



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

„Der Wandel der sozialpolitischen Rolle
der Wiener Ärzte 1848 - 1914“

Verfasser

Mag. Dr. Gerhart Tatra

angestrebter akademischer Grad

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Wien, im Juni 2010

Studienzahl lt. Studienblatt:

092/A 312

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:

Geschichte

Betreuer:

Univ. Prof. Dr. J. Ehmer

INHALTSANGABE

Abschnitt I.....	5
Einleitung.....	6
Blick über die Grenzen	8
Abschnitt II.....	16
Das Sturmjahr 1848.....	17
Rokitansky, Arzt und Politiker	22
Das sozialpolitische Wirken der „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“	25
Der Kampf der Ärzte um die Wiener Wasserversorgung.....	30
Die Ärzte im Wiener Gemeinderat.....	35
Wohnungselend und Bauwesen.....	40
Stadtreinigung und Kanalisation.....	44
Die Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft.....	48
Ohnmacht der Ärzte: Die Tuberkulose	52
Gegen Geschlechtskrankheiten und Prostitution.....	56
Die Armenärzte.....	63
Abschnitt III.....	67
Der Weg zum “Doktor der gesamten Heilkunde“	68
Die Neue Medizin des 19. Jahrhunderts.....	76
Die Spezialisten.....	81
Ausbau der Wiener Sanitätsbehörden.....	85
Die gewandelten ärztlichen Leitbilder	90
Professionalisierung und Medikalisierung	97
Einführung der Unfall- und Kranken-Versicherung der Arbeiter.....	105
Ärztevereine, Ärztekammern	120
Verstaatlichung des Ärztestandes?	130
Zusammenfassung, Thesen	135
Literatur	139
Anhang	148
Curriculum vitae.....	149
Kurzfassung.....	150
Summary	151

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1	Verhältnis der Ärzte zu den Wundärzten 1829 – 1889 in Österreich.....	71
Tab. 2	Übersicht der zugelassenen Sanitätspersonen (1848,1874 und 1914).....	74
Tab. 3	Zahl der Ärzte in Österreich	93
Tab. 4	Übersicht Anzahl Einwohner je Arzt in Österreich 1910	94
Tab. 5	Die in den Jahren 1848 – 1914 in Wien betriebene Spitäler	104
Tab. 6	Verteilung der Krankenkassen auf die einzelnen Kronländer 1900.....	115

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1	Ernst Wertheim bei einer Operation 1909	80
--------	---	----

Die Medizin ist nicht nur eine Wissenschaft, sie ist auch eine sogenannte Kunst. Die Wissenschaft ist vorwiegend analytisch, die Kunst vorwiegend synthetisch. Die Medizin wird wahrscheinlich immer eine Kunst bleiben, sosehr wir auch versuchen mögen, ihren wissenschaftlichen Gehalt zu vervollkommen. Denn die Medizin befasst sich nicht mit unpersönlichen Atomen, Elementen, Pflanzen und Tieren mit Instinktmechanismen, sondern mit Menschen mit einer "Seele" und "freiem Willen".

Um seine Mission zu erfüllen, muss der Arzt mehr sein als ein reiner Techniker oder Wissenschaftler. Er muss menschlich abgerundet, human und humanistisch sein.

Erwin Ackerknecht, 1979

ABSCHNITT I

EINLEITUNG

Der Lebensberuf des Verfassers der vorgelegten Arbeit war die Humanmedizin. So arbeitete er über vier Jahrzehnte an einer Universitätsklinik in Wien und nach dem Übertritt in den Ruhestand studierte er das Fach Geschichte, dessen Studium er mit der Diplomarbeit "Die politische und soziale Rolle der Ärzte in Wien 1848 - 1914" abschließen konnte. Die Wahl des Themas ergab sich aus dem Zusammentreffen der beiden Wissenschaften in einer Person.

Der gewählte Zeitraum war eine Periode von großen Fortschritten und damit verbundenen Veränderungen in der Medizin, ebenso auch im sozialpolitischen Geschehen der Stadt.

In der genannten Arbeit wurde aufgezeigt, dass die Mediziner über mehrere Jahrzehnte einen großen Einfluss auf sozialpolitische Themen von Wien hatten. Verbesserungen und Fortschritte im Gesundheitsbereich der Stadt konnten wiederholt durch ein konsequentes Vorgehen von privat agierenden Ärzten erreicht werden.

Etwa mit dem Auslaufen der liberalen Ära verlor das sozialpolitische Engagement der Wiener Ärzte an Bedeutung, es kam zur Abwendung der Mediziner aus dem öffentlichen Leben für die Stadt.

In der vorgelegten Arbeit sollen die Gründe für dieses geänderte Verhalten analysiert werden.

Es wird die These zu überprüfen sein, dass es die „Neue Medizin“ des 19. Jahrhunderts war, welche zu dieser Entwicklung führte.

Durch die „Neue Medizin“ kam es zu bedeutenden Änderungen im Leitbild der Ärzte, zu erweiterten Aufgaben und Arbeitsgebieten des Standes, was auch eine veränderte, angehobene Stellung der Mediziner in der Gesellschaft zur Folge hatte.

Die Einführung der Sozialversicherung erweiterte das Aufgabengebiet der Mediziner in einem ungeahnten Ausmaß.

So wurde das früher sozialpolitische Denken abgelöst von einer Konzentration auf die effektiver gewordene Medizin gegen die Jahrhundertwende zu, mit weitreichenden Folgen für diesen Berufsstand.

Geschöpft wurde Material aus Quellen in den Bibliotheken

- der Universität Wien,
- der Medizinischen Universität Wien,
- der Sammlungen des Instituts der Geschichte für Medizin in Wien,
- der Wiener Stadt- und Landesbibliothek,
- des Wiener Stadt- und Landesarchivs,
- des Österreichischen Parlaments,
- der Gesellschaft der Ärzte in Wien
- der Wiener Ärztekammer sowie
- der Universität Salzburg.

BLICK ÜBER DIE GRENZEN

Die technisch-industrielle Revolution im 19. Jahrhundert und das Aufblühen des industriellen Frühkapitalismus in den großen europäischen Ländern wie Deutschland, England, Frankreich und der Donaumonarchie führten zu sozialen und gesundheitlichen Benachteiligungen und Notständen bei der arbeitenden Bevölkerung, die den Zeitgenossen nicht verborgen bleiben konnten und nach Maßnahmen verlangten.

In England, das mit seinen industriellen Ballungszentren bereits an der Wende zum 19. Jahrhundert die wesentlichen Charakterzüge der industriekapitalistischen Entwicklungen in den anderen europäischen Nationen vorwegnahm, wurden auch am frühesten gesetzliche Regelungen zur Reduzierung der übelsten Auswüchse der neuen Ausbeutungsformen von menschlicher Arbeitskraft erlassen. Dazu gehörten: Die gesetzliche Einschränkung der Kinderarbeit, das Verbot der bargeldlosen Arbeiterentlohnung mit Firmenprodukten (Trucksystem), die Regelung der maximalen Wochenarbeitszeit für Kinder mit der Einführung des zehnstündigen Arbeitstages für Frauen und Kinder im Jahre 1847.¹ In England ging man also zuerst mit praktischen und volkshygienischen Maßnahmen vor. Hauptsächlichster Grund dafür war die rapide Ansammlung der Bevölkerung in den großen städtischen Zentren im Verein mit der Entwicklung einer blühenden Industrie, der Entstehung großer Fabriken und der daraus hervorgegangenen sozialen Missstände. Die Engländer gingen dabei kräftig ans Werk, um manche Übelstände, die bisher als unvermeidliche Folgen der Fabrikarbeiten gegolten hatten, zu beseitigen oder doch zumindest zu lindern. Man schuf bessere Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse, sorgte für zureichendes Wasser, schuf Kanalisationsanlagen, bis die Gesundheitszustände sich besserten.

¹ Eckart, Wolfgang: Geschichte der Medizin, Berlin 1998. S. 228

Den Briten kommt das Verdienst zu, den Nationen des europäischen Kontinents in der hygienischen Vorsorge, sowohl der öffentlichen wie der privaten, mit gutem Beispiel vorangegangen zu sein. Bereits 1842 wurden königliche Untersuchungskommissionen eingesetzt, mit einer weitgehenden Machtbefugnis zur Überwachung der fabrik- und gewerbehygienischen Verhältnisse, vor allem aber um eine übermäßige Anhäufung in den Wohnungen der Arbeiterviertel, der Verunreinigung des Bodens und des Wassers zu verhüten. Diesen Dingen wurde in England direkt staatlicher - respektive polizeilicherseits - die erforderliche Aufmerksamkeit und Abhilfe bereits früher zuteil als in anderen Ländern.²

Der treibende Geist der neuen Hygienebewegung war Edwin Chadwick, der die Diskussion um die öffentliche Gesundheitspflege im 19. Jahrhundert maßgeblich beeinflusste. Er war der Überzeugung, dass Krankheit ein unmittelbares Resultat der Bedingungen sei, unter denen die armen Schichten Großbritanniens lebten.

Er fasste seine Erkenntnisse in seinem im Jahre 1842 verfassten Werk „Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain“ zusammen.³

Diese Ausführungen stellen einen Meilenstein in der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens dar und hatten damit entscheidende Wirkung auf die Etablierung der Stadthygiene im Viktorianischen Zeitalter. Chadwick forderte nicht nur eine umfassende medizinische Versorgung und eine zentrale Gesundheitsbehörde. Er verlangt auch die Überwachung der Maßnahmen durch einen „district medical officer“. Angesichts der hohen Sterblichkeit und der wiederholten Choleraausbrüche wünschte er die Verbesserung der Wasserversorgung und deren Verknüpfung mit der Abwasserkanalisation und außerdem die landwirtschaftliche Abwasserverwertung über Rieselfelder (Anlagen zur Reinigung von Abwässern) sowie eine verbesserte Abfallentsorgung.

Im Jahre 1889 wurde Chadwick für seine Verdienste um die Volksgesundheit geadelt.

In Frankreich stand am Anfang des Jahrhunderts die medizinische Schule von Paris als ein Kind zweier Revolutionen: Während die politische Revolution im Zuge ihrer Reformen Ausbildungsstätten für den ärztlichen Nachwuchs errichtete, die zu den

² Sudhoff, Karl: Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. Berlin 1922, S. 475

³ Chadwick, Edwin: Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain. 1842 Neudruck: Flinn, Michael, W.: Edingburgh University Press 1965. Zusammenfassung S. 421

fortschrittlichsten in Europa zählten, schuf die industrielle Revolution die Verbindungen für eine bis dahin in Frankreich fehlende eigenständige klinische Medizin. In den Ballungszentren der Stadt herrschten schlechte Wohnverhältnisse und damit verbunden, häufige Erkrankungen. Die Stadt war gezwungen, neue und große Krankenhäuser zu bauen, was wiederum den Ärzten die Möglichkeit verschaffte, mehr Patienten und Krankheiten als zuvor zu beobachten. Mit Hilfe der Auskultation und Perkussion konnte die klinische Erforschung von Herz- und Lungenkrankheiten, insbesondere der Lungentuberkulose, beginnen. Die physikalische Diagnostik von Paris wirkte befruchtend auf die Wiener Schule, die bekanntlich die pathologische Anatomie zu ihrem Schwerpunkt gemacht hatte.

Im Laufe des 19. Jahrhunderts hat sich auch die französische Medizin definitiv von allen Vorurteilen befreit und sich ausschließlich nach Beobachtungen und objektiver Deutung gerichtet. Hier ist der berühmte Arzt René Laennec zu nennen, dessen Verdienst es ist, zu den bereits bekannten Untersuchungsmethoden, wie Palpation und Perkussion, eine neue, die indirekte Auskultation, mit Hilfe des Stethoskops erfunden zu haben.

In der Mitte des 19. Jahrhunderts ermöglichten insgesamt 15 Krankenhäuser in Paris eine ausgezeichnete medizinische Ausbildung am Krankenbett. Die Pariser Krankenhäuser entwickelten sich zu Zentren der neuen Richtung, die darauf abzielte, den Ort und die Ursachen der Krankheiten mit Hilfe der Anatomie zu entdecken.

So reisten aus allen Teilen Europas Studenten und Mediziner an, um die Pariser Kollegen auf ihren Visiten und oftmals auch anschließend in die Sektionsräume zu begleiten. Einen Kranken, den man an einem Tag bei der Visite sah, obduzierte man bereits am nächsten, was den Blick dafür schärfte, warum die „leidenden Organe“ versagt hatten. Die Autopsie wurde damit der Schlüssel nicht nur zum Verständnis der Krankheit, sondern auch ihres Verlaufes, für den Fall, dass der Erkrankte ihr zum Opfer fiel. So lernten die Ärzte, die Symptome am lebenden Patienten zum Ursprungsorgan zurück zu verfolgen, indem sie ihn genau betrachteten und so Hinweise auf die Erkrankung entdeckten. Die Untersuchungen von Louis Pasteur zur Entstehung der Infektionskrankheiten wirkte befruchtend auf die sich entwickelnde Antisepsis, den Ausbau von Schutzimpfungen und insbesondere auf das neu entstehende Fachgebiet Bakteriologie. Im Jahre 1857 beschrieb Louis Pasteur seine Entdeckungen von Bakterien und als dem 34-jährigen Mann klar wurde, dass Mikroben die Ursache der mysteriösen „Epidemien“ waren, welche die Produkte der

Winzer um die Stadt Lille verdarben, wies er auch die Abtötung der Keime durch ausreichende Erhitzung nach und fand damit richtungsweisende Erkenntnisse für die Zukunft.

Allerdings liefen nach der Mitte des 19. Jahrhunderts die Krankenhäuser in Österreich und Deutschland den französischen Spitälern den Rang ab. Dieser Aufstieg beruhte auf der Ansicht, dass sich Hinweise auf die Biologie im Labor finden ließen und diese Methoden wurden eben in österreichischen und deutschen Spitälern vorangetrieben.

In Frankreich ist die Pflege der Hygiene und damit auch der Stadthygiene und der städtischen Sozialpolitik ebenso wie in England älteren Datums als in Deutschland und in der Doppelmonarchie. Bereits 1851 kam es zur Bildung des „Comité consultatif d'hygiène publique“, das Fragen der Stadthygiene, der Assanierung vorantrieb. In diesem Komitee arbeiteten Hygieniker, Statistiker und Sozialpolitiker zusammen und diese behandelten die Sterblichkeitsraten in Relation zu den Bevölkerungsverhältnissen in Paris sowie die Hygiene der Arbeiter in der aufblühenden Industrie.

Weitere Zielpunkte waren Fragen der Hygiene des Wassers, des Alkoholismus, des Tabakmissbrauches und Absinths. Hervorragender Repräsentant der Stadthygiene war Alexandre Jean Baptiste Parent-Duchatelet, der sich in einem allgemein anerkannten Buch intensiv auch mit den Fragen des Bordellwesens und der geheimen Prostitution in Paris auseinandersetzte, was schließlich zur Einführung der Polizeiärzte und Polizeikontrollen für diese Gewerbe führte.⁴

In Deutschland verbinden sich die Anfänge sozialpolitischer Ideen mit dem Namen Rudolf Virchow. Virchow beteiligte sich aktiv an der Märzrevolution 1848, galt als anerkannter Pathologe, lehrte an der Universität Würzburg und später an der Charité in Berlin. In der von ihm herausgegebenen Wochenzeitschrift „Die Medizinische Reform“ betonte er die These vom sozialen Charakter der Medizin, die sich unmittelbar auch der allgemeinen Arbeits- und Lebenssituation der Bevölkerung zuzuwenden habe. Er betonte mit besonderem Blick auf die epidemiologischen

⁴ Sudhoff, Karl: Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. Berlin 1922. S. 477

Aspekte den Zusammenhang von Krankheit mit dem sozialen Charakter, den Zusammenhang von „Krankheit und sozialer Lage“.⁵

Virchow war vom Preußischen Gesundheitsministerium beauftragt, über die in Oberschlesien grassierende Typhusepidemie zu berichten. Sein Bericht gilt als brillante medizinisch-soziologische Analyse der Armut, Hunger, Ausbeutung gekennzeichneten Lebensbedingungen. Seine Diagnose (der Erreger des Typhus wurde erst 30 Jahre später als Bakterium identifiziert) lautete: „Aller Wahrscheinlichkeit nach sind es die lokalen Verhältnisse der Gesellschaft welche die Form der Erkrankung bestimmen und wir können bis jetzt als ziemlich allgemeines Resultat hinstellen, dass die einfache Form umso häufiger ist, je armseliger und einseitiger die Nahrungsmittel und je schlechter die Wohnungen sind“.

Virchow erkannte klar die enge Verknüpfung medizinischer und sozialer Tatbestände.

Später zitierte Virchow den berühmten Satz: Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiction.⁶

Virchow beschäftigte sich weiters mit Fragen der Stadtassanierung Berlins und sorgte für entscheidende Neuerungen im Abwassersystem dieser Stadt.⁷

Virchow war Gründungsmitglied der Deutschen Fortschrittspartei, er plädierte für eine liberale Gesellschaft und für eine soziale Medizin, die auf dem Boden naturwissenschaftlicher Aufklärung zu stehen habe. Obwohl bei Virchow die Bedeutung der sozialen Medizin im Dienste einer öffentlichen Gesundheitspflege sehr deutlich im Zusammenhang mit dem sozialen Charakter von Krankheit, dem Zusammenhang von „Krankheit und sozialer Lage“, thematisiert wurde, ist es in den folgenden Jahrzehnten nicht zu einer weiten Verbreitung dieser Ansichten gekommen.

Federführend auf verschiedenen Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege war Max Pettenkofer, Ordinarius der Hygiene in München, der als Mitbegründer der neuzeitlichen Hygiene anzusehen ist. Zur Erforschung der für die Gesundheit nützlichen oder schädlichen Faktoren forderte er das naturwissenschaftliche Studium der Umgebung der Menschen wie Luft, Wasser, Boden, Kleidung und Wohnung.

⁵ Virchow, Rudolf: Der Armenarzt. Die Medizinische Reform. 18, 1848. S.6

⁶ Virchow, Rudolf: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der öffentlichen Medizin und der Seuchenlehre. Band1. Berlin 1897. S 4

⁷ Bynum, William: Science and practice of medicine in the nineteenth century. Cambridge 1994. S. 91

Seine Seuchenlehre stützte sich allerdings auf die Überzeugung, dass nicht der Bazillus, sondern örtliche und zeitliche Schwankungen im Grundwasserstand des Bodens für die Entstehung und den Verlauf von Epidemien maßgeblich seien.

In den 1860er und 1870er Jahren kam es unter Pettenkofer's Einfluss zur Gründung zahlreicher Verbände, die Empfehlungen und Richtlinien für ein leistungsstarkes öffentliches Gesundheitswesen ausarbeiteten. Sie schlugen Assanierungsmaßnahmen wie Kanalisation und Trinkwasserversorgung vor, sauberes Trinkwasser und sauberer Boden galten als die wichtigsten Vorbedingungen guter Gesundheitsverhältnisse und beides fehlte bis dahin in den meisten deutschen Städten mit der Ausnahme von Berlin, das bereits 1853 mit dem Bau einer Abwässerkanalisation begonnen hatte.⁸

Seit den ersten Ansätzen der Industrialisierung in Deutschland hatten Mediziner immer wieder auf die wachsende Diskrepanz zwischen allgemeiner wirtschaftlicher Prosperität einerseits und schlechter sozialer Lage des städtischen Proletariats andererseits hingewiesen, welchem die fortschreitende Zivilisation offenbar neuartige Lebensrisiken und Krankheiten bescherte.⁹

Der ersten preußischen Gewerbeordnung des Jahres 1869 folgte eine Novelle im Jahre 1878, welche die Sicherheitsvorschriften in den Industriebetrieben verschärfte, das Truckverbot erweiterte und den Arbeitsschutz für Kinder, Jugendliche und Frauen deutlich ausdehnte.

In Deutschland wurde bereits im Jahr 1874 ein Impfgesetz im Reichstag angenommen, ein Gesetz, das erstmals ausschließlich der Verhütung von Krankheiten galt und damit sozialmedizinische Bedeutung hatte.¹⁰

Die Vielzahl von Einzelinitiativen legte die Formulierung eines einheitlichen Sozialgesetzes nahe, das seit dem Beginn der 80er Jahre auf Initiative Bismarcks vorbereitet wurde. Deutschland war auf dem Gebiet der Sozialversicherungsgesetzgebung wegbereitend. Bismarck war die treibende Kraft und trotz stärkstem

⁸Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981. S. 123

⁹ Neumann, Siegfried: Das Sterblichkeits-Verhältnis in der Berliner Arbeiterbevölkerung, nach den in den Genossenschaften des Gewerks-Krankenvereins 1861 – 1863 vorgekommenen Todesfällen. Der Arbeiterfreund 4, 1866. S. 113

¹⁰ Diepgen, Paul: Geschichte der sozialen Medizin. Staatsmedizinische Abhandlungen. Leipzig 1934. S. 25

Widerstand schuf er das erste umfassende Sozialsystem und initiierte damit eine Bewegung, die rasch auch auf andere Länder übergriff.

Sozialversicherung war die notwendige Reaktion, das Ergebnis der Weltindustrialisierung. Mit der Entwicklung des Kapitalismus wuchs die Unsicherheit der Arbeiterklasse und die Situation spitzte sich im 19. Jahrhundert zu.¹¹

Die Versicherung sollte sich als Unfallschutz, auf die Krankenversorgung der Arbeiter und schließlich auch auf deren Invaliditätsabsicherung erstrecken. In einer kaiserlichen Botschaft 1881 wurde ein Gesetzgebungspaket angekündigt, welches aufzeigte, dass es sich um eine Sozialreform von „oben“ handelt.

Gemessen an ihren Vorteilen für die arbeitende Bevölkerung und verglichen mit der Situation in anderen Industrienationen Europas, kann die deutsche Sozialgesetzgebung, die der kaiserlichen Ankündigung folgte, als vorbildlich gewertet werden:

1883 wurde ein Gesetz zur Krankenversicherung der Arbeiter verabschiedet mit der Schaffung von Ortskrankenkassen, 1884 folgte das Gesetz über die Unfallversicherung und im Jahre 1888 garantierte das Alters- und Invalidenversicherungsgesetz Renten. Anno 1894 bildete sich der Zentralverband der Ortskrankenkassen, im Jahre 1900 konstituierte sich als Reaktion auf die starke Position der Krankenkassen der „Verband der Ärzte Deutschland“ und 1913 erstreckte sich das Versicherungsrecht auch auf Angestellte.¹²

Das im Jahr 1888 in Deutschland eingeführte obligatorische Versicherungssystem für die Mehrzahl der Arbeitnehmer galt als Modell für andere Länder in Europa, wie Österreich ebenfalls im Jahr 1888, wie für Ungarn im Jahre 1891. Später folgten auch Länder wie Dänemark und Schweden, wenngleich in abgewandelten Formen. In England kam es erst im Jahre 1911 zu einem nationalen Sozialsystem mit Arbeiterversicherung und Arbeitslosenversicherung.¹³

Bei der vorbildlichen kaiserlichen Sozialgesetzgebung handelte es sich um keine Errungenschaft der Arbeiterbewegung. Ihr Initiator Bismarck hatte erkannt, dass Unruhe und Unzufriedenheit in der Arbeiterschaft kaum durch repressive Maßnahmen zu unterdrücken seien, sondern diese entschieden besser durch eine

¹¹ Sigerist, Henry, Ernest: Von Bismarck bis Beveridge. In: Sozialmedizin. Erna Lesky. (Hrg.). Darmstadt 1977. S. 189

¹² Waller, Heiko: Sozialmedizin. Stuttgart 2007. S.96

¹³ Bynum, William: Science and practice of medicine in the nineteenth century, 1994. S. 201

Sozialreform von oben zu beschwichtigen seien, indem man den „Bedürfnissen des Sozialismus“ entgegenkomme.¹⁴

¹⁴ Ackerknecht, Erwin: Geschichte der Medizin, Stuttgart 1979, S. 231

ABSCHNITT II

DAS STURMJAHR 1848

Es waren politische, nationale und soziale Gründe, die in Österreich den Boden für das Sturmjahr 1848 aufbereiteten. Die wirtschaftliche und soziale Lage des Bauernstandes war schwierig, das Bürgertum litt unter dem geistigen Druck des Metternich'schen Systems.

Die neue industrielle Produktionsweise und die damit verbundenen politischen und gesellschaftlichen Veränderungen gerieten in Österreich um die Mitte des 19. Jahrhunderts in Widerspruch zu den bestehenden Einrichtungen des vormärzlichen politischen Systems.

In der Gegnerschaft zum Metternich'schem System vereinigte sich der Großteil der politischen Kräfte Österreichs trotz ihrer Heterogenität zu einer breiten oppositionellen Front, in deren Rahmen man nur wusste, wogegen man war, nämlich gegen die alte Politik.

Zu diesen unterschiedlichen Gesellschaftsschichten gehörten das Kleinbürgertum, ebenso das wohlhabende Bürgertum, weiters die Studenten und Hochschullehrer aber auch das Industrieproletariat sowie Teile der noch immer untertänigen Bauernschaft.¹⁵

Regent der Stunde war der Liberalismus, unter dem Druck des rigiden Metternich-Systems angeheizt, bestrebt, sich endlich öffentlich äußern zu können. Es war ein deklassiertes Bildungsbürgertum, im Vormärz rasch angewachsen, mit schlechten Berufsaussichten, es waren die Studenten, die jungen Doktoren und Schriftsteller: Sie wollten eine andere Gesellschaft und sie übernahmen die Führung der Revolution und sie suchten den Schulterschluss mit der rebellierenden Arbeiterschaft in Wien.¹⁶ Es war der gemäßigte ökonomische Liberalismus des Bürgertums, der mehr Freiheit und weniger Staatsregulierung wollte, der nach mehr Anerkennung bürgerlicher Tugenden strebte, wobei am aktivsten die „Freien Berufe“, nämlich die

¹⁵ Seliger, Maren und Ucakar, Karl: Wahlrecht und Wahlverhalten in Wien 1848 – 1932. Wien, München 1984. S.13

¹⁶ Haeusler, Wolfgang: Von der Massenarmut zur Arbeiterbewegung. Demokratie und soziale Fragen in der Wiener Revolution 1848. Wien 1979. S.30

Rechtsanwälte und die Ärzte waren.¹⁷ Dies zeigte sich auch in der sozialen Zusammensetzung der Nationalgarde, in welcher im Jahre 1848 die Akademiker mit 27 %, das Gewerbe mit 21 % und der Öffentliche Dienst mit 10 % die größten Anteile stellten.¹⁸

So versuchte der Mediziner Ludwig von Löhner bereits am 1. März 1848 in einer Rede im „Juridisch-politischen Leseverein“ die versammelten Mitglieder davon zu überzeugen, dass friedliche Verhandlungen mit der bestehenden Regierungsgewalt zu keinen greifbaren Zielen führen würden und dass somit dem Volk nichts anderes übrigbliebe, als sich durch ein Überschreiten der Gesetze, durch eine Revolution aus diesem unerträglichen Zustand zu befreien.¹⁹

Bald darauf, am 8. März 1848 wurde eine von Studenten an den Kaiser zu richtende Bittschrift in ihren Grundzügen entworfen. Kurz danach, am 12. März 1848, wurde von Medizinstudenten, im Verein mit den Ärzten Fischhof, Goldmark und Löhner unter der Parole Lehr- und Lernfreiheit in einer Versammlung in der Aula der Wiener Universität diese Bittschrift auch beschlossen und noch am gleichen Tag Kaiser Ferdinand überreicht.

Besondere Bedeutung hatte am 13. März 1848 das Auftreten des Sekundararztes im Wiener Allgemeinen Krankenhaus Adolf Fischhof, der in seiner Rede im Hof des Niederösterreichischen Landhauses die Pressefreiheit, Geschworenengerichte, die Freiheit der Lehre forderte und damit eine breite Zustimmung und Begeisterung entfachen konnte. Von dieser Rede Fischhofs ging eine Initialzündung für die Freiheitsbewegung aus.²⁰

Anschließend rief Josef Goldmark, ebenfalls Sekundararzt im Wiener Allgemeinen Krankenhaus, die angesammelte Menge zur direkten Konfrontation mit den Exekutiven auf. Nun wurde eine Deputation gebildet, die schließlich in die Sitzung der Landesstände vorgelassen wurden und dort nachhaltig Pressefreiheit, Lern- und Lehrfreiheit forderten.²¹

Als bald kam es zu tätlichen Auseinandersetzungen zwischen der Freiheitsbewegung und der Staatsgewalt in der Aula der Universität, in der sich die aufgebracht

¹⁷ Fuchs, Anton: Geistige Strömungen in Österreich 1867 – 1918. Wien 1949. S.7

¹⁸ Seliger, Maren und Ucakar, Karl: Wien, Politische Geschichte 1740 – 1934. F. Czeike (Hrg.), Geschichte der Stadt Wien, Bd. 1. Wien, München 1985. S. 218

¹⁹ Sieber, Ernst, Karl: Ludwig von Löhner. München 1965. S. 18

²⁰ Charmatz, Richard: Adolf Fischhof. Stuttgart, Berlin 1910. S. 19

²¹ Helfert, Josef Alexander: Geschichte der Österreichischen Revolution. 1. Bd. Freiburg im Breisgau und Wien 1907. S. 245

Studenten versammelt hatten. Hier versuchten die Mediziner Endlicher und Köck auf die Studenten beruhigend einzuwirken, in ihrer empörten Stimmung nicht mit bloßen Händen gegen die Soldaten vorgehen zu wollen.²²

Am Nachmittag dieses denkwürdigen 13. März 1848 fand eine Sitzung der Medizinischen Fakultät statt, die oftmals als die politisch bedeutsamste Versammlung bezeichnet wird, die in den Märztagen in Wien abgehalten wurde.²³

Der Mediziner Löhner führte in dieser Sitzung aus, dass Österreich seit dem Tod Kaiser Josefs verurteilt sei, in seiner geistigen und ökonomischen Entwicklung stillzustehen. Löhner beantragte, eine Abordnung zum Kaiser zu senden, mit der Aufgabe, auf den Gewaltmissbrauch gegen eine wehrlose Menge des gebildeten und besitzenden Volkes hinzuweisen und weiters die Gefahr zu schildern, welche aus dieser Verbitterung gegen das Kaiserhaus erwachse. Es sei nötig, durch eine legale Bewaffnung der studierenden Jugend zu verhindern, dass nicht das Proletariat Herr der Gewalt werde und auch zu befehlen, dem Blutvergießen Einhalt zu bieten, die bisherigen Befehlshaber zu entfernen und eine Bürgermiliz zu berufen.²⁴

In diesen Verhandlungen der Deputation mit dem kaiserlichen Hof führten die Mediziner ins Treffen, dass die Ärzte es mit allen Schichten der Bevölkerung zu tun haben und damit jedes ihrer Worte die Volkssprache reflektiere.

Der Kaiser bewilligte nun die Bewaffnung der Studenten und der Mediziner Köck übernahm deren Organisation und führte die in der Aula versammelten Studenten zum Zeughaus, um Waffen in Empfang zu nehmen.²⁵

In der bald darauf gebildeten „Akademischen Legion“ als ein Teil der Nationalgarde, waren die Mediziner die stärkste Gruppierung, es waren 1710 Mann von insgesamt 4655.²⁶ Dieser Gruppe gehörten auch Kapazitäten der Medizinischen Fakultät an, wie Carl Rokitansky, Josef Skoda und Ferdinand Hebra.

In dem am 15. März 1848 gewählten provisorischen Bürgerausschuss war die Ärzteschaft durch den Dekan der Medizinischen Fakultät, Johann Alexander Lerch vertreten, dem Studentenkomitee, das sich am 29. März 1848 bildete, gehörten auch fünf Ärzte an.

²² Fischer, Isidor: Wiens Mediziner in der Freiheitsbewegung des Jahres 1848. Wien 1935. S. 13

²³ Reschauer, Heinrich: Das Jahr 1848. Geschichte der Wiener Revolution. 1. Bd. Wien 1872. S. 286

²⁴ Fischer, Isidor: Wiens Mediziner in der Freiheitsbewegung des Jahres 1848. Wien 1935. S. 15

²⁵ Ebda., S. 21

²⁶ Urbanitsch, Peter: Zwischen Revolution und Konstitutionalismus. In: Carl Freiherr von Rokitansky 1804 – 1878. H. Rumpler und H. Denk (Hrg.) Wien, Köln, Weimar 2005. S. 149

Auch in dem am 6. Mai 1848 geschaffenen politischen „Zentralkomitee der Nationalgarde, Bürger und Studenten“ waren zahlreiche Ärzte vertreten: Fischhof, Goldmark, Kalazky, Hruby, Klucky und Taussig sind hier zu nennen.

In den Sicherheitsausschuss der Nationalgarde, der sich in der Folge der Errichtung der Barrikaden am 1. Juni 1848 konstituierte, wurden die Ärzte Fischhof als Vorsitzender, Klucky als Sekretär sowie Hruby, Inhauser und Paluccy gewählt.²⁷

Der Mediziner Hans Kudlich stellte am 26. Juli 1848 im Reichstag den Antrag auf Aufhebung des bürgerlichen Untertänigkeitsverhältnisses, der nach einer langen Diskussion über die Entschädigungsfrage in der veränderten Fassung des Abgeordneten Josef von Lasser am 7. September 1848 angenommen wurde. Die Bauern hatten somit ihr Ziel erreicht, ihr Interesse an der revolutionären Bewegung erlahmte.

Die Wiener Mediziner standen an prominenter Stelle der Freiheitsbewegung des Jahres 1848. Sie schlossen sich dieser nicht nur an, sondern sie führten diese in prominenter Weise herbei. Die Medizin in Wien des Vormärz war trotz der gesellschaftspolitischen Pressionen bereits im Aufbruch, die Erneuerung der Wiener Medizinischen Schule zur naturwissenschaftlichen Grundlage hin hatte bereits in dieser Zeit begonnen. Beschränkungen im Lehr- und Lernbetrieb mussten besonders im Bereich der Medizin auf Widerstand stoßen, weil sie der Weiterentwicklung dieses Berufsstandes besonders hinderlich waren.

Die Medizinische Fakultät der Universität Wien war durch ihre Qualität bereits im Vormärz Anziehungspunkt für ausländische Studenten, von denen besonders die deutschen Hörer bereits Träger des Freiheitsgedankens waren.

Die spezielle Kenntnis der Ärzte über die soziale und gesellschaftliche Stimmung der Bevölkerung in allen Schichten hat zu ihrem starken Eintreten für Veränderungen des Regimes beigetragen. Auch Professoren der Medizinischen Fakultät haben sich von Beginn an in den Dienst der Freiheitsbewegung gestellt.

Den Schritt in die aktive Politik haben später allerdings nur wenige Ärzte gefunden. Im Reichstag 1848/49 waren von 415 Abgeordneten nur 4,8% Mediziner gegenüber

²⁷ Fischer, Isidor: Wiens Mediziner. S. 32

20,9% Beamte und 18% Schriftstellern. Unter den Ärzten befanden sich allerdings so prominente Namen wie Adolf Fischhof, Ludwig Löhner und Josef Goldmark.

Etwa 30 Jahre später, am Ende der liberalen Ära 1879 bildeten die Ärzte im Reichsrat nur mehr eine Minderheit von 1,7% der Abgeordneten.²⁸

²⁸ Rumpler, Helmut: Carl von Rokitansky als Exponent des österreichischen Liberalismus. In: Carl Freiherr von Rokitansky 1804-1878. H. Rumpler und H. Denk (Hrg) Wien, Köln, Weimar 2005, S. 165

ROKITANSKY, ARZT UND POLITIKER

Carl Freiherr von Rokitansky nimmt unter den Ärzten des 19. Jahrhunderts in Wien die „prominente Stellung“ ein. Aber auch als Politiker war er über viele Jahre als einflussreicher Liberaler tätig.

Rokitansky wurde am 19. Februar 1804 im böhmischen Königgrätz geboren und am 6. März 1828 an der Universität in Wien promoviert. Bald erkannte Rokitansky, dass die Kliniker ihr mangelndes Wissen oft hinter brillant gehaltenen Reden zu verbergen suchten. Und so erkannte er auch sein Ziel, die Heilkunde aus diesem naturphilosophischen Traum zu führen und sie auf den Boden von festen Tatsachen zu stellen. So wollte er die Pathologie zu einer im Dienst der Klinik stehenden Wissenschaft machen. Die bei den Obduktionen erhobenen Organveränderungen sollten wissenschaftlich erfasst werden und die erhobenen pathologischen Befunde sollten mit der Diagnose am Lebenden korreliert werden.

Das von Rokitansky verfasste Handbuch der Allgemeinen Pathologischen Anatomie wurde in mehrere Sprachen übersetzt und galt als ein Markstein in der Geschichte der Medizin. Rokitansky verlegte die Grenzen des ärztlichen Könnens aus dem Bereich der naturphilosophischen Spekulation in die wissenschaftliche Klarheit. Er postulierte auch, dass es krankmachende Veränderungen in der Blutmischung, der „Krase“, also eine fehlerhafte Mischung der Säfte - die „Dyskrasie“ – zur Organpathologie führen könnte. Diese Ansicht wurde allerdings von seinem Gegenspieler in Berlin, Virchow als Vertreter der Zellulopathologie völlig abgelehnt.

Im Jahr 1844 wurde Rokitansky zum Ordinarius im obligaten Lehrfach der Pathologischen Anatomie ernannt. Seit dem Jahre 1848 war Rokitansky Mitglied der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, seit 1869 ihr Präsident, ein Amt das er bis zu seinem Lebensende bekleidete.

1863 wurde Rokitansky vom Staatsminister Schmerling als medizinischer Fachreferent in das Staatsministerium berufen und hatte damit Einfluss auf die Gestaltung des Medizinstudiums. Unter seiner Aktivität kam es zur Errichtung des

Sanitätsrates, dessen Präsident er wurde, womit ihm das ganze österreichische Sanitätswesen nun unterstand.

Rokitansky war als Politiker in den Reihen der Freisinnigen zu finden.

Am 25. November 1867 berief der Kaiser Rokitansky als lebenslängliches Mitglied in das Herrenhaus des Reichsrates. Hier bekannte er sich als Altliberaler, überzeugter Österreicher und Anhänger der Dynastie. Er trat für die Annahme der liberalen Schulgesetze ein, lehnte den Einfluss der Kirche auf den universitären Bereich ab, weil er darin den wissenschaftlichen Fortschritt behindert sah.

Als Mitbegründer der Zweiten Medizinischen Schule wurde er im März 1850 zum Präsidenten der Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt und er übte dieses Amt über 28 Jahre aus. Seine Präsidentschaft war beherrscht von zwei für diese Zeit bedeutenden Themen:

Dem aufkommenden Thema der Hygiene, besonders der Stadthygiene sowie dem der Impffrage. Unter seiner Führung wurde die Gesellschaft der Ärzte in Wien zum „Hygienischen Gewissen“ der Stadt Wien. So trat sie mit Vehemenz für die hygienische Wasserversorgung Wiens ein und informierte die Gesellschaft ausführlich über die Gefahren von Blei- und Quecksilbervergiftungen. In der Gesellschaft wurde intensiv über einen Impfzwang gegen Pocken diskutiert.

Um das Jahr 1860 entwickelte Rokitansky politische Gedankengänge, die immer deutlicher die Grundlagen eines ausschließlich von der Vernunft geleiteten liberalen Weltbildes erkennen ließen: Glaube an Fortschritt, Bildung als Pfand für den Aufstieg und auch die Ansicht, durch die Verbreitung von Wissen nicht nur den Wohlstand zu fördern, sondern auch Klassengegensätze zu überwinden.²⁹

Während seiner Tätigkeit im Herrenhaus zeigte sich, dass die Beziehungen Rokitanskys zum Liberalismus nicht unkompliziert waren. Er war nicht blind gegenüber der Problematik, die dem Liberalismus innewohnt und während er an seinen idealistischen Grundsätzen festhielt, hatte sich der Liberalismus in Österreich gewandelt: Von der freiheitlichen Opposition im Vormärz zur mitgestaltenden Bewegung in der Revolution 1848 schließlich zur herrschenden Partei um 1867 und zur deutschnationalen Kampfpartei nach 1870. Und so wurde Rokitansky zu einem Zweifler an dem, was er einmal geglaubt hatte. Er trat als Verfechter einer „kämpfenden Wissenschaft“ auf, die ihn zu einem Exponenten liberaler Politik machte. Dies zeigte sich in den Debatten im Herrenhaus als er zunehmend zur

²⁹ Rokitansky, Carl: Der selbständige Wert des Wissens. In: Almanach der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften 1867. S. 103—140

Erkenntnis gelangte, dass „Freiheit und Fortschritt“ auch ihre Grenzen haben. Er machte aus seiner, einem aufgeklärten Liberalen angemessenen antiklerikalen Haltung kein Hehl, als aber die Auseinandersetzungen in einem „Kulturkampf“ umschlugen, versuchte Rokitansky Brücken zu schlagen.³⁰

Rokitansky beteiligte sich nicht mehr an den Diskussionen um die Höhepunkte des „Kulturkampfes“ wie das „Reichsvolksschulgesetz von 1869“ und die „Maigesetze von 1874“. Jedenfalls trat Rokitansky im Herrenhaus nach 1870 nicht mehr als Exponent der Partei, sondern vielmehr als Vertreter der Ärzteschaft auf, und offenbar war der einstmals parlamentarische Kämpfer politikmüde geworden, noch bevor er sich 1875 aus seinem akademischen Lehrberuf zurückzog.³¹

Für den klassischen Vertreter der Altliberalenpolitik war kein Platz mehr, weder in der liberalen Partei, noch in der sich radikalisierenden, allgemeinen politischen Szene des österreichischen Parlaments und der österreichischen Politik.

