

Prävention und Rehabilitation von Behinderungen der Erwerbsfähigkeit als Bestandteile der Gesundheitsversorgung im konfessionellen Staat der Frühen Neuzeit

Das Beispiel der Barmherzigen Brüder in Österreich und ihrer Förderung durch die Habsburger

CARLOS WATZKA (LINZ)

Zur „Frühgeschichte“ von Biopolitik in der Habsburgermonarchie

Die Vorstellung einer verbreiteten passiven Hinnahme von „Behinderungen“ – speziell von schweren Beeinträchtigungen der körperlichen und/oder mentalen Leistungsfähigkeit – als „gottgegebenes Schicksal“ durch die „Mehrheitsbevölkerung“, und der Dominanz von Reaktionen der Diskriminierung und Exklusion sowie allenfalls zugleich der Versorgung mit den notwendigsten Gütern zur Sicherung des Lebensunterhalts im Sinne einer Erfüllung der christlichen Pflicht zur „Nächstenliebe“ dominiert wohl auch heute das populäre Bild vom Umgang mit gesundheitlicher „disability“ – „Unfähigkeit“ bzw. „Untauglichkeit“ – in vormodernen Gesellschaften – und tat dies lang auch in der Geschichtswissenschaft.¹ Dies mit einigem Recht, waren doch sehr viele „Behinderungen“ – angeborene „Defekte“ ebenso wie im Lauf des Lebens durch Krankheit, Unfall, Mangelernährung usw. erworbene – bis ins 18. und 19. Jahrhundert hinein „Unglücke“ mit unausweichlichen, lebenslang anhaltenden negativen Folgen, etwa dem wegen der weiteren sozialen und ökonomischen Konsequenzen besonders gefürchteten teilweisen oder gänzlichen Verlust der Arbeitsfähigkeit, dem Bedeutungskern des bis heute geschichtswissenschaftlich wenig bearbeiteten Begriffs der „Invalidität“. Die weiteren Auswirkungen auf Lebenserwartung und -qualität der Betroffenen

und ihrer Angehörigen waren, das sahen auch die Zeitgenossen so, stark vom Ausmaß persönlicher Ressourcen und sozialer Unterstützung abhängig – und damit ebenso individuell verschieden wie vom sozialen Status geprägt.² Zahlreiche Formen von Leiden und Gesundheitsschäden galten aber grundsätzlich als „unheilbar“: Selbst unter Aufwendung der besten unter den bekannten medizinischen Mitteln würde der frühere gesundheitliche Zustand wahrscheinlich nicht mehr herbeigeführt werden können,³ sondern konnte sich allenfalls durch ein „Wunder“, also durch direktes Eingreifen des sich erbarmenden Gottes, wieder einstellen.⁴

Das im Vergleich mit späteren historischen Phasen tatsächlich große Gewicht dieses Erfahrungs- und Interpretationsmusters von „Behinderung“ als göttlich zugewiesenem „Schicksal“ kann aber dazu verleiten, sich den Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in vormodernen Gesellschaften allzu pauschal als passiv, starr und fatalistisch vorzustellen, etwa auch im Sinne einer Annahme, dass in der Vormoderne eine Vorstellung möglichen „medizinischen Fortschritts“ ganz gefehlt hätte. Dies gilt für das Europa der Frühen Neuzeit in besonderem Maße. „Fortschritt“ in Wissen und Handlungskompetenz des Menschen war zwar, sowohl in der „breiten Bevölkerung“ als auch unter den Bildungseliten, insbesondere vor dem Wirksamwerden der Aufklärungsideologie ganz anders konzeptualisiert als dann im Laufe des 19. Jahrhunderts.

Namentlich war dieser ältere Fortschritts-Begriff in den Deutungsrahmen eines Bemühens um das „Lesen“ von in der Natur zum potentiellen Wohl des Menschen realisierten Äußerungen göttlicher Weisheit gestellt.⁵ Dennoch existierte auch in der Frühen Neuzeit die konkrete Vorstellung, man (damals nur ausnahmsweise auch: frau) könne durch eigene Anstrengung – freilich mit tätiger Mithilfe Gottes – die Kenntnisse über „Welt und Mensch“, Makro- und Mikrokosmos, erweitern, und so nicht zuletzt auch gesundheitlichen Leiden künftig besser abhelfen als bisher. Allerdings wurde sie lange, im Sinne der Rinascimento-Idee, vorwiegend als Aufgabe der Wieder-Entdeckung eines alten, zwischenzeitlich verloren gegangenen Wissens verstanden.⁶

In diesem Kontext stehen vielfältige Bemühungen um Verbesserungen der Gesundheit sowohl auf kollektiver wie individueller Ebene – gerade auch durch Träger politischer Macht, wobei diese die körperlichen und mentalen Kräfte ihrer „Untertanen“ selbstredend vor allem als Ressource für Erhalt und Ausweitung der eigenen Machtpositionen betrachteten. Wenn es auch in der Frühen Neuzeit noch keine vollentwickelte „moderne“ Gesundheitspolitik gab, so sollte durch die mittlerweile recht breite Rezeption der einschlägigen Texte Foucaults zur Biopolitik⁷ klar sein, dass das Konzept einer politischen Lenkung der kollektiven Gesundheitsverhältnisse eine weitaus längere und produktivere „Vorgeschichte“ aufweist als es die vereinigten Fortschrittserzählungen der Historiographie des 19. und 20. Jahrhunderts glauben machen wollten. Tatsächlich reicht sie noch deutlich weiter zurück als dies Foucaults stark auf das 18. Jahrhundert fokussierende Ausführungen hierzu nahelegten.⁸ Im Rahmen des „Policey“-Dispositivs⁹ lassen sich biopolitische Ideen – namentlich Überlegungen innerhalb der politischen Eliten betreffend Erhalt und Vermehrung der „Bevölkerung“ als zentrale eigene Machtquelle – zum mindesten bis in das 16. Jahrhundert zurückverfolgen, was die damals ausgedehnteste Ebene der Machtzentralisation angeht, jene des frühen Territorialstaates. Dies gilt, so die hier vertretene Auffassung, keineswegs nur für Frankreich und/oder die reichen und mächtigen Städte des heutigen Italien und Deutschland¹⁰ – die hierbei freilich zu einer Vorreiterrolle disponiert waren –, sondern auch für die Habsburgermonarchie.

Hier lässt sich vor einer eigenständigen Publizistik, vor einer eigenständigen theoretisch-systematischen Auseinandersetzung mit Bevölkerungs-, Gesundheits- und/oder Wirtschaftspolitik, die hierzulande in ersten Ansätzen bekanntlich erst im Kameralismus des späten 17. Jahrhunderts auftaucht¹¹, spätestens bereits um 1600 eine Praxis landesfürstlicher Politik erkennen, welche „populationistische“ Vorstellungen kennt und in ihr Kalkül mit einbezieht – wenn auch diese keineswegs immer handlungsleitend wurden: Bekanntlich führte ja das Streben des habsburgischen Hofes nach einem gut regierbaren Staat loyaler Untertanen, dessen Einheit und Reinheit auf konfessioneller Basis sichergestellt werden sollte, v. a. im frühen 17. Jahrhundert zu enormen Prozessen der De-Peuplierung, des Bevölkerungsverlusts durch Emigration, Ausweisung und Deportation „unliebsamer“ Untertanen.¹² Das habsburgische Herrscherhaus und seine Funktionseliten – vornehmlich „Aufsteiger“ im Bereich des „Beamtenadels“ – zeigten aber gerade in der virulenten Phase gegenreformatorischer Praktiken deutliches Interesse an der Förderung der gesundheitlichen „Wohlfahrt“ der (verbleibenden) Untertaninnen und Untertanen – vielleicht auch gerade wegen dieses „Massenexodus“ von etwa 100.000 Protestanten aus den habsburgischen Erblanden, dessen negative Folgen für die militärische und ökonomische Potenz des Landes ja offenkundig waren.¹³ Die betreffenden Aktivitäten waren ganz praktisch orientiert, während der sie begleitende und legitimierende Diskurs stringent im Sinne der politischen Gesamtlinie weitgehend in religiöse Interpretationsmuster eingebettet wurde.

