

BEITRÄGE ZUR
KIRCHENGESCHICHTE NIEDERÖSTERREICHS
HERAUSGEGEBEN VON THOMAS AIGNER
BAND 6

GESCHICHTLICHE BEILAGEN
ZUM ST. PÖLTNER DIÖZESANBLATT
HERAUSGEGEBEN VOM BISCHÖFLICHEN ORDINARIAT ST. PÖLTEN
BAND 23

**ABGEKOMMENE
STIFTE UND KLÖSTER
IN NIEDERÖSTERREICH**

HERAUSGEGEBEN VON
THOMAS AIGNER UND RALPH ANDRASCHEK-HOLZER

STIFTE UND KLÖSTER ALS ZENTREN REGIONALER GESUNDHEITVERSORGUNG

GEDANKENSPLITTER UND DENKANSTÖSSE¹

Nach kaiserlicher Resolution vom 6. Dezember 1781 sollten all jene Klöster aufgehoben werden, die sich nicht in irgendeiner Weise um soziale Anliegen oder um Bildung annahmen („... welche weder Schulen halten noch Kranke unterhalten, noch sonst in studijs sich hervorhun ...“²). Es ist nahe liegend, zu fragen, wie sich diese Maßnahme auf das Gesundheits- und Sozialwesen auswirkte, vor allem aber, welche Rolle die Stifte und Klöster bis dahin auf diesem Gebiet gespielt hatten.

Die Beantwortung dieser Fragen ist jedoch nicht einfach, da für die meisten Klöster nur wenige Untersuchungen zu diesem Aspekt durchgeführt wurden. Im folgenden kann es daher nicht um eine umfassende Behandlung dieses Themas gehen, sondern vielmehr um eine skizzenhafte Zusammenfassung einiger Gedanken, die als Anregungen für weitere Forschungen gesehen werden sollen.

VORBEMERKUNGEN

Die Heilkunde des „Mittelalters“ wird in den gängigen medizinhistorischen Darstellungen als die Epoche der „Klostermedizin“ dargestellt. Diese Vorstellungen finden auch Eingang in lokalgeschichtliche Untersuchungen etwa zur Geschichte einzelner Stifte und Klöster – sofern nicht darauf vergessen wird, dass auch derartige Einrichtungen nicht von der Sorge um Gesundheit und Krankheit verschont geblieben sind. Sehr umfassende „Geschichten“ von Stiften und Klöstern beinhalten vielfach auch das Wirken dieser Gemeinschaften nach außen, wobei die Sorge um Kranke, Arme, Waisen usw. durchaus Berücksichtigung findet – und das berechtigter Weise. Lediglich der Versuch, diese Aspekte in den medizinhistorischen Kontext zu stellen, meine ich, muß zumindest derzeit fehlschlagen. Dies liegt jedoch keinesfalls an den Bemühungen der betreffenden AutorInnen, sondern an der (österreichischen) Medizingeschichtsschreibung selbst.

1 Ich danke den Herausgebern für die mir entgegen gebrachte Geduld und Hartnäckigkeit.
2 Gerhard WINNER, Die Klosteraufhebungen im Niederösterreich und Wien (=Forschungen zur Kirchengeschichte Österreichs 3, Wien 1967) 73.

