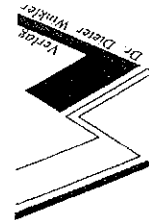


Josephinismus – eine Bilanz/ Échecs et réussites du Joséphisme

Jahrbuch der Österreichischen Gesellschaft
zur Erforschung des achtzehnten Jahrhunderts

Bd. 22

Sonderdruck



© Bochum 2008

SONJA HORN eine Akademie in Absicht der Erweiterung der medizinisch – chirurgischen Wissenschaft ... – Hintergründe für die Entstehung der medizinisch- chirurgischen Akademie „Josephinum“	215
CHRISTINE LEBEAU Reconfigurer les « échecs » du Joséphisme. L'exemple de la réforme fiscale	245
DANA ŠTEFANOVA Die „Schwarzenberg-Bank und der Josephinismus“	257
<i>Rezeptionen/Comptes rendus</i>	
GERHARD AMMERER, ALFRED STEFAN WEISS (Hg.): Strafe, Disziplin und Besserung. Frankfurt/Main u.a.: Peter Lang 2006 (Peter Becker/Linz)	281
JOACHIM BÄHLKE: Ungarischer Episkopat und österreichische Monarchie. Von einer Patriarchats zur Konfrontation (1686-1790). Stuttgart: Franz Steiner Verlag 2005 (Forschungen zur Geschichte und Kultur des östlichen Mitteleuropas 23) (Árpád v. Klimó/Berlin)	282
HELMUT W. FLÜGEL: Das abenteuerliche Leben des Benedikt Hermann (1755–1815). Vom steirischen Bauernsohn zum Chevalier und Intendanten der russischen Bergwerke. Wien- Köln-Weimar: Böhlau 2006 (Martin Scheutz/Wien)	283
HARALD HEPPNER, ALOIS KERBAUER, NIKOLAUS REISINGER (Hg.): In der Vergangenheit viel Neues. Spuren aus dem 18. Jahrhundert ins Heute. Wien: Braumüller 2004 (Ritche Robertson/Oxford)	286
LARS BEHRSCHE (Hg.): Vermessen. Zählen. Berechnen. Die politische Ordnung des Raums im 18. Jahrhundert. Frankfurt/New York: Campus 2006 (Historische Politikforschung 6) (Harald Heppner/Graz)	287
HANS-CHRISTIAN MANER (Hg.): Grenzregionen der Habsburgermonarchie im 18. und 19. Jahrhundert. Ihre Bedeutung und Funktion aus der Perspektive Wiens. Münster: Lit Verlag 2005 (Mainzer Beiträge zur Geschichte Osteuropas 1) (Harald Heppner/Graz)	288
PHILIPP MANSSEL: Der Prinz Europas. Prince Charles-Joseph de Ligne 1735-1814. Stuttgart: Klett-Cotta 2006 (Renate Zedinger/Wien)	290
MARION FÜRST: Maria Theresia Paradis. Mozarts berühmte Zeitgenossin Köln-Weimar- Wien: Böhlau 2005 (Europäische Komponistinnen 4) (Renate Zedinger/Wien)	292
GERHARD PREISINGER: Arbeitsdisziplinierung und frühe Industrialisierung 1750 – 1820. Wien-Köln-Weimar: Böhlau 2006 (Waltraud Heindl/Wien)	295
ROBERT-TAREK FISCHER: Österreich im Nahen Osten. Die Großmachtpolitik der Habsburgermonarchie im Arabischen Orient 1633-1918. Wien-Köln-Weimar: Böhlau 2006 (Renate Zedinger/Wien)	298
ANGELA KULENKAMPF: Österreich und das Alte Reich. Die Reichspolitik des Staatskanzlers Kaunitz unter Maria Theresia und Joseph II., Köln-Weimar-Wien 2005 (Renate Zedinger/Wien)	299
CHRISTINE SCHNEIDER: Kloster als Lebensform. Das Wiener Ursulinenkonvent in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts (1740-1790). Wien-Köln-Weimar: 2005 (L'Homme Schriften 11) (Johannes Frimmel/Wien)	300
Abstracts/Résumés	303
BeitragInnen/RezensionInnen	321

DAS ACHTZEHNTE JAHRHUNDERT UND ÖSTERREICH

Herausgeberin: Österreichische Gesellschaft zur Erforschung des achtzehnten Jahrhunderts

Band 22

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Bibliographic information published by Die Deutsche Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the internet at <http://dnb.ddb.de>

ISBN 978-3-89911-083-8 K1

ISBN 978-3-89911-097-5 Gb

ISSN 1015-406X

Das achtzehnte Jahrhundert und Österreich

wird in der Zeitschriftendatenbank von H-SOZ-U-KULT geführt
und ausgewertet in den Referateorganen

HISTORICAL ABSTRACTS und AMERICA: HISTORY AND LIFE.

Gedruckt mit Unterstützung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Wien.

Mit Unterstützung der Historisch-kulturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Mit Unterstützung der Kulturabteilung der Stadt Wien, Wissenschafts- und Forschungsförderung.



Titelbild: Vorder- und Rückseite der Oblatenstempel von Bankobligation Nr.13548 der k.k. Wr. Kommerzial, Leih- und Wechselbank, Wien, 13.11.1816. Archiv Treboň, Český Krumlov (Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Archiv Treboň in Český Krumlov)

© by Verlag Dr. Dieter Winkler, Bochum 2008

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die des Nachdrucks, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem Wege oder der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Printed in Germany

„... eine Akademie in Absicht der Erweiterung der medizinisch – chirurgischen Wissenschaft ...“ –
Hintergründe für die Entstehung der medizinisch-chirurgischen Akademie „Josephinum“

SONIA HORN

Im Jahr 1785 wurde die „medizinische-chirurgische Akademie“ von Joseph II. gegründet, wenig später erhielt sie den Namen „Josephs-Akademie“ und schließlich bürgerte sich die Bezeichnung „Josephinum“ ein. Diese Institution wurde mehrfach geschlossen und jeweils mehr oder weniger verändert wieder eröffnet. Nachdem das Gebäude bis 1918 von der militärärztlichen Applikationsschule genutzt wurde, übernahm es die Universität Wien. Ab 1920 beherbergte es lange Zeit das Institut für Geschichte der Medizin und das Institut für Pharmakognosie der Universität Wien. Nunmehr befindet sich „das Josephinum“ im Besitz der medizinischen Universität Wien, die 2002 als Nachfolgerin der medizinischen Fakultät der Universität Wien gegründet wurde.

Dieses Gebäude kann auch als „Symbol“ gesehen werden, das der realen Umsetzung einer bestimmten Idee diene. In diesem Sinn ist „das Josephinum“ fast als Akronym zu verstehen, das die speziellen Vorstellungen davon versinnbildlicht, wie ein Gesundheitswesen zur Zeit Josephs II. aus- und aufgebaut werden sollte. Immerhin wurden hier jene Personen ausgebildet, die dieses Gesundheitswesen tragen sollten. Das „Josephinum“ kann jedoch nicht auf eine Institution reduziert werden, in der lediglich das Ziel verfolgt wurde, medizinische Fachkräfte für das Militär auszubilden. Vielmehr sollte es als Teil dessen verstanden werden, was häufig als „Josephinismus“ bezeichnet wird – eine bestimmte Vorstellung davon, wie die Gesellschaft gestaltet sein sollte und die Umsetzung dieser Denkweisen.

Um die „Funktion“ des Josephinums und die dahinter stehenden Überlegungen zu verstehen, sind vielschichtige Zusammenhänge und Hintergründe zu berücksichtigen. Im Folgenden soll versucht werden, diese Rahmenbedingungen zu skizzieren.

-
- 1 Joseph KROPACEK, Österreichs Staatsverfassung vereinbart mit den zusammengezogenen bestehenden Gesetzen zum Gebrauche der Staatsbeamten, Advokaten, Ökonomen, Obrigkeiten, Magistrate, Geistlichen, Bürger und Bauern, zum Unterrichte für angehende Geschäftsmänner 3. Wien 1792, 657.

Strukturen und Verwaltung des Gesundheitswesens

Bis weit in das 19. Jahrhundert wurde das Gesundheitswesen in erster Linie durch Heilkundige getragen, die ihre Kenntnisse nicht primär über eine akademische Ausbildung erworben hatten. Vollständig ausgebildete Bader und Wundärzte können nicht grundsätzlich als Heilkundige mit mangelhaften medizinischen Kenntnissen betrachtet werden. Da die Medizin immerhin auch eine praktische Tätigkeit war und ist, konnten mit einer Ausbildung, die mehrere Jahre dauerte und primär im handwerklichen Kontext vermittelt wurde, durchaus dem aktuellen Wissensstand adäquate medizinische Kenntnisse und Fähigkeiten erworben werden. Spätestens ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts erfolgte ein Teil der Ausbildung dieser nicht-akademischen Heilkundigen auch an den Universitäten.

Der übliche Ausbildungsweg eines Baders und/oder Wundarztes begann im Alter von 14 bis 16 Jahren, wie dies für handwerkliche Berufe üblich war. In allen bislang untersuchten Baderordnungen für Wien² und das heutige Niederösterreich³ war die Fähigkeit zu lesen und zu schreiben Voraussetzung, um mit der Lehre beginnen zu können. Im Zusammenhang mit Prüfungen von Bademern und Wundärzten, die in den Akten der Wiener medizinischen Fakultät verzeichnet sind, wird das Lesen von bestimmten Büchern durch diese Berufsgruppe mehrfach und aus verschiedenen Gründen erwähnt.⁴ Nach einer Lehrzeit von etwa vier Jahren wurde der Lehrling freigesprochen und konnte als „Baderknecht“ tätig werden. In den folgenden vier Jahren sollte gewandert werden, um schließlich zur Meisterprüfung antreten zu können. Diese Wanderungen wurden im frühneuzeitlichen Handwerk üblich und als notwendig betrachtet, um sich umfassende Kenntnisse im betreffenden Gewerbe anzueignen. Weitere Voraussetzungen für die Meisterprüfung waren der Besitz einer Badstube, die meist durch Kauf oder Heirat erworben werden konnte, sowie die Fähigkeit, einen Betrieb zu leiten und Lehrlinge auszubilden. In manchen Gegenden war es durchaus üblich, dass die Badstube von der Gemeinde verpachtet wurde, allerdings musste auch dieser Pächter als Meister ausgewiesen sein.⁵ Eine weitere Voraussetzung für die „Meisterschaft“ war der ehrenhafte Lebenswandel – so konnte es zum Problem werden, wenn ein zukünftiger Meister zu früh nach seiner Heirat Vater geworden

2 Vgl. Sonia HORN, Normative Quellen zum Wiener Gesundheitswesen, Abschlussbericht zum Forschungsstipendium der Stadt Wien MA 7–3262/03 (2005), Internetpublikation: [http://www.MemoriaMedicinae.meduniwien.ac.at/Gesundheitswesen/Wien].

3 Vgl. Sonia HORN, Normative Quellen zum Niederösterreichischen Gesundheitswesen, Abschlussbericht zum Jubiläumsfonds-Projekt 8706 (2003), Internetpublikation: [http://www.MemoriaMedicinae.meduniwien.ac.at/Gesundheitswesen/Niederösterreich].

4 Häufig wird z.B. erwähnt, dass bestimmte Bücher gelesen wurden oder noch gelesen werden sollten.

5 Vgl. Susanne MIEDLER-LEIMER, ... ob er auch in der Kunst der Wundtarnzey genuegsamb erfahrm sey“, Bader und Wundärzte im frühneuzeitlichen Tal Wachau (1523-1679). Diss. Wien 1998.

war. Es war auch durchaus möglich, dass ein Bader bzw. Wundarzt, der zunächst im Heer als Feldscherer tätig gewesen war, ins Zivilleben wechselte, um sich als bürgerlicher Bader niederzulassen.⁶ Einige wenige bislang untersuchte Fälle zeigen, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die sog. „Feldscherer“ oder „Feldwundärzte“ eine geringe Ausbildung hatten – vielmehr dürfte es sich um Personen handeln, die ihre Ausbildung weitgehend abgeschlossen hatten und als voll ausgebildete „Baderknechte“, die aus verschiedenen Gründen die Meisterprüfung nicht abgelegt hatten, in den Militärdienst eintraten.

