des Handelns im Kontext des Phänomens. Offenheit, Flexibilität, Sorgfalt, Kreativität und Systematik sind weitere unabdingliche Tugenden um wertvolle Entdeckungen zu machen, die eine Grounded Theory charakterisieren. In diesem pragmatisch-interaktionistisch verorteten Forschungsprozess schreibt Kathy Charmaz den Forschenden eine zentrale Rolle zu: „[...] we are part of the world we study and the data we collect.“³⁹ Franz Breuer⁴⁰ ergänzt dieses konstruktivistische Verständnis indem er davon ausgeht, dass die Perspektiven der Wissenschaftler/-innen – beeinflusst durch Grundannahmen, theoretische Modelle, disziplinär verankerte Forschungstraditionen, soziokulturell geprägte eigene Involviertheit (Präkonzepte) und dergleichen – die forschungsinhärenten Wahrnehmungen beeinflussen. Es ergeht die Forderung, die interessierte, offene und respektvolle Interaktion zwischen Forschenden und Beforschten, zwischen der eigenen Rolle und der subjektiven methodologischen Position bis zur konkreten Datenanalyse bewusst zu reflektieren (reflektierte Erkenntnishaltung).⁴¹

Ausgehend von der sehr offen formulierten Forschungsfrage „Wie gestaltet sich das von Diversität geprägte Zusammenleben und -arbeiten in stationären Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen?“ erfolgte eine weitere Anpassung der wesentlichen Elemente des Forschungsdesigns. Einen wesentlichen Schritt in der Grounded Theory stellt die Auswahl der Stichprobe dar, welche nach Strauss und Corbin „auf der Basis von Konzepten, die eine bestätigte theoretische Relevanz für die sich entwickelnde Theorie besitzen“⁴² vorzunehmen ist. Es wurden stationäre Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen ausgewählt, die aufgrund ihrer typischen Kultur (Strukturen, Abteilungen, Hierarchien, Regeln, Normen, Praxen) und Rahmenbedingungen den Aufbau sozialer Wirklichkeitsvorstellungen

38 STRAUSS / CORBIN, Grounded Theory, wie Anm. 1, 7 f.

39 Kathy CHARMAZ, Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis (Los Angeles 2006), 10.

40 Vgl. Franz BREUER, Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis (Wiesbaden 2010).

41 Ich nutze einen pragmatischen und eklektizistischen Zugang, also unterschiedliche Ausführungen zur Grounded Theory, zu Erhebungs- und Auswertungsmethoden, um mit meinem Vorgehen möglichst adäquat dem Thema zu entsprechen.

42 STRAUSS / CORBIN, Grounded Theory, wie Anm. 1, 148.

und die Gestaltung von Handlungsorientierungen der Akteurinnen und Akteure mitbestimmen.⁴³ Ausgehend von dem Wissen um länderspezifische Personalschlüssel und deren Auswirkungen auf die Heimwelten gilt eine erste Bestrebung, Erhebungen in mindestens zwei Bundesländern mit möglichst unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Verständnis von Pflegequalität, Personalschlüssel) durchzuführen. Schließlich fiel aufgrund der Kontakte durch meine Studien die Wahl auf die Steiermark und durch die Rückmeldung größerer Trägerorganisationen auf meine Kontaktversuche boten Wiener Häuser die Kontrastmöglichkeit. Durch weitere Überlegungen zu Einflussfaktoren fokussierte ich auf die unterschiedlichen Träger der Häuser und es gelang mir konfessionell-, städtisch- und privat-geführte Einrichtungen für die Unterstützung meines Vorhabens zu gewinnen. Schließlich leitet mich die Überlegung, dass eventuell Bedingungen zwischen ländlich und städtisch gelegenen Alten- und Pflegeheimen variieren.

Die Entscheidung für die integrierten Akteur/-innengruppen ist ebenfalls wesentlich, denn Ereignisse und Handlungsweisen erhalten Sinn und Bedeutung durch die Einbettung in einen Kontext. Entscheidend ist dabei „die Kommunikation als sinngenerierender Prozess, der Sinn selbst als Ordnungsform des Erlebens und Handelns sowie die Strukturierung als Produktion von Ordnung“.⁴⁴ Bei der Auswahl profitierte ich von meiner Masterarbeit, in der bereits die wesentliche Bedeutung der Inklusion aller Beteiligten – Bewohner/-innen, Angehörige und Mitarbeiter/-innen – deutlich wurde.⁴⁵ Die Interdependenzen zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern, deren Angehörigen, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und leitendem Personal bestätigte sich abermals im Feld. Die organisationstheoretische Perspektive offenbart zudem die Notwendigkeit, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern darauf zu achten, dass diese aus allen vorhandenen Hierarchieebenen kommen. Daraus entstand die Intention, alle genannten Personengruppen in die Erhebung einzubeziehen. Weitere angestrebte Differenzierungen ergeben sich aus dem Geschlecht, dem Alter, dem Gesundheitszustand, dem Bildungsstand, der Herkunft und der Berufsgruppenzugehörigkeit. Durch diese angestrebte Variation des Samplings wird das Anstellen von Vergleichen begünstigt. „Theoretisches Sampling garantiert das Aufspüren von Variation, Prozeß und auch Dichte. Dementsprechend ist auch ein gewisser Grad an Flexibilität notwendig, da der Forscher auf datenrelevante Situationen, die während seines Feldaufenthaltes auftreten, reagieren“⁴⁶ muss. Ausgehend von der Forderung für Flexibilität gelang es mir in den Einrichtungen zuvor nicht bedachte Berufsgruppen aufzuspüren und entsprechende Vertreterinnen für mein Vorhaben zu gewinnen (Sozialarbeiterin, ehrenamtliche Mitarbeiterin). Auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern hatte ich die Gelegenheit, mein Sampling zu erweitern, etwa den möglichen Einfluss einer Kriegsgefangenschaft mit in die Untersuchung aufzunehmen.

43 Vgl. Ulrike FROSCHAUER / Manfred LUEGER, ExpertInnengespräche in der interpretativen Organisationsforschung, in: Alexander Bogner / Beate Littig / Wolfgang Menz, Hg., Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (Wiesbaden 2009), 239–276; Birgit DECHMANN / Christiane RYFFEL, Soziologie im Alltag. Eine Einführung (Weinheim 2006), 69–112.

44 FROSCHAUER / LUEGER, ExperInnengespräche, wie Anm. 43, 241.

45 Vgl. Daniela WAGNER / Nora HEGENBART, Füreinander & Miteinander – Leitbild für ein zufriedenes Leben im Alter? Determinanten der Zufriedenheit am Beispiel des Pflegezentrums „Perisutti“ in Eibiswald, unveröffentlichte Masterarbeit (Universität Graz 2010).

46 STRAUSS / CORBIN, Grounded Theory, wie Anm. 1, 150.

Für die Dissertation wählte ich als Erhebungsmethode qualitative Interviews, die ich mit den so ausgewählten Bewohnerinnen/Bewohnern, deren Angehörigen, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und dem leitenden Personal der Alten- und Pflegeheime führte. Mich interessierten einerseits die Lebensgeschichten der Personen, wobei sich Parallelen zum biografischen Interview von Fritz Schütze⁴⁷ erkennen lassen, indem die Interviewpartner/-innen frei von ihrer Lebensgeschichte und besonders hinsichtlich der interessierenden Phasen zu ihrem Leben beziehungsweise Arbeiten im Haus erzählen können. Ereignisverstrickungen und lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtungen sind für mich von Interesse, weil diese das Für- und Miteinander im Haus prägen – so meine These. Vor allem soziale und kulturelle Entwicklungsprozesse könnten den Umgang mit dem Alter(n) beeinflussen.

Auf der anderen Seite fokussierte ich auf die subjektiven Wahrnehmungen des Für- und Miteinanders in österreichischen Alten- und Pflegeheimen. Einblick in diese gewährten mir die Akteurinnen und Akteure solcher Einrichtungen in deren Erzählungen. Um dies umzusetzen orientierte ich mich in der Gestaltung der konkreten Interviews am problemzentrierten Interview nach Andreas Witzel.⁴⁸ Dabei liegt der Fokus auf den subjektiven Perspektiven der Akteurinnen und Akteure. Dies zeigt sich in der möglichst unvoreingenommenen Erfassung subjektiver Handlungsbeschreibungen, Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen dieses Für- und Miteinanders.⁴⁹ Handlungsbegründungen und Situationsdeutungen sind dabei zentral, da diese bei Individuen durch gesellschaftliche Anforderungen entwickelt und durch subjektive Betrachtungsweisen im Gespräch (re)konstruiert werden. Bei beiden inspirierenden Interviewformen wird zudem der kommunikative, erzählgenerierende Charakter der Interviews hervorgehoben, wenngleich ein völlig narratives Interview aufgrund der beiden Themenschwerpunkte nicht zielführend erscheint. In der vorliegenden Untersuchung sind die Fragen des Leitfadens so strukturiert, dass sie einer chronologischen Reihenfolge entsprechen und von sehr persönlichen Erfahrungen der Berufs- und Migrationsbiografie hin zu aktuellen Wahrnehmungen des Für- und Miteinanders im Alten- und Pflegeheim leiten. Diese Fragen waren entsprechend dem Anspruch der Grounded Theory provisorisch und wurden in der Forschungsarbeit variiert, um weitere Entdeckungen und Vertiefungen zu ermöglichen.⁵⁰ Die befragten Personen antworteten frei auf diese Fragen und konnten so unterschiedliche Relevanzsysteme entfalten, individuelle Wirklichkeitsdefinitionen, Bedeutungen sowie Interpretationen mitteilen und Interpretationsrahmen rekonstruieren.

47 Vgl. Fritz SCHÜTZE, Biographieforschung und narratives Interview, in: *Neue Praxis* 13/3 (1983), 283–293.

48 Vgl. Andreas WITZEL, Das problemzentrierte Interview, in: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1/1 (2000), online unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519> (letzter Zugriff: 26.06.2017).

49 Vgl. ebd., 1.

50 Vgl. Jochen GLÄSER / Grit LAUDEL, Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (Wiesbaden 32009), 41–63; Arthur J. CROPLEY, *Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung* (Frankfurt am Main 2005), 107; Uwe FLICK, *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (Reinbek bei Hamburg 2002), 151 f.; STRAUSS / CORBIN, *Grounded Theory, wie Anm. 1*, 151 f.

Nach den insgesamt 29 aufgezeichneten Gesprächen wurde jeweils ein Postskriptum⁵¹ und ein wörtliches, vollständiges Transkript entsprechend der in meiner Dissertation festgelegten Transkriptionsregeln⁵² angefertigt. Diese Transkripte boten die Grundlage für die Auswertung im Rahmen der Grounded Theory: „Analyse in der Grounded Theory besteht aus sehr sorgfältigem Kodieren der Daten, welches hauptsächlich, wenn auch nicht ausschließlich, durch mikroskopische Untersuchung der Daten geschieht.“⁵³ Dabei werden drei Haupttypen des Kodierens – das offene Kodieren, das selektive Kodieren und das axiale Kodieren – differenziert, charakterisiert durch Interpretationsarbeit, Vergleiche und gestellte Fragen. Am Ende steht eine gegenstandsbezogene, in den Daten verankerte Theorie. Das Ergebnis der Analyseprozesse, die Präsentation und Reflexion dessen findet sich in meiner Dissertation.

Balanceakt zwischen medizinischer Pflege und Lebensweltorientierung

Bei den Gesprächen mit Bewohnerinnen/Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Betreuung, der Pflege und des Managements wurde deutlich, dass bereits die verwendeten Bezeichnungen das Spannungsfeld zwischen medizinischem Pflegeanspruch und Lebensweltorientierung offenbaren. Es wird zwischen Patientinnen/Patienten und Bewohnerinnen/Bewohnern, zwischen Pflegekräften und Krankenschwestern, zwischen Stationen und Wohnbereichen u. v. m. von allen Anspruchsgruppen differenziert. Meine Interviewpartner/-innen sprechen von Visiten, die durchgeführt werden, betonen vorrangig medizinische Pflegeleistungen als Aufgaben oder sprechen von „Stationsschwestern“, „Schwestern“ und „Patientinnen/Patienten“. Diese Differenzierungen scheinen in erster Linie eine unterschiedliche Terminologie darzustellen. Bei genauerer Betrachtung offenbart sich ein dahinterliegendes Bezugsfeld, Krankenhaus oder Lebenswelt, welches sich auf die Bewohner/-innen, deren Angehörige aber auch das Selbst- und Arbeitsverständnis der Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements auswirkt. Einige Bewohner/-innen sind überzeugt, in einem Krankenhaus zu sein, fragen teilweise sogar nach der bevorstehenden Entlassung. Andere Vergleiche rekurren eher auf ein Verständnis einer totalen Institution (Gefängnis). Vor allem Bewohner/-innen von Alten- und Pflegeheimen, in denen kein eigener Bereich für Betreutes Wohnen integriert ist, strengen derartige Vergleiche an. Hingegen beschreiben die Bewohner/-innen im Betreuten Wohnen ihre Lebensbereiche als Wohnungen oder als Zuhause. Verstärkt werden diese Ausprägungen durch folgende, im Rahmen meiner Dissertation⁵⁴ identifizierte Wirkzusammenhänge.

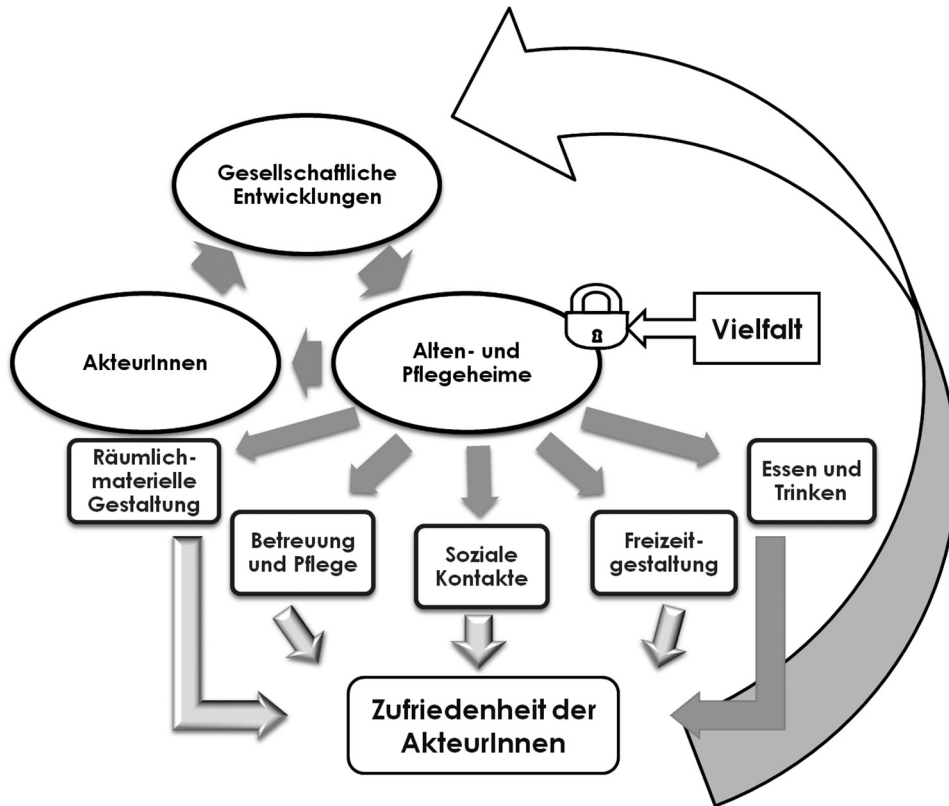
51 Vgl. Arnulf DEPPERMAN, Gespräche analysieren. Eine Einführung (= Qualitative Sozialforschung 3, Wiesbaden 2008); WITZEL, Interview, wie Anm. 48.

52 Vgl. WAGNER, Diversität, wie Anm. 36, 77–79.

53 STRAUSS / CORBIN, Grounded Theory, wie Anm. 1, 40.

54 Vgl. WAGNER, Diversität, wie Anm. 36.

Grafik 1: Wirkmechanismen des Für- und Miteinanders in österreichischen Alten- und Pflegeheimen (eigene Darstellung)



Es lässt sich erkennen, dass die gesellschaftlichen Entwicklungen, denen die historische Gewordenheit, die demografischen und sozialen Veränderungen, die institutionellen und professionellen Anforderungen sowie die politischen Restriktionen inhärent sind, die Basis bilden. Die Entwicklungen, genauer die daraus entstehenden Ansprüche, Erwartungen und Rahmenbedingungen wirken sich auf die einzelnen Akteurinnen und Akteure ebenso aus wie auf die Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen. Durch lebensgeschichtliche Erfahrungen und die (Aus-)Bildungsbiografien – also die erworbenen Qualifikationen mitsamt deren Relevanzsetzungen – prägen die Mitarbeiter/-innen des Managements, der Pflege und der Betreuung, die Bewohner/-innen sowie deren Angehörige die Strukturen in Alten- und Pflegeheimen, innerhalb der gegebenen gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Als wesentlich haben sich Bereiche der räumlich-materiellen Gestaltung, der Betreuung und Pflege, der sozialen Kontakte, der Freizeitgestaltung sowie des Essens und Trinkens herauskristallisiert. Wie diese gestaltet sind, wirkt sich maßgeblich auf das Für- und Miteinander und in weiterer Folge auf die Zufriedenheit der Bewohner/-innen, deren Angehöriger aber auch der Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements aus, wobei weitere historische Artefakte bis heute präsent sind.

Räumlich-materielle Gestaltung

Baulich zeigt sich, dass es sich meist um mehrstöckige Gebäude, die je nach Ausstattung mit Krankenhäusern (barrierefreie Gestaltung der Räume, vor allem der Sanitäreinrichtungen) oder Hotels (Balkone, Speisesaal) verglichen werden, handelt. Je nach Größe des Hauses werden Stationen, seltener Wohnbereiche, gebildet, zur besseren Strukturierung und um familienähnliche Situationen zu schaffen – so die Begründung. Von meist längeren Gängen auf diesen Stationen bzw. Wohnbereichen gehen die Türen zu den Ein- oder Zweibettzimmern ab. Stationsleiter/-innen oder Wohnbereichsleiter/-innen tragen die Verantwortung für die zugeordneten Zimmer. Die Zuteilung zu Ein- oder Zweibettzimmern erfolgt nach finanziellen, strukturellen und gesundheitlichen Kriterien. Bei der Zusammenlegung von Bewohner/-innen in Zweibettzimmern haben meine Interviewpartner/-innen in unterschiedlichen Häusern hervorgehoben, dass – solange keine größeren Probleme entstehen – die Zimmerpartner/-innenwahl ausschließlich nach Geschlecht und freiem Bett passiere. Dies führe zu wenig zufriedenstellenden Konstellationen. Aktivere Bewohner/-innen berichten über bettlägerige Mitbewohner/-innen höherer Pflegestufen, die mit Geräuschen, Gerüchen und sonstigen Anforderungen eine starke psychische Belastung darstellen. Eine Person erzählt, dass bereits mehrere Bewohner/-innen in diesem Zimmer neben ihr gestorben seien, auch das Gefühl, sich um die Mitbewohner/-innen kümmern zu müssen oder ständig den gesundheitlichen Verfall mit zu beobachten, wirkt belastend. In einem Haus werden Personen „zum Sterben“ in ein Einzelzimmer verlegt.

Weiters wird der Gestaltung der Räume eine bemerkenswerte Bedeutung zugeschrieben. Für die Bewohner/-innen und Besuchenden vermitteln Desinfektions-Spender im Eingangsbereich wohl eher das Gefühl eines Krankenhauses als von Lebensweltnähe. Die häufig verwendeten abwaschbaren Wände wirken meist steril, Dekorationsmaterialien werden äußerst sparsam angebracht. Dass dies mehr einem Krankenhaus wie einer Lebensweltorientierung entspricht, betont die Pflegedienstleitung in Haus 4 (2011, 80) im Interview:

„wie gsagt das wir in unserm Bundesland einfach das Problem habn das sehr oft die die Krankenhauslobby grad bei Hygienebestimmungen ehm, bei uns zum Tragen kommt ja und wir sind kein Krankenhaus wir wollen unsern Bewohnern ein Zuhause oder soweit es geht geben ahm und ein Zuhause ist halt keine abwaschbare Wand und kein hochglänzender Boden und nicht in allen Ecken und Enden Desinfektionsmittel (mhm) weil ich hab Zhaus a ka Desinfektionsmittel.“

Während im Betreuten Wohnen noch Appartements einer Kleinwohnung mit mehr Gestaltungsmöglichkeiten ähneln, wirken Zimmer auf „Betten- oder Pflegestationen“, also in Bereichen für pflegebedürftige Personen, wie Krankenzimmer.⁵⁵ Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedingt häufig einen Umzug innerhalb des Hauses,⁵⁶ was von allen Beteiligten als nicht zufriedenstellend wahrgenommen wird. In zwei Häusern sind diesbezüglich Veränderun-

55 Dies wird durch meist mit dem Umzug einhergehende umfassendere Vorgaben, zum Beispiel dass ein Verlassen der Pflegestationen häufig nur mit Begleitpersonen möglich ist, verstärkt.

56 Es gilt in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass bei einer Verbesserung der Situationen auch Wechsel von den Pflegestationen zum Betreuten Wohnen möglich sind. Vor allem nach Krankenhausbesuchen wird häufig kurzfristig eine stärkere Pflege benötigt.

gen bereits umgesetzt oder geplant, pflegebedürftig gewordene Personen dürfen in ihren Wohneinheiten bleiben. Insgesamt werden jedoch größere Wohneinheiten befürwortet, wengleich der Bewohner in Haus 6 (2011, 51) darauf hinweist: „sie können net Paläste für die Alten herstellen und die Jungen habn nix.“ Fotos oder Pölster sind häufig genutzte und leicht umsetzbare Möglichkeiten der propagierten persönlichen Gestaltung: „auf jeden Fall hab ich Bilder von Kindern und von meinen Enkeln (mhm) und [...] also auf jeden Fall hab ich persönlich auch etwas.“⁵⁷ Der Schaffung einer Wohlfühlatmosphäre sind in der Realität durch die Raumgröße, die gesetzlichen Anforderungen (Brandschutz, Hygieneverordnungen), der Unfallprävention (Teppiche als Sturzgefahr) und den eigenen Wünschen (Neuanfang) klare Grenzen gesetzt.

Betreuung und Pflege

Die – an der Qualifikation ausgerichtete – Hierarchie ist nicht nur klar geregelt, sondern in einigen Einrichtungen wird diese – wie in Krankenhäusern üblich – zusätzlich durch unterschiedliche Dienstkleidung betont, generell überwog weiße oder in Pastellfarben gehaltene Berufskleidung. In den meisten Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden Vergleiche mit der Betreuung und Pflege in Krankenhäusern vorgenommen. Dies ist wenig verwunderlich, denn alle befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuung und Pflege haben vor der Tätigkeit in der Langzeitpflegeeinrichtung in einem Krankenhaus mindestens ein Praktikum absolviert, die meisten haben dort Berufserfahrung gesammelt und einige wenige möchten auch wieder in diesen Bereich wechseln.⁵⁸ Unterschiedliche Erfahrungen und Erwartungen führen zu einem differenzierten Bild der Tätigkeitsbereiche. Einerseits tragen diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in Alten- und Pflegeheimen eine größere Verantwortung als in Krankenhäusern, aufgrund der weniger starken Präsenz von Ärztinnen und Ärzten in Langzeitpflegeeinrichtungen, andererseits wird dies nicht immer gewünscht.

Insgesamt wird im Vergleich der gesamte Tagesablauf unterschiedlich wahrgenommen. Einige Betreuungs- und Pflegekräfte verstehen den Beruf als „Handwerk mit Herz und mit Kopf“ der abwechslungsreicher als der Berufsalltag im Krankenhaus wahrgenommen wird: „es is immer irgendwo los es is nie langweilig.“⁵⁹ Andere nehmen den Pflegeberuf als weniger und stärker vorgegeben als in Krankenhäusern wahr: „andere Prozesse was die Krankenschwester bisschen ahm Aufgabe hier hab ma so Routine jeden Tag.“ Es handelt sich dabei nicht um hausspezifische Ausformungen, sondern um persönliche Wahrnehmungen. Darüber hinaus erleben die Mitarbeiter/-innen ihre Tätigkeiten als verantwortungsvoll und anstrengend, wobei hohe Belastungen durch Nacht- und Schichtdienste, eine weitere Parallele zum Krankenhausalltag, darstellen.

57 Bewohnerin 2, Haus 2, wie Anm. 35, 55.

58 Auffallend in den Interviews ist, dass keine Mitarbeiterin bzw. kein Mitarbeiter vom Wunsch erzählt, vom Krankenhaus in eine Einrichtung der Betreuung und Pflege alternder Menschen zu wechseln. Für meine Interviewpartner/-innen entstanden die beruflichen Veränderungen häufig im Zuge ihrer Migrationsbewegungen, in der Altenpflege boten sich Berufschancen. Die meisten blieben in diesem Tätigkeitsbereich und möchten bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr in ein Krankenhaus wechseln.

59 Stationsleitung, Haus 2, wie Anm. 35, 23.

Ausgehend von der gemeinsamen Ausbildung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern und den häufigen Vorerfahrungen in Krankenhäusern dominiert das medizinische Gesundheits- und Krankheitsverständnis, der Fokus ist auf die medizinische Pflege ausgerichtet. Nach einer Anamnese bei der Aufnahme folgen ständige umfassende sowie aufwendige Dokumentationen, die dem Nachweis von erfolgten Versorgungsleistungen, allen voran der Grund- und Behandlungspflege (Diagnostik, Spritzen, Infusionen, Tabletten austeilen, Verbände), dient. In den Gesprächen bat ich die Mitarbeiter/-innen ihren Tag Revue passieren zu lassen und mir durch ihre Erzählungen Einblick zu gewähren. Es wurden nahezu ausschließlich primäre Pflegetätigkeiten, allem Voran die medizinische Versorgung mit Medikamenten sowie Aspekte der Körperpflege genannt. Die für eine Lebensweltorientierung durchaus wesentliche Gestaltung der direkten Umgebungsstrukturen, Möglichkeiten der Freizeitgestaltung oder die „Pflege“ sozialer Beziehungen wird anderen Personen zugeschrieben.