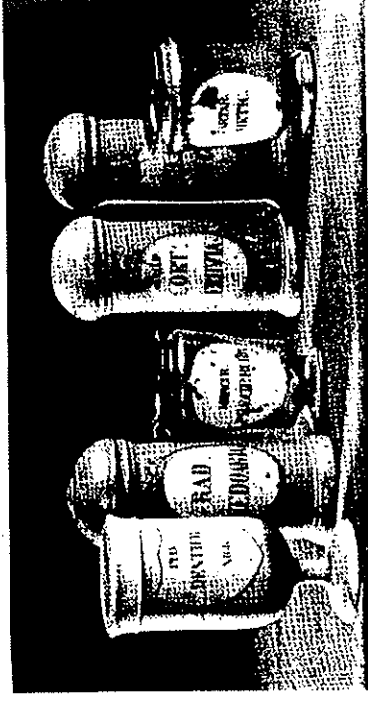


ABB. 8 GEFÄSSE AUS DER BAROCKEN APOTHEKE DES
BENEDIKTINERSTIFTES GÖTTWEIG

Diese hat sich bis vor Kurzem hauptsächlich der Darstellung der historischen Entwicklung der akademischen Medizin gewidmet – also jener Heilkunde, die an Universitäten gelehrt wurde, davor „wissenschaftlich“ aber vor allem in Klöstern gepflegt worden war und so selbstverständlich und ohne Umwege direkt in die Antike zu Galen und Hippokrates führt. Nach dem Motto „je älter desto besser“ wurde eine Heilkunde gerechtfertigt, die mit der antiken „Wurzel“ weder in der Theorie und schon gar nicht in der Praxis Gemeinsamkeiten hat. Betrachtet man diese „Geschichte“ jedoch genauer, wird klar, dass es sich zumindest bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts bei akademischen MedizinerInnen nur um eine sehr kleine Gruppe von heilkundigen Personen gehandelt hat, deren vorrangige Aufgabe nicht die umfassende Betreuung der gesamten Bevölkerung war. Dieses Bild entspricht nicht der heutigen Situation, die aber in den meisten gängigen Darstellungen auf die Vergangenheit projiziert wird. Die medizinische Betreuung der „Allgemeinheit“ wurde von anderen heilkundigen Berufsgruppen gewährleistet, die jedoch keineswegs „schlecht“ ausgebildet waren. Gerade der zumindest in der Frühen Neuzeit doch sehr stark normierte und nicht gerade kurze Ausbildungsweg beispielsweise eines Baders, für dessen Abschluss in Österreich unter und ob der Enns die Prüfung durch die Wiener medizinische Fakultät vorgesehen war, gibt Anlass über ein anderes „Bild“ dieser Berufsgruppe nachzudenken. Auch die „herumziehenden“ Okulisten, Bruch- und Steinschneider waren vielfach Spezialisten, die von der Wiener medizinischen Fakultät einer Prüfung unterzogen worden waren und zuvor eine fachliche Ausbildung nachweisen mußten. Die Fähigkeit zu Lesen und zu Schreiben war Voraussetzung, um überhaupt eine Lehre in diesen Berufen beginnen zu können³.

3 Vgl. Sonia HORN, ... ego Nicolaus physicus et scholasticus Ardacensis ... Gesundheit, Krankheit und das Stift Ardagger. In: Thomas AIGNER (Hg.), Kollegiatstift Ardagger. Beiträge zu Geschichte und Kunstgeschichte (=BKGNÖ 3, St. Pölten 1999) 280-284.

Vor diesem Hintergrund versteht es sich von selbst, dass derzeit die Geschichte eines einzelnen Stiftes oder Klosters und seiner Funktion in der medizinischen und sozialen Versorgung nicht in eine „allgemeine Geschichte des österreichischen Gesundheitswesens“ eingearbeitet werden kann – nicht weil die Darstellung dieser Aspekte des alltäglichen Lebens einer geistlichen Gemeinschaft unterbleiben sollte, sondern weil der aktuelle Forschungsstand der österreichischen Medizingeschichtsschreibung dies nicht zulässt. Die Funktion, die ein Stift oder Kloster im Sozialwesen der Umgebung, in der Gesundheits- und Krankenpflege innehatte, ist wesentlicher Bestandteil seiner Geschichte. Jede derartige Institution kann nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Strukturen der Umgebung gesehen werden.

Nun aber zurück zu den Überlegungen, die Stifte und Klöster als Zentren der medizinischen und sozialen Versorgung zum Gegenstand haben.

