

## **SOZIALGESCHICHTLICHE ASPEKTE DES GESUNDHEITSWESENS IN DER EISENSTRASSE IN DER FRÜHEN NEUZEIT**

von Sonia HORN

### **STRUKTUREN DES MITTELALTERLICHEN UND FRÜHNEUZEITLICHEN GESUNDHEITSWESENS – EIN ÜBERBLICK**

Zunächst muss klargestellt werden, dass es den Begriff „Gesundheitswesen“ in der Frühen Neuzeit freilich nicht gibt. Sehr wohl existiert aber eine Vorstellung darüber, dass Maßnahmen getroffen werden müssen, die es der Allgemeinheit ermöglichen, die Gesundheit zu erhalten oder wieder zu erlangen und dass für Kranke, Alte, Kinder oder andere Bedürftige gesorgt werden müsse. Maßnahmen, die der Gesunderhaltung bzw. der Betreuung im Krankheitsfall sowohl während „schwieriger Zeiten“ wie Seuchen, Hungerkrisen, Kriegsereignissen oder wetterbedingter Katastrophen, als auch „dazwischen“ - also im „Alltag“ getroffen wurden, können unter dem heutigen Begriff „Gesundheitswesen“ zusammengefasst werden und so zum einfacheren Umgang mit einer ganzen Menge von Vorkehrungen, Einrichtungen, Gebräuchen und Denkweisen dienen. Um diesem „Gesundheitswesen“ und seinen „Hintergründen“ auf die Spur zu kommen werden hier die wichtigsten Einrichtungen beschrieben.

#### **Badstuben:**

Sie können als die grundlegenden Einrichtungen des Gesundheitswesens des Mittelalters und der frühen Neuzeit betrachtet werden. Vielfach werden diese Einrichtungen in der Literatur mit Bordellen oder ähnlichen „Lustanstalten“ gleichgesetzt. Dabei ist jedoch einerseits zu berücksichtigen, dass regional Unterschiede im Stellenwert dieser Einrichtungen in der jeweiligen Gesellschaft bestanden, andererseits von den verschiedenen Hygienebewegungen, die im Lauf der Zeit verschiedene Meinungen vertraten, oft massiv gegen Badstuben polemisiert wurde und diese Stellungnahmen von einer unkritischen Medizingeschichtsschreibung vielfach übernommen wurden. Der Forschungsstand über das Badewesen ist derzeit viel zu gering, das Thema aber auch viel zu komplex als dass sich „allgemeine“ Aussagen treffen lassen könnten. Zu diesem Zweck muss an Originalquellen gearbeitet werden, was für Wien und Niederösterreich gar nicht so schwierig ist, da über die Aufzeichnungen der Wiener medizinischen Fakultät sehr viele Informationen über das Badewesen der Region gewonnen werden können. Immerhin sind diese Aufzeichnungen von 1399 an erhalten und die Wiener medizinische Fakultät hatte für Wien und die Erzherzogtümer Ob und unter der Enns große Bedeutung, da es ihre Aufgabe war, das Gesundheitswesen dieser Region zu überwachen. Spätestens ab 1638 war die Wiener medizinische Fakultät DIE zentrale Institution, an die z.B. auch Beschwerden von PatientInnen gerichtet werden konnten und blieb es auch bis zum Ende des 19. Jahrhunderts. Allerdings finden sich auch in regionalen Archiven zahlreiche interessante Quellen zu dieser Fragestellung.

In Niederösterreich hatten Badstuben zudem eine besondere Rechtsstellung. Für sie galt, wie auch für die Kirche und den Kirchhof, das Recht der „Freyung“ d.h.