Soziale Kontakte

Wesentlich für alle Akteurinnen und Akteure sind die sozialen Kontakte. Für Bewohner/-innen sind Besuche von nahestehenden Personen eine willkommene Abwechslung, wobei diese abhängig von der Beziehung, räumlichen und zeitlichen Möglichkeiten sind. Hier zeigt sich eine Unterscheidung zum Krankenhaus-Usus, meist gibt es keine Besuchszeiten und je nach gesundheitlicher Verfassung und (finanziellen) Möglichkeiten von Bewohner/-innen sowie Besucher/-innen können Ausflüge und sogar Urlaube gemacht werden. Kontakte zwischen den Bewohner/-innen finden in Begegnungsräumen bzw. bei gemeinsamen Freizeitveranstaltungen statt, wobei sich unterschiedliche Präferenzen zeigen. Es wird sowohl die Ruhe des Alleinseins genossen, kurze freundschaftliche Gespräche werden geführt und enge Freundschaften geschlossen, abhängig von individuellen Vorlieben und den wahrgenommenen, aktuellen Mitbewohnerinnen und -bewohnern. Häufig haben Bewohner/-innen Probleme Gesprächspartner/-innen zu finden, wie folgendes Beispiel zeigt:

„Sehn Sie das is, vielleicht a Schwierigkeit, ich versuchs immer wieder aber ich hab in den andertholb Jahren kein einziges Gespräch, zusammengebracht also länger über meine Bitte hin wir sind acht Männer in dem Haus sonst sinds nur Frauen, und do hob ich die Bitte gebracht moch ma a Herrrunde olle Monat einmal zsammenkommen beim erstn Mal sind dann vier oder fünfe kommen (2) aber rein bildungsmäßig sogor ideal der eine beide Doktor, der ane Mathematikprofessor also wir hätten uns blendend ober der hot seine Frau mit a mit schweren Alzheimer do liegn.“⁶⁰

Weiters wirkt auch auf die Bewohner/-innen der Tod von Mitbewohner/-innen stark belastend

„sehr schwer worn für mich im Lauf dieses Jahres sind von dem Stock vier Leute gestorbn, wissen Sie wenn Sie merken wie ana noch dem andern dann auf amoi fehlt, am Gang draußen dann geht er dir ob dann merkst du bist wirklich in am Altersheim, die Schwestern sagn ‚Nehmens des net

60 Bewohner, Haus 6, wie Anm. 35, 31.

so des wor bei uns der Anfang auch schwer wenn ana nochm andern‘ aber letztendlich sind die olle do um zu auf Sterben zu warten mehr kann ma net sagn.“⁶¹

Darüber hinaus ist die Beziehung zwischen Bewohner/-innen sowie deren Angehörigen und dem Betreuungs- und Pflegepersonal wesentlich, da diese längerfristig und intensiver als im Krankenhaus ausgerichtet ist. Über Bezugs- bzw. Beziehungspflegemodelle wird versucht, den Bewohner/-innen eine stabile Bindung anzubieten, immerhin betreuen die Pflegekräfte die Bewohner/-innen in intimen sowie psychisch schwierigen Situationen. Gleichzeitig lassen die vielen Anforderungen bei gleichzeitig unzureichend wahrgenommenem Personal wenig Zeit zur Beziehungsarbeit, häufig wird durch den Fokus auf die medizinischen Komponenten die Bedeutung dieser sozialen Dimensionen untergraben, ein Indiz für eine Erweiterung des medizinischen Bezugsfeldes um einen pädagogischen Schwerpunkt.

Freizeitgestaltung

Auch wenn in Alten- und Pflegeheimen wie in Krankenhäusern die medizinische Versorgung – etwa Ergo- oder Physiotherapie – dominiert, stehen den (nicht bettlägerigen) Bewohnerinnen und Bewohnern neben passiven Beschäftigungsmöglichkeiten wie Fernsehen oder Radio Hören zusätzliche aktiv(ierend)e und kulturelle Animationsangebote zur Verfügung, die Singen, kreatives Gestalten, Bewegungsangebote oder geistiges Training (Gedächtnistraining, Englisch, Vorträge) umfassen. Daran nehmen die Bewohner/-innen mehr oder weniger freiwillig teil. Ergänzend bieten Feste und Feiern sowie andere Veranstaltungen (Liedernachmittage mit berühmten Interpretinnen und Interpreten) eine willkommene Abwechslung. Auch können die Einrichtungen grundsätzlich jederzeit verlassen werden, etwa um Spaziergänge oder kürzere Ausflüge zu machen. Bewohner/-innen und Angehörige zeigen meist Verständnis für strukturelle Erfordernisse (Abmeldung beim Verlassen), wie folgendes Zitat zeigt: „was wohnen betrifft ist ja super schauen Sie ich bin ja, ich fühle mich nicht das ich, das ich irgendwie beschränkt bin. Ich kann kommen wann ich will, ich kann gehen wann ich will net [...] dann muss ich mich abmelden, dann sog i wissens was morgen bin ich net da.“⁶² Grundsätzlich zeigt sich eine starke Abhängigkeit von dem individuellen gesundheitlichen Befinden, mit zunehmenden Beeinträchtigungen geht eine Einschränkung des Aktionsradius einher und damit eine stärkere Vergleichbarkeit mit dem Krankenhaus.

Essen und Trinken

Schließlich gibt es noch ein breites Angebot an Mahlzeiten, welche die Bewohner/-innen – je nach individueller Vorlieben und gesundheitlichen Möglichkeiten – in ihren Zimmern oder in Speisesälen einnehmen können. Meine Interviewpartner/-innen präferierten mit einer Ausnahme gemeinsame Mahlzeiten je nach Möglichkeit der Einrichtung. Während im Betreuten

61 Ebd., 33.

62 Bewohner 1, Haus 3, wie Anm. 35, 24.

Wohnen noch Kochmöglichkeiten und ein Kühlschrank vorhanden sind, müssen stärker pflegebedürftige Personen darauf verzichten. Obst und Getränke stehen häufiger zur Verfügung. Das Essen selbst wird unterschiedlich bewertet – als eintöniges Krankenhausesen oder schmackhafte Hausmannskost – je nach eigenen Gewohnheiten und Vorlieben. Sehr häufig wird kritisiert, dass die letzte Mahlzeit am Tag meist sehr früh serviert wird, in einigen Häusern wird von halb fünf Uhr erzählt. Sogar daran anknüpfende Bettzeiten werden durchgesetzt, wobei in diesem Zusammenhang auf die Praxis in Krankenhäusern rekurriert wird.

Fazit

Generell kann in Altenheimen und Pflegeeinrichtungen eine starke Ausrichtung am gängigen Krankenhausalltag beobachtet werden, was auch von allen Bewohnerinnen und Bewohnern so wahrgenommen und explizit wie implizit zum Ausdruck gebracht wird. Besonders kritisch werden starre Vorgaben – etwa zu den Essens- oder Schlafenszeiten – von Bewohnerinnen/ Bewohnern und deren Angehörigen betrachtet, da diese die Zufriedenheit maßgeblich beschneiden. Umgekehrt nehmen Mitarbeiter/-innen individuelle Wünsche – ausgehend vom engen Personalschlüssel und den enormen beruflichen Anforderungen – als Belastung wahr. Dennoch werden manchmal Ausnahmen gemacht:

„do muss ich zerst immer Planung schau in Kalender wie viel Leute hab ich was mach ma und so aber hin und wieder [...] zum Beispiel im Krankenhaus is sicher anderes do gibts schon Tagesablauf bei uns auch schon aber zum Beispiel wenn ein Bewohner sagt ich möchte heute länger schlafen dann lass ich ihn schlafen dann kriegt er Frühstück in ein oder zwei Stunden später.“⁶³

Starre Strukturen stehen für Sicherheit und Effizienz. Jedoch entsprechen diese Vorgaben nicht den individuellen Relevanzsetzungen von Bewohnerinnen/Bewohnern und deren Angehörigen, was entweder zu völligem Rückzug, zur Konfrontation (häufiges Rufen nach Pflegepersonal, Einfordern von individuellen Bedürfnisbefriedigungen) oder besonders zuvorkommendem Verhalten (inklusive kleinen Aufmerksamkeiten wie Schokolade) führt. Ein Großteil der Bewohner/-innen und deren Angehörigen sind wenig zufrieden. Aber auch die Mitarbeiter/-innen sind eigentlich unzufrieden, haben diese doch lebensweltnahe Ansätze in ihrer – pflegeheimorientierten – Ausbildung⁶⁴ kennengelernt. Darüber hinaus nehmen die Betreuungs- und Pflegekräfte die Unzufriedenheit der Kundinnen und Kunden wahr, entweder als Zeichen ihrer unzureichenden Leistungen (gründend in Zeit- und Personalmangel) oder als zusätzliche Belastung durch die zu fordernd empfundenen Bewohner/-innen und Angehörigen. Insgesamt jedoch herrscht ein großes Maß an Unzufriedenheit, welches implizit oder explizit ausgedrückt wird. Dieses wird in die Öffentlichkeit getragen, schlimmstenfalls wenn Missstände als sogenannte „Skandale“ in den Medien präsentiert werden. Das hat mitunter die Abkehr von stationären Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen zur Folge, mobile Dienste werden verstärkt gefördert, während die Rahmenbedingungen für Alten- und Pflegeheime wei-

63 Stationsleitung, Haus 2, wie Anm. 35, 23.

64 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen zeigen sich weniger unzufrieden als assistierende Mitarbeiter/-innen der Betreuung und Pflege, deren Ausbildung mehr noch auf die Bedürfnisse in Alten- und Pflegeheime fokussiert.

tere Einschnitte erleiden. Es entsteht eine – in meiner Dissertation⁶⁵ umfassender explizierten – Negativspirale, die immer schwieriger Forderungen nach Lebensweltorientierung umsetzen lässt.

Der von mir im Rahmen meiner Dissertation identifizierte Schlüssel zur Umkehr dieser Spirale, die Vielfalt aller Beteiligten stärker in den Fokus zu rücken, würde der geforderten Lebensweltorientierung entsprechen, denn „jeder trägt a Geschichte am Rücken in einem Rucksack [...] das hat uns das Leben unser Leben geprägt“.⁶⁶ Es handelt sich dabei jedoch um eine Gradwanderung zwischen institutionell erforderlichen Regelungen und individuellen Autonomieansprüchen, was in folgendem Beispiel verdeutlicht wird: „i waß es net bei uns is sicher net Gefängnis nicht in in ein Altersheim wissen Sie aber es gibt andere Regeln zu Hause is halt was anderes.“⁶⁷ Mit dem Fokus auf die Diversität formuliert eine andere Stationsleitung:

„eingehen verstehn ja verstehn und und schau was ma zum Beispiel aus der Biografie her wos ma den Leuten auch ermöglichen kann das er, das er sich wohler fühlt auf der Station ich mein wir haben auch nur begrenzte Möglichkeiten ich kann auch nicht eine Schwester eins zu eins abdeligern zu einem Bewohner weil wenn ich das bei jedem mache ich hab fünf Leute und neun- unddreißig Patienten aber man muss schon versuchen ihn so einzubinden das er sich wohl fühlt ja und auch wenn er sich nicht wohl fühlt dann was steht dahinter ja und die Menschen sind nicht gleich das is so wie die Finger die sind auch unterschiedlich.“⁶⁸

Weiters wäre eine kritische Auseinandersetzung mit den Ansprüchen einer medizinischen Pflege dafür unabdingbar, was aber angesichts festgefahrener Erwartungen und Ansprüche nicht so leicht scheint. In einigen von mir besuchten, vorrangig mit ausreichend Personal ausgestatteten Häusern gibt es bereits Ansätze, die individuellen Stärken und Entwicklungsfelder aller Beteiligten einzubeziehen. Vor allem der systematische Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie in Haus 3 scheint besonders geeignet, den vielfältigen Relevanzsetzungen zu entsprechen, mit dem Ziel zufriedener Bewohner/-innen, Angehöriger aber auch Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements in Alten- und Pflegeheimen. Darüber hinaus ist auffallend, dass in den Häusern mit der höchsten Zufriedenheit in den Interviews pädagogisch qualifizierte Mitarbeiter/-innen (Pädagogik-Studium, Sozialarbeit) in Schlüsselpositionen eingesetzt sind. Es sind Veränderungen möglich, die einer Lebensweltorientierung entsprächen – und damit vielleicht die wertvolle Arbeit in den Einrichtungen hervorheben sowie eine Umkehr der Spirale bewirken könnten.

Informationen zur Autorin

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Daniela Wagner, MA, Lehrbeauftragte an der EMG Akademie für Gesundheit / FH Kärnten, Qualitätsmanagerin an der Universität für Musik und darstellende Kunst Graz, Selbständig, Zanklstraße 67, 8051 Graz, Österreich, E-Mail: daniela.wagner@alumni.uni-graz.at, www.geg-altern.at

65 Vgl. WAGNER, Diversität, wie Anm. 36.

66 Stationsleitung, Haus 3, wie Anm. 35, 22.

67 Stationsleitung, Haus 2, wie Anm. 35, 31.

68 Stationsleitung, Haus 3, wie Anm. 35, 24.

Sarah Pichlkastner

Zusammenfassung und Ausblick: Institutionelle Räume der Pflege und des Alter(n)s im diachronen und interdisziplinären Vergleich

English Title

Summary and Outlook: Institutional Spaces of Nursing and Aging in Diachronic and Interdisciplinary Comparison

Summary

Nursing and aging, two overlapping topics, currently represent great social and political challenges. Summing up interdisciplinary articles on these topics in a long-term perspective is also challenging. The following summary tries to outline continuities and discontinuities as well as to raise open questions by highlighting four “spotlights” (terminologies, spaces, persons, activities). The conference papers and the articles presented here show the high potential of interdisciplinary exchange and diachronic comparison.

Keywords

Nursing, medical care, old age, hospital, old people’s home, Pre-Modern Era, Modern Era, present, Austria, Germany, diachronic comparison, interdisciplinarity

Einleitung

Pflege und Alter – zwei Themen, die einerseits eine große Schnittmenge aufweisen und andererseits – jedes für sich oder auch in Kombination – große aktuelle gesellschaftliche und damit gleichzeitig politische Herausforderungen darstellen. Eine absichtlich sehr offen konzipierte interdisziplinäre Tagung sowie ein Zeitschriften-Schwerpunktband zu „Orte[n] des Alters und der Pflege“ in historischer Langzeitperspektive und mit Gegenwartsbezug birgt großes Erkenntnispotential, aber auch wiederum große Herausforderungen. Wie auch schon die mündlichen Beiträge im Rahmen der Tagung, beschäftigen sich die hier versammelten schriftlichen Fassungen für den langen Zeitraum vom Spätmittelalter bis zur Gegenwart mit institutionellen Fürsorge- bzw. Versorgungsräumen in Form von (Ho-)Spitälern, Heimen und Krankenhäu-

sern. Die Pflege – im vorliegenden Kontext wohl besser die medizinisch-pflegerische Betreuung – stellt dabei das Überthema dar, in manchen Beiträgen erfolgt die dezidierte Verknüpfung mit dem Altern und mit alten Menschen. Die Schwerpunkte sind unterschiedlich gelagert und liegen – wie auch bereits Marina Hilber in ihrem Tagungsbericht herausgearbeitet hat¹ – auf den in den Einrichtungen arbeitenden und lebenden Personen, deren Tätigkeiten und Lebensumständen oder dem institutionellen Kontext. Der „longue durée“-Ansatz und die Beteiligung unterschiedlicher Fachdisziplinen machen eine Zusammenfassung – nun muss das Wort leider erneut strapaziert werden – zu einer herausfordernden Aufgabenstellung mit hoffentlich gewinnbringenden Ansätzen. Im Folgenden soll versucht werden, anhand von vier Schlaglichtern – Begrifflichkeiten, Räume, Personen, Tätigkeiten – gemeinsame „rote“ Fäden aufzugreifen, aber auch Diskontinuitäten aufzuzeigen und offene Fragen aufzuwerfen. Vorweggeschickt sei, dass diese Zusammenfassung aus der Perspektive einer Spitalhistorikerin der Frühen Neuzeit geschrieben ist und daher unvermeidlich einen vorgeprägten Blickwinkel widerspiegelt. Der nötigen Kürze geschuldet sind Vereinfachungen von komplexen Zusammenhängen und Entwicklungen.

Begrifflichkeiten

Über Begrifflichkeiten lässt sich bekanntlich vortrefflich streiten, gleichzeitig ist ein gemeinsames Begriffsverständnis bzw. zumindest das Bemühen darum eine unabdingbare Voraussetzung für einen wissenschaftlichen Austausch. Für interdisziplinäre Kommunikation gilt dies in noch höherem Maß. Verständnisschwierigkeiten sowie die unterschiedliche Verwendung von Begriffen bzw. die Verwendung von unterschiedlichen Begriffen können jedoch auch perspektivenerweiternd und befruchtend auf die jeweiligen (facheinschlägigen) Forschungen wirken.

Während im Call for Papers für die Tagung im Arbeitstitel noch von „medizinischer Pflege“ zu lesen war, fand in den endgültigen Titel nur mehr das Wort Pflege Eingang.² Was ist Pflege, was ist medizinische Pflege? Ist die enge (gedankliche) Verbindung von Pflege und Medizin ein Resultat der zunehmenden „Medikalisierung“ und daher für frühere Epochen nur bedingt anwendbar? Nicht nur im Beitrag von Christina Vanja, aber dort explizit angesprochen, wurde die fortschreitende „Medikalisierung“ der Fürsorgeeinrichtungen im Verlauf der Frühen Neuzeit (und in der Folge auch in der Neuzeit) deutlich. Daniela Wagners Untersuchungen wiederum zeigen, dass Bewohner/-innen von heutigen Einrichtungen für alte Menschen die dortige Krankenhausatmosphäre teilweise als unangenehm wahrnehmen.

Pflege und Medizin lassen sich nur schwer auseinanderdividieren. Der bereits angesprochene (von Frühneuzeithistoriker/-innen formulierte) Call for Papers beinhaltet – so viel

1 Tagungsbericht: „Orte des Alters und der Pflege – Hospitäler, Heime und Krankenhäuser.“ Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit. Jahrestagung 2016 des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin, 19.05.2016–21.05.2016 Bad Radkersburg, online unter: H-Soz-Kult, 22.07.2016, www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-6620 (letzter Zugriff: 28.06.2017).

2 Hospitäler, Heime und Krankenhäuser als Orte des Alterns und der medizinischen Pflege (vom Spätmittelalter bis zur Gegenwart), 19.05.2016–21.05.2016 Bad Radkersburg, online unter: H-Soz-Kult, 17.09.2015, www.hsozkult.de/event/id/termine-28837 (letzter Zugriff: 28.06.2017).

sei im Rückblick (selbst-)reflektierend angemerkt – keine definitorische Abgrenzung zwischen „medizinischer Pflege“, „Pflege“, „medizinischer Fürsorge und Betreuung“, „medizinischer Hilfe“ usw. Unter „Pflege“ wurde demnach auch die medizinisch-therapeutische Behandlung subsumiert. Hier zeichnet sich eine andere gedankliche Herangehensweise ab, als sie gegenwärtig von Medizinerinnen/Medizinern, Pflegekräften, aber auch Pflegewissenschaftlerinnen/Pflegewissenschaftlern hinsichtlich der Abgrenzung von Pflege und Medizin zu erwarten ist.

In den hier vorliegenden Beiträgen werden dem Call entsprechend neben Pflegekräften und ihren Tätigkeiten auch – ganz generell gesprochen – „Heilkundige“, also studierte Ärzte, handwerklich ausgebildete (Wund-)Ärzte, Bader und Barbieri sowie – als einzige Frauen – Hebammen in den Blick genommen. Bis in das 18. und teilweise noch 19. Jahrhundert lassen sich die Bereiche Pflege und Heilkunde – zumindest personell – vielleicht dadurch abgrenzen, dass es für die Pflege keine formale Ausbildung gab, für die „Heilkundigen“ hingegen schon. Sollen beide Aspekte unter einen Hut gebracht werden, scheint es sinnvoll, von medizinisch-pflegerischer Betreuung zu sprechen. Aber wie können sie voneinander abgegrenzt werden? Greift es nicht nur für die Moderne zu kurz, der medizinisch-therapeutischen Behandlung die pflegerische Betreuung gegenüberzustellen? Soll – je nach Zeit und Einrichtung – von einer Pflege mit mehr oder weniger medizinischen Komponenten gesprochen werden? Ist Pflege ohne medizinische Konnotation überhaupt denkbar?

Dass Begriffe und Differenzierungen, mit denen gegenwärtig operiert wird, in der Vergangenheit vielfach gar nicht oder nicht in der heutigen Form Verwendung fanden, trägt dabei entscheidend zur begrifflichen Komplexität bei. Das Wort „pflegen“ lässt sich etwa in vormodernen Quellen kaum ausmachen und wurde erst im 19. Jahrhundert geläufiger. Stattdessen begegnen Begriffe wie „warten“, „aufwarten“ oder einfach „dienen“. Werden heutige Bedeutungskonzepte unreflektiert über die Vergangenheit gestülpt, ergeben sich anachronistische Darstellungen. Gerade deshalb erscheint es sinnvoll, das jeweilige der historischen Untersuchung zugrundeliegende Verständnis von Pflege und Medizin explizit zu machen. Für die Spital-, Medizin- und Pflegegeschichte bietet es sich an, nicht das heutige Verständnis, sondern die zeitgenössische Situation als Definitionsgrundlage zu nehmen. Als Bezugspunkt für die Definition und auch als Kontrastfolie kann und soll die gegenwärtige Situation trotzdem dienen. Carlos Watzka wählte als „Raster“ für seine Darstellung über die Krankenpflege bei den Barmherzigen Brüdern beispielsweise die zeitgenössischen „sex res non naturales“ und ergänzte sie um aktuelle Aspekte, die dem momentan in den Pflegewissenschaften vielbeachteten Modell der „Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens“³ entnommen sind. Auch für gegenwartsbezogene Studien kann die Auseinandersetzung mit der vergangenen Situation gewinnbringend sein.

Abschließend sei noch kurz festgehalten, dass das Verständnis von „alt“, „altern“ und „Alten“ ebenso relativ und variabel ist. „Alt“ kann in der Fremd- und Eigenwahrnehmung sehr variieren, zu unterschiedlichen Zeiten an verschiedenen Orten ganz verschiedentlich verstanden werden und ist immer ein soziales und kulturelles Konstrukt. Christina Vanja liefert in ihrem Beitrag zu Beginn illustrative Beispiele für frühneuzeitliche Alterskonzeptionen.

3 Vgl. dazu den Beitrag von Carlos WATZKA in diesem Band, 65–98, hier 70.

Räume

Die jeweilige konkrete Ausformung von Medizin und Pflege hängt eng mit der jeweiligen Einrichtung und der zeitlichen Einordnung zusammen. Der Fokus des Bandes liegt auf (Ho-)Spitälern, Heimen und Krankenhäusern und damit nach heutigem Verständnis auf Räumen der stationären und nicht der ambulanten Versorgung. In der historischen Forschung wird demgegenüber von der geschlossenen im Gegensatz zur offenen Fürsorge gesprochen.

In der Langzeitperspektive werden Entwicklungslinien greifbar, von multifunktionalen hin zu (mehr oder weniger spezialisierten) Fürsorgeeinrichtungen – von (Ho-)Spitälern zu Heimen und Krankenhäusern. Das Erscheinen des Krankenhauses als Spezialeinrichtung zur Wiederherstellung der Gesundheit und zur Geburtshilfe fällt in das 18. und auch 19. Jahrhundert. Krankenhäuser wuchsen teilweise aus älteren Einrichtungen heraus, teilweise handelt es sich um Neugründungen, die jedoch nicht aus dem Nichts entstanden, sondern auf vorhandenen Strukturen und Erfahrungen aufbauten. Inzwischen hat die Forschung in vormodernen Syphiliseinrichtungen, Pestlazaretten und auch in (unter anderem) auf medizinisch-therapeutische Behandlung ausgerichteten (Ho-)Spitälern verschiedene Vorläufer ausgemacht. In diesem Zusammenhang ist die in den Beiträgen von Elke Schlenkrich und Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah angesprochene Entwicklung von Pestlazaretten zu Krankenhäusern in Leipzig und Dresden erhellend. Letztere spricht dabei von einem „schleichenden Funktionswandel“.⁴ Schrittmacher waren nicht zuletzt die ab dem 17. Jahrhundert in Mitteleuropa gegründeten Spitäler der Barmherzigen Brüder, die als frühe Krankenhäuser im modernen Sinn fungierten und im Zentrum von Carlos Watzkas Beitrag stehen.

Die oft dominierende Forschungsperspektive „vom (Ho-)Spital zum Krankenhaus“, die Eingang in zahlreiche Buch- und Artikeltitel fand, hat vielfach zu einem verengenden und gleichzeitig vereinfachenden Blickwinkel geführt. Dies gilt jedoch nicht nur für die Entstehungskontexte von Krankenhäusern, sondern in noch größerem Maße auch für Entstehung von Spezialeinrichtungen, bei denen es sich nicht um Krankenhäuser handelt. In diesem Bereich setzt der vorliegende Band durch die Zusammenschau von (Ho-)Spitälern, Krankenhäusern und (Alten-)Heimen wegweisende Akzente.

In mittelalterlichen und frühneuzeitlichen multifunktionalen Spitälern gehörten alte Menschen zur normalen und in vielen Fällen auch zur überwiegenden Klientel – exemplarisch ist das im Beitrag von Alfred Stefan Weiß ersichtlich. Entwickelten sich Fürsorgeeinrichtungen nicht in Richtung Krankenhaus oder wurden aufgehoben, konnten sich daraus beispielsweise auch Vorläufer von Altenheimen entwickeln, wie etwa das Beispiel des Johannishospitals in Leipzig zeigt. In die hessischen Hohen Spitäler sollten hingegen zunächst – so Christina Vanja – ab der Gründung in den 1530er Jahren vorrangig alte Arme aufgenommen werden, noch im Verlauf des 16. Jahrhunderts wandelten sie sich jedoch zu multifunktionalen Einrichtungen und wiesen schließlich am Ende der Frühen Neuzeit einen eindeutigen Schwerpunkt im Bereich der psychischen Erkrankungen auf. In diesem Kontext ist hervorzuheben, dass es bereits in der Frühen Neuzeit ausdifferenzierte Fürsorgelandschaften gab, in denen einzelnen Einrichtungen eindeutige, aber wandelbare „Schwerpunktaufgaben“ (hinsichtlich der sozialen Zuge-

4 Vgl. dazu den Beitrag von Alexandra-Kathrin STANISLAW-KEMENAH in diesem Band, 141–154, hier 153.

hörigkeit der Insassinnen und Insassen als auch der jeweiligen Aufnahmegründe wie z. B. Alter) zugewiesen wurden – in den Beiträgen von Fritz Dross, Elke Schlenkrich und Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah wird dies mehr als deutlich.