1. JEDE INSTITUTION HAT EINE EIGENE GESCHICHTE

Wie etwa auch in der Siedlungsgeschichte kann nicht davon ausgegangen werden, dass vor der Gründung eines Stiftes oder Klosters am entsprechenden Ort lediglich Wüste, Wald oder Barbarei geherrscht hätten und erst durch das hingebungsvolle Wirken sanfter Klosterbrüder und -schwester Zivilisation und Ordnung, vor allem aber die Sorge um Kranke, Arme, Waisen und andere der christlichen Nächstenliebe Bedürftige Einzug gehalten hat. Gerade was Wissen um Gesundheit und Krankheit betrifft, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine eventuell vor der Ansiedlung geistlicher Gemeinschaften ansässige Bevölkerung ahnungslos war. Da schon geraume Zeit vor dem Beginn von Klostergründungen Menschen geboren wurden, krank waren und gesund wurden, wird Wissen um diese alltäglichen Dinge wohl vorhanden gewesen sein. Möglicherweise waren diese Kenntnisse jenen der „frommen Klosterbrüder und -schwester“ nicht unabhängig, diesen vielleicht auch überlegen – oder aber: Möglicherweise wurden diese Kenntnisse der „angestammten“, vielleicht sogar heidnischen Bevölkerung, durch diese „Zentren“ übernommen und dadurch „legitimiert“, dass sie von Geistlichen praktiziert wurden. Vielleicht war die „Geschichte der christlichen Sorge um Arme und Kranke“ auch eine Möglichkeit, eine mangelhafte Akzeptanz einer Neugründung durch die ansässige Bevölkerung zu mildern – vielleicht erfolgte die Akzeptanz dieser Einrichtungen erst durch diese Tätigkeiten. Immerhin – wenn ein krankes Kind einige Nächte lang schreit, nehmen besorgte und zermürbte Angehörige wohl jede zur Verfügung stehende Hilfe gerne an und, wenn zu vorhandenen Möglichkeiten andere hinzu kommen, ist das umso besser¹⁰.

- Das heißt, so unterschiedlich wie die sozialen Strukturen zur Zeit der Gründung der Einrichtung vor Ort waren, so unterschiedlich wird sich auch die Rolle der Einrichtung in diesen sozialen Strukturen entwickelt

¹⁰ Es dürfte sich hierbei um eine der wenigen Konstanten in der historischen Anthropologie handeln – Situationen, die für das 8. Jahrhundert wie für das 21. Jahrhundert ähnliche Lösungsversuche annehmen lassen.

Das bedeutet, dass neben der akademischen Medizin auch eine durchaus fundierte Heilkunde praktiziert wurde, auch wenn diese (angeblich) „rein handwerklich angelehrt“ waren – von Chirurgen wurde im 17. Jahrhundert jedenfalls die Kenntnis der einschlägigen Bücher von Ambroise Paré, Felix Würz und Hildanus erwartet⁴.

Wie kam es zu diesen eigentümlichen Darstellungen in der (österreichischen) Medizingeschichtsschreibung?

Die einschlägigen Studien zum österreichischen Gesundheitswesen beziehen sich für die Zeit vor der Mitte des 18. Jahrhunderts zumeist auf die Geschichte der Wiener medizinischen Fakultät von Anton von ROSAS aus dem Jahr 1847⁵. Diese ist jedoch aufgrund zahlreicher paläographischer und philologischer Missverständnisse des Autors bei der Quellenrecherche sehr fehlerhaft und in weiten Teilen unrichtig. Auf diese Tatsache hat schon Karl Schrauf in seiner Edition der Akten der Wiener medizinischen Fakultät hingewiesen⁶ – da jedoch selbst Quelleneditionen offensichtlich selten gelesen werden, hat diese Kritik in der österreichischen Medizingeschichtsschreibung bislang kaum Eingang gefunden.

Hinzu kommt, dass die Darstellung Rosas' aus einer Zeit stammt, als die akademische Ärzteschaft in den niedergelassenen und ebenfalls an der Universität ausgebildeten Badern und Wundärzten eine große Konkurrenz sah⁷. Diese Situation kann dahingehend charakterisiert werden, dass die Doktoren „der gesamten Heilkunde“ eher „wissenschaftlich“ ausgebildet waren und sich erst ein Arbeitsgebiet schaffen mußten – immerhin waren noch bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts Badern und Wundärzte ausgebildet worden und tätig gewesen. Diese Konkurrenzsituation fand sowohl in die Darstellung von Rosas, als auch in die Arbeiten von Senfelder⁸ Eingang, indem nicht akademische Heilkundige als mangelhaft ausgebildet, unwissend usw. dargestellt wurden. Selbst in der ab 1908 von Leopold Senfelder herausgegebenen Edition der Akten der Wiener medizinischen Fakultät fand diese Darstellungsweise ihren Niederschlag, indem der Text zum Teil verfälscht oder Teile des Originaltextes gar nicht wiedergegeben wurden⁹.

