

Die Klage der Ärzte. Marktprobleme und Professionalisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Österreich

Elisabeth Dietrich-Daum

„Der Beruf des Arztes ist wunderlicher Natur, immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.“¹

Die Quellen des 19. Jahrhunderts sind voll der Klagen von ärztlichen Standesvertretern über die schwierige berufliche Situation der Kollegenschaft. Die „goldenen Zeiten“ waren „immer gerade vorbei“, so Gerd Göckenjan, wenn sich „professionspolitische Autoren ans Schreibwerk“² setzten. Das dargebotene Bild, stereotyp und redundant zugleich, ob in Frankreich, England oder in den deutschen Ländern, zeichnete einen Berufsstand, der permanent im Verfall oder Niedergang begriffen war oder sich zumindest in einer schweren Krise befand. Die Bedrohungen schienen gleichermaßen von innen wie von außen zu kommen. Das eine Mal gefährdete die *moral economy*³ – die schlechte Zahlungsmoral der Klientel, das andere Mal die unkontrollierbare Konkurrenz, allen voran die „Kurpfuscher“, später die Spezialisten und Kassenärzte, ein drittes Mal die fehlende *compliance* der Patienten und Patientinnen oder zu hohe Medikamentenkosten das Überleben der Ärzte. Die Diskrepanz zwischen Ausbildungskosten, materiellen Aufwendungen und gebotener Leistung auf der einen Seite und gesellschaftlichem Ansehen und finanzieller Abgeltung auf der anderen Seite erlebten die Ärzte des 19. Jahrhunderts offenbar als prekär, ungerechtfertigt und reglementierungsbedürftig: „Was muß geschehen, damit der Arzt in einer seiner wissenschaftlichen Bildung und materiellen Leistung entsprechenden Weise sowohl vom Publikum als auch vom Staate honoriert werde?“⁴, stand 1871 auf einem Flugblatt des „Aeskulap“. Wenn die Klagen auch verschiedene Konjunkturen durchlaufen haben dürften, bleibt als Gesamteindruck, dass, wie Olivier Faure resümierte, sich der Arzt des 19. Jahrhunderts „[...] verkannt [wähnte und] überzeugt [war], er werde von den sozialen Einrichtungen ausgebeutet, vom Staat tyrannisiert, vom Bürger verachtet, von der öffentlichen Meinung verspottet und von seinen Kranken getäuscht“.⁵

So sehr das entworfene Bild des sich aufopfernden Arztes, der ein beschwerliches, karges und unbedanktes Dasein fristen müsse, bereits den Zeitgenossen als überzeichnet erschienen sein mag, konnte sich dieses gegenüber den tatsächlichen materiellen und gesellschaftlichen Realitäten von Ärzten offenbar behaupten und, wie Faure⁶ meinte, das Selbstverständnis der Profession bis heute prägen. Bemerkenswert erscheint mir, dass die angesprochenen Klagen, ob in England, Frankreich oder in den deutschen Ländern, ungeachtet der verschiedensten strukturellen Rahmenbedingungen in ein und dieselben Kerben schlugen.

Auch in den (Kron-)Ländern der Habsburgermonarchie ist die „zyklisch wiederkehrende Krisenstimmung“ eine treue Begleiterin des wachsenden Organisationsgrades und der Emanzipation der Ärzte im 19. Jahrhundert gewesen. Selbst wenn das „Öffentlichmachen“ ärztlicher Berufsinteressen vor allem als Strategie und Ausdrucksform ärztlicher Professionalisierungspolitik diente – womit der historischen Forschung letztendlich der Eindruck einer krisenhaften Zuspitzung der Lage der Ärzte vermittelt wird – kann nicht übersehen werden, dass hinter dieser augenscheinlichen Häufung von Kritiken, Forderungen und Reformwünschen eine Reihe komplexer Veränderungen sanitätspolitischer, innerprofessioneller und sozialer Art standen, die den einzelnen Arzt und vor allem dessen Standes- bzw. Berufsvertreter massiv herausforderte: die Medizinalreformbewegung, insbesondere die Reform des Sanitätsdienstes in den Gemeinden, Marktprobleme bzw. Konkurrenzdruck sowie die Einführung/Durchsetzung des Krankenkassensystems. Der Markt kam in Bewegung, das alte Selbstbild bröckelte, der Prozess vom vormodernen „Bildungsberuf“ zur modernen bürgerlichen „Profession“⁷ schmerzte – und die Ärzte klagten.

Eine erste wesentliche Einschränkung des bisher skizzierten Szenarios ist an dieser Stelle angebracht. Der angesprochene Wandel, sowohl jener innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte selbst (Rekrutierung, Ärztezahlen, Ausbildung, Spezialisierung), als auch der durch sich verändernde Rahmenbedingungen (Studienreform, Krankenkassenwesen, Sanitätspolitik, Migration) erzeugte und für die Ärzte nur partiell beeinflussbare Prozess, hatte nicht für alle Ärzte die gleichen Konsequenzen. Die beruflich-soziale Position von Ärzten gestaltete sich wie deren Ansprüche äußerst heterogen.⁸ Die sozial-ökonomische Situation eines jungen Landarztes etwa war nicht vergleichbar mit der gesicherten Position eines im Sanitätsdienst stehenden, nach Diätlassen besoldeten Kreisphysikus⁹, und je nach Berufsfeld die Situation eines Krankenhausarztes nicht mit der eines Arztes, den Montanunternehmer für ihre Bergarbeiter anstellten. Somit ist es, womit die zweite Einschränkung angesprochen ist, auch wenig verwunderlich, dass in den ärztlichen Diskursen auch in Österreich Partikularinteressen über weite Strecken vor Standesinteressen rangierten. Was in den Reform- und Denkschriften als gemeinsame Politik vermittelt wird, wurde zuvor in zähen internen Positionskämpfen

und Verhandlungen ausgefochten.

Zur Veranschaulichung dieser Thematik greife ich im Folgenden auf ein umfangreiches gedrucktes Sitzungsprotokoll ärztlicher Standesvertreter aus dem Jahre 1905 zurück, einem Dokument, das in der österreichischen Forschung bislang wenig beachtet wurde.⁹ Das Protokoll ist im Zusammenhang mit den auf Initiative des Arbeiterversicherungsausschusses initiierten Beratungen zur Frage des Ausbaus der Arbeiterkrankenversicherung in Wien entstanden. Geladen waren neben hohen Beamten des Innen-, des Handels- und des Ackerbauministeriums mehrere Sanitätsbeamte, Vertreter der verschiedenen Krankenkassen, der österreichischen Ärztekammern¹⁰, der Wissenschaft, ein Bruderladenarzt aus dem Kohlrevier Mährisch-Ostrau sowie praktische Ärzte, vor allem aus Wien.¹¹ Ausgehend von den in den Debatten vorgetragenen Beschwerden werde ich versuchen, die Marktprobleme von Ärzten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu skizzieren: Ärztedichte, Krankenkassen, konkurrierende Heilangebote, PatientInnenverhalten und -ansprüche.

Zuvor gilt es allerdings zu überlegen, welche Faktoren den medizinischen Markt in dieser Zeit eigentlich konstituierten. Grundsätzlich tangierte diese Frage den privaten Arzt ja am stärksten, er war den Marktbedingungen in einem völlig anderen Ausmaß unterworfen als beispielsweise ein angestellter Krankenhausarzt oder besoldeter Fabrik-, Armen- oder Anstaltsarzt, auch wenn für den Bedarf Letzterer erst die Notwendigkeit erkannt werden musste. Der entscheidende Unterschied besteht aber darin, dass Privatärzte – Praktiker oder Spezialisten – wie Unternehmer agierten, d. h. sie mussten sich einen einträglichen Wirkungskreis selbständig erarbeiten und – nicht weniger schwierig – diesen über Jahrzehnte gegen Konkurrenten verteidigen. Wie groß ihre Marktchancen waren, hing angebotseitig mit der Zahl und dem Preis-Leistungsangebot der Mitanbieter zusammen. Die andere Komponente der Marktsituation stellten die Patienten und Patientinnen dar, die nachfrageseitig auf die medikalen Angebote reagierten. Entscheidend für die Wettbewerbssituation des privaten Arztes und Spezialisten war außerdem, ob und in welchem Maße die angebotenen Dienstleistungen, unabhängig von der Angebotsseite, als notwendig oder attraktiv erachtet wurden. Denn schließlich kostete eine privatärztliche Untersuchung respektive Dispensierung Geld.¹²

1. Entwicklung der Ärztedichte

Die Balance zwischen medizinischem Angebot und Nachfrage war aus der Sicht der Ärzte spätestens seit dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts empfindlich gestört.¹³ Was in Deutschland unter dem Schlagwort der permanenten „Überfüllung des Standes“¹⁴ artikuliert, in Frankreich als „l'encombrement“ und in England als „overcrow-