Die praktische Umsetzung biopolitischer Maßnahmen betrieb der habsburgische Konfessionsstaat der Frühen Neuzeit dabei zu einem erheblichen Teil nicht selbst, sondern überließ sie Akteuren der mit ihm in strategischer Allianz agierenden katholischen Kirche, die ja schon traditionell sowohl im Eigenverständnis als auch in jenem der weltlichen Oberschichten in besonderem Maße für das Feld der „sozialen Fürsorge“ zuständig war.¹⁴

Hatten bei den mittelalterlichen Formen der christlichen „caritas“, soweit diese den Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen betrafen, vor allem Versorgungs- und Pflegeaspekte, und damit der Umgang mit schon eingetretenen chronischen

Leiden im Vordergrund gestanden, bekamen nun prophylaktische und therapeutische Aktivitäten größere Priorität. Diese wurden Inhalte großangelegter Organisationsprozesse, die – zunächst von Reformkräften innerhalb des katholischen Klerus betrieben – in vielen weiterhin katholisch dominierten Territorien, und so auch hierzulande, bald mit besonderer Förderung seitens des jeweiligen Herrscherhauses rechnen konnten.¹⁵ Dies war zweifellos „der Fall, weil sie eben nicht nur, wie die lebenserhaltende Versorgung dauerhaft Pflegebedürftiger, beispielhafte Realisierung des christlichen Gebotes zur Nächstenliebe waren, sondern zugleich auch das Potential hatten, positiv auf die ökonomischen und politischen Ressourcen der Unterstützung gewährenden Eliten zurückzuwirken: unmittelbar, indem Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Untertanen wiederhergestellt wurde, aber zusätzlich auch indirekt, indem angenommen werden konnte, dass zumindest ein Teil jener Untertaninnen und Untertanen, welchen katholische Geistliche erfolgreich in schweren gesundheitlichen Leiden beistehen würden, hierfür Dankbarkeit empfinden und dadurch eine positive Bindung zur katholischen Kirche gefestigt bzw. neu geschaffen würde. Diese eben skizzierte Allianz weltlicher und geistlicher Akteure im frühneuzeitlichen Österreich zur Verbesserung von Gesundheitsangeboten für das „Volk“ mit „populationistischen“ Absichten soll im Folgenden anhand eines aufschlussreichen Beispiels quellenmäßig belegt, und in den konkreten individuellen und kollektiven Folgen etwas näher beleuchtet werden.“¹⁶

Verhütung und Überwindung von Erwerbsunfähigkeit als ein Organisationsziel der Barmherzigen Brüder im Österreich des 17. und 18. Jahrhunderts

In der 1615 ausgestellten Gründungsurkunde¹⁷ für das Grazer Krankenhaus des Hospitalordens des Heiligen Johannes von Gott – in der Quelle als „Spittal-Brueder“, später meist als „Barmherzige Brüder“ bezeichnet¹⁸ – erklärt Erzherzog Ferdinand, der spätere Kaiser Ferdinand II., damals „nur“ als Regent von Innerösterreich:

Nun ist Euch allen und einem jeden bewußt was für Faal und Zuestendt sich offtermahls, auch an gar jungen Leuthen begeben, die auß Mangel erfarenen Ärzts offtermals die Abnembung irer Leibsglüder gedulten oder vor der Zeit gar sterben oder doch ellendtigelich als Krume und Lame iro Zeit mit und an den Petlstab verschließen und zuebringen müeßen, [dass] aber durch solche Mitl und Ihrer der Spittall-Brueder verbundenen Profession und habendter Erfarnheit in der Chirurgiae oder Wundtarzney manicher Mensch widerumb zu Recht und zu seinen Gesundt khann gebracht werden, daß nun neben der recht Christlichen Lieb auch dem Gemains Nutzen vast fuerträglich ist.“¹⁹

Diese kurze Bemerkung im Rahmen der urkundlichen „narratio“ diente offenkundig dem im Weiteren auch ausdrücklich angeführten Ziel, die gesellschaftliche Anerkennung der damals hierzulande noch neuartigen Einrichtung sowie ihre ökonomische Unterstützung zu fördern. Zudem legitimiert sie dieselbe ausdrücklich sowohl religiös – nämlich als Ausdruck der „recht Christlichen Lieb“ – als auch utilitaristisch: Das „neue Spittal“ werde dem „Gemain Nutzen“ sehr zuträglich sein. Hierbei wird auf eine besonders drastische Form der körperlichen Beeinträchtigung Bezug genommen: den möglichen Verlust von „Leibsglüder[n]“ infolge von „Faal und Zuestendt“. Überdies werden nicht nur die unmittelbaren gesundheitlichen Konsequenzen angesprochen, sondern auch die aus dem Falle ihres tatsächlichen Eintritts resultierende Erwerbsunfähigkeit, welche die Betroffenen „an den Petlstab“ bringe. So wird die sozioökonomische Bedeutung von durch ausbleibende oder schlechte medizinische Behandlung mitbedingten Folgeschäden angesprochen, welche durchaus über das individuelle Schicksal des jeweils Betroffenen und seiner Familie hinausreiche. Nun handelt es sich bei diesem Dokument in gewissem Maße um einen Sonderfall: Andere Gründungsurkunden für Hospitäler der Barmherzigen Brüder aus dem 17. Jahrhundert nehmen nicht so spezifisch und prominent auf das Phänomen der Erwerbsunfähigkeit und ihre mögliche Vermeidbarkeit durch rechtzeitige, professionelle medizinisch-chirurgische Behandlung Bezug.²⁰ Dessen Thematisierung in diesem konkreten Text steht offenkundig in Zusammenhang mit einem spektakulären individuellen Fall eines erfolgreichen chirurgischen Eingriffs: Es