⁴ Erna LESKY, Gerard van Swieten. Auftrag und Erfüllung. In: Erna LESKY, Adam WANDRUS-ZKA (Hg.), Gerard van Swieten und seine Zeit (Wien 1973) 18.

⁵ Anton ROSAS, Kurzgefasste Geschichte der Wiener Hochschule im Allgemeinen und der medizinischen Fakultät derselben insbesondere (Wien 1847).

⁶ Karl SCHRAUF (Hg.), Acta Facultatis Medicae Universitatis Vindobonensis Bd. 1 (1899) X und Bd. 2 (1899) Xiff.

⁷ Vgl. Gerlinde MÖSER-MERSKY, Franz Reiss. Praktischer Arzt in Kierling (1817–1900). In: VIRUS. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 2 (2001) im Druck.

⁸ Z. Bsp. Leopold SENFELDER, Wundärzte, Wundheilkunde in: Geschichte der Stadt Wien.

⁹ Acta Facultatis Medicae Universitatis Vindobonensis von Leopold Senfelder und der Umgang mit Medizingeschichte zur Jahrhundertwende in Wien. In: Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne, hg. v. Ralf BROER (= Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Quellen und Studien 9, Pfaffenweiler 1999) 205–216.

haben. Nicht jedes Stift oder Kloster wurde mitten in die Einöde hinein gegründet, und es kann davon ausgegangen werden, dass in bereits besiedelten Regionen Kenntnisse und Strukturen vorhanden waren, um Krankheiten zu bewältigen und Gesundheit zu pflegen. Dem entsprechend wird eine geistliche Einrichtung diese „Tätigkeitsschwerpunkte“ entwickelt haben oder auch nicht.

Hinzu kommt, dass die grundlegenden „Programme“ der verschiedenen Orden und Gemeinschaften in diesem Punkt unterschiedlich sind – von einem Benediktinerkloster kann von der Regel und den Gewohnheiten her in diesem Bezug anderes zu erwarten sein, als etwa von einem Kollegiatstift, auch wenn jede benediktinische Gemeinschaft eigene Ansichten und Ausrichtungen pflegt. Diskutiert werden könnte aber auch, ob bestimmte Kenntnisse, die in einem Mutterkloster besonders gepflegt wurden, ausschlaggebend sein konnten für die Berufung an einen bestimmten Ort. Einfach ausgedrückt: Von Benediktinern, die im dichten Wald von (Klein-)Mariazell wohl weitgehend auf sich selbst gestellt sein sollten, mußten wohl andere Kenntnisse erwartet werden, auch medizinische, als von Benediktinern, die künftig auf dem Görtzberger Berg leben sollten, mit einer größeren Siedlung wie Krems in der Nähe. Daraus ergibt sich weiters auch die Frage, ob vielleicht sogar „heilkundliche Kenntnisse“ im weitesten Sinn, also etwa auch die Führung eines „Spitals“, ausschlaggebend für die ordensmäßige Ausrichtung des Stiftes/Klosters waren.

- Grundsätzlich wären also auch örtliche Gegebenheiten jeder einzelnen Einrichtung, Aufgabenstellung und prinzipielle Ausrichtung jeder einzelnen Gemeinschaft zu berücksichtigen.