Ab 1517 wurden die Wiener Bader und Wundärzte nach der Meisterprüfung auch von der medizinischen Fakultät der Universität Wien geprüft und approbiert. In den Ländern ob und unter der Enns war dies ab 1638 Vorschrift und wurde meist auch eingehalten. Die approbierten Bader und Wundärzte in diesen Regionen unterstanden berufsrechtlich der Wiener medizinischen Fakultät, die durch ihre akademische Gerichtsbarkeit über einen gewissen Handlungsspielraum in derartigen Angelegenheiten verfügte. Immerhin konnte sie im Fall unerlaubter medizinischer Praxis Geld- oder Kerkerstrafen verhängen. Vielfach wurden unerlaubt praktizierende Heilkundige von Bademern, Wundärzten oder auch anderen Personen bei der medizinischen Fakultät angezeigt, die diese Fälle in der Regel sehr strikt verfolgte. In diesem Sinn vertrat sie auch die Interessen der von ihr approbierten Bader und Wundärzte.⁷ Vor diesem Hintergrund ersuchten 1642 einige Wiener Hebammen die medizinische Fakultät, sie in der Geburtshilfe zu prüfen. Daraus entwickelte sich schlussendlich die besondere Stellung der Hebammen, die als Schülerinnen bei der medizinischen Fakultät immatrikuliert und inskribiert wurden, von den Doktoren geprüft und als geprüfte Hebammen zur „civitas academica“ gezählt wurden.⁸ Diese Richtlinien waren für Heilkundige, die von Grundherrschaften angestellt wurden, nicht verbindlich, allerdings wurde doch häufig auf diese Art der „Qualitätssicherung“ Wert gelegt.⁹

6 Z.B. der aus Sachsen stammende evangelische Bader und Wundarzt Andreas Pusch. Er hatte sich 1746 nach der Auflösung seines Regiments in Sopron niedergelassen, sich danach ein kleines Vermögen erwirtschaftet und geheiratet. 1755 ersuchte er Kaiserin Maria Theresia, ihm trotz seiner Konfession, aber aufgrund seiner Qualifikation, die auch von städtischen Autoritäten bestätigt wurde, das Bürgerrecht zu erteilen. Dies wurde ihm gewährt. Ungarisches Staatsarchiv (MOL), Acta Sanitatis Lad. A, Fasc. 1 (1755). Ähnlich auch Franz Greitzky, Feldscherer des Generalfeldmarschall Daun'schen Regiments zu Fuß, der 1743 eine Badener Bürgerstochter heiratete und sich in Baden bei Wien niederließ. In: Rudolf MAURER, Baden, schröpfen, amputieren. Die Geschichte der Bader in Baden bei Wien. Wien 2004, 105.

7 Vgl. Sonia HORN, Des Propstes heilkundlicher Schatz. Medizinische Literatur des 16. und 17. Jahrhunderts in der Bibliothek des ehemaligen Stiftes St. Pölten (= Beiträge zur Kirchengeschichte Niederösterreichs 9, St. Pölten 2002) 79.

8 Sonia HORN, Wiener Hebammen 1643-1753. In: Studien zur Wiener Geschichte (= Jahrbuch des Vereins für Geschichte der Stadt Wien 59, Wien 2003) 35-102.

9 Monika GRASS, Medizinische Versorgung in der Grafschaft Forchtenstein und in den Herrschaften Eisenstadt und Hornstein in der frühen Neuzeit bis zum Sanitätsnormativ von 1770. Diplomarbeit, Wien 2006.

Bader und Wundärzte waren vom Beginn ihrer Ausbildung an in Zünften organisiert. Wie bislang bekannt ist, existierten in Wien und Sopron getrennte Zünfte für Bader und Wundärzte. In Wien erfolgte diese Trennung 1511 und sie besagte, „...dass kein Barbier nicht bader ist...“¹⁰ In Sopron existierte eine eigene Zunft für Wundärzte ab 1659.¹¹ In ländlichen Gegenden hingegen sollte der Bader auch „...in der Wundarznei genuegsam erfahren...“ sein.¹²

Wie die bisherigen Regionalstudien in Teilen des heutigen Burgenlandes und Niederösterreichs zeigen, genossen Bader und Wundärzte durchaus hohes Ansehen in ihrem Umfeld – häufig hatten sie wichtige Ämter inne, wie etwa das des Marktrichters oder waren als Ratsherren für die Gemeinde verantwortlich.¹³ In diesen Regionen galten sie keinesfalls als unehrenhaft, wie dies gelegentlich in der medizinhistorischen Sekundärliteratur zu lesen ist.

Am Beispiel der Baderzunft von Oberhollabrunn (s. Abb. 1) zeigt sich, dass die Dichte der Versorgung durch Bader und Wundärzte sehr hoch war und eine Badstube in einer guten dreiviertel Stunde zu Fuß erreicht werden konnte.

Den frühneuzeitlichen therapeutischen Ansätzen entsprechend boten diese eine medizinische Grundversorgung an. In schwierigen Fällen wurde jedoch durchaus auch in die Betreuung durch Doktoren der Medizin investiert.¹⁴ In eher entlegenen Regionen waren akademische Ärzte selten verfügbar. Allerdings waren akademische Ärzte häufig für Grundherrenschaften tätig und standen daher gelegentlich auch für andere Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

Vorkehrungen und Maßnahmen gegen Epidemien, sowie die Betreuung von Personen, die an Krankheiten litten, die als ansteckend galten, wurden als eigener Bereich innerhalb der medizinischen Versorgung verstanden. Für die Betreuung der Kranken standen in ländlichen Regionen meist Kontumazhäuser zur Verfügung, die am Rand des Ortes errichtet worden waren. Im Wiener Spital zu St. Marx war medizinisches Personal im Einsatz, das lediglich die infektiösen Erkrankten betreute, außerhalb des Spitals durften diese Heilkundigen – akademische Ärzte ebenso wie Chirurgen und Bader – keine Patientinnen und Patienten betreuen.¹⁵ Für Maßnahmen und Vorkehrungen gegen Seuchen waren im heutigen Niederösterreich akademische Ärzte verantwortlich, die von den Ständen angestellt waren. Diese sog. Landschaftsärzte waren auch für verschiedene hygienische Maßnahmen zuständig. Die Wiener medizinische Fakultät galt je-

10 Die 1511 erfolgte und von Maximilian I. bestätigte Trennung der Wiener Bader und Barbier wurde 1521 von Ferdinand I. erneuert. Wiener Stadt- und Landesarchiv (WStLA): Innungsakten Bader und Wundärzte 1. fol. 1-2, 19.10.1521.

11 Bestätigung der Zunftordnung der Soproner Chirurgen durch Leopold I. Archiv Sopron. Lad. 10. Fasc. 5 Nr. 85. 13.9.1659.

12 MIEDLER-LEIMER (wie Anm. 5), 82.

13 GRASS (wie Anm. 9), 112f.

14 GRASS (wie Anm. 9), 17 und 45.

15 Sonia HORN, Approbiert und examiniert. Die Wiener medizinische Fakultät und nicht-akademische Heilkundige in Spätmittelalter und Früher Neuzeit. Diss. Wien 2001, 134-137.

doch als Autorität in Fragen der Seuchenprophylaxe – sie erstellte Gutachten, Stellungnahmen und Empfehlungen für das richtige Verhalten, wenn Epidemien drohten oder bereits ausgebrochen waren.¹⁶

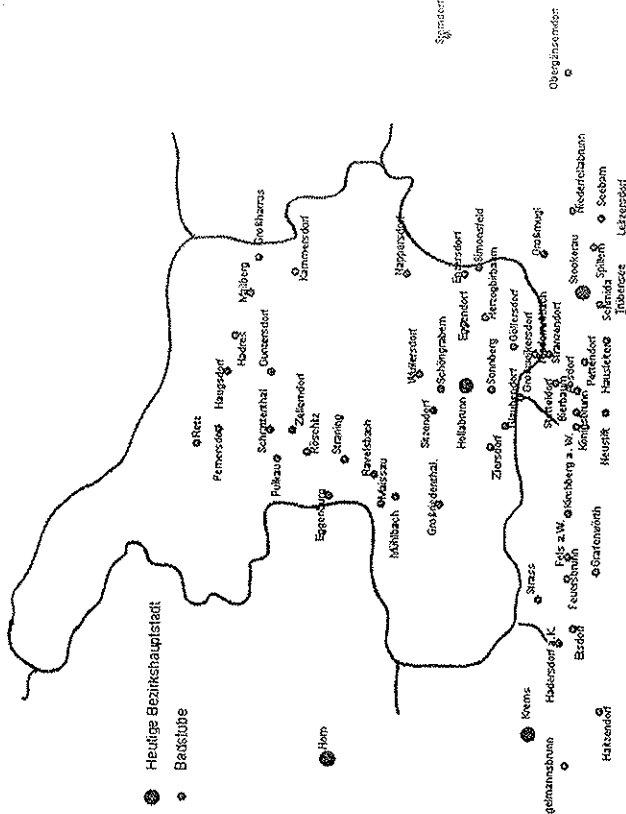


Abbildung 1: Bader und Wundärzte im heutigen Bezirk Hollabrunn um die Mitte des 18. Jahrhunderts.

[Quelle: Zunftbuch der Bader und Wundärzte von Oberhollabrunn 1754. © Sonia Horn]

Über die Zünfte und die medizinische Fakultät erfolgte somit die Verwaltung der medizinischen Basisversorgung. Die Wiener medizinische Fakultät war zusätzlich die letztverantwortliche Instanz, wenn es um Vorkehrungen oder Maßnahmen gegen das Auftreten von Seuchen ging. Diese Situation war im Einflussbereich der medizinischen Fakultät von Prag ähnlich.¹⁷ Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts war dieser breite Aufgabenbereich der medizinischen Fakultäten von Prag und Wien von einer an sich gut funktionierenden Verwaltung zu einer gro-

16 Sonia HORN, Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit zwischen Kameralismus und medizinischer Polizey. Forschungsdesiderata für Österreich und Ungarn in der Frühen Neuzeit. In: Begegnungen. Schriftenreihe des Europa-Institutes Budapest 19. Budapest 2003, 227-246.

17 Petr SVOBODNY, Universitas-Civitas-Sanitas. Relevante Quellen im Archiv der Karlsuniversität in Prag. In: Sonia HORN und Susanne C. PILS (Hg.), Sozialgeschichte der Medizin. Wiener Gespräche. Stadtgeschichte und Medizingeschichte. Wien 1998, 52-56.

ben Belastung für die medizinischen Fakultäten geworden. In seinen Vorschlägen zur Verbesserung der Struktur der Wiener medizinischen Fakultät von 1749 wies Gerard van Swieten (1700-1772) auf diese schwierige Situation hin und empfahl eine Trennung der Bereiche Lehre und Verwaltung des Gesundheitswesens.¹⁸

Über mehrere Zwischenstufen erfolgte die Ausgliederung der Verwaltung des Gesundheitswesens aus dem Tätigkeitsbereich der medizinischen Fakultäten schliesslich durch die Sanitäts- und Kontumazordnung von 1770. Diese bestand aus zwei Teilen – einer Sanitätsordnung, die gewissermaßen das „alltägliche“ Gesundheitswesen strukturierte und einer Kontumazordnung, die ausführliche Richtlinien enthielt, um den Ausbruch von Seuchen zu verhindern und Epidemien zu bewältigen.¹⁹ In beiden Fällen wurden bewährte Modelle, die sich etwa im Einflussbereich der Wiener medizinischen Fakultät über mehrere Jahrhunderte hin entwickelt hatten, auf alle habsburgischen Länder übertragen. In manchen Regionen stellten diese Richtlinien somit nichts Neues dar, in anderen hingegen schon (s. Abb. 2).

