

Historia Hospitalium

Jahrbuch
der Deutschen Gesellschaft
für Krankenhausgeschichte

in deren Auftrag
herausgegeben von

Dr. Florian Bruns
(Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Prof. Dr. Fritz Dross
(Universität Erlangen-Nürnberg)

PD Dr. Karen Nolte
(Universität Würzburg)

Prof. Dr. Christina Vanja
(Universität Kassel)

Band 30
2016/17

LIT

Karen Nolte, Christina Vanja,
Florian Bruns, Fritz Dross (Hg.)

Geschichte der Pflege im Krankenhaus

(Schwerpunktthema des wissenschaftlichen Teils)

LIT

Zur Typologie des frühneuzeitlichen Hospitals – Eine Übersicht über mögliche Vergleichsdimensionen und Anwendungsbeispiele betreffend die Hospitäler im Herzogtum Steiermark (ca. 1500–1750)

Carlos Watzka

Zusammenfassung

Der Beitrag behandelt das Thema der Hospitaltypen in eher systematisch-theoretischer Weise, indem gefragt wird, welche Aspekte bzw. Vergleichsdimensionen sich auf Grundlage des derzeitigen Forschungsstandes zum Phänomen Hospital – und zwar speziell auf dessen frühneuzeitliche Ausprägungen hin – herausarbeiten lassen, die als Basis einer Typologie dienen können oder als Elemente für typologische Vergleiche Bedeutung haben. In einem zweiten Abschnitt des Beitrags werden zur Verdeutlichung zwei verschiedene Typologien auf das steirische Hospitalwesen des Zeitraums von ca. 1500 bis 1750 angewandt. Insgesamt werden, ohne dass damit irgendeine Vollständigkeit beansprucht werden könnte oder sollte, als mögliche typologische Kriterien genannt: Träger, Gründer, Anspruchsinhaber, Ressourcenquellen, Größe bzw. rechtlicher Status der Standortgemeinde, topographische und geographische Lage, Gründungs- und Auflassungszeitraum, Bestandsdauer, Organisationsgröße nach Insassenkapazität bzw. -zahl, Umfang des Personals, Tätigkeitsprofil des Personals, Volumen des Anstaltsvermögens, Grad der funktionalen Spezifität, Art der Ziel- bzw. Bewohnerkategorien, Schichtzugehörigkeit der Insassen, Zuständigkeits- bzw. Anspruchsradius, Vorhandensein und Grad der Formalisierung sowie inhaltliche Ausrichtung der Organisationsnormen, Organisations- bzw. Personalstruktur, Verhältnis von Personal und Insassen, materielle Gestaltung der Unterbringung und der sonstigen Versorgungsleistungen, besonders der Ernährung, Strukturiertheitsgrad des Tagesablaufes, Rekrutierungsmuster, besonders im Hinblick auf die Frage der Freiwilligkeit der Eintritte für die Betroffenen selbst oder ihre Familien, Ausmaß und Art institutioneller Kooperationen, Grad der ökonomischen Autarkie, Gestalt des sozialen und kulturellen Austausches mit der Umwelt. In der Erörterung des steirischen

Beispiels werden die „klassische“ Typologie nach Trägerschaft sowie eine Typologie nach Insassenzahl und die Ergebnisse der auf diesen Klassifikationskriterien beruhenden Vergleiche zu ausgewählten weiteren Parametern dargestellt.

Abstract

This contribution deals with the topic of hospital types in a rather systematic and theoretical manner, by examining which aspects, or more specifically, which comparative dimensions can be constructed regarding the phenomenon of “hospital” – and particularly its early modern variants –, based on the current state of research, that can either can be used as a foundation of a typology or seem relevant as elements for typological comparison. As an exemplification, a second section of the contribution will apply two typologies on the Styrian hospital system, between 1500 and 1750, approximately. Without any claim to completeness, the following criteria are listed: provider; founder; clients; sponsors; size or legal status of the municipality; topographical and geographical location; foundation and period of conveyance; duration of operation; size of the organisation by capacity and actual number of inmates; size of staff; activity profile of staff; volume of assets owned; degree of functional specificity; categories of potential and actual occupants; social strata of occupants; scope of responsibility and clientele; existence and degree of formalisation, as well as conceptual alignment of organisational norms; organisational structure and staff policy; relation between staff and occupants; quality of accommodation and other material supplies, particularly concerning nutrition; degree of structuredness of daily routine; recruitment strategies, especially concerning the aspect of voluntariness for potential occupants or their families; extent and manner of institutional cooperations; degree of economic self-sufficiency; extent and type of social and cultural exchange with environment. In the discussion of the Styrian example, the “classical” typology according to providership and another one by number of inmates are presented, together with the results of comparisons of selected other variables, based on the stated two basic classification criteria.

Einleitung

Der vorliegende Beitrag greift das Thema „Hospitaltypen“ in heuristischer Perspektive auf;¹ es soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit Typologien von Hospitälern als Erkenntnisinstrumente historisch orientierter

¹ Zur noch allgemeineren Thematik der an das Hospitalwesen insgesamt herantragbaren geschichtswissenschaftlichen Fragestellungen vgl. bes.: Gunnar Stollberg, Christina Vanja, Ernst Kraas (Hg.): Krankenhausgeschichte heute (Historia Hospitalium, Bd. 27). Berlin 2011.

Forschung von Nutzen sein können, welche Vergleichsdimensionen entsprechenden Typenbildungen konkret zugrunde gelegt werden können und welche Ergebnisse hierbei erwartbar sind.² Die Fragestellung soll hierbei zunächst generalisierend beleuchtet werden, und zwar aus organisations-theoretischer und -soziologischer Sicht,³ zugleich aber unter empirischem Bezug auf die Grundlinien der bisherigen Ergebnisse der internationalen und interdisziplinären Forschung zum frühneuzeitlichen Hospitalwesen.⁴

Danach werden ausgewählte Aspekte anhand eines konkreten Untersuchungsfeldes unter Bezug auf detaillierte empirische Befunde behandelt. Als Untersuchungsraum wurde dabei das Herzogtum Steiermark im Zeitraum von ca. 1500 bis 1750 ausgewählt – zunächst aus dem einfachen Umstand heraus, dass der Autor hierzu durch vorangegangene Studien⁵ bereits über umfassendes Datenmaterial – einschließlich verschiedener Typisierungsversuche – verfügt. Dieser raumzeitliche Rahmen eignet sich aber

² Zum Thema Typenbildung vgl.: Udo Kelle, Susann Kluge: Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkonstrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden 2010, bes. S. 83–112.

³ Vgl. hierzu bes. die Übersicht: Peter Preisendörfer: Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen. Wiesbaden 2011.

⁴ Da ein Zeitschriftenbeitrag nicht als Ort einer umfassenden Bibliographie fungieren kann und soll, seien hier, neben einem allgemeinen und an sich wohl überflüssigen Hinweis auf die vielfältigen profunden Beiträge in der neueren Zeitschriftenliteratur, und besonders in den Bänden von *Historia Hospitalium*, lediglich einige neuere Übersichtsarbeiten und Sammelbände angeführt: Arthur Dirmeier (Hg.): *Leben im Spital. Pfründner und ihr Alltag (1500–1800)*. Regensburg 2017 [im Druck]; Hans-Peter Rhomberg: *Das Hospital – Heil- und Pflegestätten im Wandel der Zeit*. Lindenberg 2014; Christopher Bonfield, Jonathan Reinartz, Teresa Huguet-Termes (Hg.): *Hospitals and Communities, 1100–1960*. Bern u. a. 2013; Laurinda Abreu, Sally Sheard: *Hospital Life. Theory and Practice from the Medieval to the Modern*. Bern u. a. 2013; Martin Scheutz u. a. (Hg.): *Quellen zur europäischen Spitalgeschichte – Sources for the History of Hospitals in Medieval and Early Modern Europe*. Wien, München 2010; Martin Scheutz u. a. (Hg.): *Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit*. Wien, München 2008; Gerhard Aumüller, Kornelia Grundmann, Christina Vanja (Hg.): *Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit*. Marburg 2007; Gisela Drossbach (Hg.): *Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit. Frankreich, Deutschland und Italien. Eine vergleichende Geschichte*. München 2007; Carlos Watzka: *Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa*. Köln, Weimar, Wien 2005. Zur einschlägigen Literatur des 20. Jahrhunderts vgl. bes. Axel Hof: *Der soziale Ort der Gesundheit. Topographische Bibliographie zur Sozialgeschichte des Fürsorge-, Hospital-, Medizinal- und Wohlfahrtswesens*. Regensburg 2000.

