

Handbuch Pflegewissenschaft

Studienausgabe

Bearbeitet von
Doris Schaeffer, Klaus Wingenfeld

1. Auflage 2014. Buch. 766 S. Softcover
ISBN 978 3 7799 3123 2
Format (B x L): 4 x 15 cm
Gewicht: 1072 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege > Pflegeforschung, Management](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text "beck-shop.de" in a bold, red, sans-serif font. Above the "i" in "shop" are three red dots of increasing size. Below the main text, the words "DIE FACHBUCHHANDLUNG" are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



Doris Schaeffer | Klaus Wingenfeld (Hrsg.)

Handbuch Pflegewissenschaft



BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Schaeffer/Wingenfeld, Handbuch Pflegewissenschaft, Studienausgabe, ISBN 978-3-7799-3123-2
© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3123-2>

Doris Schaeffer und Klaus Wingenfeld

Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland

Mittlerweile können wir in Deutschland auf fast zwei Jahrzehnte der Existenz von Pflegewissenschaft schauen – ein Zeitraum, der eine erste Bilanzierung ermöglicht. Als Pflegewissenschaft seinerzeit Einkehr in die Hochschulen und Universitäten hielt erfolgte damit der Anschluss an eine traditionsreiche internationale Entwicklung. So hat die Schaffung von Pflegestudienmöglichkeiten und Pflegewissenschaft in den USA beispielsweise vor nahezu einem Jahrhundert begonnen, in vielen europäischen Nachbarländern vor ca. 40 bis 50 Jahren (Bartholomeyczik/Müller 1997; Görres/Friesacher 2002; Steppe 2004). Auch manches Schwellenland verfügte zu jener Zeit seit längerem über eine pflegewissenschaftliche Tradition, und dies ist der Grund, weshalb die Etablierung von Pflegewissenschaft in Deutschland als Projekt nachholender Modernisierung bezeichnet wurde (Schaeffer et al. 2003, 2010).

Befördert wurde sie durch den zunehmend an Tempo gewinnenden demografischen und epidemiologischen Wandel, durch den sich in allen Bereichen des Gesundheitswesens neue Anforderungen herausgebildet und herkömmliche Aufgaben verändert haben – so auch in der Pflege. Neben Intervention, kompensatorischer Hilfe und Begleitung bei meist chronischen Gesundheits- und Funktionseinschränkungen und mit ihnen einhergehenden Selbständigkeitseinbußen haben rehabilitative und präventive Aufgaben an Gewicht gewonnen ebenso Gesundheitsförderung bei bedingter Gesundheit und Patienteninformation und -edukation bei der Bewältigung der vielfältigen Probleme, die das Leben mit gesundheitlichen Autonomiebeeinträchtigungen aufwirft. Dies alles erfordert den Nachvollzug eines Paradigmenwechsels, der international bestimmend für die Identität der Pflege geworden ist. Angesprochen ist die Abkehr von einem einseitig krankheits- hin zu einem gesundheitsorientierten Pflegeverständnis, das sein vorrangiges Ziel in der Wiederherstellung und dem Erhalt gesundheitlichen Gleichgewichts bzw. des dabei erreichbaren Optimums sieht. Innovativ ist daran über den Gesundheitsbezug hinaus auch, dass die dichotome Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit aufgegeben wurde und nach der Balance zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorhandenen Ressourcen gefragt wird, wobei Gesundheit als geglückte und Krankheit als missglückte Balance zwischen Beeinträchtigungen und Ressourcen verstanden wird, die sich permanent verändern kann. Dieser Sichtweise wohnt eine Absage an eine defizitzentrierte Zugriffsweise inne, der gegenüber der Förderung von Ressourcen der Vorzug gegeben wird.

Inzwischen wurde auch hierzulande begonnen, diesen Paradigmenwechsel nachzuvollziehen und damit Antworten auf die aus den gesellschaftlichen Veränderungen resultierendem Anforderungs- und Aufgabenwandel in der Pflege zu entwickeln. Denn diese erfordern neue *wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte* Konzepte. Das gilt auch für die Vielzahl an Anforderungsveränderungen, die aus den Umstrukturierungen des Versorgungssystems, der rapiden technologischen Entwicklung und auch der Globalisierung erwachsen. Auch sie führen zu einem Zuwachs an neuen Optionen, machen allerdings ihrerseits neue wissenschaftliche Konzepte notwendig.

Ist es mit der Etablierung von Pflegewissenschaft gelungen, diesen Herausforderungen nachzukommen? Das vorliegende Handbuch bemüht sich um Antworten auf diese Frage. Sie stehen zwangsläufig in engem Zusammenhang zu der Frage, wie sich Pflegewissenschaft in den letzten zwei Jahrzehnten in Deutschland entwickelt hat und inwieweit es gelungen ist, die mit der Etablierung dieser neuen gesundheitswissenschaftlichen Disziplin verbundenen Aufgaben anzugehen. Dazu gehört neben der Schaffung von Studiengängen auch die Forschungs- und Theorieentwicklung, kann Wissenschaft doch als „a body of knowledge, which includes facts and theories generated by the use of systematic, controlled, and precise methods within a defined area of concern“ (Moody 1990, S. 19) – hier der Pflege/Pflegewissenschaft – beschrieben werden. Wie also hat sich Pflegewissenschaft in Deutschland entwickelt, wie ist die Wissenschaftsentwicklung – konkret: die Studiengangs-, Forschungs- und Theorieentwicklung – vorangekommen und wie stellt sich heute das Verhältnis von Wissenschaft und Praxis dar?

Verglichen mit anderen Disziplinen und anderen Ländern umfasst die pflegewissenschaftliche Entwicklung in Deutschland eine relativ kurze Zeitspanne. Denn noch vor zwei Jahrzehnten existierten in Deutschland keine Pflegestudiengänge und keine Pflegewissenschaft. Zwar haben sich viele Pionierinnen unter Verweis auf die lange pflegewissenschaftliche Tradition in anglo-amerikanischen Ländern mit großer Energie und Zähigkeit um die *Etablierung von Pflegestudiengängen* bemüht. Doch stießen sie damit lange Zeit kaum auf Resonanz (ausführlicher Bartholomeyczik in diesem Buch). Dann aber öffnete sich plötzlich das Politikfenster: Mitte der 1990er-Jahre waren erste Pflegestudiengänge entstanden und in den folgenden fünf Jahren nahm ihre Zahl rasch zu. In der Summe existierten um die Jahrtausendwende bereits nahezu 50 Pflegestudiengänge, in der Regel mit mehreren Professuren versehen. Meist waren und sind sie an Fachhochschulen angesiedelt, nur sechs Universitäten engagieren sich auf diesem Gebiet. Der Ausbau blieb weitgehend auf diesem Niveau, denn rasch verschloss sich das Politikfenster wieder und geht seither nur noch dann und wann wieder einen Spalt auf.

