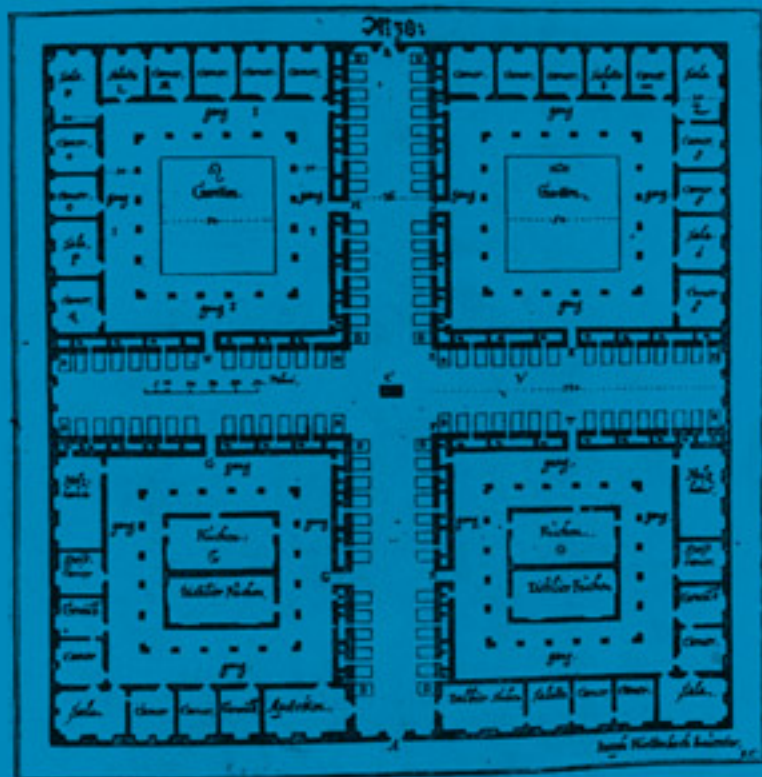


Gunnar Stollberg, Christina Vanja, Ernst Kraas (Hg.)

Krankenhausgeschichte heute

Was heißt und zu welchem Ende studiert man
Hospital- und Krankenhausgeschichte?



Historia Hospitalium

LIT

Gunnar Stollberg, Christina Vanja,
Ernst Kraas (Hg.)

Krankenhausgeschichte heute

Historia Hospitalium

Jahrbuch
der Deutschen Gesellschaft
für Krankenhausgeschichte

herausgegeben von

Prof. Dr. Gunnar Stollberg
(Universität Bielefeld)

Prof. Dr. Christina Vanja
(Universität Kassel)

und

Prof. Dr. Ernst Kraas
(DRK-Kliniken Westend/Berlin)

Band 27

LIT

Gunnar Stollberg, Christina Vanja,
Ernst Kraas (Hg.)

Krankenhausgeschichte heute

Was heißt und zu welchem Ende studiert man
Hospital- und Krankenhausgeschichte?

LIT

Umschlagbild:

Die Abbildung auf dem Umschlag zeigt den Grundrissentwurf für ein Krankenhaus von Josef Furtttenbach (1591–1667) um 1628.

Aus: Josef Furtttenbach: *Architectura Civilis*, Ulm 1628, Tafel 38.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISSN 0440-9043

ISBN 978-3-643-11287-3

© LIT VERLAG Dr. W. Hopf Berlin 2011

Verlagskontakt:

Fresnostr. 2 D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-620 320 Fax +49 (0) 2 51-23 19 72

e-Mail: lit@lit-verlag.de <http://www.lit-verlag.de>

Auslieferung:

Deutschland: LIT Verlag Fresnostr. 2, D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-620 32 22, Fax +49 (0) 2 51-922 60 99, e-Mail: vertrieb@lit-verlag.de

Österreich: Medienlogistik Pichler-ÖBZ, e-Mail: mlo@medien-logistik.at

Zur Sozialgeschichte des Hospitals/Krankenhauses

Voraussetzungen, Methoden, Themen und Erkenntnismöglichkeiten historischer Forschung zur menschlichen Vergesellschaftung bezogen auf Fürsorge- und Heilanstalten

Carlos WATZKA

Sozialgeschichte – hier des Hospitals/Krankenhauses – unterscheidet sich von anderen Forschungsperspektiven auf denselben Gegenstand in mehrerlei Hinsicht.¹ Sie ist in ihrer Definition des Untersuchungsgegenstandes umfassender und damit weniger spezifisch als andere Ansätze, darunter auch für die Erforschung der Krankenhausgeschichte so bedeutende wie Institutionen- bzw. Organisationsgeschichte, Rechts-, Wirtschafts-, Religions-, Wissenschaftsgeschichte, Theorie- und Diskursgeschichte, Architekturgeschichte, Kunst- und Literaturgeschichte, Personen- und Ereignisgeschichte, Alltags- und Patientengeschichte. Sie weist in der Bestimmung ihres Gegenstandes damit bedeutende Gemeinsamkeiten zu Konzeptionen unter dem Titel einer „Kulturgeschichte“ auf, aber auch Differenzen, die im Folgenden noch deutlich werden sollen.