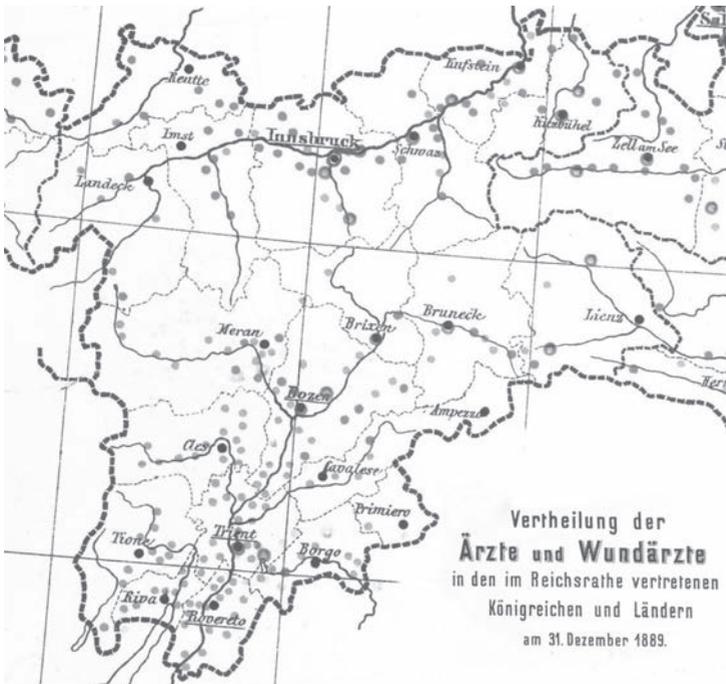
ded“ oder „overstocked“¹⁵ bezeichnet wurde, meint eine seit Mitte des Jahrhunderts durch verschiedene Entwicklungen hervorgerufene Bewegung und Verschiebung bei den Ärztezahlen. Mit der Klage, Österreich verfüge über ein „außerordentlich große[s] Überangebot von Ärzten“¹⁶, wodurch sich Karrierechancen wie Einkommen der Mediziner vermindern würden, standen die hiesigen Experten bei Leibe nicht allein da. Mit Blick auf die Statistik der Medizinalpersonen in Österreich ist die angesprochene Unzufriedenheit durchaus nachvollziehbar, wenn auch mit der Einschränkung, dass die Zahl der approbierten Ärzte schon länger mehr oder weniger großen Schwankungen unterworfen war. Bereits in den 1870er Jahren hatten die Ärztezahlen in Niederösterreich, in der Steiermark, in Böhmen, in Galizien und in der Bukowina stark zugenommen, dann wieder stagniert. Ende der 1880er Jahre wurden die wachsenden Ärztezahlen dann merklich spürbar, sie stiegen schneller als die Bevölkerungszahlen, womit sich das Verhältnis Arzt-EinwohnerInnen deutlich zuungunsten der Anbieter verschlechterte. In den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts, so ein Referent, hätte sich die Situation dann weiter verschärft, die Zahl der Ärzte sei um 37 Prozent angewachsen, während sich die Bevölkerungszahl nur um 9,3 Prozent vermehrt habe.¹⁷ Tatsächlich aber waren die Ärztezahlen nur in Niederösterreich mit Wien, in der Steiermark, in Triest, in Kärnten, in Istrien, in Tirol, in Böhmen, in Mähren, in Schlesien und Galizien wirklich angestiegen, während Oberösterreich, Krain, Görz und Gradiska und Dalmatien nur geringe Zuwächse (weniger als 10 Prozent) verzeichnen konnten. Und entgegen diesem Trend gingen in Salzburg und Vorarlberg die Ärztezahlen sogar zurück (vgl. Tabelle).

Entwicklung der Ärztezahlen in Österreich 1848–1896

Länder	Zahl der Ärzte und Wundärzte						Zu-(+) bzw. Abnahme (-) in Prozent (gerundet)				
	1848	1859	1869	1879	1889	1896	1848-1859	1859-1869	1869-1879	1879-1889	1889-1896
Niederösterreich	1.568	1.858	1.530	1.851	1.936	2.593	+18	-17	+21	+4	+33
Oberösterreich	531	431	444	422	328	347	+1	+3	-5	-22	+6
Salzburg		106	116	114	99	97		+9	-2	-13	+/-0
Steiermark	515	527	574	615	506	573	+2	+9	+7	-17	+11
Kärnten	251	136	139	127	100	117	-5	+2	-8	-21	+17
Krain		103	97	96	74	79		-6	-1	-23	+7
Triest u. Gebiet	213	217	185	111	104	131	+1	-14	+20	-6	+26
Görz u. Gradiska				46	43	41				-6	+5
Istrien				66	58	83				-12	+43

Länder	Zahl der Ärzte und Wundärzte						Zu-(+) bzw. Abnahme (-) in Prozent (gerundet)				
	1848	1859	1869	1879	1889	1896	1848-1859	1859-1869	1869-1879	1879-1889	1889-1896
Tirol	617	531	568	488	419	479	-14	+7	-3	-14	+14
Vorarlberg				62	56	57				-9	+/-0
Böhmen	1.715	1.549	1.587	1.722	1.629	2.131	-9	+2	+8	-5	+30
Mähren	712	584	629	645	600	736	-3	+7	+2	-7	+22
Schlesien		150	145	161	137	181		-3	+11	-15	+32
Galizien	522	624	748	846	860	1.221	+24	+19	+13	+2	+42
Bukowina		25	65	94	79	108		+160	+44	-16	+35
Dalmatien	100	88	113	120	118	128	-12	+28	+6	-2	+8
Gesamt	6.744	6.929	6.940	7.586	7.146	9.102	+3	+/-0	+9	-6	+27
	+2.358						+36				

Quelle: Fr. C. Presl: Die öffentliche Gesundheitspflege in Österreich seit dem Jahre 1848. In: Statistische Monatschrift, Neue Folge, 3. Jg. (1898), 369-431, hier 409.



Quelle: Das österreichische Sanitätswesen, 3 (1891).

In Summa aber ist die Feststellung, die Zahl der approbierten Mediziner sei gerade in den letzten 15 Jahren des 19. Jahrhunderts gestiegen, nicht von der Hand zu weisen. Während diese zwischen 1848 und 1889 innerhalb einer Schwankungsbreite von maximal 9 Prozent pendelte, nahm sie ab 1889 markant zu. Innerhalb von weniger als zehn Jahren hatte sich deren Zahl fast um ein Drittel erhöht, obwohl die Zahl der Wundärzte (Magistri, Chirurghi, Patroni) auf Grund der Schließung der Chirurgenschulen (1871/72) ständig zurückging. Die Relation Ärzte – Wundärzte hatte sich inzwischen völlig umgedreht: Die Zahl der Wundärzte war zwischen 1848 und 1896 von 4.208 auf 1.200 gesunken, hingegen jene der akademischen Doktoren von 2.536 auf 7.902 angestiegen.¹⁸ Der beklagte Zuwachs rührte demnach ausschließlich von den akademischen Ärzten selbst her.

Trotz dieser augenscheinlichen Zunahme des ärztlichen Personals war ein Arzt im Jahre 1889/90 im Durchschnitt immer noch für die Versorgung eines Einzugsgebietes von 42 Quadratkilometern zuständig. Dieser Durchschnittswert täuscht allerdings. Aufgrund der hohen Arztdichte umfasste das Einzugsgebiet eines Arztes in Niederösterreich (einschließlich Wien) zirka 10 Quadratkilometer, hingegen hatte in Böhmen ein Arzt durchschnittlich die Bevölkerung eines Gebietes von 32, in Oberösterreich von 36, in Mähren und Schlesien von 37, in der Steiermark von 44, in Vorarlberg von 64, in Tirol von 63, in Görz-Gradiska von 70, in Salzburg von 72, in Istrien von 84, in Galizien von 91, in Kärnten von 103, in Dalmatien von 108, in der Bukowina von 132 und in Krain von 135 Quadratkilometern zu versorgen. Diese regionalen Unterschiede werden bei einer Aufschlüsselung des Verhältnisses Arzt-Einwohner/Einwohnerinnen noch deutlicher: Der Spitzenreiter ist 1900 wieder Niederösterreich mit 9,7 Ärzten auf 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen, mit großem Abstand folgen Salzburg und Tirol mit jeweils knapp 6, Steiermark mit knapp 5, Oberösterreich mit 4,7, Böhmen mit 4,1, das Küstenland mit knapp 4, Kärnten mit 3,8, Mähren mit 3,7, Schlesien mit 3,2, Dalmatien mit 2,2 Ärzten. Die Schlusslichter bildeten mit einer Dichte von weniger als 2 Ärzten auf 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen Galizien, die Bukowina und Krain. Im Durchschnitt der Länder entfielen 1900 4,6 Ärzte auf 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen.¹⁹ Vom gesamten österreichischen Ärztepersonal arbeiteten 38 Prozent in Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern/Einwohnerinnen, die aber nur 1,7 Prozent der Gemeinden stellten. Nur 24 Prozent der Ärzte ordinierte in Gemeinden mit einer Einwohnergröße unter 2.000, die allerdings 55 Prozent der Gemeinden umfassten. 1896 verfügten trotz beklagter Ärzteschwemme nur 10 Prozent der 2.922 Gemeinden in Österreich über einen eigenen Arzt.²⁰ Tatsächlich herrschte in verschiedenen ruralen Bezirken um 1900 immer noch empfindlicher Ärztemangel.²¹ Viele Gemeindearztstellen konnten auch nach wiederholtem Ausschreiben nicht besetzt werden.²² Oft bot sich, nicht zuletzt wegen des geringen Wartgeldes – für die