In „modernen“ Krankenhäusern bildeten zumindest per definitionem das fortgeschrittene Alter und damit einhergehende Begleiterscheinungen keinen Aufnahmegrund: Hier sollten zumindest der Theorie nach nur „heilbare“ Menschen aufgenommen und in absehbarer Zeit wieder entlassen werden. Obwohl den mit dem Alter verbundenen Beschwerden und Beeinträchtigungen kaum Heilungschancen zugesprochen wurden, erhielten auch in der Frühen Neuzeit alte Menschen, wie Christina Vanja anmerkt, medizinische Behandlungen nach zeitgenössischem Verständnis. Neben (vor-)modernen Vorläufern von Spezialeinrichtungen für alte Menschen (teilweise auch mit entsprechenden Zahlungsbestimmungen je nach Vermögen) konnten alte Menschen auch in den vor allem um die Sattelzeit gegründeten Versorgungs- und Armenhäusern Aufnahme finden, deren Klientel in der Regel einen hohen Altersdurchschnitt aufwies. Das Aufkommen von dezidierten Einrichtungen für alte Menschen, deren Zweckbestimmung sich auch in der Bezeichnung niederschlug, fällt zum Großteil erst in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Nicht vergessen werden darf, dass zumindest bis in das 19. und auch 20. Jahrhundert der Prozentsatz derjenigen Personen, die in einer wie auch immer gearteten Einrichtung versorgt wurden, äußerst gering war. Wie die im Beitrag von Daniela Wagner gebotenen Zahlen zeigen, ist trotz eines signifikanten Anstiegs auch heute noch beispielsweise der Anteil an älteren Menschen in stationärer Betreuung geringer als vielfach angenommen. Viele frühere Zeitgenossinnen und Zeitgenossen zogen einerseits sicherlich, wenn möglich, für sich selbst oder für Angehörige die Versorgung in den eigenen vier Wänden vor. Einrichtungen wurden und werden immer dann gebraucht, wenn das soziale Auffangnetz oder die finanziellen und räumlichen Möglichkeiten nicht ausreicht(en) oder fehl(t)en. Andererseits gab es nur eine sehr überschaubare Anzahl an Versorgungsplätzen, wodurch die Aufnahme durchaus auch ein Privileg darstellen konnte bzw. als solches empfunden wurde. Dies zeigt sich etwa an dem von Fritz Dross bereits im Titel seines Beitrags genannten „Versorgungsversprechen“ der Nürnberger Leprosorien in der Frühen Neuzeit oder an den von Christina Vanja untersuchten Supplikationen um Aufnahme in eines der hessischen Hohen Hospitäler.

Anders als heute lassen sich die verschiedenen mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Fürsorgeeinrichtungen demnach dem Bereich der Armenfürsorge zurechnen, da bis auf wenige Ausnahmen dort minderprivilegierte Bevölkerungsschichten Aufnahme fanden. Erst im Verlauf des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts etablierte sich das Krankenhaus auch als adäquate Versorgungsform für Nicht-Unterschichten, während im 20. Jahrhundert Einrichtungen für alte und beeinträchtigte Menschen eine breite gesellschaftliche Akzeptanz erhielten. Heute geht der Trend, vor allem auch aus Kostengründen, wieder in die entgegengesetzte Richtung: Alten, beeinträchtigten, (chronisch physisch oder psychisch) kranken und sterbenden Menschen soll durch assistive Technologien oder 24-Stunden-Betreuung das Verbleiben zuhause oder durch betreutes Wohnen zumindest das Leben in einer Nicht-Heim-Umgebung ermöglicht werden.

In Bezug auf Räume ist zudem nach dem „Verwahrungscharakter“ der Fürsorgeinstitutionen zu fragen. Diese Frage ist von der jeweiligen Perspektive abhängig. Vormoderne Einrichtungen lassen sich mit zumindest der Norm nach streng geregelten Tagesabläufen, einer gewissen Abschottung nach außen und einer eingeschränkten Insassenbeweglichkeit durchaus

bis zu einem gewissen Grad als Orte der Verwahrung ansprechen. Gleiches gilt aber auch, zumindest teilweise, für moderne Einrichtungen. Fritz Dross' Beitrag zeigt, dass selbst frühneuzeitliche Leprosorien, an sich klassische Stätten der Isolation und Separierung, mitunter auch erstaunlich durchlässig sein konnten. Die in mehreren Beiträgen, unter anderem von Elke Schlenkrich, angesprochene Unterbringung von psychisch Kranken stellt einen Sonderfall dar, wobei etwa frühere Untersuchungen von Carlos Watzka für die Frühe Neuzeit deutlich gemacht haben, dass Einsperren in Käfigen oder Anketten zwar praktiziert wurde, aber nicht in dem Umfang, wie es ältere Forschungen oft suggeriert haben. Wie Krankenversorgung in der Sattelzeit in expliziten „Orten der Verwahrung“ funktionierte, zeigen die Ausführungen von Elke Hammer-Luza.

Der adäquate Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Bezug auf körperlich und mental beeinträchtigte, psychisch und physisch kranke und alte Menschen wurde und wird kontrovers diskutiert. Sind derartige Maßnahmen, wie im Beitrag von Eberhard Gabriel ersichtlich, lange Zeit in größerem Umfang eingesetzt worden, geht der Trend heute in die entgegengesetzte Richtung: Ein Stichwort bildet hier die von Maria Keil angesprochene „Entfesselung der Alten“ und damit die Diskussion über Nutzen und Schaden von Bettgittern. In diesem Bereich dürfte sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch vieles tun, wobei nicht auszuschließen ist, dass es auch wieder zu einer zumindest moderaten Trendumkehr kommen könnte.

Abschließend soll noch das Empfinden, die Repräsentation und die Inszenierung von Räumen angesprochen werden. Ersteres ist aufgrund fehlender Ego-Dokumente und anderer Quellen vor dem 19. Jahrhundert kaum zu untersuchen. Für Untersuchungen zu den letzten Jahrzehnten und zur Gegenwart stehen mit der „oral history“ und der Befragung von aktuell betroffenen Menschen ganz andere Möglichkeiten zur Verfügung. Mit „representations of institutional eldercare“ in nordamerikanischen Filmen und Romanen beschäftigt sich der Beitrag von Ulla Krieberegg, der zu neuen Perspektiven auf schriftliche und bildliche Quellen aus der Vergangenheit anregt. Die bildliche Repräsentation von frühneuzeitlichen Krankensälen lässt sich beispielsweise an den beiden im Beitrag von Carlos Watzka gebotenen Abbildungen ablesen – allerdings leider Beispiele mit Seltenheitswert. Inszenierungen in Fürsorge-Räumen tauchen etwa in Form von explizit nach den Stiftern benannten Stiftungsbetten in Krankenhäusern im Beitrag von Nathalie Soursois auf.

Personen

Eine Fürsorgeeinrichtung besteht vor allem aus den Menschen, die sich die vorhandenen Räume aneignen und dadurch auch stetig verändern, während gleichzeitig die jeweilige räumliche Situation wiederum auf sie selbst zurückwirkt. Um vorab die selbst formulierte Forderung nach einer Definition zu erfüllen, sei hier angemerkt, dass unter Pflegekräften Personen verstanden werden, die Hilfe benötigende Menschen (auch institutionell versorgte Kinder) bei der Bewältigung der alltäglichen Lebensführung unterstützen und medizinische Tätigkeiten in der Regel nur auf Anordnung ausführen.

Wie aus mehreren der hier versammelten Beiträge ersichtlich wird, stellt das Pflegepersonal für viele Einrichtungen der Vormoderne eine Quellen-, aber auch Forschungslücke dar.

Erst kürzlich ist dazu die erste einschlägige Monographie von Natascha Noll erschienen.⁵ Besoldetes (oftmals weltliches!) Personal wird ab dem Spätmittelalter in den Quellen greifbar, jedoch meist nur sehr punktuell und vage. Erst ab dem 19. Jahrhundert und damit ab dem Zeitraum, für den sich die Pflegegeschichte hauptsächlich interessiert, verbessert sich die Quellen- und auch Forschungssituation. Das medizinische Personal und seine Tätigkeiten sind in der Regel etwas besser erforschbar und auch erforscht, wobei sich die (kontinuierliche) Präsenz von handwerklich ausgebildeten und in einem weiteren Schritt von studierten Ärzten – wie ebenfalls verschiedene Beiträge zeigen – oft erst im Verlauf der Frühen Neuzeit feststellen lässt.

Die Pflegekräfte hatten – wie Martin Scheutz, Sarah Pichlkastner und Elke Schlenkrich verdeutlichen – lange Zeit eine Zwischenstellung zwischen Personal und Insassinnen/Insassen inne und lassen sich nicht immer eindeutig zuordnen. Sie lebten mit den zu Pflegenden in den Stuben, Arbeitsort war damit auch gleichzeitig Wohnort. Dies änderte sich erst ab dem 19. Jahrhundert, Hand in Hand mit der Etablierung einer Berufsausbildung. Bis dahin war eine informelle Ausbildung durch „Kolleginnen“ und „Kollegen“ oder einfach „learning by doing“ üblich gewesen. Gleichzeitig kam es (erst!) im 19. Jahrhundert zu einer Feminisierung und „Vergeistlichung“ der Pflege, nicht zuletzt durch den verstärkten Einsatz weiblicher Pflegeorden, von denen sich die noch immer übliche Bezeichnung Krankenschwester ableitet. Bis dahin war auch eine beträchtliche Anzahl an Männern unter dem Pflegepersonal zu finden gewesen, da – wie Sarah Pichlkastner am Beispiel des Wiener Bürgerspitals darlegt – Männer vornehmlich von Männern betreut wurden. Obwohl sich heute verstärkt auch wieder Männer in diesem Bereich engagieren, ist immer noch ein Großteil der Pflegekräfte weiblich. Die gegenwärtig immer noch vergleichsweise geringe gesellschaftliche Anerkennung von Pflegeberufen sowie die ebenfalls geringe Entlohnung lassen sich in ihren Wurzeln weit zurückverfolgen.

Interessant erscheint ein Blick auf die in mehreren Beiträgen angeklungene Konkurrenzsituation zwischen den verschiedenen „Betreuungsanbieter/-innen“, die vor allem vor dem Hintergrund der Veränderungen im 18. und 19. Jahrhundert virulent wurde. Das mitunter konfliktbelastete Verhältnis der mit der Betreuung beschäftigten Personen und Personengruppen zeigt sich beispielsweise am bei Elke Schlenkrich anklingenden Verdrängungsprozess der Hebammen aus dem medizinischen (Verantwortungs-)Bereich als auch in der damit verbundenen Auseinandersetzung zwischen einem „Stadtaccoucheur“ und einem in dessen Augen „rohen“⁶ Handwerkschirurgen.

„Betreuungsanbieter/-innen“ brauchen jedoch natürlich auch zu Betreuende. Was für das Personal gilt, lässt sich für die Zeit der Vormoderne und noch darüber hinaus in verstärktem Maß für die Insassinnen und Insassen bzw. Patientinnen und Patienten attestieren: Über sie ist wenig bis gar nichts bekannt. In den vorliegenden Beiträgen werden sie oft implizit, weniger oft explizit angesprochen. In Christina Vanjas Untersuchung standen sie im Mittelpunkt, doch die ihr zur Verfügung stehenden Quellen bilden leider alles andere als die Regel(-Überlieferungssituation).

5 Vgl. Natascha NOLL, *Pflege im Hospital. Die Aufwärter und Aufwärterinnen von Merxhausen (16.–Anfang 19. Jh.)* (= Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte. Marburger Schriftenreihe 2, Frankfurt am Main u. a. 2015).

6 Vgl. dazu den Beitrag von Elke SCHLENKRICH in diesem Band, 127–139, hier 136.

Tätigkeiten

Pflege und auch die Versorgung durch „Mediziner/-innen“ besteht in großem Maß in der Interaktion der beteiligten Personen. Vor allem die pflegerischen Tätigkeiten – die „soziale Praxis“ der Pflege (Carlos Watzka) – sind quellenmäßig lange Zeit schwer zu fassen. Dies hängt mit der weitgehend fehlenden Verschriftlichung von Alltäglichem und den schlechten Überlieferungschancen von Gebrauchsschriftgut zusammen. Am ehesten sind die Tätigkeiten – wie bei Martin Scheutz und auch Carlos Watzka zu sehen – über kritisch zu hinterfragende normative Quellen (Spitalordnungen, Instruktionen, gedruckte Handbücher u. Ä.) zu fassen.

Zu den Aufgaben der Pflegekräfte konnten, so zeigen die verschiedenen Beiträge zur Frühen Neuzeit, bis in das 18. Jahrhundert, aber auch darüber hinaus viele häusliche Tätigkeiten wie Putzen oder Wäschewaschen gehören. Daneben stand die Begleitung und Unterstützung bei den alltäglichen Dingen des Lebens im Mittelpunkt: der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, der Körperreinigung, der Ausscheidung, der Mobilität usw. Medizinische Aspekte konnten etwa das Verabreichen von verordneten Arzneien oder die Vornahme einfacher Behandlungen beinhalten. Ab dem 18. Jahrhundert führten die Veränderungen auf dem Gebiet der Medizin auch zu sich verändernden Ansprüchen an das Pflegepersonal, die im vorliegenden Band jedoch unterbeleuchtet bleiben. Dies wurde in der Folge durch die Etablierung einer Ausbildung und dann auch unterschiedlicher Ausbildungen in verschiedenen Bereichen der Pflege sichtbar. Auch in diesem Bereich kommt den Barmherzigen Brüdern eine Vorreiterrolle zu. Häusliche Tätigkeiten wurden nun zum großen Teil an anderes Personal ausgelagert. Zudem gingen vermehrt auch medizinische Tätigkeiten in pflegerische Hände über – etwas, worüber auch heute zur Entlastung der Ärzte immer wieder diskutiert wird (Stichwort Delegation ärztlicher Aufgaben). Gleichzeitig sieht sich das Pflegepersonal, vor allem in Einrichtungen für alte Menschen, mit sehr strikten Vorschriften konfrontiert, die vor allem im medizinischen Bereich wenig Eigenverantwortung zulassen. Genauso wie in vergangenen Zeiten ist demnach heute Pflege nicht gleich Pflege. Die Pflege in Krankenhäusern unterscheidet sich etwa auch gegenwärtig – trotz Medikalisierung – beträchtlich von jener in Einrichtungen für alte oder beeinträchtigte Menschen: Auf der einen Seite stehen – vereinfacht gesprochen – medizinische Aspekte im Vordergrund, auf der anderen die Unterstützung bei der Bewältigung des Lebensalltags.

Die medizinisch-therapeutische Behandlung von in Fürsorgeeinrichtungen untergebrachten Personen lag, wie unter anderem der Beitrag von Sarah Pichlkastner zeigt, bis in das 18. Jahrhundert und länger vorrangig in den Händen von Wundärzten (Chirurgen) und deren Gehilfen sowie auch von Hebammen, während die studierten Ärzte nur alle paar Tage die Einrichtungen besuchten und ihre entsprechenden Anweisungen gaben. Elke Hammer-Luza attestiert Wundärzten deswegen und auch wegen der kleineren „soziale[n] Kluft“ ein „viel größeres Nahverhältnis“⁷ zu den – in ihrem Fall – Gefängnisinsassinnen und -insassen als den studierten Ärzten. Elke Schlenkrich und Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah kamen auffälligerweise in ihren Beiträgen hinsichtlich der Beurteilung der medizinischen Versorgung in frühneuzeitlichen Fürsorgeeinrichtungen in Leipzig bzw. Dresden zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen.

7 Vgl. dazu den Beitrag von Elke HAMMER-LUZA in diesem Band, 155–168, hier 161.

Die kontinuierliche Betreuung durch studierte Ärzte in sich immer mehr ausprägender Hierarchie bildete sich erst ab dem 18. und vor allem 19. Jahrhundert in den neuen Krankenhäusern aus, denen nun erstmals auch Ärzte vorstanden. Damit einher ging der Aufstieg vom Wundarzt zum akademischen Chirurgen, während die Hebammen im Gegensatz dazu einiges an ihrer Eigen- und auch Zuständigkeit einbüßten. In diesem Zusammenhang erscheint die Beobachtung von Elke Hammer-Luza interessant, wonach in Grazer Zucht- und Strafanstalten erst ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts vermehrt Hebammen für die Untersuchung von Frauen herangezogen wurden.

Bezüglich der Tätigkeiten ist noch darauf einzugehen, dass in vormodernen Einrichtungen, vor allem in kleinen, die gegenseitige Pflege der Insassinnen und Insassen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielte, wie etwa Martin Scheutz betont. Auch deren Mitarbeit bei häuslichen Tätigkeiten oder sogar im wirtschaftlichen Bereich (wozu vormoderne Fürsorgeeinrichtungen mit ihren angehängten „Wirtschaftsbetrieben“ vielfältige Möglichkeiten boten) war nichts Außergewöhnliches. Heutzutage bildet (Mit-)Arbeit etwa in psychiatrischen Einrichtungen eine therapeutische Maßnahme und wurde bereits Mitte des 19. Jahrhunderts, wie Eberhard Gabriel schildert, im Wiener „Narrenturm“ vom zuständigen Primarius als wichtig, jedoch im Rahmen der damaligen Möglichkeiten schwer realisierbar angesehen. Die 1902 eröffnete psychiatrische Anstalt in Mauer-Öhling verfügte schließlich über eine eigene „landwirtschaftliche Kolonie“. Wie Felicitas Söhner, Thomas Becker und Heiner Fangerau darlegen, konnte während der Zeit des Nationalsozialismus im Rahmen der „Aktion T4“ und der darauffolgenden „dezentralen Euthanasie“ vorhandene Arbeitsfähigkeit und -willigkeit die Überlebenschance von Psychatriepatientinnen und -patienten, auch von alten, beträchtlich erhöhen. In Einrichtungen für beeinträchtigte und alte Menschen wird gegenwärtig das Augenmerk ebenfalls verstärkt auf deren aktive Mitarbeit und damit auf einen gewissen Grad an Selbstständigkeit gelegt. In diesen Zusammenhang ist auch das von Daniela Wagner angesprochene pflegerische Konzept der „Lebensweltorientierung“ einzuordnen, das versucht, die Pflege an den Bedürfnissen der Bewohner/-innen zu orientieren und in deren gewohnten Lebensrhythmus einzubinden – ein individualisierter Zugang, der einiges an Kompetenz und vor allem zeitliche Ressourcen erfordert.

Neben retrospektiv den früheren Zeiten attestierten Missständen gab es auch immer wieder bereits – wie etwa in den Beiträgen von Martin Scheutz, Elke Schlenkrich und Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah nachzulesen – zeitgenössisch wahrgenommene Probleme und damit einhergehende Lösungsversuche. Einen exceptionellen Fall stellt der Umgang mit psychisch kranken sowie körperlich und geistig beeinträchtigten Menschen während der Zeit des Nationalsozialismus im Rahmen und auch nach Beendigung der „Aktion T4“ dar, der im Zentrum des auf alte Menschen fokussierenden Beitrags von Felicitas Söhner, Thomas Becker und Heiner Fangerau steht.

Wie die betroffenen Menschen die medizinisch-pflegerische Betreuung selbst erlebten, lässt sich bis in das 20. Jahrhundert kaum erschließen – dazu fehlen die Quellen. Dies kann höchstens für Gepflegte aus höheren Schichten, die schriftliche Aufzeichnungen hinterlassen haben, untersucht werden. Für die jüngere Vergangenheit und Gegenwart gibt es hier ganz andere Möglichkeiten, wie die von Daniela Wagner geführten Interviews zeigen.

Fazit

Mit diesen vier Schlaglichtern, die sich immer wieder überschneiden, muss hier leider das Auslangen gefunden werden. Sie wären natürlich im Einzelnen noch viel weiter zu fassen und um andere diachrone Perspektiven zu ergänzen (Quellen, Finanzierung, Verwaltung usw.).

Die offene, multidisziplinäre Tagung und auch der daraus hervorgehende Schwerpunktband haben eines deutlich gezeigt: In beide Richtungen – von der Gegenwart in die Vergangenheit und zurück – scheint das Potential für den interdisziplinären Austausch noch alles andere als ausgeschöpft. Zumindest im Bereich der Pflege steckt die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen gegenwarts- und vergangenheitsbezogenen Untersuchungen noch im Anfangsstadium. Die Tagung und auch der hier vorliegende Band veranschaulichen das damit verbundene gewinnbringende Potential für alle beteiligten Wissenschaftszweige. Hierbei ist vor allem auf den Befund von Carlos Watzka zu verweisen, dass sich „ein Großteil der gegenwärtig als grundlegende Dimensionen des Pflegehandelns verstandenen Thematiken“ auch bereits in der Frühen Neuzeit findet, auch wenn die „konkrete Ausgestaltung“⁸ erheblich differenzierte.

Ähnlich Lohnenswertes wie für die Interdisziplinarität lässt sich auch für die historische Langzeitperspektive ausmachen, denn vom eigenen Untersuchungszeitraum ausgehende Blicke nach vorne und nach hinten tragen entscheidend zur Erweiterung und auch Schärfung des Blicks bei. Im vorliegenden Band, der einen eindeutigen Frühneuzeit-Schwerpunkt aufweist, fand das 19. und 20. Jahrhundert im Vergleich weniger Berücksichtigung.

Für künftige interdisziplinäre Annäherung an das Thema institutionelle Pflege im zeitlichen Längsschnitt bietet sich an, den Fokus nicht nur auf alte Menschen, sondern schwerpunktmäßig auch auf Kinder oder etwa Menschen mit (mentalenen oder körperlichen) Beeinträchtigungen zu legen. Gleichzeitig erscheint es auch lohnenswert, nicht nur die stationäre, sondern auch die ambulante Pflege mit in den Blick zu nehmen. Während diese Perspektive in die Tagung durchaus eingeflossen ist, fand sie leider keinen Eingang in den vorliegenden Schwerpunktband.

Informationen zur Autorin

Mag. Sarah Pichlkastner MA, Projektmitarbeiterin am Institut für Realienkunde des Mittelalters und der frühen Neuzeit, Universität Salzburg, Körnermarkt 13, 3500 Krems an der Donau, Österreich, E-Mail: sarah.pichlkastner@sbg.ac.at

8 Vgl. dazu den Beitrag von Carlos WATZKA in diesem Band, 98.

Projektvorstellungen

Judith Bauer / Hanno Heil / Hermann Brandenburg

Altern und Pflege in pallottinischen Gemeinschaften: Erste Befunde eines Beratungsprojekts für die Pallottiner

English Title

Aging and Care in Pallottine Communities: First Results of a Counseling Project for the Pallottines

Summary

The background of the analysis was an examination of aging in religious orders, particularly within the Pallottine communities. The focus was laid on demographic changes, according to nurse-related, social and spiritual-religious challenges. The research question was how aging is designed and how it could be further developed. Instruments und methods: In the beginning, a systematic literature research with the focus on aging, nursing and care in religious communities was conducted. Additionally, quantitative and qualitative interviews were realized. Results: First findings show that individual solutions should be made possible for each community. A general solution does not make sense. Outlook: In the context of the project, a “task force” of Pallottines und scientists has been established, operating as a counseling and support group.

Keywords

Religious community, Pallottines, (old) age, care

Hintergrund

Der demografische Prozess der Alterung der Gesellschaft zeigt sich in vielen Facetten. Besonders fortgeschritten wird er in Ordensgemeinschaften erkennbar, die seit Jahrzehnten sinkende Nachwuchszahlen aufweisen. Laut Statistiken der deutschen Ordensobernkonferenz (DOK) aus dem Jahre 2014 waren 49 % der männlichen Ordensmitglieder über 66 Jahre alt, 6 % hat-

ten das Alter von 85 erreicht oder bereits überschritten.¹ Bei den weiblichen Ordensangehörigen waren bereits 84 % der Personen über 66 Jahre alt und 20 % über 85 Jahre.² Mit dieser Entwicklung sind große Herausforderungen für die Gestaltung von Alter(n) in den Gemeinschaften verbunden.

Auch die Pallottiner, eine religiöse Gemeinschaft mit der deutsch-österreichischen Herz-Jesu Provinz (Niederlassungen in Deutschland und Österreich), sind mit dieser Thematik konfrontiert. Aktuelle Zahlen der Altersstatistik der Provinz zeigen abnehmende Mitgliederzahlen, etwa 61 % der Pallottiner sind über 70 Jahre alt.³ Es gibt eine Zunahme an pflegebedürftigen Menschen, Schließungen bzw. Zusammenlegungen von verschiedenen Niederlassungen werden unumgänglich. Zur Bewältigung der beschriebenen Problematik hat die Provinz bereits zwei Pflegestationen für Ordensmitglieder eingerichtet, in denen mehrfacherkrankte, multimorbide und pflegebedürftige ältere Pallottiner durch Fachpersonal betreut werden.

Zielsetzung

Die Ordensleitung hält eine grundlegende und nachhaltige Auseinandersetzung mit der Thematik für notwendig. Einerseits geht es um Fragen, die speziell das Altern in religiösen Gemeinschaften betreffen, wie beispielsweise die Förderung der spirituellen Ressourcen für das Älterwerden. Andererseits stehen drängende pflege- und versorgungsfachliche Themen zur Diskussion. Die Frage stellt sich, in welchen Strukturen und an welchen Orten gutes Altern in der Provinz konkret gestaltet und weiterentwickelt werden kann. Die genannten Aspekte sollten mit Bezug zu verschiedenen Dimensionen, die das Thema breiter aufstellen und jede (technologisch) verkürzte Engführung vermeiden, bearbeitet werden. Folgende Dimensionen wurden als zentral erachtet:

- spirituell-theologisch
- pflegewissenschaftlich
- leitungsbezogen
- individuumsbezogen
- pallottinisch

Es ging also darum, die Versorgungsfragen im Lichte der genannten Dimensionen umfassend zu erörtern und Konsequenzen für die Praxis abzuleiten.

Aber auch für die Theoriebildung zur Pflege und Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft bieten Ordensgemeinschaften ein wichtiges Feld der Forschung. Die Forschungsergebnisse wiederum können zu einer besseren Bewältigung des Alltags und der positiven Gestaltung des Altern(s) in Ordensgemeinschaften beitragen.