Diese Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, die Durchsetzung von Strukturen, die diesen Vorgaben entsprachen, und die Überwachung dieses Prozesses ist als eines der Ziele der „josephinischen Verwaltung“ zu sehen. Hierfür wurden sog. Conduittlisten erstellt, in denen angeführt wurde, welche Heilkundigen an welchen Orten tätig waren. Zum einen sicherte dies die Information über die Zustände des Gesundheitswesens an vielen verschiedenen Orten, zum anderen war dies Teil der möglichst umfassenden Beobachtung der Bevölkerungsentwicklung, was den zeitgenössischen Vorstellungen davon, wie ein Staatswesen strukturiert sein sollte, entsprach. Dass diese Conduittlisten in allen Regionen sehr ähnlich gestaltet waren und auch Listen, die in anderen Verwaltungsbereichen eingesetzt wurden, stark ähnelten, ist ein äußeres Zeichen der zugrunde liegenden Idee – die vereinheitlichte und umfassende Verwaltung der Bevölkerung und ihrer Gesundheit, die für ein prosperierendes Staatswesen als enorm wichtig betrachtet wurde. Der medizinischen Ausbildung wurde (zumindest) ab der Mitte des 18. Jahrhunderts wesentliche Bedeutung für das Staatswesen selbst zugeschrieben. Die Einleitung zu einer Stellungnahme des Direktors der medizinischen Studien, Anton von Störck (1731-1803), in der auf die Frage nach Einsparungsmöglichkeiten bei Lehrkräften der Universität Wien geantwortet werden sollte, macht dies deutlich: „Es ist eine der vornehmsten Angelegenheiten eines wohl eingerichteten Staates für die Erhaltung seiner Bürger zu sorgen. Seine Macht wächst und fällt nach dem Maße des Wachstums oder der Abnahme seiner Glieder. Nicht seyn oder durch Krankheit für die Bedürfnisse der Gesellschaft



Abbildung 2: Schema der Verwaltung des Gesundheitswesens basierend auf der Sanitäts- und Kontumazordnung von 1770.

[© Sonia Horn/Marcel Chahrouf]

¹⁸ Österreichisches Staatsarchiv (ÖStA), Allgemeines Verwaltungsarchiv (AVA), Akten der Studienhofkommission (StHK), Karton 1, fol. 100-105.

¹⁹ Codex Austriacus, Pars IV, Suppl. IV, p. 1247-1292, 2.1.1770.

unmöglich seyn, läuft in dieser Betrachtung auf eines hinaus. Alle bürgerlichen Handlungen setzen das physische Wohl unseres Körpers zum Grunde voraus.²⁰

Damit dies funktionieren konnte, wurden jedoch auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen gebraucht, die sich der Bedeutung dieser Informationsbeschaffung und -weitergabe bewusst waren und diese Aufgaben entsprechend sorgfältig ausführten. Diese mehr oder weniger „ideologische Schulung“ wurde an den Universitäten und im Rahmen der üblichen Ausbildung von nicht-akademischen Heilkundigen jedoch nicht vermittelt, weshalb diesen obrigkeitlichen Aufträgen vielerorts nicht oder nur sehr unzuverlässig nachgekommen wurde. Daran änderten auch verbesserte und eindeutig gestaltete Vordrucke für die Conduittlisten wenig – ohne Einsicht in die Notwendigkeit derartiger Verwaltungstätigkeiten konnte keine Effizienz erreicht werden.

Ausbildung

Die Ausbildung von Badern, Wundärzten und Hebammen wurde bereits skizziert. Studenten der Chirurgie werden in den Aufzeichnungen der Wiener medizinischen Fakultät etwa ab der Mitte des 17. Jahrhunderts erwähnt. Ab 1721 wurden junge Chirurgen, Bader, Hebammen, Doktoren und Studenten der Chirurgie in sog. „*collegia publica*“ unterrichtet, die im Wiener Bürgerspital abgehalten wurden.²¹

Prinzipiell ging man von der Idealvorstellung aus, „...daß bey allen und jeden hiesigen Spitalern, und Kranckenhäusern die in anderen wohlbestellten Stätten so wohl Theutschlands, als anderer Länder übliche Cur- und Heylungs Art deren presthafftten Personen per demonstrationes medicas et chyrgicas gleichfalls eingeführt werden, wo nembliche die Operationes in beyseyn deren medicorum et chyrgorum per modum collegij durch wohlerfahrene Wundtärztl öffentlich vorgenommen, der Zustand vorläuffig erclärt, sodann der Handgriff denen anwesenden mit allen Vortheillen gezeigt, und endlichen ein Heylungs Mittl vorgeschrieben, und appliciert werden, und zumahlen hierbey nicht allein die jungen Doctores, ehe sye ad praxim gelassen werden, und die studiosi medicinae, sondern auch die noch nicht genugsamb erfahrene Barbiers und Baadern gesellen, wie auch denenselben jungen, und Hebaminnen einen grossen Nutzen schöpfen könnten, dem publico auch sehr daran gelegen wäre, dass hiesige so volkreiche Stadt mit dergleichen in re medica et chyrgica wohlgeübten Leuthen, als woran nicht soviel an der Zahl als an der Qualität einiger abgang zu sein scheine, versehen würde.“²²

Für Hebammen war ab 1721 zusätzlich zu ihrer Ausbildung bei einer Meisterin ein dreimonatiges Praktikum im Spital zu St. Marx vorgeschrieben. In den Quellen der medizinischen Fakultät von Prag wurden Studenten der Chirurgie in einem eigenen Register angeführt.²³ Über ein konkretes Studium der Chirurgie vor der Mitte des 18. Jahrhunderts ist an beiden medizinischen Fakultäten bislang noch nichts bekannt – allerdings fehlen diesbezügliche Untersuchungen. Für „Studenten der Chirurgie“, wie sie in den Dekanatsberichten der Wiener medizinischen Fakultät erwähnt werden, bestand offenbar die Möglichkeit, an anatomischen Sektionen teilzunehmen. Dies und die oben erwähnten „*collegia publica*“ zeigen jedoch, dass sich eine Verbindung der Ausbildung von Badern, Wundärzten und Hebammen mit der medizinischen Fakultät entwickelt hatte. Immerhin wurden bei den Prüfungen durch die medizinische Fakultät auch theoretische Kenntnisse erwartet und diese mussten die Kandidaten und Kandidatinnen auch irgendwo bzw. irgendwie erwerben.

Ein Lehrstuhl für Chirurgie wurde an der Wiener medizinischen Fakultät 1555 eingerichtet; es ist jedoch bislang unklar, wie lange dieser existierte. 1632 wurde Dr. Johann Gutierrez zum persönlichen Chirurgen der Kaiserin ernannt und in das Kollegium der medizinischen Fakultät aufgenommen.²⁴ Petrus Simader die Obduktion der Leiche von Kaiser Maximilian II. 1576 durchführte, wurde ebenfalls als Doktor und Chirurg bezeichnet.²⁵ Die Möglichkeit, ein Doktorat der Chirurgie zu erwerben, bestand spätestens ab 1719 – was in den in diesem Jahr bestätigten Statuten der Wiener medizinischen Fakultät detailliert geregelt wurde. Tatsächlich wurden im Lauf des 18. Jahrhunderts mehrere Doktoren der Chirurgie promoviert.

In seinen Vorschlägen für die Verbesserung der medizinischen Studien ging Gerard van Swieten auf das Problem ein, dass Bader und Wundärzte wohl an der medizinischen Fakultät geprüft wurden, ihnen aber die Möglichkeit, einen geregelten theoretischen Wissensstand zu erwerben, bislang nicht geboten worden war. Er schlug vor, einen Lehrer zu ernennen, der die Chirurgen in Deutsch unterrichtete, aber auch über ausreichend Sprachkenntnisse verfügen sollte, um die verschiedenen chirurgischen Texte lesen und verstehen zu können. Chirurgische Texte waren in Latein, aber auch in verschiedenen Landessprachen verfasst. Medizinische Texte, deren Zielgruppe primär ein akademisches Publikum war, wurden vorwiegend in Latein geschrieben. Dieser Lehrer sollte die im handwerklichen Kontext bereits ausgebildeten Chirurgen in Anatomie, theoretischer Chi-

23 Karel KUCERA, Miroslav TRUC (ed.), *Matricula Facultatis Medicae Universitatis Pragensis 1657-1783* (Praha 1968) 95-123.

24 HORN, *Approbiert* (wie Anm. 15), 19.

25 Sonia HORN, *Vom Leichenöffnen... Beobachtungen zum Umgang mit anatomischen und pathologischen Sektionen in Wien vor 1800*. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 116/23 (2004) 792-803.

20 ÖSIA, AVA, Akten der StHK, Karton 4, fol. 72r, 30.11.1782 (Vortrag der Studienthofkommission, die Zahl der bey hiesiger Universität angestellten Lehrer betreffend: *Votum des Hofrats Freyherr v. Störck, facult. med.*).

21 Cod. Austr. IV, 411-412. Die Anweisungen zur Durchführung dieser Verordnung finden sich in WStLA, AR, 104/1721.

22 WStLA, AR 104/1721, Dokument III.

urgie, Operations- und Verbandlehre unterrichten.²⁶ Auf diese Weise sollte das handwerkliche Wissen und Können durch ein einheitliches theoretisches Wissen komplettiert werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Bader und Wundärzte zuvor nicht über dieses Wissen verfügt hätten – immerhin mussten sie es sich erwerben, um die Prüfung durch die medizinische Fakultät bestehen zu können. Vielmehr ging es darum, diese Heilkundigen auf einen einheitlichen Wissensstand zu bringen, was an der medizinischen Fakultät erfolgen sollte.

Dieses Ziel wurde auch bei der Ausbildung von Hebammen verfolgt und führte im Endeffekt dazu, dass der Wissensstand der nach 1748 ausgebildeten Hebammen wesentlich geringer war, als zuvor und auch ihre Kompetenzen eingeschränkt wurden.²⁷ Im Fall der Ausbildung von Chirurgen könnte die Entwicklung ähnlich verlaufen sein.

Van Swieten schlug zudem vor, ein „collegium chirurgicum“ einzurichten, das sowohl die Ausbildung der Chirurgen koordinieren, aber auch als Anlaufstelle für Fragen von Patienten und Patientinnen oder anderen Angelegenheiten dienen sollte. Dieses Kollegium kam nicht zustande, die Ausbildung von Chirurgen und Hebammen durch Lehrende der medizinischen Fakultät wurde jedoch umgesetzt und erfolgte, wie beabsichtigt in deutscher Sprache, während für alle anderen Unterrichtsbereiche, auch in der Chirurgie, weiterhin Latein verwendet wurde. Somit wurden Anatomie und Chirurgie an der medizinischen Fakultät von zwei Professoren unterrichtet: Jener Lehrer, der für die Vermittlung von anatomischem und chirurgischem Wissen an Studenten zuständig war, unterrichtete in Latein; jener, der die Wundärzte ausbildete, tat dies in Deutsch. Die Prüfung der Chirurgen erfolgte durch diesen Professor der Chirurgie, den Dekan und van Swieten in seiner Funktion als Studiendirektor.²⁸ Wie bereits bisher üblich, waren auch zwei Vertreter der Zünfte bei dieser Prüfung anwesend.

Zusätzlich zu dieser Ausbildung für handwerklich ausgebildete Chirurgen wurde eine weitere Möglichkeit zur Ausbildung von bereits sehr erfahrenen Wundärzten und Hebammen aus der Provinz in Wien eingerichtet. Ein außerordentlicher Professor unterrichtete diese in einer Art von „Intensivkurs“. Einer Aufstellung des damaligen Studiendirektors Anton von Störck aus 1780 zufolge waren zwei außerordentliche Lehrer Mitglieder des Professorenkollegiums: „...einer für jene Hebammen und Wundärzte, welche aus fremden oder k.k. Erbländern währenden Schuljahre ankönnen, und nicht solange Zeit haben, daß sie ein ganzes Jahr hindurch die ordentliche collegia hören könnten. Der andere ist aber bestimmel, denen Feld- und Landwundärzten den nöthigen medicinisch-praktischen Unterricht sowohl in der Schul als beym Krankenbeth in deutscher Sprach bezubringen.“²⁹

26 ÖStA, AVA, Akten der StHK, Karton 1, fol. 111.

