Christian Probst

Die Reform des Medizinalwesens in Bayern zwischen 1799 und 1808*

Einleitung

Im Zusammenhang mit der Reform des bayerischen Staates, die unter dem Kurfürsten und späteren König Maximilian IV. (I.) Joseph und seinem Minister Maximilian Joseph von Montgelas durchgeführt wurde, ist am Beginn des 19. Jahrhunderts auch das gesamte Medizinalwesen von Grund auf reformiert worden. Dieser Vorgang wurde von der neueren Geschichts- und Medizingeschichtsschreibung in seiner Gänze noch nicht dargestellt. Auf den folgenden Seiten soll im Vorgriff auf eine größere Arbeit die Geschichte dieser bayerischen Medizinalreform in ihren Grundzügen skizziert werden¹.

Vor dem Jahr 1799 besaß Bayern ein Medizinalwesen, das in sich selbst und durch seine Träger ständisch gegliedert war. Es war in Jahrhunderten zu einem komplizierten Gebilde herangewachsen, in dem sich unterschiedliche Rechte und Zuständigkeiten vielfach überschnitten. In den reichsständischen Territorien, die von 1803 an im neuen bayerischen Staat aufgingen, waren die Verhältnisse ähnlich². Nach 1799 schuf im Zeitraum eines knappen Jahrzehnts eine Folge landesherrlicher Gesetze und Verordnungen ein einheitliches, logisch aufgebautes, vom Staat zentral gelenktes Medizinalwesen, in dem jedes Glied seine abgegrenzten Aufgaben hatte. Die Prinzipien dieser Medizinalreform entstammten der Doktrin des aufgeklärten Absolutismus; es waren dies vor allem die Populationslehre und die Philanthropie³.

* Die Literaturangaben werden mit dem Nachnamen des Verfassers bzw. Herausgebers zitiert; werden vom selben Verfasser mehrere Titel aufgeführt, so wird die Ordnungsziffer des Schriftumsverzeichnisses angegeben.

¹ Im neueren Schrifttum werden meist nur einzelne Maßnahmen erwähnt, wie die Einsetzung der beamteten Gerichtsärzte (1803), das Schutzpockenimpfgesetz (1807) und das Organische Edikt über das Medizinalwesen (1808). So z.B. *Fischer*, II. *Glaser*, III/2, 162 f. (22, 23) *Koerting*. (43, 44) *Weis*.

² *Fischer*, II. *Hofmeister*.

³ Dies ist aus dem Tenor der Gesetze, Verordnungen und Aufrufe, insbesondere aus ihren Arealen allenthalben zu ersehen.

Das Medizinalwesen vor 1799

Im 18. Jahrhundert gliederte sich das Heilpersonal sowohl in Bayern als auch in den später annektierten Territorien in sechs Gruppen: die akademischen Ärzte, die handwerklich ausgebildeten Chirurgen, Bader und Barbieri, die Apotheker, die Hebammen, die Tierärzte und die Laienbehandler und fahrenden Arzneihändler. Abgesehen von den akademischen Ärzten konnten diese Berufsgruppen in Ausbildung und Können in sich sehr unterschiedlich sein, aber auch sich untereinander überschneiden⁴.

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurden im Kurfürstentum Bayern verschiedene Reformen am Medizinalwesen durchgeführt, doch blieb das sehr komplizierte, heterogene System als Ganzes unangetastet. Die Kurfürsten übertrugen dem *Collegium medicum* – das war ursprünglich ihr Leibärztekollegium – die Leitung und Aufsicht über das Medizinalwesen im ganzen Land. Planer dieser Reformen und Berater des Kurfürsten war der Protomedicus Dr. Johann Anton von Wolter; dieser konnte jedoch seine Vorstellungen von einem zentralistisch geleiteten Sanitätswesen nicht durchsetzen. So rieten und entschieden hier nach wie vor auch der Hofrat und seit 1779 vor allem die Oberlandesregierung, daneben die Landstände, der Münchner Magistrat und die Magistrate anderer Städte, die medizinische Fakultät von Ingolstadt, geistliche und adelige Grundherrschaften sowie die Zünfte der Chirurgen, Bader und Barbieri. Hierdurch kam es oft zu Kollisionen und Kontroversen, die die Erfüllung öffentlicher medizinischer Aufgaben behinderten⁵. Auf der anderen Seite muß gesagt werden, daß neben dem Landesherrn auch die Landstände und die Stadt München wichtige Aufgaben in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge erfüllten und zur Verbesserung des Medizinalwesens nicht unerheblich beitrugen⁶.

Auf der obersten Verwaltungsstufe der Organe, die für das Sanitätswesen verantwortlich waren, waren lediglich im Collegium medicum Ärzte vertreten. Auf der mittleren Ebene, also der der Rentämter, unterhielt der Landesherr drei *Rentamtsphysici*, je einen in Burghausen, Landshut und Straubing, sowie einen *Regierungsphysicus* in Amberg. Die Landstände unterhielten auf dieser Ebene vier *Landschaftsphysici*, je einen in München, Burghausen, Landshut und Straubing. Alle diese Physici erfüllten medizinapolizeiliche Aufgaben in ihren Amtsbezirken. Auf der unteren Verwaltungsstufe gab es um 1800 in etwa 35 Städten und Märkten Stadt- bzw. Marktphysici. Im übrigen führten die Landrichter, Pflegskommissäre und Hofmarksrichter die Aufgaben der medizinischen Polizei vor Ort durch, wie die Kontrolle der Heilpersonen und des Arzneihandels, das Erkennen, Melden und Bekämpfen von Menschen- und Viehseuchen usw. Außerdem gab es keinen direkten Instanzenweg vom Collegium medicum zu den ausführenden Behörden⁷.

Betrachten wir die verschiedenen Heilberufe jener Zeit genauer, so stellen wir fest, daß die akademischen *Ärzte* grundsätzlich nur innere Medizin betrieben, doch befaß-

⁴ Fischer, II. Hofmeister.

⁵ Hofmeister, 26–37.

⁶ Ebda 52–56.

⁷ (2) Andräas, 176. Hofmeister, 20–60. Naber. (49) Wetzler, 159–173.

ten sich im späteren 18. Jahrhundert immer mehr von ihnen auch mit Chirurgie und Geburtshilfe. Es gab Ärzte in der Regel nur in den Städten. Auf dem Land konnten sie sich nicht halten, da sie für das einfache Landvolk zu teuer waren und der kleine Mann auch gewöhnlich zu Chirurgen und Bädern mehr Vertrauen hatte. Es gab überhaupt wenig Ärzte. In Ober- und Niederbayern waren es um 1800 insgesamt gute hundert, davon praktizierten ganze neunzehn auf dem flachen Land. Im Hochstift Augsburg waren es etwa vier, im Hochstift Bamberg etwa zwanzig und in der Markgrafschaft Bayreuth wohl ebenso viel. Ihr Einkommen war im Vergleich mit dem anderer Akademiker nicht hoch und vor allem unsicher. Deshalb waren sie stets bestrebt, in ein fest besoldetes Anstellungsverhältnis zu kommen, das ihnen wenigstens einen Teil ihres Lebensunterhalts sicherte. 1000 fl. jährlich wurden als Existenzminimum für einen Arzt angesehen; viele erreichten es nicht. Manche mußten im Alter sogar öffentliche Armenunterstützung empfangen, nicht selten hinterließen sie Witwen und Waisen unversorgt⁸.

Das *Medizinstudium* dauerte in Ingolstadt drei Jahre. Nach der Promotion mußten die jungen Doktoren das sogenannte *biennium practicum* ableisten, das heißt, sie mußten zwei Jahre als Assistenten in der Praxis eines Münchner Arztes mitarbeiten. Dann wurden sie vom Collegium medicum in der *Proberelation* noch einmal geprüft und erhielten erst danach die Approbation zur Eröffnung einer Praxis in Bayern. In der Markgrafschaft Bayreuth studierte ein Arzt drei Jahre an der Universität Erlangen und mußte seit 1783 für drei Jahre Assistent in einer Arztpraxis sein. Im Hochstift Bamberg dauerte das Medizinstudium an der Universität Bamberg auch drei Jahre; seit 1793 mußte man hier ein einjähriges Praktikum an dem neuerrichteten Allgemeinen Krankenhaus anschließen⁹.