Gemeindearztstelle in Reutte wurden beispielsweise nur 140 Gulden geboten²³ – nur eine Bewerber an. Der Sanitätsbericht für Tirol für das Jahr 1882 merkte dazu an:

„Diese Abnahme [der Ärzte] kommt vornehmlich auf Rechnung des Umstandes, dass für ärztliche Posten in den mitunter abgelegenen Thälern, in weit ausgedehnten Gemeinden trotz wiederholter Ausschreibung sich keine Bewerber finden theils, weil wegen Abnahme des Wohlstandes der Landbevölkerung die Existenzbedingungen für einen Arzt fehlen, dessen Erwerb ein nicht lohnender ist, theils aber wegen der auch in den Volkszählungsergebnissen in sprechender Weise sich ergebenden Thatsache, dass sich die Bevölkerung vom Gebirge mehr und mehr zurückzieht und nach den Hauptverkehrsadern in den grossen Thälern hinstrebt, welche Verhältnisse diesen Ärztemangel auf dem Lande hervorgerufen haben und von Jahr zu Jahr steigern.“²⁴

Als extremes Beispiel der „Überfüllung“ galt die Millionenstadt Wien, wo um 1900 über 20 Prozent der österreichischen Ärzte arbeiteten, obwohl dort nur rund 6 Prozent der Bevölkerung Österreichs lebte. Kann das Verhältnis Arzt-Einwohnerzahl mit dem Wert von 1 Arzt auf 722 Einwohnern/Einwohnerinnen in der Metropole als ein für Ärzte „ungünstiges“ bezeichnet werden, trifft dies für Ärzte in Innsbruck mit einer Relativzahl von 1: 290, in Prag mit 1: 330 und in Graz mit 1: 495 noch in weit stärkerem Maße zu. Dennoch konnten auch Städte unter chronischem Ärztemangel leiden, so Görz oder Pettau, wo ein Arzt einen (potenziellen) Patientenstock von 22.000 bis 23.000 Personen vorfand.²⁵ Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass die Ärztedichte in Österreich um 1900 äußerst ungleich war und die Entwicklung der Ärztezahlen regional unterschiedlich verlaufende Konjunkturen durchmachte. Die vorgebrachte Klage spiegelte demnach die Interessen der städtischen Ärzte wider, die insgesamt zwar eine wachsende Gruppe darstellten, im Kreis der beratenden Experten aber überproportional vertreten waren.

Über die Gründe der „Überfüllung“ und „Konzentration“ der Ärzte in den Balungszentren wurde im zitierten Sitzungsprotokoll von 1905 ausgiebig diskutiert. Das Hauptübel der ungleichen Verteilung, so die Experten, sei in der „ganze[n] soziale[n] Evolution“ zu suchen, „welche durch das Zuströmen der Landbevölkerung in die Städte hervorgerufen“²⁶ werde. Migration und Bevölkerungswachstum hätten „die Ärzte zu der Annahme“ veranlasst, dass „dort nunmehr eher ein Verdienst winke als auf dem Lande.“²⁷ Die Erklärung, wonach die Ärzte lediglich ihrer Klientel gefolgt wären, lässt sich statistisch zwar bestätigen, sie ist als solche aber unvollständig. Denn Städte hatten mehr zu bieten, als einen attraktiven Patientenstock und ein ansprechendes bildungsbürgerliches Ambiente. Ärzte ließen sich deshalb bevorzugt in den (Universitäts-)Städten nieder, weil Krankenhäuser – die Zahl der Betten und der aufgenommenen Kranken hatte sich zwischen 1848 und 1894/96 mehr als verdreifacht, die aufgewendeten Mittel fast versechsfacht²⁸ –, weil Privatsanatorien sowie die expandierende Sani-

tätsverwaltung Arbeit boten. Diese Trend drückt sich auch im Verhältnis der von Staat, Ländern, Gemeinden oder Kassen angestellten zu den frei praktizierenden Ärzten aus: Der Anteil der Privatärzte sank zwischen 1879 und 1894 von 52 auf 39 Prozent.²⁹ Was die Ärzte um die Jahrhundertwende als Misere beklagten, war ihre eigene rationale bzw. kommerzielle Reaktion auf die augenscheinlich günstigeren Marktbedingungen in den wachsenden Städten gewesen, die als Zentren der Medizinalverwaltung fungierten.

2. Die (neue) Segmentierung des Gesundheitsmarktes: Krankenkassen, Spezialisten und das alte „Pfuscherproblem“

Den Hauptgrund der rasch angestiegenen Ärztezahl vermuteten die Experten neben den hier nicht weiter besprochenen Veränderungen der Studienordnung³⁰ in der Einführung der Arbeiterkrankversicherung³¹. Die Medikalisierung der Arbeiter und Arbeiterinnen hätte, so die These, junge Studiosi ermutigt, das Medizinstudium zu wählen:

„Da aber immerhin die Kassenpraxis den Anfang zur Erwerbung einer Privatpraxis zu bilden schien, hatten sich stets genug Ärzte gefunden, welche den Kassen um jeden Preis zur Verfügung standen. Als Folge davon sei bei geringer Bezahlung eine Überlastung der Kassenärzte eingetreten und Arbeitslosigkeit der meisten anderen Ärzte, die von der Kassenpraxis ausgeschlossen waren.“³²

Die Ambivalenz in der Haltung und Einschätzung der diskutierenden Ärzte wird hier besonders deutlich. Während die Tatsache, dass den Berufsanfängern durch die Einführung der Krankenkassen eine zwar einkommensschwache, aber große Patientengruppe erschlossen wurde, was von den Ministerialbeamten und den Vertretern der Krankenkassen verständlicherweise als positives Ergebnis bewertet wurde, fürchteten allen voran die städtischen praktischen Ärzte Einbrüche im Patientenaufkommen und folglich eine Bedrohung ihrer materiellen Existenz. Die „materielle Schädigung“³³ der Ärzte müsse, so die Befürchtung, zwangsläufig fortschreiten, wenn der Staat den Kreis der Versicherten weiter ausdehne, womit letztlich dem Praktiker die einkommensstarken Bevölkerungsgruppen – für die Kassen „gute Risiken“³⁴ – als Klientel verloren gingen. Die Kritik der Privatärzte ging in dieser Frage an zwei Adressaten: Staat und Krankenkassen. Der Staat wäre seiner

„Verpflichtung [...] gegenüber der Arbeiterversicherung nicht [nachgekommen], trotzdem die damit bezweckte Arbeiterfürsorge ein sozialpolitisches Interesse eminentester Art für die Gesundheit bilde. In der ursprünglichen [Kürzung der Autorin] [...] Regierungsvorlage für

die Krankenkassen [sei] eine staatliche Subvention in Aussicht genommen [worden], welche jedoch vom parlamentarischen Ausschusse abgelehnt wurde. Da die Krankenkassen bei Inkrafttreten des Gesetzes ohne jede Unterstützung ihre Tätigkeit beginnen und die Einrichtungs- und Gründungskosten von den Prämien zahlen mußten, entbehren sie von Haus aus der materiellen Fundierung, welche die Kassen gebraucht hätten, um als Wohlfahrtsinstitute dienen zu können. [...] Dazu kam noch, daß von allem Anfang an infolge der ungenügenden Armenfürsorge, des Mangels an Altersversicherung ein großer Teil der Lasten, die ganz andere Faktoren zu tragen verpflichtet gewesen wären, auf die Krankenkassen überwälzt wurden, was diesen die materielle Konsolidierung unmöglich machte.³⁵