Im weitesten Sinn verstanden bezeichnet „Sozialgeschichte“ die (wissenschaftliche) Auseinandersetzung mit dem vergangenen menschlichen Zusammenleben in allen seinen Aspekten und Formen, unter Einbezug verschiedener Ab-

¹ Als methodologische Einführungen zur Thematik „Sozialgeschichte der Medizin“ insgesamt vgl. bes. Norbert Paul: Das Programm einer „Sozialgeschichte der Medizin“ in der jüngeren Medizinhistoriographie, in: Ralf Bröer (Hg.): Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. Pfaffenweiler 1999, S. 61–72; Robert Jütte: Sozialgeschichte der Medizin. Inhalte – Methoden – Ziele, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9 (1991), S. 149–164; Alfons Labisch: Zur Sozialgeschichte der Medizin. Methodologische Überlegungen und Forschungsbericht, in: Archiv für Sozialgeschichte 20 (1980), S. 431–469; sowie das betreffende Kapitel in der aktuellen Übersicht über (schwerpunktmäßig kulturwissenschaftliche, aber auch naturwissenschaftliche) Ansätze und Methoden der Medizinhistoriographie: Wolfgang Uwe Eckart, Robert Jütte: Medizingeschichte. Eine Einführung. Köln, Weimar, Wien 2007, S. 156–169. Zu methodologischen und theoretischen Grundlagendebatten in der Medizingeschichtsschreibung vgl. weiters die für den deutschsprachigen Bereich zentralen Sammelbände: Norbert Paul, Thomas Schlich (Hg.): Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt am Main 1998; Ralf Bröer (Hg.): Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. Pfaffenweiler 1999.

straktionsebenen, von der Befassung mit konkreten Handlungen, Interaktionen zwischen Individuen, über die Auseinandersetzung mit sozialen Gegebenheiten in mehr oder weniger ausgedehnten „mesosozialen“ Untersuchungseinheiten, wie Netzwerken, Organisationen, Gemeinden usw., bis hin zur Analyse von Gesellschaften insgesamt.²

Lediglich rein ereignisorientiert-deskriptive Formen von Geschichtsschreibung ohne Versuche von Systematisierung und Erklärung können (ungeachtet eines auch ihnen wenigstens implizit meist inhärenten Bezuges auch auf „soziale“ Gegebenheiten) kaum mehr sinnvollerweise als „Sozialgeschichte“ bezeichnet werden.³ Denn „Sozialgeschichte“ bezeichnet eine mit der Erhellung von Strukturen und Prozessen befasste Geschichtsforschung, also mit innerhalb eines Untersuchungsfeldes in bestimmten Mustern und wiederholt auftretenden Phänomenen des zwischenmenschlichen Zusammen- (bzw. auch Gegeneinander-)Lebens. In Abgrenzung zu mentalistisch, rationalistisch oder intellektualistisch orientierten Forschungsprogrammen⁴ beschränkt sich der sozialgeschichtliche Ansatz hierbei, was das Untersuchungsmaterial betrifft, nicht primär auf elaborierte „Text“-Formen, wie wissenschaftliche Traktate, Zeitschriften, Kunstwerke usw. (bei welchen der Faktor der Intentionalität der Genese allen anderslautenden Deklarationen zum Trotz in Praxi nicht negiert werden kann, ohne die Qualität empirischer Untersuchungen zu beeinträchtigen), sondern bezieht systematisch auch solches Material ein, das in der traditionellen quellenkundlichen Terminologie als „Überreste“ bezeichnet wird.⁵ Hierzu zählen im Bereich der schriftlichen Dokumente etwa Akten zu alltäglichen bürokratischen Geschäftsfällen, Rechnungsbücher, Notizen und ähnliches „Gebrauchsschrifttum“, weiters aber natürlich auch nicht-schriftliche, materielle Überbleibsel.

Derlei, teils nur rudimentär als „textuell“ zu betrachtende Informationsträger, aber selbstredend auch Quellen aus der schon erwähnten Klasse narrativer

² Vgl. bes. Jürgen Kocka: Sozialgeschichte. Begriff – Entwicklung – Probleme, Göttingen 1986; Jürgen Kocka: Einleitung, in: Ders. (Hg.): Sozialgeschichte im internationalen Überblick. Ergebnisse und Tendenzen der Forschung. Darmstadt 1989, S. 1–18.

³ Zum Verhältnis zwischen Idiographie und Nomothetik in Geschichts- und Sozialwissenschaft vgl. Karl Acham: Geschichte und Sozialtheorie. Zur Komplementarität kulturwissenschaftlicher Erkenntnisorientierungen. Freiburg, München 1995, bes. S. 270–274.

⁴ Zu dem gegenüber dem lange sehr populären Ausdruck „Paradigma“ offeneren und den wissenschaftshistorischen Gegebenheiten angemesseneren Begriff des „Forschungsprogramms“ vgl. Imre Lakatos: Philosophische Schriften. Bd. 1: Die Methodologie der wissenschaftlichen Forschungsprogramme. Wiesbaden 1982.

⁵ Vgl. Ahasver von Brandt: Werkzeug des Historikers. Eine Einführung in die Historischen Hilfswissenschaften. Stuttgart 2007 (zuerst 1958), S. 48–64.