Die Mehrzahl der Bevölkerung suchte im Krankheitsfall *Wundärzte*, *Bader* und *Barbiere* auf, die es in den Städten und Märkten und vor allem auch auf dem Land gab. Ihre Honorare waren niedriger als die der Ärzte, auch standen sie dem einfachen Mann gesellschaftlich näher und sprachen seine Mundart. Sie waren ausschließlich Praktiker. In dieser Berufsgruppe gab es wohl die größten Unterschiede an heilkundlichem Wissen und Können. Das Spektrum reichte vom einfachen Barbier, der neben Rasieren und Haareschneiden auch Pflaster auflegte, Schröpfköpfe und Blutegel ansetzte, bis zum Wundarzt, der auch die Grundzüge der medizinischen Wissenschaft beherrschte. Grundsätzlich waren die Angehörigen dieser Berufsgruppe auf das Kurieren äußerer Schäden und die Durchführung äußerer Heilmaßnahmen beschränkt; innere Leiden durften sie nicht behandeln und vor allem keine innerlichen Arzneien verordnen. Trotzdem taten sie es ständig und überall, weil es die Patienten von ihnen verlangten und oft auch kein Arzt zur Verfügung stand. Sie machten aber auch dadurch vielen Ärzten Konkurrenz, weshalb es ständig Klagen gegen Wundärzte und Bader wegen unerlaubten Kurierens innerer Leiden gab. Die Chirurgen, Bader und Barbieri wurden handwerklich in einer Lehr- und Gesellenzeit ausgebildet und unter-

⁸ (2) *Andréas*, 173–197. *Böhmer*, 30. *Hofmeister*, 67. *Lehmann-Struve*. Metz, Anm. 236. (47) *Wetzler*, 21, 166–179, 192. (49) *ders.*, 6, 169, 172.

⁹ *Hofmeister*, 69–72. *Lehmann-Struve*, 31–34. *Medick*, 98.

lagen dem Zunftzwang. Die Landbader waren in Bayern, wie das hier sehr verbreitete ländliche Handwerk überhaupt, nicht korporiert. Seit 1772 gab es in München eine Chirurgenschule, an der die Münchner Badersgesellen, später auch die aus anderen Städten eine theoretische und praktische Ausbildung in Anatomie und Chirurgie erhalten konnten. Die einfachen Landbader machten davon in der Regel keinen Gebrauch¹⁰.

Von hoher Wichtigkeit für alle Kreise der Bevölkerung waren die *Hebammen*. Auch sie gab es im ganzen Land, doch war auch ihre Qualität höchst unterschiedlich. Sie lernten ihre Kunst als sogenannte Lehrtöchter oder Lehrmägde in einer mehrjährigen Lehre bei einer älteren Kollegin, doch wurde diese Ausbildung in den ländlichen Bereichen so gut wie gar nicht kontrolliert. In den Städten führten die *Physici* hierüber Aufsicht und prüften die Kandidatinnen. Viele Hebammen, insbesondere auf dem Land, übten ihren Beruf als reine Empirikerinnen aus, ohne je eine gezielte Ausbildung genossen zu haben. Hebammen behandelten auch nicht selten verbotenerweise alle möglichen Krankheiten. Seit 1755 gab es in München eine Hebammenschule mit Gebärrhaus im Hl. Geist-Spital, und in den folgenden Jahren wurden in den Rentämtern von den Landständen Ärzte als Hebammenlehrer eingesetzt. Hierdurch wurde im Weichbild und im Umland der Städte der Ausbildungsstand der Hebammen gehoben. Bei einer Erhebung, die im Jahre 1783 durchgeführt wurde, zählte man in Bayern und der Oberpfalz immer noch neben 302 examinierten 833 nicht geprüfte Hebammen. Während des 18. Jahrhunderts traten in Bayern wie auch in den anderen Territorien zudem männliche Geburtshelfer, die sich *Accoucheure* nannten, auf; sie waren in der Regel ursprünglich Wundärzte. – In den später von Bayern annektierten Territorien entstanden damals ebenfalls Chirurgen- und Hebammenschulen, an denen von Ärzten theoretischer und praktischer Unterricht abgehalten wurde; sie übertrafen die bayerischen Institute mitunter an Güte¹¹.

Apotheken gab es in den Städten und den Klöstern. Die *Apotheker* lernten ihren Beruf als Lehrlinge und Gesellen; sie mußten allerdings Lateinkenntnisse haben. Die Apotheken wurden im Auftrag der staatlichen bzw. städtischen Obrigkeiten regelmäßig von Ärzten visitiert. Die Klosterapotheken versorgten vornehmlich auf dem Land, aber auch in den Städten die ärmere Bevölkerung wohlfeil oder unentgeltlich mit Arzneimitteln. Die Apotheker verordneten und verabreichten oft ohne ärztliche Konsultation Arzneien, was ebenfalls verboten war¹².

Die Personen, die als *Tierärzte* wirkten, hatten ihre Kunst als Hufschmiede, Abdecker, Metzger, Bauern oder auch als Chirurgen empirisch gelernt. Seit 1790 bestand in München eine Tierarzneischule, an der solche Personen zusätzliche theoretische und praktische Kenntnisse erwerben konnten. In den letzten Jahrzehnten des Jahrhunderts wurde an vielen deutschen Landesuniversitäten die Tiermedizin als Pflichtfach für die Medizinstudenten eingeführt, so auch in Ingolstadt¹³.

¹⁰ Fickenscher. Hofmeister, 77–83. Kiechle, 20–37. (47) Wetzler, 14, 91–96, 143–148. (49) ders., 167–169. RIB 1801, 26–29.

¹¹ Hofmeister, 84–88. (47) Wetzler, 123. (49) ders., 84–89, 169–172. RIB 1801, 29f.

¹² Hofmeister, 72–76. Müller-Faßbender. RIB 1801, 30f.

¹³ Boessneck, 281–284. (47) Wetzler, 189–191. (49) ders., 101–106.

Eine große Bedeutung hatten die *Laienbehandler*, die von den Ärzten abschätzig als *Kurpfuscher*, *Winkel-* oder *Afterärzte* bezeichnet wurden. Sie entstammten den verschiedensten Berufen; vornehmlich waren es Abdecker, Scharfrichter, Schäfer, Schmiede, Jäger oder alte Frauen. Sie hatten sich rein empirisch bestimmte Heilverfahren angeeignet und haben diese sicher auch oft mit Erfolg ausgeübt. Im Volk genossen sie neben oder gar vor den Wundärzten und Badern viel Vertrauen. Zu ihnen gehörten auch die *fabrenden Arzneihändler*, *Wurzelgräber*, *Ölträger* usw., die in großer Zahl das Land durchzogen. Alle diese in der Heilkunde nicht regelrecht ausgebildeten Personen wurden vom Staat geduldet. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts sollten in Bayern alle vom Collegium medicum oder den regionalen Physici geprüft werden, was sich freilich nicht durchführen ließ. Sie erhielten weiter von den Land- und Hofmarksgewalten ihre Lizenzen. In den anderen Territorien bestanden hier genau die gleichen Verhältnisse¹⁴.

Das bayerische Collegium medicum war sich der Mängel des Systems bewußt. Es hat seit 1756 mehrmals Anstrengungen unternommen, Reformen durchzuführen. Ursprünglich war Protomedicus von Wolter die treibende Kraft hierzu. Da das Collegium hierbei insbesondere von der Oberlandesregierung nicht unterstützt wurde, führten die Landgerichte seine Anweisungen meist nicht durch. Bei der Seuchenbekämpfung übergab die Oberlandesregierung das Collegium und gab den Landrichtern direkt Weisungen¹⁵. Erfolgreich waren dagegen mehrere Reformen des Medizinstudiums, die den Unterricht der angehenden Ärzte dem allgemeinen Stand der Wissenschaft anpaßten. Dabei wurde jedoch – wohl im Hinblick auf das in München abzuleistende biennium practicum – in Ingolstadt keine Universitätsklinik zum praktischen Unterricht am Krankenbett eingerichtet, wie es damals an den meisten Universitäten geschah, so auch in Würzburg, Bamberg, Erlangen und Altdorf. Eine bedeutende Förderung erfuhr die Heilkunde in den Hochstiften Würzburg und Bamberg, insbesondere unter Fürstbischof Franz Ludwig von Erthal. Dort wurde die Krankenversorgung in den großen Hospitälern wesentlich verbessert, die Ausbildung der Ärzte, Wundärzte und Hebammen reformiert, es wurden auch Gebärhäuser eingerichtet; Erthal ordnete persönlich die Anwendung der modernsten Lehrbücher an usw.¹⁶.