⁵ Vgl. bes.: 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*. Graz 2007.

auch deswegen gut für eine entsprechende Betrachtung, weil er mit etwa 100 eruierten Fällen eine mittlere Größe von einschlägig relevanten organisatorischen Strukturen umfasst:⁶ nicht so wenige Hospitäler (wie im Falle der meisten auf einzelne Städte bezogenen Studien), dass betreffend einer Typologie nur die Anwendung von bereits bestehenden Schemata auf einzelne konkrete „Fälle“ infrage kommt, nicht aber die Generierung oder Weiterentwicklung derselben, aber auch nicht einen so umfassenden Ausschnitt der historischen Realität wie es das Hospitalwesen ganzer „Nationen“ darstellt, bei dessen Untersuchung angesichts von tausenden, potentiell bzw. real als „Hospital“ zu klassifizierenden Organisationen fast notwendigerweise eine lückenhafte und sehr heterogene Quellen- und Forschungslage in Kauf genommen werden muss.

Vergleichsdimensionen für Hospital-Typologien

Im Folgenden werden die dem Autor für typologische Fragestellungen besonders wertvoll erscheinenden Aspekte der frühneuzeitlichen Hospitalgeschichte skizzenartig angesprochen. Hierbei wird auch das Problem diskutiert, welche der zahlreichen möglichen Vergleichsdimensionen sich als basale, primäre Klassifikationskriterien eignen, also gleichsam im Sinne „unabhängiger Variablen“ einen heuristisch besonders wertvollen ersten Ansatzpunkt für eine Gruppenbildung liefern können, und welche Aspekte des Hospitalwesens wiederum, obwohl möglicherweise inhaltlich hochrelevant, als Grundlagen von Typenbildungen weniger gut geeignet erscheinen und wohl besser als sekundäre Vergleichsdimensionen Beachtung finden, also als Merkmale, hinsichtlich welcher einmal etablierte Typen wahrscheinlich mit Ertrag verglichen werden können (entsprechend „abhängigen Variablen“ in quantitativen Untersuchungen).

Gleichsam die klassische Hospital-Typologie ist jene nach dem Kriterium des Spitalsherrn⁷, etwas moderner ausgedrückt: jene nach dem oder den Trägern der jeweiligen Anstalt, also derjenigen Institution bzw. demjenigen – ggf. kollektiven – Akteur, welche/r zeitgenössisch als für einen geordneten Betrieb der jeweiligen Einrichtung hauptverantwortlich galt (und diese als Gründer oftmals auch ins Leben gerufen hatte).⁸ In diesem Sinn wird, was den deutschsprachigen Raum angeht, traditionellerweise zwischen „Bürgerspitälern“ bzw. „städtischen“ und „Markt-Spitälern“, „fürstlichen bzw. Hofspitälern“, „geistlichen Hospitälern“, „(Grund-)Herrschaftshospitälern“, „Bruderhäusern“ (genossen-

⁶ Näheres hierzu weiter unten.

⁷ Vgl. etwa Siegfried Reicke: Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter. Stuttgart 1932.

⁸ In allgemeinerer Perspektive handelt es sich um die Funktion der Organisationsleitung.

schaftlich fundierten Spitälern) und anderen differenziert.⁹ Zweifellos ist die Differenzierung nach der Trägerschaft von erheblicher potenzieller Aussagekraft – ein typisches „Bürgerspital“ unterscheidet sich in mehrerlei Aspekten deutlich etwa von einem typischen geistlich geführten oder auch von einem vom Landesfürsten installierten Hospital.

Allerdings ist mit einer solchen Typologie, wenigstens in der traditionellen historiographischen Praxis, oft das Problem einer Übervereinfachung verbunden gewesen, denn etliche Hospital-Organisationen hatten offenbar nicht den einen „Träger“, der oder dessen Repräsentant – Stadtrat, herrschaftlicher Verwalter usw. – alles managte; vielmehr – und dies gilt wahrscheinlich besonders für kleinere Städte, Märkte und dörfliche Zentralorte – war manches Hospital wohl eher ein „Joint Venture“, an dessen Betrieb die lokale Einwohnergemeinschaft (über ihre Vertreter) ebenso einen gewissen Anteil hatte wie der jeweilige Grund- und/oder Pfarrherr.¹⁰ Eine vergleichend-systematische Untersuchung solcher Konstellationen steht allerdings für die meisten mitteleuropäischen Regionen noch aus. Auch bei klar vorliegender „Hauptzuständigkeit“ eines bestimmten Trägers wurden zudem immer wieder anderen Anspruchsinhabern („Stakeholdern“) gewisse Mitsprache- oder Kontrollrechte eingeräumt, was sich insbesondere auf ein allgemeines Aufsichtsrecht, auf die Kontrolle der Finanzgebarung, die geistliche Betreuung, ein Vorschlagsrecht für den Leiter des Hospitals und/oder die aufzunehmenden Insassen beziehen konnte.¹¹ Weiters ist zu beachten, dass auch die Frage nach den Finanzierungs- bzw. Ressourcenquellen eines Hospitals eine grundsätzlich von der Trägerschaft unabhängige Variable darstellen kann:¹² Selbstredend sorgten in Bürgerspitälern in der Regel auch hauptsächlich die kommunalen Selbstverwaltungsorgane für die Bereitstellung der erforderlichen materiellen und/oder finanziellen Mittel, in fürstlichen Spitälern der landesfürstliche Haushalt usw., aber es waren auch hier Ausnahmen existent; in diesem Zusammenhang

⁹ Vgl. hierzu bes. die in der rezenten, für die österreichische Hospitalforschung künftig zweifellos fundamentalen Publikation von Scheutz und Weiß verwendete Struktur und Terminologie: Martin Scheutz, Alfred Stefan Weiß: Spital als Lebensform. Österreichische Spitalordnungen und Spitalinstruktionen der Neuzeit. 2 Bde. Wien, Köln, Weimar 2015.

¹⁰ Vgl. die vielfältigen Regulierungen auch für kleinstädtische und marktörtliche Einrichtungen im Rahmen frühneuzeitlicher österreichischer Spitalordnungen: Scheutz, Weiß: Spital als Lebensform (wie Anm. 9).

¹¹ Vgl. Martin Scheutz, Alfred Stefan Weiß: Spitäler im bayerischen und österreichischen Raum in der Frühen Neuzeit (bis 1800), in: Scheutz (Hg.): Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 4), S. 185–230, bes. S. 199.

¹² Vgl. zu dieser Thematik etwa: Andreas Schmauder (Hg.): Macht der Barmherzigkeit. Lebenswelt Spital. Konstanz 2000.

ist besonders auf die Rolle von spezifisch für den Betrieb von Hospitälern eingerichteten Stiftungen zu verweisen. Die eben genannten Merkmale eignen sich aber eher für sekundäre Unterdifferenzierungen im Rahmen einer Typologie nach Trägerschaft, weniger für eine primäre Klassifikation von neuzeitlichen Hospitalinstitutionen, da es sich bei ihnen um vor allem in Abhängigkeit vom Parameter der Trägerschaft aufschlussreich werdende Aspekte handelt. Ähnlich verhält es sich mit der Frage nach dem physischen Standort eines Hospitals. Dennoch ist, wenn von einem „städtischen Hospital“ die Rede ist, aus gutem Grund in der Regel nicht bloß ein Hospital gemeint, das seinen Standort innerhalb einer Stadt (oder deren unmittelbarer Umgebung) hatte, sondern ein Hospital unter der Ägide einer Stadtverwaltung. Neben der Standortgemeinde als solcher bzw. ihrem rechtlich-gesellschaftlichen Status kann weiters die konkrete lokalgeographische Lage interessieren: Handelt es sich um eine innerhalb der Stadtmauern respektive im Ortskern gelegene Anstalt, oder, wie bekanntlich häufig der Fall, um eine Lage im Grenzbereich an einer der Zufahrtsstraßen?¹³

