

Sabine Veits-Falk

Die „Schweizer Ärztinnen“ der Habsburgermonarchie

Weibliche Karrieren, Handlungsspielräume
und Grenzüberschreitungen
im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert



Die „Schweizer Ärztinnen“ der Habsburgermonarchie

Mitteilungen des Instituts
für Österreichische Geschichtsforschung
Ergänzungsband 70

2026

BÖHLAU

Die „Schweizer Ärztinnen“ der Habsburgermonarchie

Weibliche Karrieren, Handlungsspielräume
und Grenzüberschreitungen
im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert

Sabine Veits-Falk

2026

BÖHLAU

Arbeiterkammer Wien, Institut für Historische Sozialforschung
Förderverein zur wissenschaftlichen Forschung an der Paris Lodron Universität Salzburg
Fachbereich Geschichte der Paris Lodron Universität Salzburg
Stadt Wien



Förderverein zur wissenschaftlichen
Forschung an der Universität Salzburg



Geschichte



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2026 Böhlau Verlag, Zeltgasse 1, A-1080 Wien, ein Imprint der Brill-Gruppe
(Koninklijke Brill NV, Leiden, Niederlande; Brill USA Inc., Boston MA, USA; Brill Asia Pte Ltd, Singapore;
Brill Deutschland GmbH, Paderborn, Deutschland; Brill Österreich GmbH, Wien, Österreich)
Koninklijke Brill NV umfasst die Imprints Brill, Brill Nijhoff, Brill Hotei, Brill Schönigh, Brill Fink, Brill
mentis, Vandenhoeck & Ruprecht, Böhlau, Verlag Antike und V&R unipress.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen
Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Collage „Schweizer Ärztinnen“ mit Porträts von 22 Ärztinnen
(Abbildungen und Bildnachweis im Buch).

Gestaltung: Michael Veits, Salzburg

Satz: satz&sonders, Dülmen

Druck: Elanders Waiblingen, Waiblingen

Printed in the EU.

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-205-22180-7 (print)

ISBN 978-3-205-22366-5 (digital) | ISBN 978-3-205-22367-2 (eLibrary)

Inhalt

Vorwort	11
1. Einleitung: „Schweizer Ärztinnen“ – Perspektiven auf eine Gruppe von Akteurinnen aus Österreich-Ungarn	15
1.1 Personen, Raum und Zeit	16
1.2 Theoretische Verortung – Forschungsfragen	18
1.2.1 Aspekte der Bildungs- und Professionalisierungsgeschichte	19
1.2.2 Aspekte der Medizingeschichte und Sozialgeschichte der Medizin	22
1.2.3 Aspekte der Migrationsgeschichte	24
1.2.4 Roter Faden: Das Paradigma Frauen- und Geschlechtergeschichte	26
1.3 Methodik: Prosopografie und Frauen-(Kollektiv-)Biografik	30
1.3.1 Frauen-Kollektiv-Biografik	30
1.3.2 Prosopografie und Kollektivbiografie	33
1.4 Literatur – Quellen – Quellenkritik	36
1.4.1 Literatur- und Forschungsüberblick	36
1.4.2 Komplexe Spurensuche – Quellenvielfalt – Quellenkritik	42
1.5 Aufbau der Studie	49
1.5.1 Anmerkungen und Hinweise	51
2. Die ersten Medizinstudentinnen aus der Habsburgermonarchie in der Schweiz	53
2.1 Der europäische Kontext: Zugang zum und Debatten über das Frauen-(Medizin-)Studium	53
2.1.1 Weibliche Bildungsmigration in den 1870er Jahren	53
2.1.2 Kursorischer Rückblick: Frauen und universitäre Medizin	55
2.1.3 Zulassungen von Frauen zu den Universitäten im Ländervergleich	56
2.1.4 Das Jahr 1873: Transnationale Folgen und Impulse für das Frauenstudium	59
2.1.5 Diskurse über das Frauen-(Medizin-)Studium in der Habsburgermonarchie – Hintergründe und Rahmenbedingungen	62
2.1.6 Übersicht: Universitäten Österreich-Ungarns – Zugangsbeschränkungen und -möglichkeiten für Frauen (1878–1900)	76
2.2 Regionale, soziale und religiös-weltanschauliche Herkunft der Medizinstudentinnen	79
2.2.1 Regionale Herkunft	80
2.2.2 Familiäre und soziale Herkunft	90

2.2.3	Religiöse und kulturell-ethnische Verortungen	93
2.2.4	Alter und Familienstand	97
2.3	Sozialisation, Erziehungs- und Bildungshintergründe	97
2.3.1	Bürgerliche Familienideologie und Geschlechtscharaktere	97
2.3.2	Bildung der „Schweizer Ärztinnen“ im Kontext der Möglichkeiten höherer Mädchenbildung in der Habsburgermonarchie	101
2.4	Motive für ein Medizinstudium im Ausland	109
2.4.1	Motive der „Schweizer Ärztinnen“	110
2.4.2	Motive – ein Resümee	118
3.	Akademische und berufsspezifische Qualifikation: Medizinstudium in der Schweiz	121
3.1	Beginn des Medizinstudiums in der Schweiz	121
3.1.1	Aufnahmebedingungen an den Universitäten Zürich und Bern	121
3.1.2	Matura oder Zulassungsprüfung	125
3.1.3	Immatrikulation und Verlauf des Medizinstudiums	130
3.2	Frauen an der „männlichen“ Universität	132
3.2.1	Anpassung – „Sprengung der Geschlechtshaft“	133
3.2.2	Begegnungen und Interaktionen an der Universität	138
3.3	„Weibliches“ Leben am Studienort	142
3.3.1	Finanzierung des Studiums	142
3.3.2	Wohnen und Versorgung	145
3.3.3	Alltag – Tagesablauf – Freizeit	148
3.3.4	Kontakte am Studienort am Beispiel von Zürich	150
3.4	Studienverläufe, -wechsel und -abschlüsse	152
3.4.1	Zweiter Studienabschnitt an der Klinik	152
3.4.2	Prüfungen und Studienabschluss in der Schweiz	154
3.4.3	Wechsel der Studienorte in der Schweiz	158
3.4.4	Abbruch des Medizinstudiums und verlorene Spuren	162
3.4.5	Resümee: Die „Schweizer Ärztinnen“ als Studentinnen	163
4.	Karriereläufe und Berufserfahrungen in der Habsburgermonarchie und in Österreich bis 1945	167
4.1	Erwerb von Berufspraxis und Weiterbildung nach dem Studium	168
4.2	Berufsausübung im Herkunftsland Österreich-Ungarn	171
4.2.1	Rechtliche Voraussetzungen in Österreich-Ungarn	172
4.2.2	Berufsausübung unter dem Qualifizierungsniveau	173
4.2.3	Berufsausübung durch Eheschließung und Sondergenehmigungen	175
4.2.4	Zum Kontext: Debatten, Hoffnungen und Engagement der Frauenbewegung	184
4.2.5	Berufszugang durch Nostrifizierung	189
4.2.6	Studienabschluss in Österreich-Ungarn nach Öffnung der Medizinischen Fakultäten	195
4.2.7	Ärztinnen in Institutionen	205
4.2.8	Praxis als niedergelassene Ärztin	209