Dennoch blieb die Studiengangsentwicklung auch in der Folgezeit ein wichtiges Thema. Denn kaum waren die Pflegestudiengänge etabliert, wurden sie durch die Hochschulreform und die europaweite Forderung nach

dreistufigen konsekutiven Studiengangsstrukturen (Bachelor-, Master- und Promotionsstudienmöglichkeiten) wieder revisionsbedürftig. Diese Um- und Neustrukturierungen dauern bis heute an – nicht zuletzt, weil in der Euphorie der Anfangszeit ein bunter Mix an unterschiedlichen Studiengangsmodellen entstanden war, der sich aber international als nicht anschlussfähig erwies. Denn die Mehrzahl der anfänglich in Deutschland geschaffenen Pflegestudiengänge konzentrierte sich lediglich auf Teilbereiche der Pflege, meist auf Pflegemanagement und -pädagogik. International haben sich auch in der Pflege längst dreistufige Studiengangsstrukturen durchgesetzt, die auf der Bachelorebene *ausbildungsintegrierende* generalistische Studiengänge oder zumindest duale Studiengänge vorsehen. Ihnen schließen sich spezialisierte Masterstudiengänge an, die auf bestimmte Aufgabenfelder und Rollen der Pflege zielen (clinical nurse specialist, nurse practitioner, siehe Kuhlmeier et al. in diesem Buch; Keane/Becker 2009), denen wiederum als dritter Baustein strukturierte Promotionsprogramme folgen. In Deutschland sind ausbildungsintegrierende Bachelorstudiengänge bislang selten (Behrens et al. 2009). Auch konsekutive pflegewissenschaftliche Masterstudiengänge sind noch rar und die Förderung wissenschaftlichen Nachwuchses ist – trotz beachtlicher Fortschritte – intensivierungsbedürftig, weil die Zahl universitärer Standorte zu gering ist. Hier wird sichtbar, dass die Frage der Ausbildung auch weiterhin auf der Agenda stehen wird und noch zahlreiche Anstrengungen erforderlich sind, um die Akademisierung der Pflege in eine international anschlussfähige Studiengangsstruktur zu überführen.

Zugleich zeigt dies, dass Ausbildungs- bzw. Studiengangsfragen in der anfänglichen Phase der Etablierung von Pflegewissenschaft zu den dominanten Herausforderungen gehörten. Andere Aufgaben der Wissenschaftsentwicklung kamen demgegenüber langsamer voran. Dazu gehört auch, Pflegewissenschaft inhaltlich als Wissenschaftsgebiet auszubuchstabieren und auszudifferenzieren. Wichtig es ist, die international bereits weit fortgeschrittene Ausdifferenzierung auch in Deutschland voranzutreiben, ist auch im Handbuch zu erkennen. Manche Teilgebiete der Pflege sind in Deutschland zwar gut in der Praxis entwickelt, aber vom pflegewissenschaftlichen Diskurs noch fast ausgenommen.

Auch der Auf- und Ausbau von *Pflegeforschung* kam aufgrund der zahlreichen Herausforderungen auf der Ebene der Studiengangsentwicklung zögerlicher voran als erhofft. Er rieb sich zudem an den gegebenen Strukturbedingungen, denn mehrheitlich war Pflegewissenschaft – wie erwähnt – an Fachhochschulen etabliert worden, an denen erst jetzt angemessene Bedingungen für Forschung entstehen. Dennoch: betrachtet man die Situation kurz nach der Jahrtausendwende, zeigt sich, dass – trotz schwieriger Bedingungen und längst nicht so spektakulär wie die Studiengangsentwicklung – die Entwicklung von Pflegeforschung einen bemerkenswerten Aufschwung genommen hatte. Um die wissenschaftspolitische Relevanz dessen zu unterstreichen, sei daran erinnert, dass Pflegeforschung bis in die 1990er-Jahre hinein vor allem als „Qualifikationsforschung“, also im Rahmen von

Abschlussarbeiten und Promotionen erfolgte. Vermehrt starteten dann Forschungsaktivitäten und auch Drittmittelprojekte. Die Existenz und das Ausmaß an Drittmittelforschung, also aus Fremdmitteln geförderter (kompetitiver) Forschung, die einem Fremdbegutachtungsverfahren unterliegt, ist ein zusehends wichtiger Indikator, der die Potenz eines Wissenschaftsgebiets zu erkennen gibt. Pflegeforschung ist außerdem unverzichtbar, um die Wissenschaftsentwicklung zu befördern: in der Pflege etwa, um die Wissensbasis von der Medizin zu lösen und wie zuvor erwähnt einen eigenen ‚body of knowledge‘ zu entwickeln (Moody 1990, S. 19), aber auch, um die Evidenzbasierung der Pflege zu befördern und Pflegewissenschaft als eigenständige wissenschaftliche Disziplin absichern zu können.

Befördert wurde die Forschungsentwicklung durch die zunächst vier und dann drei bundesweit geförderten Pflegeforschungsverbünde. Sie können als Meilenstein bezeichnet werden, weil Pflegeforschung damit erstmals in diesem Ausmaß Fördermittel des Bundes erhielt und der Ausbau der Pflegeforschung durch sie wichtige Impulse erfuhr (Schaeffer et al. 2008). Natürlich bedürfen auch die Vorläufer der Pflegeforschungsverbünde – der Forschungsverbund der Fachhochschule Osnabrück, die Einzelprojekte an unterschiedlichen Standorten und neuerlich auch die wissenschaftspolitisch nicht weniger bedeutsame Förderung eines Instituts zur Pflegeforschung im Rahmen des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in der Helmholtz Gesellschaft – der Erwähnung. Denn auch sie haben die Pflegeforschung stark beeinflusst.

Noch ist es allerdings nicht ausreichend gelungen, Pflegeforschung – wie international üblich und in der Medizin selbstverständlich – auch in Deutschland *langfristig und als eigenständiges* Gebiet in den Fördersystemen für Forschung zu verankern. Dies ist jedoch Voraussetzung, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Pflegeforschung zu ermöglichen, den international nach wie vor vorhandenen Entwicklungsrückstand aufzuholen und auch, um die Evidenzbasierung wie erforderlich voranzutreiben. Ebenso steht noch aus, Pflegewissenschaft angemessen in den forschungsbezogenen Gutachtersystemen zu verankern. Daraus erwachsen zahlreiche Probleme, weil pflegewissenschaftliche Vorhaben nach wie vor überwiegend *professionsfremd* begutachtet werden – vielfach von Medizinern oder anderen Gesundheitswissenschaftlern, deren Verständnis gesundheitlicher Probleme von dem der Pflege abweicht und deren Skepsis gegenüber diesem Gebiet noch nicht ausgeräumt ist.

Andere Aufgaben werden sichtbar, betrachtet man die inhaltliche Ausrichtung der Pflegeforschung. Positiv ist zunächst festzuhalten, dass die ‚Forschung *über* Pflege‘ in den vergangenen Jahren durch ‚Forschung *in* der Pflege‘ (Robert Bosch-Stiftung 1996) abgelöst wurde. Zudem ist es gelungen, den Nachholbedarf auf dem Gebiet der *klinischen Pflegeforschung* anzugehen und damit eine für die Evidenzbasierung der Pflege unverzichtbare Forschungstradition aufzubauen (Behrens/Langer 2010). Noch aber ist der

internationale Entwicklungsrückstand nicht aufgeholt, und Pflegeforschung auf klinische Forschung zu reduzieren, käme ebenfalls einer Engführung gleich. Wichtig ist daher, künftig weitere pflegewissenschaftliche Forschungstraditionen auszubauen, so etwa die *pflegerische Versorgungsforschung*, die international sehr gut und in Deutschland erst rudimentär entwickelt ist. Doch ist der Problemdruck in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung überaus groß, weil sich Bedingungen, Aufgaben, Kooperationsstrukturen, Versorgungsprozesse und der Zugang zu Leistungen in den vergangenen Jahren stark verändert haben. Auch die *Pflegesystemforschung* bedarf der Erwähnung und des Ausbaus, etwa um die Weiterentwicklung des pflegerischen Versorgungssystems systematisch angehen zu können. Ähnliches gilt auch für die *patientenorientierte Pflegeforschung*, denn das Wissen über die mit chronischer Erkrankung, Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit einhergehenden Probleme aus Patientensicht ist hierzulande eher gering (Schaeffer 2009). Nochmals zeigt dies, dass auch auf der Ebene der Forschung noch etliche Aufgaben zu bewältigen sind!