hatte nämlich in jenem Jahr 1615 der damalige Prior des erst 1614 gegründeten Wiener Hospitals, Gabriele de Ferrara (1543–1627), ein damals „international“ als chirurgisch-medizinischer Experte anerkannter Ordensmann italienischer und adeliger Herkunft,²¹ den Bruder Erzherzog Ferdinands, Maximilian Ernst, nach einem Reitunfall mit einer gelungenen Operation vor schweren Folgeschäden bewahrt – insbesondere vor einer von einem „Collegio Medicorum“ offenbar bereits als unumgänglich avisierten Amputation des gebrochenen Armes. Dieser Heilerfolg hatte offenkundig im habsburgischen Herrscherhaus enormen Eindruck gemacht, und der erfolgreiche Chirurg erbat sich – als vorbildlicher Ordensmann – anstelle einer wohl in Aussicht gestellten reichlichen finanziellen Belohnung mit Erfolg die Genehmigung und ökonomische Unterstützung der Gründung eines Ordensspitals auch in Innerösterreich, und zwar direkt vor Ort in der steirischen Landeshauptstadt.²² Trotz dieser „besonderen Umstände“ bezeugt die zitierte Gründungsurkunde aber, dass schon in den ersten Jahren des 17. Jahrhunderts auch hierzulande eine Argumentation zugunsten des Ausbaus von „sozialen Einrichtungen“ zur „Rehabilitation“ nach gesundheitlichen Schäden durch Verweis auf ihre gesellschaftlich-ökonomische Nützlichkeit möglich war – und von den politischen Eliten selbst als probat erachtet wurde. Dies erscheint ebenso bemerkenswert wie der Umstand, dass hier eine geglückte Leistung der zeitgenössischen „Spitzenmedizin“ an einem Mitglied des Herrscherhauses selbst recht optimistisch zum Anlass genommen wurde, vergleichbare „Wohltaten“ auch der „gewöhnlichen“ Bevölkerung in Aussicht zu stellen. Denn der Verweis auf die Verhinderung der Entstehung von Bettelei durch erfolgreiche, die Erwerbsunfähigkeit abwendende therapeutische Maßnahmen bezieht sich ja offenkundig auf „breite“ Bevölkerungskreise – und nicht etwa auf Personen aus den sozialen Eliten, denen zumindest ein solches Schicksal auch bei vollständiger „Invalidität“ in aller Regel ja doch erspart blieb. Eine entsprechende Orientierung auf die Heilbehandlung primär von Männern aus den Unter- und unteren Mittelschichten zeichnete dann auch tatsächlich das Wirken der „Barmherzigen Brüder“ in Österreich im 17. und 18. Jahrhundert aus. Hierauf weist schon der populäre Ordensname selbst hin; vor allem aber konnten neuere Forschungen – auf

Basis einer auch für sozialhistorische Fragestellungen hervorragenden Quellenlage – eine solche soziale Zusammensetzung der Patientenschaft detailliert nachweisen.²³ Allerdings waren sowohl im 17. als auch im 18. Jahrhundert immer wieder auch einzelne sozial hochgestellte Persönlichkeiten Patienten des Ordens; auf ein bemerkenswertes Beispiel hierfür wird weiter unten noch zurückgekommen. An dieser Stelle sei auch noch angemerkt, dass die stationäre Behandlung bei den Barmherzigen Brüdern in der Frühen Neuzeit ausschließlich Männern vorbehalten war.²⁴ Die schon seit dem späten 16. Jahrhundert sehr dezidiert medizinisch-therapeutische Ausrichtung der Ordenseinrichtungen – in Österreich wie auch anderswo – brachte es mit sich, dass in den meisten Hospitälern die Behandlung von Akutkranken das Hauptaufgabengebiet darstellte: Die Regel war, wie statistische Analysen erhaltener Krankenprotokollbücher deutlich zeigen konnten, eine zeitlich befristete Krankenbehandlung. Diese fand meist in den großen allgemeinen Krankenräumen der Hospitäler statt und wurde, wenn es sich um unvermögende Menschen handelte, mit dem allgemeinen, in der Hauptsache durch Spenden und Schenkungen finanzierten „Anstaltsfonds“ bestritten.²⁵ Die Vermeidung von „behindernden“ Dauerfolgen und/oder „Chronifizierungen“ von Leidenszuständen und weiteren negativen Konsequenzen nicht zuletzt für die Erwerbsfähigkeit stellte hierbei zweifellos regelmäßig einen wichtigen Aspekt dar – gerade auch, was die Motivation der Betroffenen selbst anlangt, die damals ja noch ziemlich neue Institution „Krankenhaus“, die wohl durchaus mit erheblichen Ängsten besetzt war, überhaupt aufzusuchen.²⁶ Allerdings sind zu einzelnen konkreten Behandlungen im Rahmen des „Normalbetriebs“ in aller Regel weder Ego-Dokumente noch sonstige Darstellungen vorhanden, sondern bloß – und schon das stellt im zeitgenössischen Kontext eine beachtliche, historiographisch höchst wertvolle Ausnahme dar – die knappe, administrativen Zwecken dienende Dokumentation des Aufenthalts in den so genannten „Krankenprotokollbüchern“. Aus quantitativen Analysen der betreffenden Quellen geht hervor, dass selbst von denjenigen Patienten, die an damals schwer behandelbaren Krankheitszuständen litten, ein erheblicher Teil innerhalb weniger Wochen soweit wiederhergestellt wurde, dass er wieder entlassen werden konnte.²⁷

Im Durchschnitt verstarben – je nach Standort und zeitlicher Periode – in den Spitälern der Barmherzigen Brüder im Bereich der österreichischen Erblande während des 17. und 18. Jahrhunderts gewöhnlich „nur“ ca. zehn bis zwölf Prozent der stationär aufgenommenen Personen während der Behandlung.²⁸ Nur ein kleiner Teil der Patienten, im Fall des Grazer Ordenskrankenhauses um 1700 gemäß repräsentativer Stichprobe etwa drei Prozent, wurde ausdrücklich als „ungeheilt“ oder bloß „gebessert“ entlassen.²⁹ Dass auch solche Qualifizierungen in den betreffenden Protokollbüchern vorkommen, zeigt aber auch, dass der Entlassungsstatus „gesund“ nicht völlig unterschiedslos zugeschrieben wurde. Wenn auch nähere Informationen zu den einzelnen Behandlungsverläufen fast durchwegs fehlen, zeigen die betreffenden statistischen Auswertungen doch eine in Summe offenbar beachtlich große Erfolgsquote der in den Ordenskrankenhäusern der Barmherzigen Brüder gebotenen pflegerischen Betreuung und therapeutischen Behandlung.

Neben diesem hauptsächlichen Tätigkeitsfeld nahmen viele Ordenshospitäler der Barmherzigen Brüder zudem in zahlenmäßig viel geringerem Umfang auch Menschen zur Versorgung und Betreuung auf, deren gesundheitliche Beeinträchtigungen bereits „chronisch“ waren, die also seit Monaten oder Jahren, manchmal bereits vom Kindesalter an, angedauert hatten. Absehbar dauerhaft „Pflegebedürftige“ wurden jedoch nicht unentgeltlich aufgenommen.³⁰ Verschiedentlich trachteten aber begüterte Familien, die einen „pflegebedürftigen“ Angehörigen hatten, diesen anstatt in einem Hospital traditionellen Typs bei den Barmherzigen Brüdern als einer primär auf medizinische Behandlung ausgerichteten Organisation unterzubringen. Dabei spielte sicherlich sowohl der auch hierzulande offenbar bald sehr gute Ruf des Ordens betreffend der pflegerischen Kompetenz eine Rolle als auch die Erwartung, die Barmherzigen Brüder könnten durch therapeutisch-rehabilitative Behandlungsmethoden vielleicht auch schon lang bestehende Leidenszustände lindern oder sogar ganz beheben.