Dokumente, untersuchen sozialhistorisch orientierte Forschungen, wie kulturalistisch orientierte Ansätze auch, im Hinblick auf rekonstruierbare Sinngehalte und diskursive Repräsentationen, limitieren sich aber nicht hierauf, sondern befassen sich auch mit Aspekten des Untersuchungsmaterials, die non-intentional generierte Spuren von vergangenen Handlungen, Strukturen und Prozessen darstellen.⁶

Hierzu zählen „formale“ Merkmale, wie z. B. stilistische Eigenschaften oder das Schriftbild in handschriftlichen Quellen, die materielle Beschaffenheit von Gegenständen oder auch Überreste menschlicher Körper, denen die paläopathologische Forschung Hinweise auf die Lebensgewohnheiten, Todesursachen usw. entnehmen kann. Hierzu zählen weiters aber auch aus den Inhalten von intentional verfassten Texten ableitbare, aber im Hinblick auf den Urheber hyper- oder hypo-intentionale Gegebenheiten, insbesondere psychisch unterbewusst bleibende Strebungen, Prägungen usw. einerseits, und die persönlichen Wahrnehmungshorizonte der zeitgenössischen Akteure übersteigende, erst retrospektiv, durch kontextualisierende, synthetisierende und analysierende Operationen rekonstruierbare Sprach-, Handlungs- und Struktur-Muster andererseits.⁷

Zur letzteren Form zählen Untersuchungen mit Bezug auf komplexe Phänomene wie „Schichtung“, „sozialer Wandel“, „durchschnittliche Lebenserwartung“ oder „soziale Mobilität“, die dem historisch Forschenden gegenwärtig (insbesondere, aber nicht nur für die Vormoderne) sowohl für die makro- und mesosozialen Bereiche als auch für mikrosoziale Vorgänge oftmals viel klarere (wenn auch not-

⁶ Hierbei handelt es sich aber selbstredend zugleich auch um Konstruktionsleistungen der Forschenden, ohne deren notwendig selektive und fallible Interpretationsaktivität solche Spuren ebenso wenig wie bewusst gesetzte Zeichen *präsent* werden. Vgl. für den Bereich der gegenständlichen Quellen Ulrich Veit u. a. (Hg.): *Spuren und Botschaften. Interpretationen materieller Kultur* (Tübinger Archäologische Taschenbücher 4). Münster 2003; vgl. in wissenschaftstheoretischer und -historischer Hinsicht u. a. Carlo Ginzburg: *Spurensicherung. Die Wissenschaft auf der Suche nach sich selbst*. Berlin 2002.

⁷ Vgl. zur Diskussion um die jeweiligen Limitationen von auf individuelle Texte, Erfahrungen usw. zentrierenden Ansätzen einerseits, strukturalistisch-positivistischen Konzeptionen andererseits etwa Reinhard Sieder: *Sozialgeschichte auf dem Weg zu einer historischen Kulturwissenschaft?*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 20, S. 445–468; für den Bereich der Krankenhausgeschichte bes. Norbert Paul: *Struktur und Erfahrung. Zur Vereinbarkeit historiographischer Außen- und Innenansichten*, in: Schlich, Paul (Hg.): *Medizingeschichte* (wie Anm. 1), S. 87–106. In der Zielrichtung einer Strukturerkennung jenseits der unmittelbar erschließbaren semantischen Gehalte einzelner Dokumente besteht eine wichtige Gemeinsamkeit des sozialhistorischen Forschungsprogramms mit jenen der Mentalitätsgeschichte, der Kulturgeschichte, anderen psychoanalytisch orientierten Ansätzen sowie auch der Diskursanalyse im Foucaultschen Sinn. Vgl. Michel Foucault: *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt am Main 1991; Reiner Keller: *Wissenssoziologische Diskursanalyse*, in: Reiner Keller u. a. (Hg.): *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*, Bd. 1: *Theorien und Methoden*. Wiesbaden 2006, S. 115–146.

wendig abstrakte) Bilder liefern, als sie Zeitgenossen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Erkenntnismitteln jemals hätten erzielen können.⁸

Als diesbezüglich besonders bedeutsame und für die sozialhistorische Forschung charakteristische methodische Zugänge sind die quantitativen Verfahren zu erwähnen (die, das sei erwähnt, um Missverständnisse zu vermeiden, freilich immer auch qualitative Komponenten beinhalten, etwa in der notwendigen vorgängigen Definition dessen, was danach gezählt werden soll).⁹ So können etwa Berechnungen zur Assoziation von sozialem Status von Krankenhauspatienten einerseits, deren Überlebenswahrscheinlichkeit andererseits, Konnexen erhellend, die den zeitgenössischen Beteiligten gar nicht oder nur vage bewusst waren, dessen ungeachtet aber für ihre konkreten Lebensschicksale von eminenter Bedeutung waren.¹⁰

Indem hierfür zeitgenössische Quellen (gewöhnlich eine Vielzahl derselben) herangezogen, deren Inhalte aber in neuartiger, den zeitgenössischen „Diskurs“ transgredierender Weise miteinander in Beziehung gesetzt und analysiert werden, werden in den betreffenden Texten gleichsam „verborgene“ „Daten“ erkannt, und durch Kontextualisierung, Systematisierung und Kalkulation zu neuen Informationen verarbeitet. Ähnliches gilt natürlich auch für nicht im engeren Sinn quantifizierend, aber systematisierend-komparativ operierende Verfahren, die etwa mit binären Codierungen operieren.¹¹

⁸ Vgl. etwa den rezenten Kenntnisstand des Forschungsbereichs der historischen Demographie für Deutschland: Josef Ehmer: Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1800–2000 (Enzyklopädie deutscher Geschichte 71). München 2004; Christian Pfister: Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1500–1800 (Enzyklopädie deutscher Geschichte 28). München 2007.