2. MEDIZINISCHE UND SOZIALE VERSORGUNG

„IM INNEREN“ DER INSTITUTION

Da auch die Angehörigen geistlicher Gemeinschaften nicht von Krankheiten verschont blieben, kann davon ausgegangen werden, dass auch hier Einrichtungen und Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege notwendig waren. Heilkundliche Kenntnisse für alle Lebensabschnitte und -umstände waren sicher vorhanden – wohl weniger in der Geburtshilfe, aber bereits der Umgang mit Kinderkrankheiten könnte bei Vorhandensein von Kindern eine gewisse Bedeutung gehabt haben. Je nach Umgebung wurden heilkundliche Kenntnisse jedoch „zugekauft“¹¹ – in der

¹¹ Vgl. dazu z. B. Gerhard JARITZ, *Klösterliche Rechnungsbücher als Quelle für die Rolle der Medizin in monastischen Gemeinschaften des Spätmittelalters*. In: *MedGG 9* (1990) 79-98; Ders., *Zum Aderlaß bei den Chorherren und Chorfrauen in Mittelalter und früher Neuzeit*. In: Heinz FLAMM, Karl MAZAKARINI (Hg.), *Bader, Wundarzt Medicus. Heilkunst in Klosterneuburg* (1996) 91-98; Karl MAZAKARINI, *Die stiftlichen Badstuben und deren Betrieb anhand der Rechnungsbücher vom 14. bis zum 16. Jahrhundert*. In: FLAMM, MAZAKARINI, *Bader, Wundarzt 70-84*; Rudolf MAURER, *... alius has munditis sordisputat* Kirche und Badebetrieb am Beispiel Baden bei Wien. In: Thomas AIGNER, Sonia HORN (Hg.), *Aspekte zur Geschichte von Kirche und Gesundheit in Niederösterreich*. Vorträge der gleichnamigen Tagung des Diözesanarchivs St. Pölten/Historischer Arbeitskreis am

kalten Einöde von Lilienfeld wird dies naturgemäß schwieriger gewesen sein als in der „Metropole“ St. Pölten. Dementsprechend sind auch unterschiedliche heilkundliche Kenntnisse und Einrichtungen wie Infirmarien, Badstuben oder Apotheken nötig. Auch das Angebot bzw. die Anforderungen an hygienische Standards der Einrichtungen, an Körperpflege, Kleidung, Ernährung, Heizung, laufende Gesundheitspflege und Behandlung in Krankheitsfällen könnten dementsprechend unterschiedlich gewesen sein. Ebenso wird wohl auch das Krankheitspektrum, von dem ein „Sumpfstierzienser“ von Heiligenkreuz in der Gründungsphase bedroht war, ein anderes gewesen sein als jenes, dem sich ein Klosterneuburger Chorherz zur selben Zeit stellen mußte. Interessant wäre es auch zu klären, ob bzw. welchen Einfluß heilkundlich ausgebildete Personen, die dem Konvent angehörten, auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit innerhalb der Gemeinschaft hatten, wie etwa der St. Pöltner Propst Johannes Fünfleuner, der auch Doktor der Medizin und Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Wien war¹². Hierzu ist zu bemerken, dass heilkundliche Betätigung von Klerikern nicht prinzipiell verboten war¹³.

Eine weitere Herangehensweise wäre die Analyse der Bestände von Bibliotheken auf Bücher medizinischen Inhaltes¹⁴. „Medizinische“ Bücher können praktische Anleitungen und grundlegende Informationen enthalten – etwa im Sinne eines Nachschlagewerks für den Infirmarius oder aber „wissenschaftliche“ Abhandlungen darstellen, die eher ein einschlägiges Interesse von Konventsangehörigen wiedergeben.

- Die Frage nach der medizinischen Versorgung von Stiften und Klöstern „im Inneren“ ist für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Umgang mit dem Körper, der Gesundheits- und Krankenpflege einzelner oder mehrerer Personen von wesentlichem Interesse, vor allem im Hinblick darauf, dass die Quellenlage hier günstiger zu sein scheint als bei anderen Bevölkerungsgruppen – ein sehr lohnender Forschungsansatz also.

