

Die Krankenprotokolle der Barmherzigen Brüder in Graz 1730–1759.

Ein Beitrag zur steirischen Sozial- und Medizingeschichte
des 18. Jahrhunderts

Carlos WATZKA

Der mit dem vorliegenden Band zu ehrende Jubilar Walter Brunner ist neben seiner langjährigen Tätigkeit im Steiermärkischen Landesarchiv ein engagiertes Mitglied der Historischen Landeskommission für Steiermark, zu deren Aufgaben die Erschließung „aller einschlägigen Geschichtsquellen“ des Landes zählt,¹ damit auch jener, die sich nicht in Archiven der Staats-, Landes- und Kommunal-Behörden befinden. Auch die Agenda des Steiermärkischen Landesarchivs erstreckt sich ja nicht „nur“ auf die umfangreichen „hauseigenen“ Akten- und Sammlungs-Bestände, es fungiert vielmehr seit langem auch für nicht-staatliche Institutionen, Forscher und Privatpersonen als zentrale Anlaufstelle für fachhistorische sowie archivkundliche Beratung zum Umgang mit historischen Quellen.² Wie fruchtbar eine derartige Vermittlung von Fachwissen sein kann, wurde dem Autor dieses Beitrags u. a. augenfällig, als er vor mittlerweile etwa zehn Jahren erstmals zum Zweck historischer Forschung das „Alte Archiv“ des Konvents der Barmherzigen Brüder in Graz, Marschallgasse betreten konnte, welches der ehemalige Buchhalter des Ordenskrankenhauses, Rudolf Haller, archivarchaischen Richtlinien entsprechend, übersichtlich und sorgfältig geordnet und inventarisiert hatte.³

Das umfangreiche und vielfältige Euvre des Jubilars zu Fragen der steirischen Geschichte⁴ schließlich hatte dem Autor bereits bei der Erstellung seiner Dissertation zur steirischen Hospital- und Krankenhausgeschichte in mehrerlei Hinsichten wichtige Aufschlüsse geboten.⁵ So war einiger Anlass vorhanden, auch für die vorliegende Festschrift die Grazer Krankenanstalt der Barmherzigen Brüder und hierzu vorhandene Quellen im ordenseigenen Archiv zum Gegenstand eines Beitrags zu machen.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz in der Frühen Neuzeit

Das Hospital des Ordens der Barmherzigen Brüder in Graz und sein Archiv verdienen aber auch generell einige Aufmerksamkeit der historischen Wissenschaft(en),⁶ sowohl im regionalen, als auch im internationalen Kontext, handelt es sich hierbei doch um einen von, allem Anschein nach, europaweit nur einigen wenigen Niederlassungen dieses Ordens, die nicht nur bereits auf das 16. bzw. 17. Jahrhundert zurückgehen, sondern in denen sich auch umfangreiche Dokumentationen zur praktisch-karitativen Tätigkeit dieser religiösen Gemeinschaft während der Frühen Neuzeit erhalten haben.⁷

Unter den betreffenden Quellen sind vor allem die sogenannten Krankenprotokollbücher bzw. Krankenregister hervorzuheben, zu administrativen Zwecken angelegte Bücher, in welchen alle in die Hospitäler der Barmherzigen Brüder stationär aufgenommenen Kranken eingetragen werden sollten, und zwar mindestens seit dem ausgehenden 16. Jahrhundert, für das

eine entsprechende Anordnung in den Konstitutionen der religiösen Gemeinschaft dokumentiert ist.⁸ Diese Regel scheint, zum Nutzen nicht nur heutiger Wissenschaftler, sondern sicher auch der zeitgenössischen administrativen Praxis, im Allgemeinen auch sehr konsequent eingehalten worden zu sein, wenn auch Katastrophen und Krisenzeiten teils den Verlust von schon vorhandenen Aufzeichnungen, teils eine lückenhafte Eintragungspraxis mit sich brachten.⁹

Im Falle des 1614 gegründeten Grazer Ordenshospitals datieren die ältesten noch erhaltenen Krankenprotokolle aus dem Jahr 1684.¹⁰ Anlässlich des 375-Jahr-Jubiläums des Krankenhauses im Jahr 1990 hat Alois Kernbauer in einer medizinhistorischen Übersicht erstmalig auf die hohe sozial-, kultur- und medizingeschichtliche Bedeutung dieses Quellenfundus hingewiesen.¹¹ Derselbe wurde später vom Konvent der Barmherzigen Brüder dankenswerterweise dem Autor des vorliegenden Beitrags zu Forschungszwecken zugänglich gemacht und von diesem zunächst für den ersten, geschlossen dokumentierten Teilzeitraum von 1684 bis 1711 im Rahmen seiner Dissertation systematisch ausgewertet.¹²

Die Krankenprotokollbücher des Hospitals der Barmherzigen Brüder in Graz sind deshalb von besonderem wissenschaftlichem Interesse, weil diese erst dasselbe zweifelsfrei als ein Krankenhaus im modernen Sinn nachweisen, also eine Anstalt, in die man sich – im Idealfall nur für einen kürzeren Zeitraum – begab, um eine als heilbar betrachtete Krankheit behandeln zu lassen – und nicht etwa, um bei chronischer Krankheit, körperlicher oder mentaler Behinderung, Altersschwäche oder anderen Gebrechen dauerhafte Unterbringung und Versorgung zu finden, also Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, wie sie heute v. a. Senioren- und Pflegeheime, Wohnrichtungen für behinderte Menschen, Hospize u. ä. bieten.¹³ Bis ins späte 18. Jahrhundert waren diese unterschiedlichen Funktionen von auf Akutbehandlungen fokussierenden Krankenhäusern und sonstigen Betreuungsanstalten in vielen Institutionen vom Typus des traditionellen Hospitals ja noch nicht deutlich voneinander geschieden. Die Konzentration auf Therapie bei zeitweiliger Unterbringung der betreffenden Kranken in einer Anstalt zur (medizinisch wie ökonomisch) effizienteren Durchführung derselben stellte so in der Frühen Neuzeit eine echte Innovation dar; derartige Einrichtungen entstanden im 16., 17. und 18. Jahrhundert häufig in kirchlicher oder kommunaler Trägerschaft, wobei die Barmherzigen Brüder unter den männlichen monastischen Gemeinschaften europaweit die am weitesten verbreiteten waren.¹⁴

In der Steiermark war das Hospital der Barmherzigen Brüder das erste und, bis ins späte 17. Jahrhundert, einzige öffentliche, allgemein zugängliche Krankenhaus, wengleich mit einem entscheidenden Unterschied gegenüber dem erst im Jahr 1788 staatlicherseits eröffneten „Allgemeinen Krankenhaus“ am Paulustor:¹⁵ Es wurden nur *Männer* als stationäre Patienten aufgenommen. Diese Einschränkung war natürlich den damals strikten Annahmen über die Schutzbedürftigkeit der männlichen Ordensleute vor „weiblicher Verführung“ geschuldet,¹⁶ und tatsächlich wäre eine Ausübung von pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten an weiblichen Patienten – welche ja direkten körperlichen Kontakt unumgänglich erforderte – durch männliche Personen geistlichen Standes nicht nur den damaligen Auffassungen von Sittlichkeit im Klerus selbst, sondern auch jenen der Laien, der „Öffentlichkeit“, völlig zuwidergelaufen.¹⁷

Allerdings waren auch die Aufnahmekapazitäten des Hospitals der Barmherzigen Brüder in Graz begrenzt, waren dieselben für die Finanzierung ihrer Tätigkeiten doch auf Spenden und freiwillige Beiträge angewiesen; die weltliche Obrigkeit gewährte, von einzelnen Zuschüssen in Phasen großer architektonischer Ausbauten abgesehen, nur kleine Subsidien, daneben aller-

dings weitgehende Steuerbefreiungen und eben das Privileg ungehinderten Almosen-Sammelns.¹⁸ So verfügte das Grazer Ordenskrankenhaus während der ersten Jahrzehnte seines Bestandes nur über etwa 20 reguläre Betten, nach Ausbauten, die in den 1680er Jahren abgeschlossen wurden, immerhin über 34. Diese Zahl blieb sodann bis zu einer Erweiterung der Kapazitäten auf 50 Betten in den 1760er Jahren unverändert.¹⁹ Bereits in den 1730er Jahren wurden in der Grazer Krankenanstalt aber über 400 Patienten jährlich behandelt.²⁰ Schon aus der Relation zur Bettenzahl wird so die Ausrichtung dieser Institution auf *kurzfristige* Krankenbehandlungen ersichtlich, wenn sie auch die Aufnahme auch mancher „Langzeit-Patienten“ nicht ausschließt und eine solche auch tatsächlich immer wieder vorgekommen ist. In diesen Sonderfällen handelte es sich im 18. Jahrhundert fast durchwegs um Angehörige begüterter Familien bzw. höhergestellte Personen, betreffend deren Unterhalt das Ordenskrankenhaus schadlos gehalten wurde, ja so großzügige Zuwendungen erhielt, dass ein Überschuss dem normalen Krankenhausbetrieb zufließen konnte. Während über diesen Aspekt des Anstaltsbetriebes erhaltene Unterbringungsverträge näher Auskunft geben,²¹ ist der Normalfall der vorübergehenden Behandlung von Akutkranken fast ausschließlich durch die Krankenprotokollbücher dokumentiert – dies allerdings in sehr systematischer und umfassender Weise.

Die Krankenprotokollbücher der Barmherzigen Brüder in Graz im 18. Jahrhundert

Schon die erstmals 1634 auf Deutsch publizierten Ordenskonstitutionen legen fest, in welcher Form die besagten Krankenregister zu führen sind:

„Der [...] Krankenwärter soll die Kranken, so ihre Zuflucht zu uns suchen, willfärtig und liebreich zu heylen auffnehmen [...] sie ins Bett legen, unserm Brauch nach ein sauber Hemet, Leylacher und dergleichen weiß Gewand darreichen, [...] und also nach gethaner Beicht mit dem Hochwürdigem Sacrament versehen lassen; nachdem soll der Kleiderwärter alle seine Kleider, so ihm nach erlangter Gesundheit widergeben sollen werden, und was er etwa anders bey sich hat, fleissig aufzuheben empfangen, den Nahmen, Zunahmen, Vatterland, Alter und Zustand deß Kranken soll man in ein [...] Buch einschreiben, und auff den Rand den Tag seines Abschieds aus dem Hospital oder Todts verzeichnen.“²²

Vergleicht man diese Passage mit den erhaltenen Krankenprotokollbüchern aus Graz,²³ so zeigt sich, dass diese Vorgaben hier weitgehend eingehalten wurden. Häufig finden sich, jedenfalls im deutschsprachigen Raum, sogar mehr Informationen über die einzelnen Kranken in den Handschriften, als die Konstitutionen vorschreiben. Insbesondere wurden regelmäßig auch die Krankheiten, wegen derer die Patienten behandelt wurden, aufgezeichnet,²⁴ weiters – neben Vor- und Zunamen – Alter, Herkunft, Datum des Ein- und Austritts aus dem Hospital, Art der Entlassung, Bettensnummer, mitgebrachte Gegenstände sowie Religionszugehörigkeit.