Auf Wunsch der Pallottiner wurden die pflegewissenschaftliche und die theologische Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) mit der Bearbeitung

1 Deutsche Ordenskonferenz (= DOK): Diagramm Ordensmänner, Stand: 31.12.2014 (Zahlen nicht veröffentlicht).

2 DOK: Diagramm Ordensfrauen, Stand: 31.12.2014 (Zahlen nicht veröffentlicht).

3 Herz-Jesu Provinz der Pallottiner: Altersstatistik der Pallottiner, Stand 2013 (Zahlen nicht veröffentlicht).

dieser Fragestellung betraut. Seit Oktober 2016 läuft ein zweijähriges wissenschaftlich gestütztes Beratungs- und Unterstützungsprojekt. Die Projektleitung hat der Dekan der pflegewissenschaftlichen Fakultät, Herr Prof. Dr. Hermann Brandenburg inne, außerdem sind zwei wissenschaftliche Mitarbeiter der pflegewissenschaftlichen bzw. theologischen Fakultät beteiligt.

Methoden

Erster Schritt des Projektes war eine systematische Literaturrecherche zum Thema „Altern, Pflege und Versorgung in religiösen und/oder Ordensgemeinschaften“. Ziel war es hier, die unterschiedlichen Praktiken und Erfahrungen zu sammeln und zu analysieren, wie auf das Thema „Altern in Ordensgemeinschaften“ reagiert wird. Insgesamt zeigte sich, dass diesem Thema in der Wissenschaft bisher wenig Beachtung geschenkt wird. Dokumentiert sind Erfahrungsberichte in theologischen (Fach)-Zeitschriften, z. B. den „Ordensnachrichten“. Gegenstand sind hier u. a. psychotherapeutische Gespräche mit älteren Ordensmitgliedern. Außerdem werden Konflikte zwischen jüngeren und älteren Mitbrüdern deutlich. Ebenfalls wird auf die Sinnfindung (gerade auch am Lebensende) verwiesen. Insgesamt, so Ruthard Ott,⁴ muss es darum gehen, das Altern in seinen verschiedenen Facetten in der Gemeinschaft zu akzeptieren und den Einzelnen mit seinen Eigenarten so anzunehmen, wie er sie subjektiv deutet.

Im nächsten Schritt des Forschungsprojektes erfolgte eine quantitative Erfassung der Altersverteilung in den jeweiligen Einrichtungen. Dies wurde mit Hilfe eines Fragebogens umgesetzt, der allen Niederlassungen zugeleitet wurde. Zeitgleich wurden mit den Rektoren der verschiedenen Kommunitäten und älteren Pallottinern 17 Problemzentrierte Interviews geführt.⁵ Diese werden gegenwärtig vor dem Hintergrund der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring⁶ ausgewertet. Ziel ist es, Herausforderungen, Erfahrungen und Umgangsweisen mit der (Pflege)-Versorgungsthematik in der pallottinischen Gemeinschaft zu analysieren. Außerdem soll ein Einblick in das alltägliche Leben der älteren Pallottiner gegeben werden. Im weiteren Verlauf des Projektes sollen die Befunde systematisiert und für die Praxis nutzbar gemacht werden.

Im dritten Schritt wurde die pallottinische Gemeinschaft als Auftraggeber des Projekts bei zwei gemeinsamen Veranstaltungen über die Ergebnisse der Forschung informiert. Den Rahmen hierfür bildeten Rektorenkonferenzen, bei denen sich die Verantwortlichen aller pallottinischen Niederlassungen in Deutschland und Österreich treffen. Die Konsequenzen, insbesondere für die Leitung und das pallottinische Proprium, wurden gemeinsam erarbeitet.

4 Vgl. Ruthard OTT, Altwerden in einer Gemeinschaft – Altwerden als Gemeinschaft, Chancen – Probleme – Defizite, in: Ordensnachrichten 39/3 (2000), 3–17.

5 Vgl. Andreas WITZEL, Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen (Frankfurt am Main 1982).

6 Vgl. Phillip MAYRING, Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (Weinheim u. a. 112010).

Ergebnisse

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass es verschiedene Lösungen für die Kommunitäten der Pallottiner in Deutschland und Österreich geben muss, welche auf die konkrete Situation vor Ort abgestimmt und mit den Verantwortlichen besprochen werden müssen; eine „General-lösung“ macht wenig Sinn. Die quantitative Erfassung der Altersverteilung machte deutlich, dass die „Altersthematik“ nicht in allen Niederlassungen der Pallottiner besteht, da manche Kommunitäten verhältnismäßig junge Mitglieder haben. Die Ergebnisse der Interviews zeigten erstens, dass die meisten befragten älteren Pallottiner mit ihrem Leben zufrieden sind, dabei spielt der Glaube (vor allem Gottvertrauen und Gottergebenheit) eine wichtige Rolle. Zweitens wurde erkennbar, dass manche Niederlassungen in jetziger Form nicht mehr für längere Zeit bestehen können und keine Zukunft haben. Diese Situation wird von den Befragten als sehr belastend empfunden, z. T. auch ignoriert oder nicht thematisiert. Es wurden Befürchtungen im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Lebensqualität geäußert – vor allem dann, wenn ein Umzug in eine ungewohnte Umgebung notwendig geworden ist. Einzelne Pallottiner litten und leiden unter körperlichen (z. T. auch psychischen) Einschränkungen und können aus diesem Grunde keiner Aufgabe mehr nachgehen. Auch dies hat negative Auswirkungen auf die erlebte Lebensqualität der Betroffenen. Auch wurden wiederholt Defizite in der Kommunikation nach außen oder innerhalb der Gemeinschaft angesprochen, was zusätzlich zu Unzufriedenheit führte.

Diskussion und Ausblick

Ein erstes Treffen mit den Verantwortlichen der Pallottiner fand bereits während der Rektorenkonferenz im Mai 2016 statt. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden organisatorisch-strukturelle Erwartungen an bestimmte Versorgungsformen formuliert. Ebenfalls wurden auch Vorstellungen zur inhaltlichen Gestaltung der Zeit des Älterwerdens zusammengetragen und gemeinsam bewertet. Im Fazit waren sich die Beteiligten darin einig, dass das kreative Sammeln von Wünschen und Vorstellungen zum Älterwerden weggeführt hat von einer Fixierung auf die negativen Aspekte des Altwerdens. Vorrangig gehe es um die Liebe zum Leben und dann erst um die praktischen Fragen konkreter Pflegesettings. Der Umgang mit dem eigenen Älterwerden und dem der Mitbrüder zeigte sich auch für die Gemeinschaft als geistlicher Prozess der geduldigen Annahme der persönlichen Eigenheiten und derer von anderen.

Im Nachgang wurde außerdem eine Steuerungsgruppe, bestehend aus verantwortlichen Pallottinern aus der Provinzleitung und Projektmitarbeitern der PTHV initiiert, die konkret als Beratungs- und Unterstützungsgremium fungieren soll. Die Befunde der durchgeführten Interviews wurden bereits an die Leitungsebene der Pallottiner kommuniziert. Bei zwei Niederlassungen wurde die Notwendigkeit deutlich, dass diese Einrichtungen in der bisherigen Form nicht mehr weitergeführt werden können. Im Hinblick auf diese Herausforderung wird die Provinzleitung – gemeinsam mit der Projektgruppe der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar – nach einer guten Lösung suchen.

Informationen zur Autorin und den Autoren

Judith Bauer MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Gerontologische Pflege, Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch-Theologische Hochschule, Pallottistraße 3, 56179 Vallendar, Deutschland, E-Mail: jbauer@pthv.de

Dr. Hanno Heil, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter für Pastoraltheologie und Diakonische Diakonie, Theologische Fakultät, Philosophisch-Theologische Hochschule, Pallottistraße 3, 56179 Vallendar, Deutschland, E-Mail: hheil@pthv.de

Univ. Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Dekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät, Lehrstuhl Gerontologische Pflege, Philosophisch-Theologische Hochschule, Pallottistraße 3, 56179 Vallendar, Deutschland, E-Mail: hbrandenburg@pthv.de

Petr Jelínek

Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott in der Germanischen Provinz bis 1780

English Title

The German Province of the Brothers Hospitallers of St. John of God until 1780

Summary

The aim of this project is to create a broad platform for researchers, who are interested in the analysis of the origin and spread of the order in Central Europe, the economic safeguarding of the convent's hospitals, the cultural-historical contributions and the position of the order in the social networks of modern society. In addition, there will be an examination of the canonical aspects, the correlation of the general curia in Rome to the provincial leadership, the internal development of the province, the libraries of the Brothers Hospitallers, the extensive collections of music and the reconstruction of the province as a result of the reforms of Maria Theresia and Joseph II. Furthermore, the comprehensive medical records will be analyzed and evaluated. The group currently consists of 17 researchers from eight countries.

Keywords

Brothers Hospitallers of St. John of God, history of the order's monasteries in Central Europe, the cultural-historical contributions, the economic safeguarding of the convents' hospitals, quantitative analysis of the medical records, the libraries of the Brothers Hospitallers, collections of music

Einleitung

Dieser Aufsatz soll ein neues wissenschaftliches Projekt vorstellen, das sich mit der Aufarbeitung der Geschichte des Hospitalordens des Hl. Johannes von Gott (im deutschsprachigen Raum auch Barmherzige Brüder genannt) in deren erster Provinz nördlich der Alpen, *Provincia Germania* (Germanische Provinz),¹ beschäftigt.

Diese anfangs geistliche Vereinigung (erst im Jahre 1586 durch den Papst Sixtus V. zum Orden erhoben) wurde im Jahre 1540 im südspanischen Granada von Juan Ciudad (1495–1550), genannt Johannes von Gott (spanisch Juan de Dios), gegründet und entwickelte damals ein revolutionäres Konzept der Spezialisierung auf Betreuung und Therapie von Akutkranken. Gerade die Internationalität des Ordens garantierte den aktuellen Stand des medizinisch/pflegerischen Wissens im Netz der Ordensspitäler, die wegen ihres praktisch orientierten Schwerpunktes auf die Chirurgie (damals nur eine handwerkliche Tätigkeit ohne universitäre Bildung) schnell zum Prestigeobjekt der mächtigen katholischen Kirche avancierten. Gerade aufgrund der praktizierenden Chirurgie bildeten die Ordensangehörigen regelmäßig Sanitätseinheiten in den habsburgischen Heeren der damaligen Großmächte Spanien und Österreich und nahmen in dieser Funktion an zahlreichen Schlachten teil.² Dazu kamen wichtige Erneuerungen betreffend die Neuordnung der Krankenhäuser, die ausschlaggebend für die Organisation der Krankenversorgung über Jahrhunderte bis heute blieben. Konkret wird an dieser Stelle auf die praktizierende Separierung der Kranken und die Entstehung von ersten Krankenabteilungen überhaupt, die Abkehr von den mehrfach belegten Betten und der Einführung der damals revolutionären Norm: ein Kranker – ein Bett, referenziert. Des Weiteren führte der Orden die strikten hygienischen Maßnahmen, die penible Evidenz aller aufgenommenen Kranken und die konsequente medizinische und pflegerische Schulung des Krankenpersonals ein.

Im Jahr 1659 wurde durch den Frater Ordensgenerall Ambrosius Gallego (in Funktion 1659–1665)³ für die Länder im Reich eine neue Provinz „Zum hl. Erzengel Michael“ gegründet⁴ und der damalige Generalvikar Joannes Baptista Bozzolo⁵ zum ersten Provinzial erhoben. Die neue Germanische Provinz beinhaltete damals lediglich fünf Klöster (Feldsberg, Wien, Graz, Prag, und Neuburg a. D.), da die Gründungen in Salzburg und St. Andrä in Lavanttal nicht mehr existent waren. Die Niederlassungen in Triest und in Görz wurden von Anfang an

1 Diese Bezeichnung war rein offiziell und (wie archivalisch mehrfach belegt) die Ordensbrüder selbst benutzten gewöhnlich die inoffizielle Bezeichnung die „Teutsche Provinz“ (Deutsche Provinz), die jedoch durch die Provinzexpansion in das ehemalige Königreich Ungarn bald ihre geographische Prägnanz verlor. Um die Differenz zu der am 22. Juli 1781 entstandenen Deutschen Ordensprovinz des Hl. Karl Borromäus zu wahren, wurde in dieser Projektarbeit die ursprüngliche offizielle Bezeichnung *Provincia Germania* konsequent beibehalten.

2 Vgl. Carlos WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (= Menschen und Kulturen 1, Köln–Weimar–Wien 2005), 119.

3 Ambrosius Gallego starb am 9. Mai 1674 in Graz. Moravský zemský archiv (Mährisches Landesarchiv, Abk. MZA), Fond E 47 Milosrdní bratři v Prostějově, Inv. Nr. 14, 2–366; Kopie MZA, E 79 Milosrdní bratři ve Valticích, Inv. Nr. 16, 2–366. Im Sterbebuch als Galeggs und nur als Provinzial (anscheinend die aktuelle Funktion beim Ableben) geschrieben.

4 Vgl. Hermenegild STROHMAYER, Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott (Regensburg 1978), 147.

5 Joannes Baptista Bozzolo starb am 19. August 1679 in Pressburg. MZA, E 47 Milosrdní bratři v Prostějově, Inv. Nr. 14, 2–366; Kopie MZA, E 79 Milosrdní bratři ve Valticích, Inv. Nr. 16, 2–366. Im Sterbebuch als Pazzola geschrieben.

von der Mailändischen Provinz verwaltet⁶ – die beiden Wirkstätte wurden erst 1731 auf die Anordnung des Kaisers Karl VI. (1685–1740) der Germanischen Provinz zugeteilt.⁷ Ein ähnliches Schicksal widerfuhr dem Konvent in Zipser Kirchdrauf, der aufgrund der Verpfändung der dreizehn Zipser Städte an das Königreich Polen durch den Sigismund von Luxemburg (1368–1437) im Vertrag von Altublaue 1412 von der Polnischen Ordensprovinz verwaltet und erst 1730 der Germanischen Provinz zugeteilt wurde.

Die Säkularisation von beinahe allen diesen Einrichtungen⁸ seit der Französischen Revolution bis zum Jahr 1870 führte zur völligen Unterdrückung des öffentlichen und auch wissenschaftlichen Bewusstseins für den Beitrag des Ordens der Barmherzigen Brüder für die Entstehung eines modernen Krankenhaussystems.

Projektziele

Das Ziel dieses Projektes ist die Schaffung einer breiten Plattform für Forscherinnen und Forscher, die sich mit der Analyse der Entstehung und Ausbreitung des Ordens in Mitteleuropa, mit der wirtschaftlichen Absicherung des Betriebes von den Klosterkrankenhäusern, mit dem kultur-historischen Beitrag und mit der Position des Ordens im sozialen Netz der neuzeitlichen Gesellschaft beschäftigen. Darüberhinaus sollen kirchenrechtliche Aspekte, die Korrelation der Generalkurie in Rom zur Provinzleitung, die innere Entwicklung der Provinz, die Bibliotheken der Barmherzigen Brüder, die Umstellungen im Aufbau der Provinz in Folge der Reformen von Maria Theresia und Joseph II. untersucht werden. Es sollen die umfangreichen Krankenevidenzbücher (Krankenprotokolle) analysiert und ausgewertet werden, die einen objektiven und erschöpfenden Beweis für die Organisation der neuzeitlichen Krankenhäuser und das Niveau der gesundheitlichen Versorgung in dieser Epoche liefern. Eine besondere Aufmerksamkeit soll auf die verpflichtende Musikfähigkeit der Ordensmitglieder, Spitalsapotheken und die klostereigenen Kräutergärten gerichtet werden. Da am 22. Juli 1781 auf die kaiserliche Anordnung die ursprüngliche *Provincia Germania* in Prag zweigeteilt wurde (die Konvente in den habsburgischen Ländern verblieben in der Provinz des Hl. Erzengel Michael, die aber in die „Österreichisch-ungarische Provinz“ umbenannt wurde; sonstige sechs Klöster außerhalb der habsburgischen Ländern bildeten eine neue Provinz des Hl. Karl Borromäus), wurde das Jahr 1780 als Zäsur dieses Projekts gewählt.

6 Vgl. STROHMAYER, Hospitalorden, wie Anm. 4, 147.

7 Joannes de Deo SOBEL, Geschichte und Festschrift der österr.-böhm. Ordens-Provinz der Barmherzigen Brüder zu der am 28., 29. und 30. August stattfindenden Feierlichkeit der Einweihung des durch die Munificenz Sr. Durchlaucht des Fürsten Johann I. von und zu Liechtenstein neuerbauten Mutterhaus-Spitals zu Feldsberg in N.-Oe. (Wien 1892), 131.

8 Die Österreichische Monarchie stellte im diesen Fall eine Ausnahme dar.

Konkret sollen folgende, auch aufgelassene Niederlassungen untersucht werden:

	Ort (Gründungsjahr)	heutige Bezeichnung	Land (damals)	Staat (heute)
1	Feldsberg (1605)	Valtice	Niederösterreich	Tschechien
2	Wien (1614)		Niederösterreich	Österreich
3	Graz (1615)		Steiermark	Österreich
4	Salzburg (1616)		Salzburg	Österreich
5	St. Andrä (1619)		Kärnten	Österreich
6	Prag (1620)	Praha	Böhmen	Tschechien
7	Neuburg an der Donau (1622)		Bayern	Deutschland
8	Triest (1625)	Trieste	Küstenland	Italien
9	Zipser Kirchdrauf (1650/1672)	Spišské Podhradie	Ungarn, polnische Pacht	Slowakei
10	Görz (1656)	Gorizia	Görz	Italien
11	Pressburg (1672)	Bratislava	Ungarn	Slowakei
12	Lieding (1678)		Kärnten	Österreich
13	Neustadt an der Mettau (1692)	Nové Město nad Metují	Böhmen	Tschechien
14	Teschen (1694/1700)	Cieszyn	Schlesien	Polen
15	Breslau (1710)	Wrocław	Schlesien	Polen
16	Erlau (1726)	Eger	Ungarn	Ungarn
17	Münster (1729)		Westfalen	Deutschland
18	Proßnitz (1732)	Prostějov	Mähren	Tschechien
19	Temesvar (1737)	Timișoara	Ungarn	Rumänien
20	Pest (1737)	Pest	Ungarn	Ungarn
21	Kukus (1743)	Kuks	Böhmen	Tschechien
22	Brünn (1747)	Brno	Mähren	Tschechien
23	München (1750)		Bayern	Deutschland
24	Lettowitz (1750/1751)	Letovice	Mähren	Tschechien
25	Mannheim (1752)		Pfalz	Deutschland
26	Wien-Hütteldorf (1753/1755)		Niederösterreich	Österreich
27	Linz (1756/1757)		Oberösterreich	Österreich
28	Pápa (1757)	Pápa	Ungarn	Ungarn
29	Großwardein (1760)	Oradea	Ungarn	Rumänien
30	Eisenstadt (1760)		Ungarn	Österreich
31	Prager Neustadt (1761)	Pražské Nové Město	Böhmen	Tschechien
32	Neustadt in Schlesien (1764)	Prudnik	Schlesien	Polen
33	Bruchsal (1776)		Pfalz	Deutschland
34	Waitzen (1777/1778)	Vác	Ungarn	Ungarn
35	Deidesheim (1778)		Pfalz	Deutschland

Im Rahmen dieses Projektes haben sich insgesamt 17 Wissenschaftler/-innen aus acht Ländern (Österreich, Deutschland, Tschechien, Polen, Slowakei, Ungarn, Rumänien und Italien) zusammengeschlossen, wobei es sich bewusst um eine breite multidisziplinäre Zusammensetzung der Teilnehmer/-innen⁹ handelt. Die Internationalität des Projektes ermöglichte einen sehr intensiven Austausch von Informationen und Unterlagen zu einzelnen bearbeiteten Themen und erbrachte gänzlich neue Erkenntnisse über die Ordensarbeit in der Neuzeit. Als nachteilig erwies sich die doch vorhandene sprachliche Barriere und die damit verbundenen verschiedenen linguistischen Herausforderungen des Editors der Bände, ebenso wie die terminmäßige Koordinierung des gesamten Projektes. Der Schwerpunkt dieses Projektes soll sich ausschließlich auf die Geschichte der Germanischen Ordensprovinz beziehen. Die Entstehung des Ordens und seine Frühphase vor der Expansion nördlich der Alpen soll nur schematisch angedeutet werden.

Die völlig verschiedene Quellenlage der einzelnen Ordenswirkstätten stellte ein ernsthaftes Problem dar, das sich dann vor allem im Umfang der einzelnen, bearbeiteten Kapitel manifestierte. Auf dem ersten Blick müssten aber die allgemeinen Bedingungen, geschaffen vom Orden selbst durch die Konstitutionen, eigentlich für die Forschungsarbeit ideal sein. Aus administrativen Gründen musste nämlich jede Klosterverwaltung in der Neuzeit zwölf verschiedene Bücher auf einmal führen: ein *Bullarium*, ein *Protocoll*, ein Krankenbuch, ein *Sacristeybuch*, ein Administrationsbuch, ein *Capitalienbuch*, ein Sammelbuch (*Collecturbuch*), zwei *Vestiariumbücher*, das Apotheken Taxa-Buch, das Rezeptbuch (*Receptir*) und die Manuale.¹⁰ Dazu haben die Niederlassungen gewöhnlich auch ein Baubuch, die Küchenausgabenbücher, die Sterbebücher und ein Buch der verstorbenen Mitbrüder geführt, außerdem verfügten einige Wirkstätten (wie Graz, Prag, Breslau, Kukul oder Linz) über umfassende musikalische Sammlungen. Darüber hinaus könnten zahlreiche Einzeldokumente, wie vor allem der Briefverkehr des Priorats mit der Provinzleitung und den verschiedensten Ämtern, aufgehoben sein. Trotz dieser beachtlichen Auflistung ist die erhaltene Fülle der relevanten Unterlagen nicht einmal annähernd zufriedenstellend. Einige Niederlassungen (wie z. B. bei den ältesten Wirkstätten in Feldsberg, Graz und Prag) verfügen über sehr viele unerforschte Archivalien, die alle Bereiche der oben genannten Ordensstätigkeit betreffen und zusätzlich in verschiedenen Kopien und Hilfsregistern vorhanden sind. Vor allem sticht die Hinterlassenschaft der Prager Altstädtischen Niederlassung „Na Františku“ unter allen anderen Klöstern der Germanischen Provinz durch ihren exorbitant großen Umfang hervor, der aber auch durch die inkorporierten Bestände der kurzlebigen Residenz in Prager Neustadt, einigen Teilen des Archivbestandes aus den ostböhmischen Wirkstätten Neustadt an der Mettau und Kukul, die unzähligen Personalien der einzelnen Brüder (Professlisten, Auflistungen der persönlichen Gegenstände) und zahlreichen Auszüge aus verschiedensten amtlichen Registern (z. B. Landtafeln) noch mehr ausgedehnt wurde. Um das enorme Ausmaß der Alt-Prager Unterlagen zu verdeutlichen, beinhaltet der vorhandene Index mit der Aufzählung aller Archivalien (begrenzt mit dem Jahr 1780) exakt 162 (!) Seiten – zum Vergleich das gut bestückte Archiv der Grazer Wirkstätte verfügt über einen 20 Seiten umfassenden Index. Dagegen ist die Hinterlassenschaft zahlreicher Klöster

⁹ Leider war bislang PD Dr. Carlos Watzka eine Mitwirkung an diesem Projekt nicht möglich.

¹⁰ Vgl. z. B. MZA E 47, Milosrdní bratři v Prostějově, Inv. Nr. 223, Karton 62 – Klosterinventarium 1748, fol. 4^v und fol. 5^v.

mehr als dürftig – hier handelt es sich nicht nur um die noch in der Neuzeit aufgelassenen Wirkstätten in Salzburg, Lieding, St. Andrä und Pest, aber überraschenderweise auch um die bestehenden großen Ordensniederlassungen in Eisenstadt, München und leider auch großteils im Falle des zentralen Wiener Konventes, wo meist nur einige wenige relevante Bruchstücke des archivalischen Bestandes überliefert wurden. Diese große Diskrepanz bezüglich der Häufigkeit von Archivalien (abgesehen von den Zerstörungen der Klöster, wie in Wien 1683 und Pressburg 1705) basiert vor allem auf der Tatsache, dass (zum Unterschied zu vielen anderen Orden) die Barmherzigen Brüder keine Funktion eines Archivars, resp. Bibliothekars besetzten und diese Tätigkeit meist vom Prior selbst (neben allen anderen zahlreichen Verpflichtungen) bekleidet wurde, wie es der Projektteilnehmer Jindřich Kolda in seinem Beitrag eindrucksvoll belegt.¹¹ Ebenso wurde die Aufhebung der älteren Unterlagen seitens der Ordenskonstitutionen nicht reglementiert und damit von den Visitatoren nicht kontrolliert; es wurde dem jeweiligen Verantwortlichen überlassen, welche Archivalien aufgehoben werden sollen und welche nicht. Es mussten auch die oft verschiedensten Standorte der einzelnen Archivalien recherchiert werden, zum Beispiel befindet sich ein großer Teil der Archivalien aus Neustadt a. M. und Kukul (neben dem Prager Nationalarchiv) auch im ostböhmischen Zámbrsk, oder ein bedeutender Anteil der Pressburger Archivalien (neben dem Pressburger Stadtarchiv) wird auch im Nationalarchiv in Budapest aufbewahrt. Im Rahmen dieses Projektes gelang es auch erstmals alle Unterlagen aus dem Provinzarchiv in Wien und alle relevanten Archivalien aus dem Generalarchiv in Rom zu bearbeiten, obwohl auch hier in der Zentrale einer weltweit agierenden Institution die relativ geringe Menge überrascht. Natürlich befindet sich auch eine Reihe von Archivalien zu den Barmherzigen Brüdern verstreut in verschiedenen Staats-, Stadt- und Diözesanarchiven, resp. in privaten Archiven, wie z. B. das Haus- und Hofarchiv der Fürsten von Liechtenstein. Dank der breiten Kooperation im Rahmen des Projektes lässt sich allgemein feststellen, dass es wesentlich mehr Archivalien zum Thema gibt, als die Gründergruppe¹² am Anfang des Projektes vermutet hat. Diese Feststellung gilt vor allem für die Krankenprotokolle (Krankenbücher), deren Häufigkeit bis zum Jahr 1780 bedeutender ist, als noch vor einigen Jahren postuliert wurde.¹³ Leider musste im Rahmen der breiten Archivalienauswertung festgestellt werden, dass nicht alle Informationen der früheren Autoren (als Basis dienten hier vor allem die Pionierwerke der ordenseigenen Historiker Johannes de Deo Sobel¹⁴ und Benedikt Bogar¹⁵) den faktischen Gegebenheiten gänzlich entsprachen und die Falschangaben dann in späterer Folge von weiteren (auch seriösen) Autoren übernommen wurden. Abgesehen von den wiederholten terminologischen Problemen bezüglich der Provinzbezeichnung kann hier als Beispiel die weitverbreitete fälschliche Behauptung angeführt werden, dass die Kukuser Ordenswirkstätte lediglich als Heim für ältere Männer fungierte.¹⁶

11 Vgl. Jindřich KOLDA, Die Buchkultur des Ordens der Barmherzigen Brüder im 18. Jahrhundert am Beispiel Kukul, Neustadt an der Mettau, Prag und Feldsberg, in: Petr Jelínek u. a., Hg., Die Germanische Provinz der Barmherzigen Brüder bis zum Jahr 1780, Teil 1, im Druck.