27 HORN, Hebammen (wie Anm. 8), 82-86.

28 ÖStA, AVA, Akten der StHK, Karton 1, fol. 111.

29 Ebenda, Karton 9, fol. 167.

Demnach wurde auch für die Ausbildung von medizinischem Personal im Militär Sorge getragen. Nach Störcks Angaben wurden jährlich 800 bis 900 Personen in diesen Intensivkursen ausgebildet. Eines der Ziele war es, den Landwundärzten Kenntnisse der inneren Medizin zu vermitteln, da sie in Abwesenheit von akademischen Medizinem auch interne Krankheiten behandeln mussten.

Die unterschiedliche Dauer der Ausbildungszeit von Landwundärzten und Chirurgen bzw. Medizinem veranlasste Joseph II. 1786 in einer langwierigen Diskussion mit der medizinischen Fakultät um Veränderungen der medizinischen Studien zu einer etwas bissigen Feststellung: „Die zwei unterschiedene praktische und klinische Behrungen am Krankenbett werden aus der Ursache für abgetheilt zu belassen nöthig erachtet, weil der einen die allgemeine Krankheiten der Dörfer, und für die andere die schon verwickeltere Gegenstände der Stadt vorbehalten werden. Ob nun die Krankheiten eben diese Abtheilung zwischen ländlichen und städtischen Uebeln beobachten und nicht der Bauer eine edle und der Edle eine bäuerische Krankheit überkommen kann? Dies leuchtet mir auch nicht ein, um desto weniger als besonders im chirurgischen Fach die schwere Zufälle viel zahlreicher und grösser auf dem Land als in der Stadt und so auch die langvernachlässigte Krankheiten sind.“³⁰

Tatsache war jedoch, dass die Landwundärzte in der Regel bereits eine Ausbildung im handwerklichen Kontext hinter sich hatten, mit der sie möglicherweise mehr Erfahrung gesammelt hatten, als dies im Rahmen eines klinischen Unterrichts an der medizinischen Fakultät möglich gewesen wäre. Dennoch ist diese Stellungnahme und die offenbar von der medizinischen Fakultät vertretene Meinung, dass in städtischen Bereichen wesentlich „verwickeltere“ Krankheitsbilder auftreten würden als in ländlichen Regionen und dass für die Ausbildung von Heilkundigen, die am Land tätig waren, weniger Zeit notwendig wäre, sehr aussagekräftig. Sie zeigt die Wahrnehmung von ländlichen Bevölkerungsschichten, durch die – meist in städtischen Bereichen tätigen – akademisch ausgebildeten Mediziner und Chirurgen und die geradezu konträre Wahrnehmung dieser Bevölkerung in den Denkweisen Josephs II. und wohl auch seiner Berater und Mitarbeiter.

Staatstheoretische Überlegungen

In den „Grundsätzen der Polizey, Handlung und Finanz“³¹ behandelte Joseph von Sonnenfels (1733-1814) die Notwendigkeit eines gut strukturierten Gesundheitswesens und nachhaltig wirksamer Vorkehrungen gegen Epidemien ausführlich. Diese Vorschläge und die von Maria Theresia und Joseph II. gesetzten Maßnahmen stimmen weitgehend überein. Das Ziel, die Zahl der produzierenden

30 Rudolf KINK, Geschichte der kaiserlichen Universität zu Wien I/2, Wien 1854, 289.

31 Vgl. Joseph von SONNENFELS, Grundsätze der Polizey, Handlung und Finanz, 3 Bände, Wien 1769-1776.

und konsumierenden Bevölkerung zu steigern, findet sich bereits in Texten österreichischer Nationalökonomien des 17. Jahrhunderts.³² Ludwig Hörnigk, Vater von Philipp Wilhelm Hörnigk (1640-1714) und Schwiegervater von Johann Joachim Becher (1640-1714), publizierte 1638 eine „*Politia Medica*“³³, in der er ein klar strukturiertes und zentral verwaltetes Gesundheitswesen forderte und als Notwendigkeit definierte, um das Bevölkerungswachstum zu fördern. Zur Beschreibung dieses Modells zog er Instruktionen aus verschiedenen deutschen Städten und Regionen heran. Dieser Entwurf zeigt eine große Ähnlichkeit mit den Verwaltungsstrukturen des Gesundheitswesens in Wien und in Österreich unter der Enns. Ludwig Hörnigk kannte diese möglicherweise. Jedenfalls bewarb er sich 1647 um die Stelle eines „Magister Sanitatis“ in Wien.

Wie rezente Studien für verschiedene Regionen des heutigen Burgenlandes und Niederösterreich zeigen³⁴, war zur Mitte des 18. Jahrhunderts eine medizinische Grundversorgung verfügbar und konnte auch von unteren Bevölkerungsschichten genutzt werden. Es stellt sich somit die Frage, warum Joseph II. und seine Staatstheoretiker und Berater das bestehende Gesundheitswesen, vor allem in ländlichen Gebieten, als stark verbesserungsbedürftig betrachteten.

Die Baderordnungen für Wien und Niederösterreich schrieben vor, dass die Taxen für die medizinische Betreuung nicht zu hoch angesetzt werden sollten. Vielfach waren derartige Kosten durch Seebadstiftungen abgedeckt oder wurden von Gemeinden, Grundherren, Bürgerspiälern oder anderen karitativen Einrichtungen übernommen. Allerdings blieb vieles dem Zufall überlassen, weshalb die Betreuung von ärmeren Bevölkerungsschichten nicht durchgängig gesichert und gewährleistet war. Dies widersprach sowohl dem durchorganisierten Staatsgefüge, das die aufklärerischen Staats- und Wirtschaftstheorien als Ideal propagierten, als auch einer Bevölkerungspolitik, die vor allem in ärmeren Schichten ein Reservoir für Arbeitskräfte und für den Ausbau des Militärwesens sah.³⁵ Wie die im Zusammenhang mit Josephs Plänen zur Verbesserung der me-

32 Z.B. Philipp Wilhelm HÖRNIGK, Österreich über alles, wann es nur will. Frankfurt 1684; Johann Joachim BECHER, Politischer Discurs von den eigentlichen Ursachen des Auf- und Abnehmens der Städte, Länder und Republiken. Frankfurt 1673.

33 Ludwig von HÖRNIGK, *Politia medica* oder Beschreibung dessen was die Medici, so wohl insgemein als auch verordnete Hof-, Staat-, Feldt-Hospital- und Pest-Medici, Apothecker ... deßgleichen ... Hebammen, ... so dann endlichen die Patienten oder Krancke selbst zu thun und was auch wie sie in Obacht zu nehmen. Frankfurt 1638.

34 Z.B. die genannten Arbeiten von GRASS (wie Anm. 9), MIEDLER-LEIMER (wie Anm. 5) und MAURER (wie Anm. 6), sowie das noch nicht vollständig ausgewertete LEADER+ Projekt „Gesundheitswesen im Bereich der Niederösterreichischen Eisenstrasse“.

35 Vgl. dazu Michael HOCHEDLINGER, Auf dem Weg zur allgemeinen Wehrpflicht? Die Einführung des „Konskriptions- und Wehrbezirkssystems“ in der Habsburgermonarchie. In: Michael HOCHEDLINGER, Anton TANTNER (Hg.) ... der größte Teil der Untertanen lebt elend und mühselig“. Die Berichte des Hofkriegsrates zur sozialen und wirtschaftlichen Lage der Habsburgermonarchie 1770-1771 (=Mittellungen des Österreichischen Staatsarchivs, Sonderband 8, Wien 2005) II-XVII.

medizinischen Ausbildung oben angeführte, etwas bissige Stellungnahme gegenüber der medizinischen Fakultät zeigt, bestanden bezüglich der medizinischen Versorgung der ländlichen Bevölkerung offenbar „Wahrnehmungsdifferenzen“. Möglicherweise gab es auch inhaltliche Unterschiede in therapeutischen Ansätzen und medizinischen Denkweisen zwischen der medizinischen Fakultät und dem Kreis um Joseph II. Im Grunde ist die Sache jedoch klar – vom Standpunkt Josephs und seiner Berater aus war die medizinische Versorgung der Bevölkerung unzureichend und mehr medizinisches Personal war für die ihrer Meinung nach verbesserungsbedürftige Situation dringend notwendig. In diesem Zusammenhang bestanden mit der Wiener medizinischen Fakultät große Diskrepanzen darüber, wie medizinisches Wissen vermittelt werden sollte.

Bestrebungen, das Studium der Medizin und der Chirurgie zu verändern

Bald nach dem Tod Maria Theresias wurden zumindest an der Wiener Universität umfassende Veränderungen spürbar. So wurden zum Beispiel jüdische Studenten im Jänner 1782 zum Erwerb des medizinischen und des juristischen Doktorates zugelassen³⁶, der Eid auf die unbefleckte Empfängnis im selben Jahr abgesetzt³⁷ und im folgenden Jahr die akademische Gerichtsbarkeit der Universitäten aufgehoben – eine immerhin sehr einschneidende Maßnahme. Vermutlich noch stärker spürbar war die Anordnung, dass ab 1783 Deutsch als Unterrichtssprache eingeführt werden sollte. Latein war bis zu diesem Zeitpunkt die Voraussetzung gewesen, um an einer Universität zu studieren, und in gewisser Weise war damit auch der Zugang zu einem Studium auf jene Personen beschränkt, die über ausreichende Kenntnisse des Lateinischen verfügten. Anton von Störck, Direktor der medizinischen Studien in Wien, sah sich in diesem Zusammenhang veranlasst, darauf hinzuweisen, dass Latein als Sprache der Akademiker auch dazu dienen würde, über Sprachgrenzen hinweg miteinander kommunizieren zu können und dass diese Möglichkeit durch einen Unterricht in Deutsch massiv beeinträchtigt werden würde. „Oft erfordert das allgemeine Wohl, daß sich Ärzte mit ausländischen Akademien oder ausländischen Ärzten in Berathschlagungen und Briefwechsel einlassen und man kann nicht verlangen, daß der Arzt alle fremden Sprachen vollkommen besitze, es wird also solches durch die allgemeine gelehrte Sprache öfters geschehen müssen. Viele Ärzte selbst in den Kais. Kön. Staaten können nicht deutsch und so würden sehr viele dem Nutzen des allgemeinen Wesen betreffende Briefwechsel und Berathschlagungen unterbleiben, wenn die lateinische Sprache nicht beibehalten würde.“³⁸

Im Oktober desselben Jahres wurde die Chirurgie zu einer freien Kunst erklärt, was bedeutete, dass jeder, der sich für den Beruf eines Wundarztes inter-

36 KINK (wie Anm. 30), 589.

37 Ebenda, 590.

38 ÖStA, AVA, Akten der StHK Karton 4, fol. 80.

ressierte, diesen an der Universität erlernen und ihn ohne Bindung an eine Zunft ausüben konnte. Allerdings war es Chirurgen, die ihren Beruf auf diese Weise erlernen hatten, nicht erlaubt, einen chirurgischen Gewerbebetrieb einzurichten und Lehrlinge auszubilden. Für Bader und Wundärzte, die in Zünften organisiert waren, blieb diese Möglichkeit bestehen.³⁹ Auch weiterhin wurden Wundärzte und Bader im handwerklichen Kontext ausgebildet und erhielten ihre theoretische Ausbildung an den Universitäten. Sie wurden meist als „Praktikanten“ bezeichnet. Im Lauf der Zeit wurde die Bezeichnung für die theoretische Ausbildung von Lehrlingen bzw. Gesellen des Bader- und Wundarztstandes als „kleiner Kurs“ üblich, die komplette universitäre Ausbildung in der Chirurgie wurde als „großer Kurs“ bezeichnet. Chirurgen, die an den Universitäten ausgebildet wurden, erwarben ihre praktischen Kenntnisse in Spitälern. Kritisch betrachtet, ergab sich dadurch eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen der alltäglichen freien Praxis und den Fähigkeiten dieser Chirurgen. Möglicherweise waren jene Wundärzte, die noch in traditioneller Weise über das Handwerk ausgebildet worden waren, auf diese Anforderungen besser vorbereitet.