Personen, die sich in diesen Bereich geflüchtet hatten, durften nicht verfolgt werden. Dies bedeutete auch, dass Verletzte in diesem Bereich zuerst einmal versorgt werden konnten. Bader waren verpflichtet jedem Menschen zumindest die allererste Hilfe angedeihen zu lassen. Außerdem musste eine Badstube immer mit einem Meister oder erfahrenen Gesellen besetzt sein, damit im Notfall kompetente Hilfe zur Stelle war. Eine Badstube gehörte neben der Mühle und dem Gasthaus zu den grundlegenden Einrichtungen eines Ortes. Zumindest im 17. und 18. Jahrhundert dürfte in Niederösterreich ein relativ dichtes Netz von Badstuben bestanden haben, das somit eine adäquate Gesundheitsversorgung gewährleistet haben dürfte. Um zu dieser Aussage zu kommen, muss klargestellt werden, dass die medizinische Betreuung durch akademische Ärztinnen und Ärzte erst ein Phänomen des 20. Jahrhunderts ist. Zuvor wurde die grundlegende Versorgung der Bevölkerung von nicht - akademischen Heilkundigen gewährleistet. Hinzu kommt, dass sich im Lauf des 19. Jahrhunderts das Erklärungsmodell für den Körper und seine Funktionen grundsätzlich geändert hat und somit auch die Therapieformen. In Badstuben stand, basierend auf den zeitgenössischen heilkundlichen Konzepten und Therapien ein umfassendes Angebot an Behandlungen zur Verfügung, das nicht nur der Hygiene und Gesunderhaltung diente sondern auch der Betreuung von PatientInnen im Krankheitsfall. Da Badstuben von Meistern geleitet wurden, die nach einer nicht nur lokal gültigen Norm ausgebildet worden waren und auch deren Vergabe durch die jeweilige Zunft erfolgte, bestanden hier bereits Rahmenbedingungen, die es ermöglichten, auch in Krisenzeiten Anordnungen zu treffen, die für alle Betriebe zumindest in Einflussbereich der jeweiligen Baderzunft und unabhängig von den Grenzen der Grundherrschaft verbindlich waren. Von Seiten der Grundherrschaft wurden oft finanzielle oder andere Anreize für die Ansiedlung eines Baderbetriebes geschaffen.

### **Spitäler:**

Spitäler können in Mittelalter und Früher Neuzeit gewissermaßen als „multifunktionale“ Einrichtungen betrachtet werden. Sie dienten der Versorgung von alten Menschen, die sich entweder als Pfründner rechtzeitig einen guten Platz im Spital gesichert hatten und dort einen angenehmen, vor allem betreuten Lebensabend verbringen konnten oder armen alten Menschen, die nicht die Möglichkeit gehabt hatten sich in das Spital einzukaufen und zumindest ihre Gebete für die Wohltäter des Spitalbesitzer einbringen konnten. Dafür hatten sie wohl eine weniger angenehme Aufenthaltsmöglichkeit, aber immerhin ebenfalls eine betreute. In den Spitälern lebten jedoch nicht nur Senioren, sondern auch andere „Bedürftige“ wie ledige oder auch verheiratete Wöchnerinnen, die nicht in ihren eigenen Unterkünften entbinden konnten, erkrankte oder verunfallte Handwerksgesellen, die sich auf der Wanderschaft befanden oder Waisenkinder bzw. Kinder, die für einige Zeit von den Eltern oder Verwandten nicht betreut werden konnten. Bei der Auseinandersetzung mit der Geschichte von mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Spitälern und ihrer Funktion in der jeweiligen Gesellschaft müssen selbstverständlich regionale Gegebenheiten berücksichtigt werden. Prinzipiell sollte jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass Bedürftige „jeder Art“ ohne Trennung nebeneinander lebten. Meist existierten zumindest getrennte Bereiche für begüterte und ärmere SpitalsbewohnerInnen.

Spitäler konnten von Stiften und Klöstern geführt werden oder aber von einer Bürgerschaft. Im Fall von St. Pölten etwa, wurde aus dem Infirmarium des Stiftes das Bürgerspital der Stadt. In Niederösterreich gab es ziemlich viele „Bürgerspitäler“, die gemeinsam mit den von Stiften und Klöstern geführten Häusern ein relativ dichtes Netz an „Sozialversorgung“ ermöglicht haben müssten. Da gerade die Bürgerspitäler von den jeweiligen Kommunen verwaltet wurden, dürfte dieses System der sozialen Versorgung durch die Reformation, aber auch die Gegenreformation keine Brüche erlitten haben (selbstverständlich abgesehen von kriegsbedingten Schäden), wie dies etwa für einige deutsche Städte nachgewiesen werden konnte. Die Tatsache, dass die meisten derartigen Einrichtungen in deutschen Städten von kirchlichen Institutionen (z.B. Heilig Geist Orden) geführt wurden, führte in der Reformation vielfach zum Zusammenbruch dieser Einrichtungen. Zudem wurden „Seelgerätstiftungen“ als nicht adäquat betrachtet, weshalb dieser „Dienst der Armen an den Reichen“ als nicht mehr sinnvoll erachtet wurde. Wie es heißt, war im damals neuen protestantischen Denken die Sorge für Arme und Kranke noch nicht eindeutig definiert und entstand erst im Zuge der Vergewärtigung dieses Problems.