Ein Problem bei der wissenschaftlichen Bearbeitung dieser Form von Quellen stellt ihre schiere Fülle dar, denn wenn die betreffenden Angaben vollständig oder auch nur größtenteils für mehrere hundert Patienten jährlich vorhanden sind, scheidet eine Erörterung von Einzelfällen – wenn für diese nicht ein besonderes Erkenntnisinteresse vorliegt – eigentlich aus, außer man präsentiert einige wenige zu exemplarischen Zwecken, wie dies etwa Vinzenz Prangner als erster Autor einer umfassenden Monographie über das Grazer Krankenhaus der Barmherzigen Brüder im frühen 20. Jahrhundert getan hat.²⁵ Beizukommen ist der Materialfülle am ehesten durch die Anwendung quantifizierender Methoden, wie sie die Historischen Sozialwissenschaften gebrauchen, was das Arbeiten mit repräsentativen Stichproben und da-

mit eine Begrenzung des Arbeitsaufwandes bei gleichzeitiger Abdeckung größerer Zeitspannen erlaubt.²⁶

Vor der Präsentation der durch eine systematisierende und quantifizierende Auswertung der betreffenden Daten gewinnbaren Erkenntnisse sei noch darauf hingewiesen, dass die Protokoll-Handschriften selbstverständlich auch weitere, qualitative Informationen bieten, von den in Zierschrift verfertigten Titelblättern²⁷ über die regelmäßig anzufindenden Visitationsvermerke der Ordensprovinziale – die einzigen längeren, konsequent in Latein verfassten Passagen innerhalb von ansonsten im Wesentlichen deutschsprachigen Texten²⁸ – bis hin zu den die Protokollbände ab Buch 4 (1737–1741) abschließenden Registern.²⁹ Die jeweils aktuellen Krankenprotokollbücher wurden laut zeitgenössischen Inventaren im großen Krankensaal selbst verwahrt;³⁰ ihre Führung war dem „Krancken-“ und dem „Kleiderwärter“ anvertraut,³¹ die Protokollbücher dienten nämlich auch der Registrierung der in das Hospital mitgebrachten Kleidung, welche beim Eintritt gegen Spitalwäsche gewechselt, bei der Entlassung aber rückerstattet wurde.³² Weitere Funktionen waren fraglos die „innerbetriebliche“ Information über die Patienten sowie schon bald auch der Nachweis der karitativen Tätigkeit nach außen.³³

Die Patienten des Hospitals der Barmherzigen Brüder 1730–1759 – quantitative Analysen

Wie schon für die Zeit um 1700, so enthalten die Krankenprotokolle des Grazer Krankenhauses der Barmherzigen Brüder auch in der Mitte des 18. Jahrhunderts größtenteils Jahres- und Monatsstatistiken zur Gesamtzahl der stationär aufgenommenen Patienten sowie zur Summe der Verstorbenen.³⁴

Die jährlichen Patientenzahlen und die jeweiligen Sterblichkeitsraten für die beiden Dezennien 1730–39 und 1750–59 – für die 1740er fehlen leider ein Teil der Krankenprotokolle,³⁵ weshalb diese in die vorliegende Analyse nicht einbezogen wurden – sind in Tabelle 1 zusammengefasst.³⁶ Es zeigt sich, dass in den 1730er Jahren insgesamt ca. 3.950 Patienten im Ordenshospital behandelt wurden (im Durchschnitt also etwa 400 Kranke jährlich)³⁷ und in den 1750er Jahren rund 4.280 Personen.³⁸ Die Jahres- bzw. Monatsstatistiken enthalten auch

Tab. 1: Aufgenommene und verstorbene Patienten im Grazer Krankenhaus 1730–1739 und 1750–1759 gemäß Monats- bzw. Jahresstatistiken.

	Aufg.	Gest.	Mort.%		Aufg.	Gest.	Mort.%
1730	376	54	14,4	1750	406	40	9,9
1731	371	39	10,5	1751	399	57	14,3
1732	364	41	11,3	1752	411	45	10,9
1733	395	37	9,4	1753	426	59	13,8
1734	414	31	7,5	1754	427	47	11,0
1735	349	31	8,9	1755	385	51	13,2
1736	370	50	13,5	1756	408	58	14,2
1737	460	43	9,3	1757	443	55	12,4
1738	470	40	8,5	1758	512	74	14,5
1739	378	43	11,4	1759	461	58	12,6
Σ 30er	3947	409	10,4	Σ 50er	4278	544	12,7

Angaben der Zahl der verstorbenen Patienten, die allerdings als nicht ganz so zuverlässig gelten können, wie die zu den Aufnahmezahlen.³⁹ Diese bei leichter Tendenz zur Unterschätzung dennoch die tatsächlichen Verhältnisse widerspiegelnden Zahlen ergeben für die 1730er insgesamt eine Mortalitätsrate von 10 Prozent und für die 1750er eine von 13 Prozent (vgl. Tab. 1).

Nach dieser kurzen Betrachtung der den zeitgenössischen Zusammenstellungen entnehmbaren Informationen sollen nun die mittels einer repräsentativen Stichprobe durchgeführten Primärerhebungen von Daten aus den betreffenden Protokollen vorgestellt werden: Aus den insgesamt etwa 8.230 Einträgen der 1730er und 1750er Jahre wurde analog zur bereits auf die Krankenprotokollbücher der Zeit um 1700 angewandten Methode⁴⁰ mit jedem 20. Eintrag des allgemeinen Protokolls⁴¹ eine repräsentative 5%-Stichprobe für die weitere Untersuchung gezogen, wodurch sich eine Summe von 413 Einträgen in der Stichprobe ergab.⁴²

Als sozial- und medizinhistorisch besonders relevant sind hierbei einerseits die demographischen Informationen zu Alter, Stand bzw. Beruf, regionaler Herkunft und Religionszugehörigkeit der behandelten Patienten zu betrachten, andererseits die Angaben zu Krankheitsformen, die aus Aufnahme- und Entlassungs- bzw. Sterbedaten errechenbaren Aufenthaltsdauern, sowie schließlich die Vermerke hinsichtlich des Zustandes der Kranken bei ihrer Entlassung. Alle diese Kriterien lassen sich natürlich, nach Erfassung per EDV,⁴³ relativ einfach nicht nur gesondert, sondern auch in ihren jeweiligen Relationen zueinander erfassen, was im vorliegenden Beitrag aus Platzgründen aber nur für die Parameter Mortalität sowie Aufenthaltsdauer durchgeführt wird. Aber zunächst zu den einfachen Auswertungen, für die neben den Gesamtwerten jeweils auch für die 1730er- und 1750er-Jahre getrennte Angaben gemacht werden:

Für die grundlegende Variable „Alter“⁴⁴ ergibt eine Auswertung der fast vollständig vorhandenen Angaben in der Stichprobe (407 von 413 Fällen) einen Mittelwert von 30 Jahren,⁴⁵ was dem Wert entspricht, der auch für die Patienten des Linzer Krankenhauses des Ordens in der Mitte des 18. Jahrhunderts ermittelt werden konnte.⁴⁶ Die genauere Aufgliederung nach Altersklassen zeigt Tabelle 2.⁴⁷

Tab. 2: Altersverteilung der Patienten des Grazer Ordenskrankenhauses, 1730–1739 und 1750–1759 (Stichprobe).

Alters-kategorie	Gesamt			1730–1739			1750–1759		
	Häuf.	gült. %	kum. %	Häuf.	gült. %	kum. %	Häuf.	gült. %	kum. %
6-15	14	3,4	3,4	5	2,6	2,6	9	4,2	4,2
16-25	165	40,5	44,0	83	42,6	45,1	82	38,7	42,9
26-35	117	28,7	72,7	57	29,2	74,4	60	28,3	71,2
36-45	52	12,8	85,5	27	13,8	88,2	25	11,8	83,0
46-55	39	9,6	95,1	16	8,2	96,4	23	10,8	93,9
56-65	15	3,7	98,8	5	2,6	99,0	10	4,7	98,6
66-75	5	1,2	100	2	1,0	100	3	1,4	100
Gesamt	407	10		195	100		212	100	

Wie schon bei vorangegangenen Erhebungen für das Grazer, das Feldsberger und das Linzer Ordenskrankenhaus der Barmherzigen Brüder im 17. und 18. Jahrhundert⁴⁸ zeigt sich also ein sehr deutliches Schwergewicht im Altersaufbau der behandelten Patienten in der Klasse

zwischen 16 und 25 Jahren; ihr gehören vier von zehn Personen in der Stichprobe an, in den 1730er Jahren noch etwas mehr als in den 1750er Jahren.

Auch die Altersklasse der 26- bis 35jährigen ist mit knapp 30 Prozent der hier registrierten Patienten sehr prominent vertreten; die „jüngeren Erwachsenen“ zwischen 16 und 35 machen gemeinsam also fast 70 Prozent der Behandelten in der Stichprobe aus. Demgegenüber stellen die Patienten im höheren Erwachsenenalter zwischen 36 und 55 mit nur etwas mehr als 20 Prozent einen relativ kleinen Anteil, ganz zu schweigen von den Personen, die sich (nach frühneuzeitlichen Begriffen) eindeutig im Seniorenalter befanden: Die Über-55-Jährigen stellen bloß etwa 5 Prozent aller Behandelten. Besonders auffällig, aber gleichfalls in Übereinstimmung mit früheren Befunden – für andere zeitliche Abschnitte bzw. andere Ordenshäuser – ist weiters der mit ca. 3 Prozent sehr geringe Anteil von Kindern bis 15 Jahren in der Stichprobe. Dieser ist wohl auf – informelle – Zugangsbeschränkungen seitens der Hospitalorganisation zurückzuführen; zu bedenken ist, dass insbesondere kleinere Kinder einen besonderen Betreuungsaufwand bedeutet hätten. Die übrigen Größenanteile der Altersklassen reflektieren aber – und ihre Ähnlichkeit in verschiedenen Hospitälern des Ordens in der Habsburgermonarchie des 18. Jahrhunderts erhärtet dies⁴⁹ – sicherlich v. a. die demographischen Gegebenheiten der Zeit mit ihren bekanntlich vergleichsweise niedrigen Lebenserwartungen.

Auch die ständische Zusammensetzung der Patientenschaft in der Mitte des 18. Jahrhunderts ist der um 1700 ähnlich.⁵⁰ Die den „unteren Mittelschichten“ zuzuordnenden Bevölkerungsgruppen stellen auch nun den größten Anteil unter den im Grazer Ordenskrankenhaus Behandelten, für den Gesamtzeitraum 1730–59 nahezu 60 Prozent der Stichprobe.

Tab. 3: Berufs- und Schichtzugehörigkeit der Patienten des Grazer Ordenskrankenhauses 1730–1739 und 1750–1759 (Stichprobe).

	Berufs- bzw. Standes-Kategorie	Gesamt		1730–1739		1750–1759	
		Häuf.	gült. %	Häuf.	gült. %	Häuf.	gült. %
obere Mittelschicht	Geistliche	6	1,5	3	1,5	3	1,4
	(höhere) Beamte	4	1,0	2	1,0	2	0,9
	Kaufleute, Meister, Bürger	10	2,4	8	4,1	2	0,9
	<i>obere Mittelschicht zusammen</i>	20	4,9	13	6,6	7	3,3
untere Mittelschicht	qualifizierte Bedienstete/Dienstleister	73	17,8	46	25,0	24	11,3
	Handwerksgesellen, qual. Handwerker	133	32,5	58	29,6	75	35,2
	Haiduken, Soldaten	11	2,7	5	2,6	6	2,8
	Studenten	18	4,4	13	6,6	5	2,3
	<i>untere Mittelschicht zusammen</i>	235	57,5	125	63,8	110	51,6
Unterschichten	Hausknechte	20	4,9	6	3,1	14	6,6
	sonstige Bedienstete/Dienstleister	19	4,6	10	5,1	9	4,2
	Handwerksjungen und -knechte	77	18,8	31	15,8	46	21,6
	Bauern	6	1,5	3	1,5	3	1,4
	Bauernknechte	12	2,9	4	2,0	8	3,8
	Tagwerker	5	1,2	2	1,0	3	1,4
	Arme	15	3,7	2	1,0	13	6,1
	<i>Unterschichten zusammen</i>	154	37,7	58	29,6	96	45,1
	Gesamt	409	100	196	100	213	100

Allerdings zeigt sich, wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, eine deutlich abnehmende Tendenz, denn während dieser Anteil für die 1730er Jahre noch bei etwa 64 Prozent liegt, beträgt er in den 1750ern nur noch ca. 52 Prozent.⁵¹ Umgekehrt erhöht sich der Anteil der den „Unterschichten“ zugerechneten Gruppierungen in der Stichprobe stark, von 30 Prozent in der ersten auf 45 Prozent in der 2. Periode; im Gesamtdurchschnitt ergibt sich ein Wert von knapp 38 Prozent. Die wenigen restlichen Prozentpunkte (im Gesamtdurchschnitt 5 %) entfallen auf Angehörige der oberen Mittelschichten respektive, in seltenen Fällen, wohl auch der Oberschicht, die hier aber nicht gesondert behandelt wird. Auch dieser schon in den 1730er Jahren mit nur 7 Prozent geringe Anteil der sozial Bessergestellten sinkt aber auf nur 3 Prozent in den 1750ern ab.⁵² Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz war also auch in der Mitte des 18. Jahrhunderts definitiv ein Ort nicht zuletzt der sozialen Unterstützung für breite, ökonomisch abhängige bis deprivierte Schichten in gesundheitlich, und damit auch finanziell prekären Lebenssituationen.⁵³ Im Vergleich mit den für die Zeit um 1700 erhobenen Befunden ergibt sich sogar eine deutliche Erhöhung des Anteils von den Unterschichten zuzurechnenden Patienten (von ca. 25 % im Zeitraum 1684–1710⁵⁴ auf fast 40 % im Zeitraum 1730–1759).