Hierbei handelte es sich dann um „privilegierte“ Patienten, für deren Betreuung im jeweiligen Hospital der Barmherzigen Brüder nicht unbeträchtliche Summen aufgewandt werden mussten. Eine solche Konstellation brachte dann erst die Schriftform, hier als „Pflegevertrag“, mit sich und dadurch auch,

zumindest in einzelnen Fällen, eine etwas umfangreichere quellenmäßige Überlieferung. Auf einen solchen Behandlungsfall im Grazer Ordenskrankenhaus, der bereits aus den 1630er Jahren datiert, sei an dieser Stelle beispielhaft etwas näher eingegangen: Bei dem Betroffenen handelte es um einen Angehörigen der der steirischen Landschaft „intabulierten“ Familie der Schrapff.³¹ Die Schrapff waren seit etwa 1460 als Edelleute Besitzer des Hofes Aichberg bei Eibiswald sowie anderer Güter in der Region, welche sie von den Stubenberg und Liechtenstein bzw. später Schwarzenberg zu Lehen hatten. Sie sind also dem niederen Adel zuzurechnen.³²

Die Familie verfügte über gute Beziehungen auch zum innerösterreichischen Hof: In den Jahren 1587 bis 1596 findet sich ein Hans Schrapff zunächst als „Hofdiener“, dann als „Truchsäß“ (mit 20 bzw. dann 30 Gulden monatlichem Gehalt) im landesfürstlichen Hofstaat zu Graz.³³ Er war zweifellos ein Verwandter (jedoch offenbar kein Bruder) des Caspar Adam Schrapff, der in den 1590er Jahren das Familienoberhaupt war und den Stammsitz Aichberg innehatte.³⁴ Caspar Adam starb 1627 und im selben Jahr wurde in einem sachlichen Zusammenhang mit der Erbregelung ein Unterbringungsvertrag zwischen der Familie Schrapff und dem Grazer Konvent der Barmherzigen Brüder geschlossen, und mit kaiserlicher Autorität bestätigt, wonach ein „Hanß Friedrich Schrapff“ – wohl ein weiterer Sohn neben Georg Ernst, Hans Jacob, Hans Caspar und Hans Christoph³⁵ – vom landesfürstlichen Hofspital in Graz in das Hospital der Barmherzigen Brüder transferiert werden und dort versorgt und behandelt werden sollte.³⁶

Aus einer 1631 erfolgten Ergänzung zum Vertrag ist zur „Vorgeschichte“ zu erfahren, dass

[Hans] Fridrich Schrapff [...] vor etlichen Jahre, layder Gott erbarme, seiner Vernunfft, Wüz und Sünne beraubt, und aus dieser Ursach, weill er bey und undter denem Leuthen nit wohnen oder wandlen khunnte, [...] man denselben in das Khayserlich Spital alhie zu Grätz gethan, und [er dort] gantzer süßen Jar, wie zusagen, gleich alß ain unvernünfftiges Thier – ain armer Khötter – ohne Leidung ainicher Beschraibung (Zumallen er, wie meniglich bewußt, an oder umb sich nichts geduldet, sondern bloß und alß wie ime Gott erschaffen) erhalten worden.³⁷

Der Betroffene hatte also Symptome schwerer mentaler Erkrankung³⁸ gezeigt, die nach Internierung im Hofspital bereits etliche Jahre persistiert hatte³⁹, sodass ihm jegliche „normale“ Teilhabe am sozialen Leben verwehrt geblieben war. Dann aber entschlossen sich die Angehörigen, Hans Friedrich Schrapff in das Ordensspital der Barmherzigen Brüder verlegen zu lassen, wo in der Folge immer wieder, oftmals gemeinsam mit körperlich Kranken, auch Menschen mit psychischen Leiden untergebracht waren.⁴⁰ Die Aufnahme von Schrapff geschah, wie der Pflegevertrag von 1627 festhielt, „wegen Annehmung und Curierung des zerritten [...]“. Die Hoffnung auf eine mögliche Wiederherstellung war demnach nicht aufgegeben worden – oder hatte sich vielleicht auch durch eine gewisse Zustandsbesserung wieder neu eingestellt. Immerhin bemerkt der betreffende Vertrag weiters:

[...] sollen die Fratres Misericordia verbunden sein, gedachten Schrapffen, ihme selbst aignen Erbitten nach, mit einem eigenen abgesonderlichen Zimmer zu versehen, wie auch denselben, nit allein mit gebührender Leibs Notdurft in undterhalten, sondern auch mit tauglichen Medicamentis zu curirn, damit er, wo möglich, widerumb zu seiner vorigen Vernunft und Gesundheit gelangen möchte.⁴¹

Hans Friedrich Schrapff war zu diesem Zeitpunkt also – so jedenfalls der Text – zumindest in der Lage, gewisse eigene Wünsche mitzuteilen. Die übrigen Ausführungen des Pflegevertrags bringen leider keine weiteren Details zur geplanten Unterbringung und Therapie selbst, sondern befassen sich mit den finanziellen Aspekten der Versorgungsregelung. Diese bieten aber durchaus bemerkenswerte weitere Aufschlüsse: Die Barmherzigen Brüder erhielten für Betreuung und Behandlung dieses distinktierten Patienten die Zinsen eines als Kapital beim Hofpfennigamt veranlagten Erbteils in der Höhe von 4.000 Gulden. Über deren Verwendung hatten sie mit gutem Grund jährlich Rechnung zu legen, handelte es sich doch – unter Zugrundelegung des damals „landesüblichen“ Zinssatzes von fünf Prozent pro Jahr – um die nicht eben geringfügige jährliche Summe von 200 Gulden.⁴² Für eine „standesgemäße“ Versorgung des Pfründners waren so die ökonomischen Voraussetzungen gegeben,

gleichfalls für die laut Vertrag ja intendierten Heilungsversuche „mit tauglichen Medicamentis“. Letztere hatten offenkundig irgendwann zwischen Januar 1627 (Pflegevertrag) und Dezember 1631 (schriftlicher Zusatz zum Pflegevertrag aus Anlass des Eintritts einer Schwester in das Vertragsverhältnis) zwar nicht durchschlagenden, aber doch teilweisen Erfolg, denn es wird berichtet, dass

gedachter [...] Fridrich Schrapff [...] durch die Gnade Gottes, wie nit wenigen mit ihrer der Fratribus vleisigen Zurthueung, und nit wenig angewandten Muehe, zum Thail widerumben zu seiner Gesundheit solcher Gestalt khomben, und gebracht worden, das er nit allain die Claider an, und umb sich leydet, sondern auch nun mehr wie andere Menschen, in Essen, Trinkhen, auch mit Verrichtung seines Gebets, sich zimlich guett erzaiget; seiner völligen Gesundheit aber ganz und gar zu khumben schier kain Hoffnung sein will.⁴³

Diese Passage scheint nicht zuletzt daher bemerkenswert, weil in ihr prägnant die „Basiserfordernisse“ mentaler menschlicher Gesundheit gemäß zeitgenössischem gesellschaftlichem Verständnis formuliert werden: Kleider am Leib tragen, sich bei Essen und Trinken „wie andere Menschen“ verhalten (und nicht etwa wie ein „Thier“), richtig und regelmäßig beten. Die Erwähnung des Betens ist dabei selbstredend im kulturellen Kontext einer allgemein eminenten Bedeutung religiöser Praktiken für persönliche und soziale „Identitätsfindung“ in der Frühen Neuzeit – und gerade im frühen 17. Jahrhundert als Hauptphase der „Gegenreformation“ in Österreich – zu sehen.