4.3	Sonderfall: Amtsärztinnen in Bosnien und Herzegowina	223
4.3.1	Amtsärztinnen für Bosnien und Herzegowina: Hintergründe und Rahmenbedingungen	224
4.3.2	Anna Bayer – erste Amtsärztin in Dolnja Tuzla und Sarajewo	228
4.3.3	Aufgaben der Amtsärztinnen	232
4.3.4	Praxis – Forschung – „kulturelle Mission“: Bohuslava Keck und Theodora Krajewska	232
4.3.5	Amtsärztinnen und „Privatärztinnen“: Gisela Kuhn-Januszewska und Rosa Einhorn-Bloch	243
4.3.6	Nachfolgerinnen der „Schweizer Ärztinnen“ als Amtsärztinnen	252
4.3.7	Resümierende Betrachtungen	254
4.4	Karrieren in Österreich zwischen 1914 und 1945	260
4.4.1	Zäsur Erster Weltkrieg	260
4.4.2	Erste Republik	270
4.4.3	Autoritärer „Ständestaat“	274
4.4.4	Zäsur Nationalsozialismus	277
5.	Migration und Karrieren im Ausland	287
5.1	Karrieren in der Schweiz und anderen europäischen Ländern	287
5.1.1	Eröffnung einer Privatpraxis in der Schweiz: Anna Bayer	288
5.1.2	Wissenschaftlerin, Privatdozentin, Ehe- und Berufspartnerin: Leonore Welt-Gourfein	290
5.1.3	Ärztinnen für Arbeiterinnen: Betty Farbstein-Ostersetzer und Regina Kahane-Axer	293
5.1.4	Ärztinnen in der Naturheilkunde	297
5.1.5	Nervenärztin und „Weltbürgerin“: Lucia Morawitz	318
5.1.6	Ärztin für Frauen in Serbien: Maria Vučetić-Prita	325
5.2	Emigration in die USA	328
5.2.1	Hintergründe: Emigration in die USA	328
5.2.2	Rahmenbedingungen: Ärztinnen in den Vereinigten Staaten	330
5.2.3	Motive und Spuren ärztlicher Tätigkeit in der „Neuen Welt“	333
5.2.4	Transkulturelle Kontakte	346
5.3	Karrieren der „Schweizer Ärztinnen“ im Überblick	349
5.3.1	Zusammenfassung: Karrieren nach Ländern der Berufsausübung	349
5.3.2	Fachrichtungen, Funktionen, Wissenstransfer	351
5.3.3	Ausblicke: Zivilgesellschaftliches Engagement und Familienkonstellationen	355
6.	Resümee	359
6.1	Frauen-Kollektivbiografie	359
6.2	Forschungsfragen und Diskussion	361
6.2.1	Sozialhistorische Analyse der Akteurinnen	361
6.2.2	Studienverläufe	363
6.2.3	Berufsausübung und Professionalisierung	364
6.2.4	Sozialgeschichte der Medizin	366
6.2.5	Migrationsgeschichte	367

6.3	Perspektive der Frauen- und Geschlechtergeschichte	368
6.4	Ausblicke	370
7.	Biografische Porträts der „Schweizer Ärztinnen“	373
7.1	Vorbemerkung und Hinweise	373
7.2	Biografische Porträts	374
7.2.1	Anna Bayer (1853–1924)	374
7.2.2	Rosa Einhorn-Bloch (1872–1950)	381
7.2.3	Betty Farbstein-Ostersetzer (1873–1938)	386
7.2.4	Anna Fischer-Dückelmann (1856–1917)	391
7.2.5	Erna Friedmann-Storfer (Schletter) (1874–?)	397
7.2.6	Vilma Hugonnai (1847–1922)	400
7.2.7	Regina Kahane-Axer (1871–1940)	405
7.2.8	Marie Kalmus-Schneider (1879–1941?)	408
7.2.9	Bohuslava Keck (1854–1911)	410
7.2.10	Rosa Kerschbaumer (Putjata) (1851–1923)	414
7.2.11	Theodora Krajewska (1854–1935)	422
7.2.12	Gisela Kuhn-Januszewska (1867–1943)	428
7.2.13	Friederike Lubinger (1870–1954)	433
7.2.14	Gisela Lucci-Purtscher (1871–1959)	438
7.2.15	Victoria Markheim (1877–?)	444
7.2.16	Sophie Moraczewska-Okunewska (1865–1926)	445
7.2.17	Lucia Morawitz (Sommerhoff) (1870–1958)	450
7.2.18	Flora Mira Ogórek-Pankowa (1878–1956)	456
7.2.19	Gabriele Possanner von Ehrental (1860–1940)	460
7.2.20	Georgine von Roth (1861–1940)	466
7.2.21	Irma Schneider-Schönfeld (1876–1915)	469
7.2.22	Mathilde Schorr (1872–?)	472
7.2.23	Maria Schuhmeister (Heinemann) (1877–1951)	474
7.2.24	Milica Schwiglin-Tschawoff (1867–1947)	479
7.2.25	Maria Vučetić-Prita (1866–1954)	482
7.2.26	Regina Vera Walter-Marković (1878–1942)	485
7.2.27	Leonore Welt-Gourfein (1859–1944)	487
7.2.28	Sara Welt-Kakels (1860–1943)	491
7.2.29	Rosa Welt-Strauss (1856–1938)	494
7.3	Übersichtstabelle der „Schweizer Ärztinnen“	500

ANHANG

Abkürzungsverzeichnis	511
Siglen	511
Abkürzungen	512
Quellen- und Literaturverzeichnis	515
Ungedruckte Quellen	515
Online Archive und Recherche-Datenbanken	518
Zeitungen und Zeitschriften	519
Zeitungen	519

Zeitschriften	521
Publizierte Quellen	521
Sekundärliteratur	527
Tabellen- und Grafikverzeichnis	553
Tabellen	553
Übersichtstabellen	553
Grafiken	553
Abbildungsverzeichnis	555
Personenregister	559
Ortsregister	567

Vorwort

Rosa Kerschbaumer, die erste in Österreich praktizierende Ärztin, war der Ausgangspunkt für die vorliegende Studie. 2008 erschien meine Monografie über die in Salzburg Ende des 19. Jahrhunderts wirkende Augenärztin in der „Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg“, und es gelang, diese bislang unbekannte „historische Frauenpersönlichkeit“ – unter anderem mit einem Straßennamen – in der öffentlichen Erinnerungskultur zu positionieren. Schon beim Schreiben ihrer auf Salzburg fokussierten Lebensgeschichte wurde mir deren vielschichtige internationale Dimension bewusst, auf die ich allerdings nicht näher eingehen konnte. Nach Abschluss des Buches beschäftigten mich vor allem die Fragen, ob Rosa Kerschbaumer tatsächlich eine so singuläre „Ausnahmefrau“ war, wie es einige zeitgenössische Quellen und auch sie selbst darstellten, und wer die anderen Ärztinnen waren, auf deren Namen ich bei meinen Recherchen immer wieder gestoßen war. Ich begann, systematisch nach Quellen von Medizinerinnen mit vergleichbaren Lebensläufen und Karrieren zu suchen und kam letztendlich zu jener kleinen Gruppe von Frauen, deren Handeln und Berufswege im Fokus meiner folgenden Forschungen standen.

Mehr als vierzehn Jahre beschäftigten und begleiteten mich die ersten Ärztinnen der Habsburgermonarchie „privat“ neben meiner beruflichen Tätigkeit im Stadtarchiv Salzburg mehr oder weniger intensiv auf Urlauben und Reisen in Archive und zu einzelnen Wirkungs- und Herkunftsorten der Medizinerinnen – mit vielen Höhen und manchen Tiefen, die jahrelange Forschungsarbeiten mit sich bringen. Während dieser Zeit konnte ich Teilaspekte meines Projekts in Vorträgen und auf internationalen Tagungen vorstellen und publizieren. 2022 reichte ich die Ergebnisse als Habilitationsschrift an der Paris Lodron Universität Salzburg ein und habilitierte mich ein Jahr später im Fach Österreichische Geschichte. Dass die Studie nun als Ergänzungsband der „Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung“ erscheint, ist mir eine große Freude und Ehre.

Sich über einen so langen Zeitraum mit einer Gruppe von Frauen, deren Größe mit einer Schulklasse vergleichbar ist, zu beschäftigen, heißt, die eigene Rolle als Biografin im Spannungsfeld von Nähe und Distanz zu den beforschten Personen immer wieder zu beobachten und zu reflektieren. Es gilt, Gefühle von Solidarität mit dem weiblichen Geschlecht zu berücksichtigen und zu bedenken, dass die „Sympathie“ für eine Person den Elan bei der Spurensuche steigern kann. Zudem hat man sich immer wieder vor Augen zu führen, dass es trotz systematischer Recherchen oft von Zufälligkeiten abhängt, welche Quellen vorhanden und zugänglich sind. Lücken lassen viel Raum für Interpretation, und letztlich sind doch nur subjektiv gefärbte Darstellungen möglich. Darüber hinaus änderten und entwickelten sich im Zeitraum von 2008 bis 2025, nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie, die Recherchemöglichkeiten in Datenbanken sowie die digitale Zugänglichkeit von historischen Quellen und Online-Übersetzungen rasant.

So waren mehrere Durchgänge bei der Quellensuche notwendig, um die jeweils neuen Möglichkeiten zu nutzen. Die Studie wurde mit Forschungsstand 2022 abgeschlossen und danach um einzelne Ergänzungen bis zum Jahr 2025 erweitert.