So versteht man auch die Worte seiner Abschiedsrede an die Studierenden im Jahre 1875: „Dass der sogenannte moderne Individualismus daran ist, zu einem Kultus des Individuums zu degenerieren, der sich kundgibt, in der Erkenntnis des rücksichtslosen Egoismus des Erfolges, ohne Rücksicht der gegangenen Wege und der damit verwendeten Mittel“.³²

³⁰ Vocelka, Karl: Verfassung oder Konkordat? Der publizistische und politische Kampf der österreichischen Liberalen und die Religionsgesetze des Jahres 1868. Wien 1978. S. 17

³¹ ebda, S. 19

³² Rokitansky, Carl: Abschiedsrede (an die Studierenden) 1875. Sonderdruck, Wien 1875

DAS SOZIALPOLITISCHE WIRKEN DER „K.K. GESELLSCHAFT DER ÄRZTE IN WIEN“

In den Jahren 1831 bis 1846 bedrohten Choleraepidemien wiederholt die Stadt Wien und es war eine Zeit, in der sich die Menschen gegenüber dieser Todesgefahr ihrer Ohnmacht bewusst wurden und sich damit das Bedürfnis nach einer Abhilfe verstärkte. So nahm der Gedanke zur Gründung eines ärztlichen Vereins in Wien konkrete Formen an.

In diesem vormärzlichen Wien war aber selbst die Gründung einer ärztlichen Gesellschaft nicht einfach. In der k.k. Hofkanzlei wurde argumentiert, dass ein Verein, wie der geplante, in der Form der medizinischen Fakultät, die damals alle in Wien praktizierenden Ärzte umfasste, bereits bestünde. Nach der Überwindung vieler Schwierigkeiten wurde dann doch mit Allerhöchster Entschließung vom 14. November 1837 die Errichtung der Gesellschaft genehmigt und vom Kaiser die Bewilligung erteilt, als Siegel den kaiserlichen Adler und den Namen „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ zu führen.

Am 12. Dezember 1837 konstituierte sich die Gesellschaft und damit hatten die Ärzte die notwendige Basis für einen wissenschaftlichen Meinungsaustausch erhalten.

Am 24. März 1838 fand im Konsistorialsaal der Alten Universität in Wien die feierliche Eröffnungssitzung der Gesellschaft statt. Die Bedeutung dieser Gründung geht daraus hervor, dass dieser festlichen Veranstaltung Mitglieder des Kaiserhauses, die Staatsminister Fürst Metternich und Kolowrat sowie der Fürsterzbischof von Wien beiwohnten. Der erste Präsident, Dr. Johann von Malfatti, erzherzoglicher Leibarzt, umriss in seiner Festrede die Ziele und die Aufgaben der Gesellschaft.

Einige Probleme für die Gesellschaft brachte das Jahr 1848 und der nach der Niederwerfung der Revolution verhängte Belagerungszustand. Die Gesellschaft schien durch die Auflösung bedroht und die Behörden wollten sie in die Fakultät aufgehen lassen. Erst die im Jahre 1850 erfolgte Wahl Rokitanskys, als prominente und hoch angesehene Persönlichkeit, zum Präsidenten der Gesellschaft sicherte den

Bestand und brachte nicht nur in wissenschaftlicher, sondern auch in organisatorischer Beziehung ein Aufblühen der Gesellschaft.³³

Bald galt es als besondere Anerkennung und Auszeichnung, in den Kreis der Mitgliedschaft aufgenommen zu werden, die Gesellschaft der Ärzte gewann rasch im In- und Ausland an Ansehen. Die medizinischen Fakultäten hatten damals den Charakter von Fachschulen, während die Gesellschaft der Ärzte der Sammelpunkt wissenschaftlicher Bestrebungen war und allmählich geradezu den Rang einer Akademie der Medizin eingenommen hatte: Die Mitglieder der Gesellschaft waren die Elite der Wiener Ärzteschaft.

Die Gesellschaft der Ärzte als private Vereinigung hatte neben der wissenschaftlichen auch eine andere, nicht minder wichtige Aufgabe zu erfüllen. Sie war anerkannt und berufen, Hüterin der allgemeinen Volksgesundheit zu sein und hatte alle Funktionen zu erfüllen, welche später durch das Reichssanitätsgesetz vom Jahre 1870 dem obersten Sanitätsrat und anderen Sanitätsdiensten zugewiesen wurden.

Wiederholt ersuchten die Ministerien für Inneres, für Justiz, die niederösterreichische Stadthalterei, besonders die Gemeinde Wien und die Polizeibehörden die Gesellschaft um Gutachten über Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und über Gesetzesentwürfe. So ist zu erwähnen, dass angeforderte Gutachten oder auch auf eigene Initiative Denkschriften verfasst wurden über die Nomenklatur der Todesursachen, das Findelwesen, die Tuberkulosebekämpfung, die Trichinosekrankheit und vor allem die Wasserversorgung der Wiener Bevölkerung, wie noch in einem eigenen Kapitel aufgezeigt werden wird. Auch Gutachten über die Feuerbestattung, über Arzneitaxen und die Schulhygiene wurden erstellt.³⁴

Ganz erstaunlich ist die Fülle der Arbeiten, welche von der Gesellschaft der Ärzte in der Zeit etwa zwischen 1850 und 1880 auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege geleistet wurde. Im Jahre 1850 forderte das Ministerium des Inneren die Gesellschaft auf, ein Gutachten bezüglich der Verhütung und Behandlung der durch Blei- und Quecksilbervergiftungen entstandenen Krankheiten abzugeben. Am 8. April 1852 ersuchte das Sanitätsdepartement des Ministeriums des Inneren die Gesellschaft um die Abgabe eines Gutachtens über den Entwurf

³³ Hajek, Siegfried: Geschichte der k.k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1837-1888. Wien 1889. S.33

³⁴ Denk, Wolfgang: 125 Jahre Gesellschaft der Ärzte in Wien. Wiener Klinische Wochenschrift 1936. S. 47

einer neuen österreichischen Pharmakopöe, das nach eifriger Beratung bereits am 15. Februar 1853 der Regierung übermittelt wurde. Die Neubearbeitung dieses Arzneibuches, das amtliche Vorschriften für die Bereitung, Beschaffenheit, Prüfung und Aufbewahrung der offiziellen Mittel beinhaltet, war zwingend notwendig geworden. Im Jahre 1856 überreichte die Gesellschaft dem Ministerium des Inneren den Entwurf eines „Neuen Badestatuts für Kur- und Badeorte der Österreichischen Monarchie“, wobei dieser Entwurf von Seiten der Behörde keine Erledigung fand.

Ende des Jahres 1856 wurde ein Arzt der Gesellschaft vom Erzherzog Ferdinand Maximilian zur Teilnahme an der Weltumsegelung der „Novara“ eingeladen, zum Zweck des Studiums von Heilpflanzen und Heilmitteln der Urvölker, mit denen die Expedition in Berührung käme. Bei dieser Gelegenheit seien auch nähere Angaben über das Auftreten von Skorbut und Seekrankheit bei den Schiffsmannschaften erwünscht, und schließlich wurde auch die nähere Erforschung von Tropenkrankheiten erwartet.

Am 2. Jänner 1857 kam vom Ministerium des Inneren die Aufforderung an die Gesellschaft, sich mit Fragen der Vakzination zu beschäftigen und diese Thematik führte schließlich zu einer ministeriellen Aufforderung, ein erschöpfendes Gutachten über die Frage vorzulegen, ob die Einführung des Impfzwanges empfehlenswert und zulässig sei und im Bejahungsfall, in welcher Art und Weise dies zu geschehen hätte. Das in dieser Angelegenheit eingesetzte Komitee erstattete bereits am 30. Januar dieses Jahres einen ausführlichen Bericht. Die Impffrage beschäftigte die Gesellschaft später noch wiederholt über Jahre. In der Sitzung am 13. Mai 1864 wurde beschlossen, die öffentliche Meinung über die Bedeutung eines Impfzwangsgesetzes aufzuklären und damit auch die diesbezüglichen Bestrebungen im Reichsrat zu unterstützen.

Am 16. April 1858 wurde in der Gesellschaft ein Bericht über eine Regelung der Totenbeschau erstattet, deren Wichtigkeit in sanitätspolizeilicher Beziehung dargelegt und deren mangelhafte Handhabung hervorgehoben wurde. Es kam zu einer Eingabe an das Ministerium des Inneren im Dezember 1858 mit einem „Entwurf einer Totenbeschau - Ordnung“.

Ein Ruhmesblatt für die Gesellschaft der Ärzte stellt ihre Mitarbeit an dem Problem der Wiener Wasserversorgung dar, die durch mehrere Jahre Gegenstand eingehender und schwieriger Beratungen der Gesellschaft bildete. (Darauf wird in

einem eigenen Kapitel eingegangen). Im Jahre 1864 dankte der Wiener Bürgermeister Cajetan Felder dafür, dass das Votum der Ärztesgesellschaft wesentlich beitragen werde, der guten Sache förderlich zu sein und dem Projekt der Wasserversorgung Wiens zum Siege zu verhelfen. In dieser Zeit bestand wegen gestiegener Kosten des Projektes eine starke Gegnerschaft im Gemeinderat zu dem Bau. Als es schließlich im Jahre 1873 zur Eröffnung der Wasserleitung kam, konnte in der Gesellschaft befriedigend festgestellt werden: „Der Keim zu diesem Werk stammt aus dem Schoße der Gesellschaft der Ärzte“.³⁵

Im Jahre 1861, als nach dem Fallen der Festungsmauern ein größeres und schöneres Wien entstehen sollte, dabei aber durch die Bauaktivitäten enorme hygienische Probleme auftraten, beschloss die Gesellschaft: „Die Bauordnung und die Neubauten Wiens vom hygienischem Standpunkt“.

Eine Kommission des Handelsministeriums, die sich mit der Durchführung des metrischen Maßes und Gewichts zu beschäftigen hatte, wandte sich am 4. Februar 1866 an die Gesellschaft, bezüglich des Medizinalgewichtes ihre Vorschläge zu erstellen.

Schließlich richtete im Jahre 1867 ein Ausschuss der k.k. Landwirtschaftsgesellschaft die Bitte an die Gesellschaft um die Entsendung von Delegierten in ein Komitee, das sich mit der schwierigen Frage der Benützung und der allfälligen Weiterverwendung des Latrineninhalts großer Städte zu befassen hatte.

Noch einmal, im Jahre 1908, trat die Gesellschaft an die Öffentlichkeit zu der Frage der Verwendung des weißen Phosphors zur Zündhölzchenfabrikation und sprach sich entschieden für das vollkommene Verbot der Erzeugung und des Verkaufs von weißen Phosphorhölzchen aus.

Die k.k. Gesellschaft der Ärzte in Wien hatte sich über Jahre hinaus der Aufgabe gestellt, einen entscheidenden Beitrag für das sanitäre Gedeihen der Stadt Wien zu leisten.³⁶

³⁵ Fischer, Isidor: Geschichte der Gesellschaft der Ärzte in Wien 1837 – 1937. Gesellschaft der Ärzte in Wien (Hrg.). Wien, 1938, S. 65

³⁶ Hajek, Siegfried: Geschichte der k.k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1837 – 1888. Wien 1889. S. 39.

Aus den Ausführungen ist zu erkennen, dass die für die Öffentlichkeit geleistete Arbeit der Gesellschaft in den Jahren nach etwa 1875 deutlich abgenommen hat, was mit einem Rückzug aus der sozialpolitischen Tätigkeit für die Stadt Wien zu erklären ist. Nun rückten Fragen und Themenkreise der wissenschaftlichen Arbeit in das Zentrum. Um diese Zeit etablierte sich auch der Landessanitätsrat, der nun die einschlägigen Fragen zu beantworten hatte.

DER KAMPF DER ÄRZTE UM DIE WIENER WASSERVERSORGUNG

Die Bevölkerung der Kaiser- und Residenzstadt Wien stieg im 19. Jahrhundert sprunghaft an: Von 440.000 Einwohnern im Jahre 1840 auf 843.000 im Jahre 1870. Und damit wurde die Versorgung mit Trinkwasser zu einem zunehmend großen Problem.³⁷ Um das Jahr 1830 begann die Stadt Wien eine leistungsfähigere, zentrale Wasserversorgung zu planen, die stärker wäre als die bisherige Herzog-Albertinische Wasserleitung mit ihren Quellen in Hütteldorf mit einer Tagesleistung von 400 m³ Trinkwasser war. Zur Finanzierung der geplanten gesteigerten und verbesserten Wasserversorgung der Stadt spendete Kaiser Ferdinand im Jahre 1835 sein Krönungsgeschenk, aber bis zum Ende des Ausbaues im Jahre 1846 kämpfte die Gemeinde laufend mit großen finanziellen Schwierigkeiten. Jetzt wurde durch ein Grundwasserwerk am rechten Donauarm, im Gelände der heutigen Müllverbrennungsanlage Spittelau in Heiligenstadt, eine Pumpmenge von etwa 5.000 m³ Wasser pro Tag aus dem den rechten Donauarm begleitenden und mit ihm in Verbindung stehenden Grundwasserstrom entnommen. Bald aber reichte auch diese Menge nicht aus und im Jahre 1859 musste die Gesamtpumpleistung wegen des kontinuierlichen Bevölkerungswachstums auf 10.000 m³ pro Tag erhöht werden. Das Grundwasser, auf seinem natürlichen Weg durch den Boden gereinigt, reichte für diese Fördermenge nicht aus, man hatte vielmehr bereits mit einem sinkenden Grundwasserspiegel zu kämpfen: Eine zunehmende Verbauung von freien Flächen ließ weniger Regenwasser in den Boden zu, das Grundwasser musste also durch Donauwasser ergänzt werden. Dieses wurde zwar gefiltert, verschlechterte sich aber in den folgenden Jahren rasch, denn man hatte auf die Regeneration des Filterkörpers zu wenig Rücksicht genommen. Um das Jahr 1860 ergaben Wasseranalysen bedenkliche Spuren von Chloriden und Nitraten und sogar von organischen Stoffen. Zudem trübte sich in den Sommermonaten das Wasser ein und

³⁷ Bobek, Hans und Elisabeth Lichtenberger: Wien, Bauliche Gestaltung und Entwicklung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Graz, Köln 1966. S. 42

die Temperatur stieg bis auf 20⁰C. Entsprechend schlechte gesundheitliche Verhältnisse in Wien waren die Folge.³⁸

Eine Verbesserung dieser Situation war dringend notwendig geworden, und es begannen über Jahre laufende Streitigkeiten, Diskussionen und Auseinandersetzungen, an welchen die Wiener Ärzteschaft an prominenter Stelle beteiligt war und in kämpferischer Weise für eine rasche Verbesserung dieser hygienischen Notsituation eintrat. Für die Wiener Ärzte und im Besonderen für die „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ stellt ihre streitbare Mitarbeit bei diesen Auseinandersetzungen, die sich über mehrere Jahre dahinzogen, ein hervorragendes Zeugnis aus.

Im Jahre 1858 ersuchte der Minister des Inneren, Bach, die Gesellschaft der Ärzte um ihre Mitwirkung bei den Untersuchungen des Trinkwassers in und um Wien und um Sondierungen aus medizinischer Sicht zur Einführung einer besseren Wasserversorgung für die Stadt. Der Minister führte aus: „Es wird gewünscht eine genaue, vom ärztlich-technischen Standpunkt aus unterstützte Auskunft über die Verhältnisse der in Wien vorhandenen, der Gesundheitsschädlichkeit verdächtigen Brunnen und über den Einfluss ihres Wassers auf den Gesundheitszustand der betreffenden Bevölkerung überhaupt und zur Zeit der Typhus- und Choleraepidemien insbesondere zu erlangen. Es wird darauf hingewiesen, wie ersprießlich hierbei die Mitwirkung der „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien sein wird, welche bei der großen Anzahl vielbeschäftigter Praktiker in ihrer Mitte die reichsten und schätzbarsten Erfahrungen über die gedachte Frage zu Gebote stehen“.³⁹

Als bald wurde die Wasserfrage von der Gesellschaft der Ärzte mit patriotischem Eifer und Akribie bearbeitet und das brachte ihr auch den Dank und die Wertschätzung der Mitbürger und Behörden für lange Zeit ein. Auf Wunsch des Ministers wurde ein Komitee , bestehend aus Bezirksärzten und vor allem aus Mitgliedern der Gesellschaft zur Behandlung dieses Themenkreises eingesetzt.

Die Gesellschaft der Ärzte hat das Problem der Wasserversorgung vom ersten Moment an in seiner ganzen hygienischen Bedeutung erfasst und die von der

³⁸ Maslo, Christian: Die Kaiser-Ferdinand-Wasserleitung in: Umwelt Stadt. Karl Brunner und Schneider Petra (Hrg.). Wien, Köln, Weimar 2005. S. 194

³⁹ Hajek, Siegfried: Geschichte der k.k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1837 – 1888. Wien 1889. S.35

Gesellschaft wiederholt eingebrachten Gutachten gaben der Majorität des Gemeinderates, welche für das Projekt einer Hochquellenleitung eintrat, eine ganz wichtige Unterstützung. So wurde in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte vom 24. Oktober 1862 ein Komitee gebildet, welches die im Wiener Gemeinderat eben zur Beratung kommende Frage der Wasserversorgung vom ärztlichen Standpunkt zu verstehen und die daran zu knüpfenden Postulate in einer dem Gemeinderat überreichten Denkschrift darzulegen versuchte. Diese Arbeit wurde am 28. Nov. 1862 dem Bürgermeister als Denkschrift „Die Wasserversorgung Wiens vom ärztlichen Standpunkt gewürdigt“ vorgelegt.⁴⁰ Um diese gleiche Zeit begann auch die Berichterstattung zu diesem wichtigen Thema im Wiener Gemeinderat. Dort entwickelte sich die Erkenntnis, dass ein aus dem Gebirge herzuleitendes Wasser demjenigen des Donaustroms vorzuziehen sei. So wurde das genannte Komitee der Gesellschaft der Ärzte, welches die erste Denkschrift im Oktober verfasst hatte, aufgefordert, den vom Gemeinderat der Gesellschaft übergebenen Bericht der Wasserversorgungskommission einem eingehenden Studium zu unterziehen und auch zu klären, welche Quellen vom ärztlichen Standpunkt aus als die geeignetsten zur Wasserversorgung zu bezeichnen wären.

Dieser Aufgabe unterzog sich das Komitee eingehend und stellte den Antrag, dem Gemeinderat bekanntzugeben, dass die Gesellschaft der Ärzte nur durch die Herbeileitung der Quellen von Kaiserbrunn, Stixenstein und der Alter die Aufgabe der Wasserversorgung mit geeignetem Wasser als gelöst erkennen könnte.

Der umfangreiche Schriftverkehr zwischen dem Bürgermeisteramt der Stadt Wien und der Gesellschaft der Ärzte entbehrte nicht einer gewissen Schärfe: So wurden ihr in den Jahren 1862, 1864 und 1865 Diskussionsbeiträge aus dem Gemeinderat überreicht, in welchen es immer wieder Stimmen gab, welche für die „Unschuld des übelbeleumundeten filtrierte Donauwassers“ eintraten und damit dieses für den Gebrauch auch als geeignet erachteten.

Es war somit notwendig, dass sich die Gesellschaft nochmals, ein drittes Mal in kurzer Zeit, in einer zusammenfassenden Denkschrift an den Gemeinderat der Stadt Wien wandte und darin feststellte, nichts Überflüssiges damit zu tun. Durch eine neuerliche Darstellung ihrer sozialpolitischen und hygienischen Ansichten meinte sie beizutragen, dass der mit Leidenschaft geführte Kampf rascher zu Ende käme und

⁴⁰ ebda, S. 36

die durch diesen Streit herbeigeführte Beunruhigung der Bevölkerung ehestens zu beheben sei. Für die Gegenwart und die Zukunft solle die Bevölkerung Wiens eines der wichtigsten Elemente der Lebensqualität und des Gedeihens erhalten und vor allem lange Versäumtes galt es nunmehr nachzuholen. Sparsamkeit wäre ein Fehler am Platz und in einer solchen Situation wäre das Mittelmaß schlecht und das Beste gerade gut. Unterzeichnet wurde diese große letzte Denkschrift von den führenden Ärzten Wiens nämlich Rokitansky, Wertheim und Skoda.⁴¹

Auch später noch - im Jahre 1873 - als die bereits weit fortgeschrittenen Arbeiten für die Hochquellenleitung wegen der Steigerung der Materialkosten und der Arbeitslöhne ins Stocken zu geraten schienen, setzte sich die Gesellschaft der Ärzte in Form eines Memorandums vehement für den Weiterbau und Abschluss ein.

Als am 1. September 1873 das Wasser der I. Wiener Hochquellenleitung das Gebiet der Stadt Wien zum ersten Mal erreichte, dankte der Bürgermeister der Stadt Wien, Cajetan Felder, der Gesellschaft für ihre vielfachen Leistungen in der für die Residenzstadt so wichtigen Frage.

Wie richtig der Kampf der Ärzte für den Bau der Hochquellenleitung war, kann aus einigen seuchenhygienischen Aspekten heraus aufgezeigt werden: Bis zu ihrer Eröffnung betrug in Wien die jährliche Typhussterblichkeit 1,7 %, 1880 nur noch 1,2 % und 1891 bloß 0,04 %.

Die Cholera, welche seit ihrem ersten Auftreten in Wien im Jahre 1831 rund 20.000 Tote gefordert hatte, ist seit dem Jahr 1873 nicht mehr aufgetreten, denn die zwischen undichten Senkgruben liegenden Brunnen und die Kaiser-Ferdinands-Wasserleitung wurden nicht mehr gebraucht. Aus letzterer kam das bakteriell unzureichend gefilterte Donauwasser, wofür es damals noch keine Desinfektion gab. Wien erlebte im Jahr 1877 ein klassisches Beispiel für die hygienische Bedeutung der Hochquellenleitung. Wegen eines technischen Gebrechens der Hochquellenleitung wurde im Winter 1876/77 zunächst für 7 und bald darauf für 44 Tage die Kaiser-Ferdinands-Wasserleitung wieder in Betrieb genommen. Die Folge waren zwei rasant ansteigende Spitzen an Typhuserkrankungen nach dieser zweimaligen Wiederbenützung für nur kurze Dauer. Daraus lässt sich das Ausmaß des sanitären Erfolges durch das Projekt Hochquellenwasser in Wien klar erkennen.

⁴¹ Stadler, Rudolf: Die Wasserversorgung der Stadt Wien in ihrer Vergangenheit und Gegenwart. Eine Denkschrift. Wien 1873. S. 172

Die Auseinandersetzungen beim Bau der Wiener Hochquellenleitung charakterisieren ausgezeichnet die Beziehung und Zusammenarbeit zwischen der Gesellschaft der Ärzte und der öffentlichen Hand. Diese wandte sich nicht an den rechtmäßigen Vertreter der Wiener Ärzteschaft, nämlich das Dokorenkollegium, sondern an das wesentlich effizienter arbeitende Gremium, nämlich die „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“. Diese bemühte sich intensiv einerseits um die Klärung der Wasserfrage und andererseits auch um die Verbreitung der Ergebnisse unter ihren Mitgliedern und allen Ärzten durch die medizinische Presse zur weiteren Information der Bevölkerung.

Anlässlich der Eröffnung der Wasserleitung wurde eine Sitzung der Gesellschaft am 24. Oktober 1873 abgeführt. In der Festrede wurde ausgeführt: „Der Keim zu diesem Werk stammt aus dem Schoße der Gesellschaft der Ärzte und insbesondere gebührt unserem verehrten Mitglied, Herrn Prof. Skoda, insoweit es die geistige Arbeit betrifft, die Ehre des ersten Spatenstiches.“

Ihr Kampf um die Wiener Hochquellenwasserleitung stellt den Ärzten ein hervorragendes Zeugnis für ihr sozialpolitisches Eintreten in der Residenzstadt Wien aus.

DIE ÄRZTE IM WIENER GEMEINDERAT

Die nach dem Jahre 1848 ausgelöste Welle des Neoabsolutismus verhinderte über ein Jahrzehnt die Entfaltung der Gemeindeautonomie. Immerhin konnte durch den Bürgermeister Dr. Johann Kaspar Seiller erreicht werden, dass die Möglichkeit einer kontinuierlichen Entwicklung erhalten blieb. Zwar trat eine parteimäßige Gliederung noch nicht deutlich in Erscheinung, die Gemeindevertretung wurde von Anhängern der liberalen Richtung beherrscht, die nach den Revolutionstagen das Heft des Handelns an sich gezogen hatten.⁴²

Nach einer Pause von mehr als zehn Jahren wurden mit kaiserlicher EntschlieÙung vom 25. November 1860 Neuwahlen angeordnet und tags darauf die Gemeindeordnung von 1850 wieder in Kraft gesetzt. Allerdings wurde erst durch das sogenannte „Februarpatent“ vom 26. Februar 1861 eine grundlegende Form der Gemeindeverfassung erreicht, wodurch die Voraussetzungen für eine kommunale Selbstverwaltung geschaffen wurden.⁴³

Im Frühjahr 1861 fand die Neuwahl des Gemeinderates statt mit den Bestimmungen der provisorischen Gemeindeverordnung vom 6. März 1850, wobei die Zahl der Gemeinderäte mit 120 festgelegt war. Die drei Wahlkörper wurden in Abhängigkeit von der Steuerleistung und vom Standesverhältnis beschickt, die Mitglieder des Gemeinderates wurden für drei Jahre gewählt, alljährlich im Frühjahr fand eine teilweise Erneuerung des Gemeinderates statt. In den Jahren 1867 und 1885 wurde die Wahlberechtigung erweitert, indem die Höhe der Steuerleistung - als Voraussetzung des Wahlrechtes - herabgesetzt wurde.

Ende des Jahres 1890 kam es durch die Vereinigung mehrerer vorortlichen Gemeinden mit der Hauptstadt zur Erhöhung der Zahl der Mitglieder des Gemeinderates von 120 auf 138, wobei auch die Mandatsdauer der Mitglieder auf

⁴² Felder, Cajetan: Erinnerungen eines Wiener Bürgermeisters. F. Czeike (Hrg.). Wien 1964. S. 377

⁴³ Czeike, Felix: Liberale, Christlichsoziale und sozialdemokratische Kommunalpolitik, 1861 – 1934. Wien 1962. S. 14

sechs Jahre erstreckt und schließlich eine Verlängerung der Amtsdauer des Bürgermeisters von drei auf sechs Jahre beschlossen wurde.

Im Jahre 1900 wurde abermals ein Gemeindestatut mit einer neuen Gemeinderatswahlordnung geschaffen. Die wesentlichsten Neuerungen waren die Errichtung des 4. Wahlkörpers, die Verteilung der Mandate auf je 46 im ersten, zweiten und dritten Wahlkörper und auf 20 im vierten Wahlkörper und somit die Erhöhung der Zahl der Mitglieder des Gemeinderates auf 158.

Nach der Einbeziehung von Gemeinden am linken Ufer der Donau in das Wiener Gemeindegebiet im Jahre 1904 stieg die Zahl der Mitglieder des Gemeinderates auf 165.⁴⁴

Bei den Wahlen im Jahre 1861 kam es zum ersten Mal zu einer liberalen Mehrheit im Gemeinderat, so dass man diese Wahl mit dem Beginn der liberalen Ära ansetzen kann. Dabei kann von einer streng einheitlichen Partei nicht gesprochen werden, wenn man nicht die liberale Grundhaltung, die allen Gruppen eigen war, in Betracht zieht. Eigen war allen Gruppen das Streben des Einzelnen nach Befreiung von allen Bindungen, ein Konzept, dem zum Teil recht verschiedene Meinungen gegenüber standen. So sind innerhalb der Liberalen eine äußerste Linke, die Demokraten, von der sogenannten Mittelpartei und den zahlenmäßig sehr schwachen Radikalen zu unterscheiden, wobei die beiden Letzteren dem Großkapital zuzuschreiben waren.

Um die Frage des Wahlrechts und einer Reform desselben spielten sich über Jahrzehnte Kämpfe ab und jede der neuen Massenparteien, die christlichsoziale ebenso wie die sozialdemokratische Partei, sah in der Erweiterung des Wahlrechts das entscheidende Mittel, ihren Anhängern über den Weg des Stimmzettels Einfluss für die Gemeindeverwaltung zu verschaffen. Die Liberalen konnten weder zu den Kleinbürgerlichen noch zu den proletarischen Sammelbewegungen Kontakt finden, die Mehrheit der Liberalen verhielt sich der an Ausdehnung zunehmenden sozialdemokratischen Arbeiterbewegung gegenüber passiv.⁴⁵

In den 70er Jahren schaltete sich als „kommende Kraft“ die Christlichsoziale Partei unter der Führung Dr. Karl Lueger in das politische Geschehen der Stadt ein und konnte mit ihm als Bürgermeister 1895 die Führung in der Verwaltung der Stadt an sich ziehen.

⁴⁴ Knauer, Oswald: Vom Wahlrecht in die Wiener Gemeindevertretung. Handbuch der Stadt Wien, 77, (1963). S. 288

⁴⁵ Charmatz, Richard: Österreichs Innere Geschichte 1848 – 1895. Leipzig, Berlin 1918. S. 39

Die Sozialdemokraten, in einem noch stärkeren Maß eine Massenpartei als die Christlichsozialen, erreichten vor allem durch das allgemeine Wahlrecht und auch durch die Trennung Wiens vom Bundesland Niederösterreich eine auf die Stadt beschränkte Beteiligung der Gesamtbevölkerung an der Verwaltung.

Überblickt man den gesamten Zeitraum der Jahre von 1848 bis zum Jahre 1914, so sieht man einen weitgespannten Bogen der Entwicklung von einer Honoratioren- zu einer Massendemokratie. Ursprünglich überwiegend auf eine „parteilose Masse“ gestützt, die Männer ihres Vertrauens in den Gemeinderat entsandte, zwangen später die periodisch wiederkehrenden Wahlen immer weitere Bevölkerungskreise Stellung zu beziehen und sich in irgend einer Form einer politischen Richtung anzuschließen.

Die Berufszugehörigkeit von Mitgliedern der öffentlichen Körperschaften war bis zur Einführung des allgemeinen Wahlrechts in die Körperschaften von den Beschränkungen des Wahlrechtes, die in der Staatsverfassung sowie in den Landesverfassungen enthalten waren, abhängig. Diese Beschränkungen bezogen sich auf die Steuerleistung, die Vorbildung und betrafen sowohl das aktive als auch das passive Wahlrecht.

Da sich die Untersuchung über die Zusammensetzung des Wiener Gemeinderates nach Berufen befasst, ist von der provisorischen Gemeindeordnung für die Stadt Wien von 1850 auszugehen.

Der Gemeinderat von 1861 kannte sieben Berufsgruppen:

1. Gewerbe und Industrie
2. Handel
3. Ärzte, Chirurgen (Wundärzte) und Apotheker
4. Advokaten und Notare
5. Professoren und Lehrer
6. Beamte
7. Private (Hausbesitzer und Personen, die von ihrem Vermögen lebten)

Diese genannten Berufsgruppen wurde in den Jahren 1861, 1875, 1891 1896, 1905 und 1914 prozentuell bezogen auf die Gesamtzahl der Gemeinderäte untersucht, wobei die Gruppierung des Jahres 1861 zur Vergleichsmöglichkeit beibehalten wurde.

Die Gruppen Gewerbe, Industrie und Handel blieben bis zum Jahr 1914 etwa auf gleicher Höhe, während die Ärzteschaft von 9 % (1861) bzw. 10 % (1875) auf 3 % (1905) bzw. 5 % im Jahre 1914 absank. Eine ähnliche Abnahme trifft auch die Berufsgruppe der Rechtsanwälte und Notare, also Berufe mit akademischer Vorbildung, während von 1861 bis 1914 die Zahl der Beamten von 6 % auf 16 % anstieg, sich also etwa verdreifachte.⁴⁶

Die Zahlen reflektieren den Wandel in der Zusammensetzung des Gemeinderates entsprechend den Veränderungen der politischen Landschaft in diesem Zeitraum. Vor der Durchsetzung des allgemeinen Wahlrechts und dem Sieg der „neuen“ Parteien, der christlichsozialen und der sozialdemokratischen Partei, waren die politischen Gremien von den „Honoratiorenpolitikern“ beherrscht.

Zur Beurteilung der Effektivität und Arbeitsleistung der im Wiener Gemeinderat tätigen Ärzte für den Zeitraum 1861 bis 1914 wurde in drei Zeitabschnitten die Zahl und vor allem die Qualität ihrer im Plenum des Gemeinderates eingebrachten Anträge geprüft.

Es wurden vergleichsweise drei Zeitabschnitte untersucht:

die Jahre 1864 bis 1868

1879 bis 1883 und

1900 bis 1904

Für die Jahre 1864 bis 1868 wurden Daten aus der Dissertation von Meixner⁴⁷ und für die Jahre 1879 bis 1883 Daten aus der Dissertation von Fiala⁴⁸ herangezogen. Für die Zeit 1900 bis 1904 dienten als Quelle die Amtsblätter der Gemeinde Wien.⁴⁹

Nimmt man die Zahl und die Qualität der von den Ärzten im Gemeinderat in den drei angeführten Zeitabschnitten eingebrachten Anträge als das Maß für den Wert und die Effektivität ihrer Arbeit, so findet man, dass ihre Leistung für Fortschritte und Verbesserungen im Bereich Sanität und Hygiene der Stadt als überaus bescheiden

⁴⁶ Knauer, Oswald: Der Wiener Gemeinderat 1861 – 1918. In: Wiener Geschichtsblätter 1963, 18. S. 174

⁴⁷ Meixner, Annemarie: Der Wiener Gemeinderat in den Jahren 1864 - 1868 diss.phil. Universität Wien 1975

⁴⁸ Fiala, Brigitte: Der Wiener Gemeinderat in den Jahren 1879 – 1883. diss.phil. Universität Wien 1974

⁴⁹ Amtsblatt der k.k. Reichshauptstadt und Residenzstadt Wien

1900 IX. Jahrgang S. 903, 1090, 1275, 1693

1901 X. Jahrgang S. 123, 767, 797, 1225, 1263, 1360

1902 XI. Jahrgang S. 325, 816, 891, 908, 947, 1393, 1953

1903 XII. Jahrgang S. 102, 219, 607, 827, 950, 1050, 1266, 1307, 1441, 1907, 1987

1904 XIII. Jahrgang S. 101, 969, 1122, 1226, 1547, 1815, 1863, 2301

anzusehen ist. Die Anträge waren überwiegend auf den Bezirk orientiert und eng auf den Alltag im Wahlbereich bezogen.

Es kann der Schluss gezogen werden, dass die Arbeit der Ärzte im Gemeinderat wohl thematisch weit gesteckt war, aber kaum auf die Qualifizierung ihres Berufs und den darauf beruhenden Wissenstand bezogen war. Für den weitaus größten Teil der Anträge wäre eine medizinische Graduierung nicht notwendig gewesen.

Es kamen also von den im Gemeinderat im beobachteten Zeitraum sitzenden Ärzten kaum Impulse für Verbesserungen der sanitären und sozialen Situation in der Stadt Wien.

WOHNUNGSELEND UND BAUWESEN

Die Schleifung der Befestigungsanlagen und der Neubau von zahlreichen Häusern brachte Vielen gesundheitliche Probleme. Das große Abreißen begann etwa mit Radetzky's Todesjahr 1858 und erschien durch das kaiserliche Dekret „Es ist mein Wille ...“ des damals 28-jährigen Kaisers Franz Joseph I., die Bastei zu schleifen und anstelle des alten Glacis die imperiale Ringstraße anzulegen, als durchaus legalisiert. Die mit dem Abriss der Befestigungsanlagen einhergehenden Staubwolken wurden von der Ärzteschaft bald als gesundheitsschädlich erkannt. Die Mediziner verlangten als Hilfe die Bespritzung der Abbruchstellen, die Erweiterung der Straßenpflasterung zur Vermeidung von Staub, vor allem aber auch die Reinhaltung der Straßen durch Bespritzen und die spätere Errichtung von Parkanlagen mit entsprechender Baumbepflanzung zur Luftverbesserung.

In der inneren Stadt wirkte sich die Demolierung schon durch die Komprimiertheit des alten Bestandes auf engem Raum drastischer aus, als in den bisherigen Vorstädten, in denen sich einzelne historische, architektonisch wertvolle Objekte länger ihres Bestehens erfreuen durften. In der Innenstadt, deren Baufläche ungleich wertvoller und begehrter war, mussten ganze Ensembles und Straßenzüge verschwinden, um prunkvollen und sehr oft auch geschmacklosen Neubauten Platz zu machen.

Wirtschaftliches Wachstum, soziale Veränderungen und technischer Fortschritt führten zu einem Sterben der Barockpaläste in der Stadt. Paläste wurden Zweckbauten geopfert, wenn sie sich für Geschäfts- oder Verwaltungsangelegenheiten nicht verwenden ließen. Die Verlagerung des wirtschaftlichen Schwerpunktes vom Adel auf das Bürgertum ließ immer mehr die Bedeutung der Paläste verringern, zu Gunsten von immer mehr Büros, Banken und Geschäften.

Der Adel, der sich die Stadtpaläste nicht mehr leisten konnte oder wollte, musste überflüssigen und nicht mehr tragbaren Besitz abstoßen. Wirtschafts- und

Finanzkapitäne griffen nun zu, es kam zur Wandlung Wiens zur modernen Großstadt, die Basteien fielen. Die modernen Paläste der Ringstraße waren dann bereits eine andere Welt.⁵⁰ Auf den Gründen vor der Stadt lagen Sommerpaläste des Hof- und Beamtenadels inmitten weitläufiger Parkanlagen als „Bauten zur Erholung“ im eigenen Stück der Natur. Das aus der Innenstadt verdrängte Gewerbe brauchte im Manufakturzeitalter viel Platz, die Paläste wurden demoliert oder in Fabriken umgebaut.

Die Spekulationen in Grund- und Hausbesitz blühten in diesen Zeiten, sie gingen konform mit den Bedürfnissen der Gründerzeitgeneration, sich und den neuen Reichtum durch pompöse Bauten zu dokumentieren und zu bestätigen.

Die Mediziner ließen es nicht in ihrer Kritik an den Abrissmethoden und der Art der Neubauten allein mit der Polemik bewenden. In der Gesellschaft der Ärzte bildete sich ein Komitee, welches dem Staatsministerium am 10. Mai 1861 eine Denkschrift mit dem Titel „Die Bauordnung und die Neubauten Wiens vom hygienischen Standpunkt“ übersandte. Die Ärzte forderten, es solle ein aus dem medizinischen Dokorenkollegium und aus der Gesellschaft der Ärzte berufener Ausschuss von Medizinern mit der Aufgabe betraut werden, die bestehenden Bauordnungen vom ärztlichen Standpunkt aus zu prüfen. Dieser Ausschuss sollte dazu dienen, die Bauordnungen mit den Forderungen des allgemeinen Gesundheitswohls in Einklang zu bringen.⁵¹

Die Gründerzeit verstärkte die Tendenz, dass die einstigen Erholungsorte des Adels zu eng bebauten, grünlosen Stadtvierteln des gewerbetreibenden Bürgertums wurden. So ließen die Bürger der Liberalen, der Gründerzeit viele adelige Gärten und Paläste verschwinden, um an ihre Stelle Zinskasernen zu bauen, statt Parkanlagen für das Volk zu machen, sodass die Tuberkulose in den düsteren Lichthöfen und die Rachitis in den übelriechenden „Zimmer - Kuchel - Wohnungen“ gedeihe.⁵²

Die überstürzte Industrialisierung mit ihren verlockenden Verdienstmöglichkeiten lockte einen Strom von Zuwandern aus allen Teilen der Monarchie nach Wien, wo sie

⁵⁰Haider, Edgar: Verlorenes Wien. Graz, Wien 1984. S. 12

⁵¹Fischer, Isidor: Geschichte der Gesellschaft der Ärzte in Wien 1837 bis 1937. Gesellschaft der Ärzte in Wien (Hrg.). Wien 1938. S. 66

⁵²Weyr, Siegfried: Magie der Inneren Stadt: Eine Stadt erzählt, Bd. 1, Wien, Hamburg 1968. S.233

dann unter unmenschlichen Bedingungen lebten. Etwa ein Viertel des bei der täglichen Arbeit gebotenen Verdienstes war für den Mietzins aufzuwenden, der mit den denkbar schlechtesten Wohnverhältnissen in keiner vernünftigen Relation stand. Hausspekulationen führten dazu, dass zwecks totaler Nutzung der Baufläche statt großer Höfe nur noch schmale Lichtschächte gebaut wurden, die Zahl der Stockwerke nahm zu, viele kleine Wohnungen entstanden. Aus diesen „Zinskasernen“ setzten sich die Elendsviertel der Arbeiterbezirke zusammen, die durch eine überaus hohe Kindersterblichkeit und der „Wiener Krankheit“, der Tuberkulose, ausgezeichnet waren.