Wer aber war Hans Friedrich Schrapff eigentlich? Abgesehen von seiner familiären Herkunft erfährt man/frau aus den eben zitierten Dokumenten nichts, weder zu seinem Lebensweg vor dem Auftreten der offenbar massiven psychischen Erkrankung noch zu dessen mutmaßlichen Ursachen. Ein Zufall brachte den Verfasser dieses Beitrags kürzlich aber auf eine lohnende Spur: Und zwar findet sich ein „Johann Friedrich Schrapff“ unter den mehr als 100 gebürtigen Steirern, welche eine in der Zeitschrift des Historischen Vereins für Steiermark erschienene Rezension des Personalkatalogs der Österreichischen Ordensprovinz der Jesuiten für den Zeitraum von

1601 bis 1640 namentlich anführt.⁴⁴ Die betreffende Prosopographie selbst verzeichnet ihn als „Ioannes Fridericus Schrampf“. ⁴⁵ Weiters ist darin zu erfahren, dass derselbe 1601 in Graz geboren worden war und 1618, also noch in ziemlich jungen Jahren, in Leoben als Novize in den Jesuitenorden eingetreten. Bereits 1620 wurde er allerdings noch als Novize wieder entlassen. Hans Friedrich Schrampf hatte also – ob aus eigenem Antrieb oder mehr auf Veranlassung der Familie – mit 18 Jahren offenbar vorgehabt, eine geistliche Laufbahn einzuschlagen (wahrscheinlich war er zuvor bereits Seminarist bei den Jesuiten gewesen oder hatte anderwärtig eine „Lateinschule“ besucht), scheiterte dabei aber nach relativ kurzer Zeit, noch vor Ablegung der Profess. Möglicherweise hatten sich zu dieser Zeit bereits deutliche mentale Probleme bemerkbar gemacht; zumindest dürfte aber das soziale Verhalten des Kandidaten den Erwartungen der Ordensleute wenig entsprochen haben, da gerade im Österreich des frühen 17. Jahrhunderts, mitten in der „Gegenreformation“, Entlassungen von bereits zugelassenen Anwärtern für Priestertum und Ordensleben in aller Regel wohl nur bei schweren „Mängeln“ der Kandidaten erfolgten.⁴⁶ Spätestens drei Jahre nach dem Abbruch der geistlichen Laufbahn, 1623, muss aber jedenfalls das gravierende Leiden des Betroffenen begonnen haben, welches ihn zunächst zum Insassen des Hofspitals, und danach zum Dauer-Patienten der Barmherzigen Brüder werden ließ. Da für die betreffende Periode sonst keine „fallbezogenen“ Dokumente, insbesondere keine Krankenprotokollbücher, im Grazer Ordenshospital erhalten sind, bleibt die weitere Biographie des Hans Friedrich Schrampf, einstweilen jedenfalls, im Dunkeln. Der Wunsch der Familie, seine Geschäfts- und Erwerbsfähigkeit durch eine Krankenhausbehandlung wiederhergestellt zu sehen, dürfte sich aber nicht erfüllt haben.

Neben der eben am Beispiel von Hans Friedrich Schrampf aufgezeigten Übernahme einzelner „Sonderklassepatienten“ zur langfristigen Versorgung und etwaigen Rehabilitation widmeten die Barmherzigen Brüder ab der Mitte des 18. Jahrhunderts sogar eine gesonderte Einrichtung rehabilitativen Zwecken, das so genannte „Rekonvaleszentenhaus“ in Wien-Landstraße. Dessen Geschichte harret noch einer eingehenden Bearbeitung, insbesondere im Hinblick auf die – freilich für das 18. Jahrhundert

nicht allzu umfangreich erhaltenen – archivalischen Quellen.⁴⁷ Das Gros der Patienten ebendort rekrutierte sich aber, soviel ist bekannt, aus Personen, welche zuvor schon im eigentlichen Krankenhaus des Ordens in Wien-Leopoldstadt behandelt worden waren, zu deren endgültiger Genesung aber noch eine zeitweilige weitere Spitalsversorgung als förderlich betrachtet wurde.⁴⁸ Zweifellos war auch das Bestreben, vermeidbare Infektionen von bereits Genesenden durch andere Spitalspatienten zu verhindern, ein Motiv für die Etablierung einer solchen gesonderten Einrichtung. Das kaiserliche Dekret von 1750, mit welchem diese genehmigt wurde, sprach nämlich ausdrücklich davon, dass es „sehr nutzbar wäre, wenn die Reconvallescenten von den Kranken *separiret* würden [Hervorhebung d. Vf.]“.⁴⁹ Hier zeigen sich im Übrigen interessante Parallelen zu den Entwicklungen im Wiener Bürgerspital, wo im Verlauf des 18. Jahrhunderts gleichfalls zunehmend zwischen „kurablen“ und „inkurablen“ Patientinnen und Patienten unterschieden wurde.⁵⁰

Resümee

Im vorliegenden Beitrag wurde anhand des Beispiels der obrigkeitlichen Förderung der Ordenskrankenhäuser der Barmherzigen Brüder dargelegt, dass wichtige Bestandteile von Biopolitik bereits im habsburgischen Österreich des frühen 17. Jahrhunderts präsent waren, und insbesondere die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von sozialer „Funktionsfähigkeit“ ein Thema war, welches in der entstehenden Zentralverwaltung eine gewisse Aufmerksamkeit fand. Die daher vom Hof geförderten Ordenshospitäler wiesen auch tatsächlich – im zeitgenössischen Vergleich statistisch betrachtet – relativ gute Behandlungsergebnisse auf. Bei chronisch kranken, aber sozial distinktierten Patienten wurden zumindest manchmal, wie das Beispiel des Betreuungsvertrages betreffend Hans Friedrich Schrampf zeigt, auch erhebliche Aufwände betrieben, um nicht nur eine „standesgemäße“ Versorgung sicherzustellen, sondern auch gute Bedingungen für eine etwaige gesundheitliche Rehabilitation von Menschen mit „Behinderung“ zu schaffen.