Über die Jahre ergaben sich viele wertvolle Kontakte mit Menschen, die mich bei meinen Quellen- und Literaturrecherchen, bei der Beschaffung von weiterführenden Informationen, mit Übersetzungen, Diskussionen und Kritik und vor allem Zuspruch unterstützten. Ihnen allen sei herzlich gedankt. An erster Stelle sind dabei die Slawistin Monika Bankowski (Zürich) und die Archivarin und Historikerin Franziska Rogger (Bern) zu nennen. Die beiden Expertinnen der Geschichte der ersten Schweizer Studentinnen halfen mir sowohl mit ihrem Fachwissen bei inhaltlichen Fragen als auch tatkräftig bei der Quellensuche. Monika Bankowski danke ich darüber hinaus für etliche themenspezifische russische, tschechische, polnische und ukrainische Beiträge, die sie mir zur Verfügung stellte und übersetzte, sowie für ihr akribisches Korrekturlesen des Manuskripts. Für Literaturhinweise und Übersetzungen danke ich weiters Elzbieta Tabaka (Universität Salzburg), für Übersetzungen Šarka Wolfiková, Elzbieta Schroll, Maja Djordjevic, Luka Milovac und Sophie Soyoye (alle Salzburg).

Mein Dank gilt auch einzelnen Nachkommen der „Schweizer Ärztinnen“, besonders der Urgroßnichte Rosa Kerschbaumers, Franziska Frey-Wettstein (Zürich), und Personen, deren Angehörige mit einzelnen Frauen der Untersuchungsgruppe befreundet oder bekannt waren, wie Vita Huber-Hering (Darmstadt) und Martha Hediger-Wyss (Wolfhausen, Schweiz), für auskunftsreiche Gespräche sowie Dokumente und Fotos. Für Quellenhinweise sei der Historikerin Corinna Oesch (Wien) und für medizinische Auskünfte der Ärztin Miriam Hochleitner (Salzburg) gedankt. Der Salzburger Gynäkologin und ehemaligen Landesrätin Maria Haidinger danke ich für ein Interview über ihre persönlichen Berufserfahrungen und ihren motivierenden Zuspruch.

Eine große Bereicherung war das Interesse zahlreicher Kolleg:innen an meiner kollektivbiografischen Arbeit. Peter F. Kramml, bis 2022 Leiter des Stadtarchivs Salzburg, bestärkte mich in meinem Vorhaben, nicht nur über Frauen- und Geschlechtergeschichte und Migrationsgeschichte im Kontext der Salzburger Geschichte zu arbeiten, sondern in größeren regionalen und inhaltlichen Dimensionen in meiner Freizeit zu forschen und zu schreiben. Dafür, für das Interesse an Detailergebnissen und für aufschlussreiche Gespräche danke ich ihm sowie meinen ehemaligen Kollegen Thomas Weidenholzer und Hans-Peter Miller und den Kolleg:innen Johannes Hofinger und Silvia Panzl-Schmoller sehr herzlich. Wertvolle Unterstützung durch Diskussionen, inhaltliche Anregungen und praktische Hinweise erhielt ich zudem von Kolleg:innen des Fachbereichs Geschichte der Universität Salzburg – von Sylvia Hahn sowie Gerhard Ammerer, Michael Brauer, Helga Embacher, Albert Lichtblau, Norbert Ortmayr und besonders von Alfred Stefan Weiß, der stets mit Rat und Tat zur Stelle war. Für wichtige Denkanstöße, Motivation und Ratschläge bedanke ich mich darüber hinaus bei Ernst Hanisch (Salzburg) und Dirk Hoerder (Wien).

Besonders danken möchte ich jenen, die meine Studie kommentierten: Ingrid Bauer las die sukzessiv fertiggestellten Kapitel der Arbeit und war mir mit kritisch-konstruktivem Feedback und mit Anregungen eine überaus wertvolle Begleiterin und Stütze. Laurence Cole machte mich auf einige Fragestellungen aufmerksam und gab mir inhaltliche Hinweise. Sylvia Hahn, Johannes Hofinger und Thomas Weidenholzer unterstützten mich mit Rückmeldungen und Korrekturen bei einzelnen Kapiteln. Für das ausgezeich-

nete Lektorat, die professionelle redaktionelle Betreuung der Publikation in der Reihe der „Ergänzungsbände“ des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung und stets wertschätzende Zusammenarbeit gilt mein aufrichtiger Dank Claudia Feller und Martin Scheutz sowie Herwig Weigl für organisatorische Unterstützung. Martin Scheutz danke ich besonders für seine umsichtige und engagierte Begleitung auf dem Weg der Umsetzung des Manuskripts zum Buch. Seitens des Brill-Verlags danke ich Eva Buchberger und Julia Roßberg sowie Bettina Waringer für die gute organisatorische Abwicklung und stets freundliche Betreuung. Finanzielle Unterstützung für die Drucklegung kam vom Förderverein zur wissenschaftlichen Forschung an der Paris Lodron Universität Salzburg, vom Institut für historische Sozialforschung und der Arbeiterkammer Wien sowie vom Fachbereich Geschichte der Universität Salzburg – herzlichen Dank!

Ganz besonders danke ich meiner Familie: Meine Eltern Ursula und Friedrich Falk, mein Bruder Christoph Falk und mein Sohn Stefan Veits waren stets an den Fortschritten meiner Arbeit interessiert und motivierten mich durch ihren Zuspruch. Mit meiner Tochter Katharina Veits konnte ich zudem feministisch-kritische Fragen diskutieren. Mein größter Dank gilt meinem Ehemann Michael Veits. Er unterstützte mich nicht nur bei Rechercharbeiten, der Umsetzung von formalen Vorgaben und der Bildredaktion, sondern stand mir bei diesem Langzeitprojekt immer als Kraft gebender Partner mit viel Geduld und Nachsicht zur Seite.

1. Einleitung: „Schweizer Ärztinnen“ – Perspektiven auf eine Gruppe von Akteurinnen aus Österreich-Ungarn

Dass *alle diese talentvollen Töchter unseres Vaterlandes in der Fremde Kenntnisse auf wissenschaftlichen Gebieten erwerben mussten, und dass der Erfolg ihrer Mühen der Heimat verloren blieb*, beklagte 1896 der „Verein für erweiterte Frauenbildung in Wien“¹. Mit der Veröffentlichung von Lebensberichten der ersten Akademikerinnen Österreich-Ungarns, die in der Schweiz ein Universitätsstudium abgeschlossen hatten, wollte der Verein einerseits den Erfolg des Frauenstudiums legitimieren und andererseits die *falschen gewohnheitsmässigen Begriffe von der Leistungsfähigkeit der Frau* korrigieren². Von den 18 *hervorragenden, willenskräftigen Frauenindividualitäten*³, die in biografischen Porträts vorgestellt wurden, waren zwölf Absolventinnen eines Medizinstudiums⁴. Sie sind Teil einer kleinen Gruppe von insgesamt 29 Frauen aus der Habsburgermonarchie, von denen die vorliegende Studie handelt. Dass sie als *hervorragend* und *willenskräftig* bezeichnet wurden, ist der Intention des „Vereines für erweiterte Frauenbildung in Wien“ geschuldet und quellenkritisch zu relativieren. Außer Frage steht aber, dass diese Frauen etwas für ihre Zeit Ungewöhnliches machten. Sie gingen andere als ihrem Geschlecht zugestandene und vorgezeichnete Wege. Als durchwegs Angehörige des höheren Bürgertums war für sie die Rolle der auf einen häuslichen Wirkungskreis fokussierten Ehefrau und Mutter vorgesehen, den sie jedoch sprengten: Sie verließen nicht nur ihren bisherigen Lebensmittelpunkt, sondern studierten in der *Fremde* Medizin, was ihnen bis September 1900 in der Heimat verwehrt blieb. Mit Medizin wählten die Protagonistinnen dieser Studie ein Fach, für das Frauen nach den vorherrschenden Geschlechterzuschreibungen zwar prinzipiell geeignet schienen, in dem sie jedoch überwiegend als Objekte der Wissenschaft oder als Helfende und Pflegende gesehen wurden. Nach ihrer Promotion in der Schweiz waren sie abermals mit rechtlichen Beschränkungen und Hürden aufgrund ihres Geschlechts konfrontiert, die sie überwinden mussten, um ihren Beruf ausüben zu können. Dafür setzten die Frauen der Untersuchungsgruppe abhängig von den zeitlichen und örtlichen Kontexten verschiedene Strategien ein, nutzten unterschiedliche Chancen, erkämpften sich Zugänge. Einige kehrten in ihre Herkunftsregion zurück, einige blieben im „Ausbildungsland“, einige gingen in andere Länder. Manche waren oft ihr ganzes Leben lang auf der Suche nach Arbeitsmöglichkeiten unterwegs. Sie zählten nicht nur zu

¹ Vorkämpferinnen (1899/1900) 38.