Die Reformen bis 1808

Als im Jahre 1799 Kurfürst Max IV. Joseph zusammen mit seinem Berater, dem Freiherrn von Montgelas, in Bayern das Staatsruder in die Hand nahm, hatten diese beiden Männer innerhalb ihrer umfangreichen Pläne für die Umgestaltung des Staats-

¹⁴ Fischer, II, 63, 94–99. Hofmeister, 88–95. (47) Wetzler, 13–15, 51, 149f. (49) ders., 105–119, 170f.

¹⁵ Hofmeister, 26–51.

¹⁶ (1) Andräas, 71. Grünbeck. Lehmann-Struve, 29–33. (31) Müller. Prantl, 599–610, 676–683. Sailer. Wendehorst.

wesens für eine Reform des Medizinalwesens anscheinend kein fertiges Konzept. In den ersten Jahren wurde eine Reihe von Einzelmaßnahmen durchgeführt, die erst 1808 durch den Erlaß des Organischen Ediktes über das Medizinalwesen zu einem einheitlichen System zusammengefaßt wurden.

Zunächst wurde 1799 bei der Neuordnung der zentralen Staatsleitung zusammen mit der Oberlandesregierung und einer Reihe weiterer Zentralbehörden auch das Collegium medicum aufgelöst. In der nun errichteten *Generallandesdirektion* mit ihren sieben Fachdeputationen gehörte zur *Polizeideputation* auch eine *Sanitätskommission*. Diese war eine kollegiale Behörde und bestand aus acht Medizinalräten. Ihre Aufgaben waren vor allem die Beratung des Kurfürsten und seiner Regierung in allen Dingen der medizinischen Polizei, des Hospitalwesens, der Seuchenbekämpfung, der Aufsicht über die Heilpersonen und den Arzneimittelverkauf, dann die Erstellung gerichtsmmedizinischer Gutachten und die Prüfung der Ärzte, Wundärzte und Hebammen. In gleicher Weise wurden der gesonderten *Landesdirektion der Oberpfalz* Medizinalräte zugeordnet. – Der Unterschied zum früheren Collegium medicum bestand darin, daß dieses als Leibärztekollegium eine relativ selbständige Behörde gewesen war, jedoch immer um seine Zuständigkeit mit konkurrierenden Behörden und Organen hatte kämpfen müssen, während die neuen Medizinalräte Beamte waren, die eine feste Position und klare Aufgaben innerhalb eines zentralistisch geordneten und fachlich gegliederten Regierungsapparates besaßen¹⁷.

Mit der Einsetzung dieser Sanitätskommission und der oberpfälzischen Medizinalräte hatte es zunächst sein Bewenden. Als Mittelbehörden blieben die Regierungen in Neuburg, Landshut, Straubing und Burghausen bestehen. Ihnen oblag in ihren Bezirken auch die Durchführung der medizinischen Polizei und der Seuchenbekämpfung, nicht aber die Prüfung und Approbation des Heilpersonals. Wahrscheinlich haben hier noch die alten Rentamtsphysici ihren Dienst weiter versehen. Auf der Ebene der Landgerichte änderte sich zunächst nichts¹⁸.

In dieser Zeit wurde in der Ärzteschaft und in den führenden Kreisen Bayerns bis hin zum Kurfürsten über die Mängel im bestehenden Medizinalwesen und längst fällige Reformen ausgiebig debattiert. Schon seit Jahren erschienen in der Presse Artikel zum Krankenhauswesen, zur Seuchenbekämpfung, insbesondere der Pocken, über den Ärztemangel auf dem Land, die Puschereien der Wundärzte und Bader und ihr unerlaubtes Kurieren innerer Leiden, über die oft tödlich endenden Puschereien der Hebammen. Es wurde darüber geklagt, daß man dem Übel der Winkel- und Afterärzte, der fahrenden Theriakskrämer und ausländischen Arzneihausierer trotz staatlicher Verbote nicht beikomme. Wie sehr der Mangel an Ärzten empfunden wurde, wird deutlich aus Anfragen aus der Bevölkerung an die Intelligenzblätter über Verhaltensvorschriften gegen umlaufende Menschen- und Viehseuchen, da der Landmann nicht wußte, an wen er sich wenden sollte. Es erschienen aus der Feder von Ärzten Projekte über die Verbesserung des Medizinalwesens in Bayern und in den deutschen

¹⁷ Hofmeister, 52. IB 1799, 309–336.

¹⁸ IB 1799, 316f.

Staaten überhaupt. Manche Ärzte machten Eingaben an die Regierung und schlugen Reformmaßnahmen vor¹⁹.

Die Quintessenz dieser Überlegungen war, daß man der Bevölkerung in allen Teilen des Landes gut ausgebildete Ärzte zur Verfügung stellen müsse, die für jedermann erreichbar seien, und daß die Wundärzte eine gehobene Ausbildung in Chirurgie, Geburtshilfe und vor allem auch in den Grundzügen der inneren Medizin erhalten müßten, die es ihnen ermöglichte, auch innere Erkrankungen kunstgerecht zu behandeln. Dazu kam regelmäßig die Forderung nach einer besseren und einheitlichen Ausbildung der Apotheker und der Hebammen einschließlich staatlicher Prüfungen und Kontrollen sowie die Forderung nach einem strikten Verbot jeglicher Laienmedizin. Um dem Ärztemangel auf dem Land abzuhelpen, schlugen verschiedene Autoren vor, die Ärzte zu fest besoldeten Beamten zu machen. Außerdem wurde vorgeschlagen, einen staatlichen ärztlichen Dienst einzurichten, der entsprechend der allgemeinen Verwaltungsstruktur in drei administrative Stufen (Zentral-, Mittel- und Unterbehörden) zu gliedern sei. Erst hierdurch könne eine geordnete Leitung des gesamten Medizinalwesens verwirklicht werden²⁰.

Als Vorbild diente vor allem das österreichische Sanitätswesen, das bereits unter Maria Theresia und Joseph II. als ein Zweig der staatlichen Administration eingerichtet worden war. Verschiedene bayerische Ärzte hatten die österreichischen Verhältnisse als Studenten und auf Reisen kennengelernt. Auch das staatliche Sanitätswesen Preußens und seine Einrichtungen in Ansbach-Bayreuth haben Anregungen gegeben. Sowohl in den K. K. Erblanden als auch in Preußen war jene dreistufige Verwaltungsstruktur im staatlichen Sanitätswesen bereits im 18. Jahrhundert eingerichtet worden. Dagegen galten die medizinischen Verhältnisse Frankreichs nach der Zerschlagung der alten Ordnung als anarchisch²¹.

An diesen Debatten hat sich wohl auch der junge Dr. Simon Haeberl beteiligt, der 1801, damals 29jährig, Eingang in das Haus Montgelas fand und bald der Hausarzt und Freund des Ministers wurde. Er wurde zur eigentlichen Triebfeder der Medizinalreform in Bayern und hat die Entwürfe für die wichtigen Gesetze vorbereitet und abgefaßt, so das Schutzpockenimpfgesetz und das Organische Edikt über das Medizinalwesen. Haeberl war 1772 in München geboren worden, hatte von 1792 bis 1796 in Ingolstadt und Wien Medizin studiert und sich nach Ablegen der Proberelation in München niedergelassen. 1802 wurde er Stadtphysicus und Medizinalrat in der Sanitätskommission der Generallandesdirektion, 1806 Generaldirektor der bayerischen Feldspitäler, 1807 traten er und Karl Wigand Maximilian Jacobi als Medizinalreferenten ins Innenministerium mit dem Rang von Obermedizinalräten ein und wurden damit die obersten ärztlichen Leiter des bayerischen Medizinalwesens. Jacobi schied 1811

¹⁹ A. Medizinalwesen allgemein: *Fischer*, II, 49, 149–152. *Niederhuber*. *Nolde*. *Seidler*, 118–122. *Wenzl*, 12 f. (47) *Wetzler*. RIB 1801, 23–31. B. Über die Bekämpfung der Pocken vor Einführung der Vakzination zahlreiche Artikel in IB 1796–99, RIB 1800. C. Umfangreiche Debatte über die Renovierung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in München in IB 1799.