In die Richtung der Krankenkassenvertreter wurde moniert, dass diese – zugestandenmaßen budgetär schlecht gestellt – das „außerordentlich große Überangebot von Ärzten“ ausgenützt und die Arzthonorare (Tarife) gedrückt hätten.³⁶ Und weil die „Entlohnung der aufgewendeten ärztlichen Mühe“³⁷ nicht entspreche, wären Kassenärzte genötigt, große Patientenzahlen – die Rede war von 80 bis zu 120 Patienten pro Tag³⁸ – zu bewältigen: „Das Mißtrauen gegen die Kassenärzte mußte naturgemäß unter solchen Verhältnissen wachsen und es sei nur erstaunlich, daß die Kassenmitglieder selbst bisher noch nicht gegen das System ernstlich remonstriert [sic] haben.“³⁹

Eine Erweiterung des Versichertenkreises hatten die Ärzte bereits 1897 akzeptieren müssen. In diesem Jahr wurden per Gesetz (RGBl. Nr. 63 ex 1897) „Meisterkrankenkassen“ errichtet und damit Gewerbetreibenden, die ihr Gewerbe bereits zurückgelegt hatten, die Möglichkeit eröffnet, Kassenmitglieder zu bleiben.⁴⁰ Und nun standen die Einbeziehung der Familienmitglieder der Versicherten sowie ein Ausbau des Versichertenkreises auf die landwirtschaftlichen Arbeiter und Arbeiterinnen in Diskussion. Die Sorge der Ärzte ist angesichts der starken Zunahme der Mitgliederzahlen bei den seit 1889 eingerichteten Kassen verständlich. Im Jahre 1890 verzeichneten die 2.740 Krankenkassen Österreichs im Jahresdurchschnitt einen Mitgliederstand von 1,547.800 Personen, 1895 wurden 2,066.400 Versicherte in 2.915 Kassen gezählt. 1895 waren bereits 24 Prozent der 9,3 Millionen unselbständig Beschäftigten in den Berufsklassen Landwirtschaft, Industrie, Handel und Verkehr krankenversichert.⁴¹ Allerdings scheint die beschriebene Problematik auch ein Generationsproblem gewesen zu sein. Das Idealbild vom niedergelassenen, privaten „Hausarzt“⁴², der seine Klientel von Geburt an kannte, schien zusehends zu verblassen. Die Zukunft sollte den Kassenärzten und Spezialisten gehören.

Während diese Entwicklung aufgrund der hohen Arztzahlen und im Vergleich zu agrarischen Regionen hohen Versichertendichte primär städtische Arztpraxen irritierte, kämpften die vom Konkurrenzproblem kaum betroffenen Landärzte um gerechte Entlohnung. Der Ursprung des von Landärzten beklagten Strukturproblems lag in den ländelweise geregelten organisatorischen Rahmenbedingungen des Gemeinde-

sanitätswesens.⁴³ Das Reichssanitätsgesetz vom 30. April 1870 hatte in den §§ 3-5 (RGBl. Nr. 68) die Pflichten der Gemeinden⁴⁴ als durchführende Organe der Sanitätsverwaltung nach langen Beratungen festgelegt. In einem über fast drei Jahrzehnte dauernden Verhandlungsprozess zwischen Gemeindevertretern, Ländern und Ärzten wurde darauf aufbauend der Sanitätsdienst in den Gemeinden in autonomen Landesgesetzen organisiert.⁴⁵ Diese enthielten zwar in vielen Punkten ähnliche, zum Teil gleichlautende Bestimmungen, die Vorgaben über die Verträge der Gemeinden mit den Ärzten gestalteten sich aber höchst unterschiedlich. Zum Beispiel enthielten einige Landesgesetze keine Bestimmung über ein ärztliches Mindestgehalt (Wartgeld). In Vorarlberg etwa überließen sie die Festlegung der Gehälter dem Übereinkommen zwischen Arzt und Gemeinde, während in Mähren für die Bemessung des Gehaltes landesweit ein Schlüssel von 50 Gulden pro 1.000 Einwohner festgesetzt wurde.⁴⁶ Im Herzogtum Salzburg hingegen waren 1886 erneut präzise Tarife für Sprechstunden in der Praxis (20 Kreuzer), Visiten (je nach Entfernung 25 Kreuzer bis fünf Gulden), chirurgische Operationen (zwischen 30 Kreuzer und acht Gulden) und geburtshilfliche Eingriffe ein Tarif zwischen zwei und acht Gulden fixiert worden.⁴⁷ Mit der Honorarfrage variierten die vertraglich vereinbarten Dienstpflichten des kommunal besoldeten Arztes. In den südlichen Alpenländern beispielsweise inkludierte das Wartgeld der Distrikts- und Gemeindeärzte die verpflichtende Armenkrankenbehandlung, während Distriktsärzte z. B. in Böhmen oder Niederösterreich mit der ärztlichen Versorgung *in praxi* gar nichts zu tun hatten. Dementsprechend lag das ärztliche Einkommen in Böhmen und Niederösterreich um 1900 bei nur jährlich 600-800 Kronen, während die zur Behandlung der Armen verpflichteten Distriktsärzte zwischen 3.000 und 4.000 Kronen erhielten.⁴⁸ Waren die Regelungen für die angestellten Distriktsärzte schon von Kronland zu Kronland unterschiedlich, galt dies für die in Gemeinden niedergelassenen Privatärzte umso mehr. Beispielhaft ist hier die viel kritisierte Praxis der Gemeinden und der Landesfonds zu erwähnen, von Privatärzten die kostenlose Durchführung von Impfungen und Leichenbeschau zu verlangen, wie dies z. B. aus Meran⁴⁹ berichtet wurde.

Der Hauptgrund der kritisierten Unterschiede bei den Honoraren von Ärzten am Land – Privatärzten und Gemeindeärzten – lag aber unbestritten in der unterschiedlichen budgetären Ausstattung der Landes- bzw. Gemeindefonds. Während 1896 in der Bukowina im Durchschnitt 3,7 Kreuzer pro Einwohner/Einwohnerin aus diesen Fonds an die behandelnden Ärzte flossen, lukrierten die Ärzte im Trentino allein aus Mitteln der Gemeinden mehr als das Zehnfache, nämlich 41,4 Kreuzer.⁵⁰ Der österreichische Durchschnitt der ausbezahlten Landes- und Gemeindefonds (ausgenommen die Mittel der Krankenkassen) lag in diesem Jahr bei 12 Kreuzer pro Einwohner/Einwohnerin. Allein diese groben Eckdaten zeigen, dass es am Land je nach Bezirk

bzw. Kronland lukrative und ökonomisch unattraktive Arztstellen gab.⁵¹

Die gemeinsame Forderung der Expertenrunde⁵² nach einheitlich geregelten Mindesthonoraren, nach Kollektivverträgen und einer ausreichenden Fundierung der Kassen ist somit in zwei Richtungen zu interpretieren: Zum Ersten stellt diese Forderung eine Reaktion auf die länderweise ungleiche Verteilung von Budgetmitteln und Dienstpflichten dar, zum Zweiten kann sie als Zeichen tiefer wirtschaftlicher Verunsicherung in einer der wichtigsten Umbruchphasen in der Geschichte der ärztlichen Profession gedeutet werden.

In Deutschland fanden die Bemühungen der Ärzte, sowohl ihren freiberuflichen Status gegenüber den Krankenkassen zu behaupten, als auch allgemein ihre Marktlage zu verbessern, in der seit 1891 geforderten „freien Arztwahl“ ihren Ausdruck. Der Höhepunkt der deutschen Protestbewegung war mit der Gründung des „Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ 1900 erreicht. Der später nach einem Leipziger Kassenarzt benannte „Hartmann-Bund“ versuchte, die wirtschaftlichen Forderungen der Ärzte durchzusetzen. 1903/4 organisierte der Bund mehrere große Streiks in Leipzig, Gera und Köln. 1911 waren bereits 77 Prozent der deutschen Zivilärzte eingetragene Mitglieder des Hartmann-Bundes.⁵³ Zwar agierten die österreichischen Ärztereine in dieser Causa wesentlich moderater, im Kern schlossen sich aber verschiedene Ärztereine den Forderungen der deutschen Kollegen an.⁵⁴

In den Debatten um die Veränderungen am Gesundheitsmarkt kam ein weiterer, schon seit Ärztegenerationen wiederholter Punkt zur Sprache: Das „uralte Erbübel“⁵⁵ – Unkollegialität, „Pfuschartum“ und andere Arten unlauteren Konkurrenzverhaltens soll nach Meinung der akademischen Ärzte gerade gegen Ende des Jahrhunderts ausgeübt sein. Waren es in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nicht-befugte HeilerInnengruppen, Wundärzte, Tierärzte, Hebammen und Apotheker gewesen, die als „KurfuscherInnen“ den Markt der akademischen Ärzte gestört hatten⁵⁶, waren nun verschiedene „Spezialisten“ in den Wettbewerb eingetreten, deren Kompetenz als fragwürdig eingeschätzt wurde.