Weitere wichtige Differenzierungsmöglichkeiten – die gleichwohl primär in Verbindung mit weiteren Unterscheidungen sinnvoll erscheinen – sind jene nach den Gründungs- bzw. Schließungszeitpunkten bzw. nach dem Bestandszeitraum. So unterscheiden sich vergleichsweise „kurzlebige“ Einrichtungen wohl häufig in bestimmten weiteren Merkmalen von den – im mitteleuropäischen Hospitalwesen der Neuzeit den Normalfall darstellenden – langlebigeren, deren Betriebsdauer nicht bloß in Jahrzehnten, sondern in Jahrhunderten gezählt werden kann. Aber auch die Klassifikation in „mittelalterliche“ und „neuzeitliche“ Gründungen scheint für viele Fragestellungen von erheblicher Bedeutung.¹⁴

Als fundamentale, mit über andere Aspekte allein kaum erschließbaren Aussagepotentialen verbundene Klassifikationsmöglichkeit hat dagegen nach Auffassung des Autors die Typologisierung nach der Organisationsgröße zu gelten.¹⁵ Allerdings ist zu beachten, dass es sich hierbei um

¹³ Vgl. etwa Katalin Szende: „Sag mir, wo die Spitäler sind ...“. Zur Topographie europäischer Spitäler, in: Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 117/1–2 (2009), S. 137–146; Judit Majorossy, Katalin Szende: Hospitals in Medieval and Early Modern Hungary, in: Scheutz: Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 4), S. 408–454, bes. S. 442–447. Zum kulturhistorischen Hintergrund weiterhin auch: Michel Foucault: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt am Main 1969, S. 19–67.

¹⁴ Vgl. hierzu etwa die Strukturierung des heute noch hilfreichen, epochenübergreifenden Übersichtswerkes von Dieter Jetter: Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800. Köln 1986.

¹⁵ Vgl. hierzu in allgemeiner Perspektive: Preisendörfer: Organisationssoziologie (wie Anm. 3), bes. S. 86f.; spezifisch bezogen auf das Hospitalwesen etwa: Carlos Watzka: Gesundheitsversorgung im Hospital, ca. 1500–1800. Eine Übersicht in typologisieren-

ein näherer Definition bedürftiges, gegebenenfalls sogar selbst multidimensionales Kriterium handelt, denn zum Beispiel eine dreigliedrige Unterscheidung in kleine, mittlere und große Hospitäler wird zu unterschiedlichen Gruppenzusammensetzungen kommen, je nachdem, ob die Unterbringungskapazität („Bettenzahl“) bzw. die tatsächliche Insassenzahl – zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, auch das ist nicht bedeutungslos – zur Klassifikation herangezogen wird oder aber der zahlenmäßige Umfang des Personals, wobei hier wieder zwischen der Gesamtzahl des Personals und dem Umfang des vorrangig oder ausschließlich mit der Betreuung selbst befassten Teils desselben zu unterscheiden wäre. Auch das Volumen des der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung stehenden Grund- oder Finanzvermögens kann natürlich ein Differenzierungsmerkmal abgeben;¹⁶ dieses erscheint für wirtschaftshistorische Erkenntnisziele von primärer Bedeutung, während es bei vorwiegend insassenbezogenen Forschungsinteressen wohl eher als „Proxy-Variable“ in Frage kommt, wenn andere Angaben zur Größenordnung spärlich sind oder fehlen.

Der Aspekt der „Größe“ der Institution führt so direkt zum Thema der Ziel- und Bewohnergruppen derselben¹⁷ und damit zu einem ganzen Bündel potentieller weiterer Kriterien für Typologien, von denen mehrere in der Forschungspraxis tatsächlich eine erhebliche Rolle spielen: So kann zunächst mehr formal, hinsichtlich der funktionalen Spezifität unterschieden werden, ob es sich um mono-, oligo- oder multifunktionale Einrichtungen handelt, also um Organisationen, die auf eine einzige, einige wenige oder zahlreiche verschiedene (potentielle) Bewohnerkategorien ausgerichtet waren.¹⁸ Darüber hinaus – und das ist eine der prominentesten und am öftesten angewandten Typologien – ist nach der inhaltlichen Ausrichtung selbst

der Absicht, in: Dirmeier, *Leben im Spital* (wie Anm. 4) [im Druck].

¹⁶ Vgl. etwa: Fritz Dross: *Stadt und Hospital/Krankenhaus*, in: Stollberg, Vanja, Kraas: *Krankenhausgeschichte heute* (wie Anm. 1), S. 33–43, bes. S. 38–40; vgl. weiters: Gerhard Aumüller: *Die Hohen Hospitäler Hessens als geordnete christliche Haushalte – die ökonomischen Grundlagen der Hospitäler in einer frühen Phase der Medikalisierung*, in: Aumüller, Grundmann, Vanja: *Der Dienst am Kranken* (wie Anm. 4), S. 113–143.

¹⁷ In allgemein-organisationstheoretischer Terminologie fallen diese unter den Überbegriff der „Mitglieder“ respektive „Beteiligten“. Vgl. Renate Mayntz: *Soziologie der Organisation*. Reinbek bei Hamburg 1963, bes. S. 112–135; auch: Preisendörfer: *Organisationssoziologie* (wie Anm. 3), bes. S. 59.

¹⁸ Die „Multifunktionalität“ gerade der traditionell ausgerichteten Hospitaltypen wurde und wird in der Forschung zu Recht immer wieder hervorgehoben. Vgl. etwa Christina Vanja: *Offene Fragen und Perspektiven der Hospitalgeschichte*, in: Scheutz: *Europäisches Spitalwesen* (wie Anm. 4), S. 19–41, bes. S. 19–21.

zu fragen¹⁹ und damit danach, welche Insassenkategorien jeweils vorhanden waren, wie diese inhaltlich definiert wurden und welche Bedeutung allenfalls den einzelnen Bewohnerklassen im Verhältnis zu anderen innerhalb derselben Institution zukam. Handelte es sich um ein Hospital primär oder ausschließlich für Arme oder für Alte, um eines für Kranke im Allgemeinen, um eines ausschließlich für Seuchenopfer oder chronisch kranke Menschen bestimmtes, um eine multifunktionale Institution usw.²⁰ Welche Rolle spielte jeweils die soziale Schichtzugehörigkeit für die Rekrutierung als Insasse der Anstalt insgesamt bzw. einzelner Abteilungen?²¹

Weiters könnte eine typologische Differenzierung, was seltener geschieht, auch auf dem geographischen bzw. sozialen Zuständigkeits- und Anspruchsradius aufbauen oder diesen zumindest mitberücksichtigen: Handelte es sich um eine lokal oder mikroregional orientierte Organisation, eine an territorialstaatlichen Abgrenzungen orientierte oder gar eine (mehr oder weniger konsequent) universalistisch ausgerichtete Einrichtung, in die etwa jede/r Katholik/in, Christ/in, Mensch Aufnahme finden konnte?²² Typologisch bedeutungsvoll erscheint dann auch das Kriterium der Formalisierung der Organisationsnormen:²³ Sind partikulare Normen – Hospitalordnungen, Instruktionen und andere – überhaupt vorhanden gewesen? In schriftlicher Form? Wie umfangreich? Mit welchen inhaltlichen Schwerpunkten?²⁴ Hieraus ergibt sich sogleich die verwandte Frage nach Organisations- und speziell Personalstrukturen: Gab es eine definierte haupt- oder nebenamtliche Leitungsposition? Gab es sonst Personal und wenn ja, in welchem Umfang und mit welchen Funktionen? War eine genuine Ämter- bzw. Aufgabenstruktur vorhanden und wenn ja – wie in größeren Einrichtungen meist der Fall –, wie war diese näher gestaltet, etwa im

¹⁹ Für den spezifischen Aspekt des Zusammenhangs von Hospitalwesen und frühneuzeitlicher Gesundheitsversorgung vgl. nunmehr auch: Watzka: Gesundheitsversorgung (wie Anm. 15); weiters: Martin Scheutz, Alfred Stefan Weiß: Vom Rosenkreuz zum Skalpell in einer sich auflösenden Ständegesellschaft. Die Entstehungsphase der Krankenhäuser im späten 18. und 19. Jahrhundert in Österreich, in: Stollberg, Vanja, Kraas (Hg.): Krankenhausgeschichte heute (wie Anm. 1), S. 23–32.

²⁰ Vgl. hierzu bes. Watzka: Vom Hospital zum Krankenhaus (wie Anm. 4).

²¹ Vgl. Carlos Watzka: Zur Sozialgeschichte des Hospitals/Krankenhauses, in: Stollberg, Vanja, Kraas: Krankenhausgeschichte heute (wie Anm. 1), S. 5–16.