² Vorkämpferinnen (1896/1897) 54.

³ Ebd.

⁴ Die biografischen Porträts erschienen in den drei Folgen Vorkämpferinnen (1895/1896), (1896/1997), (1899/1900).

den ersten Frauen, die den Beruf einer akademisch ausgebildeten Ärztin ausübten und eine Vorreiterinnenrolle einnahmen, sondern prägten auch das Berufsbild nachhaltig.

Jede Lebensgeschichte dieser 29 Frauen ist einzigartig, dennoch lassen sich Schnittmengen in ihren Lebensläufen erkennen. Ihre Biografien spiegeln ein komplexes Wechselverhältnis zwischen vorgegebenen Rahmenbedingungen und sozialen Praktiken, die diese Strukturen akzeptierten, nutzten, instrumentalisierten, erweiterten, veränderten, umgingen, ablehnten und/oder bekämpften.

1.1 Personen, Raum und Zeit

Vor dem Jahr 1900 nahmen einige Frauen, die aufgrund ihres weiblichen Geschlechts von den österreichisch-ungarischen Universitäten ausgeschlossen waren, ein Medizinstudium in der Schweiz auf. In Zürich war Frauen der Zugang zur Universität schon ab den 1860er Jahren möglich. Diese Frauen bilden die Untersuchungsgruppe und empirische Basis der vorliegenden kontextualisierten Kollektivbiografie⁵. Gruppenkonstituierend ist zum einen die regionale Herkunft der Frauen (bzw. das Land ihrer späteren Staatsbürgerschaft) aus Österreich-Ungarn und zum anderen ein Medizinstudium an einer Schweizer Universität vor September 1900, dem Zeitpunkt, als Frauen in Österreich zu einem regulären Medizinstudium zugelassen wurden.

Nach dafür in Frage kommenden weiblichen Studierenden suchte ich systematisch in Schweizer Universitätsmatrikeln, parallel recherchierte ich in einschlägigen gedruckten und archivalischen Quellen sowie in der thematischen Literatur. Bei dem so entstandenen Kollektiv handelt es sich nicht um eine Gruppe im streng soziologischen Sinn⁶, da die Frauen, die in einem Zeitraum von 30 Jahren an vier Schweizer Universitäten studierten, sich nach ihrer eigenen Identifikation gar nicht als Mitglieder einer Gruppe verstehen konnten, sondern um eine Einheit, die nach von mir festgelegten Kriterien zusammengestellt wurde⁷.

Im Bewusstsein um Unschärfen, sowohl bei der Recherche als auch in der Quellenüberlieferung, fand ich 29 Frauen, die zwischen 1872 (dem Jahr der ersten Immatrikulation einer Frau aus Österreich-Ungarn an einer Schweizer Universität⁸) und September 1900 in der Schweiz studierten. Sie wurden frühestens 1847⁹ geboren und starben spätestens 1959¹⁰. Alle strebten ein gemeinsames Ziel – den Beruf der Ärztin – an, den die meisten von ihnen zumindest temporär auch ausübten. Sie waren mit denselben Strukturen, Rechtsnormen und Geschlechterrollenbildern konfrontiert und teilten in vielen Bereichen gemeinsame Erfahrungswelten. Einige Protagonistinnen, die der „Gruppe“ zugerechnet wurden, standen in engerem, regelmäßigen Kontakt zueinander,

⁵ Zur Auswahl von biograferten Personen vgl. SCHWEIGER, Kollektivbiographik 330f.; SCHRÖDER, Kollektivbiographie 84.

⁶ Vgl. z. B. Art. Gruppe, in: BÖHM, Wörterbuch 264: Demnach zählt zu den Merkmalen einer Gruppe unter anderem der gemeinsame Kontakt der Mitglieder, wechselseitige Kooperationsbereitschaft, ihr Zusammengehörigkeitsgefühl sowie die Anerkennung verbindlicher Gruppennormen.

⁷ Vgl. SCHRÖDER, Kollektivbiographie 120.

⁸ Vilma Hugonnai immatrikulierte als Erste der Frauen der Untersuchungsgruppe im Jahr.

⁹ Vilma Hugonnai ist die am frühesten geborene Frau der Untersuchungsgruppe.

¹⁰ Gisela Lucci-Purtscher starb als Letzte der Frauen der Untersuchungsgruppe.

und diejenigen, die sich persönlich kannten, fühlten sich höchstwahrscheinlich zusammengehörig. Streng genommen handelt es sich um zwei „Generationen“ im Sinne von Karl Mannheims Definition, nach der die Gemeinsamkeit der Erfahrung einen Generationenzusammenhang herstellt und für die ein „einheitliches Reagieren, ein im verwandten Sinne geformtes“ Handeln und „besondere Erfahrungsschichtungen“ typisch sind¹¹. Die vor den 1850er und 1860er Jahren geborenen Frauen zählen zu jenen „Pionierinnen“, die – von der Soziologin Marianne Weber schon 1917 als *heroische Generation der Kämpferinnen* bezeichnet – in der Anfangsphase des Frauenstudiums in der Schweiz studierten, während die danach Geborenen schon an deren Errungenschaften anknüpfen konnten¹². Beim Bemühen, möglichst viele Schnittmengen zu finden, um die ausgewählten Frauen als Gruppe zu „legitimieren“, dürfen allerdings die verbindenden Parameter nicht übermäßig in den Mittelpunkt gerückt und die Unterschiedlichkeiten ihrer Lebenswege nicht verwischt werden.

Als Bezeichnung der Untersuchungsgruppe verwende ich den Begriff „Schweizer Ärztinnen“ (aus der Habsburgermonarchie), einen Quellenbegriff, der zugleich als „terminus technicus“ für diese Studie dient. Da der in der Schweiz erworbene Dokortitel in Österreich nicht anerkannt war und die Frauen diesen auch nicht offiziell führen durften, wurden die Absolventinnen der Schweizer Universitäten in einigen zeitgenössischen Schriftstücken als „Schweizer Ärztinnen“¹³ bezeichnet. Die Selbst- und Fremdbezeichnungen konnten dabei variieren. Anna Fischer-Dückelmann nannte sich beispielsweise am Titelblatt ihres Gesundheitsbuches „Die Frau als Hausärztin“ *Dr. med. Anna Fischer-Dückelmann* mit dem kleingedruckten Zusatz *in Zürich promoviert*¹⁴, Rosa Welt-Strauss wurde vom Professorenkollegium der Universität Wien als *Zürcher Doctorin*¹⁵ bezeichnet.

Der inhaltliche Fokus der vorliegenden Studie liegt auf den Lebenszeiträumen des Studiums in der Schweiz und der Berufstätigkeit, die bei den meisten Ärztinnen bis in die 1930er Jahre reichte. Nur wenige von ihnen erlebten die Zeit des Nationalsozialismus bzw. waren in diesem Zeitabschnitt altersbedingt nicht mehr berufstätig. Daher wird dieser ebenso wie die Jahre vor dem Studium weniger ausführlich behandelt, prinzipiell ist jedoch die gesamte Lebenszeit der jeweiligen Ärztin Gegenstand der Analyse.

Als Untersuchungsraum steht vorrangig der Raum Österreich-Ungarn im Mittelpunkt, für den bis 1918 die Bezeichnungen variieren. Nach dem Ausgleich mit Ungarn 1867 wurde der westliche Teil als „Die im Reichsrat vertretenen Königreiche und Länder“ oder Cisleithanien bezeichnet, für den in der Literatur der unscharfe Begriff „Österreich“ überwiegt. Der östliche Teil der „Habsburgermonarchie“ hieß offiziell „Länder der Heiligen Ungarischen Stephanskronen“ oder Transleithanien.

¹¹ MANNHEIM, *Generation* 543; vgl. WIERLING, *Kollektivbiographie* 11.

¹² WEBER, *Typenwandel* 179f.

