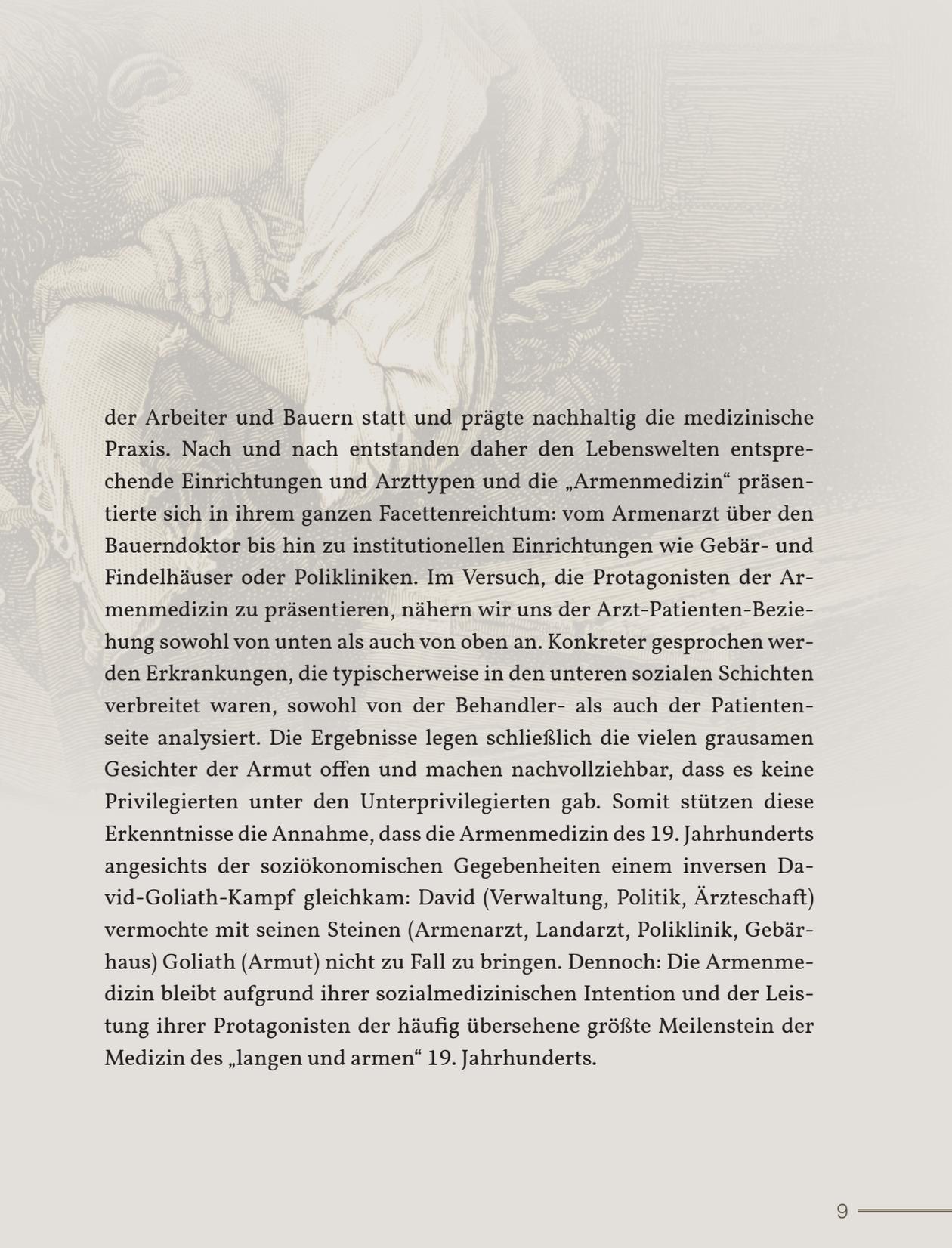


# Einleitung

**D**as vorliegende Buch handelt von der Armut und ihren Folgen. Seine Protagonisten sind die armen Patienten und die Armenmedizin(er), deren (Krankheits)geschichten erzählt werden, um sie aus ihrer Anonymität holen. So wird stellvertretend für Tausende und Abertausende von armen Kranken im 19. Jahrhundert die Geschichte folgender Patienten erzählt: jene des Arbeiters Josef K. und seines Sohnes Gottfried aus Arnoldstein (Kärnten), jene des Arbeiterehepaares Doni aus Wien, jene der Bauerstochter Rita F. aus Suczawa (Bukowina), jene der Magd Katharina Tmka und ihres Sohnes Heinrich aus der Vorstadt Meidling (Wien), jene der Tagelöhnerin Marie Kasai und ihrer Tochter Anna aus der Vorstadt Simmering (Wien) und von vielen anderen mehr.