Anmerkungen

- 1 Beispielsweise beginnt die in ihren Inhalten sehr profunde Studie von Andreas Möckel: *Geschichte der Heilpädagogik, oder Macht und Ohnmacht der Erziehung*, Stuttgart 2007, mit dem „Zeitalter der Aufklärung“; der Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Kindern vor der „Erfindung“ dieser Teildisziplin der Pädagogik wird gerade einmal einleitend gestreift. Eine innovative, differenzierte Übersicht zum aktuellen Stand der Disability History der Frühen Neuzeit in Europa bietet Cordula Nolte u. a. (Hg.): *Dis/ability History der Vormoderne. Ein Handbuch – Premodern Dis/ability History. A Companion*, Affalterbach 2017.
- 2 Vgl. zur geradezu selbstverständlichen Voraussetzung der Notwendigkeit einer gehobenen sozio-ökonomischen Lage, um in der Frühen Neuzeit überhaupt als Adressat ärztlicher Ratschläge zur richtigen Lebensführung (Diätetik) im Allgemeinen, zu welchen auch die Themen der Vorbeugung und etwaigen Überwindung von krankheits- und unfallbedingten Gesundheitsdefiziten gehörten, in Frage zu kommen, bes. Klaus Bergdolt: *Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens*, München 1999.
- 3 Von den häufigen inneren Erkrankungen galten insbesondere Krebs, Schwindsucht bzw. Hectica sowie Wassersucht als allenfalls in den qualvollen Auswirkungen linderbar, nicht aber einer Heilung zugänglich. Wenige Heilungschancen maß man auch Gichtkranken zu. Ebenso musste bei schweren Verletzungen, die – wenn sie überhaupt überlebt wurden – etwa mit komplizierten Knochenbrüchen einhergingen, oft von mehr oder weniger massiven bleibenden Einschränkungen ausgegangen werden. Viele „Lahme“, „Krumme“ und „Kontrakte“ der Frühen Neuzeit hatten ihre „Behinderung“ durch Unfälle bzw. Gewaltanwendung (Krieg, Raufhandel usw.) erworben. Mit denselben symptombezogenen Termini konnten freilich auch angeborene oder durch Krankheit verursachte Invaliditätszustände bezeichnet werden – im Übrigen eine der allgemeinen Schwierigkeiten der Gesundheitsgeschichte der Vormoderne, als deren wichtigste forschungspraktische Konsequenz wohl die sorgsame Bedachtnahme auf den jeweiligen konkreten Quellenkontext bei der Interpretation entsprechender Ausdrücke zu fordern ist. Vgl. zu den angesprochenen Themen neben der schon genannten Literatur Wolfgang Uwe Eckart/Robert Jütte: *Medizingeschichte. Eine Einführung*, Köln u. a. 2007. Robert Jütte: *Krankheit und Gesundheit in der Frühen Neuzeit*, Stuttgart 2013. Michael Stolberg: *Fürsorgliche Ausgrenzung. Die Geschichte der Unheilbarenhäuser (1500–1900)*, in: Gunnar Stollberg/Christina Vanja/Ernst Kraas (Hg.): *Krankenhausgeschichte heute*, Berlin 2011, S. 71–78. Michael Stolberg: *Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbegleitung von 1500 bis heute*, Frankfurt a. M. 2011, bes. S. 21–27.
- 4 Zum überaus großen Stellenwert des Heilwunders innerhalb des Wunder-Diskurses insgesamt vgl. Gabriela Signori: *Wunder*, Frankfurt a. M. 2007.
- 5 Vgl. dazu Hans Blumenberg: *Die Lesbarkeit der Welt*, Frankfurt a. M. 1981.
- 6 Vgl. für den Bereich der Medizingeschichte etwa Christoph Schweikardt: *Renaissancemedizin*, in: Werner Gerabek u. a. (Hg.): *Enzyklopädie Medizingeschichte*, Berlin/New York 2005, S. 1233–1238. Ebenso: Rudolf Schmitz/Gundolf Keil (Hg.): *Humanismus und Medizin*, Weinheim 1984.
- 7 Vgl. Michel Foucault: *Geschichte der Gouvernmentalität*, 2 Bde., Frankfurt a. M. 2004. Weiters: Thomas Lemke: *Gouvernementalität und Biopolitik*, Wiesbaden 2007.
- 8 Vgl. Martin Fuhrmann: *Die Politik der Volksvermehrung und Menschenveredelung. Der Bevölkerungsdiskurs in der politischen und ökonomischen Theorie der deutschen Aufklärung*, in: *Aufklärung 13* (2001), S. 243–282, hier bes. S. 244.
- 9 Vgl. dazu: Andrea Iseli: *Gute Policey. Öffentliche Ordnung in der frühen Neuzeit*, Stuttgart 2009.
- 10 Vgl. zu den zeitgenössischen gesundheitspolitischen Praktiken Robert Jütte: *Obrigkeitliche Armenfürsorge in deutschen Reichsstädten der frühen Neuzeit*, Köln/Wien 1984. Sebastian Schmidt/Jens Aspelmeier (Hg.): *Norm und Praxis der Armenfürsorge in Spätmittelalter und früher Neuzeit*, Stuttgart 2006. Artur Dirmeier (Hg.): *Organisierte Barmherzigkeit. Armenpflege und Hospitalwesen in Mittelalter und Früher Neuzeit (= Studien zur Geschichte des Spital-, Wohlfahrts- und Gesundheitswesens 1)*, Regensburg 2010. Gisela Drossbach (Hg.): *Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit. Frankreich, Deutschland und Italien. Eine vergleichende Geschichte/Hôpitaux au Moyen Âge et aux Temps modernes. France, Allemagne et Italie. Une histoire comparée (= Pariser Historische Studien 75)*, München 2007. Das Dispositiv „Hospital“ war für die frühe Gesundheitspolitik, die wesentlich zugleich Sozialpolitik war, von zentraler Bedeutung. Diese erschöpfte sich aber keineswegs in der Etablierung eines Netzwerks von Organisationen zur „Kasernierung“ und Betreuung; ein umfassenderes Maßnahmenfeld war die (proto-)staatliche Regulierung der „Salubrität“ im öffentlichen Raum, nicht zuletzt zur Hintanhaltung von Epidemien, was – denkt man/frau jenseits der akuten Sterblichkeit auch an die dauerhaften Gesundheitsschäden, die Infektionskrankheiten teilweise bewirken – auch das Feld der Disability History tangiert.