²⁰ Siehe Anm. 19 A.

²¹ *Kerschensteiner*, 112–116, 164. *Lesky*. *Rosen*. *Wenzl*, 9–11. (47) *Wetzler*, 217–234. Über das staatliche Sanitätswesen Preußens: *Fischer*, I, 340; II, 140–143.

aus dem bayerischen Staatsdienst aus, Haeberl blieb bis zum Sturz von Montgelas 1817 im Amt²².

Im Jahre 1803 wurde – auch unter Federführung Haeberls – die wichtigste Einrichtung der bayerischen Medizinalreform geschaffen: die *Landgerichtsärzte*. 1802 war Bayern in fünfzig neue Landgerichtsbezirke eingeteilt worden. Jeder dieser Bezirke erhielt nun einen Landgerichtsarzt. Damit sollte – das war der vornehmste Zweck – endlich der Ärztemangel im Land behoben werden; in jedem Landgerichtsbezirk sollte für alle Untertanen wenigstens ein Arzt erreichbar sein. Die Landgerichtsärzte waren Beamte; ihre Aufgaben waren: Aufsicht über das gesamte Heilpersonal und die Medizinaleinrichtungen ihres Bezirks, Gesundheitspolizei und Seuchenbekämpfung, Führen einer Geburten-, Sterbe- und Krankenstatistik, Erstellen gerichtsmedizinischer Gutachten und die kostenlose Behandlung der Armen ihres Bezirks. Daneben sollten sie durch Führen einer Privatpraxis allen übrigen Personen zur Verfügung stehen. Ihr Gehalt betrug 600 fl. im Jahr; das war die Hälfte dessen, was die ihnen ranggleichen Landrichter und Rentbeamten erhielten. Landgerichtsärzte wurden auch in allen von 1803 an annektierten Gebieten eingesetzt²³. 1806 erhielten die selbständigen Stadtgerichtsbezirke Stadtgerichtsärzte. Diese bezogen anfangs nur 300 fl. jährlich; später wurde ihr Sold erhöht²⁴.

In jener Zeit und in den folgenden Jahrzehnten bekamen alle beamteten Ärzte in Bayern vom Gerichtsarzt bis zum Obermedizinalrat im Innenministerium jeweils nur das halbe Gehalt der ranggleichen anderen Beamten. Die Gerichtsärzte blieben über ein halbes Jahrhundert lang auf ihren 600 fl. stehen. Der Staat stand dabei ganz allgemein auf dem Standpunkt, daß die Ärzte neben ihrem Amt eine Praxis führen und die für den Lebensunterhalt notwendige Summe dazuverdienen könnten. Von diesem Grundsatz war man schon früher bei der Besoldung von Ärzten durch den Staat, die Städte oder die Landstände ausgegangen. Jetzt war dies eine Sparmaßnahme, durch die der Aufbau des staatlichen ärztlichen Dienstes überhaupt erst möglich wurde. Das noch niedrigere Gehalt der Stadtgerichtsärzte begründete man damit, daß ein Arzt in einer größeren Stadt sich leichter eine einträgliche Praxis aufbauen könne, als in einem kleineren Gemeinwesen oder gar auf dem flachen Land. Sowohl zur Verminderung des Kleideraufwandes als auch als eine Auszeichnung ihres Standes erhielten die Gerichtsärzte eine Beamtenuniform. Diese bestand aus einem hechtgrauen Frack mit schwarzen Aufschlägen und Kragen, gelbmetallenen Knöpfen und Stickerei, Zweispiß und Degen. Beinkleider und Weste durfte sich jeder selbst auswählen. Es war den Gerichtsärzten freigestellt, Uniform oder Zivilkleidung zu tragen²⁵.

Allerdings wurde bald Kritik geübt: Der Gerichtsarzt müsse, weil er gezwungen sei, nebenher Privatpraxis zu betreiben, um die Gunst des Publikums buhlen, er mache sich damit von den Menschen abhängig und könne in seinem Amt nicht mehr unpar-

²² Hirsch, III, 8, 392 f. Wenzl. RB 1808, 1441. Simon Haeberl ist zu unterscheiden von Franz Xaver Haeberl, dem Münchner Krankenhausreformer der gleichen Zeit und Vorstand des neuen Allgemeinen Krankenhauses; mit ihm war er auch nicht verwandt.

²³ (47) Wetzler, passim. RB 1803, 912–916; 1804, 195–199, 342, 612 f., 937, 957–959; 1807, 504 f.

²⁴ RB 1806, 165 f.; 1807, 504 f., 1715 f.

²⁵ (47) Wetzler. Zorn. RB 1804, 957–959. Siehe auch Anm. 24.

teisch entscheiden. Für die Vielfalt der Amtspflichten und das gleichzeitige Führen der Praxis seien die Amtsbezirke zu groß; ihre Einwohnerzahl betrüge im Einzelfall bis zu 30 000 Seelen. Für viele Bewohner seines Bezirks, vor allem oft die ärmeren, wohne er zu weit entfernt, so daß sie ihn im Krankheitsfall doch nicht konsultieren könnten²⁶. – Es blieb jedoch bei den ursprünglichen Regelungen, und die bayerischen Gerichtsärzte haben in den folgenden Jahren und Jahrzehnten eine überaus segensreiche Tätigkeit entfaltet.

Ebenfalls im Jahre 1803 wurde die Generallandesdirektion in die *Landesdirektion für Bayern* umgewandelt und für die übrigen, teils neuerworbenen Gebiete Landesdirektionen eingerichtet, nämlich für *Neuburg, Franken und Schwaben*; für die *Oberpfalz* bestand schon eine solche. Diese Provinzial- oder Mittelbehörden hatten je eine *Sanitätssektion* mit zwei bis drei Medizinalräten. In München wurden alle neun Medizinalräte aus der Generallandesdirektion in die neue Behörde übernommen. Diese Medizinalräte leiteten das Medizinalwesen ihrer Provinz. Die Gerichtsärzte waren ihnen direkt untergeordnet. Die Sanitätssektionen erließen über die Landesdirektionen die Verordnungen zum Medizinalwesen und waren, da es zunächst keine medizinische Zentralbehörde mehr gab, die eigentlichen gesetzgebenden Organe für diesen Bereich. Deshalb entwickelte sich das Sanitätswesen in den verschiedenen Provinzen mitunter etwas unterschiedlich, bis 1808 die zentrale Leitung beim Innenministerium geschaffen wurde. Die Medizinalräte waren den Landesdirektionsräten ranggleich; sie erhielten den halben Gehalt von diesen, nämlich 800 fl. Die Einwände, die auch hiergegen erhoben wurden, waren mutatis mutandis die gleichen wie die bei den Landgerichtsärzten, doch blieb es hier wie dort bei der ursprünglichen Regelung²⁷.

Gerade in den ersten Jahren hatten die Gerichtsärzte und die Medizinalräte viel zu arbeiten. Das gilt besonders für die neuen Provinzen, wo sich in den Territorien des alten Reiches unterschiedliche Verhältnisse entwickelt hatten. Neben dem Aufbau neuer Institutionen galt es hier erst einmal einheitliche Verhältnisse zu schaffen. In den ländlichen Gebieten der ehemaligen Kleinterritorien gab es so gut wie keine Ärzte. Die Wundärzte, Bader und Hebammen hatten vielfach keiner Prüfungspflicht und Kontrolle unterlegen, die Heilkunde lag hier zuweilen noch mehr als in Altbayern in den Händen von Laienbehandlern; abergläubische Praktiken spielten eine wichtige Rolle. In allen Provinzen mußten die Medizinalbeamten nun Geburten-, Sterbe- und Krankheitslisten anlegen bzw. aus den an die Sanitätssektionen eingesandten Listen Konspekte herstellen. Das ganze niedere Heilpersonal mußte einschließlich seines Ausbildungs- und Kenntnisstandes, seines Instrumentars usw. erfaßt und kontrolliert werden. Allenthalben eingerissene Puscherei war aufzuspüren und abzustellen; dabei stellte sich die Bevölkerung meist auf die Seite ihrer vertrauten Heilkünstler und gegen die von der Obrigkeit eingesetzten Gerichtsärzte. Der Arzneihandel war auf die Apotheken zu beschränken; diese mußten visitiert werden. Das Spitalwesen war auf einen für die Kranken- und Altenversorgung einheitlichen Stand zu bringen und ärztlich zu betreuen. Umfangreiche Hygienemaßnahmen mußten in

²⁶ (47) *Wetzler*, 4, 6, 63–65, 125–129.