Demnach dürften sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zwei Entwicklungen überschneiden haben. Zum einen ist, so Eulner⁵⁷, die alte Trennung verschieden berechtigter und ausgebildeter Klassen von Heilpersonen – akademischen Ärzten auf der einen und Chirurgen, Patroni, Wundärzten auf der anderen Seite – ausgelaufen, zum anderen sind aus diesem neuen ärztlichen Einheitsstand sogenannte „Spezialisten“ hervorgegangen, die seit den 1880er Jahren die reale Berufssituation der Praktiker zu verschärfen drohten. Die alte Segmentierung des medizinischen Marktes wurde von einer neuen abgelöst.

Die Spezialisierung einzelner Ärzte auf besondere Therapien, Operationsmethoden oder Patientengruppen wurde nicht zu Unrecht mit Sorge beobachtet. In

Deutschland hatte Ernst von Leyden in einer Sitzung des Vereins für innere Medizin 1881 abschätzig geklagt, es gebe „gegenwärtig kaum noch *Aerzte* [Hervorhebung im Original], fast nur *Spezialisten* [Hervorhebung im Original], oder man ist Spezialist und nebenbei noch Arzt“⁵⁸. Die sogenannten „Spezialisten“, so die Kritik in Deutschland, würden den „Existenzkampf in der freien Praxis“ scheuen, wollten gleich „etwas Besonderes“ sein, durch „unseriöse Reklame“ und „fragwürdige Qualifikationen“ Patienten anlocken und sich das Recht herausnehmen, höhere Honorare zu verlangen. Patientenfang und Geldgier wären die unlauteren Motive der neuen Spezialisten, die weder den nötigen Überblick über das gesamte Fach noch ausreichend Erfahrung vorweisen könnten.⁵⁹ „Ihr Geist [sei] beschränkt, ihr Urteil voreingenommen und durch das unverhältnismäßige Wissen auf einem Gebiet unausgeglichen“, stand auch im viel beachteten englischen „General Practitioner“ im Jahre 1900.⁶⁰ Der Ruch der „Quacksalberei“, der den neuen Spezialisten anhaftete, ist in diesen Äußerungen klar zu erkennen.

Freilich mag es für den einzelnen Praktiker im Einzelfall nicht immer überprüfbar gewesen sein, ob es sich bei dem ihn störenden „Spezialisten“ um einen „Scharlatan“ oder um einen gut ausgebildeten Experten handelte. Über die Frage, ob den klagenden Ärzten bewusst war, dass sie sich in einer Umbruchphase befanden und die zunächst amorphe Gruppe der Spezialisten zu echten und respektablen Kollegen werden würden, kann spekuliert werden. Die Spezialisierung in der Medizin war ein unaufhaltsamer und internationaler Trend, der auf mehreren Ebenen⁶¹ erfolgte: im Wissenschaftsbereich durch die Ausbildung und Etablierung der medizinischen Fächer, im Bereich von Diagnose und Therapie durch die Einführung neuer Untersuchungsmethoden, Operationstechniken und Heilverfahren und auf der institutionellen Ebene durch Eröffnung von Spezialabteilungen in Krankenhäusern, von Spezialsanatorien und -instituten. Einzelne Ärzte spezialisierten sich auf bestimmte Körperteile (Zahnärzte, Orthopäden, orthopädische Chirurgen, Augen- und Ohrenärzte), andere auf Krankheiten (Klumpfüße, Lungenkrankheiten, Unfruchtbarkeit, Glaukom) oder auf bestimmte Lebensabschnitte (Pädiatrie).⁶²

Das Problem, das sich für den Primärversorger, dem Praktiker, in seinem alltäglichen Umgang mit den PatientInnen dadurch ergab, war, dass die neuen Diagnoseverfahren und Therapien kaum, oder nur unter größtem finanziellen und persönlichen Einsatz in der Allgemeinpraxis durchgeführt werden konnten. Die Anwendung von Kehlkopf- und Ohrenspiegelungen, Ophthalmoskopie und Ophthalmometrie, Cytopskopie, Hydro-, Helio- und Kollapstherapie überstieg die Möglichkeiten einer kleinen Praxis ganz klar.⁶³ In diesem Punkt konnte ein Arzt des alten Schlags nicht mithalten. Vor allem in den Städten, wo das „Publikum“ durch Zeitungsannoncen und Werbetafeln an den Türen der Spezialpraxen permanent über neue und neueste Entwicklungen

bei Diagnose- und Heilverfahren, Kuren und Medikamente informiert, verwirrt und mitunter getäuscht wurde, kamen die praktischen Ärzte unter Druck.

Für die um die Jahrhundertwende nachrückende Arztgeneration schien angesichts der zunehmenden Ärztezahlen die Spezialisierung die entsprechende kommerzielle Antwort gewesen zu sein. Dass sie damit den Stellenmarkt des praktischen Arztes eigentlich entlasteten, wurde kaum wahrgenommen, vielmehr wurde den neuen Ärztegruppen unterstellt, sie würden PatientInnen abziehen, diese in Sanatorien und Spezialinstituten gegen teures Geld therapieren und anschließend deren Primärversorgung ganz übernehmen zu wollen.⁶⁴ Insbesondere Wien dürfte aufgrund der Anziehungskraft der „Wiener Schule“ durch die Forschungen von Rokitansky, Skoda und Hebra schon zur Jahrhundertmitte zu einem Mekka für junge Studenten und spätere Spezialisten geworden sein.⁶⁵ Aber auch in der Provinz boten sich in den aufstrebenden Kurorten interessante Verdienstmöglichkeiten für Spezialisten an: Die bedeutende Zunahme spezialisierter Ärzte kann anhand der Ärzteliste des Kurortes Meran gezeigt werden, wo während der Sommermonate 1889 26 und im Jahr 1909 bereits 68 Spezialisten für Lungenkrankheiten zum Teil in Sanatorien, zum Teil als Privatärzte ordinierten.⁶⁶

Wie der Kassenarzt gewann der Spezialist, später Facharzt genannt, erst um die Jahrhundertwende deutlich an Profil. Doch während beim Ersten dieses durch die Struktur und die Richtlinien der Krankenkassen geschärft wurde, musste sich der Spezialist sein Profil durch Zusatzausbildung und Kompetenz erst aneignen, was wiederum Anlass zu Diskussionen gab. Zweifellos haben die Ausdehnung des ärztlichen Dienstleistungsangebots durch Spezialisten und allgemein die Verwissenschaftlichung der Medizin an der beanspruchten Monopolstellung des praktischen Arztes gerüttelt, seine soziale und finanzielle Sicherheit beeinträchtigt und seine bisherigen „Publikumsbeziehungen“ enorm strapaziert.⁶⁷ Ob die Kritik bzw. Verunglimpfung der „Spezialisten“ gerechtfertigt war oder nicht, wird im Einzelfall zu untersuchen sein. Generell muss sie als Symptom eines verschärften Konkurrenzdruckes gesehen werden.

3. Der Wandel im PatientInnenverhalten

Die eben skizzierten Entwicklungen blieben nicht ohne Folgen für die Qualität der Arzt-PatientInnen-Beziehung.⁶⁸ Durch die Vermittlungsfunktion zwischen Kassen und Patienten/Patientinnen, die dem Kassenarzt auferlegt wurde, dürfte das herkömmliche, mitunter familiäre Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient/Patientin zumindest teilweise verlorengegangen sein. Das Verhältnis zwischen Kassenarzt und Klientel konnte aufgrund der Konstruktion des Versicherungskonzepts kein privates

mehr sein, sondern ein im Interesse aller Versicherten zu kontrollierendes, „öffentlich-rechtliches“. Die Wahl der Medikamente und Therapien oder Entscheidungen über Arbeitsfähigkeit waren nicht mehr im gewohnten Maße zwischen Arzt und Patient/Patientin verhandelbar. Durch großen Zeitdruck aufgrund hoher Patientenzahlen und ökonomisch begründete geringe Wahlmöglichkeiten bei der Verschreibung von Medikamenten und Therapien könne der Kassenarzt, so die Klage, vielfach nur oberflächliche Diagnosen stellen und „Scheinbehandlungen“ vornehmen: „Für Ärzte und Patienten sei unter solchen Verhältnissen die Behandlung eine Qual“ und „[w]enn nur irgend möglich, werde der Privatarzt gerufen.“⁶⁹