1780 beauftragte Joseph II. die medizinischen Fakultäten der erblichen Universitäten, Verbesserungen für die Ausbildung zu erarbeiten. Im Vordergrund standen Bestrebungen, den Studiengang zu verkürzen, Professorenstellen einzusparen und die Studien der Chirurgie und der Medizin effizienter zu machen. Josephs Vorstellungen entsprechend sollten für den Aus- und Umbau des Gesundheitswesens mehr medizinische Fachkräfte zur Verfügung stehen. Seine Vorstellungen und Vorschläge zur Verbesserung der medizinischen Studien müssen den Verantwortlichen große Probleme bereitet haben, denn diese waren von einer realistischen Möglichkeit, medizinische Fachkräfte zu dieser Zeit fundiert und effizient auszubilden, zum Teil weit entfernt. Schlussendlich konnte sich Joseph bei den Medizinern an den Universitäten nicht durchsetzen.

In einem 1786 geführten intensiven Briefwechsel wird klar, was er sich unter einem medizinischen Unterricht vorstellte. Offenbar bestärkt durch die ersten Erfahrungen mit einer Ausbildung, die in der medizinisch-chirurgischen Akademie weitgehend nach seinen Vorstellungen erfolgte, beschrieb er eine Lehrmethode, die dem 2002 an der Medizinischen Universität Wien eingeführten Curriculum ähnelt. Während die medizinische Lehre an den Universitäten – grob umrissen – zunächst das naturwissenschaftliche Basiswissen vermittelte und darauf aufbauend Anatomie, Physiologie, Pathologie, *Materia Medica* und die klinischen Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Augenheilkunde und Geburtshilfe, sollte nach Josephs Vorstellungen in gewisser Weise in „Organsystemen“ unterrichtet werden. Aus den naturwissenschaftlichen Fächern wurde inhaltlich das herangezogen, was für das Verstehen der Anatomie und Physiologie des jeweiligen Or-

Hintergründe für die Entstehung der med.-chir. Akademie „Josephinum“ 229

gans notwendig war – im Fall der Anatomie des Auges etwa die Optik. Nach Anatomie und Physiologie sollte auf Pathologien und Krankheiten des betreffenden Organs eingegangen werden, anschließend sollte Schritt für Schritt die Therapie der betreffenden Krankheiten vermittelt werden. Der parallel laufende praktische Unterricht im Krankenhaus sollte dieses Wissen kompletieren.

In diesem Zusammenhang sind einige Fragen noch nicht geklärt: Chirurgie wurde auch an Lyzeen unterrichtet. Die Frage, in welcher Weise dies erfolgte, wurde noch nicht bearbeitet. Dasselbe gilt für die medizinische Lehranstalt des Militärs in Gumpendorf, die 1781 eingerichtet wurde. Der Kurs für Militärärzte, der seit 1749 an der medizinischen Fakultät angeboten wurde, dürfte in diese Institution verlagert worden sein und ebenfalls der Kompletierung der medizinischen Ausbildung von bereits praktizierenden Wundärzten in militärischen Diensten gedient haben. Somit wäre diese Ausbildung eine Parallele zu jenen „kleinen Kurs“, den die im handwerklichen Kontext ausgebildeten „Zivilwundärzte“ an den Universitäten absolvierten. Zu hinterfragen wäre außerdem, auf wessen Idee diese „andere Art“ der medizinischen Lehre zurückging. Der Direktor der medizinisch-chirurgischen Akademie, Giovanni Alessandro Brambilla (1728-1800), hatte umfassende Erfahrung in der Ausbildung von Wundärzten und stammte zudem aus einer alten Mailänder Chirurgenfamilie.⁴⁰ Auf seine Erfahrungen könnte diese Lehrmethode zurückgehen, die er zuweilen sehr bestimmt vertreten musste, da diese häufig massiver kritisiert wurde.

Eine Utopie und ihre Umsetzung

In den „Grundsätzen der Polizey, Handlung und Finanz“ von Sonnenfels wird auf Maßnahmen zur Bevölkerungsentwicklung und Themen, die mit „Gesundheitswesen“ umschrieben werden können, ausführlich eingegangen. Diese „Grundsätze“ lesen sich wie das Rezeptbuch für die gesundheitspolitischen Maßnahmen, die während der Regierung von Joseph II. getroffen wurden. Vieles handelt es sich selbstverständlich um „Allgemeinwissen“, besonders in Bezug auf Maßnahmen zur Unfallverhütung, in manchen Fällen wurden bereits praktizierte Maßnahmen beschrieben. Im Gegensatz zur oben genannten „*Politia Medica*“ von Ludwig Hörnigk wurden jedoch auch Maßnahmen vorgeschlagen, die erst später umgesetzt wurden.

Die bevölkerungs- und gesundheitspolitischen Fragen zählen in Sonnenfels' Konzept zur „persönlichen Sicherheit“, die auch als „körperliche Sicherheit“ verstanden wird und verschiedene Bereiche inkludiert wie „Mordtaten, Unvorsichtigkeiten und Wagentücke, Krankheiten, Armuth oder körperliche Ge-

40 Bruno PINCHERLE, Brambilla e la Storia della Medicina. In: *Atti dell' VIII Congresso Internazionale di Storia della Medicina (Sonderdruck)*. Milano 1931. 2-10; Bruno ZANOBIO (Hg.), *Giovanni Alessandro Brambilla nella cultura medica del Settecento Europeo*. Pavia 1980.

39 Hofentscheidung v. 21. Oktober 1783. In: KROPACEK, Österreichs Staatsverfassung (wie Anm. 1), 537.

brechlichkeiten, welche Armuth nach sich ziehen.“⁴¹ Auf Maßnahmen, die der Unfallverhütung dienen, wird besonders eindringlich hingewiesen.⁴² So wird etwa vom Kochen mit kupfernem Kochgeschirr abgeraten, da dies eine Vergiftungsgefahr birgt⁴³. Gifte sollten in Gefäßen mit deutlichen und gut lesbaren Beschriftungen aufbewahrt werden.⁴⁴ Bauliche Maßnahmen an Häusern und Straßen sollten die öffentliche Sicherheit nicht gefährden, unvorsichtiges Verhalten, wie etwa das Baden und Schwimmen in tiefen Gewässern, sollte vermieden werden – alles in allem sollte jede Staatsbürgerin und jeder Staatsbürger grundsätzlich auf die persönliche Sicherheit achten.

Die diesbezügliche Rolle des Staates ist klar definiert: „Jedes Mitglied der bürgerlichen Gesellschaft empfängt in dem ersten Augenblicke des Daseyns ein Recht auf den Schutz des Staates.“ In Zusammenhang mit Maßnahmen im Gesundheitswesen kommt der „öffentlichen Vorsehung“ die größte Bedeutung zu: „Damit nicht nur den von gewaltsamen Ursachen veranlassten Todesarten Einhalt gethan, sondern das Leben der Bürger auch gegen die von Krankheiten und Leibesgebrechlichkeiten herrührenden natürlichen Todesarten in soferne es das Loos der Sterblichkeit zulässt, gesichert werde, muss die öffentliche Vorsehung in Krankheiten Hülfe zu schaffen und dadurch ihren Verheerungen ein Ziel zu setzen bedacht seyn.“

Die umfassende Ausbildung von medizinischem Personal in Theorie und Praxis wird ebenfalls zu den Aufgaben des Staates gezählt. Die praktische Ausbildung sollte in Krankenhäusern erfolgen.⁴⁵ Wie oben ergab sich dadurch die Möglichkeit, nicht nur die theoretische, sondern auch die praktische Ausbildung von Heilkundigen in einem definierten Umfeld zu vermitteln.

Dies bedeutet jedoch auch, dass die praktische Ausbildung nicht jenem Umfeld entsprach, in dem die medizinischen Professionalisten schließlich tätig waren. Sie mussten in ihrem Berufsleben mit einer gänzlich anderen Infrastruktur umgehen können, als sie in einem Krankenhaus zur Verfügung stand. Im medizinischen Alltag sowohl in der Stadt als auch in ländlichen Gebieten konnte man sich nicht auf das Vorhandensein aller Utensilien verlassen, die in einem Krankenhaus zur Verfügung standen, auf die genaue Ausführung aller medizinischen Anweisungen durch geschulte Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger⁴⁶

41 Im Folgenden wurde die 2003 von Werner Ogris herausgegebene Version der „Grundsätze der Polizey“ von Joseph von Sonnenfels herangezogen, die sich an der 1787 publizierten fünften Auflage orientiert: Joseph von SONNENFELS, Grundsätze der Polizey, ed. Werner Ogris (= Hans MAIER, Michael STOLLEIS, Bibliothek des deutschen Staatsdenkens 12, München 2003) Kapitel V, 176.

42 Ebdenda, 198.

43 Ebdenda, 182.

44 Ebdenda, 181.

45 Ebdenda, 208.

46 Vgl. Isemarie WALTER, Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe. Die Wärterinnen und Wärter in Österreichs Krankenhäusern im „langen 19. Jahrhundert“, Frankfurt/Main 2004.

und schon gar nicht auf die zuverlässige Befolgung aller diätetischen Maßnahmen, denen im heilkundlichen Konzept des 18. Jahrhunderts große Bedeutung zukam.⁴⁷ Möglicherweise ging diese Art der Ausbildung am tatsächlichen Bedarf vorbei, weshalb die Akzeptanz von Heilkundigen, die im akademischen Kontext ausgebildet worden waren, vor allem in ländlichen Gebieten oft gering war. Als Reaktion darauf könnte von Seiten der akademischen Einrichtungen der Topos der „ungebildeten“ Bader, Wundärzte und Hebammen aufgebaut worden sein, der in der medizinhistorischen Sekundärliteratur sehr häufig rezipiert und weiterpropagiert wurde.

Wenn es also um „Verbesserung der Ausbildung“ geht, stellt sich die Frage der Perspektive – welchen Vorstellungen, welchen Erwartungen sollten die Heilkundigen entsprechen, wie wurde die „richtige“ Ausbildung definiert? Das Krankenhaus bot eine „kontrollierte“ Möglichkeit der Ausbildung, „Störungen“ etwa durch das häusliche Umfeld (z.B. auch durch Nahrungsmangel oder problematische Wohnverhältnisse) waren ausgeschlossen. Der zukünftigen beruflichen Realität entsprachen diese Rahmenbedingungen jedoch meist nicht.

In diese (öffentlichen) Krankenhäuser, an denen auch gelehrt wurde, sollten in der Meinung von Joseph von Sonnenfels diejenigen aufgenommen werden, denen in ihrem häuslichen Umfeld keine adäquate Versorgung zur Verfügung stand – Mittellose, die kostenlos versorgt werden sollten oder Menschen mit sehr kleinem Vermögen, die nur einen geringen finanziellen Beitrag leisten konnten.⁴⁸ In diesen Anstalten sollten alle Krankheiten behandelt werden, auch Geschlechtskranke – was im Grunde genommen der durch die zeitgenössische medizinische Theorie und Praxis begründeten Trennung von infektiös Erkrankten und Personen mit anderen Leiden widersprach. Für ledige Mütter sollte die Möglichkeit bestehen, in derartigen Institutionen ihre Kinder zur Welt zu bringen und diese in staatliche Obhut zu geben.⁴⁹

Die Etablierung der medizinischen Betreuung von ärmeren Bevölkerungsschichten in Krankenhäusern ermöglichte somit auch die Ausbildung von medizinischem Personal und kann als Basis für die Entwicklung einer Veränderung der medizinischen Theorie und Praxis in den folgenden Jahrzehnten betrachtet werden. Somit wird auch klar, dass diese Struktur und dieses „Patientenmaterial“ – um mit einer üblichen und aussagekräftigen Bezeichnung des 19. Jahrhunderts zu arbeiten – die Entwicklung der naturwissenschaftlich orientier-

47 In der ärztlichen Ausbildung stellt sich grundsätzlich die Frage, wie gut eine Ausbildung im Spital tatsächlich auf den medizinischen Alltag etwa in einer Ordination vorbereitet. Insofern stellt sich auch die Frage, wie weit eine medizinische Behandlung von Krankheiten in einem Spital auf die Betreuung von Patientinnen und Patienten in Ordinationen oder im häuslichen Umfeld umsetzbar ist, wo wesentliche Diagnosemöglichkeiten nicht bestehen.