²² Vgl. zu den ganz unterschiedlichen Ausrichtungen, die komparativ sichtbar werden, etwa: Drossbach: Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit (wie Anm. 4); Scheutz: Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 4).

²³ Zu dieser „klassischen“ Frage der Organisationsforschung vgl. zusammenfassend: Mayntz: Soziologie der Organisation (wie Anm. 17), S. 85–89.

²⁴ Hinsichtlich der Hospitalforschung vgl. hierzu nunmehr bes.: Scheutz, Weiß: Spital als Lebensform (wie Anm. 9).

Hinblick auf Hierarchietiefe und Kontrollspanne?²⁵ Wie war das Verhältnis von Personal und Insassen beschaffen (strikte Trennung vs. fließende Übergänge)?²⁶

Weitere, für Typologisierungsvorgänge potentiell brauchbare Differenzierungen schließen an der „äußeren“, materiellen Gestaltung des Hospitalbetriebes an: Welche Leistungen wurden von der Organisation übernommen – im Regelfall bzw. auch ausnahmsweise?²⁷ Hier reicht das empirische Spektrum bekanntlich vom Mindesterfordernis eines „Daches über dem Kopf“ für ein paar Personen – fehlt dieses, handelt es sich per definitionem um kein real „stationär“ tätiges „Hospital“, sondern entweder um eine ambulante Einrichtung der Armenfürsorge oder Ähnliches oder aber eine noch nicht bzw. nicht mehr funktionierende Organisation solchen Namens – bis hin zu eher luxuriösen „Rundum-sorglos-Paketen“, die gewöhnlich wenigen distinguierten Insassen vorbehalten blieben. In diesem Bereich fällt speziell auch die Frage nach der organisatorischen und architektonischen Gestaltung der Unterbringung:²⁸ Handelt es sich um ein- oder mehrspartige Institutionen, also um Anstalten ohne oder mit interner Differenzierung von Insassen und/oder Personal in mehrere „Abteilungen“? Herrschte eine Einzel-, eine Zwei- oder eine Mehrbettzimmerunterbringung bzw. eine Unterbringung in Massensälen vor?²⁹

Über solche, vielfach zweifellos ergiebig als Typologie formulierbare Fragestellungen hinaus lassen sich zur historischen Realität von Hospitälern selbstredend noch viele weitere Fragen stellen, insbesondere zum Lebensalltag der jeweiligen Insassen. Vieles hiervon entzieht sich einer übersichtlichen Klassifizierbarkeit; immerhin scheinen manche Aspekte doch heuristisch wertvolle, sekundär einsetzbare Typisierungen zu erlauben, so

²⁵ Vgl. Preisendörfer: Organisationssoziologie (wie Anm. 3), bes. S. 88.

²⁶ Zur Frage des Personal-Insassen-Verhältnisses in frühneuzeitlichen Anstalten vgl. Gerhard Ammerer u. a. (Hg.): Orte der Verwahrung. Die innere Organisation von Gefängnissen, Hospitälern und Klöstern seit dem Spätmittelalter. Leipzig 2010; auf den Anstaltstyp des frühneuzeitlichen Hospitals bezogen bes.: Alfred Stefan Weiß: Österreichische Hospitäler in der Frühen Neuzeit als „kasernierter Raum“?, in: ebd., S. 217–234; Carlos Watzka: Totale Institutionen und/oder „Disziplinar-Anstalten“ in der Frühen Neuzeit? Das Problem der sozialen Kontrolle in Hospitälern und deren Funktionen der „Verwahrung“ und „Versorgung“ am Beispiel des Herzogtums Steiermark, in: ebd., S. 235–254; Sebastian Schmidt: „Scandalös und intolerabel“. Zur Verwaltungspraxis und Kontrolle frühneuzeitlicher Hospitäler am Mittelrhein und an der Mosel, in: ebd., S. 255–268.

²⁷ Vgl. Vanja: Offene Fragen und Perspektiven (wie Anm. 18), bes. S. 24.

²⁸ Vgl. ebd., bes. S. 27–30.

²⁹ Vgl. als wertvolle Übersichten zur Architekturgeschichte des Hospitals immer noch: Jetter: Das europäische Hospital (wie Anm. 14); Dankwart Leistikow: Hospitalbauten in Europa aus zehn Jahrhunderten. Ingelheim am Rhein 1967.

die elementare Frage nach Quantität und Qualität von Nahrungsmitteln, da deren Bereitstellung für die jeweiligen Insassen ja als eine Kernaufgabe der meisten Hospitäler galt; dann aber auch die wichtige Frage nach Bewegungsfreiheit und allgemein nach „Freiräumen“ der Insassen innerhalb der jeweiligen Institution:³⁰ Trachteten Träger und/oder Personal stark danach, die ersteren zu gängeln? Wie strikt und umfassend war, wenn überhaupt, ein bestimmter Tagesablauf vorgesehen?³¹

Schließlich sind noch die Umweltbeziehungen der Hospitäler im Rahmen einer Typologie-Diskussion zu erwähnen,³² auch wenn dieselben als primäre Klassifikationskriterien wohl weniger infrage kommen. Potentiell ergiebige Untersuchungen können aber etwa an die Frage anschließen, inwieweit externe Aufsichtsorgane vorhanden waren (was schon eingangs erwähnt wurde), oder auch – und dies ist eine sozialhistorisch besonders wichtige Frage –, welche Rekrutierungsmuster³³ sich beobachten lassen, wie also die Institution zu neuen „Insassen“ aus der jeweiligen Umwelt kam. Hierbei ist besonders die Frage von Bedeutung, ob es sich um freiwillige Aufnahmen auf Antrag handelte, wie in Fürsorge- und Versorgungsanstalten üblicherweise der Fall, oder um – und wenn ja, von welcher/n Instanz/en durchgesetzte – Zwangsaufnahmen in ebensolchen Anstalten? Andere Aspekte der Umweltrelation betreffen die verschiedenen Kooperationspartner, mit welchen Hospitäler durch ihre verschiedenen Erfordernisse und Aktivitäten mehr oder weniger eng verbunden waren. Im Anschluss daran kann schließlich auch die Frage gestellt werden, wie umfangreich der Umweltbezug einer Institution im Hinblick auf gewisse Funktionsbereiche insgesamt ausgeprägt ist: Ein „Hospital“ kann zum Beispiel wirtschaftlich weitgehend autark oder aber völlig von einem Sponsor abhängig sein, es kann mit weitreichenden Selbstverwaltungsrechten, womöglich einschließlich grundherrlicher Befugnisse gegenüber Untertanen, ausgestattet oder im Gegenteil völlig dem Durchgriffsrecht externer politischer Instanzen ausgesetzt sein, es kann schließlich in vielfältigen sozialen und kulturellen Aus-

³⁰ Vgl. hierzu immer noch: Erving Goffman: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main 1973.

³¹ Vgl. nunmehr bes.: Scheutz, Weiß: *Spital als Lebensform* (wie Anm. 9).

³² Zum Begriff der Organisationsumwelt vgl. Preisendörfer: *Organisationssoziologie* (wie Anm. 3), bes. S. 73–77.

³³ Zum Aspekt der Anstaltsaufnahmen vgl. bes. die auf Hessen bezogenen hospitalgeschichtlichen Forschungen, so: Irmtraut Sahmland u. a. (Hg.): *„Haltestation Philipps-hospital“. Ein psychiatrisches Zentrum – Kontinuität und Wandel 1535 – 1904 – 2004*. Marburg 2004; Arnd Friedrich, Fritz Heinrich, Christina Vanja (Hg.): *Das Hospital am Beginn der Neuzeit. Soziale Reform in Hessen im Spiegel europäischer Kulturgeschichte*. Petersberg 2004.

tauschbeziehungen zu seiner näheren und weiteren Umgebung stehen oder auch in dieser Hinsicht ein stark isoliertes Dasein führen.³⁴

Insgesamt wurden in der voranstehenden Übersicht nun etwa 30 Kriterien angeführt, welchen nach Auffassung des Autors bei der vergleichenden Untersuchung von frühneuzeitlichen Hospitälern sinnvollerweise Bedeutung zugemessen werden kann; sicherlich ließen sich noch weitere finden, während umgekehrt auch klar sein muss, dass für eine im engeren Sinn typologische Verwendung schon die gleichzeitige Heranziehung von mehr als einigen wenigen Kriterien notwendig zu Unübersichtlichkeit und Schwerfälligkeit des Kategoriensystems einerseits und zur Reduktion der zu erzielenden „Zellenbesetzungen“ für die jeweiligen Merkmalskombinationen andererseits führen muss – dies selbst, wenn hinsichtlich der Ausprägungen der einzelnen Variablen, wie bei historischen Typologien gewöhnlich der Fall, jeweils nur zwei, drei oder vielleicht vier derselben unterschieden werden.