Das Buch erzählt aber auch von Ärzten, die allerdings zu zahlreich sind, um sie hier alle namentlich aufzählen, es sei aber dennoch versucht, deren Leistungen zu würdigen – es geht unter anderem um einen Franz von Ottenthal, einen Ignaz Philip Semmelweis ebenso wie um einen Anton Pogačnik oder den Bezirksarzt Blumenfeld und um jene, die zwar nicht explizit genannt sind, deren Leistungen zum Gesamtwerk „Armenmedizin“ aber dennoch auf die eine oder andere Weise angeführt sind. Armenmedizin war eine Lebensweltmedizin. Sie fand in der Welt



der Arbeiter und Bauern statt und prägte nachhaltig die medizinische Praxis. Nach und nach entstanden daher den Lebenswelten entsprechende Einrichtungen und Arzttypen und die „Armenmedizin“ präsentierte sich in ihrem ganzen Facettenreichtum: vom Armenarzt über den Bauern doktor bis hin zu institutionellen Einrichtungen wie Gebär- und Findelhäuser oder Polikliniken. Im Versuch, die Protagonisten der Armenmedizin zu präsentieren, nähern wir uns der Arzt-Patienten-Beziehung sowohl von unten als auch von oben an. Konkreter gesprochen werden Erkrankungen, die typischerweise in den unteren sozialen Schichten verbreitet waren, sowohl von der Behandler- als auch der Patienten-seite analysiert. Die Ergebnisse legen schließlich die vielen grausamen Gesichter der Armut offen und machen nachvollziehbar, dass es keine Privilegierten unter den Unterprivilegierten gab. Somit stützen diese Erkenntnisse die Annahme, dass die Armenmedizin des 19. Jahrhunderts angesichts der soziökonomischen Gegebenheiten einem inversen David-Goliath-Kampf gleichkam: David (Verwaltung, Politik, Ärzteschaft) vermochte mit seinen Steinen (Armenarzt, Landarzt, Poliklinik, Gebärhaus) Goliath (Armut) nicht zu Fall zu bringen. Dennoch: Die Armenmedizin bleibt aufgrund ihrer sozialmedizinischen Intention und der Leistung ihrer Protagonisten der häufig übersehene größte Meilenstein der Medizin des „langen und armen“ 19. Jahrhunderts.



Ich bin vom Bezirk angestellt und tue meine Pflicht bis zum Rand, bis dorthin, wo es fast zu viel wird. **Schlecht bezahlt, bin ich doch freigebig und hilfsbereit gegenüber den Armen.** [...] Rezepte schreiben ist leicht, aber im übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer.