12 Im April 2012 fand das erste Treffen in Wien statt. Teilgenommen haben Ingrid Kušniráková, Mónica Lipp, Carlos Watzka und Petr Jelínek.

13 Vgl. WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus, wie Anm. 2, 147.

14 Vgl. SOBEL, Geschichte und Festschrift, wie Anm. 7.

15 Vgl. Benedikt BOGAR, Milosrdní bratři (Praha 1934).

16 Beispielsweise WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus, wie Anm. 2, 164, Anmerkung c.

Die umfangreiche Studie des Projektteilnehmers Ladislav Svatoš belegt aber, dass sich diese These lediglich auf das Testament des Gründers, des Grafen Franz Anton von Sporck (1662–1738), bezieht. Es wurde aber nachgewiesen, dass die Barmherzigen Brüder in Kucus durch einen Testamentzusatz im engen Einverständnis mit der Testamentsvollzieherin Anna Katharina von Sporck (1689–1754), der Tochter des Grafen, von Anfang an (parallel zu dem besagten Heim in einem separat angelegten Flügel) auch eine kapazitätsmäßig beachtliche Krankenabteilung unterhielten und der schon erwähnte Autor auch alle Krankenprotokolle dieser Akuteinrichtung bis zum Jahr 1780 bearbeitete. Ein weiterer Ahistorismus wurde bezüglich des deutlich verspäteten Ankunftsdatums der Ordensbrüder in Zipser Kirchdrauf festgestellt, das von Štefan Lenčič nachdrücklich widerlegt wurde. Aber auch zahlreiche wiederkolportierte Details, wie z. B. das Konsekrationsdatum der Kirche der Hl. Simon und Juda in Alt-Prag, die Namen der Vikare der kurzlebigen Residenz in Prager Neustadt, das Ausmaß der klostereigenen Ziegelproduktion in Proßnitz, der Umfang der Beteiligung von Graf Karl Herzan (starb 19. November 1776) an der Erbauung der Klosterkirche des Hl. Leopold in Brünn oder die Umstände der Neuerbauung des Mutterkonvents in Feldsberg durch den Fürsten Karl Eusebius von Liechtenstein (1611–1684) mussten auf Basis der vorgefundenen Archivalien völlig neu interpretiert werden.

Als Ergebnis des Projekts befindet sich derzeit eine dreibändige Publikationsreihe in deutscher Sprache in Fertigstellung. Es wurde entschieden, die Forschungsergebnisse nach den einzelnen historischen Ländern zu reihen. Der erste Teil soll sich aus einem allgemeinen Part und den Abhandlungen über die Ordensniederlassungen in Böhmen und im historischen Mähren zusammensetzen. Der zweite Band soll die Wirkstätte in Schlesien und im ehemaligen Königreich Ungarn beschreiben, während sich der dritte Teil mit den Klosterkrankenhäusern in den österreichischen Erbländern, deutschen Teilstaaten, und dem damals habsburgischen Triest und Görz auseinandersetzen soll. Es wird versucht (falls die Quellenlage ausreichend ist), die Bearbeitung der einzelnen Klöster einem gewissen einheitlichen Schema zu unterziehen: Es soll (falls möglich) die Entstehungsgeschichte (Gründungsurkunde, Person des Stifters, Aufbau der Stiftung), Bau des Klosters, der Kirche und des Krankenhauses, Namen der ersten Brüder ausführlich untersucht werden. Danach durch die Analyse der Ausgabe- und Einnahmebücher, Inventarverzeichnisse, Stiftsbriefe, Almosenbücher, Visitationsberichte und Kapitelbücher der Verlauf der Klostergeschichte rekonstruiert werden. Dazu sollen auch alle Gründungsurkunden gänzlich publiziert werden.

Prinzipiell sollte der geschichtlichen Klosterentwicklung auch eine Passage über ihre kunsthistorische Ausstattung folgen, die sich nicht nur auf die Altäre der Kirchen konzentriert, sondern sich auch mit der bildhauerischen und malerischen Verzierung der gesamten Komplexe ausführlich auseinandersetzt. Dieses Vorhaben war auf Grund des Mangels an relevanten Archivalien (vor allem an Inventaren und Abrechnungsbüchern) und den praktizierten komplexen Modernisierungen des Kircheninterieurs (z. B. Neustadt in Schlesien) nur in eingeschränkter Form umsetzbar. Bei diesen Abhandlungen wurde intensiv versucht, die Vorgangsweisen bei der Auftragsvergabe der Barmherzigen Brüder zu analysieren, wobei als ein Projektausgang postuliert werden kann, dass der Orden vor allem namhafte und etablierte Künstler vor Ort beauftragte und dessen Arbeiten lediglich mit einigen Werken vor allem der Wiener Proviencie ergänzt wurden. Damit wurden die Ordenskonvente zu einem wichtigen Auftragsgeber vor allem örtlicher Künstler verschiedenster Professionen und stellen damit einen sehr interessanten, zeitlich begrenzten Produktionsausschnitt einer regionalen künstlerischen Produktion dar.

rischen Szene dar. In diesem Zusammenhang fallen die zahlreichen Aufträge an den akademischen Maler Johann Cimbal (1722–1795), einem Zögling des Wiener Ordenskonventes, später Absolvent der prestigeträchtigen Wiener Kunstakademie, bei einer ganzen Reihe von Ordensklöstern in allen Kronländern auf, der laut dem Projektteilnehmer Petr Arižčuk eigentlich die Funktion eines Hofmalers des Ordens inne hatte.

In 20 Fällen der 35 Kapiteln über die einzelnen Klöster folgt der geschichtlichen und kunsthistorischen Abhandlung eine ausführliche Analyse der Krankenprotokolle derjenigen Niederlassung, wobei der ausführliche Gesamtvergleich aller derartigen Untersuchungen im allgemeinen Teil positioniert wird. Die Krankenbücher bezeugen die ureigene Aufgabe des Ordens – die Pflege von Kranken und Bedürftigen. Die flächendeckende Auswertung dieser umfangreichen Register¹⁷ bis zum Jahr 1780 unter Anwendung gleicher Parameter ermöglichte eine exakte Analyse einer ganzen Reihe von Aspekten der neuzeitlichen Gesellschaft im Mitteleuropa. Die oft komplett fortlaufenden Konvolut-Reihen (Feldsberg, Prag, Pressburg) bieten einen sehr tiefen Einblick in die soziale Zusammensetzung der neuzeitlichen Gesellschaft, nicht nur die Altersstruktur und das Niveau der Medizinkenntnisse betreffend, sondern auch bezüglich des sehr hohen Ausmaßes ihrer Mobilität. Auf Grund ihrer Kompaktheit und einer geschlossenen Zeitachse über mehrere Jahrhunderte verdienen sie darum auch in Zukunft die Aufmerksamkeit der Forscherinnen und Forscher. Ein dichtes Netz der Spitalseinrichtungen mit einem geschulten medizinisch-pflegerischen Personal, dazu die internationalen Ordenskontakte, die den Zugang zu den neuesten Erkenntnissen sicherten, bedeuteten einen Übergang von den mittelalterlichen „Horten“ der Kranken zur modernen Krankenheilung. Eine qualitativ hochwertige und kostenlose Pflege der männlichen Patienten ohne Differenzierung der Konfession und Herkunft bei Einhaltung der hohen medizinischen Standards wurde zu einer Visitenkarte des Ordens. Es wurden beinahe 300.000 Patienteneinträge analysiert, wobei die errechnete Mortalität von 12 % ungefähr den Schätzungen der demografischen Fachliteratur¹⁸ entspricht, die für die späte Neuzeit im Reich mit einer Mortalität von 30–40 % rechnet, davon aber eine 22–25 %ige Sterblichkeit der Neugeborenen. Aufgrund der schon erwähnten enormen Datenmenge wurde vom Verfasser dieser Zeilen entschieden, alle zwölf (die von ihm bearbeiteten) Protokoll-Dateien, dessen Volumen die Anzahl von 3.000 Patienteneinträgen überschreitet, einer 5 %igen Stichprobe zu unterziehen (in diesem Sammelband befindet sich auch die Kukuser Analyse von Ladislav Svatoš mit einer fünfprozentigen Stichprobe). Diese hier vorgelegte Bearbeitungsmethodik mit einer 5 %igen Stichprobe wurde erstmals in der Studie von Carlos Watzka für das Grazer Konvent (1684–1711)¹⁹ angewendet. Da alle genannten Untersuchungen insbesondere in puncto Explikation der Zuordnung der sozialen Kategorien mit der vorliegenden Auswertung stark divergierten, sind deren Ergebnisse nicht ein Bestandteil der festgestellten Mittelwerte bei den Stichproben geworden und das

17 Die Bezeichnung des deutschen Originals „Krankenprotokolle“ ist im heutigen Sinne sehr irreführend, da es sich eindeutig um keine Krankenakte mit einem Krankheitsverlauf, Befunden oder Gutachten handelt.

18 Beispielsweise Arthur Erwin IMHOF, Einführung in die Historische Demographie (München 1977); Walter G. RÖDEL, Bevölkerungsgeschichte (Sammelbericht), in: Blätter für deutsche Landesgeschichte 2/9 (1983), 301–324.

19 Vgl. WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus, wie Anm. 2, 230–245; 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 (= Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 36, Graz 2007).

gesamte relevante Quellenmaterial der beiden besagten Ordensstandorte aufgrund der fehlenden Quellenanalyse-Begrenzung mit dem Jahr 1780 vom Autor dieser Zeilen nochmals untersucht. Bei sieben Niederlassungen wurde aufgrund der insgesamt kleineren Datenmenge jeweils eine Gesamtanalyse gewählt. Bei vielen einzelnen Parametern wurden separat Mittelwerte, also Durchschnittswerte entweder für die Gesamtanalysen oder für die Stichproben in die Texte eingearbeitet, um eine bessere Kollation mit den erreichten Ergebnissen zu ermöglichen. Die Berechnung dieser Vergleichsgrößen fand durch die Hochrechnung der festgestellten Fälle statt und der Durchschnittswert erfolgte durch den prozentuellen Anteil zur Gesamtmenge – trotzdem sollen die erhobenen Mittelwerte als Richtwerte, die eher zu einer allgemeinen Orientierung dienen, wahrgenommen werden, da natürlich das untersuchte Material nicht nur einen beachtlichen Zeitraum (1630–1780), sondern auch viele verschiedene sozialkulturelle Rahmenbedingungen, mit einem beachtlichen demografischen Zuwachs in Mitteleuropa nach der Katastrophe des 30-jährigen Krieges und vor allem der rapiden Zunahme an neuen medizinischen Erkenntnissen abdeckt.

In der engen Kooperation mit dem Orden der Barmherzigen Brüder werden zum Thema (die Germanische Provinz des Hospitalordens des Hl. Johannes von Gott bis 1780) in regelmäßigen Abständen einmal im Jahr Konferenzen veranstaltet, wobei als Veranstaltungsort jeweils eine andere Wirkstätte des Ordens dienen wird. Die erste Konferenz fand schon zwischen dem 27. und 28. März 2015 in Brünn statt, die zweite Tagung wurde in Preßburg am 10. September 2016 abgehalten und die Session in Linz wird am 21. Oktober 2017 stattfinden. Es wurde festgelegt, dass sich die jeweilige Tagung (mit Ausnahme der ersten Zusammenkunft in Brünn) ausschließlich mit den Klöstern des austragenden Landes befassen soll, so widmete sich die Konferenz in Pressburg lediglich den bis zum Jahr 1780 gegründeten Ordenswirkstätten in der heutigen Slowakei.

Informationen zum Autor

Mag. Dr. Petr Jelinek, Historiker und Pflegewissenschaftler, Nordmannngasse 21/9, 1210 Wien, Österreich, E-Mail: petr.jelinek68@seznam.cz

Rezensionen

Maria Böhmer, Zürich (Rez.)

**Martin DINGES / Kay JANKRIFT / Sabine SCHLEGELMILCH /
Michael STOLBERG, Hg.,
Medical Practice, 1600–1900. Physicians and Their Patients**
(= Clio Medica 96, Leiden–Boston 2015: Brill),
XII + 359 S., EUR 115,00.
ISBN 978-90-04-30329-4

Dieser Sammelband erforscht die medizinische Praxis im doppelten Wortsinn – einerseits die Arztpraxis als Raum der Arzt-Patienten-Interaktion und andererseits alltägliche diagnostische und therapeutische Praktiken der Medizin vom 17. bis zum 19. Jahrhundert. Damit knüpft er an eine Forschungsrichtung in der Medizinhistoriografie an, welche danach fragt, was Ärzte konkret tun, wie sie handeln, und wie medizinisches Wissen produziert wird. Die Publikation dokumentiert die Ergebnisse des wissenschaftlichen Netzwerkes und DFG-Projekts „Ärztliche Praxis 17.–19. Jahrhundert“, das von 2008–2012 acht historische Forschungsprojekte zur ärztlichen Praxis im deutschsprachigen Raum durchgeführt hat. Empirischer Untersuchungsgegenstand der in Berlin, Bern, Ingolstadt, Innsbruck/Bozen, Stuttgart, Würzburg und Zürich angesiedelten Projekte waren die Praxistagebücher verschiedener akademischer Ärzte sowie eines ländlichen Heilers aus dem 17., 18. und 19. Jahrhundert.¹ Wie das Herausgeberteam in der Einleitung berichtet, war der Ausgangspunkt für die überregionale Kooperation der beteiligten Forscherinnen und Forscher das gemeinsame Interesse an dem besonderen Quellentypus „Praxistagebuch“, das in der medizinhistorischen Forschung bislang nur wenig Aufmerksamkeit erhalten hat.² Der Band umfasst 16 Kapitel und ist in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil präsentiert in fünf Querschnittskapiteln die allgemeinen Forschungsergebnisse, die sich aus dem diachronen Vergleich der acht Praxistagebücher ergeben haben. Der zweite Teil umfasst acht Kapitel mit spezifischen Fallstudien, in denen die Autorinnen und Autoren die einzelnen Praxistagebücher als Quelle zur Erforschung der Arztpraxen sowie der alltäglichen Praktiken und Routinen der Ärzte untersuchen. Im Anhang finden sich zu jedem Praxistagebuch eine Abbildung und ein Kurzbeschreibung seines Umfangs und seiner Materialität. Im Folgenden wird beispielhaft auf drei der Einzelkapitel eingegangen, um anschließend die Querschnittskapitel ausführlicher zu diskutieren.

Die Einzelkapitel stellen allesamt interessante, anregende und gut lesbare Fallstudien dar und führen dem/der Leser/-in die Bandbreite ärztlichen Handelns und Schreibens zwischen dem 17. und dem 19. Jahrhundert vor Augen. Als frühestes Beispiel untersucht Sabine Schle-

1 Projektseite „Ärztliche Praxis (17.–19. Jahrhundert)“, online unter: http://www.medizingeschichte.uni-wuerzburg.de/aerztliche_praxis/index.html (letzter Zugriff: 30.05.2017).

2 Vgl. den Bericht über die Abschlusstagung des Projekts, verfasst von Jens Gründler und erschienen im Januar 2013 auf H-Soz-Kult: <http://www.h-net.org/reviews/showrev.php?id=38007> (letzter Zugriff: 30.05.2017).

gelmilch das *Diarium Medicum* (1647–1656) des akademischen Arztes, Philosophen und Mathematikers Johannes Magirus, der in Berlin und später als Stadtarzt in Zerbst eine Arztpraxis unterhielt. Das *Diarium* spiegelt nicht nur ein breites Spektrum der Humoralpathologie und ihre diagnostischen Techniken und therapeutischen Methoden wieder, sondern offenbart auch die große Bedeutung von Erfahrungswissen: Magirus dienten die im *Diarium* festgehaltenen Fälle nicht nur der Dokumentation, sondern auch als Lehrmaterial sowie, durch ihre Aufnahme in Publikationen, seiner wissenschaftlichen Reputation. Es wird somit deutlich, dass ein Praxistagebuch Persönlichkeit und Selbstbild seines Autors reflektieren kann. Ein Beispiel aus dem 19. Jahrhundert stellt das außergewöhnlich umfangreiche *Tagebuch ärztlicher Beobachtungen* (1828–1863) des Bieler Arztes und Stadtchronisten Caesar Adolph Bloesch dar, das Lina Gafner in ihrem Beitrag analysiert. Dieser verstand sich als praktischer Arzt, aber ebenso als Mitglied einer wissenschaftlichen Gemeinschaft, die empirisches Wissen generalisierte. Die Autorin hebt die epistemischen und administrativen Funktionen dieses Praxistagebuches hervor, das Bloesch auch als Rechnungsbuch diente, und unterstreicht seine Funktion als eine Form des „epistemischen Schreibens“ sowie einem Instrument der Selbstverwaltung. Gafner macht plausibel, dass dieses Praxistagebuch vor dem Hintergrund des im 19. Jahrhundert zunehmenden Trends zu Historisierung, Verwaltung und Buchhaltung zu verstehen ist (S. 255). Als Sonderfall unter den acht Einzelstudien kann der Beitrag von Stephanie Neuner und Karen Nolte gelten, insofern sie eine andere Art der ärztlichen Praxis und der patientenbezogenen Dokumentation präsentieren: Anhand der *Krankheitsgeschichten* (1832–1842) von Conrad Heinrich Fuchs beleuchten sie die ambulanten „Polikliniken“ (auch „Krankenbesuchs-Anstalten“) in Würzburg und Göttingen im frühen 19. Jahrhundert. Diese dienten zum einen der kostenlosen medizinischen Versorgung der Stadtarmen, zum anderen fungierten sie als Ausbildungsinstitution für angehende Ärzte, die am Krankenbett die Patientinnen und Patienten in ihrem häuslichen Kontext erleben sollten.

Die fünf Querschnittskapitel wurden in kollektiver Autorschaft von zwei oder drei Autorinnen und/oder Autoren verfasst und basieren auf einer Synopsis des Quellenmaterials und den Ergebnissen aller Einzelprojekte. Jedes dieser Querschnittskapitel beleuchtet aus der Perspektive der *longue durée* einen anderen Aspekt, über den die Praxistagebücher Auskunft geben: Ihre Genese als Gattung (1.), das Arzt-Patienten-Verhältnis (2.), den Verwaltungsaufwand (3.), diagnostisches und therapeutisches Wissen (4.) sowie die Kontextgebundenheit der Arztpraxen (5.) Die große Leistung dieser Querschnittskapitel, so sei gleich vorweggenommen, besteht in ihrer gegenseitigen Bezugnahme und Ergänzung: Die Leser/-innen erhalten bei ihrer Lektüre ein immer vollständigeres und differenzierteres Bild der ärztlichen Praxis. Im Folgenden wird auf zwei der Beiträge näher eingegangen.

Volker Hess und Sabine Schlegelmilch problematisieren das Praxistagebuch als Genre und historische Quelle. Sie betonen die große Heterogenität der untersuchten Praxistagebücher und legen ihr Augenmerk auf die Produktion, Medialität, Materialität und Textualität der Manuskripte. Als Aufschreibetechnik stehen Praxistagebücher in einer langen Tradition der medizinischen Beobachtung und sind eng verwandt mit anderen Formen patientenbezogener Dokumentation. Sie dienten nicht nur der Dokumentation von diagnostischen und therapeutischen Praktiken, sondern häufig auch als Rechnungsbücher sowie als Grundlage wissenschaftlicher Publikationen. Dennoch können Praxistagebücher, so der Autor und die Autorin, nicht als „authentic testimony of practical activity (or of the physician-patient interaction)“ (S. 38) gelten, insofern sie gefilterte und interpretierte Informationen enthalten, die medial vermittelt

sind. Hess und Schlegelmilch schlagen eine dreifache Typologisierung vor: 1. Gelehrte Praxistagebücher vom Typ der frühneuzeitlichen Fallsammlungen, die eine fallbezogene Aufzeichnungspraxis der Krankengeschichte auf der Grundlage der *loci communes* aufweisen und an die *Res Publica Litteraria* gerichtet sind; 2. Praxistagebücher vom Typ des „Journals“, die primär als Register der medizinischen Dienstleistungen sowie als Rechnungsbuch dienen und die an die *Res Publica* der Ämter und Verwaltungen gerichtet sind; und 3. Vorgedruckte, kommerziell erwerbliche Praxistagebücher, welche im Zusammenhang mit dem Krankenhaus stehen und die beide Funktionen – wissenschaftliche Falldokumentation und Administration – vereinen und durch ihre Formalisierung das Aufschreiben vorstrukturieren und schematisieren.

Diese Differenzierung leuchtet mit Blick auf die Fallstudien durchaus ein. Problematischer erscheint hingegen die Frage, ob die Praxistagebücher ein „separate literary genre comparable to the early modern observations or the ‚case history‘?“ (S. 14) darstellen. Mit Blick auf aktuelle Forschungsdiskussionen trägt diese Frage ebenso wenig zur Klärung der Genreproblematik bei wie die Hypothese, dass die medizinische Dokumentationspraxis „can be traced back to various literary genres without constituting a literary genre in its own right“ (S. 35). Gianna Pomata hat in den letzten Jahren den Begriff des „epistemic genre“ eingeführt, um Textsorten zu kennzeichnen, die – eben anders als literarische Genres – ein Produkt wissenschaftlicher Praktiken sind und primär eine kognitive Funktion haben.³ Als unmittelbare Produkte der ärztlichen Praxis können Praxistagebücher – ähnlich wie zum Beispiel auch das Rezept – also durchaus als solch ein epistemisches Genre gelten, und zwar als ein besonders komplexes und dynamisches. Eine Diskussion dieses Konzepts, die über eine kurze Referenz hinausgeht (S. 14, FN 20), hätte hier fruchtbar sein können. Das Verdienst sowohl dieses Beitrags als auch des gesamten Buches ist es aber zweifellos, die Heterogenität, Medialität und Kontextgebundenheit dieses spezifischen epistemischen Genres sowie die Koexistenz verschiedener Aufschreibemodi im Wandel der Zeit vor Augen zu führen.

Auf Ärzte und Patientinnen und Patienten als Akteure vom 17. bis ins 19. Jahrhundert fokussiert der Beitrag von Marion Baschin, Elisabeth Dietrich-Daum und Iris Ritzmann. Drei Fragen stehen bei ihrer quantitativ-qualitativen Untersuchung im Vordergrund: Wer waren die Patientinnen und Patienten, welche die Arztpraxen aufsuchten? Welche Gründe führten sie zu den Ärzten? Wie gestaltete sich die Arzt-Patienten-Beziehung? Entgegen bisheriger Annahmen zeigen die Praxistagebücher, dass alle Altersgruppen in der Patientenschaft vertreten waren, insbesondere auch Säuglinge, Kinder und Jugendliche. Im 19. Jahrhundert wurden die Konsultationen durch ältere Menschen zahlreicher. Den Befund, dass Frauen bereits seit dem 18. Jahrhundert die Mehrheit der Patientenschaft ausmachten, erklären die Autorinnen damit, dass diese nicht nur für die Geburt, sondern auch für Probleme bei Menstruation, Schwangerschaft und im Wochenbett Ärzte aufsuchten. Insgesamt ist ein Anstieg der Inanspruchnahme der Arztpraxen über die drei untersuchten Jahrhunderte zu verzeichnen. Dieser geht einher mit

3 Vgl. Gianna POMATA, *Observation Rising. Birth of an Epistemic Genre, ca. 1500–1650*, in: Lorraine Daston / Elizabeth Lunbeck, Hg., *Histories of Scientific Observation* (Chicago 2011), 45–80; Gianna POMATA, *The Medical Case Narrative. Distant Reading of an Epistemic Genre*, in: *Literature and Medicine* 32/1 (2014), 1–23; Gianna POMATA, *The Recipe and the Case. Epistemic Genres and the Dynamics of Cognitive Practices*, in: Kaspar Von Greyerz, Hg., *Wissenschaftsgeschichte und Geschichte des Wissens im Dialog: Schauplätze der Forschung = Connecting science and knowledge* (Göttingen 2013), 131–154.

einem Anstieg der medizinischen Konsultationen durch die Unter- und Mittelschichten sowie einem Zuwachs von akademischen Ärzten auf dem medizinischen Markt. Die qualitative Analyse des Arzt-Patienten-Verhältnisses ergab, dass dieses weitgehend von einer „accomodating attitude“ seitens der Ärzte gegenüber den Wünschen der Patientinnen und Patienten geprägt war, und dass die Patientinnen und Patienten während des gesamten Untersuchungszeitraumes einflussreiche Akteure in einem „system of relatively balanced relationships“ waren (S. 68).

Auch die übrigen Querschnittskapitel präsentieren relevante Ergebnisse. Das „daily business“ und die organisatorisch-ökonomische Seite der Arztpraxen nehmen Philipp Klaas, Hubert Steinke und Alois Unterkircher in den Blick. Sie zeigen unter anderem, dass die medizinische Tätigkeit häufig nur eine neben mehreren Einkommensquellen war; Nebenerwerbstätigkeiten, beispielsweise als Lehrer, Beamte, Publizisten oder Landbesitzer, waren die Regel. Außerdem betonen die Autoren den großen Handlungsspielraum der einzelnen Ärzte, die ihre Praktiken der Rechnungsstellung und Buchführung individuell gestalten, situativ modifizieren sowie Patientenzahlen regulieren konnten (S. 92). Annemarie Kinzelbach, Stephanie Neuner und Karen Nolte thematisieren das Verhältnis von medizinischer Theorie und Praxis, genauer von Wissen, Diagnose und Therapie in den Praxistagebüchern. Sie unterstreichen die anhaltende Relevanz des Dialogs in der ärztlichen Praxis, den Aushandlungscharakter der Behandlungen und heben die große Bandbreite der Untersuchungsmethoden hervor, welche die Praxistagebücher im gesamten Untersuchungszeitraum dokumentieren. Durch Publikationen konnten Ärzte „knowledge“ in „science“ transformieren (S. 107). Welche Bedeutung der sozio-kulturelle Kontext (Familie, Religion, Ämter und wissenschaftliche Netzwerke) für die jeweiligen Arztpraxen hatte, erörtern Ruth Schilling und Kay Peter Jankrift im letzten Querschnittskapitel. Sie zeigen, dass der Erfolg einer Praxis in vielen Fällen von einem Zugewinn an sozialem Status und fachlicher Reputation der Ärzte abhängig war, den sie durch gesellschaftliches Engagement sowie durch Partizipation am wissenschaftlichen Austausch erlangen konnten.