Diese pragmatischen Erwägungen sprechen sehr für die Konzentration auf Klassifikationsschemata, welche für eine primäre Klassifikation nur eine (oder allenfalls zwei) Basisvariable zugrunde legen und dann nach der Merkmalsverteilung hinsichtlich der übrigen interessierenden Variablen fragen; allenfalls kann dieser Vorgang ein paar Mal mit unterschiedlicher Primärdifferenzierung wiederholt werden, sodass auf diese Weise sonst „unsichtbar“ bleibende Merkmalskombinationen darstellbar werden. Auch kommt, wie im Vorangehenden schon deutlich wurde, sicher nicht jedem möglichen Differenzierungskriterium dieselbe inhaltliche Bedeutung zu. Als forschungspraktisch besonders wichtig haben zweifellos jene Variablen zu gelten, bei welchen festgestellt werden kann, dass das Auftreten unterschiedlicher Ausprägungen mit deutlichen Unterschieden in den Ausprägungen einer größeren Zahl anderer, inhaltlich bedeutsamer Parameter in Zusammenhang steht, also – wenn man hier eine der quantitativen Forschung entstammende Terminologie benutzen möchte – sich hohe Assoziationen von Merkmalsausprägungen feststellen lassen.

Nach Auffassung des Autors – der damit aber wohl einen zumindest impliziten Common Sense der Hospitalhistoriographie wiedergibt – erscheinen die nachstehenden Vergleichsdimensionen als primäre Klassifikationskriterien für Typologien frühneuzeitlicher Hospitäler besonders geeignet: 1) Trägerschaft, 2) Größe nach Aufnahmekapazität bzw. Insassenzahl, 3) spezifische Zielgruppen- und Insassenstruktur, 4) Personalstruktur. Nach-

³⁴ Als Organisationsziel rückte die Autarkie bemerkenswerterweise vor allem in der Anstaltsplanung des 19. Jahrhunderts ins Zentrum. Vgl. etwa: Kai Sammet: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868. Hamburg 2000.

folgend werden Resultate systematischer Vergleiche auf Basis der erst- sowie der zweitgenannten Art der Typologie am Beispiel der steirischen Hospitäler des Zeitraums 1500 bis 1750 präsentiert.

Hospitäler im Herzogtum Steiermark, 1500–1750: Ausgewählte Ergebnisse typologischer Klassifikationen nach Trägerschaft sowie Organisationsgröße nach Insassenzahl

In der Steiermark, einer in der Frühen Neuzeit ca. 500.000 bis 700.000 Einwohner zählenden Region mit einer Ausdehnung von etwa 22.400 Quadratkilometern³⁵ und (weitgehend) einheitlicher politischer Struktur als im Haus Habsburg erblichem Herzogtum innerhalb des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation mit landständischer Repräsentanz von Adel und Geistlichkeit,³⁶ existierten in dem 250 Jahre umfassenden Zeitraum von 1500 bis 1750 etwas mehr als 100 Organisationen, die eindeutig als „Hospitäler“ zu kategorisieren sind, wenn unter diesen relativ dauerhaft bestehende Einrichtungen zur langfristigen Unterbringung³⁷ und – wenigstens teilweisen – materiellen Versorgung einer Mehrzahl von aus verschiedenen Gründen als bedürftig betrachteten Menschen verstanden werden, welche zudem ein Mindestmaß an formaler Organisation aufweisen.³⁸ Jedoch muss offen bleiben, ob über jene Zahl von Hospital-Anstalten hinaus, welcher in der Hauptsache behördliche Erfassungen im Auftrag der habsburgischen Landesfürsten ab dem frühen 18. Jahrhundert zugrunde liegen, nicht etwa noch eine (wahrscheinlich kleinere) Anzahl weiterer Einrichtungen (zumindest zeitweilig) Bestand hatte, welche Hospitalfunktionen ausfüllten, aber aus dem einen oder anderen Grund bereits den zeitgenössischen Erhebungen verborgen blieben.³⁹ Dies könnte vor allem Organisationen betref-

³⁵ Das entspräche ziemlich genau einem Quadrat von je 150 Kilometer Seitenlänge.

³⁶ Zur Geschichte der Steiermark in der Frühen Neuzeit fehlt immer noch eine neuere Übersichtsdarstellung. Für die quantitativen Aspekte zentral sind die Arbeiten von Straka, besonders: Manfred Straka: Verwaltungsgrenzen und Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark 1770–1850. Graz 1978.

³⁷ Ausgeschlossen sind gemäß dieser Definition „Hospitäler“, die bereits vorwiegend als Krankenhäuser im modernen Sinn fungierten. Hiervon gab es in der frühneuzeitlichen Steiermark zwei, die beide von geistlichen Orden – den Barmherzigen Brüdern und den Elisabethinen – betrieben wurden und sich beide in Graz befanden. Vgl. dazu: Watzka: Arme, Kranke, Verrückte (wie Anm. 5).

³⁸ Vgl. Watzka: Arme, Kranke, Verrückte (wie Anm. 5), bes. S. 9–29. Siehe auch Karte 1. Für die Steiermark ist die spezifische Forschungslage eine ziemlich gute. Die Studien des Autors konnten insbesondere aufbauen auf der – ihrerseits auf aussagekräftigen archivalischen Quellen basierenden – Übersicht: Helfried Valentinitich: Armenfürsorge im Herzogtum Steiermark im 18. Jahrhundert, in: Zeitschrift des Historischen Vereins für Steiermark 73 (1982), S. 93–114.

³⁹ Für diese Möglichkeit spricht auch der Umstand, dass zu den bei Valentinitich

fen, welche noch vor der Mitte des 18. Jahrhunderts aufhörten zu existieren. Auch Motive, bestehende Einrichtungen zu verschweigen, lassen sich denken bzw. sind sogar aus den vorhandenen Quellen greifbar: Hierzu gehört insbesondere die – rückblickend durchaus richtige – Mutmaßung, eine „amtliche“ Erfassung der entsprechenden Einrichtungen sei als erste Stufe zu vermehrter Einmischung der landesfürstlichen Behörden zu verstehen.⁴⁰

Im Folgenden wird eine Zusammenstellung der Befunde gegeben, welche sich auf Basis einer primären Klassifikation nach Trägerschaft für die wichtigsten der vorgenannten Vergleichsdimensionen ergeben. Dies erfolgt zum einen in tabellarischer Form – siehe Tabelle 1⁴¹ –, zum anderen sei-

(Anm. 38) primär ausgewerteten Quellen der Landesbehörden – insbesondere: Steiermärkisches Landesarchiv, Repräsentation und Kammer 127/I – sogar durch Vergleich mit weiteren, die etwas früher, aber ebenfalls in den Landesbehörden entstanden waren – insbesondere Steiermärkisches Landesarchiv, Weltliche Stiftungsakten, F 83 – mehrere Hospitaleinrichtungen hatten ergänzt werden können. Vgl. Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 5), S. 465, Anm. 92.

⁴⁰ Hinweise hierzu in: Steiermärkische Landesregierung, *Weltliche Stiftungsakten*, F 83. Vgl. Watzka: *Gesundheitsversorgung im Hospital* (wie Anm. 15).

⁴¹ In der Tabelle und in dieser Anmerkung gebrauchte, besondere Abkürzungen: AH = Armenhaus; aufgcl. = aufgelassen; c. = circa; Ins. = Insassen; min. = mindestens; Org. = Organisation; Pers. = Personal.; Sp. = Spital.