Im Zusammenhang mit den josephinischen Klosterreformen stellt sich eine andere interessante Frage, nämlich die nach den Stiften und Klöstern als „soziale Versorgung“ für die Angehörigen des Konvents bzw. die Förderfamilien. Von mehreren Stiften und Klöstern wird anlässlich der Aufhebung des Hauses berichtet, dass die Konventsangehörigen großteils alt, krank, körperlich oder geistig behindert

¹² 27. September 1997 im Sommerrektorium des Bistumsgebäudes St. Pölten (= Beiträge zur Kirchengeschichte Niederösterreichs Bd. 1, St. Pölten 1997) 32-47.

¹³ Vgl. Friedrich SCHRAGL, *Geschichte des Stiftes St. Pölten*. In: Heinrich FASCHING, *Dom und Stift St. Pölten* (St. Pölten 1985) 41.

¹⁴ Vgl. etwa Andrea RZIHACEK-BEDÖ, *Medizinische Handschriften in der Stiftsbibliothek Admont*. In: *Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin*, Vorträge des internationalen Symposions an der Universität Wien 9. 11. November 1994, hg. von Helmuth GRÖSING, Sonia HORN, Thomas AIGNER (Wien 1996) 43-52.

dert gewesen wären, sodass die Betreuung in einer entsprechenden Anstalt weiter geführt werden mußte¹⁴. Auch die Erwartungen, dass Priester dieser aufgehobenen Institutionen in der Seelsorge eingesetzt werden könnten, wurden aus diesen Gründen vielfach nicht erfüllt. Die zeitgenössische Feststellung, dass kontemplative Konvente vielfach als Versorgungseinrichtungen für kranke, behinderte oder gebrechliche Angehörige adeliger Familien dienten, könnte demnach nicht nur josephinische Polemik gewesen sein. Für viele dieser Menschen war die Schließung des Hauses, in dem sie lange Zeit gewohnt hatten, und der Verlust von Menschen, mit denen sie zusammen gelebt hatten, eine persönliche, aber auch eine soziale und eventuell auch eine wirtschaftliche Katastrophe.

• Die Frage nach der medizinischen und sozialen Versorgung „im Inneren“ und die Auswirkungen der josephinischen Klosterreform könnte mit Untersuchungen zum weiteren Lebensweg der Angehörigen aufgelassener Konvente, physischen und psychischen Zuständen während ihres Lebens im Kloster und danach sowie über ihre soziale und wirtschaftliche Situation nach der Aufhebung eine interessante Bereicherung erfahren.

3. MEDIZINISCHE UND SOZIALE VERSORGUNG „NACH AUSSEN“

A. MASSNAHMEN VON STIFTEN UND KLÖSTERN ALS GRUNDHERREN

Stifte und Klöster nahmen als Grundherren auch Aufgaben wahr, die dazu dienten, eine medizinische und soziale Grundversorgung in unterschiedlichem Ausmaß zu gewährleisten. Wenn etwa das Stift (Klein-) Mariazell nach den Türkenkriegen von 1683 dafür Sorge trug, dass ein Bader die Badstube in Altenmarkt an der Triesting möglichst bald übernehmen konnte und ihm verschiedene Vergünstigungen gewährte, mit der Auflage, den Betrieb so rasch wie möglich wieder aufzunehmen, entspricht das nicht unbedingt „christlicher Caritas“¹⁵. Vielmehr stehen hierbei konkrete grundherrliche Interessen dahinter – das alltägliche Leben sollte sich sobald als möglich wieder normalisieren, die Untertanen sobald als möglich wieder ihren gewohnten Tätigkeiten nachgehen können – und auch die grundherrlichen Einkünfte sollten sich ehebaldest wieder einstellen. Hierin wird sich ein Stift oder Kloster wohl kaum von weltlichen Grundherren unterscheiden haben. Die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung war und ist ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor.

14 Vgl. etwa Thomas AIGNER, Mariazell in Österreich. Eine Klostergemeinschaft zwischen Reformation und Aufklärung (=BKGND 2, St. Pölten 1998) 286.

15 Vgl. Sonia HORN, Das Baderhaus von Altenmarkt an der Triesting (ungedruckte Seminararbeit bei Prof. Feigl, Wien 1994).