Insgesamt ist die Forschungsleistung, welche sowohl die Einzel- als auch die Querschnittskapitel dokumentieren, beachtlich: Der große Umfang und die Komplexität der verschiedenen Quellenkorpora stellen eine methodische Herausforderung dar und machten ein quantitativ-qualitatives Arbeiten auf der Grundlage von statistischen Erhebungen und Stichproben erforderlich. Dieser Sammelband ist außerdem ein beeindruckendes Buchprojekt: Die kollektive Autorschaft ist unter Historikerinnen und Historikern nach wie vor eine selten geübte Praxis und bezeugt einen intensiven wissenschaftlichen Austausch zwischen den beteiligten Projektpartnern.

Leider schmälern einige formale Probleme das ansonsten positive Lektüreerlebnis des Buches. Warum stehen die fünf synthetisierenden Querschnittskapitel am Anfang des Buches und nicht nach den Einzelanalysen? Noch unvertraut mit Namen, Material und Kontext der Fallstudien, auf die immer wieder referiert wird, fällt es schwer, in die jeweilige Problematik einzutauchen und die Relevanz der allgemeinen Schlussfolgerungen nachzuvollziehen. *Nach* der Lektüre der Einzelkapitel hingegen erweisen sich viele der in den Querschnittskapiteln präsentierten Erkenntnisse als erhellend, stellen sie doch die Forschungsergebnisse in den größeren Zusammenhang der aktuellen medizinhistorischen Forschung. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Lesbarkeit der Querschnittskapitel. Jedem/r Leser/-in wird sofort einleuchten, dass der diachrone Vergleich von acht Praxistagebüchern, die jeweils auf ganz unterschiedliche lokale Mikrokontexte aus drei Jahrhunderten verweisen, eine ganze Reihe von methodischen, heuristischen und darstellerischen Problemen mit sich bringt. Das wiederholte Betonen dieser

Schwierigkeiten wirkt jedoch kontraproduktiv: Durch die häufige Relativierung der Aussagen (vgl. als extremes Beispiel S. 43) stellt sich zuweilen der Eindruck ein, die Praxistagebücher seien letztlich doch zu unterschiedlich, um gewinnbringend miteinander verglichen werden zu können. Die Bemühung um Differenzierung ist zu würdigen, dennoch wäre es hier leserfreundlicher und inhaltlich überzeugender gewesen, weniger zu problematisieren und stattdessen einzelne Ergebnisse stärker zu machen. Das Buch wurde vom Deutschen ins Englische übersetzt, was einige englischsprachige Forscher/-innen begrüßen werden, die an dem Thema interessiert sind. Dennoch ist daraus kein englisches Buch entstanden: Stil und zahlreiche, überlange Fußnoten (bspw. S. 13 und S. 40–42) lassen auf die ursprüngliche Entstehung der Texte im deutschsprachigen Raum schließen. Die englische Übersetzung der deutschen Quellenbegriffe ist hier und da verwirrend und nicht immer wird das Original zitiert (bspw. S. 25, FN. 56). Ein gründlicheres Lektorat durch den Verlag hätte hier Abhilfe schaffen können. Für die deutschsprachige Leserschaft wäre das Buch auf Deutsch attraktiver.

Diese formalen Mängel sollen jedoch nicht davon ablenken, dass *Medical Practice* ein lesenswertes Buch ist, das uns neue und zum Teil überraschende Erkenntnisse über die Arztpraxis als Ort des alltäglichen ärztlichen Handelns und Schreibens vermittelt. Damit leistet der Band einen bedeutenden Beitrag zu aktuellen Forschungsdiskussionen in der Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Es ist ein wichtiges Buch, weil es die aktuelle Diskussion über epistemische Genres empirisch untermauert. Und es ist ein interessantes Buch, weil es nicht nur die epistemischen Praktiken und Schreibweisen der untersuchten Akteure, sondern auch jene der untersuchenden Historiker/-innen offenlegt. Es bleibt zu wünschen, dass die hier gewährten Einblicke in die Werkstatt eines wissenschaftlichen Netzwerkes weitere Forscher/-innen zu dieser Form des wissenschaftlichen Austauschs und Arbeitens anregen.

Carlos Watzka, Graz (Rez.)

Nicole SCHWEIG,
Suizid und Männlichkeit. Selbsttötungen von Männern auf See, in der Wehrmacht und im zivilen Bereich, 1893–ca. 1986
(= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 57,
Stuttgart 2016: Franz Steiner Verlag), 126 S., EUR 36,00.
ISBN 978-3-515-11176-8

„Suizid und Männlichkeit“ ist ein im Rahmen von Suizidforschung und -prävention häufig angesprochenes Thema. Systematische Untersuchungen zum Zusammenhang von soziokulturell geprägten, männlichen Geschlechterrollen sowie individuellen Geschlechterrollenverständnissen von Männern einerseits und Suizidalität andererseits liegen dagegen, zumal im deutschen Sprachraum, noch nicht allzu viele vor. Dies gilt erst recht für Studien, welche diese Thematik in historischer Perspektive beleuchten. Hierauf weist die Verfasserin der hier vorzustellenden, mit 126 Druckseiten eher knapp gehaltenen Monografie in ihrer Einleitung, welche den diesbezüglichen Forschungsstand skizziert, zurecht hin. In ihrer Untersuchung fokussiert Nicole Schweig, dem Erkenntnisinteresse folgend, auf zwei – sowohl kulturell-symbolisch wie in der konkreten Geschlechterzusammensetzung der jeweiligen Akteure – traditionell stark ‚männlich‘ dominierte institutionelle Systeme: die Handelsschiffahrt einerseits, das Militär andererseits; zu Vergleichszwecken wird das ‚normale‘, ‚zivile‘ Leben miteinbezogen. Zeitlich spannt sich der Untersuchungsrahmen vom späten 19. bis ins späte 20. Jahrhundert, wobei die Autorin leider ihre – zum Teil offenbar in der Quellenlage begründeten – Motive für diese Auswahl nicht expliziert. In räumlicher Hinsicht erfolgt eine Eingrenzung der Thematik auf in Deutschland basierte Institutionen, namentlich die deutsche Handelsmarine, die deutsche Reichswehr/Wehrmacht/Bundeswehr respektive (für den zivilen Bereich) die deutsche Bevölkerung insgesamt.

Primär an der Bedeutung von Männlichkeitsverständnissen für den suizidalen Prozess interessiert, untersucht die Autorin in qualitativer Weise für jeden der drei genannten Bereiche ausgewählte Akten – ausschließlich zu ‚erfolgreichen‘, letalen Suizidhandlungen – aus je ein bzw. zwei Quellenkorpora: den Ermittlungsakten des Hamburger Seeamtes (heute im Landesarchiv Schleswig-Holstein) sowie den zugehörigen, gedruckten ‚Entscheidungen des Ober-Seeamtes‘; dem Aktenbestand Todesermittlungsverfahren im Militärarchiv Freiburg sowie Materialien der dortigen ‚Sammlung Obduktionsberichte‘; schließlich die ‚Zentralkartei für Mordsachen und Lehrmittelsammlung‘ im Landesarchiv Berlin.

In der Rekonstruktion höchst vielfältiger Lebensbedingungen, Belastungsfaktoren sowie – von den Suizidenten selbst und/oder den ermittelnden Behörden – angegebener Motive für die Selbsttötungen, unter besonderer Beachtung der ‚Männlichkeits‘-Thematik, weiters in der kritischen Durchleuchtung der jeweiligen Entstehungsprozesse und der – oft geringen – Aussagekraft der vorhandenen schriftlichen Dokumente zu den einzelnen ‚Fällen‘ liegen die Stärken der vorliegenden Arbeit. Diese macht deutlich, dass selbst in vermeintlich so ‚homogenen‘

sozialen Milieus wie der deutschen Handelsmarine um 1900 oder der Deutschen Wehrmacht während des Zweiten Weltkrieges ausgesprochen plurale ‚Lebenswelten‘, Wertvorstellungen und ‚Mentalitäten‘ existierten. Manche davon waren freilich offen und (mehr oder weniger) in Konformität mit institutionell geforderten Haltungen von Disziplin und Selbstdisziplin, Gemeinschaftssinn, Patriotismus, Opferbereitschaft u. a. Andere wiederum wurden – sofern bekannt – von Vorgesetzten und Kameraden als ‚Subkulturen‘ oder individuelle Abweichungen in der Regel negativ sanktioniert. Dienstliche ‚Verfehlungen‘ gaben so gleichermaßen wie deviante Verhaltensweisen im ‚privaten‘ Bereich – etwa starke Introversion oder umgekehrt das Zeigen starker Affekte, die ‚Ehre‘ bedrohende (potentielle) Skandale wie außereheliche Affären oder Homosexualität – Anlass zu formell oder informell stattfindenden Bestrafungen bzw. Stigmatisierungen, die in vielen Fällen im Vorfeld eines Suizids standen, von den ermittelnden Behörden in ihrer kausalen Bedeutung aber gewöhnlich heruntergespielt wurden. Umgekehrt begegnen der Autorin in den Akten aber immer wieder auch Fälle, in denen sich ein ebenso dienstlich ‚tadelloser‘ wie persönlich vermeintlich zufriedener Mann ‚aus heiterem Himmel‘ suizidierte. Hier blieb die – generell eher ‚oberflächliche‘ – Suche der jeweiligen Ermittlungsbehörden nach plausiblen ‚Motiven‘ oft erfolglos; manchmal unterblieb sie offenbar ganz respektive fand zumindest keinen schriftlichen Niederschlag. Nicht selten konnte außerdem, zumal bei auf See ‚über Bord‘ gegangenen Matrosen, nach dem ‚Verschwinden‘ einer Person nicht einmal das Vorliegen eines Todesfalles zweifelsfrei festgestellt werden, geschweige denn, ob es sich um Unfall oder Suizid handelte. Auch vermeintlich eindeutige Zeichen, wie vor der Bordkante ‚demonstrativ‘ abgestellte Schuhe eines fehlenden Seemanns oder Fußspuren der Hände eines abgängigen Heizers an einem geöffneten ‚Bullauge‘ konnten von den Ermittlungsbehörden in ihrer Bedeutung in Frage gestellt werden, wenn eine Täuschungsabsicht angenommen wurde. Das erscheint in Einzelfällen nicht unplausibel, war der vermeintliche oder tatsächliche Tod doch eine von nur sehr wenigen Möglichkeiten, während einer Seefahrt – die Wochen oder Monate dauern konnte – dem für das ‚gewöhnliche‘ Schiffspersonal in der Regel äußerst rigiden Disziplinarregime und den meist miserablen Lebensbedingungen an Bord zu entkommen.

Die – auch vergleichend vorgehende – Darstellung konkreter Fälle solcher Suizidhandlungen machen das Werk für den/die einschlägig interessierte/n Sozial- bzw. Kulturhistoriker/-in, Geschlechterforscher/-in bzw. Suizidologen/-in unbedingt lesenswert. Was die vorgelegte Arbeit nicht leistet – und im vorliegenden Umfang auch nicht leisten könnte –, ist eine Analyse auch der quantifizierbaren Aspekte der Thematik, obwohl vereinzelt Ansätze hierzu im Text vorhanden sind. Eine methodisch verlässliche und inhaltlich ergiebige quantitative Studie müsste freilich ohnehin auf ein größeres Stichprobensample zurückgreifen, als es der hier vorgestellten Untersuchung zugrunde lag (S. 98: 110 Akten zum Militär, 29 Akten zur Handelsmarine, 16 Akten der Kriminalpolizei zu ‚zivilen‘ Selbsttötungen).

In Summe liefert das Werk von Nicole Schweig einen wertvollen Beitrag zur Geschichte von Gefühls-, Männlichkeits-, Sexualitäts-, Krankheits-, Disziplinar- und Selbsttötungs-Diskursen und -praktiken im Deutschland vornehmlich des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts, wobei durch den Einbezug von Suizidfällen auch aus der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kulturellen Veränderungen im Zeitverlauf Rechnung getragen wird, und vielfältige Anregungen für weitere Forschungen gegeben werden.

Christina Vanja, Kassel (Rez.)

Karen NOLTE,

Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert.

Medizin, Krankenpflege und Religion

(Göttingen 2016: Wallstein), 260 S., 5 Abb., EUR 24,90.

ISBN 978-3-8353-1852-6

Die Autorin, Medizinhistorikerin in Würzburg, greift mit ihrer historischen Studie ein hochaktuelles Thema auf: Die Behandlung und Begleitung todkranker Menschen, die wir heute unter den Stichworten „Palliativmedizin“ und „Hospiz“ fassen. Für ihre auf das Alltagsgeschehen fokussierte Analyse hat Karen Nolte sich das frühe 19. Jahrhundert ausgewählt, eine Zeit des Umbruchs und des Übergangs zu einer Epoche, die bis heute durch den naturwissenschaftlichen Paradigmenwechsel geprägt ist. In der analysierten Zeit jedoch vermischen sich noch Traditionen der Humoralmedizin und der Diätetik mit modernen Konzepten von Diagnose und Therapie, sodass eine eigene Vielfalt des Umgangs mit Schwerkranken und Sterbenden zu beobachten ist. Beim Rückblick auf die frühneuzeitliche Behandlung Schwerstkranker kann Nolte auf die Studien Michael Stolbergs rekurrieren, dessen Forschungsansatz sie sich verpflichtet fühlt. Für das frühe 19. Jahrhundert betritt sie jedoch in vielerlei Hinsicht Neuland. Dies gilt auch für das Quellenmaterial, das für diese Studie gesichtet wurde. Es handelt sich u. a. um Briefe pflegender Kaiserswerther Diakonissen, um die Tagebücher zweier an Brustkrebs erkrankter, sterbender Frauen (darunter der bereits 1993 veröffentlichte Bericht der Hamburgerin Margarethe Milow), um Akten der Göttinger Krankenbesuchsanstalt und um die Berichte großbürgerlicher Armenbesucherinnen. Somit dominiert das evangelische Milieu. Erfreulicherweise beschränkt sich die Analyse nicht nur, wie in anderen Studien zu diesem Zeitraum, auf bürgerliche Krankenzimmer, sondern geht auch – allerdings aus der Sicht bürgerlicher Helferinnen – auf die Armenbetreuung ein.

Die Autorin beleuchtet drei (nach damaliger Auffassung) unheilbare Krankheiten im Detail: Krebs, Schwindsucht und Wassersucht. Der Probleme retrospektiver Krankheitsdiagnosen wohl bewusst, wird Nolte dem tatsächlichen Leiden dennoch gerecht, indem sie sich der Geschichte dieser facettenreichen „Krankheiten“ aus zeitgenössischer Sicht annähert. Das folgende Kapitel zeigt die deutlichen Unterschiede zwischen dem Sterben in einer bürgerlichen Familie und im Armutsviertel. Auch wenn die Kritik am Schmutz der Armenlager aus gehobenem bürgerlichem Blickwinkel erfolgt, wird schnell klar, dass manche Schwerkranke in einem der frühen Krankenhäuser oder einem traditionellen Hospital besser aufgehoben waren. Treffend schildert Nolte diese Armenbesuche als eine Art Reise in einen fremden Kontinent, der sich allerdings im eigenen Land befindet. Insbesondere Diakonissen sorgen sich nicht allein um den äußeren Schmutz, sondern stritten zugleich für die „Reinheit“ der Seele. Sie waren daher zumeist gegen eine Betäubung mit Chloroform und für die mitleidlose Aufklärung über den bevorstehenden Tod. Am Krankenbett hatten sie als Frauen mehr Chancen, die Leidenden zu missionieren, als der Seelsorger, der zudem deren „frommen Eifer“ ablehnte.

Am meisten überrascht in Noltes Studie die positive Darstellung der ärztlichen Praxis am Sterbebett. Mediziner kümmerten sich auch in einem aussichtslosen Stadium der Krankheit um ihre Patientinnen und Patienten und versuchten, deren Schmerzen (mit Opiumgaben, Abreibungen mit Mandelöl etc.) zu lindern. Bereits das frühe 19. Jahrhundert kannte demnach eine von Ärzten verantwortete „Palliativcur“, deren Anliegen die Behandlung quälender Beschwerden war. Diese war möglich, weil sich die Mediziner eingehend und individuell den Leidenden zuwandten. Dabei brachten die Sterbenden, so macht es das Kapitel „Schmerzen“ deutlich, ihren Willen ein und verhandelten mit dem behandelnden Arzt insbesondere bei der Frage, ob eine Operation sinnvoll und akzeptabel sei. Was Schmerzen vor zweihundert Jahren für die Betroffenen ohne die uns heute zur Verfügung stehenden narkotisierenden Mittel bedeuteten, lässt sich aus den Berichten nur erahnen. Schließlich sahen auch die Angehörigen gerade im Arzt diejenige Persönlichkeit, die wesentlichen Anteil am von allen gewünschten „seligen Sterben“ hatte, indem dieser den Kranken mit seinem Fachwissen beistand. Dieses empathische Verhalten zeigten auch Ärzte in den frühen Kliniken, die sich, den ausgewerteten Quellen zufolge, durchaus nicht als „Versuchslabore der Medizin“ erweisen. Der Bruch mit der am Wohl des Sterbenden ausgerichteten „Euthanasia medica“ erfolgte, so Nolte, erst an der Wende zum 20. Jahrhundert, als medizinische Experimente ohne das Einverständnis der Patientinnen und Patienten möglich wurden, und, so müsste man wohl ergänzen, die Ökonomie eine wachsende Bedeutung erlangte.

Die Studie von Karen Nolte stellt gängige Thesen durch ihre sorgfältige Analyse der Quellen in Frage und zeigt somit, nach den Korrektiven Stolbergs für die Frühe Neuzeit, auch die Krankenfürsorge im frühen 19. Jahrhundert in einem neuen, ganz offensichtlich menschenfreundlicheren Licht, als dies Sozialhistoriker/-innen in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts noch taten. Karen Nolte ist damit eine wichtige, unbedingt lesenswerte Untersuchung gelungen.

Ingrid Böhler, Innsbruck (Rez.)

**Florian G. MILDENBERGER,
Der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte im
Nationalsozialismus.**

Bestandsaufnahme – Kritik – Interpretation
(Göttingen 2016: Wallstein), 176 S., 8 Abb., EUR 16,00.
ISBN 978-3-8353-1879-3

Der bereits 1829 gegründete Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte entschloss sich 2013, seine Geschichte in der NS-Zeit zu erforschen und wandte sich hierfür an das Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Dort übernahm Florian Mildenberger den Auftrag. Wie dieser in der Einleitung feststellt, war die bis dorthin ausgeübte Weigerung, sich selbstkritisch mit dem Nationalsozialismus zu befassen, weder ungewöhnlich noch unverständlich, letztlich aber unklug. Zum einen mangelte es der Homöopathie nie an Gegnern auf der Suche nach Motiven, um sie als Scharlatanerie oder Esoterik zu verunglimpfen. Aus dem Interesse einiger prominenter Nazigrößen wie Heinrich Himmler oder Julius Streicher an der Naturheilkunde entstand so der Mythos, wonach Nationalsozialismus und Homöopathie in einer besonders engen Beziehung gestanden hätten. Die fehlende Selbstpositionierung leistete zum anderen aber auch in der historischen Forschung Missverständnissen Vorschub, die auf Unkenntnis über die Unterschiede zwischen der Homöopathie und anderen naturheilkundlichen Verfahren gründeten. Dadurch wurde die Homöopathie mit Versuchen in Konzentrationslagern in Verbindung gebracht, die zwar mit Alternativmedizin, aber nichts mit jener Homöopathie zu tun gehabt hatten, die der Zentralverein vertrat.

Mildenbergers Studie basiert auf einem chronologischen Raster. Die beiden ersten Kapitel nehmen die Ausgangslage in den Blick und sind in den Jahren zwischen 1918 und 1933 angesiedelt. Nicht nur die Homöopathie, sondern naturheilkundliche Verfahren generell erlebten in dieser Zeit einen Boom, abzulesen u. a. daran, dass sich Laienpraktiker (im Sinne von Naturheilern) zu organisieren begannen, Pharmafirmen neue Produkte und Verlage Schriften für diesen Markt herausbrachten. Mit dieser Entwicklung korrespondierte die Krisenstimmung, welche die Schulmedizin nach dem Ersten Weltkrieg erfasst hatte – einerseits, weil sie daran scheiterte, wirksame Therapien bei Krankheiten wie Krebs, Tbc oder Syphilis zu finden, andererseits waren aufgrund der stark gestiegenen Zahl der Ärzte Konkurrenzdruck und Verarmungsängste verbreitet. Als Resultat entstand in manchen Bereichen der „Mainstream“-Medizin eine offenere Haltung gegenüber alternativen Heilweisen. Der Zentralverein, der 1929 399 Ärzte vertrat, erkannte die sich bietende Chance, der Homöopathie in der medizinischen Fachwelt, als deren Teil man sich verstand, mehr Anerkennung zu verschaffen. Hierfür zeugten Bemühungen zur Vereinheitlichung und Normierung des Lehrkanons und Versuche, sie auf naturwissenschaftliche Beine zu stellen, etwa indem der Zentralverein die Verwendung von Hochpotenzen, in denen sich der Ausgangswirkstoff nicht mehr nachweisen lässt, ausschloss.

Aber auch das Aufgreifen von Trends aus der Schulmedizin (v. a. über die Betonung von Konstitutionstypen mit spezifischen Veranlagungen einschließlich ihrer eugenischen Implikationen) sollte die Anschlussfähigkeit der Homöopathie unter Beweis stellen. Sie blieb trotzdem ein randständiges Phänomen, aber prominente Fürsprecher – insbesondere der renommierte Berliner Chirurg August Bier – trugen dazu bei, dass sich ihr Image in der Fachwelt klar verbesserte.

Diese Stimmen wurden auch von hohen Funktionären des NS-Ärztbundes zur Kenntnis genommen. Deren Bekundungen, die Homöopathie ebenso wie andere naturheilkundliche Verfahren in ihre gesundheitspolitischen Reformen einzubeziehen, dankten der Zentralverein bzw. führende Mitglieder nach der Machtübernahme mit hemmungsloser Anbiederung. Als „urarische Wissenschaft“ (S. 35) legte die Homöopathie nicht nur Eifer im Hinblick auf eine Zusammenarbeit an den Tag. In einem eigenen Abschnitt ist zudem nachzulesen, dass der Zentralverein, der für eine Mitgliedschaft Ariernachweis und politische „Unbescholtenheit“ einführte, nichts zum Schutz oder zur Unterstützung seiner missliebig gewordenen, teils hoch verdienten Mitglieder unternahm, die bereits 1933 mit ersten Verfolgungs- und Entrechtungsmaßnahmen zu kämpfen hatten (z. B. dem Entzug der Kassenzulassung bei nicht-arischen Ärzten). Der Nachweis hierfür wird allerdings recht cursorisch anhand weniger exemplarischer Beispiele geführt. Immerhin sind in einem Anhang, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, unterschiedlich ausführliche Kurzbiografien von knapp zwanzig homöopathischen Ärzten zu finden, die entweder Mitglieder des Zentralvereins gewesen oder diesem nahegestanden waren und Opfer der NS-Vertreibungs- und -Vernichtungspolitik wurden. Wie der Autor selber schreibt, wären für diesen doch recht wesentlichen Teilaspekt des Themas weiterführende Forschungen notwendig.

Der Zentralverein erhoffte sich von den neuen Machthabern den Durchbruch der Homöopathie hin zu einer staatlich anerkannten und geförderten Disziplin. Daher widersetzte er sich auch nicht dem angeordneten Zusammenschluss des Zentralvereins mit anderen ganzheitsmedizinisch-orientierten ärztlichen Organisationen in der „Reichsarbeitsgemeinschaft für eine Neue Deutsche Heilkunde“ im Jahr 1935. Bei deren im Namen genannten Ziel sollte es um ein Zusammenführen erfolgreicher alternativer Heilmethoden mit der Schulmedizin gehen, nicht zuletzt, weil erwartet wurde, dass die Naturheilkraft das Gesundheitssystem finanziell entlasten würde. Folgerichtig kam es im Zuge dieser Anstrengungen auch zur Einrichtung von einem knappen Dutzend Stationen oder Abteilungen für homöopathische Medizin an öffentlichen Krankenhäusern (ergänzend zu den bestehenden Einrichtungen z. B. in Leipzig, Stuttgart und Berlin). Ungeachtet dieses Erfolgs hinzugewonnener Strukturen – über deren Zustandekommen und Ausstattung man gerne mehr erfahren würde – stellte sich bald heraus, dass die Überlegungen und Planungen der Reichsärztführung nicht damit verbunden waren, die Naturheillehren als ebenbürtig zu akzeptieren. Genauso wenig fand die Reichsarbeitsgemeinschaft, in der neben Homöopathen Kneippärzte, Anthroposophische Ärzte, Naturärzte, Psychotherapeuten etc. mit ihren höchst unterschiedlichen Ansätzen aufeinander trafen, auch nur in die Nähe eines gemeinsamen Konzepts für eine einheitliche Naturheilkunde, wie es ihr Auftrag gewesen wäre. Anfang 1937 hatte die staatliche Gesundheitsbürokratie die Geduld verloren und die Reichsarbeitsgemeinschaft wurde zur völligen Überraschung für die beteiligten Einrichtungen aufgelöst.

Der Zentralverein blieb zwar weiter bestehen. Nach außen war er auch sehr darum bemüht, Geschlossenheit und anhaltendes Interesse an einer Zusammenarbeit mit der Schulmedizin zu demonstrieren, intern machten sich aber Ernüchterung und Unzufriedenheit breit. Die Schwä-

che des Zentralvereins, der in Landesvertretungen untergliedert war, zeigte sich nicht zuletzt darin, dass weder im annektierten Österreich noch im Sudetenland die Bildung einer Filiale erfolgte. Wenn überhaupt, schien die Homöopathie nur als geduldetes „Anhängsel“ einen Platz im NS-Gesundheitssystem zu haben. Auch der Bereich der Konstitutionslehre, wo die Homöopathie speziell für sich Chancen gesehen hatte, an die Vererbungslehre bzw. Rassenanthropologie anzudocken, erwies sich als Sackgasse, da in diesem stark wachsenden Forschungsfeld genetische Fragestellungen die Oberhand gewannen. Als kontraproduktiv stellten sich zudem die vom Zentralverein zunächst begrüßten Versuchsreihen heraus, die im Auftrag des Reichsgesundheitsamtes 1936/37 bis 1939 v. a. an der homöopathischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin durchgeführt wurden. Mit den Methoden moderner Arzneimittelforschung sollte der Nachweis für die Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel geführt werden. Da die Versuche scheiterten, wurden die Studienergebnisse nie veröffentlicht.