Wie weit die beanstandeten Mängel in der Qualität der kassenärztlichen Leistung gemeinsamen Erfahrungen entsprachen, muss dahingestellt bleiben. Eine Relativierung ist angesichts der an anderen Stellen des Dokuments geschilderten Erfahrungen allerdings nötig. Denn entgegen der vorgebrachten Behauptung, die PatientInnen würden eine Behandlung durch den Kassenarzt wenn möglich meiden, wuchs die Inanspruchnahme kassenärztlicher Dienste durch „gut situierte“ Versicherte, deren Vermögensverhältnisse die Konsultation von privaten Ärzten erlaubt hätten. Beispielfhaft sei, so der Chefarzt des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wiens, das Verhalten der Betriebsbeamten in Wien, die sich „sehr gerne krank [meldeten]“ und den Arzt sogar „übermäßig in Anspruch“⁷⁰ nehmen, obwohl diese eigentlich über genügend Mittel zur Bezahlung eines Privatarztes verfügen würden. Und

„[...] während man solche Mitglieder anfangs für sogenannte ‚gute Risiken‘ angesehen habe, von denen man sich etwas gefallen lassen durfte, weil sie höhere Beiträge zahlen und bei ihnen vermutlich weniger Krankheiten vorkommen würden, seien die Kassen und Ärzte nun zur gegenteiligen Überzeugung gekommen. Gerade bei dieser Kategorie von Angestellten sei die Erkrankungshäufigkeit und die Dauer der Erkrankungen sehr groß.“⁷¹

Selbst bei den gut verdienenden Geschäftsleuten käme es laufend vor, dass diese ihre Ehefrauen kurz vor der Niederkunft zum Teil als Kassiererinnen bei der Kasse anmeldeten, um die Kosten der Entbindung zu sparen.⁷² Hintergrund dieser für die Krankenkassen unerfreulichen Tendenz waren die an die Untersuchung des Kassenarztes (Chefarztes) gebundenen Ansprüche der Versicherten auf Krankengeld, das bei Angestellten vergleichsweise hoch war und zum Teil zusätzlich zum Gehalt ausbezahlt wurde.

Ein anderer Grund der wachsenden Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen hatte sich aus der Möglichkeit der freiwilligen Mitversicherung von Familienangehörigen ergeben, welche offenbar vordringlich von den Ehefrauen der Angestellten und Handwerker in Anspruch genommen wurde.⁷³ Durch deren zahlreiche Schwangerschaften würden sie nicht nur die Kassenpraxen füllen, sondern auch das Budget

der Kassen stark belasten, so die Klage.⁷⁴ Von einer pauschalen „Abneigung“ der Versicherten, den Kassenarzt zu konsultieren, kann demnach keine Rede sein. Allerdings muss, wie oben angeklungen, auch berücksichtigt werden, dass die Leistungen der Kassen – oder umgekehrt, die Rechte der Versicherten, alles andere als die gleichen waren. Während so genannte „Hochversicherte“ bei zum Teil weiterbestehenden Gehältern zusätzlich Krankengeld bezogen, bedeutete für Arbeiter und Arbeiterinnen eine Krankschreibung aufgrund des geringen Krankengeldes – in der Regel betrug dieses 60 Prozent des letzten Lohnes – bzw. der gänzlichen Beschränkung der Versicherungsleistung auf unentgeltliche Untersuchung, Behandlung und Medikamente einen realen Einkommensverlust, womit die Existenz der Familie ernstlich gefährdet war: „Nun melden sich die Arbeiter tatsächlich nur dann krank, wenn sie wirklich zu arbeiten verhindert sind.“⁷⁵ Der Prozentsatz der Simulanten, die entweder gar nicht krank sind oder ihre Beschwerden übertrieben, wäre unter den Arbeitern und Arbeiterinnen deshalb ein sehr geringer, ja es gebe genug „Schwerkranke, die noch am Tage vor ihrem Tode arbeiteten“⁷⁶. Völlig anders, so ein Vertrauensarzt der Wiener Krankenkassen, sei hingegen die Situation bei den Bauarbeitern. Die dort Beschäftigten wanderten in den Sommermonaten „massenhaft“ nach Wien, wo sie bis zur Einstellung der Bauarbeiten arbeiteten, sich im Anschluss aber sofort für sechs Wochen krank meldeten. Das Krankengeld, das sie dann erhielten, würde den Tageslohn in der Heimatgemeinde weit übersteigen und als gutes „Arbeitslosengeld“ betrachtet werden.⁷⁷

Das Verhältnis der Arbeiter/Arbeiterinnen zu ihren Kassenärzten musste nicht zuletzt durch die Befugnis des Arztes, über die Arbeitsfähigkeit der Patienten/Patientinnen zu befinden, konfliktträchtig sein, zumal dieser in engen ökonomischen Spielräumen taxieren musste: Die Kassen, so der Vorwurf, würden den Arzt „fortwährend zur gewaltsamen Herabdrückung des Krankenstandes“⁷⁸ nötigen, was zwangsläufig auf Kosten der Vertrauenswürdigkeit des Arztes gehen müsse. Die problematische Doppelfunktion des Kassenarztes als Arzt und befugter Gutachter wird auch in der „Medikamentenfrage“ deutlich, die einen wichtigen „Nebenschauplatz“ darstellte. Die gesetzliche Verpflichtung der Kassenärzte, die „Medikamente in der billigsten Form zu verschreiben“, hätte zu den „unangenehmsten Konflikten zwischen Ärzten und Kassenvorständen geführt“ und den schlechten Ruf der Kassen bei den Patienten begründet.⁷⁹ Die klassische Konfliktsituation stellte sich immer dann ein, wenn gut verdienende, versicherte Angestellte den von einem zuvor aufgesuchten Privatarzt erhaltenen „Medikamentenzettel“ dem Kassenarzt zur Verordnung vorlegten und ihren Anspruch auf die „teuren Medikamente“⁸⁰ anmeldeten.⁸¹ Ganz allgemein aber, so der übereinstimmende Kommentar, hätten sich die Patientenwünsche insbesondere in den Städten in „psycho-therapeutischer Beziehung“⁸² – nicht zuletzt durch die Angebote der Spezialisten – stark verändert. Letztlich aber sah sich auch der praktische Arzt zu

unablässiger Weiterbildung und Anpassung an die Wünsche der Patienten und Patientinnen veranlasst. Doch all diesen Bemühungen zum Trotz begann das „Publikum [zu] wähl[en] und [zu] wechsel[n]“.⁸³

Ein völlig anderes Patientenprofil zeichnete der Ostrauer Grubenarzt. Nach seinem Bericht würde der Bergmann „[...] noch viel auf Salben und Tropfen halten und [...] höchstens noch Wein und Kognak als Medikamente verlangen; einer rationellen und systematisch durchgeführten Behandlungsweise sei er nicht zugänglich.“⁸⁴ Die Wünsche der Klientel nach bestimmten Medikamenten respektive Therapien dürften schichtspezifisch noch stark variiert haben. Dies zeigen auch die Notationen eines Südtiroler Landarztes, dessen Patienten/Patientinnen häufig die Verschreibung von Abführ- und Schmerzmitteln sowie einfachen Tees verlangten.⁸⁵ Gerade am flachen Land, „wo zumeist nur ein einziger Arzt zur Verfügung stehe“⁸⁶, mussten die Patienten auf viele Annehmlichkeiten in sanitärer Beziehung verzichten, und durch den herrschenden Ärztemangel, so an anderer Stelle des Protokolls, bliebe den Patienten und Patientinnen nur die Alternative, sich weiter der „Pfuscher“ zu bedienen. Abgesehen davon seien es finanzielle Gründe – das „allmähliche Herabsinken des Mittelstands (Kleingewerbetreibende usw.) zum Proletariat“⁸⁷ – welche die Nachfrage nach professioneller Hilfe drosselten. Dass Eltern ihre „erkrankte[n] Kinder [...] auf eigene Faust behandel[te]n, weil dieselben die größeren Ausgaben für den Arzt scheu[t]en, oder [...] den Arzt nur zu dem Zwecke [holten], damit derselbe im Falle des Ablebens eines Kindes einen Behandlungsschein ausstelle“⁸⁸, sei nicht die Ausnahme. Vor allem würden die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter und Bauern ärztliche Hilfe nur in seltenen Fällen, so bei schweren Verletzungen, in Anspruch nehmen.⁸⁹ Dort lag zweifellos noch ein großes PatientInnenreservoir brach, das im Interesse der Praktiker, so zumindest deren anfängliche Hoffnung und Forderung, nicht in den Kreis der Pflichtversicherten aufgenommen werden sollte. Mag die Klage über die geringe Bereitschaft der Landbevölkerung, im Krankheitsfall zum praktischen Arzt zu gehen, auf konkreten Erfahrungen beruhen, so ist die Tendenz zur intensiveren Wahrnehmung ärztlicher Dienste selbst in peripheren Regionen dennoch unverkennbar.⁹⁰