Die Unterstützung von Grundherren für diese Einrichtungen konnten sehr vielfältig sein - sehr häufig waren Stiftungen verschiedenster Art, aber auch ein Zu - oder Ausbau, sowie andere finanzielle Zuwendungen, die Erteilung von Privilegien, wie z.B. das Ausschneiden von Bier oder die Übergabe von Grundstücken.

### **Apotheken:**

Apotheken gehörten offensichtlich zur grundlegenden Einrichtung von herrschaftlichen Landsitzen, wie dies auch in der „Topographia Windhagiana“ von 1673 zu sehen ist.<sup>1</sup> Auch wenn diese Darstellung idealisierend ist, so zeigt sie doch, wie man sich die Einrichtung eines Landsitzes in idealer Weise vorstellte. Die in der „Georgica curiosa“ des Wolf Helmhardt von Hohberg beschriebenen Aufgaben der Grundherrin skizzieren zumindest Vorstellungen ihrer Aufgabenbereiche.<sup>2</sup>

Wer die Personen waren, die durch eine „herrschaftliche“ Apotheke versorgt wurden, ist eine wesentliche Frage. Zunächst werden wohl die Angehörigen der Haushaltes bzw. jene Personen, die hier hauptsächlich tätig waren, Betreuung gefunden haben. Ein grundherrschaftlicher „Hofstaat“ umfasste oft einige hundert Personen, darunter auch Personen, die nicht dauernd in oder in unmittelbarer Nähe des Schlosses lebten. Jene, die für die Herrschaft arbeiteten, könnten zu den über diese Apotheken betreuten Personen gehört haben, zusätzlich zur unmittelbaren „Familie“, womit sich eine ansehnliche „Kundenzahl“ ergeben haben könnte.

Dass Apotheken von Stiften und Klöstern geführt wurden, ist wesentlich bekannter, die Quellenlage dürfte hier auch besser sein, als für ähnliche Einrichtungen der weltlichen Grundherrschaften. Prinzipiell dürfte für Apotheken von Stiften und Klöstern jedoch dasselbe gelten wie für Apotheken weltlicher Grundherrschaften.

---

<sup>1</sup> Hyacinth Marian (FIDLER), Topographia Windhagiana aucta (1673)

<sup>2</sup> Wolf Helmhard von HOHBERG, Georgica curiosa oder adeliges Land- und Feldleben, 3. Buch (1682)

Für Landschaftsapotheken galten besondere Richtlinien. Sie waren verpflichtet, auch in Seuchenzeiten geöffnet zu sein und jederzeit alle notwendigen Arzneien in ausreichender Menge und guter Qualität vorrätig zu haben. Sie wurden laufend von der Wiener medizinischen Fakultät visitiert, was bedeutet, dass sie einem bestimmten Qualitätsstandard entsprechen mussten.

## **Grundherrschaften und Gesundheitswesen**

Die Rolle von Grundherrschaften für das regionale Gesundheitswesen wurde bislang kaum bearbeitet. Nahe liegend wäre es immerhin, dass sowohl weltliche als auch geistliche Grundherrschaften Vorkehrungen für die Gesunderhaltung der Untertanen trafen. Zum einen mag hierfür eine wie auch immer begründete „humanitäre“ Denkweise (die christliche „caritas“) ausschlaggebend gewesen sein, zum anderen werden sich die meisten Grundherren wohl darüber im Klaren gewesen sein, dass Gesundheit von Untertanen oder Hausgesinde auch Auswirkungen auf die eigene finanzielle Situation haben könnte. Allerdings sind auch diese „Haltungen“ im Lauf der Zeit Veränderungen unterworfen. War es im späten Mittelalter eher eine Sorge für das eigene Seelenheil, das verschiedene Persönlichkeiten dazu veranlasste Stiftungen für „Arme und Kranke“ zu machen - beispielsweise auch ein besonders ausgiebiges Bad im Bürgerspital am jeweilige Stiftertag - so werden es in es in späterer Zeit wohl eher wirtschaftliche Überlegungen gewesen sein oder aber Bemühungen zur Bekehrung der Untertanen zum „rechten Glauben“. Möglicherweise wurde der Gedanke der „christlichen Caritas“ von einer Idee des „Wohlergehens der Gemeinschaft“ vielleicht auch von „merkantilistischem“ Gedankengut beeinflusst - je gesünder und arbeitsamer die Untertanen, desto gesünder die Finanzen.