Die den Trägertypen zugeordneten Hospitäler sind im Einzelnen: 1. Stadt- bzw. Marktgemeinde: Sp. Aflenz, Sp. Anger, Sp. Pettau, Sp. Pöls (aufgel. 1617), Sp. Bruck a. d. Mur, Sp. Kapfenberg, Sp. Cilli, Sp. Knittelfeld, Sp. Trofaiach, Sp. Eibiswald, Sp. Eisenerz, Sp. (Deutsch-)Feistritz, Sp. Veitsch, Sp. Feldbach, Sp. (Groß St.-)Florian, Sp. Voitsberg, Sp. Vorau, Sp. Vordernberg, Sp. Friedau, Sp. Friedberg, Sp. Frohnleiten, Sp. Fürstenfeld, Sp. (St.) Gallen, Bürgerspital Graz, Sp. Hartberg, Sp. Irdning, Bürgerspital Judenburg, Sp. Leibnitz, Sp. Leoben, Sp. Luttenberg, Sp. Marburg, Sp. Mürrzuschlag, Sp. Neumarkt, Sp. Obdach, Sp. Oberwölz, Bürgerspital Radkersburg, Grißer Spital in Radkersburg (aufgel. 1618), Sp. Rottenmann, Sp. (St.) Ruprecht, Sp. Schladming, Sp. Schwanberg, Sp. Weißkirchen, Sp. Weiz, Sp. Wildon, Sp. Windischfeistritz, Sp. Windischgraz. 2. Weltliche Grundherrschaft: Sp. Peggau; Sp. Eppenstein; Sp. Gleisdorf; Sp. Gnas; Sp. Großklein; Sp. Gumpenstein; Hl.-Geist-Spital Judenburg (aufgel. 1603); Sp. Lenart; Sp. Murau; Sp. Semriach; Sp. Stanz; Sp. Unzmarkt. 3. Geistliche Grundherrschaft bzw. Pfarre: Sp. Admont, Sp. Göß, Siechenhaus Göß, Marienspital Judenburg, Sp. St. Lambrecht, Sp. Lankowitz, Sp. Neuberg, Sp. Rein, Sp. Seckau, Sp. Seitz. 4. Kombinierte Trägerschaft: Sp. Pöllau (Gemeinde, Geistlichkeit), Sp. Tüffer (Herrschaft, Gemeinde), Sp. Ilz (Herrschaft, Gemeinde), Sp. Mariazell (Gemeinde, Klerus), Bruderhaus in Murau (Gemeinde, Bruderschaft), Sp. Stainz (Gemeinde, Geistlichkeit). 5. Stiftung/Bruderschaft: Bruderhaus Eisenerz (aufgel. 1525); Eggenberger Stiftung Graz (aufgel. 1501); Hospitalstiftung Sauerbrunn. 6. Landesfürst: Hofspital Graz, Armenhaus Graz, Hofspital Aussee.

Für Quellen- und Literaturhinweise zu diesen Zuordnungen kann hier nur verwiesen werden auf: Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 5), bes. S. 18–24 u. 465–469. Angemerkt sei, dass für die vorgenommene Klassifikation der Gemeindetypen nicht nur

en einige ausgewählte Befunde der vergleichenden typologischen Analyse noch etwas näher angesprochen.

Insgesamt konnten hierfür 80 frühneuzeitliche steirische Spitäler nach dem Kriterium „Trägerschaft“ mit ausreichender Plausibilität klassifiziert werden; mehr als die Hälfte, 46, wurden hauptverantwortlich von den jeweiligen Stadt- oder Marktgemeinden, in welchen sie sich befanden, geleitet. Je zwölf bzw. zehn waren Spitäler weltlicher bzw. geistlicher Grundherrschaften – und in der Regel auf deren Besitz situiert –, seltener, in sechs Fällen lässt sich eine kooperative Leitung von zwei Instanzen – durch Gemeinde und Herrschaft oder ähnliches – relativ klar erkennen, nur drei steirische Hospitäler der Neuzeit wurden eigenverantwortlich von Stiftungen oder Bruderschaften getragen, ebenfalls drei hospitalartige Versorgungsanstalten waren Einrichtungen der habsburgischen Landesfürsten (oder, formal, sogar des römisch-deutschen Kaisertums). Darüber hinaus bestanden in der Steiermark zwischen 1500 und 1750 aber mindestens 25 weitere Spitäler (in der Tabelle nicht repräsentiert), für welche zur Zeit nicht ausreichend verlässlich angegeben werden kann, welche Instanz als hauptsächlich für die Einrichtung Verantwortlicher anzusehen ist. berwiegend handelt es sich dabei um kleine Dorf- bzw. Marktspitler, sodass davon auszugehen ist, dass in der Regel die Gemeinde und/oder die jeweilige Grundherrschaft als Träger anzusehen wären.

Hinsichtlich der bedeutenderen Vergleichsdimensionen zeigt diese Typologie nach Trägern, wie anhand der Tabelle leicht zu ersehen ist, die deutlichsten Differenzen zwischen den – wenigen, aber mit vergleichsweise zahlreichen Insassen „bestückten“ – Anstalten unter landesfrstlicher gide und allen anderen Kategorien:

Die drei landesfürstlichen Einrichtungen waren hinsichtlich der Insassenkapazitten groer als die meisten kommunalen oder grundherrlichen Einrichtungen, insbesondere ragt natürlich das – allerdings erst im frühen 18. Jahrhundert begründete – Grazer Armenhaus heraus, dessen Bewohnerzahl von bald über 200 allein der Unterbringungskapazitt von fast 20 typischen Gemeinde- und Herrschaftshospitlern im Land entsprach.⁴² Die landesfürstlichen Einrichtungen waren, was ihre Organisationsstruktur betrifft, stärker hierarchisch und formal administriert, sie hatten zumindest teilwei-

der belegte rechtliche Status als Grundlage genommen, sondern auch die Gesamtbedeutung der Orte beachtet wurde, was vor allem für die Bezeichnung von Orten als „Markt“ von Belang war.

⁴² Vgl. zum Grazer Armenhaus im 18. Jahrhundert: Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 5), bes. S. 120–129; Valentinitisch: *Armenfürsorge* (wie Anm. 38); Helfried Valentinitisch: *Fremd und arm im Zeitalter des Barock*, in: Gottfried Biedermann u. a. (Hg.): *Lust und Leid. Barocke Kunst – Barocker Alltag*. Graz 1992, S. 275–282.

se spezifischere Funktionen als die anderen Hospitäler – vor allem die Beschränkung auf ehemalige Bedienstete des Landesfürsten (u. a. Arbeiter in den Salinen) in den beiden Hofspitälern in Graz und Aussee⁴³ sowie die deutliche Hinwendung zu „Delinquenten“ (jedoch minderere Schwere) als Insassen im Falle des Armenhauses sind hier zu erwähnen –, sie waren stärker intern strukturiert, Zwangseinweisungen spielten bei ihnen, namentlich im Armenhaus, eine größere – wenn auch keineswegs majoritäre – Rolle, sie verfügten – relativ gesehen – über deutlich mehr Personal, insbesondere auch im betreuenden Bereich, sie unterlagen keiner externen Aufsicht (was hier außerhalb der Landesbehörden hieße), sie wurden aus dem landesfürstlichen Haushalt finanziert und nicht aus kommunalen oder herrschaftlichen Erträgen, eigenen Erträgen, Spenden und Ähnlichem, wie bei den anderen Einrichtungen vorherrschend, und sie hatten einen weitaus größeren „Anspruchsradius“, nämlich zumindest alle Landesuntertanen.

Demgegenüber nehmen sich die feststellbaren strukturellen Unterschiede zwischen den Hospitälern anderer Trägerschaft eher gering aus: Die Insassenzahlen, ein relativ gut quantifizierbares Kriterium, waren in fast allen Spitälern gering und schwankten, soweit bekannt, in der Mehrzahl der Fälle – 44 Anstalten – zwischen 6 und 20 Personen, wobei Hospitäler in kommunaler Trägerschaft im Durchschnitt doch merklich mehr Personen beherbergen konnten als herrschaftliche Hospitäler (siehe Tabelle). Insbesondere ragen hier die städtischen Spitäler, bei gesonderter Berechnung, mit einem Durchschnitt von 18 Insassen heraus.⁴⁴ Erwähnenswert ist diesbezüglich sonst noch die Sonderstellung des einzigen im 17. und 18. Jahrhundert in der Steiermark bestehenden, selbstverwalteten Stiftungshospitals, Sauerbrunn, mit immerhin 30 Bewohnern im frühen 18. Jahrhundert.⁴⁵

Weitere ausgeprägte Unterschiede zwischen den übrigen Typen nach Trägerschaft sind rar: Sowohl Gemeinde-, als auch Herrschaftsspitäler können auf mittelalterliche Gründungen zurückgehen, erstere wohl etwas häufiger; immerhin lässt sich erkennen, dass sich Herrschaftsspitäler zu einem erheblichen Teil, wenn auch keinesfalls ausschließlich, in oder bei Dörfern befanden, während kommunal getragene Hospitäler fast ausschließlich in Städten oder wenigstens Markorten bestanden. Einzige belegbare Ausnah-

⁴³ Vgl. zu diesen beiden Einrichtungen: Ernst Novotny: Das Heilig-Geist-Spital in Bad Aussee. Graz 1979; Herta Haydinger: Fürsorge und Betreuung der Armen, Kranken und Waisen in Grazer Pflegeanstalten bis zum Ende des 18. Jahrhunderts. Diss. Graz 1972; Elfriede Huber-Reismann: Krankheit, Gesundheitswesen und Armenfürsorge, in: Walter Brunner (Hg.): Geschichte der Stadt Graz. Graz 2003, Bd. 2, S. 239–357, bes. S. 339–342.