4. Schluss

Aus der Perspektive der ärztlichen Standesvertreter sind die vorgebrachten Klagen mit Blick auf die Zunahme der Ärztedichte, die Spezialisierung, den Wandel im PatientInnenverhalten, die unterschiedlichen Einkommensbedingungen weitgehend nachvollziehbar. Sie können aber nicht, wie gezeigt wurde, für den gesamten Berufsstand verallgemeinert werden. Verzögerte Medikalisierung am Land⁹¹ (geringere Nachfrage

nach ärztlichen Leistungen, niedere Einkommen der Patienten/Patientinnen und Finanzschwäche der Gemeinden, medizinische Unterversorgung) und ein zwar wachsender, aber hart umkämpfter Markt in der Stadt (Ärztendichte, Krankenkasseärzte, Spezialisten, Krankenhäuser), konstituierten die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der österreichischen Ärztegeneration um die Jahrhundertwende. Die Stellung der Kassenärzte wurde von den Referenten als veränderbar eingeschätzt. Vor allem galt deren vertragliche Absicherung als reformbedürftig. Das Hauptproblem der Privatärzte in Stadt und Land hingegen wurde in den drohenden PatientInnenverlusten aufgrund der wachsenden Konkurrenz von Seiten staatlicher, städtischer und vertraglich geregelter Dienstleistungen, insbesondere der Ausdehnung des Versichertenkreises auf einkommensstarke Bevölkerungsgruppen, gesehen.⁹²

Die Appelle, die die Ärztevereine und Ärztekammern seit den 1890er Jahren an den Staat richteten, gingen folglich vor allem in zwei Richtungen: Liberalisierung des Marktes auf der einen Seite, was sich konkret in der Forderung nach „freier Arztwahl“ und größerer Autonomie bei innerprofessionellen Fragen (Disziplinarrecht, Rechte und Pflichten von Ärzten, Studienordnung, Einführung einer Ärztekommision bei den Krankenkassen) und Forderungen nach staatlicher Reglementierung (Status von Spezialisten, Mindestgehalt von praktischen Ärzten, finanzielle Ausstattung der Krankenkassen, Regelung des Verhältnisses zwischen Kassenarzt und Kasse) auf der anderen Seite ausdrückte. Über die in den Debatten diskutierten Partikularinteressen hinweg aber schien Einigkeit insofern zu bestehen, als der Staat „endlich“ in die „Pflicht“ genommen werden müsse: „Nur leistungsfähige Ärzte können dem Staate geben, was er braucht, und darum haben dieselben auch Anspruch, vom Staate geschützt zu werden.“⁹³

¹ *Edith Heischkel-Ardelt*: Die Welt des praktischen Arztes. In: Walter Artelt u. Walter Rüegg (Hgg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Vorträge eines Symposiums vom 1. bis 3. April 1963 in Frankfurt am Main. Stuttgart 1967 (= Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, 1), 1-16, hier 1.

² *Gerd Göckenjan*: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt a.M. 1985, 164. Vgl. auch ders.: Wandlungen im Selbstbild des Arztes seit dem 19. Jahrhundert. In: Alfons Labisch u. Reinhard Spree (Hgg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn 1989, 89-103.

³ Begriff nach *Eduard P. Thompson*: Plebeische Kultur und moralische Ökonomie. Aufsätze. Frankfurt a.M. 1980.

⁴ Zitiert nach: *Arbeitsstatistisches Amt im k. k. Handelsministerium* (Hg.): Protokoll über die Einvernahme ärztlicher Auskunftspersonen betreffend die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung. Durchgeführt in der VI. Sitzung des vom ständigen Arbeitsbeiräte eingesetzten Arbeiterversicherungs-Ausschusses. Wien 1906 [im folgenden *Protokoll*], 58.

⁵ *Olivier Faure*: Der Arzt. In: Ute Frevert u. Heinz-Gerhard Haupt (Hgg.): Der Mensch des 19. Jahrhunderts. Frankfurt a.M. u. New York 1999, 86-119, hier 118. Vgl. auch ders.: Histoire sociale de la médecine XVIII^e-XX^e siècles. Paris 1994.

⁶ Vgl. ebd., 119.

⁷ Für eine Analyse des Wandels vom vormodernen Bildungsberuf zur „modernen Profession“ vgl. *Claudia Huerkamp*: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert. In: Geschichte und Gesellschaft 6 (1980), 349-382 und dies.: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens. Göttingen 1985.

⁸ Vgl. dazu verschiedene Beiträge im Sammelband: *Elisabeth Dietrich-Daum* u.a. (Hgg.): Arztpraxen im Vergleich: 18.-20. Jahrhundert. Innsbruck, Wien u. Bozen 2008.

⁹ *Protokoll* (wie Anm. 4). Die Aufgabe der Ärztevertreter bestand darin, über Modalitäten einer Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf die Familienangehörigen der Pflichtversicherten sowie über die freie Arztwahl zu beraten. Als Diskussionsgrundlage diente ein Fragebogen, der mögliche Folgewirkungen der geplanten Reformen auf die ärztliche Praxis in Österreich skizzierte.

¹⁰ Ärztekammern wurden in Österreich mit dem Gesetz vom 22. Dezember 1891, RGBl. Nr. 6 eingeführt. Vgl. *Fr. C. Presl*: Die öffentliche Gesundheitspflege in Österreich seit dem Jahre 1848. In: Statistische Monatsschrift, Neue Folge, 3 (1898), 369-431, hier 419.

¹¹ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 3-4.

¹² Vgl. dazu den Beitrag von *Martin Krieger* in diesem Heft.

¹³ Bereits 1804 kritisierte der Nachfolger des Reformers Gerard van Swieten, der restaurative Promedicus Andreas Joseph Freiherr von Stifft (1760-1836), die „unverhältnismäßig grosse Anzahl der Kandidaten, welche schon seit mehreren Jahren der Arzneykunde schaaenweise zulaufen [würden], und zu Doktoren befördert werden“ als ein dem Staate wie der Bevölkerung keineswegs gleichgültiges Gebrechen, das dringender Abhilfe bedürfe. Vgl. *Herbert Hans Eggelmaier*: Das medizinisch-chirurgische Studium in Graz. Phil. Diss. [Manuskript]. Graz 1980, 78.

¹⁴ *Göckenjan* (wie Anm. 2), 163.

¹⁵ *Faure* (wie Anm. 5), 94.

¹⁶ *Protokoll* (wie Anm. 4), 33.

¹⁷ Ebd., 42.

- ¹⁸ Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 408. Zahlen zu Tirol bei: *Evelyn Kulhanek*: Die Wundärzte, ein verdrängter Beruf. Zur Geschichte des Sanitätspersonals im Tirol des 19. Jahrhunderts. Diplomarbeit [Manuskript], Innsbruck 1996, 102.
- ¹⁹ Vgl. *Birgit Bolognese-Leuchtenmüller*: Bevölkerungsentwicklung und Berufsstruktur, Gesundheits- und Fürsorgewesen in Österreich 1750-1918. Wien 1978, 278.
- ²⁰ Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 410-412.
- ²¹ Vgl. zu Deutschland: *Robert Jütte*: Die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und des organisierten Ärztestandes bis 1871. In: ders. (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, 15-42, hier 26 f.
- ²² Die Hinweise auf Ärztemangel am Land sind zahlreich. Vgl. dazu neuerdings: *Elena Taddei*: Bestellungsverfahren von Ärzten in Tirol in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Qualifikationen, Auswahlkriterien und Erwartungen. In: Dietrich-Daum u.a. (wie Anm. 8).
- ²³ Vgl. ebd.
- ²⁴ Tiroler Landesarchiv [TLA], Statthalterei, Sanität, Sanitätsbericht 1882, 39, zitiert in: Ebd. Vgl. auch den Sanitätsbericht für 1883/1884 unter der Notiz „Aerztemangel in Tirol“, 251-260.
- ²⁵ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 29.
- ²⁶ Ebd., 56.
- ²⁷ Ebd.
- ²⁸ Vgl. *Bolognese-Leuchtenmüller* (wie Anm. 19), 258-262.
- ²⁹ Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 413.
- ³⁰ Vgl. dazu ebd., 407 f. und *Eggmaier* (wie Anm. 13), 288.
- ³¹ Das Gesetz betreffend die Einführung von Krankenkassen vom 30. März 1888, RGBl. Nr. 33 wurde mit 1. August 1889 wirksam.
- ³² *Protokoll* (wie Anm. 4), 40-41.
- ³³ Ebd., 7 f.
- ³⁴ Als „gute Risiken“ wurden in diesem Kontext jene Versichertengruppen bezeichnet, die aufgrund der geringen Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen die Budgets der Kassen „schonten“.
- ³⁵ *Protokoll* (wie Anm. 4), 39.
- ³⁶ Vgl. ebd., 9, 33 f. und 41.
- ³⁷ Vgl. ebd., 9.
- ³⁸ Vgl. ebd., 35 u. 55.
- ³⁹ Ebd., 41.
- ⁴⁰ Vgl. *Das Österreichische Sanitätswesen* Nr. 2 (1898).
- ⁴¹ Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 425.
- ⁴² Vgl. *Roy Porter*: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg u. Berlin 2003 [engl. Originalausgabe London 1997], 669-672.
- ⁴³ Über die Notwendigkeit der Errichtung von Sanitätssprengeln wurde in zahlreichen Fachzeitschriften zum Teil vor der Einführung des Reichssanitätsgesetzes diskutiert: *Josef Hoffmann*: Ein Entwurf zur Reorganisation oder beziehungsweise Organisierung des öffentlichen Sanitätsdienstes in Österreich. Vorgetragen in der wissenschaftlichen Plenarversammlung des Doctoren-Collegiums der medic. Facultät am 24. April 1867. In: Zeitschrift für practische Heilkunde (1867), Separatdruck. Vgl. auch: „Ueber die Nothwendigkeit der Organisation des localen öffentlichen Sanitätsdienstes durch Errichtung von Sanitäts-Gemeinden. In: Medicinisch-Chirurgisches Centralblatt, Nr. 4 (1879).
- ⁴⁴ Die Organisation des Gemeindegewesens wurde per Gesetz 1862 geregelt.