²⁷ (47) *Wetzler*, 4 und passim. (49) *ders.*, IV f., 174. RB 1803, 657–665, 953 f.

Angriff genommen werden, wie zum Beispiel das Zuschütten versumpfter Stadtgräben, die Überwachung des Lebensmittel- und Weinhandels. Die Seuchenbekämpfung verlangte ständige Kontrollen der Sterbelisten, Veröffentlichung von Verhaltens- und Behandlungsvorschriften, bei den Pocken polizeiliche Isolierungsmaßnahmen usw. Dazu kamen die häufig auftretenden Viehseuchen, für die die Amtsärzte ebenfalls zuständig waren. Die eigentlich wichtigste Aufgabe war die Einführung der Schutzpockenimpfung. Hierzu mußte die Bevölkerung aufgeklärt und gewonnen, Impfstoff bereitgestellt, Impfarzte angelernt, die Impfung und die Nachschau durchgeführt, Impflisten geführt und kontrolliert werden. Die Gerichtsärzte sollten medizinische Topo- und Ethnographien ihrer Bezirke anfertigen und meteorologisch-epidemiologische Tagebücher führen. Für Prozesse waren gerichtsmedizinische Gutachten zu erstellen, oft mit Leichensektionen. Unterricht und Prüfungen standen auf den Dienstplänen. Die Gerichtsärzte mußten die Armen ihres Bezirks kostenlos behandeln. Schließlich hatten die Medizinalräte sämtliche Verordnungen für das Medizinalwesen ihrer Provinz auszuarbeiten. Und daneben warteten sowohl auf die Medizinalräte, als auch auf die Gerichtsärzte noch die Privatpatienten²⁸.

Seit 1799 war man auch daran gegangen, die Verhältnisse des niederen Heilpersonals und des Gesundheitswesens schrittweise zu verbessern. Aus der großen Zahl von Gesetzen und Verordnungen seien einige wenige Beispiele genannt: Im Jahre 1802 wurden die Bader, die auf dem Land der Grundherrschaft frondienstpflichtig waren, vom Handscharwerk befreit. 1804 wurde die Zunftspflicht der Wundärzte und Bader in den Städten und Märkten aufgehoben. Nachdem für alle fahrenden Operateure, Zahn- und Augenärzte grundsätzlich bereits eine Prüfungspflicht bestand, wurde 1805 verfügt, daß diese, meist aus dem Wundarztstande stammenden Personen ihre Kunst auf einer inländischen medizinischen oder chirurgischen Schule erlernen und eine theoretische und praktische Spezialausbildung nachweisen mußten. Ausländer mußten ihre erfolgreiche Ausbildung mit Zeugnissen nachweisen und sich dann zudem einer Prüfung durch die bayerischen Medizinalräte unterziehen²⁹.

1800 verpflichtete die Generallandesdirektion von Bayern alle neu anzustellenden sowie alle bisher nicht examinierten Hebammen im Land dazu, einen dreimonatigen Lehrkurs an der Hebammenschule am Hl. Geist-Spital in München zu besuchen und eine Abschlußprüfung abzulegen. Die Lehrlinge mußten lesen und schreiben können und durften nicht älter als 40 Jahre sein. 1806 wurde ein Pflichtlehrcurs von ebenfalls drei Monaten Dauer für die Hebammen der neuen Provinz Schwaben in Ulm eingerichtet, nachdem die Sanitätssektion der Landesdirektion in Ulm bei der Registrierung des Heilpersonals festgestellt hatte, daß die Hebammen sehr mangelhaft ausgebildet waren und nur über schlechte Kenntnisse verfügten³⁰.

Ebenfalls in Schwaben wurde 1807 die Leichenschau eingeführt. Der Zweck war die Aufdeckung von eventuellem Scheintod, eines Verbrechens oder einer ansteckenden Krankheit. Die Durchführung oblag besonders ermächtigten Chirurgen und Ba-

²⁸ A. Gerichtsärzte: RB 1803, 912–916; 1804 196–198; 1805 361 f. B. Medizinalräte: (49) *Wetzler*, passim. RB 1807, 818 f., 1645 f.

²⁹ *Döllinger*, I, 63, 360.

³⁰ RIB 1800, 136. RB 1806, 262 f.; 1807, 88 f., 502–504.

dem. Für Tirol wurde das in den K. K. Erbländen eigentlich seit 1766 bestehende Leichenschaugesetz 1808 vom nunmehrigen bayerischen Landesgubernium in Innsbruck erneuert. Für ganz Bayern ist die obligate Leichenschau dagegen erst 1839 eingeführt worden³¹.

Im Jahre 1808 wurden die bisherigen Staatsreformen mit der Verkündung der *Konstitution* und der sogenannten *Organischen Edikte* zu einem gewissen Abschluß gebracht³². Dazu gehörte auch das *Organische Edikt über das Medizinalwesen im Königreich Baiern* vom 8. September. Nach der mehrjährigen Versuchsphase in den einzelnen Provinzen beschloß nunmehr der König, wie es dort heißt: „... das in dieser Hinsicht schon bestehende Brauchbare auf alle Theile Unseres Reichs in einen jeden der neu organisierten Kreise zu übertragen, das Mangelnde allenthalben zu ersetzen; das Ganze in eine zweckmäßige Verbindung und einen der nothwendigen Ordnung günstigen Zusammenhang zu bringen, und zugleich den übrigen Verwaltungszweigen anzupassen“³³.

Allen Laien, also allen nicht regulär heilkundlich Ausgebildeten, wurde jede medizinische Behandlung verboten – es gab keine Kurierfreiheit mehr. – Die Ärzte mußten an einer inländischen Universität sechs Semester studieren, nach der Promotion sich zwei Jahre als Assistenten praktisch ausbilden und dann noch ein Staatsexamen ablegen; in dieser Ausbildung waren Chirurgie und Geburtshilfe inbegriffen. – Wundärzte sollten nicht mehr, sondern an ihrer Stelle niedere Landärzte in Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe ausgebildet werden; sie sollten in der Zukunft vornehmlich die Landbevölkerung betreuen. Den praktischen Ärzten wurden sie nach-, den Gerichtsärzten untergeordnet. – Den Apothekern wurde neben ihrer Lehrzeit ein zweijähriges Studium an einer medizinischen Fakultät verordnet. – Die Hebammen mußten alle eine Hebammenschule besuchen. – Tierärzte sollten etwa auf der Stufe der Landärzte ausgebildet werden; auch sie wurden den Gerichtsärzten unterstellt³⁴.

Die Gerichtsärzte behielten Status und Funktionen, wie sie sich in den vorausgegangenen Jahren bewährt hatten. Sie blieben die untere Stufe und eigentliche Exekutive des staatlichen Sanitätswesens und der Aufsicht über das gesamte Medizinalwesen. Sie unterstanden direkt den *Kreiskommissariaten* der damals neu eingerichteten fünfzehn Kreise. In den Kreiskommissariaten saßen ein oder zwei Medizinalräte als Fachbeamte. Diese sollten neben ihren administrativen Aufgaben die Prüfungen der Landärzte, Hebammen und Tierärzte durchführen. Dann wurde eine Zwischenstufe geschaffen: die *medizinischen Prüfungskomiteen* in Bamberg, München und Trient; das waren Kollegien von vier bis fünf Medizinalräten, die die Abschlußprüfungen der Ärzte und Apotheker und die Konkursprüfungen der angehenden Gerichtsärzte vorzunehmen sowie als gerichtsmedizinische Obergutachter zu fungieren hatten. Die Spitze der staatlichen Medizinalverwaltung bildete das *medizinische Zentralbüro beim Innenministerium* mit zwei Obermedizinalräten – es waren dies die bereits erwähnten

³¹ Döllinger, I, 306. RB 1807, 753–758; 1808, 1985–87.

³² (43) Weis, 51–55.

³³ (23) Koerting, 31 f.

³⁴ (23) Koerting.

Haeberl und Jacobi. Neben der administrativen Leitung des gesamten medizinischen Zweiges der Staatsverwaltung hatten sie die in diesem Bereich einschlägigen Gesetze und Verordnungen vorzubereiten. – Damit war das zentralistisch organisierte, dreistufige staatliche Sanitätswesen vollständig. Das Organische Edikt bildete bis ins 20. Jahrhundert hinein die Grundlage der Organisation der bayerischen Medizinalverwaltung³⁵.