⁹ Vgl. die einschlägige Methodenliteratur zu den „Schlagworten“ Historische Sozialforschung, Quantitative Inhaltsanalyse, Sozialwissenschaftliche Statistik; einführend zur quantitativen Inhaltsanalyse, auch in historischer Hinsicht, Nicole Burzan: Quantitative Methoden der Kulturwissenschaften. Stuttgart 2005; zu den üblichen mathematisch-statistischen Auswertungsverfahren vgl. etwa Steffen Kühnel, Dagmar Krebs: Statistik für die Sozialwissenschaften. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg 2007.

¹⁰ Vgl. als Beispiel für den Bereich der Vormoderne: Carlos Watzka: Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (Menschen und Kulturen 1). Köln, Weimar, Wien 2005, S. 246–261; Patienten mit höherem sozialem Status hatten in den Ordenskrankenanstalten des 17. und 18. Jahrhunderts in Mitteleuropa keine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit, sondern im Gegenteil eine niedrigere als Kranke aus den unteren Schichten. Zu möglichen Erklärungen vgl. ebd.

¹¹ Zur Anwendung von qualitativ-komparativen Methoden in der historisch orientierten Forschung vgl. Hartmut Kaelble, Jürgen Schriever (Hg.): Vergleich und Transfer. Komparatistik in den Sozial-, Geschichts- und Kulturwissenschaften. Frankfurt am Main 2003; eine eingehende, kritische Diskussion des hierbei prominenten Ansatzes der „qualitativen komparativen Analyse“

Die eben beschriebenen Zielrichtungen sozialhistorischer Forschung setzen für ihre Anwendung naturgemäß voraus, dass überhaupt ein Forschungsinteresse daran besteht, (wenigstens annäherungsweise und der Wahrscheinlichkeit nach) herauszufinden, was Menschen, die in der Vergangenheit lebten – Menschen als „Sinnproduzenten“, aber auch „Menschen aus Fleisch und Blut“, als biologische Wesen – *wirklich getan* haben, und dass sich die Aufgabe der Geschichtsforschung nicht etwa darin erschöpfen sollte, unter Rückgriff auf (nach Gutdünken ausgewählte) historische Sprachdokumente, mögliche Versionen von Vergangenheiten beliebig und in bunter Abfolge, angepasst an jeweilige Opportunitäten und Marktlagen, zu produzieren, ohne nach deren Plausibilität zu fragen, mithin unter Preisgabe des Bezugs auf Kriterien wie Wahrscheinlichkeit, intersubjektive Objektivierbarkeit, Faktizität usw. Sozialgeschichte ist also konzeptuell nicht gut vereinbar mit einer radikal konstruktivistischen (damit solipsistischen und präsentistischen) Weltauffassung, mit einer Selbstbescheidung der Geschichtswissenschaft auf eine die materielle Außenwelt ebenso wie die soziale Welt „dekonstruktiv“ negierende „Geistes“-Wissenschaft.

Die vorangegangenen, abstrakten Gedankengänge seien nun noch an einigen Beispielen veranschaulicht: Während etwa amtliche Mitteilungen von Historikern jeder Ausrichtung (wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und mit verschiedenen großer Begeisterung) als Informationsquellen genutzt werden, befassen sich kulturalistisch orientierte Historiker, was Bauwerke betrifft, zwar gerne mit dessen „Formensprache“ u. Ä., aber nur selten mit Analysen von z. B. Wandanstrichen. Sozialhistoriker nehmen, aufgrund fehlender Vorkenntnisse, solche Untersuchungen zwar auch nur in den seltensten Fällen selbst vor, werden aber wohl eher als andere hellhörig, wenn Spezialisten über solche Studien berichten. So war es für den Verfasser dieses Beitrags höchst aufschlussreich, als der derzeit mit der Restaurierung des „Narrenturms“ in Wien befasste, auch historisch über diese Irrenanstalt forschende Architekt Thomas Kratschmer mitteilte, die Zellen in dieser seien schon während ihres nur ca. neun Jahrzehnte währenden Gebrauchs im ursprünglich vorgesehenen Sinn (1784 bis ca. 1870)¹² offenkundig mehrere Dutzend

bietet weiters Udo Kelle: Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlage und methodologische Konzepte. Wiesbaden 2007, S. 165–180. Spezifisch im Hinblick auf die Medizingeschichte vgl. Lutz Sauerteig: Vergleich: Ein Königsweg auch für die Medizingeschichte? Methodologische Fragen komparativen Forschens, in: Paul, Schlick (Hg.), Medizingeschichte (wie Anm. 1), S. 266–292.