Betrachtet man die einzelnen Berufskategorien, so zeigt sich, dass – auch dies wiederum konform zu den Befunden für die Zeit um 1700 – die Handwerker unter den Patienten dominieren, und zwar sowohl die Handwerksgehilfen im Bereich der „unteren Mittelschichten“, als auch die Handwerksjungen und -knechte innerhalb der Unterschicht-Angehörigen unter den Patienten. Mit Anteilen von rund 33 Prozent bzw. 19 Prozent in der Stichprobe stellen die Handwerker zusammengenommen etwas mehr als die Hälfte aller Patienten, und hier sind sechs Handwerksmeister (die zur oberen Mittelschicht gerechnet wurden) noch gar nicht mitgezählt.⁵⁵ Diese Konstellation ist unzweifelhaft stark durch die Dominanz städtischer, namentlich der Grazer Bevölkerung unter den Aufgenommenen mitbedingt. Gleichsam das Gegenstück zum hohen Handwerkeranteil bildet nämlich der mit weniger als 5 Prozent ausgesprochen geringe Anteil von Bauern und Bauernknechten unter den stationär Behandelten (18 Personen), der in der Größenordnung etwa jenem der hier als gesonderte Gruppierung angeführten Hausknechte entspricht.

Im Krankenhaus stellten in der Mitte des 18. Jahrhunderts Dienstpersonal bzw. Bedienstete (einschließlich nicht handwerksmäßiger Dienstleister) insgesamt nach den Handwerkern die zweitgrößte Teilpopulation. Abgesehen von den „Hausknechten“ finden sich in der Stichprobe noch etwa gleich viele Bedienstete in gering qualifizierten Positionen (Feger, Pferde-, Kutscherknechte, Stalljungen, *Lagey-Buben*, *Kuchelträger* u. ä.).⁵⁶ Vor allem aber ist die Kategorie der als (mehr oder weniger) qualifiziert zu bezeichnenden Bediensteten und (nicht-handwerklichen) Dienstleister mit ca. 18 Prozent beträchtlich. Zusammen mit Hausknechten und anderen einfachen Bediensteten ergibt sich ein Anteil von über 27 Prozent an der Gesamtsumme der Patienten der Stichprobe.

Die Kategorie der qualifizierten Bediensteten der Stichprobe setzt sich zusammen aus:⁵⁷ „Lakaien“ (12mal in der Stichprobe), „Bedienten“ (12mal),⁵⁸ Kutschern (7), Köchen (5), Gärtnern, Musikern, „Läufnern“ (je 4mal genannt), Vorreitern (3), Badern und Barbieren (3),⁵⁹ Jägern (2) Kaufmanns-, Kanzlei-, Kirchen- Herren- und Materialisten-Bedienten (je 1), je einem *Haus-Pfleger*, Schreiber, Laboranten, Fischer, Pedell, Bereiter, Boten, Pagen, Kellner und *Krankenwärter*⁶⁰, einem *seruus* des *H. Doct. Cathrein*⁶¹ sowie einem *Zwergl* der *Generalin Carl Gallerin*.⁶²

Eine weitere, besondere Gruppe, die im weitesten Sinn dem „Dienstleistungssektor“ zugeordnet werden kann, stellt die der Militärpersonen und, wie man heute sagen würde, privat angestellten „Sicherheitsfachkräfte“ dar, die nur schwer voneinander abgrenzbar wären, und daher in einer Kategorie zusammengefasst wurden: In der Stichprobe finden sich zwei eindeutig als Soldaten zu bezeichnende Personen, zudem neun *Heyduckben*, für die zumeist ihre adeligen Arbeitgeber angegeben sind, insgesamt umfasst diese Gruppe knapp 3 Prozent der Stichprobe. Ebenso nur etwa 3 Prozent der Patienten rekrutierten sich aus dem weltlichen Teil der „oberen Mittelschicht“, worunter hier Handwerksmeister, Bürger, Kaufleute und (höhere) Beamte gerechnet wurden; knapp 2 Prozent der Stichprobe waren Kleriker.⁶³

Wie schon in der Patientenschaft des späten 17. und frühen 18. Jahrhunderts,⁶⁴ stellen auch in der Mitte des 18. Jahrhunderts die Studenten einen kleinen, aber nicht unwesentlichen Anteil unter den im Grazer Ordenskrankenhaus behandelten; in der Stichprobe sind es immerhin 18 Personen (4 %). Die zugehörigen Altersangaben zeigen, dass es sich größtenteils tatsächlich um Besucher „höherer Schulen“ bzw. der Grazer Universität gehandelt haben muss, bis auf zwei „Studenten“ waren alle zumindest 17, der älteste übrigens 26 Jahre alt.⁶⁵ Schließlich ist noch die sozial und ökonomisch sicher am schlechtesten gestellte Kategorie von Patienten zu erwähnen, die explizit als „arme Männer“, „arme Buben“ u. ä. bezeichneten Personen, deren Anteil mit weniger als 4 Prozent nicht gerade als groß bezeichnet werden kann; zusammen mit den gleichfalls nur in wenigen Fällen auftretenden, ebenfalls als sozioökonomisch depriviert zu betrachtenden Tagwerkern (5mal in der Stichprobe) ergibt sich ein Anteil von knapp 5 Prozent.

Wesentlich einfacher als die recht heterogene, ständische Struktur der Patientenschaft gestalten sich deren konfessionelle Verhältnisse: Fehlende Angaben hierzu kommen im Protokoll etwas häufiger vor, nämlich bei 14 von 413 Eintragungen (4 %). Ansonsten ist das Bild aber fast völlig homogen: 393 Katholiken (99 % der zuordenbaren Fälle) stehen drei „Lutheranern“ (knapp 1 % der Stichprobe) gegenüber.⁶⁶

Wiederum deutlich vielgestaltiger nehmen sich dagegen die Ergebnisse einer Auswertung der Herkunftsangaben zu den Patienten aus, die Tabelle 4 zu entnehmen ist. Hier lässt sich, wiederum durchaus in Analogie zu früheren Befunden für das Grazer und andere österreichische Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder in der Frühen Neuzeit, eine bemerkenswert große geographische Spannweite feststellen; bei insgesamt 406 auswertbaren Angaben hierzu in der Stichprobe für die Jahre 1730–39 und 1750–59 wird lediglich für 183 Personen die

Tab. 4: Herkunftsregionen der im Grazer Ordenskrankenhaus behandelten Patienten 1730–1739 und 1750–1759 (Stichprobe).

Herkunftsregion	Gesamt			1730–1739			1750–1759		
	Häuf.	gült. %	kum. %	Häuf.	gült. %	kum. %	Häuf.	gült. %	kum. %
Steiermark	183	45,1	45,1	81	42,2	42,2	102	47,7	47,7
andere Erbländer	90	22,2	67,2	42	21,9	64,1	48	22,4	70,1
Länder der böhm. Krone	45	11,1	78,3	20	10,4	74,5	25	11,7	81,8
Länder der ungar. Krone	7	1,7	80,0	3	1,6	76,1	4	1,9	83,7
Reich	73	18,0	98,0	42	21,9	98,0	31	14,5	98,2
andere Länder	8	2,0	100	4	2,1	100	4	1,9	100
Gesamt	406	100		192	100		214	100	

Steiermark als Geburts- bzw. Herkunftsregion genannt, was einem Anteil von nur 45 Prozent entspricht,⁶⁷ wobei derselbe bei gesonderter Auswertung von der ersten zur zweiten betrachteten Teilperiode relativ deutlich zunimmt (von ca. 42 % auf 48 %).

Unter den anderen regionalen Herkunftsangaben sind Niederösterreich und Böhmen (28 bzw. 27 Fälle, je ca. 7 %) am häufigsten, aber bemerkenswert oft finden sich auch aus Kärnten bzw. Oberösterreich stammende Patienten (21 bzw. 19 Fälle, je ca. 5 %), innerhalb der Habsburgermonarchie gefolgt von Tirolern und Schlesien (je 12 Fälle bzw. 3 %), Krainern (9), Mähren (6) und Ungarn (6 Fälle); andere Teile der Monarchie spielen nur eine marginale Rolle (je 1 Kroat und Küstenländer).⁶⁸ Genaugenommen teilweise ebenfalls den habsburgischen Territorien zuzuordnen wären die mit 19 Behandlungsfällen (5 %) zahlreich vertretenen Schwaben; sie sind hier der Einfachheit halber aber sämtlich unter „Reich“ subsumiert, ebenso wie die mit 17 Patienten (4 %) gleichfalls einen großen Anteil stellenden Bayern. Auch die Pfälzer und Salzburger sind mit 10 bzw. 9 Fällen (je ca. 2 %) recht häufig vertreten, was für die ersteren mehr überrascht als für die zweiteren, gefolgt von Personen aus Franken (6), während die nördlicheren und äußerst westlichen Reichsteile erwartungsgemäß kaum eine Rolle spielen (8 Personen aus Elsass, Brabant, Niederrhein, Thüringen und Sachsen). Insgesamt aber stellen die Patienten aus „dem Reich“ mit 73 Personen⁶⁹, das sind 18 Prozent der Stichprobe, jedenfalls einen erheblichen Anteil aller im Grazer Ordenskrankenhaus in der Mitte des 18. Jahrhunderts Behandelten.⁷⁰ Personen aus anderen Staaten sind demgegenüber mit nur acht Fällen (2 %) seltene Ausnahmen, wobei die größte Gruppe die Italiener stellen (6 Personen).

Insgesamt 80 Prozent der Behandelten stammten so aus den habsburgisch regierten Ländern Mitteleuropas (wobei die habsburgischen Besitzungen im Reich, besonders Vorderösterreich, noch unberücksichtigt sind), wobei aber neben den Steirern selbst als relativ größte Gruppe auch Patienten aus anderen Erbländern sowie aus den Ländern der böhmischen Krone große Anteile stellten (22 % bzw. 11 %, siehe auch Tab. 5).

Eine detailliertere Auswertung der Herkunftsangaben nach den meist auch genannten Geburts- bzw. Herkunftsorten erscheint vorrangig für die Steiermark selbst sinnvoll; zugeordnet nach Landesteilen ergibt sich der interessante Befund, dass von den 162 auswertbaren Angaben hierzu 52 (32 %) die Stadt Graz selbst und 27 (17 %) deren unmittelbares Umland⁷¹ betreffen, mithin etwa die Hälfte der stationär behandelten Kranken der Stichprobe aus Graz und Umgebung stammten, wobei der Anteil für die 1750er Jahre allein deutlich höher ausfällt (54 %), als für die 1730er Jahre (42 %). Unter den restlichen Landesteilen nimmt die Weststeiermark mit 16 % einen etwas größeren Raum ein als die Ost- (13 %), die Ober- (11 %) und die Untersteiermark (11 %).