⁴⁴ Vgl. Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 5), S. 34.

⁴⁵ Vgl. Walter Brunner: *Geschichte von Pöls*. Pöls 1977, S. 102–109.

me hiervon war das Spital des Örtchens Wartberg,⁴⁶ einige wenige weitere sind derzeit noch unsicher.

Tabelle 1: Frühneuzeitliche steirische Hospitäler (1500–1750), eine Typologie nach Trägern

Träger	1 Ge- meinde	2 weltliche Herr- schaft	3 geistliche Herr- schaft	4 Kombi- nation	5 Stiftung/ Bruder- schaft	6 Landes- fürst
Anzahl Spitäler	mind. 46	mind. 12	mind. 10	mind. 6	mind. 3	mind. 3
Größe (Insassen)	klein bis mittel, im Allgemeinen unter 20 Insassen				divers	mittel bis groß, mehr als 20 Insassen
Insassen im Durch- schnitt (1700– 1750)	ca. 14	ca. 8	unbe- kannt, da kaum Angaben	ca. 8	ca. 30 (nur Sauer- brunn)	Armen- haus: über 200, Hofspital: je ca. 25
Gründung	Mittelalter bzw. Frühe Neuzeit				ab 15. Jh.	ab 16. Jh.
Standort- status	Städte und Märkte	Städte, Märkte, auch Dörfer			vor allem Städte und Märkte	Graz und Aussee
Organi- sations- struktur	meist eher „schlank“					eher hierar- chisch
Organi- sations- normen	nur teils schriftlich, teils stark informell geprägt					umfang- reich
Personal- größe	meist gering, im Allgemeinen bis zu 5, maxi- mal 10 Personen					zahlreich
Personal- struktur	meist vor allem ökonomisch-systemerhaltend, teils auch betreuend					u. a. be- treuend, überwa- chend
Spezifität Ziel- gruppen	meist multifunktional, im Allgemeinen materi- ell und/oder sozial bedürftige Gruppen					multi- funk- tional oder spezi- fisch

⁴⁶ Vgl. Jakob Wichner: Beiträge zu einer Geschichte des Heilwesens, der Volksmedizin, der Bäder und Heilquellen in Steiermark bis incl[usive das] Jahr 1700, in: Mittheilun-
gen des Historischen Vereines für Steiermark 33 (1885), S. 3–123, hier S. 74.

Träger	1 Ge- meinde	2 weltliche Herr- schaft	3 geistliche Herr- schaft	4 Kombi- nation	5 Stiftung/ Bruder- schaft	6 Landes- fürst
Unter- bringung	meist geschlechtergetrennt, sonst keine oder wenige „Abteilungen“					pluri- divisional
Rekru- tierung	meist freiwillig auf Ansuchen der Betroffenen bzw. der Familien					teils Zwang
Aus- richtung Ziel- gruppen	meist sozioökonomisch Bedürftige aller Art, d. h. vor allem aufgrund von Alter, Krankheit, Behinderung arbeitsunfähige Menschen ohne Vermögen					Pfündner; Rand- gruppen, Delin- quenten
externe Aufsicht	teils keine, teils lokal wechselseitig, ab 18. Jh. auch landesfürstliche Behörden					keine
Finan- zierung	meist lokal bzw. mikroregional (Gemeinde, Herrschaft, Kirche)					Landes- fürst
materieller Erhalt	oft laufende Beiträge, oft Eigenwirtschaft, teils Kapitalerträge					staatl. Dotation
Radius	primär lokal bzw. mikroregional					Landes- unter- tanen

Diese wenigen erwähnten Differenzen haben eine gewisse innere „Logik“, die darin besteht, dass bereits im Mittelalter oder der Frühen Neuzeit zu einiger Größe (an Einwohnern) und wirtschaftlicher Bedeutung gelangte Orte eben eher eine gewisse Autonomie erlangten – sei sie, wie bei „unmittelbar“ landesfürstlichen Städten und Märkten, stärker oder, wie bei grunduntertänigen Städten und Märkten, schwächer ausgeprägt.⁴⁷ Bis zu einem gewissen Grad selbstverwalteten Gemeinschaften überließen die Obrigkeiten, wenigstens in der Regel, gerne auch die arbeits- und kostenintensive Sorge um Bedürftige aller Art. Bei dörflichen Grundherrschaften war ein solches Vorgehen dagegen meist einfach nicht möglich, sodass es an den entsprechenden Hospitaleinrichtungen meist ganz fehlte, und nur, wenn eine besondere Motivation vorhanden war – sei sie nun karitativ, prestigebezogen, ökonomisch oder sonstwie gelagert gewesen – und auch die nötigen Mittel, entstanden grundherrschaftliche Hospitäler, meist bescheidenen Umfangs.

In summa lässt eine Typologie nach Trägerschaft im Falle der frühneuzeitlichen Steiermark also primär Unterschiede zwischen den landesfürst-

⁴⁷ Zur mittelalterlichen Landesgeschichte der Steiermark vgl. als Übersichten derzeit immer noch: Hans Pirchegger: Geschichte der Steiermark. Graz 1934–1936 (3 Bände); Hans Pirchegger: Landesfürst und Adel in Steiermark während des Mittelalters. Graz 1951–1958 (3 Bände).

lichen Einrichtungen und allen anderen erkennen, in zweiter Linie dann, bezüglich weniger, aber bedeutender Merkmale, auch gewisse Unterschiede zwischen kommunalen (und hier besonders städtischen) und grundherrschaftlichen Versorgungsanstalten; im Vergleich der letzteren werden vor allem aber auch Ähnlichkeiten sichtbar.

Das Thema der Versorgungskapazität (Insassenzahl) ist nun schon mehrfach zur Sprache gekommen, abschließend seien hier noch einige Bemerkungen zur Frage angefügt, welche zusätzlichen Erkenntnisse aus einer alternativen Typologie zu gewinnen sind, welche statt der Trägerschaft diesen Parameter zum primären Differenzierungskriterium erkürt. (In diesem Zusammenhang sei auch nochmals auf die beigelegte Karte verwiesen, in welcher beide Dimensionen zugleich ausgewiesen und zudem kartographisch „verortet“ sind.) Diesbezüglich muss vorausgeschickt werden, dass eine Klassifikation nach Insassenzahl, sobald sie die einzelnen Kategorien nicht mit der genauen Spannweite benennt, sondern diese (auch) mit Worten wie „klein“, „mittel“ und „groß“ zu bezeichnen sucht, selbstredend „angreifbar“ wird und nur eine Berechtigung hat, wenn auf die Relativität solcher Bezeichnungen hingewiesen wird – was hiermit geschieht: Im Kontext einer Untersuchung der Hospitäler einer zeitgenössischen Großstadt, wie Paris, Florenz oder auch Wien, erscheint wohl eine Einrichtung als vergleichsweise „klein“, die im Kontext der eher dünn besiedelten, auch für zeitgenössische Verhältnisse wenig größere Städte umfassenden Region wie der Steiermark, sicher schon als „mittelgroß“ oder gar „groß“ gelten kann. Nur in diesem relationalen Sinn sei im vorliegenden Text daher von „kleinen“ usw. Hospitälern die Rede.