¹² Vgl. Andrea Brenner: Der Wiener „Narrenturm“ und seine PatientInnen – ein erster Arbeitsbericht, in: Carlos Watzka, Marcel Chahrour (Hg.): VorFreud. Therapeutik der Seele vom 18. bis zum 20. Jahrhundert (Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin 2006). Wien 2008, S. 45–64, hier 47.

Male neu mit Kalkfarbe gestrichen worden:¹³ Dieses Faktum beleuchtet nämlich sehr eindrücklich die sanitäre Lage, welche in derartigen „Irrenzellen“ im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert geherrscht haben muss – das häufige Streichen mit Kalk diente dazu, massivste Verunreinigungen optisch zu beseitigen, aber auch hygienisch zu neutralisieren. Zeitgenössische Anleitungen zur Administration von Kranken- und Irrenanstalten raten auch zu einem solchen Vorgehen;¹⁴ die Analyse des Bauwerks liefert nun aber den Beleg für die tatsächliche, regelmäßige praktische Anwendung der entsprechenden Empfehlungen bzw. Vorschriften ebendort, und erhellt so auch die konkreten Lebensumstände der Anstaltsinsassen, über die schon aus Mangel an Quellen wenig bekannt ist, ein wenig.

Weitere, im sozialhistorischen Ertrag des In-Rechnung-Stellens der Materialität und Korporalität menschlichen Lebens bedeutendere Beispiele – gerade auch auf dem Feld der Hospital- und Krankenhausgeschichte – sind, trotz aller Fehleranfälligkeit und bei der nötigen Fundierung auf historische Dokumente oft unvermeidbaren Ungenauigkeit, Rekonstruktionen der Ernährungslage von Anstaltsinsassen, im Hinblick auf die Quantität und Qualität der Nahrungsmittelversorgung (ausreichende Stoff- und Energiezufuhr zur Erhaltung des Organismus),¹⁵ oder auch Untersuchungen, die den Insassen einer Anstaltsorganisation zur Verfügung stehenden Wohnraum zu quantifizieren trachten, indem Baupläne mit ärztlichen Berichten, administrativen Notizen u. Ä. in Bezug gesetzt werden. Auf solche Weise konnte etwa der Verfasser des vorliegenden Beitrags eruieren, dass in der „k.k. Irrenanstalt“ der steirischen Landeshauptstadt Graz mit Sicherheit noch in den 1840er Jahren, wahrscheinlich aber bis in die 1860er Jahre häufig zwei oder drei, teils aber sogar vier oder fünf „Wahnsinnige“ gemeinsam – auch langfristig – in jeweils nur ca. 3,8 mal 3,8 Meter großen, ehemaligen Kapuziner-Zellen untergebracht waren.¹⁶ Was dies für die „Bewegungsfreiheit“ der Betroffenen und

¹³ Vortrag von Thomas Kratschmer im „Narrenturm“ im Rahmen der Veranstaltung „Wahnsinnige Einblicke. Psychiatriearchitektur und ihre Patienten“, Wien, 8. Juli 2006.

¹⁴ Vgl. etwa Karl Esse: Die Krankenhäuser, ihre Einrichtung und Verwaltung. Berlin 1868.

¹⁵ Vgl. hierzu bes. Ulrike Thoms: Anstaltskost im Rationalisierungsprozeß. Die Ernährung in Krankenhäusern und Gefängnissen im 18. und 19. Jahrhundert (MedGG-Beihefte 23). Stuttgart 2005.

¹⁶ Die grässliche Unterbringungssituation wurde im Jahr 1843 in einer anonym erschienenen Druckschrift öffentlich moniert. Vgl. N. N. [Wenzel Streinz]: Die Versorgungs-Anstalten zu Grätz. Graz 1843. Die wichtigsten Archivalien zur konkreten Eruierung der Raumsituation und -größe sind: Steiermärkisches Landesarchiv, Plänesammlung Staatliche Archive, Mappe 47. Vgl. Carlos Watzka: Vom Armenhaus zur Landesnervenklinik Sigmund Freud. Zur Geschichte psychisch Kranker und des gesellschaftlichen Umgangs mit ihnen in der steirischen Landeshauptstadt vom 16. bis zum 21. Jahrhundert, in: Historisches Jahrbuch der Stadt Graz 36 (2006), S. 295–337, hier S. 311 f. u. S. 333.

ihre „Lebensqualität“ insgesamt bedeutete, kann sich der/die Leser/in wohl lebhaft vorstellen.¹⁷