Wie weltliche Grundherren richteten auch einige Stifte und Klöster Einrichtungen zur medizinischen und sozialen Versorgung der Untertanen, etwa Apotheken oder Spitäler, ein oder unterstützten diese in unterschiedlicher Weise¹⁶. Allerdings ist der Forschungsstand zu derartigen Einrichtungen bei weitem nicht zufriedenstellend, zumindest im Hinblick auf die soziale Rolle und die Funktionsweise derartiger Einrichtungen: Wer waren die Kunden der grundherrlichen Apotheken? Wer wurde in den Spitälern betreut? Wie wurde die Versorgung finanziert? Wie wurde das Haus verwaltet? etc. Auch die Frage, ob es sich bei diesen Spitälern lediglich um „Pensionistenheime“ oder auch um Krankenhäuser handelte, wird gelegentlich diskutiert. Meist wird mit großer Verwunderung festgestellt, dass in einem derartigen Spital Kinder, Wöchnerinnen, „echte“ Kranke, wie etwa verletzte Handwerksgesellen auf der Durchreise, Alte, Behinderte, Pilger usw. betreut wurden. Bedenkt man jedoch, dass von vielen Spitälern bekannt ist, dass sie eigene Stuben für Kinder, Alte, Wöchnerinnen, für kranke Männer und Frauen eingerichtet hatten, erinnert dieses Konzept stark an die derzeit auch von der Europäischen Union als Vorgabe geforderte Einrichtung von „Sozialmedizinischen Zentren“ mit Betreuungseinrichtungen für den gesamten Lebenslauf – von der Geburt bis zum Seniorenwohnheim und der geriatrischen Abteilung. Lediglich Unterbringungs-möglichkeiten für Reisende (Pilger) sind im aktuellen Konzept nicht vorgesehen ...

Fraglich ist auch die tatsächliche hygienische Situation, wie sie zum jeweiligen Zeitpunkt empfunden wurde. Viele historische Darstellungen von Spitälern kranken daran, dass mit Erwartungen und Normen einer späteren Epoche beurteilt wird, was aufgrund der benützten Quellen kaum beurteilt werden kann. Auch hier können nur Studien weiterhelfen, die sich mit jeder einzelnen Institution und ihrer Funktion in der jeweiligen gesellschaftlichen Situation auseinandersetzen. So kann etwa aus dem Nichtvorhandensein von Findel- oder Waisenhäusern nicht darauf geschlossen werden, dass es für diese Kinder keine Betreuung gab – möglicherweise war eine durchorganisierte Betreuung an einem bestimmten Ort gar nicht notwendig, da diese Kinder sofort in Pflegefamilien aufgenommen wurden, oder aber anderswo untergebracht werden konnten – etwa als Chorknaben in Stiften und Klöstern. An Beispielen ließen sich noch mehrere finden. Solange jedoch erst wenige fundierte Studien zu diesen Einrichtungen geistlicher oder weltlicher Natur vorliegen, kann keinerlei Aussage allgemeiner Art getroffen werden

• Diese Tatsache sollte Anstoß geben, im Rahmen von regionalen Studien zu geistlichen oder weltlichen Grundherrschaften auch auf den Einfluss von Grundherren auf das Gesundheits- und Sozialwesen – allgemein aber auch als Einzelindividuen – nicht zu vergessen.

B. MASSNAHMEN IM RAHMEN DER CARITAS

Wie bereits erwähnt, sind einzelne Stifte und Klöster durch ihre Regeln und Gewohnheiten in besonderer Weise verpflichtet, soziale Aufgaben wahrzunehmen.

16 Vgl. etwa K. GANZINGER, H. LEITNER, Die Geschichte der Apotheke des Stiftes Göttweig. In: Heimatbuch der Marktgemeinde Furth bei Göttweig (Furth 1985) 398-404.