Bevor nun zur Erörterung der die Krankenbehandlung selbst betreffenden Aufzeichnungen in den Protokollen geschritten wird, sei noch erwähnt, dass die in den Protokollen ebenfalls vermerkten Angaben zu mitgebrachter Kleidung und Bargeld wenig Aussagen erlauben; im Falle des letzteren, da nur in neun Einzelfällen ein solches verzeichnet wurde (und hierbei durchwegs keine sehr großen Beträge⁷²), hinsichtlich des Bekleidungsstandes vor allem, da nicht bekannt ist, was die jeweils das Protokoll führenden Fratres eigentlich unter „schlechter Kleidung“ (mit 257 Einträgen die Mehrheit, 65 % von 394 vorhandenen Angaben), „mittlerer Kleidung“ (77 Fälle bzw. 20 %), oder „guter Kleidung“ bzw. „guter Ciberey“ (24 Fälle, 6 %) verstanden. Teils finden sich aber noch unkonkretere Angaben, wie „Kleidung“ oder „ordinari Kleidung“; sehr selten dagegen spezifischere Angaben wie „Montur“ (zweimal) oder „Habit“ (einmal). Bemerkenswert ist das viermalige Auftreten der Anmerkung „keine Kleider“,

die neben einem „armen Schneider“ zwei Bedienstete und einen Weltgeistlichen betraf.⁷³ Der letztere wurde aber wahrscheinlich direkt vom häuslichen Krankenbett als Schwerstkranker in das Hospital gebracht, er hatte wahrscheinlich an *Hectica* gelitten („hocticus“) und starb schon am fünften Tag nach seiner Aufnahme in einem Extrazimmer.⁷⁴

Damit aber nun zu den Ergebnissen der Anstaltstätigkeit selbst, soweit sie sich eben anhand der Krankenprotokollbücher ermittelten lassen: Die aus den zeitgenössischen Jahres- und Monatsstatistiken für die *Gesamtheit* aller Patienten errechenbare Mortalitätsrate liegt, wie erwähnt, für die 1730er Jahre bei ca. 10 Prozent und für die 1750er Jahre bei ca. 13 Prozent. Dass diese Angaben wenigstens ungefähr richtig sind, kann nun durch die in der Stichprobe erhobenen Daten zu den Todesfällen untermauert werden, welche Mortalitätsraten von 13 Prozent für die 1730er und 15 Prozent für die 1750er ausweisen. Hinsichtlich der Stichprobenerhebung ist bei einer Zahl wie der hier vorliegenden, von ca. 400 Fällen, nämlich mit Abweichungen des erhobenen Anteilswertes vom tatsächlichen, (derzeit nicht bekannten⁷⁵) in der Höhe von einigen wenigen Prozentpunkten durchaus zu rechnen. Anhand der Stichprobe lassen sich aber, neben einer Prüfung der zumindest größenordnungsmäßigen Richtigkeit der zeitgenössischen Sterblichkeitsstatistiken in den Protokollbüchern insbesondere auch die näheren Qualifikationen untersuchen, welche zum Zustand der überlebenden Patienten bei der Entlassung vorgenommen wurden:

Wie schon in den Protokollen für die Zeit um 1700 galten die allermeisten Behandelten bei ihrer Entlassung als „gesund“, ein entsprechender Vermerk findet sich in 302 Fällen, was 73 Prozent aller 413 Patienten der Stichprobe bzw. 85 Prozent der Überlebenden entspricht. Dass die „Entlassungsdiagnose“ „gesund“ aber keineswegs wahllos vergeben wurde, zeigt der Umstand, dass sie eben beim Rest der entlassenen Patienten, 53 Personen in der Stichprobe (13 % aller Patienten bzw. 15 % der Nicht-Verstorbenen) fehlt. Hier vermerken die Protokolle lediglich „hinaus gegangen“ o. ä. Explizite Hinweise auf eine fehlende Genesung treten dagegen (soweit kein Todesfall eintrat) in der gezogenen Stichprobe nicht auf.⁷⁶ Interessanterweise ist der Anteil der bei der Entlassung als „gesund“ qualifizierten Patienten in den 1750er Jahren mit 95 Prozent der Nicht-Verstorbenen weit größer, als in den 1730ern mit ca. 74 Prozent (siehe Tabelle 5).⁷⁷

Tab. 5: Abgangsstatus der Patienten des Grazer Ordenskrankenhauses, 1730–1739 und 1750–1759 (Stichprobe).

Abgangsvermerk	Gesamt			1730-39			1750-59		
	Häuf.	gült. %	% d. Ü.	Häuf.	gült. %	% d. Ü.	Häuf.	gült. %	% d. Ü.
gesund hinaus gegangen	302	73,1	85,1	128	64,6	74,4	174	80,9	95,1
„hinaus gegangen“	53	12,8	14,9	44	22,2	25,6	9	4,2	4,9
verstorben	58	14,0	–	26	13,1	–	32	14,9	–
Gesamt	413	100	100	198	100	100	215	100	100

Neben den Krankheitsformen selbst, auf die noch näher einzugehen ist, lassen sich den Protokollbüchern auch die Aufenthaltsdauern der Patienten entnehmen. Hier sind die Angaben anhand der Aufnahme- und Entlassungsdaten genau ermittelbar,⁷⁸ und dementsprechend auch der arithmetische Mittelwert als exakt interpretierbar.⁷⁹ Dieser liegt für das gesamte Sample von Patienten (411 auswertbare Angaben) bei 26 Tagen. Gesondert berechnet ergeben sich für die 1730er Jahre 28,5 Tage und für die 1750er Jahre 24,3 Tage, es ist also eine

gewisse abnehmende Tendenz zu beobachten, die wohl u. a. mit der steigenden Anzahl von Patienten bei gleichbleibender Bettenzahl im Untersuchungszeitraum in Zusammenhang zu bringen ist. Angesichts der etwa 4.280 Einträge in den 1750ern, sowie einer ermittelten Aufenthaltsdauer von ca. 24 Tagen sind die 34 Betten in Krankensaal und Extrazimmer damals nämlich zu etwa 84 Prozent ausgelastet gewesen, und für die 1730er ergibt sich, bei der längeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 29 Tagen und immerhin etwa 3.950 Aufnahmen sogar ein Auslastungsgrad von 91 Prozent.⁸⁰ Umgerechnet bedeutet dies, dass die einzelnen Betten in den 1730ern wahrscheinlich im Durchschnitt an ca. 330–335 Tagen im Jahr belegt waren, und in den 1750er Jahren an etwa 305–310 Tagen, eine nicht geringe logistische Leistung, mussten die Betten beim ca. monatlich erfolgten Wechsel von Patienten doch auch gereinigt werden.

Aus medizinhistorischer Sicht von zentraler Bedeutung sind schließlich die in den Protokollen festgehaltenen Krankheitsbezeichnungen.⁸¹ Diesbezüglich ist die Vielfalt der originalen Vermerke in den untersuchten Bänden aber wiederum so groß, dass an dieser Stelle nur die bereits zusammenfassenden Oberkategorien und die am häufigsten vorkommenden der einzelnen Krankheitsformen etwas näher diskutiert werden können (siehe auch Tabelle 6).⁸²

Tab. 6: Krankheitsbezeichnungen in den Protokollbüchern des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Graz, 1730–1739 und 1750–1759 (Stichprobe).

Krankheitsform	Gesamt		1730-39		1750-59	
	Häuf.	gült. %	Häuf.	gült. %	Häuf.	gült. %
<i>Fieberserkrankungen</i>	181	44,6	85	44,0	96	45,1
Fieber o. n. A.	21	5,2	16	8,3	5	2,3
tägliches Fieber, febris quotidiana	18	4,4	8	4,1	10	4,7
andauerndes Fieber, febris continua	44	10,8	10	5,2	34	16,0
dreitägiges Fieber, febris tertiana	31	7,6	14	7,3	17	8,0
viertägiges Fieber, febris quartana	18	4,4	8	4,1	10	4,7
bösartiges Fieber, febris maligna	21	5,2	8	4,1	13	6,1
hitziges Fieber, febris calida	11	2,7	11	5,7	0	–
andere „Fieber“ zusammen	17	4,2	10	5,2	7	3,3
<i>andere innere Erkrankungen</i>	141	34,7	64	33,2	77	36,2
destructio stomachalis, verderbter Magen	19	4,7	14	7,3	5	2,3
Pleuritis, Pleura	10	2,5	1	0,5	9	4,2
Brust-Defect, defectus pectoris	10	2,5	5	2,6	5	2,3
Seitenstechen	10	2,5	9	4,7	1	0,5
Lungensucht	9	2,2	9	4,7	0	–
Hectica	12	2,9	3	1,6	9	4,2
Phtisis, Cachexia, Abzehrung	7	1,7	1	0,5	6	2,8
Hydropsia, Wassersucht	11	2,7	4	2,1	7	3,3
Arthritis	11	2,7	1	0,5	10	4,7
sonstige innere Erkrankungen	42	10,3	17	8,8	25	11,7
<i>explizite Infektionskrankheiten</i>	17	4,2	9	4,7	9	3,8
<i>Hautkrankheiten</i>	23	5,7	12	6,2	11	5,2
<i>Krankheiten der Gliedmaßen</i>	6	1,5	5	2,6	1	0,5
<i>Verletzungen</i>	36	8,9	16	8,3	20	9,4
<i>Krankheiten des Kopfes und der Sinnesorgane</i>	2	0,5	2	1,0	0	–
<i>Gesamt</i>	406	100	193	100	213	100

Als zahlenmäßig dominierend erweisen sich hier die – ätiologisch natürlich sehr verschieden gearteten – Fiebererkrankungen, sie sind für etwa 45 Prozent der Aufnahmen verantwortlich, wobei dieser Wert zwischen den 1730er und 1750er Jahren (zumindest im langjährigen Durchschnitt) im Wesentlichen unverändert bleibt. Auch in der Patientenschaft der Jahre um 1700 lag im Übrigen etwa dieselbe Größenordnung an „Fieber“-Erkrankungen vor (ca. 50 % gemäß Stichprobe).⁸³ Hinsichtlich der einzelnen im Krankenhaus unterschiedenen „Fieber“-Arten sind dagegen durchaus Veränderungen wahrnehmbar, insbesondere sinkt in der Gegenüberstellung der 1730er und der 1750er Jahre der Anteil der Fieber ohne nähere Bezeichnung (von ca. 8 % auf 2 % aller Patienten der Stichprobe) und jener der „hitziges Fieber“ (von 6 % auf 0 %).⁸⁴ Andere Fieber-Arten behalten dagegen in etwa ihren Stellenwert, so das „tägliche Fieber“ (4 % bzw. 5 %), das besonders häufig registrierte „dreitägige Fieber“ (7 % bzw. 8 %) und das viertägige (4 % bzw. 5%).⁸⁵ Verglichen mit den Krankheitsbezeichnungen um 1700 neu ist dagegen das „bösartige Fieber“ respektive *febris maligna* mit nun immerhin 4 Prozent (1730er) bzw. 6 Prozent (1750er) Anteilen. Daneben finden sich noch andere Fieber-Formen.⁸⁶

Unter den anderen „inneren“ Erkrankungen ist als Einzel-Diagnose im Gesamtzeitraum „verderbter Magen“ und sein lateinisches Pendant, *destructio stomachalis*, am häufigsten (19 Nennungen – 5 % – davon aber 14 in den 1730er Jahren). Die auf den Brustbereich bezogenen Bezeichnungen „Pleuritis“ und *Brust-Defect* zusammen machen ebenso 5 Prozent aller Einträge aus. Als noch wichtiger erweist sich in diesem Bereich aber, zählt man die einzelnen Rubriken zusammen, der Krankheits-Komplex von „Hectica“, „Lungensucht“, „Phtisis“, „Abzehrung“ und „Cachexia“, die zusammengenommen in 28 Fällen (7 % der Einträge in der Stichprobe) auftreten, wobei hier möglicherweise demselben Bereich tuberkulöser Erkrankungen zuzuordnen, seltenerer Diagnosen wie „febris hecticalis“ (5mal) und „Blut brechen“ (3mal) gar nicht mitberechnet sind.⁸⁷ Von den in den Protokollen häufiger genannten Bezeichnungen für innere Erkrankungen seien noch die „Wassersucht“ (11 Fälle), das „Seitenstechen“ (10) und die „Arthritis“ (11) angeführt, wobei interessant ist, dass letztere Diagnose im Vergleich der 1730er mit den 1750er Jahren deutlich an Frequenz zu-, das „Seitenstechen“ dagegen abnimmt. Zusammen mit vielen nur in Einzelfällen auftretenden Begriffen nehmen die nicht-fieberigen inneren Erkrankungen einen Anteil von knapp 35 Prozent aller Krankheitsbezeichnungen ein (33 % in den 1730ern, 36 % in den 1750er Jahren).