Ein weiteres Beispiel für bedeutende Aufschlüsse, die aus einem „Rechnen“ mit Menschen als physischen Organismen – die etwa auch eine bestimmte Ausdehnung im Raum aufweisen – im Bereich der Hospital- und Krankenhausgeschichte resultieren können, betrifft die Rekonstruktion der organisationellen Tätigkeit. So kann, wenn die Anzahl der innerhalb eines bestimmten Zeitraums in die Einrichtung aufgenommenen Personen sowie die Anzahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze aus vorhandenen Quellen (zumindest in etwa) bekannt ist, hieraus auf einen weiteren, bedeutenden Faktor rückgeschlossen werden, nämlich die Aufenthaltsdauer. Genauer ermitteln lässt sich diese zwar nur durch entsprechende Angaben z. B. in Protokollbüchern oder Krankengeschichten (die für länger zurückliegende Phasen der Geschichte aber meist auch unvollständig sind und daher auch zu einem solchen, simplen Kriterium keine völlige Exaktheit liefern können), fehlen diese aber, so bietet die erwähnte Inbezugsetzung der beiden Variablen „aufgenommene Personen“ und „vorhandene Behandlungsplätze“ aber zumindest die Möglichkeit, die maximal mögliche, durchschnittliche Aufenthaltsdauer – für die betreffende Zeitspanne – zu rekonstruieren: Wenn nämlich in einem bestimmten Zeitraum z n_z Insassen in eine Anstalt aufgenommen wurden, die in dieser Phase über b_z Behandlungsplätze verfügt, dann gilt für die *maximale durchschnittliche Aufenthaltsdauer* m_z jedes Insassen notwendigerweise: $m_z = z / (n_z / b_z)$ beziehungsweise $m_z = z * b_z / n_z$.¹⁸

Wurden also, um ein fiktives, übersichtliches Beispiel zu geben, etwa in einem „Hospital“ mit 40 Betten im Laufe eines bestimmten Jahres (= 365 Tage) 800 In-

¹⁷ Als prekär und elend wurden diese Unterbringungsverhältnisse jedenfalls empfunden, (wie ja auch die zeitgenössische Kritik zeigt, ungeachtet der zu konstatierenden „kulturellen Unterschiede“ in den Definitionen von persönlichem Raumbedarf zwischen Mittelschichtangehörigen des 21. Jahrhunderts und Unterschichtangehörigen des 19. Jahrhunderts (denn um solche handelte es sich in diesen Fällen gewöhnlich, für „irre“ Bürger standen bequemere Räumlichkeiten in der Anstalt zur Verfügung).

¹⁸ Diese Berechnungsweise ist natürlich nur dann berechtigt, wenn tatsächlich von einer ausreichend verlässlich festgestellten Anzahl der maximal zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze ausgegangen werden kann. Eine irgendwie dokumentierte „Bettenzahl“ muss dies noch keineswegs gewährleisten, falls es etwa praktisch üblich gewesen sein sollte, über eine „Normbettenzahl“ hinaus noch weitere „Notbetten“ u. Ä. aufzustellen, oder aber – wie in mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Einrichtungen teils der Fall – mehrere Personen in ein Bett zu legen. Hierin ist aber kein grundsätzliches Manko der betreffenden Vorgangsweise zu erblicken; diese Einschränkung der Anwendbarkeit zeigt nur die Notwendigkeit, in jeder Untersuchung die jeweils spezifischen Gegebenheiten sorgfältig und vorsichtig zu erheben und im Zweifelsfall auf Analysen zu verzichten, für welche die empirischen Datengrundlagen nicht ausreichend sind.

sassen aufgenommen, ergibt sich ein rechnerisches Verhältnis von 20 Patienten pro Bett und Jahr. Die maximal mögliche durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Insassen liegt dann bei $365 / 20 = 18,25$ Tagen;¹⁹ die tatsächliche durchschnittliche Aufenthaltsdauer wäre demnach kurz gewesen (allerhöchstens bei ca. 17 Tagen, vermutlich aber noch einige Tage niedriger, denn es sind auch bei höchster Effizienz stets auch Leerzeiten einzukalkulieren). Es ist offensichtlich, dass eine solche Berechnung Entscheidendes über die betreffende Anstalt besagen kann, im Hinblick auf frühe „Hospitäler“ insbesondere, ob diese, ihrer sozialen Funktion nach, noch als Hospital alten Typs, mit vorwiegend langfristig untergebrachten Personen, oder eher als Krankenhaus im modernen Sinn mit der primären Aufgabe von Kurzzeit-Therapien betrachtet werden sollten. Ist die Aufenthaltsdauer in einer Anstalt dagegen ohnehin bekannt, so kann die soeben angeführte Berechnung dennoch auch nützlich sein, nämlich um in einem weiteren Schritt das Verhältnis zwischen tatsächlicher und maximal möglicher durchschnittlicher Aufenthaltsdauer zu bestimmen und damit den durchschnittlichen Auslastungsgrad der Unterbringungskapazität.

Derartige Untersuchungen erscheinen aber, dies sei hier nochmals betont, nur dann sinnvoll, wenn man eine bis zu einem gewissen Grad (wenn auch immer nur unvollständig und nie ganz „objektiv“) rekonstruierbare, historische „Realität“ voraussetzt, die zu erkunden sich lohnen kann. Geht man dagegen von dem Axiom aus, dass sich in der Auseinandersetzung mit „Geschichte“ letztlich ohnehin *nur* unsere eigenen Vorstellungen, Wertsetzungen usw. spiegeln, für die Quellen allenfalls als Ideen gebende Stichworte dienen können, erübrigen sich solche Bemühungen schlichtweg. So wie „Kulturhistoriker“ aber leider allzu oft (wenn auch keinesfalls notwendigerweise) die materiell-physische Dimension des menschlichen Lebens zu ignorieren geneigt sind, ist allerdings auch der Vorwurf, „Sozialhistoriker“ würden die Fundamentalität kultureller Deutungsprozesse nicht zur Kenntnis nehmen, in der Vergangenheit vielfach nur zu berechtigt gewesen. Daher sollte eine an wissens- und wissenschaftstheoretischen Debatten ernsthaft teilnehmende (Sozial-)Geschichtsforschung die Unumgehbarkeit kultureller Vorprägungen auch der vermeintlich „universalsten“ und exaktesten wissenschaftlichen Operationen anerkennen, ebenso die umfassende Wirkmächtigkeit von Bedeutungszuschreibungen für alle Bereiche des menschlichen Lebens – auch der gesamtgesellschaftlichen Prozesse, der materiellen Strukturen usw. Nur auf Grund-