Auch auf die Frage, wie viele Größenkategorien für eine typologische Analyse optimal seien, kann man wohl keine allgemeingültige Antwort finden. Nach Ansicht des Autors geraten aber binäre Gegenüberstellungen oft recht „holzschnittartig“ und bergen die Gefahr, „Zwischenformen“ zu übersehen, sodass eine Zahl von wenigstens drei Kategorien geraten erscheint. Dagegen werden Klassifikationen mit mehr als fünf oder sechs Ausprägungen schnell unübersichtlich, sodass, wenn hierzu, wie bei diesem metrischen Merkmal der Fall, keine Not besteht, darauf wohl besser verzichtet werden sollte. Untenstehend die Klassifikation der steirischen Anstalten nach fünf Größenkategorien, die – mit Ausnahme der Extremgruppen – so gewählt wurden, dass die Klassenmittelpunkte eine geometrische Reihe bilden, ausgehend von der Apostelzahl zwölf für die „mittlere“ Kategorie.

Betrachtet man nun die Ergebnisse einer solchen Typologisierung – siehe Tabelle 2⁴⁸ –, so zeigt sich, dass – neben den dann natürlich angebb-

⁴⁸ Die Gesamtzahl der hier klassifizierten Anstalten beträgt 63; berücksichtigt wurden nur

ren Zahlen für die Anzahl der entsprechenden Anstalten selbst sowie ihrer durchschnittlichen Insassenmenge – vor allem die Parameter „Status der Standortgemeinde“, Organisationsstruktur und Organisationsnormen, Personalgröße und Personalstruktur sowie Unterbringungsstruktur Einsichten erlauben, welche aus der Typologie nach Trägerschaft nicht so unmittelbar zu gewinnen sind. Allerdings handelt es sich dabei keineswegs um besondere „Überraschungen“, vielmehr bestätigt die Klassifikation nach Insassenzahl das über die betreffenden Vergleichsdimensionen Bekannte, indem deutlich hervortritt, dass mit zunehmender Insassenzahl eine deutliche Tendenz zur Ausprägung von administrativen Strukturen, formalen Normen und Personalapparaten verbunden ist. Die Feststellungen brauchen hier nicht im Detail wiederholt zu werden, sondern sind der Tabelle zu entnehmen; hervorgehoben sei lediglich, dass auch die Hierarchie des „Gemeindestatus“ – Dorf, Markt, Stadt – sich in einer erkennbaren positiven, das heißt gleichsinnigen, Korrelation mit der Insassenzahl befindet, wenn auch dies eben nur dem Durchschnitt nach gilt: Mit Eisenerz zählt ein – freilich ökonomisch sehr bedeutender – Markt zu den nur drei steirischen Standorten mit Hospitaleinrichtungen für zumindest etwa das Dreifache der Zwölfzahl, während umgekehrt unter den nur zwei „Kleinstanstanalten“ der

Organisationen, für welche für den Zeitraum von ca. 1700 bis 1750 numerische Angaben zur Insassenzahl vorlagen, herangezogen wurden jeweils die Zahlen für die Zeit um 1750 oder, ersatzweise, solche aus den Jahrzehnten davor. Bei den zwei „Kleinstanstanalten“ handelt es sich um die beiden Spitäler von Friedberg – immerhin einer, wenn auch bereits im 18. Jahrhundert ob wiederholter Brandschatzung bei feindlichen Einfällen verkümmerten Stadt – sowie des Marktes Semriach. Zu beachten ist aber, dass diese beiden Spitäler grundsätzlich auch für wenigstens vier Insassen Platz boten, da noch für das frühe 18. Jahrhundert eine solche „Belegung“ in beiden Fällen dokumentiert ist: Valentinitisch: Armenfürsorge (wie Anm. 38); Steiermärkisches Landesarchiv, Weltliche Stiftungsakten, F 83. Die vier als „sehr groß“ klassifizierten Versorgungseinrichtungen waren das Spital des Marktes Eisenerz mit 36 quellenmäßig dokumentierten Insassen in den 1720er Jahren, das Bürgerspital der Stadt Leoben mit 47 Insassen schon in der Zeit um 1700, das Grazer Bürgerspital mit ca. 75 Insassen in den 1720er Jahren und etwas weniger, etwa 60, um 1750, sowie schließlich das schon mehrfach angesprochene landesfürstliche Armenhaus in Graz mit mehr als 200 Insassen in der Mitte des 18. Jahrhunderts. Die „großen“ Hospitäler mit mindestens 16, maximal 32 Insassen, befanden sich in: Markt Aussee (26 Ins. um 1725); Stadt Cilli (20 Ins. um 1750); Markt Frohnleiten (17 Ins. um 1750); Stadt Graz (Hofspital, ca. 24 Ins. 1700–1750); Stadt Marburg (29 Ins. um 1750); Stadt Murau (17 Ins. um 1750); Markt Mureck (17 Ins. um 1750); Markt Mürrzuschlag (22 Ins. um 1750); Sauerbrunn (30 Ins. um 1750). Zu beachten ist weiters, dass auch das Spital der Stadt Bruck an der Mur im frühen 18. Jh. zeitweilig eine Größe von über 20 Insassen erreichte, um 1750 waren es aber nur zwölf. Vgl. zu diesen Angaben Watzka: Arme, Kranke, Verrückte (wie Anm. 5), bes. S. 31–33 und S. 465–468 (mit weiterführenden Hinweisen).

Mitte des 18. Jahrhunderts sich eine – allerdings selbst sehr einwohner-schwache – Stadt befindet, nämlich das nordoststeirische Friedberg.⁴⁹

Größenklasse	I: 1–3 Insassen	II: 4–8 Insassen	III: 9–15 Insassen	IV: 16–32 Insassen	V: über 33 Insassen
Bezeichnung	„winzig“	„klein“	„mittel“	„groß“	„sehr groß“
Anzahl Spi- täter	2	27	21	9	4
Ins. arith. Durchschnitt (1700–1750)	2	6	12	22	ca. 90
Gründung	Mittelalter bzw. Frühe Neuzeit				
Standort – Status	divers	vor allem Dörfer und Märkte	vor allem Märkte und Städte	Märkte und Städte	Graz (2), Leoben, Eisenerz
Organisations- struktur	im Allgemeinen „schlank“			mittel bis stark aus- geprägt	
Organisations- normen	nur teils schriftlich, teils stark informell geprägt			eher for- malisiert	schriftliche Ordnungen
Personalgröße	nicht vorhanden oder gering		im Allgemeinen unter 10 Personen		teils größerer Apparat
Personal- struktur	wenn, dann vor allem ökonomisch ausgerichtet		vor allem öko- nomisch ausgerichtet, teils auch betreuend		ökonomisch, betreuend, teils überwa- chend
Spezielle Zielgruppen	meist multifunktional, im Allgemeinen materiell und/oder sozial bedürftige Gruppen				
Zielgruppen	meist sozioökonomisch Bedürftige aller Art, d. h. vor allem aufgrund von Alter, Krankheit, Behinderung arbeitsunfähige Menschen ohne Vermögen				
Unterbringung	allenfalls geschlech- terdifferenziert		im Allgemeinen geschlechter- differenziert, teils differenziert in „Abteilungen“ nach Status, Leiden u. Ä.		
Rekrutierung	meist freiwillig auf Ansuchen der Betroffenen bzw. der Familien				
externe Auf- sicht	teils keine, teils lokal wechselseitig, ab 18. Jh. auch landesfürstliche Behörden				
Finanzierung	meist lokal bzw. mikroregional (Gemeinde, Herr- schaft, Kirche)				
materieller Erhalt	oft laufende Beiträge, oft Eigenwirtschaft, teils Kapi- talerträge				
Radius	primär lokal bzw. mikroregional				

Tabelle 2: Frühneuzeitliche steirische Hospitäler (1700–1750), Typologie nach Insassen-
zahl

⁴⁹ Siehe hierzu die Hinweise in der Anmerkung zu Tabelle 2.

Schlussbemerkung

Der Autor des vorliegenden Beitrags hofft, mit demselben zur Diskussion um den Stellenwert typologischer Verfahren in der historischen Hospitalforschung auch in überregionaler Perspektive einen sinnvollen Beitrag zu leisten; er ist auch für direkte Rückmeldungen dankbar.



Karte 1: Die steirischen Hospitäler im Zeitraum 1500–1750 (aus Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte* [wie Anm. 5], S. 46. Entwurf und Ausführung: Carlos Watzka)