Nicht mit eingerechnet sind hier einige auch nach heutigen Kriterien klar als Infektionskrankheiten zu bezeichnende Krankheitsformen, insbesondere die Dysenterie (Ruhr, 14mal genannt), mit zusammen 17 Einträgen (4 % von 406 insgesamt).⁸⁸ In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass, wie schon erwähnt, Personen mit als besonders gefährlich beurteilten infektiösen Erkrankungen im Allgemeinen gar nicht in die Krankenanstalt der Barmherzigen Brüder aufgenommen wurden. Dieser Umstand ist insbesondere aus einigen erhaltenen Verträgen zwischen dem Konvent und Grazer Handwerkerzünften bekannt, in denen entsprechende Vorbehaltsklauseln enthalten sind.⁸⁹ Diese Übereinkommen können ihrem Inhalt nach übrigens durchaus als Vorläufer moderner Krankenversicherungen betrachtet werden.⁹⁰

Ebenfalls eher selten, aber doch gelegentlich, wurden Personen mit primär über Hautveränderungen definierten Erkrankungen im Grazer Ordenskrankenhaus stationär behandelt. Wie bereits um 1700,⁹¹ stellen auch in den 1730er und 1750er Jahren derartige Erkrankungsfälle etwa 5 Prozent der Aufnahmen dar; allerdings wird nun neben unspezifischeren Angaben wie „Ausschlag“ recht häufig (8mal in der Stichprobe) „Scabies“ bzw. „Krätze“ als Krankheit angegeben. „Kontrakte“ Gliedmaßen stellen mit ca. 1 Prozent einen noch selteneren Auf-

nahmegrund dar,⁹² ähnlich wie Behandlungen wegen Erkrankungen der Sinnesorgane bzw. des Kopfes (nur je ein Fall von „Schlagfluss“ bzw. „Fluss im Aug“ in der Stichprobe). Insbesondere hinsichtlich der ersteren ist natürlich zu bedenken, dass eine Anstaltsaufnahme nur bei ausreichender Notwendigkeit stattfand, und im Ordenskrankenhaus auch ambulante Versorgung möglich war. Über diese ist mangels erhaltener Dokumente wenig bekannt; jedoch florierte die öffentlich zugängliche Apotheke der Brüder durchaus,⁹³ so dass auch ein nicht unerheblicher „Ambulanzbetrieb“ wahrscheinlich angenommen werden darf. Hierfür spricht nicht zuletzt auch der vergleichsweise kleine Anteil von Patienten, die zu chirurgischen Behandlungen in die Krankenanstalt stationär aufgenommen wurden – 36 Personen bzw. 9 Prozent innerhalb der Stichprobe der Jahre 1730–1759.

Anzumerken bleibt hinsichtlich der im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in jenem Zeitraum behandelten Erkrankungsformen schließlich noch, dass, wie schon in der Zeit um 1700, auch Personen mit emotionalen bzw. mentalen Leiden (also, nach heutigen Begriffen,

Tab. 7: Krankheitsform, Krankheitsausgang und Aufenthaltsdauer in Tagen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz 1730–1759 (Stichprobe).

Krankheitsform	Häuf. (ges.)	Aufenthalt (Ds.)	Gesund-Entlass.	Gesund-Entlass. (%)	Nicht-gesund Entlass.	Nicht-gesund (%)	Verstorbene	Mort-Rate (%)
<i>Fieberekrankungen</i>	181	25,9	149	82,3	16	8,8	16	8,8
Fieber o.n.A.	21	30,1	14	66,7	6	28,6	1	4,8
tägliches Fieber, febris quotidiana	18	22,3	16	88,9	2	11,1	0	–
andauerndes Fieber, febris continua	44	24,3	40	90,9	0	–	4	9,1
dreitägiges Fieber, febris tertiana	31	19,2	29	93,5	1	3,2	1	3,2
viertägiges Fieber, febris quartana	18	31,9	17	94,4	0	–	1	5,6
bösartiges Fieber, febris maligna	21	25,3	16	76,2	1	4,8	4	19,0
hitziges Fieber, febris calida	11	27,7	5	45,5	5	45,5	1	9,1
andere „Fieber“ zusammen	17	34,8	12	70,6	1	5,9	4	23,5
<i>andere innere Erkrankungen</i>	141	24,7	88	62,4	25	17,7	28	19,9
destructio stom., verderbter Magen	19	15,5	12	63,2	7	36,8	0	–
Pleuritis, Pleura	10	19,8	8	80,0	1	10,0	1	10,0
Brust-Defect, defectus pectoris	10	22,9	8	80,0	2	20,0	0	–
Seitenstechen	10	14,8	5	50,0	2	20,0	3	30,0
Lungensucht	9	43,3	3	33,3	3	33,3	3	33,3
Hectica	12	40,7	2	16,7	0	–	10	83,3
Phtisis, Cachexia, Abzehrung,	7	24,3	2	28,6	1	14,3	4	57,1
Hydropsia, Wassersucht	11	26,7	6	54,5	2	18,2	3	27,3
Arthritis	11	15,2	11	100	0	–	0	–
sonstige innere Erkrankungen	42	26,2	31	73,8	7	16,7	4	9,5
<i>explizite Infektionskrankheiten</i>	17	13,9	11	64,7	2	11,8	4	23,5
<i>Hautkrankheiten</i>	23	31,5	17	73,9	4	17,4	2	8,7
<i>Krankheiten der Gliedmaßen</i>	6	48,2	3	50,0	1	16,7	2	33,3
<i>Verletzungen</i>	36	32,9	29	80,6	3	8,3	4	11,1
<i>Krankheiten Kopf, Sinnesorgane</i>	2	7,0	2	100	0	–	0	–
<i>Gesamt</i>	406	26,1	299	73,6	51	12,6	56	13,8

„psychischen Krankheiten“) Aufnahme fanden. Deren Anteil ist, wie eine Durchsicht aller 8.236 Krankheitsbezeichnungen der Jahre 1730–1739 und 1750–1759 ergab, mit nur 63 Behandlungsfällen aber ausgesprochen gering (0,8 %),⁹⁴ so dass ihr Nicht-Vorkommen in der 5%-Stichprobe von 413 Fällen nicht allzu verwunderlich ist.

Betrachtet man nun die Krankheitsformen in Zusammenhang mit den anderen, direkt die Behandlung betreffenden Parametern, also den Mortalitäts- und (wahrgenommenen) Gesundheits-Raten sowie der Aufenthaltsdauer, so zeigt sich ein Bild gemäß Tabelle 7.

Die Erkrankungen der Gliedmaßen, also im Wesentlichen die „Kontraktion“, erweisen sich in der Stichprobe als die hartnäckigsten, gefolgt von den beiden Kategorien „Lungensucht“ und „Hectica“ mit ebenso jeweils mehr als 40 Tagen durchschnittlicher Aufenthaltsdauer, und gefolgt von einigen Arten des „Fiebers“. Besonders deutlich unter dem allgemeinen Durchschnitt von 26 Tagen Aufenthalt liegen andererseits die Kategorien „Infektionskrankheiten“, „Seitenstechen“, „Arthritis“ und „verderbter Magen“ mit im jeweils nur ca. 15 Tagen durchschnittlichen Aufenthalt. Innerhalb der „Fieber“-Erkrankungen sticht schließlich noch das „dreitägige Fieber“ als einzige Form mit durchschnittlich weniger als 20 Tagen Aufenthalt heraus.

Die als besonders langwierig genannten Krankheitsformen gehören auch zu jenen mit den ungünstigsten Überlebensraten: Die höchste Mortalitätsrate verzeichnet mit über 80 Prozent der Kranken in der Stichprobe die „Hectica“, gefolgt von der ihr auch in der Symptomatik sehr ähnlichen Phtisis/Abzehrung mit deutlich über 50 Prozent Sterblichkeit. Es folgen die in der zeitgenössischen Medizin gleichfalls als oftmals lebensbedrohlich betrachteten Krankheitsformen der „Lungensucht“ und der „Wassersucht“, wie auch das „Seitenstechen“ mit je um die 30 Prozent Mortalität.⁹⁵ Auch die „Dysenteria“ und die selteneren fiebrigen Erkrankungen zeichnen sich durch eine erhöhte Sterblichkeit aus (um die 20 % in der Stichprobe), dasselbe gilt – entsprechend dem Wortsinn dieser Diagnose – für die als „febris maligna“ charakterisierten Fieber.

Alle anderen „Fieber“-Erkrankungen weisen dagegen vergleichsweise günstige Überlebensraten von unter 10 Prozent der in der Stichprobe erfassten Kranken auf, bis hin zu keinem einzigen Verstorbenen unter den immerhin 18 mit „febris quotidiana“ bzw. „täglichem Fieber“ Diagnostizierten. Auch unter den 19 Patienten der Stichprobe mit „verdorbenem Magen“, den elf an „Arthritis“ und den zehn an „Brust-Defect“ Leidenden waren keine Todesfälle während der Behandlung zu beklagen. Zumindest etwas unterdurchschnittlich stellt sich mit nur etwas mehr als 10 Prozent auch die Mortalitätsrate der wegen Verletzungen in Spitalpflege Aufgenommenen dar.

Was die Raten der zwar überlebenden, aber nicht geheilten Patienten betrifft, so sei lediglich auf die sehr deutliche Differenz zwischen den Patienten mit fiebrigen Erkrankungen einerseits, und denen mit anderen inneren Erkrankungen andererseits hingewiesen (9 % versus 18 % in der Stichprobe); unter den einzelnen Erkrankungsbezeichnungen sticht hier am stärksten „verderbter Magen“ hervor, hier wurden von 19 Betroffenen sieben ohne Vermerk einer Gesundung entlassen. Die höchsten Raten von Gesundungen wiederum finden sich für die Arthritis (100 % bei 11 Fällen), das „febris quartana“ und das „febris tertiana“ (je ca. 94 % bei 18 bzw. 31 Fällen), der niedrigste Wert ist für die „Hectica“ festzustellen (2 Überlebende bei 12 Aufgenommenen, die beide als gesund galten).

Die EDV-Erfassung der präsentierten Daten erlaubt natürlich noch weitergehende Auswertungen, etwa zum Zusammenhang von Schichtzugehörigkeit bzw. Berufsgruppe und anderen Parametern, die im vorliegenden Beitrag allerdings nicht in vollem Umfang präsentiert

werden können. Auswertungen für diesen Bereich zeigen aber insbesondere, dass die – mit 20 Personen allerdings wenigen – Angehörigen der oberen Mittelschicht im Durchschnitt deutlich älter als die restlichen Patienten der Stichprobe waren (44 Jahre) und eher kürzer in stationärer Behandlung standen (durchschnittlich 23 Tage). Während diese Differenzen als statistisch signifikant auch für die Grundgesamtheit aller Patienten des untersuchten Zeitraums betrachtet werden können, gilt dies nicht für die Sterblichkeit; die in der Stichprobe aufscheinende Tendenz einer höheren Sterblichkeit der sozial höher Gestellten unter den Patienten (20 % versus im Durchschnitt ca. 14 %) ist aber analog zu der für die Zeit um 1700 ebenfalls anhand einer Stichprobe ermittelten.⁶ Die Ursache für diesen mutmaßlichen Zusammenhang könnte in dem Umstand liegen, dass Angehörige der oberen Mittelschichten das Ordenskrankenhaus, das gerade von ihnen wohl doch v. a. als „Armenanstalt“ wahrgenommen wurde, nur in besonders schweren Krankheitsfällen aufsuchten. Hierfür sprechen nicht zuletzt die für diese Patientenkategorie verzeichneten Krankheitsformen, unter denen die Fieber-Erkrankungen wie auch die Verletzungen sehr selten, die sonstigen „inneren“ Erkrankungen dagegen ungewöhnlich häufig waren.