Aus: Franz Kafka, Ein Landarzt, 1919

# Die Armenmedizin

## VOM ARMENARZT ZUR POLIKLINIK

Der Landarzt aus Franz Kafkas gleichnamiger Erzählung teilte mit zahlreichen Armen- und Landärzten der Habsburgermonarchie dasselbe Los: überbürdende Arbeit, geringes Ansehen, schlechte Bezahlung und die Machtlosigkeit gegenüber der Armut ihrer Patienten. Tatsächlich wirkte die Gruppe der Armenärzte, die sich der Pflege und Betreuung der armen Bevölkerung in der Stadt und auf dem Land verschrieben hatte, in einem Jahrhundert, in dem die Medizin naturwissenschaftlich wurde, der Arztberuf empfindlich nuanciert war und mit entsprechenden stellungsabhängigen Privilegien einherging. Dabei waren sie mit zwei Spezifika konfrontiert: mit Krankheitsbildern, die in erster Linie durch Armut, Mangel und Verelendung hervorgerufen wurden, und mit Patienten, deren Lebenswelten sie nicht kannten und folglich nicht immer verstanden. Doch waren weder die Beweggründe für die Armenarzttätigkeit ausschließlich altruistisch noch war der Armenarzt der unfehlbare Gutmensch. Ausnahmen bestätigen wie überall auch in Bezug auf den Armenarzttypus die Regel. Vor allem blieben den Armenärzten die großen Heilerfolge verwehrt – zu übermächtig waren die Infektions- und Mangelkrankungen und zu gering die Therapieoptionen. Dennoch: Im Kleinen konnten sie mitunter Großes bewegen. So muss die Armenmedizin heute angesichts der sozioökonomischen Rahmenbedingungen dieses Jahrhunderts als der eigentliche Meilenstein der Medizin definiert werden. Wer nun die Protagonisten dieser Armenmedizin waren, woher sie kamen, welche Methoden sie anwendeten und wo sie sich im Konstrukt „Ärztenschaft“ sahen, verrät dieses Kapitel.

Ganz allgemein lautet die erste zentrale und unumstößliche Hauptregel im 19. Jahrhundert: Arzt ist nicht gleich Arzt. Die zweite – und dazu kommen wir im zweiten Kapitel – lautet folgerichtig: Patient ist ebenso nicht gleich Patient. Sowohl das Berufsbild als auch das Tätigkeitsfeld des Arztes waren im 19. Jahrhundert aufgrund der heterogenen Ausbildung uneinheitlich. Von dieser Ausbildung hingen einerseits die Qualität und Intensität der ärztlichen Zusammenarbeit ab, andererseits prägte sie die Wahrnehmung des Arztes in der Öffentlichkeit. Gab es also auf der einen Seite Gelehrte und Akademiker, deren universitärer Abschluss sie zu sogenannten „promovierten Ärzten“ machte, verstand man unter den „Handwerkern“ die Chirurgen, die ihre Ausbildung in einer Barbierstube genossen hatten. Die promovierten Ärzte unterteilten sich weiterhin in Arzt/Physikus und graduierte oder nicht graduierte Wundärzte. Die graduierten Wundärzte umfassten Fachärzte der Chirurgie und der Internen Medizin, die nicht graduierten wurden von einem Chirurgen ausgebildet und durften nach abgelegter Prüfung bei einem Medizinalkollegium Operationen entsprechend dem Prüfungsumfang durchführen. Demnach konnten Chirurgen der Klasse I alle Operationen abwickeln, von größeren Operationen waren Klasse-II-Chirurgen ausgeschlossen und lediglich leichte chirurgische Eingriffe waren das Betätigungsfeld der Klasse-III-Chirurgen. Die subalternen Bader gehörten der vierten Gruppe an und wirkten bis 1830. Auch die Ausbildung der Wundärzte wurde 1873 per Gesetz abgeschafft. Allerdings blieben bereits ausgebildete und praktizierende Wundärzte von der Regelung unberührt und konnten weiterhin ihrem Beruf nachgehen. Mit dem Wegfall der Gruppe der Wundärzte begann, so Historiker, gleichsam der regionale Niedergang der medizinischen Versorgung auf dem Land. Als Folge soll in den Folgejahren eine „Urbanisierung der Medizin“ zu beobachten gewesen sein, davon ist Diether Kramer in seiner Studie überzeugt. Dieser Urbanisierung standen – wie gezeigt werden wird – Bauerndoktoren und der selbsthilfeepröbte Bauer mit ihrer traditionellen Volksmedizin gegenüber. Gegenkonzepte zum steigenden, regional sehr unterschied-

lichen Notstand an medizinischer Versorgung waren einerseits Überlegungen, den Stand der Wundärzte wieder einzuführen, andererseits Frauen ab 1900 zum Medizinstudium zuzulassen.