¹³ Die Bezeichnung *Schweizer Ärztinnen* wird mehrmals in den Personalakten der Sanitätsakten im AVA, MdI verwendet. Vgl. z. B. AVA, MdI, Sanitätsakten, 1911–1912, Karton 2930, Fasz. Rosa Einhorn Bloch, *Gesuch der Schweizer Aerztin Rosa Einhorn-Bloch*; Einsichtsbogen 1915; Bloch Rosa, *Schweizer Aerztin: Zulassung in Oesterreich*; Bericht des k. u. k. Finanzministeriums über die Amtsführung der *Schweizer Aerztin Rosa Einhorn-Bloch*). Ebenso auch in der Presse, vgl. z. B. *Arbeiter-Zeitung* 7, Nr. 183 (7. Juli 1895) 1: ... *wird vielleicht auch die Zeit kommen, wo die österreichische Regierung, die das Gesuch der schweizerischen Aerztin Baronin Possaner um Gestattung der Berufsausübung in Oesterreich von vornherein verwarf, zu neuen Ansichten über diese Frage gelangt.*

¹⁴ Vgl. FISCHER-DÜCKELMANN, *Hausärztin*.

¹⁵ UAW, Dekanatsakten der medizinischen Fakultät 1878/1879, Nr. 406.

Auf die Situation in der ungarischen Reichshälfte kann aufgrund des begrenzten Zugangs zu themenrelevanter Literatur und von Sprachbarrieren nur in konkreten Zusammenhängen eingegangen werden. Da lediglich drei Frauen der Untersuchungsgruppe aus Ungarn bzw. Kroatien kamen, wirken sich diese Einschränkungen nicht signifikant auf die Forschungsarbeit aus. Die Alternative, die drei Ärztinnen wegzulassen, hätte jedoch den Verzicht auf drei facettenreiche Lebensläufe und „Vorreiterinnen“ bedeutet. Dafür wird die Situation in Bosnien und Herzegowina nach der Okkupation durch Österreich-Ungarn 1878 ausführlicher beleuchtet, da dort fünf Frauen als Amtsärztinnen tätig waren. Nach 1918 fokussiert die Arbeit auf Österreich zur Zeit der Ersten Republik. Die speziellen Verhältnisse in den Nachfolgestaaten der Donaumonarchie, in denen einige Ärztinnen beruflich tätig waren, werden aufgezeigt, wenn dies für die Kontextualisierung der Lebensgeschichten der Ärztinnen von Bedeutung ist.

Die Schweiz war für alle in die Studie einbezogenen Frauen „Ausbildungsland“ und für manche auch „Arbeitsland“. Die Bedingungen, die sie hier vorfanden, werden im jeweiligen Zusammenhang erklärt. Eingeschränkt gilt dies auch für Deutschland, wo einige der Akteurinnen nach dem Studium kurzfristig Stellen als Ärztinnen bekleideten und eine ihren Lebensmittelpunkt hatte. In den Vereinigten Staaten fanden vier Ärztinnen teilweise ganz andere Rahmenbedingungen und Voraussetzungen als in Österreich oder der Schweiz vor, die knapp erläutert werden.

1.2 Theoretische Verortung – Forschungsfragen

Wer waren die Akteurinnen, die im Fokus dieser Studie stehen? Was motivierte sie, in das Ausland zu gehen und Medizin zu studieren? Welche Strategien verfolgten sie individuell oder kollektiv, um aus vorgegebenen Strukturen auszubrechen und ihren Beruf ausüben zu können? Wie definierten und inszenierten sich die Ärztinnen selbst, wie wurden sie von ihrem Umfeld und der Öffentlichkeit wahrgenommen? An welche Grenzen stießen sie, welche überschritten sie?

Mit diesen oder ähnlichen Fragen werden die Lebensgeschichten der „Schweizer Ärztinnen“ analysiert. Abhängig von den zur Verfügung stehenden Quellen fallen die Antworten und Erklärungsversuche oft unterschiedlich, bisweilen widersprüchlich aus. Als Methode, die Untersuchungsgruppe anhand einer vergleichenden Analyse der Einzel Lebensläufe¹⁶ zu untersuchen, wird die Herangehensweise einer kontextualisierten Kollektivbiografie gewählt (siehe Kapitel 1.3). Die breitgefächerten Perspektiven, die bei der Verknüpfung der Biografien mit den jeweiligen politischen, sozialen und kulturellen Hintergründen eingenommen werden, bringen es mit sich, dass verschiedene theoretische Anknüpfungspunkte gesucht werden müssen – dem Credo folgend, Theorien nicht als „hermetisch geschlossene Gedankengebäude“, sondern als „Denkangebote und wissenschaftliche Werkzeuge“¹⁷ zu verstehen und zu nutzen.

Demnach orientiert sich die Studie bei den Fragestellungen, mit denen die Lebensläufe der Protagonistinnen untersucht und kontextualisiert werden, an theoretischen

¹⁶ Der Lebenslauf wird im Gegensatz zu einer Biografie als „etwas verstanden, das anfängt, sich stufenweise entwickelt, an Knotenpunkten kristallisiert und das ein Ende hat“. Vgl. FETZ, Biographie 22.

¹⁷ GRIESEBNER, Feministische Geschichtswissenschaft 156.

Überlegungen verschiedener historischer Teildisziplinen wie der Bildungs- und Professionalisierungsgeschichte, der Sozialgeschichte der Medizin und der Migrationsgeschichte. Diese werden mit Perspektiven der Frauen- und Geschlechtergeschichte verschränkt, die sich gleichsam als Roter Faden der Herangehensweise an die Thematik durchzieht.

1.2.1 Aspekte der Bildungs- und Professionalisierungsgeschichte

Kaum eine Frau der Untersuchungsgruppe ging „freiwillig“ in die Schweiz, sondern nur, weil sie dort Medizin studieren konnte. Wie generell in Europa bestanden auch in der Habsburgermonarchie gänzlich ungleiche geschlechtsspezifische Zugänge zu institutionalisierter höherer Bildung, für die Koedukation abgelehnt wurde. Das Bildungssystem der österreichischen Reichshälfte der Monarchie ließ Frauen erst ab 1897 zu den Philosophischen und ab 1900 zu den Medizinischen Fakultäten zu, in Ungarn war ein Frauenmedizinstudium mit Einschränkungen ab 1896 möglich. Mädchen konnten auch nicht, so wie Knaben, die normierten Voraussetzungen für ein Hochschulstudium erfüllen, da ihnen bis in die 1890er Jahre ein Zugang zu Gymnasien und das Ablegen einer Matura mit dem Zusatz „reif zum Besuch einer Universität“ verwehrt wurde.

Weibliche Bildungsprogramme waren überall in Europa einem dualistischen Geschlechterkonzept verpflichtet und sollten Mädchen ihrer „weiblichen“ und Knaben ihrer „männlichen Bestimmung“ zuführen. Wie Karin Hausen bereits in den 1970er Jahren in ihrem programmatischen Aufsatz „Die Polarisierung der ‚Geschlechtscharaktere‘“ analysierte¹⁸, kam dieses Differenzkonzept, bei dem sich Weiblichkeitszuschreibungen mit bürgerlichen Gesellschaftsentwürfen verbanden, in erster Linie im höheren Bildungsbereich zum Tragen¹⁹. Höhere Bildung wurde nur wenigen Mädchen in den wenigen dafür errichteten Institutionen außer Haus vermittelt. Die meisten erhielten Unterricht in den eigenen vier Wänden. Die Inhalte unterschieden sich deutlich von jenen des männlichen Bildungskanons und zielten nicht auf einen standardisierten Schulabschluss, der Voraussetzung für einen Zugang zur Universität und/oder Berufsausübung war²⁰, sondern sollten die vorgesehene geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und die getrennten Sphären von Frauen und Männern verfestigen²¹. Trotz eindeutiger struktureller Benachteiligung gelang es einigen Frauen, die für ein Medizinstudium in der Schweiz notwendigen Voraussetzungen zu erwerben – darunter auch die Protagonistinnen der gegenständlichen Untersuchung. Einige von ihnen trugen, wie gezeigt werden wird, mit ihren Agitationen aktiv zur Öffnung des Medizinstudiums und von Berufen für Frauen in der Habsburgermonarchie bei.

Die feministische Geschichtsforschung thematisierte schon früh den Ausschluss von Frauen aus den Universitäten. Nach Claudia Opitz-Belakhal stehen sich hier zwei unterschiedliche Lesarten gegenüber. Eine ältere geht von einer strikten, bis in die Anfänge von Wissenschaft und Universität zurückgehende Exklusion von Frauen aus und definiert dieses Feld deshalb als „Männerwelt“²². Die zweite, jüngere Perspektive verfolgt den Ansatz,

¹⁸ HAUSEN, Polarisierung 388; DIES., Geschlechtergeschichte; HÄMMERLE, Karin Hausen 35–50.