- 11 Bekannt und paradigmatisch: Anonym [Philipp W. von Hörnigk]: Oesterreich über alles, wann es nur will [...], o. O. 1684.
- 12 Vgl. Wener Schnabel: Österreichische Exulanten in oberdeutschen Reichsstädten, München 1992. Stephan Steiner: Rückkehr unerwünscht. Deportationen in der Habsburgermonarchie der Frühen Neuzeit und ihr europäischer Kontext, Wien u. a. 2014.
- 13 Vgl. Gustav Reingrabner: Protestanten in Österreich, Wien u. a. 1981.
- 14 Vgl. Eduard Seidler/Karl-Heinz Leven: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, Stuttgart 2003, bes. S. 75–132. Michaela Collinet (Hg.): Caritas – Barmherzigkeit – Diakonie. Studien zu Begriffen und Konzepten des Helfens in der Geschichte des Christentums vom Neuen Testament bis ins späte 20. Jahrhundert, Berlin 2014.
- 15 Vgl. hierzu bereits Carlos Watzka: Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa, Köln u. a. 2005. 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.
- 16 Einen Fall, der speziell hinsichtlich der privilegierten sozialen Situierung des Betroffenen und des beträchtlichen Engagements von dessen Familie für eine optimale Betreuung ähnlich gelagert ist, behandelt Bianca Frohne: Leben mit *kranckhait*. Der gebrechliche Körper in der häuslichen Überlieferung des 15. und 16. Jahrhunderts. Überlegungen zu einer Disability History der Vormoderne, Affalterbach 2014, S. 143–145. Für diesen Hinweis danke ich Julia Gebke.
- 17 Diese wir auch die folgenden Quellen werden hier in einer vereinfachten Transkription wiedergegeben: Modernisiert wurden Groß-/Kleinschreibung sowie Vokalisierung.
- 18 Zur Geschichte dieses karitativen katholischen Ordens in der frühneuzeitlichen Habsburgermonarchie insgesamt vgl. nunmehr v. a. das mit insgesamt drei Bänden großangelegte und höchst informative, aber entlegen publizierte Sammelwerk Petr Jelinek (Hg.): Germanische Provinz des Hospitalordens des Hl. Johannes von Gott bis 1780, Cieszyn 2018ff. (bisher zwei Bände erscheinen). Eine knappe Übersicht zur institutionellen Entwicklung gibt Carlos Watzka: Der Hospitalorden des Heiligen Johannes von Gott in der Habsburgermonarchie 1605–1781, in: Heidemarie Specht/Ralph Andraschek-Holzer (Hg.): Bettelorden in Mitteleuropa – Geschichte, Kunst, Spiritualität, St. Pölten 2008, S. 106–132. Unter den älteren, „ordenseigenen“ Schriften sind v. a. zu nennen: Hermenegild Strohmayer (OH): Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott, Regensburg 1978. Johannes de Deo Sobel (OH): Geschichte und Festschrift der österr.-böhm. Ordens-Provinz der Barmherzigen Brüder, Wien 1892. Daneben wurden v. a. seit den 1990ern Jahren mehrere Festschriften publiziert, die manche wichtige Informationen, zum Teil auch von Fachhistoriker*innen verfasste wissenschaftliche Beiträge enthalten. Auf sie kann hier nur summarisch hingewiesen werden.
- 19 Hier zit. nach Ludwig Brandl: Der Chirurg Gabriel Graf von Ferrara. Erster Generalkommissar des Ordens der Barmherzigen Brüder für Germanien, Wien 1957, S. 51f. Die Originalurkunde im Besitz des Ordens konnte nicht eingesehen werden.
- 20 So etwa die 1620 ebenfalls von Ferdinand II. ausgestellte Stiftungsurkunde für das Ordenshospital in Prag oder die 1622 verfasste Gründungsurkunde des Wittelsbacherherzogs Wolfgang Wilhelm von Pfalz-Neuburg für das Spital in dessen Residenzstadt Neuburg an der Donau. Ihre Texte sind auch bei Brandl wiedergegeben: Brandl: Gabriel Graf von Ferrara (wie Anm. 19), S. 56–64.
- 21 Derselbe war etwa 1608 an den Hof König Sigismunds III. gerufen worden, um dem König in schwerer Krankheit beizustehen. Nach seinem Ordenseintritt hatte er in den 1590er Jahren ein zeitgenössisch berühmtes, und bis zum Ende des 17. Jahrhunderts mehr als zehnmal in italienischer und mindestens siebenmal in lateinischer Sprache aufgelegtes Lehrbuch der Chirurgie verfasst, die „Nuova Selva di Cirugia“ [sic]. Vgl. Brandl: Gabriel Graf von Ferrara (wie Anm. 19), bes. S. 120.
- 22 Vgl. Brandl: Gabriel Graf von Ferrara (wie Anm. 19), S. 48f.
- 23 Vgl. dazu für das erste Ordensspital in der Habsburgermonarchie in Feldsberg Petr Jelinek/Carlos Watzka: Krankenhäuser in Mitteleuropa vor der Aufklärung: Das Beispiel des Ordenshospitals der Barmherzigen Brüder in Feldsberg/Valtice und seiner Patienten 1630–1660, in: Medizinhistorisches Journal 44, 3/4 (2009), S. 235–273. Petr Jelinek: Der Konvent der Barmherzigen Brüder in Feldsberg und seine Krankenprotokolle (1683–1711), in: Mitteilungen des Instituts für österreichische Geschichtsforschung 115, 3/4 (2007), S. 369–393. Petr Jelinek: Der Konvent der Barmherzigen Brüder in Feldsberg und seine Krankenprotokolle (1661–1780), in: Unsere Heimat. Zeitschrift für Landeskunde von Niederösterreich 81, 2 (2010), S. 87–108. Für das Grazer Hospital Watzka, Arme, Kranke und Verrückte (wie Anm. 15). Carlos Watzka: Die Krankenprotokolle der Barmherzigen Brüder in Graz 1730–1759. Ein Beitrag zur steirischen Sozial- und Medizingeschichte des 18. Jahrhunderts, in: Meinhard Brunner u. a. (Hg.): Rutengänge.