Damit Pflegewissenschaft sich langfristig als eigenständige Disziplin im Wissenschaftssystem behaupten kann, ist außerdem erforderlich, die *Theoriebildung* voranzutreiben, um so zu einer eigenen pflegewissenschaftlichen Wissensbasis zu gelangen.

Betrachtet man die zurückliegende Entwicklung auf diesem Gebiet, ist die Bilanz schwierig. So hatte sich zu Beginn der Etablierung von Pflegewissenschaft zunächst große Theorieeuphorie breit gemacht. Heute zeichnet sich dagegen eine gewisse Theorieabstinenz ab, die sich darin niederschlägt, dass das Bemühen um eigene Theoriebildung, aber auch die Beteiligung am internationalen Theoriediskurs begrenzt sind. Begünstigt wird diese Tendenz durch den Ruf nach Evidenzbasierung. Durch ihn ausgelöst wird dem empirischen Erkenntnisgewinn derzeit sehr große Aufmerksamkeit geschenkt, die Generalisierung empirischer Erkenntnisse und die Theoriebildung demgegenüber tendenziell für nachrangig erachtet. Im Interesse der Wissenschaftsentwicklung ist jedoch wichtig, die Theoriebildung nicht zu vernachlässigen. Zugleich ist stärker zu bedenken, dass Theoriebildung im Zeitalter der Globalisierung längst keine nationale, sondern eine internationale Aufgabe darstellt, die auf Intensivierung des internationalen Dialogs verwiesen ist.

Bilanzierend bleibt somit festzuhalten: Als Projekt nachholender Modernisierung war Pflegewissenschaft in den vergangenen Jahren mit einem überaus großen Programm konfrontiert, denn es musste eine neue wissenschaftliche Disziplin – inklusive der damit auf der Ebene der Studiengangs-, Forschungs- und Theorieentwicklung anzugehenden Aufgaben – aufgebaut und parallel dazu die Weiterentwicklung der Praxis angegangen werden. Bei der Bearbeitung dieses Programms wurden enorme Fortschritte erreicht und beachtliche Leistungen erbracht. Dennoch sind noch viele Herausforderungen offen, was angesichts der relativ kurzen Zeitspanne der Etablierung von Pflegewissenschaft in Deutschland nicht verwundert.

Sowohl die erreichten Entwicklungsfortschritte wie die bestehenden Herausforderungen versuchen wir mit der Neuauflage des Handbuchs Pflegewissenschaft sichtbar zu machen. Viele Jahre hat die von Beate Rennen-Allhoff und Doris Schaeffer herausgegebene erste Auflage dieses Handbuchs als Grundlage und Orientierung beim Aufbau der in Deutschland seinerzeit neuen Disziplin Pflegewissenschaft gedient. Mit der Neuauflage ist intendiert, die zurückliegende Entwicklung sichtbar zu machen und Impulse zu setzen, um sie weiter zu befördern und die dazu erforderlichen Diskurse anzustoßen. Zugleich ist das Handbuch zur Unterstützung für die Lehre gedacht, weil es einen systematischen Überblick über den erreichten Entwicklungsstand in den unterschiedlichen Bereichen von Pflege und Pflegewissenschaft gibt.

Um dem Entwicklungsfortschritt Rechnung zu tragen, wurden neue Themen aufgegriffen und Akzente verschoben. Am bewährten Aufbau des Handbuchs wurde jedoch weitgehend festgehalten. Vorangestellt sind nach wie vor theoretische und methodische Grundlagen (Teile I und II) sowie Beiträge zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die die Entwicklung der Pflege prägen (Teil III). Es folgen Beiträge, die sich mit den Bedarfslagen und der Versorgung verschiedener Personengruppen und mit der Pflege in besonderen Lebenssituationen befassen (Teil IV). Die Pflege in wichtigen Versorgungssettings steht im Mittelpunkt des Teils V. Die Beiträge der letzten beiden Teile VI und VII greifen Handlungsfelder auf, in denen sich wichtige Neuorientierungen ankündigen, vor allem solche, die durch eine besondere Steuerungs- und Koordinationsverantwortung gekennzeichnet sind oder thematisieren neue Aufgaben der Pflege.

Wie jede Neuauflage einer Buchpublikation geht auch diese mit personellen Veränderungen einher. So beteiligen sich mehrere neue Autoren am Handbuch Pflegewissenschaft, während andere Autoren, die an der ersten Auflage beteiligt waren, aus unterschiedlichen Gründen ausgeschieden sind. Doch allen Autoren – sowohl den „alten“ wie den neuen Autoren – gilt unser ausdrücklicher Dank für die gute und produktive Kooperation. Ganz besonderer Dank gebührt Sandra Jansen, deren umsichtige Koordination und hohes Engagement sehr viel dazu beigetragen haben, dass die Bearbeitung der Neuauflage des Handbuchs erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

Literatur

- Bartholomeyczik, S./Müller, E. (Hrsg.) (1997). *Pflegeforschung verstehen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Behrens, J./Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring: Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen und die pflegerische Versorgungsforschung. Zur Ethik professionellen pflegerischen Handelns*. 3., überarb. und erg. Auflage. Bern: Huber.

- Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D. (2009). Zur Förderung der Pflegeforschung in Deutschland: Interdisziplinarität setzt entwickelte Disziplinen voraus. *Pflege und Gesellschaft*, 14 (4), 382-383.
- Görres, S./Friesacher, H. (2002). Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Homfeldt, H. G./Laaser, U./Prümel-Philippsen, U. (Hrsg.). *Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenzen – Strategien – Wissenschaftliche Disziplinen*. Neuwied: Luchterhand, S. 251-270.
- Keane, A./Becker, D. (2009). Emerging Roles of the Advanced Practice Nurse. In: Joel, L. A. (Hrsg.). *Advanced Practice Nursing. Essentials for Role Development*. 2nd edition. Philadelphia: S.A. Davis Company, S. 23-45.
- Meleis, A. (1999). *Pflege-theorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Huber.
- Moody, L. (1990). *Advancing nursing science through research*. Newsbury Park: Sage.
- Robert Bosch-Stiftung (1996). *Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis (Denkschrift)*. Gerlingen: Bleicher.
- Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009). *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Huber.
- Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hrsg.) (2008). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*. Weinheim und München: Juventa.
- Schaeffer, D./Moers, M./Hurrelmann, K. (2010). Public Health und Pflege – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Perspektiven. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren. In: Gerlinger, T./Kümpers, S./Lenhardt, U./Wright, M.T. (Hrsg.). *Politik für Gesundheit*. Bern: Huber, S. 75-92.
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (2003). Zur Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft. In: Schwartz, F. W./Badura, B./Busse, R./Leidl, J./Raspe, H./ Siegrist, J./Walter, U. (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2., völlig neu bearb. und erw. Auflage. München: Elsevier, S. 275-277.
- Steppe, H. (2004). Caritas oder öffentliche Ordnung? – Zur historischen Entwicklung der Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.). *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. 2. Auflage. Berlin: sigma, S. 43-51.