Am Schluß seien noch zwei kurze Bemerkungen zum *medizinischen Unterrichtswesen* und zur *Schutzpockenimpfung* gemacht.

Ärzte wurden an den Universitäten Landshut, Erlangen und Würzburg ausgebildet, zwischendurch ging Würzburg vorübergehend verloren, dafür kam Innsbruck dazu. Wichtig waren die im Zuge der allgemeinen Universitätsreformen eingeführte strenge staatliche Aufsicht, die regelmäßigen Semestralprüfungen und die Einrichtung bzw. Übernahme der medizinischen, chirurgischen und geburtshilflichen Kliniken für die praktische Ausbildung am Krankenbett als feste Bestandteile der medizinischen Hochschulausbildung. Festzuhalten ist auch, daß Bamberg, Landshut und Würzburg Hochburgen der naturphilosophischen Medizin im Gefolge Schellings waren. – Die Münchner Chirurgenschule war kurz nach dem Regierungsantritt Max Josephs verbessert worden; infolge des Organischen Edikts wurde sie zur Schule für Landärzte umgewandelt, ebenso die Chirurgenschulen von Bamberg und Salzburg – diese beiden waren bis 1803 bzw. 1808 medizinische Fakultäten gewesen. Die Schulen für Landärzte hatten eigene Kliniken. Die Schüler sollten die Lateinschule absolviert haben oder junge qualifizierte Wundärzte sein. Das Konzept der Landärzte hat sich allerdings nicht bewährt, weil man für diesen erklärtermaßen subalternen Beruf nicht genügend gute Anwärter bekam. 1823 wurden die Schulen wieder in Chirurgenschulen umgewandelt. – Auch die Münchner Tierarzneischule war bereits verbessert worden, 1810 wurde sie in die Central-Veterinär-Schule umgewandelt, die ein deutlich höheres wissenschaftliches Niveau hatte. – Land- wie Tierärzte mußten drei Jahre studieren und unterlagen auch den Semestralprüfungen. – Hebammenschulen mit Gebärhäusern bestanden oder wurden eingerichtet in München, Bamberg und Würzburg, vorübergehend in Ulm³⁶.

Zur Einführung der Schutzpockenimpfung in Bayern können hier nur die wichtigsten Fakten aufgeführt werden: Die Pocken hatten seit dem Mittelalter die europäischen Länder heimgesucht und immer wieder zahlreiche Todesopfer gefordert. Sie wurden im 18. Jahrhundert besonders heftig. Man rechnete vor 1800 mit jährlich 400 000 Pockentoten in Europa, davon 70 000 in Deutschland (das waren 0,25% der Bevölkerung). Die Letalität betrug 10 bis 30%; viele Menschen behielten schwere Schäden zurück, wie Blindheit, Taubheit, Lähmungen, narbig zerstörte Haut usw. Die Opfer waren zu über 90% Kinder im Alter von unter zehn Jahren. In Pfalz-Bayern tötete die Seuche jährlich etwa 7500 Menschen, Ansbach-Bayreuth hatte im Jahr 1800 sogar 4509 Pockentote (das war gut 1% der Bevölkerung). Nachdem man in Europa

³⁵ Ebda. *Martin*, II, 3–14.

³⁶ (3,4) *Boehm. Böhmer. Boessneck*, 288–293. *Goerke*, 205–209. *Herzog. Kiechle. Maier*. (32) *Müller*. RB 1802, 305–308, 791 f.; 1807, 182, 833 f.; 1812, 727 f., 1928; 1814, 1807 f.

im 18. Jahrhundert die gefährliche Impfung durch Inokulation der Menschenpocken versucht hatte, veröffentlichte im Jahre 1798 der englische Arzt Edward Jenner die ungefährliche und sichere Impfung der Kuhpocken oder Vakzination. Dieses Verfahren wurde in aller Welt begeistert aufgegriffen und erprobt. Im Hochstift Bamberg und in Kurbayern begann man im Jahre 1800 die Kuhpocken zu impfen, im Hochstift Würzburg, im preußischen Ansbach-Bayreuth, in der Rheinpfalz und in der Reichsstadt Regensburg 1801. Nach guten Erfolgen wurde die freiwillige Impfung rasch verbreitet. Der bayerische Kurfürst ging seinem Volk beispielhaft voran und ließ die Kinder des Hauses Wittelsbach impfen. An der Kampagne für die Verbreitung der Vakzination und an ihrer Durchführung beteiligten sich nicht nur Ärzte und Beamte, sondern auch Pfarrer und Lehrer. Am eifrigsten war man in den neuen Provinzen Franken und Schwaben, etwas nachlässiger zunächst in Altbayern und der Oberpfalz. Die Bevölkerung war insgesamt aufgeschlossen. Es gelang immer besser, lokal ausbrechende Pockenseuchen durch Impfungen zu unterdrücken. Aufgrund der sehr günstigen Erfahrungen, die man in den ersten Jahren gesammelt und genau analysiert hatte, wurde am 26. August 1807 die gesetzliche Schutzpockenimpfung eingeführt. Von jetzt an mußte jedes Kind bis zum dritten Lebensjahr geimpft werden. Zwanzig Tage vorher hatte das Großherzogtum Hessen-Darmstadt ein Impfgesetz erlassen. Hessen-Darmstadt und Bayern gehören damit zu den allerersten Staaten der Welt, die die Pflichtvakzination zum Gesetz erhoben haben. In Bayern wurde das Gesetz konsequent durchgeführt und die Durchführung genau überwacht. Bereits im Etatsjahr 1807/08 hatte Bayern nur noch 150 Pockentote, und seit 1810 kann die Seuche hier als weitgehend ausgerottet gelten. Dies war wohl der schönste Erfolg der ganzen Medizinalreform³⁷.

Zusammenfassung

In den Jahren 1799 bis 1808 wurde in Bayern eine umfassende Reform des Medizinalwesens durchgeführt. Diese Reform wurde nicht von Anfang an nach einem fertigen Konzept vollzogen. Sie begann vielmehr mit einer Reihe von Einzelmaßnahmen, die sich teils aus den Maßnahmen der Reformen des gesamten Staatswesens ergaben, teils aus den Erfahrungen über die Mängel des bestehenden Medizinalwesens, und die aus dem Vergleich mit den Verhältnissen in anderen Staaten und den sachlichen Überlegungen eines größeren Kreises von Staatsmännern und Fachleuten vorbereitet wurden. In dem Arzt Simon Haebelr erhielt diese Medizinalreform gleichwohl einen planenden Kopf, der wesentlich dazu beitrug, daß parallel zu den übrigen Reformen in nicht allzulanger Zeit ein einheitliches Konzept entwickelt wurde und Gesetzeskraft erhielt.

Im einzelnen wurde ein staatlicher Sanitätsdienst mit Ärzten als Fachbeamten auf allen drei Behördenstufen eingerichtet. Wichtigstes Glied desselben waren die Ge-

³⁷ Fischer, II, 265 f. Fossel. Giel. Haebelr/Jacobi, 51–128, Tabellen I–XV. (22) Koerting. Kraus. Rupp. (48) Wetzler. RIB 1801, RB 1802–10 zahlreiche Bekanntmachungen, Aufrufe, Berichte, Tabellen.

richtsärzte, die neben einer umfassenden medizinischen Polizei die ärztliche Versorgung der Bevölkerung im ganzen Land garantieren sollten. Die Ausbildung des Heilpersonals von den Ärzten bis zu den Hebammen wurde auf einen der damaligen medizinischen Wissenschaft angemessenen Stand gebracht und vom Staat allein durchgeführt. Ein besonderes Gewicht erhielt dabei der praktische Unterricht am Krankenbett. Zur ärztlichen Grundversorgung des Landes wurde als Ersatz für Wundärzte und medizinische Bader der neue Beruf der Landärzte geschaffen. Sowohl beim akademischen Medizinstudium als auch bei der Ausbildung der niederen Landärzte wurde die ganze Heilkunde, also Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe, gelehrt und damit die alte Trennung dieser drei Teile beseitigt. Der Staat übernahm durch die Gerichtsärzte die Aufsicht über das ganze Heilpersonal sowie über alle medizinischen Einrichtungen. Diese Maßnahmen wurden von Medizinalgesetzen begleitet, deren wichtigstes und erfolgreichstes das Schutzpockenimpfgesetz war.