¹⁹ Für Österreich beispielsweise MAZOHL-WALLNIG-FRIEDRICH, Mädchen 17.

²⁰ OPITZ-BELAKHAL, Geschlechtergeschichte 50f.

²¹ COSTAS, Gasthörerin 192.

²² OPITZ-BELAKHAL, Geschlechtergeschichte 50. Sie führt als Beispiele an: Friederike HASSAUER, Homo. Academia. Geschlechterkontrakte, Institution und die Verteilung des Wissens (Wien 1994).

dass Institutionen historisch wandelbar sind und Frauen in unterschiedlicher Weise aus-, aber zeitweise durchaus eingeschlossen waren – auch wenn dies nur über eine „weibliche Gegenstimme“ geschah. Diese These stützt sich auch auf die Tradition der „berühmten Frauen“ in der Wissenschaft, die immer wieder vereinzelt, zumindest teilweise, Zugang zu den Universitäten hatten und den Beweis erbrachten, dass wissenschaftliche Tätigkeit von Frauen im weiteren Sinn schon vor Einführung des Frauenstudiums möglich war²³. Auch das österreichische Wissenschaftssystem war von „Durchlässigkeiten“, so Gabriella Hauch, geprägt²⁴. Frauen war es im Untersuchungszeitraum möglich, unter bestimmten Bedingungen an Lehrveranstaltungen der Medizinischen Fakultäten der cisleithanischen Universitäten teilzunehmen. Sie durften allerdings nicht als reguläre Hörerinnen immatrikulieren und erhielten kein Zeugnis, das eine erworbene Qualifikation bestätigte oder einen Berufszugang ermöglicht hätte. Roswitha Perfaß untermauerte die These der „Durchlässigkeiten“, indem sie die politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen widerspiegelnden Konjunkturen sowie die unterschiedlichen Nuancen der Ausgrenzung und des beschränkten Zugangs von Frauen zu den Universitäten Cisleithaniens aufzeigte²⁵. Die vorliegende Studie stützt und erweitert diese Erkenntnis zusätzlich anhand von konkreten Beispielen der ersten Studentinnen in der Schweiz und veranschaulicht, wie bestehende Strukturen durch weibliches Handeln verändert werden konnten.

Die Medizinstudentinnen zählten nicht nur zu den ersten Frauen, die eine qualifizierende Ausbildung absolvierten, sondern prägten auch das Berufsbild der Ärztin, als die Professionalisierung des Arztberufes im ausgehenden 19. Jahrhundert ihren Abschluss fand²⁶. Seit den 1990er Jahren liegen soziologische Studien über die ärztliche Profession vor. Die gegenständliche Arbeit nimmt primär Anleihen am Modell der Medizinhistoriker Wolfgang Uwe Eckart und Robert Jütte²⁷ und ergänzt dieses um theoretische Ansätze von Claudia Huerkamp und Angelika Wetterer²⁸. Demnach wird der Prozess der Professionalisierung der Ärzteschaft hier primär mit vier Merkmalen, die generell auch bei anderen Berufsgruppen zu beobachten sind, charakterisiert: Erstens, das Streben nach einem Marktmonopol. Im frühen 19. Jahrhundert waren Chirurgie und Medizin in den meisten Ländern noch immer zwei getrennte Bereiche. Besonders nach dem Erstarken der naturwissenschaftlichen Richtung beanspruchten jedoch die an Universitäten ausgebildeten Ärzte eine „medizinische Deutungsmacht“²⁹. In der Folge erreichte die Ärzteschaft ein gesetzlich abgesichertes Monopol über ihren Arbeitsbereich. Bestimmte Tätigkeiten, wie etwa die Diagnostik, sind seitdem der Profession vorbehalten, für Nicht-Berechtigte sind Sanktionen vorgesehen³⁰. Ein zweites Merkmal ist die Kontrolle der Ausbildung und des Berufszugangs. Die ab der Mitte des 19. Jahrhunderts in vielen Ländern durchgeführten Reformen sollten die Eingangsvoraussetzungen, Ausbildungsinhalte und Abschlusszertifikate regeln, um sich von anderen Heiler:innengruppen abzugrenzen

²³ OPITZ-BELAKHAL, *Geschlechtergeschichte* 50f.

²⁴ HAUCH, *Einleitung* 13.

²⁵ PERFAH, *Geschlechterpolitik*.

²⁶ MIXA, *Karrieren* 105; WETTERER, *Geschlechterhierarchie* 13.

²⁷ ECKART-JÜTTE, *Medizingeschichte* 319–323.

²⁸ HUERKAMP, *Ärzte* 14–21; DIES., *Professionalisierung* 349–382; WETTERER, *Einleitung* 11–28; MIXA, *Karrieren* 106; FREIDSON, *Ärztstand*; zur Professionalisierungsgeschichte vgl. weiters auch RÖWEKAMP, *Juristinnen* 4–7.

²⁹ Vgl. LABISCH-SPREE, *Deutungsmacht*.

³⁰ MIXA, *Karrieren* 106.

und auch die Anzahl der ausgebildeten Ärzte möglichst niedrig zu halten. Angebot und Nachfrage sollten nun den Gesundheitsmarkt steuern³¹, konkurrierende heilende Berufe wurden ausgegrenzt oder einverleibt. Damit einher ging beziehungsweise geht die Dominanz der Ärzteschaft sowohl bei der gesundheitspolitischen Ressourcenverteilung und der Festlegung medizinischer Methoden als auch in Bezug auf ihre Klientel³². Professionalisierung zielte drittens auch darauf, das Verhalten der Ärzte (und später auch der Ärztinnen) untereinander zu regulieren und die Konkurrenz in normierte Bahnen zu lenken. Eine genau definierte Standesethik orientiert sich am Patient:innenwohl und dient gleichzeitig der Legitimation ärztlichen Handelns³³. Viertens ist festzustellen, dass sich zur Durchsetzung der beruflichen Autonomie Ärzte (und dann auch Ärztinnen) auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene in ärztlichen Vereinen und Ärztekammern zusammenschlossen, die in allen Ländern bei der Professionalisierung „eine entscheidende Schrittmacherrolle“ spielten³⁴. Als Angehörige ihrer Profession ergab sich für Ärzt:innen nicht nur eine äußerst privilegierte Stellung, sondern sie wurden zur einflussreichsten Gruppe in allen Fragen von Gesundheit und Krankheit.

Die Professionalisierung der Ärzteschaft war eng mit einer Geschlechtersegregation verschränkt³⁵. Im zum Teil als harter Konkurrenzkampf gegen andere heilende Berufe geführten Professionalisierungsprozess etablierte sich zugleich ein Muster geschlechtlicher Arbeitsteilung zwischen der männlich besetzten ärztlichen Profession und den ihr untergeordneten weiblichen Pflegeberufen sowie der Hebammentätigkeit. Diese hierarchische Struktur institutionalisierte die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern grundlegend und war für die weitere Entwicklung eines geschlechtersegregierten Arbeitsmarkts beispielgebend³⁶.

In der gegenständlichen Untersuchung gilt es am Beispiel der „Schweizer Ärztinnen“ zu analysieren, welche Auswirkungen der Professionalisierungsprozess, der in dem Zeitraum, als die ersten Frauen ein Medizinstudium begannen, zu einem vorläufigen Abschluss kam, auf den weiblichen Zugang zum ärztlichen Beruf hatte. Dabei ist die Frage nach einer geschlechtsspezifischen Separierung und Hierarchisierung von besonderem Interesse.

Ilse Costas befasste sich mit den Bedingungen und Charakteristika des Aufbrechens des männlichen Monopols in Bezug auf akademische Bildung und Karrieren und griff dabei unter anderem auf ein „Alteritätskonzept“ zurück. Damit ist nach Costas „die Konstruktion des Eigenen und des Anderen, in unserem Fall des Männlichen als dem Dominanten und des Weiblichen als der aus der Perspektive des Mannes konstruierten defizitären Anderen/Unterlegenen“ gemeint³⁷. Für eine geschlechtsspezifische Analyse des Professionalisierungsprozesses wird hier vorgeschlagen zu berücksichtigen, dass generell männlichen Mitgliedern der akademischen Professionen eine mögliche drohende Konkurrenz durch Frauen bewusst war und sie deren Vordringen verhindern oder zumindest auf eine kleine Gruppe beschränken wollten. Die vorherrschende schlechte und

³¹ ECKART-JÜTTE, *Medizingeschichte* 321.