Teil I

Theoretische Grundlagen

Claudia Bischoff-Wanner

Pflege im historischen Vergleich

Der moderne „Frauenberuf“ Krankenpflege¹ ist ein Produkt der europäischen Industriegesellschaften des 19. Jahrhunderts. Untersuchungen zur Berufskonstruktion müssen sich deshalb im Wesentlichen auf den Zeitraum des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts konzentrieren, weil hier grundlegende Entwicklungen und Weichenstellungen stattgefunden haben, die den Beruf bis heute prägen. Die Krankenpflege hat sich im Lauf des 19. Jahrhunderts zu einem Frauenberuf entwickelt. Noch heute arbeiten hier etwa 85 % Frauen. Wenn in einem Beruf aber überwiegend Frauen (oder Männer!) zu finden sind, sagt dies immer etwas über die jeweils geltenden, gesellschaftlichen Frauen- bzw. Männerrollen aus. Deshalb ist es wichtig, die Krankenpflege auch und gerade in ihrer Eigenschaft als Frauenberuf zu untersuchen. Die historische Betrachtung kann dabei zeigen, wie eng die Entwicklung der Krankenpflege mit dem gesellschaftlichen Wandel verflochten ist. Eine isolierte Betrachtungsweise, ein Versuch, die Krankenpflege „an sich“, ohne Berücksichtigung des jeweiligen gesellschaftlichen Zusammenhangs zu erfassen, wäre unzulässig und müsste zu falschen Ergebnissen führen. Besonderes Augenmerk muss dabei auf die ausgeprägte ideologische Fixierung des Berufs gelegt werden, was eine ideologiekritische Interpretation der Quellen bedingt, gehörte doch die Krankenpflege im 19. Jahrhundert zu den zahlreichen „stummen Gruppen“ (Fritschi 1990, S. 16); zu Wort meldeten sich überwiegend Ärzte, Verbandsfunktionäre sowie leitende Pflegekräfte, die einem Verband angehörten und die Interessen ihres jeweiligen Verbands repräsentierten.

1. Entstehungsgeschichte des Pflegeberufs

Im Wesentlichen lassen sich drei parallel verlaufende Entwicklungslinien finden, die zu einem sich ständig erweiternden quantitativen und qualitativen Bedarf nach öffentlicher Krankenpflege führten und die Berufskon-

1 Die Entstehungsgeschichte des Krankenpflegeberufs wird hier exemplarisch für die Pflegeberufe der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege betrachtet. Dies erscheint zulässig, da hier der Schwerpunkt weniger auf der Darstellung chronologischer Ereignisse liegt, sondern auf der historisch-kritischen Analyse der Tatsache, dass die Tätigkeit „Pflege“ als Beruf historisch den Frauen zugeschrieben wurde, mit allen daraus folgenden Problemen. Dies gilt ebenso für die Kinder- und Altenpflege, die – wesentlich später – aber ebenfalls auf dem Hintergrund der gesellschaftlich zugeschriebenen Frauenrolle entstanden sind und deren Frauenanteil sogar noch höher liegt als in der Krankenpflege.

struktion der Krankenpflege im 19. Jahrhundert beeinflussten: Die industrielle Entwicklung mit dem Entstehen der „Sozialen Frage“, der Wandel des Geschlechterverhältnisses in der bürgerlich-industriellen Gesellschaft und die Entwicklung der Medizin zur Naturwissenschaft.

1.1 Industrielle Entwicklung und „Soziale Frage“

Die industrielle Entwicklung setzte in Deutschland etwa ab den 40er-Jahren des 19. Jahrhunderts ein und führte zusammen mit einem raschen Bevölkerungswachstum zu einer grundlegenden Umgestaltung von Staat und Gesellschaft, die sich auch auf die gesundheitliche Versorgung auswirkte. Die Versorgung und Pflege erkrankter Menschen war bis weit ins 19. Jahrhundert hinein Aufgabe der Familie, solange diese noch als Produktions- und Lebensgemeinschaft funktionierte. Wer keinem Familien- oder Sippenverband angehörte, wurde im Hospital versorgt. Das Hospital hatte auch zu Beginn des 19. Jahrhunderts seine mittelalterliche Prägung nicht verloren. Es war funktional undifferenziert, d.h. es diente als Auffangbecken für alle sozial Ausgegliederten, Alte, Kranke, Arbeitsunfähige, Sieche, Irre und beruhte auf dem Caritasgedanken.

Mit dem wirtschaftlichen, politischen und sozialen Aufstieg des Bürgertums, der Landflucht und dem Anwachsen der Städte und Industriezentren entstand parallel eine besitzlose Arbeiterschaft. Durch die Ballung arbeitender Menschen in Industriezentren kam es zum Verlust gewachsener familialer, nachbarschaftlicher und dörflicher Hilfe im Krankheitsfall. Krankheit unter diesen Umständen führte schnell zur Notlage, da weder materielle noch zeitliche Ressourcen zur Pflege vorhanden waren, waren doch auch Frauen und Kinder in die industrielle Produktion mit ihren überlangen Arbeitszeiten eingegliedert. Frittschi (1990, S. 21) weist darauf hin, dass gleichzeitig auch die Begriffe Gesundheit und Krankheit eine sozialpolitische und soziokulturelle Umwertung erfuhren. Gesundheit und Krankheit galten in der Industriegesellschaft nicht mehr als privates Schicksal, sondern als ökonomische Größe. Krankheit bedeutete Ausfall an produktiver Arbeitsleistung und hatte somit volkswirtschaftliche Relevanz. Damit wurden auch Kriterien wichtig, nach denen beurteilt werden konnte, wer gesund und wer krank war (arbeitsfähig – nicht arbeitsfähig).

Beides – die Verelendung großer Bevölkerungsanteile in den Industriegebieten und die ökonomische Notwendigkeit der schnellen Wiederherstellung der Arbeitskraft – erzwangen zahlreiche sozialpolitische Maßnahmen, die allerdings nur zögernd von staatlicher Seite eingeleitet, vielmehr der privaten und kirchlichen Wohlfahrt überlassen wurden und lange Zeit nicht ausreichten, das Elend zu beheben. Es entstanden zahlreiche Armen- und Krankenpflegevereine auf kirchlicher und philanthropisch-bürgerlicher Grundlage mit einem breiten Spektrum an unterschiedlichen rechtlichen Trägerschaften und unterschiedlichen weltanschaulichen Orientierungen. Im Laufe der Zeit entstand ein dichtes Netz an privaten, gemeinnützigen

und staatlich-kommunalen Versorgungs- und Unterstützungseinrichtungen. Erst allmählich nahm der Staat seine regelnden und koordinierenden Aufgaben wahr, so dass die Vereine – zu denen später auch das Rote Kreuz gehörte – zunehmend die Funktionen eines öffentlichen Gesundheitswesens übernahmen. Zu den staatlichen sozialpolitischen Maßnahmen gehörte auch der Aufbau eines öffentlichen Gesundheitswesens sowie die spätere Einführung eines obligatorischen, staatlich organisierten Krankenversicherungssystems (ab 1883). Die „Soziale Frage“ im 19. Jahrhundert entstand somit durch die mit der Industrialisierung einhergehende Landflucht und Verstädterung, dem Entstehen von industriellen Massensiedlungen und der Pauperisierung des Industrieproletariats, die die bürgerliche Gesellschaft des Frühkapitalismus vor soziale Aufgaben stellte, denen sie anfänglich kaum gewachsen war.