Besonders zu Beginn basierten die Zulassung und die ärztliche Tätigkeit von Frauen auf der Ansicht, dass sie in der Betreuung von weiblichen und pädiatrischen Patienten benötigt würden. Kritiker, in erster Linie aus der männlichen Ärzteschaft, sahen allerdings in dem um die Jahrhundertwende propagierten Weiblichkeitsbild, das auf Schwäche und Emotionalität beruhte, das größte Hindernis für die Ausbildung und spätere Tätigkeit von Frauen als Medizinerinnen. Kurioserweise bestätigte der Lebens- und Berufsweg der ersten österreichisch-ungarischen Ärztin das exakte Gegenteil. Gabriele Possanner-Ehrenthal (1860–1940) sollte ihr gesamtes berufliches Leben dafür kämpfen, als Ärztin dieselben Rechte und Möglichkeiten zu erhalten wie ihre männlichen Kollegen.

Der Anzeige im städtischen Jahrbuch für das Jahr 1898 zur „Promovierung des Fräuleins Gabriele Possanner von Ehrenthal zum Doctor der gesamten Heilkunde an der Universität Wien (Erste Promotion einer Dame in Österreich)“ ging ein – wie man heute sagen würde – typischer Kampf von Frauen um Gleichberechtigung voraus. Als Tochter eines Ministerialbeamten schlug sie zunächst den klassischen Ausbildungsweg einer Lehrerin ein, maturierte dann aber 1887 als Externe am Akademischen Gymnasium in Wien und begann 1888 in Zürich ihr Medizinstudium – war aber gezwungen, vor der ersten Staatsprüfung eine neuerliche Matura abzulegen. 1894 promovierte sie. Wieder in Wien bemühte sie sich gemeinsam mit dem Verein für erweiterte Frauenbildung um eine Zulassung als Ärztin. Erst ein Bittschreiben an den Kaiser bewirkte 1895 die Nostrifizierung des Schweizer Doktordiploms und damit ihre Zulassung als Ärztin. Die „einzige“ Auflage: Sie musste sämtliche Prüfungen erneut ablegen. Gleich nach der Promotion, 1897, eröffnete sie am 10. Mai eine Praxis als praktische Ärztin im neunten Bezirk in Wien. Zudem war Possanner als Aspirantin am Kronprinzessin-Stéphanie-Spital in Ottakring tätig – als erste

Medizinerin an einer k.k. Krankenanstalt. Und 1928 war sie abermals eine Pionierin: Der Wiener Magistrat verlieh ihr als erste Frau den Titel einer Medizinalrätin. In der männlich dominierten Medizinerwelt blieb Possanner trotz der zahlreichen Extrameilen unterdrückt und an den Rand gedrängt. So wurde ihr beispielsweise 1901 trotz ihrer Mitgliedschaft in der Wiener Ärztekammer das Wahlrecht bei der Ärztekammerwahl verweigert. Ihr Einspruch wurde mit der Begründung, sie besäße weder „das active noch passive Wahlrecht für die Gemeinde“, vom Magistrat, der Statthalterei und dem Ministerium für Inneres abgewiesen. Possanner kämpfte weiter und erreichte die Aufhebung der ministeriellen Entscheidung durch den Verwaltungsgerichtshof – damit war das aktive und passive Wahlrecht auch für weibliche Ärzte in der Ärztekammer bestätigt.

## Ausbildung der Ärzte

Ob Wundarzt oder Doktor der Medizin – Ausübende beider Berufsgruppen stammten in den überwiegenden Fällen aus dem bildungsnahen Milieu des Adels und des Bürgertums. Die hohen Kosten, die mit der langen Studienzeit verbunden waren, erforderten tatsächlich einen gewissen Wohlstand der Herkunftsfamilie. So kam der Großteil der Medizinstudenten aus dem gewerbetreibenden – wohlhabenden – Bürgertum des 19. Jahrhunderts. Unter ihnen der sogenannte Dichterarzt Ernst von Feuchtersleben (1806–1849), der „Retter der Mütter“ Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) oder der Landarzt Franz von Ottenthal (1818–1899) – von denen später noch detaillierter berichtet wird. Freilich stellten sich zudem die Berufe der Väter für die Studienanwärter de facto als Garant für einen Studienplatz an der medizinischen Fakultät heraus. Das fand Claudia Huerkamp zumindest für Deutschland heraus. Inwieweit beispielsweise die Pflegeverwalterstelle seines Vaters in Tirol für Ottenthals Aufnahme an der medizinischen Fakultät in Wien förderlich war, war für seine Biographin nicht eindeutig zu klären, ebenso wenig wie die Frage,