Bevor Mildenberger auf die Kriegezeit eingeht, stellt ein eingeschobenes Kapitel die Frage nach den homöopathischen Laienverbänden in der Nazizeit. Zwar war es dem Autor nicht möglich, diese aus dem Gesamtgefüge naturheilkundlicher Laienverbände eindeutig herauszulösen, sicher ist aber, dass homöopathisch arbeitende Heilpraktiker ihre akademisch ausgebildete Kollegenschaft zahlenmäßig um ein Mehrfaches überboten. Das Resümee dieses skizzenhaften Exkurses lautet, dass auch die Standesorganisationen der Laien auf die neuen Zeiten mit skrupellosem Opportunismus reagierten – zumal die Propaganda für die Neue Deutsche Heilkunde auch die Laienheilkundigen adressierte. Deren größte Hoffnung, über ein weitreichendes Heilpraktikergesetz Gleichberechtigung neben den Ärzten und Kurierfreiheit zu erlangen, endete 1939 indessen in einer herben Enttäuschung.

Der Ausbruch des Krieges reduzierte nicht nur die Tätigkeit des Zentralvereins, dessen Mitgliederstand 1938/39 411 Ärzte umfasste, gegen Null. Ähnliches galt für die Forschung, die an den homöopathischen Abteilungen in den Krankenhäusern angesiedelt war. Das lag natürlich an den Einberufungen, aber auch daran, dass die Gesundheitspolitik das Interesse an der Homöopathie weitgehend verloren hatte. Im Nachhinein ein Glücksfall – zusammen mit der recht engen Definition der Homöopathie, die sich der Zentralverein offiziell auf die Fahnen geheftet hatte. Beides gemeinsam bewahrte den Zentralverein und seine Mitglieder vor einer Verstrickung in Medizinverbrechen in KZs, wo Pharmafirmen, Ärzte und Heilpraktiker auch alternativmedizinische Forschungsprojekte mit Menschenversuchen durchführten. Mildenberger demonstriert diese „glücklichen Fügungen“ sehr plausibel anhand des Magdeburger Arztes Rudolf Kießwetter. Bei dessen grausamen Experimenten in Dachau starben rd. 90 Menschen. Ihnen waren Präparate verabreicht worden, die auf homöopathischen Prinzipien beruhten. Aber: Kießwetter vermengte Homöopathie mit biochemischen Verfahren; diesen Ansatz hatte der Zentralverein stets abgelehnt. Trotzdem erscheint es eher als Zufall, dass Kießwetter in den – allerdings unvollständig überlieferten – Mitgliederverzeichnissen des Zentralvereins nur einmal, 1956, auftaucht. Denn auch Mitglieder hielten sich weder in ihren Meinungen noch in ihren Behandlungsweisen geschlossen an die enge Vorgabe des Zentralvereins; Mildenbergers Darstellung vermittelt vielmehr den Eindruck, dass dies geradezu dessen Charakteristikum bildete. Kießwetter starb 1992, ohne jemals zur Verantwortung gezogen worden zu sein. Dass die Weste des Zentralvereins mit Sicherheit nicht aus einer humanistisch-ethischen Haltung heraus während der NS-Zeit einigermaßen rein blieb, davon zeugten im Übrigen sich bis zum Schluss wiederholende Bekenntnisse seiner führenden Vertreter zu Endsieg und NS-Staat.

Das letzte Kapitel der Studie widmet sich Fragen der Entnazifizierung bzw. der Kontinuitäten in Personal, Theorie und Praxis bis 1965. Offenbar erlaubt die Quellenlage keine Aussagen darüber, wie viele im Zentralverein organisierte Ärzte bis 1945 der NSDAP oder einer ihrer Gliederungen und Verbände angehört hatten. Bei rund 50 % der deutschen Ärzte war dies jedoch der Fall gewesen und Mildenerger hat anscheinend keine Hinweise gefunden, wonach dieses überdurchschnittlich enge Naheverhältnis zur Partei unter den homöopathischen Ärzten weniger verbreitet gewesen wäre. Den homöopathischen wie den andern Medizinern kam in der Nachkriegszeit zupass, dass sie dringend benötigt wurden. Dadurch entgingen sie vielfach der Entnazifizierung. Persilscheine und gegenseitige Deckung taten das ihrige. Wie das genau funktionierte, breitet Mildenerger anhand der Führungsriege des Zentralvereins sowie von prominenten Forschern und Lehrstuhlinhabern aus dem Kreis der Mitglieder aus. Kaum jemand musste sich einem Verfahren unterziehen. Die wenigen, die davon betroffen waren, kamen zumeist mit (geringen) Geldbußen davon.

In organisatorischer Hinsicht benötigte der Zentralverein einige Zeit, bis er wieder auf die Beine kam. Die kargen Jahre ließen auch bei der Patientenschaft zunächst kaum Interesse an Homöopathie aufkommen, die ein eher städtisches und einer vergeblichen schulmedizinischen Behandlung nachfolgendes Phänomen war, wie aus dem Jahr 1939 stammende Umfragen besagten. Im Herbst 1948 erfolgte trotzdem die Neugründung, allerdings in Frankfurt am Main, nicht mehr in Berlin, wo bei Kriegsende der Hauptsitz inkl. aller Unterlagen und Sammlungen niedergebrannt war. Die Funktionärs-Posten gingen an alte Vereinsmitglieder, die bereits vor 1933 oder 1945 aktiv gewesen waren. Auch sonst war wenig von einer Distanzierung vom Nationalsozialismus zu bemerken. Mitglieder, die sich begeistert in den Dienst der Nazis gestellt hatten, blieben geschätzt und von Einfluss. Zu Versuchen, Emigranten zurückzuholen, kam es indessen nicht. Inhaltlich erfolgten ein paar oberflächliche Adaptierungen, z. B. wurde – da braun kontaminiert – das einstige Hoffnungsfeld Konstitutionslehre in der Agenda zurückgestuft. Ende der 1950er Jahre hatten die homöopathischen Ärzte der Bundesrepublik wieder den Anschluss an die internationale Community gefunden und man ging endgültig zur Tagesordnung über. Für den Zentralverein bedeutete dies, dass er sich aufs Neue für eine Medizin versuchte stark zu machen, welche die Homöopathie miteinschloss – und dabei zumeist die kalte Schulter der Schulmedizin zu sehen bekam. Wie bisher moderierte man die Auslegung der Hahnemann'schen Prinzipien, über die es unter den Mitgliedern weiterhin keinen wirklichen Konsens gab. Ein besonderes Problemfeld stellte für den Zentralverein und seine Mitglieder dar, dass die wenigen Forschungsstrukturen für die Homöopathie genauso wie die homöopathische Krankenhausbehandlung einen Rückgang verzeichneten. Somit fehlten dann auch die Orte, an denen die Ausbildung erfolgen konnte. Ungeachtet dessen baute der Zentralverein seinen Mitgliederstand von 900 im Jahr 1956 auf 950 im Jahr 1963 aus. Unklar bleibt, wie dies angesichts der geschilderten Krisenphänomene möglich wurde.

Der Zentralverein und seine Mitglieder fügten sich ins bekannte Bild von Opportunismus und Anpassung im Hinblick auf das NS-Regime, das sie so mithalfen am Laufen zu halten. Wenig überraschend fielen sie dann auch im Umgang mit der Vergangenheit nicht aus dem Rahmen. Trotzdem kann die derzeitige Vorsitzende des Zentralvereins in ihrem Geleitwort diesen Befunden Mildenergers etwas Positives abgewinnen, wenn sie schreibt, dass mit der in Auftrag gegebenen Studie nun endlich Fakten auf dem Tisch liegen, die eine versachlichte Diskussion über die Homöopathie im Nationalsozialismus erlauben.

Dem ist zuzustimmen. Mildenberger stellt die notwendigen Fragen, auf die es eine klare, in den Grundaussagen überzeugende Antwort gibt. Kritisch ist anzumerken, dass der Zentralverein trotz der vielen Aufgaben bzw. Themenbereiche, mit denen er befasst war und die daher angeschnitten, bzw. trotz der Protagonisten, die als Funktionäre, Mitglieder und Homöopathen im Fachdiskurs ihre Stimme erhoben und deshalb vorgestellt werden, eigentümlich schemenhaft bleibt. Ob hierfür die problematische Quellenlage verantwortlich war oder vielleicht auch ein wenig eilig gearbeitet wurde, kann nicht beurteilt werden, nicht zuletzt, weil Mildenberger sich in puncto methodologischer Vorgangsweise ausschweigt.

Saskia Gehrman, Halle/Saale (Rez.)

Historia Hospitalium
Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhausgeschichte 29 (2014–2015),
Themenheft: Patientengeschichte in Hospital,
Heilstätte und Krankenhaus,

hg. von Gunnar STOLLBERG / Christina VANJA / Florian BRUNS /
Fritz DROSS

(Berlin 2016: LIT Verlag), 606 S., EUR 30,00.

ISBN 978-3-643-13174-4

Das zu besprechende Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte, Band 29, widmet sich in seinem thematischen Schwerpunkt der Patientengeschichte. Ausgehend vom Ideengeber Prof. Dr. Gunnar Stollberg, welcher in Anlehnung an den britischen Medizinhistoriker Roy Porter eine Medizingeschichtsschreibung aus Sicht von Patientinnen und Patienten eingefordert hatte, beschäftigt sich der wissenschaftliche Teil mit Patientenperspektiven in Hospital, Heilstätte und Krankenhaus. Die Beiträge aus den anderen Sektionen ergänzen diese fünf Aufsätze um weitere Perspektiven, thematische Zugänge und Fragestellungen. Allen Aufsätzen und Beiträgen ist – trotz ihrer regionalen und zeitlich unterschiedlich gesetzten Schwerpunkte – gemeinsam, dass sie auf eine Fülle von Ego-Dokumenten von Patientinnen und Patienten zurückgreifen konnten, womit der von Porter für die Medizingeschichte eingeforderte „patients view“ geglückt ist. Untersuchungsräume bilden, angelehnt an das Rahmenthema, vor allem Hospitaler, in denen körperlich und/oder geistig eingeschränkte Menschen Behandlung erfuhren. Zentrale Entwicklungs- und Konfliktlinien, aber auch Aushandlungsprozesse, verlaufen dabei zwischen den hierarchisch-organisatorischen Strukturen der jeweiligen Einrichtungen und den Ansprüchen und Selbstverständnissen der Patienten oder Insassen.

Irmtraut Sahmland beleuchtet in ihrem mikrohistorisch angelegten Beitrag Patienteninitiativen aus dem Männerhospital in Haina zur Abwehr der Überführung der eigenen Leichname in die Anatomie der Universität Marburg. Anhand der Quellen lässt sie Patienten zu Wort kommen, die sich unter anderem durch Bittgesuche an die Landesständeversammlung im Zeitraum von 1839 und 1853 gegen die Verwendung ihrer toten Körper zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung und Lehre aussprechen. Anhand ausgewählter Protagonisten des „Widerstandes“ betrachtet die Autorin nicht nur individuelle Handlungsmechanismen und -spielräume, sondern ebenso Gruppenstrukturen der Akteure dieses Handelns. Zentrales Ergebnis ist dabei die Bewertung der Abwehrmechanismen als Ausdruck individueller Selbstbehauptungen der Patienten, welche unverschuldet in die Abhängigkeit dieser sozialen Fürsorgeeinrichtung gelangt waren.

Ähnliche Strukturen und Abläufe wurden, wenn auch in unterschiedlichen Einrichtungen der Krankenfürsorge, von Marina Hilber und Uta Kanis-Seyfried untersucht. Beide Studien

sind mikrohistorisch konzipiert und stellen die Handlungsspielräume im Falle von Beschwerden der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen, die sich auf eine breite Quellenbasis und Einzelfallstudien stützen. Im ersten Fall handelt es sich um Patientinnen einer geburtshilflichen, im Zweiten um Insassen einer psychiatrischen Klinik. Wesentliche Unterschiede ergeben sich lediglich im organisatorischen Umgang mit Einsprüchen von Patientinnen und Patienten und den dadurch resultierenden Ergebnissen für eben diese. Im Beitrag von Marina Hilber wird deutlich, dass Beschwerden der Patientinnen ernst genommen wurden und Änderungen im Klinikalltag und zwischenmenschlichen Umgang erwirkten. Kanis-Seyfrieds Quellen zeigen jedoch ein anderes Bild. Zwar scheuten die Beschwerdeführer nicht die öffentliche Konfrontation mit der Anstalt und den Mitpatienten. Ihre Bemühungen verliefen jedoch nicht immer erfolgreich.

Den Blick über die Institution hinaus beziehungsweise hin auf die Verzahnung von inner- und außerinstitutionellen Strukturen sowie auf Handlungsabläufe skizzieren Jürgen Schlumbohm und Jens Gründer. Beide Aufsätze nehmen eine überregionale Perspektive ein und versuchen theoretische Konzepte der Sozial-, Geschichts- und Kulturwissenschaften für die eigene Studie fruchtbar zu machen. Während Jens Gründer englische Hospitäler der sogenannten „Irrenpflege“ in den Blick seiner Betrachtungen stellt und versucht, die Chancen und Grenzen des Konzeptes der totalen Institution von Erving Goffman aufzuzeigen, konzentriert sich Jürgen Schlumbohm auf den Vergleich der Länder Großbritannien und Deutschland hinsichtlich der Finanzierung und Organisation von Entbindungsanstalten.

Allen Aufsätzen ist, entsprechend des thematischen Fokus des Jahrbuches, die Geschichte der „disability“ gemeinsam. Geht es doch in allen Beiträgen um Formen der körperlichen und psychischen Einschränkung. Ergänzt werden die Aufsätze des wissenschaftlichen Teils durch die Beiträge im Rahmen des Workshop „Disability in the Early Modern Society“. Die Vortragenden konzentrierten sich in ihren Referaten auf zentrale Fragen nach der Definition von „disability“ in der Frühen Neuzeit, den Arten von „disability“ und inwiefern diese Hilfebedürftigkeit erforderten. Zudem diskutieren die Autorinnen den Zusammenhang zwischen „disability“ und Armut, dem Einfluss der Öffentlichkeit (Behörden, staatliche Institutionen) und viele weitere Zusammenhänge.

Um das Zusammenwirken von Stadt, städtischer Gesellschaft, kommunaler Politik und urbaner Kultur hinsichtlich Fürsorge, Gesundheitssystemen und -diskursen und medikaler Kulturen ging es ebenfalls auf der zwölften Internationalen Konferenz der European Association for Urban History in der Sektion „Urban Health Systems before Welfare States – European Cities since 1800“, aus der Fritz Dross im vorliegenden Band berichtet. Um den medikalen Raum des Hospitals in verschiedenen Epochen und Kulturkreisen geht es im Gesellschaftsteil des Jahrbuchs, in dem zum Beispiel die Studienreise nach Florenz (9.–12. Oktober 2013) unter dem Schwerpunkt „Kunst des Heilens und heilsame Kunst in Bauten und Bildern“ resümiert wird. Die Teilnehmenden beschreiben den Raum des Hospitals beziehungsweise die medizinischen Teildisziplinen im Zusammenhang mit bildender Kunst wie beispielsweise der Malerei. Kunst, Medizin und Raum scheinen historisch schon für lange Zeit miteinander verbunden. Die Jubiläumstagung „50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Krankenhausgeschichte“ (10.–12. Oktober 2014) wird ebenfalls im Band rekapituliert und dokumentiert. Es folgen Schilderungen aus Forschung und Lehre, die den Querschnittsbereich Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (Stier) oder etwa Themen der (Krankenhaus-)Geschichtsschreibung (Hinrich Murken, Pawlik, Gerber) und der Rolle der Medizingeschichte (Bruns, Hildebrandt) aufgreifen.

Abgerundet wird der Band u. a. mit der Vorstellung der neuen „Aktion T4“-Gedenkstätte in Brandenburg/Havel. Detailliert wird die Gestaltung und Ausstattung des Erinnerungsortes beschrieben. Anlass dafür bot ein Symposium zur Verabschiedung von PD Dr. Georg Lilienthal, dem Leiter der Gedenkstätte Hadamar am 17. Februar 2014. Hans-Walter Schmuhl stellt in Ergänzung zu dieser Vorstellung in seinem Artikel die Frage, was „Widerstand“ gegen die NS-Euthanasie-Verbrechen genau bedeutet. Ausgehend von der Definition des „Widerstandes“ nach Klaus Schönhofen (Widerstand ist eine Provokation, welche Toleranzschwelle der NS-Ideologie bewusst überschreitet und auf Schädigung und Zerstörung des Regimes abzielt) wird anhand praktischer Beispiele die Tragweite dieser Definition für die historischen Ereignisse getestet. Keines der im Aufsatz genannten Fallbeispiele erfüllt alle Definitionskriterien, so das Fazit, was das Öffnen der Definition für neue Impulse erfordere. Abschließend werden die Preisträgerinnen des Förderpreises der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte und ihre Projekte vorgestellt, die sich ebenso nahtlos in das thematische Konzept des Bandes einfügen, indem sie den Raum Hospital interdisziplinär – das heißt auch unter ethischen Gesichtspunkten – in den Blick nehmen. Dem Herausgeberteam ist es mit der Gestaltung und Auswahl der Autorinnen/Autoren und Beiträgerinnen/Beiträgern des Sammelbandes gelungen, „the patients view“, wie angekündigt, nicht nur in das Zentrum des wissenschaftlichen Teils des zu besprechenden Buches zu rücken, sondern um vielseitige Perspektiven aus verschiedenen Räumen medialen und historischen Wirkens in diversen interdisziplinären Dimensionen darzustellen.

Karen Nolte, Würzburg (Rez.)

Sophie LEDEBUR,
Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne.
Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten
Am Steinhof in Wien

(= Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte 5,
Wien–Köln–Weimar: Böhlau 2015), 319 S., EUR 35,00.

ISBN 978-3-205-79582-7

Dem Buch liegt die im Rahmen der Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930)“ am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik der Medizin der Charité in Berlin entstandene Dissertation zugrunde. Der Titel verweist auf die wesentliche Fragestellung des Buchs nach dem „Wissen der Anstaltspsychiatrie“, welches Sophie Ledebur anhand der dichten Überlieferung der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien untersuchen will. Wesentliche Quellenbasis sind die bis dahin weitgehend von der Forschung unbeachteten Direktionsakten, Eingangs- und Abgangsbücher sowie die Krankenakten dieser Wiener Anstalten. Die Frage nach dem „Wissen in der Praxis“ richtet sich auf die grundlegenden Strukturen der Systematisierung und die Organisation der sozialen und institutionellen Praktiken. Ledebur bezieht sich im Wesentlichen auf praxistheoretische Ansätze, die nach dem Verhältnis von sozialem, institutionellen Handeln und Wissen fragen. Dieser Anspruch ist bei der thematischen und historischen Breite der untersuchten Themen, mit der die Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof rekonstruiert wird, allerdings kaum einzulösen. Tatsächlich wird das Verhältnis von „Wissen“ und „Praxis“ in den Analysen nicht explizit analysiert, d. h. praxeologische Zugänge werden nicht konkret operationalisiert. Dazu wäre es notwendig gewesen, mehr in die Tiefe zu gehen, um in institutionellen Praktiken und Handeln von Psychiatern und Pflegenden das implizite Wissen resp. Prozesse von Herstellung und Verschiebung von Wissen in routinisierten Praktiken, d. h. wie historischer Wandel initiiert wurde, herausarbeiten zu können. Ledebur verweist darauf, dass Psychiater den Selbstbeobachtungen der Kranken viel Bedeutung beimessen, führt aber nicht näher aus, welche Konsequenzen dies für die Generierung von psychiatrischem Wissen hatte. „Geeignete Pflegerlinge“ in der „Patientenschreibstube“ schrieben direkt nach Diktat des Arztes oder nach stenografischen Notizen beim Aufnahmegespräch die Krankenakten der Neuaufgenommenen. Über diese Schreibdienste gelangten Patientinnen und Patienten an skandalträchtige Informationen über die psychiatrische Praxis, die auf diese Weise in die psychiatriekritische Öffentlichkeit gelangten. Darüber hinaus wäre auch interessant, ob die Beteiligung der „Pflegerlinge“ an dem Aufschreiben von Krankheit noch weitere Auswirkungen im praktischen Handeln der Psychiatrie hatte.

Die Autorin verknüpft ihre Rekonstruktionen der institutionellen Organisation und Praktiken der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof eloquent und kenntnisreich mit zeitgenössischem Wissen. Sophie Ledebur zeigt auf diese Weise, wie psychiatrie-, kultur- und gesellschaftsgeschichtliche Entwicklungen im Umgang mit psychisch Kranken in der Vorgeschichte der

Anstaltsgründung Am Steinhof und der Zeit von 1907 bis in die 1920er Jahre mit der Entstehung- und Fortentwicklung dieser Heil- und Pflegeanstalten zusammenhängen. Der Autorin gelingt es auf diese Weise, eine sehr gut lesbare und differenzierte Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Österreich zu schreiben und auch die spezifischen Ausprägungen dieser Entwicklungen gegenüber der deutschen Anstaltspsychiatrie im gleichen Zeitraum herauszustellen. So wurde z. B. in Wien die „No-Restraint-Methode“ bereits Mitte des 19. Jahrhunderts als grundlegend für neu entstehende Anstalten angesehen, als deutsche Psychiater dieser Methode noch mehrheitlich ablehnend gegenüberstanden. Auch andere reformerische Konzepte wie die „koloniale Versorgung“ und Familienpflege wurden in Wien früh aufgegriffen. Ledebur weist auf das besondere räumliche Konzept der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof hin: Die Unterbringung der „Irren“ war trotz der räumlichen Abgeschiedenheit von der Stadt in das städtische gesellschaftliche Leben Wiens eingebunden. Denn die Anstalten Am Steinhof entwickelten sich bald zu einem beliebten Ausflugsziel der Wiener Bevölkerung, das gut mit städtischen Straßenbahnen erreichbar war. Auf dem Gelände wurden für „nervöse“ Menschen, die aus Angst vor Stigmatisierung die Aufnahme in eine öffentliche psychiatrische Klinik scheuten, Sanatorien aus öffentlicher Hand betrieben. Das institutionelle Handeln dieser Einrichtungen war weniger durch ökonomische Interessen geprägt – demzufolge waren diese nicht sozial exklusiv wie vergleichbare Privatsanatorien.

Eine besondere Stärke der Studie liegt darin, dass die Autorin – anders als die meisten Studien zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie – eindrucksvoll zeigen kann, dass das Handeln von Pflegenden in einer psychiatriehistorischen Studie keineswegs als vermeintlicher „Randaspekt“ einer Anstaltsgeschichte vernachlässigt werden darf. In den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof hatte ein Arzt die große Zahl von 202 Kranken zu behandeln und letztere bekamen demzufolge selten einen Arzt zu Gesicht. Daraus ergibt sich, dass dem Pflegepersonal eine zentrale Bedeutung im Anstaltsalltag zukam. Die zentralen therapeutischen Instrumente der Anstaltspsychiatrie wie die Bettbehandlung und die „prolongierten Bäder“, auch Dauerbäder genannt, wurden von Pflegenden, zuweilen auch ohne Anordnung der selten anwesenden Ärzte, angewendet. „Die Anstalt selbst“ wurde von Psychiatern stets als zentrales Therapeutikum hervorgehoben: Gemeint ist damit Organisation und Tagesablauf im Anstaltsalltag – beides wurde von Pflegenden wesentlich geprägt. Eine Besonderheit in den von Ledebur untersuchten Anstalten war es, dass man den Dienstbotenberuf insofern eindeutig vom Beruf der Pflege abgrenzen wollte, als man für die häuslichen Arbeiten Stubenmädchen und Hausdiener einstellte. Die Autorin bemerkt, dass der Einfluss der Pflegenden bei der Dokumentation des Krankheitsverlaufs in der Anstalt ganz entscheidend war, führt jedoch leider nicht aus, wie genau diese Praxis in den Krankenakten dokumentiert ist. Sie schreibt, dass rapportierte Beobachtungen der Pflegenden in die ärztliche Dokumentation einfließen, doch wird nicht gezeigt, in welchem Maße und auf welche Weise dies geschah. Ledebur konzentriert sich bei der Untersuchung der Aufschreibepraktiken eher auf die Form als auf den Inhalt. Eine spannende Frage wäre jedoch gewesen, inwieweit pflegerisches Handeln das „Wissen der Anstaltspsychiatrie“ mit hervorgebracht resp. zu Verschiebungen desselben geführt hat. Zur Untersuchung dieser Fragen wären allerdings dichte Analysen des Quellenmaterials notwendig gewesen, für die Ledebur die breite Anlage ihrer Studie hätte opfern müssen.

Am Ende bleibt unklar, was konkret als „Wissen der Anstaltspsychiatrie“ in der historischen Entwicklung der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof gefasst werden kann. Dennoch handelt es sich bei dem Buch um eine exzellent ausgearbeitete Sozial- und Institutions-

geschichte dieser bedeutenden Österreichischen psychiatrischen Anstalt, die zudem sehr gut lesbar geschrieben ist und nicht nur als wichtiger Beitrag zur Psychiatriegeschichte, sondern als ein ebenso bedeutender zur Geschichte der Psychiatriepflege anzusehen ist, die im deutschsprachigen Raum bislang wenig erforscht ist.

Marion Hulverscheidt, Kassel / Zürich (Rez.)

**Edgar BIERENDE / Peter MOOS / Ernst STEIDL, Hg.,
Krankheit als Kunst(form) – Moulagen der Medizin**
(= Schriften des Museums der Universität Tübingen MUT 12,
Tübingen 2016: Verlag der Universität Tübingen),
352 S., durchgehend farb. Abb., 24,90 EUR.
ISBN 978-3-9817947-0-0

Diese Publikation begleitet eine Ausstellung auf Schloss Hohentübingen aus dem Sommer 2016, die im Rahmen des Drittmittelprojekts MAM|MUT in Kooperation mit der Universitäts-Hautklinik an der Universität Tübingen entstanden ist. Im Zentrum stehen Moulagen, Wachsmo-
delles, die vom menschlichen lebenden Original abgenommen und dann bemalt wurden, um als Lehrmittel in der Medizin verwendet zu werden. Die gezeigten Moulagen stammen aus der Tübinger Universitäts-Hautklinik und dem DIFÄM, dem in Tübingen ansässigen Deutschen Institut für Ärztliche Mission. Die Inventarisierung und Restauration dieser Moulagen führte zu einer intensiven Beschäftigung von Studierenden unterschiedlicher Fakultäten im Rahmen eines zweisemestrigen Lehrprojekts.