Im Zusammenhang mit Bevölkerungswachstum und industrieller Massengesellschaft, aber auch als Maßnahme zur Eindämmung von Seuchen und zur Versorgung von Kriegsverletzten, wurden ab Ende des 18. Jahrhunderts zahlreiche Krankenhäuser gegründet. Im Funktionswandel von der Versorgungsanstalt zur Heilanstalt entstand der Typ des allgemeinen Krankenhauses mit seiner Trennung zwischen heilbaren und unheilbaren Krankheiten sowie nach einzelnen Krankheitsarten. Die Versorgung von Armen, Alten und Irren wurde in eigene Anstalten verlegt (vgl. Jetter 1973, S. VII f.). Mit der Funktionstrennung entstand zugleich eine vermehrte Nachfrage nach Pflegepersonal. Hatte das Hospital die Pflege noch überwiegend aus den Reihen der Insassen rekrutieren bzw. sich mit Wartepersonal begnügen können, war dies nun weder möglich noch zahlenmäßig ausreichend. Die öffentliche Krankenpflege wurde in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts von zwei Gruppen ausgeübt: von katholischen Orden, unter denen die Barmherzigen Schwestern der wichtigste war (Schweikardt 2008), und von so genannten Lohnwärterinnen und -wärtern, die die Krankenpflege gegen ein geringes Entgelt als Erwerbsberuf ausübten (vgl. Sticker 1960, S. 24 ff.). Beide Gruppierungen konnten der gestiegenen Nachfrage nicht nachkommen. Erschwerend kam hinzu, dass die Krankenhäuser, die aus den Armenkassen (später Krankenkassen) der Städte und Gemeinden nur unzureichend finanziert wurden, überwiegend in einem desolaten Zustand waren, bedingt durch ungenügende Ausstattung und unhygienische Zustände, was zu hohen Sterblichkeitsraten der Patienten führte und den Krankenhäusern einen schlechten Ruf einbrachte. Die Frage nach einem zahlenmäßig ausreichenden und qualifizierten Pflegepersonal, das bereit war, unter den schlechten Arbeitsbedingungen zu pflegen, wurde immer dringender, schien aber zunächst kaum lösbar, wie das folgende Zitat aus dem Jahr 1818 belegt:

„Wo sind die Christus-Naturen, die einen Dienst, wobei man sich selbst vergessen und beschwerlichen, zum Teil widerlichen, nicht selten lebensgefährlichen Verrichtungen seine beste Kraft widmen muß, gern übernehmen?“ (Horn, zit. n. Sticker 1960, S. 75)

1.2 Die Entwicklung der Medizin im 19. Jahrhundert

Weiterer Bedarf nach Krankenpflegepersonal ergab sich aus der Entwicklung der Medizin. Seit der Aufklärung wurde Krankheit/Leiden zunehmend weniger mit religiöser, metaphysischer Sinngebundenheit in Verbindung gebracht, sondern als etwas, das sich mit Vernunft, Ordnung und natürlichen wie sozialen Gesetzen beeinflussen lässt. Ein säkularisierter, rationaler Krankheitsbegriff setzte sich durch. Im 19. Jahrhundert, mit seinen naturwissenschaftlich-technischen Errungenschaften, der fortschreitenden Loslösung von Naturabhängigkeiten, entwickelte sich das naturwissenschaftlich-technische Denken, das sich bald zu einer Naturbeherrschungsideologie wandelte. Dies gilt auch für die Medizin, die sich dem naturwissenschaftlichen Paradigma anschloss. Neue Erkenntnisse aus Chemie, Physik, Mechanik und Sozialhygiene flossen in die Medizin ein und machten sie zur Naturwissenschaft, zur experimentellen Medizin, die sich nun als „Prototyp naturbeherrschender Arbeit“ verstand. Rudolf Virchow verkörperte beispielhaft den heute kaum mehr vorstellbaren Fortschrittsglauben der Medizin, als er 1866 sagte: „Wir kennen die Methode, durch welche wir die Natur zwingen, nicht bloß, sich uns zu erschließen, sondern auch ihre Kräfte in unsere Hand zu geben.“ (Seidler 1993, S. 139)

Nicht nur Virchows Zellulärpathologie (1854) revolutionierte das damalige medizinische Denken, auch die Bakteriologie, die Entdeckung spezifischer Krankheitserreger für zahlreiche Volksseuchen und Infektionskrankheiten, die daraus abgeleitete Antisepsis und Asepsis, später Anästhesie und Radiografie bescherten der Medizin ihre größten Erfolge, die für die damalige Zeit revolutionär erschienen und den Fortschrittsglauben verständlich machen. Tatsächlich schien die völlige Ausrottung aller Krankheiten im Bereich des Möglichen zu liegen und nur eine Frage der Zeit zu sein. Der naturwissenschaftlich ausgebildete Arzt verstand sich deshalb in besonderem Maß als Träger des Fortschritts zum Heil der Menschheit. „Der Arzt sah sich nicht mehr wie bisher als Helfer der Natur, sondern als deren Meister.“ (Fritschi 1990, S. 23) Der Wandel war jedoch auch mit einer veränderten Einstellung zum kranken Menschen verbunden. Die Entdeckung von Bakterien als Ursache von Krankheiten, also die Möglichkeit einer objektiv richtigen Diagnose im Labor, ohne den kranken Menschen jemals gesehen zu haben, revolutionierte das medizinische Grundverständnis völlig. Diese Wende zog eine Entfernung des Arztes vom Patienten nach sich. Wenn es eine objektive Diagnostik und Therapie gab, konnte das Subjekt Patient in den Hintergrund des ärztlichen Interesses treten. Der Subjekt- und Ganzheitsbezug, der in der vor-naturwissenschaftlichen Medizin vorhanden war, wich nun einer krankheits- und organzentrierten Betrachtungsweise. Krankheit erschien in diesem Verständnis als technisch lösbarer Störfaktor.

Die Entwicklung des Krankenhauswesens ist auch im Zusammenhang mit der naturwissenschaftlichen Medizin zu sehen. Die großen städtischen Krankenhäuser wurden zum Mittelpunkt (militär-)medizinischer Forschung

und Lehre, da hier ein zahlenmäßig großes und breitgefächertes „Patientenmaterial“ vorhanden war. Zunächst kamen allerdings nur die „untersten Volksschichten“ ins Krankenhaus, das bei der Bevölkerung gefürchtet war. Der allgemeine Zustand der Krankenhäuser war noch sehr schlecht, die Gefahr des Ansteckens groß und noch hatte die medizinische Behandlung kaum Erfolg aufzuweisen. Erst mit dem Entdecken der Bakteriologie, Antisepsis, Asepsis, Anästhesie und später Pharmakologie wurde das Krankenhaus auch für bürgerliche Schichten attraktiv. Aber erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts verlor das Krankenhaus seinen schlechten Ruf und wurde für alle Schichten der Bevölkerung als Heilstätte genutzt. Es kam so zu einer Verlagerung von der Hausbehandlung zur klinischen Behandlung. Das Krankenhaus war nun auch Zentrum der medizinischen Praxis, nicht nur das der Forschung und Lehre.

Aus naheliegenden Gründen waren die Krankenhausärzte an einem qualifizierten Pflegepersonal interessiert. Sie brauchten auf der einen Seite Hilfspersonal, das die ärztlichen Anordnungen gewissenhaft ausführte, auf der anderen Seite aber auch den Subjekt- und Ganzheitsbezug, die Werte der Mitmenschlichkeit, der Anteilnahme, der Nähe in die Heilkunde einbrachte, die die naturwissenschaftlich-objektivierende Medizin verloren hatte, ohne die ein Erfolg ihrer Arbeit aber in Frage gestellt wurde (Roth 2008). Das in den Krankenhäusern bereits vorhandene Wartepersonal konnte den gestiegenen Anforderungen nicht genügen. Wohl hatten dies vorausschauende Ärzte selbst erkannt und einige frühe Versuche unternommen, das Lohnwartpersonal auszubilden – bekanntester Versuch ist die 1781 vom Mannheimer Arzt Franz Anton Mai gegründete Krankenwarschule (vgl. Wolff/Wolff 1994, S. 99) –, scheiterten aber. Zum einen lag dies am Widerstand der meisten Krankenhausärzte, die hier eine unliebsame Konkurrenz vermuteten, zum anderen an den unzumutbaren Arbeitsverhältnissen, die nicht verändert wurden und deshalb auch qualifizierte Bewerber weder anziehen noch halten konnten.