¹⁹ Für Berechnungen zu einem empirisch aufgetretenen Beispiel mit ähnlichen Verhältnissen vgl. Carlos Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte. Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken* (Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 36). Graz 2007, S. 174 f.

lage einer intensiven – und radikal kritischen – Auseinandersetzung mit den kulturellen Formationen und Praktiken sowohl der jeweils untersuchten Vergangenheit wie der eigenen Gegenwartsgesellschaft lassen sich historische soziale Prozesse und Strukturen überhaupt adäquat nachvollziehen.²⁰

So stellt etwa die Aufnahme einer Person in ein Hospital natürlich mehr dar als die bloße „Befüllung“ eines „freien Platzes“ mit einem Menschen; je nach Informationslage ist der/die Historiker/in in der Lage, diesen Prozess mehr oder weniger detailliert als kulturelle Praxis nachzuzeichnen, für deren Ausgestaltung Diskurse von weit allgemeinerer Relevanz Bedeutung hatten. So ist etwa für die Interpretation der in Hospitalordnungen und ähnlichen Dokumenten des Mittelalters und der Frühen Neuzeit verbreiteten Vorschrift, dass im Hospital ankommenden Personen *die Füße* zu waschen seien, von erheblicher Wichtigkeit, dass es sich bei dieser Handlung um eine traditionelle Demutsgeste der christlichen Religion handelt, deren Realisierung für den *Waschenden* den Erwerb jenseitigen Verdienstes bedeutete.²¹ Hieraus sollte aber nicht abgeleitet werden, dass in frühneuzeitlichen Spitälern den Neuankömmlingen die Füße nicht zugleich auch gewaschen wurden, um erhebliche Verschmutzungen der Betten zu verhindern! Insoweit damit hygienische Ideen oder auch ökonomische Kalkulationen verbunden waren, sind dies wiederum ebenso kulturell geformte Praktiken, so wie ja schon das Bereitstellen eines *Bettes* für einen Kranken durch irgendjemanden ein kulturabhängiges Phänomen ist. Der basale Impuls des Menschen freilich, am eigenen Körper oder jenem von anderen, derer man sich fürsorglich annimmt, Fremdkörper zu entfernen, darf getrost als „natürlich“, als biologisch grundgelegt gelten.²²

„Sozialgeschichte des Hospitals/Krankenhauses“ steht also, in wissenschaftstheoretischer Hinsicht, für ein der psychophysischen sozialen Realität adäquates, multidimensionales Verständnis des Menschseins, wie es auch für eine pragmatisch orientierte Anthropologie, wie die Medizin, am ehesten zielführend ist, und in den letzten Jahrzehnten unter dem Schlagwort „biopsychosoziales Krankheitsmodell“ zunehmend propagiert wurde.²³ Insbesondere geht dieser Ansatz,

²⁰ Vgl. etwa Norbert Elias: Engagement und Distanzierung. Frankfurt am Main 1983.

²¹ Vgl. Kay Peter Jankrift: Hospitalorden, in: Werner Gerabek u. a. (Hg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin 2005, S. 627 f.

²² Man vgl. nur die wechselseitigen Fürsorgehandlungen anderer höheren Tierarten, bes. der Säugetiere und Vögel.

²³ Vgl. bes. Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack: Theorie der Medizin. München u. a. 1998. Aus konzeptuellen Gründen plädiert der Verfasser, was die Benennung eines solchen Modells betrifft, eher für ein „öko-somato-psycho-kulturelles Modell“, weil so die Differenzierungslogik der unterschiedenen Bereiche klarer zutage treten, nämlich einerseits die Differenz Sinn-Signal

jedenfalls im Verständnis des Verfassers, auch von der Wirklichkeit und Bedeutsamkeit auch nicht-geplanter, nicht-intendierter Verhaltensweisen und Prozesse beim Zustandekommen menschlichen Handelns, und damit auch historischen Wandels aus, und damit von der – physischen ebenso wie psychostrukturellen/psychodynamischen – „Untergründigkeit“ von Ratio und Bewusstsein. Das soll aber, um es nochmals zu betonen, nicht zur Annahme verleiten, eine derartige Sozialgeschichte vernachlässige zwangsläufig die Komplexität kultureller Formen und die Bedeutsamkeit kognitiver Leistungen für das menschliche Zusammenleben.²⁴