48 SONNENFELS, Grundsätze der Polizey (wie Anm. 41), 214.

49 Vgl. Verena PAWLOWSKY, Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebär- und Findelhaus in Wien 1784–1910, Innsbruck, Wien 2001.

ten Medizin und der sog. „Wiener Schule des 19. Jahrhunderts“ ermöglichte. Die kostenlose Betreuung war gewissermaßen das „Gegengeschäft“ für die umfassende und oft auch als belästigend bzw. herabwürdigend empfundene permanente „Untersuchungsbereitschaft“ der Patientinnen und Patienten.

Moralische Vorurteile gegenüber ledigen Müttern etwa vermittelten die- dings war man in diesem Fall der Ansicht, das es durchaus seine Ordnung damit hätte, dass diese „gefallenen Weibspersonen“ jederzeit für gynäkologische und geburtshilfliche Untersuchungen zur Verfügung stehen sollten – immerhin wurden sie kostenlos betreut und der Staat übernahm schlussendlich die Versorgung ihrer Kinder.⁵⁰ Die Sterblichkeit der Säuglinge, die im Wiener Gebärhaus zur Welt kamen und in oft entlegene Gebiete zur Betreuung vergeben wurden, war überdurchschnittlich hoch. Dieses Konzept funktionierte offenbar nicht – allerdings dürfte es sich um ein spezielles Problem im Zusammenhang mit der Frage nach Erfolg und Scheitern des Josephinismus handeln.

In Wien war es üblich, dass Kinder, die nicht von Eltern oder Verwandten betreut werden konnten, in Waisenhäusern aufgenommen wurden. Säuglinge wurden meist an Pflegefamilien weitergegeben, in denen sie gestillt werden konnten. Immerhin war bekannt, dass Säuglinge unbedingt gestillt werden mussten, da sie andernfalls größtenteils und meist tödlich verlaufenden Ernährungsproblemen ausgesetzt waren. Die Betreuung durch Ammen in Waisenhäusern oder in Pflegefamilien war daher die übliche Lösung für sehr junge Kinder. Nachdem die verschiedenen Einrichtungen zur Waisensbetreuung in Wien um 1730 Schritt für Schritt im Spital zu St. Marx zusammengeführt worden waren, wurde auf Verbesserung der Betreuung von Waisenkindern, insbesondere von sehr jungen Kindern, zum Ziel hatte. Das Ergebnis war, dass alle Säuglinge innerhalb von kürzester Zeit nach der Aufnahme ins Waisenhaus an Pflegefamilien weitergegeben wurden, in denen sie auch gestillt werden konnten.⁵¹ Den Protokollbüchern des Wiener Waisen- und Findelhauses ist zu entnehmen, dass dies oft noch am selben Tag, spätestens jedoch am nächsten Tag erfolgte. Die Pflegefamilien, meist aus ärmeren Bevölkerungsschichten, erhielten hierfür bis zum 14. Lebensjahr des Kindes ein jährliches Honorar. Im Krankheitsfall konnten sich die Pflegeeltern an das Spital zu St. Marx wenden und gelegentlich wurden kranke Waisenkinder dort zur medizinischen Betreuung aufgenommen. Die Pflegefamilien standen offenbar in Kontakt mit dem Waisenhaus, was wohl auch dazu führte,

50 Verena PAWLOWSKY, „...zu Unterrichtszwecken sich prostituieren zu müssen“. Der geburts- hilfliche Unterricht in Wien im 19. Jahrhundert. In: Helmut GRÖSSING, Sonia HORN, Thomas AIGNER (Hg.): Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin. Vorträge des internationalen Symposions an der Universität Wien (9.-11. November 1994). Wien 1996. 237-244.

51 Diözesanarchiv Wien (DAW), Erziehungs- und Unterrichtsstätten W – Z, Teil 1 (1745-1799), Waisenhäuser zu St. Marx.

Hintergründe für die Entstehung der med.-chir. Akademie „Josephinum“ 233

dass die Betreuung der Kinder zumindest so gut war, dass die Sterblichkeit der Pflegekinder dem Wiener Durchschnitt entsprach.⁵² Dieses an sich bewährte Modell wurde im 1784 gegründeten Wiener Gebär- und Findelhaus ebenfalls umgesetzt, aber auf einen weit größeren Raum übertragen. Offenbar stieß dies jedoch an die Grenzen der Administrierbarkeit eines derartigen Modells. Hinzu kam, dass die Säuglinge aus dem Findelhaus meist nicht an Pflegefamilien abgegeben wurden, in denen sie noch eine Zeit lang gestillt und langsam entwöhnt werden konnten. Die Verwaltung der Betreuung dieser Kinder in Pflegefamilien erfolgte durch die Pfarren, stieß jedoch in seiner „Machbarkeit“ an regionale und soziale Grenzen, was das Projekt schlussendlich zum Scheitern brachte. In der bislang einzigen ausführlichen Regionalstudie für den Bereich des heutigen Burgenlandes konnte jedoch nachgewiesen werden, dass Pflegekinder aus dem Wiener Findelhaus nicht grundsätzlich schlecht betreut wurden.⁵³ Die Entfernung von der „Zentrale“ betrug jedoch maximal eine Tagesreise, die Ernährungssituation in dieser Region war zu diesem Zeitpunkt unproblematisch und die Betreuung der Waisenkinder durch die Pfarren dürfte sehr genau durchgeführt worden sein. Der ausschlaggebende Faktor für das Versagen dieser bevölkerungspolitischen Maßnahme dürfte darin liegen, dass ein regional bzw. in einem begrenzten Raum funktionierendes Modell nicht ohne weiteres auf einen sehr ausgedehnten und schwer zu administrierenden Bereich übertragen werden konnte. Regionale Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur sowie in sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind als weitere Faktoren in Betracht zu ziehen. Zudem wurde auf „biologische Vorgaben“, nämlich die adäquate Ernährung und Betreuung der Säuglinge praktisch keine Rücksicht genommen. „Medizinischer Kamealismus“ und der Versuch, die Bevölkerungszahl ohne Rücksicht auf biologische Notwendigkeiten und regionale Unterschiede umzusetzen, war zumindest in diesem Fall zum Scheitern verurteilt.

Der Aufbau einer dichten medizinischen Versorgung fällt im Konzept des unklaren Absolutismus ebenfalls in die Kompetenz des Staates. Das Fehlen einer solchen ist gängiger Topos in der zeitgenössischen medizinischen und kulturtheoretischen Literatur, aber auch in der medizinhistorischen Literatur des 19. und 20. Jahrhunderts. Allerdings stehen dem Ergebnisse einiger rezenter Rekonstruktionsstudien entgegen. Für mehrere niederösterreichische und burgenländische

52 Analyse der Protokollbücher des Wiener Findelhauses 1730-1744 und des Verzeichnisses der „bürgerspitalerischen Brust- und Saugkinder auf dem Land“ (WStLA: Protokolle des Wt. Findelhauses B 1).

53 Hans-Peter ZELFEL, Findelkinder im Burgenland – eine Spurensuche in den Pfarrmatriken. Unter besonderer Berücksichtigung des Wiener Findelhauses. In: Sonia HORN (Hg.), Hygiene und Gesundheitswesen. Tagungsband der sozialhistorischen Gespräche auf Burg Schläimg 2003 und 2004 (im Druck, erscheint Eisenstadt 2008).

Regionen und einen Teil der Militärgrenze⁵⁴ zeigt sich, dass ein dichtes Netz von professionellen Heilkundigen bestand und dass deren Dienste auch von der ärmeren Bevölkerung in Anspruch genommen werden konnten. Die Berichte der Kommission des Hofkriegsrates wiederum beschreiben ein mangelhaftes Gesundheitswesen bzw. einen großteils beklagenswerten Gesundheitszustand der Bevölkerung.⁵⁵ Da entsprechend umfangreiche Studien bislang ausständig sind, kann auf diese Diskrepanz in den zeitgenössischen Berichten und den bislang beobachteten Strukturen derzeit keine Antwort gegeben werden. Es könnte sich, wie schon angeführt, um eine unterschiedliche Wahrnehmung handeln, da von jenen, die die Berichte verfasst hatten, bestimmte Erwartungen an ein gut funktionierendes Gesundheitswesen gestellt wurden. Andererseits könnte dies jedoch auch in der Konstruktion eines bestimmten Herrscherbildes liegen: Joseph II. wurde vielfach als jener Herrscher dargestellt, der sich ganz besonders um „seiner“ armen Untertanen kümmerte, vor allem um die ländliche Bevölkerung oder um jene, die in militärischen Diensten standen.⁵⁶

Was wurde damit jedoch bezweckt? Sehr wahrscheinlich ging es um die Durchsetzung einer sehr klaren „kamaralistischen“ Verwaltungsmethodik, mit der die gesamte Bevölkerung erfasst werden sollte. Militärische Interessen standen hierbei mit Sicherheit nicht im Hintergrund. Typisch ist die genaue Erfassung der Bevölkerung und verschiedener Lebensbereiche durch „Listen“.⁵⁷ Häuserkonstruktionen, Volkszählungen, Auflistungen von Menschen in Tauf-, Trauungs- und Sterbematrizen, Conduittlisten verschiedenster Art, regelmäßige Berichte von regionalen und überregionalen Sanitätskommissionen etc. sind Ausdruck dieses Versuchs, sich einen Überblick über die Bevölkerungsentwicklung zu verschaffen. Äußeres Zeichen hierfür sind auch die immer umfangreicher und graphisch immer einheitlicher werdenden vorgedruckten Listen (s. Abb. 3), die nur mehr ausgefüllt werden mussten.

Damit diese Verwaltung auch in entlegenen Regionen umgesetzt werden konnte, wurden Mitarbeiter gebraucht, die dies verlässlich umzusetzen wussten und im Idealfall auch von der Notwendigkeit dieser Maßnahmen überzeugt wa-

⁵⁴ BRUNO ATALICS, *Plague as mediator of health service institutionalization and town development in the 18th century Ostjiek*. In: Gesundheitswesen im Pannonschen Raum vor 1800. Tagungsband des 48. Mogensdorfer Symposions (im Druck, erscheint Eisenstadt 2007).

⁵⁵ HOCHEDLINGER, TANTNER, *Berichte des Hofkriegsrates* (wie Anm. 35), LXIV-LXVI.

⁵⁶ Z.B. „Es [betrifft die Ausbildung an der medizinisch-chirurgischen Akademie] war also ein Plan des Kaisers entworfen nach den Bedürfnissen der Liebe seines Volkes – des Landmannes und Soldaten – und gegründet auf seinen eigenen Erfahrungen, die er sammelte auf den großen Reisen in seinen eigenen und auswärtigen Reichen“; ANONYM., Ein Wort zu seiner Zeit, die k.k. medic. chirurg. Josephinische Akademie zu Wien betreffend. In: medizinisch-chirurgische Zeitung 45 (1794) vom 5. Juni 1794. Ausgeführt: Michael HOCHEDLINGER, Militär und Bauernschutz. In: HOCHEDLINGER, TANTNER (wie Anm. 35), LIV-LXXIV.

⁵⁷ Vgl. dazu: ANTON TANTNER, *Ordnung der Häuser, Beschreibung der Seelen. Hausnummerierung und Seelenkonstruktion in der Habsburgermonarchie*. Innsbruck, Wien 2007.

In diesem Zusammenhang ist wohl auch die Einrichtung von entsprechenden Ausbildungsinstitutionen zu sehen – etwa Priesterseminaren, in denen die zukünftigen Pfarrer als „Sozialbeamte“ ausgebildet wurden⁵⁸ oder aber eine Einrichtung wie die medizinisch-chirurgische Akademie, die medizinisches Personal in diesem Sinn schulte.