Gesundheitswesen und Medizin standen vor einer unlösbaren Aufgabe. Auf der einen Seite wurde eine zahlenmäßig große Gruppe für die Pflege gebraucht, die aber qualitativ höher stehen musste als das Lohnwartpersonal. Auf der anderen Seite durfte die öffentliche Krankenpflege das Gesundheitswesen nicht unmaßig verteuern. Es muss als eine ökonomische Leistung ersten Ranges gesehen werden, als es gelang, mit den bürgerlichen Frauen eine Gruppe zu finden, die beide – widersprüchlichen – Anforderungen erfüllte.

1.3 Wandel des Geschlechterverhältnisses in der bürgerlichen Gesellschaft

Die Gewinnung bürgerlicher Frauen für die Pflege warf anfänglich erhebliche Schwierigkeiten auf, war es doch Frauen dieser Schicht nicht möglich, einer außerhäuslichen Berufstätigkeit nachzugehen. Dies ist auf einen

Wandel des Geschlechterverhältnisses im Bürgertum auf dem Hintergrund industrieller Arbeits- und Lebensverhältnisse zurückzuführen.

Im Rahmen der industriellen Entwicklung wurde entsprechend den neuen ökonomischen Bedingungen auch die gesamtgesellschaftliche Arbeit neu organisiert. Die Industrialisierung führte für einen schnell anwachsenden Bevölkerungsanteil zu einer zeitlichen und örtlichen Trennung zwischen Erwerbsarbeit und Familienleben. Diese strukturelle Trennung spaltete die bürgerliche Gesellschaft in eine als feindlich empfundene Außenwelt, in der versachlichte und abstrakte Arbeit verrichtet wurde und in den gefühlvollen Familienbereich, der – frei von Arbeit – als Ort der Zuflucht und Erholung erschien und in dem das eigentliche Leben stattfinden sollte (vgl. Bischoff 1997, S. 50). Damit wandelte sich das Geschlechterverhältnis im Bürgertum zu einer streng arbeitsteiligen Trennung. Während der Mann als Alleinverdiener und ökonomischer Versorger der Familie auf den leistungsmäßigen Erwerb verpflichtet wurde, wurde die Frau auf reproduktive Aufgaben im Rahmen der Familie festgelegt und dem Mann rechtlich untergeordnet. Mit ihrer „Befreiung“ von produktiver Arbeit und mit demonstrativem Konsum repräsentierte die Frau den Wohlstand und den gesellschaftlichen Erfolg ihres Mannes in einer „kultivierten Häuslichkeit“. Beide Arbeitsformen waren komplementär strukturiert, d. h. wechselseitig aufeinander bezogen. Sie wurden jedoch gesellschaftlich nicht gleich bewertet, da die Familienarbeit kein Entgelt erzielte und somit nicht als Arbeit galt. Dadurch gerieten bürgerliche Frauen, denen eine außerhäusliche Berufstätigkeit verboten war, in ökonomische Abhängigkeit vom Mann, der als „Ernährer“ galt. Die Folge davon war, dass die häusliche Arbeit der Frau ihren Arbeitscharakter verlor und fortan als Liebestätigkeit für Mann und Kinder galt (vgl. ebd., S. 55).

Die Aufspaltung der Gesellschaft in Erwerbs- und Familienleben und der damit entstehende neue Familientyp waren von hoher Funktionalität für die bürgerlich-industrielle Gesellschaft. Die unter Konkurrenzbedingungen hohe Verdichtung und Rationalisierung der produktiven Arbeit, die damit einhergehende Versachlichung und Entfremdung forderte vom Mann eine Verdrängung und Abspaltung menschlicher Bedürfnisse und Gefühle, die nur in der Familie einen Ausgleich finden durften. Diese psychohygienische Ausgleichsfunktion wurde zusammen mit einer nun erforderlich gewordenen qualifizierten und geplanten Kindererziehung zu einer weiteren Domäne der bürgerlichen Hausfrau und Mutter. Sie galt damit als Spezialistin für zwischenmenschliche Beziehungen und wurde daraufhin erzogen. Damit wurden sie zuständig für den Gefühlsbereich, für Mütterlichkeit, Nähe, Wärme, Liebe, für Pflegen, Sorgen und Behüten. Selbstlosigkeit, Aufopferung und Selbstverleugnung, die Forderung für andere zu leben, wurde zur zentralen Kategorie der bürgerlichen Frauenrolle.

Trotz aller Funktionalität für die bürgerlich-industrielle Gesellschaft insgesamt bedurfte die historisch neue Trennung zwischen Erwerbs- und Familienarbeit sowie die soziale und rechtliche Unterordnung der Frau unter den

Mann einer ideologischen Rechtfertigung, da Abhängigkeit und Unselbständigkeit dem bürgerlichen Selbstverständnis vom „freien Menschen“ eigentlich widersprachen. Die Rechtfertigung dieses unfreien Verhältnisses leistete eine schon Ende des 18. Jahrhunderts verbreitete restaurative Familienideologie, deren Kernpunkt Aussagen über die unterschiedlichen „Geschlechtscharaktere“ (vgl. Hausen 1978, S. 161) von Mann und Frau waren, die als natürlich und gottgewollt galten: so war der Mann durch individualistische, rationale und aktiv-aggressive Charakterzüge gekennzeichnet, die ihn für den Konkurrenzkampf in der „feindlichen Außenwelt“ qualifizierten, der weibliche Charakter dagegen durch emotionale, passiv-duldennde Qualitäten geprägt, die der Frau ihre Rolle und ihre naturgemäße Erfüllung in der Familie zuwiesen. Beide Charaktermerkmale wurden als komplementär aufgefasst, sollten sich in der Ehe also ergänzen. Dieses Leitbild der Familie wurde im Verlauf des 19. Jahrhunderts so dominant, dass es auch von kleinbürgerlichen Schichten, später sogar von der Arbeiterschaft übernommen wurde. Die bürgerliche Frauenrolle verfestigte sich im Lauf der Zeit immer mehr und spielte eine große Rolle bei den im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts neu entstehenden, so genannten Frauenberufen, in die diese Vorstellungen vom weiblichen Wesen flossen, das sich so umreißen lässt: weibliche Arbeit ist Liebestätigkeit und lässt sich nicht bezahlen, Frauen sind mütterlich, emotional und selbstlos, aber auch unselbstständig, untergeordnet und bedürfen der männlichen Leitung. Auf dieses Modell der Liebestätigkeit konnte somit bei der Berufskonstruktion der Krankenpflege bereits zurückgegriffen werden.