³² Ebd. 319.

³³ MIXA, *Karrieren* 106.

³⁴ ECKART-JÜTTE, *Medizingeschichte* 322f.

³⁵ MIXA, *Karrieren* 107.

³⁶ Ebd., 105; WETTERER, *Geschlechterhierarchie*.

³⁷ COSTAS, *Gasthörer:in* 192.

lückenhafte Vorbildung von Frauen, abschreckende Bildungsdiskurse, Zusatzprüfungen oder die Verweigerung beziehungsweise Verzögerung der staatlichen Anerkennung erworbener Abschlüsse oder Bildungspatente sollten, wie Costas weiter ausführt, die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung konservieren und die Konkurrenz für männliche Professions- und Positionsinhaber klein halten. Auch den Befürwortern von Frauenbildung sei es oft nicht um einen gleichberechtigten Zugang von Frauen, sondern um die Förderung „frauenspezifischer“ Aufgaben gegangen, zum Beispiel um die Zulassung von Frauen zum Mädchenunterricht oder als Ärztinnen für Frauen. Sowohl „im Hinblick auf ihre Identität als auch, was ihre Funktionalität anbelangt, sollte die Frau die Andere“³⁸, die dem Mann geistig und kulturell untergeordnete bleiben. Darüber hinaus erklärt Costas, dass die meisten männlichen Vertreter der akademischen Medizin kein Interesse am Zugang von Frauen „als einem geringer angesehenen Segment der Gesellschaft“ hatten³⁹. Ärztinnen, so die Befürchtung, könnten sowohl die eigene ökonomische Position als auch das auf Distinktion beruhende Sozialprestige gefährden. Die von zeitgenössischen wissenschaftlichen Konstruktionen in Medizin, Naturwissenschaften, Philosophie und Rechtswissenschaften untermauerte Vorstellung von der Frau als dem Mann geistig und kulturell unterlegenem Wesen war bis in das frühe 20. Jahrhundert vorherrschend, obwohl die verschiedenen Richtungen der Frauenbewegung und reale gesellschaftliche und politische Veränderungsprozesse dieses Bild schon infrage stellten. Somit standen die Zulassung und Akzeptanz von Frauen in der akademischen Medizin in Widerspruch zu den zeitgleichen Bemühungen der Ärzteschaft um Professionalisierung⁴⁰.

In der vorliegenden Studie werden die für den Professionalisierungsprozess genannten typischen Merkmale daraufhin untersucht, inwieweit diese die „Schweizer Ärztinnen“ in ihrem Streben nach Berufstätigkeit betrafen und wie sie damit umgingen. Analysiert wird weiters die Rolle der Akteurinnen im Ausdifferenzierungsprozess des „Arztberufs“, vor allem hinsichtlich der Bedeutung der Kategorie Geschlecht. Von Interesse ist weiters, welches Berufsbild an die akademischen Ärztinnen von außen – von den männlichen Kollegen, ihrer Klientel und der Gesellschaft – herangetragen wurde und wie sich als *weiblicher Arzt* präsentierten.

1.2.2 Aspekte der Medizingeschichte und Sozialgeschichte der Medizin

Die Auseinandersetzung mit dem Beruf der Ärztin ist nicht nur ein Thema der Professionalisierungs-, sondern auch der Medizingeschichte, besonders der Sozialgeschichte der Medizin, die seit den 1990er Jahren die Professionalisierungsgeschichte der Heilberufe auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten untersucht⁴¹. Sie erhebt unter anderem

³⁸ Ebd.

³⁹ COSTAS, Professionalisierungsprozesse 16.

⁴⁰ Ebd.

⁴¹ Vgl. dazu ECKART–JÜTTE, Medizingeschichte 14: Sozialgeschichte der Medizin befasst sich mit der „Erforschung und Beschreibung sozialer Strukturen nach Gruppen ... in vergangenen Gesellschaften“, die sich wiederum mit der Größe, Lage und Bedeutung dieser Gruppen sowie mit der Geschichte sozialer Prozesse beschäftigt. Für die Medizingeschichte bedeutet dies „die Einbeziehung solcher erkenntnisleitenden Prinzipien in die Erforschung ihrer Gegenstände“. Damit wird Sozialgeschichte der Medizin zu einer Teildisziplin der Politik- und Gesellschaftsgeschichte.

den Anspruch, Heilkunde als „Gesamtheit aller heilkundlichen Handlungen“ zu sehen, wobei Theorie und Praxis ebenso einbezogen werden wie die Frage nach den kulturellen, politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Hintergründen für Therapien und Praktiken. Für die vorliegende Arbeit ist vor allem der Ansatz von Bedeutung, Medizin als gesellschaftlich bedingtes Phänomen zu erfassen und dabei die am heilkundlichen Geschehen Beteiligten – Patient:innen, Ärzt:innen, Familien, Obrigkeiten – möglichst umfassend einzubeziehen⁴².

Bereits in den 1980er Jahren wurde der auch für die Analyse des Wirkens der „Schweizer Ärztinnen“ relevante Prozess der Medikalisation zu einem Paradigma der Sozialgeschichte der Medizin erklärt, das unterschiedliche Definitionen erfuhr und auch kritisch relativiert wurde⁴³. Nach Ute Frevert versteht man unter Medikalisation „nicht nur die Einbeziehung tendenziell aller Menschen in ein immer dichteres, von akademischen Experten kontrolliertes Netz medizinischer Versorgung. Die Medikalisation fand vielmehr auf der Ebene von Normen und Deutungsmustern statt, die die Mentalität sozialer Schichten und Klassen prägten und ihr alltägliches Verhalten strukturierten. Mit der Propagierung von Verhaltensregeln grenzten Ärzte und Gesundheitsadministration zugleich solche Verhaltensweisen aus, die sie als krankheitsfördernd und gesundheits-schädlich bezeichneten“⁴⁴.

Die akademische Heilkunde stieg in enger Kooperation mit dem Staat zur beherrschenden Schulmedizin⁴⁵ und zu einer umfassenden öffentlichen Kontroll- und Regulierungsinstanz auf⁴⁶. Der Begriff Schulmedizin bezeichnet eine Medizin, die an den Universitäten nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt wird, als Abgrenzung zu jenen Heillehren und -methoden, die nicht zum Lehrkanon der akademischen Medizin gehören⁴⁷. Somit erhielten an Universitäten ausgebildete Ärztinnen wie ihre männlichen Kollegen eine „Deutungsmacht für alle die öffentliche Gesundheit und die Krankheit des Einzelnen betreffenden Fragen“⁴⁸.

In engem Zusammenhang steht auch die Entwicklung der alternativen Medizin, deren Anfänge ideengeschichtlich weit in das 19. Jahrhundert zurückgehen. Darunter werden Heilweisen verstanden, die von der herrschenden schulmedizinischen Richtung mehr oder weniger stark abgelehnt wurden, weil sie deren Therapieformen teilweise oder völlig in Frage stellten beziehungsweise auf die Änderung des medizinischen Systems abzielten. „Alternativ“ bedeutet aber auch, dass die damit verbundenen Therapierichtungen von sozialen Bewegungen oder bestimmten gesellschaftlichen Gruppen getragen wurden⁴⁹. Diese Bezüge sind für die vorliegende Arbeit insofern relevant, als eine kleine Gruppe von Ärztinnen als Schulmedizinerinnen in der Naturheilkunde praktizierte und zu deren Verbreitung beitrug (vgl. Kapitel 5.1.4). Darüber hinaus werden bei einzelnen

⁴² Vgl. dazu auch DINGES, Paradigmen 15.

⁴³ ECKART-JÜTTE, Medizingeschichte 312f.; HUERKAMP, Ärzte. Zur Kritik an dem Konzept einer Medikalisation „von oben“, bei der auch auf eine Medikalisation „von unten“ verwiesen wird, vgl. RITZMANN, Faktor 163–178. Ritzmann zeigte, dass beispielsweise die Entwicklung der Kinderheilkunde nicht ohne die aktive Rolle der „Konsumentinnen“, das heißt der Mütter, zu verstehen ist.

⁴⁴ FREVERT, Medizin 52.

⁴⁵ SEIDEL, Medikalisation 13.

⁴⁶ ECKART-JÜTTE, Medizingeschichte 16; HUERKAMP, Ärzte.