Die Gründung der medizinisch-chirurgischen Akademie stellt sich in gewisser Weise als Reaktion Josephs auf seinen misslungenen Versuch dar, seine Vorkellungen von einer Verbesserung der medizinischen Ausbildungen an der medizinischen Fakultät der Universität Wien durchzusetzen. Es verwundert daher auch nicht, dass der Akademie der Rang einer Universität zukam und den hier graduerten Magistern und Doktoren dieselben Rechte wie jenen an der medizinischen Fakultät ausübenden Chirurgen zustanden. Die in der Sekundäritätsaufwertung strapazierte „Vereinigung“ von Chirurgie und Medizin⁵⁹ fand jedoch nicht statt – sie war schlichtweg weder im universitären Kontext noch in anderen Ausbildungsbereichen notwendig, da sie bereits existierte. Mediziner und Chirurgen erlernten an den medizinischen Fakultäten dasselbe Basiswissen und spezialisierten sich schließlich auf einen der beiden Bereiche. Von Wundärzten, die im handwerklichen Kontext ausgebildet wurden und die vorgeschriebene Ausbildung an der medizinischen Fakultät absolvierten, wurde erwartet, dass sie auch interne Erkrankungen behandeln konnten, wenn kein – im heutigen Sprachgebrauch – „Internist“ verfügbar war. Das Wissen um eine internistische Basisversorgung wurde diesen Wundärzten daher auch vermittelt.

⁵⁸ JOHANN WEISSENSTEINER, *Pfarrer und Gesundheit: Bestände der Erzdiozese Wien und des Passauer Offizialates für Österreich unter der Enns*. In: SONIA HORN, SUSANNE CLAUDINE PILS (Hg.), *Stadtschichte und Medizingeschichte. Tagungsband der Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin 1996*. Wien 1998, 28–52.

⁵⁹ Vgl. dazu zuletzt HELMUTH GRÖGER, *Die Gründung der medizinisch-chirurgischen Josephinischen Akademie und ihre Sammlung anatomischer Wachspräparate*. In: HERBERT LACHMAYER (Hg.), *Mozart – Experiment und Aufklärung im Wien des ausgehenden 18. Jahrhunderts. Essayband zur Mozartausstellung*. Ostfildern 2006, 241–242.

Die medizinisch-chirurgische Akademie wurde der militärischen Verwaltung unterstellt, was verständlich ist. Auf diese Weise musste sich der Kaiser – immerhin höchstrangiger Befehlsgeber – nicht mit ständig wechselnden Rektoren, Dekanen, Kollegien und Doktoren beschäftigen, um seine Vorstellungen umzusetzen. Es musste lediglich das Einvernehmen mit dem Leiter der Institution hergestellt werden, das ohnehin bestand. Im schlimmsten Fall wäre dieser zu Gehorsam gegenüber seinem Vorgesetzten verpflichtet gewesen.

Grundsätzlich sollte an der medizinisch-chirurgischen Akademie jeder, der sich für eine medizinische Tätigkeit interessierte und entsprechend geeignet war, die Möglichkeit haben, eine fundierte und umfassende Ausbildung zu erhalten. Da die Chirurgie zum Zeitpunkt der Gründung der Akademie bereits als freies Gewerbe definiert war, war es auch nicht notwendig Vorkenntnisse mitzubringen oder einer Zunft anzugehören. Während an den Universitäten der Besuch einer Lateinschule bzw. eines Gymnasiums Voraussetzung für ein Studium der Chirurgie oder der Medizin war, war dies an der Akademie nicht erforderlich. Die Aufnahme erfolgte nach einer Eignungsprüfung und einer persönlichen Beurteilung durch den Leiter der Akademie, Giovanni Alessando Brambilla. Kenntnisse des Lateinischen waren für den Besuch einer Universität nach wie vor notwendig, auch wenn auf Breibein Josephs ab 1783 Deutsch als Unterrichtssprache genützt werden sollte. Immerhin hielt sich der Großteil der Professoren nicht daran – mit dem Argument, sie könnten medizinische Sachverhalte nur in Latein erklären, da sie es so erlernt hätten und für medizinische Ausdrücke keine deutschen Bezeichnungen kennen würden. An der medizinisch-chirurgischen Akademie wurde durchwegs deutsch unterrichtet, Kenntnisse des Lateinischen waren daher nicht notwendig, aber möglicherweise von Vorteil. Die Professoren sollten jedoch auch andere Sprachen beherrschen, da die Schüler aus allen Regionen der Erbländer an diese Akademie kamen und es gelegentlich notwendig war, Sachverhalte in anderen Sprachen als in Deutsch zu erklären.⁶⁰

Zu bedenken ist hierbei, dass der Besuch einer Lateinschule oder eines Gymnasiums mit relativ hohen Kosten verbunden war und vor allem im ländlichen Bereich aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit nur sehr begrenzt möglich war. Der Zugang zu dieser Art der Ausbildung war daher auf Personengruppen beschränkt, die sich dies leisten konnten oder die Möglichkeit erhielten, mit Stipendien derartige Schulen oder Universitäten zu besuchen. Aber auch diese Möglichkeit begrenzte den Zugang zur entsprechenden Bildung.

Grundsätzlich konnte also jeder an der medizinisch-chirurgischen Akademie studieren, der die Aufnahmeprüfung bestanden hatte. Einen sozial bedingten Ausschluss gab es – zumindest den Richtlinien nach – nicht. Dies würde der Vorstellung entsprechen, dass der Staat dafür Sorge tragen sollte, den Zugang zu

Hintergründe für die Entstehung der med.-chir. Akademie „Josephinum“ 239

Bildung für alle Bevölkerungsschichten zu ermöglichen, unabhängig davon, ob Eltern sich diese leisten konnten.

„Die Schulen müssen überhaupt auf öffentliche Kosten unterhalten werden, damit das Unvermögen niemanden abhalte, den notwendigen Unterricht zu empfangen. Die Unvermögenden wachsen nicht weniger als die Reichen zu Bürgern heran“, hält Sonnenfels in seinen „Grundsätzen“ fest.⁶¹ Im Bezug auf akademische Studien und handwerkliche Künste fordert er: „Der Gesetzgeber muß die Talente unter die verschiedenen Stände mit einsichtsvoller Unparteilichkeit zu vertheilen wissen.“⁶² Auch in diesem Sinn scheinen Sonnenfels' „Grundsätze“ an der medizinisch-chirurgischen Akademie umgesetzt worden zu sein.

Die Kosten für die Ausbildung an der medizinisch-chirurgischen Akademie mussten von den Studierenden selbst getragen werden, außer sie hatten sich zum Militärdienst verpflichtet und entsprechend gute Leistungen erbracht. Hervorragende Studenten hatten sogar die Möglichkeit, während ihrer Studienzeit bereits ein Gehalt zu bekommen und als „besoldete Zöglinge“ zu studieren. Jährliche Preisvergaben ermöglichten dies. Festzuhalten ist auch, dass Heilkundige hier nicht grundsätzlich für den Militärdienst ausgebildet wurden. Sie sollten sowohl als „Zivilchirurgen“ als auch als Militärärzte tätig sein, was durch die akademische Graduierung als Magister oder Doktor der Chirurgie ermöglicht wurde.

Die starke Bindung der Akademie an die militärische Verwaltung hat möglicherweise noch einen weiteren Aspekt. Die hier ausgebildeten Militärärzte waren auch dann, wenn sie in militärischen Diensten standen, nicht nur für die Betreuung des Heeres zuständig. In den „militärisch verwalteten Gebieten“, der sog. Militärgrenze oblag ihnen auch die medizinische Versorgung der dort lebenden Bevölkerung.⁶³ Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass dort ein Gesundheitswesen nach den Vorstellungen Josephs und seiner „Mitarbeiter“ aufgebaut werden konnte, obwohl bereits gut funktionierende Strukturen bestanden haben dürften. Hinzu kam, dass in dieser Region der Sanitätskordon bestand, der der Abwehr von Epidemien diente und vom Militär verwaltet wurde. Der Bereich der Militärgrenze, immerhin von gut sechs Millionen Menschen bewohnt, könnte demnach das „Testfeld“ für gesundheitspolitische Maßnahmen gewesen sein, die schlussendlich auf alle Erbländer umgelegt werden sollten.⁶⁴

61 SONNENFELS, Grundsätze der Polizey (wie Anm. 41), Kap. I, 58.
62 Ebenda, 73.

63 Vgl. Sanitäts- und Kontumazordnung v. 2. Jänner 1770. In: Codex Austriacus Pars IV, Suppl. VI, 1247-1298. Ebenso: ATALICS, Plague (wie Anm. 54). Dass dem auch wirklich so war, zeigen z.B. die im Archiv der Universität Wien aufbewahrten Manuskripte, die für die Publikation in den Abhandlungen der medizinisch-chirurgischen Josephs-Akademie eingereicht wurden.

64 Vgl. Karl KASER, Freier Bauer und Soldat. Die Militarisierung der agrarischen Gesellschaft in der kroatisch-slavonischen Militärgrenze (1535-1881), sowie Peter KRAJASICH, Die Militärgrenze in Kroatien mit besonderer Berücksichtigung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse in den Jahren 1754-1807. In: Direktion des Heeresgeschichtlichen Museums (Hg.). Die

60 ANONYM., Ein Wort zu seiner Zeit (wie Anm. 51), 56 (1794) v. 14. Juli 1794. In diesem Text wird gerade dieses Vorgehen, wie auch die Lehrmethode an der Akademie heftig kritisiert.

Die Umsetzung dieser grundsätzlichen Vorgaben für das Studium an der medizinisch-chirurgischen Akademie in die Realität konnte noch nicht überprüft werden. Studien über den gesellschaftlichen Hintergrund der Studenten, sowie über ihre spätere Berufsausübung sind ausständig. Diese Vorgaben zeigen jedoch Ideen und Vorstellungen davon, wie diese Ausbildung gestaltet sein sollte, dass grundsätzlich ein freier Zugang zum Studium bestand und die Auswahl der Studenten aufgrund ihrer Eignung und nicht aufgrund ihrer finanziellen Möglichkeiten oder ihrer Herkunft erfolgen sollte. In diesem Sinn wurde Gedankengut der Aufklärung umgesetzt und kann wohl als „Erfolg des Josephinismus“ verbucht werden.

Ein Hort des Wissens

Eindeutiger Auftrag der medizinisch-chirurgischen Akademie war es auch, medizinisches Wissen zu sammeln und weiter zu entwickeln. Daher kann diese Einrichtung nicht auf ihre Ausbildungsfunktion reduziert werden.

Die Mitglieder der Akademie waren in drei Klassen eingeteilt. Die dreißig wirklichen Mitglieder waren die Professoren der Akademie selbst, die Professoren der Chirurgie und Anatomie der Wiener medizinischen Fakultät, sowie entsprechende Einrichtungen in den Erbländern, und der Leiter des Hofspitales⁶⁵ (.), das mit der Akademie verbunden war. Die Professoren der Akademie und der Leiter des angeschlossenen Krankenhauses führten den Titel „beständige Mitglieder“. „Einverleibte Mitglieder“ der Akademie konnten ausländische Professoren der Chirurgie oder Anatomie, sowie verdiente ausländische Wundärzte werden. Als korrespondierende Mitglieder wurden inländische und ausländische Professoren anderer medizinischer Fächer und Wundärzte aufgenommen. Korrespondierende Mitglieder konnten zu einverleibten Mitgliedern gewählt werden, wenn sie sich um die Akademie besonders verdient gemacht hatten. Von korrespondierenden Mitgliedern wurde erwartet, dass sie der Akademie mindestens eine schriftliche Arbeit im Jahr vorlegten. Der Direktor der Akademie stand im militärischen Rang eines Protouchirurgen der kaiserlichen Armee. Die Stelle des Direktors war ein permanenter Posten, während die Vizedirektoren wechselten und jedes Jahr nach Ostern aus der Reihe der Professoren gewählt wurden. Auch der Sekretär der Akademie wurde auf diese Weise bestellt.

Neue Mitglieder wurden aufgenommen, wenn ein Mitglied verstorben oder ausgetreten war. Der Kandidat musste eine ausgezeichnete medizinische oder chirurgische Arbeit in Latein oder Deutsch vorlegen. Über die Aufnahme entschied das Kollegium. Ordentliche Sitzungen der Akademie sollten einmal in

K.K. Militärgrenze. Beiträge zu ihrer Geschichte (= Schriften des Heeresgeschichtlichen Museums in Wien 6. Wien 1973) 95-128.