Zu bedenken ist hierbei jedoch, dass die Krankenpflege als öffentlich organisierte Tätigkeit, für die ein neuer Berufsstand geschaffen werden musste, im 19. Jahrhundert etwas historisch Neues war. Bis zur zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die Krankenpflege hauptsächlich in der Familie oder als religiöse Tätigkeit ausgeübt. Es konnte somit nur auf familiäre und religiöse Verhaltensmuster zurückgegriffen werden. Die nun öffentlich organisierte Krankenpflege erschien deshalb ebenfalls als eine eigentlich familiäre, aber religiös motivierte Tätigkeit. Tatsächlich gab es auch Ähnlichkeiten zwischen familialer Arbeit und Krankenpflege: sie lagen in der Nähe zum Körper, zum ganzen Menschen, in der quasi-familial strukturierten Beziehung zwischen Patient und Schwester sowie in der Art der Arbeit als ganzheitliche, unspezialisierte und zeitlich nicht abgrenzbare Tätigkeit. Der Naturbezug der Krankenpflege, ihr Umgang also mit Menschen und menschlichen Bedürfnissen, ließ nach dem damaligen Verständnis eine Verberuflichung nicht zu. Bezahlte Arbeit erschien in Verbindung mit Krankenpflege nicht akzeptabel, bezahlte Mitmenschlichkeit war eben keine. Eine solche persönliche, menschliche und intime Dienstleistung, wie die Krankenpflege sie darstellte, als Erwerbsarbeit zu organisieren und zu bezahlen war nach dem Urteil der Zeitgenossen eine Herabwürdigung. Auch die Beziehung zum Patienten wurde als persönliche Beziehung aufgefasst und konnte deshalb genauso wenig mit Geld bezahlt werden, wie die zu ei-

ner Mutter oder Schwester. Da bürgerliche Frauen für die Hausarbeit zuständig waren, die personenorientierten Fähigkeiten und Eigenschaften, die zur Ausübung der Krankenpflege für notwendig erachtet wurden, als „weibliche Tugenden“ im familialen Arbeitsvermögen von Frauen bereits angelegt waren, lag es nahe, ihnen auch die Krankenpflege zu übertragen.

2. Die Neuorganisation der Krankenpflege als Frauenberuf

Noch in den ersten drei Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts war die Krankenpflege kein Beruf, geschweige denn ein Frauenberuf. Sie galt – so weit sie nicht aus religiösen Motiven ausgeübt wurde – als Tätigkeit für die niederen Volksschichten, und zwar für beide Geschlechter. Auch galt die Tätigkeit als „schmutzig und unsittlich“. Bestrebungen, „gebildete“ d. h. bürgerliche Frauen zu gewinnen, stießen somit zunächst auf erhebliche gesellschaftliche Widerstände, die eine ideologische Vorbereitung notwendig machten, zumal die Norm „die Frau gehört ins Haus“ zu der Zeit nahezu ungebrochen galt. Eine viel erörterte Streitfrage des 19. Jahrhunderts, ob eher Männer oder Frauen zur Pflege geeignet wären, entschied sich jedoch letztendlich zugunsten der Frauen (vgl. Bischoff 1997, S. 78). Die nach zeitgenössischen Vorstellungen „besondere Eignung“ der Frau zur Krankenpflege wurde mit den weiblichen Tugenden der Selbstlosigkeit und Bedürfnislosigkeit, der Aufopferungs- und Hingabefähigkeit begründet (Kreutzer 2008). Die anfänglichen Widerstände gegen eine außerhäusliche Berufstätigkeit der bürgerlichen Frauen wurden recht erfolgreich aus dem Weg geräumt, indem die Krankenpflege zum einen ideologisch als „weibliche Liebestätigkeit“ aufgewertet wurde, die keiner „entwürdigenden Bezahlung“ unterliegen sollte. Dazu übertrug man die bürgerliche Weiblichkeitsideologie, vermischt mit den aus der christlichen Tradition stammenden Elementen des Gehorsams und der bedingungslosen Unterordnung, auf die Krankenpflege und zielte bei der Werbung für den Beruf gerade auf diesen anezogenen, verzichtenden Sozialcharakter der Frau. Zum anderen wurde die Krankenpflege nicht als Erwerbsarbeit mit freien Arbeitsverträgen, sondern durch kirchliche oder weltliche Verbände im Mutterhaussystem organisiert; ein System, welches jede Selbständigkeit der arbeitenden Frauen verhinderte. Frau und Krankenpflege waren von da ab untrennbar miteinander verbunden.

2.1 Die Diakonissenkrankenpflege

Diese Einflüsse ließen sich schon bei der 1836 erfolgten Gründung der Diakonissenanstalt in Kaiserswerth bei Düsseldorf finden. Der evangelische Pfarrer Theodor Fliedner und seine Frau Friederike wollten den Gedanken der frühchristlichen Diakonie wiederbeleben und schufen zu diesem Zweck eine Schwesternschaft der Diakonissen, der sich ein eigenes kleines Kran-

kenhaus zu Ausbildungszwecken anschloss. Fliedner sah das Diakonissenamt nicht als selbständigen Beruf, sondern als Betätigung auf religiöser Grundlage für bürgerliche Frauen, deren Arbeitskraft er brachliegen sah und für gesellschaftliche Zwecke nutzen wollte. Was er ausdrücklich nicht wollte, war die Emanzipation der Frau (vgl. Bischoff 1997, S. 83). Fliedner übernahm vom Orden der Barmherzigen Schwestern das Mutterhausssystem, aus der Berliner Charité das Krankenpflegelehrbuch und führte eine eigene Tracht für seine Diakonissen ein sowie die Anrede „Schwester“ (Nolte 2008). Eine Bezahlung erhielten die Diakonissen nicht, sie waren jedoch im Krankheits- und Altersfall versorgt und erhielten ein Taschengeld. Aus kleinen Anfängen entstanden, fand die Diakonissenpflege schnelle Verbreitung. 1897 gab es auf dem Gebiet des Deutschen Reiches etwa 14.000 Diakonissen und 80 Mutterhäuser. Hier lassen sich mehrere Entwicklungslinien finden, die großen Einfluss auf die weitere Entwicklung der beruflichen Krankenpflege nahmen. Auf der einen Seite entstand hier der Gedanke, dass gute Krankenpflege erlernt werden muss, durch Anlernen in der Pflegepraxis und durch ärztlichen Unterricht. Auf der anderen Seite flossen religiöse Prinzipien der christlichen Liebestätigkeit, des bedingungslosen Gehorsams, der Demut und der Unterordnung zusammen mit bürgerlich-weiblichen Idealen der Selbstlosigkeit und Aufopferung und den Mutterhausprinzipien der Versorgung, Verfügbarkeit und Unselbständigkeit, die sich u. a. in der nicht leistungsgerechten Bezahlung und den Gestellungsverträgen auswirkten.

Das Kaiserswerther Modell der Krankenpflege wurde über Deutschlands Grenzen hinaus berühmt. Es wurde nicht nur in England, sondern auch in den USA teilweise kopiert (Kreutzer 2010). In dem Zusammenhang bemerkenswert ist, dass Florence Nightingale, die Begründerin der englischen Krankenpflege sich nach einer mehrwöchigen Hospitation in der Kaiserswerther Diakonissenanstalt zwar die Erfahrungen dort für ihren Entwurf der englischen Krankenpflege zunutze machte, sie aber anders als Fliedner weder das Mutterhaussystem, noch die religiöse Ausrichtung übernahm, obwohl auch sie – dem Zeitgeist entsprechend – die damaligen Vorstellungen vom Wesen und den Aufgaben von Frauen einfließen ließ. Dies ist insofern von Bedeutung, als in Deutschland bis weit ins 20. Jahrhundert hinein die Überzeugung galt, gute Krankenpflege sei ohne Mutterhaus nicht möglich. In Deutschland wirkte dagegen die erfolgreiche Diakonissenpflege als Modell, dem alle späteren Krankenpflegegründungen folgten.