⁴⁷ ECKART-JÜTTE, Medizingeschichte 338.

⁴⁸ DINGES, Paradigmen 11; vgl. auch HUERKAMP, Ärzte 12; HARDY, Hygienebewegung 18–27.

⁴⁹ ECKART-JÜTTE, Medizingeschichte 296f.

Themenbereichen wie Krankheiten, medizinische Fachbereiche, Ausbildung, Institutionen oder Wissenstransfer Erkenntnisse der Medizingeschichte einbezogen und anhand konkreter Handlungen der „Schweizer Ärztinnen“ mit der Kategorie Geschlecht verschränkt.

Im Verlauf der Studie wird auch immer wieder die Frage nach der Klientel – den Patientinnen und Patienten der Ärztinnen – gestellt und damit ein weiteres Forschungsfeld der Sozialgeschichte der Medizin aufgegriffen. Diese Patientinnen und Patienten stehen – differenziert nach Geschlecht – in erster Linie als Betroffene beziehungsweise als „Objekte“ des ärztlichen Handelns im Zentrum des Interesses⁵⁰. Behandelten Ärztinnen vorrangig Frauen oder auch Männer? Von welchen Faktoren hing dies ab? Patient:innen treten bisweilen auch als handelnde Subjekte in den Blick, wenn nach deren Wissen über Krankheit beziehungsweise Gesundheit gefragt wird⁵¹.

1.2.3 Aspekte der Migrationsgeschichte

Für die Fragestellungen der gegenständlichen Studie sind weitere Aspekte der historischen Migrationsforschung aus der Geschlechterperspektive von Bedeutung. Bildung und Berufsausübung waren für die Frauen der Untersuchungsgruppe meistens nur über „Um-Wege“ im wahrsten Sinn des Wortes, zum Teil durch die Zurücklegung großer Distanzen, möglich. Die Zeitgenoss:innen der „Schweizer Ärztinnen“ assoziierten Frauen allerdings in erster Linie mit Sesshaftigkeit und nahmen sie selten als eigenständig Wandernde wahr – auch wenn dies nur in einem begrenzten Ausmaß der Realität entsprach⁵². Obwohl bereits statistische Erhebungen aus dem Jahr 1869 aufzeigten, dass der prozentuale Unterschied zwischen migrierenden Frauen und Männern in der Monarchie nur marginal war⁵³, stellte der österreichische Demograph Gustav Adolf Schimmer fest, das *männliche Geschlecht sei seiner Natur nach weit mehr geneigt, die Heimat zu verlassen und andernwärts Erwerb zu suchen als das weibliche*⁵⁴.

Auch die Forschung orientiert sich noch immer am Prototyp des männlichen Migranten und schreibt weitgehend die Rolle der Migrantin als passive Betroffene oder Abhängige von Migrationsentscheidungen anderer fort⁵⁵. Obgleich die Frauen- und Geschlechtergeschichte wichtige Anstöße zur Erforschung der weiblichen Dimensionen von Migrationsmustern und -prozessen gab⁵⁶, ist die Geschlechterperspektive in der historischen Migrationsforschung in Österreich nach wie vor unterrepräsentiert⁵⁷. Handlungsräume und Erfahrungen migrierender Frauen auszublenden, führte aber nicht nur zu einem empirischen Defizit, sondern auch zu einer androzentrischen Theoriebildung, in der geschlechtsspezifische Merkmale und Ausprägungen zu wenig oder nur einseitig berücksichtigt sind⁵⁸. Dies trifft besonders auf die Mobilität von Frauen zum Erwerb

⁵⁰ HUERKAMP, Patienten 60f.

⁵¹ DINGES, Paradigmen 13.

⁵² VEITS-FALK, Karrieremigration 62.

⁵³ HAHN, Migrantinnen 175; LORBER, Angeworben 39f.

⁵⁴ SCHIMMER, Bevölkerung V–XIV.

⁵⁵ DAUSIEN, Migration 16.

⁵⁶ HAHN, Migrationsforschung 57; DIES., Migrationsgeschichte 77–96.

⁵⁷ Vgl. dazu DIES., Migration; LORBER, Angeworben.

⁵⁸ DAUSIEN, Migration 16.

schulischer, akademischer oder beruflicher Qualifikationen zu, denn bislang wurde fast ausschließlich das Wanderungsverhalten männlicher Studenten und Handwerksgelesen untersucht. Wie jüngere Forschungen belegen, waren aber bereits im 18. Jahrhundert vereinzelt Frauen zu Bildungszwecken unterwegs, mit der allmählichen Öffnung gymnasialer und universitärer Einrichtungen stieg auch deren Anzahl⁵⁹. Länger noch als bei Männern beschränkte sich weibliche Bildungsmigration jedoch bis ins frühe 20. Jahrhundert hinein fast ausschließlich auf bildungsbürgerliche und adelige Kreise⁶⁰. Dies gilt auch für jene Frauen aus Europa, Russland und den USA, die an den Universitäten Zürich, Bern, Genf und Lausanne studierten – darunter auch die „Schweizer Ärztinnen“ aus Österreich-Ungarn. Im Sommersemester 1873 betrug etwa der Frauenanteil unter den Studierenden in Zürich 26 %⁶¹. Der amerikanische Medizinhistoriker Thomas Neville Bonner schreibt sogar von „the largest migration of professional women in history“⁶². Seiner Einschätzung, die auch die Migration von Frauen nach dem Ende ihres Studiums miteinschließt, ist, wie auch die Beispiele dieser Kollektivbiografie zeigen, mit der Einschränkung auf das ausgehende 19. Jahrhundert zuzustimmen.

Bislang verfasste Studien über einzelne Ärztinnen beschreiben zwar deren Karrierelauf, der naturgemäß auch Ortswechsel und unterschiedliche Aufenthalts- und Wirkungsorte einschließt, gehen jedoch kaum mit den Fragestellungen der Migrationsforschung an die Thematik heran. Im deutschsprachigen Raum erfolgte die Auseinandersetzung mit Arbeitsmigrantinnen bis in die 1990er Jahre hinein vor allem in soziologischen und politikwissenschaftlichen Arbeiten, bei den historischen Untersuchungen sind jene von Sylvia Hahn wegweisend⁶³. Es besteht aber nach wie vor Nachholbedarf bei der Erforschung von Mustern weiblicher Bildungs- und Karrieremigration. Mit der vorliegenden Studie über die ersten Ärztinnen der Habsburgermonarchie, deren Leben mehrfach von Migration und Mobilität geprägt war, kann ein Beitrag zum Schließen dieser Lücke geleistet werden.

Neben einem sozialhistorischen Ansatz werden zentrale Fragestellungen der historischen Migrationsforschung berücksichtigt. Es gilt, nach einer Rekonstruktion des Wanderungsverhaltens Migration als einen Prozess zu verstehen, der – grob umrissen – aus den Phasen der Wanderungsbereitschaft, der Umsetzung des Migrationsvorhabens und der Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft besteht⁶⁴. Das Migrationsverhalten ist dabei in den jeweiligen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Kontexten der geografischen und sozialen Ausgangs- und Aufnahmeräume zu verorten⁶⁵. Die Forschungen von Sylvia Hahn ergaben, dass Frauen durchwegs gänzlich andere soziale, rechtliche und ökonomische Ausgangs- und Zugangsbedingungen als Männer vorfanden⁶⁶.

Angelehnt an diese Befunde wird in der vorliegenden Studie auch nach der Haltung der abgebenden und aufnehmenden Gesellschaft gegenüber den zu- oder abwandernden

⁵⁹ HAHN, Migrationsforschung 148.

⁶⁰ DIES., Migrantinnen 189–191.

⁶¹ Ebenso neu als kühn 197.

⁶² BONNER, Earth 30.

⁶³ HAHN, Migrationsforschung 94–98. Zu weiterer Literatur siehe Kapitel 1.4. Bisher vorliegende Studien widmen sich vorrangig dem Themenbereich der Überseemigration wie auch den weiblichen Arbeitskräften als Bestandteil des globalen Weltmarktes; HORVATH–NEYER, Auswanderung.

⁶⁴ HOERDER–LUCASSEN–LUCASSEN, Terminologien 32–36; OLTMER, Einleitung 6f.

⁶⁵ BADE, Historische Migrationsforschung 31f.

⁶⁶ HAHN, Migrationsgeschichte 91; HAUSBACHER et al., Einleitung 15.