- Studien zur geschichtlichen Landeskunde. Festgabe für Walter Brunner zum 70. Geburtstag, Graz 2010, S. 316–337. Für das Ordensspital in Linz Carlos Watzka: Die Barmherzigen Brüder als Träger von Krankenhäusern in der Frühen Neuzeit – das Beispiel des Hospitals in Linz und seiner Patienten, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 27 (2008), S. 75–109. Für die Ordenshäuser in Böhmen, Mähren und Schlesien vgl. die Beiträge in Jelínek (Hg.), *Germanische Provinz des Hospitalordens* (wie Anm. 18). Ausgerechnet für das „Mutterhaus“ der österreichischen Ordensprovinz in Wien sind die den betreffenden Analysen zugrundeliegenden „Krankenprotokollbücher“ für die Zeit vor 1780 leider verschollen.
- 24 Dass die Gründung eines ersten analog orientierten „Frauenkrankenhauses“ hierzulande, geführt von der Kongregation der Elisabethinen, 1693 in Graz stattfand, und somit erst fast ein Jahrhundert nach der Eröffnung eines ersten „Männerkrankenhauses“ der Barmherzigen Brüder (1605 in Feldsberg), wirft ein bezeichnendes Licht auf die Wertigkeits-Differenz der beiden Geschlechter in der patriarchalischen Gesellschaft der Frühen Neuzeit.
- 25 Vgl. dazu eingehender Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 15).
- 26 Hierfür spricht insbesondere der Inhalt eines „Schaumärleins“, wonach im Grazer Krankenhaus des Ordens alljährlich ein junger Mann heimlich „geopfert“ und sodann zur Gewinnung von heilkräftiger Arznei „ausgeschlachtet“ würde; diese „Horrorstory“ wurde zwar erst im 19. Jahrhundert dokumentiert, dürfte in der Entstehung aber wohl in die Frühe Neuzeit zurückreichen. Vgl. dazu Viktor Fossel: *Volksmedizin und medicinischer Aberglaube in Steiermark. Ein Beitrag zur Landeskunde*, Graz 1886, S. 172.
- 27 So waren im Gesamtzeitraum von 1661 bis 1780 im vergleichsweise kleinen Ordenshospital in Feldsberg im niederösterreich-mährischen Grenzgebiet von 110 wegen Wassersucht aufgenommenen Patienten 47 (43 %) verstorben, von den 48 wegen Lungensucht behandelten 22 (46 %). Mehr als die Hälfte der Patienten dagegen überlebte; der größte Teil galt bei der Entlassung als „gesund“. Die Aufenthaltsdauern lagen insgesamt gesehen nur selten bei mehr als drei Monaten. Vgl. Jelínek, Feldsberg und seine Krankenprotokolle (wie Anm. 23).
- 28 Eine Ausnahme stellt die frühe, allerdings unvollständig dokumentierte Anstaltstätigkeit in Feldsberg bis zum Jahr 1660 dar. Für diese ergeben die aufgezeichneten Behandlungsfälle eine Mortalitätsrate von 20 %. Für den gesamten Folgezeitraum von 1661 bis 1780 ermittelte Jelínek dagegen eine durchschnittliche Mortalität von 11 %. Für das Grazer Ordenskrankenhaus ergab sich 1684–1710 und 1726–1741 ebenfalls eine Sterblichkeit von 10–11 %, in den 1750er Jahren lag der Wert etwas höher bei 13 %. Im erst 1757 gegründeten Brüder-Hospital in Linz lag die Mortalitätsquote im Gesamtdurchschnitt der Jahre 1758 bis 1779 dagegen ebenso bei 11 %. Vgl. zu diesen Daten die in Anm. 23 genannte Literatur sowie als Übersicht Carlos Watzka: *Die Hospitäler der Barmherzigen Brüder im 16. und 17. Jahrhundert als Einrichtungen der Armenfürsorge*, in: Klaus Bergdolt/Lothar Schmitt/Andreas Tönnemann (Hg.): *Armut in der Renaissance*, Wiesbaden 2013, S. 229–257, hier bes. S. 254.
- 29 Vgl. Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 15), S. 318.
- 30 Diesen traditionell wichtigsten Bereich der „Hospitalfürsorge“ überließ die Ordensorganisation bewusst den vielen bereits bestehenden „Spitälern“ traditionellen Typs, die hierzulande meist in kommunaler, zum kleineren Teil auch in kirchlicher oder landesfürstlicher Trägerschaft waren. Vgl. Carlos Watzka: *Zur Typologie des frühneuzeitlichen Hospitals – eine Übersicht über mögliche Vergleichsdimensionen und Anwendungsbeispiele betreffend die Hospitäler im Herzogtum Steiermark (ca. 1500–1750)*, in: *Historia Hospitalium* 30 (2017), S. 331–352. Weiters: Carlos Watzka: *Krankenpflege als soziale Praxis in den Hospitälern der Barmherzigen Brüder in Österreich im 17. und 18. Jahrhundert*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 16 (2017), S. 65–98.
- 31 Vgl. Günter Scholz: *Ständefreiheit und Gotteswort. Studien zum Anteil der Landstände an Glaubensspaltung und Konfessionsbildung in Innerösterreich (1517–1564)*, Bern u. a. 1994, S. 239.
- 32 Vgl. Franz Pichler: *Aichberg bei Eibiswald. Der Edelmannssitz der Schrapf*, in: *Blätter für Heimatkunde* 31, 3 (1957), S. 70–82. Schon im steirischen Landesaufgebot von 1445 findet sich ein Hans Schrapf in der Rubrik „Ritter und Knechte“ verzeichnet, an 126. Stelle von 236. Vgl. Carl Schmutz: *Historisch-topographisches Lexicon von Steyermark*, 2. Teil, Graz 1822, S. 335–340. Übrigens bestanden die beiden höherrangigen Rubriken „Grafen“ und „Herren“ dort zusammen nur aus 15 Personen. Auch die „Ritter und Knechte“ zählten also definitiv zur politisch-ökonomischen Elite.
- 33 Vgl. Viktor Thiel: *Die innerösterreichische Zentralverwaltung 1564–1749*, Bd. 1: *Die Hof- und Zentralbehörden Innerösterreichs 1564–1625*, in: *Archiv für österreichische Geschichte* 105 (1916), S. 1–210, hier S. 196, sowie: Österreichisches Staatsarchiv, Haus-, Hof- und Staatsarchiv, Obersthofmeisteramt, Sonderreihe 186, Nr. 63 u. 65.
- 34 Vgl. Pichler: *Aichberg bei Eibiswald* (wie Anm. 32), bes. S. 77.

- 35 Vgl. ebd., S. 79. Dort wird Hans Friedrich nicht genannt.
- 36 Archiv des Konvents der Barmherzigen Brüder in Graz, Marschallgasse, K. 1, Nr. 7: Leibrentenvertrag Schrapff 1627; ebd., K. 39. Steiermärkisches Landesarchiv (StLA), Archiv Graz, Sch. 182, H. 552: Erweiterung des Leibrentenvertrags Schrapff, 1631.
- 37 Ebd.
- 38 Zur Position des Verfassers hinsichtlich der Frage, inwieweit es berechtigt und sinnvoll ist, zeitgenössische Ausdrücke für Krankheitszustände auch in modernen Begriffen zu fassen, vgl. bezogen auf den Bereich seelischer Leiden Watzka: Vom Hospital zum Krankenhaus (wie Anm. 15), S. 14–25.
- 39 Die eben zitierte Textstelle aus der Vertragsergänzung von 1631 legt nahe, dass der Aufenthalt im Hofspital sieben Jahre angedauert habe. An anderer Stelle wird aber bemerkt, die Dauer habe vier Jahre betragen. In der Quelle von 1631 scheinen also diese vier Jahre mit der seit der Überstellung in das Hospital der Barmherzigen Brüder von 1627 bis 1631 vergangenen Zeit zusammenrechnet worden zu sein, wobei aber der textliche Ausdruck missverständlich geriet.
- 40 Vgl. dazu bes. Watzka: *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 15), bes. S. 320–428.
- 41 StLA, Archiv Graz, Sch. 182, H. 552.
- 42 Wie schon erwähnt, betrug etwa das jährliche „Einstiegsgehalt“ eines adeligen Hofdieners um 1600 240 Gulden pro Jahr. Vgl. dazu Anm. 33.
- 43 StLA, Archiv Graz, Sch. 182, H. 552.
- 44 Vgl. Johann Andritsch: [Rezension:] Ladislaus Lukacs S.J.: *Catalogi personarum et officiorum provinciae Austriae S.I.*, Bd. 2 (1601–1640), in: *Zeitschrift des Historischen Vereins für Steiermark* 75 (1984), S. 189–191.
- 45 Ladislaus Lukacs S.J.: *Catalogi personarum et officiorum provinciae Austriae S.I.*, Bd. 2 (1601–1640), Rom 1982, S. 745.
- 46 Vgl. bes. den Sammelband France Dolinar u. a. (Hg.): *Katholische Reform und Gegenreformation in Innerösterreich 1564–1628*, Klagenfurt u. a. 1994.
- 47 Diese befinden sich im Archiv der Österreichischen Ordensprovinz in Wien, Taborstraße, insbesondere: Altes Archiv, Braune Kartonreihe, Nr. 60, F 12: *Rekonvaleszenten-Stiftung*. Das Provinzarchiv ist allerdings für die wissenschaftliche Forschung nunmehr bereits seit einigen Jahren wieder – wie schon zuvor jahrzehntelang – kaum zugänglich, wofür Mangel an personellen und räumlichen Ressourcen als Grund angeführt wird.
- 48 Vgl. bes. Sobel: *Geschichte und Festschrift* (wie Anm. 18), S. 180–186.
- 49 Zit. nach ebd., S. 181. 50 Vgl. hierzu Sarah Pichlkastner: *Insassen, Personal und innere Organisation des Wiener Bürgerspitals in der Frühen Neuzeit. Eine Projektskizze*, in: *Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung* 123 (2015), S. 117–132, sowie die in Fertigstellung befindliche Dissertation der Autorin. Für den Hinweis auf diese Ähnlichkeit von organisationellen Entwicklungen danke ich Julia Heinemann.

□