Krankenpflege galt nun als Frauentätigkeit, die dem weiblichen Wesen voll entsprach. Sie war kein Beruf, sondern eine christlich-weibliche und damit unbezahlbare Liebestätigkeit. Mit der Organisationsform des Mutterhauses und der Identifizierung der Krankenpflege mit dem Frau-Sein schlechthin gelang es, die Krankenpflege zwar als berufliche Arbeit zu organisieren, aber sie gleichzeitig zum Nicht-Beruf zu erklären. Die Arbeit der Frau in der Krankenpflege war objektiv Arbeit, aber gleichzeitig auch Nicht-Arbeit, da sie nicht um Geld, sondern aus Liebe ausgeübt wurde und auf den „na-

türlichen“ Eigenschaften, der „natürlichen“ Bestimmung der Frau beruhte, die nach der herrschenden Ideologie auch nicht bezahlt werden konnten.

2.2 Die Kriegskrankenpflege

Eine weitere Nachfrage nach Krankenpflegepersonal ergab sich durch die zahlreichen Kriege des 19. Jahrhunderts, die das Problem der Verwundenversorgung aufwarfen. Schon in den napoleonischen Befreiungskriegen (1813–1815) hatten die so genannten Vaterländischen Frauenvereine die im Felde stehenden Soldaten unterstützt (vgl. Hummel 1987, S. 17 ff.), andere Neugründungen, wie der Malteser- und Johanniterorden nahmen sich der Kriegskrankenpflege an. Auf das Problem der unversorgten Kriegsverletzten hatte besonders Florence Nightingale aufmerksam gemacht, die vom damaligen englischen Kriegsminister 1854 angeregt worden war, die Kriegskrankenpflege auf der russischen Halbinsel Krim im russisch-türkischen Krieg, an dem England auf der Seite der Türkei teilnahm, zu organisieren. Gegen anfänglichen starken Widerstand der englischen Öffentlichkeit und der Militärärzte gelang es ihr, mit ihren Pflegerinnen die Militärkrankenpflege und das Lazarettwesen neu zu organisieren, was ihr weit über England hinaus Anerkennung verschaffte. Sie entwarf später ein System der Krankenpflege als bürgerlichen Frauenberuf und gründete in London eine Ausbildungsstätte für Schwestern, aus der sich das englische Krankenpflegesystem entwickelte, ein Modell, das später nicht nur in den USA, sondern in den meisten Ländern übernommen wurde, „nur nicht in Deutschland“ (Wolff/Wolff 1994, S. 157).

Der Schweizer Arzt Henri Dunant (1828–1910) regte aufgrund seiner Erfahrungen aus der Schlacht bei Solferino an, die Kriegskrankenpflege schon in Friedenszeiten sicherzustellen, indem freiwilliges Pflegepersonal dafür ausgebildet und verpflichtet wurde. Diese Idee führte 1864 zur Gründung des Roten Kreuzes, dem sich zahlreiche Krankenpflegevereine anschlossen. Sie gründeten ab 1861 eigene Schwesternschaften vom Roten Kreuz, die sich ebenfalls als Mutterhaus organisierten und sich 1882 zum Verband der Mutterhäuser vom Roten Kreuz zusammenschlossen. Damit wurde die Krankenpflege für kriegspolitische Zwecke vereinnahmt, andererseits erhielt der Ausbildungsgedanke in den Mutterhäusern vom Roten Kreuz einen größeren Stellenwert als in den katholischen und evangelischen Mutterhäusern, hatten sie doch in der Vorsorge für den Kriegsfall eine wenigstens in Ansätzen qualifizierte Ausbildung der Pflegerinnen zu garantieren. Für den Beruf Krankenpflege bedeutete die Mutterhausorganisation jedoch abermals eine Verlängerung der Unselbständigkeit und Fremdbestimmung.

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts gab es nun im Wesentlichen drei Gruppen, die Krankenpflege ausübten: Die religiös-mutterhausgebundene Pflege durch katholische Orden und evangelische Diakonissen, die im Krankenhaus und in der Privatkanenpflege tätig waren, die weltlich-mutterhausgebundene oder fachverbandsgebundene Pflege durch die Vereine

vom Roten Kreuz und andere Krankenpflegevereine und die Pflege durch Lohnwärtinnen und Lohnwärter. Für die beiden erstgenannten Gruppen war die Krankenpflege kein Erwerbsberuf, sondern galt als Berufung, als Krankendienst, nicht als Erwerbsarbeit. Der Beruf der Krankenpflege zeigte zu dieser Zeit bereits alle Merkmale der Unberuflichkeit, Unselbständigkeit und Fremdkontrolle. Er fand nicht im (Lohn-)Arbeitsverhältnis, sondern im Dienstverhältnis statt; er wurde nicht in freier Angestelltentätigkeit, sondern unter quasi-feudalen Bedingungen im Mutterhaussystem ausgeübt; die Schwestern schlossen keine individuellen Arbeitsverträge, sondern wurden per Gestellungsvertrag vermietet, hatten somit keine freie Verfügung über die eigene Arbeitskraft und waren ständig verfügbar. Sie erhielten keinen Arbeitslohn, sondern Taschengeld und Unterhalt; es gab keine Trennung von Arbeits- und Freizeit und als Berufsqualifikationen galten die weiblichen Tugenden.

2.3 Die freiberufliche Krankenpflege

Die Mutterhausorganisation stellte schon zu ihrer Zeit einen Anachronismus dar. Es gab keinen anderen Beruf, der nach diesem, aus dem Klosterleben stammendem Prinzip organisiert war und auch die männlichen Krankenwärter waren nicht im Mutterhaussystem organisiert. Das eingeschränkte und unfreie Leben im Mutterhaus war im bürgerlichen Zeitalter für viele Frauen, die auch auf einen ausreichenden Verdienst angewiesen waren, nicht mehr akzeptabel. Entsprechend hoch war auch die Personalfluktuationsrate in den Mutterhäusern; nur etwa ein Viertel aller Schwestern verblieb langfristig bei ihren Verbänden. So entwickelte sich ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts die freiberufliche Pflege, die zunächst ausschließlich in der häuslichen Privatkrankenpflege tätig wurde, da die Krankenhäuser keine Einzelarbeitsverträge abschlossen. Da es für die Pflegetätigkeit keine Ausbildungsvorschriften und keine rechtliche Absicherung im Krankheitsfall und im Alter gab, war es für die freiberufliche Krankenpflege schwer, sich zu etablieren. Hinzu kam, dass sich die freien Schwestern gegen das Monopol der Verbandspflege durchsetzen mussten, von denen sie als „wilde Schwestern“ bezeichnet wurden und die ihnen die charakterlich-moralische Eignung für den Beruf absprachen (vgl. Steppe 2001, S. 35).

„Inhaltliche Diffusität, strikte Unterordnung unter die Ärzte, berufspolitische Zersplitterung, ausbeuterische Arbeitsbedingungen, verinnerlichte, eigentlich uneinlösbare ethische Normen und geradezu berufsfeindliche Tendenzen – dies waren die Hauptmerkmale der freiberuflichen Pflege bei ihrer Entstehung.“ (Ebd., S. 36).

Die ehemalige Rot-Kreuz-Schwester Agnes Karll (1868–1927), die die Missstände der Mutterhauspflege selbst erlebt hatte und daran krank geworden war, gründete 1903 einen Verband freiberuflicher Krankenpflegerinnen, die B.O.K.D. (Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands) und versuchte, die Krankenpflege als selbständigen Frauenberuf zu etablieren.