Die bisherigen Erörterungen suchten nicht zuletzt in Abgrenzung von anderen Forschungsprogrammen spezifische Erkenntnismöglichkeiten sozialhistorischer Herangehensweisen an den Forschungsgegenstand Hospital/Krankenhaus zu skizzieren. Abschließend soll aber auch auf die Frage „Was sind *typische* Forschungsprobleme bzw. -themen einer Sozialgeschichte des Hospitals bzw. Krankenhauses?“²⁵ noch im Sinne einer extensionalen Definition eingegangen werden. Sozialgeschichte des Hospitals/Krankenhauses beschäftigt sich besonders mit:

- Auftreten, Umfang, (symbolischer und materieller) innerer Ausgestaltung sowie Außenbeziehungen des Hospital- und Krankenhauswesens in raumzeitlich (und thematisch) näher definierten Untersuchungsfeldern
- makrosozialen (gesellschaftlichen, ökonomischen, politischen) Ursachen für unterschiedliche Ausprägungen dieser Phänomene
- den Rückwirkungen des Hospital- und Krankenhauswesens auf gesellschaftliche „Teilsysteme“ und gesamtgesellschaftlich bedeutsame Phänomene, den sozialen Funktionen und Dysfunktionen solcher Anstalten

im semiotischen Sinn, die die prozessualen Wirkungskreise des Ökologischen und Somatischen von denen des Psychischen und Kulturellen trennt, andererseits jene zwischen intraindividuellen und sozialen Prozessen und Strukturen, welche das mittels Psyche und Soma konstituierte Individuum einerseits materiellen und informationell-symbolischen Relationen zwischen Akteuren andererseits gegenüberstellt.

²⁴ Ein beachtenswertes Beispiel aus dem Bereich der mitteleuropäischen Krankenhausgeschichte lieferte vor einigen Jahren der österreichische Künstler Alfred Stohl: Ihm gelingt es nach Einschätzung des Verfassers des vorliegenden Beitrags überzeugend, einen Zusammenhang zwischen der Architektur des schon erwähnten Wiener „Narrenturms“ und astrologisch-astronomischen Lehren über die „Influenz“ des Mondes auf die menschliche Vernunft herzustellen, was bislang völlig unbekannt war. Zahlreiche Ausführungen über angebliche alchemistische Funktionen des „Tollhauses“ in diesem interessanten, aber nicht primär als Beitrag zur wissenschaftlichen Diskussion intendierten Werk bleiben allerdings, dies sei angemerkt, Spekulation bzw. stellen selbst „Zahlenmystik“ dar. Vgl. Alfred Stohl: Der Narrenturm, oder die dunkle Seite der Wissenschaft. Wien, Köln, Weimar 2000.

²⁵ Hierzu können hier, neben schon genannten Werken, nur einige wenige, wichtige Arbeiten aus

Zur Sozialgeschichte des Hospitals/Krankenhauses

- den sozialen Relationen bzw. Figurationen der beteiligten Akteure innerhalb und außerhalb der Anstalten (zu letzteren zählen etwa Behördenvertreter, Stifter, Angehörige von Insassen, zu ersteren insbesondere Personal und Insassen), ihren Interaktionen und deren Ergebnissen; darunter insbesondere:
- den konkreten materiellen Lebensbedingungen aller in den Anstalten lebenden Personen
- den Machtverhältnissen der direkt beteiligten Gruppen und Individuen zueinander und gegenüber anderen sozialen Entitäten
- den ökonomischen Aspekten der Anstaltstätigkeit, mithin u. a. den Prozessen der (anstaltsexternen und -internen) Akquisition und Allokation von Ressourcen
- den symbolischen Ordnungen und Handlungen innerhalb der Anstalten sowie ihren Beziehungen zu umfassenderen kulturellen Systemen und Praktiken
- sozialen Ungleichheiten auf allen eben genannten Dimensionen innerhalb der Organisationen
- der Bedeutung sozialer Ungleichheiten in den die Anstalten umgebenden Gesellschaften für deren innere Gestalt.

Am Ende dieses kurzen Beitrags zur Diskussion um verschiedene, teils konkurrierende, teils komplementäre Forschungsprogramme, deren sich eine Geschichte des Hospitals und Krankenhauses bedienen kann, verbleibt dem Verfasser noch, seine Hoffnung zum Ausdruck zu bringen, dass die sozialgeschichtliche bzw. sozialwissenschaftliche Perspektive auf derartige Anstalten wieder vermehrte Beachtung in der Forschungspraxis erhält.

dem deutschsprachigen Raum angeführt werden: Alfons Labisch, Reinhard Spree (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.“ Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland. Frankfurt am Main, New York 1996; Alfons Labisch, Reinhard Spree (Hg.): Krankenhaus-Report. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten. Frankfurt am Main, New York 2001; Gunnar Stollberg, Ingo Tamm: Die Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäusern bis zum ersten Weltkrieg (MedGG-Beihefte 17). Stuttgart 2001; Martin Scheutz u. a. (Hg.): Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit (Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung, Ergänzungsband 51). Wien, München 2008; Gerhard Aumüller, Kornelia Grundmann, Christina Vanja (Hg.): Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit. Geschichte und Entwicklung der Krankenversorgung im sozioökonomischen Wandel (Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen 68). Marburg 2007; Neithard Bulst u. a. (Hg.): Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler (Vorträge und Forschungen 65). Stuttgart 2007; Gisela Drossbach (Hg.): Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit. Frankreich, Deutschland und Italien. Eine vergleichende Geschichte. München 2007.