⁶⁵ Auch die Tatsache, dass dieses Spital als Hofspital bezeichnet wird, zeigt, dass dieses nicht primär „Militärspital“ war, sondern unter militärischer Leitung stand. Der Leiter des Krankenhauses stand im Rang eines „kommandierenden Stabschirurgen“.

Hintergründe für die Entstehung der med.-chir. Akademie „Josephinum“ 241

der Woche stattfinden, außerordentliche Sitzungen konnten zusätzlich einberufen werden. In den Sitzungen sollten verschiedene medizinische oder chirurgische Themen diskutiert werden, insbesondere wissenschaftliche Arbeiten, die eingereicht worden waren. Diese Sitzungsprotokolle sind zum Teil erhalten, wurden jedoch noch nicht ausgewertet. Auch die Professoren der Akademie waren verpflichtet, einmal im Jahr eine ausführliche medizinische oder chirurgische Beobachtung bzw. eine ausführliche Abhandlung vorzulegen, dasselbe wurde auch von den Absolventen erwartet.⁶⁶ Zahlreiche Manuskripte sind im Archiv der Universität Wien erhalten und zeigen eindeutig, dass die Absolventen nicht nur im militärischen Bereich tätig waren, sondern auch Zivilisten behandelten. Die eingereichten Arbeiten wurden bei entsprechender Qualität in den „Abhandlungen der medizinisch-chirurgischen Akademie“ publiziert (s. Abb. 4), die erstmals 1786 erschienen.

Zudem wurde jährlich eine Preisfrage ausgearbeitet, die innerhalb eines Jahres beantwortet wurde. Akzeptiert wurden Antworten von in- und ausländischen Militär- oder Zivilwundärzten. Die preisgekrönten Schriften wurden publiziert.⁶⁷ An diesen Preisausschreiben nahmen durchaus namhafte Vertreter dieser Fächer teil. 1806 und 1807 erhielt der zu dieser Zeit bereits sehr bekannte Anatom Samuel Thomas Soemmerring (1755-1830) diesen Preis.⁶⁸ Der Eifer der „akademischen Jugend“, also der Studenten, Praktikanten und militärischen Unterterrichtungen sollte durch Preise, die alle sechs Monate vergeben wurden, gefördert werden. Die Kandidaten, die sich als besonders tüchtig erwiesen hatten, wurden vom Leiter des Spitals ausgewählt und einem Kollegium der Akademie zur Prüfung vorgestellt. Sie hatten die Möglichkeit, einen Platz als „besoldete Zöglinge“ der Akademie zu bekommen.⁶⁹

Über Karrieren von Absolventen und deren medizinische Kenntnisse und Fähigkeiten ist bislang ebenfalls noch keine Untersuchung durchgeführt worden. Allerdings lassen die Prüfungsmodalitäten für das Magisterium und das Doktorat der Chirurgie den Schluss zu, dass auf ein hohes wissenschaftliches Niveau Wert gelegt wurde.

⁶⁶ Johann Alexander von BRAMBILLA, Verfassung und Statuten der josephinischen medizinisch-chirurgischen Akademie samt der Ordnung bei Beförderungen zu Magistern und Doktoren der Chirurgie. Auf Befehl seiner kaiserl. königl. Apostolischen Majestät Joseph des zweyten von Joh. Alexander von Brambilla. Wien 1786, 14-31.

⁶⁷ Ebenda, 32-36.

⁶⁸ Samuel Thomas SOEMMERING, Abhandlung über die schnell und langsam tödtlichen Krankheiten der Harnblase und Harnröhre bey Männern im hohen Alter. Gekrönte Beantwortung einer von der k.k. Medicinisch-Chirurgischen Josephinischen Academie zu Wien in den Jahren 1806 und 1807 aufgestellten Preisfrage (Bibliothek der medizinischen Universität Wien am Josephinum, Sign. JB 3 760).

⁶⁹ BRAMBILLA (wie Anm. 65), 40-41.

Um zum Magisterium zugelassen zu werden, musste der Kandidat nachweisen, dass er den zweijährigen Lehrkurs offenbar mit sehr gutem Erfolg absolviert (...in der medizinisch – chirurgischen Wissenschaft einen Fortgang der ersten Klasse gemacht...) und mindestens sechs Jahre in Zivil- oder Militärspitälern praktiziert hatte. Der Kurs wurde in diese Ausbildungszeit eingerechnet. Die Prüfung selbst dauerte zwei mal zwei Stunden, geprüft wurden im ersten Teil Physik, Anatomie, Physiologie und Pathologie. Der zweite Teil der Prüfung umfasste Fragen zu chirurgischen Operationen, Geburtshilfe, Instrumentenkunde und gerichtlicher Chirurgie. Die letzte Stunde der Prüfung war der Inneren Medizin, der Botanik und Chemie, der *Materia Medica* und der Chirurgie gewidmet. Zum Abschluss sollten mehrere schwierige Krankheitsfälle diagnostiziert und ein Behandlungsvorschlag entwickelt werden. Grundsätzlich bestand die Möglichkeit, diese Prüfungen in Latein, Deutsch, Französisch oder Italienisch abzulegen. Die Kommission entschied nach der Prüfung in einer „Ballotte“ – einer Abstimmung mit weißen und schwarzen Kugeln – über den Erfolg des Kandidaten. Weiße Kugeln symbolisierten Zustimmung zur Verleihung des Grades, schwarze eine Ablehnung. Bei einem Gleichstand erhielt der Kandidat die Möglichkeit, die Prüfung nach einer Reprobationsfrist zu wiederholen.

Dieselben Voraussetzungen wie für die Zulassung zum Magisterium galten auch für die Erlangung des Doktorates, allerdings waren acht Jahre praktische Erfahrung im Krankenhaus erforderlich. Die Abstimmung über die zweiteilige Prüfung musste jedoch eindeutig positiv ausfallen. Danach wurde der Kandidat zum dritten Teil der Doktoratsprüfung zugelassen. Diese bestand in einer chirurgischen Operation an einer Leiche. Zunächst musste die geforderte Operation genau erläutert und erklärt werden, in welchen Fällen sie angewendet werden sollte. Die Prüfer sollten genauestens darauf achten, ob der Kandidat die richtigen Instrumente und Bandagen auswählte und korrekt mit diesen umzugehen wusste. Danach erfolgte die eigentliche Operation, bei der Geschicklichkeit und Genauigkeit der Operationsführung beurteilt wurden. Dieser dritte Teil der Prüfung für das Doktorat sollte öffentlich stattfinden. Die Schüler der Akademie waren grundsätzlich eingeladen, aber auch auswärtige Gäste konnten anwesend sein.

Sowohl das Magisterium als auch das Doktorat wurde unmittelbar nach bestandener Prüfung verliehen. Magister erhielten eine Urkunde, Doktoren einen Doktorenhut. In beiden Fällen wurde ein Eid geschworen, der an erster Stelle die treue Ergebenheit gegenüber dem Landesfürsten enthielt. Beide Graduierungen ermöglichten es dem Absolventen der medizinisch-chirurgischen Akademie, im zivilen und militärischen Bereich die Chirurgie auszuüben und auch entsprechende medizinische Ämter zu übernehmen.⁷⁰

ABHANDLUNGEN

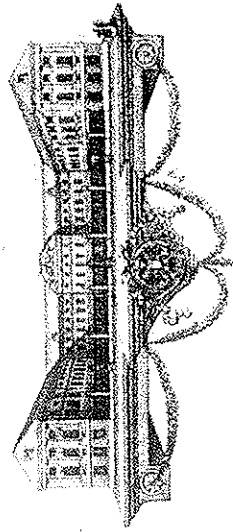
DER

RÖMISCH KAISERL. KÖNIGL. JOSEPHINISCHEN
MEDICINISCH-CHIRURGISCHEN

ACADEMIE

ZU

WIEN.



ERSTER BAND.

W I E N,
VON RUDOLPH GRÄFFER UND COMPAGNIE
MDCCCLXXXVII.

Abb. 4: Abhandlungen der medizinisch-chirurgischen Akademie 1787.
[Sammlungen der Medizinischen Universität Wien. Bildarchiv. © MUW]

Obwohl die Bedeutung der Akademie für die Entwicklung des medizinischen Wissens noch nicht Gegenstand wissenschaftlicher Analysen war, kann aufgrund dieser Richtlinien und der vorhandenen Quellen davon ausgegangen werden, dass die Erweiterung des medizinischen Wissens tatsächlich eine zentrale Aufgabe der medizinisch-chirurgischen Akademie gewesen sein muss.

Conclusion

Die medizinisch-chirurgische Akademie lässt sich nicht auf den militärmedizinischen Bereich reduzieren. Sie ist als eine Institution zu sehen, deren Struktur und Zielsetzung aus den Vorstellungen davon erwachsen, wie das Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus gestaltet sein sollte. Die Absolventen wurden dahingehend ausgebildet, diese Denkweisen in ihrem Berufsleben umzusetzen und so die beabsichtigte Verwaltungsstruktur verlässlich aufzubauen und mitzutragen. Allerdings wurden nicht nur gesundheitspolitische Denkweisen hier umgesetzt. Die Ausbildung folgte anderen Richtlinien als an Universitäten. Auf den Erwerb von praktischem Wissen in Krankenhäusern wurde großer Wert gelegt. Die Gründung der medizinisch-chirurgischen Akademie ist in gewisser Weise als Folge der vergeblichen Bemühungen Josephs zu sehen, Veränderungen in den medizinischen Ausbildungen innerhalb der Universitäten durchzusetzen. In diesem Sinn repräsentiert diese Einrichtung, aber auch ihr äußeres Erscheinungsbild, eine Idee und ihre Verwirklichung.

Inhaltsverzeichnis/Table des matières	
Zum Geleit (WOLFGANG SCHMALLE)	9
Hommage an Renate Zedinger (HARALD HEPPNER)	11
Vorwort/Préface (WOLFGANG SCHMALLE, RENATE ZEDINGER, JEAN MONDOT)	13
<i>Schwerpunkthema: Josephinismus – eine Bilanz/Échecs et réussites du Josephisme</i>	
Übergreifendes/Vues Générales	
HILMUT REINALTER	
Josephinismus als Aufgeklärter Absolutismus – ein Forschungsproblem? Gesellschaftlicher Strukturwandel und theresianisch-josephinische Reformen	19
CHRISTOPH GNANT	
Der Josephinismus und das Heilige Römische Reich. „Territorialer Etatismus“ und josephinische Reichspolitik	35
Regionale Aspekte/Aspects régionaux	
MIHAI-ȘTEFAN CEAUȘU	
Die Josephinischen Reformen in der Bukowina	55
MICHELE GALAND	
La modernisation de l'administration des Pays-Bas autrichiens sous Joseph II	65
CLAUDE MICHAUD	
La Noblesse hongroise à la fin des années 1780	81
ALFRED STEFAN WEISS	
Josephinismus in Salzburg? Das Beispiel der kirchlichen Reformtätigkeit	93
Publizistik/Regards sur le journalisme	
PHILIPPE LOUPÈS	
Telle mère, tel fils ? Le bilan du règne de Marie-Thérèse au miroir des oraisons funèbres et des éloges en France	117
JEAN MONDOT	
L'année 82 ou la fin de l'état de grâce. Le désenchantement du monarque et le commencement de la politique	127
ALAJN RUIZ	
Anno 1790 und 1792, als die Kaiser Joseph II. und Leopold II. starben. Stimmen deutscher Aufklärer im Spannungsfeld von Josephinismus und Jakobinismus	143
ERNST WANGERMANN	
Joseph II. und seine Reformen in der Arena der politischen Öffentlichkeit	161
Detailansichten/Vues de détail	
CHRISTIAN BENEDIK	
Die Normierung der Idee – Der Verlust der graphischen Individualität im habsburgisch-staatlichen Bauwesen des 18. Jahrhunderts	175
JEAN BÉRENGER	
Tolérance : Joseph II	187
TRISTAN COIGNARD	
Ist „Kaiser Joseph (...) dieser Bühne Beschützer“ ? Le théâtre à Vienne : bilan d'une réforme josphéiste	205