Durch die Weltausstellung im Jahre 1873 wurde die Wohnungsnot noch drückender und brachte schwerwiegende, sanitäre Missstände. Da die Ärzte nun nicht aktiv in das Geschehen eingreifen konnten, kritisierten sie in Publikationen wie dies etwa in der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“ ausgeführt wurde: „Wir wissen, das Physikat ist nicht imstande, jedem Armen ein luftiges Boudoir und jeder Familie eine sanitär tadellose Wohnung zu verschaffen. Aber die Handwerksgesellen, die in drei Stock hohen Betten, je paarweise übereinander, in den Werkstätten, in welchen eine wahrhaft verpestete Luft geatmet wird, untergebracht sind, obwohl der Meister dieser Gesellen oft Besitzer von drei Stock hohen Häusern ist, sollte der Stadtphysikus nicht dulden und müsste auf Abhilfe bestehen....“⁵³ Auch die Stadtverwaltung wurde massiv kritisiert: „...im Gemeinderat sollten Gott sei Dank noch immer Männer von Kopf und Herz sitzen, denen der gefüllte Staatssäckel nicht das Einzige ist und denen das Wohl ihrer Kommittenten höher steht, als eine mit ein paar Tausenden günstigere Bilanz am Schluss des Jahres.“⁵⁴

Die Wiener Ärzteschaft erkannte und kritisierte damit die schweren sanitären Fehler im Bauwesen dieser Jahre und wies wiederholt auf das Wohnungselend in den Massenquartieren der Arbeiterbezirke hin, hatte aber kein Instrument in der Hand, diesen Forderungen zum Durchbruch zu verhelfen.

Aber die sanitäre Bewegung des hygienischen Denkens, der Präventivmedizin, die sich nun entwickelte, war bereits vor den großen Entdeckungen der Bakteriologie in vollem Gange. Ihren Antrieb erhielt sie aus den Überlegungen der Nützlichkeit der Behebung der Nöte der neuen Klassen, die sich aus der Industrialisierung ergaben.

⁵³ Wiener Medizinische Wochenschrift, 1867. S. 478

⁵⁴ ebda, S. 479

Die Elendsviertel der Großstadt waren Brutstätten für Epidemien und Infektionskrankheiten, die nicht nur die Armen bedrohten, sondern auch das Leben und die Gesundheit der oberen Klassen.

Erst etwa 30 Jahre später, am Beginn des 20. Jahrhunderts waren in den großen Städten - so auch Wien - die Gesundheitsverhältnisse besser geworden und die Mortalität niedriger als auf dem Land. Zu diesem Wandel führte offenbar ein multifaktorielles Geschehen: Die Anhebung des Lebensstandards und der Ernährung, die Besserung der medizinischen Versorgung und Pflege durch die anlaufenden Krankenversicherungen. Auch eine Besserung der Hygiene im Wohnbereich und weiters ein zunehmend orientierter Lebensstil - wie Schwimmen, Turnen, Bewegung in der frischen Luft, also Überlegungen aus der Präventivmedizin haben dazu beigetragen, dass urbane und industrielle Lebensbedingungen zunehmend die gesundheitliche Situation der Bevölkerung angehoben haben.⁵⁵

⁵⁵ Vögele, Jörg: Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung. Berlin 2001. S. 91

STADTREINIGUNG UND KANALISATION

Gestaltete sich schon das Problem der Trinkwasserversorgung einer Großstadt wie Wien als äußerst schwierig, so war jenes der Abwasserentsorgung zunächst beinahe unlösbar.

Jahrhunderte lang war es selbstverständlich, Abfälle jeglicher Art auf der Straße zu entsorgen, es waren Kehricht, organische Reste bis hin zu toten Tieren. Ein langer zivilisatorischer Weg war notwendig, bis sich die geregelte Entsorgung der Exkremente, die Straßenreinigung und die Müllabfuhr durchsetzen konnten. Bis sie gesellschaftlich akzeptiert wurden, war es ein Vorgang, der sich erst im Laufe des 19. Jahrhunderts entwickelte und bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts hinzog. Neue Erkenntnisse des hygienischen Standards - auch unter dem Druck explodierender Einwohnerzahlen - sorgten dringend zur Anhebung des Standards bis hin zur Verwirklichung des Ideals der „sauberen Stadt“.

Wien verfügte zunächst über einige quellgespeisten Vorfluter, doch war deren Gefälle so gering, dass sich bei niedrigem Wasserstand der Unrat an den Ufern sammelte, hingegen bei Hochwasser die Brunnen und Keller der angrenzenden Gebäude überschwemmt und dadurch verseucht wurden. Seit altersher wurden der Wienfluß, der Ottakringer Bach und der Alser Bach intensiv als Unrat- und Schwemmkanäle benützt, wobei diese im angehenden 19. Jahrhundert stinkende, biologisch tote, offene Kloaken waren und auch verschiedene Hygienevorschriften daran nichts ändern konnten. In dieser Zeit wurde auch den „Nachtführern“, welche den Senkgrubenhalt der Wohnhäuser abzutransportieren hatten, vorgeschrieben, nur gute und haltbare Fässer zu verwenden und um diese Zeit wurde auch das Schwemmen von geschlachteten Schweinen und Pferden im Wienfluß untersagt.⁵⁶

⁵⁶ Payer, Peter: Der Gestank in Wien: Über Kanalgase, Totendünste und andere üble Geruchskulissen. Wien 1997. S.17

Im Laufe der ersten drei Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts wurde systematisch an öffentlichen und privaten Kanälen gebaut, wobei die langen öffentlichen Kanäle in einen der genannten Vorfluter mündeten, während die kurzen privaten „Haus-Unratskanäle“ lediglich die Fäkalien von Aborten in die hauseigenen Senkgruben oder, so fern bereits ein Straßenkanal vorhanden war, in diesen leiteten. Um etwa 1830 verfügte die Innenstadt über ein Kanalnetz mit 20 km Länge, teils als eingewölbte, teils als offene Gerinne. Diese Kanäle konnten nur vom Regenwasser gespeist werden, da die Wohnhäuser vor der Inbetriebnahme der Hochquellenwasserleitung kaum über einen eigenen Wasseranschluss verfügten. Das führte in Zeiten der Trockenheit verständlicherweise immer wieder zu Verstopfungen.

Ein Eisstoß auf der Donau im Jahre 1830 führte zu einer Überschwemmung der tiefer gelegenen Stadtteile mit katastrophalen Folgen der Stadthygiene. Im Sommer desselben Jahres trat in Wien die Cholera auf und dem Phänomen der Choleraepidemie stand man zunächst völlig ratlos gegenüber. Die meisten Mediziner hielten die Seuche für nicht ansteckend („kontagiös“), sondern machten das „Miasma“, die schlechten Erdausdünstungen dafür verantwortlich. Dementsprechend ging man in der Folge daran, einerseits den Stadtboden durch möglichst dichte Straßenbeläge besser zu versiegeln, andererseits Sammelkanäle als künstlich geschaffene Vorfluter zu errichten, in welche die Straßen- und Unratskanäle der Vorstädte mündeten. Weiters ging man daran, den Ottakringer Bach, den Alser Bach und den Währinger Bach jeweils vom Linienwall bis zur Mündung einzuwölben.

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts begannen die Ärzte einzelne Stadtteile im Hinblick auf ihre Gesundheitsgefährdung zu untersuchen und sie konnten erreichen, dass sich in der Stadt eine neue Gesundheitsorientierung herabildete, gefördert von einem nach politischer Macht strebenden Bürgertum. Dabei spielte eine neue medizinische Wissenschaft, die Hygiene, eine zunehmend wichtige Rolle. Hygiene war durch neue Erkenntnisse in der Medizin, der Statistik und bereits auch der Chemie zu einer einflussreichen Gesundheitslehre geworden, die sich auch auf universitärem Boden etablieren konnte, in Wien im Jahre 1875.

Bald wurde die Subdisziplin „Stadthygiene“ zu einem Instrument der Kontrolle und Disziplinierung in der Residenzstadt. Vordringliches Anliegen war die Reinigung der Straßen, die Beseitigung von Kot, Unrat und Tiermist. Es war auch die enorme

Staubentwicklung, die als eine der übelsten hygienischen Probleme aufgefasst wurde. So forcierte man die Befestigung der Verkehrswege mit würfelförmigen Granitpflastern und zur Eindämmung der Staubplage waren wenig frequentierte Straßen mit speziellen Öl- und Teerpräparaten versiegelt. Im Jahre 1870 waren bereits 43% aller damaligen Verkehrsflächen gedeckt.⁵⁷

Jetzt begann die Zeit der präventiven Medizin, und der Anstieg der Lebenserwartung von 40 Jahren im Jahre 1850 auf 70 Jahre im Jahre 1950 beruhte mehr auf der vorbeugenden als der heilenden Medizin. Oliver Wendell Holmes äußerte bereits die Ansicht als er meinte: „Mortalitätsraten werden mehr durch die Kanalisation beeinflusst als durch diese oder jene Methode der ärztlichen Praxis“.⁵⁸

In Wien wurde im Jahre 1873 die Weltausstellung eröffnet und dies brachte weitere Impulse für die von der Ärzteschaft geforderten stadthygienischen Reformen.

Die im gleichen Jahr eröffnete erste Hochquellenwasserleitung brachte der Bevölkerung auch die Möglichkeit, ihre Fäkalien und Abfälle auf hygienische Weise zu entsorgen, um endlich die Straße davon zu befreien.

Von den Stadtärzten eingesetzte Sanitätsaufseher überwachten die Durchführung der Straßenreinigung recht genau und unter dem Druck der Stadthygieniker zur Jahrhundertwende waren in Wien etwa 2.600 Arbeiter mit der Säuberung der Stadt beschäftigt. Auch Kehrmaschinen, Sprengwagen und Kehrriemwagen standen nun zur Verfügung.

Sowohl im privaten als auch im öffentlichen Bereich hatte sich ein neuer Begriff von Sauberkeit etabliert und war damit zu einem unverkennbaren Ausdruck von Zivilisation und Kultur geworden, wie es die Mediziner bereits seit 1848 wiederholt gefordert hatten. Die modernen Stadthygieniker waren davon überzeugt, dass die Stagnation von Luft, Wasser oder Feststoffen zu Krankheit und Tod führen würden.

Der Wiener Stadtphysikus Emil Kammerer und seine Kollegen betonten in den Jahren um 1880, dass es ein fundamentales Gesetz sei, die Exkremente und

⁵⁷ Payer, Peter: Die Säuberung der Stadt. In: Umwelt Stadt. Brunner Karl und Petra Schneider (Hrg.) Wien, Köln, Weimar 2005. S. 274

⁵⁸ cit. In: Ackerknecht, Erwin: Kurze Geschichte der Medizin. Stuttgart 1967. S.183

sonstigen Abfälle in flüssiger oder fester Form rasch und unzersetzt aus der Stadt zu entsorgen, was mit einem nun funktionierenden Schwemmsystem nach der Etablierung der Hochquellenwasserleitung auch möglich wäre. Dr. Kammerer lehnte daher nachhaltig die Nutzung von Fäkalien vehement ab. Diese galten bislang als ökonomisch und ökologisch wertvoller Rohstoff in Form des Humandüngers, der beim Schwemmsystem zur Gänze verloren ging.

Mit der Einleitung des Hochquellenwassers konnte das Kanalsystem großzügig ausgebaut werden, es gab nun genug Wasser, um die Gerinne in ausreichendem Maß durchzuspülen und die Ansammlung von Schlacken zu vermeiden. Auch die flächendeckende Einführung des Wasserklosetts wurde erst mit dem Hochquellenwasser möglich. Mit der Wasserspülung stand nun ausreichend Wasser für den Abtransport der Exkremente zur Verfügung und ein im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts systematisch ausgebautes Kanalnetz stand um die Zeit zwischen 1893 und 1904 voll funktionsfähig zur Verfügung.

Die von den Ärzten immer wieder geforderte Keimverdünnung trug nunmehr wesentlich zur wirksamen Durchführung der „Sanitären Revolution“ bei, zum Fortschritt auf dem Weg zur Assanierung der Residenzstadt.

DIE WIENER FREIWILLIGE RETTUNGSGESELLSCHAFT

Zwar hatte sich im Jahre 1850 im Ministerium des Inneren eine ständige Medizinalkommission konstituiert und auch ein Sanitätsstatut erstellt, das aber im Zuge der neuen Organisation der Verwaltung im Jahre 1853 bereits zum Einschlafen verurteilt war. So blieb der Wille zu Reformen allein in den Händen der Ärzte.

Bis weit in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein war es um die Erstversorgung und den Transport Verletzter oder akut Erkrankter in der Stadt Wien schlecht bestellt. Ein organisiertes Krankentransportwesen gab es nicht. Laternenanzünder, Leichenträger oder auch Hausmeister wurden von Fall zu Fall als Krankenträger eingesetzt. Die Erstversorgung von Kranken und Verletzten und auch die Rettung von Menschenleben in Wien wurde in diesen Jahren den sogenannten chirurgischen Offizinern überlassen. Die Besitzer solcher Geschäfte mussten eine Ausbildung in Wundarzneikunde und Geburtshilfe haben und mit Erlass des Ministeriums für Inneres vom 4. Mai 1854 waren sie verpflichtet, in Unglücksfällen erste Hilfe zu leisten.⁵⁹

Auf Grund des Sanitätsgesetzes vom 30. April 1870 wurde die Rettungsfürsorge der Gemeinde Wien übertragen, die damals bestellten 44 Offiziner fungierten noch bis zu ihrem Aussterben um das Jahr 1885.

Es gab somit vor 1881 in Wien keinen tauglichen Krankentransport. Die Siechen und Kranken wurden auf Tragbahren, Räderbahren, Krankentragsessel und später auch auf Karren in die Spitäler gebracht. Die Krankentragebetten und Räderbahren waren in den Gemeindehäusern der einzelnen Bezirke und in den Wachstuben der Polizei stationiert. Nicht selten erlitten die Patienten durch den unsachgemäßen Transport zusätzliche gesundheitliche Schäden. Es war die Zeit, als der Medizinstudent

⁵⁹ Höfler, Ilse: Jaromir Freiherr von Mundy (1822 - 94). Wien 1994, S.19

Eiselsberg, später ein führender Chirurg in Wien, 10 Gulden für das Ausleihen einer Tragbahre erlegen musste, um mit dieser seinen Turnerfreund mit einem offenen Unterschenkelbruch vom Turnlokal am Schottenring in die Klinik Billroth in der Alserstraße zu bringen.

Jaromir Freiherr von Mundy promovierte 1859 zum Doktor der Heilkunde und nahm als Feldarzt in diesem Jahr an den Kämpfen bei Solferino und 1866 in der Schlacht von Königgrätz teil. Unter dem Eindruck der katastrophalen Wundversorgung der Verletzten war er bemüht, das Sanitätswesen im Heer zu verbessern und in diesem Sinne lehrte er in den Jahren 1872 bis 1876 als außerordentlicher Professor für Militär - Sanitätswesen an der Universität Wien.

Mundy wollte in Wien einen tauglichen Rettungsdienst ins Leben rufen, seiner Idee, einen freiwilligen Erste Hilfe- und Sanitätsdienst zu gründen, standen die Behörden aber ablehnend gegenüber.

Erst durch das Inferno des Ringtheaterbrandes am 8. Dezember 1881, bei dem mehr als 386 Menschen (eine genaue Zahl konnte bis heute nicht eruiert werden) der Katastrophe zum Opfer fielen, verbrannten, erstickten oder zu Tode getrampelt wurden, begriffen die Behörden und auch die Bevölkerung, dass der bestehende Sanitätsdienst einer Katastrophe völlig hilflos gegenüberstand.

Bereits am nächsten Tag schritt Mundy zur Tat. Gemeinsam mit seinen Freunden Hans Graf Wilczek und Eduard Graf von Lamezan-Salins gründete er am 9. Dezember 1881 die „Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft“. Hans Graf Wilczek war bereits bekannt als Förderer der Nordpolexpedition Österreich - Ungarns 1872 bis 1874, 1875 wurde er Präsident der Österreichischen Geographischen Gesellschaft und gemeinsam mit Billroth stiftete er das Rudolfinerhaus in Wien. Eduard Graf Lamezan-Salins war Präsident des Landesgerichts für Strafsachen in Wien.

Schon am 2. Jänner 1882 unterbreiteten sie die Pläne bei einer Audienz Kaiser Franz Joseph I. und ersuchten um Unterstützung, die der Kaiser auch zusagte. Mundy verstand es ausgezeichnet, die Bevölkerung für seine Idee zu begeistern und

sowohl Ärzte als auch Laien boten alsbald ihre Dienst als Samariter an und zahlreiche Spenden gingen ein.

Am 31. Jänner begann die Firma Lohner nach Mundys Plänen von Pferden gezogene Ambulanzwagen zu bauen, die zwei Monate später von der k.k. Polizeidirektion kommissioniert wurden und bereits am 24. April 1882 den ersten Krankentransport durchführten und ab diesem Tag wurden solche auch regelmäßig unentgeltlich gemacht. Die ersten Ausfahrten mit gemieteten Fiakerpferden waren in erster Linie „Sanitätstransporte“ und keine „Rettungs - Ausfahrten“, da noch keine ausgebildeten Mannschaften zur Verfügung standen. Im Herbst des Jahres 1882 wurde mit der Ausbildung von freiwilligen Helfern in „Erste Hilfe bei Unglücksfällen“ begonnen und es waren dies die ersten Samariterkurse in der Monarchie.

Im folgenden Jahr hielt Mundy die Mannschaften für genügend geschult, sodass er am 1. Mai 1883 im 1. Bezirk, Ecke Fleischmarkt/Rotenturmstraße, die erste Station der Wiener Rettung eröffnen konnte. 97 Medizinstudenten und 36 Nichtmediziner bestritten den Permanenzdienst. Mundy selbst diente als Arzt, Krankenträger oder auch als Kutscher, es gab keinen Dienst, für den sich der Herr Baron zu „fein“ vorkam.

Ausgestattet waren die freiwilligen Rettungsmannschaften mit karmesinroten Kappen - Mundy bekam als Chefarzt des Malteserritterordens den malteserroten Stoff zu günstigen Bedingungen - und dem Emblem der Freiwilligen am linken Arm der Samariterjacke. Das von Architekt Viktor Rumpelmayer entworfene Wappen mit dem Kopf der Vindobona, umgeben von Wasser und Feuer und dem Schriftzug „Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft - IX. dec. 1881“, blieb 55 Jahre das Abzeichen der Freiwilligen.

Die finanziellen Mittel zur Erhaltung der Rettungsgesellschaft erhielt Mundy durch Spenden, Sammlungen und Benefizveranstaltungen. So sang Alexander Girardi bei einem Wohltätigkeitsfest zu Gunsten der Rettungsgesellschaft in der Rotunde, Johann Strauß Sohn komponierte eigens für die Gesellschaft und neben Aristokratie

und Wirtschaft förderte auch Theodor Billroth, ein langjähriger Freund Mundys, nicht nur finanziell die „Rettung“.⁶⁰

Die von Dr. Mundy wohl durchdachte und organisierte humanitäre Einrichtung diente als Muster und führte zu Gründungen in zahlreichen Städten der Monarchie und in der weiteren Folge in vielen Städten Europas und später weltweit.

Am 5. März 1894 legte Mundy nach einer Debatte mit Streit innerhalb der Gesellschaft seinen Vorsitz nieder. Mundy war zutiefst enttäuscht über die Undankbarkeit, die ihm widerfahren war. Dies, im Zusammenhang mit einem körperlichen Leiden, führte dazu, dass er, schon längere Zeit unter schweren depressiven Zuständen leidend, sich am 23. August 1894 unterhalb der Sophienbrücke (Rotundenbrücke) am Ufer des Donaukanals erschoss.⁶¹

Das Modell des Rettungswesens in Wien, das ja weltweit bereits kopiert wurde, überlebte den Tod seines Gründers. Noch im Todesjahr Mundys wurden zehn fixbesoldete Inspektionsärzte aufgenommen. Bei jeder Rettungsberufung rückten ein Arzt und zwei Sanitäter aus. 1897 wurde die neue Zentrale in der Radetzkystraße eröffnet, und da die Ausfahrten und Interventionen laufend zunahmen, entschloss man sich 1905, eine weitere Station am Mariahilfer Gürtel zu errichten. Zur Eröffnung dieser ersten Filialstation wurde auch das erste Automobil im Rettungsdienst in Betrieb genommen.

An der Nordfassade der ersten Zentralstation der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“ Radetzkystraße 1 steht die Büste des Gründers, des Arztes Jaromir Mundy.

Der Arzt und Philanthrop Jaromir Freiherr von Mundy ergriff als Feuerkopf, als Einzelperson, die Initiative zur Gründung dieser humanitären Einrichtung in Wien und dies zu einer Zeit, als die öffentliche Hand bis dahin noch keinerlei Aktivitäten für das Rettungswesen in der Stadt gezeigt hatte.

Mundys Leben war geprägt von Idealismus, Menschlichkeit, Kampf und Tragik, er war ein Mann der Armen und Philanthrop seiner Zeit.

⁶⁰ Regal, Wolfgang und Michael Nanut: Medizin im historischen Wien. Wien 2005. S. 25

⁶¹ Charas, Hans: Jaromir Mundy +. Deutsche Medizinische Wochenschrift 20. (1894). S. 766

OHNMACHT DER ÄRZTE: DIE TUBERKULOSE

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es eine epidemische Verbreitung der zur Volkskrankheit aufgestiegenen, als „Seuche der Moderne“ empfundenen „Wiener Krankheit“, der Tuberkulose. Die kam schleichend, unbemerkt und unspektakulär. Als „letzte große Seuche“ zog die Tuberkulose von West nach Ost über Europa hinweg. Diese Entwicklung begann Ende des 18. Jahrhunderts und erreichte bis zum Ende des 19. Jahrhunderts ihre regionalen Höhepunkte.

In Wien konnte der Pathologe Rokitansky anhand pathologisch-anatomischer Befunde zeigen, dass praktisch jeder Mensch einmal im Leben einen „Primärkomplex“ erleidet, ohne deshalb an Tuberkulose manifest erkranken zu müssen. Die Tuberkulose hatte ihre Bedeutung als „großer Killer“ bei den städtischen Unterschichten.⁶²

Als wichtigstes Feld der Erkrankungen kristallisierten sich die Städte während der Industrialisierung heraus, die Tuberkulose galt als die archetypische Krankheit der Industrialisierung, als Krankheit der Städte, somit ihre Verbreitung gewissermaßen als Beleg für soziale „Ungleichheit vor Krankheit und Tod“. In der österreichischen Reichshälfte der Monarchie begann die Mortalität an Tuberkulose seit der Mitte der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts zu sinken, während sie in den Städten, vor allem in Wien, bis zur Jahrhundertwende im europäischen Spitzenfeld blieben.

Zunächst zeigte sich, dass die Tbc-Sterblichkeit eine eigene Entwicklungslinie hatte, die nicht mit der Gesamtsterblichkeit korrespondierte. Die Tuberkulose wurde kaum durch Maßnahmen der Stadtsanierung, Kanalisation, neuen Wasserleitungen beeinflusst, obwohl diese Maßnahmen für verbesserte Lebensbedingungen waren und indirekt nützlich gewesen sein müssten.

⁶² Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereiches im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981. S.39

Auch die Verbesserung von Staubemissionen, Zufuhr von Licht und Luft - das zentrale Arbeitsschutzthema des 19. Jahrhunderts - nützten nicht viel. In speziellen Branchen war die Tuberkulose endemisch, wie bei Quecksilber-Arbeitern, Bürstenmachern, Feilenhauern und Nähmaschinenarbeiterinnen. Abgesehen von den Staublungen schien für Bergleute der Kohlenstaub ein gesundheitsdienlicher Schutz trotz hoher körperlicher Belastung zu sein, während Verstädterung und die Überlastung bei industrieller Arbeit einen entscheidenden Einfluss auf die Tuberkulosesterblichkeit hatten. Offenbar wurden aber negative Auswirkungen durch verbesserte Wohnverhältnisse, geringere Überbelegung der Wohnungen aufgehoben.

Die Tuberkulose wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Armutssyndrom und als Folge vielfältiger Überlastung aufgefasst und zwar mit multikausalen Verursachungen: Die „soziale Disposition zur Tbc“ wurde allgemein anerkannt. So waren die möglichen Abhilfemaßnahmen vor allem sozialpolitische, egal welche Hauptfaktoren in der jeweils spezifischen Situation auch dominierten: „Die Tuberkulose als sozialbedingte Krankheit kann erfolgreich nur durch soziale Maßnahmen bekämpft werden.“⁶³

Die verschiedenen Gewerbe stellten sehr unterschiedliche körperliche Anforderungen: Zwar waren diese in der Bekleidungsindustrie, in der Tabak- und Heimindustrie niedrig, so fallen in diesen Bereichen niedrige Löhne, überlange Arbeitszeiten und allgemein schlechte Arbeitsbedingungen mit einer hohen Tbc-Mortalität zusammen. Auch zeigte sich, dass die Faktoren selbst auf die Tbc-Anfälligkeit noch einmal variierten, je nach der Dauer des Kontaktes mit den beruflichen und industriellen Bedingungen.

Überdies hatten die aus traditionellen Umweltbedingungen stammenden Arbeiterpopulationen die höchste Mortalität, die hier erlittenen kulturellen und individual - psychologischen Brüche, der fehlende Gewohnheitsgrad konnten anscheinend auch durch günstige Wohnverhältnisse und bessere Ernährung nicht ausreichend kompensiert werden.⁶⁴

⁶³ Mosse, Max und Gustav Tugendreich; Krankheit und soziale Lage. München 1913. S. 551

⁶⁴ Göckenjan, Gerd: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/Main 1985. S. 52

Bekanntlich isolierte Robert Koch im Jahre 1882 den Tuberkuloseerreger und bewies empirisch den infektiösen Charakter dieser Erkrankung.

Mit dem Erregernachweis wurde die Infektionsgefahr demonstrierbar und sie wurde zur medizinischen Begründung einer Tendenz der körperlichen Distanzierung. So entstanden eine Bakteriophobie, eine Berührungshysterie. Nachdem die Verbreitung der Tbc durch Auswurf, durch Tröpfchen nachgewiesen war, entstand ein Feldzug gegen das Sputum. Die Arbeitgeber wurden durch Verordnung zur Aufstellung von Spucknapfen in den Arbeitsräumen verpflichtet.

Propagiert wurde eine volksgesundheitliche Aufgabe, nämlich überhaupt das „Wilde Spucken“ zu vermeiden, wenn schon nicht zu verbieten. „Wildes“ Spucken sollte höchstens auf der Straße erlaubt sein, keineswegs aber in Gebäuden. Die Gebäude seien nach dem Spuckbedarf umzurüsten, sodass Spucken eine „geregelter Form“ anzunehmen hatte, eine organisierte Welt der Spucknapfe also, deren richtige Benutzung von Kindesbeinen an gelernt werden sollte.⁶⁵

Als weiterer Schritt in der Tuberkulosebekämpfung in Österreich sind die wenig erfolgreichen Versuche zu betrachten, die Tuberkulose medikamentös zu heilen. Die „spezifische Therapie“, wie die Gabe des von Robert Koch erfundene Tuberkulins hieß, fand sich nach dem Jahre 1890 bei gefährlichen Nebenwirkungen als ein problematisches Forschungs- und Experimentierfeld der Bakteriologen, aber erwies sich als Therapie erfolglos und hatte nur als Diagnostikum Bedeutung.⁶⁶

Warum die Sterblichkeit in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts absank, war und ist umstritten. Es argumentierten die Befürworter der Heilstättentherapien, die auf der Basis hygienisch-diätetischer Anschauungen wirkten, mit Behandlungszahlen und Erfolgen. Weiters argumentierten Gewerbehygieniker mit Verbesserungen im Arbeitsumfeld, den Assanierungen in den Städten mit verbesserten hygienischen Maßnahmen und die Krankenkassen mit dem Argument der Stabilisierung der sozialen Bedingungen im Krankheitsfall. Thomas Mc Keown formulierte die These, dass primär die Verbesserung des Lebensstandards und der

⁶⁵ Elias, Fritz: Über den Prozess der Zivilisation. Bern, München 1969. S. 1

⁶⁶ Dietrich-Daum, Elisabeth: Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich. München 2007. S. 191

Ernährung als Hauptursache für den Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert verantwortlich seien.⁶⁷

Auch ist zu erwägen, ob eine abgesenkte Virulenz des Erregers einen Rückgang der Mortalität zumindest teilweise erklären könnte und damit die Argumente, wie verbesserte Lebensbedingungen oder Hygienisierung, relativieren würde.

Die zeitgenössischen Bemühungen, die Tuberkulose einzudämmen, konzentrierten sich in einer ersten Phase auf eine hygienisch-diätetischen Behandlung und Isolierung in den Heilstätten, die in Österreich etwa ab 1890 eingerichtet wurden. Dabei orientierten sich die Betreiber an deutschen Vorbildern und bauten Anstalten, anfänglich aus Spenden finanziert, später aus Mittel der Sozialversicherungen und der Gemeinde Wien. Der Staat selbst engagierte sich in diesem Bereich bis zum Ende des ersten Weltkrieges kaum.

Klarsichtigen Ärzten dieser Zeit war ihre Handlungsbegrenztheit, ihr Defizit bekannt und das wird auch immer wieder in zahlreichen Äußerungen und Publikationen so artikuliert. Als pars pro toto mag eine Betrachtung aus dem Jahre 1882 gegeben werden:

„Bei genauer Untersuchung des schlechten Gesundheitszustandes der Nähmaschinen-Arbeiterinnen wird festgestellt, dass diesen auf unzureichende Ventilation der Arbeitsräume und auf unzureichende Ernährung bei langen Arbeitszeiten zurückgeht. Zum ersten Punkt können medizinische Vorschläge gemacht werden, die den Technikern und Fabrikanten nahe gebracht werden müssen. Zu den beiden anderen Punkten kann nichts beigetragen werden, es sind politische Probleme. Die Frage der besseren Ernährung dieser arbeitenden Volksklassen ist eine soziale, die hier nicht zu erläutern ist.“⁶⁸

Somit konnte der Arzt, zusammenfassend gesagt, die entscheidenden Probleme zwar nennen, es handelte sich aber um eine sozialpolitische Problemlage. Hier konnte der Mediziner nur verwalten, legitimieren, dirigieren und auch verurteilen.

⁶⁷ Mc Keown, Thomas: The modern rise of Population. New York 1976. cit. In: Ehmer Josef: Bevölkerungsgeschichte und Historische Demographie 1800 – 2000. München 2004. S.86

⁶⁸ Eulenberg, Hermann: Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Berlin 1882. S. 501

GEGEN GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND PROSTITUTION

Bereits in einer im Jahre 1850 abgeführten Plenarversammlung des Dokorenkollegiums der Medizinischen Fakultät in Wien wurde erstmals intensiv nach Maßnahmen gegen das zunehmend größer gewordene Problem der Geschlechtskrankheiten in Wien gerufen. 1.000 Neuerkrankungen wurden in den öffentlichen Krankenanstalten mit syphilitischen Erkrankungen diagnostiziert, was eine deutliche Zunahme gegenüber vergangenen Jahren bedeutete. Privat behandelte Erkrankte konnten dabei mangels einer Meldepflicht nicht erfasst werden. In dieser Medizinerversammlung wurde gefordert: Erfassung aller Freudenmädchen in Wien, Überwachung deren Gesundheit durch gewissenhafte Ärzte und Ausgabe von Gesundheitspässen für diese Damen, aus welchen die Resultate ebenso wie die Daten der jeweils durchgeführten Untersuchung zu entnehmen wären.⁶⁹

Dieser medizinische Appell blieb ohne jegliche Wirkung, weshalb im Jahre 1858 die „Wiener Medizinische Wochenschrift“ mit dem Artikel „Die Prostitution und die Notwendigkeit ihrer gesetzlichen Regelung“ an die Öffentlichkeit trat. Neuerlich plädierte die Ärzteschaft für die Errichtung von Bordellen zur Regelung der Prostitution⁷⁰.

Erst im Jahre 1861 begannen im Wiener Gemeinderat die Verhandlungen über die Regelung der Prostitution in Wien und diese Debatten zogen sich dahin, wenig lebhaft geführt, ohne dass eine vernünftige Reglementierung zustande gekommen wäre. Dies veranlasste den Herausgeber der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“, Wittelshöfer, im Jahre 1863 nochmals scharf nachzusetzen, indem er forderte, dass

⁶⁹ Schrank Josef, Die Prostitution in Wien, Wien 1886, Bd. 2, S. 12.

⁷⁰ Wittelshöfer, Leopold; Die Prostitution und die Notwendigkeit ihrer gesetzlichen Regelung. Wiener Med. Wochenschrift. 1858. S. 37

bei der staatlichen Reorganisation Österreichs auch die Regelung der Prostitution ihre Berücksichtigung zu finden habe⁷¹.

Es waren offenbar pseudomoralische Rücksichten und ein scheinbar missverstandener Liberalismus, welcher dazu führte, dass die öffentliche Hand das Problem der Geschlechtskrankheiten Syphilis, Gonorrhö und Weicher Schanker weiterhin zur Seite schob.

So liefen bis zum Jahr 1871 laufend fruchtlose Debatten im Wiener Gemeinderat, und es richtete Bürgermeister Felder am 3. Juli 1872 an den Innenminister Baron Lasser von Zollheim ein Schreiben mit folgendem Inhalt: „Der Wiener Gemeinderat hat sich mehrmals mit der Frage der Regelung der Prostitution eingehend beschäftigt und ist zum Resultat gelangt, dass der Wiener Gemeinderat nicht in der Lage sei, in dieser Frage Abhilfe zu schaffen, sondern dass dies nur im Wege der Entscheidung der hohen Staatsregierung erzielt werden kann.“⁷²

Die Mediziner, welche sich mit der Behandlung der Geschlechtskrankheiten zu befassen hatten, wussten, dass diese seit den Gründerjahren in einer ungeahnten Weise zunahmen. Zwar gab es in Österreich, wie in den meisten europäischen Staaten, damals noch immer keine Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten, weshalb genaue Zahlen darüber nicht erreichbar waren. Allerdings sprachen die Zahlen, wie sie die Wiener Krankenhäuser über die Aufnahme von Tripperkranken und Syphilitikern führten, eine mehr als deutliche Sprache; dabei kann berechtigterweise angenommen werden, dass durchaus nicht alle geschlechtskranken Männer und Frauen damals in stationärer Behandlung standen.

Besonders arg wüteten die venerische Erkrankungen in der Österreichisch-Ungarischen Armee: Im Jahre 1885 wurden 17.275 geschlechtskranke Soldaten in 639.451 Behandlungstagen versorgt, was dem Staat für dieses Jahr einen Mehraufwand von 284.000 Gulden kostete⁷³.

⁷¹ Wittelshöfer, Leopold: Noch ein Wort über das Prostitutionsgesetz. Wiener Med. Wochenschrift, 1863, S. 555

⁷² Schrank Josef: Die Prostitution in Wien., Wien 1886, Bd.2, S. 15

⁷³ Lesky, Erna: Meilensteine der Wiener Medizin. Wien 1981, S. 212

Auf Anregung zweier ihrer Mitglieder, der Professoren Hofrat Mracek und Riehl, hat die k.k. Gesellschaft der Ärzte in Wien in ihrer Sitzung vom 9. November 1906 eine Kommission eingesetzt, zum Studium der Frage, in welcher Weise der weiteren Ausbreitung der venerischen Krankheiten am erfolgreichsten entgegengetreten werden könnte. Als Ergebnis dieser Beratungen kam ein Bericht an die Öffentlichkeit zustande: Darin wird festgestellt, „dass sich die Syphilis durch die stete Ausbreitung dieser Krankheit in Form einer Endemie zu einer wahren Volksseuche entwickelt habe. Die Größe des Schadens, den sie an Erwerbskraft, Vermögen, Gesundheit und Leben der Bevölkerung zufüge, wird kaum erahnt. Während es als selbstverständliche Pflicht und Recht des Staates und der Gemeinden gilt, gegen Epidemien akuter Krankheiten Abwehrmaßnahmen strengster Art durchzuführen, ist man erst in den letzten Dezennien zur Erkenntnis gelangt, dass endemisch sich ausbreitende chronische Infektionskrankheiten meist schwereren Schaden verursachen, als gelegentliche Cholera- und Pestepidemien. Diese Erkenntnis hat in den letzten Jahren zur energischen Bekämpfung der Tuberkulose geführt und zahlreiche Institutionen zur Abwehr des Alkoholismus hervorgerufen. Daher muss und wird sie auch den Anstoß zur tatkräftigen Abwehr der Geschlechtskrankheiten geben. Die Erfahrung lehrt, dass die Bedeutung venerischer Erkrankungen in fast allen Kreisen der Bevölkerung ungenügend erkannt und gewürdigt wird. Obwohl wir keine genauen Zahlenangaben über die Häufigkeit besitzen, lässt sich aus einzelnen Daten eine ungefähre Schätzung ableiten. So werden ca. 11 % aller in die Wiener k.k. Spitäler aufgenommenen Kranken wegen venerischer Krankheiten verpflegt. Im Jahre 1901 waren von 61.621 aufgenommenen Kranken 1.628 an Syphilis und 5.120 an anderen venerischen Krankheiten leidend. Aber zweifellos bilden die in den Krankenanstalten verpflegten Geschlechtskranken nur einen kleinen Bruchteil der Gesamtzahl. Es wird geschätzt, dass sich nur etwa 5 % der venerisch Erkrankten in Spitälern aufnehmen lassen, sodass man also die Zahlen der Krankenhausstatistiken mit 20 multiplizieren müsste, um der Wahrheit über die wirkliche Verbreitung in der Zivilbevölkerung näher zu kommen.“

In diesem Bericht wird massiv die Überwachung der Prostitution als eine der wichtigsten Punkte gefordert, „...wobei man davon ausgehen muss, dass die Prostitution de facto nicht aus der Welt geschaffen werden kann und dass jedes Verbot derselben nur die Wirkung haben würde, die deklarierte, der behördlichen

Überwachung zugänglichen durch die geheime Prostitution zu ersetzen, welche eine noch viel gefährlichere Quelle der Verbreitung darstellt“.

Für erkrankte Prostituierte sei die Zwangsbehandlung in Krankenhäusern und Ausschließung von der Ausübung des Gewerbes für die Dauer der Ansteckungsfähigkeit zu normieren, das war eine weitere Forderung der Mediziner.

Auch die Art der ärztlichen Kontrolle entspräche in der laufenden Form nicht den Anforderungen der Wissenschaft und der Würde des ärztlichen Standes. Die Untersuchungen der Prostituierten hätten ausschließlich durch Amtsärzte vorgenommen zu werden, die Honorierung der Ärzte habe ausschließlich durch die Behörden zu erfolgen.

Weiters wurde darin festgehalten: „Österreich besitze noch kein Seuchengesetz, das als Ausgangspunkt für die Bekämpfung dieser Geschlechtskrankheiten dienen könnte. Aber es kann nicht Aufgabe der Ärzte sein, diesen ganzen Komplex von Fragen sozialer und rechtlicher Natur durch konkrete Vorschläge allein auf sich gestellt, ordnen zu müssen“.

Die Kommission forderte, dass die oberste Leitung und Überwachung der einzuführenden Maßregeln die Sanitätsbehörden übernehmen müssten, die einzig und allein in der Lage wären, zweckentsprechende Einrichtungen anzuordnen und deren Durchführung zu garantieren.

„Es muss auch die Möglichkeit gegeben sein, in gewissen Fällen, die Berechtigung zur Zwangsbehandlung auf gesetzliche Basis zu stellen.“⁷⁴

Aus dem Text dieses Berichtes ist zu erkennen, dass sich die Gesellschaft der Ärzte in Wien als privater Verein offenbar ein letztes Mal intensiv mit diesem Problem auseinandergesetzt hat, für welches die medizinischen Ämter und Behörden dieser Zeit verantwortlich und zuständig gewesen wären.