⁴⁵ Dalmatien Landesgesetz vom 27. Februar 1873 (LGBl. Nr. 10), Istrien Landesgesetz vom 19. März 1874 (LGBl. Nr. 8), Kärnten Landesgesetz vom 9. Februar 1884 (LGBl. Nr. 7), Mähren Landesgesetz vom 10. Februar 1884 (LGBl. Nr. 28), Tirol Landesgesetz vom 20. Dezember 1884 (LGBl. Nr. 1/1885), Vorarlberg Landesgesetz vom 2. Februar 1888 (LGBl. Nr. 11), Böhmen Landesgesetz vom 23. Februar 1888 (LGBl. Nr. 9), Bukowina Landesgesetz vom 18. März 1888 (LGBl. Nr. 13), Krain Landesgesetz vom 24. April 1888 (LGBl. Nr. 12), Niederösterreich Landesgesetz vom 21. Dezember 1888 (LGBl. Nr. 2), Galizien Landesgesetz vom 2. Februar 1891 (LGBl. Nr. 17), Steiermark Landesgesetz vom 23. Juni 1892 (LGBl. Nr. 35), Oberösterreich Landesgesetz vom 22. September 1893 (LGBl. Nr. 35) und Schlesien Landesgesetz vom 30. April 1896. Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 415-416.

⁴⁶ Vgl. ebd., 417.

⁴⁷ Vgl. Österreichisches Staatsarchiv [ÖSTA], Allgemeines Verwaltungsarchiv [AVA], Ministerium des Innern [MdI], Sign. 36, Allg.:1848-1918, Zl. ad 3666 ex 1886: Gesetze und Verordnungen für das Herzogthum Salzburg, Jahrgang 1886, IX. Stück; Gesetz vom 11. Februar 1886.

⁴⁸ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 11.

⁴⁹ ÖSTA, AVA, MdI, Allg. Sign. 36, Zl. 17.125 ex 1874: Sanitätsergänzungsbericht R pro 1873 – Bericht der Bezirkshauptmannschaft Meran.

⁵⁰ Weitere Zahlen bei *Presl* (wie Anm. 10), 418.

⁵¹ Vgl. dazu *Taddei* (wie Anm. 22) und *Kulhanek* (wie Anm. 18), 55.

⁵² *Protokoll* (wie Anm. 4), 40.

⁵³ Vgl. *Huerkamp* (wie Anm. 7), 375.

⁵⁴ Die Forderung nach freier Arztwahl wurde analog der deutschen Entwicklung auch auf mehreren österreichischen Ärztetagen vorgebracht. Vgl. ÖSTA, AVA, MdI, Allg., Sign. 36, Zl. 375 ex 1894: Bericht des Österreichischen Ärzte-Vereins-Verbands an das Ministerium des Innern vom 21. April 1894.

⁵⁵ *Göckenjan* (wie Anm. 2), 163.

⁵⁶ Vgl. zu Tirol *Alois Unterkircher*: „...für die Zukunft auf selbe ein wachsames Auge zu halten.“ – Die Ausgrenzung medikaler Laienbehandler aus dem Netz medizinischer Versorgung zu Beginn des 19. Jahrhunderts anhand von Quellen aus dem Tiroler Raum. Diplomarbeit [Manuskript] Innsbruck 1999.

⁵⁷ Vgl. *Hans-Heinz Eulner*: Das Spezialistentum in der ärztlichen Praxis. In: Walter Artelt u. Walter Rüegg (Hgg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Vorträge eines Symposiums vom 1. bis 3. April 1963 in Frankfurt am Main. Stuttgart 1967 (= Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, 1), 17-34, hier 21.

⁵⁸ *Ernst von Leyden*: Über die Ziele und Aufgaben des Vereines für innere Medizin. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 7 (1881), 131-134, hier 132.

⁵⁹ Vgl. *Eulner* (wie Anm. 57), 24-26.

⁶⁰ *Porter* (wie Anm. 42), 392.

⁶¹ Vgl. ebd., 384.

⁶² Die ersten Kinderspitäler waren in Paris 1802, Berlin 1830, St. Petersburg (1834) und Wien (1837) entstanden. Vgl. ebd., 390.

⁶³ Zur Entwicklung der Spezialfächer in England und Amerika vgl. ebd., 384-392.

⁶⁴ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 29.

⁶⁵ Vgl. *Eulner* (wie Anm. 57), 22.

⁶⁶ Vgl. *Elisabeth Dietrich-Daum*: Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose

in Österreich. Wien u. München 2007, 230.

⁶⁷ *Göckenjan* (wie Anm. 2), 190.

⁶⁸ Vgl. ebd., 357.

⁶⁹ *Protokoll* (wie Anm. 4), 28, 36 u. 38.

⁷⁰ Vgl. ebd., 16.

⁷¹ Ebd., 18.

⁷² Ebd., 21.

⁷³ Vgl. dazu neuerdings *Martin Dinges*: Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechterspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600-2000). In: ders. (Hg.): *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800-2000*. Stuttgart 2007, 295-322, hier 314 f.

⁷⁴ *Protokoll* (wie Anm. 4), 22.

⁷⁵ Ebd., 16.

⁷⁶ Ebd., 69.

⁷⁷ Ebd., 72. Weitere Äußerungen zum Problem der „Simulation“ auf S. 69-70 des Protokolls.

⁷⁸ Ebd., 33.

⁷⁹ Ebd., 19.

⁸⁰ Am Ende des 19. Jahrhunderts standen den Ärzten neben alten humoralen Rezepturen nur wenige moderne Medikamente zur Verfügung: Quecksilber gegen Syphilis, Digitalis als Stärkungsmittel, Amylnitrat zur Arterienweiterung, Chinin gegen Malaria und Cholchicum gegen Gicht. Aspirin wurde erst 1999 am Markt eingeführt und seit 1869 verschiedene Schlafmittel. Vgl. *Porter* (wie Anm. 42), 674-675. Zur Frage der Einführung neuer Medikamente vgl. auch *Paul Ridder*: *Im Spiegel der Arznei. Sozialgeschichte der Medizin*. Stuttgart 1990, besonders 137-151.

⁸¹ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 19.

⁸² Vgl. ebd., 29.

⁸³ *Göckenjan* (wie Anm. 2), 190.

⁸⁴ *Protokoll* (wie Anm. 4), 63.

⁸⁵ Vgl. die im Web platzierte Datenbank, die aus einem InterregIII-A-Programm-Projekt in Innsbruck entstanden ist. Siehe unter <http://www.uibk.ac.at/ottenthal/>.

⁸⁶ *Protokoll* (wie Anm. 4), 29.

⁸⁷ Ebd., 47.

⁸⁸ Vgl. ebd., 29.

⁸⁹ Vgl. ebd., 7.

⁹⁰ Vgl. *Andreas Oberhofer*: Eine Landarztpraxis im 19. Jahrhundert am Beispiel der Ordination des Dr. Franz von Ottenthal (1818-1899). In: Dietrich-Daum u.a. (Hgg.) (wie Anm. 8), 167-191 und *Alois Unterkircher*: Ein Südtiroler Landarzt, seine Praxis und ein typhöser Seuchenzug, oder: Warum Männer, die 1860 ihre Wäsche nicht selbst wuschen, mitunter länger lebten als Frauen. In: Ebd., 193-217.

⁹¹ Vgl. Elisabeth *Dietrich-Daum* u. *Rodolfo Taiani* (Hgg.) *Medikalisation am Lande – Medicalizzazione in area alpina*. Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region/Storia e regione“, Heft 1 (2005).

⁹² Vgl. *Porter* (wie Anm. 42), 637.

⁹³ *Protokoll* (wie Anm. 4), 10.