Vielfach werden derartige Maßnahmen auch schlichtweg notwendig gewesen sein. – Vielleicht konnte ein Stift oder Kloster, das neben Pionierarbeit auch eine gewisse Grundversorgung im Bereich „Gesundheit und Soziales“ aufbaute, eine gewisse Attraktivität entwickeln – ein Rodungskloster allein macht ja noch keine Ansiedlung aus, und spätestens dann, wenn Nachwuchs erwartet wird, sollten auch Heilkundige zur Hand sein – sinnvollerweise sollten auch die Zugewogenen gesund bleiben. Möglicherweise beruhen auch viele der späteren Probleme zwischen niedergelassenen Heilkundigen und entsprechenden Einrichtungen von Stiften und Klöstern – etwa die häufigen Probleme um Stiftsapotheken – gerade auf diesen Entwicklungen¹⁷. Aus der lokalen Tradition heraus entwickelte sich ein Gesundheits- und Sozialwesen, etwa in Form eines Spitals, das nicht nur den Mitgliedern des Konvents vorbehalten war¹⁸, und dessen Betreuung von der jeweiligen Einrichtung als Teil seiner Aufgaben betrachtet wurde. Dies konnte wie etwa im Stift St. Andrä an der Traisen tatsächlich Aufgabe des „Infirmarius“ gewesen sein, der nicht nur kranke oder alte Konventsmitglieder betreute, sondern auch Menschen, die außerhalb der Klostermauern lebten¹⁹. In einer so kleinen Gemeinde könnte wohl auch ein Waisen- oder Findelkind als Alumne, Chorknabe oder Küchenmagd im Stift untergekommen sein. Es ist naheliegend, dass die sozialen Bindungen eines eher kleinen Konvents an die Bevölkerung der Umgebung intensiver waren als jene von größeren Gemeinschaften, was mit ein Grund für ein stärkeres Engagement des betreffenden Konventes gewesen sein könnte. Nicht zuletzt wird diese „Haltung“ der Gemeinschaft wohl auch durch die einzelnen Mitglieder bestimmt sein, besonders dann, wenn familiäre (oder andere) Beziehungen zur Umgebung bestanden.

Die Chorherren von St. Pölten hingegen widmeten sich der Betreuung Kranker und Alter in anderer Weise. Das Spital stand auch Bürgern der Stadt zur Verfügung. Aufgrund der Größe dürften die Aufgaben des „Infirmarius“ jedoch eher im Verwaltungsbereich gelegen sein. Schließlich wurde auch die Verwaltung des Spitals an die Bürgerschaft abgegeben; das Stift leistete weiterhin Zahlungen an das Bürgerspital – einerseits aus einer Verpflichtung für das „Allgemeinwohl“ heraus; andererseits waren einzelne Krankenzimmer für Stiftsherren reserviert²⁰. Manche Konvente übernahmen Aufgaben im Gesundheits- und Sozialwesen dann wahr, wenn die Notwendigkeit hierzu gegeben schien – wenn sich die soziale

17 Vgl. Gilbert ZINSLER, Die Landschaftsapotheke in Horn Ein pharmaziehistorischer Überblick zu Kirche und Gesundheitswesen am Beispiel Horn. In: AIGNER, HORN, Aspekte (wie Anm. 11) 71-72.

18 Auf die Möglichkeit, verschiedenen Stuben einzurichten, wurde bereits hingewiesen. Dies kann auch bei der Betreuung von Konventsmitgliedern und anderen in einem Haus angenommen werden.

19 Vgl. Christine OPPITZ, Das Klosterspital. In: Festschrift 850 Jahre Augustiner-Chorherrenstift St. Andrä an der Traisen. 1148-1998, hg. vom Kultur- und Fremdenverkehrsverein St. Andrä an der Traisen (St. Andrä 1998) o. S.

20 SCHRAGL, Geschichte St. Pölten (wie Anm. 12) 38.

Situation der Untertanen zu verschlechtern drohte oder sich die spätere Klosterreform ankündigte.

- Das Engagement verschiedener Stifte und Klöster im Gesundheits- und Sozialwesen der Umgebung war also sehr unterschiedlich ausgeprägt. Je nach „Auftrag“, „Tradition“, Verbundenheit mit der Umgebung, Notwendigkeiten, regionalen Besonderheiten und individuellen Sichtweisen von Entscheidungsträgern wurden derartige Aufgaben wahrgenommen oder auch nicht.