Im Jahre 1907 gründete der Vorstand der Klinik für Geschlechtskrankheiten, Prof. Dr. Finger die Österreichische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und im folgenden Jahre 1908 organisierte er eine Enquete, an der außer Ärzten auch Juristen, Nationalökonomien, Lehrer, Erzieher und Vertreter der Krankenkassen teilnahmen.

⁷⁴ Bericht des von der k.k. Gesellschaft der Ärzte gewählten Komitees zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wiener Klinische Wochenschrift, 1907, Nr.51, S.1617

Trotz dieser erzieherischen Aufklärungsarbeit breiteten sich die Geschlechtskrankheiten weiter aus, vor allem unter den Arbeitern, wofür das große Wohnungselend, im Besonderen der Bettgeher, als mitverantwortlich angesehen wurde, weil dieser nicht selten eine „Sexuelle Draufgabe“ bekam.

Der Erreger der Syphilis, die *Spirochaeta pallida* wurde im Jahre 1905 entdeckt und damit die Infektiosität dieser Erkrankung klar erkannt.

In einem Vortrag am 15. Mai 1909 im „Wiener Akademischen Verein für Sexualhygiene“ befasste sich der Mediziner. Richard Grünfeld mit der sozialen Bedeutung der Geschlechtskrankheiten. Zunächst wies er darin daraufhin, „... dass moderne Aufklärungsbestrebungen, welche nun auf allen Gebieten der Hygiene eine Popularisierung der richtigen Auffassungen bezwecken, vor allem auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten ein weites Feld der Betätigung finden“ und meint, „dass immer wieder auf missverständliche Ansichten der Allgemeinheit hingewiesen werden müsse.“

Auch vertrat er die Ansicht, „dass zwischen dem Auftreten der Geschlechtsreife und dem Moment der Möglichkeit einer Eheschließung in der überwiegenden Majorität der Fälle ein Jahrzehnt liege, wenn nicht ein noch längerer Zeitraum, der irgendwie ausgefüllt werden müsste. Abgesehen von dem Ideal der totalen geschlechtlichen Abstinenz bis zur Verheiratung bleibe daraus nur der außereheliche Geschlechtsverkehr übrig, der wie die Dinge nun einmal seien, auf das Innigste mit der Prostitution verknüpft sei.“

Auch gab er zu bedenken, dass hygienische Maßnahmen mächtige Feinde im Unwissen und im Schamgefühl hätten, womit sich die enorme Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zwanglos erklären lasse.

Der Redner wies ferner auf die enorm hohe Anzahl von venerisch erkrankten Studenten hin und begründete dies damit, dass gerade die höhere Studien betreibenden junge Männer viel später in die Lage kämen, einen eigenen Hausstand zu gründen als gleichaltrige Männer, die sich einem praktischen Beruf zugewendet hatten. Schließlich sollte nicht unerwähnt bleiben, dass nicht nur der Kranke selbst

gefährdet sei, sondern auch das Gemeinwohl erheblich tangiert und so zu einem leider noch lange nicht genug eingeschätzten sozialen Schaden käme⁷⁵.

Am 29. April 1910 wurde in der Versammlung der „Österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ auf die Tatsache eines erstellten Vorentwurfes zum neuen Strafgesetz hingewiesen, der in seiner Einleitung ausdrücklich erklärt, dass er der öffentlichen Kritik vorgelegt werden müsse. Im Rahmen der Beratungen auf dieser Enquete wurde darauf hingewiesen, dass es zwei Gruppen von Erkrankungen sind, die durch ein zielbewusstes Handeln wesentlich eingeschränkt werden könnten: Einmal die große Gruppe der Berufs- und Gewerbekrankheiten und dann die nicht minder bedeutungsvolle Gruppe der ansteckenden Erkrankungen. Von dieser letzteren Gruppe wären es zwei, welche aufgrund ihrer Häufigkeit als endemische Volkskrankheit angesehen werden müssten. Es seien dies die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten. Die Bekämpfung gerade dieser beiden Krankheiten erweise sich als schwierig. Als Hauptgrund gelte der chronische Verlauf der Erkrankungen, der Umstand, dass beide Erkrankungen lange Zeit über Jahre dauern könnten, lange Zeit hindurch den Patienten wenig belästigen, ihn in seiner Leistungsfähigkeit zunächst wenig beeinträchtigen, sodass zahlreiche, mit diesen Erkrankungen behaftete und damit ansteckende Kranke sich frei in der Gesellschaft bewegen und damit dauernd eine Gefahr für die gesunde Umgebung bilden würden.⁷⁶

Aber auch diese Enquete, die sich so intensiv mit dem Vorentwurf des neuen Strafgesetzes auseinandersetzte und reichlich Empfehlungen für die Legislative vorlegte, brachte kein Resultat.

Und so ist aus einem Elaborat des Vorstandes der Wiener Klinik für Geschlechtskrankheiten Prof. Finger aus dem Jahre 1913 zu entnehmen, dass bis zu diesem Zeitpunkt eine sowohl für die Ärzte als auch für das Gesamtwohl

⁷⁵ Grünfeld, Richard: Die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten. Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung, 1909, S. 1

⁷⁶ Der neue österreichische Strafgesetzentwurf und die Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1910, S. 5

befriedigende Lösung in der Frage der Prostitution und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht gefunden werden konnte⁷⁷.

Bis zum Ende des Jahres 1914 kam es zu keiner Gesetzgebung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und Prostitution in Österreich.

Ärztliche Forderungen und Vorschläge in wiederholtem Maß und auf verschiedenen Ebenen vorgebracht, hatten sich nicht durchsetzen können.

Innerhalb von 64 Jahren (1850 bis 1914) sahen sich die gesetzgebenden Körperschaften nicht in der Lage, für die zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution ärztlicherseits wiederholt gegebenen Empfehlungen die nötigen legislatischen Voraussetzungen zu schaffen!

Erst das Staatsgesetzblatt von Deutsch-Österreich, Jahrgang 1918, vom 28. November 1918, enthält die Vollzugsanweisung des Deutsch-Österreichischen Staatsamtes für Volksgesundheit vom 21. November 1918 betreff Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Geschlechtskrankheiten.

Darin sind unter anderem enthalten:

- Allgemeine Behandlungspflicht,
- Untersuchung Krankheitsverdächtiger,
- Beschränkte Anzeigepflicht,
- Aufgaben der Ärzte bei der Behandlung und Überwachung,
- Behandlung / Belehrung, Verbotene Behandlungsarten.

⁷⁷ Finger, Ernst: Die Syphilis als Staatsgefahr und die Frage der Staatskontrolle. Wiener Med. Wochenschrift 1913, 16, S. 35

DIE ARMENÄRZTE

In seinen im Jahre 1848 dargelegten „Original-Ansichten“ über die Stadt Wien berichtet der aus Deutschland in die Stadt gekommene Ludwig Lange in bewundernder Weise:

„Jeder Polizeibezirk hat ein vollständiges ärztliches Amtspersonale, welches die Armen unentgeltlich zu behandeln verpflichtet ist, und zur Rettung von Verunglückten und Scheintodten sind in jedem dieser Bezirke und am Donauufer, insbesondere an 10 Orten, eigene „Nothkästen“ mit dem nöthigen Sanitätsapparate in Bereitschaft“.⁷⁸

Im Prinzip waren Ärzte zur Armenpflege verpflichtet, aber Armenärzte wurden Spezialisten für die Armen, ausdrücklich eingestellt zur Medikalisierung der Unterschichten: Hilfeleistung für Wohlverhalten, Moral und Sauberkeit als Gegenleistung.

Es ist ziemlich unklar, wie sie diese Ziele hätten erreichen können. Wenn auch im Laufe des 19. Jahrhunderts zunehmend Geld für Armenärzte ausgegeben wurde, änderte sich wenig an diesem verschwommenen Verwendungsprofil. Die Armenkrankenpflege kam am ehesten bei äußeren Verletzungen, bei Brüchen, bei Geschwülsten, bei einem ansonsten funktionstüchtigen Körper zustande. Daher wurden zunächst als Armenärzte eher Chirurgen als „Innere Ärzte“ angestellt. Bei Systemerkrankungen, chronischen Mangel- und Abnützungserkrankungen und Infektionen ist dagegen wenig klar, ob die Armen sich überhaupt an Ärzte wandten. Diese verschrieben vor allem Arzneien, die als Stärkungsmittel wirkten, „Stärkungsmittel“ wie Fleischbrühe, Wein, auch Branntwein kamen zum Einsatz.

Die in der Armenkrankenpflege des 19. Jahrhunderts vielleicht wichtigsten Mittel, nämlich Reinlichkeit, ausreichende Nahrung und Pflege konnten nicht rezeptiert werden.⁷⁹

⁷⁸ Lange, Ludwig: Originale Ansichten von Deutschland. Mit einem historischen topographischen Text. Band 7. Darmstadt 1848 S.10

⁷⁹ Lorinser, Karl Ludwig: Selbstbiographie. Regensburg 1864, Bd. 2, S. 262

Die Zuteilung von Lebensmitteln für den Alltag war Aufgabe der Armenbehörden. Wichtige ärztliche Mittel, wie ausgefeilte Methoden der Diätetik, das Regime einer Pflege, sowie eine Umorganisation der unmittelbaren Umgebung des Kranken waren meistens nicht erreichbar. Trotzdem wurden viele Arme behandelt und die Gesundheit von vielen konnte auch gebessert, wenn nicht wieder hergestellt werden. Die wichtigsten Maßnahmen wären ausreichende Nahrung, gute Pflege und Reinlichkeit, dann würden die Armen oft auch von selbst wieder gesund, wie es allgemein hieß.

Somit war der Anteil der rein ärztlichen Arbeit beschränkt, und die Armenpraxis galt sogar allgemein als gefährlich, wegen der hohen Infektionsgefahren, die von den Elendsverhältnissen ausgingen, daneben aber auch undankbar, weil ärztliche Maßnahmen in diesen Kreisen oft als unnütz, unnötig und unter Umständen sogar reputationsschädigend galten. Armenärzte waren schlecht bezahlt, die Jahrespauschale besoldeter Armenärzte machte diese Nebentätigkeit außer ihrer Ordination zu einem Nebenerwerb, welcher aber reichlich Aufwand und Zeit erforderlich machte. Nicht selten kam es so zu einer herablassenden Arroganz akademischer Ärzte gegenüber den Armen. Oft hatten die behandelnden Ärzte zu wenig Ahnung von den Lebensumständen ihrer Kranken und so konnten sie ihre Tätigkeit oft nicht richtig abschätzen, weil sie die Kranken nicht besuchten; üblicherweise kam der Kranke entweder selbst zu den festgesetzten Sprechstunden oder die Verordnungen wurden - einer alten Sitte entsprechend - auf Grund der Darstellung der geschickten Boten gemacht und die Versorgung der Kranken bestand meistens aus der Vergabe von Arzneien ohne vorangegangener Untersuchung. So war diese Art der Krankenpflege durch die Armenärzte oftmals auch falsch und unökonomisch, die Wirksamkeit der Arzneien häufig ungenügend und unsicher. Aber die Mehrzahl der ansässigen Ärzte wurde durch die Arbeit der Armenärzte von einer unangenehmen Aufgabe entlastet. Die Tätigkeit der Armenärzte ermöglichte es den Behörden, auch im Bereich der Armenpflege nach Disziplinierungsregeln vorzugehen, den Charakter der bisherigen „kostenlosen“ Wohltätigkeit in Zivilisierungskampagnen umzubauen: Ärztliche Hilfe gegen Sauberkeit, Moral und Wohlergehen, das war tatsächlich eine Medikalisierung der Unterschichten.

Der besoldete Armenarzt steckte professionspolitisch in einer schwierigen Lage:

Er konnte seine Ziele und Erwartungen weder gegenüber den Armen noch gegenüber der Verwaltung verbindlich machen und auch dementsprechend reagieren. Bestanden Gesundheitsprobleme vordringlich auf Grund schlechter gesellschaftlicher Zustände, dann waren sie mit rein medizinischen Mitteln nicht zu lösen, außer die Mediziner hätten eine öffentliche, soziale Verfügung gehabt, d.h. sie wären berechtigt gewesen, über allgemein verbesserte Lebensressourcen verbindlich zu disponieren.

Die Position eines Armenarztes war unter jungen Ärzten, die ihre akademische Ausbildung eben abgeschlossen hatten, begehrt. Gab ihnen doch eine Armenpraxis die Möglichkeit, Erfahrungen zu sammeln und damit für eine breitere und wohlhabendere Klientel vorbereitet, akzeptabel und salonfähig zu werden.

Während viele Ärzte die Tätigkeit eines Armenarztes somit lediglich als vorübergehendes Stadium ihrer Berufskarriere betrachteten, hinterließen die Erlebnisse und die Erfahrungen während dieser Arbeit bei vielen einen bleibenden Eindruck.

Zwar konnten die Mediziner in der Regel die Werte und die Moral ihrer Betreuten nicht teilen - was die Bedeutung der Begriffe Leistung, Arbeit, Sparsamkeit und auch gute Manieren betraf, so kamen sie oft nicht umhin, in den betreuten Armen auch die Opfer sozialer Verhältnisse zu sehen, welche außerhalb deren individuellen Einflussnahme lagen.

Die Krankheit galt ihnen oft als Ursache von Verarmung und umgekehrt, Armut als Problem zur Gesundung. Schlechte Ernährung und üble Wohnverhältnisse konnten ebenso wie schmutzige Arbeitsplätze zum schwerwiegenden Verlust an Gesundheit führen.

Da Gesundheit aber gerade dann von besonderer Bedeutung war, wenn die eigene Arbeitskraft die einzige Existenzgrundlage darstellte, sollten es sich Staat und Ärzte angelegen sein lassen, den sozialen Unterschichten freie und gute Hilfe zu gewähren, um den Kreislauf der Armut damit zu durchbrechen.

Die Besetzung der Armenärzte erfolgte durch die k.k. Polizei- und Hofzensurstelle und erst im Jahre 1892 wurde diese Tätigkeit ausschließlich den Amtsärzten zugeteilt.

Das Entgelt für die Tätigkeit als Armenarzt war in Form von Remunerationen gering und die Mediziner hatten auch nach einer über mehrere Jahrzehnte laufenden Betreuung keinerlei Anspruch auf einen Ruhebezug oder ein Entgelt für hinterbliebene Witwen.

Bereits in ihren Anstellungsdekreten war ihnen ausdrücklich erklärt worden, dass ihnen aus ihrer Dienstleistung keinerlei Anspruch auf einen regelmäßigen Gehalt oder einer sonstigen Beförderung erwachse.⁸⁰

„Die Armenärzte haben vor einiger Zeit allerhöchsten Ortes um eine Verbesserung ihrer Lage, insbesondere einer definitiven Systemisierung und Anrechnung von Vordienstzeiten gebeten“.⁸¹

So lautete es in einem Gesuch der Armenärzte, das letztlich auch keine wesentliche Verbesserung für diesen Stand erbringen konnte.

⁸⁰ Gesuch der Armenärzte. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1863, S.11

⁸¹ ebda, S. 27

ABSCHNITT III

DER WEG ZUM „DOKTOR DER GESAMTEN HEILKUNDE“

Die „Akademisierung“ des ärztlichen Standes zum „Doktor der gesamten Heilkunde“ erfolgte schrittweise. Im 18. Jahrhundert erschien vielen Doktoren der Medizin die Vereinigung mit dem Stand der Chirurgen unvorstellbar.

Als Handwerk wurde die Chirurgie im Vergleich zum wissenschaftlich ausgebildeten Arzt als unwürdig angesehen. Kaiser Josef II aber protegierte die Anhebung des Chirurgenstandes, letztlich im Hinblick auf die gewünschte Verbesserung der militärärztlichen Ausbildung und Versorgung. Das hatte damals eine Prestigeaufwertung des Chirurgenstandes zur Folge.

So stand auch zeitweise die Forderung nach der Schaffung eines neuen Berufsbildes, eines „Medico-Chirurgen“, eines Arztes, der beide Studien absolviert hatte, im Raum.

Die Spaltung der Medizin in innere und chirurgische Berufe war aber im 18. Jahrhundert bis hinein in das 19. Jahrhundert gegeben.

Die k.k. Medizinisch-Chirurgische-Josefsakademie bildete zu graduierten Ärzten oder Wundärzten für die unteren Feldärztlichen Chargen aus. Die Akademie war der Medizinischen Fakultät gleichgestellt und hatte auch das Recht, akademische Grade und Würden zu erteilen, ihre Diplome hatten die gleiche Gültigkeit wie jene der Fakultät.⁸² Josef II stiftete die Akademie für Bewerber ohne sozialen Hintergrund, aber mit entsprechend guter Benotung zur Verstärkung des Militärarztstandes. Um diese Zeit war das Verhältnis zwischen Kaiser Josef II und der Fakultät getrübt und nicht zum Besten bestellt.

Die Medizinisch-Chirurgische-Josefsakademie bestand bis 1848, wurde im Jahr 1854 wieder errichtet, um schließlich im Jahre 1873 endgültig aufgelassen zu werden.⁸³

An dieser Akademie bestand das höhere und niedere Studium im wesentlichen gleich wie das an den betreffenden Zivilanstalten eingerichtete medizinisch-

⁸² Schauenstein, Adolf: Handbuch der öffentlichen Gesundheitspflege in Österreich. Wien 1863, S. 319

⁸³ Deimer, Josef: Handbuch d. österr. Sanitäts-Gesetze und Verordnungen für Behörden und Gemeinden, amtliche Sanitäts- und Veterinärorgane, Districts- und Gemeindeärzte, Thierärzte, Apotheker, Verwaltungen von Heil- und Humanitätsanstalten etc. etc. 2. Teil. Leipzig 1896, S 349 ff

chirurgische Fachstudium und die von der Akademie ausgestellten Diplome für das Doktorat der Medizin und Chirurgie , für die Magisterien der Geburtshilfe und Augenheilkunde, sowie für das Patronat der Chirurgie verliehen die selben Rechte wie die an Universitäten und chirurgischen Lehranstalten erlangten Diplome.

Ein im Grunde der Allerhöchsten EntschlieÙung am 31. März 1833 erlassenes Studien- Hofcommissions-Decret vom 20.4. 1833, Z. 2062 setzte den Umfang und die Einrichtung des medicinisch-chirurgischen Studiums fest und ergänzte die bereits 1810 hinsichtlich der strengen Prüfungen getroffenen Verfügungen.

Das nach diesem Studienplan, dessen Grundsätze unverändert bis zum Jahr 1872 festgehalten wurden, ausgebildete heilärztliche Personal war in zwei Kategorien geschieden: In Ärzte (Doctoren der Medizin)und in Wundärzte (Doctoren, Magister und Patrone der Medizin).

Das medizinische (ärztliche) Studium konnte seit jeher nur an den medizinischen Fakultäten der Universitäten und der Josefsakademie zurückgelegt werden. Die Ausbildung der Wundärzte erfolgte teils an den Universitäten (Höheres Studium: Doctoren und Magister der Chirurgie), teils an den eigens hiefür eingerichteten Lehranstalten: Lyceen, an deren Stellen in der Folge die Medizinisch-chirurgischen Lehranstalten traten (Niederer Studium, chirurgisches Studium der Patrone der Chirurgie).

Akademische Grade bildeten: das Doktorat der Medizin, das Doktorat und das Magisterium der Chirurgie, das Magisterium der Geburtshilfe und jenes der Augenheilkunde. Das Patronat der Chirurgie bildete niemals einen akademischen Grad.

Die nach absolviertem fünfjährigen Universitätsstudium von den ordentlichen Hörern der Medizin zum Erlangen des medizinischen Doktorgrades abzulegenden theoretischen strengen Prüfungen umfassten bis zum Jahre 1872 zwei Rigorosen.

Das Doktorat der Chirurgie konnte ab dem Jahre 1843 nur von graduierten Doktoren der Medizin erlangt werden, nachdem sie vier Semester die chirurgische Klinik, die Vorlesungen über chirurgische Operationslehre, sowie jene über Instrumenten- und Verbandlehre besucht hatten.

Das Magisterium der Chirurgie konnten jene erlangen, welche über eine mit Erfolg absolvierte sechste Gymnasialklasse und ein vier Jahre dauerndes Fachstudium

verfügten, wobei dieses das dreijährige Studium für das Patronat und ein viertes an der Universität zurückzulegendes Jahr umfasste.

Für das Patronat der Chirurgie war die Absolvierung der vierten Gymnasialklasse nötig, zur Aufnahme in die Lehre war das Alter von mindest 14 Jahren gefordert. Die Aufnahme geschah beim chirurgischen Gremium, das den Kandidaten dem Lehrherrn überwies. Die Lehrzeit, welche nicht bei ein und denselben Lehrherrn vollstreckt werden musste, endete nach drei Jahren mit der Freisprechung nach erfolgter Prüfung.⁸⁴

Erst im Lauf des 19. Jahrhundert kam es zur langsamen Auflösung des traditionellen Gesundheitswesens und die Ausbildung zum Wundarzt wurde nach und nach zu Gunsten des akademischen Studiums zum Doktor der Medizin zurückgenommen.⁸⁵ Denn um die Mitte des 19. Jahrhunderts regten sich Stimmen bei der Ärzteschaft, dass die abgestufte medizinische Versorgung überlebt sei und lediglich ein nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen einheitlich ausgebildeter ärztlicher Berufsstand die optimale Versorgung der Bevölkerung garantieren könnte.⁸⁶ Die ärztlichen Standespolitiker forderten nun zunehmend die Ausschaltung der Chirurgen, die allerdings bis dahin in der Versorgung der Bevölkerung noch immer eine wichtige Rolle gespielt hatten, während die studierten Ärzte jetzt zunehmend das alleinige Recht auf Behandlung der Bevölkerung beanspruchten.

Die Ärzteschaft sah sich berufen, alle Kreise der Bevölkerung vor Krankheiten zu schützen und um ihre vorsorgliche „Nützlichkeit“ auch tatsächlich erreichen zu können, war ein einheitlicher Berufsstand, der keinen Heilkundigen mit geringerem Wissenstand zuließ, für die Wohlfahrt des Staates notwendig.

Für die Mediziner wurde daher das Thema der „Chirurgenfrage“ zu einem besonderen Anliegen: Erst ein uniform universitär ausgebildeter Stand würde die angestrebte Vereinigung der Ärzte zulassen.

⁸⁴ ebda, 349 ff

⁸⁵ Labisch, Alfons: Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. München-Zürich 1992, S. 94

⁸⁶ Fischer, Isidor: Medizinische Lyzeen. Ein Beitrag zur Geschichte des medizinischen Unterrichtes in Wien. Wien-Leipzig 1915, S. 14

So wurden die Ausbildungsmöglichkeiten zum Wundarzt zunächst schrittweise eingeschränkt und im Jahre 1848 wurde die Ausbildung der Wundärzte etwas voreilig und übereilt eingestellt.⁸⁷

Das führte konsequenterweise zu heftigen Protesten der Wundärzte, die darauf hinwiesen, dass es um diese Zeit zwar 4272 Wundärzte aber doch nur 2357 Doktoren der Medizin in Österreich gab. Sie gaben zu bedenken, dass die an den Universitäten ausgebildeten Ärzte die gering dotierten und wenig ertragreichen Stellen in entlegenen Gebieten nicht annehmen würden.⁸⁸

Es waren im Jahre	Ärzte	Wund-ärzte	also Heil-personen	Auf 100.000 Einwohner kamen:		
				Ärzte	Wund-ärzte	also Heil-personen
1829	1064	3429	4493	69	221	290
1830	1073	3420	4483	68	219	287
1831	1122	3450	4572	72	221	293
1840	1940	4005	5945	117	241	358
1845	2410	4152	6562	136	236	372
1850	2519	4036	6555	143	229	372
1860 - 1862	liegen keine Berichte vor.					
1863	3129	3860	6989	161	199	360
1865	3285	3718	7003	167	188	355
1870	3440	3643	7083	168	178	346
1875	4326	3282	7608	205	155	360
1880	4768	2784	7552	216	127	343
1885	4993	2190	7183	227	99	326
1889	5358	1788	7146	227	76	303

Tab. 1 Verhältnis der Ärzte zu den Wundärzten 1829 – 1889 in Österreich⁸⁹

⁸⁷ Plöckinger, Erwin: Das Gesundheitssystem in Niederösterreich. Ende 16. Jahrhundert bis 1918 In: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Katalog des NÖ. Landesmuseums 1991, S. 347

⁸⁸ ebda, S. 349 ff

⁸⁹ Grün, Heinrich: Die Grundlagen des ärztlichen Berufes. Vorschläge betreffs Neugestaltung des gesamten Sanitätswesens. Wien- Leipzig 1912. S.33

So kam es zu einem Aufschub der Einstellung der Wundarzt-Ausbildung bis zum neuen Universitätsgesetz von 1872, in dem festgelegt wurde, dass wundärztliche Diplome nur mehr bis zum Jahre 1875 erworben werden konnten. Dabei waren die meisten chirurgischen Lehranstalten bereits geschlossen und lediglich in Olmütz, Salzburg und Lemberg bestanden noch diese Anstalten.⁹⁰

Ernst Freiherr von Feuchtersleben, (1806 -1849), Dozent für ärztliche Seelenkunde, ein Freund Grillparzers, hat während seines kaum vier Monate währenden Wirkens als Unterstaatssekretär für das Prinzip der Lehr- und Lernfreiheit vieles bewirkt: So organisierte er Prüfungsordnungen, darüber hinaus wurde die Aufhebung des niedrigen chirurgischen Studiums grundsätzlich ausgesprochen und später in Wien auch durchgeführt. Aber die Vereinheitlichung der ärztlichen Ausbildung mit der Schaffung des „Doktors der gesamten Heilkunde“, blieb Feuchtersleben ebenso wie seinen nächsten Nachfolgern versagt.

Erst am 15. April 1872 wurde eine neue Rigorosenordnung erlassen. Es war die „Verordnung des Ministeriums für Cultus und Unterricht vom 15. April 1872, RGBl 57, durch welche für die Universitäten der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder bezüglich der Erlangung des Doctorates an den weltlichen Facultäten neue Bestimmungen erlassen werden.“⁹¹ Durch diese wurden die gesonderten Diplome für Medizin, Chirurgie, Augenheilkunde und Geburtshilfe beseitigt und das Doktorat der gesamten Heilkunde eingeführt, welches zur Praxis in allen Zweigen berechnete⁹².

Die dafür erforderliche Prüfung zerfiel in drei Rigorosen, von denen jedes aus mehreren praktischen Einzelübungen und einer theoretischen Gesamtprüfung bestand. Damit war der Übergang zur Ausbildung einer einzigen Kategorie von Ärzten vollzogen und durch das Gesetz vom 17. Februar 1873, RGBl 25 wurden die noch bestehenden niedrigen medizinisch-chirurgischen Lehranstalten zur Auflösung bestimmt.

⁹⁰ Fischer, Isidor: Medizinische Lyzeen. Ein Beitrag zur Geschichte des medizinischen Unterrichtes in Wien. Wien, 1915, S. 16

⁹¹ Daimer, Josef: Handbuch der österreichischen Sanitätsgesetze. Leipzig S 352

⁹² Puschmann, Theodor: Die Medizin in Wien während der letzten 100 Jahre. Wien 1884, S. 250

Für den Eintritt in den Staatsdienst als Amtsarzt wurde das „Physikatsexamen“ zur Pflicht gemacht.⁹³

Im Jahre 1873 war somit der Prozess der Ausschaltung nicht akademischer Heilspersonen abgeschlossen. Nur mehr der akademische Titel „Doktor der gesamten Heilkunde“ berechnete nun zum Führen einer medizinischen Praxis, Wundärzte wurden Auslaufmodelle.

Zwar brachte das Ende der Institution der Wundärzte vorübergehende Probleme mit sich, da die medizinische Versorgung der ländlichen Gebiete manchen Orten gefährdet war. Es kam zu einem Engpass beim Mediziner Nachwuch, zumal die Ausbildung zum akademischen Arzt um einiges länger dauerte, als das Erlernen des Wundarztes, die Ärztedichte sank vor allem in ländlichen Gebieten. Deshalb kam es in den Siebzigerjahren des 19. Jahrhunderts auch wiederholt zu Petitionen für die Wiedereinführung der chirurgischen Anstalten.

Doch die Zahl der Studenten der Medizinischen Universität stieg rasch an und so konnten in der Folge auch die ländlichen Gebiete mit Ärzten ausreichend besiedelt werden.⁹⁴

Die Entwicklung vom medizinischen Pluralismus des alten Gesundheitssystems weg zur Vereinfachung der medizinischen Versorgung durch wissenschaftlich ausgebildete und klinisch geschulte Ärzte lag im Interesse des Staates, denn sie brachte eine Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung des Landes mit sich.

Die Ärzte erreichten damit ein Behandlungsmonopol für ihre Schulmedizin und ihren Stand, sie konnten anschließend durch einheitliche ärztliche Vereinigungen, die Ärztevereine, später die Ärztekammern und durch wirtschaftliche Organisationen ihren Einfluss im gesamten Gesundheitsbereich verbessern.

Bis zur Einführung der klinischen Unterweisung am Krankenbett gegen das Ende der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts hatte die ärztliche Ausbildung einen überwiegend theoretischen Charakter. Dies sollte sich in den anschließenden Jahrzehnten bis zum Ende des 19. Jahrhunderts grundlegend ändern.

⁹³ Neuburger, Max: Die Entwicklung der Medizin in Österreich. Wien-Leipzig 1918 S. 101

⁹⁴ Fischer, Isidor: 1915, S. 17

	1849 Verzeichnis des sämtlichen für die Ausübung seiner Kunst in Wien berechtigten Sanitätspersonals. Hrg.: Wiener Medizinische Fakultät. Wien 1849	1874 Verzeichnis der zur Praxis in Wien berechtigten Sanitätspersonen Hrg.: Doctorenkollegium der Wiener Medicinische Fakultät. Wien 1874	1914 Verzeichnis der in Wien wohnhaften Sanitätspersonen. Hrg.: Magistrat der k.k. Reichs- und Residenzstadt Wien 1914
Zur innerlichen Praxis berechtigte Doctoren	382	887	3356
Doctoren der Medizin als Militärärzte mit Praxisberechtigung	20	0	0
Zur Wundärztlichen Praxis berechtigte Ärzte magister chirurg	4 20	0 16	0 0
Civilwundärzte als Besitzer, Pächter oder Provisorien einer chirurgischen Offizin	110	63	7

Tab. 2 Übersicht der zugelassenen Sanitätspersonen (1848,1874 und 1914)⁹⁵

In die Prüfungsordnungen wurden praxisorientierte Ausbildungselemente integriert, was die Intensivierung und Vertiefung in die spezialisierten Fächer förderte.

Der Medizinhistoriker Pagel spricht von Wandlungen, welche die Medizin im Laufe des 19. Jahrhunderts erfahren hat: Nach dem Verlassen der Naturphilosophie und anderer theoretischer Irrtümer nahm die praktische Medizin mehr und mehr den Charakter einer Naturwissenschaft an, in einer zum Teil rapide fortschreitenden Bewegung. Nach einer geläuterten Prophylaxe fände sich der allmähliche Übergang zu einer ebenso vielseitigen wie energischen Therapie. In einzelnen Zweigen sei das Material an Tatsachen und Wissen derartig angewachsen, dass manchmal Können

⁹⁵ erstellt vom Verfasser

und Kennen des einzelnen Arztes zur Beherrschung aller Gebiete in einer für Theorie und Praxis gleich ersprießlichen Weise kaum ausreiche.⁹⁶

A. Fraenkel, Vorstand einer chirurgischen Klinik in Wien, weist auf die gesteigerten Anforderungen an die Ärzte durch die Fortschritte der Medizin und die Spezialisierungsvorgänge zu Ende des 19. Jahrhunderts hin und meint, dass der Arzt, wolle er bestehen bleiben, seine ganze Persönlichkeit in den Beruf zu bringen habe und alle Schwierigkeiten gelassen auf sich nehmen müsse. Treffe dies aber nicht zu, dann beginne die Tragödie des verfehlten Berufes, die nicht nur an dem in seinen Hoffnungen getäuschten Individuum ausgehe, ihn somit auf Abwege führe und somit dem ganzen Stand Schaden zufügen würde.⁹⁷

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich mit dem Fortschreiten des Wissenstandes der Medizin auch eine neue Einstellung zum menschlichen Körper. Die Menschen sollten ungeachtet ihrer sozialen Herkunft in körperlicher Beziehung als gleichwertig anerkannt werden. Alle Kreise der Bevölkerung sollten Anspruch auf bestmögliche medizinische Versorgung haben, die nach Meinung der ärztlichen Standespolitiker nur durch akademisch gebildete Ärzte geleistet wäre.⁹⁸

In einem fortschreitenden Maß verlegte sich die Medizin nun auch auf die Bekämpfung von krankmachenden Faktoren im Sinne einer prophylaktischen Medizin und sie erkannte den Wert einer präventiven Ausrichtung. Hierher gehört die Tätigkeit der „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ bei den sanitätsärztlichen Problemen im Rahmen der Stadterweiterung und der jahrelangen Auseinandersetzungen mit der Gemeindeverwaltung um eine bessere Wasserversorgung der Stadt.⁹⁹

Die Ärzteschaft sah sich jetzt zunehmend berufen, alle Kreise der Bevölkerung vor krankmachenden Faktoren zu schützen.

⁹⁶ Pagel, Julius: Einführung in die Geschichte der Medizin in 25 akademischen Vorlesungen. Sudhoff Karl (Hrg.). Berlin 1915, S 419

⁹⁷ Fraenkel, Alexander: Einige Betrachtungen, über den ärztlichen Beruf. Wien-Leipzig 1907, S 13

⁹⁸ Fischer, Isidor: Medizinische Lyzeen. Ein Beitrag zur Geschichte des medizinischen Unterrichtes in Wien. Wien – Leipzig 1915. S. 3

⁹⁹ Hajek, Siegfried: Geschichte der k.k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 1837-1888. Wien 1889, S.39

DIE NEUE MEDIZIN DES 19. JAHRHUNDERTS

Die Etablierung der neuen Medizin vollzog sich über mehrere Dezenien des 19. Jahrhunderts. Im Gegensatz zur traditionellen Medizin wurde die Basis der modernen Medizin die Wissenschaft, das systematische Gliedern von empirisch gesammelten Daten. Die traditionelle „alte“ Schulmedizin bestand hingegen aus mehreren aneinander konkurrierenden Doktrinen, denen allerdings jegliche empirische Basis fehlte.

Noch bis um die Mitte des 19. Jahrhunderts hinein hielt man mancherorts an der althergebrachten Vorstellung vom Miasma fest. Dieses lässt sich am ehesten als „Emanation“ oder „Atmosphäre“ der Erde, oder eines Gebietes beschreiben, die in die Umgebung austritt und dadurch krank macht. Das Miasma rechnete man zu den „allgemeinen Einflüssen“, die eine „allgemeine Krankheit“ verursachten und auch mit „allgemeinen Methoden“ zu behandeln waren.

Noch im Jahr 1872 schrieb der Mediziner L.G. Kraus in der 5. Auflage seines „Compendiums der speciellen Pathologie und Therapie“, dass das Hauptbestreben beim Studium von Infektionskrankheiten zu klären hätte, ob diese von Miasmen oder Contagien stammen, wobei Contagien vom Körper des Erkrankten ausgingen, während Miasmen durch Einatmen krank machen würden.¹⁰⁰

Zur Erfassung empirischer Fakten wurden neue Verfahren benützt: Das Studium der feingeweblichen Zusammensetzung der Organe und deren krankhaften Veränderungen, was nach der Erfindung des Mikroskops ermöglicht wurde. Diese Befunde wurden in den klinischen Betrieb aufgenommen und mit Symptomen und Daten verglichen, die der Patient in vivo aufwies. So wurden pathologische Anatomie (Obduktion) und klinische Befunde (am Krankenbett) verbunden und die pathologische Anatomie wurde zum großen Motor der Fortschritte im 19. Jahrhundert.

Der zweite wissenschaftliche Pfeiler war die Mikrobiologie und diese ermöglichte die Erkenntnis, dass die großen Krankheitserreger nicht „Schwarze Galle“ oder „Böse Winde“ waren, wie früher gedacht wurde, sondern die Mikroben. So entstanden später in der Folge im ausgehenden 19. Jahrhundert Impfstoffe, vor allem solche gegen Diphtherie und gegen die Tollwut. Zum ersten Mal konnte der Mechanismus der großen Volksseuchen wissenschaftlich erklärt und daraus eine Therapie abgeleitet werden.

¹⁰⁰ Kraus, Karl, Ludwig: Compendium der speciellen Pathologie und Therapie. Wien-Leipzig 1873. S.2

Nunmehr galt der Arzt als jemand, der Krankheiten auf wissenschaftlicher Basis heilen konnte und dies bescherte der Ärzteschaft einen enormen Prestigegewinn.

Die Entwicklung physischer Verfahren bei der Untersuchung, das Betasten der Baucheingeweide und das Abhören verschiedener körperlicher Geräusche ergänzte die Fundierung der Medizin auf einer wissenschaftlichen Basis.

Leopold Auenbrugger, Edler von Auenbrugg (1722 – 1809) aus Graz gilt als der Erfinder der unmittelbaren Perkussion, der damit direkt oder indirekt zum Schöpfer der physikalischen und naturwissenschaftlichen Diagnostik des 19. Jahrhunderts wurde.¹⁰¹ Seine Erkenntnisse wurden allerdings allgemein erst mit einiger Verzögerung nachvollzogen.

Im 19. Jahrhundert vollzieht sich der Aufbruch der Medizin in die Moderne. Allein bestimmend wirkt das naturwissenschaftliche Denken, es verblassen die ganzheitlichen und die philosophischen Ansätze und führen jetzt nur mehr ein Außenseiterdasein.

Wegmarken sind die Entstehung der empirisch-experimentellen Physiologie, die Entwicklung der wissenschaftlichen Pharmakologie, die Inauguration der Zellulärpathologie und die Formulierung des bakteriologischen Paradigmas.

Es beginnt ein Prozess der Liberalisierung in der Behandlung von Geisteskranken, es kommt in der späteren Folge zur Etablierung von Kranken-, Unfalls-, Alters- und Invalidenversicherungen.

Die Grundlagen und Voraussetzungen der „modernen Medizin“ des 19. Jahrhunderts gehen einerseits auf Entwicklungs- und Konzeptionslinien in den reinen Naturwissenschaften wie Chemie und Physik zurück, andererseits sind sie aber auch durch die radikalen Veränderungen des Wirtschafts- und Soziallebens geprägt, die eng mit der technisch-industriellen Revolution zusammenhingen.

Auf der einen Seite veränderten sich der objektive Gesundheitszustand und das subjektive Gesundheits- und Krankheitsempfinden, andererseits wirkten sich Bevölkerungsumschichtungen und die Bildung von Ballungszentren auf die Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung aus.

Deutlich kommt der heraufdämmernde Wandel im medizinischen Denken bei Josef Dietl, einem Rokitansky-Skoda-Schüler, später Primararzt am Wiedner Krankenhaus in Wien, zum Ausdruck, der 1845 schreibt: „Solange die Medizin eine Kunst ist, wird sie keine

¹⁰¹ Baas, J. Hermann: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaft. Berlin 1896. S 435

Wissenschaft sein...“, und weiters: „Die Kunst begreift das Dunkle, Schwankende, Unbegreifliche und Mystische in sich, was die Wissenschaft streng ausschließt...“ und endlich: „Man hat die Medizin zur Kunst gestempelt, weil man sie nicht zu ergründen vermochte.“¹⁰²

Mit dem Fortschreiten der Erkenntnisprozesse in der Pathologie und der Physiologie nährte sich die Vorstellung, die Medizin zur reinen Naturwissenschaft machen zu können.

Die neue wissenschaftliche Basis veränderte das Verhältnis Arzt zum Patienten: Perkussion, Betasten und Auskultation wirkten beruhigend, der Patient bekam den Eindruck, es werde für ihn gesorgt, man kümmere sich um ihn.

Die Medizin des 19. Jahrhunderts fand ihren Mittelpunkt in den Krankenhäusern, diese wurden zu entscheidenden Faktoren in der weiteren Entwicklung der Medizin dieses Jahrhunderts, so dass diese Periode auch als eine der „Krankenhausmedizin“ bezeichnet werden kann. Dementsprechend nahm in diesen Jahren die Zahl der Spitäler in Wien deutlich zu.¹⁰³

Während die Bedeutung von Krankenhäusern im 19. Jahrhundert für die medizinische Forschung und die Ausbildung von Ärzten unbestritten ist, wurde sie für die Heilung der Kranken zunächst als wenig relevant angesehen. Ein entscheidender Durchbruch bei der Heilungsrate in Krankenhäusern erfolgte erst gegen Ende des Jahrhunderts, bedingt durch Fortschritte in der Asepsis, neue Erkenntnisse in der Arzneimittellkunde und schließlich auch in der Diagnostik.