Das prinzipielle Problem von grundherrschaftlichen Maßnahmen für das Gesundheitswesen lag jedoch darin, dass Auffassungen darüber recht unterschiedlich sein konnten. Während eine Grundherrschaft möglicherweise sehr engagiert und umsichtig handelte, könnte es sein, dass sich andere weniger um derartige Angelegenheiten kümmerten. Gerade in schwierigen Zeiten, wie etwa während Seuchen oder in Zeiten, die von Nahrungsmangel oder Krieg geprägt waren, zeigten sich diese grundsätzlichen Probleme. Da beispielsweise Infektionsordnungen meist recht unterschiedlich waren, impliziert dies auch die Möglichkeit, dass in verschiedenen aneinandergrenzenden Herrschaft möglicherweise ganz andere Richtlinien befolgt wurden, was einer konsequenten Bekämpfung einer Seuche eher abträglich gewesen wäre.

Da sich weder Seuchen, noch Kriege oder Hunger an grundherrschaftliche Grenzen halten, war es nahe liegend, sich Maßnahmen zu überlegen, die nicht nur auf Grundherrschaften begrenzt waren. Hinzu kommt, dass die Grundherren an keinerlei Vorschriften gebunden waren, welche Qualifikationen die jeweiligen „Heilkundigen“ haben sollten, die bei ihnen in Diensten standen oder ob die Apotheke entsprechend geführt wurde - davon abgesehen, dass sie nicht verpflichtet waren auch in Krisenzeiten derartige Dienste zur Verfügung zu stellen. Es besteht also die Möglichkeit, dass gerade in Zeiten, in denen medizinische Hilfe oder Arzneimittel besonders benötigt wurden, diesen die grundherrschaftlichen Einrichtungen nicht zur Verfügung standen.

Was jedoch die Qualifikation der bürgerlichen Bader und Wundärzte betrifft, so waren hier Rahmenbedingungen wirksam, die über die Grenzen von Grundherrschaften hinausgingen. Die Meisterbetriebe waren den „überregionalen“ Zünften zugehörig, die Ausbildung dieser Heilkundigen war somit „überregional“ geregelt und durch die Wanderschaft oft sogar „international“, wie man es heute nennen würde. Trotzdem blieb es dem jeweiligen Grundherrschaften überlassen für den „Eigengebrauch“ Heilkundige nach ihrem eigenen Gutdünken anzustellen und sich dabei an „anerkannte“ Qualifikationen zu halten oder eben nicht.

Als Maßnahmen, die nicht an grundherrschaftliche Grenzen gebunden waren, können die Einrichtung von Landschaftsapotheken und die Anstellung von Landschaftsmedici, Landschaftschirurgen oder der Landschaftshebammen verstanden werden. Die Aufgabe des „Landschaftsmedicus“ war jedoch nicht oder zumindest nicht vordringlich die Betreuung von Kranken, sondern die Überwachung von hygienischen Richtlinien (etwa im Bezug auf Viehseuchen), die „allgemein“ galten. Wenn ein Verdacht auf langsam verlaufende Seuchen (Endemien) oder Epidemien aufkam, war es seine Aufgabe, dies zu eruieren und gegebenenfalls Maßnahmen anzuordnen bzw. deren Einhaltung zu überwachen. Vielfach visitierte er in Vertretung der medizinischen Fakultät auch die Apotheken oder beteiligte sich an den Prüfungen der Bader. Die Aufgabenbereiche der Landschaftschirurgen und der Landschaftshebammen sind bislang nicht bekannt – aufgrund der bisher bekannten Quellen lässt sich lediglich nachweisen, dass es diese Ämter gab und dass sie besetzt wurden.