Dementsprechend vereint die Publikation eine Vielzahl von Zugängen und Sichtweisen auf das in Wachs gegossene Schaudern vor dermatologischen und tropischen Krankheitsbildern. Der Band ist ansprechend gestaltet, auf mattem Papier sind durchgehend Farbabbildungen der Moulagen abgedruckt, um die Texte gibt es viel Raum. Eine größere Schrifttype im Literaturverzeichnis wäre den geeigneten Leserinnen und Lesern eher zupass gekommen.

Der Band gliedert sich in vier Teile, die sowohl ein Querlesen als auch ein Hin- und Herspringen in der Lektüre erlauben. Die Einführung und Hinführung findet auf mehreren Ebenen statt: Aus kunstwissenschaftlicher Sicht, aus der Perspektive der Dermatologie – hier allerdings ohne Literaturangaben – und lokalhistorisch wird der Frage nachgegangen, wie die Moulagen nach Tübingen kamen bzw. wer sie in Tübingen produzierte. Ein Exkurs über die Familie Haselmeyer und den Beginn der Keroplastik wird von Edgar Bierende im Teil von den kontextualisierenden Beiträgen wieder aufgenommen.

In einem ausführlichen Abschnitt werden einzelne Objekte mit ganz unterschiedlichem Bezugsrahmen vorgestellt. Ein Schwerpunkt liegt bei den Schaffenden, den Moulageurinnen und Moulageuren. Hier wird vorsichtig die gegenseitige Durchdringung von Kunst und Kunsthandwerk eröffnet, die sich bei den Moulagenherstellerinnen und -herstellern in je eigener Facette darbietet. Diese Texte stammen aus studentischer Feder und zeugen neben einer guten Anleitung sowohl vom mühevollen Streben als auch teils von einer überbordenden Interpretation. Es wird nicht streng akademisch geschrieben, ein Vergleich zu den wirtschaftlich erfolgreichen Wachsfignurendarstellungen von Madame Toussaud findet sich ebenso wie pathetische Hoffnung. So spekuliert Tobias Großkopf in seinem Beitrag zu einer Moulage, die eine Gelbkreuz-Vergiftung zeigt, dass hoffentlich keine neuen Moulagen dieser Giftgas-Opfer hergestellt werden können. Die Texte der Studierenden sind kurz und knapp gehalten, mit ausführli-

chem Literaturapparat versehen, imponieren sie in ihrer Form zusätzlich als Leistungsnachweis in einem Seminar.

Der Abschnitt über die Moulagen aus dem DIFÄM, dem 1906 gegründeten und 1909 in Tübingen eröffneten Deutschen Institut für Ärztliche Mission, bringt neue Einblicke, denn die dort in der Lehrsammlung aufbewahrten Moulagen wurden aktuell für die Tübinger Universitätsammlung inventarisiert und restauriert. Moulagen tropischer Erkrankungen dienten der Weiterbildung von Ärzten für den Einsatz in den Tropen. Dass dies in der Zeit des deutschen Kolonialismus und auch im Anschluss stattfand, wird leider nicht erwähnt. Auch fehlt die Kontextualisierung hinsichtlich anderer Bildungseinrichtungen für Tropenmedizin in Deutschland und den Nachbarländern. Moulagen, die insbesondere visuelle Eindrücke tropischer Krankheiten vermitteln, sind nur die zweite Wahl neben lebenden Patientinnen und Patienten: Lepra, Cholera und Frambösie waren zur Entstehungszeit der Moulagen bekannte und vertraute Tropenkrankheiten mit dermatologischem Erscheinungsbild, zu Malaria, der gegenstandslosen Tropenkrankheit schlechthin, existiert keine Moulage. Doch zu Gundu und Ainhum gibt es Objekte. Diese exotischen Krankheitsbilder, für deren Beschreibung Christoph Schmitt in seinem Beitrag zu den Moulagen nichts in der rezenten medizinischen Fachliteratur findet und daher auf die damalige Literatur zurückgreifen muss, zeigen exemplarisch auf, dass es in der medizinischen Ausbildung nicht nur um Erkenntnisgewinn, sondern auch um Staunen und Aufmerksamkeit geht.

Auch der Aspekt der Mission wurde, obschon es dazu hinreichend deutsche Literatur gibt, leider nicht berücksichtigt. So wird hier der Blick nicht über den Tübinger Tellerrand gehoben und das Desiderat der historischen Einordnung des DIFÄM in den kolonialen und postkolonialen Diskurs bleibt somit bestehen.

Mithilfe weiterer Beiträge von namhaften Experten auf dem Gebiet der Moulagen und deren Verwendung als Lehr- und Aufklärungsmittel, Thomas Schnalke, Michael Geiges und Lutz Sauerteig seien namentlich genannt, sowohl im musealen Kontext als auch in der medizinischen Ausbildung, wird ein breites Feld der möglichen Facetten verdeutlicht. So bietet dieser Band einen eindrucksvollen Einblick in den aktuellen Stand der Forschung zu medizinischen Moulagen. Die ergänzenden Beiträge der empirischen Kulturwissenschaftlerin Sabine Müller-Brem zum Potential der Moulage als Museumsding und ein Interview mit dem australischen Künstler Sam Jinks, der durch seine realistischen Skulpturen von Menschen bekannt ist, runden den Band ab und zeigen auf, welche vernetzenden Perspektiven und Wirkmöglichkeiten die alten, wächsernen Lehrmodelle auch heute noch aufweisen.

Darüber hinaus bieten Edgar Bierende und Peter Moos mit einer Chronologie und Stephan Potengowski mit seinem Beitrag über die Planung und Realisierung der Ausstellung einen gut nachvollziehbaren und anregenden Einblick in die Arbeit des Projekts. Damit bekommen Lehrende, die vielleicht durch diese Ausstellung oder die Begleitpublikation Interesse haben, ein solches Seminar zu veranstalten, einen guten Leitfaden an die Hand.

Insgesamt entsteht bei der aufmerksamen Medizinhistorikerin der Eindruck, dass in der rezenten Kunst- und Medizingeschichte Moulagen als ein durchaus beliebtes Objekt für wissenschaftliche Ansätze fungieren. Von der Moulage aus kann selten auf die Patientinnen und Patienten geschlossen werden, deren Lebens- und Leidensgeschichte bleibt im Dunkeln. Und auch von der Krankheit an sich bietet eine Moulage nur den optischen, wenngleich dreidimensionalen Eindruck. Wie sich das Krankheitsgeschehen anfühlt, wie es riecht, wie es schmeckt, wie es sich über die Zeit verändert, all das kann eine Moulage nicht vermitteln. Sie

bleibt Fragment. Als solches bietet sie dann Anknüpfungsmöglichkeiten an die bildnerische Darstellung der Zeit, auf die Moulageurinnen und Moulageure, für die medizinische Ausbildung und auch als ein ästhetisches Zeichen der Zeit.

Der erstaunlich günstige Preis von 24,90 Euro für 352 Seiten Vollfarbdruck ist wohl den diversen finanziellen Unterstützern zu verdanken. Doch es ergibt sich hiermit eine win-win Situation, denn der Katalog dokumentiert nicht nur die Ausstellung und das Lehrprojekt, sondern im Anhang auch noch jede einzelne Moulage.

Ein Autorenverzeichnis fehlt leider, so bleibt es den unkundigen Leserinnen und Lesern und Recherchen im Internet überlassen, Experten von den Studierenden, die sich eine Expertise in diesem Projekt angeeignet haben, zu unterscheiden. Insgesamt ein lohnenswerter Band für diejenigen, die sich über medizinische Objekte, Ausstellungsdinge und innovative Lehrprojekte weiter bilden wollen.

Florian Schwanninger, Alkoven (Rez.)

**Stefan LECHNER / Andrea SOMMERAUER / Friedrich STEPANEK,
Beiträge zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt
Hall in Tirol im Nationalsozialismus und
zu ihrer Rezeption nach 1945.
Krankenhauspersonal – Umgesiedelte SüdtirolerInnen in der
Haller Anstalt – Umgang mit der NS-Euthanasie seit 1945
(= Veröffentlichungen der Kommission zur Untersuchung der
Vorgänge um den Anstaltsfriedhof des Psychiatrischen
Krankenhauses in Hall in Tirol in den Jahren 1942 bis 1945 3,
Innsbruck 2015: Universitätsverlag Wagner), 368 S., EUR 39,90.
ISBN 978-3-7030-0861-0**

Die Wiederentdeckung eines aufgelassenen Anstaltsfriedhofs auf dem Gelände des Landeskrankenhauses in Hall in Tirol führte 2011 zur Einsetzung einer unabhängigen Expertenkommission durch die Tiroler Landesregierung. Im Jahr 2014 präsentierte die Kommission ihren zusammenfassenden Schlussbericht, der im Virus Nr. 15 bereits besprochen wurde. Auch wenn die Untersuchungen keine vorsätzlichen Morde bzw. ein Euthanasieprogramm in Hall zum Vorschein brachten, so verlangte die im Verlauf des Krieges stark steigende Sterblichkeit nach detaillierten Forschungen und Interpretationen.

Der vorliegende Band 3 der Veröffentlichungen der Kommission – er erschien chronologisch als zweiter Band – versammelt die vollständigen Ergebnisse dreier Forschungsprojekte, die von der Kommission in Auftrag gegeben wurden. Die drei Artikel, von denen im ersten Band bereits Kurzfassungen bzw. Auszüge erschienen, widmen sich unterschiedlichen Aspekten der Forschungen rund um die Anstalt Hall und ihrer während der NS-Zeit verstorbenen Patientinnen und Patienten.

Dem einleitenden Befund des Autors des ersten Beitrags, Friedrich Stepanek, „die Frage nach Zusammensetzung und Struktur des Anstaltspersonals“ sei in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Psychiatrie in der NS-Zeit „oft vernachlässigt“ worden, kann beige-pflichtet werden. Obwohl die Pfleger/-innen eine zentrale Position in der alltäglichen Lebenssituation der Patientinnen und Patienten einnahmen, fanden sie in der Forschung bislang eher wenig Beachtung. Der Fokus in der Auseinandersetzung wurde vor allem auf die Ärztinnen und Ärzte gelegt, dem untergeordneten Personal schenkte man bislang weniger Augenmerk. Demgegenüber zeichnet Stepaneks Text zum Personal der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol ein komplexes und detailliertes Bild. Zur Einführung stellt der Autor die Personalstruktur der Anstalt und die Hierarchien und Abläufe dar. Stepanek widmet sich auch eingehend dem ärztlichen Personal. Vor allem die ambivalente Rolle des Direktors Dr. Ernst Klebelsberg, seit 1925 im Amt, ist Gegenstand einer eingehenden Analyse. Laut Stepanek gehört Klebelsberg

unter Bezugnahme auf Kersting zu den „Normalärzten“ in der NS-Zeit, die „keinesfalls eifrige Befürworter der NS-Euthanasie [waren], dennoch sorgten sie dafür, dass die Todestransporte reibungslos verliefen“. Klebelsbergs „innerbetriebliche Autorität“ blieb unantastbar, obwohl die NSDAP mit dem Ortsgruppenleiter, der als Oberpfleger bzw. Pflegevorsteher in der Anstalt tätig war, über eine prinzipiell starke Position verfügte. Der Autor rekonstruiert auch die Biografien der anderen, zum Teil nur kurzfristig in der Anstalt tätigen Ärzte (und jener der einzigen dort tätigen Ärztin) und ihre Rolle während der NS-Zeit. Unmittelbare politische Interventionen in den ärztlichen Bereich hielten sich in Grenzen, generell war jedoch die ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten in Hall während der Kriegsjahre prekär. Ergiebig sind des Weiteren die genauen Untersuchungen in Hinblick auf die Pflegekräfte und ihre soziale und politische Struktur. Stepanek betrachtet die personellen Veränderungen während des „Ständestaats“ und nach dem „Anschluss“ 1938, den Anpassungsdruck und das politische Klima in der Anstalt. Nach einigen wenigen politischen Entlassungen bzw. Pensionierungen in der Zeit des „Ständestaats“ kehrten die illegalen Nationalsozialisten 1938 wieder in den Dienst zurück. Im Unterschied zu anderen Anstalten auf dem Gebiet der „Ostmark“ kam es in Hall durch den „Anschluss“ auch im Bereich des nicht-ärztlichen Personals kaum zu personellen Veränderungen. Eine Ausnahme war die Stelle des Oberpflegers. Einschneidende Folgen sollte hingegen der Kriegsverlauf haben. Die Einrückungen von Pflegern zur Wehrmacht führten zu starkem Personalmangel, der sich im Laufe der Kriegsjahre noch weiter verschärfen sollte und die Situation der Patientinnen und Patienten massiv verschlechterte. Den Abschluss von Stepaneks Untersuchung bildet die Analyse der Nachkriegsjahre. Wie andernorts wurde die anfängliche Entnazifizierung spätestens Anfang der 1950er Jahre durch die dominierende „Schlussstrich“-Mentalität beendet.

Der zweite Beitrag des Bandes widmet sich den Auswirkungen des Paktes von 1939 zwischen Italien und dem Dritten Reich zur Umsiedlung der Südtiroler/-innen auf kranke und pflegebedürftige Menschen. Stefan Lechner untersucht die komplexe Thematik vor dem Hintergrund, dass „immerhin ein knappes Viertel der 228 Toten [auf dem Haller Anstaltsfriedhof, Anm. d. Verf.] aus dem Land südlich des Brenners kam“. Für Südtiroler Patientinnen und Patienten war lange Zeit die Anstalt in Pergine bei Trient zuständig, erst ein Jahr vor der „Option“ wurde 1938 eine psychiatrische Einrichtung in Südtirol eröffnet. Auch in Gemeindeversorgungshäusern und Spitälern fanden viele psychisch kranke Menschen Platz. Nach längeren Verhandlungen wurde 1939 im Zuge der „Option“ die Absicht geäußert, dass auch die „geistig und körperlich minderwertigen Volksdeutschen“ vom Deutschen Reich übernommen werden sollten. Dies wurde von Italien im Sinne einer finanziellen Entlastung gefordert. Eine explizite Regelung unterblieb jedoch. Lechner fand in den Quellen interessante Hinweise, dass schon 1939 in der Propaganda der „Dableiber“, der Gegner der Option für das Deutsche Reich, der geringe Stellenwert von Schwachen und Kranken in der NS-Ideologie eine Rolle spielte, wenn auch nur am Rande. Die umgesiedelten psychisch kranken Menschen aus Südtirol wurden zwar in der Folge nicht systematisch in die NS-Euthanasie einbezogen – unter den 360 in Hartheim ermordeten Haller Patientinnen und Patienten befanden sich keine Umsiedler/-innen – nur wenige überlebten jedoch ihren Aufenthalt in den verschiedenen Anstalten im Deutschen Reich. 588 Südtiroler Patientinnen und Patienten wurden im Zuge der Umsiedlung in Hall eingewiesen. Dank einer umfangreichen statistischen Auswertung durch den Autor lässt sich u. a. nachweisen, dass ihre Sterblichkeit ungefähr die gleiche Höhe wie jene der anderen Patientinnen und Patienten erreichte. Die schlechten Lebensbedingungen und die mangelhafte

Ernährung forderten auch unter den Südtirolerinnen und Südtirolern zahlreiche Todesopfer. Dass diese in der Fachliteratur oftmals als anonyme Masse dargestellten Menschen ihre eigenen, unterschiedlichen Lebens- und Leidenswege hatten, führt Lechner abschließend anhand ausgewählter Biografien vor Augen.

Den Abschluss des vorliegenden Bandes bildet ein umfangreicher Text von Andrea Sommerauer zum Umgang mit der NS-Euthanasie nach 1945 in Tirol (und zum Teil in Vorarlberg) sowie zur schwierigen und langwierigen Herausbildung einer Gedenkkultur für die Verstorbenen bzw. Ermordeten. Sommerauer thematisiert am Beginn des Artikels die methodischen Probleme bei der Auseinandersetzung mit der Frage von gesellschaftlichen Erinnerungsprozessen. Folgerichtig betont sie die Notwendigkeit der Auswertung von Informationen „jenseits klassischer Quellenbestände“, wobei kaum der Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden könne. Die Adaption des auf Wolfgang Neugebauer gestützten „Drei-Phasen-Modells“ erweist sich als sinnvoll. Grundsätzlich dürfte sich die Tiroler Situation, wie auch Sommerauer anhand von zahlreichen Beispielen belegt, nicht sonderlich von den Entwicklungen auf gesamtösterreichischer Ebene unterscheiden haben. Nach einer ersten, zum Teil sehr engagierten Phase der medialen wie juristischen Aufarbeitung bis Ende der 1940er Jahre sollte die NS-Euthanasie von Anfang der 1950er bis in die 1980er Jahre weitgehend aus der Öffentlichkeit verschwinden. Auch konnten belastete Personen, wie z. B. Ärzte, ihre Karrieren ab den späten 1940ern wieder fortsetzen. Reformbewegungen in der Psychiatrie und im Bereich von Menschen mit Behinderungen thematisierten ab den späten 1970er Jahren die NS-Verbrechen erneut. Diese Impulse wurden in der Folge von Historikerinnen und Historikern, Lehrenden sowie Schriftstellerinnen und Schriftstellern aufgegriffen und die NS-Euthanasie wurde laut Sommerauer ab Mitte der 1980er Jahre in Verbindung mit starken Bemühungen in Österreich und Deutschland erneut zu einem gesellschaftlichen – und auch wissenschaftlichen Thema. Nicht zuletzt erleichterte das altersbedingte Ausscheiden der Kriegsgeneration aus politischen und gesellschaftlichen Positionen einen neuen Umgang mit den NS-Verbrechen, der sich ab Mitte der 1990er Jahre allgemein in voller Breite durchsetzen konnte. Neben zahlreichen Veranstaltungen, Publikationen, Kunst- und Ausstellungsprojekten weist die Autorin auf eine neue Qualität und Quantität an dezentralen Gedenkzeichen in Tirol und Vorarlberg hin, die oftmals in den Geburts- und Wohnorten der Ermordeten an sie erinnern. Erfreulicherweise kommen hier auch empirische Daten zum Einsatz und untermauern die Erkenntnisse Sommerauers. Einen besonderen Einblick in die Schwierigkeiten dieser Erinnerungsprozesse, gerade auch auf familiärer Ebene, geben die Darstellungen der Bemühungen einzelner Personen um das Gedenken an ermordete Familienmitglieder. Allgemein betrachtet zeigen die Erkenntnisse Sommerauers, dass das umfassende Projekt zur Erforschung der Geschehnisse in Hall vor dem Hintergrund einer bereits bestehenden, relativ lebendigen Erinnerungskultur und durchaus reger Bemühungen in Kultur und Forschung um eine Aufarbeitung der NS-Euthanasie begonnen werden konnte.

.....

Verein für Sozialgeschichte der Medizin – Basisinformationen

.....

Vereinsadresse

Verein für Sozialgeschichte der Medizin
Georgstraße 37
1210 Wien
Österreich
ZVR-Nr.: 745805986
Homepage: www.sozialgeschichte-medizin.org
E-Mail: verein@sozialgeschichte-medizin.org

Vereinskonto

Verein für Sozialgeschichte der Medizin
IBAN: AT05 6000 0005 1008 9693
BIC: OPSKATWW

Vorstand

Präsidentin: MMMag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Lobenwein (Klagenfurt)
Stv. Präsident: PD Dr. Carlos Watzka (Graz)
Stv. Präsidentin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Dietrich-Daum (Innsbruck)
Sekretär: Ass. Prof. Dr. Alfred Stefan Weiß (Salzburg)
Stv. Sekretärin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Heidegger (Innsbruck)
Stv. Sekretärin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Dorffner (Wien)
Finanzreferent: Mag. Dr. Andreas Golob (Graz)
Stv. Finanzreferentin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marina Hilber (Innsbruck)
Stv. Finanzreferent: Mag. Dr. Alois Unterkircher (Innsbruck/Ingolstadt)

Wissenschaftlicher Beirat

Assoz. Prof.ⁱⁿ PD DDr.ⁱⁿ Sonia Horn, Ehrenpräsidentin (Wien)
Prof. Dr. Gerhard Baader (Berlin)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gunda Barth-Scalmani (Innsbruck)
PD Dr. Fritz Dross (Erlangen)
Dr.ⁱⁿ Elke Hammer-Luza, MAS (Graz)
Prof. Dr. Robert Jütte (Stuttgart)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Marosi (Wien)
Prof. DDr. Werner Mohl (Wien)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Irmtraut Sahmland (Marburg)
Prof. Dr. Martin Scheutz, MAS (Wien)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christina Vanja (Kassel)
Dr.ⁱⁿ Sabine Veits-Falk (Salzburg)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Wiesemann (Göttingen)

Vereinsziele

Förderung der Forschung und Vermittlung von Wissen auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit und angrenzenden Thematiken, insbesondere durch:

- Veranstaltung von Tagungen, Ausstellungen, Seminaren und Vorträgen
- Herausgabe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Unterstützung von Publikationsprojekten
- Durchführung von sowie Förderung und Beratung bei einschlägigen Forschungsprojekten
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit ähnlichen Zielen im In- und Ausland
- Etablierung intensiver und produktiver Kooperationen medizinhistorisch Forschender
- Unterstützung von jungen, einschlägig tätigen WissenschaftlerInnen
- Mediale Vermittlung von Informationen zur Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin

Mitgliedschaft

Wer sind die Mitglieder des Vereins?

Zu den Mitgliedern des Vereins zählen nicht nur HistorikerInnen und MedizinerInnen sondern ein breites Spektrum aller an der Sozialgeschichte der Medizin interessierter Menschen sowie Institutionen.

Wer kann Vereinsmitglied werden?

Vereinsmitglied kann jeder werden, der sich mit den Zielen des Vereines identifiziert und den jährlichen Mitgliedsbeitrag entrichtet.

Wie hoch ist der Mitgliedsbeitrag?

Die Mitgliedschaft kostet 30 € pro Jahr. Studierende und alle Personen mit einem monatlichem Nettoeinkommen von unter 1.000 € können um einen reduzierten Mitgliedsbeitrag (20 €) ansuchen.

Welche Vorteile hat eine Mitgliedschaft?

- Gratisbezug der jährlich erscheinenden Fachzeitschrift „Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“
- Ermäßigter Bezug von Publikationen des Vereins
- Regelmäßige Information über Publikationen, Veranstaltungen und Aktivitäten des Vereins via Newsletter
- Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung der Aktivitäten des Vereins

Haben Sie Interesse, Mitglied des Vereins zu werden?

Kontaktieren Sie uns einfach per E-Mail: verein@sozialgeschichte-medizin.org

- Regelmäßige Information über Publikationen, Veranstaltungen und Aktivitäten des Vereins via Newsletter
- Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung der Aktivitäten des Vereins

Haben Sie Interesse, Mitglied des Vereins zu werden?

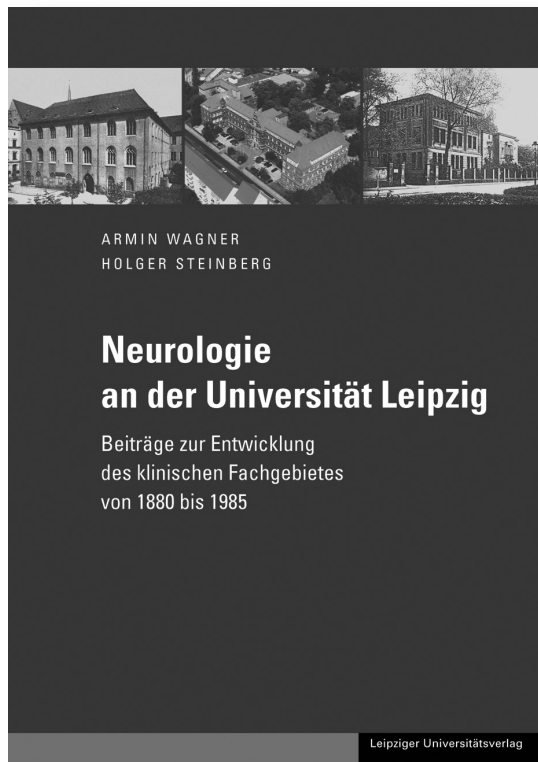
Kontaktieren Sie uns einfach per E-Mail: verein@sozialgeschichte-medizin.org

AUS UNSEREM VERLAGSPROGRAMM

Armin Wagner, Holger Steinberg

Neurologie an der Universität Leipzig

Beiträge zur Entwicklung des klinischen Fachgebietes
von 1880 bis 1985



2015, 566 Seiten, Hardcover, 49,00 Euro
ISBN 978-3-86583-942-8

Bestellungen in jeder Buchhandlung oder beim Verlag direkt über
info@univerlag-leipzig.de

AUS UNSEREM VERLAGSPROGRAMM

Christian Schwokowski

Überliefertes, Erlebtes und Erkenntnisse

Reflexionen zur Chirurgie an der Universität Leipzig

Christian Schwokowski

ÜBERLIEFERTES, ERLEBTES UND ERKENNTNISSE

Reflexionen zur Chirurgie an
der Universität Leipzig



Leipziger Universitätsverlag

2015, 364 Seiten, Hardcover, 33,00 Euro
ISBN 978-3-86583-943-5

Bestellungen in jeder Buchhandlung oder beim Verlag direkt über
info@univerlag-leipzig.de

AUS UNSEREM VERLAGSPROGRAMM

Boris Böhm (Hrsg.)

„Wird heute nach einer Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Sachsen überführt.“

Die Ermordung ostpreußischer Patienten in der nationalsozialistischen
Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein im Jahre 1941



2015, 172 Seiten, Broschur, 22,00 Euro
ISBN 978-3-86583-976-3

Bestellungen in jeder Buchhandlung oder beim Verlag direkt über
info@univerlag-leipzig.de

AUS UNSEREM VERLAGSPROGRAMM

Rolf Haupt, Karsten Güldner, Wolfgang Hartig (Hg.)

800 Jahre St. Georg in Leipzig

Vom Hospital des Chorherrenstifts St. Thomas zum
medizinisch-sozialen Zentrum



800 Jahre St. Georg in Leipzig

– Ein Lesebuch –



Leipziger Universitätsverlag

2011, 576 Seiten und 1 CD-Rom, Hardcover, 14,90 Euro
ISBN 978-3-86583-563-5

Bestellungen in jeder Buchhandlung oder beim Verlag direkt über

info@univerlag-leipzig.de