War auch das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten in den Spitälern noch wenig wirksam, so stellten diese ein Milieu dar, welches für einen Heilungsprozess günstig war. Allein der Übertritt aus dem oftmals schlechten häuslichen Milieu in die ruhigere Krankenhausatmosphäre konnte zur Besserung des Erkrankten beitragen.

Die angeführten Errungenschaften konnten vor allem auf die Krankenhausmedizin angewandt werden, während die tägliche Arbeit des Allgemeinpraktikers zunächst davon noch weniger berührt war und erst mit einem Verzug auch hier Eingang fanden. Während sich also Diagnosemöglichkeiten eindeutig verbesserten und erweiterten, blieben die kurativen Erfolge vorerst noch beschränkt und bescheiden.

Eine wichtige, für das Publikum wahrnehmbare Errungenschaft in der täglichen Praxis war die Entwicklung effektiver, schmerzstillender Mittel. Nun waren die approbierten Ärzte in der Lage, Schmerzen zu lindern, sei es entweder durch Morphinum oder durch die von der

¹⁰² Dietl, Josef: Praktische Wahrnehmungen nach den Ergebnissen im Wiedner Krankenhaus. Zeitschrift d. Ges. d. Ärzte in Wien, 1845 Bd. 2, S. 12

¹⁰³ Ackerknecht Erwin: Geschichte der Medizin, Stuttgart 1979 S. 127

Industrie seit den 80er Jahren in großer Zahl auf den Markt gebrachten schmerzstillenden Mittel, wobei hier vor allem die Entwicklung des Aspirins zu nennen ist.¹⁰⁴

In diesen Jahren standen die Ärzte aber noch oftmals den medizinischen Problemen der Patienten machtlos gegenüber. Es gilt als unumstritten, dass die Steigerung der Lebenserwartung und die Prävention von Krankheit und Tod in diesen Jahren weniger der Schulmedizin als anderen Faktoren zuzuschreiben war. Die Verbesserung der Ernährungslage, hygienische Verbesserungen der Arbeits- und Wohnungssituation konnten die Sterblichkeitsraten der Bevölkerung senken.

Die psychologische Komponente des Arzt-Patient-Verhältnisses war für die Ärzte Teil der Therapie. Wohl nützte die psychologische Seite kaum bei Tuberkulose oder einer Lungenentzündung, sie war zweifelsfrei aber wirksam bei psychosomatischen Leiden, die weniger medikamentös als psychotherapeutisch zu bewältigen waren. Psychotherapie war dann vor allem wirksam, wenn der Arzt eine Respektsperson war, wenn sein Können auf wissenschaftlicher Basis aufbaute, wenn somit eine gewisse Asymmetrie im Verhältnis zwischen Arzt und Patient bestand.

„Der Wiener Internist Ernst Skoda kann als Drehpunkt hin zur neuen Medizin insofern angesehen werden, weil er mit viel Skeptizismus den bisher verwendeten Heilschatz betrachtete, sich vor allem auf die akribische Beobachtung der Kranken konzentrierte und Rückschlüsse daraus zog. Manche seiner Jünger warfen ihm einen „therapeutischen Nihilismus“ vor, er bekämpfte mit Überzeugung die noch tendierte Polypragmasie der Ärzteschaft.“¹⁰⁵

¹⁰⁴ Illich, Ivan: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Hamburg 1983, S. 90

¹⁰⁵ Neuburger, Ernst: Die Entwicklung der Medizin in Österreich. Wien-Leipzig 1918, S.74

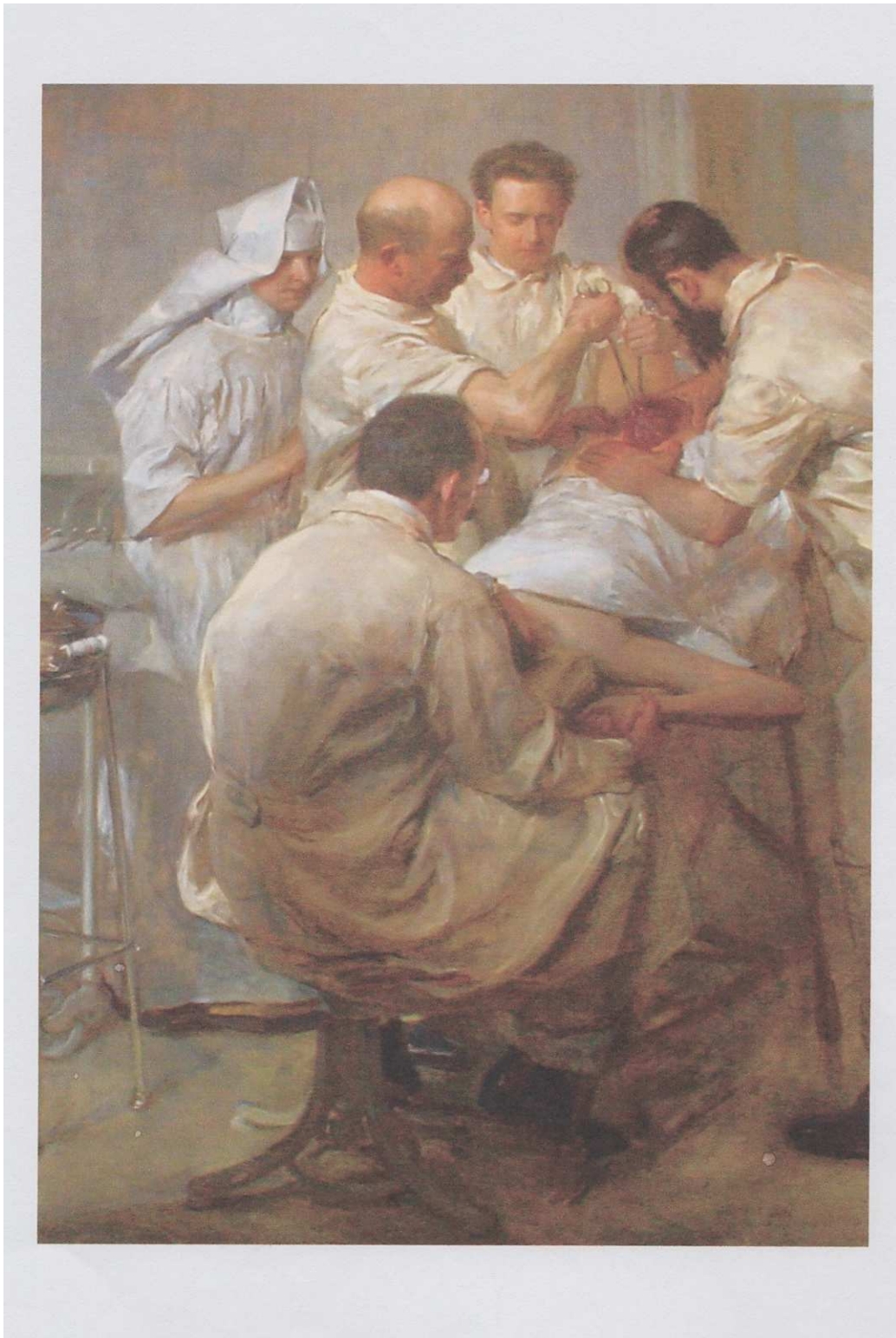


Abb. 1 Ernst Wertheim bei einer Operation 1909

Gemälde von Quincy Adams 1909

Aus: Bildersammlung der Sammlungen der medizinischen Universität Wien

DIE SPEZIALISTEN

Obwohl seit dem Jahre 1873 das Studium der Ärzte standardisiert war und nur mehr Doktoren der gesamten Heilkunde ausgebildet wurden, entwickelte sich in der Folge das Angebot an medizinischen Dienstleistungen zunehmend inhomogen und in verschiedene Richtungen.

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts spaltete sich die Ärzteschaft in Spezialgruppen, die unterschiedliche Leistungen anboten.

Durch die eifrigen Bemühungen der Standesvertreter kam es zu keiner echten Aufsplitterung des Ärztestandes, vielmehr wurde er durch die gemeinsamen beruflichen und materiellen Interessen zusammengehalten. Damit ließen sich Interessensgegensätze überwinden und immerhin eine Geschlossenheit der Berufsgruppe sicherstellen.¹⁰⁶

Dabei befürchteten die Allgemeinpraktiker durch die Existenz von Spezialärzten einen Prestigeverlust, der mit materiellen Einbussen verbunden wäre.

Relativ früh war man sich des möglichen Wandels, der Auffächerung innerhalb der Medizin bewusst geworden und das Unbehagen darüber hat auch recht früh eingesetzt. Bereits im Jahre 1841 hat der Wiener Dichterarzt Ernst Freiherr von Feuchtersleben seine Schule vor den Gefahren eines einseitigen „Spezialisierten Exidierens“ gewarnt und die Philosophie in der Medizin als jenes Korrektiv gepriesen, das alle ihre verschiedenen Richtungen beständig ordnet und begrenzt und sie so in der Idee einer höheren Ordnung versöhnt.¹⁰⁷

Wie auch bei anderen Berufsrichtungen nahm die Arbeitsteilung und Spezialisierung zu. Die Spezialärzte wurden zahlreicher, viele Spezialgebiete wurden von der

¹⁰⁶ Drees, Anette: Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Münster 1988, S.172

¹⁰⁷ Feuchtersleben, Ernst Frh. v.: Die Richtungen der jetzigen Medicin. Med. Jahrbücher des k.k. Staates. Wien 1841. S. 129

allgemeinen Medizin so getrennt, dass der Praktische Arzt öfters darauf verzichtete, einschlägige „spezielle“ Fälle zu behandeln.

Offenbar wurde die Zunahme der Spezialärzte zu einem Teil auch durch das Verlangen des Publikums veranlasst. Dem Laien imponierte aus dem ganzen Gebiet der Medizin vordergründig die technische Leistung, die er ergreifen und begreifen konnte. Diese sah er vorzugsweise bei den Spezialärzten und daraus folgerte er – nicht immer zu recht – nicht nur ein besseres Können, sondern auch eine eingehendere Kenntnis der Materie durch diese Mediziner.

Dem Publikum erschien der Spezialarzt als die höchste Potenz und Instanz, ihm schien er, einer höheren Stufe anzugehören.¹⁰⁸

Zu einer anderen, sehr negativen Meinung gelangt hingegen der Mediziner I. Weis im Jahre 1901, wenn er schreibt, dass die Kategorie der Spezialärzte die früher normale Praxis in ein „förmliches Chaos“ umgewandelt habe. So meint er: „...zwischen den praktischen Ärzten und den Consiliarien und Specialisten wurden im Laufe der letzten Jahre eine alte, ehrwürdige Institution unseres Standes, die Stellung des Praktischen Arztes als Hausarzt der Familie untergraben und langsam zum Schwinden gebracht“. Weiters vertritt er die Ansicht, dass den größten Nachteil dieser Entwicklung das große Publikum selbst erleiden würde und begründet es auch folgendermaßen: „Nicht immer kämen die richtigen Specialisten und es häuften sich die Klagen, dass in der Nacht kein Arzt zu bekommen wäre, und das verloren wäre, dass zu jeder Zeit und zu jeder Situation ein Arzt zur Verfügung stünde.“ Der Praktische Arzt müsse sich der verantwortlichen Stellung in der Familie bewusst sein und dem leichtfertigen Eindringen fremder Ärzte nicht nachgeben, selbst auf die Gefahr hin, diese Familie zu verlieren.¹⁰⁹

Der Mediziner H. Rohlfs stellt in seinen Ausführungen dem in seiner menschlichen Anteilnahme agierenden Vollarzt den Spezialisten als Routinier gegenüber, dessen ganzer Sinn auf das Formelle, Technische gerichtet sei, auf anatomische Details und diagnostische Feinheiten.¹¹⁰

¹⁰⁸ Quinke, Hans: Über ärztliche Specialitäten und Specialärzte. Münch. Med. Wschft. 1906, S.12

¹⁰⁹ Weis, Ignaz: Das Verhältnis der praktischen Ärzte zu den Consiliarien und Specialisten in Wien. Wien 1901. S. 5

¹¹⁰ Rohlfs, Heinrich: Über den Specialismus in der Medizin, Deutsche Klinik 1862, 14. S. 83

Es war üblich, dass der Allgemeine Mediziner so gut wie niemals sämtliche Gebiete der medizinischen Praxis gleichmäßig abdecken konnte, sondern durch äußere Umstände bedingt, von gewissen Teilen der Heilkunde mehr oder wenig kundig war. Selbst zeitlich gesehen fanden sich für den Einzelnen solche Schwankungen im Wissensstand: Wer Epidemien mitgemacht hatte, war über eine längere Zeit Spezialist für Krankheiten wie Typhus und Cholera, wobei diese erworbenen Kenntnisse danach allmählich wieder verblassen konnten.

Von diesen leichten Verschiebungen im Gleichgewicht der allgemeinen ärztlichen Praxis gab es alle möglichen Übergängen bis zum exklusiven Organspezialisten. Dieser galt als der Typus des Spezialisten schlechthin, tatsächlich stellte er das Extrem der Spezialisierung dar. Es fand schließlich bei jedem Arzt in einem gewissen Sinn und Maß eine Gewichtung und Einseitigkeit und damit eine Spezialisierung statt. Eben daraus entwickelten sich die „Spezialitäten“, welche neben einer mehr oder weniger allgemein gehaltenen Praxis betrieben wurden. Hingegen bildeten die exklusiven Ärzte, welche gar nichts anderes betrieben, ausschließlich organspezifisch arbeiteten und für die man den Namen „Spezialärzte“ reservieren konnte, die Minderzahl.¹¹¹

Aber nicht nur die numerische Zunahme der Spezialärzte war es, die den Wirkungsgrad der Allgemeinpraktiker einengte. Weitaus bedrohlicher erwies es sich, dass seine völlig souveräne und unabhängige Stellung mit der beginnenden Sozialisierung am Ende des 19. Jahrhunderts ausgehöhlt wurde. Der Allgemeinpraktiker wurde zunächst weit mehr als der Spezialist zum bedrängten Kassenarzt, zum unpersönlichen, unschöpferischen und daher freudlosen Ausschreiber von Rezepten- und Zuweisungsformularen.¹¹²

Auf akademischem Boden in Wien hat man früh erkannt, dass die Spezialisierung in der Ausbildung in der Medizin eine Notwendigkeit ist und so war in Wien die Augenklinik als erste ihres Faches in der Welt entstanden. Es folgten eine

¹¹¹ Quincke, Hans: Über ärztliche Specialitäten und Specialärzte. Münch. Med. Wschft. 1906, S.26

¹¹² Rotschuh, Karl, Ernst: Von Mönchsarzt zum Kassenarzt. Hippokrates, Wien 1965. S.11

Kinderklinik, Kliniken für Haut- und Geschlechtskrankheiten und später je eine Klinik für Kehlkopf- bzw. Ohrenkranke.

In der späten zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kamen junge Ärzte aus Amerika, Russland, Deutschland und Großbritannien an die Metropole an der Donau. Um 1890 nahmen jährlich 200 amerikanische Ärzte in Wien ihre Kurse und im Jahr 1913 waren dies bereits 527. Anziehungspunkt dieses bald als „Medizinisches Mekka“ bezeichnete Zentrum Wien war die Möglichkeit, an den verschiedenen Kliniken spezielle Vorlesungen zu hören, sich zum „Spezialisten“ weiterzubilden.

Die räumliche Ballung der Spezialkliniken im Areal des Wiener Allgemeinen Krankenhauses wurde von den jungen Ärzten sehr geschätzt, das josefinische Zentralisierungsprinzip hat sich für die Entwicklung der Spezialfächer bewährt und den jungen Leuten viel Zeit bei ihrer Weiterbildung erspart. Der gesamte klinische Unterricht war tatsächlich in ein und demselben Komplex konzentriert. Man brauchte nur einen Hof zu überqueren um sich von einer Klinik zur anderen bewegen zu können und das Allgemeine Krankenhaus bildete nun tatsächlich einen „medizinischen Basar“ mit allen Arten von Spezialfächern.¹¹³

Es ist erstaunlich, dass der Staat aus einer das soziale Leben so tief umgestaltende Bewegung, wie es die Ärztespezialisierung des 19. Jahrhunderts war, erst am Anfang des 20. Jahrhunderts die legislativen Konsequenzen für den Unterrichtssektor und auch jenen der ärztlichen Standesvertretung zog. Erst am Anfang des 20. Jahrhunderts wurden verschiedene Fächer – wie die Psychiatrie, die Kinderheilkunde, die Dermatologie und Venerologie, die Laryngologie obligatorisch in die Studien- und Prüfungsordnung aufgenommen.

Noch länger verzögerte sich die gesetzliche Regelung, welche die Bedingungen für die Führung des Titels eines Spezial- bzw. Facharztes bestimmte, sie kam erst nach dem 1. Weltkrieg zustande.

Fünzig Jahre später meinte der bekannte Chirurg Voß-Schulte: „Die Spezialisierung war eine physiologische Notwendigkeit; der nach Organen, nach Organsystemen, nach Lebensalter spezialisierte Arzt gilt als der Arzt der pluralistischen Gesellschaft“¹¹⁴

¹¹³ Lesky, Erna: Meilensteine der Wiener Medizin. Wien 1981.S.175

¹¹⁴ Voß-Schulte, Kurt: Spezialisierung und sachliche Verselbständigung in der Medizin aus historischer Sicht. München. Med. Wschrft. 1966. S.795

AUSBAU DER WIENER SANITÄTSBEHÖRDEN

Bereits im 16. Jahrhundert beschloss die Wiener Medizinische Fakultät, die Stelle eines eigenen Sanitätsbeamten für die Stadt Wien zu schaffen. Die Regierung war bereit, die Besoldung des Arztes zu übernehmen und gab ihm den Namen „magister sanitatis“.

Damals hatte die Fakultät viele Aufgaben zu erfüllen. Sie musste die Studenten ausbilden, hatte in der Funktion einer Standesorganisation mit Zunftcharakter die Interessen der in Wien niedergelassenen frei praktizierenden Ärzte zu vertreten und musste als sanitäre Aufsichtsbehörde die Agenden des öffentlichen Gesundheitswesens wahrnehmen. Die letztgenannte Verpflichtung konnte nur schwer vollzogen werden, denn viele unangenehme, ja lebensgefährliche Aufgaben waren damit in Epidemiezeiten verbunden.

Sanitäre Aufgaben konnten dem „magister sanitatis“ übertragen werden, und die Stadtverwaltung musste nicht mehr in Epidemiezeiten die Fakultät um Überlassung eines Infektionsarztes bitten. Ein solcher „magister sanitatis“ war keine angenehme Beschäftigung, er hatte als fix besoldeter Arzt die Aufgabe, Pestkranke zu betreuen, oftmals auch für ihn eine letale Aufgabe. Eine Privatpraxis war ihm verboten und als Beamter des Kaisers war sein Sold niedrig.

Die immer wieder von Osten nach Österreich hereinbrechenden Pestepidemien zwangen die Regierung im 17. Jahrhundert zu einer Weiterung der zur Verfügung stehenden Ärzte, es bildete sich daraus das „consilium sanitatis“, das sich im Laufe der Zeit zu einer Art einer zentralen Gesundheitsbehörde weiterentwickelte.

Im Laufe des 18. und 19. Jahrhunderts erweiterten sich die Tätigkeitsbereiche der „magistri sanitatis“ und näherten sich allmählich dem Wirkungskreis der Amtsärzte des 20. Jahrhunderts. Sie fungierten nun nicht mehr ausschließlich als Epidemieärzte, sondern sie hatten zunehmend auch allgemeine sanitätspolizeiliche Aufgaben zu erledigen.

So verfügte ab dem Jahr 1857 die Stadt Wien über 2 Stadtphysiker, daneben noch 16 Armenärzte, 4 Armenwundärzte, 3 Armenaugenärzte und 4 Totenbeschauer.

Zwar war dies ein bescheidener Anfang, der Wiener Sanitätsdienst war zu dieser Zeit noch uneinheitlich organisiert und bis zum Jahre 1864 hatte Wien tatsächlich nur 2 hauptberuflich tätige Amtsärzte.¹¹⁵

Im Jahre 1868 wurde vom Minister Griskar eine aus Ärzten und Sanitätsbeamten bestehende Kommission berufen, um Vorschläge zu einer Reorganisation der öffentlichen Sanitätspflege zu erstellen. Ihre Anträge dienten als wichtige Basis und Grundlage für das Gesetz vom 30. April 1870, in welchem der öffentliche Sanitätsdienst geregelt, die Kompetenzen der einzelnen Instanzen festgestellt und die Grenzen zwischen der kommunalen Selbstverwaltung und dem staatlichen Wirkungskreis auf diesem Gebiet bestimmt wurden. Danach gehörte die Medizinalverwaltung in das Ressort des Ministeriums des Inneren, in welchem ein Arzt als Fachreferent angestellt war. Außerdem stand nun dem Ministerium als beratendes und begutachtendes Organ für die gesamten Sanitätsangelegenheiten des Reiches ein aus einer bestimmten Anzahl von Mitgliedern bestehendes Kollegium, der „Oberste Sanitätsrat“, zur Verfügung.¹¹⁶

Die nötigen Ergänzungen durch Landes-Sanitätsgesetze, welche die Pflichten der Gemeinde hinsichtlich der Sanitätsangelegenheiten regelten, brachten erst die letzten 80er und beginnenden 90er Jahre des 19. Jahrhunderts.

Der oben genannte „Oberste Sanitätsrat“, gebildet aus dem Sanitätsreferenten im Ministerium und mehreren ärztlichen Kapazitäten, diente einerseits zur Erstellung von Begutachtungen, aber auch zur Antragsstellung aus eigener Initiative, als beratende Behörde dem Ministerium. In ähnlicher Weise wurde bei jeder Landesbehörde ein Sanitätsreferent und ein aus Fachmännern gebildeter „Landes-Sanitätsrat“ eingesetzt, der für die Bezirksbehörden auch die Bestellung von Bezirksärzten verfügte.¹¹⁷

¹¹⁵ Grünberg, Adolf: Die Assanierung Wiens vom medizinisch-statistischen Standpunkt. Beitrag: Die Assanierung der Städte. Th. Weigl (Hrg.). Leipzig 1902 S. 15

¹¹⁶ Puschmann, Theodor: Die Medizin in Wien während der letzten 100 Jahre. Wien 1884, S. 174

¹¹⁷ Neuburger, Max: Die Entwicklung der Medizin in Österreich. Wien-Leipzig 1918. S. 101

Erst mit dem Inkrafttreten dieser Gesetzeslage wurden die Stadtphysiker städtische Beamte und somit dem Magistrat der Stadt Wien unterstellt und damit der Aufbau eines kommunalen Sanitätswesens richtig ermöglicht.

Das Reichssanitätsgesetz vom 30. April 1870, RGBl 68 brachte somit einen grundlegenden Wandel und entscheidenden Fortschritt für den Aufbau des Sanitätswesens in Wien und dessen weiterer Entwicklung. Dieses moderne Sanitätsgesetz übertrug den politischen Behörden die Durchführung der Sanitätsangelegenheiten, es bestimmte die Konstituierung des Obersten Sanitätsrates und der Landessanitätsräte als beratende Kollegien der Behörden. „Nach dem Zerfall der alten Verwaltung und mit derselben auch der ihr anvertrauten Handhabung der Sanitätspolizei erfolgte die Neuorganisation einer geordneten Sanitätsverwaltung mit dem Reichssanitätsgesetz vom 30. 4. 1870, RGBl 68 und darunter fielen Landessanitätsräte, Fachorgane für die staatliche Sanitätspflege, für Bezirksärzte und Stadtphysiker sowie der Oberste Sanitätsrat wurde eingesetzt.“¹¹⁸

Die Arbeit und die Aufgaben des Landessanitätsrates werden in den Ausführungen von A. Netolitzky folgendermaßen angegeben: „Die Tätigkeit des Landessanitätsrates besteht in der Abgabe von Gutachten, in der Prüfung und Bearbeitung des statistischen Materials und in der Verfassung des Landessanitätsberichtes. Der Landessanitätsrat ist das beratende und begutachtende Organ für die dem Landeschef obliegenden Sanitätsangelegenheiten des Landes. Er ist insbesondere bei allen Gegenstände tätig, welche das Sanitätswesen des Landes im Allgemeinen betreffen, oder wenngleich spezieller, oder lokaler Natur doch von besonderer Wichtigkeit sind, dann bei Besetzung von Stellen des öffentlichen Sanitätsdienstes im Lande zu vernehmen.“¹¹⁹

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts fand das Sanitätswesen eine entscheidend größere Beachtung als früher und man reagierte damit auf dringende, notwendige Verbesserungen. So urteilte im Jahre 1884 Puschmann: „Die Erkenntnis, dass die öffentliche Gesundheitspflege einen wesentlichen Faktor des Volkswohls

¹¹⁸ Kusy, Emanuel R. v.: Entwicklung des Öffentlichen Sanitätswesens in Österreich von 1883-1893, Wien 1894 S. 23

¹¹⁹ Netolitzky, August: Österreichische Sanitätsgesetze. Wien-Leipzig 1907, S. 25

und damit aller staatlichen Ordnung bildet, bricht immer mehr und mehr Bahn; die Regierenden erkennen die hohe politische Bedeutung derselben, und die Regierten begreifen, dass es sich dabei lediglich um das allgemein Beste handelt.“¹²⁰

Im Jahre 1910 versahen endlich in den 21 Wiener Gemeindebezirken 32 Bezirksärzte und 99 städtische Amtsärzte und in der Zentrale des Stadtphysikats 7 Amtsärzte ihren Dienst. Innerhalb von 40 Jahren war damit ein beachtlicher Sanitätsapparat aufgebaut worden.

Die 99 Amtsärzte waren auch für die Armenbehandlung zuständig. Es wurden die Bezirke zum Zweck der Armenbehandlung in Dienstsprengel eingeteilt und aus einem Verzeichnis war zu entnehmen, welcher Amtsarzt an welchem Tag für eine bestimmte Adresse zur Armenbehandlung zuständig war.¹²¹

Der Ausbau der Sanitätsbehörden gelang offenbar nicht ohne Schwierigkeiten: So übt im Jahre 1877 der Verwaltungsjurist Dr. Obentraut heftige Kritik: „Unter allen Zweigen der öffentlichen Verwaltung wurde keinem so geringe Aufmerksamkeit geschenkt, wie der Sanitätspolizei. Sie war gewöhnlich das Stiefkind der Administration unter den Verwaltungen und hat bei den autonomen Behörden kaum eine größere Beachtung gefunden.“ Als Grund der Vernachlässigung dieses wichtigen Verwaltungszweiges sieht er in einer „...oftmals wenig fleißigen, eher flüchtigen Pflichterfüllung“ in diesem Arbeitsgebiet, aber auch die wenig glückliche Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes ganz allgemein. Darüber hinaus kritisiert er die oft geringe Kenntnis der Gesetze und Verordnungen über das Sanitätswesen bei den Ärzten.¹²²

Mit dem „Systematischen Handbuch der österreichischen Sanitätsgesetze“ sollte Abhilfe geschaffen werden und in einem für die Ärzteschaft verständlich geschriebenen Text werden 25 einschlägige Gesetze behandelt und eingehend erörtert, wodurch die Arbeit der Sanitätsärzte erleichtert und verbessert werden sollte.

¹²⁰ Puschmann, Theodor: Die Medizin in Wien während der letzten 100 Jahre, Wien 1884, S. 206

¹²¹ Verzeichnis der mit der Armenbehandlung betrauten städtischen Amtsärzte. Verlag des Wr. Magistrats Abt. X, Wien 1910, S. 2

¹²² Obentraut, Adolf, R.v.: Systematisches Handbuch der Österreichischen Sanitätsgesetze, Wien 1877, S. III

Das im gleichen Jahr 1877 verfasste „Compendium der österreichischen Sanitätsgesetze und sanitätspolizeilichen Verordnungen“ war für die Kandidaten zur Physikatsprüfung für die amtsärztliche Tätigkeit heraus gekommen. Es sollte das Studium den MedizinerInnen erleichtern und in 28 Kapiteln wurden sämtliche Themen zur Amtsärztlichen Praxis sowie für die Arbeit von Bezirksärzten und Sanitätsorganen samt Erläuterungen erörtert.¹²³

Der Ausbau der öffentlichen Gesundheitspflege hat einen neuen Arzttyp hervorgebracht, den nicht behandelnden Arzt. Nun behandelte eine große Zahl von Ärzten nicht mehr den einzelnen erkrankten Menschen, sondern er beschäftigte sich ausschließlich mit der Gesundheit größerer Bevölkerungsgruppen.

Ein weiterer Typ des nicht behandelnden Arztes war der nicht praktizierende Wissenschaftler im Labor, dessen Rolle ab der Mitte des 19. Jahrhunderts zunehmend wichtiger wurde.

Das Erscheinen des nicht behandelnden Arztes ist eine der zahlreichen Veränderungen, welche der ärztliche Beruf während der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts unter dem Einfluss der neuen wissenschaftlichen Entwicklung durchmachte.

¹²³ Wolfenstein, Nathan: Compendium der österreichischen Sanitätsgesetze und sanitätspolizeilichen Verordnungen. Wien 1877, S. 2

DIE GEWANDELTEN ÄRZTLICHEN LEITBILDER

Leitbilder: Idealhafte, richtungsweisende Vorstellungen einer Menschengruppe oder eines Einzelnen von der eigenen Person oder der äußeren Wirklichkeit, deren Verwirklichung in der Praxis durch Wahl entsprechender Grundsätze , Methoden oder Einzelziele angestrebt wird; Geistesgeschichtlich typisch für eine Epoche oder Gesellschaftsschicht. (Im Gegensatz zum Vorbild eher abstrakt und nicht auf konkrete Persönlichkeiten bezogen.)¹²⁴

Auch der ärztliche Stand benötigt Leitbilder, um der Berufsgruppe einen gemeinsamen Hintergrund vermitteln zu können.

Die ärztlichen Leitbilder des 19. Jahrhunderts sind vielschichtig und durch unterschiedliche Vorstellungen zum Arztberuf geprägt. Einerseits erfolgt eine Glorifizierung der ärztlichen Tätigkeit und die Betonung des künstlerischen Anspruches des Heilkünstlers, auf der anderen Seite steht die Hervorhebung der Wissenschaftlichkeit und der Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit für die Gesellschaft.

Um die Jahrhundertmitte erreichte das Selbstbildnis des Arztes als „Organisator gesellschaftlicher Verhältnisse“ mit dem Satz des berühmten Pathologen Rudolf Virchow: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen“¹²⁵ eine interessante Interpretation.

Zu dieser Zeit begann der Arzt, sich für die Gesundheitslage des gesamten Volkes, verantwortlich zu sehen, ja herausgefordert, und nicht mehr ausschließlich für den einzelnen Kranken zuständig zu sein.

Ende des 19. Jahrhunderts schien dieser Anspruch bereits Wirklichkeit geworden. Nunmehr war die Medizin bereits Teil des öffentlichen Lebens, der Arzt in seiner gesundheitspolitischen Bedeutung, aber auch in seiner Relevanz für das einzelne Individuum aus der Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Mit dem Fortschritt in der Medizin erhielt die Heilkunde außerdem zunehmend den Charakter einer Naturwissenschaft. Der Arzt hatte nun die Möglichkeit, als objektiver Diagnostiker

¹²⁴ Der große Brockhaus. 18. Auflage, Wiesbaden 1984, Band 13, S. 95

¹²⁵ Virchow, Rudolf, Der Armenarzt, Die medizinische Reform 18, 1848 S. 125

aufzutreten, es wurde nun vorstellbar, den Arzt als exakten Wissenschaftler zu bezeichnen.

Die wissenschaftlichen Fortschritte in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts verbesserten die Reputation akademischer Ärzte und verlieh ihrem Anspruch, die einzig kompetente Quelle medizinischer Hilfe und Ratschläge zu sein, zusätzliches Gewicht.

Eine Gesellschaft, die rationales Denken und Leistungsstandards zunehmend zu schätzen wusste, konnte sich den offenkundigen Erfolgen medizinischer Forschung nicht verschließen. Das Prestige des ärztlichen Berufsstandes erhöhte sich in dem Maße, wie sich die Medizin als theoretisch fundierte, empirisch verifizierte und durch Komplementärforschung in Physik und Chemie abgesicherte Wissenschaft darstellen konnte.

Dieser Auffassung wurde nur noch vereinzelt die alte Vorstellung von „Künstlerarzt“ entgegengehalten. Demnach wäre die Medizin keine Wissenschaft, sondern Heilkunde wäre eigentlich Heilkunst. So meint der Mediziner E. Schweningen noch im Jahre 1906: „Der Arzt ist ein Künstler. Genauer gesagt der taugliche Arzt kann nur Künstler sein. Das Arztsein ist die Übung einer Kunst, nicht die Ausübung einer Wissenschaft.“¹²⁶

Dieses Bild vom individualisierenden, kreativ tätigen Arzt steht im Kontrast zum aufkommenden Bild des nüchternden Kassenarztes, der, einem Arbeiter gleich, „Fließbandarbeit“ zu erledigen hatte, aber auch im Kontrast zu dem sich als Wissenschaftler darstellenden Spezialisten.

Die Veränderungen des ärztlichen Berufsstandes zu Ende des 19. Jahrhunderts brachten eine verklärte Darstellung der Vergangenheit, verbunden mit klaren Wunschvorstellungen an die Gegenwart und die Zukunft.

So wird in diesen Jahren vom Mediziner A. Fraenkel beklagt: „In ganz unglaublicher Thorheit hat es die moderne Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung ruhig geschehen lassen, dass der Ärztestand, mit dem die Menschen durch ihre wichtigsten Interessen verknüpft sind, notleidend wurde. Die ausgleichenden Tendenzen der

¹²⁶ Schweningen, Ernst: Der Arzt. Frankfurt/Main 1906, S. 39

zeitgenössischen sozialwirtschaftlichen Reformation ließen die Interessen des Ärztestandes unberücksichtigt...“¹²⁷

Die Glorifizierung des Arztberufes wird also durch eine verstärkte Konzentration auf die materiellen Fragestellungen abgelöst. Dies ist nicht unbedingt als Widerspruch aufzufassen. Eben wegen ihrer humanitären Tätigkeit, wegen ihres langen Verzichts auf standesgemäße Entlohnung galt es nun endlich, die Diskrepanz zwischen den Erwartungen und den wirklichen Verhältnissen zu überwinden.¹²⁸

Um die Jahrhundertwende schienen die Erwartungen auf einen beruflichen Aufstieg, den verbesserten Sozialstatus, den finanziellen Ertrag nur durch einen aktiven wirtschaftlichen Kampf realisierbar.

Die Standespolitiker sahen die Ansprüche des ärztlichen Standes im Hinblick auf Ansehen und in materieller Hinsicht nicht verwirklicht. Vielmehr befürchteten sie eine Verschlechterung der Situation durch die Einführung der Krankenversicherung sowie durch eine „Überproduktion des Arztstandes“, und eine solche fand tatsächlich gegen Ende des 19. Jahrhunderts statt.

Nach einem vorübergehenden Rückgang der Ärztezahl in den im Reichsrat vertretenen Königreiche und Länder in den Jahren 1880 bis 1887 war anschließend eine ständige Vermehrung zu beobachten, welche, in den einzelnen Jahren wechselnd deutlich über die Zunahme der Bevölkerung hinausging. Diese Zunahme war naturgemäß durch eine deutliche Steigerung der Studenten der Medizin bedingt. Mit dem Einzug der Naturwissenschaften in die Medizin gegen Ende des 19. Jahrhunderts, mit dem zunehmenden Prozess der Professionalisierung der Medizin und dem damit verbundenen Aufstieg der Ärzte zu einem für das Bildungsbürgertum attraktiven Stand stiegen auch die Studentenzahlen im Fach Medizin.

Während von 1890 bis 1900 die Bevölkerung Österreichs um 9,4% zunahm, hat sich die Zahl der Ärzte in der gleichen Zeit um 41,1% vermehrt, in der Zeit von 1900 bis 1910 neuerlich um 18,2%.¹²⁹

¹²⁷ Fraenkel, Alexander :Einige Betrachtungen über den ärztlichen Beruf, Wien-Leipzig 1907.S. 12

¹²⁸ Göckenjan, Gerd: Kurien und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/Main 1985, S. 91

¹²⁹ Klaber, Oskar: Zahl und Verteilung der Ärzte in Österreich. Wiener klin. Wschrft 1911, S. 8

1871	.....	7.091
1875	.....	7.488
1880	.....	7.552
1885	.....	7.183
1887	.....	7.090
1890	.....	7.484
1895	.....	8.891
1900	.....	10.558
1905	.....	11.704
1910	.....	13.202

Tab. 3 Zahl der Ärzte in Österreich¹³⁰

Während die Zahl aller Universitätshörer seit 1871 ein mäßiges, ständiges Wachstum zeigte, begann – wie erwähnt – ab dem Jahre 1880 der vermehrte Zutritt zum Studium der Medizin.

Im Jahre 1880 studierten 13,8 % aller Universitätsstudenten das Fach Medizin, während im Jahre 1910 bereits 42% aller Inscripten an der Universität Wien Medizinstudenten waren.

Die Zunahme der Ärzte über jene der Bevölkerung hatte zur Folge, dass in der Monarchie im Jahre 1889 durchschnittlich 3.242 Einwohner auf einen Arzt kamen, während es im Jahr 1900 nur mehr 2.477 und im Jahre 1910 gar nur mehr 2.175 waren. Zu einer entscheidenden Vermehrung, ja Konzentration der Ärzte kam es in Wien. Die Zahl der Ärzte in der Residenzstadt stieg von 1377 im Jahre 1890 auf 2280 im Jahre 1900, während die Bevölkerung in dieser Zeit nur um 23% anstieg.¹³¹

In den Ländern kam es hingegen zu einem deutlichen Absinken der Ärztedichte. Offenbar waren auf dem Land die Existenzmöglichkeiten für Ärzte schlechter geworden und ein Teil von ihnen in die Städte abgewandert, die Wundärzte lagen auf einem Auslaufetat.

¹³⁰ ebda, 1911, S. 10

¹³¹ ebda, 1911, S. 12

Die Zahl der Ärzte auf dem Lande und in den kleinen Orten nahm zu Gunsten der Städte ab, wobei sich diese „Landflucht“ der Mediziner mit dem Aufbau des Krankenkassensystems vorwiegend in den Industriegebieten erklären lässt.

Es entfiel ein Arzt auf Einwohner:			
Wien	652	Brünn	624
Graz	468	Lemberg	456
Prag	251	Krakau	360
Niederösterreich	939	Tirol	1.585
Oberösterreich	1.985	Vorarlberg	1.739
Salzburg	1.527	Böhmen	2.060
Steiermark	1.981	Mähren	2.575
Kärnten	2.538	Schlesien	2.794
Krain	4.768	Galizien	4.994
Görz - Gradiska	3.884	Bukowina	4.875
Istrien	2.765	Dalmatien	4.051

Tab. 4 Übersicht Anzahl Einwohner je Arzt in Österreich 1910 ¹³²

Auch die Zunahme der Spezialärzte spielte eine Rolle, da in Österreich eine Kassenpraxis nur an sehr wenigen Orten für Spezialärzte erschlossen war. Es bestand für „Specialisten“ dort eine Existenzmöglichkeit, wo eine genügend große private Klientel ein Tätigkeitsgebiet eröffnete und dies war in den größeren Städten. ¹³³

Die deutlich gestiegene Zahl von Ärzten führte erstmals zum Begriff der „Ärztenschwemme“. Diese hatte naturgemäß eine höhere Konkurrenz der frei praktizierenden Ärzte zur Folge und die Niederlassung weiterer Mediziner bedeutete eine Schmälerung des Einkommens der bereits ansässigen Kollegen.

Das Problem der Überfüllung des Ärztestandes betraf Mediziner in den Städten, während die ländliche Bevölkerung, die von der Krankenversicherung praktisch ausgeschlossen blieb, mit einer wesentlich geringeren Ärztezahl lebte. Allerdings war

¹³² Grün, Heinrich: Die Grundlagen des ärztlichen Berufes. Wien- Leipzig 1912. S.23

¹³³ ebda, 1911, S. 13

auf dem Lande die Nachfrage nach Ärzten auch deutlich geringer als in der Stadt, hier besaßen die Ärzte noch kein Monopol auf medizinische Dienstleistungen. Außer ihnen gab es die Hebammen, die oft eine ausgedehnte medizinische Praxis führten, dann die Wundärzte, die man nicht nur bei gebrochenen Gliedern, sondern auch bei anderen Unpässlichkeiten zu Rate zog; außerdem waren es die Apotheker, die sich nicht darauf beschränkten, Arzneimittel zu bereiten, sondern ihre Kunden auch mit therapeutischen Ratschlägen versorgten und dazu kam noch schließlich die große Vielfalt von Laienärzten, Pfuschern oder Quacksalbern, wie sie die Ärzte nannten, die ohne formale Qualifikation und ohne offizielle Genehmigung, aber mit großem Zulauf und oftmals bemerkenswertem Erfolg kurierten.