Resümee

Der Beitrag behandelte die Geschichte des Hospitals der Barmherzigen Brüder in Graz in der Mitte des 18. Jahrhunderts vornehmlich anhand der vor Ort erhaltenen Krankenprotokollbücher der Jahre 1730–39 und 1750–59. Jene Quellen belegen detailliert die konkrete Funktionsweise dieses (1615 gegründeten) ersten steirischen Krankenhauses im modernen Sinn: In den damals 34 Krankenbetten wurden damals um die 400 Patienten jährlich betreut, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug nicht mehr als 26 Tage; vor allem aber war die Mortalität mit ca. 10-15 Prozent im langjährigen Durchschnitt für zeitgenössische Verhältnisse durchaus nicht bedenklich hoch.

Der „typische“ Patient des Krankenhauses war ein katholischer junger Mann, arbeitete als Handwerker (Geselle oder Gehilfe) oder als Bediensteter in einem adeligen Haushalt bzw. bürgerlichen Betrieb, meist wohl in Graz oder dessen näherer Umgebung, stammte aber nicht unbedingt aus der Steiermark. Er trug gewöhnlich von den Fratres als „schlecht“ beurteilte Bekleidung, litt an einem „Fieber“ oder einer anderen „inneren“ Erkrankung, und verließ das Krankenhaus nach einigen Wochen Aufenthalt geheilt.

¹ Vgl. die Homepage der HLK: <http://www.hlksmk.at>

² Vgl. Walter BRUNNER (Hg.), Das Steiermärkische Landesarchiv (= Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 27, Graz 2001).

³ Ein für historische Bestände kirchlicher Einrichtungen nicht immer selbstverständlicher Vorgang.

⁴ Vgl. das auf <http://www.hlksmk.at> online zugängliche Publikationsverzeichnis mit mehr als 400 Titeln.

⁵ Neben dem von Walter Brunner 2003 herausgegebenen, nunmehrigen Standardwerk zur Geschichte, besonders auch zur Sozial-, Wirtschafts-, Kultur- und Medizin-Geschichte der Stadt Graz – Walter BRUNNER (Hg.), Geschichte der Stadt Graz, 4 Bde., (Graz 2003) – sei verwiesen auf seine Befassung mit dem Armen- und Heilwesen, den konfessionellen Gegebenheiten und der Frömmigkeitspraxis in der Steiermark der Frühen Neuzeit, sowie nicht zuletzt seine agrargeschichtlichen Arbeiten.

⁶ Die Aktivitäten des Ordens in der Habsburgermonarchie vom frühen 17. bis zum späten 18. Jahrhundert stehen, gemeinsam mit jenen der Unbeschuhten Trinitarier, im Zentrum des von Carlos Watzka und Elisabeth Pauli derzeit am Centrum für Sozialforschung der Universität Graz betriebenen, FWF-finanzierten Forschungsprojekts „Karitative katholische Orden in Mitteleuropa 1605–1783“.

⁷ In den meisten europäischen Staaten fielen große Teile der ordenseigenen Archivbestände einer der Säkularisationswellen zwischen dem späten 18. und der Mitte des 20. Jahrhunderts zum Opfer und wurden vernichtet bzw. gingen verloren, nicht so aber in Österreich. Vgl. Carlos WATZKA, Die Barmherzigen Brüder als Träger von Krankenhäusern in der Frühen Neuzeit – das Beispiel des Hospitals in Linz und seiner Patienten: In: *Medizin in Geschichte und Gesellschaft* 27 (2008), 75–109, hier 80f.

⁸ *Constitutioni della Congregazione del devoto Giovanni di Dio d'Italia*. Manuskript im Archiv der Generalcurie des Hospitalordens des Heiligen Johannes von Gott in Rom (ohne Signatur, vermutlich 1590er Jahre); danach finden sich die betreffenden Vorschriften in allen gedruckten Ordenskonstitutionen ab 1617 wieder. Vgl. Carlos WATZKA/Petr JELÍNEK, 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), 235–273, hier 238.

⁹ Letzteres etwa im Falle des kleinen Hospitals in Feldsberg (damals Niederösterreich, heute Tschechische Republik) während des 30jährigen Krieges. Vgl. ebd., 245. Zu den Feldsberger Krankenprotokollen für das frühe 18. Jahrhundert vgl. Petr JELÍNEK, Der Konvent der Barmherzigen Brüder in Feldsberg und seine Krankenprotokolle (1683–1711). In: *MIÖG* 115/3-4 (2007), 369–394.

¹⁰ Archiv des Konvents der Barmherzigen Brüder in Graz, Marschallgasse („ABBG“), Buch 1 und 2.

¹¹ Vgl. Alois KERNBAUER, 375 Jahre Barmherzige Brüder in Graz. Ein medizinhistorischer Rückblick. In: *Konvent der Barmherzigen Brüder (Hg.), Im Dienste der Kranken. 375 Jahre Barmherzige Brüder in Graz 1615–1990* (Graz 1990), 16–28, hier 19.

¹² Carlos WATZKA, Soziologie und Sozialgeschichte der psychisch Kranken in der neuzeitlichen Steiermark (Sowi. Diss. Graz 2004). Eine überarbeitete Darstellung wurde unter der Ägide des Steiermärkischen Landesarchivs 2007 publiziert: Carlos WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte. Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken* (= Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 36, Graz 2007).

¹³ Vgl. als rezente Übersicht zum frühneuzeitlichen Hospitalwesen: Martin SCHEUTZ u. a. (Hg.), *Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit* (Wien 2008).

¹⁴ Vgl. hierzu: Carlos WATZKA, *Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa* (= Menschen und Kulturen. Beihefte zum *Sacculum* 1, Köln-Weimar-Wien 2005), bes. 108–154.

¹⁵ Vgl. Elfriede HUBER-REISMANN, Krankheit, Gesundheitswesen und Armenfürsorge. In: Walter BRUNNER (Hg.), *Geschichte der Stadt Graz*, Bd. 2 (Graz 2003), 239–356, hier 299.

¹⁶ Auf diese Problematik bezieht sich selbst im Hinblick auf weibliche Besucher von Patienten, deren Zutritt zu den Ordenshospitälern nur unter strenger Aufsicht und zu bestimmten Besuchszeiten zu erlauben sei, ein Rundschreiben des Ordensgenerals Andrea Riccioni an alle Ordensprovinzen aus dem Jahr 1754: Archiv der Lombardischen Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder, Monguzzo (CO), Faszikel 76 (o. Nr.).

¹⁷ Der dadurch entstehenden Benachteiligung weiblicher Kranker wurde erst mit der Gründung des Grazer Krankenhauses der Elisabethinen im Jahr 1694 zumindest teilweise – sie war deutlich kleiner als die der Barmherzigen Brüder – abgeholfen. Vgl. Erich LINHARDT/Ralf HÖFER, *Die Elisabethinen in Graz* (Graz 1995).

¹⁸ Zu ökonomischen Aspekten der Anstaltstätigkeit vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), bes. 195–208. Insbesondere zu diesen sind erhebliche Aktenbestände auch im steirischen Landesarchiv vorhanden: StLA, Geistliche Stiftungsakten 461: Barmherzige Brüder.

¹⁹ Die Zahlen lassen sich aus den Krankenprotokollbüchern rekonstruieren und auch den i. A. im dreijährigen Rhythmus erstellten Inventaren entnehmen: ABBG, Bücher 1–8 und Kartons 19 u. 20. Für die gesamte Habsburgermonarchie vgl. auch die Übersicht in: Carlos WATZKA, *Der Hospitalorden des Heiligen Johan-*

nes von Gott in der Habsburgermonarchie 1605–1781. In: Heidmarie SPECHT/Ralph ANDRASCHKE-HOLZER (Hgg.), Bettelorden in Mitteleuropa – Geschichte, Kunst, Spiritualität (= Beiträge zur Kirchengeschichte Niederösterreichs 15, St. Pölten 2008), 106–132, hier 113.

²⁰ ABBG, Bücher 3–6, Kartons 17 u. 19.

²¹ ABBG, K 39.

²² Regel des H. Vatters und Hoherleuchten Kirchenlehrers Augustini, weiland Bischoffs zu Hippona. Sambt Angehenckten Statuten und Satzungen für die Religiösen deß H. Joannis Dei. Prag 1634, S. 81f.

²³ ABBG, Buch 1–8.

²⁴ Zu den Gründen hierfür vgl. WATZKA/JELÍNEK (wie Anm. 8), 249. Angemerkt sei, dass zu praktischen Zwecken weitere, medizinische, pflegerische und diätetische Aufzeichnungen zur Krankenbehandlung geführt wurden. Auch diese Dokumentationen werden in den Konstitutionen explizit gefordert (vgl. Statuten 1634, S. 82); von ihnen hat sich aber, soweit bislang bekannt, für die Zeit vor 1800 nirgends ein Rest erhalten.

²⁵ Vgl. Vinzenz PRANGNER, Geschichte des Klosters und Spitals der Fr.Fr. Barmherzigen Brüder in Graz und der innerösterreichischen Ordensprovinz zum heiligen Herzen Jesu (Graz 1908), 92.

²⁶ Durch die Anwendung eines Stichprobenverfahrens (vgl. etwa Andreas DIEKMANN, Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen (Reinbek bei Hamburg 2009), bes. 373–410) lässt sich freilich nie die Exaktheit in der Ermittlung von Zahlenverhältnissen erreichen, die bei einer Vollerhebung möglich wäre. Gerade wenn aber eher Größenordnungen als Prozentangaben bis mehrere Stellen hinter dem Komma interessieren, sind repräsentative Zufallsstichproben aber vielfach ausreichend.

²⁷ Die hier näher behandelten Foliobände tragen folgende Titelvermerke:

Buch 3: *Omnia ad maiorem Dei Gloria. Fr. Sulpitio Kipfelboffer. P.T.K.W. [= p.t. Kranken-Warter] 1726.* Buch 4: *Protocollus infirmariae oder Krancken Buch in welchen alle Patienten, so in unsern Hospital F.F. Misericordiae B.V. Mariae Annuntiatiae auf und angenommen werden, mit ihren Nahmen, Condition, Alter, Vaterlandt, Zustand, wie auch der Eltern Nahmen, nicht minder den Tag ihrer Genesung oder Abscheidens, richtig verzeichnet. Alles zu grösserer Ehr Gottes deß himmlischen Artzt, welcher verwundet undt heylet, gibt Krankheit und Gesundheit, tödret und wieder lebendig machet, dem sey Glory, Ehr undt Danckb in alle Ewigkeit. Hospitalis F.Fr. Misericordiae B.V. Mariae Annuntiatiae Graecii Die 1ma Jan. 1737. Omnia ad Majorem DEI Deiparaegae Virginis Mariae Honorem et Gloriam per Infinita Saecula Amen. Fr. Raymund Kappelmayr, Ord. S. Joannis Die Professus, et p.t. Infirmarius.* Buch 5: Zunächst exakt derselbe Titel wie in Buch 4, jedoch mit Datum *Die 1ma January Anni 1749*, fehlendem Schlusssatz (*Omnia ad Majorem DEI [...]*) und schlichter Unterschrift: *Fr. Peregrin[us]*. Buch 6: Wieder derselbe Titel mit geringfügigen Abänderungen („Absterbens“ statt „Abscheidens“), aber weiter gekürzt, indem auch die Ortsangabe fehlt. Danach erweiterte Unterschrift mit Datum: *Fr. Peregrinus Gesell, Ord. Sti. Joannis Dei p.t. Infirmarius Die 1. May Anni 1759*. Die Titelvermerke bieten also, neben eindeutigen Orts- und Zeitangaben, einer kurzen Information zum Inhalt, wie er den Ordenskonstitutionen entspricht (siehe oben), und einer sehr deutlichen Verankerung des Textes im religiösen Leben des Ordens mittels der Widmung, insbesondere die Namen der verantwortlichen „Infirmarii“, also der Leiter der Krankenbetreuung, zu Beginn des jeweiligen Protokollbandes. (Dass in der Folge zumindest mit der Führung der Protokolle durchaus wechselnde Personen betraut waren, zeigt ein Vergleich der Schriftbilder; dieser Aspekt wurde hier aber nicht systematisch ausgewertet.)