Auch nach 1808 wurden noch verschiedene Gesetze zur Reform des Medizinalwesens erlassen, doch ergänzten diese lediglich das Organische Edikt oder führten Bestimmungen durch, die in ihm bereits getroffen waren.

Schrifttum:

- [1] *Konrad Andráas*, Beiträge zu einer Geschichte des Gesundheits- und Medicinalwesens der Stadt und des Fürstenthums Bayreuth, in: Archiv für Geschichte und Alterthumskunde von Oberfranken 15/2 (1882) 1–132.
- [2] *Ders.*, Beiträge zur Geschichte des Seuchen-, Gesundheits- und Medizinalwesens der obern Pfalz, in: Verhandlungen des historischen Vereins von Oberpfalz und Regensburg 52 (1900) 79–286.
- [3] *Laetitia Boehm*, Das akademische Bildungswesen in seiner organisatorischen Entwicklung (1800–1920), in: (42) *Spindler*, IV/2, 991–1033.
- [4] *Dies.*, Bildung und Wissenschaft in Bayern im Zeitalter Maximilian Josephs. Die Erneuerung des Universitäts- und Akademiewesens zwischen fürstlichem Absolutismus, französischem Reformgeist und deutscher Romantik, in: (13) *Glaser*, III/1, 186–220.
- [5] *Dies.* und *Johannes Spörl* (Hrsg.), Die Ludwig-Maximilians-Universität in ihren Fakultäten, Bd. 1, (Berlin 1972).
- [6] *Paul Böhmer*, Die medizinischen Schulen Bambergs in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, (Diss. med., Erlangen 1970).
- [7] *Joachim Boessneck*, Chronik der Tierärztlichen Fakultät, in: (5) *Boehm* und *Spörl*, 281–345.
- [8] *Georg Döllinger* (Hrsg.), Das Medicinalwesen in Bayern, 2 Tle., (Erlangen 1847).
- [9] *Irene Fickenscher*, Die Kenntnisse eines bayerischen Dorfbaders im 18. Jahrhundert, (Diss. med., München 1956).
- [10] *Alfons Fischer*, Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, 2 Bde., (Berlin 1933).
- [11] *Viktor Fessel*, Geschichte der epidemischen Krankheiten. Kap. VIII. Blattern, in: *Th. Puschmann*, *M. Neuburger* und *J. Pagel* (Hrsg.), Handbuch der Geschichte der Medizin, Bd. 2, (Jena 1903) 841–856.
- [12] *Franz Seraph Giel*, Die Schutzpockenimpfung in Bayern von Anbeginn ihrer Entstehung und gesetzlichen Einführung bis auf gegenwärtige Zeit, dann mit besonderer Beobachtung derselben in auswärtigen Staaten, (München 1830).
- [13] *Hubert Glaser* (Hrsg.), Wittelsbach und Bayern. Katalogwerk zu den Ausstellungen vom 11. Juni bis zum 5. Oktober 1980. 6 Bde., (München 1980).

- [14] *Heinz Goerke*, Die Medizinische Fakultät von 1472 bis zur Gegenwart, in: (5) *Boehm und Spörl*, 185–280.
- [15] *Wolfgang Grünbeck*, Der Bamberger Arzt Dr. Adalbert Friedrich Marcus, (Diss. med., Erlangen 1971).
- [16] *Simon Haebel* und *Karl Wigand Maximilian Jacobi* (Hrsg.), Jahrbücher des Sanitätswesens im Königreich Baiern, Bd. 1, (Landshut 1810).
- [17] *Theo Herzog*, Krankenhäuser und medizinische Unterrichtsanstalten in Landshut, in: Verhandlungen des historischen Vereins für Niederbayern 91 (1965) 5–82, 92 (1966) 57–179.
- [18] *August Hirsch* (Hrsg.), Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, 5 Bde., (München 1962).
- [19] *Alexander von Hofmeister*, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, (Neue Münchner Beiträge zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften 6, München 1975).
- [20] *Hermann Kerschensteiner*, Geschichte der Münchener Krankenanstalten insbesondere des Krankenhauses links der Isar, (München, Berlin 1939).
- [21] *Hartmut Kiechle*, Die Ausbildung des niederärztlichen Personals in München 1752–1826: Das Chirurgische Institut 1752–1759, 1772–1809, die Landarztschule 1809–1823, die Chirurgenschule 1823–1826, (Diss. med., Erlangen 1968).
- [22] *Walther Koerting*, Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung, in: Bayerisches Ärzteblatt 17 (1962) H. 2–12.
- [23] *Ders.*, Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Bayern, (Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer 25, München 1971).
- [24] *Georg Friedrich Kraus*, Die Schutzpockenimpfung in ihrer endlichen Entscheidung, als Angelegenheit des Staats, der Familien und des Einzelnen, (Nürnberg 1820).
- [25] *Carlos Lehmann-Struve*, Über die Medizin an der Academia Ottoniana und der Universitas Ottoniano-Fridericiana Bambergensis 1735–1803, (Diss. med., Erlangen 1967).
- [26] *Erna Lesky*, Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus, in: Archiv für österreichische Geschichte 122 (1959) H. 1.
- [27] *Anton Elmar Maier*, Die niederärztliche Ausbildung zu Salzburg im 19. Jahrhundert. Das Große chirurgische Studium (1808–1811). Die Landarztschule (1811–1818). Die Medizinisch-chirurgische Lehranstalt (1818–1875), (Diss. med., Erlangen 1972).
- [28] *Aloys Martin*, Das Civil-Medizinalwesen im Königreiche Bayern, 2 Bde., (München 1884).
- [29] *Christian Medick*, Das Gesundheitswesen der Stadt Wunsiedel in der Markgrafschaft Bayreuth, (Diss. med., TU-München 1979).
- [30] *Martin Metz*, Die medizinhistorischen Denkmäler des Landkreises Bad Tölz-Wolfratshausen, (Diss. med., LMU-München 1979).
- [31] *Rainer A. Müller*, Studium und Studenten an der Medizinischen Fakultät der Universität Ingolstadt im 18. Jahrhundert, in: Sammelblatt des Historischen Vereins Ingolstadt 83 (1974) 187–240.
- [32] *Ders.*, Die Universität Landshut (1800–1826) und ihre Studenten, in: Verhandlungen des historischen Vereins für Niederbayern 104 (1978) 24–55.
- [33] *Gerd-Bolko Müller-Faßbender*, Das Apothekenwesen der bayerischen Haupt- und Residenzstadt München von seinem Anfang bis zum Ende des bayerischen Kurfürstentums, (Miscellanea Bavarica Monacensia 22, München 1970).
- [34] *Gerhard Naber*, Der Arzt als städtischer Amtsträger im alten Amberg, (Diss. med. dent., Erlangen 1967).
- [35] *Ignatz Niederhuber*, Entwurf einer planmäßigen Verfassung des Sanitätswesens für deutsche Provinzen, (München 1801).
- [36] *A. F. Nolde*, Unmaßgeblicher Vorschlag zur Verbesserung des Medizinalwesens in Bayern, (Erfurt 1803).
- [37] *Karl von Prantl*, Geschichte der Ludwig-Maximilians-Universität, 2 Bde., (München 1872).
- [38] *George Rosen*, Hospitals, Medical Care and Social Policy in the French Revolution, in: Bulletin of the History of Medicine 30 (1956) 124–149.
- [39] *Johannes-Peter Rupp*, Die Entwicklung der Impfgesetzgebung in Hessen, in: Medizinhistorisches Journal 10 (1975) 103–120.