Die soziokulturelle Distanz zwischen Ärzten und den „einfachen Leuten“ war in den ländlichen Gegenden noch besonders wirksam, diese galten oft gemeinhin als „medizinische Wüsten“, die Ärzte sprachen immer wieder über die antiprofessionelle Einstellung der „einfachen Volksklassen“¹³⁴. Kleine Bauern, Tagelöhner und Arbeiter hatten gewöhnlich mehr Zutrauen zum „Quacksalber“ als zum Arzt und versuchten alle möglichen „unnützen“ Heilmittel, anstatt medizinische Hilfe zu beanspruchen.

Hinter der Sorge über den steten Anstieg der Ärztedichte stand die Angst des Standes vor dem Entstehen eines „ärztlichen Proletariats“. Die Mediziner befürchteten, dass sich die soziale Zusammensetzung des Standes nach unten verschieben könnte, wodurch seine Homogenität gefährdet schien.

Die Veränderungen in der Medizin des 19. Jahrhunderts erstrecken sich nicht nur auf ärztliches Denken, Wissen und Handeln, sie verändern auch das ärztliche Berufsbild im Sinne der Professionalisierung ganz allgemein und mit ihm auch die soziale Stellung seiner Vertreter. Es kommt zum beruflichen und sozialen „Aufstieg“ der Ärzte, der sich aus der steigenden fachlichen Akzeptanz des ärztlichen Handelns ergibt, durch die Bildung eines ärztlichen „Einheitsstandes“ beschleunigt wird und sich auch im wachsenden Selbstbewusstsein des Berufsstandes ausdrückt.

¹³⁴ Fossel, Viktor: Volksmedizin und medizinischer Aberglaube in der Steiermark. Graz 1886, S.27

Die Wandlungen, welchen die Medizin des 19. Jahrhunderts, ihre Betreiber und schließlich auch ihre Nutznießer, die Patienten unterworfen waren, können als ein vielfältig verflochtenes Geschehen angesehen werden.

PROFESSIONALISIERUNG UND MEDIKALISIERUNG

Im Laufe des 19. Jahrhunderts vollzieht sich ein Aufbruch der Medizin in die Moderne. Während das wissenschaftliche Denken bestimmend wird, verblassen ganzheitliche und philosophische Ansätze zu einem Außenseiterdasein. Die Entwicklung der wissenschaftlichen Pharmakologie, der Zellulärpathologie (Rudolf Virchow) und die Formulierung der bakteriologischen Erkenntnisse stellen wichtige Wegmarken dar.

Die Grundlage und Voraussetzung der Medizin des 19. Jahrhunderts gehen auf Entwicklungslinien in den Naturwissenschaften der Physik und Chemie und den Medizinwissenschaften zurück. Sie sind aber auch durch die radikalen Veränderungen des Wirtschafts- und Soziallebens im 19. Jahrhundert geprägt. Diese Veränderungen hingen mit der technisch-industriellen Revolution zusammen, die sich in zunehmender Geschwindigkeit vollzog. Auch die Medizin war den Auswirkungen dieser Revolution unterworfen. Einerseits veränderte sich der objektive Gesundheitszustand ebenso wie das subjektive Gesundheits- und Krankheitsempfinden in der Gesellschaft, außerdem wirkten sich auch Bevölkerungsumschichten und die Bildung von Ballungszentren auf die Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung aus.

Für diese Phase war kennzeichnend der allmähliche Übergang von der agrarischen zur industriellen Gesellschaft. Zu Ungunsten der Landwirtschaft wuchsen Industrie und Dienstleistung. Technische Neuerungen im Energiebereich (Dampfkraft), in den Kommunikationsmöglichkeiten (Telegraphenwesen) sowie im Fernhandel (Dampfschiffe, Eisenbahnen) beschleunigten diesen Prozess und führten zu einer zunehmenden Technisierung Europas. Auf dieser Grundlage entwickelten sich im wirtschaftlichen Bereich frühkapitalistisch-industrielle Produktionsweisen.

Zentren der industriellen Produktion waren die handels- oder rohstoffbegünstigten Städte. Dort boten sich Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten an und veranlassten die durch agrarische und wirtschaftliche Krisen in Not geratene Landbevölkerung zur

Landflucht. Dementsprechend kam es in den Städten zu einem schnellen Bevölkerungswachstum, den die alten Infrastrukturen oftmals kaum gewachsen waren.

Bald entwickelten sich neue Ballungszentren, die auch, bedingt durch inhumane Auswüchse der kapitalistischen Produktionsweisen, zu Brennpunkten von sozialen und gesundheitlichen Gefahren wurden. Es kamen eklatante hygienische Missstände, bedingt durch die wachsende Wohnungsnot und ein noch nicht hinreichend ausgebildetes hygienisches Bewusstsein der Bevölkerung.

Die Summe dieser Entwicklungen führte zur Entstehung neuer ausgebeuteter und verarmter Bevölkerungsschichten und damit zur Verschärfung der Gegensätze zwischen den gesellschaftlichen Schichten, Erosion und Veränderungen traditioneller Wertsysteme waren die Konsequenz.

In der Medizin sind es vor allen die Entstehung der zunehmend auf wissenschaftlicher Basis stehenden Hygiene und Bakteriologie, die im Zusammenhang mit der ökonomischen Entwicklung dieses Jahrhunderts gesehen werden müssen. Die gesellschaftlichen Auswirkungen der neuen Lebensbedingungen spiegeln sich in der sozialmedizinischen Neuorientierung der öffentlichen Gesundheitspflege in der 2. Hälfte des Jahrhunderts wider.

Neben diesen ökonomisch und gesellschaftlich bedingten Faktoren sind es wissenschaftliche Determinanten, welche das ärztliche Denken, das Handeln und das Wissen im Verlauf dieses Jahrhunderts entscheidend veränderten. Hier ist der wachsende Einfluss der neuen Naturwissenschaften, Chemie und Physik auf die Medizin hervorzuheben.

Der Patient wurde nun durch die Anwendung physikalischer und chemischer Untersuchungsmethoden zum messbaren Patienten: Krankheitssymptome sind nun physikalisch und chemisch besser zu erkennen, zu erklären und zu beschreiben,

Körpergeräusche werden in der Auskultation beobachtet,

Schalldämpfungsphänomene bei der Perkussion,

Temperaturveränderungen in der klinischen Thermometrie.

Die Ergebnisse dieser Beobachtungen sind bereits naturwissenschaftliche Messungen, sie sind reproduzierbar und erlauben vergleichende und statistische Auswertungen.

Präziser wird der ärztliche Diagnoseprozess durch neue Messmethoden, die sich bald auch auf das Gebiet der Körperflüssigkeitschemie ausdehnen. Der Prozess der Diagnostik wird bereichert und damit komplizierter und es ist diese zunehmende Kompliziertheit, die schließlich zur Verlagerung diagnostischer Prozesse vom Krankenzimmer in die neu entstehenden Laboratorien führt. In diesen wird analysiert, mikroskopiert und bilanziert. Diese neu geschaffenen Methoden und Ergebnisse der mikroskopischen Pathologie, der Chemie, der Pathophysiologie prägen nun das Bild der Medizin, neue Spezialfächer entstehen, ja es entwickelt sich ein Spezialisismus in der Medizin. Hier setzen pharmakologische Erkenntnisse und Einsichten aus der wissenschaftlichen Hygiene und Bakteriologie neue Wegmarken: Antisepsis und Asepsis sowie neue Narkosetechniken sind hier als Stichworte zu erwähnen.

Die aufgezeigten Veränderungen führten zu einer effektiver gewordenen Heilkunde mit neuen, genaueren Diagnosemöglichkeiten und besseren Behandlungsmethoden, zu neu geschaffenen Spezialisierungsmöglichkeiten und Disziplinen.

Die Veränderungen in der Medizin dieses Jahrhunderts erstreckten sich aber nicht nur auf das ärztliche Handeln, den Wissensstand und das medizinische Denken, sie änderten auch das ärztliche Berufsbild im Sinne der Professionalisierung.

Unter Professionalisierung (engl. Profession, „Beruf“) versteht man den Prozess zur Verberuflichung handwerklicher und/oder geistiger Tätigkeiten. (Auch Verwissenschaftlichung). Verbunden mit der Professionalisierung ist die Systemisierung beruflich relevanten Fachwissens, dessen Erwerb prüfungsrelevant ist und damit eine Zugangskontrolle zur Ausübung entsprechender Tätigkeiten gewährleistet. Die Herausbildung von berufsspezifischen Wert- und Verhaltensstandards (Berufsethik) und die verbandsmässige Organisation sind weitere Indikatoren für die Professionalisierung, die neu entstehende oder bereits vorhandenen Berufen zu gesellschaftlicher Anerkennung verhelfen¹³⁵.

Bezogen auf den Arztberuf bedeutet dies für C. Huerkamp:

Die Analyse des Wandels von einem vormodernen Bildungsberuf zu einer „Modern Profession“, die gezeichnet ist durch berufliche Autonomie, Dominanz über die

¹³⁵ Brockhaus. Die Enzyklopädie. 19. Auflage, Band 17. Mannheim 1992. S. 520

Arbeitsteilung im medizinischen Bereich, Kontrolle des Zugangs zum Beruf über formalisierte Qualifikationsbedingungen und Beherrschung von Expertenwissen.¹³⁶

Mit der Veränderung des ärztlichen Berufsbildes im Sinn der Professionalisierung änderte sich auch die soziale Stellung seiner Repräsentanten. So kommt es zum beruflichen und sozialen „Aufstieg“ der Ärzte, der sich auch in der steigenden fachlichen Akzeptanz ärztlichen Handelns zeigt, durch die Bildung eines ärztlichen „Einheitsstandes“ beschleunigt wird und sich auch im wachsenden Selbstbewusstsein dieser Profession ausdrückt.

Die Menschen des 19. Jahrhunderts wurden einem stetigen Prozess der „Medikalisierung“ unterworfen. Dieser Prozess wurde einerseits durch die Wandlungen der Medizin beeinflusst, er ist andererseits auch ein angestrebtes Ergebnis staatlicher Interventionen im Bereich der Hygienegesetzgebung und der Sozialversicherung. Das Leben des Einzelnen sollte durch gesundheitliche Maßstäbe kontrolliert werden. Der Staat verfolgte damit ebenso bevölkerungspolitische wie wirtschaftliche Ziele. Eine gesunde und disziplinierte Bevölkerung sollte zur gesteigerten Leistungsfähigkeit des Staates beitragen.

Für die Ärzte bedeutete dies eine Ausweitung des Gesundheitsdiskurses auf alle Lebensbereiche sämtlicher Bevölkerungsschichten, damit aber auch die Möglichkeit der Erschließung von neuen ärztlichen Aufgabenbereichen.

Der Prozess der Medikalisierung begann zu Ende der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts in den gehobenen Schichten und die Erhaltung der Gesundheit wurde zur Pflicht eines jeden Menschen aufgebaut.¹³⁷

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts begann die Medikalisierung auch der Unterschichten, die mit den sich verändernden wirtschaftlichen, sozialen und politischen Verhältnissen verbunden war. In dieser Zeit verloren die althergebrachten Unterstützungsmethoden für Lehrlinge und Gesellen, ebenso auch die Verpflichtung

¹³⁶ Huerkamp, Claudia: Ärzte und Professionalisierung, Göttingen 1980, S. 327

¹³⁷ Labisch, Alfons: Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. München-Zürich 1992, S. 107

des Grundherrn, im Bedarfsfall für Kranke und Arme zu sorgen, ihren verbindlichen Charakter.¹³⁸

So sind die Umformungen der Medizin des 19. Jahrhunderts sehr komplex und bringen weitreichende Folgerungen für Ärzte und Patienten.

Die Veränderungen der Medizin in dieser Zeit sind als ein permanenter Prozess und zwar sowohl als ein medizinisch-wissenschaftlicher als auch als ein medizinisch-praktischer zu sehen. Seine Voraussetzungen sind auch in den sich schnell wandelnden Wirtschafts- und Lebensbedingungen dieser Zeit zu suchen. Die neuen Produktionsprozesse, deren Entwicklung und Ausprägung sich vor allem in den Städten vollzieht, sind arbeitsintensiv und locken ein chancenloses Landproletariat in die Metropolen der industriellen Produktion. Städte werden zu Ballungszentren, bewirken ein schnelles Bevölkerungswachstum, gleichzeitig aber auch einen steigenden Anteil mittelloser Unterschichten an der sich wandelnden Gesellschaftspyramide.

Die großen Menschenmassen der Städte erfordern zwangsläufig auch eine Expansion der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten, nicht zuletzt auch deshalb, weil die alten ländlichen Versorgungs- und Familienstrukturen für Kranke und Gebrechliche in den Städten kaum erhalten bleiben konnten. Die Anfänge des klinischen Massenbetriebes liegen in dieser Epoche der technisch-industriellen Revolution.

Die Bedeutung der Medikalisierung liegt nicht alleine in einer vom Staat gewollten Normierung des Gesundheitsverhaltens, sondern auch darin, dass zunehmend mehr Menschen in das Netz medizinischer Versorgung einbezogen wurden. Alle Bevölkerungsgruppen sollten gleichermaßen der Kontrolle medizinischer Experten unterstellt werden. Schließlich sollte und auch wollte die Ärzteschaft an diesen Prozess teilnehmen und auch entsprechend eingesetzt werden. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die städtischen Unterschichten gelegt, die traditionsgemäß andere Formen der Medikation gewählt und sich bisher an Kundige der medizinischen Subkulturen gewandt hatten.

Dafür war es notwendig, dass breite Bevölkerungsschichten ihre Einstellung gegenüber dem Arzt zu verändern bereit waren, andererseits sollten die

¹³⁸ Lachnit, Peter: Sozialpolitik für und gegen die Arbeiterschaft. Arbeiter- und Sozialversicherung in Österreich von den Anfängen bis 1918. phil. Diss Wien 1989, S.14

Einrichtungen neuer sozialer Systeme die Bevölkerung in die Lage versetzen, auch die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu können.¹³⁹

Es galt, weite Kreise der Bevölkerung an die Inanspruchnahme eines Arztes heranzuführen: Auf diesem Weg einer Erziehung zu einer verbesserten Gesundheitssituation in Wien zählt beispielsweise die Einführungen von Impfungen, wobei wegen der zahlreichen Impfgegner - zum Teil auch in der Ärzteschaft - keine Impfpflicht bis in der Zeit vor dem ersten Weltkrieg zustande kam.¹⁴⁰ Weiters wurden staatlich geführte Kampagnen zur Bekämpfung des Alkoholismus, der bereits damals als „schleichende Volkskrankheit“ erkannt worden war, geführt.¹⁴¹

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gestalteten sich trotz des Wissens um das überbordende Problem der bekannten Krankheiten Gonorrhöe, Syphilis und Weicher Schanker als besonders schwierig und wenig erfolgreich, die öffentliche Hand schob dieses Problem lange Zeit vor sich her, einfach zur Seite. Offenbar waren pseudomoralische Rücksichten und ein scheinbar missverstandener Liberalismus dieser Zeit die Ursache dafür. Das riesige Problem der Geschlechtskrankheiten konnte bis 1914 nicht annähernd gelöst werden.

Von größter Bedeutung und Reichweite war die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung, die dem versicherten Arbeiter das Krankengeld nach Konsultation eines Arztes gewährte. Durch die Einführung der Krankenkassen wurde es auch dem Alltagsmenschen in einem zunehmenden Maße möglich, im Falle einer Krankheit die ärztliche Behandlung und Kontrolle aufzusuchen und eine vorgeschlagene Therapie anzunehmen.

Durch diese Einrichtungen wurde eine geänderte Einstellung zur Krankheit möglich gemacht und das Ende des tradierten Umganges mit dieser führte zu einem gesteigerten Bedarf an Ärzten, wobei die Erhaltung der Arbeitskraft für den arbeitenden Menschen zu einer wichtigen Frage, ja zur Überlebensfrage werden konnte. So wurde die Ärzteschaft zu einem aktiv wirkenden Bestandteil bei der Medikalisierung der Gesellschaft.

¹³⁹ Drees, Anette: Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Münster 1988, S. 141

¹⁴⁰ Jancek, Elfriede: Probleme der Volksgesundheit und Hygiene und Bemühungen um eine soziale Heilkultur unter besonderer Berücksichtigung der Wiener Bevölkerung. Phil. Diplomarbeit 1988, S. 222

¹⁴¹ Daum, Josef: Die Bekämpfung der Trinksitten, Wien 1900, S. 502

Bisher war es häufig, dass sich Patienten selber zu kurieren versuchten oder innerhalb der Familie mehr oder weniger erfolgreich behandelt wurden, jetzt aber entstand ein wachsender Zugang zur ärztlichen Behandlung.

Neben der Einführung der sozialen Versicherung, die großen Kreisen der Bevölkerung den Besuch beim Arzt finanziell ermöglichte, war auch der verstärkte Ausbau von Krankenhäusern, in denen der Erkrankte aus dem gewohnten Umfeld herausgenommen werden konnte, und so mit der medizinischen Kultur in zunehmenden Maße in Kontakt kam, ein weiterer Schritt in die Richtung auf eine allgemeine Medikalisierung der Bevölkerung.

Von den 39 in den Jahren 1848 bis 1914 in Betrieb stehenden Krankenhäusern in Wien wurden 23 nach dem Jahre 1870 neu errichtet. (siehe Tab. 5, S. 105)

Für die Ärzte ergab sich durch die beiden hinzugekommenen Arbeitsgebiete - das Krankenhaus und die Krankenversicherung - eine bedeutende Vergrößerung ihres Arbeitsbereiches. Es differenzierte sich das neue Berufsbild Krankenhausarzt vom frei praktizierenden Arzt, wobei letzterer zum Teil als Kassenarzt aber auch als solcher in der Privatpraxis für die gehobene Klientel tätig sein konnte. Beide Berufsbilder unterschieden sich in ihren Arbeitsbedingungen vom tradierten Arzt in der ersten Jahrhunderthälfte. Für beide Bereiche waren dann ausschließlich „Doktoren der gesamten Heilkunde“ zugelassen, was auf eine weitere Distanzierung von den medizinischen Subkulturen hinlief.

Die Heilkunst war um die Jahrhundertwende herum faszinierender geworden, sie war jetzt eine Naturwissenschaft und ihre Entdeckungen veränderten nunmehr das ganze Leben.

Es war die Zeit einer Generation von Ärzten, die eine wissenschaftliche Grundlage für die Medizin schaffen und ausbauen wollten. Sie machten sich daran, die mikrobiologischen Krankheitsursachen aufzuklären und nach Abhilfe durch neue Erkenntnisse der Immunologie zu suchen. In dieser Zeit nahm die Zahl der Fachorganisationen und Fach-Zeitschriften enorm zu und die medizinische Forschung wurde zunehmend internationalisiert. Es wurde die Wissenschaft, die Arbeit im Labor, die notwendige Ergänzung zur Intuition des Arztes und zur Sorge um den Patienten. Trotzdem kam es am Krankenbett vor allem auf die alten

ärztlichen Tugenden des Vertrauens und der menschlichen Einfühlung an: Eine vollendete Medizin war zugleich eine Kunst und eine Wissenschaft.¹⁴²

Am Steinhof	seit 1907
Böckelhäusel	seit 1648 bis 1868
Barmherzige Brüder	seit 1614
Barmherzige Schwestern	seit 1832
Confraternität	seit 1835
St. Elisabeth	seit 1718
Floridsdorfer Krankenhaus	seit 1907
Garnisonspital	seit 1787
Gersthofer Frauenklinik	seit 1914
Hartmannspital	seit 1891
Invalidenhaus Militärinvalidenhaus	seit 1787 bis 1909
Rainerspital	seit 1914
Kaiser Franz Josef Spital	seit 1891
Kaiserin Elisabeth Spital	seit 1857
Allg. Krankenhaus AKH	seit 1720
Evangelisches Krh.	seit 1901
Krankenhaus Lainz	seit 1913
Krankenhaus Goldenes Kreuz	seit 1914
Mautner Markhof Kinderspital	seit 1875
Nervenheilanstalt Irrenturm (vulgo Narrenturm)	seit 1784
Irrenanstalt am Brünlnfeld	seit 1853
Neurologisches Krh. Rosenhügel	seit 1912
Wr. Allg. Poliklinik	seit 1872 in Wipplingerstraße seit 1892 in Mariannengasse
Rochusspital	seit 1866
Krh. Rudolfinerhaus	seit 1885
Krankenanstalt Rudolfstiftung	seit 1865
Sanatorium Görgen (Irrenanstalt)	seit 1829
Sanatorium Hera	seit 1905
Sanatorium Loew	seit 1882
Sanatorium Luitlen	seit 1908 (Auersperg)
Sophienspital	seit 1881
St. Anna Kinderspital	seit 1840
Stephaniespital	seit 1885 (Thaliastraße)
Maria Theresia Frauen Hospiz	seit 1872
Wiedner Krankenhaus	seit 1842
Wilhelminenspital	seit 1891
Spital der Isrealitischen Kultusg.	seit 1900
Sanatorium der Wr. Kaufmannschaft	seit 1909
St. Josef Kinderspital	seit 1844 (Wien 4)
Offizierspital	seit 1881 (Sensengasse)

Tab. 5 Die in den Jahren 1848 – 1914 in Wien betriebene Spitler¹⁴³

¹⁴² Stern, Fritz: Fünf Deutschland und ein Leben. München 2007, S. 35

¹⁴³ Czeike, Felix: Historisches Lexikon Wien. Wien 1994

EINFÜHRUNG DER UNFALL- UND KRANKEN- VERSICHERUNG DER ARBEITER

Die wichtigsten Punkte der Unfallsversicherung der Arbeiter auszugsweise:

Dem Gesetze vom 28. December 1887, RGBl. 1888 Nr.1 zufolge sind alle in Fabriken, Hüttenwerken und Bergwerken, auf Werften, Stapeln und in Brüchen, sowie in den zu diesen Betrieb gehörigen Anlagen beschäftigten Arbeiter und Betriebsbeamten gegen die Folgen der beim Betriebe sich ereignenden Unfälle nach Maßgabe dieses Gesetzes versichert. Dasselbe gilt von Arbeitern und Betriebsbeamten, welche in Gewerbebetrieben, die sich auf die Ausführung von Bauarbeiten erstrecken oder sonst bei der Ausführung von Bauten beschäftigt sind. Versicherungspflichtige Betriebe sind ferner jene, in welchen explodierende Stoffe erzeugt oder verwendet werden; jene gewerblichen oder land- und forstwirtschaftlichen Betriebe, bei denen Dampfkessel oder solche Triebwerke in Verwendung kommen, die durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Leuchtgas, Heißluft, Electricität usw.) oder durch Thiere bewegt werden.

Eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Eisenbahnbetriebe und andere Unternehmungen erfolgte mit dem Gesetz vom 20. Juli 1894, RGBl. 168.

Als Arbeiter bzw. Betriebsbeamten sind auch Lehrlinge, Volontäre, Praktikanten und andere Personen anzusehen, welche keinen oder einen niedrigeren Arbeitsverdienst beziehen (§1).

Den Gegenstand der Versicherung bildet der durch das Gesetz bestimmte Ersatz des Schadens, welcher durch eine Körperverletzung oder durch den Tod des Versicherten entsteht (§5). Im Falle einer Körperverletzung soll der Schadenersatz in einer dem Verletzten im Beginne der 5. Woche nach Eintritt des Unfalls angefangen für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente bestehen. Die Rente beträgt:

- a) Im Falle gänzlicher Erwerbsunfähigkeit und für die Dauer derselben 60% des Jahresarbeitsverdienstes;
- b) Im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit und für die Dauer derselben einen Bruchteil der unter a) festgesetzten Rente, welche nach dem Masse der

verbliebenen Erwerbsfähigkeit zu bemessen ist, jedoch nicht über 50% des Jahresarbeitsverdienstes betragen darf.

Dem Verletzten steht ein Anspruch auf Schadenersatz nicht zu, wenn er den Betriebsunfall vorsätzlich herbeigeführt hat (§6)

Im Falle der Tod aus dem Betriebsunfälle erfolgt ist, soll der Schadenersatz außer in den Leistungen, welche nach §5 dem Verletzten für der Zeit vor dem Eintritt des Todes gebühren, noch bestehen:

1. in den Beerdigungskosten
2. in einer der Hinterbliebenen des Getödteten vom Todestag angefangen zu gewährenden Rente, welche beträgt:
 - o für die Witwe des Getödteten bis zu deren Tod oder Wiederverheiratung 20%
 - o für den Witwer, wenn und insolange er erwerbsunfähig ist, 20%
 - o für jedes hinterbliebene eheliche Kind bis zu dessen zurückgelegten 15. Lebensjahr 15%. Die Renten der Witwe bzw. des Witwers und der Kinder können zusammen 50 % des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen.

Die Versicherung erfolgt durch besondere, zu diesem Zwecke zu errichtende Versicherungsanstalten, welche auf dem Grundsatz der Gegenseitigkeit beruhen und unter staatlicher Aufsicht stehen (§9).¹⁴⁴

Die wichtigsten Punkte der Krankenversicherung der Arbeiter auszugsweise:

Die Krankenversicherung erstreckt sich gemäß dem Gesetze vom 30. März 1888, RGBl. 33 auf alle nach dem Unfallversicherungsgesetze versicherten Arbeiter und Betriebsbeamten, welche in Bergwerken auf vorbehaltene Mineralien und den dazugehörenden Anlagen oder in einer unter die Gewerbeordnung fallenden oder sonstwie gewerbsmässig unterliegenden betriebenen Unternehmung, beim Eisenbahn- oder Binnenschiffsfahrtsbetriebe beschäftigt sind, nicht aber auch auf die in einem dem Seegesetzen unterliegenden Schiffsfahrtsbetriebe auf dem Meere oder

¹⁴⁴ Daimer, Josef: Handbuch der Österreichischen Sanitätsgesetze und Verordnungen für Behörden und Gemeinden, amtliche Sanitäts- und Veterinär-Organen, Districts- und Gemeindeärzte, Ärzte, Thierärzte, Apotheker, Verwaltungen von Heil- und Humanitätsanstalten etc. etc. Leipzig 1896. S. 587

bei der Seefischerei Beschäftigten. Als Arbeiter bzw. Betriebsbeamte werden die im §1 des U.-V.-G. bezeichneten Personen angesehen (§1).

Den Gegenstand der im §1 bezeichneten Versicherung bildet die Gewährung von Krankenunterstützungen und Beerdigungskosten in der durch dieses Gesetz bestimmten Art und Höhe.

Als Krankenunterstützung ist mindestens zu gewähren:

1. Vom Beginn der Krankheit an freie ärztliche Behandlung mit Inbegriff des geburtshilfflichen Beistandes sowie der notwendigen Heilmittel und sonstigen therapeutischen Behelfe.

Das wesentliche Kriterium einer den Anspruch auf Krankengeld begründenden Krankheit bildet die durch diese herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit. Die Erwerbsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigende körperliche Defecte können nicht als Krankheit im Sinne des Kr.-V.-G angesehen werden. Die ärztliche Behandlung umfasst nicht bloss die arzneiliche, sondern auch ein allfälliges nothwendiges operatives Verfahren. Der zu gewährende geburtshilffliche Beistand erstreckt sich auch auf die normal verlaufenden Entbindungen und beschränkt sich nicht auf die etwa erforderliche ärztliche Hilfe, sondern umfasst auch den Hebammenbeistand. Als therapeutische Behelfe sind alle jene Apparate anzusehen, welche den Zweck haben, die Folgen einer Krankheit zu beheben oder erträglicher zu machen, wie Stelzbeine, Brillen, Bruchbänder u. dgl.

2. Im Falle die Krankheit mehr als drei Tage dauert und der Kranke erwerbsunfähig ist, vom Tage der Erkrankung an für jeden Tag ein Krankengeld in der Höhe von 60% des im Gerichtsbezirke üblichen Taglohnes gewöhnlicher, der Versicherungspflicht unterliegender Arbeiter.

Die Krankenunterstützung ist, solange die Krankheit dauert und wenn sie nicht früher endet, durch mindestens 20 Wochen von Beginn der Krankheit u. zw. wöchentlich im Nachhinein zu gewähren.

Wöchnerinnen ist bei normalem Verlauf des Wochenbettes die Krankenunterstützung auf die Dauer von mindestens vier Wochen nach ihrer Niederkunft zu gewähren.

Für den Todesfall eines Versicherten sind den Hinterbliebenen die Beerdigungskosten wenigstens im 20 fachen Betrage des im Z.2 bezeichneten Taglohnes zu gewähren.

An Stelle der freien ärztlichen Behandlung, der nothwendigen Heilmittel und des Krankengeldes kann freie Cur und Verpflegung in einem Krankenhause nach der letzten Classe auf Kosten der Krankenkasse gewährt werden und zwar: für diejenigen, welche mit ihrem Ehegatten oder mit anderen Gliedern ihrer Familie im gemeinsamen Haushalte leben, wenn die Art der Krankheit es erfordert. Neben freier Cur und Verpflegung in einem Krankenhause ist auch die kostenfreie Beförderung in dasselbe zu gewähren.

Wird ein versicherter Erkrankter in einer öffentlicher Krankenanstalt verpflegt, so ist die Krankencasse verpflichtet, die für Cur und Verpflegung nach der letzten Klasse entfallenden Kosten bis zur Dauer von 4 Wochen der Krankenanstalt zu ersetzen.¹⁴⁵

Die wichtigsten Punkte der Geschäftsordnung der Bezirkskrankenkassen mit dem Pflichten der Cassenärzten, auszugsweise: Als Pflichten der Cassenärzten werden bezeichnet:

1. Die Constatirung von Erkrankungen der Mitglieder, die ärztliche Behandlung derselben, bzw. die Zuweisen der Kranken an ein Krankenhaus
2. Die Ausstellung der Krankenscheine und Recepte, die Anweisung therapeutischer Behelfe, die Bestätigung der von den hiezu ermächtigten Vertrauensmänner ausgestellten Krankenscheine, die Vidirung der Recepte anderer Ärzte, welche Mitglieder zu ihrer Behandlung gerufen haben
3. die Kontrolle aller Erkrankten, sowie die Constatirung der erfolgten Genesung
4. die Ausstellung der Todtenscheine.

Bei der Krankmeldung haben die Mitglieder die Legitimationskarte vorzuweisen. Der Krankenschein bleibt in Verwahrung der Mitglieder, wird jedesmal zur Ausfüllung eines Cupons vorgewiesen.

Über jede Erkrankung ist vom Cassenarzte sofort unter Angabe der Wohnung behufs Einleitung der Krankencontrolle dem Casse- und Rechnungsführer Mittheilung zu machen. Mitglieder, welche sich krank melden, nach Überzeugung des Cassearztes aber arbeitsfähig sind, müssen behufs Geltendmachung ihrer Ansprüche an den Vorstand gewiesen werden.

¹⁴⁵ ebda, S.590

Der Cassearzt, hat die Krankenmitglieder wenigstens einmal wöchentlich zu controlliren, bei Verdacht auf Simulation aber zur Constatirung ob der Verdacht gerechtfertigt ist, das Geeignete zu veranlassen. Dem Cassearzte obliegt es, zur Hintanhaltung von Missbräuchen und Schädigungen der Casse mitzuwirken.

Dem Rufe zu einem kranken Cassemitgliede hat der Arzt jederzeit möglichst bald zu folgen. Haben Kranken die Arbeit eigenmächtig wieder aufgenommen, so ist der Tag des Wiedereintrittes festzustellen. Kranken, welche ausgehen dürfen, erhalten hierüber auf dem Krankenscheine eine Bestätigung, welche die Tageszeit mit Angabe der Stunde ersichtlich macht.

Die Recepte der Casseärzte müssen Namen und Legitimationsnummer des Erkrankten enthalten, ferner die Angabe, ob die Verschreibung nur einmal oder mehreremale auszuführen ist.

Therapeutische Behelfe weist der Cassearzt nach Bedarf an, hat jedoch die Mitglieder aufmerksam zu machen, jede solche Anschaffung vom Casse- und Rechnungsführer vidiren zu lassen.

Dem Wunsche nach Spitalszuweisung hat der Cassearzt , falls er eine solche nicht als erforderlich hält, nur dann zu entsprechen, wenn der Casse hiedurch keine Mehrauslage erwächst. In diesem Falle, sowie in jenem der Nothwendigkeit einer Spitalsbehandlung ist der Casse- und Rechnungsführer zu verständigen. Recepte auf Rechnung der Casse müssen vom Cassearzte ausgestellt und vidirt sein. Dieselben werden als Belege in der Apotheke zurückbehalten.

Hinsichtlich der Ersatzpflicht der Casseärzte für nicht unter Begründung der Nothwendigkeit einer Verordnung verschriebene Arzneien wurde in der Entscheidung des k.k. Ministeriums des Inneren vom 1. November 1896, Z. 33 813 ausgesprochen, dass das Verhältniß der Cassen zu ihren Ärzten privatrechtlich Natur ist, und dass daher diesfällige Ansprüche der Cassen auf Ersatzleistung seitens ihrer Ärzte sich der Cognition der politischen Behörden entziehen.¹⁴⁶

Die neuen Sozialgesetze brachten entscheidende Verbesserungen für die arbeitende Bevölkerung und auch gänzlich neue Voraussetzungen für die medizinische Tätigkeit, sie führten zu umwälzenden Veränderungen im gesamten Sozialgefüge des Staates.

¹⁴⁶ ebda, S.597

Die ärztliche Behandlung konnte nun für die Masse der Bevölkerung attraktiv und durch die Krankenversicherungen erschwinglich gemacht werden und gleichzeitig veränderte sich das Verhalten der Bevölkerung im Umgang mit der Krankheit. Durch die Einführung der gesetzlich gegebenen Krankenversicherungen und durch den Ausbau des Krankenhauswesens wurde der Zugang zum Arzt weiten Kreisen der Bevölkerung möglich gemacht. Dies lag im Interesse des Staates und nützte zudem auch den Interessen der Ärzteschaft, vor allem aber den Wünschen der Bevölkerung. Es resultierte daraus eine Erweiterung des ärztlichen Kompetenzbereiches. Die medizinisch- wissenschaftlichen Fortschritte und der Ausbau der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sorgten für ein entscheidend größer gewordenes Betätigungsfeld der Ärzte.

Der Arzt konnte nun auch den Anspruch erheben, auf medizinischem Gebiet ein Fachmann zu sein und damit auch eine Autorität darzustellen. Klar konnte er sich von Heilpraktikern abgrenzen und etwa in der Mitte der 70er Jahre setzte sich die Anerkennung des Arztes als Fachmann auf medizinischem Gebiet allgemein durch. Auf der Basis ihrer gestiegenen therapeutischen Kompetenz und ihres fachlichen Wissens konnten die Ärzte nun die Bedingungen für den Übergang vom traditionellen Arztberuf zur modernen Profession erfüllen.¹⁴⁷

Die Behandlungserfolge des Allgemeinpraktikers lagen zwar noch deutlich hinter den medizinisch- wissenschaftlichen Erkenntnissen im Labor und im Spital, aber es änderte sich das öffentliche Bild des Arztes.

Die Ärzteschaft sah in einer Ausweitung des Gesundheitswesens auf weite, ja fast alle Bevölkerungsschichten die Möglichkeit der Erschließung neuer ärztlicher Aufgaben und damit verbunden eine Aufwertung ihres Standes.

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts erstreckte sich die ärztliche Versorgung somit auch auf die Unterschichten der Bevölkerung, was mit den veränderten sozialen, politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen verflochten war.

¹⁴⁷ Drees, Anette: Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Münster 1988. S. 60

Die Industrialisierung und Urbanisierung der Bevölkerung schufen sowohl das Bedürfnis als auch die Notwendigkeit, das Gesundheitsverhalten großer Teile der Bevölkerung zu verbessern und den neuen Gegebenheiten anzupassen.

Das Leben der Arbeiter wurde zunehmend organisiert und rationalisiert. Unter dem disziplinären Druck, der in Fabriken, Krankenhäusern und Schulen praktiziert wurde, gewöhnte sich die Arbeiterschaft zunehmend an eine neue, geplante und geordnete Lebensführung.¹⁴⁸

Auch der Umgang mit dem eigenen Körper, mit der Frage der Gesundheit oder Krankheit konnte als ein Gradmesser zur sozialen Integration gelten.¹⁴⁹

Mit der Propagierung von Gesundheitsregeln und der gleichzeitigen Ausgrenzung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen wurde versucht, die gesundheitliche Mentalität der Bevölkerung zu sensibilisieren.

Alle Bevölkerungsgruppen sollten gleichermaßen in den Behandlungsbereich von Medizинern gestellt werden, wobei besonderes Augenmerk auf die Unterschichten gelegt wurde, die sich ihrer Tradition entsprechend, andere Behandlungsformen gewählt und sich an Heilkundige der medizinischen Subkulturen gewandt hatten.

Dafür war es einerseits notwendig, breite Bevölkerungsschichten in ihrer Einstellung gegenüber der Ärzteschaft zu verändern, andererseits sollte die Einrichtung neuer Versichersysteme sie auch materiell in die Lage versetzen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.¹⁵⁰

Weite Kreise der Bevölkerung wurden an die Inanspruchnahme eines Arztes allmählich herangeführt. Die Einführung von Impfungen, von Aktionen zur Bekämpfung des Alkoholismus, der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten und der Ausbau des Krankenhauswesens sind hier anzuführen.

Von größter Bedeutung war aber die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung mit eingreifenden Fortschritten im Sozialgefüge.

Die sich ändernden Einstellungen zur Krankheit und das Ende des tradierten Umganges mit nicht akademischen Heilberufen bewirkte einen erhöhten Bedarf an

¹⁴⁸ Frevert, Ute: Krankheit als politisches System 1770 - 1880. Soziale Unterschiede in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen 1984. S.15

¹⁴⁹ ebda, S.16

¹⁵⁰ Drees, Anette: 1988. S.141

Ärzten, darüber hinaus wurde den Ärzten nun das Recht übertragen, Krankheit und Kranke zu bestimmen und zu definieren und Maßnahmen dagegen zu ergreifen.¹⁵¹

Neben der Einführung der Sozialversicherung, die großen Kreise der Bevölkerung den Besuch eines Arztes erstmals ermöglichte, war auch der Ausbau der Krankenhäuser, in welchen der Kranke aus seinem gewohnten Umfeld herausgenommen, mit der medizinischen Kultur konfrontiert werden konnte.

Aus den beiden Arbeitsgebieten Krankenhaus und Krankenversicherung resultierte eine bedeutende Vergrößerung des ärztlichen Arbeitsbereiches. Es entwickelten sich die neuen Berufsbilder Kassenarzt und Krankenhausarzt, die sich in ihren Arbeitsbedingungen vom traditionellen Arzt alter Prägung deutlich unterschieden.

Die Einführung der Sozialversicherung, die neben dem Krankenversicherungsgesetz von 1888 auch das Unfallversicherungsgesetz von 1887 einschloss, war eine Maßnahme, die zur Lösung der sozialen Frage „von oben“ führen sollte.¹⁵²

Die Einführung der neuen Sozialgesetze brachte für die Ärzteschaft nicht nur eine bedeutende Erweiterung ihres Arbeitsmöglichkeiten, aber in der täglichen Arbeit mit einem neuer Patientenklientel auch Probleme und Unstimmigkeiten.

Die Ärzte erhielten eine Schlüsselfunktion als Träger und Ausführende des Krankenversicherungsgesetzes.¹⁵³ Die Mediziner hatten nun die Autorität, Arbeitsfähigkeit oder Krankheit zu definieren und damit die Versicherten von der Arbeit auch legitim zu befreien.

Durch die Krankenversicherung wurden den Ärzten große Teile der Bevölkerung zur Behandlung eröffnet, die vorher nie einen Arzt zu Gesicht bekommen hatten. Damit vergrößerte sich für die Mediziner ein Aufgabenbereich, der nun durch die Gesetzeslage gesichert war. Es wurde aber auch Kritik daran geführt, dass das Gesetz von 1888 ohne Mitarbeit der Ärzte zustande gekommen war und damit die Stellung des Arztes unzureichend präzisiert worden war.

¹⁵¹ Illich, Ivan: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Hamburg 1983. S.12

¹⁵² Lachnit, Peter: Sozialpolitik für und gegen die Arbeiterschaft. Arbeiter und Sozialversicherung in Österreich von den Anfängen bis 1918. phil.Diss. Wien 1989. S. 49

¹⁵³ Göckenjan, Gerd: Kurieren und Staat. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/Main 1985. S. 336ff

Unter der Regierung Beck kam es zu einem Ausbau der Versicherungen über den Kreis der Arbeiter hinaus, indem diese auch auf Kleinbauern, Kleinhändler und Kleingewerbetreibende mit geringem Einkommen ausgedehnt wurden.¹⁵⁴

Kritisch zu der Stellung der im Verträge stehenden Kassenärzte wurde angemerkt: Viele Kassen honorierten nicht die Einzelleistung des Arztes, sondern zahlten eine Pauschale pro Mitglied und Jahr. Die Kassenvorstände besäßen auch das Recht, die Krankschreibungen und die Rezeptur der Ärzte zu kontrollieren, um die Kosten möglichst niedrig zu halten.¹⁵⁵

Mancherorts wurde auch kritisiert, dass die Ärztepraxen durch die große Anzahl von Patienten zur Massenabfertigung gezwungen seien, bei der das Verschreiben von Medikamenten und die Freistellung von der Arbeit im Vordergrund stünden.