²⁸ Der Aufbau dieser Vermerke ist schematisch, sie belegen aber insbesondere eine regelmäßige „Qualitätskontrolle“ des Krankenhausbetriebes durch den Provinzial, da sie stets Angaben zur Anzahl der seit der letzten Visitation aufgenommenen Patienten sowie der Summe der Verstorbenen unter ihnen beinhalten: ABBG, Bücher 1–8; siehe auch die Abbildung weiter unten.

²⁹ Hierbei handelt es sich, wie die vergleichsweise Anzahl der eingetragenen Fälle und ein Vergleich mit dem jeweiligen Hauptteil des Bandes zeigt, um Register der im Hospital *verstorbenen* Patienten. Diese wurden wohl angelegt, um den mit den Todesfällen verbundenen, besonderen Auskunftspflichten (an Angehörige, Obrigkeiten usw.) auch nach längerer Zeit noch ohne großen Aufwand Genüge tun zu können. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass Buch 4 (begonnen 1737) nach dem Titel und vor Beginn des eigent-

lichen Protokolls auch einige – handschriftlich eingetragene – Formulare enthält, darunter die „Form eines ordinari Todten Schein“, was die Benutzung der Protokollbände auch zu Todfallsmitteilungen schon in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts belegt. Übrigens enthält das betreffende Protokollbuch sogar noch einige diesbezügliche, lose eingelegte Notizzettel. Der Inhalt eines lautet: *Philippus B[.] soll ungefeh[r] vor 4 Jahren in unserem Krankenzim[mer] gestorben sein, wirdt gefragt, ob er [ein] Testament gemacht, und hinterlassen habe? Ist also in unserem Krancken-B[uch] nachzuschlagen.* ABBG, Buch 4.

³⁰ ABBG, K. 19 u. 20.

³¹ Regel und Statuten 1634, 81f. u. 91–94.

³² Die Kleidung von ohne Testament im Hospital verstorbenen Patienten fiel übrigens, ebenso wie deren sonstige in die Anstalt mitgebrachte Effekten und Bargeld, gemäß päpstlichen Privilegs an den Orden. Vgl. hierzu Niccolò CUGGIÒ, Bullarium totius Ordinis hospitalaris S. Joannis de Deo, summorum Pontificum Constitutiones, sacrarum(ue) congregationum decreta ad dictum Ordinem spectantia complectens, compendiis, ac notis italico idiomate, pro usu fratrum eiusdem Ordinis illustratum (Roma 1724), bes. 124.

Wie die Wiederauffindbarkeit von abgelegter Kleidung konkret sichergestellt wurde, ist nicht ganz klar, sicher nicht durch eine Beschreibung der Kleidungsstücke in den Krankenregistern, denn hier ist großteils sehr stereotyp von „schlechter Kleidung“, „mittelmäßiger Kleidung“ oder überhaupt nur „Kleidern“ die Rede (ABBG, Bücher 1–8); wahrscheinlich wurde ein Schild mit einem Kennzeichen angeheftet – vermutlich die im Protokoll stets zu Beginn notierte, und gelegentlich später abgeänderte Bettennummer (dies erlaubt, im Gegensatz zu Namenskärtchen, eine Wiederverwendung und ist so weniger aufwändig).

³³ Im späten 18. Jh. wurden anhand der Krankenprotokollbücher erstellte, zeitgenössische Behandlungsstatistiken der Barmherzigen Brüder bereits in Zeitschriften bzw. Zeitungen veröffentlicht. So publizierte der „Grätzer Merkur“ in der Nummer 7 vom 22. Jan. 1780 eine Statistik der in den Hospitälern der „deutschen Provinz“ im Vorjahr aufgenommenen Patienten (insgesamt 13.107) sowie der Verstorbenen unter ihnen (1506, was 11,5 % entspricht), und in Nummer 8 (25. Jan. 1780) ein Verzeichnis der Herkunftsländer der 657 im Jahr 1779 im Grazer Hospital behandelten Patienten. Für den Hinweis auf diese aufschlussreiche Quelle danke ich Dr. Andreas Golob herzlich.

³⁴ ABBG, Bücher 3–6. Wo nicht vorhanden, wurden sie vom Autor durch Einzelzählungen ergänzt.

³⁵ Nämlich jene für den Zeitraum 1742–1748. Die im Konventsarchiv unter den Nummern 3 und 4 verwahrten Folianten betreffen die Jahre 1726–1736 und 1737–1741, das als Nummer 5 bezeichnete Protokollbuch setzt aber erst mit dem Jahr 1749 ein.

³⁶ Die Gründe für diese Auswahl liegen in der Lückenhaftigkeit der Protokolle. Bedauerlicherweise bieten die bei Prangner und Kollmann angegebenen Zahlen auch als Übersichtsstatistiken keinen Ersatz, da sie, wo Protokolle noch vorhanden sind, von den dort enthaltenen Informationen – wenigstens für das 17. und 18. Jahrhundert – zum Teil deutlich abweichen, insbesondere hinsichtlich der jährlichen Daten, weniger beim Vergleich längerer Zeiträume, wo sie größenordnungsmäßig korrekt sind. Vgl. hierzu die ausführliche Auseinandersetzung in: WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte (wie Anm. 12), 168–178, sowie PRANGNER (wie Anm. 25), 495–498, und Ignaz KOLLMANN, Das zweyte Jahrhundert des Klosters und Hospitals der ehrwürdigen barmherzigen Brüder in Grätz (Graz 1815), 18–22.

³⁷ 3.947 gemäß den zeitgenössischen Jahresstatistiken und 3.954 gemäß Einzelzählung.

³⁸ 4.278 gemäß Monatsstatistiken (Jahresausweise fehlen hier meist) und 4.282 gemäß Einzelzählung.

³⁹ Offensichtlich wurden immer wieder Fälle übersehen, etwa Patienten, die vor Jahresende aufgenommen wurden, und nach Jahreswechsel verstarben.

⁴⁰ Vgl. WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte (wie Anm. 12), 255–319.

⁴¹ Nicht berücksichtigt wurden die gesonderten Verzeichnisse am Ende der Protokollbände, die vorwiegend die Erkrankungsfälle der Fratres selbst beinhalten, und nur einzelne andere „Sonderklasse“-Patienten. Von einer Berücksichtigung dieser Fälle wurde auch deshalb Abstand genommen, da die entsprechenden Sondereile der Protokollbände nur für einen Teil des ausgewählten Zeitraums erhalten sind. Bei einer Einbeziehung hätte sich die Anzahl der Fälle in der Stichprobe nur um zwei Personen erhöht.

⁴² Auf eine detaillierte Zitation aller ausgewählten Einträge wird hier verzichtet. Eine Ausscheidung von Mehrfachaufnahmen für gewisse Auswertungen wurde, da dies lediglich die vernachlässigbare Zahl von zwei Fällen eindeutig betraf, nicht vorgenommen. Wo im Folgenden auf besonders interessante Einzelfälle hingewiesen wird, sind diese nach folgendem Schema zitiert: Nummer des Buches nach der Zählung des Konventsarchivs, Angabe des Blattes und der Seite, Position des Eintrags auf der jeweiligen Seite, von oben her gezählt.

⁴³ Die Datenerfassung erfolgte aus Gründen der Übersichtlichkeit mit ACCESS, die Datenaufbereitung und Codierung wegen der einfacheren Handhabbarkeit größtenteils mit EXCEL, die Datenanalyse mit SPSS.

⁴⁴ Die Angaben hierzu in den Protokollbüchern können teilweise lediglich als ungefähr zutreffend betrachtet werden, obwohl explizite Hinweise hierauf (Altersangaben als „bey X Jahren“) für die Jahre 1730 bis 1759 kaum mehr auftreten, im Gegensatz zu den Protokollen für die Zeit um 1700. Eine genaue Betrachtung der Häufigkeiten der einzelnen Zahlenangaben zeigt aber auch hier auffällige Häufungen von „runden“ Daten. So wurden in der Stichprobe 32 Patienten als „20 Jahre alt“ bezeichnet, aber nur je 15 als 18 oder 19 und nur elf als 21 Jahre alt. Daher bietet sich eine grobe Klassifikation in 10-Jahres-Klassen besonders an und sind die arithmetischen Mittelwerte nur als grobe Annäherungen zu verstehen. Vgl. die quellenkritische Diskussion betreffend der Protokolle für 1684–1711 in: WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 282–286.

⁴⁵ Die Berechnung ergibt 30,3 für die gesamte Stichprobe, 29,6 für die 1730er und 30,9 für die 1750er Jahre. Das 99%-Konfidenzintervall des Mittelwerts für die gesamte Stichprobe liegt gemäß T-Statistik bei 28,7–31,9 %, d. h. die durch die Stichprobenziehung selbst zu erwartenden Abweichungen vom echten Mittelwert der Altersangaben für alle ca. 8.200 Eintragungen können als geringfügig betrachtet werden, und letzterer befindet sich höchstwahrscheinlich zwischen 29 und 32 Jahren. (Verzerrungen durch ungenaue Altersangaben in der Quelle selbst – siehe obige Anm. – sind in dieser statistischen Operation natürlich nicht berücksichtigbar.) Zur Berechnungsweise vgl. DIEKMANN, *Empirische Sozialforschung*, 408f.

⁴⁶ Vgl. WATZKA, *Barmherzige Brüder in Linz* (wie Anm. 7), 93.

⁴⁷ Die Spalte „kum. %“ in der zugehörigen Tabelle gibt die kumulierten Prozente an, also die Anteile, die sich jeweils durch Summierung aller Altersklassen, beginnend von der jüngsten, bis zur in der betreffenden Spalte ausgewiesenen, ergeben. Bei allen diesen Angaben, wie auch den weiter unten präsentierten (wo nicht mehr gesondert darauf hingewiesen wird), ist der Stichprobencharakter zu beachten; die für die Grundgesamtheit anzunehmenden Werte sind aber gerade bei größeren Prozentanteilen einigermaßen eingrenzbar. Ein Beispiel: Für den festgestellten Anteil von ca. 40 % von Personen im Alter zwischen 16 und 25 in der Stichprobe ergibt sich als 99%-Konfidenzintervall 34,2–46,8 %, mit größter Wahrscheinlichkeit liegt der Anteil, der sich bei Auswertung aller über 8.200 Altersangaben ergeben würde, also zwischen ca. 34 und 47 %. Vgl. zur Berechnungsweise: DIEKMANN, *Empirische Sozialforschung*, 404f.

⁴⁸ Vgl. die in der folgenden Anmerkung genannte Literatur.

⁴⁹ Vgl. WATZKA, *Barmherzige Brüder in Linz* (wie Anm. 7), 93, JELÍNEK (wie Anm. 9), 381, WATZKA/JELÍNEK (wie Anm. 8), 260, WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 285.

⁵⁰ Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 298–306. Gegenüber den Verhältnissen an anderen Hospital-Standorten, wie Linz und Feldsberg, ergeben sich hier, wie angesichts der größeren Variabilität sozioökonomischer Faktoren zu vermuten war, deutlichere Differenzen. Anzumerken ist hier, dass zwar die Zuordnung zeitgenössischer Bezeichnungen zu einzelnen „Berufsgruppen“ gewöhnlich relativ eindeutig ist (der Klassifikationsprozess orientierte sich, wo möglich, an: Marco VAN LEEUWEN/Ineke MAAS u. a. (Hgg.), *HISCO. Historical International Standard Classification of Occupations*, Leuven 2002), eine weitergehende Klassifikation nach sozialen Schichten kann aber eines gewissen Elements von Willkür nicht entbehren. Aus Gründen der Übersicht wurde eine solche dennoch vorgenommen, wobei dieselben Kriterien zur Anwendung kamen, die der Verfasser bereits in seiner Dissertation angewandt hat.

⁵¹ Die Prozentwerte sind ohne die fehlenden Daten berechnet; diese betrafen im Falle der „Standesangaben“ lediglich vier von 413 Fällen (weniger als 1 %).

⁵² Wegen der geringen Fallzahl dieser Kategorie in der Stichprobe ist hier aber durchaus denkbar, dass eine Vollausswertung ein anderes Bild ergäbe. Zu bemerken ist auch, dass wegen des Nicht-Einbezugs einzelner Patienten, die im „Sonderteil“ des Krankenregisters gemeinsam mit den Fratres selbst angeführt sind, der tatsächliche Anteil der Angehörigen der mittleren Oberschicht respektive der Oberschicht unter den stationär Behandelten geringfügig, vielleicht um 1 oder 2 %, höher zu veranschlagen wäre, da es sich überproportional oft um Personen höheren Standes handelte.