- [40] *Karl-Ludwig Sailer*, Die Gesundheitsfürsorge im alten Bamberg, (Diss.med., Erlangen 1970).
- [41] *Eduard Seidler*, Lebensplan und Gesundheitsführung. Franz Anton Mai und die medizinische Aufklärung in Mannheim, (Mannheim ²1979).
- [42] *Max Spindler* (Hrsg.), Handbuch der bayerischen Geschichte, 4 Bde., (München ²1977–81).
- [43] *Eberhard Weis*, Die Begründung des modernen bayerischen Staates unter König Max I. (1799–1825), in: (42) *Spindler*, IV/1, 3–86.
- [44] *Ders.*, Das neue Bayern – Max I. Joseph, Montgelas und die Entstehung und Ausgestaltung des Königreichs 1799 bis 1825, in: (13) *Glaser*, III/1, 49–64.
- [45] *Alfred Wendehorst*, Das Juliuspital in Würzburg, Bd. 1: Kulturgeschichte, (Würzburg 1976).
- [46] *Johann Baptist von Wenzl*, Umriss des Lebens und der letzten Krankheitsgeschichte Dr. Simon von Haebel's, (München 1833).
- [47] *Johann Evangelist Wetzler*, Entwurf einer systematischen Medizinalanordnung für die kurpfalzbaierischen Staaten, (Ulm 1805).
- [48] *Ders.*, Aktenstücke über die Schutzpocken-Impfung in der königlich-baier'schen Provinz in Schwaben, (Ulm 1807).
- [49] *Ders.*, Über das Medizinalwesen in der vormaligen königlich-baier'schen Provinz in Schwaben; oder Rechenschaft über meine Geschäftsführung als Medizinalrath bey der Landesdirektion ..., (Augsburg, Nürnberg 1810).
- [50] *Wolfgang Zorn*, Medizinische Volkskunde als sozialgeschichtliche Quelle. Die bayerische Bezirksärzte-Landesbeschreibung von 1860/61, in: Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 69 (1982) 219–231.

Die zitierten Intelligenz- und Regierungsblätter haben die folgenden Titel:

Münchener Intelligenzblatt	1796–99 (zit.: IB)
Churfälzbaierisches Regierungs- und Intelligenzblatt	1800–01 (zit.: RIB)
Churfälzbaierisches Regierungsblatt	1802
Churbaierisches Regierungsblatt	1803
Churfälzbaierisches Regierungsblatt	1804–05
Kgl. Baierisches Regierungsblatt	1806–17

(zit.: RB)

Diskussion zum Referat von Christian Probst

Leiter: Volker Press

Entsprechend dem Problemaufriß im Vortrag von *Christian Probst* kreiste die sich den Ausführungen des Referenten unmittelbar anschließende Diskussion um zwei Zentralthemen: 1. die Reformen des bayerischen Medizinalwesens in der Ära Montgelas an sich, d.h. insbesondere in bezug auf ihren Stellenwert im Gesamtsystem einer wissenschaftlichen, bildungspolitischen und vor allem administrativen Neuorientierung des Landes und 2. um die Auswirkung dieser Reformen auf die medizinische und sanitäre Betreuung der Bevölkerung.

Rainer A. Müller thematisierte – den ersten Gesichtspunkt aufgreifend – den Zusammenhang zwischen Universitätsreform und „Organischem Edikt über das Medizinalwesen im Königreich Baiern“ von 1808. Seinem Dafürhalten nach hätte eine stärkere Interpretation der Wechselwirkung von wissenschaftlichem Fortschritt, praxisbe-

zogener Ärzteausbildung und „Studentenschwemme“ im Fach Medizin auf der einen und der ediktmäßigen Neuformierung des bayerischen Medizinalwesens auf der anderen Seite das Verständnis für die Zeitgemäßheit der regierungsamtlichen Verordnung gestärkt. Auch *Wolfgang von Hippel* und *Hans Körner* wollten die bayerischen Medizinalreformen im größeren Rahmen einer planmäßigen Neugestaltung des Gesundheitswesens, so vor allem auch in Vergleichen mit den entsprechenden preußischen und österreichischen Reformen sehen. *Von Hippels* Fragen bezogen sich detailliert auf die Entstehungsgeschichte der jeweiligen Erlasse, die sich seiner Ansicht nach bis hin zu populationistischen Ansätzen im 18. Jahrhundert zurückverfolgen ließ, auf Parallelentwicklungen in anderen Rheinbundstaaten und des weiteren auf die spezielle Beziehung zwischen freischaffenden und Amtsärzten. *Hans Körner* unterstrich die Förderung des Medizinalwesens in den Hochstiften Würzburg und Bamberg und knüpfte daran die Frage, inwieweit Bayern nach Annektierung dieser Gebiete sich der dortigen Erfahrungen und Kenntnisse versichert habe. Der Referent erwiderte ihm, daß der bayerische Staat sich nicht nur um die Fortführung und Erweiterung der modernen Krankenhäuser in Würzburg und Bamberg verdient gemacht, sondern auch medizinische Kapazitäten der dortigen Territorien wie Adalbert Friedrich Marcus, Carl Caspar von Siebold und Andreas Röschlaub mit neuen, verantwortungsvollen Aufgaben beauftragt habe.

Das Kriterium der „Professionalisierung des Heilwesens“ machte *Werner Blessing* zum Ausgangspunkt seiner Überlegungen, in deren Verlauf er die konservative Haltung der Bevölkerung hervorhob, die nach wie vor zu Badern und Kurpfuschern gehalten habe. Seiner Frage, in welchem Umfang und wie rasch sich das neue Heilwesen auf dem flachen Land durchsetzen konnte, hielt der Referent entgegen, daß mit der Aufhebung der „Kurierfreiheit“ und der Betonung des „Heilmonopols des Arztes“ Kriterien geschaffen worden waren, die einer Entwicklung im positiven Sinne beste Startchancen gaben. Von einer erst jetzt einsetzenden „Professionalisierung des Ärztestandes“ zu sprechen, lehnte *Christian Probst* ab mit dem Hinweis, daß die Ärzte seit dem Mittelalter als festumrissener Berufsstand zu gelten hätten. Im übrigen habe jedoch auch die Einsetzung von Gerichtsärzten die Versorgung der Bevölkerung in entlegenen ländlichen Gebieten nicht vollständig sicherstellen können. An nicht-beamten praktischen Ärzten habe es auf dem Land noch jahrzehntlang gefehlt, die Menschen hätten so, teils aus Notwendigkeit, teils aus Neigung ihren alten Heilkünstlern die Treue gehalten.

Um die konkreten Auswirkungen der genannten Medizinalreformen ging es *Etienne François*, als er den Referenten befragte: 1. ob im Verlauf der Diskussionen jener Zeit Möglichkeiten erörtert wurden, um die in Bayern überaus hohe Säuglingssterblichkeit (die im statistischen Mittel bei 400 pro Tausend lag) einzudämmen, 2. ob in Konsequenz besagter Reformen Maßnahmen zur Hebung der Hebammenausbildung, etwa durch Gründung neuer Schulen, erkennbar seien, 3. ob ebenfalls als Ergebnis der Verordnungen Bemühungen zur Verbesserung der allgemeinen Hygiene, etwa durch Verlegung der Friedhöfe, festgestellt werden konnten, und 4. ob eine Auswertung von Sterbestatistiken für Bayern vorliege. Eine deutliche Senkung der Säuglingssterblichkeitsrate hätten die Medizinalreformen der Montgelas-Ära nicht erzielt,

führte *Christian Probst* in seiner Antwort aus. Die Bevölkerung und der Staat hätten hierin sogar einem gewissen Fatalismus gehuldigt, der sich z. B. darin ausdrückte, daß Kinder erst im dritten Lebensjahr geimpft wurden, weil man eine frühere Impfung angesichts der hohen Sterblichkeitsquote als „unrentabel“ empfand. Äußerst positiv hingegen hätte sich nach Erlaß der Edikte das Hebammenwesen entwickelt, wobei vor allem die für Hebammenaspirantinnen geltende Verpflichtung, entsprechende Schulen zu besuchen, andernfalls aber als „Kurpfuscherinnen“ angeklagt zu werden, dem Berufsstand durchweg die nötige Qualifikation gesichert habe. Unterstützt von *Dietmar Stutzer* bestätigte *Christian Probst* abschließend, daß Sterbestatistiken zwar vorlägen, heutzutage auch ausgewertet würden (so z. B. von Arthur Imhof in Berlin), nach wie vor aber die Schwierigkeit bestehe, die historischen Diagnosen, wie sie damals vorwiegend von Pfarrern gestellt wurden, nach dem heutigen Stand der Medizin zu erklären. Im Grunde sei dies auch gar nicht sinnvoll, da die alten Befunde nach den Kriterien einer Krankheitslehre erhoben worden seien, die sich von der heutigen unterscheide; deshalb sei es in der Regel nicht zulässig, aus diesen Daten einfach eine heute gültige Diagnose zu stellen.