Oft hatte das neue Publikum zu den Kassenärzten ein ambivalentes Verhältnis: Dem Arzt wurde Misstrauen entgegen gebracht, das aus der bestehenden sozialen Distanz erklärbar war.

Für den ärztlichen Stand kam auch durch die Teilung der Ärzteschaft in unterschiedliche Interessensgruppen, die zueinander in Konkurrenz, standen ein standespolitisches Problem: Auf der einen Seite jene, auf finanzkräftige, bürgerliche Schichten spezialisierte Ärzte, auf der anderen Seite ebenso gut ausgebildete „Kassenärzte“, die einer mächtigen Organisation, den Krankenkassen gegenüberstanden und von dieser auch abhängig waren.

Von den Medizinern wurde auch kritisiert, dass die Krankenkassen ähnliche Vergünstigungen im Honorarsystem genießen würden, wie die Armenverwaltung und dies gewissermaßen als Rabatt für die große Zahl ihrer Mitglieder beanspruchen würden.¹⁵⁶

Die Ärzte des Verbandes der Genossenschaft - Krankenkassen Wiens erstellten im Jahr 1902 ein Memorandum an die Verbandsleitung folgenden Inhalts: „Cassenärzte

¹⁵⁴ Pick, Gottlieb: Die Stellung der Ärzte zum Gesetzesentwurf betreffend die Sozialversicherung. Sonderdruck: Prager Med. Wochenschrift 49, 1908, S.2

¹⁵⁵ Steiner, Ferdinand: Über die freie Arztwahl bei den Krankenkassen. Separatum. In: Medizinische Blätter. Wien 1900, S.27

¹⁵⁶ Becher, Wolf: Geschichte des ärztlichen Standes. In: Handbuch der Geschichte der Medizin. Neuburger Max u. Julius Pagel (Hrg.). Jena 1905. S. 1111

werden theils durch die zunehmende Ausbreitung und Centralisierung der Krankenversicherung, theils durch die zahlreichen Konflikte mit den Cassenmitgliedern, die bei gewissenhafter Ausübung der Function als Cassenarzt unvermeidlich sind, zum großen Theile ihre Privatpraxis einbüßen“. Weiters lautet es darin: „Der heutige Zustand, dass den Krankencassen wohl den Ärzten gegenüber, nicht aber auch gegenüber den Mitgliedern Disciplinarmittel zur Verfügung stehen, ist unhaltbar und widerspricht den eigensten Interessen der Crankencassen.“¹⁵⁷

In seiner ausführlichen Stellungnahme über Grundlagen des ärztlichen Berufes dieser Jahre stellt sich Dr. Grün die Frage: „Haben die Crankencassen den Ärzten wirtschaftlich geschadet oder nicht“? Und er benützte dabei die von ihm als verlässlich eingeschätzten Daten des Dr. Pick unter Heranziehung der von ihm erhobenen Steuerdaten.¹⁵⁸ Aus dessen Unterlagen war erkennbar, dass es in Wien die meisten Krankenversicherten gab, nämlich 30,8% der Bevölkerung. (Siehe Tabelle 6) Die Länder, in denen die Bevölkerung am wenigsten an der Krankenversicherung teilnahm, waren Galizien mit 2,1% und Dalmatien mit 1,7%.

Unter der Annahme, dass die Krankenversicherung von wirtschaftlichen Nachteil für die Ärzte sei, müssten die Mediziner in Wien am schlechtesten, dagegen Ärzte aus Galizien und Dalmatien am besten situiert gewesen sein. Allerdings fanden sich in den offiziellen Ausweisen die Personaleinkommenssteuer - Wertungen der Ärzte wie folgt: In Wien waren 69% der Ärzte Zensiten (Zensit war ein Staatsbürger, der über 1.200 K Einkommen fatierte und je nach der Einkommenshöhe in eine der Steuerstufen eingereiht war) in Galizien 54% der Ärzte und in Dalmatien 19% der Ärzte Zensiten.

Dr. Grün spürte damit die Tatsache auf, dass gerade die Ärzte derjenigen Länder, mit den meisten Krankenversicherten am besten situiert, dagegen Ärzte , in Ländern mit den die wenigsten Kassenmitglieder, verhältnismäßig am schlechtesten verdient haben. Allerdings lagen unter den höher qualifizierten ärztlichen Zensiten in der Mehrzahl nicht angestellte Mediziner, was die Aussagekraft wieder relativierte. Allerdings hielt Dr. Grün die Ziffern dahingehend für genügend aussagefähig, dass

¹⁵⁷ Ellmann, Maximilian: Die Lage der Ärzte des Verbandes der Genossenschafts - Crankencassen in Wien Wien 1902, S.16

¹⁵⁸ Pick, Gottlieb: Rechnungsberichte der Krankencassen Österreichs mit besonderer Berücksichtigung der Ausgaben für ärztliche Hilfe. Seperatum: „Prager Medizinische Wochenschrift“. Aussig 1911

diejenigen, welche die Schädigung der Ärzte durch die Krankenkassen als gegeben erachteten, nicht unfehlbar in ihrem Urteil seien.¹⁵⁹

Verlorengegangene, früher zahlende Privatpatienten würden allerdings einen großen Schaden für die Einkommensverhältnisse der Ärzte repräsentieren.¹⁶⁰

Um das Jahr 1900 bestanden in Wien 103 Krankenkassen mit 538.128 Mitgliedern. Gemessen an der Einwohnerzahl der Stadt von 1.744.177 waren somit 30,8% sozialversichert (siehe unten stehende Tabelle)¹⁶¹

Verwaltungsgebiet	Zahl der Kassen	Durchschnittliche Zahl der Mitglieder	Einwohnerzahl 1900	Von 100 Einwohnern sind bei Krankenk. versichert
Wien	103	538.128	1.744.177	30,8
Niederösterreich exkl. Wien	181	167.109	1.425.970	11,7
Oberösterreich	200	93.563	812.297	11,5
Salzburg	51	20.787	193.678	13,3
Steiermark	114	141.600	1.362.688	10,4
Kärnten	40	47.939	367.938	12,8
Krain	45	31.172	509.043	6,1
Küstenland	50	96.852	761.826	12,9
Tirol	166	100.703	983.337	11,3
Böhmen	1.221	827.762	6.326.855	13,0
Mähren	405	282.086	2.441.150	11,9
Schlesien	157	92.427	681.771	13,5
Galizien	144	156.285	7.324.883	2,1
Bukowina	17	19.244	735.123	2,6
Dalmatien	9	9.982	593.784	1,7
Betriebskrankenkasse d. Eisenb. u. Dampfschiff-fahrtsunternehmungen	31	214.515	---	---
	2.934	2.844.245	26.264.520	---

Tab. 6 Verteilung der Krankenkassen auf die einzelnen Kronländer 1900

¹⁵⁹ Grün, Heinrich: Die Grundlagen des ärztlichen Berufes. Vorschläge betreffs Neugestaltung des gesamten Sanitätswesens. Wien-Leipzig 1912. S.35

¹⁶⁰ ebda, S.34

¹⁶¹ ebda, S.32

Durch die Ausdehnung der Krankenversicherung auf weite Bevölkerungskreise in den Jahren 1890 bis etwa 1906 wurde der Kassenarzt zu einer zunehmend bestimmenden Disziplin der Ärzteschaft¹⁶². Die Zahl der Versicherten nahm in Österreich im 1890 von 1,548.825 auf 2,946.668 im Jahre 1906 zu und die Anzahl der Krankenversicherten, gemessen an der Gesamtbevölkerung, betrug im Jahre 1904 etwa 10% der Bevölkerung.¹⁶³

Der gestiegene fachliche Wissenstand des ausgebildeten Arztes dürfte bei der unterprivilegierten Bevölkerung kaum Auswirkungen im Sinne einer verstärkten Anerkennung der ärztlichen Kunst gehabt haben.

So wird in einer ärztlichen Zeitung beklagt: Der Kranke ginge nicht deshalb zum approbierten Arzt, weil er ihn für entscheidend kompetenter hielte, sondern weil er nur dann in den Genuss der Kassenleistung käme, wenn er im Krankheitsfall den zuständigen Arzt aufsuche.

„So leidenschaftlich ist das Begehren nach dem Cassenarzt und doch steht derselbe bei den Mitgliedern in sehr schlechtem wissenschaftlichem Ansehen. Das leidenschaftliche Begehren entspricht oft nur dem Bedürfnis nach dem Bezug des Krankengeldes“.¹⁶⁴

Im Laufe der Jahre nahm die Autorität der Ärzteschaft durch den obligatorischen Charakter der Krankenversicherung zwar langsam, aber stetig zu und der Arzt konnte von den Versicherten nicht mehr umgangen werden. Auch wurden die Patienten von Seiten der Krankenkassen eindeutig darauf hingewiesen, sich den Anordnungen des Kassenarztes zu fügen, anderenfalls hätte dies die Einstellung weiterer Leistungen der Kasse zur Folge.

In der Kassenpraxis dominierte die Sprechstundenpraxis und dort konnte der Mediziner in seiner eigenen Umgebung freier agieren als im Hause des Patienten, wo er unter der Beobachtung der Anwesenden stand. Ein Hausbesuch hing wohl

¹⁶² ebda, S. 34

¹⁶³ ebda, S.32

¹⁶⁴ Gruß, Adolf: Über den Ärztestand. Wien 1897, S.38

meist von der Schwere der Erkrankung, möglicherweise aber auch vom sozialen Status der Patienten ab.

Durch die Einführung der Kassenpraxen änderten sich die Anforderungen an den Arzt ganz entscheidend: Jetzt war er nicht mehr der persönliche Berater und Betreuer im bürgerlichen Haushalt, der in Ruhe auf den Patienten eingehen konnte, sondern er hatte in rascher Folge viele Patienten in fast anonymer, etwas unpersönlicher Art zu behandeln. Die Folge war eine meist rasche Abfertigung während den Ordinationszeiten – was im Übrigen bis heute Unzufriedenheit schafft.

Die Kassenärzte erhielten die Anweisung, im Umgang mit dem Patienten dahingehend vorsichtig zu sein und Bedacht darauf zu nehmen, um vorgetäuschten Krankheiten und Simulanten entgegen zu wirken. Der Arzt hatte den Auftrag, im Interesse der Kasse Simulanten zu entlarven, was naturgemäß das Verhältnis zwischen Patienten und Arzt belastete.

„Soviel ist sicher, dass die Cassenmitglieder den Cassenarzt nicht als ihren Freund, sondern als ihren Feind betrachten, der nur darauf ausgeht, ihnen das Krankengeld zu entziehen, sie betrachten ihn als Spion der Cassenleitung.“¹⁶⁵

Auch wurde die Tätigkeit des Kassenarztes durch die öffentliche Meinung dahingehend belastet, dass der Kassenarzt ein Mediziner von zweiter Qualität und Güte sei. Dieser Ruf kam durch die zwangweise verursachte rasche Arbeitsweise in den überlasteten Massenordinationen zustande, was den Begriff von „Massenabfertigungen“ hervorbrachte.

Die Kassen garantierten ihren Kassenangehörigen die kostenlose ärztliche Behandlung und dies brachte für die Ärzte erstmals die Gewähr, auch für die Behandlung der unteren Bevölkerungsschichten sicher – wenngleich auch mäßig – honoriert zu werden.

Bald kam es auch zu Auseinandersetzungen über die Höhe und Art der Bezahlung der Mediziner. Vertreter der Kassen argumentierten, dass die Ärzte vor der

¹⁶⁵ ebda, S. 39

Einführung der Krankenversicherung in der Arbeiterschaft zweifelsfrei auch Patienten hatten, nunmehr aber jedoch reichlich mehr Honorar durch die Kassen erhielten.

Wiederholt wurde der Wunsch vieler Ärzte nach der Bezahlung von Einzelleistungen erhoben, während die Kassen, insbesondere die großen Institute, in der Regel pauschal ein jährliches Fixum auszahlten.

Hinter der Forderung nach Einzelleistungsvergütung stand das standespolitische Anliegen, sich nicht unter dem Wert verkaufen zu müssen und viele Ärzte führten neben der Kassenpraxis ihre Privatpraxis weiter. Oft hatten Mediziner mit mehreren Kassen Verträge abgeschlossen und mit diesen Pauschalen einen sicheren und willkommenen Verdienst geschaffen.

Öfters kam es dazu, dass sich für eine Kassenstelle mehrere Bewerber meldeten und in der Folge daraus unstandesgemäße Honorarunterbietungen resultierten: „Bald stellt sich bei der Cassenarztstelle ein Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage ein, das dem System der Unterbietung Thür und Thor eröffnet.“¹⁶⁶

Die Einführung des Kassensystems und die um die Jahrhundertwende einsetzende „Überfüllung“ des Ärztestandes bedeuteten eine mehrschichtige Belastung für den Berufsstand.

Die gesetzliche Krankenversicherung galt im Allgemeinen als Beginn eines neuartigen Umganges mit der Volksgesundheit, als ein Markstein des Sozialstandes mit deutlichen Verbesserungen der Lebensbedingungen für die Bevölkerung: Schutz im Erkrankungsfall und bei Unfällen. Erst seither besteht für breite Populationen die Möglichkeit des qualifizierten Schutzes ihrer Gesundheit durch eine reguläre ärztliche Versorgung. Die Sichtweise, dass „ärztliche Leistung zu den unentbehrlichen Bedürfnissen der menschlichen Existenz gehört“¹⁶⁷, ist seither auch für die Unterschichten Doktrin und verbindliche Praxis.

Es war nun weiten Schichten der Bevölkerung gegeben, dass die wichtigsten Lebensrisiken versichert waren: Riesensummen für Krankheiten und Verletzungen sowie Beträge für prophylaktische Zwecke wurden aufgewendet, mit dem Resultat,

¹⁶⁶ Buchbinder, Leopold: Über das Krankenkassenwesen. Ein Vortrag gehalten in der Wanderversammlung des Vereines der Ärzte in Troppau zu Teschen. Wien-Leipzig-Teschen 1896, S.26

¹⁶⁷ Wengler, Josef: Das unsoziale der gegenwärtigen Ärztebewegungen. Preußische Jahrbücher 135, 1909 S.444

dass die Volksgesundheit vorher nie bekannte Fortschritte machte. Es gab aber auch Stimmen, die bald auf das Missverhältnis zwischen den hohen Ausgaben und den Gesundheitsverhältnissen der Bevölkerung hinwiesen.

Nach Landmann wäre zwar die Krankenversicherung eingerichtet, jedoch damit keine Versicherung zur Gesundheitspflege eingehandelt worden. Es würden zwar die Folgen von Erkrankungen behandelt, es würde aber nicht ausreichend prophylaktische Gesundheitspolitik betrieben werden.¹⁶⁸

Für die Ärzte bedeutete die gesetzliche Krankenversicherung eine finanzielle und statuspolitische Sicherheit, allerdings brachte sie auch völlig neue Anforderungen, die dem Privaten Arzt oft als Zumutungen erschienen. Der Kassenarzt wurde zu einer öffentlichen Einrichtung, die soziale Nützlichkeit seiner Ansichten und Maßnahmen waren ab sofort gesetzlich bestätigt, das war ein unerhörter Erfolg und auch wirksam im Sinne der Professionalisierung. Dennoch erscheint der organisierten Ärzteschaft um 1900 die Versicherung als eine Bedrohung. Sie sei jetzt, einerseits wegen der Überfüllung des Standes aber auch durch die nach wie vor florierende Kurpfuscherei genötigt und aus Existenzgründen oft darauf angewiesen, Kassenverträge auch unter ungünstigen Bedingungen zu übernehmen. Die Kassenpraxis zwinge dem Arzt oftmals unwürdige, ja beschämende Verhältnisse auf, sowohl was die Bezahlung betreffe, als auch die Handlungsfreiheit bei der Arbeit. Die Krankenkassen versicherten zunehmend einen steigenden Anteil in der Gesamtbevölkerung und bildeten Organisationspotentiale, die zu Verunsicherungen bei den Medizinern führten, solange diese nicht auch ihre eigenen Interessen in gut funktionierenden Vertretungen verankert wussten.

¹⁶⁸ Landmann, Friedrich: Die Lösung der Kassenarzfrage. Elberfeld 1898 S. 22

ÄRZTEVEREINE, ÄRZTEKAMMERN

Der Beginn der ärztlichen Standesvertretung fiel mit dem Wunsch nach einer „Vereinheitlichung“ des Standes sowohl durch die Schaffung von eindeutigen, akademischen Ausbildungskriterien als auch durch die Forderungen nach Erneuerungen der Sanitätsgesetzgebung zusammen.

Es war ein vorrangiges Ziel der akademischen Ärzteschaft, ein Monopol für medizinische Fragen zu erlangen, was mit einer gleichzeitigen Verdrängung der nichtakademischen Heiler verbunden war. Schließlich wollten die Ärzte sozialmedizinische Ideen nicht länger als Einzelpersonen und Einzelexistenzen, sondern vielmehr als ein einheitlicher Stand verwirklichen.¹⁶⁹ Reformvorschläge für die längst überfällige Modernisierung der Sanitätsgesetzgebung und Verwaltung dienten zu einer Aufwertung der Medizin und der Ärzteschaft im gesellschaftlichen Bewusstsein.

Die Reform der österreichischen Sanitätsverwaltung war den Medizinern – längst überfällig – im Jahre 1848 neben der akademischen Standardisierung des Standes und der Änderung der Studienbestimmungen ein großes Anliegen im Zusammenhang mit den professionspolitischen Bestrebungen, da man sich eine neue Definition der Stellung der Ärzte im staatlichen Gebilde erhoffte.

Die Impulse der fehlgeschlagenen Revolution von 1848 erlahmten in Österreich bald zu Gunsten konservativer Kräfte und das provisorische Sanitätsgesetz von 1850 gilt als Ausdruck des neoabsolutistischen Bestrebens, den Zentralismus aufrecht zu erhalten. Damit übernahm der Staat die Obergewalt über das öffentliche

¹⁶⁹ Göckenjan, Gerd: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/Main 1985 S.281

Medizinalwesen, während weiterhin den Ärzten als medizinischen Experten keine Kontrollfunktionen zugestanden wurden.¹⁷⁰

Diese provisorischen Organisationsbestimmungen von 1850 traten tatsächlich nie in Kraft, die ersten Reformansätze zur Regelung des Sanitätswesens in der neoabsolutistischen Ära waren zum Erliegen gekommen. Damit kam auch eine erste Standesbewegung zum Stillstand, die das Ziel hatte, den Arzt zum berufenen Gesundheitsverwalter zu machen.

Mit dem Sanitätsgesetz vom 20. April 1870 trat eine neue einheitliche, von oben gelenkte Sanitätsgesetzgebung in Kraft, die Sanitätsverwaltung wurde neu geregelt, das österreichische Sanitätswesen auf eine neue Grundlage gestellt, denn bis dahin gab es keinen obersten Sanitätsrat und auch keinen Landessanitätsrat. Für das Zustandekommen des Sanitätsgesetzes 1870 haben Aktivitäten der Gesellschaft der Ärzte in Wien sowie die beiden Ärzte Mundy und Schauenstein wesentlich beigetragen.¹⁷¹ Durch dieses Gesetz wurde das österreichische Sanitätswesen endlich auf eine neue und zeitgerechte Grundlage gestellt.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts konnte die Ärzteschaft ihre gesellschaftliche Stellung steigern und sichern. Dies geschah einerseits durch die Fortschritte der Medizin in der Diagnostik und der Therapie, aber auch durch die Einführung der Krankenversicherung, durch welche die gesundheitspolitische Bedeutung des Arztes eindeutig definiert und legitimiert wurde. Damit rückten auch die wirtschaftlichen und beruflichen Interessen des gesamten Standes in das Zentrum des standespolitischen Engagements.¹⁷²

Es änderten sich die standespolitischen Ziele: Bei der nun einsetzenden Standesbewegung traten die sozialpolitischen Anliegen in den Hintergrund und die Mediziner konzentrierten sich auf die wirtschaftlichen Ziele des Standes, was sehr

¹⁷⁰ Burg, Thomas: Sieches Volk macht siechen Staat. Aspekte professionspolitischer Strategien der Ärzteschaft Österreichs im Vorfeld der Neuformulierung der Medizinalgesetzgebung von 1870. Dipl. phil. 1992 S. 54

¹⁷¹ Schauenstein, Adolf: Handbuch der öffentlichen Gesundheitspflege in Österreich. Wien 1863, S.675

¹⁷² Göckenjan, Gerd: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/Main 1985, S.339

bald zu Auseinandersetzungen zwischen Kassenärzten und Privatärzten, aber auch zwischen Privatärzten und beamteten Ärzten führte.

Die Probleme, die sich aus der Konkurrenz der Ärzte ergaben, waren nicht so dringende, solange die Zahl der Mediziner knapp war und die Ärzte vorwiegend mit einer kleinen Zahl wohlhabender Patienten zu tun hatten. Mit dem Entstehen des industriellen Kapitalismus, mit dem Aufbau der Krankenkassen nahm die Zahl der Ärzte und der Patienten zu, während die Zahl der wenigen Wohlhabenden eher abnahm.

Die Konkurrenz zwischen den Ärzten sowie zwischen Ärzten und Quacksalbern begann für den Beruf zum Problem zu werden und das Niveau abzusenken. Die Mediziner kamen zunehmend zur Ansicht, dass sie nur durch umfassende Berufsorganisationen ihre Konkurrenz innerhalb vernünftiger Grenzen gestalten und den Standard halten könnten, welche die Hilfe des Staates gegen die Quacksalber rechtfertigen würde.

Diese Aufgabe sollten große und schlagfertige Standesorganisationen übernehmen.¹⁷³

Durch die zunehmende Konkurrenzsituation ergab sich die Notwendigkeit einer „von oben“ gelenkten, inneren Neutralisierung des Ärztestandes, da sich innerhalb der einheitlichen akademischen Ärzteschaft eindeutige Status- und Interessengegensätze entwickelten.

Die Mediziner sahen die Aufgabe der gewünschten Standesvertretung in mehrfacher Richtung: Zunächst sollten die durch die soziale Gesetzgebung neu geschaffene Gruppe der Kassenärzte, weiters die durch die Fortschritte der Wissenschaft etablierte Gruppierung der Spezialärzte und schließlich auch die anwachsende Gattung der Spitalsärzte zusammengefasst und schließlich auch die Gegensätze zu den Haus- und Landärzten ausgeglichen werden.

Zum Hauptziel des projektierten jungen Einheitsstandes wurde die Forderung nach einer gesetzlichen Standesvertretung, nach einer „Assoziation“, welche die professionelle Autonomie gegenüber der Gesellschaft aufzubauen hatte. Bis in das Jahr 1873 war die Medizinische Universität in Wien sowohl Lehrinstitut als auch

¹⁷³ Ackerknecht, Erwin: Kurze Geschichte der Medizin. Stuttgart 1967, S. 89

gesetzliche Standesorganisation der Ärzte, was zu einer unhaltbaren Situation geworden war.

Diese Doppelfunktion der Medizinischen Fakultät entsprach der Organisation der Zünfte aus dem Mittelalter. Der Fakultät fiel somit die Aufgabe zu, sowohl die beruflichen als auch die wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder zu schützen und nach außen zu vertreten.¹⁷⁴

Das Sanitätsnormativ vom 1770 galt über lange Zeit als die gesetzliche Grundlage für sämtliche Berufsrechte und -pflichten der Ärzte. Es erlaubte keine Proklamation von Standesinteressen oder gar eine Mitsprache in der öffentlichen Gesundheitspflege.¹⁷⁵

Eine eigene Standesvertretung sollte nun in Zukunft den Ärzten die Möglichkeit geben, sich im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen aus der staatlichen Kontrolle zu befreien.

Eine formale Organisation sollte einerseits die Kontrolle über die Mitglieder der Berufsgruppe ermöglichen, andererseits aber auch die Interessen der Gruppe gegenüber dem Rest der Gesellschaft erklären und entsprechend durchsetzen. So entwickelte sich die Erkenntnis, dass berufspolitische Forderungen an den Gesetzgeber erst durch eine gesetzlich gegebene Ärztevertretung das nötige Gewicht erhalten könnten.

Auch sollte eine eigene ärztliche Standesordnung die Kontrolle über die Berufsmitglieder intern regeln und die Installation von Ehrengerichten den Ärztekammern eine vom Staat weitgehend unabhängige, berufsinterne Disziplinargewalt geben.

Erst mit dem Gesetz vom 27. April 1873 über die Organisation der Universitätsbehörden wurde die bis dahin bestehende Einheit von Lehrenden und praktizierenden Ärzten aufgegeben, nachdem bereits 1849 eine provisorische Trennung in ein Professoren- und Dokorenkollegium erfolgt war.¹⁷⁶ Mit dem Gesetz

¹⁷⁴ Lesky, Erna: Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Graz 1965, S. 45

¹⁷⁵ Josef, Gerhard: 100 Jahre Ärztekammer. Österreichische Ärztezeitung, Sonderheft vom 14.11.1991. S.12

¹⁷⁶ ebda, S.14

der Universitätsbehörden vom April 1873 hörte das Doktorenkollegium von Wien mit etwa 670 Mitgliedern auf, Teil der Fakultät zu sein (es verblieb das Professorenkollegium) und sollte auf vereinsmäßiger Basis weiter bestehen.

Damit war das letzte Band zerrissen, das Hochschule und Absolventen über Jahrhunderte eng verbunden hatte. Im Juli 1874 konstituierte sich das Wiener Medizinische Doktorenkollegium („Wiener Medizinisches Doktorenkollegium“) auf neuer Basis. Allerdings sank es damit zum Status eines Vereines ab und verlor seinen Einfluss auf öffentliche Sanitätsangelegenheiten und das Gesundheitswesen. Das einstmals „mächtige“ Doktorenkollegium war als Standesvertretung entmachtet worden.¹⁷⁷

Es fehlte somit den frei praktizierenden Ärzten eine gesetzliche standespolitische Vertretung, ohne die eine Durchsetzung berufspolitischer Forderungen unmöglich war.

Allerdings war im Jahre 1837 – worauf bereits hingewiesen worden ist – eine Ärztevereinigung geschaffen worden, die außerhalb der Fakultät stand. Die private „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ verfolgte wissenschaftliche Ziele, um die Heilkunde als Kunst und Wissenschaft zu fördern. Die Gesellschaft galt auch als das „Sanitäre Gewissen der Stadt“, die, nachdem die Medizinalreformbewegung nach der provisorischen Gesetzgebung von 1850 wieder zum Erliegen gekommen war, sich wiederholt und nachhaltigst zu Fragen betreffend die Hygiene und Sozialmedizin in der Stadt Wien zu Wort gemeldet hat, bzw. kämpferisch aufgetreten war. Diese private „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ war demnach eine Institution, welche die Mitwirkung der Ärzte an gesundheitspolitischen Fragen und der Stadtassanierung für relevant erklärt hatte und somit die soziale Nützlichkeit der Medizin auch unter Beweis stellte.

Während sich also die Gesellschaft der Ärzte zusammen mit der aufblühenden Fakultät mit Erfolg ihrer Arbeit widmete, fehlte immer mehr die standespolitische Vertretung der frei praktizierenden Ärzte, ohne die eine Durchsetzung ihrer Forderungen unmöglich war.

Einen standespolitischen Rückhalt versuchten die nach dem Vereinspatent 1852 zahlreich gegründeten Ärztevereine zu geben.

¹⁷⁷ ebda, S.15

Diese Vereine machten in „Mitteilungen“ auf berufspolitische Probleme aufmerksam und versuchten, die Ärzte zu einer standespolitischen Bewegung zu animieren. Die Vereine waren zunächst reichlich uneinheitlich und agierten auf lokaler Ebene. Um die Interessen der Ärzte geschlossen und kollektiv vertreten zu können, konstituierte sich 1878 der künftig als Dachverband der Ärztevereine agierende „Österreichische Ärztevereinsverband“.¹⁷⁸

Die Ärztevereine fungierten in örtlich begrenzten Bereichen und bei den in 2-jährigen Abständen stattfindenden Ärztevereinstagen kamen die Vertreter der Vereine zu berufsorganisatorischen Diskussionen zusammen. Die Wiener Vereine führten Vereinslokale, Lesezimmer mit umfangreicher Bibliothek und hatten einen eigenen „Ehrenrath“. Die einzelnen Vereine beschlossen wiederholt Forderungen nach einer gesetzlichen Standesvertretung. Dabei galten Standesvertretungen anderer Berufe als Vorbilder, gab es doch seit Beginn des 19. Jahrhunderts bereits Handels- und Gewerbekammern und seit dem Jahr 1849 eine Advokatenkammer.

Ziel des Ärztevereinverbandes war die Errichtung von Ärztekammern und bereits bei der 1. Vereinstagung wurde der Beschluss gefasst, eine Petition an die kaiserliche Regierung zur Schaffung einer organisierten ärztlichen Standesvertretung zu richten.¹⁷⁹

Auch innerhalb der eigenen Reihen galt es, einen Widerstand zu überwinden, insofern als sich Kollegen gegen eine Zwangsmitgliedschaft, gegen die Einbeziehung der Wundärzte wehrten, aber auch das Wiener Dokorenkollegium, das sich als einzig legale Nachfolgeinstitution der Fakultät ansah, bereitete Schwierigkeiten bei den Bestrebungen, Ärztekammern einzurichten.¹⁸⁰

Nach der Einführung der Arbeiterkrankenversicherung im Jahre 1888 wurden die Forderungen der Ärzte zunehmend stärker, der Ruf nach der Gründung von Ärztekammern galt nunmehr als eine zwingende Forderung nach einer Gesetzgebung des Staates.

¹⁷⁸ Der Österreichische Ärztevereinsverband. Wien 1909, S.1

¹⁷⁹ Meissel, Franz: Arzt in der Zeit. Graz 1973, S.65

¹⁸⁰ Josef, Gerhard: 100 Jahre Ärztekammer. Österr. Ärztezeitung 1991, S.17

Im Jahre 1873 begann also ein 18 Jahre dauerndes, langes Bemühen um eine Standesvertretung der Mediziner. Im September 1873 konnte auf dem „I. Österreichischen Ärzte-Vereinstag“ eine Petition an das Abgeordnetenhaus gerichtet werden, in der das Recht zur Bildung eigener Körperschaften gefordert wurde, welche der Vertretung ihrer Standesinteressen zu dienen habe und ihnen die Teilnahme an der Gestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege ermöglichen sollte. Diese Petition scheiterte ebenso wie zwei nachfolgende, eine im Juli 1876, ebenso wie eine anlässlich des „III. Ärzte - Vereinstages“ im Jahre 1878. Die offiziellen Stellen waren gegen die Schaffung von Ärztekammern, weil diese Kompetenzschwierigkeiten gegenüber den zuständigen Sanitätsbehörden und bei der Ausübung eines Disziplinarrechtes gegenüber den ordentlichen Gerichten hervorrufen könnten.

Die weit überwiegende Majorität der Ärzte war von dem Wunsch nach einer gesetzlichen Standesvertretung erfüllt und Widerstand kam nur vom unbedeutend gewordenen Wiener Medizinischen Doktorenkollegium, welches sich an die alte traditionelle Stellung, die es einstmals eingenommen hatte, klammerte.¹⁸¹

Wiederholt stand die Vorlage des Ärztekammergesetzes auf der Tagesordnung des Abgeordnetenhauses, wurde aber auch immer wieder abgesetzt, da das Haus für die Wünsche der Ärzte keine Zeit erübrigen wollte. Deshalb fasste der „VII. Ärztevereinstag“ im Jahre 1886 den Beschluss, die Petition zu erneuern, die schließlich auch angenommen und an den Sanitätsausschuss weitergeleitet wurde.

In den Beratungen des Ausschusses erkannte man die Bedeutung von Ärztekammern für die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege zwar prinzipiell an, war jedoch noch immer nicht bereit, einer Berechtigung bei der Mitwirkung an öffentlichen Sanitätsangelegenheiten beizupflichten, darüber hinaus der Ausübung einer Disziplinalgewalt durch die Kammern zuzustimmen. Schließlich kam es zu einer Änderung des Gesetzentwurfes, die darin bestand, auf die Disziplinalgewalt zu verzichten und für Streitigkeiten, Beschwerden und Anklagen der Ärzte die Bildung eines Ehrenrates der Kammern zu beantragen. Dies führte nun auch zur Änderung des Gesetzentwurfes und damit verlor der Großteil der Gegner im Abgeordnetenhaus die Grundlage zur Bekämpfung des Projekts. Auch das Wiener

¹⁸¹ Josef, Gerhard: Wie entstanden die Ärztekammern in Österreich? Österreichische Ärztezeitung 1960, S.562

Medizinische Doktorenkollegium, ein Hauptgegner, erklärte nun mit Stimmeneinhelligkeit, sich im Prinzip der Forderung auf Errichtung von Ärztekammern anzuschließen.

Am 25. November 1891 wurde der Gesetzentwurf in einer Sitzung des Herrenhauses in Beratung gezogen, in welcher Theodor Billroth ein Plädoyer für die Errichtung von Ärztekammern hielt:

„Ich denke doch, dass ein Stand, in welchem ein so ideales Streben herrscht, wohl der Förderung und Unterstützung von Seiten des Staates wert ist. Ich wiederhole nur, dass ich die Errichtung von Ärztekammern nicht nur im Interesse des Staates, sondern auch im Interesse des ärztlichen Standes für hoch wichtig halte.“¹⁸²

Am 22. Dezember 1891 wurde das Gesetz betreffend die Errichtung von Ärztekammern angenommen. Das Gesetz vom 22.12.1891, RGBI 6 ex 1892 begründete die Institution der Ärztekammern, welche das Gedeihen und die Würde des ärztlichen Standes im Interesse der Heilpflege zu fördern berufen sind.¹⁸³

Nach Veröffentlichung der Statthaltereiorordnung vom 30. November 1893 konnten sich in den einzelnen Ländern Ärztekammern konstituieren und die Wiener Ärztekammer etablierte sich am 30. Mai 1894, nachdem zuvor die erste Ärztekammerwahl am 7. Mai abgehalten worden war.¹⁸⁴

Die Ärztevereine blieben nach der Gründung der Ärztekammern noch mittelfristig weiter bestehen und es entwickelte sich wiederholt eine Konkurrenzsituation zu den Kammern. Dabei spielten die Ärztevereine zunächst die dominierende Rolle und die Ärztekammern wurden in den ersten Jahren ihres Bestehens von den Ärztevereinen immer wieder wegen ihrer Inkompetenz angegriffen.

So kritisierte Adolf Grus, Obmann des Wiener Ärztevereines, noch im Jahre 1897 geringschätzig die Tätigkeit der Ärztekammer in seiner Broschüre „Über der Ärztestand“ in folgender Weise: „Zieht man die Bilanz der bisherigen erfolgreichen

¹⁸² Billroth, Theodor: Arzt, Staat und Publicum. Wiener Klinische Wochenschrift, 1891, S. 922

¹⁸³ Kusy, Emanuel, Ritter v.: Entwicklung des öffentlichen Sanitätswesens in Österreich von 1883 – 1893. Wien 1894 S.35

¹⁸⁴ Josef, Gerhard: 100 Jahre Ärztekammer. Österr. Ärztezeitung 1991, S. 33

Leistungen unserer Kammer, so findet man, dass sich ihre Tätigkeit so ziemlich auf die Auflage der Kammerbeiträge und deren Eintreibung beschränkt“.¹⁸⁵

Ein Teil der Ärzteschaft sah sich vor allem in den wirtschaftlichen Interessen durch die Kammer schlecht vertreten: Die für den ärztlichen Stand ungünstige Stellung zu den Krankenkassen, die „Medizinerschwemme“ und die schlechte Lage der Gemeinde- und Distriktsärzte, führten zu einer Unzufriedenheit, der die Ärztekammer anfangs nur schwer entgegen konnte.¹⁸⁶

Den Kammern wurden auch eine mangelnde Initiative in Disziplinarverfahren angelastet, ebenso eine fehlende Einflussnahme auf die Frage des Überflusses von Ärzten in den Städten, dem ein Mangel in den Provinzen gravierend gegenüber stand. Diesen Zustand wäre am besten durch die Einführung eines Numerus clausus zu begegnen, meinten viele Mediziner und ein solcher müsste von Seiten der Kammern auch zu erreichen sein.¹⁸⁷

Nach 10-jährigem Bestehen gab die Ärztekammer eine Broschüre heraus, die einen kritischen Rückblick über „Das erste Dezennium der Ärztekammer in Österreich“ lieferte. Darin wurden die Ursachen für die wenig positiv aufgenommenen Resultate der Arbeit der Ärztekammern untersucht und angeführt: „...nicht an den Ärztekammern, sondern zwei außerhalb der Kammern und deren Einfluss stehenden Faktoren, das liegt erstens an den Mängeln des Ärztekammergesetzes und zweitens an dem geringen Interesse und Wohlwollen der Regierung den Ärztekammern gegenüber“.¹⁸⁸ Das wurde eine Rechtfertigung der Kammern gegenüber der Unzufriedenheit des Ärztstandes und dabei wurden sämtliche Eingaben an die Regierung angeführt und auf deren Nichterledigung seitens der Behörde hingewiesen. Die unbefriedigende Situation von mangelnden Kompetenzen seitens der Kammern in wirtschaftlichen Fragen veranlasste die Ärzte zur Eigeninitiative und zur neuerlichen Gründung von eigenen Vereinen mit dem speziellen Zweck, sich ausschließlich wirtschaftlichen Problemen zu stellen.¹⁸⁹

¹⁸⁵ Gruß, Adolf: Über den Ärztstand. Wien 1897, S.79

¹⁸⁶ Josef, Gerhard: 100 Jahre Ärztekammer; Österr. Ärztezeitung 1991, S. S.36

¹⁸⁷ Gruß, Adolf: Über den Ärztstand. Wien 1897, S.88ff

¹⁸⁸ Das Erste Dezennium der Ärztekammern in Österreich. Ein kritischer Rückblick erstattet über Auftrag des VIII. Österr. Ärztekammertages. Wien 1905, S.33

¹⁸⁹ Josef, Gerhard: 100 Jahre Ärztekammer; Österr. Ärztezeitung 1991, S. 37ff

Als bedeutendste Organisation dieser Art ist die 1906 gegründete „Wirtschaftliche Organisation der Ärzte Wiens“ zu nennen, die gewissermaßen als ärztliche Gewerkschaft, als „Schutz- und Trutzbündnis“ geführt wurde.

Der Österreichische Ärztevereinsverband zog sich im Verlauf der folgenden Jahre von berufspolitischen Fragen vollständig zurück und beschränkte seine Aktivitäten auf den Ausbau caritativer Tätigkeiten.¹⁹⁰

Die über Jahre anhaltende ablehnende Haltung der Behörden, das Aufblühen der Krankenkassen, das Fehlen von Wohlfahrtseinrichtungen, ebenso die Überfüllung des Ärztestandes in dieser Zeit waren maßgeblich verantwortlich für die weite Unzufriedenheit innerhalb der Ärzteschaft mit der Tätigkeit der Kammern in den ersten Jahren ihres Bestehens. Trotz aller Schwierigkeiten waren die Kammerfunktionäre bestrebt, dem trockenen Gesetzeswort Leben einzuhauchen und mit Unterstützung der berufenen Behörden ärztliche Standesfragen einer Lösung zuzuführen, was auch trotz wiederholten Krisensituationen allmählich und schrittweise gelang.

¹⁹⁰ Der Österreichische Ärztevereinsverband. Wien 1909, S. 52

VERSTAATLICHUNG DES ÄRZTESTANDES?

Um die Jahrhundertwende nahm bei den Ärzten die Reihe der Unzufriedenen rasch zu, ein Notstand unter den Mediziner war in dieser Zeit nicht selten, das erworbene Doktordiplom hatte aufgehört, eine Gewähr für einen den Lebensunterhalt sichernden Erwerb zu bieten.

So entstand vieler Orts der Ruf nach dem Staat, der die Pflicht und auch die Macht hätte, die Not zu steuern, so auch die Misere des ärztlichen Standes zu beseitigen und dies mit dem Mittel der Verstaatlichung des ärztlichen Standes.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts gab es unter den Mediziner Gruppierungen, für die nicht die berufliche Autonomie oder die weitgehende Unabhängigkeit von staatlicher Kontrolle die leitende Idee war, sondern es war der Ruf nach einer verstärkten Bindung der ärztlichen Tätigkeit an den Staat.