⁵³ Zur Relevanz der Tätigkeit der Barmherzigen Brüder für das frühneuzeitliche Armenwesen vgl. Carlos WATZKA, *Die Hospitäler der Barmherzigen Brüder im 16. und 17. Jahrhundert als Einrichtungen der Armenfürsorge* (im Erscheinen im Konferenzband zur Tagung des Wolfenbütteler Arbeitskreises für Renaissanceforschung „Armut in der Renaissance“ im September 2009, hg. von Klaus BERGDOLT).

⁵⁴ Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 300.

⁵⁵ Innerhalb der Handwerkerschaft unter den Patienten finden sich in der Stichprobe fast alle der damals in Graz stärker verbreiteten Gewerbe; besonders zahlreich sind die Schuster und „Schuhknechte“ (35 Personen), Schneider und Schneiderjungen (30), Bäcker und Bäckerjungen (23), Tischler (15), Schlosser (14), Weber (7), Strumpfstriker (7), Fleischhacker (6) und, interessanterweise, Buchbinder (6 Aufnahmen).

⁵⁶ ABBG, *Bücher* 3–6.

⁵⁷ Für die einzelnen, spezifischen Berufsangaben mit nur wenigen Fällen in der Stichprobe sind die ermittelten Zahlenwerte naturgemäß kaum repräsentativ für die Grundgesamtheit; die Angaben hier sollen lediglich einen Eindruck der enormen Vielfältigkeit von Berufstätigkeiten der aufgenommenen Patienten auch im nicht-handwerklichen Bereich vermitteln.

⁵⁸ Gerade die „Bedienten“ ohne nähere Angabe ihrer Tätigkeit hätten mit einigem Recht wohl auch den Unterschichten zugerechnet werden können; u. a. da in diesen Fällen häufig explizit der eine Aufnahme ins Krankenhaus „empfehlende“ – gewöhnliche adelige oder bürgerliche – Patron angegeben wird, und so von einem gewissen Naheverhältnis zum sozial hochgestellten Arbeitgeber ausgegangen werden kann, erfolgte dennoch eine Zuordnung zu den „qualifizierten Bediensteten“ (und damit zu den „unteren Mittelschichten“).

⁵⁹ Diese wurden, obwohl bekanntlich in der Frühen Neuzeit zünftisch organisiert, hier nicht der Gruppe der Handwerker zugerechnet, und zwar wegen der doch deutlich personenbezogenen Art der von Angehörigen dieser Berufe erbrachten Dienstleistungen, welche sie eher der Sphäre der Dienstleister und Bediensteten zuordenbar erscheinen lässt.

⁶⁰ Dieser war, wie vermerkt wird, für die *R. P.P. Dominikaner* tätig: ABBG, Buch 4, fol. 17R, Nr. 4.

⁶¹ ABBG, Buch 3, fol. 304V, Nr. 3. Gemeint ist wohl Sigmund Franz oder Josef Adam von Catharin, beide waren in den 1730er Jahren als Anstaltsärzte für das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz tätig. Vgl. hierzu: PRANGNER (wie Anm. 25), 266.

⁶² ABBG, Buch 3, 345V, Nr. 1. Es handelte sich wohl um einen zu Unterhaltungszwecken im Haushalt der Gemahlin des General Galler „angestellten“ Kleinwüchsigen. Derselbe stammte übrigens, wie aus dem Protokoll zu erfahren ist, aus „Grabatten“ (wohl: Kroatien) und war 16 Jahre alt. Im Gegensatz zu fast allen anderen Patienten „besitzt“ derselbe in der Quelle keinen Nachnamen.

⁶³ Im Original bezeichnet als „Petriner“ bzw. „Presbyter“; auch ein Eremit ist vertreten: ABBG, Buch 5, fol. 121R, Nr. 3. Zu beachten ist, dass die gesondert verzeichneten erkrankten Angehörigen des Ordens der Barmherzigen Brüder selbst bei der Stichprobenziehung nicht berücksichtigt wurden.

⁶⁴ Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 305.

⁶⁵ ABBG, Buch 4, fol. 53R, Nr. 2.

⁶⁶ Hierbei handelte es sich um einen 35jährigen Soldaten, gebürtig aus Schlesien, der während seiner Behandlung im Hospital im Jahr 1734 zum Katholizismus konvertierte; einen 20jährigen, wohl auf Wanderschaft befindlichen Nadler-Gesellen aus Franken (aufgenommen 1737), und einen mit 23 Jahren gleichfalls noch eher jungen Tischlergesellen aus dem Reich, der bei seinem Aufenthalt im Grazer Ordenskrankenhaus 1751 seine Konfession zunächst vielleicht verschwiegen hatte, da er zuerst als „Catholisch“ geführt, und

dieser Vermerk erst nachträglich korrigiert wurde. Alle drei verließen das Hospital „gesund“ wieder. ABBG, Buch 3, fol. 307R, Nr. 2, B. 4, fol. 13V, Nr. 4, Buch 5, fol. 125V, Nr. 1.

⁶⁷ Der Anteil entspricht fast völlig jenem in der Stichprobe für die Patienten des Grazer Krankenhauses in den Jahren 1684–1711, der 46,2 % betrug. Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 292f.

⁶⁸ Der Anteil der aus Ungarn stammenden Männer unter den Patienten ist also auch für die Mitte des 18. Jahrhunderts, angesichts der Nähe von Graz zur ungarischen Grenze, auffällig gering. Vgl. dieselbe Beobachtung für die Zeit um 1700 in: WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 294.

⁶⁹ Dies beinhaltet 4 Fälle ohne nähere Herkunftsangabe außer „Reich“.

⁷⁰ Allerdings geht der Anteil, wie aus Tab. 5 zu ersehen, von den 1730er zu den 1750er Jahren klar zurück.

⁷¹ Definiert als Orte innerhalb eines Radius von 20 Kilometern rund um die Landeshauptstadt, was in etwa einer gut zu Fuß bewältigbaren Tagesreise entspricht.

⁷² Die höchsten bei der Spitalsverwaltung deponierten Summen hatten ein 62jähriger Lebzelter-Meister aus „Stratten“ (Straden?) und ein 65jähriger Eisenerzer „Burger“ bei sich gehabt, 10 bzw. 13 Gulden. Der erstgenannte litt an „Hectica“ und verstarb nach wenigen Tagen im Hospital, der zweite dagegen an „Sand und Stein“; auch er konnte offensichtlich nicht geheilt werden, verließ das Krankenhaus aber nach einer Woche wieder (Vermerk „hinaus gängen“): ABBG, Buch 5, fol. 147R, Nr. 5 und Buch 4, fol. 130R, Nr. 5.

⁷³ ABBG, Bücher 3–6.

⁷⁴ ABBG, Buch 5, fol. 252V, Nr. 2.

⁷⁵ Dieser wäre gegebenenfalls nur durch Auszählung der Angaben zu den Sterbefällen für alle ca. 8.230 Aufnahmen des untersuchten Zeitraums zu ermitteln.

⁷⁶ Im Gegensatz zur Stichprobe der Patienten der Jahre 1684–1711; auch dort waren sie aber extrem selten (2 von 299 Fällen). Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 274.

⁷⁷ ABBG, Bücher 3–6. Die Spalte „% d. Ü.“ in der betreffenden Tabelle zeigt den jeweiligen Prozentwert innerhalb der Menge der überlebenden Patienten an.

⁷⁸ Auch fehlende Abgangsdaten treten in den hier untersuchten Protokollen nur höchst selten auf (2 Fälle).

⁷⁹ Abgesehen natürlich von der durch die Stichprobenziehung entstehenden Ungenauigkeit.

⁸⁰ Auslastungsgrad = (durchschnittliche Aufenthaltsdauer * jährliche Patientenzahl) / (Bettzahl * 365)

⁸¹ Diese liegen vor für 406 der insgesamt 413 Fälle, also in 98 % der Einträge der Stichprobe.

⁸² Neben den selteneren Krankheitsbezeichnungen kann hier auch auf das in 4 % der Behandlungsfälle der Stichprobe aufgetretene Phänomen von „Zusatzdiagnosen“ nicht näher eingegangen werden. Auf eine retrospektive Zuordnung der zeitgenössischen Termini zu modernen Krankheitseinheiten sollte i. A. wegen der allzu starken Spekulativität solcher Versuche gerade beim Fehlen näherer Informationen ohnehin verzichtet werden. Vgl. hierzu: Wolfgang ECKART/Robert JÜTTE, *Medizingeschichte. Eine Einführung* (Köln–Weimar–Wien 2007), 329–331. Zum näheren Verständnis der frühneuzeitlichen Krankheitsbezeichnungen vgl. Hermann METZKE, *Lexikon der historischen Krankheitsbezeichnungen* (Neustadt a. d. Aisch 2005), Gundolf KEIL/Bernhard HAAGE u. a., *Enzyklopädie Medizingeschichte* (Berlin 2005). Zur Frage der Gleichsetzbarkeit zeitgenössischer lateinischer und deutscher Bezeichnungen ist weiters sehr hilfreich: Stephan BLANGARD, *Lexicon Novum Medicum Graeco-Latinum* (Leiden 1690).

⁸³ Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 267.

⁸⁴ ABBG, Bücher 3 bis 6.

⁸⁵ Erstaunlicherweise entsprechen die für diese drei Krankheitsformen ermittelten Anteile fast exakt jenen, die für die Stichprobe der Jahre 1684–1711 ermittelt wurde, vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 267. – Dies mag Zufall sein, könnte aber auch für die tatsächlich gelungene Differenzierung dieser Krankheitsformen und ihre epidemiologische Konstanz zwischen dem späten 17. und der Mitte des 18. Jahrhunderts sprechen. Auch der „Brockhaus“ definiert übrigens noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts das „dreitägige Fieber“ als das häufigste unter den „Wechselfiebern“, zu welchen auch das „tägliche“ und das „viertägliche“ gezählt werden: Brockhaus *Bilder-Conversations-Lexikon*, Bd. 4 (Leipzig 1841), 675f.

⁸⁶ Erwähnenswert erscheinen noch ein „febris hecticalis“, das hier nicht der „Hectica“ gleichgesetzt wurde, mit insgesamt fünf, das „febris petechialis“ mit vier, und das febris lenta mit ebenfalls vier Nennungen.

⁸⁷ Zur Frage des begrifflichen und inhaltlichen Zusammenhangs von „Hectica“, „Phthisis“, „Abzehrung“ usw. untereinander sowie mit der erst im 19. Jahrhundert als Krankheitseinheit definierten „Tuberkulose“ vgl. bes. die erhellende Auseinandersetzung in: Elisabeth DIETRICH-DAUM, *Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich* (Wien 2007), 30–77.

⁸⁸ Die drei anderen Fälle betreffen die „ungarische Krankheit“ bzw. die Masern.

⁸⁹ ABBG, K 17: Verträge mit Zünften.

⁹⁰ Vgl. hierzu näher: WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 200–202.

⁹¹ Vgl. ebd., 268.

⁹² Fünf Fälle, in der Tabelle subsumiert mit einem Fall von „spina ventosa“.

⁹³ Zum Apothekenbetrieb des Grazer Krankenhauses vgl. bes. Bernd MADER, *Kleine Kulturgeschichte der Grazer Apotheken*. In: *Historisches Jahrbuch der Stadt Graz* 32 (2002), 19–49, Norbert SCHNIDERSCHITSCH, *Die Geschichte der Pharmazie in Steiermark bis zum Jahre 1850* (Mittelwald 1929/31) (2 Bände).

⁹⁴ ABBG, Bücher 3 bis 6. Eine gesonderte Darstellung zu diesen Fällen ist geplant.

⁹⁵ Die exakten Werte in der Stichprobe sind in der Tabelle ausgewiesen; wegen der kleinen Fallzahl von Verstorbenen wird hier im Text absichtlich nur auf Größenordnungen Bezug genommen.

⁹⁶ Vgl. WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte* (wie Anm. 12), 316.