Zugrunde dieser Überlegungen lagen die Vorstellungen, dass eine staatliche Sicherung die großen wirtschaftlichen Probleme vieler Ärzte in diesen Tagen beheben könnte.

In der „Ärztlichen Standeszeitung“ vom 1. Jänner 1903, die sich als „Central- Organ für die gesamten Interessen der Ärzte in Österreich“ darstellte, wird von Berthold Glattauer auf das wirtschaftliche Elend vieler Ärzte hingewiesen. Hier wird verlangt, dass die Öffentlichkeit, die den Lehrern, Beamten und Arbeitern bessere Arbeitsbedingungen schafft „nicht ruhig zusieht, dass ein Gebildeter und der Humanität dienender Stand einem unrühmlichen Elend verfällt“.¹⁹¹

Als Ursache für die prekären Situation der Mediziner wurde dabei angeführt: Die in den vergangenen Jahren stark gestiegene Zahl der tätigen Sanitätspersonen, verbunden mit einer weiterhin bestehenden Überproduktion von jungen Ärzten mit schlechten Berufsaussichten, überdies eine Konzentration von Mediziner in den Städten.

¹⁹¹ Glattauer, Berthold: Wohin? Ärztliche Standeszeitung 1903, 1, S.1

Auch wurde beklagt, dass alle sozialpolitischen Reformen zu Gunsten anderer Berufsklassen auf Kosten der Ärzteschaft zustande kämen. Wenn der Staat mit vollem Recht den wirtschaftlich Schwachen die Erlangung ärztlicher Hilfe ermögliche, so müsse er andererseits den Ärzten, zu deren Schaden diese Vorteile geschaffen wurden, einen ausreichenden Ersatz bieten. Weiters wird dahin argumentiert, dass der Staat vielmehr verpflichtet sei, auch für die Ärzte zu sorgen, dass sie nicht Bürger zweiter Klasse seien. Hier wurde auch eine obligatorische Alters- und Invalidenversicherung sowie die Senkung der „unerschwinglichen“ Steuern erwartet und schließlich auch ein wirksamer Schutz gegen das ausufernde Problem der vielen unbefähigten und unbefugten Kurpfuscher gefordert.

In der innerhalb der Ärzteschaft äußerst lebhaft geführten Diskussion tritt der Mediziner Michael Urban dafür ein, dass alle Ärzte gerechterweise Staatsbeamte werden sollten, da alle für die Erhaltung des staatlichen Hauptkapitals, der Gesundheit der Bürger tätig seien. Der Arzt habe zwar die Verpflichtungen und Lasten eines Staatsbeamten, allerdings ohne dessen Rechte und Vorzüge, ohne dessen Bezahlung und Pension.¹⁹²

Differenzierter tritt Berthold Glattauer für die Verstaatlichung der kassenärztlichen Praxen ein, indem er meint, dass damit die Ärzte als Beamte die notwendige Autorität hätten, für die Abstellung sanitärer Übelstände einzutreten. Sie würden durch die Kontrolle der sozialen Hygiene die Kosten, die sie dem Staat verursachen, zu Nutzen des Gemeinwesens vielfach hereinbringen. Den beamteten Arzt würde die Bevölkerung anders entgegentreten als den Ärzten zurzeit, schon aus der Furcht heraus, allenfalls eine Amtsehrenbeleidigung zu begehen. Konkret meint Glattauer: „Es wird die Zeit kommen, wo die Verstaatlichung zur Tat werden wird. Die leitenden ärztlichen Kreise von heute sind noch allzu sehr in Konservatismus eingesponnen, als dass sie sich für eine sozialistisch scheinende Idee begeistern könnten“.¹⁹³

Der Arzt Siegfried Rosenfeld plädierte in der Zeitung „Neue Revue“ für die Verstaatlichung des Ärztstandes und meinte, dass das Einkommen der Ärzte sich von Jahr zu Jahr verschlechtere, da alle Bedarfsgegenstände eine stetige Preissteigerung erfahren hätten, während das Honorar für eine ärztliche Visite gleich geblieben sei. Das ärztliche Einkommen hätte durch das

¹⁹² Urban, Michael: Ärzte und Staat. Ärztliche Standeszeitung 1902, 4, S.4

¹⁹³ Glattauer, Berthold: Wohin? Ärztliche Standeszeitung 1903, 1, S.2

Krankenversicherungsgesetz einen harten Schlag bekommen und dies entspräche nicht den Behauptungen des Ministeriums des Inneren, dass den Ärzten ein Zuwachs an Einnahmen durch das Krankenversicherungsgesetz erwachsen sei, indem die Mediziner jetzt auch ein Honorar von Patienten erhielten, von denen sie sonst nicht honoriert worden wären. Diese Auffassung wäre unrichtig, da viele Kassenmitglieder auch früher ihren Arzt bezahlt hätten, während die restlichen Anderen sich früher an den Gemeinde- oder Armenarzt gewendet hätten. Durch das Krankenkassengesetz hätte wohl die Gemeinde eine beträchtliche Ersparnis, nicht aber die Ärzte einen nennenswerten Gewinn erzielen können. Überdies sei das Honorar der Krankenkassenärzte alles andere als gut. Dass trotz eines „Dienstmann – Honorars“ sich viele Bewerber um Krankenkassenstellen finden, sei ein weiterer deutlicher Beweis für die schlechte Lage der Ärzte. Ein anderer Missstand bei dem gegenwärtigen System wäre das Misstrauen zwischen Arzt und Kranken, wobei der Arzt in jedem Kranken einen Simulanten sehe, der Kranke hingegen sich vom Arzt vernachlässigt oder gar falsch behandelt fühle. Die zunehmende Spezialisierung der Ärzte brächte es mit sich, dass ein nicht spezialisierter Mediziner vom Publikum als ein Arzt minderer Qualität betrachtet werde, dem nur die Behandlung leichter Fälle anvertraut werden könnte. Aus diesen Faktoren resultiere folgende Situation: Solange kein zahlungsfähiges und zahlungswilliges Publikum geschaffen sei, solange immer mehr Leute in eine zunehmende Armut versinken würden, solange werde auch die wirtschaftliche Lage der Ärzte eine immer schlechtere werden. Dagegen gäbe es nur ein Mittel: Die Verstaatlichung der Ausübung der Heilkunde.¹⁹⁴

Überraschenderweise spricht auch der bekannte Wiener Chirurg Eduard Albert zu dieser Zeit der Verstaatlichung das Wort. Durch die Verstaatlichung würden die Ärzte eine gesicherte Position und Stellung erlangen, ohne Zweifel würde es durch diese auch ein Avancement und schließlich eine Pensionierung geben. Auch die Standesvereine und die Ärztekammern könnten die allgemeine Notlage des Ärztestandes nicht beseitigen und der Arzt, in Not und Sorge, würde sich nicht um die „Grandezza und die Würde“ des ärztlichen Standes kehren. Somit bliebe nichts anderes übrig als die Verstaatlichung des Ärztestandes, da der Staat die Verpflichtung habe, für die „Gesundheit“ zu sorgen und bereits zum Teil die

¹⁹⁴ Rosenfeld, Siegfried: Die soziale Lage des Ärztestandes in Österreich. Neue Revue 1896, S.27

Verstaatlichung gewisser ärztlicher Stellen, wie Armenärzte und Schulärzte, durchgeführt sei.¹⁹⁵

Nach Theodor Altschul, k.k. Sanitätsrat in Prag, sei die Zahl der Unzufriedenen in den letzten Jahrzehnten bedeutend gewachsen und dies nicht nur in den Reihen der Industriearbeiter, sondern mehr oder minder in fast allen Berufszweigen. Auch im ärztlichen Beruf gäbe es eine immer größer werdende Zahl der „Untersinkenden“. Der Zudrang zu den medizinischen Studien werde immer größer, die Existenzgrundlage würde stets schwieriger werden. Trotz dieser Situation stellt sich Altschul massiv gegen eine Verstaatlichung des Ärztestandes und begründet dies folgendermaßen: „Wir Ärzte werden im öffentlichen Dienste nicht für voll genommen; Alle, selbst die höchsten Corporationen haben bloß beratende, niemals aber beschließende Stimme; die bestgemeinten und bestdurchdachten Vorschläge der ärztlichen Körperschaften können durch einen Federstrich eines Nichtarztes, der die Leitung der öffentlichen Gesundheitspflege inne hat, zunichte gemacht werden und das Entgegenkommen, welches die Ärzte in vielen Fragen seitens der Parlamente in den verschiedenen Staaten gefunden haben, war (mit wenigen Ausnahmen) kein sehr weitgehendes.“¹⁹⁶

Der Obmann des Wiener Ärztevereins fasste seine Argumente für die Verstaatlichung in folgende Punkte zusammen: ein beamteter Arzt hätte einen erhöhten Schutz des Gesetzes gegenüber Beleidigungen. Im Falle der Entlassung eines angestellten Arztes wäre ein ordentliches Disziplinarverfahren nötig, der Staat könnte durch die Schaffung eines Pensionsinstituts der Krankenkassenärzte einer sozialen Förderung des Standes Rechnung tragen. Außerdem müssten die Versicherungen vom Staate gezwungen werden, Protektionismus bei der Vergabe von Kassenstellen zu unterbinden.¹⁹⁷

Die ausführliche und vehement geführte Diskussion über eine Verstaatlichung des Ärztestandes, die war nicht mehr die Denkungsart des Ärztestandes vergangener

¹⁹⁵ Albert, Eduard: Die Verstaatlichung des ärztlichen Standes. Neue Revue 1896, 27, S.29

¹⁹⁶ Altschul, Theodor: Die Idee der Verstaatlichung des ärztlichen Standes. Separatdruck in: Wiener Medizinische Presse. Wien-Leipzig 1896, S.30

¹⁹⁷ Gruß, Adolf: Über den Ärztestand. Wien 1897, S. 91

Jahre, der dem Liberalismus nahestand, mit dem Wunsch nach möglichst wenig Staatsregulierung.

Nicht nur die Medizin als Berufung und Wissenschaft hatte sich in den Jahren entscheidend geändert, auch ihre Träger, die Ärzte fühlten und mussten auch den geänderten Umständen entsprechend anders denken.

Diese über Jahre laufenden Argumentationen in der Ärzteschaft für eine Verstaatlichung verliefen sich erst nach Verbesserungen der Vertragsbedingungen bei den Krankenkassen und Anhebungen im Honorarsystem derselben und wurden schließlich im Folgenden durch den Beginn des Weltkriegs endgültig aus der Welt geschafft.

ZUSAMMENFASSUNG, THESEN

Die Medizin war über lange Zeit bestrebt, sich wissenschaftlich zu geben. Tatsächlich wurde sie dies erst im 19. Jahrhundert, die systematische Entwicklung und Anwendung der Naturwissenschaften gaben dem 19. Jahrhundert seine charakteristischen Züge.

Es gilt, dass die medizinischen, technischen und wissenschaftlichen Entwicklungen dieser Zeit mit den durch das Anwachsen durch Industrie und Kapitalismus bedingten wirtschaftlichen und politischen Tendenzen parallel liefen.

In den späten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts wurden die Fortschritte der Medizin durch die Anwendung der Erkenntnisse von den großen Naturwissenschaften – wie Physik und Chemie – beeinflusst.

Der ärztliche Stand befreite sich zunehmend aus einem Sammelsurium von Theorien und Systemen des 18. Jahrhunderts. Es kam zu einer weitgehenden Besinnung auf die klinische Beobachtung, die auch durch ausgedehnte und gründliche Untersuchungen auf dem Sektionstisch kontrolliert und ergänzt werden konnten. Die klinische Beobachtung des 19. Jahrhunderts unterschied sich in wesentlichen Punkten von der tradierten klassischen hippokratischen Beobachtungsweise, wie Beobachten des Kranken und der Symptome verbunden mit ärztlicher Kritik. Damals wurde das Wesen der Krankheit in einer fehlerhaften Mischung und eines fehlerhaften Zusammenwirken der Körpersäfte gesucht.

Die Klinik wurde nun durch eine ausdehnte Anwendung neuer Methoden der physikalischen Diagnostik in eine aktive Untersuchung umgewandelt. Darüberhinaus erstreckte sich die Beobachtung nicht mehr auf unerklärbare Symptome, sondern sie verklärte die Symptomatik im Lichte der Veränderungen, die auf dem Sektionstisch gefunden wurden.¹⁹⁸

¹⁹⁸ Ackerknecht, Erwin: Geschichte der Medizin. Stuttgart 1979, S. 127

Die Wandlungen, welche die medizinische Klinik und Praxis im Laufe des 19. Jahrhunderts erfahren hat, sind zahlreich. Erst seitdem die Zeit der Naturphilosophie und anderer theoretischer Irrtümer abgelaufen war, zeigt die Entwicklung der praktischen Medizin, die mehr und mehr den Charakter einer Naturwissenschaft erlangte, eine Stetigkeit in fortschreitender zum Teil sogar rapide fortschreitender Bewegung, die unverkennbar Hand in Hand geht mit dem Aufschwung der physiologischen und pathologisch-anatomischen Erkenntnis, der Erweiterung der physikalisch-diagnostischen Hilfsmittel und den ungeahnten ätiologischen Aufschlüssen dieser Zeit.

Als charakteristisches Hauptmerkmal der „Neuen Medizin“ lässt sich neben der verbesserten Prophylaxe der allmähliche Übergang zu einer ebenso vielseitigen wie energischen Therapie bei möglichster Wahrung des rationellen hippokratischen Standpunktes bezeichnen. Weiters sind pathologische Anatomie und physikalische Diagnostik, die bestrebt waren, die inneren Erkrankungen der Erkenntnis und Heilung ebenso zugänglich zu machen, wie chirurgische Affektionen, in ihrem Range als Hilfsmittel, ja als wesentlichste Grundpfeiler der Praxis immer mehr anerkannt und befestigt worden. „Infolgedessen steht heute die Innere Klinik als ein glänzender und umfassender Bau da“¹⁹⁹

Mit dem Gewinnen des naturwissenschaftlichen Charakters der Medizin vergrößerte sich auch der Aufgabenbereich der Ärzteschaft in unerwarteter Weise. Der Staat selbst war an einer Verbesserung der Volksgesundheit sowohl aus wirtschaftlichen als auch aus politischen Gründen interessiert.

Die Ausweitung der medizinischen Betreuung auf weite Bevölkerungsschichten – die Medikalisierung der Gesellschaft – wurde durch die Urbanisierung sowie durch die Industrialisierung zusätzlich gefördert.

Der Zugang neuer Bevölkerungsschichten gelang den Ärzten durch eine größer gewordene Leistungsfähigkeit der Medizin und dieser Zuwachs wurde durch das Versicherungssystem auch möglich gemacht. Durch die gesetzlich verpflichtende Krankenversicherung erschloss sich den Medizinern ein neues, bisher den Ärzten ferne stehendes Publikum. Neu hinzugekommene Aufgaben wie ärztliche

¹⁹⁹ Pagel, Julius: Einführung in die Geschichte der Medizin in 25 akademischen Vorlesungen. Sudhoff Karl (Hrg.). Berlin 1915. S.419

Fabriksinspektionen, Impfungen, schulärztliche Untersuchungen erweiterten einerseits das medizinische Arbeitsfeld, gewöhnten auch die Bevölkerung an einen näheren Kontakt zum Arzt.

Die Ärzteschaft konnte nun ihren gesundheitspolitischen Wert allgemein zur Geltung bringen.

Früher war der Arzt in einem abhängigkeitsähnlichen Verhältnis zu seinen wohlhabenden Patienten gestanden, er erlangte nun zunehmend eine ökonomische und damit auch soziale Unabhängigkeit.

Der in der Folge des medizinischen Fortschrittes weiterentwickelte Wissensstand der Ärzte förderte zunehmend die privilegierte Stellung der Mediziner. Auch die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aufkommende Krankenhausmedizin untermauerte die ärztliche Autoritätsstellung, der sich auch die bürgerliche Klientel nicht mehr verschließen konnte.

Die geschilderten Veränderungen im Arbeitsfeld der Mediziner und in der sozialen Stellung der Ärzteschaft führten auch zu Spannungsfeldern innerhalb dieses Berufsstandes. Unterschiedliche Interessenbereiche lagen zwischen den Spezialisten und Allgemeinmediziner, den Kassenärzten und den privat tätigen Ärzten, schließlich den Spitalsärzten und den niedergelassenen Kollegen. Es wurde eine Aufgabe der nun aufgebauten Standesvertretungen, diese Gegensätze zu glätten, was nicht immer zufriedenstellend gelingen konnte.

Das Leitbild des Arztums hat sich in den Jahren zwischen 1848 und 1914 entscheidend geändert. Die Ursachen dafür sind mannigfach und differenziert. Zu Beginn dieser Zeit waren Einzelpersonen oder eine private Körperschaft – abseits öffentlicher Einrichtungen – für die Fortschritte im sozialpolitischen Bereich erfolgreich und initiativ.

Im Jahre 1848 kämpften Mediziner an der Spitze der „Akademischen Legion“, später trat der Mediziner Rokitansky im Herrenhaus für liberale Fortschrittsideen ein. Eine besondere Bedeutung hatte die „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“, die als privater Verein das sozialpolitische Gewissen der Stadt darstellte. Schließlich gab ein Arzt als Einzelperson die Initialzündung für die Gründung der Wiener Rettungsgesellschaft.

Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft, die Möglichkeit beruflicher Spezialisierungen, die verbesserte Stellung des Ärztestandes in der Gesellschaft durch die neu geschaffenen Sozialgesetze und Versicherungen, all dies brachte eine massive Erweiterung des medizinischen Spektrums für den tätigen Arzt. Neue Sanitätsgesetze, der neu geschaffene Landessanitätsrat, die gestiegene Zahl von beamteten Ärzten in der Stadtverwaltung mit ihren jeweiligen Aufgabenbereichen ergänzen dieses Bild. Der Staat ergriff nun – spät aber doch – die gesetzlichen Initiativen für geordnete hygienische Zustände.

Die um die Jahrhundertwende eingetretene Medizinerschwemme verbunden mit ungünstigen Vertragsbedingungen bei den Krankenkassen brachte für die Ärzte dringende Probleme ihrer sozialen Stellung, was auch eine lebhafte Diskussion über die mögliche Verstaatlichung des Standes auslöste.

Die in der vorgelegten Arbeit ausführlich behandelten Faktoren führten zu einer Distanzierung der Ärzte von dem einst ausgeprägten sozialpolitischen Denken dieses Standes.

Es kann die aufgestellte Hypothese bestätigt werden, dass innerhalb der beobachteten Zeit, etwa mit dem Auslaufen der liberalen Ära, das sozialpolitische Engagement der Wiener Ärzte für die Gesellschaft zu Gunsten der beruflichen Fortschritte und Spezialisierung, der Medikalisierung und Professionalisierung, der massiven Erweiterung des medizinischen Spektrums seine Bedeutung verlor und am Ende dieser Zeit kaum mehr nachweisbar war. Ein parteipolitischer Einfluss auf diese Entwicklung konnte nicht verifiziert werden.

LITERATUR

ACKERKNECHT, Erwin: Kurze Geschichte der Medizin. Stuttgart 1967

ACKERKNECHT, Erwin: Geschichte der Medizin. Stuttgart 1979

ALBERT, Eduard: Die Verstaatlichung des ärztlichen Standes. Neue Revue 1896

ALTSCHUL, Theodor: Die Idee der Verstaatlichung des ärztlichen Standes. Sep. Druck „Wiener medizinische Presse“. Wien – Leipzig 1896

AMTSBLATT der k.k Reichshaupt- und Residenzstadt Wien

1900 IX. Jg.

1901 X. Jg.

1902 XI. Jg.

1903 XII. Jg.

1904 XIII Jg.

BAAS, J. Hermann: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaften. Berlin 1896

BECHER, Wolf: Geschichte des ärztlichen Standes. In: Handbuch der Geschichte der Medizin. Neuburger Max und Juliaus Pagel (Hrg.) Jena 1905

BERICHT des von der k.k Gesellschaft der Ärzte gewählten Komitees zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wiener klinische Wochenschrift 1907

BILLROTH, Theodor: Arzt, Staat und Publicum. Wiener klinische Wochenschrift 1891

BOBEK, Hans und Elisabeth LICHTENBERGER: Wien, Bauliche Gestaltung und Entwicklung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Graz - Köln 1966.

BROCKHAUS. Die Enzyklopädie. 19. Auflage, Band 17. Mannheim 1992

BUCHBINDER, Leopold: Über das Krankenkassenwesen. Vortrag gehalten in der Wanderversammlung des Vereins der Ärzte in Toppau zu Teschen. Wien – Leipzig – Teschen 1896

BURG, Thomas: Sieches Volk macht siechen Staat. Aspekte professionspolitischer Strategien der Ärzteschaft Österreichs im Vorfeld der Neuformulierung der Medizinalgesetzgebung von 1870. Dipl. phil. Univ. Wien 1992

BYNUM, William F.: Science and the practice of medicine in the nineteenth century. Cambridge 1994

CHADWICK, Edwin: Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain. 1842. Neudruck: Flinn, Michael, W. (Hrg.): Edinburgh University Press 1965.

CHARAS, Hans: Jaromir Mundy +. Deutsche medizinische Wochenschrift 20 (1894)

CHARMATZ, Richard: Adolf Fischhof. Stuttgart - Berlin 1910

CHARMATZ, Richard: Österreichs Innere Geschichte 1848 - 1895. Leipzig - Berlin 1918

CZEIKE, Felix: Liberale, Christlichsoziale und Sozialdemokratische Kommunalpolitik, 1861 – 1934. Wien 1962

CZEIKE, Felix (Hrg.): Historisches Lexikon Wien. Wien 1994

DAIMER, Josef: Handbuch der österreichischen Sanitäts-Gesetze und Verordnungen für Behörden und Gemeinden, amtliche sanitäts- und veterinär-Organe, Districts- und Gemeindeärzte, Ärzte, Thierärzte, Apotheker, Verwaltungen von Heil- und Humanitätsanstalten etc. 2. Teil. Leipzig 1896

DAS ERSTE DEZENNIUM der Ärztekammern in Österreich. Ein kritischer Rückblick, erstattet über Auftrag des VIII. Österreich. Ärztekammertages. Wien 1905

DAUM, Josef: Die Bekämpfung der Trinksitten. Wien 1900

DENK, Wolfgang: 125 Jahre Gesellschaft der Ärzte in Wien. Wiener klinische Wochenschrift 1936

Der große Brockhaus. 18. Auflage, Band 13. Wiesbaden 1984

Der neue österreichische Strafgesetzentwurf und die Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1910

Der österreichische Ärztevereinsverband. Wien 1909

Die Tätigkeit des Stadtphysikats. Wiener medizinische Wochenschrift 1867

DIEPGEN, Paul: Geschichte der sozialen Medizin. Staatsmedizinische Abhandlungen. Leipzig 1934.

DIETL, Josef: Praktische Wahrnehmungen nach den Ergebnissen im Wiedner Krankenhaus. Zeitschrift der Ges. d. Ärzte in Wien 1845, Jg.1 Bd.2

DIETRICH-DAUM, Elisabeth: Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich. München 2007

DREES, Anette: Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Münster 1988

ECKART, Wolfgang: Geschichten der Medizin. Berlin 1998

ELIAS, Fritz: Über den Prozess der Zivilisation. Bern – Münster 1969

ELLMANN, Maximilian: Die Lage der Ärzte des Verbandes der Genossenschafts-Krankencassen Wien. Wien 1902

EULENBERG, Hermann: Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Berlin 1882

FELDER, Cajetan: Erinnerungen eines Wiener Bürgermeisters. Felix Czeike (Hrg.). Wien 1964.

FEUCHTERSLEBEN, Ernst, Frh. v.: Die Richtungen der jetzigen Medicin. Med. Jahrbücher des k.k österr. Staates. Wien 1841

FIALA, Brigitte: Der Wiener Gemeinderat in den Jahren 1879 – 1883. Diss. phil. Univ. Wien 1974

FINGER, Ernest: Die Syphilis als Staatsgefahr und die Frage der Staatskontrolle. Wiener Medizinische Wochenschrift 1913/16

FISCHER, Isidor: Medizinische Lyzeen. Ein Beitrag zur Geschichte des medizinischen Unterrichtes in Wien. Wien - Leipzig 1915

FISCHER, Isidor: Wiens Mediziner in der Freiheitsbewegung des Jahres 1848. Wien 1935

FISCHER, Isidor: Geschichte der Gesellschaft der Ärzte in Wien 1837 - 1937. Gesellschaft der Ärzte in Wien (Hrg.) Wien 1938

FOSSEL, Viktor: Volksmedizin und medizinischer Aberglaube in der Steiermark. 2. Aufl. Graz 1886

FRAENKEL, Alexander: Einige Betrachtungen über den ärztlichen Beruf. Wien – Leipzig 1907

FREVERT, Ute: Krankheit als politisches Problem 1770 – 1880. Soziale Unterschiede in Preußen zwischen medizinischem Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttinger 1984

FUCHS, Albert: Geistige Strömungen in Österreich 1867 – 1918. Wien 1949.

GESUCH der Armenärzte. Wiener med. Wochenschrift. 1863

GLATTAUER, Berthold: Wohin? Ärztliche Standeszeitung 1903

GÖCKENJAN, Gerd: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/Main 1985

GRÜN, Heinrich: Die Grundlagen des ärztlichen Berufes. Vorschläge betreffs Neugestaltung des gesamten Sanitätswesens. Wien – Leipzig 1912

GRÜNBERG, Adolf: Die Assanierung Wiens vom medizinisch-statistischen Standpunkt. Beitrag in: Die Assanierung der Städte. Th. Weyl (Hrg.) Bd.1. Leipzig 1902

GRÜNFELD, Richard: Die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten. Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1909

GRUß, Adolf: Über den Ärztestand. Wien 1897

HAIDER, Edgar: Verlorenes Wien. Graz – Wien 1984

HAJEK, Siegfried: Geschichte der k.k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 1837 – 1888. Wien 1889

HÄUSLER, Wolfgang: Von der Massenarmut zur Arbeiterbewegung. Demokratie und soziale Fragen in der Wiener Revolution 1848. Wien 1979

HELFERT, Josef Alexander: Geschichte der Österreichischen Revolution. Band 1. Freiburg im Breisgau und Wien 1907

HÖFLER, Ilse: Jaromir Freiherr von Mundy (1822 -18 94). Wien 1994

HUERKAMP, Claudia: Ärzte und Professionalisierung. Göttingen 1980

ILLICH, Ivan: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Hamburg 1983

JANCEK, Elfriede: Probleme der Volksgesundheit und Hygiene und Bemühungen um eine soziale Heilkultur unter besonderer Berücksichtigung der Wiener Bevölkerung. Dipl. phil. Univ. Wien 1988

JOSEF, Gerhard: Wie entstanden die Ärztekammern in Österreich? Österreichische Ärztezeitung 1960

JOSEF, Gerhard: 100 Jahre Ärztekammern. Österreichische Ärztezeitung. Sonderheft vom 14.11.1991

KLAUBER, Oskar: Zahl und Verteilung der Ärzte in österreich. Wiener klinische Wochenschrift 1911

KNAUER, Oswald: Der Wiener Gemeinderat 1861 – 1918. Wiener Geschichtsblätter 1963

KNAUER, Oswald: Vom Wahlrecht in die Wiener Gemeindevertretung. Handbuch der Stadt Wien 1963

KRAUS, Karl, Ludwig: Compendium der speciellen Pathologie und Therapie. Wien – Leipzig 1873

KUSY, Emanuel, Ritter v: Entwicklung des öffentlichen Sanitätswesens in Österreich von 1883 – 1893. Wien 1894

LABISCH, Alfons: Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. München – Zürich 1992

LACHNIT, Peter: Sozialpolitik für und gegen die Arbeiterschaft. Arbeiter- und Sozialversicherung in Österreich von den Anfängen bis 1918. Phil. diss. Univ. Wien 1989

LANDMANN, Friedrich: Die Lösung der Kassenarztfrage. Elberfeld 1898

LANGE, Ludwig: Originale Ansichten von Deutschland. Mit einem historisch topographischen Text. Bd. 7. Darmstadt 1848

LESKY, Erna: Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Wien 1978

LESKY, Erna: Meilensteine der Wiener Medizin. Wien 1981

LORINGER, Karl, Ludwig: Selbstbiographie. Regensburg 1864

MASLO, Christian: Die Kaiser-Ferdinands-Wasserleitung. In: Umwelt Stadt. Karl Brunner und Petra Schneider (Hrg.) Wien - Köln - Weimar 2005

Mc. KEOWN, Thomas: The modern rise of population. New York 1976

MEISSEL, Franz: Arzt in der Zeit. Graz 1973

MEIXNER, Annemarie: Der Wiener Gemeinderat in den Jahren 1864 – 1868. Phil. diss. Univ. Wien 1975

MOSSE, Max und Gustav TUGENDREICH: Krankheit und soziale Lage. München 1931

NETOLITZKY, August: Österreichische Sanitätsgesetze. Wien – Leipzig 1907

NEUBURGER, Max: Die Entwicklung der Medizin in Österreich. Wien – Leipzig 1918

NEUMANN, Siegfried: Das Sterblichkeits-Verhältnis in d. Berliner Arbeiterbevölkerung, nach den in den Genossenschaften des Gewerks-Krankenvereins 1861 – 1863 vorgekommenen Todesfällen. Der Arbeiterfreund 4 (1866)

OBENTRAUT, Ritter Adolf von: Systemisches Handbuch der österreichischen Sanitätsgesetze. Wien 1877

PAGEL, Julius: Einführung in die Geschichte der Medizin in 25 akademischen Vorlesungen. Sudhoff Karl (Hrg.). Berlin 1915

PAYER, Peter: Die Säuberung der Stadt. In: Umwelt Stadt. Brunner Carl und Petra Schneider. (Hrg.) Wien – Köln - Weimar 2005

PAYER, Peter: Der Gestank in Wien: Über Kanalgasse, Totendünste und andere üble Geruchs-Kulissen. Wien 1997

PICK, Gottlieb: Die Stellung der Ärzte zum Gesetzentwurf, betreffend die Sozialversicherung. Sonderdruck: „Prager Medizinische Wochenschrift“ Nr. 49, 1908

PICK, Gottlieb: Rechnungsberichte der Krankencassen Österreichs mit besonderer Berücksichtigung der Ausgaben für ärztliche Hilfe. Separatum: „Prager Medizinische Wochenschrift“ Aussig 1911

PLÖCKINGER, Erwin: Das Gesundheitssystem in Niederösterreich Ende 16. Jh. bis 1918. In: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Katalog des NÖ Landesmuseums 1991

PUSCHMANN, Theodor: Die Medizin in Wien während der letzten 100 Jahre. Wien 1884

QUINCKE, Hans: Über ärztliche Spezialitäten und Spezialärzte. Münchner Medizinische Wochenschrift 1906

REGAL Wolfgang und Michael NANUT: Medizin im historischen Wien. Wien 2005

RESCHAUER, Heinrich: Das Jahr 1848. Geschichte der Wiener Revolution. Band 1. Wien 1872

ROHLFS, Heinrich: Über den Spezialisismus in der Medizin. Dtsch. Klinik 1862

ROKITANSKY, Carl: Der selbständige Wert des Wissens. In: Almanach der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften. Wien 1867

ROKITANSKY, Carl: Abschiedsrede (an die Studierenden) 1875. Sonderdruck. Wien 1875

ROSENFELD, Siegfried: Die soziale Lage des Ärztestandes in Österreich. Neue Revue 1896

RUMPLER, Helmut: Carl von Rokitansky, als Exponent des Österreichischen Liberalismus. In: Carl Freiherr von Rokitansky 1804 - 1878. H. Rumpler und H. Denk (Hrg.) Wien, Köln, Weimar 2005

ROTHSCHUH, Karl, Ernst: Vom Mönchsarzt zum Kassenarzt. Wien 1965

SCHAUENSTEIN, Adolf: Handbuch der öffentlichen Gesundheitspflege in Österreich. Wien 1863

SCHRANK, Josef: Die Prostitution, Bd.2. Wien 1886

SCHWENINGER, Ernst: Der Arzt. Frankfurt/Main 1906

SELIGER, Maren und Karl UCAKAR: Wahlrecht und Wahlverhalten in Wien 1948 – 1932. Wien – München 1984

SELIGER, Maren und Karl UCAKAR: Wien, politische Geschichte 1740 - 1934. Felix Czeike (Hrg.) Geschichte der Stadt Wien. Bd. 1. Wien, München 1985

SIEBER, Ernst, Karl: Ludwig von Löhner. München 1965

SIGERIST, Henry, Ernest: Von Bismarck bis Beveridge. In: Sozialmedizin. Erna Lesky (Hrg.). Darmstadt 1977

SPREE, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981

STADLER, Rudolf: Die Wasserversorgung der Stadt Wien in ihrer Vergangenheit und Gegenwart. Eine Denkschrift. Wien 1873

STEINER, Ferdinand: Über die freie Arztwahl bei den Krankenkassen. Separatum: „Wiener Medizinische Blätter“ Wien 1900

STERN, Fritz: Fünf Deutschland und ein Leben. München 2007

SUDHOFF, Karl: Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. Berlin 1922

URBAN, Michael: Ärzte und Staat. Ärztliche Standeszeitung 1902 Nr.4

URBANITSCH, Peter: Zwischen Revolution und Konstitutionalismus. In: Carl Freiherr von Rokitansky 1804 – 1878. Rumpler H. und H. Denk (Hrg.). Wien, Köln, Weimar 2005

Verzeichnis des sämtlichen für die Ausübung seiner Kunst berechtigten Sanitätspersonals. Hrg.: Wiener Medicinische Fakultät. Wien 1849

Verzeichnis der zur Praxis in Wien berechtigten Sanitätspersonen. Hrg.: Doctorenkollegium der Wiener Medicinischen Fakultät. Wien 1874

Verzeichnis der mit der Armenbehandlung betrauten städtischen Amtsärzte. Verlag des Wiener Magistrats Abt. X. 1910

Verzeichnis der in Wien wohnhaften Sanitätspersonen. Hrg.: Magistrat der kk. Reichs- und Residenzstadt Wien. Wien 1914

VIRCHOW, Rudolf: Der Armenarzt. Die medizinische Reform. Wien 1848

VIRCHOW, Rudolf: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der öffentlichen Medizin und der Seuchenlehre. Band1. Berlin 1897.

VOCELKA, Karl: Verfassung oder Konkordat? Der publizistische und politische Kampf der österreichischen Liberalen und die Religionsgesetze des Jahres1868. Wien 1978

VOSZ – SCHULTE, Kurt: Spezialisierung und fachliche Verselbständigung in der Medizin aus historischer Sicht. Münch. med. Wschrft. 1966

VÖGELE, Jörg: Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung. Berlin 2001

WALLER, Heiko: Sozialmedizin. Stuttgart 2007

WEIS, Ignaz: Das Verhältnis der praktischen Ärzte zu den Consiliarien und Spezialisten in Wien. Wien 1901

WENGLER, Josef: Das Unsoziale der gegenwärtigen Ärztebewegungen: In: Preussische Jahrbücher 1909

WEYR, Siegfried: Magie der Inneren Stadt. Eine Stadt erzählt. Bd.1 Wien – Hamburg 1968

WITTELSHÖFER, Leopold: Die Prostitution und die Notwendigkeit ihrer gesetzlichen Regelung. Wiener medizinischen Wochenschrift 1858

WITTELSHÖFER, Leopold: Noch ein Wort über das Prostitutionsgesetz. Wiener medizinischen Wochenschrift 1863

WOLFENSTEIN, Nathan: Compendium der österreichischen Sanitätsgesetze und sanitätspolizeilichen Verordnungen. Wien 1877

ANHANG

CURRICULUM VITAE

Der Autor wurde am 31. Oktober 1927 in Wien geboren. Nach Volks- und Mittelschule maturierte er im Jahre 1945 in Wien.

Danach erfolgte die Inskription in der Medizinischen Universität in Wien mit dem Studienabschluss im Oktober 1950 zum „Doktor der gesamten Heilkunde“.

Sein Berufsleben absolvierte er vorwiegend an der Universitäts-Frauenklinik in Wien. 1978 erfolgte die Habilitation für das Fach „Geburtshilfe und Gynäkologie“ an der Universität Wien, 1986 Verleihung der a. o. Professur.

Einige Jahre nach dem Übertritt in den Ruhestand erfolgte der Beginn des Studiums im Fach Geschichte zunächst an der Universität in Salzburg, dann in Wien mit dem Abschluss durch Erreichendes „mag. phil.“ im Jahre 2007.

The author was born on the 31st of October 1927 in Vienna. After the elementary and secondary school he passed the abitur in the year 1945.

Afterwards he entered the medical studies in Vienna and in October 1950 he finished the studies with the title "Doktor der gesamten Heilkunde"

During his professional life he was working mainly in the University clinic for obstetric and gynaecology in Vienna. In the year 1978 he made the habilitation in this special field on the University in Vienna and 1986 he became the professorship there.

Some years after entering the retirement he started studying history in the Universities in Salzburg and Vienna and in July 2007 he certificated with the title "mag.phil."

KURZFASSUNG

In der vorgelegten Arbeit wird die sozialpolitische Rolle der Wiener Ärzte in den Jahren 1848 – 1914 analysiert.

In der Beurteilung des Autors, dessen Lebensberuf die Humanmedizin war, wird herausgearbeitet, dass sich das sozialpolitische Engagement der Ärzte in Wien in dieser Periode entscheidend geändert hat.

Etwa in der ersten Hälfte der untersuchten Zeit waren Einzelpersonen oder die private ärztliche Vereinigung, die „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“, die treibenden Faktoren für den sozialpolitischen Fortschritt in der Stadt. Die Gesellschaft galt über Jahrzehnte als das „sozialpolitische Gewissen“ der Stadt. Im Jahr der Revolution in Wien, 1848, standen Ärzte an der Spitze der „Akademischen Legion“, welche eine führende Kraft dieser Tage war. Der berühmte Pathologe Rokitansky trat vehement als liberaler Abgeordneter auf Lebenszeit im Herrenhaus für den sozialen Fortschritt ein. Die Errichtung der „Wiener Rettungsgesellschaft“ erfolgte durch die Initiative einer medizinischen Einzelperson und war später Vorbild für viele Städte in Europa.

Etwa in der zweiten Hälfte der Periode änderte sich das Leitbild der Medizin, sie befreite sich zunehmend von einem Sammelsurium von Theorien und Doktrinen ohne wissenschaftlichen Hintergrund und ohne empirische Basis.

In diesen Jahren manifestierte sich der Fortschritt der Medizin nun durch die Anwendungen neuer Methoden mit wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Physik und Chemie, zusammen mit einem steigenden Wissen an pathologisch-anatomischen Befunden, es entstand die „Neue Medizin“. Mit dem Erreichen des naturwissenschaftlichen Charakters der Medizin erweiterte sich der Aufgabenbereich der Ärzte. Der Zugang zu neuen Bevölkerungsschichten, die Medikalisierung, gelang durch die verbesserte Leistungsfähigkeit der Medizin und durch die Einführung der Sozialversicherung wurde diese Entwicklung zusätzlich gefördert.

In der Beobachtungszeit verlor die sozialpolitische Rolle der Wiener Ärzte für die Bevölkerung der Stadt ihre Bedeutung zugunsten des gestiegenen medizinischen Wissens und war zu Ende dieser Periode kaum mehr vorhanden, diese ging in die Hände der Stadtverwaltung über.

SUMMARY

In this paper the sociopolitical activity of the medical doctors in the city of Vienna is evaluated between the years 1848 – 1914.

From the point of view of the author whose former profession was the human medicine, it is established that the sociopolitical engagement of the doctors in Vienna changed during this period.

In the first half of the period individual single doctors or the private association „K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ were the active factors for sociopolitical progress in the city. Over decades the society was the sociopolitical conscience of the city.

In the year of the revolution in Vienna, 1848 medical doctors were the head of the „Akademischen Legion“, the impelling factor during these days. The famous pathologist Rokitansky supported as a liberal lifemember of the manorhouse social progress with vehemence. The establishment of the „Wiener Rettungsgesellschaft“ happened by the initiative of a single physician and became the model for some capitals in Europe.

In the middle of the period of analysis the model of medicine changed remarkably and came free from a medley of theories and doctrines without scientific background and any empiric basis.

In these years the progress in medicine was manifested by the utilization of new methods of scientific knowledge in physics and chemistry and finally by the new recognition of pathologic-anatomic findings.

Thus the „New Medicine“ developed and this starting of the scientific character extended the assignment of medical doctors in an unexpected manner. The winning of the new strata, the „Medikalisierung“, was happened by the increased efficiency of medicine and was in addition supported by the introduction of the social insurance.

Consequently the sociopolitical leading role of medical doctors in Vienna was lost decisively during period of observation in favour the progress and increased knowledge in medicine.

The municipality undertook the social policy in the city subsequently.